No. 5

ヴァヌアツ共和国
感染症基礎調査報告書

平成9年6月

JICA LIBRARY
J 1143205 [1]

国際協力事業団
医 療 協 力 部

210
93.8
MC1
RARY

医協一
J R
97 - 23

1143205 (1)

ヴァヌアツ共和国
感染症基礎調査報告書

平成9年6月

国際協力事業団
医 療 協 力 部

序　文

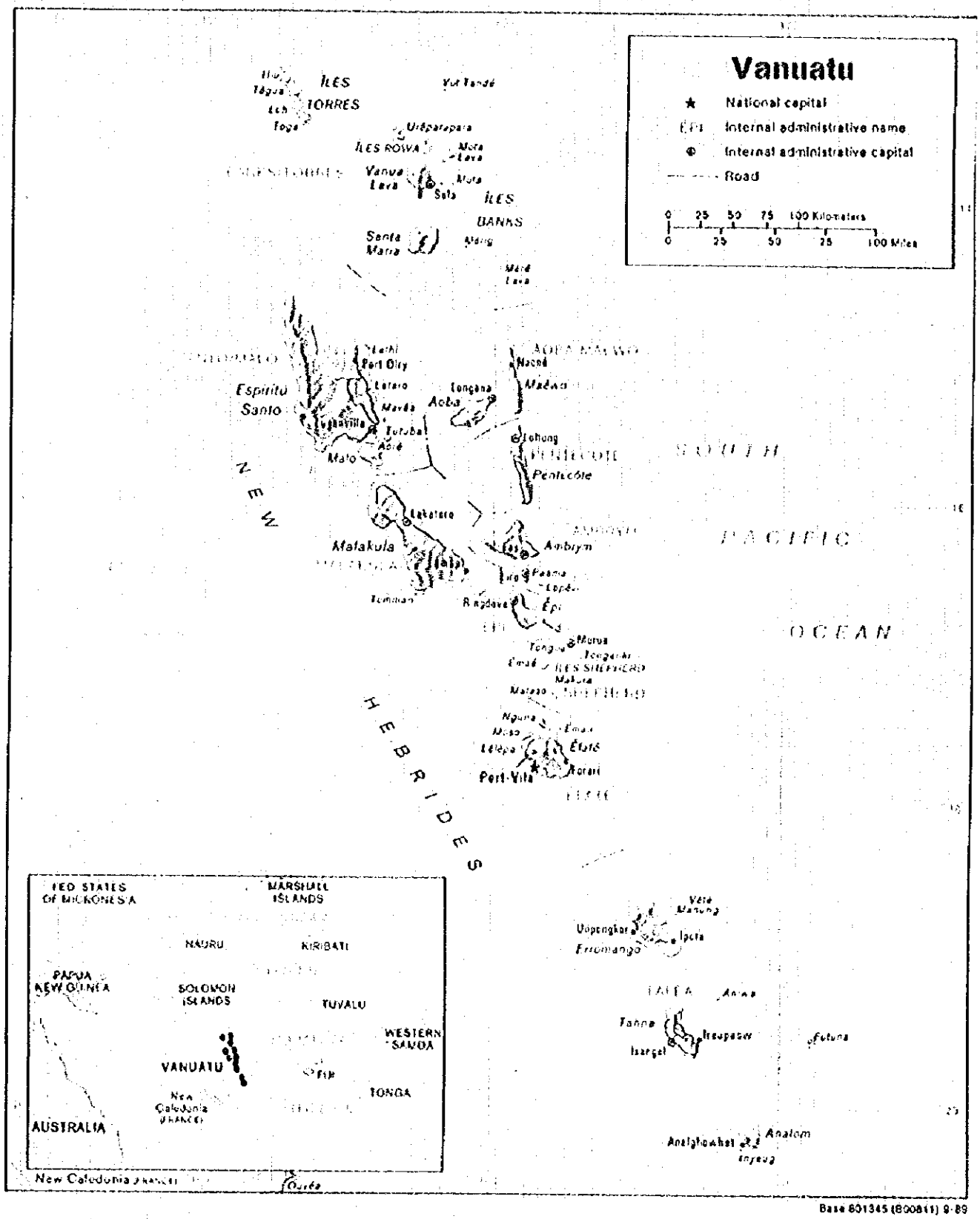
ヴァヌアツ共和国は、ソロモン諸島を経てパプア・ニューギニアに繋がるマラリア汚染地帯に位置しており、特に夏期にその感染が多発しています。また、保健医療サービスを提供する体制は一応整備されているものの、財政・人材両面の制約からサービス自体は深刻な質の低下に直面しています。

このような状況のもとで、当事業団はマラリアをはじめとする感染症対策および保健医療サービス供給体制の現状と方針を確認するとともに、関連分野の基礎的データの収集、同国関係機関との協議を通じて、我が国の本分野支援のあり方を検討するために、平成9年3月30日から4月15日まで、国立医療・病院管理研究所長　松田　朗氏を団長とする基礎調査団を派遣しました。

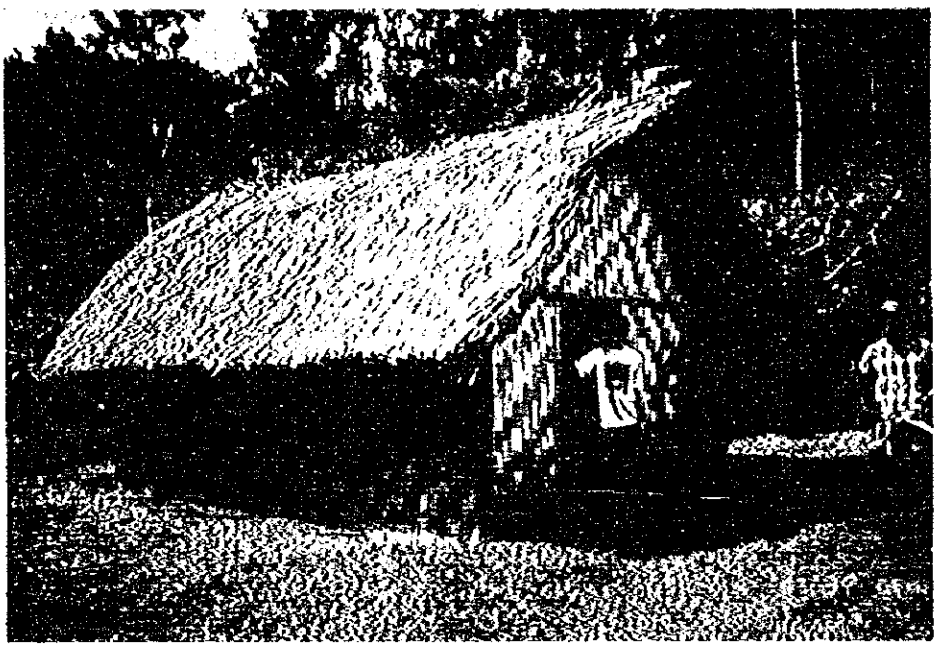
本報告書は、この調査団の調査結果を取りまとめたものです。同調査の実施に当たりまして、ご協力を賜りました調査団員並びに関係者各位に対しまして深甚なる謝意を表します。

平成9年4月

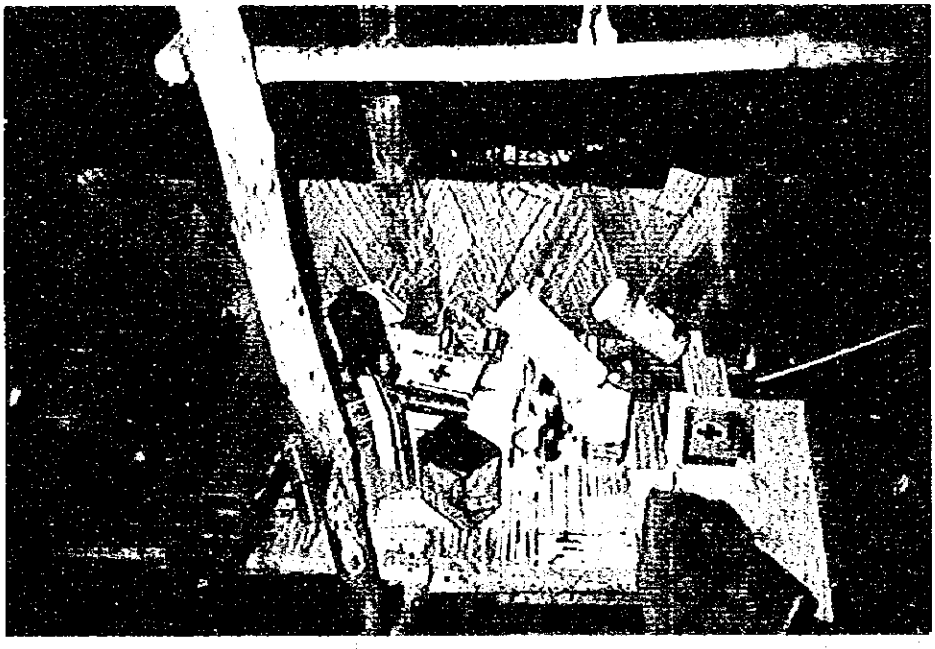
国際協力事業団
理事　小澤　大二



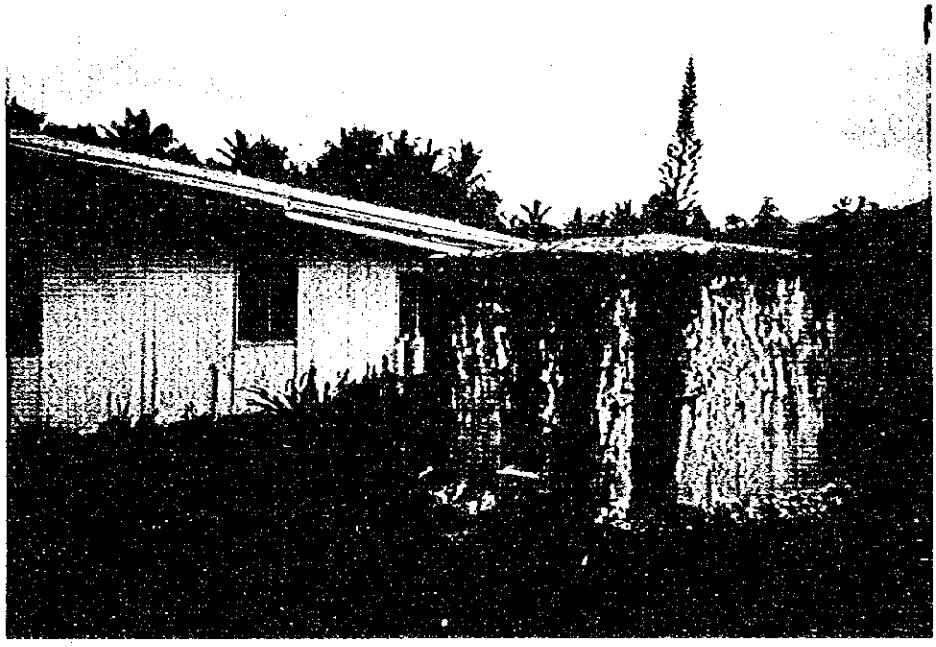
Base 801345 (800841) 9-89



アネイチム島ポートパトリック村のエイド・ポスト



同エイドポストの薬品棚



アネイチム島アネルガワット村ディスペンサリーの水タンク

同ディスペンサリー内診療室

目　次

序　文
地　図
写　真

1．基礎調査団の派遣 …… 1
　1－1　調査団派遣の経緯と目的 …… 1
　1－2　調査団の構成 …… 1
　1－3　調査日程 …… 2
　1－4　主要面談者 …… 3

2．一般概況 …… 6
　2－1　人口 …… 6
　2－2　自然環境 …… 6
　2－3　政治 …… 6
　2－4　経済 …… 6
　2－5　社会基盤（インフラ） …… 7
　2－6　教育（保健医療分野は除く） …… 7
　2－7　宗教 …… 8
　2－8　生活一般 …… 8

3．中央及び地方の行政機構と財政 …… 9
　3－1　中央行政 …… 9
　3－2　地方行政 …… 9
　3－3　中央の財政 …… 10
　3－4　保健医療施設の財政 …… 11

4．第3次国家開発計画と第1次国家保健開発計画 …… 12
　4－1　第1次および第2次国家開発計画 …… 12
　4－2　第3次国家開発計画 …… 12
　4－3　第1次国家保健開発計画 …… 13

5．主要保健医療分野における現状（課題と対策） …… 15
　5－1　感染症 …… 15
　　5－1－1　マラリアおよびその他の媒介動物性疾患 …… 15
　　5－1－2　幼児の急性上気道感染症および下痢症 …… 15

5－1－3　結核およびハンセン病……16
5－1－4　性病およびＨＩＶ感染……16
5－2母子保健……16
5－2－1　出生、死亡……16
5－2－2　母性保護（家族計画）……17
5－2－3　小児保健（栄養、疾患）……17
5－2－4　保健医療施策全体との関連……18
5－3　保健医療サービス供給システム……18
5－3－1　システムの概要……18
5－3－2　システムの問題点……19
5－4　保健医療従事者……20
5－4－1　従事者の状況……20
5－4－2　従事者に関する問題点……20
5－5　保健医療統計……20
5－5－1　保健統計の体系について……20
5－5－2　保健医療統計分野に関する問題点……21

6．保健医療分野における国際協力の動向……22
6－1　国際協力全般の動向……22
6－2　保健医療分野の動向……22
6－2－1　国際機関……23
6－2－2　二国間援助……23
6－2－3　ＮＧＯ……23

7．我が国による対ヴァヌアツ保健医療協力の動向……25
7－1　保健医療分野における協力……25
7－2　その他の分野における協力……25

8．ヴァヌアツにおける保健医療協力のあり方（総括）……26
8－1　保健医療協力全般についての基本的考え方……26
8－2　現状認識……26
8－2－1　さまざまな問題点を内包する一般概況……26
8－2－2　国家開発計画と国家保健開発計画の存在……27
8－2－3　国家機関・諸外国による協力の経緯……27
8－3　保健医療協力の基本理念（ポリシー）……27
8－4　保健医療協力の方法……27
8－5　我が国が取り組むべき保健医療協力の分野……27
8－5－1　感染症……27

8－5－2　母子保健……28
8－5－3　保健医療サービス供給システム……28
8－5－4　保健医療従事者……29
8－5－5　保健医療統計……29
8－5－6　まとめ……30

収集資料一覧

1　基礎調査団の派遣

1－1　調査団派遣の経緯と目的

ヴァヌアツ共和国（以下、「ヴァヌアツ」と略す）は、オーストラリア連邦シドニー市の北東約2,200㎞に位置するメラネシア系島嶼国家であり、人口は16万4,000人（1994年）である。ＵＮＤＰによる分類では、人間開発下位国に属する後発開発途上国（ＬＬＤＣ）とされている。

ヴァヌアツは、ソロモン諸島を経てパプア・ニューギニアに繋がるマラリア汚染地帯に位置し、特に夏期（11月後半～4月）にその感染例が多発している。近年、WHOの指導の下で薬剤含有蚊帳の住民への配布が進められたことなどから（我が国も対策用蚊帳を一部提供）、状況は改善しつつあるが、1994年の統計では、年間マラリア患者数は依然として人口千人当り、23.13人の発生を示している。マラリア以外の主な疾病としては、皮膚病、結核、下痢症、デング熱などが存在している。

ヴァヌアツの公的医療提供体制は、全国2カ所の総合病院から村落レベルのエイドポスト（162カ所）まで一応整備されているが、財政・人材両面の制約からサービスの質は極めて低位にとどまっている。財政面では、1980年の英仏共同統治からの独立後、国家財政が逼迫しているため、公的保健医療サービスの少なからぬ部分が、外部に財政を求めざるを得ない状況にある。また、人材面については、独立後に英仏人医師が除々に本国に帰国したことや、1993年の大規模な労使紛争で相当数の看護婦が解雇され職場を離れているためとされている。

本調査団は、マラリアをはじめとする感染症を中心に、ヴァヌアツの保健医療対策の現状と方針を確認し、併せて関連分野の基礎的データの収集、同国関係機関（保健省、WHO、他援助機関等）との協議を通じて、我が国の本分野支援のあり方を検討するために派遣された。特に、今日までヴァヌアツの保健医療分野に関する情報が必ずしも十分に蓄積されていなかったため、今後の技術協力の方向性を確立するための重要なプロセスとして本調査は形成されたものである。

1－2　調査団の構成

	担　当	氏　名	所　　属
団長	総括	松田　朗	国立医療・病院管理研究所長
団員	感染症対策	金子　明	東京女子医科大学 国際環境・熱帯医学教室助教授
	技術協力	佐久間　文明	国立国際医療センター 国際派遣協力局計画課長
	公衆衛生	眞鍋　馨	厚生省大臣官房保健社会統計課 保健統計室技官
	保健医療	春日　常	株式会社大和総研
	協力計画	鳥居　久	ＪＩＣＡ医療協力部医療協力第一課職員

1－3　調査日程

平成9年3月30日（日）～同年4月15日（火）

※春日団員以外は4月11日（月）まで

日　程

日順	月日	行程調査内容		
		松田団長・金子団員・佐久間団員・眞鍋団員	春日団員	鳥居団員
				18:25　バンコク発 NZ076
1	3月30日（日）	20:55　成田発　NZ034		6:40　ブリスベン着
2	3月31日（月）	10:20　オークランド着 17:05　オークランド発　FJ431 20:10　フィジー国スヴァ着		7:30　ブリスベン発 FJ953 15:00　スヴァ着
3	4月1日（火）	10:00　ＪＩＣＡ事務所打合せ 10:45　日本大使館表敬 11:00　ナンディへ移動（陸路3時間程度） 16:30　ナンディ発　FJ570 17:20　ヴァヌアツポートヴィラ空港（エファテ島）着		
4	4月2日（水）	8:15　保健省表敬、マラリア対策課協議 11:00　ＪＯＣＶヴァヌアツ調整員事務所 11:30～18:30　エファテ島内保健医療状況調査 パオナンギス・ヘルスセンター、ヨリエン・ヘルスセンター、村落エイドポスト、中学校の保健室他		
5	4月3日（木）	7:00　エファテ島ポートヴィラ発（空路および海路） 11:00　アネイチム島アネルガワット村着 午後　アネルガワット・ディスペンサリー、小学校、ハマダラ蚊生息地、教会他視察・調査		
6	4月4日（金）	6:30～18:00　アネイチム島内保健医療状況調査 アネルガワット村からポートパトリック村に移動（海路片道3時間） 同村のエイドポスト、通信設備、幼稚園、教会他		
7	4月5日（土）	9:00　アネイチム島→11:00タンナ島（海路および空路） 午後　タンナ島内保健医療状況調査 レナケル郡病院、ホワイトサンド・ヘルスセンター、イクルマン・エイドポスト、ヨウナネン・エイドポスト他		
8	4月6日（日）	12:00　タンナ島発（空路） 13:00　エファテ島ポートヴィラ着		

日順	月日	行程調査内容		
		松田団長・金子団員・佐久間団員・眞鍋団員	春日団員	鳥居団員
9	4月7日 (月)	8:00 Save the Children Fund Australia（NGO） 10:00 保健省計画課 11:00 WHOヴァヌアツ事務所 13:30 Rural Skills Technical Program（NGO） 14:00 エファテ島シェファ郡保健課 14:30 保健省ヘルスプロモーション専門官 15:00 保健省プライマリ・ヘルスケア調整官 16:00 保健省らい病対策課		
10	4月8日 (火)	8:00 Foundation for the People of SouthPacific（NGO） 8:30 保健省結核対策課 9:00 保健省エイズ性感染症課／統計課 9:30 保健省マラリア対策課 10:00 保健大臣 10:30 保健省コミュニティヘルス課 14:00 オーストラリア援助庁（AusAID）ヴァヌアツ事務所 15:30 首相府 16:00 保健省にて最終協議 19:00 団長主催懇親会		
11	4月9日 (水)	12:45 ポートヴィラ発 NF017 15:15 シドニー着	継続調査、情報収集 ・ＥＳＣＡＰヴァヌアツ ・国立中央病院 ・国立看護学校 ・伝統療法師 ・フランス大使館援助担当官 ・全国酋長会 ・保健省財務課 ・ＪＯＣＶ保健隊員　他	(団長に同じ)
12	4月10日 (木)	日中　ＪＩＣＡ事務所報告、AusAID協議 22:15 シドニー発 QF021		(団長に同じ)
13	4月11日 (金)	06:40 成田着		(団長に同じ)
14	4月12日 (土)			
15	4月13日 (日)		08:00 ポートヴィラ発 QF276 10:30 シドニー着	
16	4月14日 (月)		ＪＩＣＡ事務所報告 AusAID協議 22:15 シドニー発 QF021	
17	4月15日 (火)		06:40 成田着	

1－4　主要面談者

(フィジー)

日本大使館	特命全権大使	小林　二郎
	一等書記官	蒔田　靖紀
ＪＩＣＡフィジー事務所	所長	稲葉　泰
	次長	水谷 恭二
	所員	三国　成晃
	ＪＯＣＶ医療調整員	矢野　純子

（ヴァヌアツ）

保健省

Minister for Health	John Dickinson Hughug
Principal Community Health	Myriam Abel
Acting Director of Health	Daniel Kalorib
National Malaria Coordinator	George Taleo
National PHC Coordinator	Marina Laklotal
Senior Statistician	Taga Yvannah
Senior Planner Health Economics	Kathleen L. Rarua
Senior Accountant	Jameson Mokoroe
Malaria Control Division	James Yaviong
Malaria Control Division	Morris Kalkoa
Leprosy Officer	Russel Tamata
National TB/Lep Coordinator	John Tasserei
Health Promotion Specialist	Faye Lowe （Aus.Save the Children Fund 専門家）
Program Management Officer	Steven M. Mecartney （WHO専門家）

首相府 National Planning and Statistics Office

Acting Director Adgeal Tari

エファテ島ショファ郡保健部長	Leo Rihu
アネイチム島 Councellor	Philip Singh
タンナ島レナケル郡保健部長	Juda Isaac

WHOヴァヌアツ事務所

所長代行	Kazuyo Ichimori

オーストラリア援助庁（AusAID）ヴァヌアツ事務所

一等書記官	Steve Hogg

Save the Children Fund Australia

保健担当	Rod Menere

Rural Skills Technical Program

代表	Bob Loughman

Foundation for the Peoples of the South Pacific

Assistant Country Director	Henry Vila

ESCAP

Regional Advisor	Godfred J. Shuma

フランス大使館

Attache Culturel, Scientifique et de Cooperation	Denis Viart

National Council of Chiefs（全国酋長会） President Noel Mariasua

Custom Doctor（伝統療法師）	Shem Gabriel
ＪＯＣＶヴァヌアツ調整員事務所	
調整員	田中清子およびＪＯＣＶ隊員各位

（オーストラリア）

オーストラリア援助庁（AusAID）	
Public Health Advisor	Heather Macdonald
Health Adisor	Ross G A Sutton
ＪＩＣＡオーストラリア事務所	
所長	大島　勝彦
次長	服部　一平
所員	中原　美智子

2　一般概況

2－1　人口

1989年の国勢調査では、ヴァヌアツの人口は139,475人であった。人口の44%は15歳未満という若い国である。その後1995年頃に国勢調査が行われる予定だったが、実施されていない。国連の推計によると、1993年の総人口は161,000人、1985～1993年の人口増加率は2.8%となっている。

人口の94%はメラネシア系のヴァヌアツ人で、このほかヨーロッパ人（2／3はフランス人）、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。

首都ポートヴィラには約20,000人、次に大きな都市であるルーガンビルに7,000人が暮らしている。都市部の人口増加率は1986年10.5%、1989年7%である。その他の島では多くても100人程度の集落を各所に形成して生活するという典型的なメラネシア人の生活習慣が継承されている。

2－2　自然環境

ヴァヌアツは東経166～171度、南緯13～21度の海域（シドニーの北東約2,250 km）に1,100 kmにわたってY字型に連なる80の島からなる島嶼国である。

気候は11月～4月が高温の雨期で、サイクロンが来襲し、農作物や人命に大きな被害を与えることがある。5月～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年平均気温は24℃、最も高いのは雨期の2月で27℃、低いのは乾期の7月で22℃程度である。

2－3　政治

ヴァヌアツは1980年7月に英仏共同統治機構から独立した。現在は任期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。英仏両国の制度を受け継ぎ、英国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。

政治は不安定で、1995年の選挙以降、すでに3回政権が交代している。

1981年9月に第155番目の国として国連に加盟し、1983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,SPC）のメンバーである。

2－4　経済

1993年における一人当たりＧＮＰは、1,230ドルであり、後発開発途上国（ＬＬＤＣ）に分類されている。主たる産業は農業、畜産業、観光業である。

ヴァヌアツの経済構造の特色は、都市部と農村部、外国人とヴァヌアツ人（ni-Vanuatu）との二重の経済格差が存在することである。国民一人当たりの所得は、都市部と農村部で10倍以上の格差があり、都市部内でも外国人はヴァヌアツ人の15倍以上の所得があると推計されている。また、住民の多くはいまだに伝統的自給経済生活を送っている。

近年におけるヴァヌアツの経済成長は、主要輸出産品であるコプラの国際価格の下落、サイクロンによる被害、観光収入の減少などの外的要因に大きく影響されてきた。1989年以降、牛肉や木材を中心に第一次産業の開発と多角化が進展したことに加え、観光客が大幅に増加したことから、実質経

済成長率は 1989 年 4.5%、1990 年 5.2%と順調に推移している。

インフレ率は 1986 年の 2 度にわたる平価切下げと、1988 年のヴァツ変動相場制移行以来落ち着いている。1992 年のインフレ率は 2.2%で、1985 年以来の低い値となったが、1993 年は 5.4%だった。

輸出できる産業や天然資源はあまり存在しないため、観光収入の拡大に力を入れなければならない。

2－5　社会基盤（インフラ）

道路延長は約 1,130 kmとなっているが、車両通行可能な道路のある島は限られている。乗用車の登録台数は著しく増加しており、1992 年までには 7,000 台を超えた。

国内の島嶼間の海運はコプラの集荷のために形成されており、コプラを生産していない島嶼には埠頭設備もない。タックス・ヘイブン政策により税金がほとんどかからないため船舶の登録が多く、登録料も政府の歳入の一部となっている。

電気はポートヴィラとルーガンビルではフランス系の電力会社により安定供給されているが、その他の地域では、病院などの主要施設は自家発電により確保しているところが多い。首都でも突然に停電することがあり、コンピュータ利用などに支障をきたしているようだが、その頻度はそれほど高くはない。僻島の無線装置などにはソーラー・システムが利用されているが、医療機器のように電力消費量の大きな機器は個別の発電装置が必要となる。しかし、発電装置用の燃料の確保が困難なため、稼働率はかなり低いようである。（ガソリンなどの液体燃料は空輸できず、前述したように埠頭設備が不十分なので、小さな船で少量ずつ運ぶことしかできない。）独自のエネルギー源は薪のみであったが、1994 年には我が国の無償資金協力によりルーガンビルに水力発電所が建設されている。

水道は首都をはじめ、主要な島の中心地域においては普及している。政府によると水供給が確保されている人口は 75%となっているが、乾期には水の確保が困難になり、ヘルス・センターやエイド・ポストも水不足のため機能しなくなることがある。人口が急増する首都ポートヴィラでは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。農村部における衛生的なトイレの普及率は 17.4%ということである。

ラジオ、テレビは各 1 局ずつあり、それぞれの普及台数は 1992 年にはテレビ 2,000 台、ラジオ 45,000 台となっている。

通信手段としては、ポートヴィラとルーガンビルでは電話が普及しているが、その他の地域では集落に一つずつ設置されている無線機（ラジオテレホン）に頼っている。

2－6　教育（保健医療分野は除く）

小学校 6 年制、中学校 4 年制、高等学校 2 年または 3 年制で、学校により英語またはフランス語で教育され、現地語（ビスラマ語）では教育はしていないということだが、英語で学んでいる子どもは 55%、フランス語で学んでいるのは 35%というデータがあり、残り 10%については不明である。1991 年には小学校は 60 の島に計 267 校、中学校は一地方政府を除く各地方に設置されている。

就学率は 6 歳児 95%、中学校 70%、高等学校 25%で男女比は小学校が男子 53%、中学校男子 56%、高等学校男子 65%というデータがあるが、現地住民の話では、教育費が非常に高く、子どもの人数が多いので、中学校以上に進学させることのできる家庭は限られているとのことである。したがって、

中学校以上の就学率は上記の数値よりかなり低いと思われる。高等教育機関は、フランス系リセおよび高等技術学校、英国系マラポア・カレッジ、南太平洋大学センター、タガベ農業学校、ヴァヌアツ看護学校などがあるが、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・ジーランドなど外国で受けることもある。

識字率は成人男子で64%、女子で60%である。

2－7　宗教

フランスがカトリック、英国が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。現在は国民の多くがクリスチャンで、ローマ・カトリックが全体の約 15%、プロテスタント系が約60%ということである。

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が意味する社会的習慣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。

2－8　生活一般

基本的には集落ごとに自給自足の生活をしており、それぞれ言語や文化（習慣）が異なっている。共通語としてビスラマ語が存在し、さらに学校教育は英語かフランス語で受ける。

アルコール飲料は値段が高いことと、週末には販売されないことなどから、あまり消費されていない。その代わり、植物（ヤンゴーナ）の根を煎じたカヴァという飲み物が好まれている。これにはアルコール分は含まれないが、麻酔性があり、酔ったような気分になる。冠婚葬祭や各種行事の際には必ず飲まれる伝統的な飲料である。

3　中央及び地方の行政機構と財政

3－1　中央行政

ヴァヌアツは議院内閣制であり、議会により選出された首相が内閣を組閣する。1991～1995年までの内閣は、フランス語系住民を背景とした穏健諸党連合（UMP）と国家連合党（NUP）の連立内閣であったが、1995年11月末の総選挙以降は政情が不安定で1996年12月までに政権が3回交代した。

内閣は議会で選出された首相のほかに、副首相、計画・総計省、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省に大臣が置かれることになっている。

ヴァヌアツの司法制度は、最高裁判所、控訴裁判所、下級裁判所、各島裁判所から構成される。このほかに、交通事故を専門に扱う「Court of First Instance」がある。村でのもめごとに対しては「Native Court」と呼ばれる調停機関が存在している。

3－2　地方行政

地方行政は、1994年に6つの州政府に再編され、首都ポートヴィラとルーガンビルには市議会が設置されている。保健医療の地域区分は5つとなっている。地域区分と人口は下表のとおりである。

表3-1　保健および行政区分と人口

（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

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。地方政府の体制充実のため、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出向させるなど、現在は新たな体制固めを進めている。

3－3　中央の財政

国家全体の財政に関する情報は入手できなかった。

保健医療セクターの財源は、政府予算、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。政府歳出全体と保健セクターにおける歳入歳出の推移は下表のとおりである。政府歳出全体に対する保健医療歳出の割合と、ＧＤＰに対する保健医療歳出の割合は、ともに減少傾向にある。

表 3-2　保健セクターの歳出と歳入

財政年	政府歳出全体(a)(百万ヴァツ)	保健省歳出(b)(百万ヴァツ)	比率 歳入(b/a)(%)	保健省歳出(c)(百万ヴァツ)	比率 歳入(c/a)(%)	一人当たり保健省歳出(ヴァツ)	ＧＤＰに対する保健省歳出（%）
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	-	-

今回の現地調査で 1994 年以降の情報を得ようとしたが、決算報告などの書類のコピーは許されず、面会した Mr.Jameson Mokoros (Senior Accountant)が読み上げた数字を書き取るだけだった。

表 3-3　政府および保健省予算　　（単位：ヴァツ）

財政年	政府予算	保健省	治療部門	予防部門
1996 年	6,800,303,930	641,645,590	464,703,505	176,942,085
人件費		356,333,806	228,048,823	128,284,983
業務費		285,311,784	236,654,682	48,657,102
1997 年	6,605,000,000	777,964,449	550,675,738	227,288,711
人件費		445,497,420	290,355,586	155,141,834
業務費		332,467,029	260,320,152	72,146,877

1997年の政府予算総額は前年より減少しているが、保健省予算総額は増加しており、政府予算総額に占める割合も1996年の9%から1997年には12%に増加している。予算書の冒頭に収録された大臣の国会での演説の中で、保健省は重点領域なので予算が増加したと明記されていた。

治療部門とは5つの主要病院と保健省本省を指し、予防部門とはヘルス・センターとディスペンサリーを意味している。1997年度予算は、治療部門は対前年比18.5%、予防部門は28.5%の伸びを示しており、治療部門では業務費よりも人件費の伸びが大きく（27.3%）、予防部門では人件費よりも業務費の伸びが大きい（48.3%）。

3－4　保健医療施設の財政

首都に最高次の医療機関である中央病院があり、5つの保健地域に一つずつ郡病院がある。地域の一次医療機関として、ヘルス・センター、ディスペンサリー、エイド・ポストが配置されている。

病院以外には医師は勤務していない。ヘルス・センターとディスペンサリーには看護婦（士）や、さらに訓練を受けたナース・プラクティショナーが保健省職員として勤務し、エイド・ポストにはビレッジ・ヘルス・ワーカーという、数週間の訓練を受けた住民が時間を決めて診療に当たっている。

ヘルス・センターとディスペンサリーは国家機関なので運営費、人件費は国の予算でまかなわれ、患者は無料で治療を受けられる。エイド・ポストはコミュニティの管理によって運営されるので、建物の確保からヘルス・ワーカーの報酬まですべてコミュニティで支えなければならない。そのため、患者から少額ではあるが治療費を徴収している。それでも、コミュニティのサポートが十分でないためにエイド・ポストが機能しなくなったところも多い。また、ヘルス・ワーカーの多くが女性のため、せっかく研修を受けても、結婚、出産を機に仕事をやめてしまい、後任の養成が間に合わないこともあるということである。

4　第３次国家開発計画と第１次国家保健開発計画

４－１　第１次および第２次国家開発計画

ヴァヌアツ政府は 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、地方間、都市農村間のバランスのとれた成長、豊かな自然資源の有効利用などに重点をおいた第１次５ヶ年計画を実施した。

1987 年からは、人的資源の開発、民間セクターの貢献度の拡大、安定的政治環境の確保などを開発目的とした第２次５ヶ年計画を実施した。

これらの計画は、目的達成のための投資の大半を海外援助で充当して進めてきた。そのため、上水、医局、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、住民の生活の質には、めざましい向上は見られていない。

４－２　第３次国家開発計画

国民一人当たり所得は、インフレ率を考慮すると、1990 年代に入っても独立当初とあまり差異がない。また、近年においては、経済開発を海外からの援助にほぼ完全に依存しており、この体質から脱却することは政府の重要な課題の一つとなっている。

第３次国家開発計画（1992～1996 年）では 1993～1995 年の間に、最低でも年平均 2.5%の経済成長を達成するとしていたが、結果は未発表である。

表 4-1　項目別のＧＤＰ成長率目標

	1986～1990 年平均	1991 年	1992 年	1993～1995 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	-	-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
他の財貨・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
他の財貨・サービス	-7.5	8.0	-9.5	3.5
ＧＤＰ	2.7	3.4	-0.5	2.5

経済成長率の目標達成と海外援助からの脱却に加え、インフラ整備と人的資源の開発が極めて重要な政策として位置づけられている。

4－3　第1次国家保健開発計画

第1次国家保健開発計画は1992年から1996年までの5ヶ年計画として88ページにおよぶ冊子として発表されている。おもな政策として以下のような事項が挙げられている。

－健康教育の強化・改善
－女性と子どもの栄養改善・健康増進の重視
－B型肝炎、ジフテリア、破傷風、百日咳、ポリオ、麻疹、結核の予防接種の強化
－結核とハンセン病の管理
－環境衛生の改善
－最重要疾患であるマラリアをはじめ、デング熱、フィラリアなどの感染症対策の強化
－伝統療法や民間療法の利用規制
－僻地への保健医療サービス供給の改善
－保健医療従事者や医療施設の管理監督

これらの政策の成果は現在（現地調査時）評価中とのことで、確認できる資料は入手できなかった。また、1997年以降の第2次計画は、第1次計画の評価が遅れているためか、まだ作成途中であった。第2次計画の策定には、WHOやAusAIDなどの援助機関がコンサルタントとして関与している。

各項目の目標は明確になっているものの、財源はすべて「国内外のさまざまな機関からの拠出を求めていく」という表現となっている。

健康教育に関する目標は、1996年までに全国民が疾病予防の方法を十分に理解できるようにすることと、小児の健康を守るためにコミュニティの意識を高めることである。そのためには、健康教育担当者やコミュニティ・リーダーの研修、ピスラマ語の教材の製作、国民の健康に関する知識・情報の調査などが必要である。

女性と子どもの健康状態を改善するための活動は「家族の健康サービス部門」が担当しているが、スタッフ不足やデータ収集の不備などの問題があり、十分な活動ができていない。これらの問題を解決するために、スタッフのトレーニング、適切な支援、地域住民への広報、サービス提供システムの改良、評価などの課題と目標を設定している。

なお、この部門の活動の直接の対象は男性となっているものが多い。その理由として、社会活動を行ったり、意思決定をするのは男性なので、女性と子どもの健康を改善するためにも男性の協力が必要であることが明記されている。

各種疾患対策は下記のとおりである。

－ＥＰＩ（予防接種）は、ジフテリア、破傷風、百日咳、ポリオ、麻疹、結核、B型肝炎の7種の予防接種を満1歳になるまでに完了させることを目標としている。
－マラリア対策は、殺虫剤浸漬蚊帳の配布と患者の早期診断治療に重点をおいている。
－デング熱、フィラリアについては、流行地域や罹患率などを把握するための調査を予定している。
－栄養関連では、低出生体重の発生率の低減、妊婦の貧血の改善、高血圧症および糖尿病の発生率の低減を目標とした活動を展開する。

ＰＨＣ（Primary Health Care）の導入とともにエイド・ポストが地域の初期医療施設として位置

づけられたが、地方分権化の推進により、中央からの予算が減少し、多くのエイド・ポスト従事者が解雇された。その後、各種援助団体の支援により再び機能するようになったポストもあるが、このような状況はＰＨＣの基本理念である自助および住民参加に反することになる。

今後はＰＨＣの理念を再確認し、サービスの向上に努めるとのことだが、具体的な課題は記載されていない。

5　主要保健医療分野における現状（課題と対策）

5－1　感染症

ここで対象とするのは以下に挙げる媒介動物性疾患（マラリア、フィラリア症、デング熱）、乳児の主要死因（上気道感染症および下痢症）、経過の長い感染症（結核、ハンセン病）、性病およびＨＩＶ・ＡＩＤＳである。

5－1－1　マラリアおよびその他の媒介動物性疾患

関連開発計画（ＵＮＤＰ）の資料では、1992年のマラリア患者数は人口10万人当たり8,490人である。

マラリアは依然としてヴァヌアツにおいて最も重要な課題であり、特に子どもの死因の多数を占める。1992年アムステルダムのマラリアサミットで示されたように、マラリア対策の一義的目的は、マラリア死を防ぐための早期診療治療、すなわちケース・マネージメントである。ヴァヌアツにおいてはこのシステムを、特に患者の多い孤島および僻地において構築することが重要である。そのためには僻地にいかなる診断技術を導入すべきか、またマラリア原虫の抗マラリア剤耐性にいかに対処すべきかなどが問題となる。現在殺虫剤浸漬蚊帳の配布計画が進行中であり、これは積極的に支援すべきと思われる。

上記マラリアがヴァヌアツ全体に拡がっているのに対し、フィラリア症は局所的に浸淫地が散在しており、その実態は明らかでない。ただし、ヴァヌアツではフィラリア症はマラリアと同じハマダラ蚊属の媒介蚊によって媒介されているので、殺虫剤浸漬蚊帳によるマラリア対策がフィラリア症にも功を奏すると思われる。フィラリア症は感染から数十年単位で経過し、象皮病等の弊害をもたらすので、若年者のうちに感染者を見出し、治療を施す必要がある。

デング熱は、これまでヴァヌアツにおいては約7～8年に一回の大流行を繰り返している。通常近隣の太平洋諸国から流行が移ってくるので、それを水際で防ぐことが肝要である。デング熱はまたその媒介蚊である熱帯シマ蚊の特性から、マラリアが僻地の疾患であるのに対し、町の疾患である。対策としては住居周辺の衛生環境整備が挙げられる。また流行時には、病院、ヘルス・センター等における患者管理が重要となる。

5－1－2　幼児の急性上気道感染症および下痢症

これらは乳幼児とくに乳児死亡の主要な原因となっている重要な疾患である。この問題の根本的な解決は保健インフラが未発達の僻地におけるリファーラル機能を含めた症例管理をどうするかに帰着する。問題解決にあたっては、僻島における保健インフラ施設や薬剤供給システムなどのハードウエアーの整備とともに、ローカル・スタッフの診療治療を含めた症例管理技術の強化という訓練的要素が重要である。また両親に対する衛生知識の啓蒙も推進すべき課題である。

５－１－３　結核およびハンセン病

これらは経過の長く、また治療完遂に長期間を要する慢性感染症群である。

結核は、過去10年間、患者数は横這いであるが、地方中央ともに深刻な問題として根強く存在する。また、ハンセン病はＷＨＯ／ＷＰＲＯが今世紀中に根絶可能と考え、対策を強化している疾患である。

両疾患ともサーベイランスと僻地における患者管理および長期にわたる治療の完遂が重要であり、これらを医療施設のない僻地でいかに行うかが肝要となる。

５－１－４　性病およびＨＩＶ感染

淋病、クラミジア症は感染率が高い。患者の見出しおよび治療の完遂が重要で、また衛生教育が特に必要な分野である。

ＨＩＶ感染は未だヴァヌアツにおいては報告されていない。いかにこの状態を維持し得るかが問題であり、サーベイランス、衛生教育が重要と思われる。

５－２　母子保健

５－２－１　出生、死亡

保健省発行の資料には、1979年および1989年に実施された国勢調査の結果のみが引用されている。しかし、国連開発計画（ＵＮＤＰ）や国連児童基金（ＵＮＩＣＥＦ）などの国際機関が、1990年代の数値を推計して発表している。以下の数値はそれぞれの資料から転記したものである。

1979年の粗出生率は人口1000対45、1989年が38となっている。合計特殊出生率は1989年で5.3、1992年が4.7である。

粗死亡率は1979年の人口1000対12から1989年には9に減少し、平均寿命は1979年の男性56歳、女性54歳から、1989年には男女とも約60歳となっている。1993年の国連推計では65.4歳である。これは乳児死亡率が出生1000対94（1979年推計）から45（1989年）に減少したことによるとみられている。しかし、ＵＮＤＰの推計では1993年の乳児死亡率が46となっており、ＵＮＩＣＥＦの資料では次ページの表のとおり1994年で65である。

表 5-1　国勢調査およびＵＮＩＣＥＦ推計による保健医療指標

	1979 年	1989 年	1991 年	1992 年	1993 年	1994 年
総人口（千人）	111	143	153	157	161	165
粗出生率（人口千対）	45	36～38	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
粗死亡率（人口千対）	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.	N.A.	N.A.

ヴァヌアツの人口の 44%は 15 歳未満であり、人口増加率は約 2.8%と高い水準となっている。このため今後 25～30 年間で人口が 2 倍に増加するという予測もあり、人口問題は大きな課題となると考える。

５－２－２　母性保護（家族計画）

合計特殊出生率で見ると、女性は一生に約 5 人の子どもを生み育てることになるが、別の資料によれば、多くは 10 回以上の妊娠を経験するともいわれている。このため、死産や乳児期の死亡も考えられるが、中絶は違法とされているとのことから、望まれない妊娠に対し危険な処置が行われている可能性もある。

避妊具の使用率は 1991 年で 15%と低く、しかもその中心は経口避妊薬であるとのことである。これについては望まれない妊娠の回避ということからだけではなく、ＳＴＤの予防上も今後はコンドームを中心とした避妊具の普及に努める必要があると考える。特に、一旦ＨＩＶが入り込むと感染は急速に拡大すると考えられることから、まだ報告例のない今のうちに、早期にコンドームによる避妊の普及を図る必要があるのではないかと考える。

1993 年の新生児 10 万人当たりの妊産婦死亡率は 280 である。

５－２－３　小児保健（栄養、疾患）

統計の信頼性については別に検討が必要であるが、既存の資料によれば乳幼児のうちでも特に 1 歳未満の死亡例が多いようであり、この点の改善が乳幼児期の健康問題にとって当面の優先事項ではないかと考える。死亡の主要原因は新生児死亡・マラリア・先天異常・髄膜炎・栄養失調・呼吸器感染症などであるとされているが、乳児死亡改善のための施策を行うにあたっては、感染症対策や栄養改善策を行うのと平行して「新生児死亡」のより具体的状況の分析が必要である。その上で、リファーラル病院につなげるまでの間エイド・ポスト等の末端の医療施設での救急医療技術をどのように確保するかに関しての、具体的なプログラム作りが必要であろう。

離島におけるコールドチェーンとワクチンの供給の強化はこれまでも目標として掲げられてきた政策であり、ある程度の成果は上げてきたものと考える。しかし今回の調査では、まだワクチンの冷

蔵設備がなかったり、あっても電力やガスの供給が不安定でワクチンの有効性が確保されるような温度管理ができているのか疑問が感じられた。ワクチンはユニセフ／WHOの政策で自国調達が必要とされているが、リファーラル病院の電力さえ満足に確保されていない現状で、しかも保健省予算の減少が続く状況では、有効なワクチン接種率の低下に伴う疾病の増加が懸念される。

ヴァヌアツにおいては、いわゆる私生児もコミュニティが扶養していく仕組みがあるとも聞いているが、その一方で、特にポートヴィラなどの都市部においては未婚の母親が子どもを養育していくことは困難であり、このような子どもの多くは最終的には病院に収容されるという報告もある。また、私生児の多くは将来とも不利な状況に置かれるが、それは、結婚時に相手方から金銭を受け取れる可能性のある女子よりも男子の場合一層ハンディが大きい。これは私生児の男子は土地の所有権がないことが最も大きな問題であるとのことである。このような子どもたちはポートヴィラやルーガンビルに多いとのことであるが、いずれ社会問題化することが予想される。

５－２－４　保健医療施策全体との関連

母子保健上の問題についてはこれまでも国の施策や外国からの援助によって改善を図ってきた。しかし、この国の離島における末端の保健医療事情からは、母子保健単独のプログラムを実施しても十分な効果を期待できる状況にはないと判断される。死亡率の低減や低栄養の改善、良好な養育環境の保持など多岐にわたる課題の改善は、とりもなおさずこの国の地域保健医療の水準の向上そのものであることから、末端の保健医療システムの底上げを図ることを当面の援助の重点と位置づけるべきと判断される。

５－３　保健医療サービス供給システム

５－３－１　システムの概要

ヴァヌアツにおいては、ＰＨＣの概念自体は 1980 年代中程に導入され、現在よく定着している。保健インフラ上その末端に位置するエイド・ポストはＰＨＣの前線基地となっている。島嶼環境における多数の離島・僻地の存在という条件下で、このエイド・ポストの機能は、マラリアを始めとする僻地ほど深刻である上記諸問題解決上の鍵となろう。1980 年代終りまでに数の上ではヴァヌアツ全土に配置されたエイド・ポストであったが、その後の政権交代、公務員ストライキなどの影響を受け、機能低下ないしは閉鎖に追い込まれたところも多い。

エイド・ポストには診療室一室と薬品棚があり、ビレッジ・ヘルス・ワーカーが簡単な処置、ディスペンサリーやヘルス・センターへの紹介、基本的な投薬、コミュニティ・ヘルス・サービスの提供を担当している。

ひとつ上位のレベルの施設であるディスペンサリーには分娩室と診療室があり、2,000 人までの地域住民を対象に看護婦（士）がサービスを提供している。ＭＣＨサービスも担当し、遠隔地まで出張（往診）することもある。

さらに上位のレベルであるヘルス・センターには看護婦（士）が 2～3 人勤務し、責任者は原則としてナース・プラクティショナーである。一つのセンターは 3,000～5,000 人の地域を管轄する。分娩室と診療室のほかに歯科治療室や入院設備も有する。

郡病院は５つの保健地域ごとに一つあり、いわゆる総合病院として機能するべきであるが、スタッ

フ不足のため、病床稼働率は40～60%となっている。

5－3－2　システムの問題点

現在のエイド・ポスト・システムは以下のような問題点を抱えており、これらが支援の対象となる。

1)　建物、水供給等の基盤の弱さ

エイド・ポストの建物は村落（コミュニティ）自体が用意することになっている。その規模、質はそれぞれのコミュニティの意向によりまちまちであるが、実際にはサイクロン等に耐えられない程度のものが多い。また付属する水供給源、トイレなどが不十分なところが多いのも問題である。

2)　基本的薬剤、医療器具の不足

医薬品等はエイド・ポストが請求リストを管轄ヘルス・センターに送り、中央政府の薬局から供給されることになっている。実際にはこの流れがうまくいっていないところが多いようである。これには物質の絶対量の不足と管理上の不備という両面が問題となる。

3)　適正技術の欠如

例えば、マラリアの血液診断等の技術はエイド・ポストの段階で大変有用であり、また十分に監督すれば導入可能な技術であることが証明されている。しかしこれらは実行には至っておらず、今後の課題となっている。

4)　通信手段、輸送手段の欠如

重症患者の転送、エイド・ポスト従事者の巡回業務等にこれらの技術は重要である。太陽光電池充電による無線機、船外機付きボートは一部ヘルス・センターレベルに配置され、大変役立っているが、エイド・ポストレベルには配置されていない。機械の保守、ガソリン代の捻出等が課題である。

5)　継続的運営費、人件費の未設定

エイド・ポスト従事者には国からの給与はない。従ってコミュニティからの補助が十分でないと、せっかく訓練しても維持するのが困難な場合が多い。またエイド・ポスト従事者の給料は地方政府が担うべきとの考え方を衛生局担当官は持っているが、実現していない。

6)　エイド・ポスト従事者の訓練不足

エイド・ポスト従事者はその職務開始にあたって、数週間の訓練を管轄ヘルス・センター等で受けるが、その場限りであることが多い。

7)　中央政府のエイド・ポスト・システムに対する役割が不明確

5－4　保健医療従事者

5－4－1　従事者の状況

援助のために外国から派遣されている医師を含めても、医師数が圧倒的に不足しており、実際のＰＨＣの中心的役割を担っているのはヘルス・センターとディスペンサリーにおける Nurse Practitioner を中心とする看護職と、エイド・ポストの従事者である。看護婦はヴァヌアツ唯一の看護教育センターで年間 20 人前後養成されている。エイド・ポストの従事者はその地域のコミュニティから選ばれたものが、ヘルス・センター等で数週間研修を受けることで養成される。

5－4－2　従事者に関する問題点

医師の養成に関しては各種のスカラシップ制度により近隣諸国の医学校への留学という手段がとられてはいるが、学力レベルや語学等の点において適正な留学生の選出と留学先決定がなされておらず、有効に機能していないとのことであった。

また、年間 20 名前後の看護婦が養成されるが、依然不足している。養成は保健省と同一屋内で行っており、教育に十分なスタッフと設備が整っていない。

エイド・ポストの従事者についてはその経済的基盤がコミュニティに依存しており、ヴァヌアツ政府および保健省の財政事情等を見てもエイド・ポストまでを支えられない状況にある。また、エイド・ポストでの従事者は地域社会から選出され、ヘルス・センター等で研修を受けるということであるが、その研修もＰＨＣの担い手を養成するものとして十分でなく、ＰＨＣを十分に担うには至っていない。また、エイド・ポストの従事者本人の資質とコミュニティのサポート（賃金その他）によって活動状況はさまざまであり、格差が大きいことも問題である。

5－5　保健医療統計

5－5－1　保健統計の体系について

人口動態に関するデータは、1989 年に国勢調査が行われて以来、本格的な全国規模の人口に関する調査がないため、現在でもこのデータをもとに、人口、人口増加率、死亡等を推計している。

傷病名、性・年齢等の患者のデータがわかるのは各病院からの報告のみである。簡単な代表的傷病については各レベルの医療施設から報告があるが、人数（受信・診断数）のみである。

保健省の統計担当職員は実質１名で、各エイド・ポスト、ディスペンサリー、ヘルス・センター、病院から月に一度報告されるデータの入力と、年報の作成を行っていた。病院報告は一人の患者につき 1 枚のシートに性・年齢・氏名・診断名等を記入したものが提出される。傷病分類として ICD-9 を用いてコーディングしていた。

1996 年の報告率は、督促しても約 55%とのことである。

入力および年報作成のためのコンピュータ・プログラムはオーストラリアの援助のことだが、政府からかＮＧＯからかということは不明である。

5－5－2　保健医療統計分野に関する問題点

統計の体系については、死因統計が未整備で、医療機関で亡くなった者のみ報告があるという点の改善が必要である。

データの信頼性に関しては、報告様式は感染症や Family Planning についての基本的事項はほぼ網羅できていると思われるが、記入者が、いわゆる Qualified Nurse と言われる資格を持ったスタッフではない場合が多く、整合性のないデータもあるとのことなので、信頼性に疑問があると言える。

届出率が 55%で届出ていない医療施設の活動内容は全く不明であり、全国表章は困難であろう。Under Reporting も相当数あると思われる。

統計担当者自らが大量のデータを入力し、年報を作成していたが、そのデータについての評価や分析は全く行われていないようであった。また、停電により入力作業が全くの無に帰す場合があるとのことなので、バックアップ電源の確保など、早急な対応が必要である。

6　保健医療分野における国際協力の動向

6－1　国際協力全般の動向

援助全般の動向として、ＤＡＣ諸外国および国際機関の対ヴァヌアツ援助額は、1992年には4,060万ドルであり、うち二国間援助が3,240万ドルで全体の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1,040万ドル（32.4%）、フランスが950万ドル（29.3%）、英国が880万ドル（27.2%）、ニュー・ジーランドが250万ドル（7.7%）である。旧宗主国である英国は、1980年代前半は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からの援助が増加したが、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年には再び最大援助国となった。しかし1992年にはオーストラリアからの援助が最大となった。

国際機関からの1992年の援助額は820万ドルであり、1位は国連開発協会（ＩＤＡ）で300万ドル（36.6%）、次いで欧州開発銀行（ＥＤＦ）が120万ドル（14.6%）、アジア開発銀行とＵＮＤＰがそれぞれ100万ドル（12.2%）となっている。

6－2　保健医療分野の動向

保健医療分野においては、独立以前は宗主国であるフランスと英国が必要なものを供給していたが、その他にさまざまな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。独立後も、医療分野の経常費をフランスと英国が援助していたが、徐々にその割合は減少し、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。下表は政府歳出額と外国等からの援助額、および保健医療歳出総額、総額に占める援助額の割合を示した。

表6-1　政府歳出額と援助額の動向（1989～1993年）（単位：百万ヴァツ）

	1989年	1990年	1991年	1992年	1993年
政府歳出額	413	446	475	476	496
援助額	376	408	437	417	423
保健医療歳出総額	789	854	912	893	919
割合(%)	47.7	47.8	47.9	46.7	46.0

援助額は保健医療歳出の 46～48%を占めており、この分野の予算が外国等からの援助に大きく依存していることを示している。

具体的な支出先は、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、健康教育等の活動で、援助がなければこれらの対策・サービス活動は停止すると思われる。しかし、援助額の増減はヴァヌアツのプライオリティーとは関係なく、援助国側の判断によるため、ヴァヌアツ政府の計画的取り組みが求められている。

6－2－1　国際機関

ＷＨＯの出先機関としてＣＬＯ（Country Liaison Officer）事務所があり、フィジーの Representative の管轄下となっている。

世界保健デー、全国健康週間、媒介動物性疾患対策などのキャンペーンに協力している。2年間で 1.2～1.3 億円を投じている。

6－2－2　二国間援助

オーストラリアの援助機関である AusAID は 1997 年 4 月に保健医療分野の現状分析と援助方針の検討をして、報告書を作成した。

短期援助として、1997 年には下記の項目が予定されている。

- 保健医療従事者の育成計画の策定（$40,000）
- 国家保健計画の評価・策定（$90,000-$95,000）
- ナース・プラクティショナーのトレーニング（1 コースあたり$15,000）
- ディスペンサリーやエイド・ポストの常備品や滅菌装置、配水装置の供給（$200,000-$400,000）

長期援助は下記の 3 点が挙げられている。

- すでに実施しているオーストラリア人医師の派遣とフィジー大学医学部進学のための奨学金提供の継続
- 国家開発計画の改善・強化（5 年間で$2,700,000-$3,000,000）
- 僻島への保健医療サービス供給システムの強化

フランスは、格差是正のための協力（gap-filling cooperation）を基本方針とし、医療分野ではマンパワー支援・養成を中心に援助している。医師の派遣、奨学生の募集、看護婦（士）、X 線技師などの研修を継続的に行っている。ワクチンの供給や学校への救急箱の配布なども行っている。予算は年間 FF1,000,500 で暫く増減していない。

その他、英国やニュー・ジーランドからの援助も受けているが、詳しい情報は入手できなかった。

6－2－3　ＮＧＯ

<u>Save the Children Fund Australia</u>

ビレッジ・ヘルス・ワーカーのトレーニング、人口問題のワークショップとリプロダクティブ・ヘルス・クリニックの機器整備、看護婦や助産婦の実地訓練を継続実施している。新規プロジェクトとして、保健関係者やコミュニティ・メンバーを対象としたＳＴＤ及びＡＩＤＳのワークショップを開

催した。

South Santo Bush Projectの第三者による評価が行われ、高い評価を受けた。プロジェクトの内容は、隔絶した熱帯林中の村々のコミュニティにおける生活の質の改善を目的とした、灌漑給水システム、落とし穴式便所、小道整備コミュニティ教育のためのワークショップ、植樹等の普及・実施である。

1996年のヴァヌアツでのプロジェクトには$803,000が使われた。

RSTP (Rural Skills Training Program)

農村部の住民がコミュニティ・ニーズを同定し、解決するためのトレーニングコースを提供しているローカルNGOである。トレーニングコースの運営費は、受講生（トレーニングを受けるコミュニティ）が60～70%を負担し、残りはニュー・ジーランド政府からの援助などで補っている。

FSP (The Foundation for the People of the South Pacific)

サント島とタンナ島で家族の健康プロジェクトを展開している。ドイツ（GTZ）、カナダ、EU、英国（ODA）などからの資金援助を受けている。

7　我が国による対ヴァヌアツ保健医療協力の動向

7－1　保健医療分野における協力

これまでの我が国は、ヴァヌアツに対する公的援助として、保健医療分野で以下の協力を行った。

1991年	無償資金協力	：マラリア対策用蚊帳の供与（草の根無償500万円）
1993年	同上	：マラリア対策用蚊帳の供与（草の根無償600万円）
1995年	同上	：国立病院機材整備（5億円）
1996年	感染症機材	：車両1第、ワクチン梱包材20個、冷蔵庫6台（300万円）

今後は1996年開始の南太平洋諸国コールドチェーン整備支援の継続として次の協力を予定している。

1997年	感染症機材	：冷蔵庫、ｺｰﾙﾄﾞﾎﾞｯｸｽ、ﾜｸﾁﾝｷｬﾘｱ、温度計（200万円）
1998年	同上	：車両、冷凍冷蔵庫、ﾊﾞｲｸ、ｺｰﾙﾄﾞﾎﾞｯｸｽ、ﾜｸﾁﾝｷｬﾘｱ（400万円）
1999年	同上	：車両、冷蔵庫、冷凍庫、電圧安定装置（500万円）
2000年	同上	：車両（250万円）

青年海外協力隊員がエイド・ポストに配置されているが、人材不足を補う労働力として使われているだけで、カウンターパートを育てるような状況ではない。しかし、エイド・ポストはコミュニティの運営に任され、保健省は管轄していないので、隊員の活動指針などを計画（協議）することができない。今後は隊員を保健省に配置し、原則としてヘルス・センター勤務で、必要に応じてエイド・ポストの指導もするという形態にする方向で検討中である。

また、青年商工会議所などの団体による個別の援助も行なわれている。

7－2　その他の分野における協力

ヴァヌアツはＬＬＤＣに指定されており、独立後まもなく、第一次産業、各種基盤インフラ等いずれの分野をとっても開発余地が大きく、両国関係の緊密化に伴い我が国への期待感も近年高まりを見せている。以上に鑑み、これまで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きている。

技術協力については、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・訓練等の人づくり協力を中心に協力を実施してきている。青年海外協力隊取極が1987年に締結されており、技術協力の実施体制も整備されている。1994年度の技術協力の実績は、開発調査「南太平洋海底鉱物資源調査」を含め、4億9,400万円（ＪＩＣＡ経費実績ベース）となっている。

無償資金協力については、これまで農林・水産、運輸等の分野のインフラ整備に対し協力を行っている。1994年度は「サント島サラカタ川水力発電所計画」と「国立病院機材整備計画」に対し7億5,900万円の協力を行った。

1993年3月29日に来襲したサイクロンの被害に対し、日本政府は輸送費も含め約10万ドル相当の物資供与を行った。

＊国別協力ファイル

8　ヴァヌアツにおける保健医療協力のあり方（総括）

8－1　保健医療協力全般についての基本的考え方

(1) ヴァヌアツの保健医療の基本的システムはある程度整備がなされている。しかしその稼動の程度には地域的に大きな開きがあり、そのことが保健医療サービスに対する国民のアクセスの難易に大きく影響している。したがって、ヴァヌアツ国民の健康水準の向上を図るためには、新たなシステムの創設ではなく、当面は既存のシステムがその目的にそって十分有効に機能するような仕方が望ましいと考える。

(2) 現地での調査の結果、ヴァヌアツにおける保健医療システムの障害の要因として、①安全な水の安定的確保が不十分、②エネルギー（特に電気）の安定的確保が困難、③交通網の未整備、④保健医療従事者の量的質的不足、⑤医薬品の供給不足、などを挙げることができると考える。

このうち①～③はインフラの整備そのものであり、基本的には保健医療協力の枠を超える課題であるが、保健医療サービスの水準の向上にはこれらについてある程度の水準が確保されることは必須であるので、仮にヴァヌアツに対してプロジェクト方式の技術協力を実施する場合でも、プロジェクトに必要な最低限のインフラ整備を含めた形での実施が必要であると考える。

その場合でも、政府やコミュニティがインフラの維持管理費を継続的に捻出し続けられるように、導入時の費用よりも低ランニングコストであることを重視した設備の導入を図るべきである。具体的には、①に関しては手押しポンプ式井戸の掘削、②に関してはソーラー発電機の設置などが考えられる。

保健医療従事者の量的質的不足は最も重要な課題であり、出来ることならば我が国も解消への支援を行うべきと考えるが、病院で臨床に携わる医師や看護婦への技術移転と異なり、ヴァヌアツの地域保健事情は日本のそれと大きな隔たりがあるとともに、言葉の障害も大きい。したがって、この分野に関しては、基本的にはオーストラリアやニュー・ジーランド、あるいは英国、フランスなどの関係国に負わざるを得ないと考えるが、検査技術の修得といった個別の技術移転などでは日本も貢献できる面が多いと考える。

8－2　現状認識

8－2－1　さまざまな問題点を内包する一般概況

ヴァヌアツの人口は16万人であるが、多数の離島が存在する。そして島嶼環境であるがゆえに、島間及び島内交通の難しさ、通信手段の欠如、などの問題がある。その他のインフラも未発達であり、特に限られた水、電気供給、低い就学率は保健分野への協力を考える上で重要である。また脆弱な経済基盤に加えて、急激な人口増加が問題となっている。さらに言語構造の複雑さ（英語系及び仏語系の二極構造、島ことば）、不安定な政局なども無視できない。しかしながら、伝統的部族共同体による相互補助、よく保存された自然環境、観光開発の可能性等少数の有利な点も認められる。

8－2－2　国家開発計画と国家保健開発計画の存在

現在、第二次国家保健開発計画がAusAIDの策定した素案を基に練られている。これはまたLONG TERM STRATEGIC PLANとも称されており、保健開発問題の優先順位が示され、諸援助機関の協調が謳われる模様。これは基本的には尊重すべきものであるが、ヴァヌアツ側の意向が正確に反映しているものであるか慎重に見極めていく必要がある。

8－2－3　国際機関・諸外国による協力の経緯

8－3　保健医療協力の基本理念（ポリシー）

当該プロジェクトは：

a.国民のニーズとライフスタイルに適合していること
b.国の計画と乖離しないこと
c.他の援助・協力プロジェクトと競合しないこと
d.国（政府及び国民）の自助努力が得られること
e.終了後の継続性が保たれること
f.他への波及効果が期待できること
g.日本の協力スキームに適合すること

8－4　保健医療協力の方法

保健医療協力の方法としては、以下のＪＩＣＡスキームの取り合わせが柱となる。

a.プロジェクト方式技術協力（専門家派遣、機材供与、研修生受入）：当該国の規模を考慮すると、少なくとも開始時点ではミニプロジェクト方式が妥当と思われる。
b.草の根無償を含む無償資金協力
c.青年海外協力隊事業

さらに、当該国をフィールドとして実施された厚生省国際医療協力研究事業の成果も活用するとともに、国際機関、ＮＧＯとの協調にも配慮する。

8－5　我が国が取り組むべき保健医療協力の分野

8－5－1　感染症

基本的に5－1に揚げた各疾患に対しては、個々に対応するのでなく、包括的に対処すべきものと考える。その際これらの諸疾患に共通する対策上の要素として、患者管理技術の確立、サーベイランス・システムの整備、ハードウエアーの整備（診療施設、患者輸送、緊急通信）、衛星教育、人材育成、基本必要機材の供給、品質管理（quality assurance）体制の確立などが挙げられる。これらに対処するにはプロジェクト方式技術協力が必要であり、さらに他の援助諸機関との協調が重要な分野と考える。

個々で特筆すべき問題点は、上記対策上の要素は「町の住民」に対しては、病院が中心となって、ある程度は対処がなされている。問題となるのは、病院やヘルス・センター等にアクセスのない「僻地の住民」にいかに対処するかである。その鍵はエイド・ポスト活動の強化に帰結すると思われる。この点については8－5－3保健医療サービス供給システムで述べたい。

８－５－２　母子保健

ヴァヌアツに関する既存の資料や我が国の母子保健上の過去の経緯から、ヴァヌアツにおける母子保健上の当面の課題としては、妊産婦死亡率ならびに新生児死亡率の低減は政策上の優先度が高いものと思われる。これに関しても、我が国は自宅分娩から施設分娩への移行とともに大きく低減してきたという経緯があるが、ヴァヌアツにおいても設備のある医療施設で技術を持つ介助者による分娩割合が増加することが前記の死亡率の低減につながることは確かと思われる。

したがって、①地域を限定してでも妊産婦死亡と新生児及び乳児死亡のより詳細な実態調査の実施、②エイド・ポスト等の末端の医療施設従事者の救急医療技術修得プログラムの作成と実施、③ヘルスセンター等の医療施設の分娩などの施設整備、などが必要と思われる。①の結果で②と③が実施されるべきものであることから、まず産婦人科、小児科、疫学等の専門家による実態調査に我が国も協力すべきと考える。

８－５－３　保健医療サービス供給システム

エイド・ポスト・システムの再活性化をヴァヌアツに対する感染症対策を中心とする保健協力の最優先課題として掲げる。具体的には以下の要素を例えばヴァヌアツ全土から10カ所の島ないし地域を選び、実行していく。

－建物、水供給施設等ハードウエアの整備：例えば、建築に際しての労力は当時村が提供するとしても、建築物の標準化をはかり、強度、機能が十分でしかも安い材料を提供できないか。ちなみにＮＰＳＯの保健担当官も同様の考えを持っていた。

－基本的薬剤、医療器具供給システムの整備：システム管理上の問題、供給物質の質・量の両面から整備する。

－適正技術の導入：導入すべき適正技術を見出すことがこの課題の第一歩である。

－通信手段、輸送手段の強化：太陽光電池充電による無線機、船外機付きボートはエイド・ポストにも標準装備する。

－継続的運営費、人件費の確保：エイド・ポストにある程度独立採算的ないわゆる revolving fund を設定できないか（例えば蚊帳代、薬代を村民から集める）。

－エイド・ポスト従事者の訓練強化：エイド・ポスト従事者は専門家ではないがゆえに、中央政府の十分な監督体制を作る必要がある。また、マラリア原虫の薬剤耐性のモニター等、重要かつ高度の技術を要する活動は衛生局の専門家がエイド・ポストに出向き、そこを拠点としてエイド・ポスト従事者の補助のもとに実行することが望ましい。

さらに、施設、設備の保守は中央政府の役割である。

上記要素の実施に当たってはプロジェクト方式技術協力を柱にし、無償資金協力、特定の技術指導の面ではＪＯＣＶの活用などと組み合わせていくという方式が考えられる。

８－５－４　保健医療従事者

全体の方向性として、先進国型の医師を中心としたＰＨＣ提供体制を確立するよりも、むしろ現段階では医師に比べ養成が比較的容易なNurse Practitioner、MidwifeがＰＨＣ、ＭＣＨの中核役割を担い、その指導の下、連絡を緊密にしながら、各エイド・ポストの従事者もできるだけ彼らに近い水準のＰＨＣを担うという形を取るのが現実的であると思われる。（しかし、１次医療では対処できない高次医療の提供には医師が必要であるので、今後とも医師の養成を積極的に図る必要がある。）

ＰＨＣの底上げを図るにはエイド・ポストの従事者のトレーニングが必須であるが、ヘルス・センターに監督権限を持たせ、そのための定期的な研修システムを導入する等が考えられる。

また、エイド・ポストを支える地域社会に、その必要性と意義を啓蒙することも必要である。

以上のことから、今回の援助としては、医師と看護職の専門家を数名派遣し、看護学校・各ヘルス・センターのスタッフと協議の上、エイド・ポストの従事者の研修内容（修得すべき技術の標準化及び治療マニュアル）及び数週間程度の研修プログラムを設定し、さらにそれらの専門家も参加してヘルス・センターにおける研修等を行い、援助対象地域のエイド・ポスト従事者に普及を図ることが妥当であると考えられる。

（研修内容において必要とされる機材等（貯水タンク等）が援助対象地域のディスペンサリー、エイド・ポストに備えられるべきことは当然である。また、修得すべき技術には実際の治療手技のみならず、統計情報発生源としての記録方法を含むことが望ましい。）

これらにより地域ＰＨＣに改善が見られれば、自然に地域社会の認識も変化するであろうと思われる。

８－５－５　保健医療統計

統計情報の収集方法については形式上報告ルートとしてのシステムは存在しているので、地域保健医療従事者の質的向上を図ることができれば、それに伴い報告内容の質および報告率も向上するものと思われる。

また、データとして収集されている各情報の単純な集計数値のみならず、ヴァヌアツ保健省統計担当者とともにそれらの細かい分析を行い、保健医療行政に活かせるような一定の情報処理方法（結果表の作成）や評価・解析手法を確立し、ノウ・ハウとして保健省に蓄積することが急務であると言える。

しかし、実際の手段としてヴァヌアツ全土の保健医療従事者に統計情報処理の周知徹底を図るというのは、研修制度の未発達、統計情報処理方法の徹底以前に修得すべき基本的治療技術の未定着等の状況から、即時の実行は難しいと思われる。

これらのことと、ＪＩＣＡの援助スキームから、本分野における援助方法としては、ヴァヌアツ保健省に公衆衛生（疫学）行政の専門家を長期に１ないし２名程度派遣し、各種保健医療統計の集計・解析と整備とを行い、さらには、保健医療従事者への統計情報処理および報告方法の徹底までを視野に入れた統計行政の長期計画を立てていくのが最も実際的で妥当であると思われる。

８－５－６　まとめ

ヴァヌアツには島嶼環境下において、多数の孤島、僻地が存在する。マラリア等感染症をはじめとする保健上の問題はこれら僻地でより深刻であるにもかかわらず、僻地の住民は病院、ヘルス・センター等の公共医療機関にアクセスがない。この問題解決に向けての現実的で維持可能な対策は、ＰＨＣの前線基地としてのエイド・ポスト・システムおよびその上部機関とのリファーラル機能の強化であると考えられる。具体的にはヴァヌアツ国内に島ないし地域を例えば10カ所選定し、そこのエイド・ポスト支援を柱に、感染症を中心とする保健上の諸問題を包括的に解決する道を探る。その際、保健医療分野の研究機関が存在しない当国において、対策実施上研究（オペレーショナル・リサーチ）も対策成功に向けての重要な要素である。これらを実施するための我が国の援助形態はプロジェクト方式技術協力を柱に、無償資金協力、ＪＯＣＶとの組み合わせが妥当であろう。またＷＨＯをはじめとする他の援助機関との協調も視野に入れる。当該プロジェクトで得られる成果、知見はアジア・太平洋に数多く存在するその他の島嶼環境の同様な問題解決にも役立つものと思われる。

収集資料一覧

入手資料一覧

	タイトル	入手機関
1	Vanuatu Health Program Six monthly report July to December 1996	Save the Children Fund Australia
2	Diagrammatic Summary of SCFA Vanuatu Program, July 1996	Save the Children Fund Australia
3	sexual health in VANUATU	Save the Children Fund Australia
4	FIRST NATIONAL HEALTH DEVELOPMENT PLAN 1992-1996	Health Planning Unit M&DOH
5	First Health Workforce Development Plan 1992-2006	Health Planning Unit M&DOH
6	Hospital Admission Rate Reports 1994 and 1995	Health Planning Unit M&DOH
7	(health data book)	Health Planning Unit M&DOH
8	Essential Drugs Policy (memorandum)	Health Planning Unit M&DOH
9	NAMBA TWELF(12) NASONAL HELT WIK 7-11 APRIL 1997	Health Planning Unit M&DOH
10	VANUATU MALARIA CONTROL PROGRAM MARCH 1997	WHO
11	RURAL SKILLS TRAINING PROGRAM EXPANSION TO THE TAFEA PROVINCE VANUATU JULY 1995 TO JUNE 1998	Rural Technical Cooperation
12	NATIONAL PROGRAMME OF ACTION ON CHILDREN	PHC Dept.
13	EXPANDED PROGRAMME OF IMMUNIZATION POLICY AND GUIDELINES FOR NURSES 1993/1994	PHC Dept.
14	MATERNAL CHILD HEALTH MANUAL	PHC Dept.
15	FSP/VANUATU CAPABILITY STATEMENT (1 October 1996)	Foundation for the Peoples of the South Pacific Vanuatu
16	VANUATU WOMEN'S INCOME GENERATION AND HEALTH PROJECT January 1996-December 1998 (draft)	Foundation for the Peoples of the South Pacific Vanuatu
17	(AusAID program list)	AusAID
18	(3rd Development Plan Chap15: Health)	National Planning and Statistics Office
19	(4th Development Plan (draft) Chap5: Health)	National Planning and Statistics Office
20	(ESCAP brochure)	Economic & Social Commission for Asia and the Pacific
21	MALARIA HANDBOOKS FOR HEALTH WORKERS IN VANUATU	Malaria Control Unit DOH

JICA