

第5編 保健対策活動

5-1 総論

ヴァヌアツ国においても、1978年にWHOが提唱したプライマリー・ヘルス・ケアのアプローチを84年に正式に国家保健政策のアプローチとして受け入れ、以下を活動の中心として掲げている。

- 1) 健康教育
- 2) 食品供給と適切な栄養
- 3) 安全な水供給と基礎的衛生
- 4) 母子保健（家族計画を含む）
- 5) 予防接種
- 6) 疾病対策
- 7) 適切な治療
- 8) 必須医薬品

これらの活動を展開していくために、セクター間の協調、医療従事者の育成、適正技術、住民参加等のアプローチを戦略として挙げている。

ヴァヌアツにおける、現在の主な保健対策活動は、家族計画サービス（家族健康プログラムと呼ばれている）、母子保健対策、栄養対策、予防接種対策、結核・ハンセン病対策、マラリア対策、エイズ対策、環境衛生対策等である。1991年に「女性と子供の健康ユニット」（Women's and Children's Health Unit, WACHU）が設立され、従来の母子保健サービス（下痢症対策、上気道感染症対策を含む）、予防接種対策、栄養対策、家族計画等を包括する実施機関となった。

1993年までこれらのさまざまな対策は、実施体制が整えられてきたが、93年の医療従事者のストライキによる影響が現在深刻に出ている。特に保健省の重要な職務、例えば各対策のコーディネーターのクラスにいた人材が現在もストライキ中で、ほとんどの対策自身の体制が崩れた状態である。そのため、予防接種のカバー率の低下を始め、さまざまなプロジェクトの実施率が落ちてきている。栄養対策や衛生対策には、ユニセフから資金援助が出ているが、その予算消化さえ困難な状況である。

こうした状況の中、唯一対策として活動し、効果を上げているのがマラリア対策である。マラリア対策は、WHOから専門家による技術的な支援とプロジェクト実施の資金的支援を長年受けており、1988年に導入された薬品を浸み込ませた蚊帳を配布するプロジェクトを開始して以来、その効果が着実に出ている。WHOは、この南太平洋地域からポリオやハンセン病のコントロールに関しては、一応目処が立ったと見ているが、マラリア対策に関してはやや暗礁に乗り上げていた感があったので、ヴァヌアツでの成功には大いに気を良くしており、排除（Elimination）まで持っていきたいとしている。

エイズ対策に関しては、人々への啓蒙・教育を中心に1987年から対策を進めている。現在までエイズ/HIV陽性者の報告数はゼロである。予算的には、1995年まで他の南太平

洋の国と同様、WHOのGlobal Programme on AIDS (GPA)からの援助に頼っていたが、GPAが終息したため、96年からUNAIDSからの援助に切り替えられた。このため当面予算が縮小され、活動が限られる結果となっている。特に問題なのは、血液検査のための検査キットの予算が削られたため、このままでは血液検査ができない状況となることである。

予防接種プログラム(EPI)は、1991年を頂点にカバー率が落ちてきている。また、1996年より導入が予定されているワクチンの国内自給に向けての取り組み(Vaccine Independent Initiative, V I I)のために、ワクチンに関しては、自国で調達していかなければならない状況となってきている。このため、政府は医療分野に対する予算の拡大の必要に迫られている。

5-2 家族計画サービス

5-2-1 家族計画サービスの現状

家族計画サービスは、ヴェヌアツでは古いサービスの一つで独立以前から供給されている。1980年のはじめまで、約4,000人に家族計画サービスが供給されていたが、83年にデボ・プロベラの使用が、癌の発生を高める恐れがあることを理由に禁止されたために、家族計画の利用率が下がった。しかしながら、1980年代の後半から家族計画の重要性が政策的に強調され、90年には家族計画を強化する目的で家族健康プログラム(Family Health Programme)が開始されたため、家族計画利用者数はもち直して来ている。保健省の報告によると1991年の避妊具の使用者数は3,031人、92年は3,409人、93年には3,700人であった。しかし、避妊具使用率は、1990年が12%、91年が15%と依然極めて低い使用率である。家族健康プログラムは、女性と子供の健康ユニット(WACHU)が実施機関である。

国家保健計画(1992~96年)によると、この家族健康プログラムの目標値は、1991年時点の避妊具使用率(CPR)を15%から20%に上げる、女性の合計特殊出生率(TFR)を4.8から4に下げる、18歳以下と35歳以上の妊娠によるリスクの高い年齢層の女性の妊娠の率を全体の10%以下に下げる、乳児死亡率を91年時点の出生千人当たり60から2000年までに50に下げる、妊産婦死亡率を91年時点の出生千人当たり1から2000年には0.5に下げる等であり、非現実的な数字は挙げられていない。

避妊具の中で、最も受け入れられているのは経口避妊薬である。しかしながら、この避妊具の問題は、途中でやめてしまう率が高いことである。1991年の例をみるとヴィラ中央病院において、413人の女性が新たに経口避妊薬の使用を始めたが、325人が途中でやめてしまっている。これらの途中で止めてしまう人口は、その次の統計にまた新たな受け入れ者として現われる傾向がある。

コンドームは1991年時点で、2番目に使用が多い避妊具で、特にヴィラでの受け入れが増加している。ただし、コンドームは、医療施設でない場所で売られていたり、使用の確実性に対してのフォローアップができないので、コンドーム使用者数の正確な数字や途中で使用を中止する人口の正確な把握等は、極めて難しいのが現状で、配布したコンドーム

の数からの推計でしかその使用率については判断できない。

IUDは、1991年時点でコンドームに次いで使用の多い避妊具で、その率は年々増えている。1991年一年間で、ノルサップ病院で挿入を行った人数は、90年の2倍であり、ヴィラ中央病院においては29%の増加、北部地域・病院では58%の増加であった。ヴァヌアツで使われているIUDは、カップ・Tが主である。

不妊手術も数的には多いが、ほとんどが女性の手術である。しかしながら、北部ディストリクトでは、女性の受け入れも高いが、男性の受け入れも他のディストリクトに比べて高い。受け入れ者の統計を見ると、平均の子供の数は5人、受け入れが最も高い年齢は32歳から33歳であった。宗教をみると、長老派が51%で、カトリックが5.3%等であった。現在サント、ポートヴィラ、東部ディストリクトにある病院で不妊手術プログラムが実施されている。

デポ・プロベラの使用は近年再開されており、今後使用率が増加することが期待される。

5-2-2 家族計画サービスの問題点

ヴァヌアツの人口構成をみると、1989年時点で15歳以下の人口が全人口の44%をしめており、人口が速い速度で増加していく可能性が非常に高い構造であることがわかる。一方、現在のCPRが15~20%程度では、人口の増加速度を落とすことは極めて難しいと言える。ヴァヌアツに求められていることは、避妊具使用率の増加のみならず、女性の結婚年齢と第一子を持つ年齢の引き上げ、子供を生む間隔を広げるスペーシング等の方法を全て駆使して人口の増加速度が緩めて行く努力である。そのためには、女子の教育、特に中等教育以降の就学率の向上、女性のエンパワーメント、スペーシングのための避妊具の選択の拡大、母乳の奨励、理想の子供数を下げるための啓蒙・教育、子供の生存の確保、長期間効果の持続する避妊具の提供、永久避妊法へのアクセスの改善等のアプローチを包括的に進めていく必要がある。

家族計画の普及の程度が地域によって差があることも問題の一つである。表5-1に1991年のディストリクト別の避妊具使用者数を示した。これによると、中央1ディストリクトで使用者数が一番多く、東部及び南部ディストリクトで少ない。女性の教育水準や「小さな家族」の受け入れ等の社会・文化的な問題に加え、サービスへのアクセスや避妊具供給量等の違いが格差の原因であると思われるが、詳しい分析はされていない。

表5-1 ディストリクト別の避妊具使用者数 (1991年)

(単位：人)

避妊具・方法	地域名	中央1	中央2	東 部	北 部	南 部	合 計
ピル (経口避妊薬)		673	222	210	383	183	1,671
コンドーム		271	60	45	133	68	577
IUD		261	88	0	49	9	407
不妊手術 (女)		82	25	0	235	0	342
” (男)		1	0	0	23	0	24
リズム法		4	3	2	1	0	10
合 計		1,292	398	257	824	260	3,031

出所：WACHU, Workshop on Strengthening Reproductive Health and Family Planning, Ministry of Health, 1994 p.4

5-3 母子保健サービス

5-3-1 母子保健サービスの現状

母子保健サービスも植民地時代に開始されている。保健省の母子保健セクションは、1985年に保健省・医療保健局の予防医療プログラムの中に設立され、84年に国の保健政策として受け入れられたPHCアプローチに沿う形で、全国に母子保健プログラムが整備された。この母子保健プログラムは、ディストリクト・レベルで、保健スーパーバイザーと母子保健スーパーバイザーが実施の責任を負っている。このプログラムで提供されている母子保健サービスは、基本的に健康状態を定期的に検査して、スクリーニングをする活動が中心である。また、母子保健センターにおいては、予防接種や健康教育も合わせて行っている。

過去ヴァヌアツの乳児死亡率が下がってきているのは、この母子保健サービスの貢献が大きいものと思われる。現在母子保健サービス自身は、「家族保健」の傘の下に統合されており、組織的にも母子保健セクションは、女性と子供の健康ユニット(WACHU)に統合されている。家族保健サービスは、以下の活動を実施している。

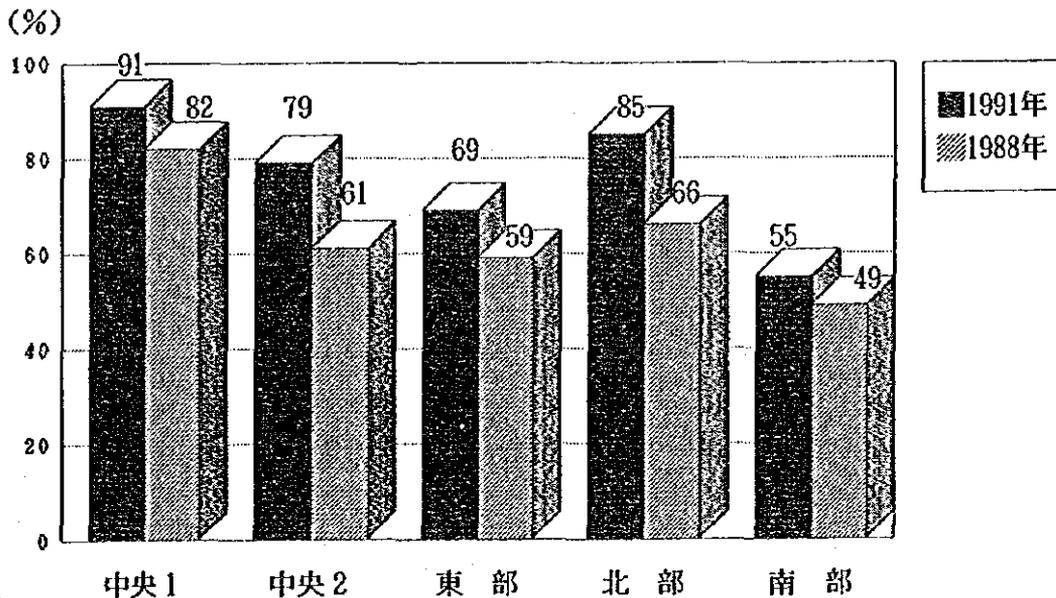
- 1) 家族計画
- 2) 助産サービス
- 3) 女性の健康と子供の健康

- 4) 幼児と入学前児童の健康スクリーニング
- 5) 急性呼吸器感染症プログラム
- 6) 下痢症対策
- 7) 学校健康スクリーニング

女性と子供の健康ユニット（WACHU）では、上述のプログラムを展開していくための各種研修・セミナーを行っている。研修の名前を挙げると、避妊具に関する研修、家族保健ワークショップ、リプロダクティブ・ヘルス・セミナー、助産婦カンファランス、コミュニティー・レベルでは、コミュニティーの啓蒙プログラム、TBA研修、エイド・ポスト看護研修等である。これらの研修事業には、オーストラリアのセーブ・ザ・チルドレン・ファンドやSouth Pacific Alliance for Family Planning（SPAFFH）等のNGOや、UNFPA、UNICEFから資金援助が出ている。

これらの家族保健サービスの成果として、年々医療従事者の介助による出産の割合が伸びている。図5-1は、地域別にみた医療従事者の介助による出産の割合の変化を示している。この図より、地域によりかなり差が大きいことがわかる。

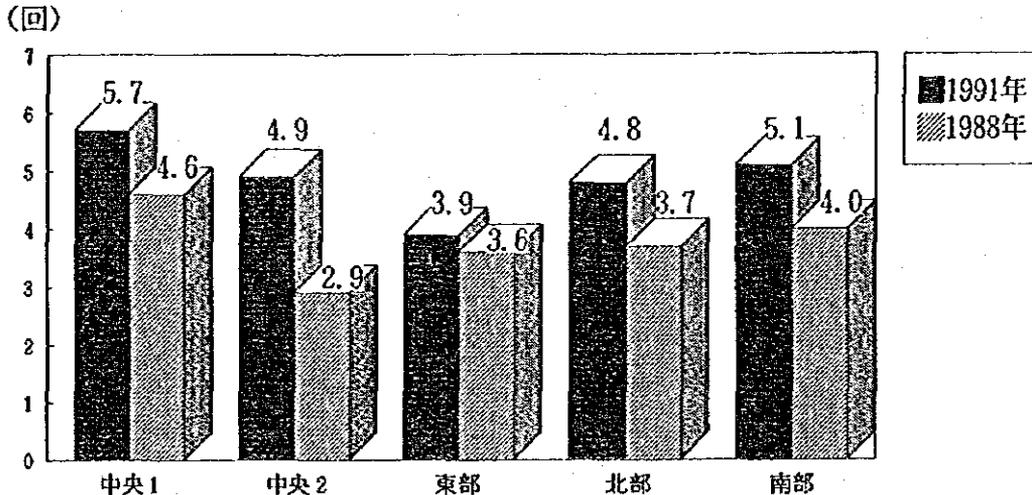
図5-1 地域別医療従事者の介助による出産の割合（1988、91年）



出所：Health Planning Unit, Statistical and Epidemiological Report 1989-91,
MOH, 1992 p. 30

また、1991年の妊婦一人当たりの平均の妊婦検診の受診回数は、中央1が5.7回、中央2が4.9回、東部が3.9回、北部が4.8回、南部が5.1回で全国の平均が4.9回であった。図5-2に地域別妊産婦検診の1988年と91年の比較を示した。

図5-2 地域別妊産婦検診の回数 (1988、91年)



出所: Health Planning Unit, Statistical and Epidemiological Report 1989-91, MOH, 1992 p.31

出産後検診に関しては、表5-2 に示すようなデータがあるが、これは明らかに間違った情報である。というのも、ヴィラ中央病院での記録で産婦の約45%が6週間後の検診に病院を訪れているというデータがあるので、他の病院ではもっと低いはずである。これはおそらく複数回受診しているのをすべて数えているか、このデータを集める際の質問の意味が正しく理解されなかったためと思われる。

表5-2 出産後検診のカバー率 (1991年)

(単位: () 内)

地域名	6週間後に検診を受けた女性の件数 (件)	推定出産数 (人)	出産後の検診を受けた女性の割合 (%)
中央1	1,753	1,669	105
中央2	937	975	96
東部	317	813	38
北部	879	1,270	69
南部	1,175	830	141
合計	5,061	5,557	91

出所: Health Planning Unit, Statistical and Epidemiological Report 1989-91, MOH, 1992 p.31

5-4 栄養対策

5-4-1 栄養対策の現状

栄養部門は、1982年に設立されている。1983年には、栄養と食物に関する政策を策定し、87～91年の5カ年計画を策定している。1990年には、「ヴィラ・栄養フェア」を開催した。このヴィラ・栄養フェアとは、都市部のコミュニティーにおいて栄養に関する実演プログラムを実施するもので、栄養に対する知識、食物確保の知識等の向上を目的としている。

栄養部門は、1983年に全国栄養調査を行っている。4-5-1 乳幼児・子供の主な疾病の項でも述べたが、この全国栄養調査によると、5歳未満の幼児の23%が低体重であり、また、1歳から2歳の間の年齢の子供に一番低体重が多く、この年齢層の40%にもなる。1990年にパアマ島で同様の栄養調査を実施しているが、その結果を83年の調査と比べてみると、栄養失調の数は減少しており、栄養状態は改善されていることがわかった。

1985年には非感染症サンプル調査を行っている。この調査の結果でわかったことの中に、都市部や都市近郊に住む住民の間で、輸入の食品の消費が増加していることがある。このことは、都市部の糖尿病患者の数が全体の2～3%であるのに対し、農村部では1%以下であることを裏付けていると言える。1990年には、非感染症の定点調査が行われた。この調査からも、伝統的食習慣から西洋の食習慣への移行、アルコールの消費の増加、カバ（この地域のアルコールに代わる飲み物）や煙草の消費の増加、運動量の減少が、糖尿病や高血圧等の慢性病の台頭と深く関係していることを示している。

このセクションの活動として、栄養向上プロジェクト等のプロジェクトの実施や、ラジオやカウンセリングを通じた栄養面の教育、病院や他の医療機関での栄養指導やワークショップなどがある。

5-4-2 栄養対策の問題点

栄養部門の問題は、人的資源の不足である。1992年まで、栄養士が1名、栄養指導員が1名、食事療法士が1名、栄養ワーカーが1名のみで、人的資源の不足は大きな問題であったのが、93年から栄養士がストライキ中のため、ナショナル・コーディネーターが不在の状況が続いている。このため、プログラムの実施が困難となっている。1990年からユニセフが年間200万ドルの資金援助をしている栄養向上プロジェクトが実施されているが、活動が停滞しており、予算消化が難しい状況である。

しかしながら、今後、活動を活発にしていきたいとしていて、オーストラリアのセーブ・ザ・チルドレン・ファンドの技術援助を得て、1996年には、全国栄養調査を実施したいとしている。そのための準備として、栄養サーベイランス・システムの構築を行っているところである。

5-5 予防接種対策

5-5-1 予防接種対策の現状

ヴァヌアツの予防接種対策は、1歳以下の乳児を対象としてジフテリア、破傷風、百日咳、ポリオ、麻疹、結核、B型肝炎の7種類の接種が1982年に開始され、毎年カバー率は上昇した。しかしながら、1992年を頂点に接種率は下降しており、94年時点での予防接種率は、BCG86%、DPT74%、ポリオ74%、麻疹53%、B型肝炎69%となっている(表5-3)。これらのカバー率は、南太平洋地域の中でも比較的低い数字でとなっている。

表5-3 1歳以下の乳児の予防接種カバー率

(単位: %)

年	BCG	DPT	ポリオ3	麻疹	B型肝炎3
1988	73	58	58	46	—
1989	80	61	63	46	—
1990	96	76	78	66	34
1991	100	83	82	63	46
1992	96	86	87	74	92
1993	87	70	69	58	73
1994	86	74	74	53	69

出所: Ministry and Department of Health, First National Health Development Plan 1992-96, Ministry of Health, 1992 および保健省提供資料

5-5-2 予防接種対策の目標

対策としては、現在中央レベルでナショナル・EPI・コーディネーターが一人いるのみで決して強い対策とは言えないが、EPIポリシーは策定されている。

政府は、第1次国家保健計画(1992~96年)の中で、予防接種対策の目標を以下のように掲げている。

- 1) 1996年までに、予防接種により予防可能な疾病の罹患と死亡を公衆衛生学上問題のないレベルに低下させる。
- 2) EPIのカバー率を1989年の70%から96年には90%に上げる。
- 3) 1995年までにポリオを撲滅する。1995年までに新生児破傷風を排除(Elimination)する。
- 4) 1995年までに、予防接種対策強化前のレベルより麻疹の発生を90%減らし、麻疹による死亡を95%減少させる。

これらの目標を達成するためにカバー率が低い地域を対象にキャッチ・アップ・キャンペーンを行う計画である。1996年度には、5月、6月、7月、8月、および10月に実施の予定である。

5-5-3 コールド・チェーン

過去5年間のEPIにおける努力目標は、離島におけるコールド・チェーンの強化とワクチン供給の強化であった。コールド・チェーンに関しては、海外からの援助で整備が進んでいる。初期にはケロシン冷蔵庫が使用されていたのが、現在では、ガス冷蔵庫が信頼性が高いとして主に使用されている。都市部では、電気冷蔵庫/冷凍庫が使用されている。しかしながら、維持・管理のための経常予算がついていないため、これらの冷蔵庫/冷凍庫の維持・管理が現在問題となっている。加えて、ガス冷蔵庫に必要なガスの購入ができないなどオペレーション・コストの問題は深刻である。このような現状から、特に離島におけるコールド・チェーンに関しては、ソーラー式の冷蔵庫の使用が、イニシャル・コストは高いが経常コストが安価であるので適しているようである。

これらのコールド・チェーンのモニタリングのために、全国的なコールド・チェーン・インベントリーを作ることが、国家保健計画に挙げられている。

5-5-4 予防接種の実施方法

予防接種の実施方法を表5-4 に示す。

表5-4 予防接種の実施方法

ワクチン	接種開始年齢	回数	間 隔
BCG	生後間もなく	1	もし接種後傷が確認できない場合は6週間後に再接種
DPT	生後6週間	3	4週間間隔
ポリオ	〃	3	〃
麻疹	生後9カ月	1	
B型肝炎	生後間もなく	3	2回目は、DPTの1回目かポリオの1回目の接種時に同時に行う。 3回目は、2回目の後8週間間隔。

出所：MOH, EPI Policy on Immunization, MOH, 1993 p.12 より作成

5-5-5 予防接種対策の問題点

地域によって予防接種のカバー率に差がある。特に北部は交通が不便なため、カバー率が落ちている。ペンテコストやアンプリムが特に低く、タフェアやサント・マロも平均より低いカバー率である。これらの地域の問題は、人口がまばらに住んでいる、トランスポートが整備されていない、また、予防接種のための人材の不足等が挙げられる。

他の南太平洋諸国の予防接種対策の問題に共通して、ヴァヌアツでも今後のワクチン供給が保障されていないことが大きな問題になるおそれがある。ユニセフ/WHOのVaccine Independent Initiative : V I Iの政策のために、この国においても97年末までに、自国でのワクチン調達が必要となっている。そのための財政的処置ができないと予防接種カバー率の低下を招き、疾病の再燃が起こる可能性がある。

5-6 結核・ハンセン病対策

ヴァヌアツにおいて、結核は過去から現在まで継続した問題である。結核・ハンセン病対策は1984年に正式に開始され、保健省の医療保健局が実施機関になっている。1995年まで結核のサーベイは行われたことがなかったが、現地調査の際に聞いた計画では、96年の1月に初めてのサーベイを実施をする予定とのことであった。4-6 感染症の疾病各論でもふれたが、結核・ハンセン病の確立した検査体制はなく、基本的に患者が治療のために医療機関を訪問した数が報告されている。そのため、疾病の流行状況の全体像は正確なものではない。1988年に結核対策の立て直しが行われ、91年まで患者発見数が増加している(表4-6 参照)。

この間報告された新患の率は、平均人口千対で1であった。しかしながら、1993年のストライキが影響して、95年時点では対策はほとんど止まった状況であった。この間の統計はないが、患者発見に影響が出ているものと予測される。

対策の実施機関としては、中央の保健省保健医療局にナショナル・コーディネーターが一人いるのみである。このナショナル・コーディネーターは同時に中央1と中央2ディストリクトを含んだ南部の地域を見ており、もう一人のオフィサーはルーガンヴィルに配属されていて、北部の地域における対策実施の責任を負っている。結核対策の活動の中で訓練されたスタッフの数が足りないために、治療を開始した患者のフォロー・アップが最後までされず、途中で治療を中止する患者が多数いることが問題となっている。診断法に関してもまだ確立されておらず、ほとんどの診断は、顕微鏡による喀痰検査ではなく、臨床的診断、あるいはX線診断によって行われている。特に子供の喀痰収集技術の向上が必要とされている。この国においてBCGのカバー率が、約90%と高いレベルに達していることは、乳幼児に対する感染の危険性を小さくすることに貢献している。短期化学療法は、1986年に導入され、最初の4カ月は外来にてイソニアジドとリファンピシンの治療を行い、その後はストレプトマイシン、イソニアジドおよびピラジナマイドによる治療を自宅で2カ月受ける。

ハンセン病対策は、結核対策と平行して進められており、1987年にハンセン病患者登録

制度が制定、実施された。しかしながら、ヴァヌアツにおいてスタッフの不足から患者発見を行っていくことが難しく、ハンセン病の状況の完全なアセスメントはまだ可能とはなっていない。

結核・ハンセン病対策として、住民を教育・啓蒙するための教材や情報マテリアルを製作し、ラジオやさまざまな医療機関におけるカウンセリングを通じて情報を流している。

5-7 マラリア対策

マラリア対策は1960年代に開始され、70年代にはDDTの屋内残留噴霧活動が主力として行われた。1980年代に入ってから計画が縮小され、現在ではサイクロンの後などに散発的、限局的に行われるのみである。このDDT使用の後退は、DDTによる対策の十分な評価なしに行われたとの話で、真の問題点が蚊のDDTに対する抵抗性なのか必ずしも明確ではなかった。

1980年代は、ヴァヌアツではマラリア媒介蚊に対する有力な対策手法がない時期がしばらく続き、マラリア対策課は新しい手法を模索していた。これに対して、WHOは、PHCの理念に合致し、低コストであるピレスロイド系の薬剤を浸み込ませた蚊帳の住民への配布をヴァヌアツ側に提案した。これに基づき、1988年5月に首都ポートヴィラから北約50kmに位置するエファテ島北部のエブレ集落で、ヴァヌアツで初めて薬剤浸潤蚊帳が配布された。この後、1990年までに5つの地域で試験的な蚊帳の配布が行われ、いずれの地域でも蚊帳は住民に良く受け入れられ、血液調査によって蚊帳配布前に比べて住民のマラリア罹患率が減少したことが観察されたため、91年より本格的な薬剤浸潤蚊帳配布プロジェクトが開始された。

1995年6月までに6万2,000個の蚊帳が配布され、約8万人をカバーした。最終的には1997年末までに9万6,000個の蚊帳を配布し11万人をカバーすることが目標となっている。また1995年にはマラリア対策強化プログラム(Intensified Malaria Control Program)をシェファ島で開始しており、内容は蚊帳の浸潤を年2回に増やし、また三日熱マラリアの治療を徹底的に行うというものである。4-6-4 マラリアの項で記述したように、この蚊帳配布プロジェクトはヴァヌアツにおいて目覚ましい効果を上げており、1994年のAPI(人口千対マラリア患者発生数)は90年の約9分の1に下がった。

対策の危機としては、1993年にプログラムの多数のスタッフがストライキで職場を去ってしまったことである。16人中10人の新しいスタッフを雇用しなければならず、この時期に対策の活動自体が停滞した。1995年の前半は、これらの新しいスタッフのトレーニングを実施し、対策の立て直しを図っており、現在WHOからの専門家の支援もあり対策の活動は活発に行われている。プログラムに対する海外からの援助の主な団体は、WHO、ロータリー・クラブ、UNICEF、AusAIDS、日本青年商工会議所等である。日本政府からも草の根無償による蚊帳の供与が過去に行われてた。

5-8 エイズ対策

1987年9月に国家AIDSコミッティ(National AIDS Committee, NAC)が設立され、88年より短期計画が開始された。NACは、ナショナル・コーディネーターとディストリクト・ヘルス・スーパーバイザーが中心メンバーの組織で、2年ごとにWHOとのプログラムのレビュー・ミーティングを持ち、短期・中期計画の策定を行っている。同年STD/HIV/AIDSセクションが保健局の疾病対策ユニットの中に設立されている。1990年11月には中期計画が策定され、91~93年にかけてSTD、HIVおよびAIDSの予防プログラムを柱として実施された。1994年からは中期計画2が96年までの予定で実施されている。実施されている対策の内容としては、HIVスクリーニングによる安全な血液の確保、サーベイランス体制の確立、およびHIV/AIDSを含むSTDに対する教育・啓蒙活動である。実施体制として、World VisionやFSPといった16のNGOがNACを補完する形で活動している。これらのNGOは、教育活動を主に行っており、コミュニティー・リーダーや教会関係者へのワークショップが中心である。1993年には性教育が中学校に導入されており、こうした若い年齢層や女性のグループをターゲットにしたワークショップも近年開かれている。

現在のプログラムは、プログラム・マネージャー、アシスタント・コーディネーター、とセクレタリーの3人のみの小さなプログラムで、しかもプログラム・マネージャーのみが正規の保健省技官である。プログラムの予算は、95%がWHOのGPA(Global Programme on AIDS)から出ていたが、1996年度にGPAが終息するのに伴い、同年度より援助がUNAIDSに移り大幅な予算の縮小がある予定である。この予算の縮小に伴い、活動の大幅な縮小および停止が予想されており、その影響が懸念されている。特にHIVのテスト・キットの予算がすべて削られており、安全な血液の確保のための検査および、AIDSの状況を把握するための検査活動に支障が出る見通しである。

5-9 環境衛生対策

環境衛生部門は、保健省・保健医療局の中に1982年に設立された。この部門は、1990年に健康推進ユニットの中に統合され、現在は、予防サービスの一部となっている。

水供給に関しては、1991年まで地質・鉱物・水源省(Department of Geology, Mines and Water Resources)の農村水供給部門が水供給プロジェクトの計画・実施に対する責任を負っていたが、現在は保健省の当部門に責任が委譲されている。ポートヴィラ、ルーガンヴィル等都市部での水供給は公共事業局が管轄している。

この部門で実施されるプログラムの第一義の目的は、国中の環境衛生施設を向上させることにあり、安全な水供給、工業・農業の安全性の確保、食物の安全性の確保、環境汚染のコントロールなどの活動も行っている。この部門は、農村への水供給プログラムや環境衛生施設の整備のプログラムを行ってきたが、現在は、ユニセフが予算を出している農村衛生プロジェクト(Rural Sanitation Project)を実施している。このプロジェクトは1988年から開始されており、活動としては、全体の人口の65%が住む農村部の人口に換気付

き便所 (Ventilated Improved Pit Latrine, VIP) や、水密閉式便所 (Water Sealed Toilet) の建設を行っている。これらの便所は、一つ建設するのに約20USドルと廉価で、下痢症の軽減に効果を上げている。資料が古いが、表5-5 は、1991年までに建設された便所の数である。

このセクションの問題として、1993年からスタッフが仕事から離れているため、正規の職員はおらず、プロジェクトに雇われたプロジェクト・マネージャーと他数人がプロジェクトを実施しているが、かなり崩壊的状态にある。

表5-5 1991年までの農村衛生プロジェクト実績

(単位: () 内)

(旧) 地方政府 カウンシル	人口合計 (人)	世帯数 (世帯)	便 所 (個)			加- され た世帯の 率 (%)
			V I P	水密閉式	未完成	
バンクス/トレス	5,985	1,080	86	0	89	16.20
サント/マロ	18,598	3,538	316	7	238	15.86
アンバエ/マエウオ	10,958	2,237	244	27	27	13.32
ベンテコスト	11,341	2,276	289	0	51	14.94
マレクラ	19,298	3,855	242	2	149	10.19
アンブリム	7,191	1,440	332	0	55	26.88
パアマ	1,696	451	47	47	48	31.49
エピ	3,628	760	41	0	152	25.39
トンゴア/シェファ	3,975	674	82	52	249	56.82
エファテ	11,557	2,045	74	3	77	7.53
タフェア	22,423	4,416	598	18	321	21.22
合 計	116,650	22,772	2,351	156	1,456	17.40

出所: Ministry and Department of Health, First National Health Development Plan 1992-96, Ministry of Health, 1992 p.39

第5編 参考資料一覧

- ・『熱帯』第22巻(100~106)別冊 「南太平洋ヴァヌアツ共和国のマラリア対策に働いて」
金子 明 1989
- ・『熱帯』第28巻 「住民参加型マラリア対策の人類学的考察：ヴァヌアツ共和国の薬剤
添付 蚊帳配布プロジェクトをめぐって」 白川 千尋 1995
- ・Dr. Dina Foy, The Vanuatsu Family Health Project ; The Proposed Road Forward,
Ministry of Health, 1991
- ・Health Planning Unit, Statistical and Epidemiological Report 1989-91,
MOH, 1992
- ・Malaria Section, "Summary : Malaria Control Programme in Vanuatu",
Ministry of Health, Oct. 1995
- ・Ministry and Department of Health, First National Health Development Plan
1992-96, Ministry of Health, 1992
- ・Ministry of Health, Expanded Programme on Immunization, Policy on
Immunization, Ministry of Health, 1993
- ・MOH, EPI Policy on Immunization, MOH, 1993
- ・South Pacific Commission, Pacific Health Dialog Volume 2, Number 2 : A I D S,
S T D and Sexuality in the Pacific, S P C, 1995
- ・WACHU, Workshop on Strengthening Reproductive Health and Family Planning,
Ministry of Health, 1994
- ・World Bank, Health Priorities and Options in the Pacific Member Countries,
World Bank, 1994

第6編 保健医療サービス供給システム

6-1 公的医療施設

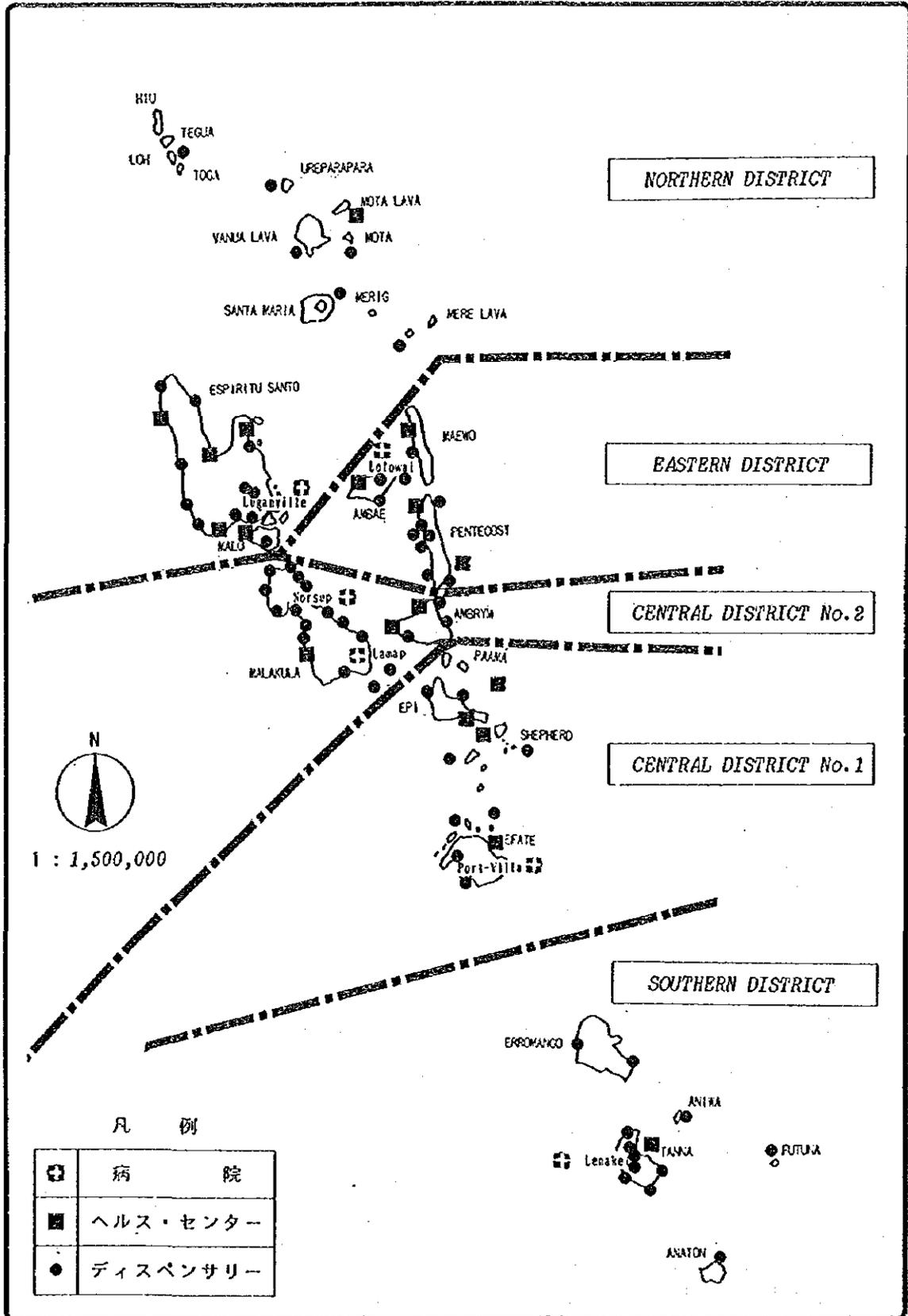
ヴァヌアツでは国を五つの保健地域 (District) にわけ、保健医療サービスを提供している。一つの保健地域内の医療サービスは、四つのレベルからなっており、下から順にエイド・ポスト、ディスペンサリー、ヘルス・センター、ディストリクト病院である。保健地域別の医療施設数を表6-1 に、保健地域および公的保健医療施設の分布を図6-1 に示した。

表6-1 保健地域別の医療施設の数 (1994年)

	病 院	ヘルス・センター	ディスペンサリー	エイド・ポスト	合 計
北 部	1	3	22	40	66
東 部	1	5	14	36	56
中央2	1	5	17	30	53
中央1	1	4	11	35	51
南 部	1	1	11	21	34
合 計	5	18	75	162	260

出所: Dr. Jimmie Rodgers, Feasibility Study, Working Paper on Health Workforce Demand in the Pacific to the Year 2004, A I D A B, 1994 p.12

図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



出所: Ministry and Department of Health, First National Health Development Plan 1992-96, Ministry of Health, 1992 p.85

6-2 保健医療施設の構造と機能

ヴァヌアツの公的医療施設は4種類で、中央政府が直轄している病院、ヘルス・センター、ディスペンサリーと地方政府カウンスルの責任下にあるエイド・ポストがある。

(1) 病院

各保健地域に一つずつ設立されており、現在、ポートヴィラにあるヴィラ中央病院とルーガンヴィル（タンナ島）にある北部地域病院（サント島）が国のリファーマル（紹介）病院となっている。他のレナケル、ノルサップ（マレクラ島）、ロロワイ病院（アンバエ島）はそれぞれ地方病院と位置付けられ、その地域の人口に第2次医療サービスを提供している。表6-2 に各病院のベッド数・医師数・利用状況等を示した。

表6-2 各病院の利用状況等（1991年）

（単位：（ ）内）

病院名	ヴィラ 中央病院	北部 地域病院	ノルサップ 病院	ロロワイ 病院	レナケル 病院
ベッド数 (床)	132	114	56	32	36
入院患者数 (人)	4,207	2,740	1,415	367	1,231
入院延日数 (日)	26,407	19,399	7,952	2,895	11,334
平均入院日数(日)	6.3	7.1	5.6	7.9	9.2
医師数 (人)	11	4	1	1	2
看護婦数 (人)	73	46	37	11	16
1日の平均入院 患者数 (人)	72	53	22	8	31
平均ベッド 利用率 (%)	55	47	39	25	86
経常支出全体額 (ヴァツ)	119,353,785	64,399,732	20,876,283	12,883,448	23,015,031
1回の平均入院 費用 (ヴァツ)	28,370	23,504	14,754	35,105	18,696
1日の平均入院 費用 (ヴァツ)	4,520	3,320	2,625	4,450	2,031

出所：Health Planning Unit, Statistical and Epidemiological Report 1989-91,
MOH, 1992 p.28 より作成

(2) ヘルス・センター

病院に次いで大きな医療施設である。責任者は通常ナース・プラクティショナー（経年数の長い看護婦で、一年間の大学院レベルの教育を受け、臨床面で診断・治療が単独でできる資格が与えられている）で、2～3人の看護婦が常駐している。施設の標準内容は、診察室、治療室、歯科室、男性用病棟、産婦用病棟、分娩室および倉庫となっている。一つのヘルス・センターで、3,000～5,000人の人口をカバーしている。ヘルス・センターで供給されているサービスは、ディスペンサリーで提供されている医療サービスに加え、入院治療とコミュニティーへの健康教育活動等である。

(3) ディスペンサリー

保健局の管轄下の医療施設の中で一番小さい施設である。通常看護婦が一人常駐しており、施設の標準内容は、分娩室、診療・治療室のみで、一つのディスペンサリーが約2,000人の人口をカバーしている。提供されているサービスとしては、外来サービス、紹介・移送サービス、軽症の疾病に対する治療、マラリアの治療、投薬、注射、母子保健サービス、コミュニティー・ヘルス・サービス、僻地へのアウト・リーチ医療サービス等である。

(4) エイド・ポスト

ヴァヌアツにおいて一番小規模の医療施設で、地方政府カウンスルが運営・管理の責任を負っている。1980年にプライマリー・ヘルス・ケアの概念が導入されてから、村レベルでの建設が開始された。各エイド・ポストには、そのエイド・ポストがある村から養成されたヴィレッジ・ヘルス・ワーカー（VHW）が一人配置されており、村の健康管理をしている。1988年時点で、113のエイド・ポストが建設され、91年には162に増えている。しかしながら、エイド・ポストがまだない村も多く、こうした村からの建設の要求は高い。一つのエイド・ポストが提供しているサービスは、簡単な怪我や疾病の治療、ディスペンサリーやヘルス・センターへの患者の紹介・移送、投薬、コミュニティー・ヘルス・サービスの提供等である。

6-3 リファーマル・システム（患者の紹介・移送）

ヴァヌアツにおける患者のリファーマル・システムは整備されており、患者は各保健地域にある地域病院に最終的に送られてくる。ヴィラ中央病院の場合、エピ島、シェファード島、エファテ島、およびエファテ島の周辺の小さい島から主に患者は送られてくる。もし、地域病院で対応が難しい場合は、北部病院または、ヴィラ中央病院に移送される。これらの病院間には、ラジオ無線での連絡網が整備されており、疾患の程度や地理的条件を考慮して、どちらの病院に移送するかが決められる。患者の移送には飛行機が使用されるが、患者は、わずかに費用を負担するだけでよい。これら国内の病院で対応が不可能な場合は、政府が費用を負担して、オーストラリアかニュー・ジーランドに患者は移送される。

6-4 主な医療施設

現地調査において、第3次医療サービスを提供しているヴィラ中央病院と、第2次医療サービスを提供しているパウナングス・ヘルス・センター（北エファテ）を視察する機会を得た。この二つの医療機関は、エファテ島にあって、最も医療サービスが進んでいる機関であると想像できるが、ヴァヌアツの医療提供機関の大体の水準を示すものとして、参考に紹介する。

6-4-1 ヴィラ中央病院

ヴィラ中央病院は、中央1ディストリクトのディストリクト病院であると同時に、国で最高のリファーマル病院でもある。この病院で提供しているサービスは、外科・小児科・内科・産婦人科・麻酔科・歯科の各科のサービス、および臨床検査・レントゲン・投薬等のサービスである。

現在この病院には、11名の医師が従事しており、うち9名は外国からの援助で派遣されているエキスパートで、カナダから2名（内科医2）、中国から4名（外科医1、内科医1、麻酔科医1、鍼灸医1）、フランスから2名（外科医、眼および耳鼻科医）、ニュー・ジーランドから1名（医務官）が派遣されている。ヴァヌアツ人の医師は2名にしかすぎない。多くのヴァヌアツ人医師は、1993年からストライキに入っており、外国に出稼ぎに出ている医師もいるとの話であった。看護婦も同様に1993年からストライキで現在81名（全体の30%）が休職中で、ナース・エイドと併せると休職中の看護婦は91名に上る。

ベッド数は132床で、年平均のベッド占有率は1991年が47%で、93年が64.4%であった。入院日数は1993年で一人平均5.9日であった。各科別のベッド占有率と平均の入院日数を表6-3に示した。

表6-3 各科別ベッド占有率と平均の入院日数（1993年）

（単位：%、日）

病 棟	ベ ッ ド 占 有 率	平 均 の 入 院 日 数
内 科	56.0	8.7
外 科	65.1	5.2
小 児 科	65.9	5.3
産婦人科	77.3	4.5
病 院	64.6	5.9

出所：Dr. Jimmie Rodgers, Feasibility Study, Working Paper on Health Workforce Demand in the Pacific to the Year 2004, A I D A B, 1994 p.14

外科的手術は、1992年一年間に1,324件あり、そのうち357件は産婦人科の手術、9件が眼科の手術、残りの958件が一般の外科手術であった。こうした仕事量から見て、追加として外科医、麻酔科医、産婦人科医各1名が必要であるとの話であった。

1992年4月から外来患者は無料で診察を受けられるという政策が導入され、外来患者数が増えている。1991年の外来患者数は、約4万8,500人であったのが、92年には、約5万5,400人に増えている。結核やハンセン病、糖尿病、他の慢性病患者の入院費は免除であるが、急性疾患の患者は入院費を払う必要がある。入院費は、疾病の種類で異なっている。ただし、ベッド代は払っても、手術代は無料であったり、入院費も一日600ヴァツが上限で、最高総額6,000ヴァツを越えるとそれ以上は払う必要はないといった具合に、負担は軽いものとなっている。この病院での歳入は、病院に留まらずに、国の財源に繰り入れられている。

機材に関しては、平成7年度に日本からの無償資金協力で、総額5億円の機材が5カ所のディストリクト病院に供与されたためかなり強化された。このヴィラ中央病院においても、レントゲン撮影室や手術室などの主要機材が供与されている。

6-4-2 パウナンギス・ヘルス・センター

パウナンギス・ヘルス・センターは、首都ポートヴィラがあるエファテ島の北に位置するヘルス・センターで、この島で唯一のヘルス・センターである。このヘルス・センターは三つの島を含んだ16の村を担当し、3,186人の人口をカバーしている。

このヘルス・センターに勤務している医療従事者は、ナース・プラクティショナー1名、看護婦2名、ナース・エイドが1名、運転手が1名である。ナース・プラクティショナーがこのヘルス・センターの責任者で、敷地内にある宿舎で寝泊りをし、24時間体制で待機している。

施設の内容としては、ヘルス・センターとして標準的な施設を備えており、患者を紹介・移送するための車両とラジオ無線も備えている。問題であったのは、水供給が悪く水道水は断水が日常的で、雨水タンクの水を使用しているが、量が必ずしも十分でないため衛生面で問題となっている点と、施設自身が古く、ベッドやリネンなどの備品が十分でない点であった。このヘルス・センターは、ポートヴィラに近い点で恵まれており、薬品類は定期的に配布されており、量的にも不足していなかった。不足した場合も、直ぐに調達ができる点は、離島にある他のヘルス・センターよりも恵まれている。

このヘルス・センターは、日常の医療サービスに加え、「母子保健クリニック」と呼んでいるアウト・リーチのサービスを行っている。これは、三つの島を含む16の村を1カ月に一度訪問して、予防接種、子供の体重測定、健康教育、妊婦検診、簡単な治療などを行うものである。このほかにも、学校での予防接種、学校の衛生面の検査、簡単な治療なども行っている。こうした業務量はかなり多く、ここのナース・プラクティショナーは、意欲的ではあったが、彼の責任範囲はかなり広く重いため、ほとんど無休の状態で業務を行っており、かなりの負担になっていた。

6-5 民間医療部門

ヴァヌアツにおいて、民間医療部門は、都市部にある民間医療施設と教会支援の医療施設に限られており、その規模は公的機関に比べ圧倒的に小さい。ポートヴィラにある民間の医療施設はクリニックが四つのみで、ポートヴィラ周辺に住む外国人のエキスパートが利用するだけである。教会支援の医療施設についての資料はないが、教会は主に幾つかのエイド・ポストを運営している。

6-6 医薬品、医療器具、衛生材料

6-6-1 医薬品、医療器具、衛生材料供給の現状

医薬品、医療器具、衛生材料に関して詳しく書かれた資料は存在していないので、現地での聞き取りによる情報を報告する。

医薬品、衛生材料は、ヴィラ中央病院にある薬剤部が調達から供給まで一括して取り扱っている。医療器具の大きなものに関して、誰が調達するのかの情報は入手できなかったが、歯科関係の材料、検査関係の消耗品、レントゲン・フィルムなどの小さいものに関しては、この薬剤部で調達している。薬品庫に関しては、この薬剤部のほかに、ディストリクト・メディカル・ストアーがサント島にあり、北部地域の医療施設への医薬品等の供給を行っている。具体的には、ポートヴィラの薬剤部からまとめてこの薬品庫に医薬品が送られ、ここから北部の各医療施設に医薬品が配布されている。他の地区の医療施設には、ポートヴィラの薬剤部から直接医薬品が送られる。医薬品供給の間隔は、3カ月ごとである。

1985年にナショナル・ドラッグ・リスト（「付録1」p.118 参照）が策定され、薬品の管理と調達のシステムが整えられた。医薬品は、国内では生産されておらず、すべてオーストラリア、ニュー・ジーランド、ヨーロッパ各国をはじめ世界中から廉価で質の高いものが調達されている。ワクチンに関しては、1995年までユニセフが全部供与していた。これら医薬品にかかる支出は、保健総予算の60%以上になっており、システムが整備されているわりに高いものとなっている。実際の額として、1994年の医薬品・衛生材料にかかった費用は、90万USドルであった。

6-6-2 医薬品供給の問題点

医薬品供給システムは10年前に確立されているが、予算の執行に問題があるためシステムの利点が活かされない結果となっている。具体的には、予算が4半期に1回執行されるので、医薬品を一年間分まとめて買うことができず、量をたくさん買うことによる費用の低減ができない。また、この予算執行の形態のため、調達の手続きが繁雑となり、オーダーが遅れる。そのため、航空便での輸送等コストのかかる処置をしなければならないケースが発生し、ますます経費がかかっている。この問題を解決するためには、予算の執行

を年一回とし、一年分をまとめて買い、時間の余裕をもってオーダーすることであるが、この予算の問題は、薬剤部の責任範囲を超えた問題である。

もう一つの問題は、人材の不足で、薬剤部に薬剤師が一人もいない状態で業務が行われている。ドラッグ・リストの見直しの時期にきているが、これさえできない状況である。

6-6-3 民間部門

民間部門の医薬品供給に関する情報は無い。現地調査で見た範囲では、都市部において民間の薬局が機能しており、オーストラリア等近隣の国より輸入された大衆医薬品、及び避妊具を売っている。しかし、これらの医薬品が国全体で消費される医薬品の何%にあたるのか等の詳しい情報は無い。

6-7 保健医療サービスの利用

保健医療サービスの利用について客観的に示すデータはないが、臨床的医療サービスの利用について病院のベッド占有率、予防・保健サービスの利用について母子保健や予防接種サービスのカバー率、その他要因として医療サービスへのアクセス、医療従事者の分布等より、利用の状況を見る。

1991年のデータでヴィラ中央病院のベッド占有率は47%、北部地域病院は45%と共に低い。五つの地域病院の総ベッド数は374で、ベッド占有率は43%と半分にも満たない。このことより、臨床面の医療サービスの利用率は低いことがわかる。

予防接種や乳幼児の体重測定、妊婦検診などの母子保健サービスは、独立後に始まったサービスで母子の健康に重要な影響を及ぼしている。近年の統計をみると90%の妊婦は最低1回妊婦検診を受けており、妊婦検診の平均回数は、一人当たり4.9回とサービスはかなり良く利用されている(図6-2 参照)。分娩に関しては、訓練を受けた医療従事者の介助による分娩は全体の70%で、この数字は地域によって差があり、中央1ディストリクトのように医療施設へのアクセスの良い都市部では80%以上と高いが、南部・ディストリクト等医療施設へのアクセスの悪い地域では50%とかなり低い(図5-1 参照)。

予防接種率もまた、予防的医療サービスの利用を示すのに良い指標である。EPIプログラムは、1982年に開始され、92年までサービスのカバー率は上がってきている(図6-3 参照)。特にポリオの3回目とDPTの3回目のカバー率から、1歳未満の乳児の約70%が、1歳になるまで最低3回は母子保健サービスを受けていると言える。この予防接種サービスも地域によって差があり、交通のインフラ整備が遅れているペンテコストやアンブリムでカバー率が低く、都市部ほどカバー率が高い。タフェアやサント・マロ等人々がまばらに住んでいて、交通の便が悪く、スタッフも十分にいない地域における予防接種カバー率は平均より低い。

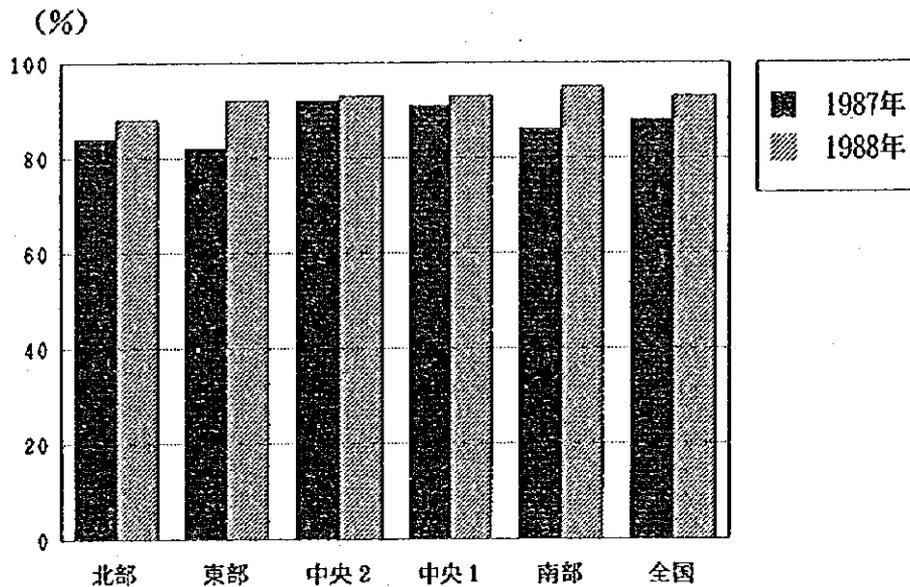
これら予防的医療サービスの利用率は、医療施設への距離や交通の便、人口に対するスタッフの比率等が大きく影響する要因である。UNICEFの分析では、全体としてカ

カバー率の高い地域にあっても、その中での離島など隔離された地域はカバー率が低いことなどからも、アクセスが大きな要素であることがわかる。

また、医療従事者の分布や人口当たりの医療施設数をみると、地域によって偏りがある。図6-4に医療施設当たりの人口、及び、医療従事者当たりの人口を示した。中央1ディストリクトにおいて医療施設当たりの人口が多いのは、ヴィラ中央病院があるためカバーする人口が多くなっているためで、南部で医療施設当たりの人口が多いのは、医療施設が少ないためである。南部において人口に比して医療従事者の数が少ないのも問題となっている。

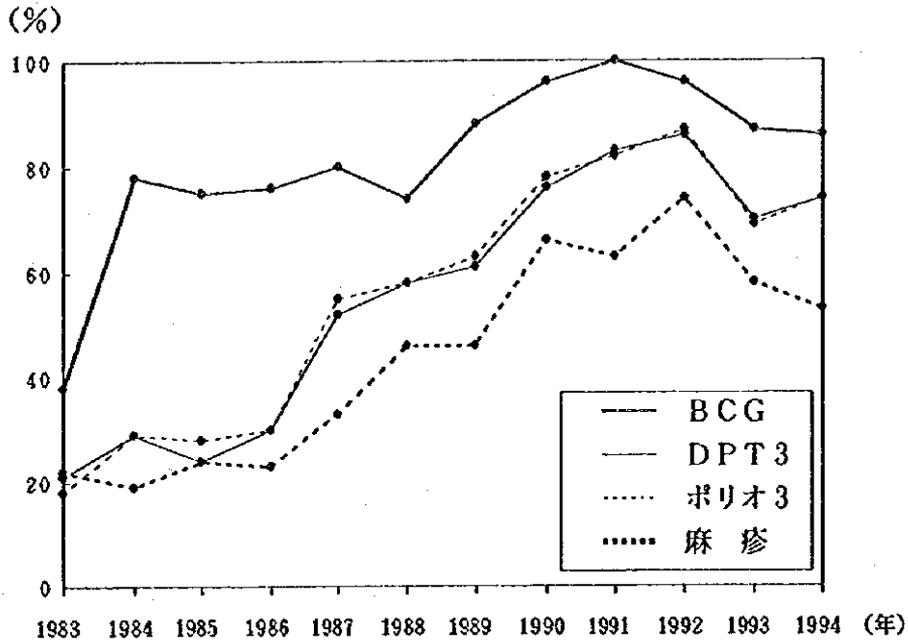
1992年に医療費を無料で提供する政策が導入されてよりサービスの利用率は上がったが、リファーマル・システムを無視して高次病院に患者が集中するようになり、医療費の増大などほかの問題が発生しつつある。また、近年における問題として1993年の医療従事者のストライキがある。このストライキで、もともと少ない国内の医療従事者の約半分が職場を離れたために、医療サービスの質の低下を招き、そのためサービスの利用は低下している。

図6-2 地域別妊婦検診カバー率 (1987、88年)



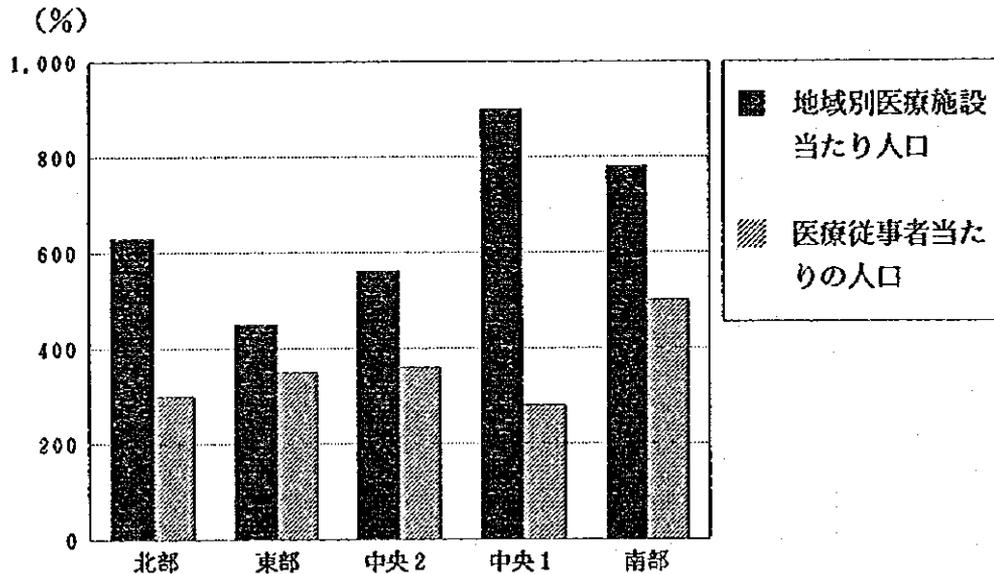
出所：UNICEF, A Situation Analysis of Children and Women in Vanuatu 1991, UNICEF, 1991 p.62

図6-3 1983～94年における1歳未満児の予防接種カバー率



出所：DOH提供資料および Epidemiology Unit, Statistical and Epidemiological Report 1988, MOH, 1988 より作成

図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)



出所：UNICEF, A Situation Analysis of Children and Women in Vanuatu 1991, UNICEF, 1991 p.62

6-8 伝統医療

ヴァヌアツにおいて伝統医療は、地域によりさまざまな形態があり、信頼の度合もさまざまではあるが全国に存在している。これら伝統医療の詳細について、書かれた情報は無いが、事実として政府系の医療施設に來ている病人のほとんどが伝統医療も受けている。多いケースとしては、最初に伝統医療を受けて、その後状態が改善しない場合医療施設を訪れるようである。古いタイプの治療師は「クレバ」(kleva)と呼ばれている。これらクレバの技術は、そのクレバの家で代々受け継がれている。主に用いられる方法としては、薬草や魔法の粉の使用といった方法と、南の方の島では、整骨術などが使われている。特にタンナ地方でこの伝統医療への信頼が強い。クレバへの支払いは、食べ物など物の形で行われ、現金での支払いはあまり一般的ではない。しかしながら、数的には把握されていないが、現金での支払いも少しずつ増えてきているようである。

6-9 医療情報システム

現地調査の際に医療情報システム・ユニットの責任者が研修で不在であったため、詳しい情報が得られなかった。印象としては、1993年のストライキでユニットの責任者および職員がほとんどいなくなり、システム自身の機能が非常に低下している。このユニットの職員も不足しており、現在の責任者も統計が専門でないため、急遽研修に出されているといった状況であった。

詳しい背景は聴取できなかったが、1992年にWHOの指導で医療情報システムの見直しが始められ、94年6月にシステムの改訂が行われた。包括的な情報システムの構築が行われたが、ハンセン病、HIV/AIDS、および地域病院の情報がまだシステムに組み込まれていない。この部分も将来的に統合されていく計画である。この情報システムに包括されている情報は以下のとおりである。

- 1) 妊産婦/女性の健康記録
- 2) 子供の健康記録
- 3) 死亡の詳細記録
- 4) 未熟児と出生児死亡
- 5) 他の医療施設への患者紹介の記録
- 6) 月別統計と疫学記録

これらの記録のフォームは新しくされ、1994年中にすべてのヘルス・センターとディスペンサリーに導入され、95年1月に実際に使用を開始した。将来的な課題は、これら情報をどう分析し、フィードバックしていくのかといった利用面である。

6-10 医療保険制度

ヴァヌアツにおいて、民間も含め医療保険制度はまだ導入されていない。

6-11 救急医療システム

救急医療システムは、ヴィラ中央病院と北部地域病院に救急の患者を受け入れられる体制がある程度で、国全体としては未整備と言える。しかしながら、ポートヴィラのあるエファテ島以外から救急患者を移送したい場合に、ラジオ無線でヴィラ中央病院と連絡し、ヴィラ中央病院がトランスポートのアレンジをし、数時間以内に患者を移送することが可能なシステムは確立している。

6-12 試験研究機関

ヴァヌアツに試験研究機関はない。臨床検査室に関しては、地域病院に付属しているものがあるだけである。この臨床検査室についての情報が入手できず、報告ができないが、基本的な臨床試験はできる設備が整備されているようである。試験研究機関の不足は、オーストラリアなど近隣の先進国に依頼することで補っている。

第6編 参考資料一覧

- Dr. Jimmie Rodgers, Feasibility Study, Working Paper on Health Workforce Demand in the Pacific to the Year 2004, A I D A B, 1994
- Epidemiology Unit, Statistical and Epidemiological Report 1988, MOH, 1988
- Health Planning Unit, Statistical and Epidemiological Report 1989-91, MOH, 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 1986-94, Health Planning Unit, December 1994
- Ministry of Health, National Health Information System, Manual of Instructions, Ministry of Health, September 1994
- UNICEF, A Situation Analysis of Children and Women in Vanuatu 1991, UNICEF, 1991
- World Bank, Health Priorities and Options in the Pacific Member Countries, World Bank, 1994

第7編 医療従事者と医学研修

7-1 各種医療従事者の状況

公的機関におけるヴァヌアツ人保健医療従事者の統計は、1991年に初めて整備された。1991年の医者、看護婦、その他の保健医療従事者数は表7-1のとおりである。

この表に示された正規・臨時職員合計612名のスタッフのほか、外国人職員 (Expatriates) 23名がおり、総数では635名である。

表7-1 ヴァヌアツ人医療従事者数 (1991年)

(単位：人)

	正 規	臨 時	計
医師	5	0	5
看護婦 (看護婦・助産婦・準医師)	305	43	348
準医療従事者	38	5	43
プログラム・オフィサー	24	5	29
管理職	28	1	29
事務職	23	12	35
メンテナンス・オフィサー	12	17	29
オフィサー補	9	85	94
合 計	444	168	612

出所：Ministry and Department of Health, First National Health Development Plan 1992-96, Ministry of Health, 1992 p.68

医師は、医療従事者のピラミッドの一番上に位置し、ヴァヌアツ全体で15人のみである。そのうち5人がヴァヌアツ人医師で、残りは外国援助で派遣されてきたエキスパートである。このヴァヌアツ人医師の数が伸びない理由は、パプア・ニューギニアやオーストラリア、その他の医学校に留学するヴァヌアツ人の学生が卒業後に帰国しないため、その主な理由として、給料が他の国に比べ格段に低いからである。これら報酬面の改善、また、

民間病院の経営の認可を積極的にすること等を進め、医師という職業がヴァヌアツ人に魅力的であるようにしていく必要がある。

ヴァヌアツの医療サービスの中心的存在は、看護婦である。看護婦は、主にディスペンサリーとヘルス・センター、および五つの地域病院で中心的医療従事者である。1994年の時点で、総看護婦数は216名であった。また、ある程度現場の経験を積んだ看護婦で、看護教育のほかに6カ月間の訓練を受けた助産婦が26名、看護学校で教師をしている看護婦が8名の総勢250名であった。この数は1991年時点に比べかなり減少しているが、これは、1993年のストライキ以降かなりの数の看護婦が職場を離れているためである。毎年20名前後の看護婦が看護学校を卒業しているが、このような状況下で全体として看護婦の数は足りていない。病院の病棟で看護婦の助手をするために養成されたナース・エイドが全体で44名いる。歴史的に看護婦は、臨床医学を中心に学校で教育を受けてきたが、1991年よりヴァヌアツに唯一の医療従事者養成機関であるヴァヌアツ看護教育センターでは、3年間のコミュニティー・ヘルスを指向した看護科プログラムを策定して実施している。このカリキュラムは、学科が半分とフィールドでの実習が半分という比率で構成されている。

ナース・プラクティショナー（準医師）は、医師と看護婦の中間に位置するの医療従事者で、経験年数の長い看護婦の中から選ばれ、一年間の大学院レベルの教育を受け、臨床面で診断・治療が単独でできる資格が与えられた看護婦である。現在全国で35名のナース・プラクティショナーが養成されており、ヘルス・センターにおいて診断・投薬等医師とほとんど同等の医療行為を行っている。これらナース・プラクティショナーは、歯科医の役割も果たす。現在ナース・プラクティショナーの教育は、ヴァヌアツ看護教育センターで行われているが、フィジー医学校 (Fiji School of Medicine) など更に進んだ教育機関に移してトレーニングが行われることが望まれている。

ヴァヌアツの公共部門の医療施設は、第6編 保健医療サービス供給システムで述べたように四つのレベルからなっている。一番下のレベルのエイド・ポストにはヴィレッジ・ヘルス・ワーカー (VHW) が各ポストに一人配置されている。このVHWは、中央政府直轄の医療従事者ではなく、地方政府に属している。VHWは、エイド・ポストのある村から一人選抜され、12週間のトレーニング・プログラム (セーブ・ザ・チルドレン・ファンドが支援している) を受けることで養成される。1991年時点でVHWは170人いたが、92年時点で実際仕事に従事していたのは全体の3分の1程度であった。理由としては、地方政府からの給料の遅配のためであった。

7-2 医療従事者養成制度と養成機関

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

ヴァヌアツの医師、歯科医師、放射線技師、薬剤師、検査技師、栄養士等の養成は、ほとんどフィジー医学校 (Fiji School of Medicine, FSM) で行われる。医師に関しては、専門医がいるのがヴィラ中央病院とルーガンヴィルの北部地域病院の外科医だけでそれ以上専門医の養成は計画されていないが、一般医 (Primary Care Practitioner, PCP と呼

ばれている)については、政府の計画で2～3年のうちに5～7カ所のヘルス・センターを病院に格上げしていきたいとしているので、PCPの養成が必要となっている。それに伴い放射線技師や薬剤師の養成も必要となっている。

今後の人口増加に伴う医療サービスの需要の拡大を考慮に入れ、1995年から10年間の医療従事者の養成計画が表7-2 に示してある。

表7-2 1995～2004年の医療従事者需要予想

(単位：人)

医療従事者	年	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	合計
PCP/MBBS*		4	4	4	4	2	2	2	2	1	1	26
歯科医		1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	4
歯科療法士		2	1	2	2	1	1	0	0	0	0	9
歯科技工士		1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	4
臨床検査技師		2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	14
X線技師		2	0	2	2	0	0	1	0	1	0	8
理学療法士		1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
環境衛生士		2	2	2	2	0	2	2	0	2	0	14
薬剤師		2	0	2	0	2	0	0	0	0	0	6
栄養士		1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	3
合計		18	9	18	14	6	8	7	3	5	2	90

* : PCP : Primary Care Practitioner
 MBBS : Bachelor in Medicine, Bachelor in Surgery
 出所 : Dr. Jimmie Rodgers, Feasibility Study, Working Paper on Health Workforce Demand in the Pacific to the Year 2004, AIDAB, 1994 p.15

7-2-2 看護婦(士)・助産婦・準医師の養成

看護婦の養成は、前述のように「ヴァヌアツ看護教育センター (Vanuatu Centre for Nursing Education, VCNE) で行われている。この看護学校は、学校とはいっても独立した建物は持たず、昔のジョージ・ボンビドー病院が保健省に利用されているが、その一角を間借りして教育活動を行っている。毎年20名前後の卒業生を出しており、内訳は、女性50%、男性50%、ヴァヌアツ英語50%、ヴァヌアツ仏語50%の比率となるように調整している。このため授業はビスラマ語で行われている。そのためにビスラマ語で書かれた教科書や教材が少ない、または、ないなどの問題が存在している。看護教育は2年間であったが、1989～90年にかけてカリキュラムの見直しが行われ、91年からコミュニティ・ヘルス (PHC) を指向した修了期間3年の新しい養成課程を開始している。この学校で、助産婦やナース・プラクティショナーのためのコースも同時に行っている。助産婦養成コースは看護婦を対象とする6カ月間の養成コースで、1984年に開始された。これまで1年間に6名前後が入学し、1985年、86年、88年、90年とコースが開講し、92年には9名が入学している。現在は、研修指導員が1名しかおらず、指導員の確保と研修プログラムの充実が課題となっている。ナース・プラクティショナーのコースは、1983年に開始され、毎年6～9名の学生が入学している。このコースにおいても、もう少し充実したカリキュラムでの教育が望まれているが、今の状況では難しい。また、フィジーのFSMに留学しての準医師教育は、財政的負担が大きく、これも難しい状況である。VCNEに望まれるのは、この国の医療を支える教育機関としての充実した施設と設備の整備である。

看護学校の教師は8名いるが、1993年のストライキでプリンシプル・ナーシング・オフィサー (看護学校の総婦長) が辞め、運営にも支障が出ているようであった。オーストラリア人のエキスパートが長年この看護学校の教育面での技術協力を行っており、カリキュラムの見直し等彼女の献身的なサポートがこの学校の質の向上に大きく貢献している。前述のようにヴァヌアツの医療を支えているのは、看護婦である。しかしながら、その看護婦を養成する学校に独自の建物もなく、臨床実習するにも不便な状況で、しかも施設や教材等の設備に関して教育機関の基準を満たしていないような状況である。これは、プライオリティーの高い問題であるように思われる。「看護婦としての自覚や、ナイチンゲール精神といったものは、きちんと整備された教育機関の中で、プライドと共に育まれていくものである」との関係者の嘆きが深刻であった。

第7編 参考資料一覧

- Dr. Jimmie Rodgers, Feasibility Study, Working Paper on Health Workforce Demand in the Pacific to the Year 2004, A I D A B, 1994
- Ministry and Department of Health, First National Health Development Plan 1992-96, Ministry of Health, 1992
- World Bank, Health Priorities and Options in the Pacific Member Countries, World Bank, 1994

第8編 環境衛生・労働衛生

8-1 環境衛生

ヴァヌアツの環境衛生政策のなかで、最も重視されているのは安全な水の確保と衛生設備の整備である。これらの整備を行っている環境衛生部門は1982年に保健局の中に設立され、環境衛生サービスを供給してきた。この部門は、1990年に健康増進ユニットの中に統合された。

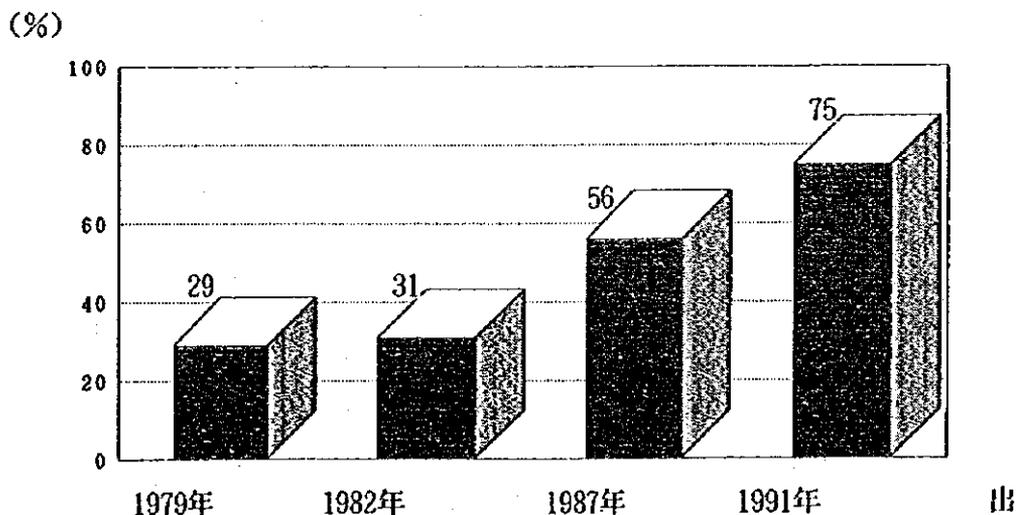
以下に水供給、衛生設備について現状を述べる。

8-1-1 水供給

ヴァヌアツの安全な水の供給は、現在、保健局の所管となっている。国連による“United Nations International Drinking Water Supply and Sanitation Decade”を契機として、保健局に設置された地方水供給部門(Rural Water Supply Section, RWSS)が農村部の給水を担当する。都市部においては、公共事業省(Ministry of Public Works)がルーガンヴィルおよび都市化の進むレナケルおよびラカトロの給水を行っているが、首都ポートヴィラは民間企業UNELC (Union Electrique de Vanuatu Limited)が供給している。

ヴァヌアツでは気候的、地理的要因から、水は雨季の降雨が頼りである。特に、ほかに川などの水源を持たない内陸部では長い乾季の水の確保が困難であるため、RWSSではこの10年間農村の水道事業に力を入れてきた。この結果、安全な水の供給を受けている人口の割合は、1979年の29%から91年の75%へと大幅に改善された。図8-1に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を示す。

図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



出所: Ministry and Department of Health, First National Health Development Plan 1992-96, Ministry of Health, 1992 p.37 より作成

8-1-2 衛生設備

PHCの向上や子供の健康の向上の観点から、衛生設備の充実は重視され、農村部における衛生設備の整備は、「農村衛生プロジェクト」(Rural Sanitation Project)としてすでに9年間実施されている。ヴァヌアツで最も一般に受け入れられている衛生設備は、換気付き便所 (Ventilated Improved Pit Latrine, VIP) や水密閉式便所 (Water Seated Toilet) である。

この衛生設備に関する状況は、5-9 環境衛生対策に記述したので、ここでの記述は略する。

8-2 住宅環境

住宅環境に関する客観的な資料はない。

現地での印象は、ポートヴィラはかなり都市化が進んでいるため都市に典型的にみられる過密人口による住宅難、狭い住居等が問題のようであった。

農村部を見る機会がなかったが、会話の中の話や写真等で見ると、ソロモン諸島国やキリバス国の農村部と大差のない、バナナやヤシの葉で葺いた家屋に大家族で住むという南太平洋の典型的な住居形態のようである。この形態で問題になるのは、マラリアや結核等の感染症が急速に広がっていくことである。

8-3 交通環境

交通環境に関する客観的に示す資料はない。

現地での印象では、都市部と農村部の格差がかなり大きい。ポートヴィラのあるエファテ島は島の周囲に道路があり、車での移動が可能である。ヴィラ市内は、車両も多く典型的な都市の様相を呈している。一方、タフェア島以外の離島においては、道路によるアクセスがなく、ヘリコプターでないと到達できない場所が多いとの話であった。予防接種や母子保健活動に地域による差があるのは、これら交通事情によるところが大きい。

8-4 公害

公害に関する資料はないが、産業がまだ発達していないので、公害に関してはあまり問題となっていない。

8-5 労働衛生

労働衛生に関する資料はない。

第8編 参考資料一覧

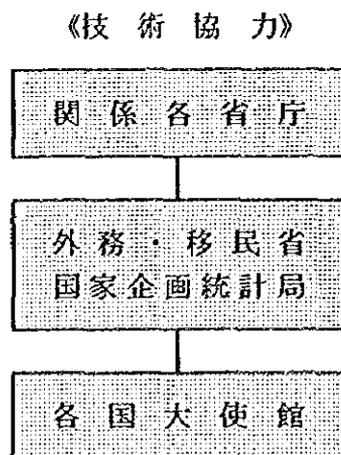
- Ministry and Department of Health, First National Health Development Plan 1992-96, Ministry of Health, 1992
- National Planning Office, National Programme of Action on Children, National Planning Office, 1994

第9編 保健医療協力

9-1 協力要請の仕組み

ヴァヌアツ国において、援助の協力要請は、外務省を通じて行われる。この国では、人口・家族計画は保健医療サービス一般と同じ保健省の所管であるので、すべての援助要請は保健省から外務省を通じて、各国援助機関へ要請が行われる。図9-1は、援助要請のための国内手続きである。

図9-1 援助要請のための国内手続き



出所：国際協力事業団 「国別情報ファイル ヴァヌアツ」 国際協力事業団 1994

9-2 国際機関、我が国を除く諸外国、NGOの協力動向

9-2-1 最近の援助一般動向

援助全般の動向として、DAC諸外国及び国際機関の対ヴァヌアツ援助額は、1992年には40.6百万ドルであり、うち二国間援助が32.4百万ドルで全体の79.8%を占めている。

主要援助国は、オーストラリア、フランス、英国、ニュー・ジーランドとなっている。1992年における実績は、オーストラリアが10.4百万ドル（32.4%）、フランスが9.5百万ドル（29.3%）、英国が8.8百万ドル（27.2%）、ニュー・ジーランドが2.5百万ドル（7.7%）となっている。旧宗主国である英国は、1980年代前半フランスと並んで最大の援助国であった。独立後は、オーストラリアが最大援助国であったが、現政権がフランス語系住民を背景とする政府であることから、一時期フランスの援助が増大し、1991年には最大援助国となったが、92年には再びオーストラリアが最大援助国となっている。

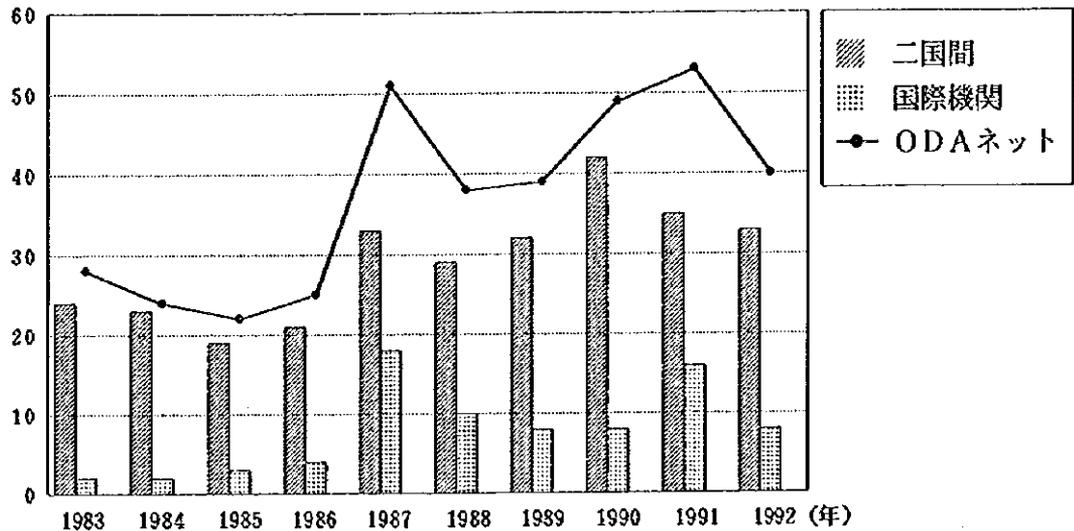
国際機関からの1992年の援助額は8.2百万ドルであり、1位は国連開発協会（IDA）で3百万ドル（36.6%）、次いで欧州開発銀行（EDF）が1.2百万ドル（14.6%）、ア

ジア開発銀行とUNDPがそれぞれ1百万ドル(12.2%)となっている。

図9-2は、1983～92年の援助主体別ODA実績、図9-3は、援助形態別ODA実績である。

図9-2 援助主体別ODA実績(1983～92年)

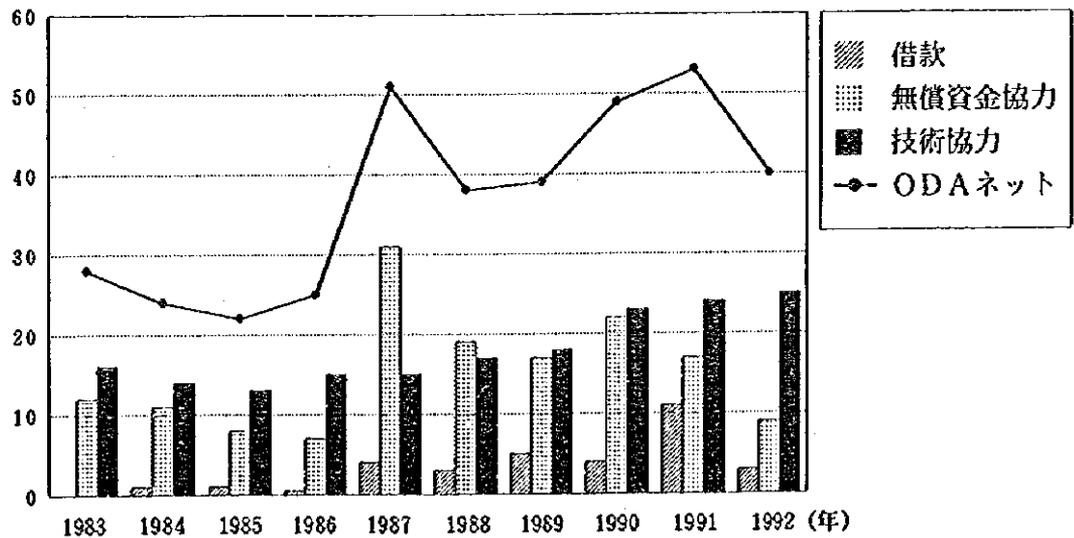
(百万ドル)



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
1994 p. VAN4003

図9-3 援助形態別ODA実績(1983～92年)

(百万ドル)



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
1994 p. VAN4003

9-2-2 保健医療分野の援助動向

保健医療の分野においては、独立以前はフランスと英国からの援助が大きな割合を占めており、経常費等も丸抱えの状況であった。そのほかにミッションが提供している医療サービスも、この分野で大きな役割を果たしていた。独立後は、医療分野の経常費に対するフランスと英国からの援助の割合が減少していき、1980年の中頃までには、経常費に関する責任は、ヴァヌアツ政府にあることの自覚が促されてきた。しかしながら、施設・機材の維持や新たな設備投資に関しては、自国の予算だけではカバーできないため、外国援助に頼らざるを得ない状況が続いている。独立後の主な二国間援助および国際機関は、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。表9-1に、政府からの経常費総額と援助総額、およびその全体額、また援助額総計の全体額に占める割合を示した。

表9-1 経常費総額と援助総額の動向 (1989~93年)

(単位：百万ヴァツ、%)

	1989年	1990年	1991年	1992年	1993年
経常費総額	413	446	475	476	496
援助総額	376	408	437	417	423
全体額	789	854	912	893	919
割合	47.7	47.8	47.9	46.7	46.0

出所：World Bank, *Health Priorities and Options in the Pacific Member Countries*,
World Bank, 1994 p. 285

援助額総計は、毎年全体の歳入の46~48%を占めている。このことは、医療分野の予算が海外援助に大きく頼っていることを示している。この海外援助に関して、経常費への援助と資本投資に分けることが難しいが、経常費への援助は1980年代にはかなり減少してきており、86年時点で経常支出の財源のうち、援助の占める割合は20%程度であった。これら海外援助による経常費は、ほとんど個々のサービスの活動を支えるものである。母子保健サービス、マラリア対策、農村での水供給と衛生設備サービス、健康教育等の活動において、旅費やワーカーの給料、材料費等をドナーが丸抱えで活動を行っており、これらの手当てがなかったら、対策・サービス活動は停止するだろうと思われる。

これらの海外援助がこのレベルで、またこのフォーカスで永遠に続くものであると想定することは危険であり、実際に援助のフォーカスは国のプライオリティーとは関係なく変わってきている。現在、予防接種や家族計画への援助は減少しており、また、水・衛生のプロジェクトや栄養プロジェクトの実施状況が悪いことなどは、将来的にこの分野での援助が今までのレベルでは続かない可能性があることを示している。

表9-2に1989年時点の各国援助のプロジェクト別推定支出を示した。

表9-2 1989年度プロジェクト/活動に対する外国援助
(単位: US\$)

プロジェクト/活動	援助国/ 国際機関	プロジェクト	推定合計 援助額	推定支出 (1989年)	援助の形態
ファミリー・ヘルス・ケア・プロジェクト	オーストラリア	1989~92	1,195,553	133,685	技術支援
家族計画向上	カナダ	1989	4,231	4,231	女性の立場向上 プログラムの一部
健康教育	カナダ	1989	858	858	コミュニティ指導者の トレーニング
歯科エイド	中国	1985~91	-	-	無償技術協力
保健医療	フランス	-	-	220,503	医師、機材、奨学金
タイ中央病院	イギリス	1989	951,703	52,508	無償資金協力
農村PHCフェーズI タワエ7無償	イギリス	活動中	524,093	180,495	無償資金協力
PHC VSO サポート	イギリス	活動中	69,737	14,768	技術協力
ナショナル・ プログライメント・ファンド	UNDP	1985~89	150,706	681	ILOが実施機関
保健医療計画	UNDP	1988~89	75,967	31,100	SMP拠出、UNDTCD 実施
家族保健	UNFPA	6年間	519,081	51,286	技術協力
人口教育	UNFPA	4年間	94,554	7,331	技術協力
人口調剤・ジョン・ アドバイザー・チーム	UNFPA	2週間	-	-	ESCAPが実施
学校カリキュラム	UNICEF	1987~91	135,000	30,000	カリキュラム開発、トレーニング、 教材
予防接種(子供 の健康)	UNICEF	1988~92	243,000	68,000	プログラム開発、ソーシャル・ モビライゼーション
下痢症	UNICEF	1988~92	280,000	78,000	評価、プログラム・サポート、 トレーニング
サト島、PHC	UNICEF	1988~92	10,000	20,000	プログラム・サポート
栄養向上	UNICEF	1988~92	30,000	80,000	プログラム・サポート
リプロダクティブ・ヘルス・ アップグレード	アメリカ	1989	6,300	6,300	プロジェクト・デザイン、サポート
国家保健開発研修	WHO	1988~89	35,500	6,100	フェローシップ
ヘルス・システム開発	WHO	1988~89	175,600	75,300	専門家、顧問、ローカル・コスト
看護サービス	WHO	1988~89	177,000	91,000	コンサルタント、フェローシップ
研修の強化	WHO	1988~89	47,200	23,600	フェローシップ
健康教育	WHO	1988~89	15,200	5,200	機材供与、ローカル・コスト
臨床検査技術	WHO	1988~89	25,800	21,900	コンサルタント、ローカル・コスト、 フェローシップ
マリア・コントロール	WHO	1988~89	185,600	79,300	専門家、顧問、ローカル・コスト
保健医療情報 サポート	WHO	1988~89	4,000	2,000	医療・情報・文献の 供与
合計			4,956,683	1,284,146	

出所: UNDP, Development Co-operation, 89 Report, UNDP, July 1990 p.14

表9-3 に、1992年以降実施されているプロジェクトの二国間援助についての推定援助額を示した。

表9-3 プロジェクト別二国間援助の推定援助額

援助国	プログラム	援助額	US\$
イギリス(a) (1992/95) (1994/97) (1994/97)	農村PHCフェーズI	£30,000	\$528,000
	FSP家族保健プロジェクト	£45,000	\$232,000
	医療従事者サポート	£50,000	\$560,000
日本 推定(1995)	病院機材	¥500,000,000	\$5,682,000
フランス(b) 一年間の推定	医師への給料	FF2,000,000	\$417,000
ニュー・シランド(c) 推定(1994/95) " (1995/96) " (1994/95) " (1995/96) " (1995/96) " (1994/95) " (1995/96)	医療スキーム	NZ\$150,000	\$224,000
	"	NZ\$150,000	\$22,400
	ヘルス・プロジェクト	NZ\$120,000	\$179,000
	"	NZ\$120,000	\$179,000
	都市水供給	NZ\$70,000	\$105,000
	農村水供給	NZ\$300,000	\$448,000
	"	NZ\$225,000	\$336,000
オーストラリア(d) 推定(1993/96) " (1994/98)(e)	コミュニティー・ヘルス・プロモーション	A\$1,730,000	\$2,338,000
	眼科チーム、形成外科チーム、トレーニング	A\$20,000,000	\$27,027,030

(a)情報: British High Commission, Vanuatu

(b)情報: French Embassy, Vanuatu

(c)情報: New Zealand High Commission, Vanuatu

(d)情報: Australian High Commission, Vanuatu

(e)この援助は南太平洋全体で、ヴァヌアツも含まれている。

出所: WHO提供資料

最近の援助の動向に関して、数値で表わされた資料がなく、詳しい記述ができない。この原因としては、保健局の会計部門の機能が低下し、根本的な資料が存在していないからである。聞き取りでは、WHOの1994～95年の会計年度における援助額は、1,400万ヴァツ、95～97年の会計年度における援助額は、1,100万ヴァツであるとの話であった。UNICEF、その他の国際機関の事務所はヴァヌアツにないため聞き取りもできなかった。

NGOについては、多くのNGOがヘルス・セクターで活動を展開しており、代表的なものは、オーストラリア・セーブ・ザ・チルドレン・ファンド、ロータリー、Foundation for the People's of the South Pacific 等である。

9-3 我が国の協力状況

我が国は、ヴァヌアツが第一次産業、各種インフラなどいずれの分野をとっても開発余地が大きく、我が国への期待感も近年高まりを見せていることから、同国がLLDCであることの事情も考慮し、第一次産業分野を中心に無償資金協力、技術協力を実施している。

無償資金協力では、ヴァヌアツの経済開発に直接寄与する農林水産分野の開発や、独立後間もないことから立ち遅れている各種インフラの整備に対し協力を行っており、援助実績は着実に伸びてきている。保健分野においては、1991年と93年の二回に渡り、無償資金協力で、マラリア対策用蚊帳供与を行い、95年には、五つの地域病院に対し、5億円相当の病院機材の供与を行っている。

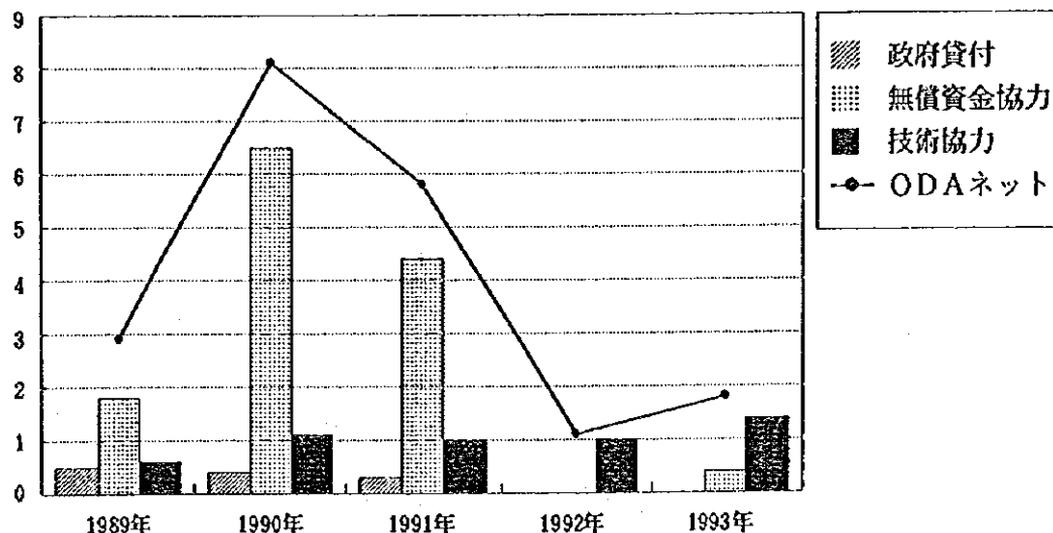
技術協力では、同国が周辺諸国の中では比較的人口も多く、かつその約半数が若年層であるという事情から、教育や訓練といった人造り協力を実施してきており、援助実績は着実に拡充されてきている。また、1987年には青年海外協力隊派遣取り決めが締結されるなど、技術協力の実施体制も整備されつつある。

有償資金協力については、現在まで実績はない。

図9-4 に、我が国の対ヴァヌアツODA実績、図9-5 は分野別の無償資金協力累積実績(1953～93年)、図9-6 は、過去10年間の年度別研修員受け入れおよび、専門家・協力隊派遣人数を示す。表9-4 に、保健医療分野の実績を示す。

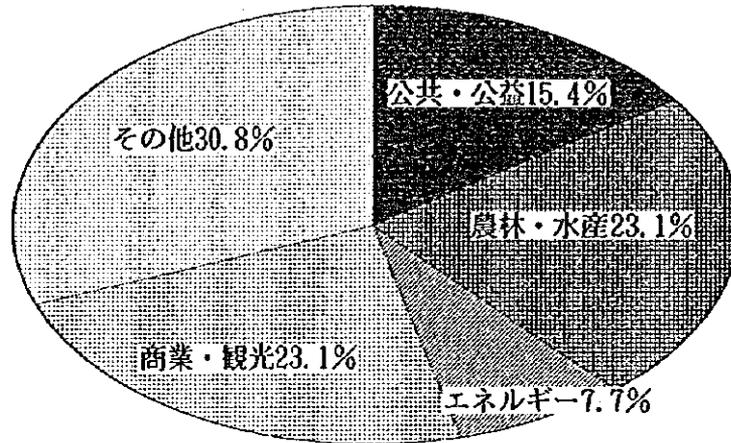
図9-4 我が国の対ヴァヌアツODA実績

(百万ドル)



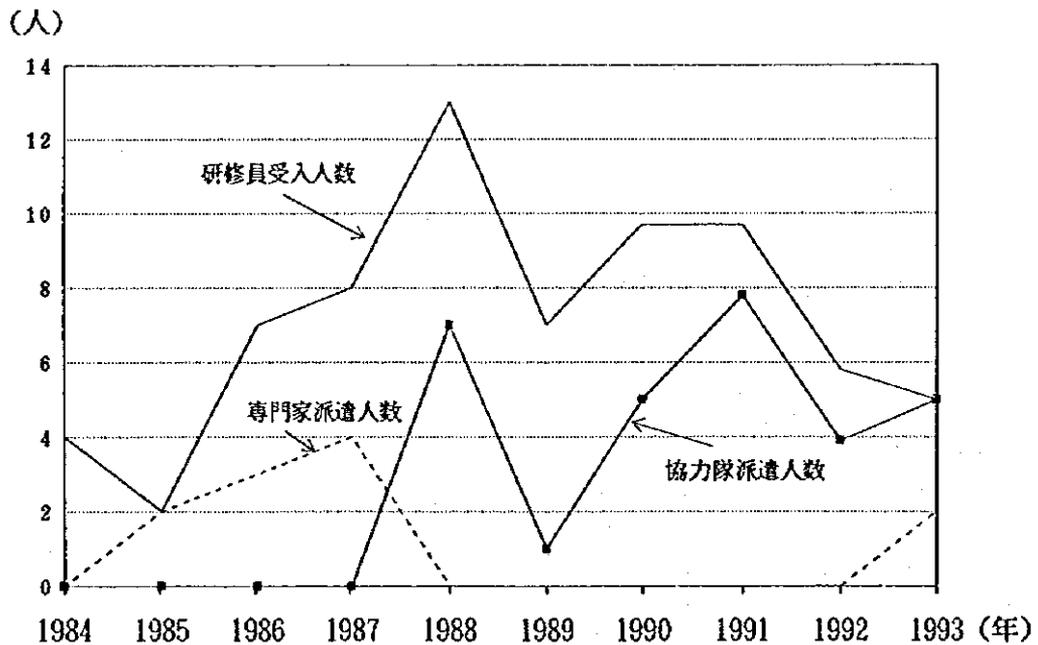
出所：国際協力事業団 「国別協力情報ファイル ヴァヌアツ」
 国際協力事業団 1994 p. VAN5003

図9-5 分野別の無償資金協力累積実績 (1953~93年)



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 1994 p. VAN5004

図9-6 過去10年間の年度別受け入れ、および派遣人数



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 1994 p. VAN5003

表9-4 我が国の保健医療分野での協力実績

分野	協力形態	案件名	協力期間	案件の概要等	要請機関名	
保健医療	プロジェクト 方式技術協力	なし				
	開発調査	なし				
	単独機材供与	なし				
	研究協力	なし				
	ミニプロジェクト	なし				
	無償資金協力	マラリア対策計画		H3年度	E/ 締結日 H3.2.7 供与費 500万円	
		マラリア対策用蚊帳供与計画*		H5年度	E/ 締結日 H5.1.19 供与費 600万円	
		国立病院機材整備計画 *		H7年度	供与費 5億円	
	円借款	なし				
開発協力	なし					

* : 小規模無償

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 1994 p. VAN11011

第9編 参考資料一覧

- ・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 1994
- ・E. P. Mach and O. R. Small, National Study of Health Sector Expenditure and Financing and National Financial Master Plan for Health 1987-1991, Ministry of Health, 1986
- ・UNDP, Development Co-operation, 89 Report, UNDP, July 1990
- ・World Bank, Health Priorities and Options in the Pacific Member Countries, World Bank, 1994

付録I 資料 (ナショナル・ドラッグ・リスト)

REPUBLIC OF VANUATU
ESSENTIAL DRUG LIST

A = CENTRAL MEDICAL STORE
B = VCH AND NDH
C = RURAL HOSPITALS
D = HEALTH CENTRES
E = DISPENSARIES
F = AID POSTS

	A	B	C	D	E	F
<u>ANAESTHETICS</u>						
Halothane	x	x	x			
Nitrous Oxide	x	x				
Oxygen	x	x	x	x		
Bupivacaine 0.5 %	x	x	x			
Bupivacaine & Adrenaline	x	x	x			
Ephedrine Hcl 30mg ing	x	x				
Lignocaine 1% 50ml vial	x	x	x	x	x	
Ketamine 50mg/ml 10ml	x	x	x			
Thiopentone Amps 500mg	x	x	x			
Xylocaine 5% Heavy	x	x				
<u>ANALGESICS</u>						
Aspirin Tabs 300mg	x	x	x	x	x	x
Colchicine	x	x				
Indomethacin 25mg	x	x	x	x		
Paracetamol Tabs 500mg	x	x	x	x	x	x
Paracetamol Syrup	x	x	x	x	x	x
Probeneceid 500mg	x	x	x	x	x	
<u>NARCOTIC ANALGESICS & ANTAGONISTS</u>						
Codeine Tabs 30mg	x	x	x	x	x	
Fentanyl Citrate 100mcg	x	x				
Morphine Inj	x	x	x			
Naloxone Inj 0.4mg	x	x	x	*		
Pethidine Inj 50mg	x	x	x	x	*	
<u>ANTI-ALLERGICS</u>						
Promethazine Tabs 25mg	x	x	x	x	x	
Promethazine Inj 50mg	x	x	x	x	x	
Promethazine Syr 5mg/5ml	x	x	x	x	x	
<u>ANTIDOTES</u>						
Atropine inj	x	x	x	*		
Benztropine inj 2mg	x	x	x			
Ipecac Syrup	x	x	x			
Methionine Tabs 50mg	x	x	x			
Pralidoxine inj	x	x				

ANTI-EPILEPTICS

Carbamazepine Tab 200mg	x	x	x		
Diazepam Tabs 5mg	x	x	x	x	
Diazepam inj 10mg	x	x	x	*	*
Ethosuximide Tab 200mg	x				
Paraldehyde Inj	x	x	x		
Phenobarbitone Tab 30mg	x	x	x	x	x
Phenobarbitone Inj	x	x	x	*	
Phenytoin Sod Tab 100mg	x	x	x		
Phenytoin Sod Syr 30mg/5ml	x	x			
Phenytoin Inj 250mg	x	x			

ANTI-HELMINTICS

Albendazole Tab 200mg	x	x	x	x	x	x
-----------------------	---	---	---	---	---	---

ANTIBACTERIAL

Amoxicillin Caps 250mg	x	x	x	x		
Amoxicillin Syr 125mg/5ml	x	x	x	x		
Ampicillin Inj 500mg	x	x	x			
Benzathine Penicillin Inj 1.2mega	x	x	x			
Benzyl penicillin Inj 600mg	x	x	x	x		
Chloramphenicol Cap 250mg	x	x	x			
Chloramphenicol Inj 1g	x	x	x	*	*	
Cloxacillin Cap 250mg	x	x	x			
Cloxacillin Inj 500mg	x	x	x			
Cotrimoxazole Tab 480mg	x	x	x	x	x	x
Cotrimoxazole Syr 240mg/5ml	x	x	x	x		
Doxycycline 100mg	x	x	x	x	x	
Erythromycin Cap 250mg	x	x	x			
Erythromycin syr 125mg/5ml	x	x	x			
Gentamicin Inj 80mg	x	x	x			
Penicillin v Tab 250mg	x	x	x	x	x	x
Penicillin v Syr 125mg/5ml	x	x	x	x		
Penicillin Procaine Inj 3mega	x	x	x	x	x	
Penicillin Triple Inj 1.2mega	x	x	x	x	x	
Spectinomycin Inj 2g	x					

ANTFILARIAL

Diethylcarbamazine Tab 50mg	x	x	x		
-----------------------------	---	---	---	--	--

ANTILEPROTIC

Clofazimine Cap 50mg	x	x	x		
Clofazimine Cap 100mg	x	x	x		
Dapsone Tab 100mg	x	x	x		
Rifampicin Cap 150mg	x	x	x		
Rifampicin Cap 300mg	x	x	x		
MB Combi Packs	x	x	x		

ANTIPROTOZOAL

Amodiaquine Tab 100mg	x	x				
Chloroquin Tab 150mg	x	x	x	x	x	x
Chloroquin Syrup 75mg/5ml	x	x	x	x	x	
Primaquine tablets 7.5mg	x	x	x			
Quinine Tablets 300mg	x	x	x	x	x	
Quinine Injection 600mg	x	x	x	x	*	
Sulfadoxine/Pyrimethamine Tab	x	x	x	x	x	x
Metronidazole tabs 200mg	x	x	x	x		
Metronidazole Inj 500mg	x	x	x			

ANTI-TUBERCULOSIS

Ethambutol 400mg	x	x	x			
Isoniazid Tablets	x	x	x			
Rifampicin	x	x	x			
Streptomycin Inj 1g	x	x	x			
Thiacetazone Tabs 150mg	x	x	x			
Pyrazinamide Tab 500mg	x	x	x			

ANTI-FUNGAL (systemic)

Griseofulvin Tab 500mg	x	x	x			
Nystatin Tab 500,000 u	x	x	x			
Nystatin Drops 100,000 u 24ml	x	x	x	x		
Nystatin Vaginal Tabs	x	x	x	x		

ANTI-PARKINSONISM

Levodopa 250 & Carbidopa 25 Tab	x	x				
Benzhexol Tabs	x	x				

BLOOD & HAEMATOPOIETIC

Ferrous Sulph & Folic Tab	x	x	x	x	x	x
Folic Acid Tab 5mg	x	x	x			
Iron Dextran Inj 2ml	x	x				
Iron mixture for children	x	x	x	x	x	
Heparin inj 5000 u	x	x	x			
Phytomenadione inj 1mg	x	x	x	x	x	
Phytomenadione inj 10mg	x	x				
Protamine sulph inj 10mg	x					
Vitamin B12 amps	x					
Warfarin Tab 1mg	x	x				
Warfarin Tab 3mg	x	x				
Warfarin Tab 5mg	x	x				

CARDIOVASCULAR & ANTI-ANGINA

Glycerol Trinitrate Tab 600mcg	x	x	x			
Propanolol Tab 40mg	x	x	x			
Metoprolol I.V. 5mg	x					

ANTI-HYPERTENSIVE

Hydrallazine Tab 50mg	x	x	x		
Hydrallazine inj 20mg	x	x	x		
Hydrochlorthiazide Tab 50mg	x	x	x	x	
Magnes.Sulph inj 50%	x	x			
Methyldopa tab 250mg	x	x	x		
Propranolol	x	x	x		

CARDIAC GLYCOSIDE

Digoxin Tab 250mcg	x	x	x	x	
Digoxin Syr 50mcg/ml	x	x	x		
Digoxin Inj 500mcg	x	x			
Digoxin Inj 50mcg	x	x			

ANTI-SHOCK

Dopamine Inj 200mg	x	x			
Adrenaline Inj 1mg	x	x	x	x	*
Hydrocortisone Inj 100mg	x	x	x	*	*
Isoprenaline Inj 1,5000	x	x			

DIURETICS

Frusamide Tab 40mg	x	x	x	x	x
Frusamide Inj 20mg	x	x	x	x	
Potassium Chlor Tab EC 600mg	x	x	x	x	
Spironolactone Tab 25mg	x	x			

GASTRO-INTESTINAL

Antacid Tab	x	x	x	x	x	x
Bisacodyl Tab	x	x	x	x		
Prochlorperazine Tab 5mg	x	x	x			
Prochlorperazine Inj 12.5mg	x	x	x	x		

ANTI-SPASMODIC

Hyoscine Inj 20mg	x	x	x		
-------------------	---	---	---	--	--

HORMONE-ADRENAL

Hydrocortisone inj 100mg	x	x	x	*	*
Prednisolone tab 5mg	x	x	x	x	
Dexamethasone Inj	x	x	x		

SEX-HORMONES

Ethinyl Oestradiol tab 20mcg	x	x	x		
Norethisterone tab 5mg	x	x	x		
Stilboestrol tab 1mg	x	x	x		
Clomiphene Citrate 50mg	x			(obtained for trial period)	

INSULIN

Insulin regular 100u Human	x	x	x
Insulin Isophane 100u Human	x	x	x

THYROID AND ANTAGONIST

Carbimazole Tabs 5mg	x	x	
Thyroxine tab 50mcg	x	x	
Propylthiouracil tab 50mg			delete when stocks expire

HYPOGLYCAEMIC - ORAL

Tolbutamide tab 500mg	x	x	x
Glibenclamide 5mg	x	x	x
Metformin 500mg	x	x	x

MUSCLE RELAXANT & ANTAGONIST

Alcuronium Chlor inj 10mg	x	x	
Neostigmin inj 2.5mg	x	x	
Suxamethonium chlor inj 100mg	x	x	
Pancuronium	x	x	

OPHTHALMIC PREPARATIONS

Amethocaine eye drops	x	x				
Atropine eye drops 1%	x	x	x			
Atropine eye ointment 1%	x	x	x			
Acetazolamide tab 250mg	x	x				
Chloramphenicol eye drops	x	x				
Chloramphenicol eye oint	x	x	x			
Hydrocortisone eye drops 1%	x	x	x			
Pilocarpine Eye drops 2%	x	x	x			
Tetracycline eye oint	x	x	x	x	x	x

OXYTOCICS

Ergometrine tab 500mcg	x	x	x	x	x
Ergometrine inj 500mcg	x	x	x	x	
Oxytocin inj 10 iu	x	x	x	x	

I.V. FLUIDS, WATER AND ELECTROLYTES

Calcium Gluconate Inj 10%	x					
Dextran 70 in Dextrose 500ml	x	x				
Dextrose 5% 1 litre	x	x	x	x		
Dextrose 4% + Sod Chlor 0.18%	x	x	x	x	x	
Dextrose inj 50% 50ml	x	x	x	*	*	
Hartmans Solution 1 litre	x	x	x			
Normal Saline 1 litre	x	x	x	x	x	
Oral Rehydration Salt	x	x	x	x	x	x
Potassium Chlor. inj 1.5g	x	x	x			
Sod. Bicarbonate inj 8.4%	x	x	x			
Water for Injection 2ml/5ml/10ml	x	x	x	x	x	

PSYCHOTHERAPEUTIC

Amitryptiline tab 25mg	X	X	X		
Chlorpromazine tab 25mg	X	X	X		
Chlorpromazine inj 50mg	X	X	X	X	*
Fluphenazine inj 25mg	X	X	X		

RESPIRATORY

Aminophyllin inj. 25mg/ml 10ml	X	X	X	X	*
Beclomethazone inhaler	X	X	X		
Salbutamol 4mg	X	X	X	X	X
Salbutamol aerosol inhaler	X	X	X		
Salbutamol respirator soln	X	X	X		
Theophylline tab 200mg	X	X	X	X	X

VITAMINS

Multivitamin tab	X	X	X	X	X
Pyridoxine tab 50mg	X	X	X		
Folic Acid tab 5mg	X	X	X		
Vitamin A Caps 50,000 iu	X				
Vitamin B1(Thiamine)Amps	X				
Vitamin B12 amps	X				

DERMATOLOGICAL & EXTERNAL

Benzoic Acid Comp Oint	X	X	X	X	X	X
Benzyl Benzoate Application 25%	X	X	X	X	X	X
Betamethasone Cream	X	X	X			
Betamethasone Oint	X	X	X			
Cetrimide Cream	X	X	X	X	X	X
Chlorhexidine Obstetric Cream	X	X	X	X		
Clotrimazole Cream 1%	X	X	X			
Coal Tar Solution	X	X	X			
Ear Drops-Triamcinolone/Gramicidin Neomycin & Nystatin	X	X	X	X		
Eusol Concentrate (Milton)	X	X	X	X		
Hydrocortisone Cream 1 %	X	X	X	X		
Hydrocortisone Oint 1%	X	X	X	X		
Haemorrhoid Oint	X	X	X	?		
Iodine Tincture	X	X	X	X	X	
Neomycin & Bacitracin Ointment	X	X	X	X	X	
Nystatin Vaginal Tablets	X	X	X			
Povidone Iodine Solution 10%	X	X	X			
Povidone Iodine Surg Scrub	X	X	X			
Silver Sulphadiazine Cream	X	X	X			
Surgical Lubricant	X	X	X	X		
Zinc Ointment	X	X	X	X	X	

DIAGNOSTIC AGENTS

Clinistix	x	x	x	x	x
Albustix	x	x	x	x	?
Glucostix	x	x	x	x	x
Bilicombur 7 test	x	x	x		

FAMILY PLANNING

Combined Oral Contraceptive(COC)	x	x	x	x	x	
Progesterone Only Pill (POP)	x	x	x	x	x	
Condoms	x	x	x	x	x	x

DENTAL

Lignocaine 2%	x	x	x	
Lignocaine 2% & Adrenaline	x	x	x	x

SERUMS

Nil

MISCELLANEOUS

Salbutamol Obstetric Inj	x	x		
--------------------------	---	---	--	--