

プロジェクトマネージャーからのメッセージ

I. 開発目標とネパール

ミレニアム開発目標；MDGs：Millennium Development Goalsの達成目標であるアジア全体の貧困は大きな改善を示しているが、バングラデシュ、ネパール、ミャンマー、ラオスには依然として貧困が集中している。特に南アジアはサハラ以南アフリカに次ぐ貧困地域であり、UNDPの人間開発報告（2016）¹⁾は、各国の人間開発指数（Human Development Index-HDI）において教育水準、健康、寿命、所得水準の観点から各国の生活の質を評価し、ネパールが未だ南アジアの中でも188カ国中144位と最も低い位置にある事を示している。

2015年9月にはMDGs続く、持続可能な開発目標；SDGs：Sustainable Development Goalsが策定された。MDGsは人間開発分野における目標であり、開発途上国の貧困や初等教育、保健等の従来通りの開発問題が中心で、開発先進国が援助する側という位置づけであった。続くSDGsでは開発という側面だけでなく、経済面・社会面・環境面の3つの側面全てに対応することが求められており、気候変動、エネルギー問題、災害、国内格差など新たな課題の緊急性への急務事項を含む。MDGsが途上国における貧困削減を目的としていたことに対し、SDGsは開発先進国における持続可能性にまで範囲を広げた。17ある目標のうち、目標1では「“あらゆる”場所・形態の貧困をなくす」であり、貧困を生み出すプロセスを構造的に解決していこうとする姿勢が表現されている。「問題の根本的な解決を目指す」SDGsキャッチフレーズ「Leave no one behind（誰も取り残さない）」は、開発途上国における国際協力の強化と連携が示され、まさに我々が目指す社会開発、人道支援といった取り組みの有機的な連携が世界的に明確に示され共有された。

ネパール（正式名称：ネパール連邦民主共和国）における現状において世帯所得は増加しているが、海外送金のGDP比率は21.7%²⁾と南アジア諸国の中でも突出しており、出稼ぎ労働者からの送金に依存している経済構造が明らかである。その結果、広義マネーサプライ（M2）のGDP比率も77.7%と比較的高く²⁾、ネパールではGDP水準は低い、現金や預金など流動性の高い金融資産を多く保有しているキャッシュリッチな経済であるといえる。財源は海外の出稼ぎ者からの送金によるものでありマレーシアのほか、湾岸諸国への出稼ぎ者が2015年ネパール大震災後に急増している事を示している。送金への過度な依存は国内の雇用機会を弱め、海外移住を促すことになるほか、出稼ぎで働き手を失った地方経済が虚弱化することは避けられず、地域、社会間格差や民族間の格差の拡大となる。

さらに、農村部、山岳地域そして極西部において交通インフラの未整備、電力アクセ

ス率の極端に低い地域が存在³⁾し、その結果、就労、教育の機会や多岐に渡る情報アクセスが制約されるほか、生活水準の維持、医療保健活動の享受、水・食糧の安全保障にも悪影響が出ている。このように未開地域に暮らす人々の多くがカースト制度の下位カーストにある人々であることも民族人口分布³⁾により理解できる。ネパールには、100以上の民族と言語があると言われており、カースト制度における上位カーストや、主に首都のあるカトマンズ盆地に居住するネワール民族の貧困率は10-20%と低くなっているが、その一方で最下位カーストのダリット（不可触民）、丘陵部の少数民族、平野部のタルー民族、イスラム教徒の貧困率は40-50%と高く⁴⁾なっており、格差社会が生じている。

その他 Nepal status 2012 の報告では、ジェンダーによる差別の解消、女性の社会参加において前進が見られる一方で非農業セクターにおける女性の雇用率が男性と比較し極端に低く（約1:4）セクターに関わらず男女間で大きな所得格差が存在する。

災害別では、発生回数と経済損失額において洪水が3割以上を占め、特に農村部や山岳地域では洪水や土砂崩れが頻繁に発生し、毎年多くの犠牲が出ている⁴⁾。また、2015年4月に発生したネパール大地震によって9千人近くの犠牲者が出た他、重要文化財の損失、観光地の閉鎖などの二次災害による経済損失は計り知れない。

II. ネパール農村部における自立（自助努力）促進とプライマリヘルスケアの重要性

プライマリヘルスケア（Primary Health Care）とは、1978年のWHOとUNICEFによる合同国際会議でのアルマ・アタ宣言において、すべての人々の健康を促進するため提唱された理念である。プライマリヘルスケアでは、開発先進国と開発途上国の健康格差の不公平性について述べられ、すべての人々に健康を基本的な人権として認め、それを達成する過程として住民が主体的に参加し、自己決定権を行う理念および方法論を示している⁵⁾。具体的な内容には、一般的な健康問題に関する予防や管理をするための教育、食料の供給と適切な栄養の促進、安全な水と基本的な衛生の十分な供給、家族計画を含む母子保健ケア、主要な感染症に対する予防接種、地域固有の伝染病の予防と管理、一般的な病気と傷害への適切な治療、基礎的な医薬品の提供が挙げられている⁵⁾。

ネパールでは、都市部から遠隔地である農村部の人々、貧しい人々や下位カーストにある人々は、物理的距離や経済的事情、社会的格差や言語的障壁によって、医療へのアクセスが妨げられている⁴⁾。ネパール農村部における保健問題の重要性は強く認識されている²⁾ものの、その改善にむけた資源（資金、人材、物資）は慢性的に不足しており、さらに様々な改善に向けた資源は各支援プロジェクトの実施期間中に集中的に充実し、自助努力による活動継続に困難を持つ。一時的な支援を受けて状況が改善したとしても、援助国からの支援がなくなれば活動は中断し、開発事業自体が有用性を示さなくなる問題点がある。

住民が受け身である発展には持続性がなく、発展を自らが求め、努力をして初めて開発が根付く。そこで重要なのが、開発途上国が自らの手で開発、発展できるように、その過程を支援することである。支援期間が終了しても、人々が自らの力で事業を存続させ、更に発展させられるように、その努力の支援が最重要課題であり、自立(自助努力)を誘因とする住民の活動参加は、住民自身の発意と計画策定に基づいた活動を運営する組織を創生する必要がある。支援活動を住民自らが普及できるリーダーの養成と連携体制の構築が、支援期間の終了後の活動持続を可能にする。

ネパールでは保健政策、ヘルスケア提供システムにおいてプライマリヘルスケアのアプローチを制度化してきたが、効果的な行動にできず結果は混在している⁶⁾。これまでのネパールの社会政治的環境は、包括的なプライマリヘルスケアには好ましくなく、ヘルスセクターの地方分権化とコミュニティのエンパワーメントが制限されていた⁷⁾。健康活動は、疾病予防、予防接種、ビタミンA補給、経口再水和溶液使用および避妊薬の使用の形で選択的医療戦略に焦点化され実行されてきたが、ネパールの地方の丘陵地形は、物資の供給、関連機関との連携、保健医療従事者の維持に大きな課題をもたらした⁷⁾。さらにネパールでは公平で包括的なプライマリヘルスケアを構築するための阻害要因として、カーストを背景とした社会格差や差別、医療や教育の享受においても格差があり⁸⁾、貧困以外を背景とした社会、文化、歴史的背景を理解した支援の必要性があるといえる。

Ⅲ. ネパールにおける健康課題と生活習慣病

世界共通して、人々の栄養状態を改善することは、持続可能な開発のさまざまな面に貢献する。開発途上国における女兒や女性の就学や安全な水へのアクセス、衛生、食料供給などが改善されることによって、発育阻害の減少に大きく貢献し経済的便益と費用削減と多くの発展の可能性が示されている⁹⁾。特に南アジアに多く見られる低栄養と過体重・肥満が同時に存在する二重の栄養課題を有するため、栄養不良の本質は複雑さを増している¹⁰⁾。

ネパールでは、2001年から2011年にかけて栄養失調の発病率が16%低下したが、5歳未満の子どもの41%が低栄養状態であった。その原因には若年妊婦の多さ、妊婦の低栄養と貧血、低出生体重児での出生など周産期の母体側の要因が指摘されている。ネパールの栄養失調の課題に取り組むためには、青少年の栄養指導、初婚と妊娠の年齢を遅らせること、妊娠中の栄養失調対策(微量栄養補給を含む)、必須の新生児ケア、適切な新生児と乳児の授乳習慣(早期授乳習慣を含む)、特に乳幼児の栄養失調を含む急性栄養失調の地域社会管理の重要性が報告された。出産年齢の29%が思春期女子であり、すべての生殖期世代(10代-40代)と比較しても最も栄養不良のグループであり、低出生体重および児童栄養失調の重要な要因となっている¹¹⁾。最新の報告でも、生殖

期世代（15－49歳）の女性を対象にした結果、BMI18.5（kg/m²）未満の女性が25%以上¹²⁾であった。この研究は、ネパール南部に東西に広がる細長い平原地帯 Madesh での調査結果であり、ネパールの栄養課題には地域差、男女差、民族差が非常に大きく¹³⁾、肥満率の増加も示されている¹⁴⁾¹⁵⁾。ネパールにおける栄養状態の課題は長期間、低栄養に焦点が当てられてきたが、近年では栄養転換が始まっており、低栄養だけでなく過体重の問題も同時に存在する栄養不良の二重負担（double burden of malnutrition）を背負う状況になってきていると言える。低栄養と過体重の要因の関連性は胎児期成人病（生活習慣病）発症説、Barker 説（Fetal Origins of Adult Disease：FOAD）において成人病（生活習慣病）の素因は受精時、胎児期、乳幼児期に低栄養または過栄養に曝露されることにより形成され、それ以降の負の生活習慣に曝露されることにより成人病（生活習慣病）が発症する¹⁶⁾ことが広く知られている。胎児、幼少期に発育が阻害された児は、その後の人生で過体重となるリスクがより高く、過体重となるリスクは、スナックや飲み物（トランス脂肪酸や糖分の含量が高く、栄養価の低いもの）の摂取増加、運動不足、体を動かさない生活習慣により、さらに高まる。この現象が現在ネパールにはあり、糖尿病や心臓病などの慢性疾患の発症が著しく増加している¹⁷⁾¹⁸⁾¹⁹⁾。

IV. ネパール山間部（ネパール国カスキ郡マチャプチャレ行政村ワード6：前ネパール国カスキ郡デタール村）における栄養改善と生活習慣病予防の活動

対象地域となる中央ネパールのポカラ市西部カスキ郡マチャプチャレ村ワード6（前デタール村）は、居住地域住民人口2,781名、767世帯である²⁰⁾。山岳地帯であり、急斜面に段々畑がつくられ、農作物は米、豆類、とうもろこし、粟、稗、小麦などで、ほとんどの住民は自給自足の生活をしている。Dalit や Hill Dalit と呼ばれるカースト制度（ヴァルナ・ジャーティ制）の最下層の人々が多く居住する地域である。

2012年6月～2015年3月に実施された JICA 草の根技術協力事業「カスキ郡デタール村の生活改善—安全な水の供給推進—」において、摂取栄養と健康状態の解析を行った結果²¹⁾、低栄養の乳幼児ならびに児童は4割を超え、相反する健康課題として中高年の肥満率2割弱、生活習慣病の罹患率が3割を超えていることが確認された。前活動では小学校を中心に15台の砂ろ過装置を設置し、さらに煮沸消毒や太陽光消毒の技術の普及により、安全な水を供給することで住民の下痢症が減少することは明らかとなった。しかし、深刻な子どもの低栄養の減少には至らず、さらには中高年の生活習慣病の発症率が高く、安全な水を享受することでは解決に至らない新たな栄養に関する問題を把握した。生活習慣病を患う住民は、糖尿病や痛風、高血圧症状を自覚しており、生活習慣病の症状改善へのニーズはあるものの、村に1件設置されているサブヘルスポストでは薬・医療機器の不足、医師の不在により十分な治療が受けられない状況にある。

このような背景から、マチャプチャレ村ワード6（前デタール村）において、住民

の健康増進、栄養改善、生活習慣病予防への貢献を目的とし、住民のもつ課題の重要性、優先性を把握し、村の資源と人材を最大限に活用した、実現可能なプログラムを実践する必要性を認識した。

我々は2017年より JICA 草の根技術協力事業「ネパール国カスキ郡マチャプチャレ行政村ワード6（前ネパール国カスキ郡デタール村）における栄養改善と生活習慣病予防のための活動」を開始し、予防普及活動を行う。

Reference

- 1) 国連開発計画(UNDP).人間開発報告書 2016.
- 2) ネパール大使館 2015.
- 3) Government of Nepal.National Planning Commission Secretariat Central Bureau of Statistics.2015.
- 4) National Planning Commission(NPC).Nepal Status Paper-United Nations Conference on Sustainable Development 2012 (Rio+20) Synopsis.National Planning Commission Government of Nepal Singhadurbar. Kathmandu. November2011.
- 5) WHO.Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care.Alma-Ata.USSR. 6-12 September1978.
- 6) Jha N.Revitalizing Primary Health Care and activities in Nepal.Primary Health Care in Nepal Health Renaissance 2013;11(3):185-191.
- 7) Karkee R, Jha N.Primary health care development: where is Nepal after 30 years of Alma Ata Declaration? .JNMA J Nepal Med Assoc. Apr-Jun 2010;49(178):178-84.
- 8) WHO.Primary Health Care.Regional Conference on Revitalizing Primary Health Care.Jakarta.Indonesia.6-8 August2008.
- 9) LISA C. SMITHa,LAWRENCE HADDAD.Reducing Child Undernutrition: Past Drivers and Priorities for the Post-MDG Era.World Development.2015;68: 180-204.
- 10) International Food Policy Research Institute (IFPRI). Global Nutrition Report 2015: Actions and Accountability to Advance Nutrition & Sustainable Development. September 2015;197.
- 11) NEPAL Nutrition profile.2014
- 12) Shiva Bhandari, Jamuna Tamrakar Sayami, Pukar Thapa, Matina Sayami, Bishnu Prasad Kandel,Megha Raj Banjara.Dietary intake patterns and

- nutritional status of women of reproductive age in Nepal : findings from a health survey. *Archives of Public Health*, 2016;74(2):1-11.
- 13) Mahesh Sarki,Aileen Robertson,Alexandr Parlesak. Association between socioeconomic status of mothers, food security,food safety practices and the double burden of malnutrition in the Lalitpur district,Nepal. *Archives of Public Health*.2016;74(35):1-8.
 - 14) Abhinav Vaidya, Suraj Shakya, Alexandra Krettek.Obesity Prevalence in Nepal : Public Health Challenges in a Low-Income Nation during an Alarming Worldwide Trend.2010;7:2726-2744.
 - 15) Yagya Prasad Subedi, Debbi Marais, David Newlands. Where is Nepal in the nutrition transition ?.*Asia Pac J Clin Nutr*.2017;26(2):358-367.
 - 16) Barker DJ, Osmond C.Infant mortality, childhood nutrition, and ischaemic heart disease in England and Wales. *Lancet*. 1986 May 10;1(8489):1077-81.
 - 17) Daya Ram Pokharel, Dipendra Khadka, Manoj Sigdel, Naval Kishor Yadav, Shreedhar Acharya, Ram Chandra Kafle, Pramod Shankar Shukla..Prevalence of metabolic syndrome in Nepalese type 2 diabetic patients according to WHO , NCEP ATP III , IDF and Harmonized criteria, 2014 Nov 23;13(104):1-13.
 - 18) Tamang HK , Timilsina U,Thapa S, Singh KP, Shrestha S, Singh P , Shrestha B.Prevalence of metabolic syndrome among Nepalese type 2 diabetic patients. *Nepal Med Coll J*. Mar2013;15(1):50-5.
 - 19) Sanjib Kumar Sharma, Anup Ghimire, Jeyasundar Radhakrishnan,Lekhjunga Thapa,Nikesh Raj Shrestha,Navaraj Paudel,Keshar Gurung,et al.Prevalence of hypertension, obesity, diabetes, and metabolic syndrome in Nepal. *SAGE-HindawiAccess to Research International Journal of Hypertension*.2011:1-9.
 - 20) Government of Nepal.National Planning Commission Secretariat.Central Bureau of Statistics.Volume06.NPHC2011
 - 21) 野村秀明, 柳田潤一郎, 上野理恵, 井村聡子, 小野一男,酒井ひろ子,木村憲司, Shiba Kumar Rai.ネパール山間地方 (Dithal 村) における摂取栄養と健康状態の解析. *神戸常盤大学紀要*. 2015;8:77-84.