

特集：国際保健における人材養成

ネパール農村における公衆衛生活動のための人材育成— ネパール学校・地域保健プロジェクトによるボトムアップ式アプローチの事例

神馬 征峰

Human resources for public health activities in rural Nepal: A case study of bottom-up approach by the School and Community Health Project

Masamine JIMBA

I はじめに

ネパールは変化に富む国である。それは激しい高度差や多彩な民族にとどまらず、保健指標においても同様である。たとえば1991年に実施された国勢調査の分析結果によると、乳児死亡率（IMR）の全国平均は出生1000人あたり93であるが、ネパール全75郡の郡別IMRはムグ郡の201からムスタン郡の32まで大きな格差がある¹⁾。このような保健指標の格差は、郡間にとどまらず、男女間、都市・農村間にもみられる。

そのためネパールで一律な公衆衛生活動を実践するのは容易なことではない。そこで、多様な状況に柔軟に対処しうる公衆衛生従事者を育成することは、ネパールの保健医療サービス改善にとって極めて重要なことである。

このようなネパールに対する日本の保健医療・開発援助は過去20年の間に大きな変化をとげてきた。当初は、トリブバン大学医学部教育病院や国立結核センターの設立など、比較的、ハードウェアの整備に焦点があてられていた。しかしながら発展途上国に対する日本の保健医療援助方式が、1982年から1997年にかけて、病院等の施設型から公衆衛生型へと大きく変化してきたように²⁾、ネパールにおいても近年公衆衛生型の援助が増えてきている。

こうして援助方式が変化してきているなか、日本の重要戦略の一つである人材育成の方法もまた変わってきているであろうか。施設型の援助においては、保健省行政官、医師、看護婦など、比較的職位の高い人材の育成に焦点をあててよかった。彼らの多くは英語が堪能であり、日本や第3国におけるいわゆるカウンターパート研修を無難にこなす実力を備えている。ところがネパールにおいて、これらの人材の多くは、カトマンドゥを中心とした都市での活動を好み、全人口の8割以上が生活を営んでいる農村部に行こうとはしない。たとえば1995年、農村部の多い10郡でなされた調査に

よると、94の医師のポストのうち、実際に医師がいたのは28ポストのみであった。また看護婦がいたのは117ポストのうち42のみであった³⁾。このような状況は未だに改善される見通しはない。そのため、公衆衛生型援助において、同じようなカウンターパート研修を行ったとしても、研修修了生が公衆衛生の現場に出いかぬ限り、その効果は十分には期待できない。医師も看護婦も農村にいかないとなると、ネパール農村における公衆衛生活動の担い手とは誰なのか。そしてその担い手を育成するためには、どのような人材育成戦略が有効なのか。

本稿ではまず、ネパール農村における公衆衛生従事者とは誰なのかについて検討する。

次に、それをふまえて、国際協力事業団（JICA）と日本医師会（JMA）の協力によって実施されてきたネパール「学校・地域保健プロジェクト（School and Community Health Project; SCHP）」^{4, 5)}による公衆衛生従事者の育成プログラムの活動内容を事例として示す。それによってネパールのような発展途上国において、日本が公衆衛生型援助を行う際、今後どのような人材育成戦略を行っていくべきか提言することを目的とする。

II 方法

まずはネパールにおける公衆衛生従事者の現状を把握するために、文献レビューを行った。レビューにあたってはMEDLINEによる文献調査に加え、保健省、教育省、その他援助機関の報告書類を随時参照した。加えて、最新情報を得るために、1999年12月から翌年1月にかけて、保健省の保健施設・人材課を訪問。Key Informantsに対するインタビューを実施したうえで、文献レビューの結果を補強した。

次にSCHPの公衆衛生従事者育成プログラムの実施成果を事例として示した。事例の記載にあたっては、SCHP対象地域で1995年に実施した現状分析報告書⁶⁾、1997年に実施したParticipatory Rural Appraisal (PRA)^{7, 8, 9, 10)}による参加

型基礎調査報告書¹¹⁾などをもとに作成したプログラムのプロセス評価報告書, 学会発表報告書, 投稿論文などを活用した。

III 結果

1 ネパール農村における公衆衛生の担い手とは誰か

1) ネパール保健省の中の公衆衛生従事者

ネパール保健省は保健サービス局, 薬務局, 伝統医療局の3局から成り立っている。そしてそこで働く保健医療職のポストは, まず5種の大分類にわかれる。それぞれの大分類項目下には, 表1に示すように, 12種から83種の小分類がある。小分類とはたとえば, 医師では外科医上位職, 同下位職, 内科医上位職, 同下位職といった分類のことである。小分類に属するポスト数は項目によって, 1から約5000まで幅広い¹²⁾。なお, 同表にある伝統医療職とはアユルベダなどの伝統医学研修を受けた者に限定しており, 以下でてくる呪術医はこれに含まれない。

表1 ネパールにおける保健医療職の種類とポスト数 (1995年)

| 大分類 | 小分類 | 総ポスト数 (%) |
|-------|-----|--------------|
| 医師 | 54種 | 894 (4.7) |
| 看護職 | 14種 | 5937 (31.3) |
| 医療補助職 | 83種 | 11382 (60.1) |
| 公衆衛生職 | 16種 | 228 (1.2) |
| 伝統医療職 | 12種 | 518 (2.7) |

表1からわかるように公衆衛生職の総ポスト数は228と全体の1.2%を占めているにすぎない。ところがこの中に分類されているのは, そのほとんどが郡保健衛生局の行政官であり, 郡レベルでの公衆衛生活動の監督を主な任務としている。実際に住民と接して公衆衛生活動をしているわけではない。彼らが, 公衆衛生担当者としていかに大きな問題を抱えているかについてはAitkenの論文を参照されたい¹³⁾。

2) 村落診療所で働く公衆衛生従事者: Health Post Worker

では実際に日本の保健婦のように, 公衆衛生の実務にあたっているポストとは何であろうか。それは小分類の中でポスト数が1000以上ある職であるといつてよい。まずは, 15ヶ月~3年の研修を要するHealth Assistant (HA), Assistant Health Worker(AHW), Assistant Nurse-Midwife (ANM)がある。ついで3ヶ月の研修を要するVillage Health Worker (VHW), Maternal and Child Health Worker (MCHW) たちがいる。このうちANM, MCHWは看護職に属し, HA, AHW, VHWは医療補助職に属す。いずれもその大半のポストはVillage Development Committee (VDC, ネパールの行政村)のレベルにある総数約4000カ所のHealth

Post/Sub-health Post (HP/SHP, 村落診療所)にふりあてられている。HAまたはシニアAWHはHPの所長になる資格を有し, AHWはSHPの所長になる資格を有している。

このHP/SHPはネパール農村における基礎疾患治療機関であるとともに, 基本的公衆衛生サービス活動の基地でもある。そこで働くHA, AHW, ANM, MCHW, VHWをここでは仮にHealth Post Worker (HPW)と定義する。いずれも政府より正規の給料を支給されている政府職員である。一般にHA, AHW, VHWのポストは男性によって占められることが多い。ANM, MCHWには女性しか入れない。

保健省の保健施設・人材課のデータによると, HPWのポスト数は1995年当時より若干増えている。1999年12月28日時点での充足率は表2に示す通りである。

表2 Health Post Workerのポスト数, 派遣人数, 充足率 (1999年12月)

| | ポスト数 | 派遣人数 | 充足率 (%) |
|------|------|------|---------|
| HA | 1113 | 690 | 62.0 |
| AHW | 4678 | 2709 | 58.0 |
| ANM | 1523 | 835 | 54.8 |
| MCHW | 3335 | 1076 | 32.3 |
| VHW | 3997 | 2989 | 74.8 |

なお表2に示した派遣人数は, すべて政府の国家試験に合格し, 正規職員として採用された数である。臨時採用者の数は入っていないが, 1999年より, 臨時採用者に対する保健省からの給料支給が中止されたため, その数は激減していることがわかっている。また同表からわかるようにHP/SHPの所長になれるHAとAWHの充足率はいずれも約60%である。HA, AHWともにHP/SHPより上位の施設であるPrimary Health Care Centerにも相当数のポストがあることを考慮すると, 約50%のHP/SHPにおいて, 所長は不在である。

ANMに関するJusticeの分析からもわかるように, ANMは都市の病院に留まることを好み, HPにポストはあるものの, そこにいこうとはしない。またいったとしても, 若く未婚で出産経験もないような女性が, 単身で出身地でもない村に入るといことは文化・社会的に十分受け入れられていない¹⁴⁾。

MCHWは充足率が最も低く約30%である。表3に示したようにMCHWになるためには8年生修了の条件が必要である。しかしその条件を満たす女性が少なく, かつANMの場合と同じような文化・社会的な受容の問題があることが, 低い充足率の原因であろう。ネパール教育省の統計資料によると, 女性の8年生修了者は同年代の女性全体の約20%である¹⁵⁾。しかしこれはネパール全体での平均であり, 農村における同年代の女性の就学率ははるかにこれを下回っている。

表3 Health Post Workerの採用資格, 研修期間, 国家試験の有無

| | 採用試験 | 研修期間 | 国家試験 |
|------|--------------|------|------|
| HA | 10年生卒業資格/AHW | 3年 | 有 |
| AHW | 10年生卒業資格 | 15ヶ月 | 有 |
| ANM | 10年生卒業資格 | 18ヶ月 | 有 |
| MCHW | 8年生修了 | 3ヶ月 | 面接のみ |
| VHW | 8年生修了 | 3ヶ月 | 面接のみ |

HPWの問題点は量だけでなく、質にまでも及んでいる。すなわち、HP/SHP職員は極めて頻繁に長期休暇をとり、不在であることが多いと指摘されている¹⁶⁾。Justiceの調査によると、HP/SHPに常在し、住民に対する保健医療サービスを継続的に提供しているのは、Peon（雑役夫）であった¹⁷⁾。Peonは同じく政府職員であるものの、正規の保健医療研修を全く受けていない人たちである。

またHP/SHPは近年急増したとはいえ、未だにaccessibilityの問題をかかえている。たとえば1996年の調査によると、これらの診療所に30分以内に到達できる家庭は全体の45%に過ぎなかった¹⁸⁾。

3) コミュニティーの中の公衆衛生従事者：Community Health Worker

そこでネパールでは、HPWとは別のタイプの、より住民に近いところで働くCommunity Health Worker (CHW)を導入しようという試みが、1979年以来なされている¹⁹⁾。

この動きは他の発展途上国でもみられており、CHWのガイドライン²⁰⁾、国家プログラムとしての問題点²¹⁾、発展途上国での活動事例²²⁾や、今後のあり方²³⁾などを論じたテキストがすでに出版されている。またCHWの定義として現在最も広く受け入れられているのは、WHOによる以下の定義である。すなわちCHWとは「自らが働くコミュニティの一員で、その中から選ばれた人である。住民の問いに対して自己の職務を説明でき、保健制度に支えられるが、必ずしもその制度の母体組織に属する必要はない。研修期間は保健専門職に比べて短い。」²⁴⁾

さて、1979年以来、CHWは変貌をとげながらもネパールに定着し、保健省としてもFemale Community Health Volunteer (FCHV)、Traditional Birth Attendant (TBA)をCHWとみなして国家プログラムを推進してきた。その結果FCHVは4万人以上、TBAは1万人以上に増え、住民に近いところで地域保健活動にたずさわっている。

一方、保健省としてのプログラムは存在しないが、ネパールには多種多様なCHWがいる。まず第1に総数40万人から80万人にも達するとされている呪術医である²⁵⁾。

その呪術医がCHWとして重要な役割を果たしうるのは、これまでいくつかの研究で明らかにされている^{25, 26)}。さらにある程度の識字能力があり、信頼のあつい村人代表をCHWとして9日間研修することにより、医師のいないネパー

ル遠隔地での小児肺炎対策が功を奏したとの報告例もある²⁷⁾。最後にChild-to-Childプログラムを通して子供たちがCHWとなりうることもまた、ネパールにおけるいくつかの国際NGOによって確認されている^{28, 29)}。

2 SCHPの活動事例

1) SCHPの概要と対象地域

1990年の住民運動により民主化を実現した新生ネパールは、1991年より第8次国家5カ年計画を開始し、国民の8割以上が住む農村地域において、住民の保健レベルの向上を図ることを目的とした。ネパールはその目標実現のために、日本にも協力を要請した。

これを受けて、一定の調査後、1992年12月15日、ネパール保健省と日本医師会との間で援助協力の合意書が交わされた。またJICAはこれを支援することとし、日本人医師と看護婦を長期専門家として一人ずつ派遣した。ネパール「学校・地域保健プロジェクト (SCHP)」の始まりである。ただしこのプロジェクトはJICAによるプロジェクト方式技術援助とは異なり、プロジェクト運営資金は日本医師会によってまかなわれてきている。

以後、1995年6月、1998年3月の2度にわたって延長契約が交わされ、2001年6月までこのプロジェクトは続けられる予定である。

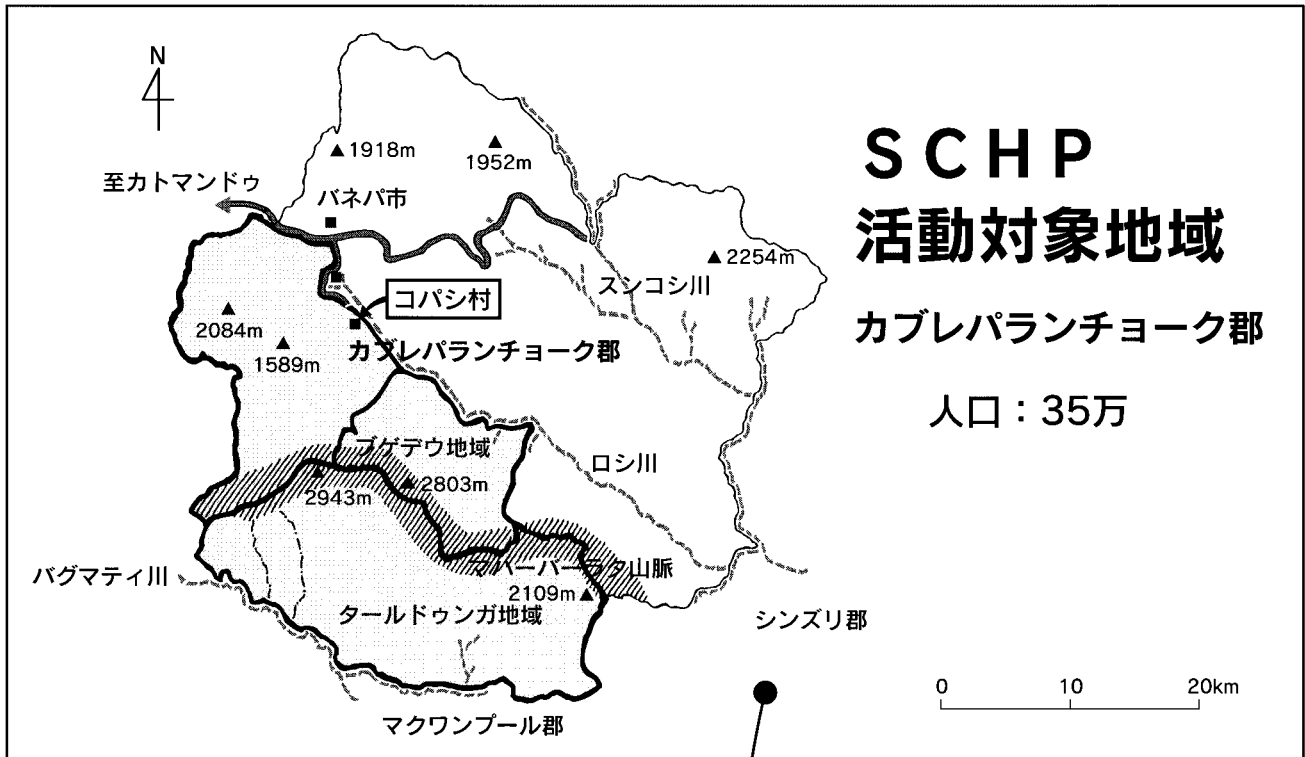
SCHPの対象地域は、カトマンドゥ市の東南約40kmにあるカブレパランチョーク郡のコパシ村と、そこから歩いて約2～16時間南部にあるブグデウ・タールドゥンガ地域である(図1)。地図にも示したように、この地域の中央にはマハバーラタ山脈があり、交通の便は極めて悪い。コパシ村にあるPrimary Health Care Centerがカバーする対象人口は約10万人である。一方ブグデウ・タールドゥンガ地域には約5万人が住み(1999年推計)、1996年以降のSCHPの介入は主としてこの遠隔地で行われている。コパシ村には車道、電気、電話があるが、この地域にはそのいずれも存在しない。

SCHPの最終目標は、対象地域住民の生活状態と保健サービスの改善によって、住民の健康レベルを向上させることである。そのためには、保健活動に、教育、農業分野での地域開発活動をリンクさせ、以下のような目的のもとに、多彩なプログラムを実施している。すなわち、学校と地域を活動の場としたヘルスポモーション活動と予防可能な基礎疾患対策、識字教育とセルフ・ヘルプ・グループ (SHG) 活動に基づく住民の保健意識の向上、草の根レベルでの人材育成、住民参加に基盤をおいた地方自治体の健康管理能力の向上である。

2) SCHPの人材育成活動の実際とその成果

A Health Post Worker (HPW)に対して

HPWに対する人材育成プログラムとして、対象地域の全VDCの中から最低一人がSHP所長の資格をとれるように奨学金を支給している。SCHPの基礎調査によって、対象地域のHP/SHP所長はすべて都市またはタライ地域出身者であり、それが頻繁にわたる所長不在の最大要因であると判断し



たからである。

奨学生選択の際には10年生卒業資格に加えて、SCHPの現地採用スタッフとして、または現地青年クラブなどで、最低1年地域開発活動に携わってきた者を優先させている。

卒後最低2年は出身地で活動するように誓約書をつくり、かつVDC村長の推薦状も提出させるようにしている。

これまですでに15名が養成学校に入り、1人はすでに国家試験に合格、8人が臨床研修中、6人が就学中である。

同様にANMも1人研修中である。ANMコース受験のための10年生卒業資格を保持している女性は極めて少なく、奨学金授与対象者が少ない状況が続いている。またMCHWの研修を受けるための8年生修了資格を有する女性も少な

く、奨学金授与が困難である。

そのため、識字教室卒業生で正規の学校に戻った女性に対して学業持続のための奨学金を与え、受験資格者がでてくるのを待っている段階である。このように現地出身のANM、MCHWを育成することにより、文化的・社会的受容の問題は軽減されることになる。

VHWに関しては、ほぼ充足しているの、特別な支援は行っていない。

B Community Health Worker (CHW) に対して

保健省傘下のCHWとはFCHVとTBAのみである。しかしながらSCHPの対象地域ではこの両者は十分に機能しておらず、識字率も2割以下であった。そこで、本プロジェクトではCHWの定義にもどり、住民が最もよく訪れる呪術医、識字教室修了後にできたSHGのメンバー、学童に注目し、彼らにもまたCHWとしての機能をもたせるようなプログラムを実施してきている。

a) 呪術医に対する西洋医学研修

SCHPでは1995年以来、対象地域において、例年25名から50名の呪術医に対する西洋医学研修を実施してきた。1998年、この研修を受けて1年を経た50名の呪術医(TT)と、研修を受けなかった30名の呪術医(UT)を比較したところ、以下のような結果を得た。

まず第1にTTの方が、栄養失調、下痢症、ARIなどに関するより正確な知識を有し、HP/SHPへの照会が有意に増えていたことがわかった。また住民の側からもUTよりTTを好む傾向が増えていた³⁰⁾。さらに西洋医学の研修を受けた後、TTとHP/SHPの関係が改善し、両者の関係が以前の敵対関係から、協力関係に発展していた³¹⁾。このようにして、呪術医が住民とHPWとの仲介者として、機能するようになった。逆に患者照会された時、HP/SHPはこれに十分に答えられるほどのサービス機能をまだ有しておらず、HPWの成長を待っているところである。

b) 成人女性(15～45歳)に対する識字教育

成人女性に対する識字教育をSCHPが実施している最大の根拠は、1991年の国勢調査の分析結果により、成人女性識字率の増加が乳児死亡率低減の最大要因であるという結果が示されたからである³⁾。

ただし識字教育は保健省の管轄外の分野であるので、その実施にあたっては、ユニセフ、オーストラリア森林保全プロジェクトなどの他機関と連携し、一部彼らの資金も得て、共同プログラムということにしている。

さて、SCHPは表4に示すように、1995年から96年にかけて2カ所で基礎識字教室(BLC)と実践識字教室(PLC)を実施した。PLC修了後は、さらにSHG活動が開始された。その結果、成人識字教育はコミュニティー・エンパワーメントのエントリー・ポイントとしての役割を果たし、さらにその後のSHG活動はエンパワーメントの推進力となりうるということがわかってきた³²⁾。

これをモデルとして、1997年より1999年にかけて、174カ所でBLCを実施した。そのうち168カ所の識字教室は成功し、この間、のべ3642名が卒業した。また1998年より

2000年にかけて166カ所でPLCを実施してきた。その結果2000年6月の終了日までにのべ約3500名が卒業する予定である。これによって、対象地域の成人女性識字率は1995年に11%であったのが、1999年には約50%にまで増加した。これは同時に、将来的に識字能力のあるFCHV、TBAが誕生しようということでもある。さらに、20歳未満の識字教室参加者の中から正規の教育に戻る女性が増えてきている。これによって、8年生修了生もまた増加し、MCHW研修資格のある女性が今後増えてくる見込みである。

表4 識字教室の数と参加者

| 年 | 基礎識字教室 | | | 実践識字教室 | | |
|------|--------|------|------|--------|------|------|
| | 教室数 | 登録者数 | 卒業生数 | 教室数 | 登録者数 | 卒業生数 |
| 1995 | 2 | 50 | 35 | 0 | 0 | 0 |
| 1996 | 0 | 0 | 0 | 2 | 35 | 31 |
| 1997 | 65* | 1460 | 1172 | 0 | 0 | 0 |
| 1998 | 69** | 1654 | 1533 | 61 | 1262 | 1147 |
| 1999 | 40 | 1031 | 937 | 63 | 1403 | 1305 |
| 2000 | | | | 42*** | 1031 | |

* 65教室のうち4教室は政治的理由などにより中途閉鎖

** 69教室のうち2教室は同様の理由により中途閉鎖

*** 2教室は他団体によってなされたBLC修了者対象

PLCの修了者の多くはSHGを形成してきている。これらのSHGに対して、SCHPは家庭菜園・栄養教育研修、初期治療研修、収入創出活動研修を実施している。そしてこのような活動を通して、多くの成人女性がCHWとして成長をとげつつある。

c) 学童に対するChild-to-Childプログラム

子供たちに対するChild-to-Childプログラムは1999年に入ってから開始した。当初、SCHPでは学校教師に対する初期治療の研修を行っていたが、教師の移動が極めて頻繁であり、かつ長期休暇をとる教師も多いため、研修の効果が少ないことがわかってきた。そこで、教師の支援は得るものの、活動の主役は、移動の少ない子供となるようにしている。国際NGOであるRedd Barna、現地NGOのHatemalo Sanchaurによる研修と、ユニセフからの資金援助を得て、すでに約25校でプログラムが始まっている。各校の子供たちは子供クラブをつくり、胸にクラブのバッジをつけ、寄生虫プログラムの際の記録、駆虫薬の投薬補助、全国ポリオ撲滅対策活動のボランティア、学校における水道・便所管理、5歳未満の弟・妹の上腕周囲測定による栄養状態の把握など、多彩な活動を展開している。

IV 考察

ネパールにおける公衆衛生の担い手は誰か、という問いに対し、それはHP/SHPに勤務するHPWであると同時に、コ

コミュニティーで活動しているCHWである、ということの本稿ではまず示した。次いでネパールの現状をふまえた上で、SCHPがHPWとCHWに対して実施してきた人材育成プログラムを事例として示した。そのなかで特に強調したのは、HPWにしてもCHWにしても、現地出身者こそが、自らの村の公衆衛生従事者として働くのにふさわしいということであった。

SCHPが試みてきた人材育成の方法を一言でいうと、ボトムアップ式人材育成法ということが出来る。HPWに対しては、村の中をくまなく歩きながらの地域開発の経験を積ませ、そのあとでHPWの研修を受けさせるようにしている。それによって、HP/SHPという施設に居座って仕事するだけのHPWにならないようにするためである。またCHWに関しては、すでに住民からの信頼があつく、病気の際にまず受診する呪術医に対する研修を行っている。ついで、識字教育参加者とSHGメンバーに対する保健衛生や栄養の研修を実施している。そして最後に子供たちに対してである。このようなネパールにおけるボトムアップ式の人材育成は、結果でもふれたように、いくつかの国際NGOによってもなされてきた。特にSave the Children Fund/UKは独自の研修マニュアルを作成している程である³³⁾。

ところがこのようなボトムアップ式の活動にはいくつかの欠点もある。まず第1に住民とのラポール形成や、プログラム実施のための住民集会での交渉などに多くの時間を要するという点。次に外からの支援がないと、プログラムが始まりにくいということ。そして最後に対象地域が限定されがちであるということである。そのため、このアプローチは点としての活動に留まりがちであり、国全体に広まるような運動とはなりにくい。

一方、トップダウン式国家プログラムは、短期間に国全体へと広められるという利点を有する。FCHVがすでに4万人以上いるのはその成果でもある。ところが、冒頭に述べた諸格差などおこまいなしに、数を短期間で増やそうとするあまり、質の低下が必然のごとく生じてきている。

ボトムアップかトップダウンか。そのいずれも重要ではある。しかし発展途上国における公衆衛生従事者の人材育成に焦点をあてるとなると、現在求められているのは、ボトムアップ式の活動ではあるまいか。トップダウン式活動はこれまで、各国の政府開発援助によって十分すぎる程なされてきた。保健システムも一見整ってきた。しかし、それを底辺で動かす人がまだまだ育っていない。

ボトムアップ式活動を推進する意義はほかにもある。まず第1に、sustainabilityの概念が開発援助のキーワードとしてとらえられるようになってきており、sustainabilityのない短期的成果よりも、sustainabilityの高い成果を残す方が重要とされるようになってきている³⁴⁾。第2に、ある意味ではボトムアップの同意語でもある住民参加の概念が、保健開発の中心概念として広く受け入れられてきている³⁵⁾。最後に多くの発展途上国で、NGO間のネットワークができてきており、ボトムアップ式の活動が点から線へとつながってきている。

このようなボトムアップ式の活動はJICAによっても評価され、現在JICAはNGO等とのパートナーシップを推進しつつある。この動きは大いに注目に値するものであり、パートナーシップによる新たな活動をいかに実らせるか、ということは今後ますます問われてくるであろう。

本稿では、そのようなパートナーシップ活動の一つとして進められているSCHPの公衆衛生型援助プロジェクトを紹介し、今後進めていくべきであろうボトムアップ式人材育成の方法を提示した。ここに示した方法は極めてNGO的な方法であるが、JICAがこのような活動を取り入れることによって、トップダウンとボトムアップの融合が可能となり、かつ、NGOネットワークを越えた包括的人材育成の次元にまでも到達しうるのではあるまいか。

文献

- 1) Thapa, S.: Infant Mortality and Its Correlates and Determinants in Nepal: A District-Level Analysis. *Journal of Nepal Medical Association*, 34(118 & 119), 94-109, 1996.
- 2) Japan International Cooperation Agency: Health and Population Program: Current Issues and Challenge for the Future. Medical Cooperation Department, Japan International Cooperation Agency, Tokyo, 1998.
- 3) Ministry of Health, Nepal: Nepal: National Safe Motherhood Programme. Family Health Division, Ministry of Health, Kathmandu, 1995.
- 4) Kuratsuji, T.: The Joint JMA-JICA Project in Nepal. *Acta Paediatrica Japonica*, 35: 571-575, 1993.
- 5) 日本医師会国際課:ネパール学校・地域保健プロジェクト。日本医師会, 東京, 1999.
- 6) HMG, JICA, JMA: Situation Analysis for School and Community Health of 11 VDCs in Kavrepalanchowk District. School and Community Health Project, Kathmandu, 1995.
- 7) Chambers, R.: The Origins and Practice of Participatory Rural Appraisal (PRA). *World Development*, 22 (7): 953-969, 1994.
- 8) Chambers, R.: Participatory Rural Appraisal (PRA): Analysis of Experience. *World Development*, 22 (9): 1253-1268, 1994.
- 9) Chambers, R.: Participatory Rural Appraisal (PRA): Challenges, Potentials and Paradigm. *World Development*, 22 (10): 1437-1454, 1994.
- 10) Mukherjee, N.: Participatory Rural Appraisal: Methodology and Applications. Concept Publishing Co., Delhi, 1993.
- 11) HMG, JICA, JMA: Participatory Baseline Study of School and Community Health Project: Bhugdeu, Taldhunga I, II. New Era and School and Community Health Project, Kathmandu, 1997.
- 12) Ministry of Health, Nepal: Health Information Bulletin, Volume 10. Planning, Foreign Aid and Monitoring Division, Ministry of Health, Kathmandu, 1997.
- 13) Aitken J-M.: Voices from the Inside: Managing District Health Services in Nepal. *International Journal of Health Planning and Management*, 9: 309-340, 1994.

- 14) Justice J.: Neglect of Cultural Knowledge in Health Planning: Nepal's Assistant Nurse-Midwife Program. : in "Anthropology in Public Health: Bridging Differences in Culture and Society" (ed Hahn R.A.). Oxford University Press, New York, 1999; 327-344.
- 15) Ministry of Education, Nepal: Educational Statistics 1995. Ministry of Education, Kathmandu, 1997.
- 16) Nepal South Asia Center: Nepal Human Development Report. Kathmandu, p74, 1998.
- 17) Justice J.: Policies, Plans, & People: Culture and Health Development in Nepal. University of California Press, Berkeley, 1986.
- 18) Central Bureau of Statistics, Nepal: Nepal Living Standards Survey Report 1996 (Volume I and II). Central Bureau of Statistics, Kathmandu, 1997.
- 19) McConnell C. and Taylor M.: Community Health Worker in Nepal: in "The Community Health Worker; Effective Programmes for Developing Countries" (ed. Frankel S.), Oxford University Press, Oxford, 1992; 102-124.
- 20) WHO: The Community Health Worker: Working Guide, Guidelines for Training, Guidelines for Adaptation. Jaypee Brothers, New Delhi, 1988.
- 21) Walt, G.: Community Health Workers in National Programmes; Just Another Pair of Hands? Open University Press, Milton Keynes, 1990.
- 22) Frankel, S.: The Community Health Worker: Effective Programmes for Developing Countries. Oxford University Press, Oxford, 1992.
- 23) Kahssay H.M, Taylor M.E., Berman P.A.: Community Health Workers: The Way Forward. WHO, Geneva, 1998.
- 24) WHO: Strengthening the Performance of Community Health Workers in Primary Health Care. Report of a WHO Study Group. WHO, Geneva, 1989. (WHO Technical Report Series, No. 780).
- 25) Shrestha R.M. and Lediard M.: Faith Healers: A Force for Change.: A Preliminary Report of an Action Research Project, UNICEF, Kathmandu, 1980.
- 26) Dhakal R, Graham-Johns S., and Lockett G.: Traditional Healers and Primary Health Care in Nepal, Save the Children Fund/UK, Kathmandu, 1986.
- 27) Pandey M.R., Daulaire N.M.P. Starbuck E.S., Houston R.M., McPherson K.: Reduction in Under-five Mortality in Western Nepal through Community-based Antimicrobial Treatment of Pneumonia. The Lancet Vol. 338: 993-997, 1991.
- 28) Zaveri S., Poudyal U.R., Carnegie, R.: Learning from Children: A Review of Child-to-Child Activities of Save the Children Fund (UK) in Nepal. Save the Children Fund (UK), Kathmandu, 1997.
- 29) Redd Barna, Nepal: For a Better Tomorrow: Lessons Learnt No.1. Redd Barna, Nepal, 1998.
- 30) Poudyal A., Jimba M., Murakami I., and Silwal R.C.: Potential of Traditional Healers to Improve Health Care Services and Referral System in Rural Nepal. International Conference on Global Public Health Perspective: Challenges for the Future. "Public Health in Transition: Where do we go from here?" , p145, 1998
- 31) Murakami I., Jimba M., Poudyal A., Silwal R.C.: Traditional Healers Training: A Drive for Cooperation between Traditional and Modern Health Care Services in Rural Nepal. International Conference on Global Public Health Perspective: Challenges for the Future. "Public Health in Transition: Where do we go from here?" , p146, 1998
- 32) 佐藤千寿, 神馬征峰, 村上いづみ : 成人識字教育をエントリー・ポイントとしたコミュニティー・エンパワーメント—ネパール農村におけるセルフ・ヘルプ・グループ活動の展開, 国際協力研究 Vol 15 p19-31, 1999
- 33) Uprety, K.J.: Primary Health Care: Community Based Training. Save the Children Fund (UK), Kathmandu, 1998.
- 34) Gonzalez III J.L.: Development Sustainability through Community Participation: Mixed Results from the Philippine Health Sector. Ashgate Publishing Limited, Aldershot, 1998.
- 35) Kahssay H.M., Oakley P.: Community Involvement in Health Development: A Review of the Concept and Practice. WHO, Geneva, 1999.