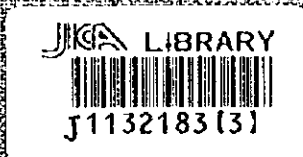


国別医療協力ファイル

ヴァヌアツ・キリバス



国際協力事業団
医療協力部

国別医療協力ファイル

①
ヴァヌアツ・キリバス

①
国際協力事業団
医療協力部



1132183 {3}

ヴァヌアツ

国別医療協力ファイル

ヴァヌアツ

国際協力事業団
医療協力部

目次

目次	.....	i
表目次	.....	v
図目次	.....	vii
略語表	.....	ix
第1編 国別概況	.....	1
1-1 一般概況	.....	1
1-2 一般行政と国家開発計画	.....	14
1-2-1 中央行政	.....	14
1-2-2 地方行政	.....	16
1-2-3 国家開発計画の概要	.....	17
第1編 参考資料	.....	21
第2編 保健・医療行政	.....	22
2-1 中央保健・医療行政と保健医療計画	.....	22
2-1-1 中央衛生行政機構	.....	22
2-1-2 国家保健開発計画	.....	24
2-1-3 中央保健医療セクターの財政	.....	25
2-2 地方保健医療行政機構	.....	32
2-2-1 地方保健医療計画と予算	.....	33
第2編 参考資料	.....	35
第3編 人口・保健指標	.....	36
3-1 人口	.....	36
3-1-1 総人口・人口増加率・年齢別人口	.....	36
3-1-2 地域別人口分布	.....	39
3-1-3 合計特殊出生率、出生率、死亡率	.....	42
第3編 参考資料	.....	44
第4編 疾病・死亡	.....	45
4-1 総論	.....	45
4-2 死亡とその原因	.....	46
4-3 子供の死亡	.....	47
4-3-1 乳児・5歳未満児死亡率	.....	47
4-4 妊産婦死亡	.....	49
4-4-1 妊産婦死亡の推移	.....	49
4-4-2 妊産婦死亡の原因	.....	50

4-5	疾病構造	50
4-5-1	乳幼児・子供の主な疾病	51
4-5-2	女性の疾病	54
4-6	感染症	54
4-6-1	予防接種で予防可能な感染症	54
4-6-2	ハンセン病	58
4-6-3	髄膜炎	59
4-6-4	マラリア	60
4-6-5	急性呼吸器感染症	62
4-6-6	下痢症	64
4-6-7	皮膚病	65
4-6-8	性行為感染症/HIV/エイズ	66
4-6-9	B型肝炎	66
4-6-10	デング熱/フィラリア	67
4-7	非感染症	68
4-7-1	糖尿病・高血圧	68
4-7-2	悪性腫瘍	68
4-7-3	心臓病	69
4-7-4	貧血	70
4-7-5	傷害・事故	71
第4編	参考資料	73
第5編	保健対策活動	74
5-1	総論	74
5-2	家族計画サービス	75
5-2-1	家族計画サービスの現状	75
5-2-2	家族計画サービスの問題点	76
5-3	母子保健サービス	77
5-3-1	母子保健サービスの現状	77
5-4	栄養対策	80
5-4-1	栄養対策の現状	80
5-4-2	栄養対策の問題点	80
5-5	予防接種対策	81
5-5-1	予防接種対策の現状	81
5-5-2	予防接種対策の目標	81
5-5-3	コールド・チェーン	82
5-5-4	予防接種の実施方法	82
5-5-5	予防接種対策の問題点	83

5-6	結核・ハンセン病対策	83
5-7	マラリア対策	84
5-8	エイズ対策	85
5-9	環境衛生対策	85
第5編	参考資料	87
第6編	保健医療サービス供給システム	88
6-1	公的医療施設	88
6-2	保健医療施設の構造と機能	90
6-3	リファーマル・システム（患者の紹介・移送）	91
6-4	主な医療施設	92
6-4-1	ヴィラ中央病院	92
6-4-2	パウナンギス・ヘルス・センター	93
6-5	民間医療部門	94
6-6	医薬品、医療器具、衛生材料	94
6-6-1	医薬品、医療器具、衛生材料供給の現状	94
6-6-2	医薬品供給の問題点	94
6-6-3	民間部門	95
6-7	保健医療サービスの利用	95
6-8	伝統医療	98
6-9	医療情報システム	98
6-10	医療保険制度	99
6-11	救急医療システム	99
6-12	試験研究機関	99
第6編	参考資料	100
第7編	医療従事者と医学研修	101
7-1	各種医療従事者の状況	101
7-2	医療従事者養成制度と養成機関	102
7-2-1	医師、歯科医、放射線技師、薬剤師、検査技師、栄養士、 その他の養成	102
7-2-2	看護婦（士）・助産婦・準医師の養成	104
第7編	参考資料	105
第8編	環境衛生・労働衛生	106
8-1	環境衛生	106
8-1-1	水供給	106
8-1-2	衛生設備	107

8-2	住宅環境	107
8-3	交通環境	107
8-4	公害	107
8-5	労働衛生	107
第8編	参考資料	108
第9編	保健医療協力	109
9-1	協力要請の仕組み	109
9-2	国際機関、我が国を除く諸外国、NGOの協力動向	109
9-2-1	最近の援助一般動向	109
9-2-2	保健医療分野の援助動向	111
9-3	我が国の協力状況	114
第9編	参考資料	117
付録I	資料（ナショナル・ドラッグ・リスト）	118

表 目 次

表1-1	ヴァヌアツ共和国概況	1
1-2	主要12島の面積・標高・人口	4
1-3	ヴァヌアツ共和国経済指標	6
1-4	GDPの推移	7
1-5	産業別GDPの推移(1983年固定価格)	8
1-6	産業別GDPシェアの推移(構成比)	8
1-7	小学校就学者数の推移(1985~91年)	12
1-8	中学校・高等学校就学者数の推移(1985~91年)	13
1-9	識字率の比較	13
1-10	五つの保健地域と六つの行政区の関係、 および五つの保健地域の人口の推移(1979、89年)	16
1-11	過去の開発計画	17
1-12	項目別のGDP成長率目標	19
1-13	第3次開発計画の目標	20
2-1	保健セクターにおける歳入と歳出(1982~93年)	26
2-2	医療施設別の支出(1989~92年)	27
2-3	予算項目別支出(1989~93年)	28
2-4	国家保健開発計画プログラム(1992~96年)	30
2-5	海外援助による支出の分析(1989~93年)	31
2-6	地方政府カウンスル等における保健関連経常支出と 施設・機材関連支出(1995年)	34
3-1	総人口の推移(1936~89年)	37
3-2	人口推計(ヴァヌアツ系住民のみ)	38
3-3	行政区別・都市別人口および人口増加率	40
3-4	ヴァヌアツ保健医療指標	42
3-5	南太平洋諸国の各種死亡指標の比較	43
4-1	医療施設での死亡の10大主要原因1988年(全人口)	46
4-2	医療施設での死亡の10大主要原因1988年(50歳以下)	47
4-3	乳幼児の死亡の主要原因1988年(0~4歳)	49
4-4	原因別患者発生率(1987~90年)	50
4-5	地域別百日咳と麻疹の発生数(1987、88年)	55
4-6	結核の新患報告数と新患発生率、死亡数、死亡率(1986~91年)	57
4-7	ディストリクト別新患数と発生率(1988年)	57
4-8	マラリア・データ(1990~94年)	61

4-9	ディストリクト別肺炎／重度の急性呼吸器感染症による外来患者の率 (1987、88年)	63
4-10	地域別下痢症患者数と発生率(1989～91年)	64
4-11	地域別皮膚病患者数と発生率(1989～91年)	66
4-12	デング熱の疑似患者数と確定診断数(1989～91年)	67
4-13	フィラリアの疑似患者数と確定診断数(1989～91年)	68
4-14	悪性腫瘍種類の内訳別患者数(1987～88年)と全体に対する割合	69
4-15	心臓病／リウマチ熱の入院患者数の内訳(1987、88年)	70
4-16	ディストリクト別貧血患者数と罹患率(1988、91年)	70
4-17	ディストリクト別傷害件数と発生率(1987、88年)	71
4-18	事故で入院した患者の内訳(1987、88年)	72
5-1	ディストリクト別の避妊具使用者数(1991年)	77
5-2	出産後検診のカバー率(1991年)	79
5-3	1歳以下の乳児の予防接種カバー率	81
5-4	予防接種の実施方法	82
5-5	1991年までの農村衛生プロジェクト実績	86
6-1	保健地域別の医療施設の数(1994年)	88
6-2	各病院の利用状況等(1991年)	90
6-3	各科別ベッド占有率と平均の入院日数(1993年)	92
7-1	ヴァヌアツ人医療従事者数(1991年)	101
7-2	1995～2004年の医療従事者需要予想	103
9-1	経常費総額と援助総額の動向(1989～93年)	111
9-2	1989年度プロジェクト／活動に対する外国援助	112
9-3	プロジェクト別二国間援助の推定援助額	113
9-4	我が国の保健医療分野での協力実績	116

目 次

図1-1	ヴァヌアツ共和国全図（新行政区分図）	2
1-2	“ （旧行政区分図）	3
1-3	ポートヴィラの平均気温と降水量	5
1-4	一人当たり実質GDPの推移	9
1-5	宗教別人口割合（1989年）	10
1-6	国家行政組織図（1995年現在）	15
2-1	保健医療行政組織図	23
2-2	保健医療セクターの財源の内訳	25
2-3	地域保健医療行政組織図	33
3-1	総人口の推移（1936～89年）	37
3-2	人口ピラミッド（1989年）	38
3-3	島別人口分布図	41
4-1	全体の報告された死亡数に対する子供の死亡の割合（1989年）	48
4-2	0～4歳児の入院主要原因の入院全体に対する割合（1985～87年）	51
4-3	0～4歳児の地域別急性呼吸器感染症および下痢症による入院率 （1988年）	52
4-4	5歳未満児の年齢別の低体重児の割合（1983年）	53
4-5	百日咳と麻疹の罹患率の変化（1984～88年）	55
4-6	人口10万人当たりの結核罹患率（1975～92年）	56
4-7	南太平洋各国の人口10万人当たりの結核罹患率の比較（1992年）	57
4-8	過去30年のハンセン病罹患率の変化 （5年ごとの移動平均、1966～87年）	58
4-9	ヴァヌアツ全体の髄膜炎による入院率と南部における入院率の変化 （1984～88年）	59
4-10	年齢別髄膜炎による入院患者数（1987、88年）	59
4-11	マラリア流行の変化（1977～94年）	61
4-12	年齢別急性呼吸器感染症入院患者の発生率（1987、88年）	62
4-13	5歳未満児の軽度・中度・重度ARIの割合の推移（1989～91年）	63
4-14	病院別の5歳未満児における肺炎／重度呼吸器感染症による入院率 （1987、88年）	64
4-15	年齢別の下痢症患者の入院率（1987、88年）	65
5-1	地域別医療従事者の介助による出産の割合（1988、91年）	78
5-2	地域別妊産婦検診の回数（1988、91年）	79

6-1	保健地域（ディストリクト）および保健医療施設分布図	89
6-2	地域別妊婦検診カバー率（1987、88年）	96
6-3	1983～94年における1歳未満児の予防接種カバー率	97
6-4	地域別医療施設当たりの人口と医療従事者当たりの人口（1989年）	97
8-1	農村部における安全な飲料水の供給を受けている率の推移	106
9-1	援助要請のための国内手続き	109
9-2	援助主体別ODA実績（1983～92年）	110
9-3	援助形態別ODA実績（1983～92年）	110
9-4	我が国の対ヴェトナムODA実績	114
9-5	分野別の無償資金協力累積実績（1953～93年）	115
9-6	過去10年間の年度別受け入れ、および派遣人数	115

略語表

AsDB	アジア開発銀行 Asian Development Bank
AIDAB	オーストラリア開発援助局 Australian International Development Assistance Bureau
AIDS	エイズ（後天性免疫不全症候群） Acquired Immunodeficiency Syndrome
BCG	結核予防ワクチン Bacille de Calmette-Guerin
CDD	下痢症対策 Control of Diarrheal Disease
CEU	欧州委員会 Commission of the European Union
CPR	避妊具普及率 Contraceptive Prevalence Rate
DAC	開発援助委員会 Development Assistance Committee
DOH	保健医療局 Department of Health
DP3	第3次国家開発計画 Third National Development Plan
DPT	三種混合ワクチン（百日咳、ジフテリア、破傷風） Diphtheria, Pertussis and Tetanus
EDF	欧州開発銀行 European Development Fund
EPI	予防接種プログラム Expanded Programme on Immunization

FAO	食糧農業機関 Food and Agriculture Organization
GPA	エイズに関する世界的計画 Global Programme on AIDS
HIV	ヒト免疫不全ウイルス Human Immunodeficiency Virus
IDA	国連開発協会 International Development Association
MCH	母子保健 Maternal and Child Health
NUP	国家連合党 National United Party
ORS/ORT	経口補水塩／経口補水療法 Oral Rehydration Salts / Oral Rehydration Therapy
PHC	プライマリー・ヘルス・ケア Primary Health Care
SPC	サウス・パシフィック・コミッション (NGO) South Pacific Commission
SPF	サウス・パシフィック・フォーラム South Pacific Forum
STD	性行為感染症 Sexually Transmitted Disease
TBA	伝統的産婆 Traditional Birth Attendant
TFR	合計特殊出生率 Total Fertility Rate

UMP	穩健諸党連合 Union of Moderate Parties
UNDP	国連開発計画 United Nations Development Programme
UNFPA	国連人口基金 United Nations Population Fund
UNICEF	国連児童基金 United Nations Children's Fund
USAID	米国国際開発庁 United States Agency for International Development
VII	ワクチンの国内自給に向けての取り組み Vaccine Independant Initiative
VP	バヌアアク党 Vanua'aku Party
WACHU	女性と子供の健康ユニット Women's and Children's Health Unit
WHO	世界保健機関 World Health Organization

第1編 国別状況

1-1 一般概況

表1-1 ヴァヌアツ共和国概況

①正式国名	(和文) ヴァヌアツ共和国 (英文) Republic of Vanuatu
②独立年月日 旧宗主国名	1980年7月30日 英仏共同統治機構
③政体	共和制
④元首の名称	大統領: ジェーン・マリエ・レイエ (Jean-Marie Leye) (1994年3月選出)
⑤位置・面積	南緯13度~21度 東経166度~171度 1万2,190平方キロメートル (註1)
⑥首都	ポートヴィラ
⑦総人口	15万7,000人 (1992年) (註2) 16万4,100人 (1994年) (註3)
⑧民族等	メラネシア系94%、その他英国人、フランス人、中国人、 ヴェトナム人など
⑨公用語	ビスラマ語 (ピジン英語)、英語、フランス語
⑩宗教	キリスト教 (プロテスタントが多数)
⑪暦	<日本との時差> +2時間 (註4) <祝祭日> 1月1日 新年 4月14日~17日 イースター 5月1日 メーデー 5月25日 キリスト昇天祭 7月30日 独立記念日 8月15日 聖母マリアの被昇天日 10月5日 憲法記念日 11月29日 統一記念日 12月25日 クリスマス

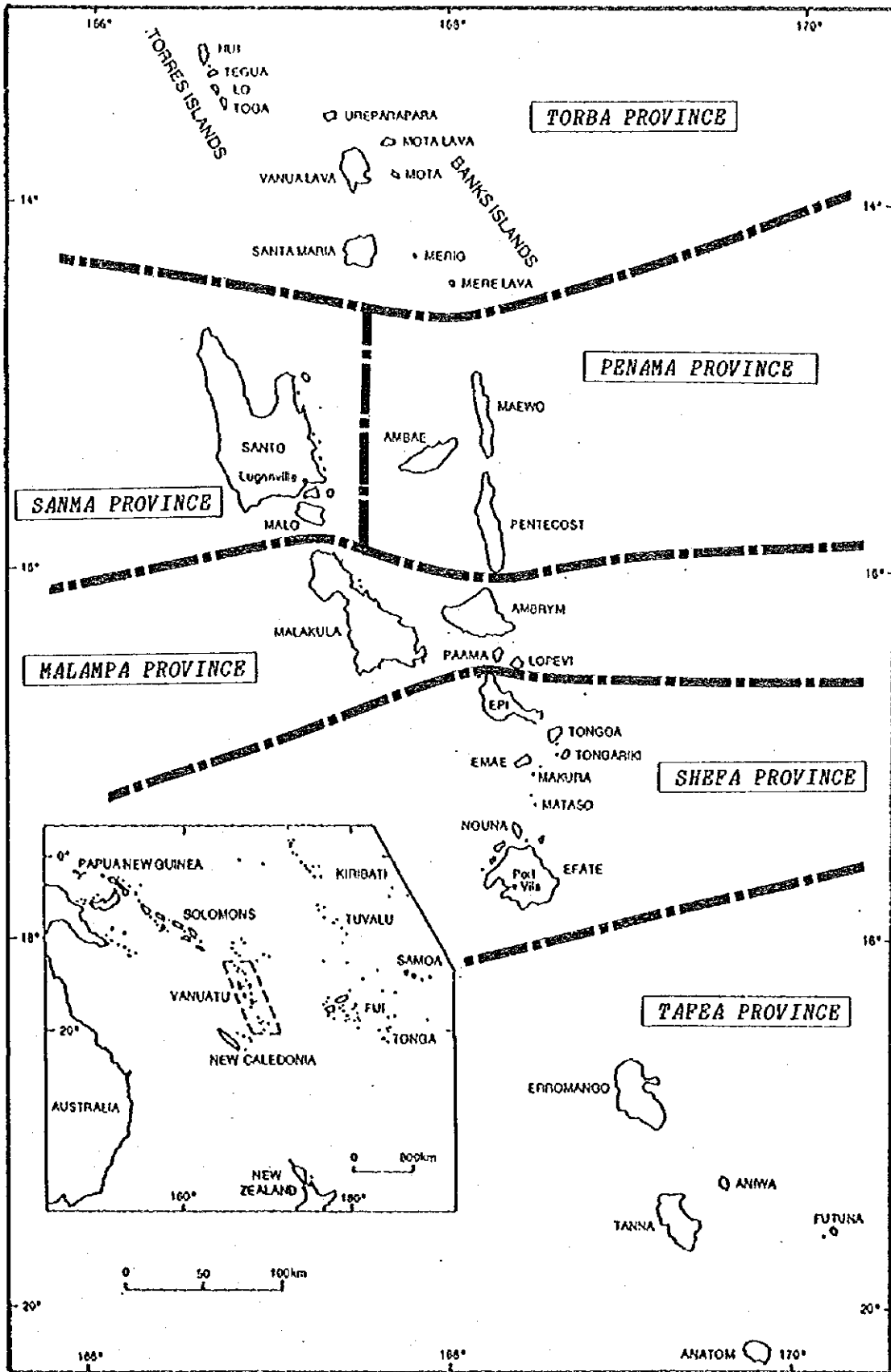
出所: (註1) 東京書籍 「最新世界各国要覧 7訂版」 東京書籍 1993

: (註2) E I U, Country Profile: Pacific Islands 1994-1995, E I U, 1994

: (註3) South Pacific Commission, Pacific Island Populations 1994,
South Pacific Commission, 1994

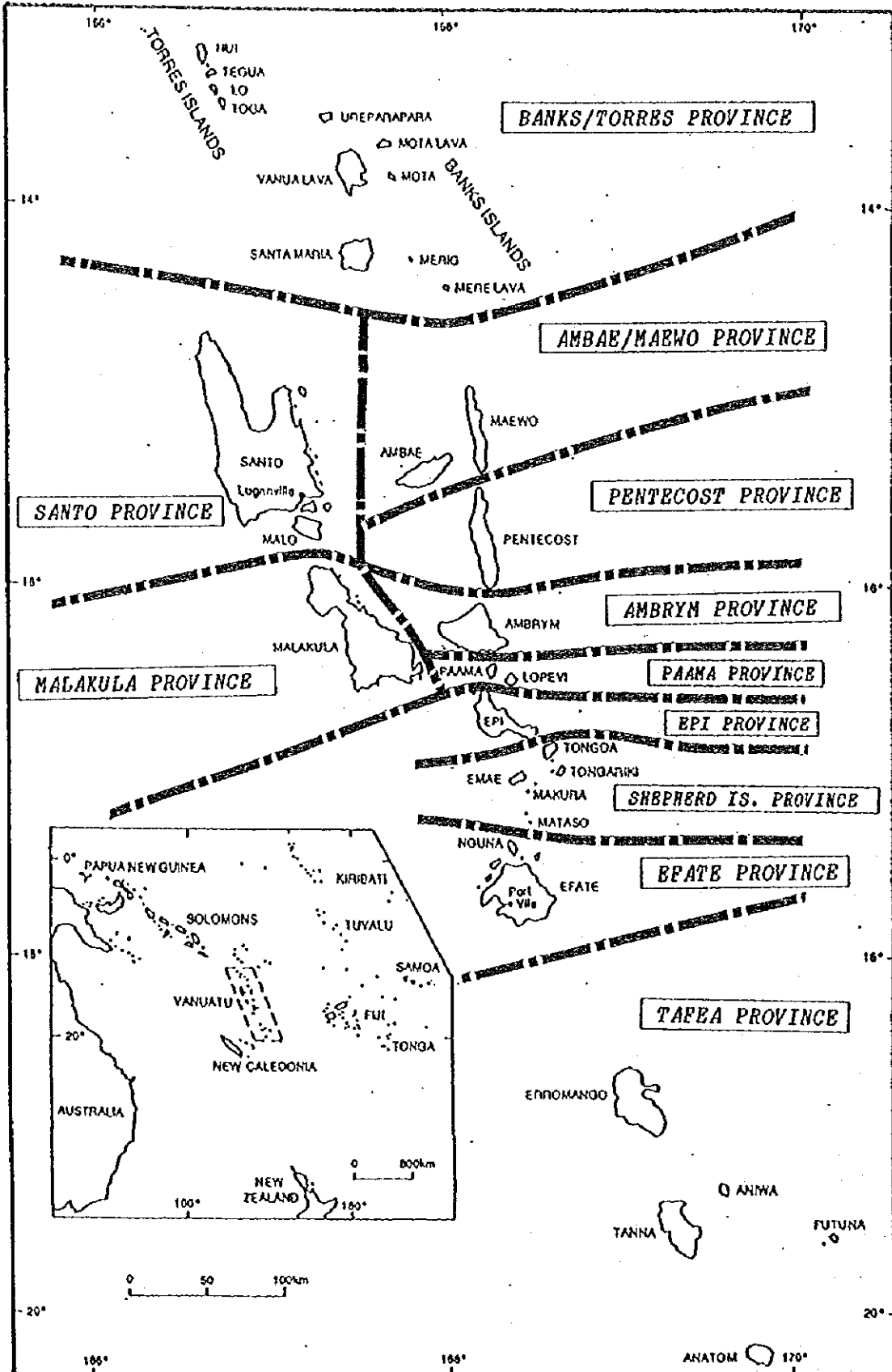
: (註4) The Europa Publications, The Europa World Yearbook,
The Europa Publications, 1994

図1-1 ヴァヌアツ共和国全図（新行政区分図）



出所：地図より作成

図1-2 ヴァヌアツ共和国全図 (旧行政区分図)



出所: Planning Office, Third National Development Plan 1992-1996,
Republic of Vanuatu, 1992

(1) 自然環境等

ヴァヌアツ共和国（以下、ヴァヌアツと略）は東経 166度～ 171度、南緯13度～21度の海域に“Y”字型に連なる82の島々で構成されている。オーストラリアのシドニーから北東約2,250kmの位置にあり、島嶼は南北1,300kmの距離に分布する。

82の島嶼のうち居住地となっているのは68、さらにこれらのうち表1-2 に掲げる12が主要島とされ、その合計面積は国土面積全体12,189km²の大半にあたる11,369km²を占める。経済専管水域面積は68万km²で、数多くの島、広い水域、交通・通信基盤の整備の不十分さなどのため、人々の行き来や通信は困難である。

国土を構成する島々は環太平洋造山帯に含まれており、ほとんどが火山活動と造山運動による隆起とによって形成されたもので、9の活火山（うち4は海底火山）を有する。

南北に細長い国土の分布、島であると同時に山でもある地形的な特徴から、気候や植生は南部と北部、東部と西部でやや異なる。赤道に近い北部は南部よりも湿潤、高温であり、また、一般に島の東側では湿った赤道貿易風の影響のため降水量が多く湿潤で、濃密な熱帯雨林を形成している。

国土全体としては、11～4月が高温の雨期にあたる。雨期はまた、サイクロンに見舞われる時期でもあり、時として農作物や人命に大きな被害を与えることがある。5～10月はやや気温の下がる乾期である。首都ポートヴィラのあるエファテ島の年平均気温は24℃程度、雨期（2月）の平均気温は27℃、乾期（11月）は22℃程度である。

表1-2 主要12島の面積・標高・人口

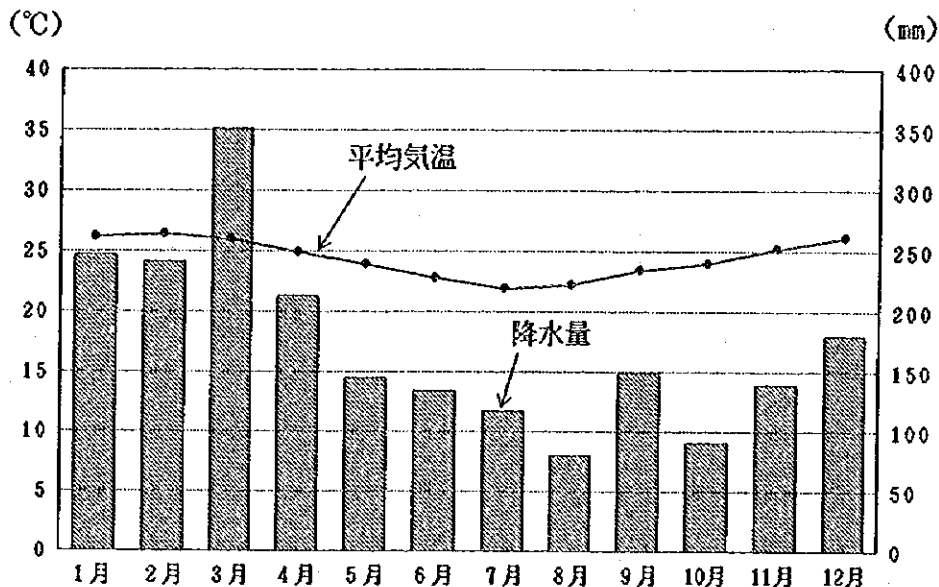
(単位：() 内)

島名	面積 (km ²)	最高標高点 (m)	人口 (人)
エスピリツ・サント *	4,010	1,879	21,117
マレクラ *	2,053	863	15,085
エファテ *	887	647	27,455
エロマンガ	887	886	1,254
アンブリム	666	1,270	7,189
タンナ	561	1,084	19,825
ペンテコスト	499	946	11,336
エピ	446	833	3,236
アオバ	399	1,496	8,583
バヌア・ラバ	331	964	1,343
サンタ・マリア	330	797	1,285
マエウオ	300	811	2,362
小計	11,369	—	120,070
その他	820	—	22,874
計	12,189	—	142,944

注：*の島は、付近の小島を含む。

出所：David Stanley, *South Pacific Handbook*, July 1993
 Statistics Office, *National Population Census*, May 1989,
 Government of Vanuatu, July 1991 p.21

図1-3 ポートヴィラの平均気温と降水量



出所：東京書籍 「最新世界各国要覧 7訂版」 東京書籍 1993 より作成

(2) 政治・外交政策の状況

ヴァヌアツは1980年7月に英仏共同統治機構から独立し、英連邦に加盟した。任期5年の大統領を象徴的な元首とする民主共和制をとっている。英仏の共同統治時代の経験を経ているため、両国の制度を受け継いだイギリス式の議会民主制度とフランス式の大統領共和制とが混在した様態である。議会は一院制で、議員定数は46、その任期は4年である。参政権は25歳以上に与えられる。政党には、フランス語系住民を背景とした穏健諸党連合（UMP）、英語系住民を背景としたバヌアアク党（VP）のほか、国家連合党（NUP）などがある。

ヴァヌアツ共和国の外交は、非同盟、反核、ニュー・カレドニア（フランス領）などの独立運動支援を基本方針としている。1983年に非核宣言を議会で決議、86年に米国、リビア、旧ソ連などと相次いで外交関係を樹立する一方、ニュー・カレドニア独立運動を支援して、フランス大使を追放した。オーストラリア、ニュー・ジーランドなどとも軍事協調を行うなど親しい関係を築いているが、漁業問題に加え、国内の英語系住民とフランス語系住民の対立を受けて、微妙な状態になったこともある。

ヴァヌアツは、1981年9月に第155番目の国として国連に加盟し、83年にはWHO、FAOに加盟した。また、地域国際機関である南太平洋委員会（The South Pacific Commission, SPC）、南太平洋フォーラム（The South Pacific Forum, SPF）のメンバーであり、1981年には両会議のホスト国となった。

外交上の当面の諸問題として、従来の非同盟主義から転換し、西側諸国との関係強化を図ることが必要である。また、外公官の国外退去や台湾の承認問題などで、多少ぎくしゃくした対オーストラリア、対中国関係の一層の関係改善を図ることも重要な課題である。

(3) 経済

表1-3 ヴァヌアツ共和国経済指標

(単位:()内)

1) 主要経済指標 の推移	年	1991	1992	1993
G D P (百万ヴァツ) *1		N. A.	N. A.	N. A.
一人当たりGNP (ドル) *2		1,150	1,210	1,230
実質GDP成長率 (%) *3		N. A.	N. A.	N. A.
消費者物価上昇率 (%) *1		6.5	2.2	5.4
失 業 率 (%)		記 載 な し		
貿易収支 (百万ドル) 輸出額(FOB) 輸入額(FOB) *1		-59.15 14.86 74.01	-48.99 17.80 66.79	N. A. N. A. N. A.
主要輸出入相手国 *3		輸出 (1994年) オーストラリア 輸入 (1994年) オランダ		
経常収支 (百万ドル) *1		5.43	3.52	N. A.
対外債務残高 (百万ドル) *4		39.3	40.4	143.5
債務返済比率 (%) *4		1.4	1.4	4.7
外貨準備高 (百万ドル) (金を除く) *1		39.84	41.86	49.10
2) 通貨 (95年11月末) *5	通貨単位: ヴァツ (VT) 1ドル= 112.496ヴァツ			
3) 会計年度	1月1日~12月31日			

出所 *1 : IMF, International Financial Statistics Yearbook 1994, IMF, 1995*2 : World Bank, World Development Report, World Bank, 1993, 1994*3 : E I U, Country Report : Pacific Islands 3rd quarter, E I U, 1994*4 : World Bank, World Debt Tables 1994-95, World Bank, 1994

*5 : 東京銀行 「東銀経済四季報 冬号」 東京銀行 1995

ヴァヌアツの経済成長は、コブラ等主要輸出農産物の国際価格やサイクロンの来襲、観光客の来訪状況に大きく左右される。

独立直後の混乱状況を脱した1984年には、コブラの市場価格の高騰や観光収入の増大によって、前年比 6.9%の高成長を記録した。しかし、コブラ価格が下落をはじめた1985年から一転して停滞し、86年には前年-2.0%に落ち込み、87年のサイクロンの被害のため87年、88年もわずかな成長にとどまった。1989年からは農業、建設、観光の伸びに支えられて再び3~5%の成長率を回復したが、92~93年はコブラ、牛肉の輸出不振とサイクロンの被害により、ふたたび低迷している。

このように、やや不安定ではあるが、農業と観光（観光業のほか海運、商業を含む）はヴァヌアツ経済の基盤である。

農業はGDPの約1/4を占め、農産物の輸出額は輸出総額の75%を占める。主な輸作物はコブラ、カカオなどであるが、近年はコーヒーや牛肉など新しい商品の生産にも努めている。一方、農村部には全人口の約8割が住んでいるといわれ、こうした農民の自給自足的農業による生産は農業生産全体の約2/3を占める。また、農業就業人口は全就業人口の60%程度に達する。農業は外貨取得と農村の自給経済、労働力吸収の面で重要な役割を持っている。

観光業は、政情不安やサイクロンの被害などにより1980年代後半はやや伸び悩みをみせたが、近年は国営航空会社エア・ヴァヌアツの就航、空港の拡充、ホテルの整備などにより好調な成長をとげ、GDPの40%近くを占めるようになっている。

製造業はGDPに占める割合は7%程度であるが、食料・飲料製造、木材加工を中心に最も成長を遂げている分野である。

1993年における国民一人当たりGNPは 1,230米ドルである。

なお、ヴァヌアツは外貨獲得、海外からの投資拡大のため、「タックス・ヘイブン政策」をとっている。このタックス・ヘイブン政策とはホテルやレストランのサービス税など一部の税を除き、所得税や法人税などすべて無税にする対策であり、このためヴァヌアツには1,400余の外資系企業と100近いオフショア金融機関が立地している。

このような投資や農産物輸出、観光業による外貨獲得と農村部の自給自足という二面性を持つ経済構造は、都市部と農村部、ヴァヌアツ原住民と外国人の間に極めて大きな経済格差をもたらしている。

表1-4 GDPの推移

(単位：()内)

	1988年	1989年	1990年	1991年	1992年	1993年
名 目 (百万ヴァツ)	10,850	16,367	17,899	19,212	20,524	21,959
1990年実質 (百万ヴァツ)	16,268	17,007	17,899	18,631	18,775	19,494
成 長 率 (%)	0.6	4.5	5.2	4.1	0.8	3.8

出所：IMF, International Financial Statistics Yearbook 1994, IMF, 1995

表1-5 産業別GDPの推移(1983年固定価格)
(単位:百万ヴァツ、成長率のみ%)

	1983年	1984年	1985年	1986年	1987年	1988年	1989年	1990年
農林水産業	2,649	2,831	2,771	2,539	2,383	2,148	2,350	2,745
製造業	312	419	466	467	588	684	774	871
電気・ガス・水道	157	191	192	190	180	191	214	235
建設業	302	293	282	368	514	598	638	651
商業	3,627	3,741	3,753	3,378	3,452	3,460	3,482	3,636
運輸・通信業	757	808	770	741	735	776	847	857
金融・保険業	819	772	967	1,285	757	1,064	1,062	1,118
行政サービス	1,393	1,542	1,629	1,721	1,614	1,564	1,390	1,290
その他	134	249	136	54	566	365	586	535
国内総生産	10,150	10,846	10,966	10,743	10,789	10,850	11,343*	11,938*
同上 成長率	-	6.9	1.1	-2.0	0.4	0.6	4.5	5.2

* : 出所が異なり表1-4と数値が異なっている。

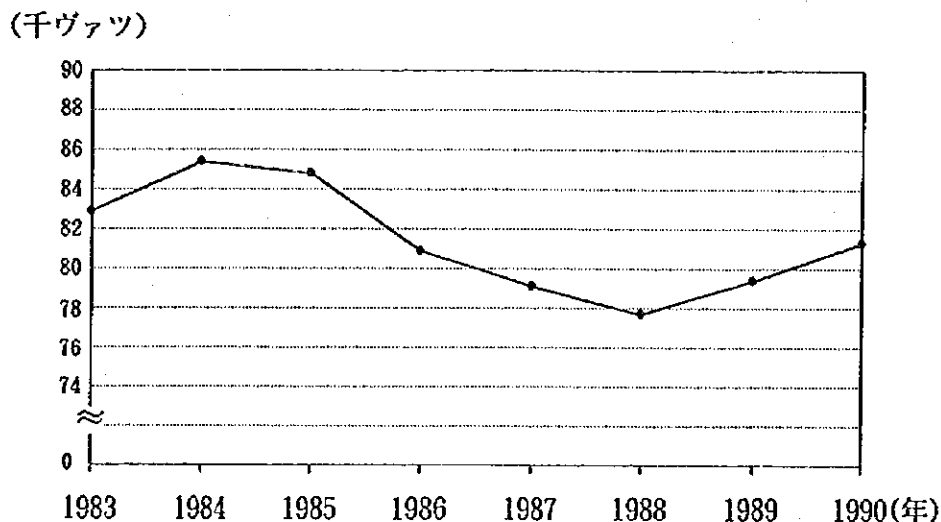
出所: A s D B, Key Indicators of Developing Asian and Pacific Countries,
A s D B, 1993

表1-6 産業別GDPシェアの推移(構成比)
(単位:%)

	1983年	1984年	1985年	1986年	1987年	1988年	1989年	1990年
農林水産業	26.1	26.1	25.2	23.6	22.1	19.8	20.7	23.0
製造業	3.1	3.9	4.3	4.3	5.4	6.3	6.8	7.3
電気・ガス・水道	1.5	1.8	1.8	1.8	1.7	1.8	1.9	2.0
建設業	3.0	2.7	2.6	3.4	4.8	5.5	5.6	5.5
商業	35.7	34.5	34.2	31.4	32.0	31.9	30.7	30.5
運輸・通信業	7.5	7.5	7.0	6.9	6.8	7.2	7.5	7.2
金融・保険業	8.1	7.1	8.8	12.0	7.0	9.8	9.4	9.4
行政サービス	13.7	14.2	14.9	16.0	15.0	14.4	12.3	10.8
その他	1.3	2.3	1.2	0.6	5.2	3.4	5.2	4.5
国内総生産	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

出所: A s D B, Key Indicators of Developing Asian and Pacific Countries,
A s D B, 1993

図1-4 一人当たり実質GDPの推移



出所：A s D B, Key Indicators of Developing Asian and Pacific Countries,
A s D B, 1993

(4) 民族・言語・宗教等

1992年のヴァヌアツの人口は15万7,000人で、そのうち94%はNi-Vanuatuと呼ばれるメラネシア系のヴァヌアツ原住民で、このほか、ヨーロッパ人（うち2/3はフランス人が占める）、ヨーロッパ人とメラネシア系あるいはポリネシア系との混血、ベトナム人、中国人などで構成される。

1980年の独立以前、ヴァヌアツは80年近くに及ぶ英仏共同統治機構のもとにあり、現在でも英語、仏語は公用語である。学校でも英語、仏語のいずれかによる教育が行われており、学齢期にある子どもの55%は英語、35%は仏語による学校で学んでいる。

また、ヴァヌアツ原住民に広く用いられるピスラマ語は、ピジン英語の一つで、ヴァヌアツの国語である。しかし、部族によって固有の言語があり、国全体では100以上の異なる言語があるともいわれる。

他の南太平洋の島国と同様、ヴァヌアツ原住民の間にもキリスト教が広く浸透している。やはりフランス、英国それぞれの影響があり、前者はカトリック、後者はプロテスタントを布教したため、言葉の問題と絡んで対立することとなった。ローマ・カトリックが全体の約15%程度、プロテスタント系が約60%である。伝統的宗教は年々減少しており、現在では約5%となっている。

ヴァヌアツ原住民の間には、カスタム (Kastom) といわれる伝統的価値観が浸透している。Kastomは、いわゆるCustomが意味する社会的慣習や伝統習俗といった意味合いをはるかに超えて、どのように農地を耕すか、冠婚葬祭をどう行うかというレベルから社会構造にいたるまでの規範となっている。そして、特に部族 (Family) のあり方や土地所有につ

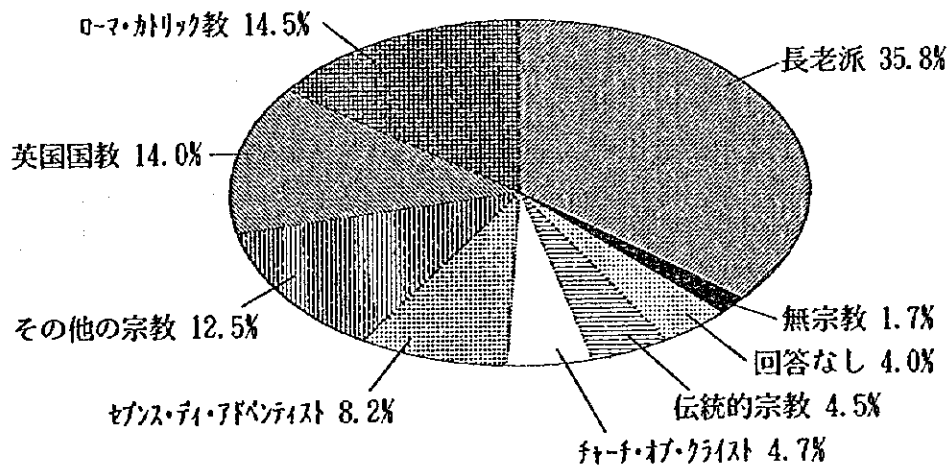
いて重要な枠組みを与えている。

部族(Family)はヴァヌアツ社会の最も基本となる単位である。部族の長は一族の安定した生活を守り、伝統的規範や文化の維持を図ることが求められる。また長は一族の意思決定を行う者であり、部族の所有する土地の権利、政府への陳情、部族間のもめごとの調停などにおいて、一族の代弁者となる存在である。部族の長は男性の役割であって、女性が対外的な代弁者となったり、部族の意思決定をする役割を担うことはなく、家事や育児、農作業、マットづくりなどの手仕事が女性の役割とされる。

部族の結び付きは強く、たとえば、部族の一員が都市や海外に移住しても、故郷と都市のあいだで経済的、人的なつながりを保つことを重視する。この背景には、帰郷後の土地所有権の維持という動機もある。

土地は部族存立の基盤として最も重視される。土地は伝統的な所有権によってほとんどが男子に継承されていき、譲渡したり売却されることはない。こうした土地所有は公共公益施設等の整備など、開発における一つの阻害要因となっている。近年では、人口密度の高い地域や拡大する都市域と農村部の接する地域での土地をめぐる紛争も多い。

図1-5 宗教別人口割合 (1989年)



出所: Statistics Office, National Population Census, May 1989,
Government of Vanuatu, July 1991 p.38

(5) 女性の状況

島や村によって違いはあるものの、総じて、女性は男性に従うものであるというのが、伝統的な女性観である。

ヴァヌアツ女性は、子供のうちは家事や自給的農業の働き手であると同時に、婚資を得る対象として期待されている。また、結婚後は夫や夫の社会的地位の向上を助けることが役割とされ、ヴァヌアツ系住民にとって重要な資産である生家の土地についての権利は失うものとされている。

結婚した女性は、自給的農業の重要な担い手であると同時に、家事や育児の労働を期待される。現在でもヴァヌアツ女性は5人近くの子供を産み育て、自家のための農業を行う。近年は換金作物の栽培に携わり、現金収入を得ることも求められている。一方で、女性の労働による生産物とそのために必要な農地などの利用についての権利は、多くの場合、男性のものとされている。

現在、伝統的生活は変化を見せているが、女性の社会的地位は依然として従属的なものであり、とくに、農村社会では伝統的な考え方による役割が女性を拘束している。政府では1980年に「National Council of Women」を設置し、女性の地位向上に努めているが、地域社会や国家レベルにおける発言権や意思決定権はまだ十分に確保されていない。

(6) 環境

ヴァヌアツ住民の保健・医療に直接的な影響を及ぼす環境上の問題として、まず、農村部における安全な水の供給と衛生施設の普及が挙げられる。独立直後の1982年に環境衛生局(Department of Environmental Health)を設置し、安全な水と衛生施設(トイレ)の普及に努めた結果、農村部の給水人口は79年の29%から91年の75%へと大幅に改善され、衛生施設は農村部の17.4%の世帯に普及した。給水には著しい前進があったとはいえ、衛生施設の普及は満足できるレベルではなく、また、地域格差も見られる。

人口が急増する首都ポートヴィラの居住環境の悪化も問題となっている。首都では大幅な人口の増加に衛生処理施設の普及が追いつかず、海洋や水の汚染が進み、生活環境や飲料水の安全性が脅かされつつある。

また、マラリアやデング熱は、ヴァヌアツ独立以前からその対策が進められており、いまなお、疾病や死亡の主要な原因であるが、これらベクター媒介の疾病の流行は、自然条件や衛生環境との関係が深い。

さらに、間接的な影響として、広い海域に分散する国土の構造が保健・医療サービス供給に格差の一因となっていること、都市部の人口増が保健・医療施設の不足を生み出していることなども、環境にまつわる問題点として指摘できる。

(7) 教育

ヴァヌアツの教育は、英語あるいは仏語を用いる2系統の教育システムが併存し、それぞれ独自のカリキュラムや運営、教員教育に基づいている。現在、2言語を利用はそのまま、カリキュラムや運営については同一化を図る方向であるが、多くの時間と労力を要するものと予想されている。

教育部門はヴァヌアツ政府が社会セクターのなかで、最も重視している部門で、6年制

の Primary School(小学校), 4年制の Junior Secondary School(中学校), 2年または3年制の Senior Secondary School(高等学校)を定め、第2次国家開発計画期間中に6歳児小学校就学率を95%に引き上げた。表1-7に、1985~91年の小学校就学者数の推移を示す。この表から1校当たりの就学者数は年々増加していることがわかる。このことは、第2次国家開発計画の中で行われた教育分野の政策が効果をあげたことを示していると言える。1991年現在では60の島々に267の小学校が配置されている。

しかし、中学校以上となると就学率は低下する。1986年に政府では「教育拡充プログラム(Expansion Programme)」を実施し、現在では1地方政府(Local Government Council)を除き、すべての地方に中学校を設置し、中学校就学率を40%から70%に引き上げたが、高等学校就学率は同プログラムにおいても20%から25%への上昇にとどまっている。また、経済的ゆとりのある層では、高等学校以上の教育をニュー・ジージランドなど海外で受ける例も多い。

就学率について、男女に大きな開きはないが、各課程で男子の占める割合は、小学校で53%、中学校で56%、高等学校で65%となっており、学歴が上回るほど男女格差が拡大する傾向にある。

上記以外の教育機関としては南太平洋大学センター(USPセンター)がポートヴィラにあるほか、タガベ(Tagabe)農業学校、ヴァヌアツ教員大学、ヴァヌアツ看護学校がある。

子供の就学率、とりわけ初等教育の就学率は改善されているが、成人識字率は64%(女性は60%)で、他の太平洋諸国よりもやや低い(表1-9参照)。

表1-7 小学校就学者数の推移(1985~91年)

(単位:校、人)

	学 校 数	生 徒 数
1985年	—	22,897
1986年	265	23,856
1987年	257	24,060
1988年	252	24,634
1989年	262	25,000
1990年	260	24,471
1991年	267	24,952

出所: Planning Office, Third National Development Plan 1992-1996,
Republic of Vanuatu, 1992 p.143

表1-8 中学校・高等学校就学者数の推移 (1985~91年)

(単位:人)

	中 学 校					高 等 学 校			
	7学年	8学年	9学年	10学年	計	11学年	12学年	13学年	計
1985年	653	632	516	374	2,175	109	78	27	214
1986年	1,012	608	566	462	2,648	128	23	57	208
1987年	1,037	901	562	498	2,998	166	99	13	278
1988年	1,002	1,005	814	458	3,279	137	117	44	298
1989年	861	943	935	765	3,504	132	98	34	264
1990年	866	864	873	853	3,456	195	98	26	319
1991年	1,035	852	783	778	3,448	184	156	11	351

出所: Planning Office, Third National Development Plan 1992-1996,
Republic of Vanuatu, 1992 p.144

表1-9 識字率の比較

(単位:%)

国 名	成 人 識 字 率	
	合 計	女 性
クック諸島	99	99
トンガ	99	99
ニウエ	99	99
トケラウ	99	99
トゥヴァル	99	99
西サモア	98	98
パラオ	98	97
キリバス	93	92
マーシャル諸島	91	90
フィジー	87	84
ミクロネシア	81	79
ヴァヌアツ	64	60
ソロモン諸島	23	17

出所: UNICEF, The State of Pacific Children 1995,
UNICEF, 1995 p.58

1-2 一般行政と国家開発計画

1-2-1 中央行政

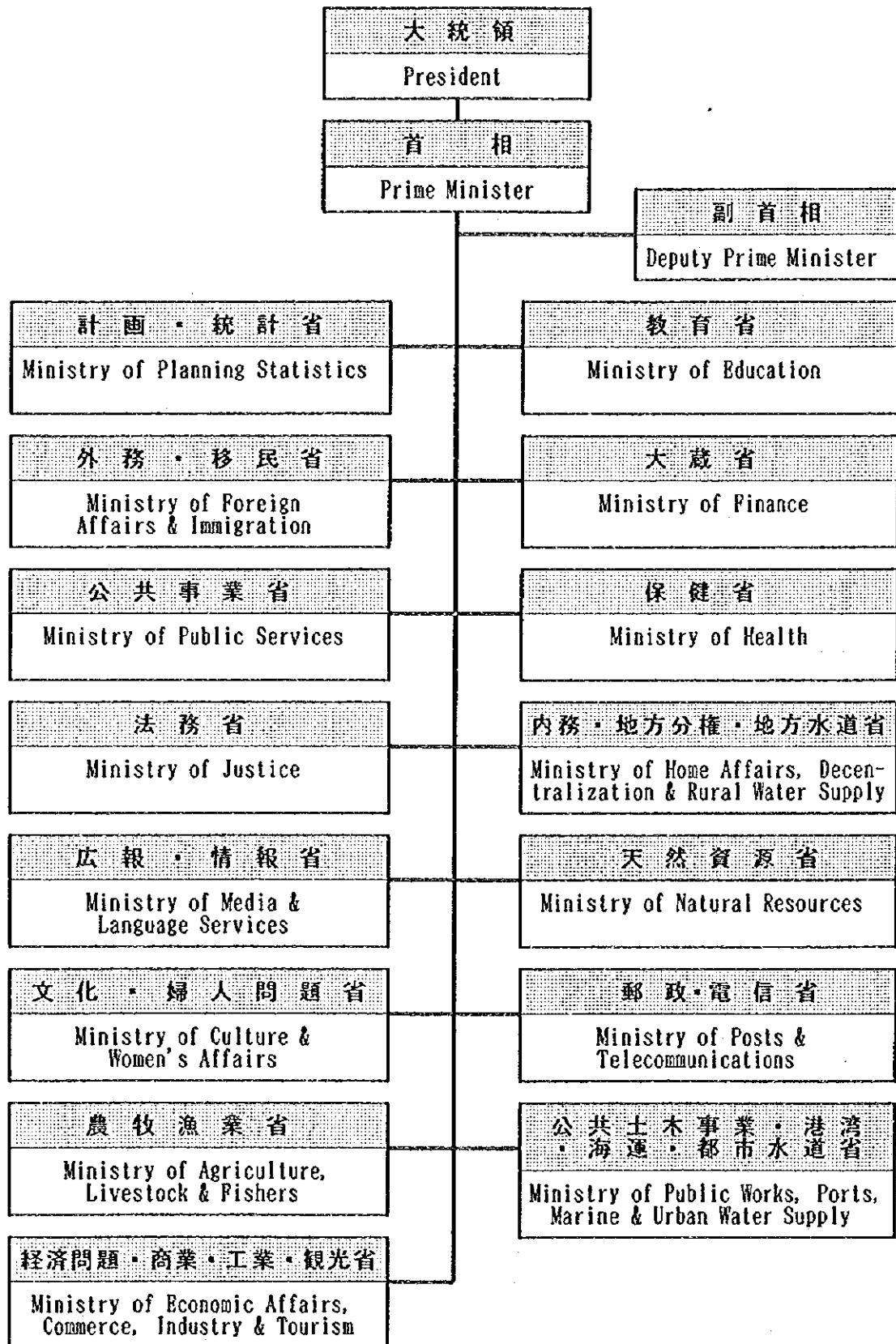
ヴァヌアツは議員内閣制であり、議会により選出された首相が内閣を組閣する。1995年11月までの内閣は、UMPとNUPの連立内閣であったが、95年11月末に総選挙が行われた。議会は一院制で、87年より46議席に増員された。

内閣は議会で選出された首相のほかに、副首相、計画・統計省、外務・移民省、公共事業省、法務省、広報・情報省、文化・婦人問題省、農牧漁業省、経済問題・商業・工業・観光省、教育省、大蔵省、保健省、内務・地方分権・地方水道省、天然資源省、郵政・電信省、公共土木事業・港湾・海運・都市水道省の15省に大臣が置かれている。

ヴァヌアツの司法制度は、最高裁判所 (Supreme Court)、控訴裁判所 (Court of Appeal)、下級裁判所 (Magistrate's Court) と各島裁判所 (Island Court) から構成されている。このほか、交通事故を専門に扱う「Court of First Instance」がある。村々のもめごとに対しては、通常「Native Court」と呼ばれる、村々での調停を行う機関が存在する。

図1-6は国家行政組織図である。

図1-6 国家行政組織図 (1995年現在)



出所：国際協力事業団 「国別協力情報ファイル ヴァヌアツ」 国際協力事業団 1995

1-2-2 地方行政

地方行政に関しては、独立当時は11の行政区にわかれ、地方議会(Island Government Council)が置かれていたが、1994年に六つの州政府(Provincial Government)に再編されている。またこれら地方行政区分と保健医療の保健区分は一致していない。首都ポートヴィラおよびルーガンヴィル(サント島)には、市議会(Municipal Council)が設置されている。

行政サービスや経済開発の地方格差の是正などが期待されているが、そのために財源と人材を確保することが当面の課題となっている。しかし、担うべきサービスに対して財源が十分でなく、地方政府の体制充実のために中央政府が歳出の5% (1995年実績)を支出するとともに、中央省庁から人材を外向させるなど、現在は新たな体制固めを進めている状況である。

なお、第3次国家開発計画など現行の主要計画は、新体制以前に策定されているため、11の地方行政区が単位となっている。

表1-10は、五つの保健地域の中の六つの行政区ごとの人口の推移を示す。

表1-10 五つの保健地域と六つの行政区の関係、および五つの保健地域の人口の推移(1979、89年)

(単位:人)

保健地域	行政区分	1979年	1989年
北部地域	TORBA PROVINCE	4,881	5,959
	SANMA PROVINCE	17,591	25,144
東部地域	PENAMA PROVINCE	18,850	22,200
中央2地域	MALAMPA PROVINCE	23,200	28,087
中央1地域	SHEFA PROVINCE	22,533	35,709
南部地域	TAFEA PROVINCE	17,316	22,373
合 計		104,371	139,472
都 市 部		11,074	23,483
農 村 部		93,297	115,989

出所: World Bank, *Health Priorities and Options in the Pacific Member Countries*,
World Bank, 1994 p.268 より作成

1-2-3 国家開発計画の概要

1-2-3-1 過去の開発計画

表1-11 過去の開発計画

計 画 名	期 間	概 要
第1次国家開発計画	1982～86年	<p>ヴァヌアツ共和国政府は1982年3月、今後15年間に経済的自立を達成することを目標とし、その第一段階として次のような事柄に重点をおいた第1次5カ年計画を実施した。①地方間・都市農村間のバランスのとれた成長、②豊かな自然資源の有効利用、③民間企業の奨励、④植民地主義の出現によって破壊された伝統的生活の保護と復興、などである。1984年末の中間報告によると、コブラの国際価格の急騰による、ある程度の経済回復と主要農産品の生産増加は評価されているが、州政府の未整備、高度技術習得のための教育システムの不備、海外援助依存体質などがヴァヌアツ経済が直面する課題として報告されている。</p> <p>5カ年の総投資額は115億800万ヴァツで、うち約半分は海外援助に依存している。</p> <p>部門別投資比率は経済開発59%、インフラ23%、社会サービス15%、公務サービス3%となっている。</p>
第2次国家開発計画	1987～91年	<p>この計画において、政府は①経済的自立度の向上、②人的資源の開発、③国内天然資源の有効開発、④民間セクターの貢献度の拡大、⑤環境、文化遺産の保護、⑥議会制民主主義に基づく安定的政治環境の保護等をその開発目的に掲げている。</p> <p>また、開発戦略として、①行政・実施機能の地方分散、②小規模農業および大プランテーション双方の振興、③国内外新規投資の促進（特に観光と第1次産品加工業に重点）、④人的資源の開発、⑤プロジェクト立案、開発予算編成等の統合化等を挙げている。計画期間中の開発予算規模は約293億ヴァツであり、そのうち約280億ヴァツは海外援助により充当されると見込んでいる。また、同国はタックス・ヘイブン政策を採っており海外からの投資は税法的に有利になっている。</p> <p>「教育・研修」分野が約42億ヴァツ（14.3%）の最大予算は配分を受けており、次は「人口、雇用」分野が約36億ヴァツ（12.2%）となっている。両者ともに人的資源開発の範疇であり、合計すると総投資額の1/4以上を占める。以下は、「農業・牧畜」が10.8%、「海運」が7.2%、「その他政府サービス」が6.9%、「上・下水道」6.1%、「保健サービス」3.8%などとなっている。</p>

出所：国際協力事業団 「国別協力情報ファイル ヴァヌアツ」 国際協力事業団 1995

1-2-3-2 現行の開発計画

1992年より第3次国家開発計画（DP3）を実施している。DP3の計画期間は1996年までの5カ年で、概要は以下のとおりである。

(1) 計画の主要目標

この計画では、まず初めに、主要な目標を次のように定めている。

- ・経済的自立の促進
- ・地方の生活の質の改善
- ・地域間におけるバランスの確保

また、DP3では、国家開発にあたるすべての機関が、次の基本認識を持つことが重要であるとしている。

1) 持続性

これまでの開発計画では、経済的自立と生活の質の問題への取組みが実施されてきた。ヴァヌアツにおけるすべての開発は、事実上外国援助によって行われており、自立のための基本的な活動に必要な自己資金は不十分である。過去9年間、上水道、医療施設、道路、仮設滑走路などが整備された一方で、メンテナンスを行わなかったため、使用できなくなったインフラもあった。その結果、ヴァヌアツの人々の生活の質は、全体として改善されていない。したがって、外国援助が終了しても、プロジェクトを維持することができるような仕組みが必要であり、特に地方の場合、プロジェクトの所有者を島または村の長老とする必要がある。

2) 地域参加

一般に、地域開発とは、政府や援助機関が小規模プロジェクトを通じて行うものと考えられている。このような上からの地域開発は、長期的には人々の生活の質を向上させるが、すぐに効果が表れないと開発が続かない場合がある。これは、地域開発には地域社会の協力が不可欠であるにもかかわらず、そのニーズを十分考慮せずに開発プロジェクトを行った場合に多く見られる。したがって、開発プロジェクトの計画の際には、地域社会のニーズおよび状況をよりよく把握するために、地域社会の開発プロセスへの参加を促進する必要がある。

3) 優先順位の設定

利用可能な資源に限りがあることから、開発の優先順位を決定することが重要である。

(2) 分野横断的課題

また、分野横断的課題として、環境と自然保護(Environment and Conservation)、開発と女性(Women in Development)、若年層と国家開発(Youth and National Development)を掲げている。

環境と自然保護では、農地開発や都市開発による環境破壊が持続的発展の障害となりうることを指摘した上で、すべての開発、経済発展が与える環境へのインパクトを最低限にとどめること、環境局(Environment Unit)を省レベルに格上げし環境政策の強化を図ること、財源の確保および地域の参加を基本目標とする。

女性と開発では、女性は開発におけるパートナーであること、地域レベル、国レベル、国際レベルでの対等な参加を促進することを基本方針としている。

若年層と開発については、その育成の基本的指針をしめすことをDP3での最優先事項とし、若年層の教育、地域社会の向上、社会参加、雇用機会の創出に力を入れるとする。

(3) DP3の具体的目標

DP3では、様々なシナリオに基づいて、具体的な目標を設定している。ここでは、低成長シナリオに基づいた目標を概観する。

1) 経済成長率

DP3では、1993~95年の間に、最低でも年平均2.5%の経済成長を達成している(表1-12)。

表1-12 項目別のGDP成長率目標

(単位：%)

	1986-90年平均	1991年	1992年	1993-95年平均
政府消費	-4.8	3.5	2.0	2.0
民間投資	3.0	-22.0	4.5	4.0
投資	5.9	-4.0	10.5	3.0
政府間	--	-16.0	18.5	-9.5
民間	--	-1.5	9.0	8.0
株式	-12.5	-45.0	13.5	-9.0
輸出	5.2	-26.0	-14.0	3.0
商品	-4.0	-8.5	-6.5	13.0
の輸・サービス	11.1	-36.5	-15.5	1.5
輸入	4.1	-11.5	0.5	4.5
商品	7.1	-15.7	4.0	5.0
の輸・サービス	-7.5	8.0	-9.5	3.5
GDP	2.7	3.4	-0.5	2.5

出所：Planning Office, Third National Development Plan 1992-1996, Republic of Vanuatu, 1992 p.204

- 2) 経済成長率以外にも、コブラ生産高および輸出高、観光客数、平均滞在日数、船旅客数、政府財政収支（歳出および歳入）、援助投資動向、外貨交換率などに関する目標を設定している（表1-13）。

表1-13 第3次開発計画の目標

（単位：（）内）

	1992年	1993年	1994年	1995年
コブラ生産高（トン）	25,000	35,000	32,400	32,400
“ 輸出高（トン）	19,000	38,000	31,000	31,000
観光客（人）	41,000	41,000	43,000	43,000
平均滞在日数（日）	8.5	9.5	9.0	10.0
船旅客（人）	68,000	70,000	72,000	72,000
政 府 部 門				
歳 出		1992年比 10%削減	1994年～95年 6%増加	
		給与据え置き	1994年～95年 6%増加	
歳 入	1991年：GDP比 21% 1995年：GDP比 23%			
海 外 援 助				
資金援助（百万ヴァツ）	2,427	2,427	2,174	1,613
技術援助（百万ヴァツ）	1,702	1,702	2,297	2,217
外 貨 交 換 率	1992～95年で5%程度の減価			

出所：Planning Office, Third National Development Plan 1992-1996,
Republic of Vanuatu, 1992

第1編 参考資料一覧

- ・開発途上国国別経済協力シリーズ 「ヴァヌアツ」 財団法人 国際協力推進協会 1994
- ・国際協力事業団 「国別協力情報ファイル ヴァヌアツ」 国際協力事業団 1995
- ・東京銀行 「東京経済四季報 冬号」 東京銀行 1995
- ・東京書籍 「最新世界各国要覧 7訂版」 東京書籍 1993
- ・丸善 「理科年表 1995」 丸善 1994

- ・ A s D B, Key Indicators of Developing Asian and Pacific Countries, A s D B, 1993
- ・ David Stanley, South Pacific Handbook, July 1993
- ・ E I U, Country Profile : Pacific Islands 1994-1995, E I U, 1994
- ・ E I U, Country Report : Pacific Islands 3rd quarter, E I U, 1994
- ・ The Europa Publications, The Europa World Yearbook, The Europa Publications, 1994
- ・ I M F, International Financial Statistics Yearbook 1994, I M F, 1995
- ・ National Planning and Statistics Office, Third National Development Plan 1992-1996, Republic of Vanuatu, 1992
- ・ South Pacific Commission, Pacific Island Populations 1994, South Pacific Commission, 1994
- ・ Statistics Office, National Population Census, May 1989, Government of Vanuatu, July 1991
- ・ U N I C E F, The Situation of Children and Women in Vanuatu, U N I C E F, 1991
- ・ U N I C E F, The State of Pacific Children 1995, U N I C E F, 1995
- ・ World Bank, Health Priorities and Options in the Pacific Member Countries, World Bank, 1994
- ・ World Bank, World Debt Tables 1994-95, World Bank, 1994
- ・ World Bank, World Development Report, World Bank, 1993, 1994

第2編 保健・医療行政

2-1 中央保健・医療行政と保健医療計画

2-1-1 中央衛生行政機構

ヴァヌアツ国の保健医療政策、保健医療サービスの計画、マネージメントを担当しているのは、保健省 (Ministry of Health) であり、実際に臨床および予防両面の保健医療サービスを提供しているのは、保健医療局 (Department of Health) である。

1980年の独立以来保健医療局は、国の保健医療ニーズに答えるために、何度も機構の改革を行っており、86～93年までに5回の機構改革が行われ、現体制は93年11月に定められたものである。保健医療行政組織図を図2-1に示した。

現在の組織になる前は、保健医療局が治療サービス局と予防サービス局にわかれ、それぞれに局長がいたが、1993年以降は、この二つの局が統一され保健医療局となり、局長が一人の組織となっている。保健省と保健医療局を調整する役割として、「保健計画・統計・政策調整ユニット (Health Planning Statistics and Policy Coordination Unit)」が保健省と保健医療局の間に設置された。保健医療局長の下は、管理、予防サービス・農村水供給、および治療サービスの三つのセクションに分けられている。

(1) 管理セクション

財政、人事、維持・管理、トランスポート等に関して責任を負っており、Principal Administration Officer (PAO) がこのセクションの責任者である。

(2) 予防サービスと農村水供給セクション

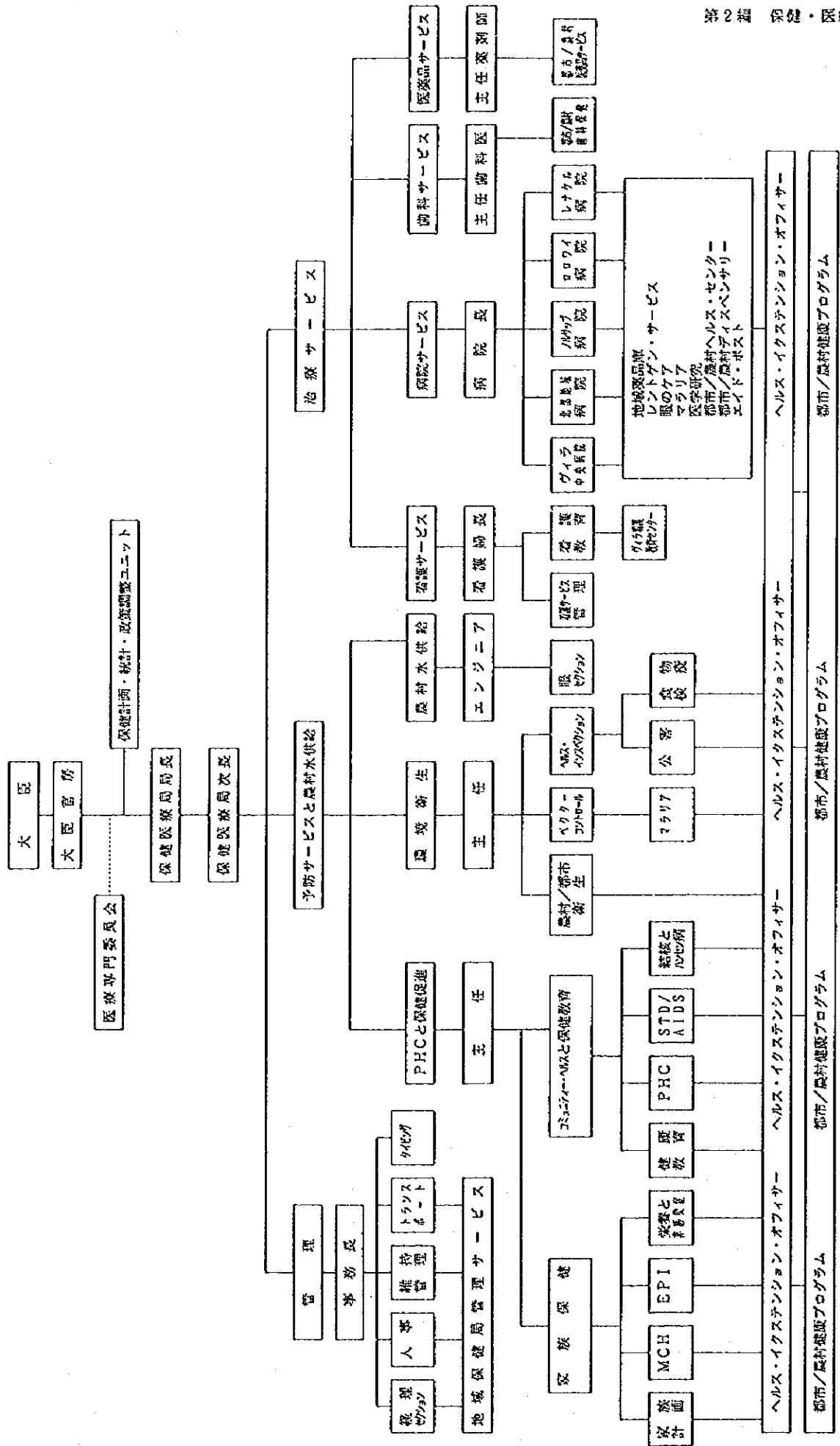
このセクションは、更にPHCと保健促進 (Primary Health Care and Health Promotion Unit)、環境衛生ユニット (Environmental Health Unit)、農村水供給ユニット (Rural Water Supply Unit) の三つのユニットに分けられている。それぞれのユニットのPrincipal Officerが責任者となっている。

(3) 治療サービス・セクション

このセクションは、病院サービス、歯科サービス、医薬品サービス、看護サービスの四つに分けられている。病院サービスは、五つの地域病院における医療サービスおよび、臨床検査、X線サービス、眼科サービス、マラリア検査、医学研究、都市/農村部ヘルス・センター、都市/農村部ディスペンサリー、エイド・ポストにおけるサービス等の責任を負っている。歯科サービス、医薬品サービス、看護サービスの責任者は、それぞれ、Principal Dental Officer、Principal Pharmacist、Principal Nursing Officer である。

ただし、この組織も1995年末の総選挙に伴い改革が予定されていたが、96年5月時点で、組織は固まっていない。

図 2-1 保健医療行政組織図



出所: Ministry and Department of Health, First National Health Development Plan 1992-98, Ministry of Health, 1992 p. 86

2-1-2 国家保健開発計画

「第1次国家保健開発計画 (First National Health Development Plan 1992-1996)」は、ヴァヌアツが初めて策定した保健・医療分野の計画である。計画期間はDP3と同様に1992年から96年までの5カ年で、DP3の保健・医療分野の計画の土台となっている。

独立から国家保健開発計画が策定されるまでの約10年間はDP1、2のもとに保健・医療行政を推進した。この10年は、以下のとおりDP1 (独立から1986年) とDP2 (1987～91年) の2期間に分けられる。

- ・DP1 統治時代の多様なサービス系統 (英国政府系、仏政府系、教会系など) の統一化とPHCの向上に努めた時期
- ・DP2 「Health for All by the Year 2000 (2000年までにすべての人に健康を)」を掲げ、PHCを中心に保健・医療サービスの全般的な向上を図った時期

DP3では、これまでのPHC重視の取組みが、農村部の保健施設から高度医療機関までの保健医療サービス体制の充実、EPIによる予防接種率の向上、農村部の安全な飲料水の確保、MCHサービスのカバー率の向上、感染症予防など健康教育の強化、保健医療に従事する人材の育成など相応の成果を挙げてきたと評価し、DP3においても「Health for All by the Year 2000」を目指し、真に機能的なPHCの確立に目標をおくとしている。その上で、DP3では

- ・疾病の治療よりもさらに重要な疾病の「予防」の強化
- ・保健サービスの地域格差の是正
- ・保健サービスにおける地域住民による自発的な参加と自己への信頼の確立

を基本戦略としている。さらに、PHC向上の鍵を握るのは、現在、出生千対45といわれている乳幼児死亡率の低減に向けた種々のサービスの統合・強化である。

「第1次国家保健開発計画」は以上の基本方針に基づき、14のセクター別開発計画を挙げている。

- 1) 健康教育 (Health Education)
- 2) 家族保健サービス (Family Health Services)
- 3) 食物と栄養 (Food and Nutrition)
- 4) 拡大予防接種プログラム (Expanded Programme on Immunization)
- 5) 結核とハンセン病対策 (Tuberculosis and Leprosy)
- 6) 環境衛生 (Environmental Health)
- 7) マラリア、その他ベクター媒介疾病の予防と対策 (Prevention and Control of Malaria and Other Vector-borne Diseases)
- 8) 性行為感染症、HIVとAIDS対策 (STD, HIV and AIDS)
- 9) 医療法規と規定 (Health Legislation and Regulation)

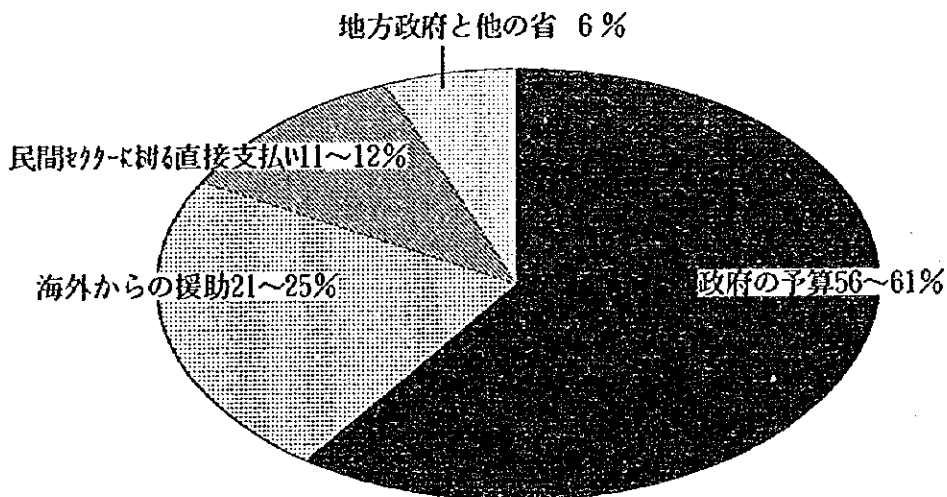
- 10) 保健医療サービス供給体制 (Health Care Delivery)
- 11) ヘルス・サービスのマネージメント (Management of Health Services)
- 12) 人材養成・開発 (Health Workforce Development)
- 13) リファerral病院、歯科医療サービス、医薬品サービス、眼科ケアの向上
(Upgrading of Referral Hospitals, Dentistry, Pharmacy and Primary Eye Care)
- 14) 都市プライマリー・ヘルス・ケア (Urban Primary Health Care)

2-1-3 中央保健医療セクターの財政

(1) 歳入と歳出

ヴァヌアツの保健医療セクターの財源は、政府の予算、海外からの援助、民間セクターにおける患者からの直接の支払い、地方政府や他の省からの歳入などである。これらの内訳は、推定のものしかないが、図2-2のような割合である。

図2-2 保健医療セクターの財源の内訳



出所: World Bank, Health Priorities and Options in the Pacific Member Countries,
World Bank, 1994 p.282 より作成

ヴァヌアツ政府は、政府の財源の約10%というかなりの部分を保健医療セクターの支出にあてている。しかしながら、1980年代からの傾向を見てみると、政府歳出全体に対する保健医療歳出の割合も、GDPに対する保健医療歳出の割合も年々減少の傾向にある。具体的には、政府歳出全体に占める保健セクターの割合は、1982年に14.2%であったのが、1991年には10.1%になっており、同じくGDPに対する保健医療セクター歳出の割合は、83年には3.7%であったのが、90年には2.6%に減少している（表2-1 参照）。

一人当たりの実質医療支出は、年率3%近くで増加する人口の影響もあり、1982年には5,545ヴァツであったのが、92年には3,138ヴァツと43%も減少している（表2-1 参照）。

こうした傾向はあるものの、いまだヴァヌアツの保健セクターの歳出割合は世界的に見て決して少なくない。開発にともなう他のセクターにおける財政需要の拡大、債務の返還や臨時費の増大により、歳出全体に占める保健セクターの割合が将来的にまた伸びていくとは考えにくい、これ以上減少させない努力が政府に求められている。

表2-1 は、政府の1982～93年の保健セクターにおける歳入と歳出を示している。

表2-1 保健セクターにおける歳入と歳出（1982～93年）

（単位：（）内）

財政年	政府歳出 全体 (ヴァツ)	保健省 歳出 (ヴァツ)	政府歳出に 対する保健 歳出の 割合 (%)	保健省 歳入 (百万ヴァツ)	保健省の歳 入に対する 割合 (%)	一人当たりの 保健歳出 (ヴァツ)	GDPに 対する 保健歳出の 割合 (%)
1982年	2,486	353	14.2	9	2.5	5,545	N.A
1983年	2,565	367	14.3	12	3.3	5,385	3.7
1984年	2,825	406	14.4	15	3.7	5,427	3.3
1985年	3,316	436	13.1	17	3.9	5,524	3.5
1986年	3,651	441	12.1	26	5.9	5,120	3.6
1987年	3,638	408	11.2	25	6.1	3,960	3.0
1988年	3,960	456	11.5	28	6.1	3,966	3.0
1989年	4,051	424	10.5	27	6.4	3,343	2.6
1990年	4,943	457	9.2	27	5.9	3,314	2.6
1991年	4,693	472	10.1	23	4.9	3,138	—
1992年	—	496	—	10	2.0	3,184	—
1993年	—	496	—	6	1.2	—	—

出所：World Bank, Health Priorities and Options in the Pacific Member Countries, World Bank, 1994 p.282 より作成

(2) 経常支出の内訳

保健セクターの支出の内訳（1992年）を施設別に見てみると（表2-2 参照）、次のようなことが言える。

まず政府の経常支出の約53%が二つのリファーマル病院（40.4%）と三つの地域病院（12.4%）で支出されている。病院施設の高額な維持費や専門家の人件費などが、病院への支出の大きな原因である。しかし、人口の8割が住む農村部の地域病院に対する予算額が二つのリファーマル病院の4分の1にすぎないこと、政府のPHC重視の政策に反して、予算の面では農村部の地域医療施設では全体の支出が24.3%であることなど、ヴァヌアツの保健・医療財政の構造にはかなり偏りがある。

表2-2 医療施設別の支出（1989～92年）

（単位：千ヴァツ、割合のみ%）

医療施設	1989年	1990年	1991年	1992年	1989～92年の平均割合
中央保健省・局	25,235(6.5)	26,114(6.2)	30,065(6.8)	27,963(6.3)	6.5
ヴィラ中央病院	105,429(27.0)	108,718(26.0)	119,354(27.0)	114,366(25.9)	26.2
北部地域病院	59,818(15.3)	60,561(14.5)	64,399(14.6)	64,069(14.5)	14.5
ノルサップ病院	20,335(5.2)	18,670(4.5)	20,876(4.7)	20,064(4.5)	4.8
レナケル病院	18,020(4.6)	11,229(2.7)	23,015(5.2)	20,887(4.7)	4.5
ロロワイ病院	10,770(2.8)	11,861(2.8)	12,883(2.9)	14,160(3.2)	2.9
北部地方医療施設	19,046(4.9)	18,943(4.5)	20,619(4.7)	20,991(4.7)	5.3
中央2地方医療施設	23,610(6.0)	24,033(5.7)	26,134(5.9)	27,198(6.1)	6.0
中央1地方医療施設	16,487(4.2)	19,833(4.7)	21,268(4.8)	21,846(4.9)	4.6
南部地方医療施設	12,472(3.2)	11,937(2.9)	12,713(2.9)	11,288(2.6)	2.8
東部地方医療施設	19,627(5.0)	24,242(5.8)	25,156(5.7)	26,630(6.0)	5.4
看護学校	8,458(2.2)	7,215(1.7)	8,228(1.9)	12,152(2.7)	2.1
歯科	3,896(1.0)	4,419(1.1)	4,787(1.1)	4,904(1.1)	1.0
中央薬品庫	42,323(10.8)	58,733(14.0)	39,152(8.9)	39,930(9.0)	10.5
その他	5,473(1.4)	11,590(2.8)	12,895(2.9)	15,930(3.6)	2.7
合計	390,999(100.0)	418,118(100.0)	441,543(100.0)	442,409(100.0)	100.0

注：()内は、全体に対する割合。

出所：World Bank, Health Priorities and Options in the Pacific Member Countries, World Bank, 1994 p.283 より作成

また、保健セクターの経常支出を予算の項目別に見たものを表2-3に示す。予算項目別で一番支出が大きいのが人件費で全体の68%である。次が、医薬品とX線関連で全体の12%を占めている。予想に反し少ない支出は、「旅費と日当・宿泊」の1%で、「建物の維持管理や小規模の修理・保全」の1%等である。これらの支出が伸びないことが、地方の医療サービスのアウト・リーチが伸びない原因であり、医療スタッフのモラルの減退の原因となっているとの指摘が世銀によってなされている。

表2-3 予算項目別支出 (1989~93年)

(単位:千ヴァツ、割合のみ%)

予算項目	1989年	1990年	1991年	1992年	1993年	1989-93年 平均割合
給与手当	230,627(55.9)	233,193(52.2)	257,551(54.3)	291,188(61.1)	291,738(58.7)	56.3
家族手当	1,884(0.5)	2,254(0.5)	2,053(0.4)	2,153(0.5)	2,153(0.4)	0.5
家族手当	1,796(0.4)	919(0.2)	315(0.1)	2,477(0.5)	2,477(0.5)	0.5
福利費	61,865(15.0)	61,034(13.7)	55,571(11.7)	23,644(5.0)	39,844(8.0)	11.0
人件費合計	295,172(71.8)	297,400(66.6)	315,490(66.5)	319,462(67.1)	336,212(67.7)	68.2
旅・日・宿	5,038(1.2)	5,407(1.2)	5,388(1.1)	6,258(1.3)	5,632(1.1)	1.3
電・テレ・カ	5,989(1.5)	8,456(1.9)	9,587(2.0)	7,414(1.6)	8,873(1.8)	1.7
本・薬品	4,488(1.1)	6,046(1.4)	4,508(0.9)	4,730(1.0)	5,257(1.1)	1.1
電・ガス・水	20,209(4.9)	24,909(5.6)	30,343(6.4)	26,455(5.6)	23,810(4.8)	5.4
燃料	426(0.1)	436(0.1)	480(0.1)	592(0.1)	0(0.0)	0.1
ガソリン	3,605(0.9)	4,783(1.1)	3,534(0.7)	4,820(1.0)	3,836(0.8)	1.0
印刷費	1,795(0.4)	1,572(0.4)	2,154(0.5)	3,762(0.8)	3,386(0.7)	0.5
車・貸付	7,779(1.9)	8,177(1.8)	12,561(2.6)	10,806(2.3)	8,729(1.8)	2.1
建物修繕・修理・補修	1,946(0.5)	2,229(0.5)	2,413(0.5)	2,628(0.6)	20,399(4.1)	1.1
臨時購入	2,721(0.7)	3,221(0.7)	3,139(0.7)	3,422(0.7)	3,080(0.6)	0.9
土地・建物・設備	124(0.0)	143(0.0)	234(0.0)	218(0.0)	197(0.0)	0.0
医薬品・X線用品	34,313(8.3)	59,583(13.3)	57,534(12.1)	61,282(12.9)	55,154(11.1)	11.5
旅行費	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	500(0.1)	300(0.1)	0.0
国旅費(移送)	3,405(0.8)	3,778(0.8)	6,204(1.3)	4,132(0.9)	3,859(0.8)	0.8
海外旅費(移送)	146(0.0)	278(0.1)	573(0.1)	729(0.2)	658(0.1)	0.1
委託費	14,596(3.5)	14,436(3.2)	15,463(3.3)	15,038(3.2)	13,634(2.7)	3.2
モーターボートの燃料	1,318(0.3)	1,434(0.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0.1
〃の維持・管理	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0.1
土地賃借	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1,000(0.2)	0.0
医薬品交付	1,307(0.3)	939(0.2)	1,555(0.3)	1,585(0.3)	1,438(0.3)	0.2
クリーニング・洗濯	2,450(0.6)	2,145(0.5)	2,327(0.5)	2,458(0.5)	2,212(0.4)	0.4
運用費合計	118,741(28.8)	147,972(33.1)	157,997(33.3)	156,829(32.9)	160,411(32.3)	31.8
経常費合計	412,736(100.0)	446,410(100.0)	474,673(100.0)	476,308(100.0)	496,623(100.0)	100.0

注:()内は、全体に対する割合。

出所: World Bank, Health Priorities and Options in the Pacific Member Countries, World Bank, 1994 p.282 より作成

これらの保健予算の使われ方を見ても、国家開発計画に掲げてある(1)疾病の予防サービスの強化、(2)保健サービスの地域間格差の是正といった目標とは、かなりかけ離れた予算配分となっていることがわかる。

更に、1991年から導入された外来患者への無料の医療サービス供給の政策は、国家開発計画に掲げられている、(3)保健サービスにおける地域住民による自発的な参加と自己への信頼(self-reliance)の確立という目標の達成と整合しない。

(3) 開発費 (Development Expenditure)

開発費に関して、プログラムやプロジェクトへの支出の割合や施設・機材といった設備投資への支出の割合などに関して詳しく分析された情報がない。ただし、政府の保健省下予算項目に大きな設備投資のための予算やプロジェクト実施のための予算が計上されていないことから、設備投資やプログラム/プロジェクトはすべて海外からの援助に頼っていることがわかる。1986年の保健セクターの財務調査によると、海外からの援助額総計は、毎年保健セクター全体の歳入の46~48%を占めており、外国援助全体の57%は経常支出で、残りの43%が設備投資への支出であった。

プロジェクトやプログラムは海外からの援助によって実施が行われており、計画は保健医療局と必要に応じて援助国側から専門家が来て策定している。プロジェクトのサイクルは、援助額によって決められ、必要性によって決められることはほとんどない。第1次国家保健開発計画の中で、1992~96年までに167のプロジェクトが政府より提案され、額として134.4百万ヴァツになっている(表2-4参照)。これらのプロジェクトは、国家保健開発計画の中の14の優先項目とリンクする形で計画されているが、はるかに多い数字であるし、現実に実施するのが難しい状況となっている。これらのプロジェクト策定のための戦略的な考え方などを徹底していくべきであると思われる。

表2-4 国家保健開発計画プログラム (1992~96年)
(単位: 件、予算のみ百万ヴァツ)

プログラム	カテゴリー件数	計画された予算	
		1992-96年	1年間
1) 健康教育	12	13.2	2.6
2) 家族保健サービス	32	59.2	29.6
3) 食物と栄養	16	19.6	9.8
4) 拡大予防接種プログラム	12	10.4	2.1
5) 結核とハンセン病	7	22.9	4.6
6) 環境衛生	—	—	—
7) マラリア、その他ベクター媒介疾病の予防と対策	14	60.2	12.0
8) 性感染症、HIVとAIDS	15	—	—
9) 医療法規と規定	10	8.0	1.6
10) 保健医療サービス供給体制	10	219.7	43.9
11) ヘルス・サービスのマネージメント	8	33.2	6.6
12) 人材養成・開発	16	150.4	30.1
13) リファーマル病院、歯科医療サービス、医薬品サービス、眼科ケアの向上	10	—	—
14) 都市プライマリー・ヘルス・ケア	5	73.3	14.7
合計	167	694.8	134.4

出所: World Bank, Health Priorities and Options in the Pacific Member Countries,
World Bank, 1994 p.288 より作成

外国援助で主なものはWHO、UNICEF、オーストラリア、英国、日本、ニュー・ジーランド、カナダ等である。フランスの援助は独立後極端に減少している。これらの海外援助の支出を分析したのが表2-5である。これによると支出で一番多いのが、病院関連の支出(36.8%)、技術協力のための専門家にかかる支出(32.8%)であった。専門家にかかる支出は、そのほとんどが病院ベースの専門家にかかる支出である。

表2-5 海外援助による支出の分析(1989~93年)

(単位：%)

	1989年	1990年	1991年	計 画 中	
				1992年	1993年
管理	2.9	2.4	2.7	2.7	2.6
病院関連	35.3	41.5	36.8	21.4	21.1
人材開発・トレーニング	9.1	8.3	9.0	9.2	9.2
水供給・衛生	12.0	10.7	13.3	18.3	14.1
技術援助	36.1	32.7	32.8	33.9	29.5
緊急医療患者移送	1.0	0.8	0.7	2.2	2.2
その他	3.6	3.7	4.8	12.4	21.3
合 計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

出所：World Bank, Health Priorities and Options in the Pacific Member Countries,
World Bank, 1994 p.286 より作成

2-2 地方保健医療行政機構

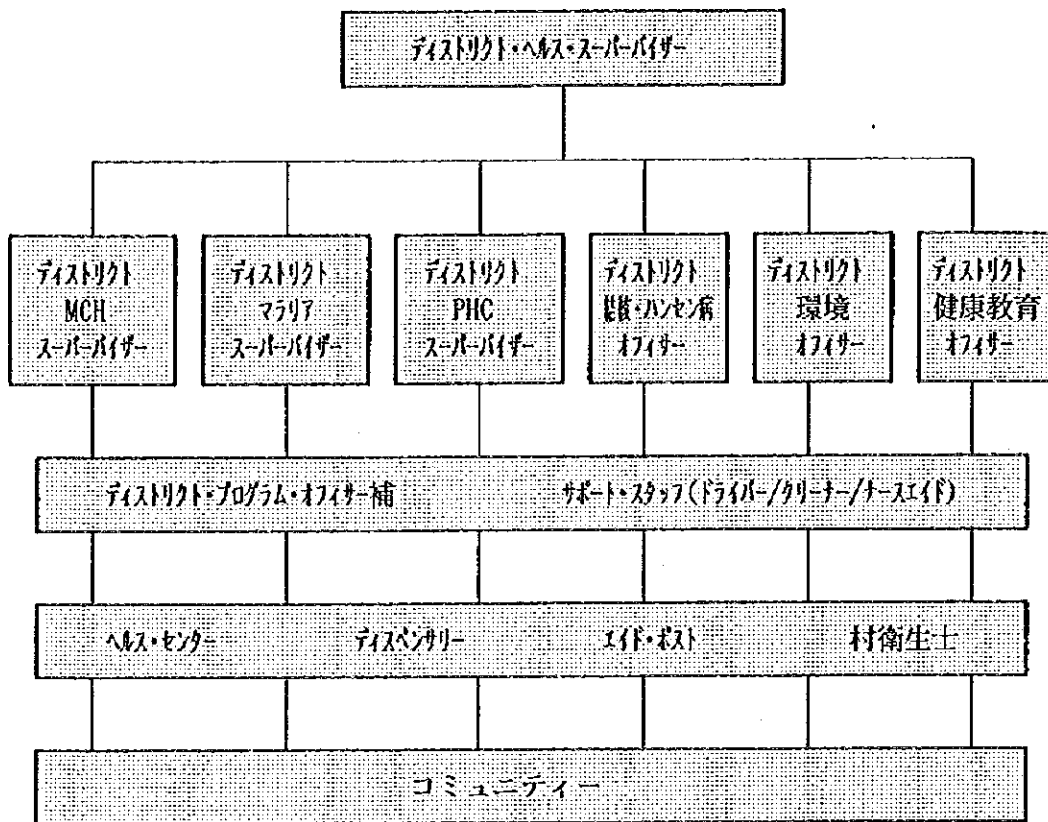
ヴァヌアツの公的保健医療サービスは、人口分布を考慮して国土が五つの保健地域に分割され、それぞれの保健地域の中で1～3次レベルの医療サービスが供給されている。一つの保健地域は、2万3,000人から3万6,000人の人口をカバーしている。保健地域は北から順に、国第2の都市ルーガンヴィルのある北部(Northern District, ND)、東部(Eastern District, ED)、中央2(Central District 2, CD2)、首都ポートヴィラのある中央1(Central District 1, CD1)、南部(Southern District, SD)となっており、各地域にはディストリクト・ルーラル保健オフィス(District Rural Health Office, DRHO)が置かれている(p.88 参照)。しかし、各保健地域のサービス提供に関連する意思決定は、すべて国レベルで行われており、現在、その地方分権化が検討されている。

保健地域区分と行政区分(新・旧)の関係は、以下のようにまとめられる。

保健地域	行政区分(新)	行政区分(旧)
北部地域	TORBA PROVINCE SANMA PROVINCE	Banks-Torres Santo-Malo
東部地域	PENAMA PROVINCE	Ambae-Maewo Pentecost
中央2地域	MALAMPA PROVINCE	Malakula Ambrym Paama
中央1地域	SHEFA PROVINCE	Epi Shepherds Efate
南部地域	TAPEA PROVINCE	Tafea

DRHOは、図2-3のような組織で各地域統一されており、各地域における保健医療サービスの実施における責任所管であり、ディストリクト・ヘルス・スーパーバイザー(District Health Supervisor, DHS)が最高責任者である。DHSの下には、6人のプログラムの責任者およびサービスの責任者がいる。これらは、ディストリクトMCHスーパーバイザー、ディストリクト・マラリア・スーパーバイザー、ディストリクトPHCスーパーバイザー、ディストリクト結核・ハンセン病オフィサー、ディストリクト環境オフィサー、ディストリクト健康教育オフィサーの6人で、通常一人でそれぞれのプログラムの実施をしている。

図2-3 地域保健医療行政組織図



出所：MOH, Health System Management in Vanuatu 1986-1994, MOH, 1994 p.62

2-2-1 地域保健医療計画と予算

ディストリクトごとの保健医療計画は策定されていない。

保健セクターの地方分権化が進められており、ディストリクトの医療施設（エイド・ポスト、ディスペンサリー、ヘルス・センター）の管理や財政的責任が地域のレベルに委譲されているが、地方政府の税金による歳入に限りがあるため、結局は、中央政府からの医療従事者に対する給与や医薬品等の供給を続けていかななくてはならない状況である。

表2-6 に1985年における地方政府カウンスルおよびポートヴィラとルーガンヴィルの二つの市政における保健関連の経常支出と施設・機材関連支出を示した。なお、資料が古いため、現在の保健地域区分に対応する地方行政区分とはちがっている。これをもても、地方政府の支出は中央政府の支出に比べてかなり小さい支出となっている。地方政府カウンスルが責任を負っているのは、衛生士（サニタリアン）とエイド・ポストで働くワーカーの給料である。

これら地方政府における保健歳入は、多くは海外からの援助に頼っている。プロジェクトごとに海外から援助が出ているが、その中に、経常費も含んでいるといった状況である。

しかしながら、こうした海外援助は将来的に先が見えない資金であるので、これらの援助に頼りきったサービスは持続性の面から好ましくないと言える。地方政府の保健歳入の細かい内訳に関する資料はない。

表2-6 地方政府カウンスル等における保健関連経常支出と施設・機材関連支出 (1985年)
(単位：千ヴァツ)

地域	経常支出						設備支出備支出		
	人件費	医薬	燃料	移送	その他	合計	建物	材料	合計
ベンゴト地方府カウンスル									
イド・ポスト	0	0	0	0	0	0	0	0	0
マリア	0	0	0	0	0	0	0	0	0
衛生	151	0	0	0	0	151	0	0	0
農村水供給	0	0	198	0	0	198	0	0	0
小計	151	0	198	0	0	349	0	0	0
シエラ・レオネ地方府カウンスル									
イド・ポスト	18	16	0	0	0	34	0	0	0
マリア	0	0	0	0	0	0	0	0	0
衛生	100	0	0	0	0	100	0	0	0
農村水供給	0	0	6	0	0	6	0	0	0
小計	118	16	6	0	0	140	0	0	0
サント・メロ地方府カウンスル									
イド・ポスト	0	0	0	0	0	0	0	0	0
マリア	0	0	0	0	0	0	0	0	0
衛生	103	0	0	0	0	103	0	0	0
農村水供給	0	0	8	0	0	8	0	0	0
小計	103	0	8	0	0	111	0	0	0
タマラ地方府カウンスル									
イド・ポスト	0	0	0	0	0	0	0	0	0
マリア	0	0	0	0	0	0	0	0	0
衛生	115	0	0	0	0	115	0	0	0
農村水供給	0	0	22	0	0	22	0	0	0
小計	115	0	22	0	0	137	0	0	0
ポート・ヴィラ市政									
イド・ポスト	0	0	0	0	0	0	0	0	0
マリア	0	0	0	0	0	0	0	0	0
衛生	6,487	0	320	160	0	6,967	0	0	0
農村水供給	0	0	0	0	0	0	0	0	0
小計	6,487	0	320	160	0	6,967	0	0	0
ル・ガンバル市政									
イド・ポスト	0	0	0	0	0	0	0	0	0
マリア	0	0	250	0	0	250	0	0	0
衛生	322	0	0	0	1,794	2,116	0	0	0
農村水供給	0	0	0	0	0	0	0	0	0
小計	322	0	250	0	1,794	2,366	0	0	0
合計	7,296	16	804	160	1,794	10,070	0	0	0

出所：MOH, National Study of Health Sector Expenditure and Financing.
MOH, 1987-91 Annex 2 p.8

第2編 参考資料一覧

- Government of Vanuatu, Third National Development Plan 1992-1996,
Government of Vanuatu, 1992
- Ministry and Department of Health, First National Health Development Plan
1992-96, Ministry of Health, 1992
- Ministry and Department of Health, Health System Management in Vanuatu,
Structure and Function 1986-1994, Health Planning Unit, 1994
- MOH, National Study of Health Sector Expenditure and Financing,
MOH, 1987-91
- World Bank, Health Priorities and Options in the Pacific Member Countries,
World Bank, 1994

第3編 人口・保健指標

3-1 人口

3-1-1 総人口・人口増加率・年齢別人口

ヴァヌアツでは英仏統治機構によって1967年、信頼しうる最初の人口センサスが行われ、その後1979年、89年（独立政府として最初の調査）と3回、実施されている。

1989年センサスによる総人口は142,944人、このうち98%の139,475人がNi-vanuatūといわれるヴァヌアツ系住民である（以下、とくにことわりのない限り、ヴァヌアツ系住民についての記述である）。

男女別では男性71,748人、女性67,727人、性比（女性100に対する男性の割合）は106である。男性が出かせぎで不在になると考えられる20～34歳の層を除いて男性の比率が高く、高齢層ではとくに顕著である。

前回センサスの1979年からの10年間における総人口の増加率は年2.4%で、1979年までの3.2%から0.8ポイント減少している。このように人口増加率は以前に比べて低下したものの、他国に比べて高い水準にあり、ヴァヌアツ系住民に限ると年間人口増加率は2.8%であり、太平洋諸国のなかでも高い水準にある。

年齢別人口は、0～14歳が44%、15～59歳が51%、60歳以上が5%となっており、今後、急激な人口増加を予想させる若い構造である。国家統計局の中位推計（人口増加率年3.0%を想定）では、1999年には188,500人、2009年には254,600人に達するとしている（表3-2）。

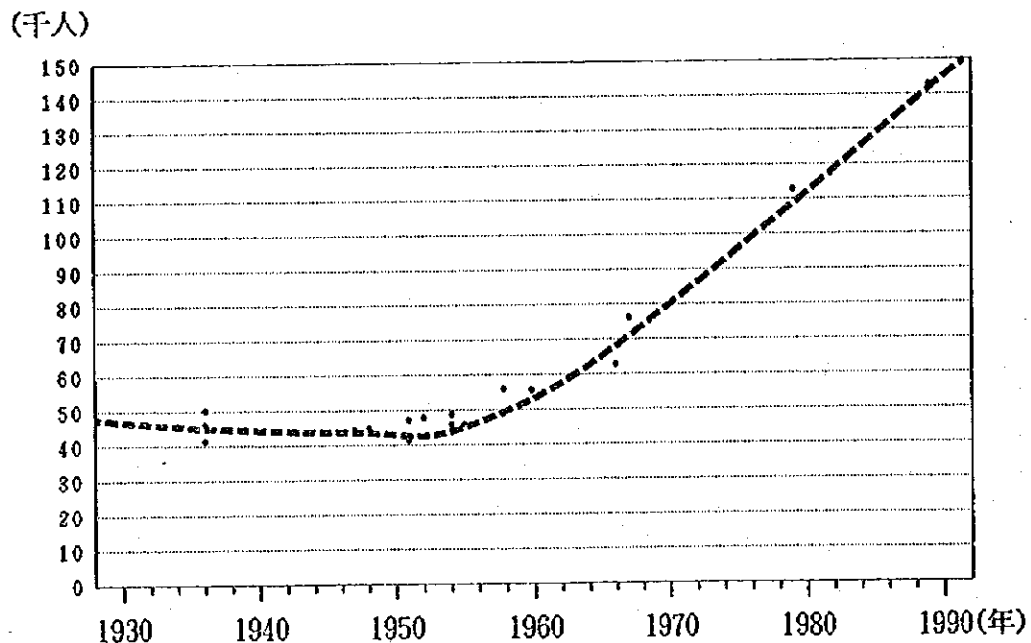
なお、最新のデータでは、1994年の総人口約164,100人、15歳未満人口の比率44.1%、人口増加率2.8%（Pacific Island Populations, 1994）となっている。

表3-1 総人口の推移 (1936~89年)

年	総人口(人)	出 所
1936年	40,931	de la Rue, 1945, pp. 244-6
	47,283	L'Oceanie Francaise, vol. 34, 1938
	50,000	Godefrey, 1936, p. 23
1947年	44,896	Bourgeau, 1950, p. 132
1948年	45,000	Condominium Office(C.O) Report 1948, p. 20
1951年	48,000	C.O. Report 1951-52, p. 6
	41,872	Guiart and Deschamps, 1957, p. 226
1952年	48,500	C.O. Report 1951-52, p. 6
1954年	48,800	C.O. Report 1953-54, p. 4
	45,000	Huertz de Lemps, 1954, p. 76
	46,714	Guiart and Deschamps, 1957, p. 225
1955年	46,535	Bourgeau, 1955, p. 122
1958年	56,739	C.O. Report 1957-58, p. 12
1960年	55,528	C.O. Report 1959-60, p. 15
1966年	63,448	C.O. Report 1965-66, (Preliminary printing)
1967年	77,988	Condominium Census of Population
1979年	111,251	Census of Population
1989年	142,944	First Census of independant Vanuatu

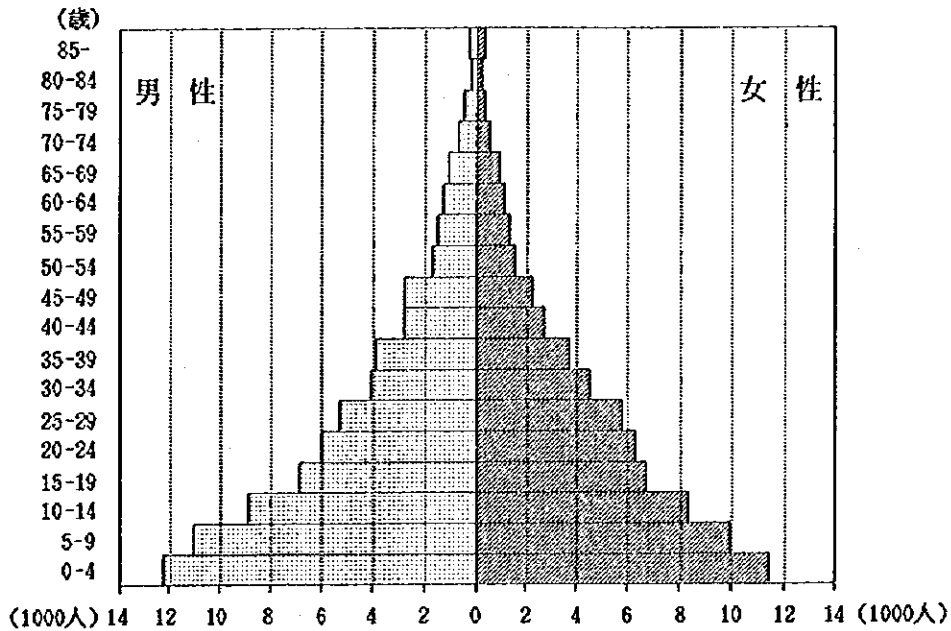
出所: Statistics Office, Vanuatu National Population Census 1989 Main Report,
Government of Vanuatu, 1991 p.2

図3-1 総人口の推移 (1936~89年)



出所: Statistics Office, Vanuatu National Population Census 1989 Main Report,
Government of Vanuatu, 1991 p.2 より作成

図3-2 人口ピラミッド(1989年)



出所: Statistics Office, Vanuatu National Population Census 1989 Main Report,
Government of Vanuatu, 1991 p. 28

表3-2 人口推計 (ヴァヌアツ系住民のみ)

(単位: 人)

	1989年	1994年	1999年	2004年	2009年
Arif †					
高位	139,480	161,800	188,170	219,300	255,880
中位	139,480	161,800	187,000	215,420	247,270
低位	139,480	161,800	186,420	212,110	238,440
Planning Office †					
高位	139,475	163,100	190,700	223,000	261,000
中位	139,475	162,222	188,500	219,100	254,600
低位	139,475	160,400	182,700	207,200	234,000
NPSO †					
高位	140,000	163,000	189,000	220,000	255,000
中位	140,000	161,000	183,000	208,000	236,000
低位	140,000	159,000	178,000	197,000	217,000

†Arif: National Center for Development Studies, Australian National University(1992)
 †Planning Office:(1992)
 †NPSO: National Planning Statistical Office of Vanuatu(1992)

出所: K.H.W. Gaminiratne, Preparation of Population Action Programme Final Report,
A s D B, 1995 p. 4

3-1-2 地域別人口分布

1989年センサスによる11行政区（現在は行政区分が変更され6つの州に分けられている）ごとの人口および人口増加率は表3-3のとおりである。

各地区の人口割合は、首都ポートヴィラのあるエファテ区が22%、第2の都市ルーガンヴィルのあるサント・マロ区が18%、次いでタフェア区16%、マラクラ区14%となっている。

また、首都ポートヴィラの人口は19,311人で全体の約14%、ルーガンヴィルは6,983人で約5%を占め、都市部（ポートヴィラとルーガンヴィルの計）の人口は全体の約2割を占める。経済機会の多いポートヴィラは農村部から多くの人口流入があるため、1979年から1989年の人口増加率は5.5%に達した。ルーガンヴィルでも2.9%と国全体の増加率を上回っている。

反対に、エファテ区とサント・マロ区の間位置するシェファーズ区やパアマ区では都市部への人口流出によって人口は減少している。

表3-3 行政区別・都市別人口および人口増加率

(単位：() 内)

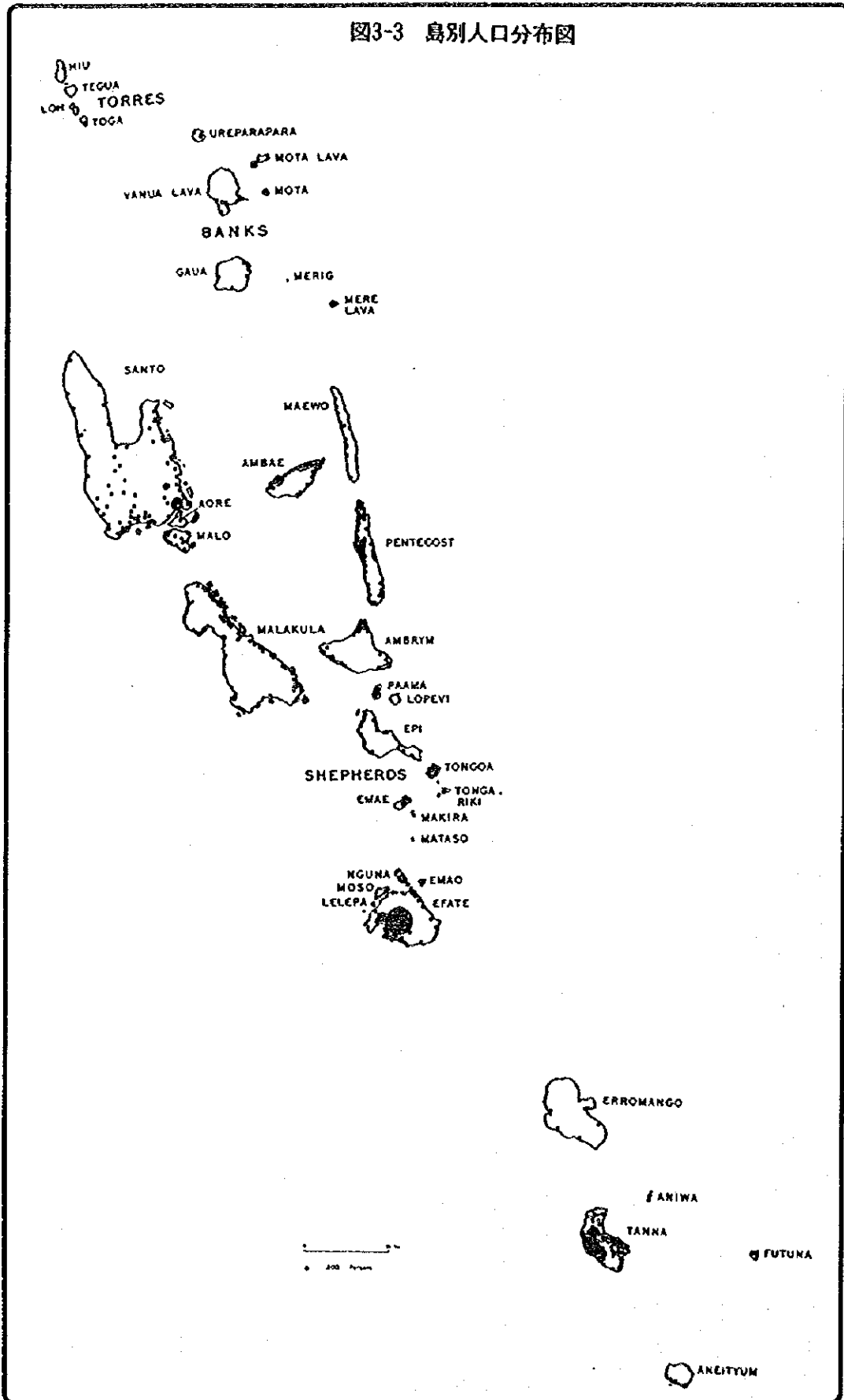
行政区	1979年(人)		1989年(人)		人口増加率(%)	
		ヴァヌアツ系住民		ヴァヌアツ系住民		ヴァヌアツ系住民
バンクス/トレス	4,958	4,881	5,985	5,959	1.8	2.0
サント	19,423	17,591	25,581	25,114	2.7	3.5
都市部 (ルガンヴァル)	5,183	—	6,983	—	2.9	—
農村部	14,240	—	18,598	—	2.6	—
アンバエ/マエウォ	9,576	9,509	10,958	10,902	1.3	1.3
ペンテコスト	9,361	9,341	11,341	11,298	1.9	1.9
マレクラ	15,163	14,832	19,298	19,222	2.3	2.5
アンブリム	6,176	6,146	7,191	7,170	1.5	1.5
パアマ	2,228	2,222	1,696	1,695	-2.7	-2.6
エピ	2,597	2,511	3,628	3,611	3.3	3.6
シェファーズ	4,444	4,407	3,975	3,965	-1.1	-1.0
エファテ	19,819	15,615	30,868	28,133	4.3	5.9
都市部 (ポートヴィラ)	10,601	—	19,311	—	5.5	—
農村部	9,218	—	11,557	—	2.2	—
タフェア	17,506	17,316	22,423	22,376	2.4	2.5
合計	111,251	104,371	142,944	139,445	2.4	2.1

出所：Statistics Office, Vanuatu National Population Census 1989 Main Report, Government of Vanuatu, 1991 p.22
 および National Planning and Statistics Office,
 Third National Development Plan 1992-1996, Republic of Vanuatu, 1992
 p.28 より作成

ヴァヌアツ系住民に限ってその人口増加の推移を見ると、都市と農村における人口増加率の格差がさらに鮮明である。

総人口の人口増加率 2.8%に対して、都市部に住むヴァヌアツ系住民の人口増加率は 7.5%、農村部で 2.1%、首都ポートヴィラでは 8.7%に達する。首都における急激な人口増加は保健・医療サービス施設の不足、安全な飲料水の確保、衛生施設の整備の遅れなどの原因となっている。

图3-3 島別人口分布図



出所: Statistics Office, Vanuatu National Population Census 1989 Main Report,
Government of Vanuatu, 1991 p.23

3-1-3 合計特殊出生率、出生率、死亡率

ヴァヌアツ政府による人口関連の調査は人口動態調査があるが、粗死亡率等の情報は医療情報システムが未整備のため不十分である。これらの指標も人口センサスから推計して使われている。

表3-4 にヴァヌアツの保健医療指標を示す。

表3-4 ヴァヌアツ保健医療指標

(単位：() 内)

	1979年 (※1)	1989年 (※2)	1991年 (※3)	1992年 (※3)	1993年 (※3)	1994年 (※3)
総人口 (千人)	111	143	153	157	161	165
粗出生率 (対千人)	45	36~38	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.
粗死亡率 (対千人)	12	8~10	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.
乳児死亡率 (出生千対)	94	50~60	68	65	64	65
5歳未満児死亡率 (出生千対)	N. A.	N. A.	89	85	84	59
0歳平均余命 (年)	N. A.	N. A.	65	65	65	65
合計特殊出生率 (%)	6.5	5.3	N. A.	N. A.	5.3	N. A.

出所 ※1: Statistics office, Vanuatu National Population Census 1979, Main Report, Government of Vanuatu, 1981

※2: Statistics office, Vanuatu National Population Census 1989, Main Report, Government of Vanuatu, 1991

※3: ユニセフ 「ユニセフ子供白書 1991-95」 ユニセフ 1991-95 より作成

出生率、死亡率ともに1979~89年の10年間で減少している。また、合計特殊出生率は1ポイント以上の低下となっている。

また、合計特殊出生率も都市と農村で格差が見られ、ヴァヌアツ系住民全体で5.1に対し、都市部では3.8、農村部では5.4となっている。

ヴァヌアツ政府は独立以来、実態はともかく、基本方針としてPHC重視を掲げ、DP3および第1次国家保健開発計画においてもPHC向上の鍵となる母子保健の強化をうたっている。その結果、乳児死亡率はある程度低下し、0歳平均余命も長くなったが、ほかの太平洋諸国と比較として依然として高い水準にある(表3-5 参照)。

表3-5 南太平洋諸国の各種死亡指標の比較

(単位：() 内)

国名	乳児死亡率(出生千対)		1990年頃 5歳未満 死亡率(‰)	妊産婦 死亡率 (‰10万)	平均寿命 (歳)
	1990年頃	1993年			
キリバス	65	59	*80	127	60.2
ソロモン諸島	43	*38	65	549	60.7
マーシャル諸島	63	—	92	109	61.1
ヴァヌアツ	46	65	58	92-138	62.8
フィジー	22	23	41	68	63.1
西サモア	28	43	35	50	63.1
ミクロネシア	52	21	72	83	64.1
ニウエ	12	—	12	—	66.0
パラオ	26	28	35	—	67.0
トゥヴァル	49	59	56	191	67.2
トケラウ	30	—	30	—	68.0
トンガ	26	14	31	70-80	69.0
クック諸島	26	*25	32	46	69.8

* : 1994年

** : 1993年

出所：UNICEF, The State of Pacific Children 1995, UNICEF, 1995
p. 56, 57 より作成

第3編 参考資料一覧

- ・ユニセフ 「ユニセフ子供白書 1991-95」 ユニセフ 1991-95

- ・K. H. W. Gaminiratne, Preparation of Population Action Programme Final Report,
A s D B, 1995

- ・National Planning and Statistics Office, Third National Development Plan
1992-1996, Republic of Vanuatu, 1992

- ・South Pacific Commission, Pacific Island Populations 1994,
South Pacific Commission, 1994

- ・Statistics Office, Vanuatu National Population Census 1979 Main Report,
Government of Vanuatu, 1981

- ・Statistics Office, Vanuatu National Population Census 1989 Main Report,
Government of Vanuatu, 1991

- ・UNICEF, The State of Pacific Children 1995, UNICEF, 1995

第4編 疾病・死亡

4-1 総論

ヴァヌアツの過去30年の疾病・死亡の統計をみると、ヴァヌアツの国民全体の健康状況は、全般的に目覚ましく向上している。乳児死亡率を例にとると、1960年に出生千対141であったのが、79年には95、94年には45にまで下がっている。しかしながら、この数字も国際的にみてもまだ高い値であり、感染症や環境因子に左右される疾病がいまだ重要である。死因では、心臓疾患と新生児死亡が感染症や呼吸器疾患より多くなっているが、その差は大きくない。

疾病の原因別で上位の疾病は、1990年時点で皮膚病、マラリア、上気道感染症、下痢症、目・耳の疾患が全体の70%を占めていた（UNICEF, 1991）。皮膚病は、現在も外来患者で一番多い疾患である。マラリアは、最近まで皮膚病について重要な疾患であったが、88年よりマラリア対策において薬品浸潤蚊帳プロジェクトが開始され、マラリアの流行度合を示すのに使われる指標のAPI（Annual Parasite Incidence per 1,000）をみると、90年に197であったのが、91年には115、93年には66、94年には24まで顕著に下がってきている。上気道感染症と下痢症が次に多い疾患であるが、この二つの疾患は、地理的に発生に差がある。1987～90年の発生数を地理的に比べると、南部、東部、および北部のディストリクトで発生が多い。原因としては、これらの地域における上水設備および衛生設備の整備が遅れている、また、住宅環境の水準が低い等が挙げられる。さらに、ヴァヌアツでは Dengue 熱も重要な疾患として挙げられる。過去50年間に4回の Dengue 熱流行があった。最後に見られた1989～90年の流行時には、7,000人が罹患し、30人が死亡した。フィラリアについては、今世紀初頭まではヴァヌアツにおいて重要な疾患であり、全人口の約60%が罹患していたが、集団薬品治療プログラムが効を奏して、現在は離島での発生がごく少数見られる程度まで罹患率が下がっている。

非感染症で重要な問題は、栄養問題である。現在10～15%のヴァヌアツの子供が低体重（2,500グラム以下）で生まれてきており、1歳未満の乳児の7%、1～4歳の幼児の3%が栄養不良である。乳児の低体重は地域によって差があることがわかる。特に低体重が多いのは北部で32%、次が中央1で15%、続いて南部の10%となっている。ほかには、生活習慣の変化に伴い高血圧や糖尿病等の慢性病も増加の傾向にある。

4-2 死亡とその原因

死亡率に関し、病院等医療施設での死亡以外の統計が集計されるシステムはこの国に存在していないので、人口増加率＝粗出生率－粗死亡率という式から、粗死亡率は、粗出生率から人口増加率を引くという方法で推定すると、1989年の人口動態調査によれば、人口増加率人口千対28、粗出生率が人口千対36～38であるので、粗死亡率は人口千対で8～10の間であるという推測が成り立つ。これは、1979年の人口動態調査時の人口千対12に比べ減少の傾向にある。

死亡の原因については、公的医療施設での死亡以外に情報がない。資料が古いが1988年の保健省年次報告による10大主要死因につき対象を全人口、50歳以下の別に示したのが、表4-1、表4-2である。全人口の死亡原因の第1位は、心臓血管系疾患、第2位が悪性腫瘍、第3位がマラリア、第4位が結核、第5位が新生児死亡となっている。50歳以下を対象に死亡原因をみると、第1位が新生児死亡、第2位がマラリア、第3位が悪性腫瘍、第4位が髄（脳）膜炎、第5位が心臓血管系疾患となる。このことから、50歳以上に心臓血管系疾患や結核での死亡が多いことがわかる。

表4-1 医療施設での死亡の10大主要原因1988年（全人口）
（単位：人、割合のみ％）

順位	10大主要原因	死亡数 1988年	割合	
			1988年	1987年
1	心臓血管系疾患	52	11.5	11.1
2	悪性腫瘍	43	9.5	8.1
3	マラリア	32	7.1	7.8
4	結核	27	6.0	6.5
5	新生児死亡	25	5.5	4.9
6	肝臓病	21	4.6	2.5
7	喘息	21	3.7	3.7
8	髄膜炎	21	4.6	3.5
9	呼吸器感染症	20	4.4	5.8
10	下痢症	19	4.2	3.2

出所：Epidemiology Unit, Statistical and Epidemiological Report 1988,
MOH, 1988 p. 11

表4-2 医療施設での死亡の10大主要原因1988年(50歳以下)
(単位：人、割合のみ%)

順位	10大主要原因	死亡数 1988年	割合	
			1988年	1987年
1	新生児死亡	25	11.8	9.4
2	マラリア	24	11.3	12.6
3	悪性腫瘍	23	10.8	9.0
4	髄膜炎	18	8.5	6.3
5	心臓血管系疾患	18	8.5	5.8
6	結核	13	6.1	4.5
7	先天異常	13	6.1	3.6
8	呼吸器感染症	12	5.7	4.9
9	栄養失調	9	4.2	1.4
10	肝臓病	8	3.8	4.7

出所：Epidemiology Unit, Statistical and Epidemiological Report 1988,
MOH, 1988 p.11

4-3 子供の死亡

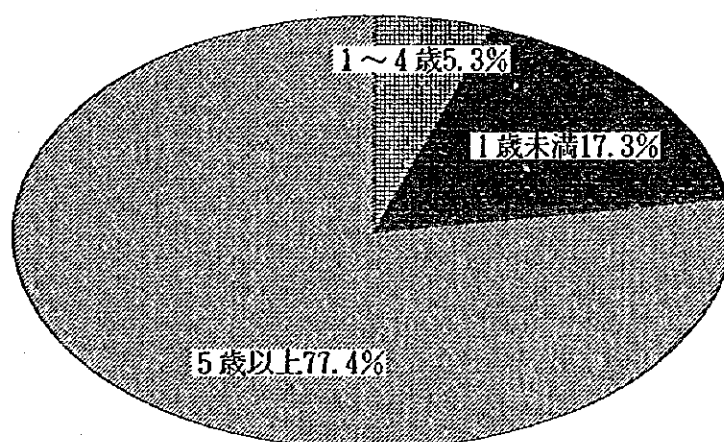
4-3-1 乳児・5歳未満児死亡率

「乳児死亡率」は生後1年未満の死亡数を、同様に「5歳未満児の死亡率」は5歳未満乳幼児の死亡数を出生1,000人に対する数で示している。これらの指標は、その地域の衛生状態や生活水準を反映する一つの指標として見ることができる。

UNICEFのSituation Analysisによると、ヴァヌアツの乳児や幼児の死亡について、実際は、全体の3分の1から4分の1程度の死亡しか報告されていない現状から、正確にその数や原因の情報をつかむことは難しいとある。特に死亡の原因については、確定が不確かなことが多いため、存在している情報の質は高くはないことが想像できる。こうした事情を踏まえ、発表されている数字を見ると、1979年のセンサスの報告によると、乳児死亡率は出生千対94であったのが、89年のセンサスでは、50~60の間、UNICEFの子供

白書によれば、94年には46まで下がってきている。図4-1に、1989年の全体の報告された死亡における1歳未満と1～4歳の死亡の割合を示す。幼児の死亡（1～4歳）は、乳児（1歳未満）の死亡に比べて数が少ないことから、ヴァヌアツにおいて1歳までの期間が極めて生命の危険が高いものであることがわかる。また、1歳未満の死亡は全体の17%以上を占めているが、その人口は全体の4%に満たない程度であることから、乳児死亡の率がかかなり高いことがわかる。このように乳児死亡がいまだこの国で比較的高いことは、全体の疾病構造がいまだ感染症や環境因子に左右されていることを示している。

図4-1 全体の報告された死亡数に対する子供の死亡の割合（1989年）



出所：UNICEF, A Situation Analysis of Children and Women in Vanuatu 1991,
UNICEF, 1991 p. 38 より作成

乳児の死亡原因についての詳しい統計資料はないが、この時期で最も死亡率が高いのが、生後28日未満で死亡する新生児死亡である。ただし、新生児死亡の詳細な原因に関しては、記載がされていないのが通常で、単に「新生児死亡」とだけ記載してある。また、病院ベースの調査では、周産期死亡＝後期死産（24週以降）＋早期新生児死亡（7日未満）が出産千対24であり、早期新生児死亡が出産千対12～13の間であったという報告（UNICEF, 1991）もあるが、これらの数字は、病院における報告数に基づいているので、実際におこっている死亡より低めの数字である。これらの新生児死亡の多くは、母体の健康状態や栄養状態、分娩時の問題等に起因している。

0～4歳までの死亡原因を表4-3に示す。

表4-3 乳幼児の死亡の主要原因1988年(0~4歳)
(単位:人、割合のみ%)

主要原因	死亡数 1988年	割合	
		1988年	1987年
新生児死亡	25	23.6	20.1
マラリア	18	17.0	14.0
先天異常	13	12.3	7.0
髄膜炎	10	9.4	5.0
栄養失調	9	8.5	3.0
呼吸器感染症	8	7.5	10.0
下痢症	5	4.7	8.0
外傷	5	4.7	6.0
百日咳/破傷風	1	0.9	5.0

出所: Epidemiology Unit, Statistical and Epidemiological Report 1988,
MOH, 1988 p.12

この表に見られるように、乳幼児の死亡のうちマラリア、髄膜炎、呼吸器感染症、下痢症等の感染症による死亡は全体の約40%を占めている。感染症以外では、先天異常と栄養失調の割合が大きい。マラリアについては4-5-2 女性の疾病を参照のこと。

4-4 妊産婦死亡

4-4-1 妊産婦死亡の推移

ヴァヌアツの妊産婦死亡の推移を示す数字はないが、最も最近のデータによれば、出生10万対で92~138 (UNICEF, 1995) とある。これは、自宅で行われている全体の4分の1の出産において起こっている死亡に関して含まれていない可能性が高いので、実際よりも若干低めの推定であると想像されるが、その分を考慮に入れても比較的低い数字である。この理由としては、93%の妊婦が妊婦検診を受けており、しかも妊婦一人の平均検診回数が、目標である6回に近いという具合に妊婦検診が徹底して行われていること、また、75%の出産が訓練を受けた医療従事者の介助のもとで行われていることなどによると思われる。しかしながら、妊産婦の健康で問題である点は、医療従事者の介助による出産も地域によって差がある点で、南部では50%とかなり低い。また、マラリアや貧血が妊婦の健康に及ぼす影響も問題である。妊婦のマラリアは、貧血を悪化させ、未熟児や低体重児出産の大きな原因となっている。

4-4-2 妊産婦死亡の原因

妊産婦死亡の原因に関する資料はない。

4-5 疾病構造

表4-4 に病院外来やディスペンサリーなど医療施設に来た患者の1987～90年における人口千人当たりの原因別患者発生率を示した。1988年を例に取ると、急性呼吸器感染症、皮膚病、マラリア、下痢症、眼・耳疾患等の感染症が70%近くを占めている。これに比して、弁膜症等の非感染症の占める割合は、感染症に比べていまだかなり低い数字である。

表4-4 原因別患者発生率 (1987～90年)

(単位：千人)

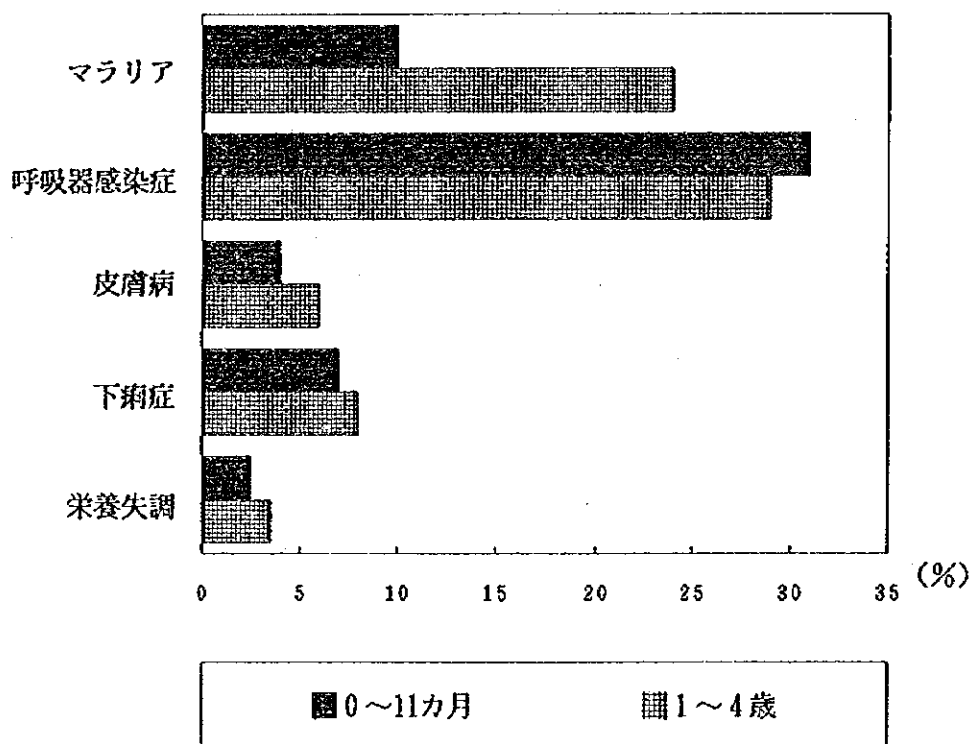
主要原因	1987年	1988年	1990年
急性呼吸器感染症	448.0	355.5	125.5
皮膚病	459.0	326.8	435.5
ケガ	62.0	151.5	-
マラリア陽性	182.0	115.0	124.0
下痢症	76.0	66.0	36.8
眼疾患	41.0	53.2	-
耳疾患	32.0	31.3	-
喘息	18.0	11.7	8.75
貧血	14.7	11.7	14.36
低体重(0～4歳児千人当たり)	91.0	124.5	150.2
リウマチ熱とリウマチ性心臓炎	0.1	0.001	0.06
心臓弁膜症	0.05	0.17	0.04
交通事故	0.32	0.24	0.45
自殺	0.17	0.17	0.15
魚/貝中毒	46.5	55.7	0.36
肝硬変	-	-	0.06
腫瘍	-	-	0.97

出所：World Bank, *Health Priorities and Options in the Pacific Member Countries*,
World Bank, 1994 p.276

4-5-1 乳幼児・子供の主な疾病

年齢別の主な疾病に関して存在する情報は、病院の記録だけである。図4-2 に1985～87年における0～4歳児の入院主要原因の入院原因全体に対する割合を示す。全人口の疾病構造と同じく、呼吸器感染症、マラリア、下痢症、皮膚病等の感染症がこの年代の主な疾病となっている。特に、呼吸器感染症、マラリア、下痢症が医療機関に来る主な理由となっており、1985～87年の統計を見ると、これらの感染症が乳幼児の疾病全体の60%を占めている。1990年に行われた下痢症の調査では、一人の子供が一年間に起こす下痢症は平均3.8回と報告されている。

図4-2 0～4歳児の入院主要原因の入院全体に対する割合（1985～87年）



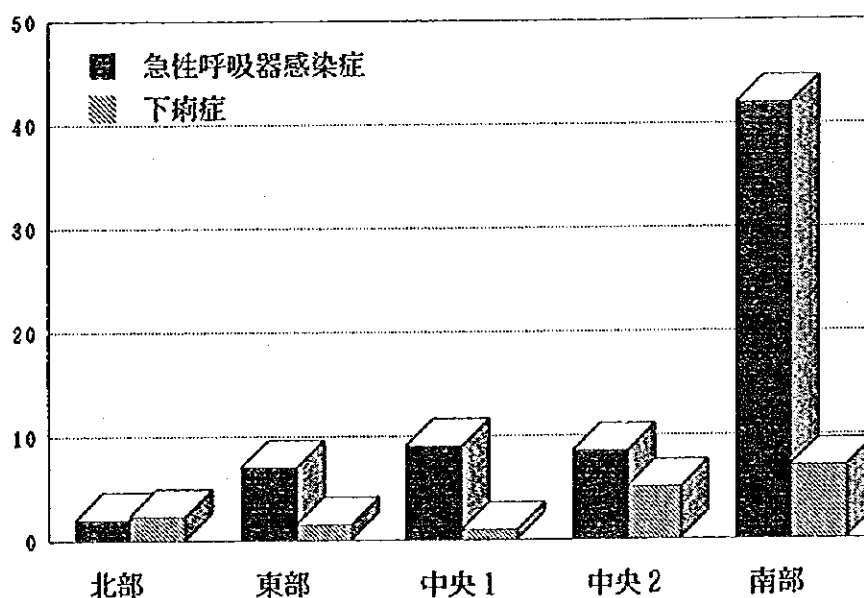
出所：UNICEF, A Situation Analysis of Children and Women in Vanuatu 1991, UNICEF, 1991 p.39 より作成

呼吸器感染症と下痢症を地域別にみたのが、図4-3である。この図でまず顕著なことは、急性呼吸器感染症で病院に入院した5歳未満児の率が、南部ディストリクトで圧倒的に高いことである。他のディストリクトの約5倍にのぼっている。この原因として、人口密度が高いこと、また、8～10月にかけての寒く乾燥した気候など環境の因子が大きいことなどが考えられる。また、南部ディストリクトは、医療サービスへのアクセスの点で他のディストリクトに比べ悪いため、重症にならないと医療機関に行かないことも入院が多い原因の一つであると思われる。

また、下痢症も南部が一番高く、入院のピークは1～2月にかけてである。髄膜炎も南部で最も流行しており、流行のピークは12～4月である。1988年の南部における髄膜炎の入院患者の率をみると、人口千対1.87で、この数字は全国平均の約2倍である。皮膚病は、全国的に多い疾患ではあるが、特に離島で水の供給の悪い地域で高い。

図4-3 0～4歳児の地域別急性呼吸器感染症および
下痢症による入院率（1988年）

（対0～4歳児人口千人）

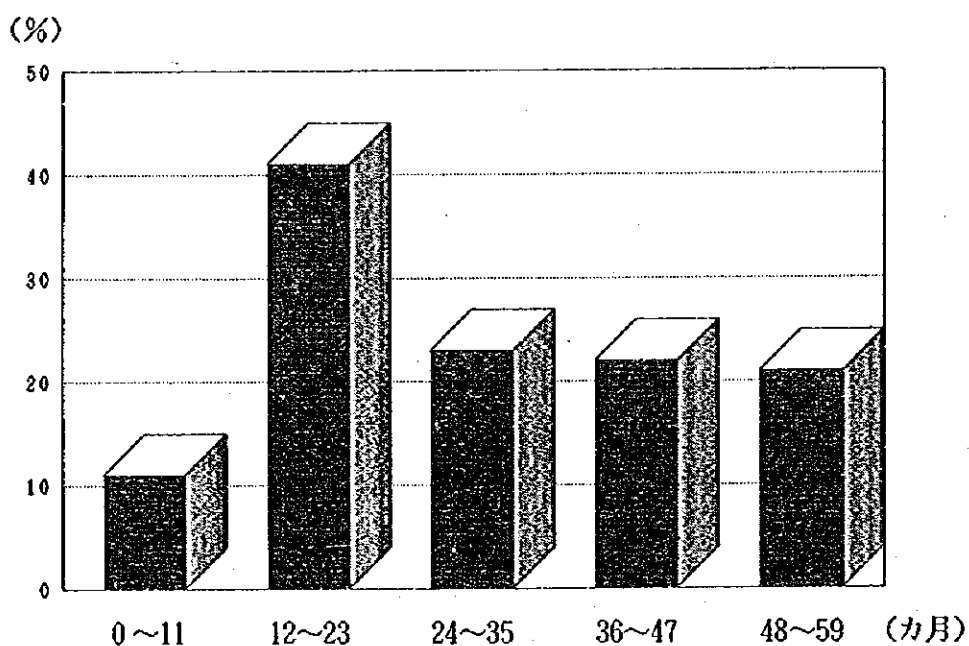


出所：UNICEF, A Situation Analysis of Children and Women in Vanuatu 1991, UNICEF, 1991 p.40

これらの数種の感染症がヴァヌアツの乳幼児の疾病の主な部分ではあるが、これらの感染症と深い関わりがあるのが栄養の問題である。乳幼児の栄養状態が悪いことが下地にあり、これら感染症にかかりやすくなっている。最も重要な子供の栄養面での問題は、蛋白質・エネルギー失調 (Protein Energy Malnutrition, PEM) である。

少し古い資料だが、1983年の全国栄養調査によると、5歳未満児の23%が年齢別標準体重の80%に体重が満たなかった。この調査で、低体重が特に問題となるのは、12~23カ月の年齢層で、この年齢層の48%の子供が低体重であった。2歳を過ぎると徐々に低体重の子供の割合が減少している。図4-4は、5歳未満児の年齢別の低体重児の割合を示す。

図4-4 5歳未満児の年齢別の低体重児の割合 (1983年)



出所: UNICEF, A Situation Analysis of Children and Women in Vanuatu 1991, UNICEF, 1991 p. 41

子供の栄養問題は、地域によって差がある。乳幼児の低体重割合が一番高いのは、北部ディストリクトの32%である。次いで中央1 (15%)、南部ディストリクト (10%) となっている。

4-5-2 女性の疾病

妊娠の合併症として特に重要なのは、マラリアと貧血症である。マラリアは、国の中央から北の地域にその発生が多く、マラリアに罹った母親から生まれた子供の低体重や分娩時死亡が高いことが問題である。特にマラリアの罹患率が全体的に高いマレクラ地域で、マラリアに関連した未熟児や低体重の子供の出産の率が高い。貧血は、アンバエ、マエウォ、ペンテコステなどの地域を含んだ東部にその罹患率が高い。これら地域では、鉄欠乏性貧血に加え、サラセミア（地中海貧血、遺伝性貧血の一種）も多い。

リプロダクティブ・システムに関連したその他の疾病として、STD（性行為感染症）と癌がある。数字が少し古いが、1987年時点で、女性の淋病の罹患率が人口千対で2.5であった。癌については、この国では、いまだ低い罹患率と報告されているが、女性の子宮頸癌は最も良くみられる癌で、全体の悪性腫瘍の約25%を占めている。次に女性に多い癌は、乳癌である。

糖尿病や高血圧も増えている疾病であり、特に男性より女性の間で罹患率が高い。ある調査では、成人女性の2.5%が糖尿病であるという報告がある（South Pacific Commission, 1985）。南太平洋にあっては、これらの疾病の問題はまだ比較的小さいと言えるが、将来的に問題が深刻化していく可能性があるため、十分に対策を検討していく必要がある。

4-6 感染症

4-5 疾病構造で述べたように、この国の疾病構造はいまだ感染症が中心である。しかしながら、近年皮膚病を除けば、急性呼吸器感染症、マラリア、下痢症は減少の傾向にある（表4-4 参照）。皮膚病は、変わらず罹患率の高い疾病である。個々の疾患について詳しい状況を後に述べるが、マラリアに関しては対策が効を奏し、罹患率は劇的に減少しており、このまま減少を続けていけば、マラリアのこの国からの排除も不可能ではない情勢である。マラリアに関していえば、1995年末の時点で南部の離島ではほとんど排除できており、エファテ島より北部だけに残っている状況である。急性呼吸器感染症と下痢症は、皮膚病に次いで重要な感染症である。地域別に下痢症の数をみると、北部ディストリクトと南部ディストリクトにおいて罹患率が高い。これは、この地域の上水道や衛生施設の設定の遅れが住宅環境の水準が他の地域と比べて低いことなどに起因している。

4-6-1 予防接種で予防可能な感染症

(1) 百日咳、麻疹、ポリオ、ジフテリア、破傷風、肝炎

結核以外の予防接種で予防可能な感染症に関して、資料が少し古いが1991年の報告で（Statistical and Epidemiological Report, 1991）は、麻疹が560件、破傷風が1件、肝炎の疑いがあるとされているのが855件、確定されたのが136件報告されている。ポリオ

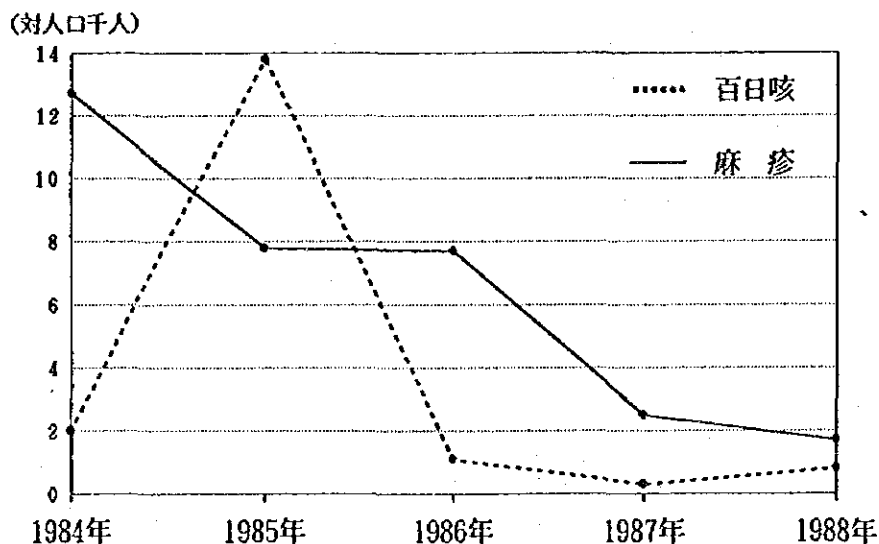
とジフテリアに関しては、最近の報告数は0件である。表4-5 に、地域別の百日咳と麻疹の報告数を示す。これより地域で差があることがわかる。図4-5 は、1984～88年の百日咳と麻疹の罹患率（人口千人対）を示す。

表4-5 地域別百日咳と麻疹の発生数（1987、88年）
（単位：件）

地域名	百日咳		麻疹	
	1988年	1987年	1988年	1987年
北部	1	1	68	76
東部	53	9	8	14
中央2	40	21	75	86
中央1	10	2	52	77
南部	4	4	18	90
総数	108	37	221	343

出所：Epidemiology Unit, Statistical and Epidemiological Report 1988,
MOH, 1988 p.27

図4-5 百日咳と麻疹の罹患率の変化（1984～88年）



出所：Epidemiology Unit, Statistical and Epidemiological Report 1988,
MOH, 1988 p.27

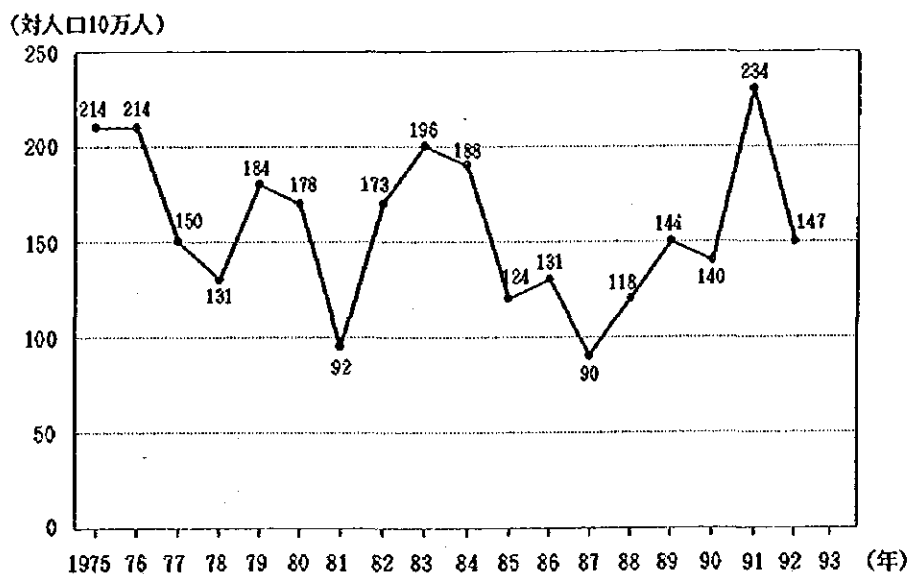
(2) 結核

結核の過去20年間の人口10万当たりの罹患率を図4-6に示した。傾向として、罹患率はこの間目立って増減は見られない。表4-6で1986年以降の傾向をみると、死亡率は減少しているが、新患発生数は年々増加の傾向にある。この新患の増加は、患者発見を積極的に行っているために、検査する対象人口が増加していることに起因している部分が多い。しかしながら、検査体制に関しては確立したシステムというものはなく、結核様の症状を示している人でも検査を受けずにいることもまれではない。表4-7は、ディストリクト別の1988年における新患数と率を示す。これによると、結核の発生の多いディストリクトは、中央2ディストリクト、続いて北部ディストリクトと南部ディストリクトであった。なお、表4-6と表4-7の総数が一致していないなどデータが不備だが、この理由については不明である。

資料が少し古いだが、1988年時点で、新患の9.9%が肺臓外の結核で、そのうち2件が結核性髄膜炎であった(MOH, 1988)。5歳未満児の結核も過去10年間は、一定しており増加の傾向にないのは、BCGの予防接種プログラムのカバー率が比較的良いことを示している。

図4-7に、1992年の人口10万人当たりの結核罹患率を南太平洋の他の国と比較したものを示した。これによると、ヴァヌアツの罹患率はやや高めに位置することがわかる。

図4-6 人口10万人当たりの結核罹患率 (1975~92年)



出所：WHO/Geneva, "TB Notification Update 1994",
WHO/Geneva, 1994 p. 24

表4-6 結核の新患報告数と新患発生率、死亡数、死亡率 (1986~91年)
(単位:()内)

	新患報告数 (人)	新患発生率 (人口千対)	死亡数 (人)	死亡率 (人口10万対)
1986年	131	0.99	21	15.9
1987年	90	0.66	27	19.9
1988年	118	0.85	12	8.6
1989年	144	1.00	15	10.5
1990年	161	1.10	13	8.9
1991年	214	1.42	9	6.0

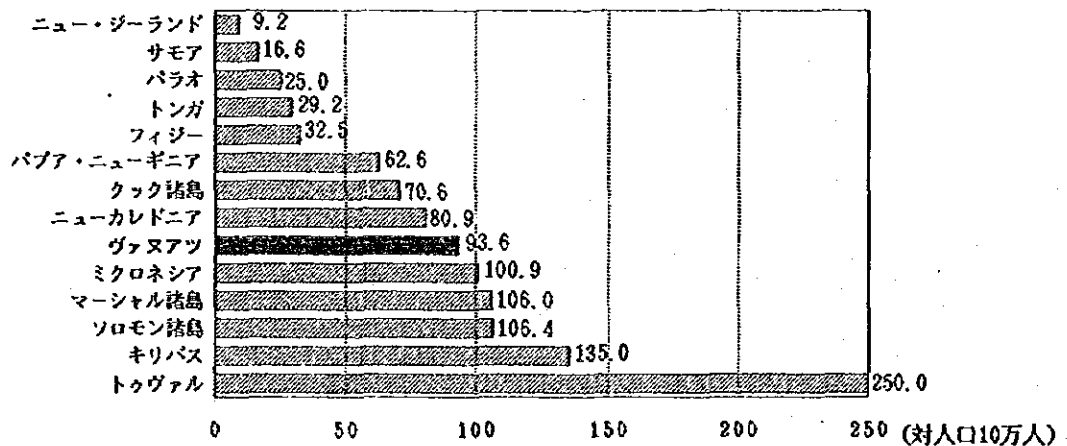
出所: Epidemiology Unit, Statistical and Epidemiological Report 1988,
MOH, 1988 p.23

表4-7 ディストリクト別新患数と発生率 (1988年)
(単位:()内)

地域名	新患数 (人) 1988年	割合 (対人口千)	
		1988年	1987年
北部	27	0.83	0.47
東部	24	1.00	0.74
中央2	30	1.06	0.77
中央1	23	0.57	0.38
南部	27	1.17	0.94

出所: Epidemiology Unit, Statistical and Epidemiological Report 1988,
MOH, 1988 p.23

図4-7 南太平洋各国の人口10万人当たりの結核罹患率の比較 (1992年)



出所: WHO/Geneva, "TB Notification Update 1994", WHO/Geneva, 1994
p.25 より作成

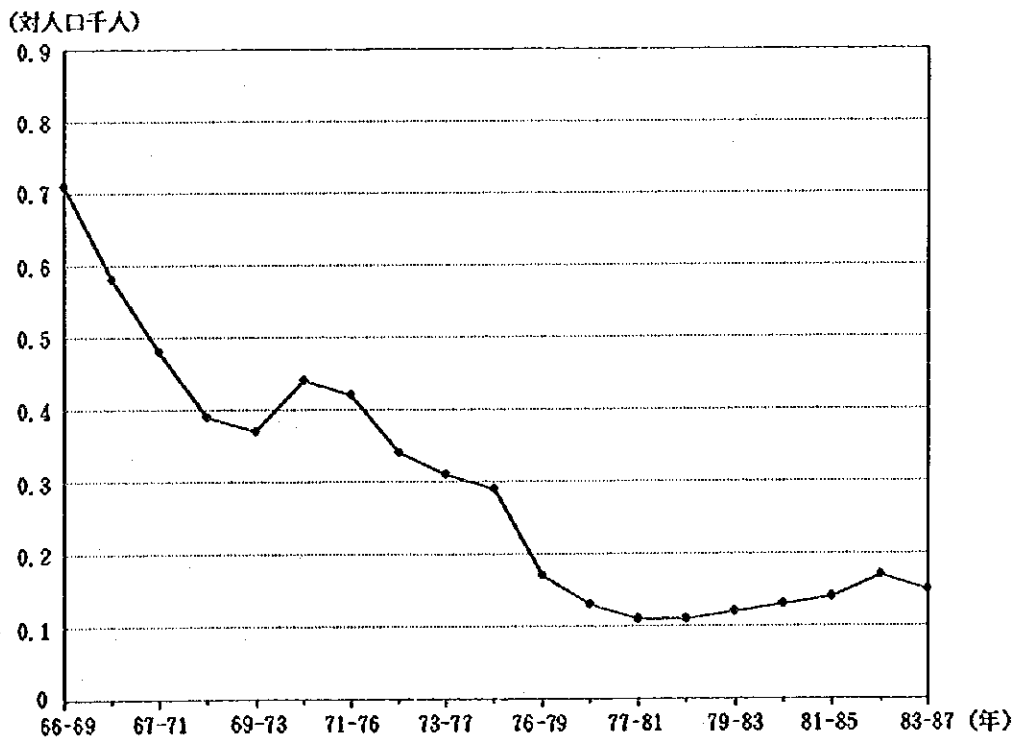
4-6-2 ハンセン病

ハンセン病は1800年代にヴァヌアツに入ってきて国中に広がり、1900年代中期に罹患率のピークをむかえた。1960年代に積極的な患者発見と治療によるハンセン病対策が進められた結果、罹患率は減少の傾向を続けている。

図4-8 に過去30年のハンセン病罹患率の変化を示す。これを見ると全体として減少の傾向にあるが、1975年頃を境にして罹患率は減少しておらず、横ばいとなっている。これは、対策自身がうまくいっていないために、報告されないケースが存在しているためか、対策が「硬直」期に入っているためかと思われるが、実際のところはわからない。

1992年の資料では、90年時点で新患10人が記録されている。北部ディストリクトから4例、東部ディストリクトのペンテコストから5例、中央1ディストリクトから1例、南部ディストリクトと中央2ディストリクトからは0であった。患者数が一番多いのは、北部ディストリクトの273例で、次が南部ディストリクト33例、東部ディストリクト29例であった。中央1・2ディストリクトは3例と低い(MOH, 1992)。

図4-8 過去30年のハンセン病罹患率の変化
(5年ごとの移動平均、1966~87年)



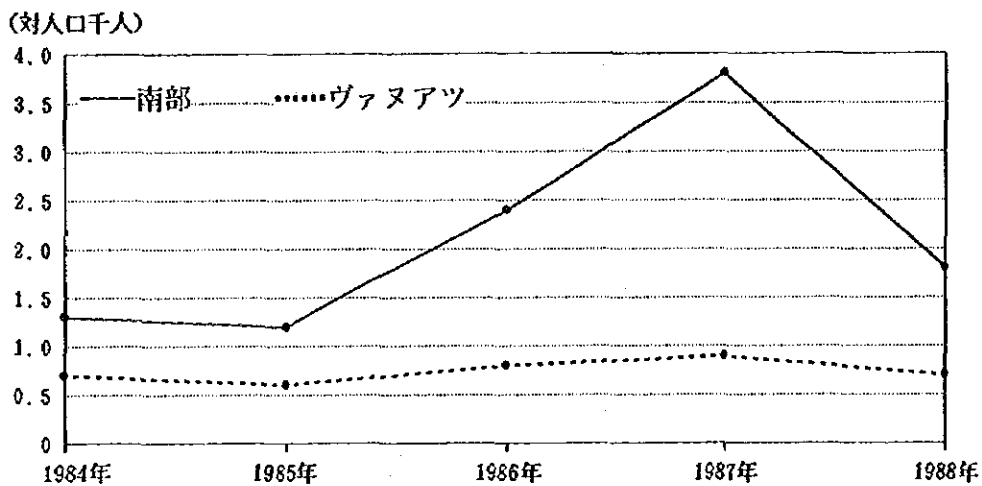
出所: Epidemiology Unit, Statistical and Epidemiological Report 1988,
MOH, 1988

4-6-3 髄膜炎

髄膜炎は、毎年 100件ほどの入院がある。1988年の資料では、病院の入院が98件でそのうちで43件の入院が南部であり、二番目の北部（23件）の約2倍であった。この南部で多い理由はわかっていない（MOH, 1988）。図4-9 に1984～88年のヴァヌアツ全体の髄膜炎による入院率と南部における率の変化を示す。

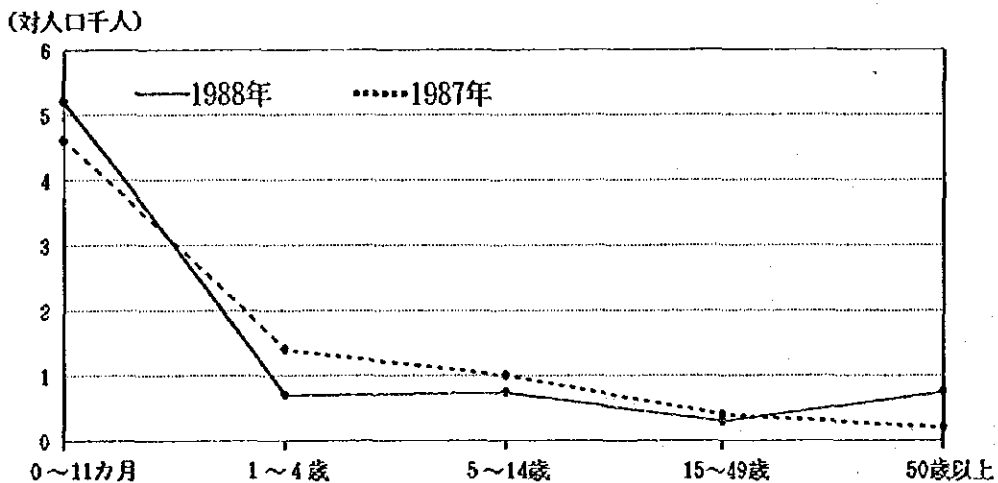
年齢別の入院患者の率をみると、1歳未満が一番高い（図4-10参照）。

図4-9 ヲァヌアツ全体の髄膜炎による入院率と南部における入院率の変化（1984～88年）



出所：Epidemiology Unit, Statistical and Epidemiological Report 1988, MOH, 1988 p.23

図4-10 年齢別髄膜炎による入院患者数（1987、88年）



出所：Epidemiology Unit, Statistical and Epidemiological Report 1988, MOH, 1988 p.22

4-6-4 マラリア

1990年までマラリアは、皮膚病と急性呼吸器感染症に次いで罹患率、死亡率共に高い疾病であった。図4-11に、1977年～94年におけるヴァヌアツの年間人口千対マラリア患者発生数(Annual Parasite Incidence, API)、およびマラリア陽性者中熱帯熱マラリアの割合(Percentage of *P. Falciparum*, %PF)の推移を示す。1980年代にはマラリア患者発生数が増加した。ヴァヌアツでは、熱帯熱、三日熱およびごくまれに四日熱マラリア患者の発生をみるが、このうち悪性マラリアとも呼ばれ時として中枢神経症状、重篤な溶血などの合併症を引き起こし、死につながる熱帯熱マラリアが特に問題となる。

1970年代はAPIが150以下、熱帯熱マラリアの割合30%以下(つまり三日熱マラリア優位)で推移していたが、81年頃より%PFが増加し、APIが上昇した。そして1984年にはAPIが213、83年には%PFが80.1とそれぞれピークとなり、その後若干下がったものの、多くの熱帯熱マラリア患者が見出される状況が続いた。この時期は、長年行われてきたマラリア対策の効果が上がらず、1982年にDDTの屋内残留噴霧活動が停止され、マラリア媒介蚊に対する有力な対策手段がない時期がしばらく続いていた。APIが200前後という水準は隣のソロモンと並び、世界的に見ても非常に高い。これはマラリアが猛威を振るっていたことを示すとともに、年間、人口の50%強が血液検査をうけ、マラリア患者発見が行われていることにもよる。

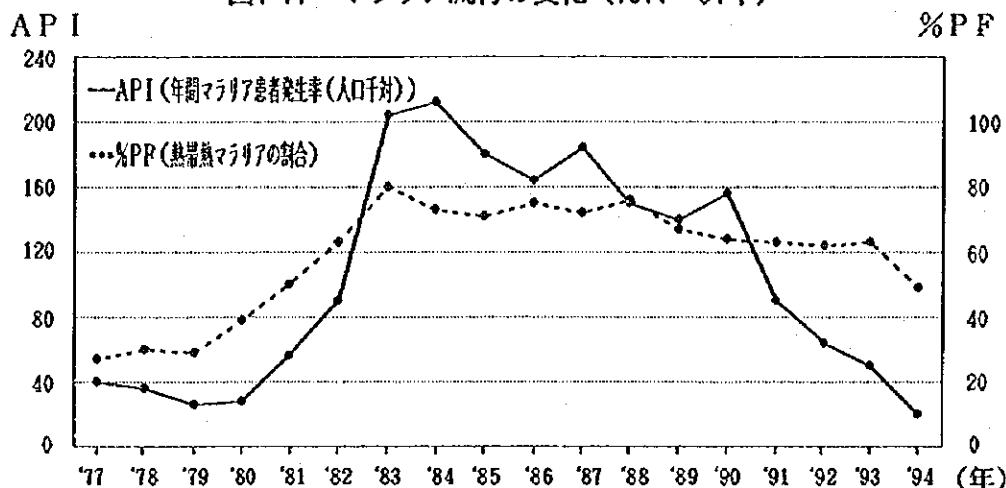
1988年に薬剤を浸み込ませた蚊帳の住民への配付をWHOの指導のもとに始めたところ、蚊帳のカバー率が上がるにつれその効果が現れてきている。1990年には197.1であったAPIが、94年には23.13まで下がった。%PFも1988年以降減少の傾向にある。表4-8に1990年以降のマラリア・データを示した。

ヴァヌアツ国内でのマラリア患者の分布をみると、サント、ペンテコスト、マラクラなどの北部の島で多く、エロマンゴ、タンナなどの南の島では通常少ない。これは地理的に南は寒くなる季節があるためで、北部はソロモン諸島と連なり、温度も年間を通じて高い。季節的変動は雨期と乾期で、かなりはっきりしており、通常11月後半から4月頃まで多くの患者発生があり、5～10月にかけては少ない。またサイクロンは、これらの通常の傾向を一変させることがある。1987年2月に南のタンナ島を襲ったサイクロン・ウマは、通常はマラリアの少ないこの島に、その年の4～8月にかけてマラリアの大流行をもたらした。

ヴァヌアツにおいて見出される唯一のマラリア媒介蚊は*An. Parauti*である。成虫密度の季節的変動は顕著で、雨季には200獲得(1時間に成人一人にたかる蚊の数)前後に達し、またその成虫は、河川やクリーク周辺、湖沼のみならず、道路沿い側溝などの一時期に形成されるあらゆる種類の水たまりからも見出される。

マラリア患者数が1980年代に増えた理由として、対策が弱体化したことに加え、熱帯熱マラリア原虫のクロロキン抵抗性獲得、人口増加に伴う人間の移動などが挙げられる。

図4-11 マラリア流行の変化 (1977~94年)



出所：『熱帯』第22巻(100~106)別冊 「南太平洋バヌアツ共和国のマラリア対策に働いて」 金子 明 1989 p.102、およびWHO提供資料 より作成

表4-8 マラリア・データ (1990~94年)

(単位：() 内)

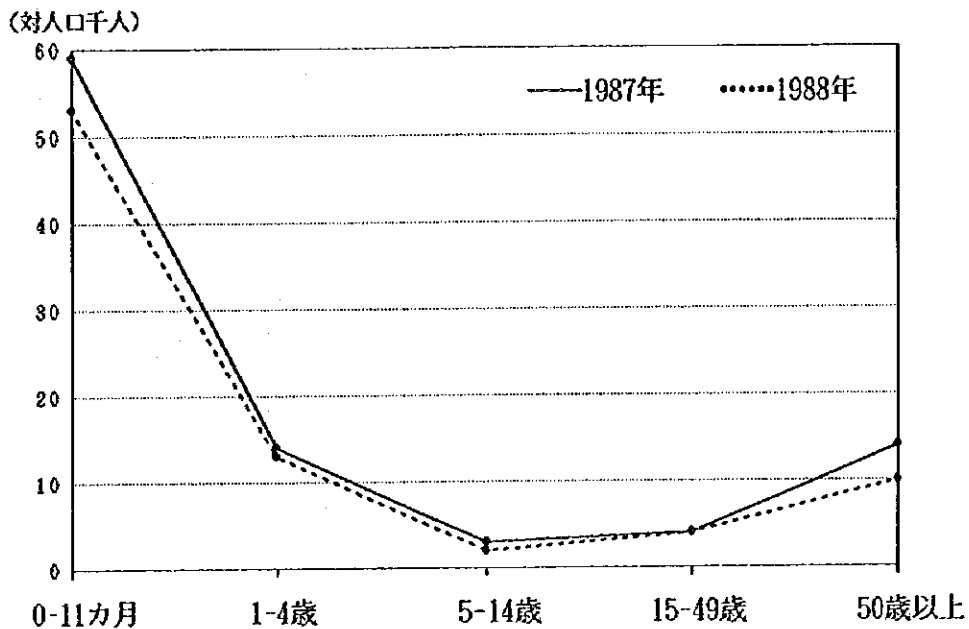
	1990年	1991年	1992年	1993年	1994年
1. 顕微鏡で確認されたマラリア患者数 (人)	28,924	17,293	13,330	10,469	3,771
2. 熱帯熱マラリアによるマラリア患者数 (人)	18,792	10,849	8,063	6,520	1,935
3. 重度または合併症の報告数 (件)	74	56	48	—	—
4. 治療に効果がなかったケース数 (件)	36	15	5	—	—
5. マラリアによる死亡数 (人)	32	32	26	13	8
6. 全人口 (人)	146,749	150,601	154,596	158,740	163,034
7. API(注1) : Annual Parasite Incidence (対人口千人)	197.1	114.83	86.23	65.95	23.13
8. PFR(注2) : P. Falciparum rate (対人口千人)	64.97	62.74	60.49	62.28	51.31
9. AER(注3) : Annual Examination rate (対人口千人)	61.51	37.08	41.93	30.65	11.29

注1 API : 年間人口千対マラリア患者発生数
 注2 PFR : マラリア陽性者中熱帯熱マラリアの割合
 注3 AER : 年間の血液検査率
 出所 : WHO提供資料

4-6-5 急性呼吸器感染症

急性呼吸器感染症は、ヴァヌアツにおいて罹患率の高い疾病の一つである。特に5歳未満の年齢層において罹患率が高い。1987年と88年の年齢別急性呼吸器感染症入院患者の発生率を図4-12に示す。

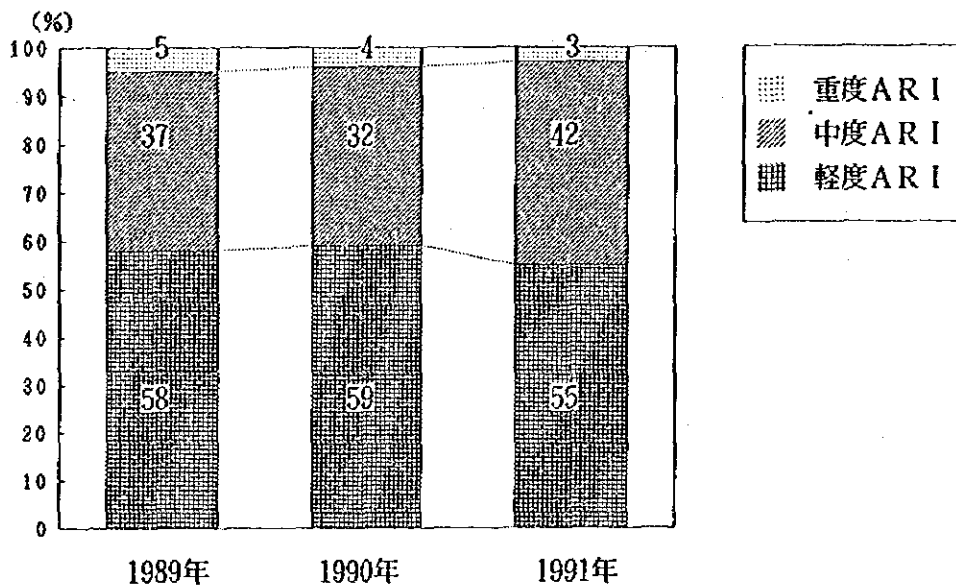
図4-12 年齢別急性呼吸器感染症入院患者の発生率 (1987、88年)



出所: Epidemiology Unit, Statistical and Epidemiological Report 1988,
MOH, 1988 p.16

呼吸器感染症は、肺炎には至っていない咳などの風邪症状を軽度呼吸器感染症（軽度ARI）、肺炎をおこしているが、まだそれほど重度ではない中度急性呼吸器感染症（中度ARI）、肺炎が重度になってしまっている重度呼吸器感染症（重度ARI）に分類される。重度ARIの割合が多いのは、1歳未満の年齢層である。また、5歳未満の軽度、中度、重度の割合の変化を示したのが図4-13であるが、どの年も軽度が一番多く、重度は減少の傾向である。

図4-13 5歳未満児の軽度・中度・重度ARIの割合の推移 (1989~91年)



出所: Health Planning Unit, Statistical and Epidemiological Report 1989-91,
MOH, 1992 p. 15

1987、89年のディストリクト別の肺炎または重度の上気道感染症の外来患者数は、表4-9 のとおりである。これによると北部および中央2ディストリクトで、その率が高い。一方、5歳未満児の入院率をみると(図4-14)、南部ディストリクトのレナケル病院が高い。

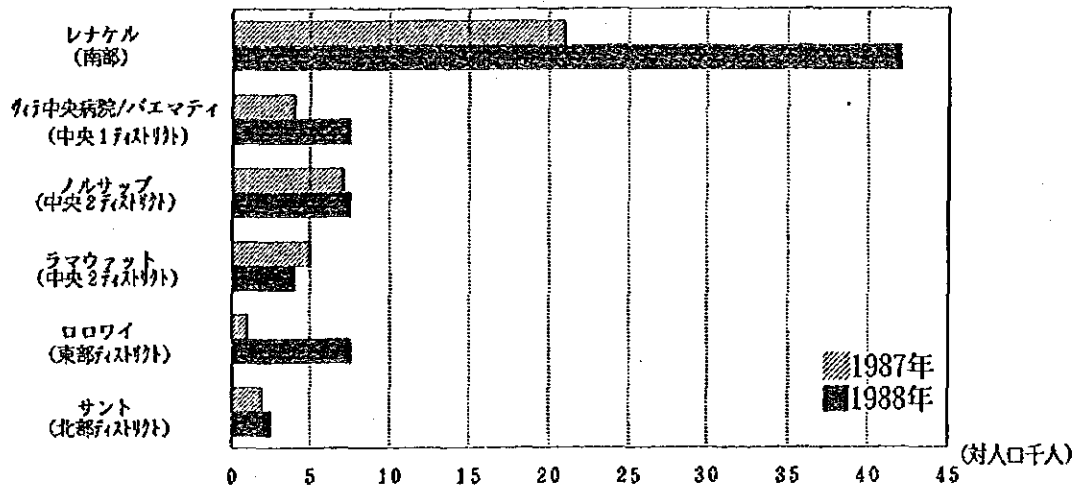
表4-9 ディストリクト別肺炎/重度の急性呼吸器感染症による外来患者の率 (1987、88年)

(単位: () 内)

地域名	患者数 (人) 1988年	割合 (対人口千人)	
		1988年	1987年
北部	1,505	46.0	13.6
東部	620	26.8	17.1
中央2	984	35.5	13.1
中央1	447	11.4	5.6
南部	348	14.5	10.7

出所: Health Planning Unit, Statistical and Epidemiological Report 1989-91,
MOH, 1992 p. 15

図4-14 病院別の5歳未満児における肺炎/重度呼吸器感染症による入院率 (1987、88年)



出所: Epidemiology Unit, Statistical and Epidemiological Report 1988, MOH, 1988 p. 16

4-6-6 下痢症

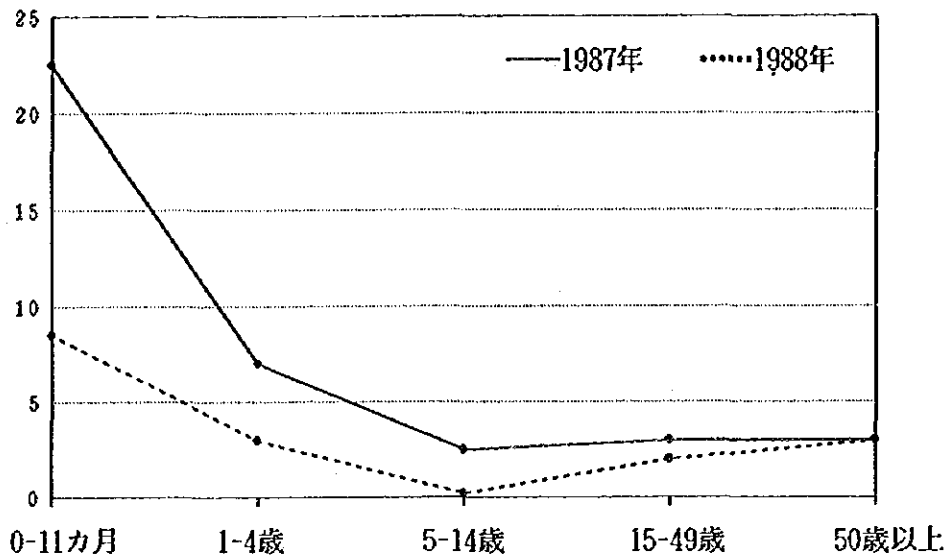
下痢症に関して、過去の長期的な傾向を知るための資料は入手できなかったが、1991年の資料で 6,831件の下痢症が報告されており、人口千対で45であった。1989年にはこの率が69、90年には35であった。年齢別で多いのは1歳未満である。表4-10に1989~91年における地域別の下痢症の患者数と発生率を示す。図4-15は、1987~88年における年齢別の下痢症患者の入院率である。

表4-10 地域別下痢症患者数と発生率 (1989~91年) (単位: 人、対人口千人)

地域名	1989年		1990年		1991年	
	患者数	発生率	患者数	発生率	患者数	発生率
北 部	3,007	76	884	21	1,759	40
東 部	1,921	73	1,188	44	1,570	57
中央2	1,162	52	905	40	750	33
中央1	2,243	71	1,415	43	1,690	50
南 部	1,433	64	706	31	1,060	45
合 計	9,766	69	5,098	35	6,831	45

出所: Health Planning Unit, Statistical and Epidemiological Report 1989-91, MOH, 1992 p. 16

図4-15 年齢別の下痢症患者の入院率（1987、88年）



出所：Epidemiology Unit, Statistical and Epidemiological Report 1988,
MOH, 1988 p.19

1歳未満の乳児に下痢症が多い理由として、この年齢におけるこれまでの母乳を授乳する習慣から人工乳への移行が挙げられている。特にポートヴィラなどの都市を中心としてこれらの現象が見られ、ポートヴィラ中央病院のこの年齢層の下痢症患者の4分の1は母乳ではなく人工哺育であった。

世銀の報告によれば、一人の子供が一年間に平均3.3回の下痢を起こし、7.1%の子供の死亡は下痢症に起因している。

4-6-7 皮膚病

皮膚病は、下痢症と並んで、疾病の主な原因の一つである。外来患者の原因別の数は、この国において一番多い。これら下痢症と皮膚病は、水供給と衛生状況の改善によって劇的に改善が可能な疾病である。皮膚病に関しても、過去の傾向を知るための資料が入手できなかったため、1991年時点の資料を参考にすると、この一年間に58,528件（人口千人対387）の皮膚病患者が報告されている。1990年は人口千対344、89年は370であった。ディストリクト別では、東部、中央2、北部において罹患率が高い。年齢別では、1歳未満が一番多い。皮膚病の種類で最も多いのは疥癬である。表4-11に1989～91年の皮膚病患者数と発生率を示す。

表4-11 地域別皮膚病患者数と発生率 (1989~91年)
(単位:人、対人口千人)

地域名	1989年		1990年		1991年	
	患者数	発生率	患者数	発生率	患者数	発生率
北 部	10,946	347	11,964	368	13,927	414
東 部	14,774	663	12,234	540	13,201	574
中央2	13,261	501	13,391	495	14,622	530
中央1	8,649	218	7,091	170	9,688	222
南 部	5,064	226	5,746	250	7,090	302
合 計	52,694	370	50,426	344	58,528	387

出所: Health Planning Unit, Statistical and Epidemiological Report 1989-91,
MOH, 1992 p. 17

4-6-8 性行為感染症/HIV/エイズ

ヴァヌアツにおいて、HIV/エイズに関しては、現在のところ報告されたケースはない。しかしながら、近隣のフィジー、ニューカレドニア、パプア・ニューギニアの状況をみれば、ヴァヌアツでの最初のエイズ・ケースの発生も時間の問題のように思われる。

性行為感染症で一番多いのは淋病で、過去5年間をみると少しずつその罹患率が上がってきているとの報告がある(MOH, 1988)。1988年の罹患数は、全体で468件、そのうちポートヴィラのような都市を含んだ中央1ディストリクトでの患者数が半数以上の252件で一番多かった。一番少ないのが南部ディストリクトで報告数は24、人口千対で見て中央1ディストリクトの6分の1程度であった。

MOHの統計をみると、梅毒は報告数が少ない(MOH, 1988)。

4-6-9 B型肝炎

南太平洋の国に多くみられるように、ヴァヌアツにおいてもB型肝炎の感染は、一般人口に広範に広がっている。保健省の報告によると成人人口の70%がB型肝炎のキャリアである。ある調査によれば、子供の52.6%がB型肝炎ウイルスの血清マーカーを持ち、26.9%が肝炎表面抗原を持っていた(世銀、1994)。

1988年に肝炎による入院が2件、肝臓障害が21件、肝硬変が11件あった。また、7人の第一期肝癌患者が入院している。

4-6-10 デング熱/フィラリア

デング熱は過去50年間に4回の流行があった。最後の発生は、1989年から90年にかけておこり、全人口の5%にあたる7,000人が罹患し、30人が死亡した。デング熱は、5～8年の周期で南太平洋の国々で流行が起こっている。ヴァヌアツにおいて、デング熱ウイルスを媒介する蚊は、一年を通じて生息している。

フィラリアは、今世紀初頭において広範に流行しており、全人口の約60%が罹患していたと言われる。現在では、集団薬剤治療や屋内残霧スプレー等の対策が効を奏し、罹患率は劇的に下がってきている。一部の離島において、時々発生が見られる程度である。

WHOは、南太平洋におけるフィラリアの対策を積極的に進めており、近接する西サモアでも近い将来ゼロ宣言がなされる見通しのようなのである。

表4-12に1989～91年におけるデング熱の疑似患者数と確定診断数を示し、表4-13にフィラリアの疑似患者数と確定診断数を示す。

表4-12 デング熱の疑似患者数と確定診断数 (1989～91年)

(単位：件)

地域名	1989年		1990年		1991年	
	疑似患者数	確定診断数	疑似患者数	確定診断数	疑似患者数	確定診断数
北部	1,725	33	256	0	21	0
東部	133	0	424	0	8	0
中央2	358	8	528	51	36	3
中央1	3,328	2	136	0	0	0
南部	7	0	650	1	9	0
合計	5,551	43	1,994	52	74	3

出所：Health Planning Unit, Statistical and Epidemiological Report 1989-91, MOH, 1992 p.12

表4-13 フィラリアの疑似患者数と確定診断数 (1989~91年)
(単位: 件)

地域名	1989年		1990年		1991年	
	疑似患者数	確定診断数	疑似患者数	確定診断数	疑似患者数	確定診断数
北部	6	0	11	2	4	0
東部	2	4	14	6	8	2
中央2	10	4	14	0	2	0
中央1	16	3	0	0	0	0
南部	3	0	0	0	3	0
合計	37	11	39	8	17	2

出所: Health Planning Unit, Statistical and Epidemiological Report 1989-91,
MOH, 1992 p.12

4-7 非感染症

4-7-1 糖尿病・高血圧

1985年に実施した非感染症調査によると、糖尿病の罹患率は全国的にまだ低く、農村部の1%、都市部の2~3%の人口が罹患している程度であった。1991年の保健省報告によれば、27件の糖尿病が報告されており、人口千人当たりで0.18であり、88年の0.46より下がっている。しかしながら、病院の報告によれば糖尿病性の足部疾患が増えているとのことであった。地域別にみて糖尿病が多い地域は、ポートヴィラを含んだ中央1ディストリクトである。

高血圧については、同じく1985年の非感染症調査によれば、一番有病率が高かったのが、ポートヴィラで男性6.3%、女性4.2%であった。一方農村部では、2~3.6%の率であった。1991年の報告では、全体で554件の高血圧症が報告されており、人口千対4.5で、これは88年の3.17より少し増加している。これらの慢性病は、目立った増加はみられないが、長期的に罹患率をみると、徐々に増えていることがわかる。

4-7-2 悪性腫瘍

悪性腫瘍は、死亡の原因の上位を占めている(表4-1参照)。1988年時点で、悪性腫瘍による入院したケースは103で、同ケースが86年には85、87年には104であった。表4-14に、1987~88年における悪性腫瘍による入院患者の腫瘍の種類内訳とそれぞれの全体に対する割合を示す。

表4-14 悪性腫瘍種類の内訳別患者数（1987～88年）と
全体に対する割合

（単位：人、％）

悪性腫瘍種類	患者数（1987～88年）	全体に占める割合
肝臓ガン	18	8.7
乳ガン	17	8.2
肺ガン	12	5.8
胃ガン	11	5.3
子宮頸ガン	11	5.3
白血病	11	5.3
子宮ガン	10	4.8
卵巣ガン	8	3.9
リンパ腫	7	3.4
舌ガン	5	2.4
直腸ガン	5	2.4
舌下腺ガン	4	1.9
膵臓ガン	3	1.5
その他 *	85	41.1
合 計	207	100.0

* : 部位不明を含む

出所: Epidemiology Unit, Statistical and Epidemiological Report 1988,
MOH, 1988 p.28 より作成

4-7-3 心臓病

心臓病も死亡の原因の上位に位置している。過去の患者数の推移を示すデータはないが、1988年時点の統計によると、リウマチ熱を含む心臓病の入院患者数は、102人であり、人口千人当たり1.11、87年は0.72であった。表4-15に、87、88年の心臓病／リウマチ熱の入院患者数の内訳を示す。

表4-15 心臓病/リウマチ熱の入院患者数の内訳 (1987、88年)
(単位:人)

	1988年	1987年
心不全	68	60
心臓弁膜症と関係疾患	23	6
心筋梗塞症	7	6
高血圧性心疾患	3	7
リウマチ熱とリウマチ性心臓炎	1	13
不整脈	22	7

出所: Epidemiology Unit, Statistical and Epidemiological Report 1988,
MOH, 1988 p.31

4-7-4 貧血

1985年の非感染症調査によると、農村部の女性の9%が貧血で、ヘモグロビンの値は10 g/dl以下であった。1991年時点で、1,963件の貧血が報告されており、人口千人当たり13であった。1988年には、1,717件で人口千人当たり11.7であった。表4-16にディストリクト別の88年と91年における貧血患者数と罹患率を示す。貧血患者の率がもっとも高いのは、東部ディストリクトと中央2ディストリクトであった。

表4-16 ディストリクト別貧血患者数と罹患率 (1988、91年)
(単位: () 内)

地域名	患者数 1991年 (人)	割合 (人口千対)	
		1991年	1988年
北部	341	10	10
東部	572	25	23
中央2	665	24	16
中央1	244	6	8
南部	141	6	12

出所: Epidemiology Unit, Statistical and Epidemiological Report 1988,
MOH, 1988 p.32

および Health Planning Unit, Statistical and Epidemiological
Report 1989-91, MOH, 1992 p.23 より作成

4-7-5 傷害・事故

傷害・事故に関しても過去の変化を示す資料はないが、1988年の年次報告によれば、88年一年間の傷害の件数は22,242件であった。これは、人口千人当たり151.5であり、この数は前年の61.4の2倍以上になっている。地域別で傷害が多いのは、東部ディストリクトで、この地域は、前年の3倍以上に率が上がっている。なぜ東部に傷害が多く、前年度に比べこれだけ増えたのかという理由はわかっていない。傷害で入院した患者数は909人で、この数は前年とあまり変わっていない。

表4-17 ディストリクト別傷害件数と発生率 (1987、88年)
(単位:()内)

地域名	傷害件数 1988年 (人)	割合 (人口千対)	
		1988年	1987年
北部	3,997	122.1	49.4
東部	6,050	261.9	71.3
中央2	4,872	175.9	87.0
中央1	5,822	148.1	62.8
南部	1,501	62.5	41.7

出所: Epidemiology Unit, Statistical and Epidemiological Report 1988,
MOH, 1988 p.34

傷害のタイプ別で多いのは、1988年の報告では、骨折が全体の約30%、創傷が25%、打撲傷8%、火傷4.2%等の順となっている。年齢別にみると、15~49歳の年齢層に多い。

事故で入院した患者の内訳(1987年)を表4-18に示した。これによると、魚の中毒、交通事故、喧嘩、家庭内暴力等が多かった。

表4-18 事故で入院した患者の内訳 (1987、88年)

(単位：人)

	1988年					1987年
	0～4歳	5～14歳	15～49歳	50歳以上	合計	合計
交通事故	4	4	24	1	33	42
石油製品によるケガ	6	0	1	0	7	13
魚による食中毒	1	5	48	4	58	55
ビルから落下	0	2	0	0	2	5
木から落下	3	12	2	1	18	2
火傷						
・火	3	1	1	1	6	7
・湯	4	1	0	0	5	5
・化学物質	0	0	1	0	1	0
木からの落下物	0	2	4	0	6	13
スポーツでのケガ	0	9	14	0	23	7
動物による噛傷	0	6	12	0	18	10
ナイフによるケガ	3	4	16	2	25	4
ガラスによるケガ	0	3	4	1	8	3
麻薬中毒	2	3	4	0	9	3
自殺	1	1	21	0	23	22
喧嘩	1	0	41	0	42	40
幼児虐待	0	3	0	0	3	1
レイプ	0	0	0	0	0	1
家庭内暴力	0	0	36(33)	4(3)	40	30
その他	7	12	26	2	47	62
合計	35	68	255	16	374	325

注：()内は女性

出所：Epidemiology Unit, Statistical and Epidemiological Report 1988,
MOH, 1988 p.35

第4編 参考資料一覧

- ・『熱帯』第22巻(100~106)別冊 「南太平洋バヌアツ共和国のマラリア対策に働いて」
金子 明 1989

- ・Epidemiology Unit, Statistical and Epidemiological Report 1988,
MOH, 1988

- ・Health Planning Unit, Statistical and Epidemiological Report 1989-1991,
MOH, 1992

- ・Ministry and Department of Health, First National Health Development Plan
1992-96, Ministry of Health, 1992

- ・South Pacific Commission, Pacific Health Dialog Volume 2, Number 2 : AIDS/
STD and Sexuality in the Pacific, S P C, 1995

- ・UNICEF, A Situation Analysis of Children and Women in Vanuatu 1991,
UNICEF, 1991

- ・UNICEF, A Situation Analysis of Children and Women in Vanuatu 1995
(Draft), UNICEF, 1995

- ・Vanuatu/WHO/S P C, Non-Communicable Disease Survey 1985,
South Pacific Commission, 1985

- ・WHO/Geneva, "TB Notification Update 1994", WHO/Geneva, 1994

- ・World Bank, Health Priorities and Options in the Pacific Member Countries,
World Bank, 1994