

キリバス

キ
リ
バ
ス

国別医療協力ファイル

キリバス

国際協力事業団
医療協力部

目 次

目 次	i
表 目 次	v
図 目 次	vā
略 語 表	vīī
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	11
1-2-1 中央行政	11
1-2-2 地方行政	11
1-2-3 国家開発計画の概要	13
1-2-3-1 既往の開発計画	13
1-2-3-2 現行の開発計画	13
第1編 参考資料	15
第2編 保健・医療行政	16
2-1 中央保健・医療行政と保健医療計画	16
2-1-1 中央保健・医療行政	16
2-1-2 中央保健医療計画	19
2-1-3 中央保健医療セクターの財政	19
2-2 地方保健医療行政と保健計画	26
2-2-1 地方保健医療行政機構と地方保健計画	26
2-2-2 地方保健医療計画と予算	26
2-3 保健医療財政の問題点	29
第2編 参考資料	30
第3編 人口・保健指標	31
3-1 人口	31
3-1-1 総人口・人口増加率・年齢別人口	31
3-1-2 地域別人口分布	32
3-1-3 合計特殊出生率、出生率、死亡率	33
第3編 参考資料	35
第4編 疾病・死亡	36
4-1 総論	36
4-2 死亡とその原因	36
4-3 子供の死亡	37
4-3-1 乳児・5歳未満児死亡率	37

4-4	妊産婦死亡	39
4-4-1	妊産婦死亡率の推移	39
4-4-2	妊産婦死亡の主な原因	40
4-5	疾病構造	41
4-5-1	乳幼児・子供の主な疾病	44
4-5-2	女性の疾病	44
4-6	感染症	45
4-6-1	予防接種で予防可能な感染症	46
4-6-2	下痢症	50
4-6-3	呼吸器感染症	50
4-6-4	コレラ	51
4-6-5	髄膜炎	52
4-6-6	ハンセン病	52
4-6-7	フランベジア (Yaws)	53
4-6-8	デング熱	53
4-6-9	ウイルス性肝炎	53
4-6-10	水痘	54
4-6-11	マラリア	54
4-6-12	性行為感染症 (HIV/AIDSを含む)	55
4-7	非感染症	56
4-7-1	成人病・慢性病	56
4-7-2	精神疾患	56
4-7-3	傷害・事故	57
4-7-4	栄養失調	57
4-7-5	貧血	57
4-7-6	ビタミンA欠乏症	58
第4編	参考資料	60
第5編	保健対策活動	61
5-1	総論	61
5-2	家族計画/人口対策	62
5-2-1	人口対策	62
5-2-2	戦略	63
5-2-3	家族計画/人口政策の現状	63
5-2-4	家族計画を妨げる要因	65
5-3	母子保健対策	65
5-3-1	母子保健対策の現状と政策	65
5-3-2	戦略	66
5-3-3	妊産婦のケアの現状と問題点	67

5-4	予防接種対策	68
5-4-1	予防接種対策の現状	68
5-4-2	予防接種対策の目標	69
5-4-3	予防接種方法	69
5-4-4	予防接種対策の問題点	69
5-5	基本的衛生/水供給対策	70
5-5-1	現状	70
5-5-2	政策と目的	71
5-5-3	戦略	71
5-5-4	問題点	72
5-6	栄養/食品供給対策	72
5-6-1	政策	72
5-6-2	戦略	72
5-6-3	問題点	73
5-7	感染症対策	73
5-7-1	感染症対策の現状と政策	73
5-7-2	戦略	74
5-7-3	個々の対策	74
5-7-3-1	健康教育	74
5-7-3-2	結核対策	75
5-7-3-3	ハンセン病対策	76
5-7-3-4	淋病/性行為感染症対策	76
5-7-3-5	AIDS対策	76
第5編	参考資料	78
第6編	保健医療サービス供給システム	79
6-1	保健医療サービス供給システムの概要	79
6-2	公共医療部門	79
6-2-1	第3次医療施設	80
6-2-2	第2次医療施設	81
6-2-3	第1次医療施設	84
6-2-4	リファレル・システム(紹介・移送システム)	84
6-3	民間医療部門	85
6-4	医薬品・医療器具・衛生材料	85
6-4-1	医薬品	85
6-4-2	医療器具・衛生材料	86
6-4-3	公共部門における医薬品供給の課題	86
6-4-4	民間部門における医薬品供給	86

6-5	保健医療サービスの利用	86
6-6	伝統医療	88
6-7	医療情報システム	88
6-7-1	医療情報システムの現状と問題点	88
6-8	医療保険制度	89
6-9	救急医療システム	90
6-10	試験研究機関	91
第6編	参考資料	94
第7編	医療従事者と医学研修	95
7-1	各種医療従事者の状況	95
7-2	医療従事者養成制度と養成機関	98
7-2-1	医師・歯科医師・薬剤師・検査技師の養成	98
7-2-2	看護婦(士)・準医師の養成	98
第7編	参考資料	99
第8編	環境衛生・労働衛生	100
8-1	環境衛生	100
8-2	水供給	100
8-3	衛生設備	101
8-4	住宅環境	103
8-5	交通環境	103
第8編	参考資料	104
第9編	保健医療協力	105
9-1	協力要請の仕組み	105
9-2	国際機関、我が国を除く諸外国、NGOの協力動向	105
9-2-1	最近の援助動向	105
9-2-2	国際機関・二国間援助機関の動向	107
9-3	我が国の協力状況	112
第9編	参考資料	115

5-1	家族計画実行率とリプロダクティブ年齢層の女性の数 (1987～93年)	63
5-2	避妊方法別受け入れ者数 (1987～92年)	64
5-3	妊産婦数、妊婦検診、破傷風カバー率 (1987～90年)	66
5-4	出産総数、出産場所、出産介助者別の出産数 (1994年)	67
5-5	予防接種方法	69
5-6	水供給と衛生施設に対する政府補助金の推移 (1987～91年)	70
6-1	地方医療施設の整備状況 (1995年12月現在)	83
6-2	各島別医療機関から5キロメートル以内に住む人口の割合 (1990年)	87
6-3	救急患者主要要因 (1990年)	90
6-4	血液検査実績 (1987、90年)	91
6-5	細菌検査実績 (1987、90年)	92
6-6	生化学検査実績 (1987、90年)	92
6-7	血液判定検査実績 (1987、90年)	93
7-1	医療従事者数の推移 (1970～92年)	96
8-1	島別便所・井戸アセスメント (1993年)	102
9-1	国際機関、二国間機関、その他の機関の援助額内訳 (1991年)	108
9-2	WHO活動項目別予算 (1994/95年、1996/97年)	110
9-3	ニュー・ジーランド、活動項目別予算 (1995/96年～1997/98年)	112
9-4	保健医療実績	114

目 次

図1-1	キリバス共和国全図（行政区分図）	2
1-2	タラワ島全図	3
1-3	タラワにおける降水量・平均気温	4
1-4	地域別のセクト人口比較（1990年）	5
1-5	年齢別初等教育就学者数（1990年）	6
1-6	学年別中等教育就学者数（1990年）	7
1-7	国家行政組織図（1993年現在）	11
2-1	保健医療行政組織	18
3-1	総人口と人口増加率の推移（1921～90年）	31
3-2	人口ピラミッド（1990年）	32
4-1	子供の死亡原因：年齢別（1990年）	38
4-2	島ごとの医療従事者の出産介助割合（1988年）	40
4-3	人口10万人当たりの結核罹患率（1974～93年）	46
4-4	各国の人口10万人当たりの結核罹患率の比較	46
4-5	結核の患者発生数（1987～94年）	47
4-6	百日咳の患者発生数（1987～94年）	47
4-7	破傷風の患者発生数（1987～94年）	48
4-8	麻疹の患者発生数（1987～94年）	49
4-9	下痢症の罹患率（1981～90年）	50
4-10	髄膜炎の患者発生数（1987～94年）	52
4-11	ハンセン病の患者発生数（1987～94年）	52
4-12	肝炎の患者発生数（1987～94年）	53
4-13	水痘の患者発生数（1987～94年）	54
4-14	淋病の患者発生数（1987～94年）	55
4-15	5歳未満児における島別ビタミンA欠乏症罹患率	59
4-16	栄養欠乏症（1987～90年）	59
5-1	島別家族計画実行率（1990年）	64
5-2	予防接種（1985～93年）	68
9-1	援助要請のための国内手続き	105
9-2	援助主体別ODA実績（1983～92年）	106
9-3	援助形態別ODA実績（1983～92年）	106
9-4	我が国の対キリバスODA実績	113
9-5	過去10年間の年度別研修員受け入れ及び派遣人数	113
9-6	分野別の無償資金協力累積実績（1952～93年）	114

略語表

AsDB	アジア開発銀行 Asian Development Bank
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 Diseases
CEU	欧州委員会 Commission of the European Union
DPT	三種混合ワクチン（ジフテリア、百日咳、破傷風） Diphtheria / Pertussis / Tetanus Vaccine
EPI	予防接種拡充プログラム Expanded Programme on Immunization
HIV	ヒト免疫不全ウイルス Human Immunodeficiency Virus
LPG	ライン・フェニックス・グループ Line Phoenix Group
MHAD	内務・地方開発省 Ministry of Home Affair and Development
MHFPSW	保健・家族計画・福祉省 Ministry of Health, Family Planning and Social Welfare
MWE	公共事業・エネルギー省 Ministry of Works and Energy

NCD	非感染症 Non-Communicable Diseases
ORS/ORT	経口補水塩/経口補水療法 Oral Rehydration Salts / Oral Rehydration Therapy
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
PHC	プライマリー・ヘルス・ケア Primary Health Care
PUB	水道・電気局 Public Utility Board
TBA	伝統的産婆 Traditional Birth Attendant
TCH	トゥンガル中央病院 Tungaru Central Hospital
TFR	合計特殊出生率 Total Fertility Rate
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

VWG	村落福祉グループ Village Welfare Group
VII	ワクチンの国内供給に向けての取り組み Vaccine Independence Initiative
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 キリバス概況

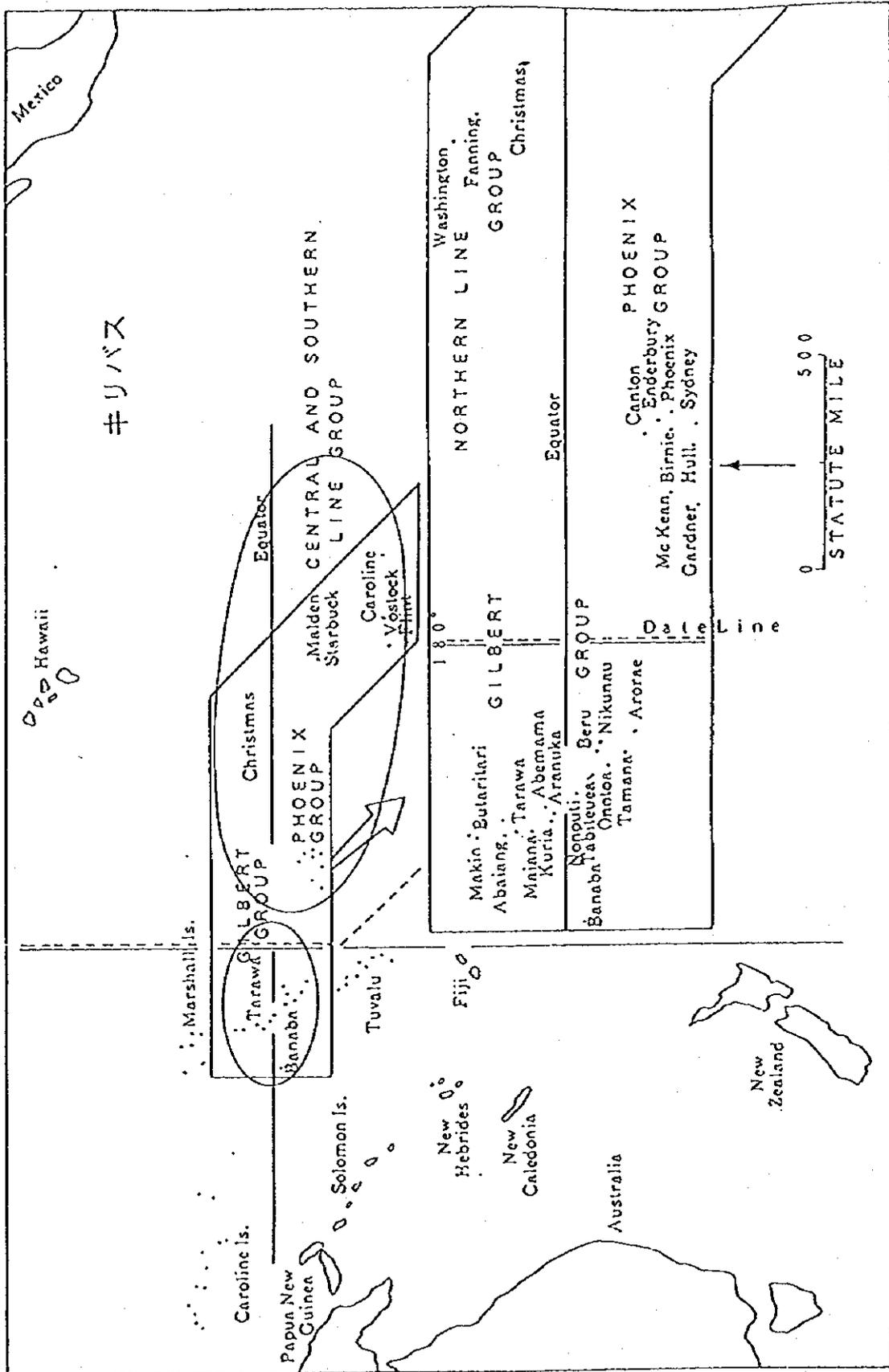
①正式国名	(和文) キリバス共和国 (英文) Republic of Kiribati
②独立年月日 旧宗主国名	1979年7月12日 英国
③政体	共和制、英連邦加盟
④元首の名称	テアタオ・テアンナキ大統領 (Teatao Teannaki) (1991年7月就任、任期4年)
⑤位置・面積	北緯4度～南緯3度 東経172度～177度 810平方キロメートル (注1)
⑥首都	バイリキ Bairiki (タラワ島)
⑦総人口	7万5,000人 (1993年) (注2)
⑧民族等	ミクロネシア人 (98%)、ポリネシア人、ヨーロッパ系民族
⑨公用語	英語、キリバス語 (ミクロネシア系言語)
⑩宗教	キリスト教 (カトリック、プロテスタント)
⑪暦	日本との時差 +3時間 祝祭日 (1992年) (注3) 1月1日 新年 4月9日 グッド・フライデー 4月10日 昇天祭 4月12日 イースター 5月9日 ヘルス・デー 7月12日 独立記念日 (13日) 8月2日 青年の日 12月9日 ヒューマン・ライツ・デー 12月25日 クリスマス 12月26日 ボクシング・デー

出所 (注1) : Government of Kiribati, Kiribati Population Census,
Government of Kiribati, 1990

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

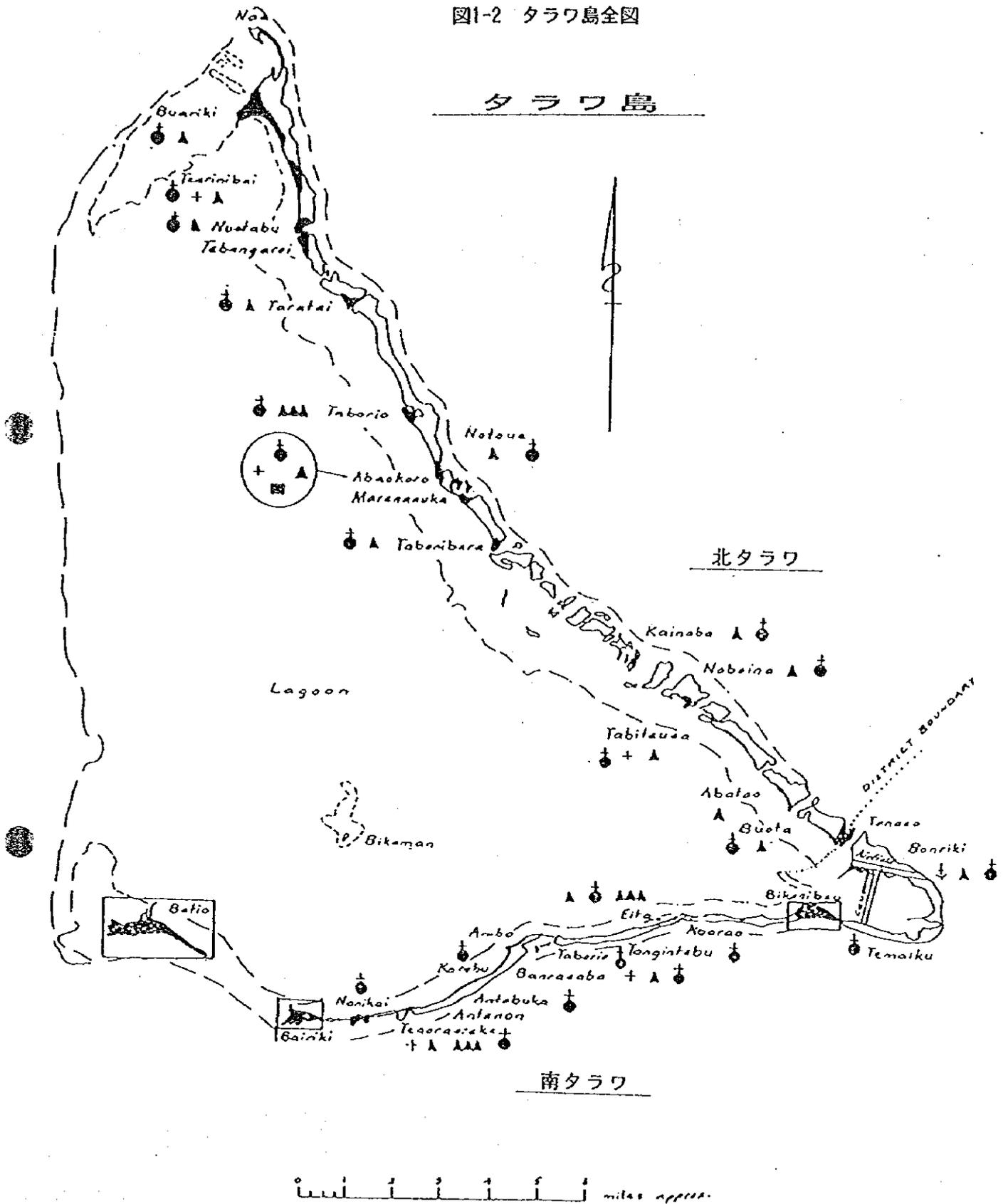
(注3) : 国際協力事業団 「任国情報 キリバス共和国」 国際協力事業団 1992

図-1 キリバス共和国全図 (行政区分図)



出所：在フィジー日本大使館提供資料

図1-2 タラワ島全図



出所：保健省提供資料より作成

(1) 国土の概要

キリバス共和国の国土の特殊性を理解することは、この国が医療サービスを提供するときに直面する特有の問題を理解するのに重要であると思われる。国土の特殊性としては、陸地総面積の719平方キロメートルに対し、30万平方キロメートル（国土の約400倍）の領海を有する海洋大国であるということである（図1-1参照）。

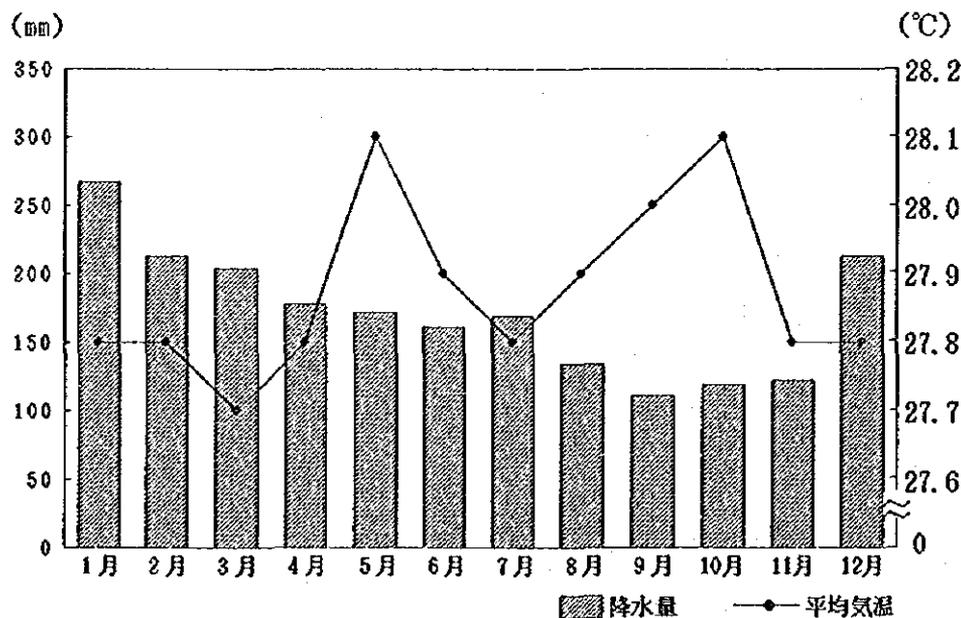
西端のバナバ島と東端のクリスマス島間の東西間の距離は約4,500キロメートル、北端のワシントン島と南端のフロント島間の南北間の距離は約1,800キロメートルと広大な水域の中に、合計33の島礁が点在する。最大島はクリスマス島で363.7平方キロメートル、その他はいずれも38平方キロメートル以下の小さな珊瑚環礁島で、礁に囲まれた島々は大多数が海拔5メートル以下と低く、海とラグーンに挟まれた土地は砂に覆われ土はほんのわずかである。ほとんどの島が礁湖を持つが河川はない（図1-2参照）。

(2) 気候

海洋性の熱帯気候に属し、気温は年間を通じ較差が少なく26～32度である。3～11月の乾燥期と11～3月の雨期に大別されるが、北東の貿易風の吹く乾期は比較的すこしやすく、西風の吹く雨期は不快となる。

雨量は広範囲に散らばる島間で異なり、また、季節による隔差も比較的大きい。一般に北部ギルバート、ライン諸島では、より雨量の多い傾向がある。年間降水量は首都タラワで1,500ミリメートル、フェニックス諸島間で1,000～1,500ミリメートル、ライン諸島間では南端のクリスマス島の700ミリメートル、北端のワシントン島の4,000ミリメートルと幅がある。平均湿度は海洋性気候のため、75～85%と年間を通じて大きな変化はない。図1-3は、年間の降水量と平均気温である。

図1-3 タラワにおける降水量・平均気温



出所：丸善 「理科年表 1995」 丸善 1994

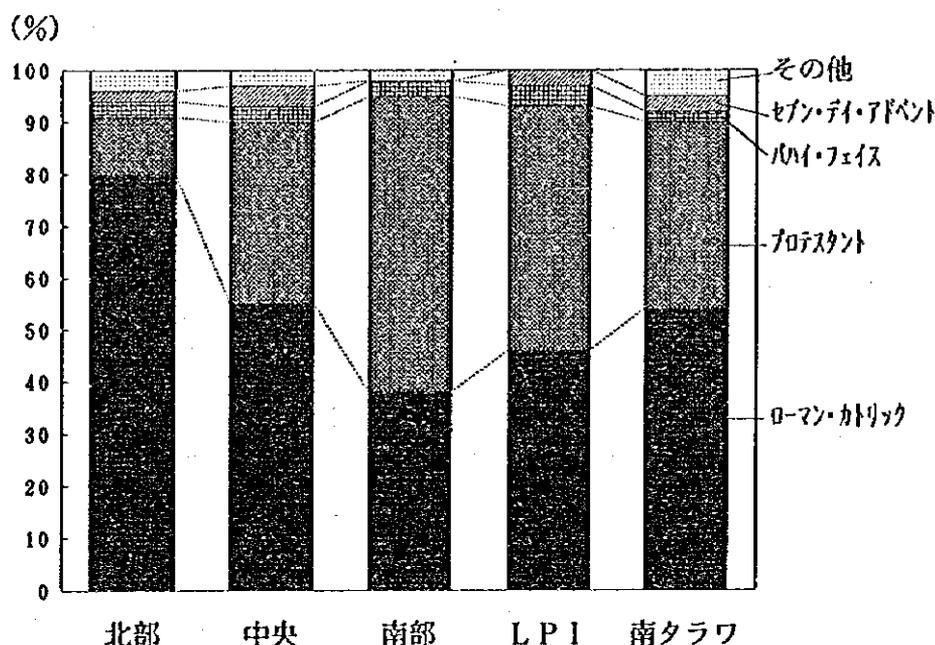
(3) 民族・言語

1975年にそれまで同一の植民地ではあったがポリネシア系民族が居住するエリス諸島が分離し、トゥヴァルとして独立した結果、キリバスはI-KIRIBATIと呼ばれるミクロネシア系民族がほとんどを占める構成となった。ほかに少数ではあるが中国人、ヨーロッパ人、ポリネシア系住民が混在する。公用語は英語であるが、日常会話にはミクロネシア系言語であるキリバス語が使われる。

(4) 宗教

1世紀半前にヨーロッパ人による植民地化が進んで以来、キリスト教はこの国に浸透し、教会が教える生活の規範や道徳観念は、国民生活に不可欠なものとなっている。キリバス人に共通の考え方としてあるのは、宗教と国家の繁栄（開発）とは切り離せないというものである。1990年時点で、全体の52%の人々がローマン・カトリックで、39%がプロテスタント、その他のセクトは10%以下であった。図1-4は地域別のセクト人口比較である。

図1-4 地域別のセクト人口比較 (1990年)



LPI : Line and Phoenix Islands

出所 : UNICEF, The Situation of Children and Women in Kiribati 1991,
UNICEF, 1991 p.28 より作成

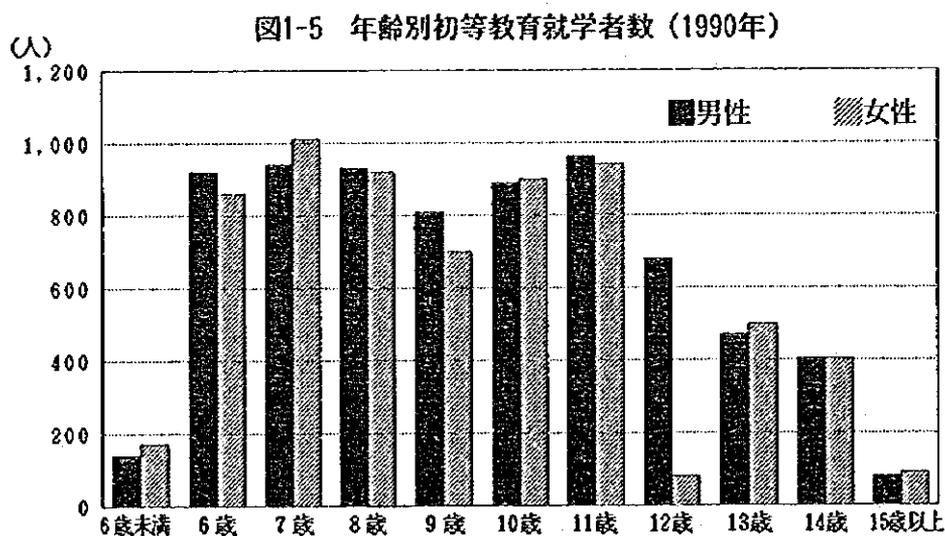
(5) 教育

キリバス国において、教育の重要性は一般大衆へ広く浸透しており、1980年の調査では、15～55歳の成人のうち90%が識字者であった。

1980年に5歳以上の子供に対し義務教育が導入され、初等教育の6年間をはじめ、すべての教育は国からの予算でまかなわれており、無料の教育が提供されている。就学率は高く、1990年時点で就学率は100%を超えていた。100%を超えるのは、中退した子供が再就学するためと、移民の人口が数に入るためである。図1-5に1990年の年齢別就学者数を示す。これによると、8～9歳での学校中退者が多いことがわかる。男女の差はそれほど明確ではない。初等教育は、5～16歳の児童に供給されており、教育省がカリキュラムを作っている。

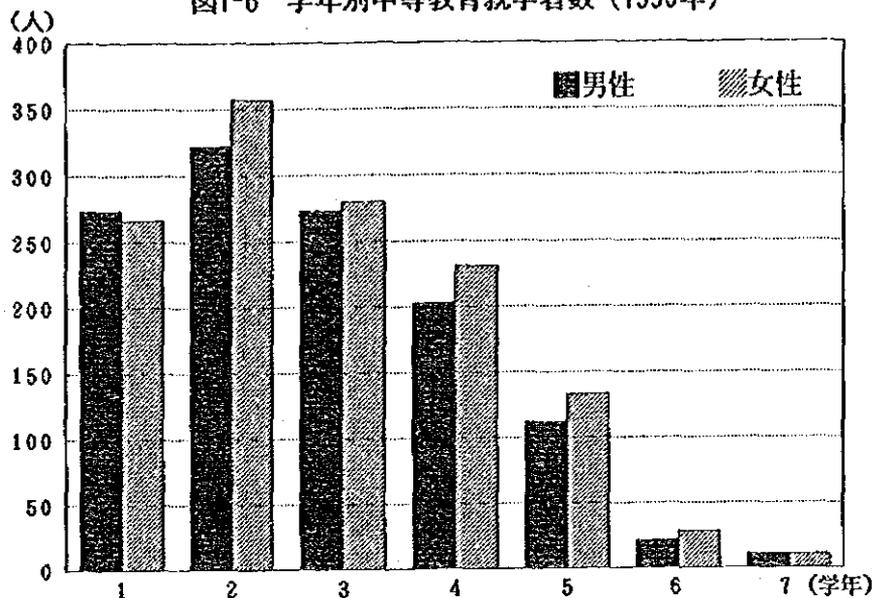
中等教育については、全国に中・高等学校が8校あり、公立の2校を除けば残りの6校はミッション系である。1990年就学率は、男子(48%)、女子(52%)と男女にあまり差はなかった。図1-6に中等教育の就学者数を示す。フォーム3の後に試験があって、試験に合格したものがフォーム4と5に進み、フォーム5の後にまた試験がある。これらの試験に合格しなかったものが中退するため、フォームが高くなるにつれ就学者数が減少している。中等教育に進学するには、試験があって、約2,000人の希望者から200人が選考される。中等教育を終えた段階で、成績の優秀なものは、政府から奨学金をもらって、海外の大学に進学することができる。1990年の例では、20名の学生が海外での大学教育を受ける資格を得ている。進学先として、近隣の南太平洋大学(フィジー)、パプア・ニューギニア大学(PNG)、その他にニュー・ジーランドやオーストラリア、カナダ、ヨーロッパ等の大学がある。

国内の高等教育としてタラワ工科大学、タラワ教師養成学校、海洋訓練学校、看護学校などが南タラワにあり、海外の学校に行く資格が取れなかった学生が主に国内の学校に進学している。



出所：UNICEF, *The Situation of Children and Women in Kiribati 1991*,
UNICEF, 1991 p.26

図1-6 学年別中等教育就学者数(1990年)



出所：UNICEF, *The Situation of Children and Women in Kiribati 1991*,
UNICEF, 1991 p.26

(6) 女性の状況

女性の役割に対する伝統的な考え方は、女性は家において、すべての家族の世話するという典型的なものであった。コミュニティの中で、マニエバ（村の集会所）での村の話し合いの際も、女性が一家の表に出るようなことは女性のすることではないという規範があるので、夫の陰にいて夫を通じて意見を述べるにとどまる。夫は、家を代表し、政治的な力を有するが、家の内事については妻がその全権を握るというものであった。しかしながら、近年そうした伝統的な考え方も少しずつ変わってきている。

女性の政治的な力も、近年強くなってきており、女性のグループ等を結成して、自分たちの意見を政治的に反映させようという動きが出ている。また、開発が進む一方で女性の教育レベルも上がってきていることから、特に都市部で経済的にも自立する女性が増えている。いっぽう、希望する女性の全員が家庭から出て、経済的に自立していけるほどには労働力を吸収する基盤ができていないため、開発の恩恵に預からず、かえって燃料の薪の減少や水の汚染、継承してきた土地の損失などのために生活が苦しくなる女性も増えている。こうした開発のしわ寄せが一番に来るのが女性であるのは、この国においても変わらない。また、都市部で働く女性も、家事を折半するまで男性の意識が変わってきているわけではないので、かえって負担が増えている。中には、家庭の仕事との折り合いがつかず、仕事をやめるケースも出ている。

キリバスの女性が直面しているほかの問題に、家庭内暴力がある。これに関し、詳しいデータがあるわけではないが、最近の都市部におけるアルコールの消費量の増加とともに、

家庭内における夫の妻に対する暴力（ワイフ・ビーティング）の件数が増加している。これら家庭内暴力は法律によって罰せられるのが建前ではあるが、警察は個人的な事象として立ち入らない。

一家の資産相続については、伝統的には長男が一番多く相続する慣習である。実際は、資産は男兄弟で分けられ、姉妹には、資産が全く分けられていないようである。男兄弟の中で親の面倒は見なくてはならず、女の子は基本的に結婚して相手の男性に面倒を見てもらうのだから、資産を分ける必要はないという考え方である。ただし、その土地で取れるものについては、女の子にももらう権利がある。

(7) 政治

1976年7月に英国より独立。政体は共和制で、英連邦に加盟している。大統領が国家元首と政府代表（首相）を兼ねる。内閣は正副大統領のほか、8名以内の大臣及び法務長官より構成されている。政党はない。

地方行政は2行政地区（ギルバート・グループ、ライン・フェニックス・グループ）に分かれ、各有人島に一つアイランド・カウンシルが置かれ地方政治を司っている。多くの島は中央より遠隔であるという悪条件に加え、十分な訓練を受けた職員、技術者の不足などの問題を抱える。

外交政策は、1986年まで、キリバスは外国援助に大きく依存してきたが、現在では外交関係において自立する姿勢を強く取るようになった。旧宗主国の英国は、かつて最大の援助国であり、1980～85年にはキリバス政府の経常予算への財政援助が行われた。しかし、これは86年に打ち切れ、政府は西側諸国を中心に、より多角的な外交を迫られている。また、豪州、ニュー・ジーランドを含む南太平洋諸国との友好関係の維持・強化を基調とし、米国、日本、ドイツなどの西側諸国との友好関係を推進している。

同国は英連邦のほか、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）、アジア開発銀行、アジア太平洋経済社会委員（ESCAP）、ロメ協定のメンバーである。

我が国は1979年7月12日、キリバス共和国独立を即日承認、外交関係を開設した。現在は在フィジー日本大使館の兼轄となっている。1983年には初代駐日大使が日本に信任状を奉呈、現在東京に「キリバス共和国名誉領事室」が開設されている。キリバスが広大な200カイリ水域を有しており、我が国のカツオ・マグロ漁業にとり重要な漁場になっていること、宇宙開発事業団の衛星追跡センターをキリバスのクリスマス島に設置したことなど両国の関係は深い。

(8) 経済

キリバス経済は1979年まで、リン鉱石の輸出を柱としてきた。しかし、1979年にリン鉱石は枯渇し、翌80年にはGDP成長率前年度比マイナス36%を記録、以降それまで黒字であった貿易収支は一転赤字基調となった。国家財政の半分を支えていたリン鉱石税収に代わる財源は、リン鉱石の枯渇に備えて創設された「収入均衡準備基金」からの利子収入等により現在賄われているが、経済開発計画などは外国援助に大きく頼らざるを得ない状況である。

現在の経済は他の太平洋諸国同様第1次産品の輸出に依存しているが、農業部門の果たすGDPへの貢献度は7.9%と低く、これは同国農業が自然条件により大きな制約を受けていることによる。農業生産の4分の3を占めるコブラ生産は唯一の輸出農作物であるが、常に国際価格の変動に影響を受けてきた。一方水産業は、1991年にはGDP構成比10.3%、豊かな海洋資源の開発により将来の中心的産業として期待されている。また、同国は周辺に広大な200カイリ経済水域を持ち、日本や米国等からの入漁料収入はこの国の重要な財源となっている。貨幣経済の中心的役割を果たしているのが、政府、公共企業によるサービス業務であり、1991年にはGDPの32%を占めている。製造部門は手工芸品等で大工場による生産はない。表1-2にキリバスの1989~91年の経済指標を示す。

この表から分かるように、同国のGDP成長率は年による変動が大きい。1990年のGDP成長率は-8.8%であったが、91年には0.4%となった。同国の91年現在のGDP総額は、4,690万豪ドルである。なお、1989年における1人当たりGDPは503豪ドルであった。

表1-2 経済指標 [キリバス]

(単位: () 内)

1) 主要経済指標の推移	年	(1989)	(1990)	(1991)
G D P (百万豪ドル) (注1)		39.8	44.4	46.9
一人当たりGNP (ドル) (注2)		700	400	700
実質GDP成長率 (%) (注1)		1.1	-8.8	0.4
消費者物価上昇率 (%) (注1)		3.9	4.7* ¹	N.A.
失 業 率 (%)		記載なし	記載なし	記載なし
貿易収支 (百万豪ドル)		-22.1	-28.6* ¹	-30.9* ²
輸出額(fob)		6.5	5.5* ¹	3.9* ²
輸入額(fob) (注1)		28.5	34.1* ¹	34.8* ²
主要輸出入相手国 (注3)		輸出 (1988年) オランダ (69.0%) 輸入 (1988年) オーストラリア (43.8%)		
経常収支 (百万豪ドル) (注1)		4.8	11.9* ¹	13.9* ²
対外債務残高 (百万豪ドル)		記載なし	記載なし	記載なし
債務返済比率 (%)		記載なし	記載なし	記載なし
外貨準備高 (百万豪ドル) (注2)		N.A.	N.A.	N.A.
2) 通貨 (注4)	通貨単位: オーストラリアドル (豪ドル) が流通 1 オーストラリアドル (豪ドル) = 86円 (1996年4月19日現在)			
3) 会計年度	記載なし			

*1: 暫定値

*2: 推定値

出所 (注1): E I U, Country Profile: Pacific Islands 1994-1995, E I U, 1994(注2): World Bank, World Development Report 1991-1993, World Bank, 1991-1993(注3): Statistics Office, Kiribati Statistical Yearbook 1988, Ministry of Finance, 1989

(注4): 東京銀行 「東銀経済四季報 冬号」 1995

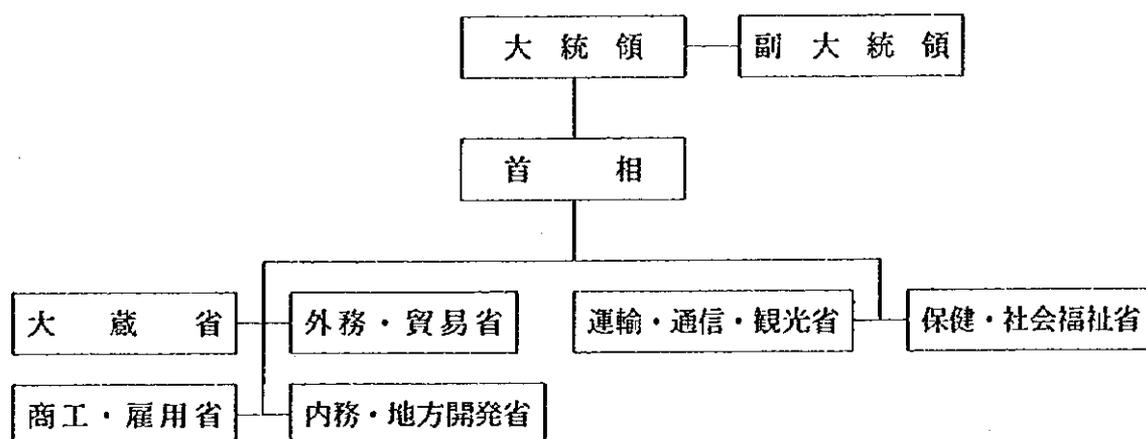
1-2 一般行政と国家開発計画

1-2-1 中央行政

キリバス国は、直接選挙で選出される任期4年の大統領を元首とする共和制国家である。政体は、大統領制だが議員内閣制を合わせたもので、大統領が国家元首と政府代表（首相）を兼ねる。議会は一院制で39議席（うち一人はバナバ島指名議員）、任期は4年である。議会は議員の中から数名の大統領候補を選出し、18歳以上の国民による投票によって大統領を決める。内閣は正副大統領のほか、8名以内の大臣及び法務長官より構成され、大蔵、外務・貿易、運輸・通信・観光、保健・社会福祉、商工・雇用、内務・地方開発の各省が行政機構の中にある（図1-7）。政党はない。

また、キリバスの司法及びその制度は基本的に旧宗主国である英国の法令に基礎を置いており、地方裁判所、高等裁判所及び控訴審からなる。

図1-7 国家行政組織図（1993年現在）



出所：国際協力事業団 「国別協力情報ファイル キリバス共和国」 国際協力事業団 1994

1-2-2 地方行政

地方行政は、大きく二つのグループに分かれる。ギルバート・グループは人口の58%を含み、南タラワ（ギルバート・グループに含まれ人口の35%が居住しているが、地方行政には含まれない）を除くタラワ島及び周辺の島の15のアイランド・カウンシルから成る。もう一つのグループはライン・フェニックス・グループで、このグループの人口は全体の6.6%でしかない。ほとんどが無人島で、人が住んでいる島は、ワシントン、ファニング、クリスマス、カントンの4島である。

ギルバート・グループのアイランド・カウンシルを統括しているのは、内務・地方開発省であり、ライン・フェニックス・グループの統括をしているのは、ライン・フェニックス

ス開発省である。キリバスが島国であるという地理的条件から、各アイランド・カウンシ
 予算も人口に応じて割り当てられている。表1-3 に島ごとの人口等を示した。特に地方の
 開発プロジェクトのサポートを目的に、内務・地方開発省の中に地方計画ユニット
 (Rural Planning Unit) が設置されている。

表1-3 島ごとの人口・面積・人口密度

(単位：() 内)

島名	人口 (人)	全体に占める 割合 (%)	面積 (km ²)	人口密度 (人/km ²)
ギルバート・グループ				
バナバ	284	0.39	6.29	45
マキン	1,762	2.44	7.89	223
ブタリタリ	3,774	5.22	13.49	280
マラケイ	2,863	3.96	14.13	203
アバイアン	5,233	7.23	17.48	299
北タラワ	3,648	5.04	15.26	239
マイアナ	2,180	3.01	16.72	130
アベママ	3,218	4.45	27.37	118
クリア	990	1.37	15.48	64
アラヌカ	1,002	1.39	11.61	86
ノノウティ	2,814	3.89	19.85	142
北タビテウエア	3,201	4.43	25.78	124
南タビテウエア	1,331	1.84	11.85	112
ベル	2,909	4.02	17.65	165
ニクナウ	1,994	2.76	19.08	105
オノトア	2,100	2.90	15.62	134
タマナ	1,385	1.91	4.73	293
アロラエ	1,440	1.99	9.48	152
小計	42,128	58.24	269.76	156
南タラワ	25,380	35.09	15.76	1,610
計(a)	67,508	93.33	285.52	236
ライン・フェニックス・グループ				
ワシントン	936	1.29	9.55	98
ファニング	1,309	1.81	33.73	39
クリスマス	2,537	3.51	388.39	7
カントン	45	0.06	9.15	5
計(b)	4,827	6.67	440.82	11
合計=(a)+(b)	72,335	100.00	726.34	100

出所：Government of Kiribati, Kiribati Population Census 1990,
 Government of Kiribati, 1990 p.30
 および Statistics Office, Report on the 1990 Census of Population,
 Ministry of Finance, 1993 より作成

1-2-3 国家開発計画の概要

1-2-3-1 既往の開発計画

表1-4 既往の開発計画

計 画 名	期 間	概 要
第1次国家開発計画	1970～	記載なし
第2次国家開発計画	1971～73年	記載なし
第3次国家開発計画	1973～78年	記載なし
第4次国家開発計画	1979～82年	独立後最初の開発計画。独立後の文化の保存、リン鉱石枯渇後の経済再建、人口増加問題の解決、外交基本方針の設定を国策をする。
第5次国家開発計画	1983～86年	記載なし
第6次国家開発計画	1986～91年	「キリバス国民の医療、教育、雇用及び生存の持続的開発」を目的に、人口問題を考慮しつつ将来を見据えた天然資源開発に取り組む。

出所：Government of Kiribati, 6th National Development Plan 1987-1991,
National Planning Office Ministry of Finance and Economic Planning,
Government of Kiribati, 1988

1-2-3-2 現行の開発計画

同国政府は、1992年より5カ年間の第7次開発計画（1992～95年）を実施した。概要は以下のとおりである。

(1) 目標

- 1) 実質年率5%以上の経済成長を達成する。
- 2) 経済的自立と雇用創出のため、生産の多様化を進める。
- 3) 国民の生活環境と福祉の向上を図る。
- 4) 国家の経済的、財政的安定に努める。

(2) 主要政策

国家開発計画目標達成のための具体的政策は以下のとおりである。

1) 産業振興

輸入代替と輸出の促進のため、国内生産資源を活用した産業を推進する。漁業、農業、軽工業、観光がその対象となる。

2) 民営化

民間企業の育成のため、公社を民営化する。これに伴い、国内の投資家・企業家を支援するため、資金貸付制度などを準備する。

3) 優遇処置

生産力の高い産業について優遇処置をとる。具体的には国内生産の拡大と多様化を図るため、低利での長期の資金貸付などの措置をとる。

4) ライン・フェニックス諸島の開発

国土の約60%にあたる面積を有しながら人口では全体のわずか5%を占めるにすぎないこの地域の、観光資源を開発し、かつ軽工業の育成に努める。移住計画もすでに進行中であり、開発の可能性は期待できる。

5) 国内資本の活用

わずかな国内資金さえもが海外投資に回されている現状を回避する必要がある。国内貯蓄を増やし、生産部門の資本として活用していく。

6) 財政改善

課税体制の強化、公社の組織改革により、財政の均衡化を図る。

7) 地方開発

周辺諸島の開発と農村部の生活基盤の整備を図る。また、税制優遇措置により周辺地域への直接投資を奨励する。

8) 人口抑制

キリバスの人口は年率2.3%で増加しているが、これは土地や資源が許容できる範囲を近い将来越えることを意味している。北部ライン諸島への移住計画も進められているが、家族計画などの対策を講じる必要がある。人口が増大する一方で、技術者は依然として不足しているため、人材教育のための計画も予定されている。

9) 環境保全

持続可能な成長のための環境保護を図る。具体的には、漁獲の制限、マングローブ林と土壌の保護、海洋汚染の防止を目指す。また、学校教育やメディアを通じて環境保護に対する意識を高める。

第1編 参考資料一覧

- ・国際協力事業団 「国別協力情報ファイル キリバス共和国」 国際協力事業団 1994
- ・国際協力事業団 「任国情報 キリバス共和国」 国際協力事業団 1992
- ・東京銀行 「東銀経済四季報 冬号」 東京銀行 1995
- ・丸善 「理科年表 1995」 丸善 1994
- ・E I U, Country Profile: Pacific Islands 1994-1995, E I U, 1994
- ・Government of Kiribati, Kiribati Population Census 1990,
Government of Kiribati, 1990
- ・Government of Kiribati, 6th National Development Plan 1987-1991,
National Planning Office Ministry of Finance and Economic Planning,
Government of Kiribati, 1988
- ・Government of Kiribati, 7th National Development Plan 1992-1995,
National Planning Office Ministry of Finance and Economic Planning,
Government of Kiribati, 1992
- ・Ministry of Health, Family Planning and Social Welfare, The 3rd National
Health Family Planning and Social Welfare Plan 1992-1995, MHF P SW, 1991
- ・Statistics Office, Kiribati Statistical Yearbook 1988,
Ministry of Finance, 1989
- ・Statistics Office, Report on the 1990 Census of Population,
Volume 1 : Basic Information and tables, Ministry of Finance, May 1993
- ・World Bank, Health Promotions and Options in the Pacific Member Countries,
World Bank, 1994
- ・World Bank, World Development Report, World Bank, 1991-94
- ・UNICEF, The Situation of Children and Women in Kiribati 1991,
UNICEF, 1991

第2編 保健・医療行政

キリバス国の保健・医療行政は、保健・家族計画・社会福祉省 (Ministry of Health, Family Planning and Social Welfare: MHF P SW、以下保健省とする) が統括しており、国の保健政策を決定し、医療サービスの供給や管理を行っている。地方の保健・医療行政については、地方分権化が進められており、地方の医療施設の維持・管理など部分的には地方政府 (アイランド・カウンシル) が責任を負っているが、医薬品や医療機材の供与、患者の移送、医療従事者のトレーニングなど、まだほとんどの部分に関しては、中央政府がその責任を負っている。

2-1 中央保健・医療行政と保健医療計画

2-1-1 中央保健・医療行政

図2-1にキリバス中央政府の保健医療行政組織図を示す。

中央の保健省の職員及び大臣以下総勢定員は 406名である。保健大臣は保健省の長として基本政策策定を行い、その下に次官 (Secretary) がおり実施計画策定の責任を負っている。次官の下に実施部門の総括である保健総局長がおり、実施部門は、予防・公衆衛生局、医療局、看護局、歯科局及び事務局にわかれ、各々に公衆衛生局長、医療局長、総婦長、歯科局長、事務局には次官補を長に持つ。予防・公衆衛生部は更に予防衛生部各課 (衛生及び環境衛生、母子保健、家族計画、非感染症対策、下痢症対策、感染症、人材開発)、健康教育課、医療情報センター課など、全部で11の課にわかれている。医療局とは、トゥンガル病院のことであり、そのなかに検査課、専門診療課、薬剤部、リファレル課、保健統計課などがある。

一方、地方においてはヘルス・センターを各島に1カ所、ディスペンサリー・クリニックを各島の人口規模に応じて2～5カ所設置してプライマリー・ヘルス・ケアを全国民に供給している。

各々の部の機能と役割は以下のとおりである。

(1) 予防・公衆衛生局 (部)

予防・公衆衛生局は、家族計画プログラム、母子保健プログラム、予防接種プログラム、基本的衛生/水供給プログラム、栄養/食料供給プログラム、感染症対策プログラムの各プログラムの責任を負っている。この部の長は公衆衛生局長で、その下に医務官 (4)、地方看護婦長 (6)、上級看護婦 (2)、準医師 (25)、看護婦 (57)、上級調査官 (1)、調査官 (2)、調査官補 (5)、衛生士 (2) が従事している。地方においては、24のディスペンサリー・クリニックと51のヘルス・センターがサービス供給場所となっている。

予算は、1991年の時点で 512,350豪ドルであったが、その内 362,061豪ドル (70%) が人件費であった。残りの30%は、旅費、医薬品費、機材費であった。

この部では、プライマリー・ヘルス・ケアの強化を目標に置き、プライマリー・レベルの医療機関における各対策プログラムの統合に重きをおいている。また、コミュニティーに存在する村落福祉グループ(Village Welfare Group, VWG)の強化を図り住民参加を活発にしていくことを戦略としている。

(2) 医療局

医療局は、高次病院機能やコンサルテーション・サービス、感染症の治療、非感染症対策、伝統医療などのサービスに責任を負っている。特に伝統医療の調査は、特別プログラムとして、1991年より医療局の活動に加えられている。この局の問題は、臨床医の不足である。また、病院紹介システムについても、最近のCBラジオ・ネットワークの老朽化により機能が落ち始めている。

医療局では、第一次医療を支える高度医療の提供を目的とし、感染症および非感染症の診断・治療の質をあげることを目指している。

(3) 看護局

キリバスにおいて看護婦は、医療サービスの供給に一番重要な役割を果たしている。看護局は看護婦の質の向上、人材開発の計画策定、看護婦の福祉の向上を目的としている。看護局は、上から総婦長(1)、総婦長補佐(1)、地方看護婦長(6)、看護学校の婦長(1)、病院の婦長(1)、その下に上級看護婦(27)、看護婦(164)から構成されている。そのほかに準医師が地方の各ヘルス・センターに1名ずつ配置されている。この準医師は、医師と看護婦の中間に位置している。

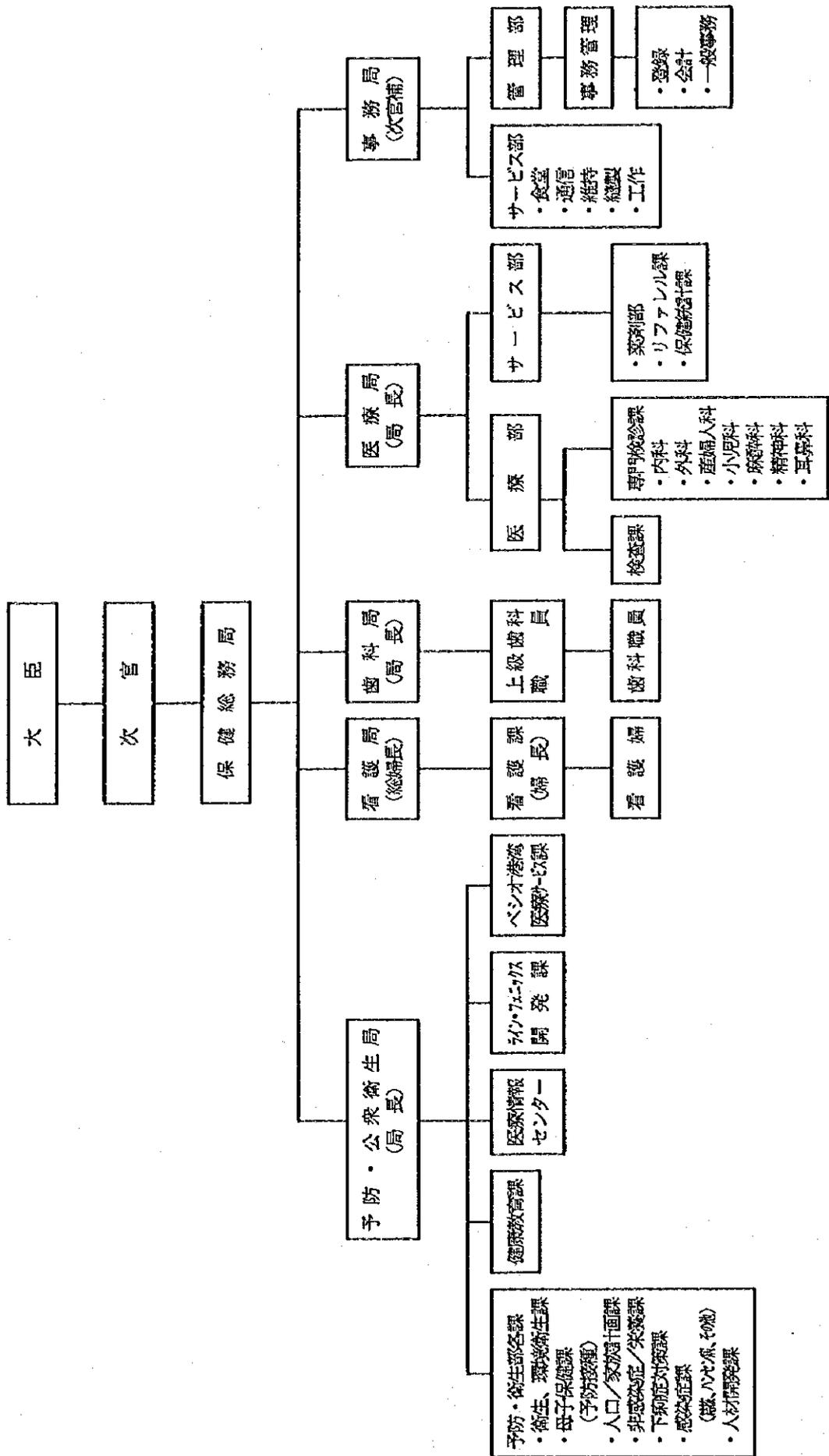
(4) 歯科局

歯科局は、南タラワ、ベシオ、とクリスマス島においてのみ歯科サービスを行っている。その他の島においては、準医師に歯科サービスの基本的な予防歯科および外科のトレーニングを行い、歯科医師の代用としている。歯科医師および歯科関連の技術者からなる歯科局のグループは、一年半に一度各島を順番に訪問し歯科サービスを提供しなければならないとなっている。歯科局は、上から、歯科局長(1)、上級歯科職員(1)、歯科職員(2)、上級歯科治療士(1)、歯科治療士(3)、上級歯科技巧士(1)、歯科技巧士(1)、歯科助手(3)から構成されている。

(5) 事務局

事務局は、会計や一般事務など総務的な仕事を行っている管理部と、病院の食堂、病院の維持・管理、通信などのサービスを行っているサービス部にわかれている。

図2-1 保健医療行政組織



出所：保健省提供資料

2-1-2 中央保健医療計画

キリバス共和国は、現在第7次国家開発計画（1992～95年）が終了した時点であるが、第8次開発計画は、まだ発表されていない。第7次国家開発計画の主要政策は、1) 産業振興、2) 民営化、3) 生産力の高い産業についての優遇措置、4) ライン・フェニックス諸島の開発、5) 国内資本の活用、6) 財政改善、7) 地方開発、8) 人口抑制、9) 環境保全等であった。

第3次国家保健計画（1992～95年）は、第2次国家保健計画（1987～91年）を継承し、また、第7次国家開発計画の一部を担うものであった。プライマリー・ヘルス・ケア政策に基づき、「2000年までにすべてのキリバス人に健康を」を基本方針として定めている。

具体的目標としては、コミュニティの参加を通じて、持続的かつ適切な保健・福祉サービスを提供し、1995年の末までに少なくとも90%の住民が健康で生産的な生活を送ることができることを目指すとしている。この目標に対する戦略として、プライマリー・ヘルス・ケア・アプローチを挙げている。

これらは以下の三つの活動を通じて達成されようとしている。

- 1) コミュニティーのセルフ・ヘルプのための組織を再活性化する。
- 2) 医療、家族計画、社会福祉サービスのためのインフラの維持や向上を図る。
- 3) 中央においては、医療、家族計画、社会福祉サービス供給をプログラムに沿ったかたちで行うことを強調し、コミュニティ・レベルではこれらのサービスの統合を促進して、これらサービスの効果の強化を図る。

第2次国家保健計画になかった分野として、伝統医療の活用とスポーツの奨励が第3次国家保健計画には付け加えられている。

伝統医療の分野では、「伝統医療は、キリバスの文化である。」として前向きにとらえ、プライマリー・ヘルス・ケアとの統合をしていきたいとしている。そのために、ガイドライン作りや、薬草の学術調査を行いそれを体系化し、他国の伝統医学との交流を図り質の向上を目指すとしている。

スポーツ分野に関しては、スポーツのための施設作り、スポーツ競技会の開催、コーチの養成などを通じてスポーツの奨励を全国的に行い、国民の健康の増進に役立てたいとしている。

2-1-3 中央保健医療セクターの財政

キリバス共和国において、保健医療サービスは公的部門で供給されているので、財政に関しても公的部門のみを検討する。キリバスの予防・治療費はすべて国家負担であり、保健医療費の財源は保健省の予算および一部入院宿泊費収入のみである。

キリバスの保健財政は、政府の経常予算と海外の援助による開発予算からなっている。経常予算の歳入に関して、医療保健セクター独自の歳入はほとんどないと言ってよく、保健省支出全体の0.5%程度である（表2-1）。

表2-1 に1967～92年の政府医療費支出と歳入の変化を示す。

国全体の政府支出に占める医療保健セクターの支出割合は、1970年から伸びており、90年の初めには15%に達した。具体的には、1992年の保健省予算は 3,878,500豪ドルで、国家予算（総支出）の15.4%を占めていた。これに準じて一人当たりの保健支出も伸びており、91年には17.5豪ドルであり、70年代中頃の約2倍に増えている。GNPに対する保健支出も1970年代から順当に伸びており、91年には 8.4%に伸びている。これは、日本や韓国の値より高い値である。

表2-1 政府医療費支出と歳入の変化（1967～92年）

（単位：（）内）

年	政府経常 費総支出 (千ドル)	保健省 経常支出 (千ドル)	保健省の 全額に 対する 割合(%)	政府歳入 総額 (千ドル)	保健 省 歳入 (千ドル)	保健省歳入の 全額に 対する 割合(%)	保健省歳入の 支出に 対する 割合(%)	一人 当 りの 保 健 支 出 (豪ドル)	GDPに 対する 保 健 支 出 (%)
1967	2,310.4	204.7	8.9	-	-	-	-	9.3	-
1968	2,323.9	262.6	11.3	-	-	-	-	10.8	-
1969	2,559.4	258.5	10.1	-	-	-	-	9.9	-
1970	3,545.5	351.0	9.9	-	-	-	-	11.9	-
1971	3,613.6	397.5	11.0	-	-	-	-	12.4	-
1972	-	440.0	-	-	-	-	-	12.8	-
1973	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1974	13,110.4	610.9	4.7	-	-	-	-	12.7	-
1975	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1976	12,158.9	845.5	7.0	14,660.3	19.5	0.13	2.3	13.9	-
1977	13,605.4	915.4	6.7	12,305.5	16.3	0.13	1.8	13.3	-
1978	12,876.8	997.2	7.7	13,091.8	17.3	0.13	1.7	13.0	-
1979	15,632.0	1,153.0	7.4	17,649.0	-	-	-	13.9	3.0
1980	14,363.0	1,482.0	10.3	16,856.0	-	-	-	14.9	6.0
1981	15,065.0	1,735.0	11.5	16,046.0	-	-	-	16.2	6.8
1982	16,016.0	1,811.0	11.3	16,356.0	-	-	-	15.6	6.3
1983	16,052.0	1,721.0	10.7	16,965.0	10.4	0.06	0.6	13.5	5.7
1984	15,769.0	1,653.0	10.5	15,783.0	13.3	0.08	0.8	12.4	4.9
1985	16,815.0	1,691.0	10.1	19,124.0	12.4	0.06	0.7	11.8	5.2
1986	16,635.0	1,956.0	11.8	13,740.0	12.0	0.09	0.6	12.4	5.4
1987	17,530.0	2,163.0	12.3	17,756.0	10.1	0.06	0.5	12.9	5.8
1988	18,029.0	2,230.7	12.4	18,560.0	17.6	0.09	0.8	12.5	5.2
1989	22,130.3	2,456.6	11.1	15,531.7	17.6	0.11	0.7	12.9	5.7
1990	19,495.2	2,849.9	14.6	21,020.2	19.5	0.09	0.7	13.9	6.6
1991	24,436.9	3,923.6	16.1	31,682.4	20.5	0.06	0.5	17.5	8.4
Est. 1992	25,227.6	3,878.5	15.4	25,227.6	21.0	0.08	0.5	15.9	7.8

出所：大蔵省提供資料、世界銀行の資料より作成

(1) 経常費

保健経常予算（支出）の項目別内訳を見たのが、表2-2である。1992年の推計で、主な支出として人件費（国内医療従事者の俸給と海外からの医師の俸給）や手当類にかかった支出が38.3%、医薬品に21.8%、旅費とトランスポートに15.8%、電気・水道に5.8%であった。1970年代と比べると、人件費関連の支出が下がり、医薬品、輸送、水道・電気関連の支出が伸びてきているのがわかる。

また、1991年における保健経常予算（支出）を施設別に見たのが、表2-3である。この表からわかるように、施設別に見ると、保健支出の約半分はトゥンガル中央病院（第3次医療施設）での支出であり、第1次医療施設（離島の医療施設と南タラワクリニック）にかかる支出は全体の27%であった。また、都市部と地方部にわけると、都市部が全体予算の60%、地方部が20%を使っており、都市と地方に格差があることがわかる。全体の19%は、保健省のアドミニストレーションに使われている。

表2-2 保健予算（支出）の項目別内訳（1961～92年） 【その1】
（単位：千豪ドル、割合は%）

年	人件費	海外からの 医師の俸給	医薬品費・ 衛生材料費	旅費・輸送費	入院患者経費
1961	66.8(55.4)	0.0(0.0)	18.2(15.1)	3.0(2.5)	23.0(19.1)
1976	435.8(51.5)	0.0(0.0)	39.7(4.7)	79.6(9.4)	180.2(21.3)
1977	498.1(54.7)	0.0(0.0)	85.6(9.4)	96.2(10.6)	116.7(12.8)
1978	579.3(58.1)	0.0(0.0)	100.0(10.0)	94.0(9.4)	109.1(10.9)
1983	827.4(49.3)	0.0(0.0)	296.8(17.7)	271.3(16.2)	143.6(8.6)
1984	795.0(48.3)	0.0(0.0)	338.2(20.5)	266.9(16.2)	92.4(5.6)
1985	807.6(47.7)	0.0(0.0)	340.0(20.1)	264.2(15.6)	138.0(8.1)
1986	871.2(44.7)	0.0(0.0)	302.8(15.5)	448.4(23.0)	117.3(6.0)
1987	998.9(44.0)	0.0(0.0)	357.2(15.7)	336.6(14.8)	136.8(6.0)
1988	1,032.9(37.0)	0.0(0.0)	884.1(31.7)	354.6(12.7)	146.0(5.2)
1989	1,136.8(38.1)	0.0(0.0)	700.0(23.5)	393.1(13.2)	160.5(5.4)
1990	1,323.5(45.2)	0.0(0.0)	533.9(18.2)	407.8(13.9)	220.2(7.5)
1991	1,382.6(34.8)	93.0(2.3)	856.2(21.6)	739.5(18.6)	301.3(7.6)
Est 1992	1,404.7(37.2)	40.0(1.1)	825.0(21.8)	596.5(15.8)	291.9(7.7)

注：（ ）内は全体に占める割合

出所：大蔵省提供資料と聞き取り

表2-2 保健予算(支出)の項目別内訳(1961~92年) (その2)
(単位:千豪ドル、割合は%)

年	海外での患者治療費	電気・水	施設・機材	リフォーム・新しい機材	WHO援助	トレーニング手当て・教材
1961	0.0(0.0)	0.0(0.0)	0.0(0.0)	1.0(0.8)	0.0(0.0)	0.1(0.1)
1976	0.0(0.0)	35.7(4.2)	34.9(4.1)	10.0(1.2)	0.0(0.0)	13.2(1.6)
1977	0.0(0.0)	31.5(3.5)	30.7(3.4)	7.8(0.9)	0.0(0.0)	16.3(1.8)
1978	0.0(0.0)	36.0(3.6)	31.7(3.2)	3.5(0.4)	0.0(0.0)	16.3(1.6)
1983	0.0(0.0)	81.7(4.9)	23.8(1.4)	10.9(0.6)	0.0(0.0)	14.1(0.8)
1984	0.0(0.0)	74.1(4.5)	33.0(2.0)	10.4(0.6)	9.1(0.6)	17.6(1.1)
1985	0.0(0.0)	72.0(4.2)	25.0(1.5)	5.8(0.3)	24.0(1.4)	5.5(0.3)
1986	0.0(0.0)	140.1(7.2)	12.8(0.7)	5.3(0.3)	34.1(1.7)	9.5(0.5)
1987	0.0(0.0)	130.6(5.8)	11.7(0.5)	18.7(0.8)	37.2(1.6)	6.1(0.3)
1988	0.0(0.0)	202.3(7.2)	58.0(2.1)	15.3(0.5)	40.3(1.4)	5.2(0.2)
1989	0.0(0.0)	175.0(5.9)	91.5(3.1)	21.0(0.7)	39.0(1.3)	12.6(0.4)
1990	0.0(0.0)	180.0(6.1)	32.0(1.1)	34.5(1.2)	42.4(1.4)	10.2(0.3)
1991	0.0(0.0)	264.3(6.7)	41.8(1.1)	51.7(1.3)	42.0(1.1)	21.7(0.5)
Est 1992	0.0(0.0)	219.0(5.8)	47.5(1.3)	40.5(1.1)	42.0(1.1)	34.7(0.9)

注：()内は全体に占める割合
出所：大蔵省提供資料と聞き取り

表2-2 保健予算(支出)の項目別内訳(1961~92年) (その3)
(単位:千豪ドル、割合は%)

年	事務諸経費	作業療法・ハンセン病	母子保健・公衆衛生	NGOへの無償援助	医療費総支出
1961	0.1(0.1)	1.0(0.8)	0.0(0.0)	0.0(0.0)	120.6
1976	13.5(1.6)	0.1(0.0)	0.7(0.1)	2.3(0.3)	845.5
1977	14.1(1.5)	0.3(0.0)	3.1(0.3)	5.0(0.5)	911.4
1978	15.0(1.5)	0.2(0.0)	3.1(0.3)	9.0(0.9)	997.2
1983	9.2(0.5)	0.2(0.0)	-	-	1,679.0
1984	9.5(0.6)	0.5(0.0)	-	-	1,646.6
1985	8.0(0.5)	0.5(0.0)	-	-	1,694.6
1986	11.8(0.6)	0.4(0.0)	-	-	1,949.2
1987	0.0(0.0)	0.5(0.0)	-	-	2,268.1
1988	39.6(1.4)	0.18(0.0)	-	-	2,792.1
1989	33.5(1.1)	0.5(0.0)	-	-	2,983.5
1990	33.7(1.2)	-	-	-	2,929.0
1991	60.1(1.5)	-	-	-	3,970.3
Est 1992	43.0(1.1)	-	-	-	3,781.1

注：()内は全体に占める割合
出所：大蔵省提供資料と聞き取り

表2-3 施設別経常支出内訳 (1991年)

(単位：千豪ドル、割合は%)

	離島の 医療施設	南アフリ クリニック	トンガ 中央病院	保健省 一般	経常費 総支出	全体に占 める割合
1. 俸給	246.2	61.3	451.3	320.6	1,079.4	
2. 手当	14.1	6.1	65.8	46.8	132.8	
3. 報酬・謝金	-	-	195.9	21.8	217.7	
4. 賃金	-	-	36.6	36.6	73.2	
5. 臨時・パート医員にかかる費用	-	-	39.4	-	39.4	
6. エンフォーム	4.8	0.8	13.9	1.6	21.2	
I. 人件費計	265.1	68.2	803.0	427.4	1,563.7	42.1
1. 作業療法	-	-	1.4	-	1.4	-
2. 食料	-	-	308.7	-	308.7	-
3. 患者必要費用	1.8	-	33.8	-	35.6	-
4. 医薬品・衛生材料	221.7	168.0	497.4	-	887.1	-
5. 医療機器	3.4	0.4	7.4	-	11.2	-
6. 海外での患者治療費	-	-	16.2	-	16.2	-
II. 医療費計	226.8	168.4	865.0	0.0	1,260.2	34.0
1. 旅費・トランスポート	212.9	10.6	101.1	101.1	425.8	-
2. 海外旅費	-	-	-	25.0	25.0	-
3. 車両費	29.1	12.6	11.3	18.2	71.2	-
III. 旅費計	242.0	23.3	112.4	144.3	522.0	14.1
1. 電気・水道代	-	5.1	98.7	18.3	122.1	-
2. 放送費	1.2	-	-	6.8	8.0	-
3. テレコム費	2.9	0.7	34.4	34.4	72.4	-
4. 施設維持費	-	-	27.7	1.5	29.2	-
5. 機器維持費	-	-	21.2	2.4	23.5	-
IV. 電気・水・維持費計	4.1	5.9	181.9	63.3	255.2	6.9
1. 国外トレーニング費	-	-	-	17.5	17.5	-
2. 本・雑誌	-	-	-	3.8	3.8	-
V. 人材育成費計	0.0	0.0	0.0	21.3	21.3	0.6
1. その他事務費	11.7	1.8	12.5	17.5	43.4	-
2. 娯楽	-	-	-	5.3	5.3	-
3. WHO援助	-	-	-	40.8	40.8	-
VI. その他の支出計	11.7	1.8	12.5	63.6	89.5	2.4
合計	749.7	267.5	1,974.8	719.9	3,711.9	100.0
全体に占める割合	20.2	7.21	53.2	19.4	100.0	-

出所：保健省提供資料と聞き取り

(2) 開発費

表2-4 に1989～91年における開発費支出の変化を示した。1991年に日本の無償資金協力があつたため、この年の開発支出は飛躍的に伸びている。この日本の援助を除いても、この3年間に開発費の支出は250万豪ドルとなつており、同じ3年間の経常費支出の21.6%にもなつている。この1991年の日本の援助を入れたら、同じ時期の経常費支出の1.3倍の支出になる。

日本以外のドナーでは、WHO、UNFPA、UNICEF、UNDPの国際機関で全体の開発費の約半分を拠出している。二国間では、英国、オーストラリアが多かつた。開発予算をタイプ別に見ると、保健省がプライオリティーをおいている12のプログラムに全体の61%、その他のプログラムに31%、施設の建設や機材に8%が使われている。1991年において予算が多かつたプログラムはビタミンA予防プログラム、医療システム開発プログラム、歯科プログラムとAIDS予防プログラムであつた。1996年以降は、大きな予算がアジア開発銀行より安全な水供給/環境衛生プログラムに拠出される予定である。

表2-4 開発費支出 (1989~91年)
(単位:千豪ドル、割合は%)

	1989年	1990年	1991年	支出の合計 1989~91年	全体に占 める割合
I. キリバス政府1992-95 プライマリー・プログラム					
A. 家族計画と人口政策	68,714	31,628	15,755	116,097	4.7
B. 母子保健	74,037	5,352	47,435	126,824	5.1
C. 予防接種	3	5	16,164	16,172	0.6
D. 基本的衛生と水供給	51,118	31,052	53,360	135,530	5.4
E. 感染症対策	23,361	117,631	76,965	217,957	8.7
F. 栄養疾患対策	1,844	17,495	245,908	265,247	10.6
G. 失明・眼疾患治療	169,497	39,175	19,334	228,006	9.1
H. 非感染症対策	0	0	34,997	34,997	1.4
I. 伝統医療	3,720	0	3,450	7,170	0.3
J. 歯科保健	86,753	121,292	100,450	308,495	12.4
K. マネジメント/システム開発	0	27,303	45,296	72,599	2.9
L. 医療情報システム開発	0	0	0	0	0.0
II. その他のプログラム					
M-1 必須医薬品	0	5	5,361	5,366	0.2
2 医療システム開発	179,246	202,045	156,687	537,978	21.6
3 形成外科チーム	40,000	40,000	20,000	100,000	4.0
4 医療と家族福祉	0	0	18,305	18,305	0.7
5 医師による治療医療	0	0	55,523	55,523	2.2
6 無料医療	55,550	0	0	55,550	2.2
III. 施設と機材					
N-1 手術室屋根	8,700	0	8,700	17,400	0.7
2 医学書	0	4,103	8,103	12,206	0.5
3 ベンオ病院改修	458	0	0	458	0.0
4 歯科保健施設/機材	0	46,925	10,000	56,925	2.3
5 トゥンガル中央病院	2,613	18,081	10,007,601	10,028,295	-
6 ソーラー冷蔵庫	0	51,912	0	51,912	2.1
7 検査機器	53,284	0	0	53,284	2.1
全 支 出	818,898	754,004	10,949,394	12,522,296	100.0

出所: キリバス政府 開発予算 1992

2-2 地方保健医療行政と保健計画

2-2-1 地方保健医療行政機構と地方保健計画

キリバスの保健医療行政の地方分権化は始まったばかりである。したがって、地方において特に医療保健行政の責任所管といったものはなく、島の自治的政治機構であるアイランド・カウンシルがその責任所管となっている。現在、アイランド・カウンシルが責任を負っているのは、看護婦補佐（ナース・エイド）と衛生エイド（サニタリアン・エイド）の俸給と島の医療施設及び機材の維持・管理である。

2-2-2 地方保健医療計画と予算

医療サービスの地方分権化は進んでおらず、また、医療サービス自身中央のトゥンガル中央病院に大きく依存しており、地方保健医療計画といったものはない。

保健財政については、先にも述べたように、看護婦補佐と衛生士エイドに対する俸給、及び医療施設・機材の維持管理費を島ごとのアイランド・カウンシルが支出している。1991年の統計で、これらアイランド・カウンシルの保健支出は、全体で87,000豪ドルであり、全体の保健支出の2.5%を占めていた。しかしながら、島ごとに保健支出の地方予算に対する割合を見てみると、島ごとにまちまちで、多い所では、南タラワの22%からいくつかの島では6%以下となっている（表2-5）。

表2-5 に1990、92年の島ごとの医療支出と、表2-6 に同じく1990、92年の島ごとで雇用している医療従事者の俸給への支出を島ごとに示す。この表2-6 より、各島ごとで雇用している医療従事者に対する俸給が島ごとにまちまちであることがわかる。

表2-5 アイランド・カウンシル別支出 (1990、92年)

(単位：豪ドル、割合は%)

島名	全支出		経常費総支出		保健経常費 総支出		保健経常費支出の(政府) 経常費総支出に対する割合	
	実際 1990年	推定 1992年	実際 1990年	推定 1992年	実際 1990年	推定 1992年	実際 1990年	推定 1992年
マシ	47,773	72,762	31,485	34,762	2,026	2,760	6.4	7.9
タリタリ	80,652	91,954	54,983	55,081	8,874	6,366	16.1	11.6
マキ	80,883	94,806	56,809	58,124	3,188	3,780	5.6	6.5
アバソ	121,820	149,560	58,054	82,358	2,698	4,549	4.6	5.5
北タリ	42,436	78,684	40,009	61,884	4,136	10,405	10.3	16.8
マタ	70,421	84,832	47,961	52,332	3,850	4,145	8.0	7.9
アバ	77,270	71,826	57,457	56,304	3,535	8,251	6.2	14.7
タリ	35,043	34,942	26,024	28,058	1,569	1,802	6.0	6.4
アバカ	34,084	69,217	20,206	23,322	1,597	1,991	7.9	8.5
ノタ	87,661	76,944	48,740	59,034	4,142	5,432	8.5	9.2
北タリ	29,049	40,586	23,005	25,886	2,249	2,333	9.8	9.0
南タリ	29,049	40,586	23,005	25,886	2,249	2,333	9.8	9.0
バ	77,580	80,728	46,216	50,115	2,533	1,921	5.5	3.8
タリ	51,583	57,068	34,164	37,406	2,898	2,858	8.5	7.6
タリ	46,407	68,187	383,465	46,765	4,553	6,196	11.8	13.2
タリ	49,944	51,160	28,207	32,678	2,071	2,052	7.3	6.3
アバ	41,864	51,432	27,496	30,300	1,532	2,443	5.6	8.1
南タリ	115,056	145,473	105,538	126,823	23,371	24,814	22.1	19.6
バ・タリ	133,903	203,944	122,884	171,544	4,480	5,994	3.6	3.5
合計	1,252,478	1,564,691	1,235,708	1,058,662	81,551	100,425	9.2	9.5

出所：承認された1992年度アイランド・カウンシル予算、地方政府ディヴィジョン 1992

表2-6 アイランド・カウンシル別人件費 (1990、92年)

(単位: 豪ドル)

島名	医療従事者の数						平均の賃金					
	ナース・エイド			衛生エイド			ナース・エイド			衛生エイド		
	実際 1990	推定 1991	推定 1992									
マキ	5	5	5	1	1	1	255	409	420	530	396	420
ワリ列	13	13	13	1	1	1	200	220	248	690	732	756
マカ	8	8	8	1	0	1	358	364	395	103	300	300
アバ	14	14	14	0	0	1	193	297	325	0	0	0
北カ	13	13	13	1	1	1	217	219	234	684	684	708
マカ	13	13	13	1	1	1	217	219	234	684	684	708
アバ	10	10	11	1	1	1	274	313	390	793	804	936
カ	2	2	2	1	1	1	559	570	631	331	372	398
アバ	3	3	3	1	1	1	331	384	432	414	466	514
カ	11	12	12	1	1	1	275	280	346	881	840	840
北カ	8	8	8	1	1	1	177	181	181	642	680	680
南カ	8	8	8	1	1	1	177	181	181	642	680	680
カ	7	7	7	1	2	1	192	192	192	480	504	534
カ	8	8	8	1	1	1	249	249	266	580	200	504
カ	7	7	7	1	1	1	410	484	459	637	576	600
カ	3	3	3	1	1	1	300	320	348	600	329	648
カ	2	2	2	1	1	1	456	480	504	512	290	264
南カ	18	18	18	1	0	0	1227	1302	1379	1175	0	0
カ	3	3	3	0	0	0	1493	1579	1998	0	0	0
合計	154	157	158	17	16	17	7560	8243	9163	10378	8537	9490

出所: 承認された1992年度アイランド・カウンシル予算、地方政府ディヴィジョン 1992

2-3 保健医療財政の問題点

キリバス国の保健医療財政は、1970年から伸びており、79年のリン鉱石の枯渇による国のGDP成長率がマイナスに転じた状況の中でも、そうした国の経済状況があまり影響せず、国のプライオリティとしてその予算が確保されてきた。こうした状況は望ましいことではあるが、この国の人口増加の速度、援助の動向など将来的に起こりうる様々な要因を考えに入れた時、この状況が果たして維持されていくのかという疑問が起こる。

キリバスの人口増加は、年間2.3%という高い率であり、人口規模は西暦2000年までに現在の人口の1.5倍に膨れる予測である。こうした状況の中、医療施設の増設、医療従事者の育成強化等の課題も多く、医療予算の増加が必至であろう。

また、キリバスの疾病構造が、感染症中心から慢性病との混在に移行しつつある。より長期で医療費のかかる慢性病の台頭で、これら疾病構造の変化が医療費に及ぼす影響が大きくなることが予測される。

また、援助の動向を分析してみると、これまでのような援助のインプットがこれから確実にあるとは期待できない。今まで100%供与に頼っていたEPIプログラムのワクチンは、1997年以降供与が行われないことが決定されているし、WHOが100%援助していた地球規模のエイズ・プログラム(Global Programme on AIDS, GPA)も打ち切られていることから、キリバスのAIDSプログラムの今後の予算措置に関して不安な状況である(エイズ対策のために新しくできた国連機関であるUNAIDSの予算は、GPAに比べてかなり小さい)。

こうした様々な影響を考慮に入れると、現在までのような「すべての国民に医療サービスを無料で供給する。」という国の政策が、将来的に長くは続かないと想像できる。キリバスの保健医療財政の今後の課題は、国民に負担の少ない形での医療費回収政策を、どの方法で、またどのタイミングで導入するかであろう。

第2編 参考資料一覧

- Government of Kiribati, 7th National Development Plan 1992-1995,
National Planning Office Ministry of Finance and Economic Planning,
Government of Kiribati, 1992
- MHF P SW, The 3rd National Health Family Planning and Social Welfare
Plan 1992-1995, MHF P SW, 1991
- World Bank, Health Promotions and Options in the Pacific Member Countries,
World Bank, 1994

第3編 人口・保健指標

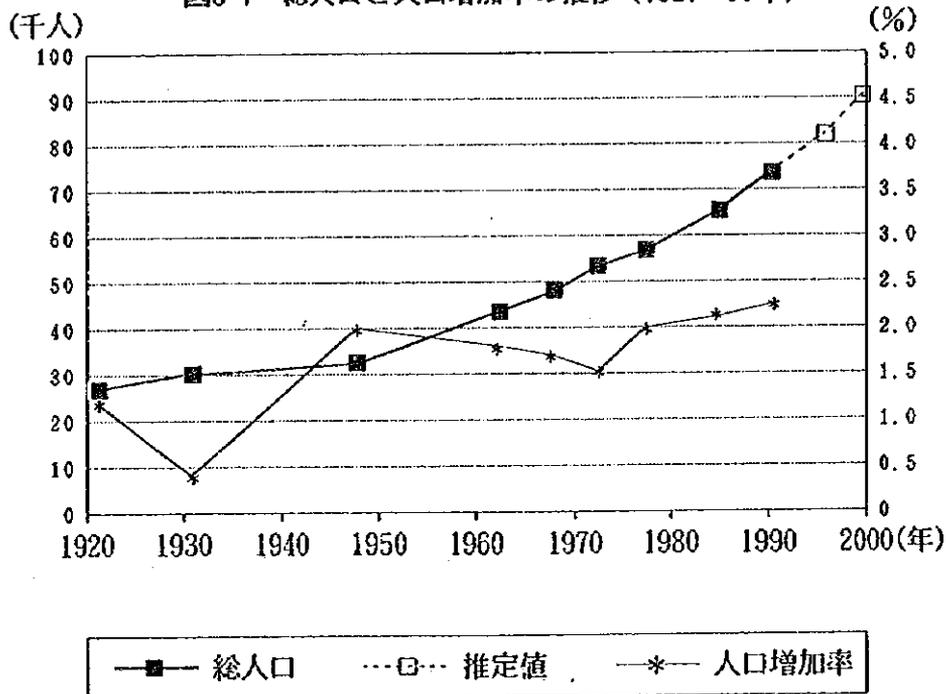
3-1 人口

3-1-1 総人口・人口増加率・年齢別人口

キリバスの人口は、規模自身は大きくないが、太平洋の国々の中でも最も人口増加率が高い国の一つである。1991年の国勢調査によると、90年のキリバスの総人口は7万2,298人、うち男性3万5,758人、女性3万6,540人であり（男性：女性=49：51）、人口増加率は2.24%であった。このままの人口増加率で人口が増加していった場合、2000年には推定人口11万人に達すると予測されている。

図3-1は、1920～2000年のキリバスの総人口の推移を示している。1920～90年までに、総人口は約3倍に増加している。人口増加率は、60年に1.73%、73年に1.50%、78年に2.0%、85年に2.1%、90年に2.24%と過去20年増加の傾向にある。

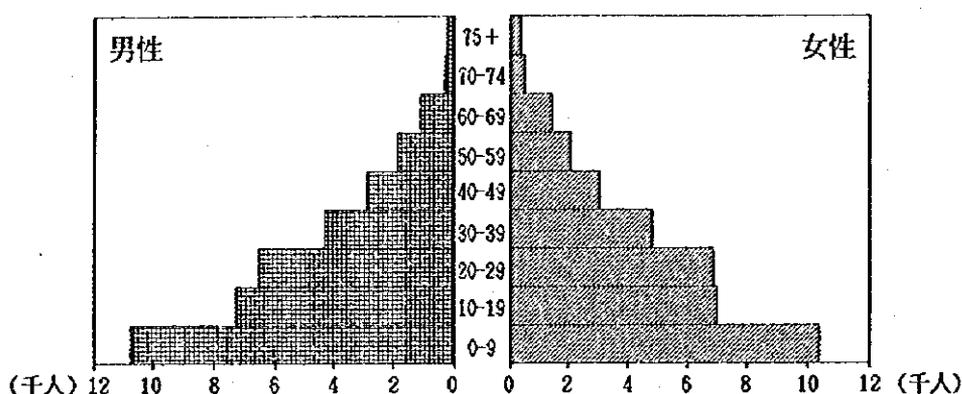
図3-1 総人口と人口増加率の推移（1921～90年）



出所：Statistics Office, Kiribati Statistical Yearbook 1988,
 Ministry of Finance, 1989 および
 Government of Kiribati, Kiribati Population Census 1990,
 Government of Kiribati, 1990 より作成

図3-2 は、1990年の国勢調査による性・年齢別人口構成である。15歳未満の年少人口は、全体の40%と高く、15～49歳の人口が48.5%を占めている。この若い人口の構造は、将来的に家族計画がうまく受け入れられないと、人口増加の速度が爆発的に早いことを示している。

図3-2 人口ピラミッド(1990年)



出所：UNICEF, The Situation of Children and Women in Kiribati
(Draft) 1995, UNICEF, 1995

3-1-2 地域別人口分布

地域別人口分布と人口密度を表3-1 に示す。首都バイリキがある南タラワ（面積は全土の2%）に、全人口の35%が集中しており、人口密度は、1,616 人/km²と極めて高い。これは、他の島からの人口の移動によるものが大きく、この狭い地域への人口の集中は、水供給、衛生設備、道路、電力等の供給にマイナスの影響を及ぼしており、人々の健康や栄養状態にも影響が出ている。こういった状況を改善するために政府は、北部ライン諸島への人口の再移住を計画している。

表3-1 地域別人口分布

島名	推定地域面積 (km ²)	人口		人口 / km ²	
		1985年	1990年	1985年	1990年
ギルバート・グループ (*)	269.8	39,833	42,128	148	156
南タラワ	15.7	21,393	25,380	1,357	1,616
ライン・フェニクス・グループ	431.6	2,633	4,782	6	11
カトン(フェニクス・グループ)	9.2	24	45	3	5
その他(無人島)	84.2	0	0	0	0
全 国	810.5	63,883	72,335	-	-

* : 南タラワ以外のギルバート・グループでバナバを含む。

出所：Government of Kiribati, Kiribati Population Census 1990,
Government of Kiribati, 1990

3-1-3 合計特殊出生率、出生率、死亡率

キリバスの1985年と90年の国勢調査による合計特殊出生率、乳児死亡率、粗出生率、粗死亡率を表3-2に示した。キリバスにおける粗死亡率は85年の14%から、90年には9.2%までかなり大きく減少した。このうち4分の1は1歳未満の死亡であり、他の4分の1は60歳以上の死亡によるものである。乳児死亡率は、85年の出生1,000対82から90年には65、95年には42とかなり下がった。この乳児死亡率の改善に伴い、90年におけるキリバスの平均余命は60歳と、85年の53歳からかなり伸びたが、これは太平洋地域の他の国々に比較して、最も低い数字である(表3-3参照)。

家族計画の受け入れ率が1985年の23%から、90年に27.6%まで上がった。この結果、合計特殊出生率は85年の4.9から、90年の4.3と減少の傾向にはあるが、この数字はまだかなり高い数字である。死亡率が早い速度で落ちているため、このまま家族計画の受け入れの率が伸びないと、全体として人口の増加が助長されることが予想される。

表3-2 人口推定 1995年と2000年

(単位:()内)

	人口動態調査		推定	
	1985年	1990年	1990~95年	1995~2000年
1. 合計特殊出生率	4.9	4.3	4.1	3.9
2. 乳児死亡率(出生千対)				
男性	87	65	76	71
女性	76	68	64	
合計	82	65		
3. 粗出生率(対人口千人)	37.5	32.3	30.5	28.0
4. 粗死亡率(対人口千人)	13.9	9.2	8.5	8.0
5. 人口自然増加率(%)	2.36	2.31	2.2	2.0
	(2.24)			

出所: Government of Kiribati, 7th National Development Plan 1992-1995,
National Planning Office Ministry of Finance and Economic Planning,
Government of Kiribati, 1992 p.43 より作成

表3-3 南太平洋諸国の平均余命(1994年)

(単位:歳)

	全 体	男 性	女 性
キリバス	60.2	57.7	62.8
ソロモン諸島	60.7	59.9	61.4
マーシャル諸島	61.1	59.6	62.8
ヴァヌアツ	62.8	61.5	64.2
フィジー	63.1	61.0	65.2
西サモア	63.1	60.6	66.1
ミクロネシア	64.1	—	—
ニウエ	66.0	63.0	68.0
パラオ	67.0	65.1	69.1
トゥヴァル	67.2	64.0	70.5
トケラウ	68.0	65.0	70.0
トンガ	69.0	67.6	70.7
クック諸島	69.8	66.9	72.7

出所: UNICEF, The State of Pacific Children 1995.
UNICEF, 1995 p.57

第3編 參考資料一覽

- Government of Kiribati, Kiribati Population Census 1990,
Government of Kiribati, 1990
- Government of Kiribati, 7th National Development Plan 1992-1995,
National Planning Office Ministry of Finance and Economic Planning,
Government of Kiribati, 1992
- Ministry of Finance, Report on the 1985 Census of Population : Volume 1 Basic
Information and Tables, Statistics Office Ministry of Finance, 1995
- Statistic Office, Kiribati Statistical Yearbook 1988,
Ministry of Finance, 1989
- UNDP, Kiribati Population in the 1990's : Working Paper Series,
UNDP, 1991
- UNICEF, The Situation of Children and Women in Kiribati 1991,
UNDP, 1991
- UNICEF, The Situation of Children and Women in Kiribati (Draft) 1995,
UNICEF, 1995
- UNICEF, The State of Pacific Children 1995, UNICEF, 1995

第4編 疾病・死亡

4-1 総論

感染症に関して、結核、ハンセン病は減少の傾向、肝炎、淋病、百日咳は1990年まで増加の傾向である。エイズは1991年の時点で2例が報告されている。非感染症の増加については、81年の調査で、都市部における糖尿病の数は男性の9.1%、女性の8.7%であった。現在その数は増加している。非感染症で主な疾病は、糖尿病、高血圧、癌と心臓病である。そのほかに創傷、虫菌なども増えている。このような非感染症の台頭は、食生活の西洋化により砂糖、米、小麦等の消費が増えたこと、タバコやアルコールの消費が都市部を中心に増えていること、都市化による生活環境の悪化などが原因である。また、性感染症の流行は船員の往来による性病の伝播が人口集中した都市で起こったためと考えられる。

乳幼児死亡の原因別を見ると、出産時死亡が多く、その後では腸管感染症、原因不明が多い。1～4歳の死因は、圧倒的に腸管感染症が1位である。妊産婦死亡は、比較的低く出生10,000対100以下である。この背景には、妊産婦検診の受診率の向上、リファレル・システム（患者紹介移送システム）の確立、女性の識字率の向上等が挙げられる。

4-2 死亡とその原因

キリバスでは各島のヘルス・センター、ディスペンサリー・クリニックで確認された死亡およびトラワ島にあるトゥンガル中央病院で確認された死亡のみ、中央政府の保健省・統計局に報告されるシステムである。家庭での死亡が報告されているかの情報はない。

1987～91年における主な原因別死亡数を表4-1に示した。第1位の「原因不明」以下、第2位「下痢症」、第3位「老衰」となっている。その次に多い原因は心臓・循環器系、呼吸器系の疾患によるもので、感染症による死亡は低くなっている。

表4-1 死亡の主要原因(1987~91年)

(単位:人)

	1987年	1988年	1989年	1990年	1991年	合計
原因不明・ 特定不可能な原因	42	40	28	30	15	155
下痢症	30	15	33	49	7	134
老衰	17	26	24	14	36	117
卒中	18	18	22	16	10	84
心不全・心臓病	10	14	15	3	1	43
呼吸器系疾患	12	7	9	13	1	42
肺炎	2	13	13	12	4	44
栄養不良	9	13	5	13	8	48
髄膜炎	8	8	12	11	6	45
先天性衰弱	9	8	14	8	0	39
肺結核	9	10	5	14	3	41
腹痛	12	12	6	5	6	41

出所: Government of Kiribati, 7th National Development Plan 1992-1995,
National Planning Office Ministry of Finance and Economic Planning,
Government of Kiribati, 1992 Appendics Table 18-4 より作成

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人に対しての数で示している。これらは、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。

乳児死亡率の1964~94年の推移を表4-2に示す。同様に、5歳未満児死亡率の1965~93年の推移を表4-3に示す。これらの表によると、乳幼児死亡率、5歳未満児死亡率とも、年々確実に下がってきている。このことから、予防接種率の向上、医療サービスの向上、衛生環境の向上などが貢献していると予想できる。しかしながら、南太平洋の他の国々、特にポリネシアの国々(IMR28)と比べると、まだ高い数字である。

表4-2 乳児死亡率(1964~94年)

(単位：%)

	1964年	1968年	1978年	1990年	1991年	1992年	1993年	1994年
乳幼児死亡率	190	88	87	65	53	32	59	42

出所：UNICEF The Situation of Children and Women in Kiribati (Draft) 1995,
UNICEF, 1995 p.30 より作成

表4-3 5歳未満児死亡率(1965~93年)

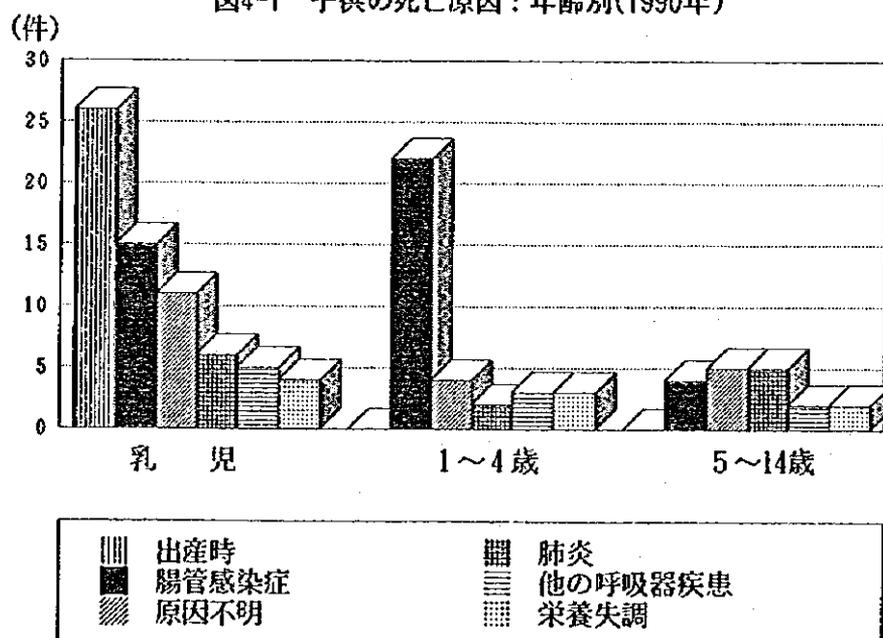
(単位：%)

	1965年	1975年	1985年	1987年	1990年	1993年
5歳未満児死亡率	190	N.A.	115	N.A.	88	80

出所：World Bank, Health Promotions and Options in the Pacific Member Countries,
World Bank, 1994 p.95より作成

また、0~14歳の乳幼児の死亡の原因の詳しい内訳に関する情報は無いが、簡単な内訳を図4-1に示す。これによると、乳児の死亡原因の第1位は出産時死亡、1~4歳の死亡の第1位は腸管感染症、5~14歳の死亡原因の第1位は、原因不明と肺炎である。

図4-1 子供の死亡原因：年齢別(1990年)



出所：保健省統計局提供資料より作成

4-4 妊産婦死亡

4-4-1 妊産婦死亡率の推移

女性の妊娠にまつわる死亡についての報告は、自宅での出産が45%（1994年）もあるため、その数は実際よりも少ないことは容易に予想される。公式に発表されている数字では、1990年の時点で出生10万対100と比較的低い数字であった。

妊産婦死亡率の推移を示す数字は存在していないが、妊婦の医療サービスへのアクセス状況を見る指標として有効な、第1回目の妊産婦検診に行った妊婦の数を見ると、第1回目の妊産婦検診の受診率は、1987～93年間に65%から84%の間であまり変化はない（表4-4参照）。このことから、妊産婦死亡率に過去あまり変化がなかったことが想像できる。また、これらの数字は、まだ約25%の妊婦が、出産までに一度も妊産婦検診のため医療機関を訪れていないことを示している。ちなみに、第2回目の破傷風トキソイドの予防注射に関しては、1987年の8%から93年には35%に増えているが、依然低い数字である。キリバスにおいて、妊産婦検診は一人平均5～6回受けている。

表4-4 第1回目の妊産婦検診の受診率（1987～93年）

（単位：％）

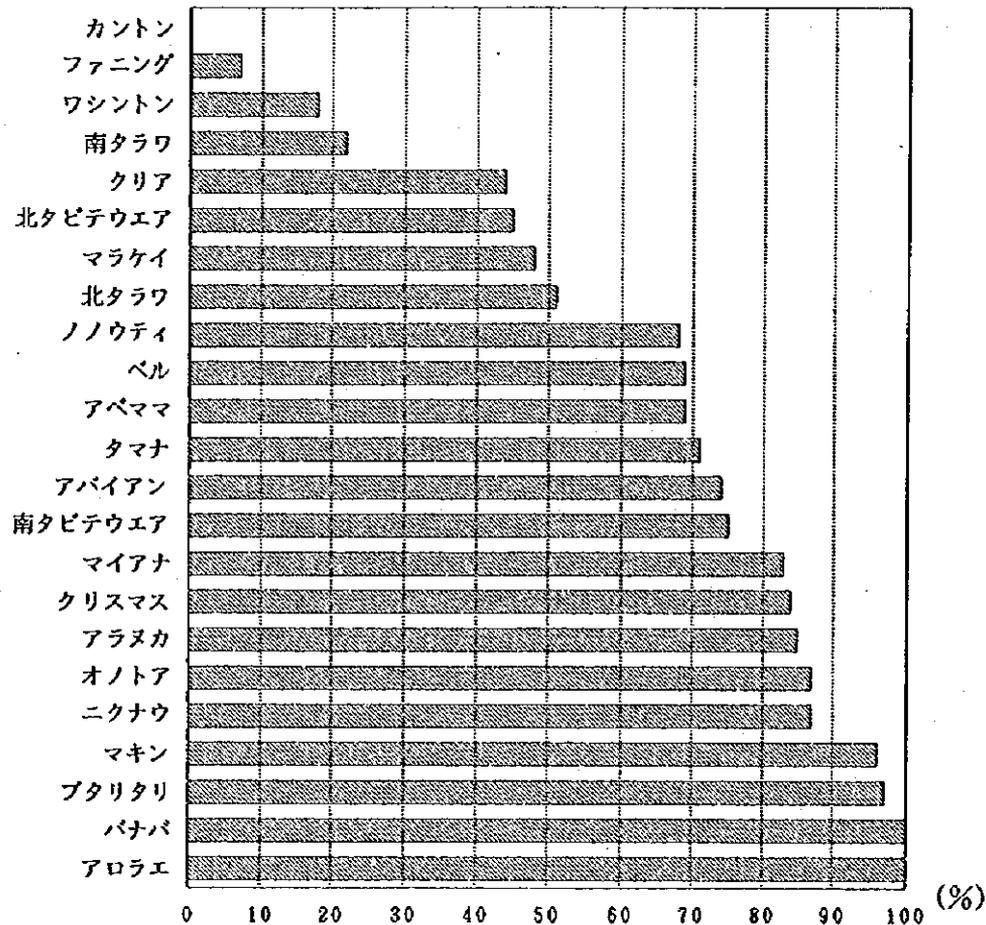
	1987年	1989年	1990年	1991年	1992年	1993年
第1回目の妊産婦 検診の受診率	74	84	65	76*	75*	67*

出所：UNICEF, The Situation of Children and Women in Kiribati 1991,
UNICEF, 1991 p.32

* : UNICEF, The Situation of Children and Women in Kiribati(Draft) 1995,
UNICEF, 1995 p.51 より作成

また、1988年の報告によると、全出産のうち60%は、医療従事者の介助による出産であったが、この率は、島によって大きな差がある。医療従事者の介助による島ごとの出産の率を図4-2に示す。

図4-2 島ごとの医療従事者の出産介助割合 (1988年)



出所: Ministry of Health Family Planning and Social Welfare,
Kiribati Statistical Yearbook 1988, MHF P SW, 1988

4-4-2 妊産婦死亡の主な原因

妊産婦死亡の原因に関する詳しいデータは存在していない。唯一の記述は、「分娩後の出血や、妊娠中毒症に関しては、1988~90年の間では減少の傾向にある」というものである。

4-5 疾病構造

キリバスでは49種類の疾病に関して、各医療機関から各年齢層ごとの新患数の報告が、保健省の統計局に毎月行われる。キリバスの地理的な理由により、かなり離れた島々からの報告率はタラワ島に近い島々に比べて落ちる。また、こうした離島からの報告は統計局に着くまでにかかなり時間がかかる。報告の回収率は85%前後であるとの統計局の話であった。こうして、集められた情報は、統計局のコンピューターの中に蓄積はされるが、これが、集計され分析され各医療機関にフィード・バックされるシステムはない。このため報告する側にとって励みのないものになっている。

キリバスの1987～91年における主要疾病を表4-5に示した。これによると、この5年間における疾病構造に大きな変化はなく、感染症がほとんどである。この国の恵まれた点として、マラリアは存在していない。

表4-5 疾病の主要原因 (1987～91年)

(単位：人)

	1987年	1988年	1989年	1990年	1991年	合計
インフルエンザ	29,625	48,907	61,899	59,234	52,721	252,386
創傷	20,891	19,883	24,839	21,224	1,434	88,271
下痢症	9,664	11,019	13,747	12,193	13,975	60,598
結膜炎	10,886	6,214	8,499	17,559	7,483	50,641
気管支炎	7,429	9,390	11,815	12,435	9,322	50,391
咽喉炎	2,672	4,856	6,779	7,417	4,177	25,901
輪癬	4,084	6,101	4,643	4,734	4,709	24,271
疥癬	3,508	4,075	4,953	3,994	3,460	19,990
虫歯	2,001	2,807	2,786	4,575	277	12,446
赤痢A/B	1,294	1,759	1,900	4,006	3,737	12,696
肺炎	816	1,973	2,097	3,721	2,375	10,982
ビタミンA欠乏症	1,089	1,519	3,232	2,505	1,698	10,043

出所：Government of Kiribati, 7th National Development Plan 1992-1995, National Planning Office Ministry of Finance and Economic Planning, Government of Kiribati, 1992 Appendics Table 18-4 より作成

1976～91年における人口千人当たりの疾病別罹患率を表4-6に示した。これによると、減少の傾向にある疾病として、結核、ハンセン病等があり、あまり変化のない疾病には、麻疹、水痘、皮膚病、腸チフス、食中毒、栄養失調、貧血等がある。この期間中増加の傾向にある疾病としては、結膜炎、赤痢、気管支炎、虫歯、糖尿病、高血圧等がある。

肺炎、結膜炎、赤痢など急性の感染症が1985～90年にかけて、増加している理由として、都市部の貧困や人口過密の生活環境などが関係していると思われる。また、気管支炎や淋病（性病）など生活スタイルに関係している疾病も、この期間中2倍以上に増えている。ほかにも、糖尿病は6倍以上に、虫歯は1983～90年の間に8倍近く増えている。この背景として、70年以降のタバコ、アルコール、砂糖の消費の急激な伸びなどに見られる食生活や生活習慣が西洋化してきことや、多数のキリバス人男性が船員や坑夫として出稼ぎに出たり帰国したりと外国との行き来が盛んになってきていることなどが影響していると思われる。なお、HIV陽性は、1991年に2例確認されているが、その後は報告されていない。

都市部の環境については、特に南カラワで人口の集中による水の汚染が問題になっている。1991年の調査で、この地区での地下水やラグーン内の水の汚染が深刻で、コレラの発生があった77年時点よりも汚染が進んでいるということが報告されており、いつコレラの発生があってもおかしくない状況である。

表4-6 人口千人当たりの疾病別罹患率 (1976~91年) * a

疾病名	1976年	1977年	1978年	1979年	1980年	1981年	1982年	1983年	1984年	1985年	1986年	1987年	1988年	1989年	1990年	1991年
I. 空気感染 結核 気道感染症 肺炎 麻疹 百日咳 耳疾患	5.33	2.19	1.57	1.68	2.50	3.57	3.03	2.03	5.02	2.38	1.82	1.64	3.02	1.72	0.94	N.A
	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	77.74	114.88	106.31	14.77	7.22	6.67	17.47	N.A	N.A	35.19	N.A
	N.A	1.79	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	2.20	12.16	28.67	29.72	51.47	N.A
	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	3.43	N.A	0.00	N.A	32.59	0.03	0.33	3.30	2.28	6.40	N.A
	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	1.75	1.59	0.33	0.45	0.00	11.47	N.A
II. 直接接触 ハンセン病(新) 水痘 輪廻 結膜炎	0.28	0.18	1.76	0.37	0.82	0.61	0.21	0.13	0.19	1.27	0.24	0.60	N.A	N.A	1.60	N.A
	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	0.44	0.56	2.46	12.63	4.60	8.50	15.06	4.89	N.A
	N.A	0.58	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	3.41	20.11	60.84	88.65	65.81	65.44	N.A
	N.A	0.14	N.A	N.A	N.A	126.17	44.50	76.24	37.56	40.51	148.24	162.16	90.29	120.47	242.73	N.A
	N.A	N.A	N.A	N.A	0.26	N.A	N.A	N.A	N.A	0.17	1.01	1.30	0.44	0.98	2.18	N.A
III. 性行為感染症 淋病	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A
	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A
	N.A	0.02	N.A	N.A	N.A	0.02	N.A	0.54	0.11	0.58	1.40	1.30	0.83	0.23	0.59	N.A
	N.A	0.23	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	4.48	3.47	10.74	13.45	19.28	25.56	26.93	55.38	N.A
	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	106.79	155.02	151.42	70.98	101.46	137.62	143.96	160.11	194.85	168.55	N.A
IV. 食品、水、直接接触 肝炎 チフス 赤痢 下痢 食中毒	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A
	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A
	N.A	0.02	N.A	N.A	N.A	0.02	N.A	0.54	0.11	0.58	1.40	1.30	0.83	0.23	0.59	N.A
	N.A	0.23	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	4.48	3.47	10.74	13.45	19.28	25.56	26.93	55.38	N.A
	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	106.79	155.02	151.42	70.98	101.46	137.62	143.96	160.11	194.85	168.55	N.A
V. 生活スタイル 気管支炎 車両の事故 腸出血 高血圧 創傷	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	76.53	110.67	136.44	167.47	171.90	N.A
	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A
	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A
	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A
	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A
VI. 食事/栄養 糖尿病(新) 虫歯 他の歯疾患 栄養不良(新) 罹患率/* b 糖尿病 高血圧	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A
	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A
	N.A	102.22	N.A	N.A	109.26	75.03	72.66	8.91	6.37	10.83	28.07	29.81	40.79	39.49	63.24	N.A
	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	1.20	1.42	2.33	2.41	3.07	N.A	N.A	5.50	N.A
	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	8.57	6.22	9.50	3.92	4.98	5.45	6.02	N.A	N.A	4.67	N.A
罹患率/* b 糖尿病 高血圧	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	8.10	7.84	4.0	3.57	4.64	5.53	N.A	N.A	5.82	N.A
	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	6.84	6.84	25.44	34.32	35.55	25.71	N.A	N.A	36.25	40.10
	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	19.12	25.23	51.42	51.42	46.62	69.42	N.A	N.A	73.51	67.84

出所: World Bank, Health Promotions and Options in the Pacific Member Countries, World Bank, 1994

* a: この罹患率はサービスタテックより出されおり、人口を基にしている。

* b: 分子は治療を受けている患者数、分母は45歳以上の人口

4-5-1 乳幼児・子供の主な疾病

乳幼児・子供の主な疾病に関する全体的な統計はない。各ヘルス・センターやディスペンサリー・クリニックから送られてくる毎月の疾病数のフォームには、年齢別に記述するようになっているため、保健省の統計局にその数自体はあるはずであるが、それを年代別にまとめて公表されている資料は、保健省資料にも外部の資料にも存在していない。

聞き取りによると、下痢症、呼吸器感染症、栄養関係で貧血やビタミンA不足、皮膚病や、結膜炎などが主な疾患のようである。

4-5-2 女性の疾病

女性の疾病に関してもあまり資料はないが、表4-7 は1987～90年における女性の主な疾病数を示している。この表によると、一番多いのが出血、次に分娩前出血、帯下となっているが、1988年まで高かった産褥熱は、89年以降かなり低くなっている。妊娠中毒症は、全体的に低い。

表4-7 女性の疾病の主要原因（1987～90年）

(単位：人)

病名	1987年	1988年	1989年	1990年
出血	176	251	278	276
分娩前出血	13	23	21	72
分娩後出血	28	20	23	15
帯下	56	95	48	49
産褥熱	31	86	7	3
妊娠中毒病	7	21	16	8

出所：UNICEF, The Situation of Children and Women in Kiribati(Draft) 1995.

UNICEF, 1995 p.57

4-6 感染症

キリバスにおける疾病の中で、非感染症の数は増加の傾向にあるものの、数としては、依然感染症の占める割合が大きい。表4-8 に1990～94年の感染症罹患数を示した。この中で特に感染者数が多いのが、インフルエンザ、下痢症（食中毒、赤痢を含む）、気管支炎、皮膚病、結膜炎などである。寄生虫病も毎年高い罹患がある。

伝染病(Communicable Diseases)の中で、特に水痘が高い。結核は1987年まで減少の傾向だったのが、近年また増加の傾向にある。百日咳は、1991年まで最も高い伝染病であったのが、1992年以降減少の傾向にある。淋病も1992年以降減少の傾向である。

表4-8 1990～94年の感染症感染者数

(単位：人)

疾病名	1990年	1991年	1992年	1993年	1994年
1. インフルエンザ	59,234	-	69,280	94,968	89,506
2. 咽喉炎	7,417	-	8,210	7,242	4,743
3. 上気道感染症	-	-	-	-	-
4. 気道感染症	2,546	-	1,581	4,402	2,824
5. 肺炎	3,721	-	3,248	2,663	982
6. 気管支炎	12,435	-	13,557	13,306	10,690
7. 下痢症	12,193	-	19,616	13,994	11,813
8. 食中毒	1,437	1,532	1,767	1,795	1,057
9. 赤痢A/B	4,006	-	2,207	3,349	3,703
10. 腸チフス	43	-	116	67	209
11. 白癬	2,593	-	3,706	3,597	2,681
12. 疥癬	3,994	-	5,300	7,170	7,116
13. 輪癬	4,734	-	5,996	8,326	6,649
14. 結膜炎	17,559	17,478	7,491	10,790	10,406
15. トラコーマ	527	658	319	431	443
16. 中耳炎	1,948	1,298	2,118	1,821	1,504
17. 結核	68	100	100	165	181
18. ハンセン病	27	29	42	87	31
19. デング熱	9	0	0	7	9
20. 水痘	354	446	855	752	337
21. 髄膜炎	59	57	39	38	37
22. 淋病	158	113	86	68	64
23. 梅毒	-	-	-	9	22
24. 肝炎	58	57	114	148	84
25. 破傷風	3	7	92	93	32
26. 百日咳	830	742	63	27	169
27. 寄生虫症	2,358	3,232	3,761	4,415	3,969

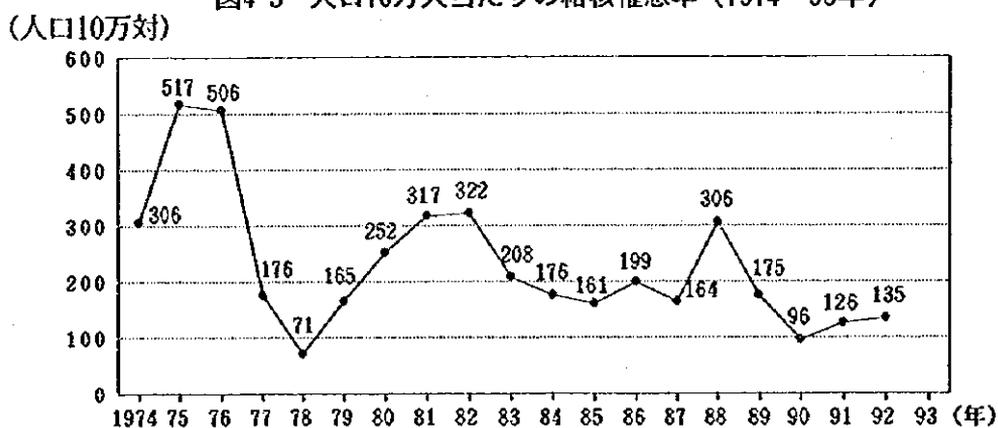
出所：保健省統計局提供資料より作成

4-6-1 予防接種で予防可能な感染症

(i) 結核

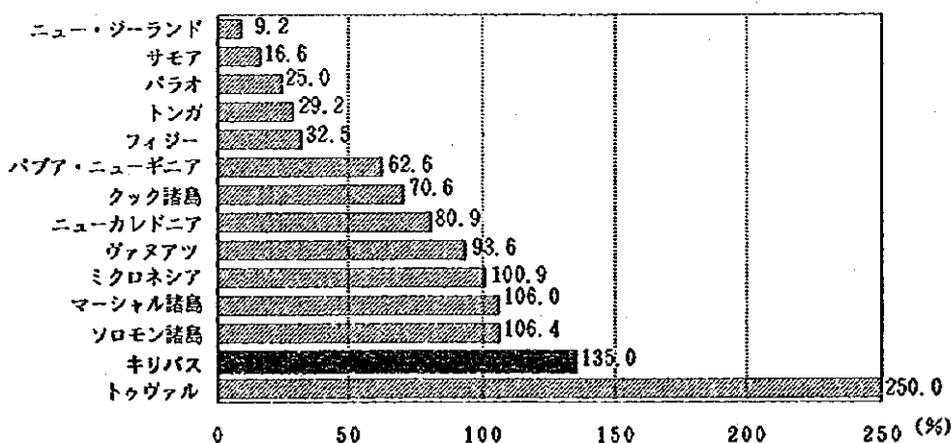
結核の過去20年間の人口10万あたりの罹患率を図4-3に示した。結核は、過去20年間患者数が増減しながらも1990年までは少しずつ減少の傾向にある。BCGの接種率が増加していることが患者数の減少に貢献していると予想できるが、患者発見の体制や検査体制が未発達であることから、数自身が実態を正確には反映していないことも考えられる。人口10万あたりの罹患率を他の太平洋諸国と比べてみると、かなり高い率であることが分かる(図4-4参照)。

図4-3 人口10万人当たりの結核罹患率 (1974~93年)



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

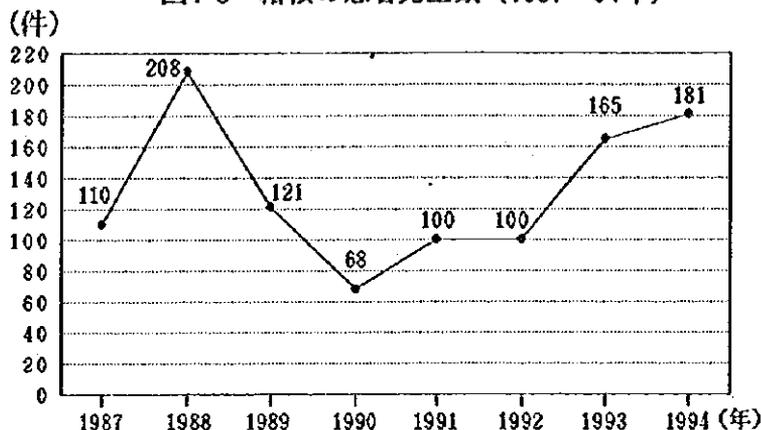
図4-4 各国の人口10万人当たりの結核罹患率の比較



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

最近の結核の動向をみると、1990年まで順調に新患の数が減ってきていたが、91年からまた増加している（図4-5）。これは、BCGの予防接種率の最近の減少とも多少関係があるようである。

図4-5 結核の患者発生数（1987～94年）

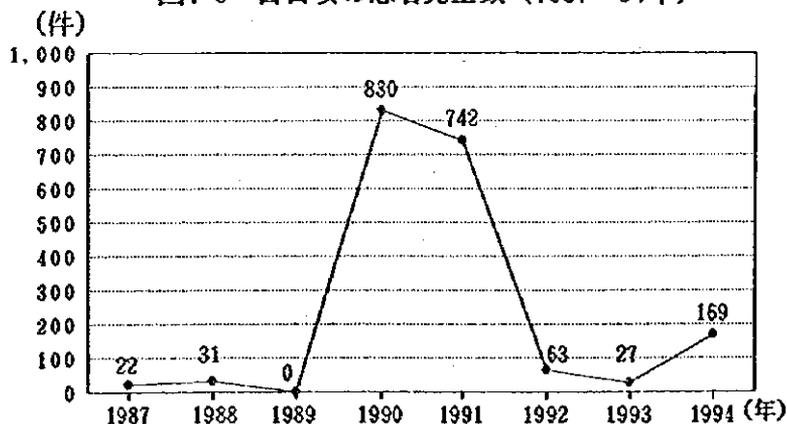


出所：Government of Kiribati, 7th National Development Plan 1992-1995, National Planning Office Ministry of Finance and Economic Planning, Government of Kiribati, 1992 p.215 および保健省統計局資料より作成

(2) 百日咳

百日咳に関して、1987年以前の発生数について資料はないが、87～94年の発生数を図4-6に示す。1990年にアウトブレイクがあったことが明らかだが、この理由について予想されることは、DPT接種がなされなかったか、もしくは、接種されていたがコールド・チェーンに問題があったかだが、これについての情報はない。1990年の発生数の40%が、人口密度が最も高く国内における人の流入が最も激しいベシオ島で起こっており、そのうち70%近くは、1～4歳児であった（表4-9参照）。

図4-6 百日咳の患者発生数（1987～94年）



出所：Government of Kiribati, 7th National Development Plan 1992-1995, National Planning Office Ministry of Finance and Economic Planning, Government of Kiribati, 1992 p.215 および保健省統計局資料より作成

表4-9 百日咳の患者発生数：島別、年齢別（1990年）

（単位：人）

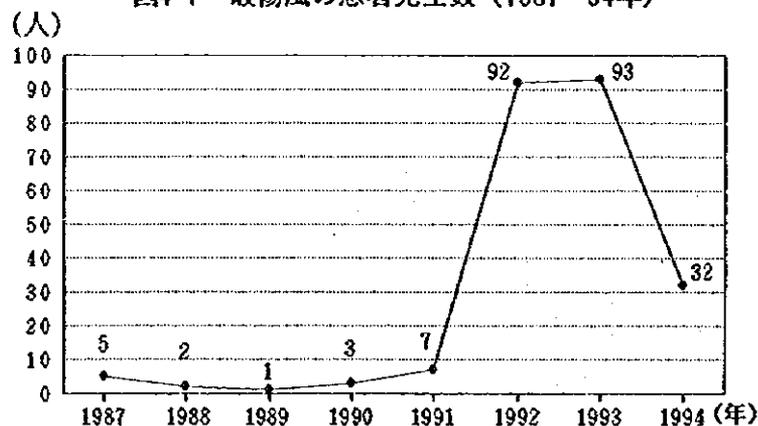
島名	1歳未満	1～4歳	5～14歳	合計
マキン	4	5	0	9
ブタリタリ	0	2	0	2
マラケイ	1	0	0	1
アバイアン	11	18	6	35
北タラワ	10	18	8	36
南タラワ	12	71	38	121
ベシオ	39	226	69	334
マイアナ	0	2	2	4
クリア	1	11	4	16
アラヌカ	6	16	0	22
アベママ	24	44	22	90
ノノウティ	4	19	26	49
オノトア	5	12	36	53
ベル	0	1	7	8
ニクナウ	0	21	17	38
アロラエ	0	1	5	6
カントン	1	4	1	6
合計	118	471	241	830

出所：UNICEF, *The Situation of Children and Women in Kiribati 1991*,
UNICEF, 1991 p.54

(3) 破傷風

破傷風に関するデータや情報も少ないが、図4-7 に1987～94年の患者の発生数を示した。破傷風は、1992年と93年に発生が増加した以外、発生数は多くない。政府は、第3次国家保健計画の中で、1995年までに破傷風の排除 (elimination) を目標としている。

図4-7 破傷風の患者発生数（1987～94年）

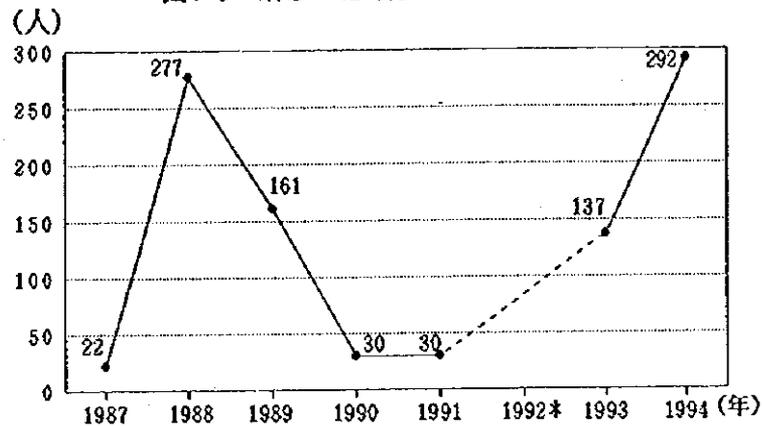


出所：Government of Kiribati, *7th National Development Plan 1992-1995*,
National Planning Office Ministry of Finance and Economic Planning,
Government of Kiribati, 1992 p.215 および保健省統計局資料より作成

(4) 麻疹

麻疹の情報はほとんど存在していない。図4-8は、1987～94年の患者の発生数を示した。これによると、患者数は30～300人の間を上下している。

図4-8 麻疹の患者発生数（1987～94年）



* : 1992年のデータはなし

出所 : Government of Kiribati, 7th National Development Plan 1992-1995,
National Planning Office Ministry of Finance and Economic Planning,
Government of Kiribati, 1992 p.215 および保健省統計局資料より作成

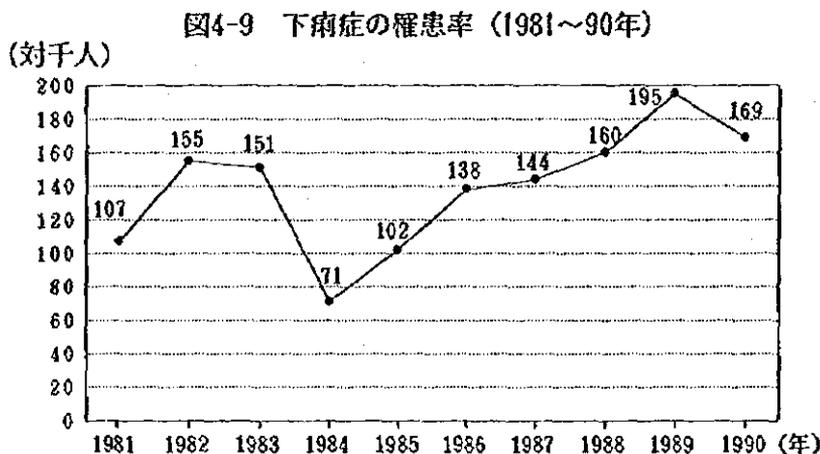
(5) ジフテリア、ポリオ

キリバスにおいて、過去数年ジフテリアとポリオの発生はない。キリバス保健省は、1995年までにジフテリアの排除(Elimination)、ポリオの根絶(Eradication)を目標にしている。

4-6-2 下痢症

下痢は、1993年における主な疾病の原因別で、第3位であった。年齢層別の患者数を見ても、すべての年齢層でその発生数はあまり変わらない。下痢は、成人の原因としては重要な疾病ではないが、乳児には致命症となる。実際、毎年数名の乳児が下痢が原因で死亡している。キリバスでは下痢の原因として、大腸菌による細菌性下痢症、細菌性食中毒や細菌性赤痢に分類されているが、臨床検査による検査が地方の医療機関では不可能であるので、その実態はわからない。

1981～90年の下痢症の罹患率（対千人）を図4-9に示した。これからも下痢症が1984年以降増加の傾向にあることがわかる。島別の統計はないが、特に南タラワ島の都市化が近年進み、衛生環境の悪化による飲料水の汚染等が原因で、下痢症が増加しているようである。



出所：World Bank, *Health Promotions and Options in the Pacific Member Countries*, World Bank, 1994. p. 93 より作成

4-6-3 呼吸器感染症

キリバスにおいて特に罹患率の高い疾病である。1990～94年の累計で、もっとも罹患が多い呼吸器感染症はインフルエンザ、気管支炎、咽喉炎の順であった（表4-10参照）。

1993年を例にとって年齢層別に罹患数を見ると、インフルエンザは、特に1～54歳の各層で平均して高い。気管支炎は特に1歳以下と1～4歳の層で高い。人口の比率を考慮すると、乳児期に罹患率の高い疾病であることがわかる。咽喉炎も1～54歳の各年齢層で平均して発生している。肺炎は特に5歳未満で多い（表4-11参照）。

表4-10 呼吸器感染症の患者数 (1990~94年)

(単位:人)

疾病名	1990年	1991年	1992年	1993年	1994年	合計
インフルエンザ	59,234	-	69,280	94,968	89,506	312,988
咽喉炎	7,417	-	8,210	7,242	4,743	27,612
気道感染症	2,546	-	1,581	4,402	2,824	11,353
肺炎	3,721	-	3,248	2,663	982	10,614
気管支炎	12,435	-	13,557	13,306	10,690	49,988

出所:保健省統計局提供資料より作成

表4-11 呼吸器感染症の年齢別罹患数 (1993年)

(単位:人)

疾病名	歳 7日未満	歳 2~7日	歳 28日~1年	1~4歳	5~14歳	15~44歳	45~54歳	55~65歳	65歳以上	合計
インフル エンザ	53	253	6,293	12,355	15,739	38,016	13,656	6,647	2,697	95,709
咽喉炎	1	2	189	787	1,802	2,806	1,229	351	108	7,275
気道 感染症	5	11	1,029	1,585	798	497	230	164	101	4,420
肺炎	12	100	3,160	5,005	2,070	1,725	766	435	136	13,409
気管 支炎	8	24	785	977	342	304	135	67	27	2,669

出所:保健省統計局提供資料より作成

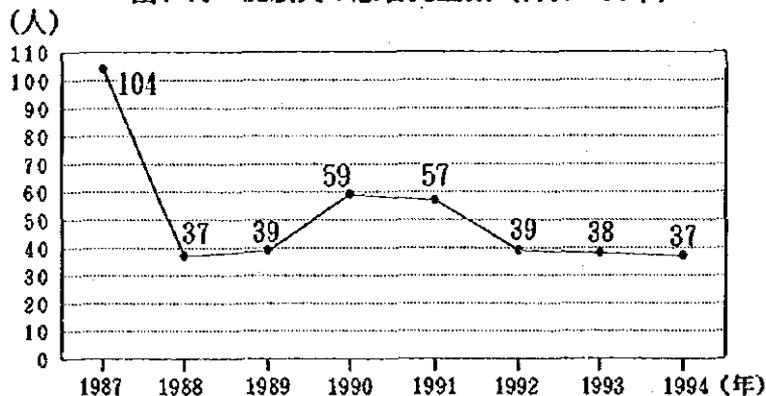
4-6-4 コレラ

キリバスのコレラの状況に関しての情報はない。1977年に最後の大流行があったが、現在水質の汚染が進んでおり、いつコレラの流行があってもおかしくない状況であるとの報告がある(David Kelly, Effects of Domestic Wastes on Marine and Underground Water Quality in Tarawa Atoll 1993)。

4-6-5 髄膜炎

髄膜炎に関する情報は、1987～94年の患者数以外はない。1987～94年の患者数の推移を図4-10に示す。1993年の死亡は7件、94年が6件であった。このことから、流行の拡大の兆しはないようであるが、これ以外の患者の年齢に関する情報や、地域に関する情報はな
ない。保健省は、第3次保健計画の中で、臨床試験による診断と病院における治療を徹底させることを努力目標にしている。

図4-10 髄膜炎の患者発生数 (1987～94年)

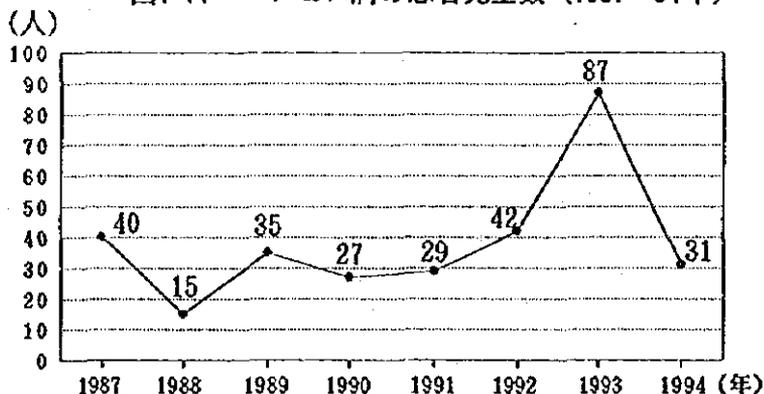


出所：Government of Kiribati, 7th National Development Plan 1992-1995, National Planning Office Ministry of Finance and Economic Planning, Government of Kiribati, 1992 p.215 および保健省統計局資料より作成

4-6-6 ハンセン病

ハンセン病に関しては、南太平洋全域でWHO指導により対策が進んでおり、キリバスも例外ではない。1987～94年の患者数の推移を図4-11に示す。ハンセン病患者の発見のために、キリバスでは小学校の生徒のスクリーニングやコミュニティーの中の皮膚疾患を持つ人のスクリーニングをしている。治療のための複合薬物療法などは、国で統一したレジメでおこなっているが、ハンセン病専門の療養所などはない。

図4-11 ハンセン病の患者発生数 (1987～94年)



出所：Government of Kiribati, 7th National Development Plan 1992-1995, National Planning Office Ministry of Finance and Economic Planning, Government of Kiribati, 1992 p.215 および保健省統計局資料より作成

4-6-7 フランベジア (Yaws)

キリバスにおいてフランベジアの患者は、近年発生していない。

4-6-8 デング熱

デング熱は蚊によって伝搬されるある種のウイルスによって生じる伝染病で、急激な発熱を起こす。キリバスにおいてデング熱の患者数は少ないが、存在している。太平洋地域において、1970年以降3回の大きなデング熱の流行がおこり、71～72年がタイプ2、75～78年がタイプ1、79～80年がタイプ4であった。

キリバスにおいても、1972、75年の太平洋地域での流行の際は影響が出ており、81年、88年には大きな流行がおこった。蚊の種類は、*Aedes Aegypti*(ネッタインシマカ)、*A. albopictus* (ヒトスジシマカ)と*A. Polynesiensis*の3種類である。

過去の患者数について長期に渡る資料はないが、1990年が9例、91年と92年が0、93年が7例、94年が9例であった。

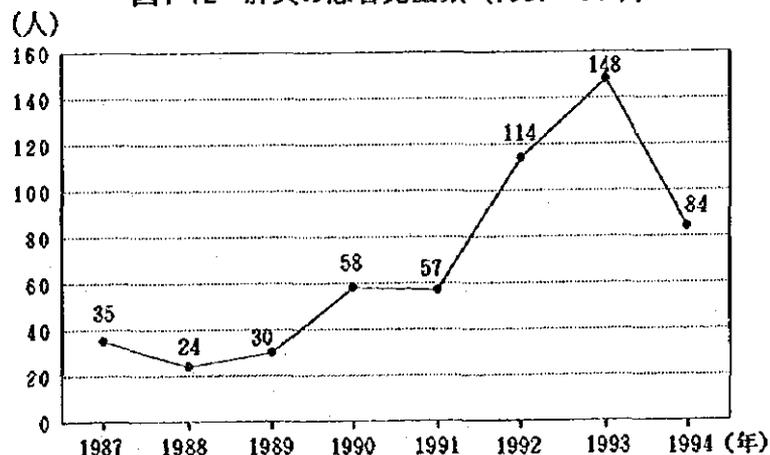
デング出血熱に関するデータはない。

4-6-9 ウイルス性肝炎

キリバスの肝炎に関して、詳しい資料はない。統計に出る肝炎の数字は、A型、B型、非A非B型に分類はされていないが、B型肝炎のキャリアは非常に高い(80%前後)といわれている。ニュー・ジーランドの研究所より専門家が来てB型肝炎の疫学的な調査を行ったようであるが、資料はない。1990年末にWHOから援助されていたB型肝炎ワクチンが打ち切れ、それ以降ドナーがついていなかったが、近年オーストラリアの援助でUNICEFを通してワクチンが供与される予定である。

図4-12は、1987～94年の肝炎の発生数の推移である。

図4-12 肝炎の患者発生数 (1987～94年)

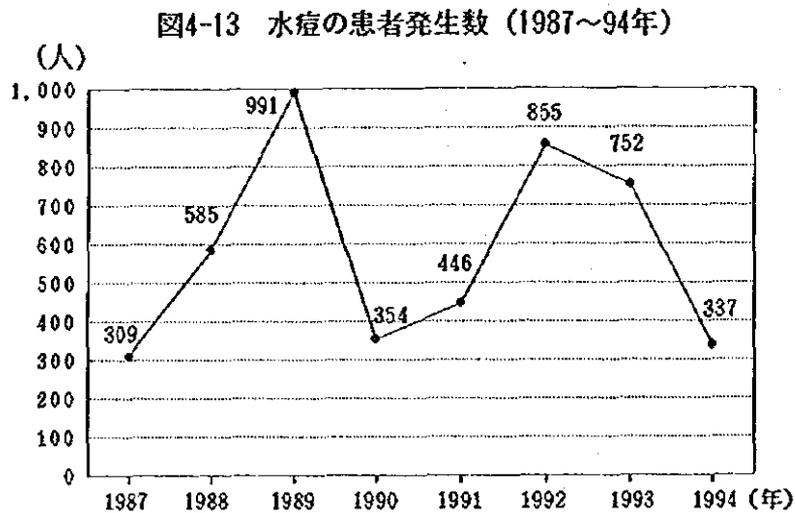


出所: Government of Kiribati, 7th National Development Plan 1992-1995, National Planning Office Ministry of Finance and Economic Planning, Government of Kiribati, 1992 p.215 および保健省統計局資料より作成

4-6-10 水痘

キリバスにおいて、水痘は罹患率が高い伝染病である。水痘は、乳児、幼児、学童のいずれの時期にも罹患するが、1回の罹患によって終生免疫が得られる。

図4-13は、水痘の患者数の推移（1987～94年）を示す。



出所：Government of Kiribati, 7th National Development Plan 1992-1995,
National Planning Office Ministry of Finance and Economic Planning,
Government of Kiribati, 1992 p. 215 および保健省統計局資料より作成

4-6-11 マラリア

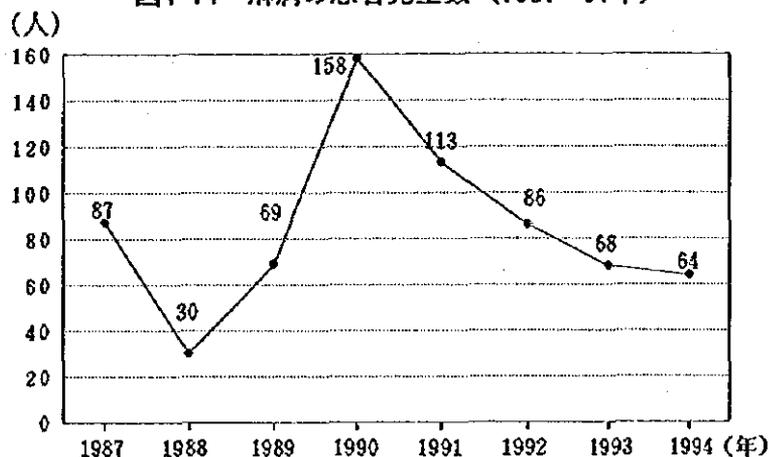
キリバスにおいて近年マラリアは発生していない。

4-6-12 性行為感染症 (HIV/AIDSを含む)

HIV/AIDSに関しては、現在までの2例のHIV陽性者が確認された。1件は血液スクリーニングで発見され、もう1件は、外来患者の臨床検査で発見された。現在のところAIDS患者は発生していない。

淋病は、キリバスの性行為感染症の中で最も発生数の多い疾病である。1987～94年の罹患数の推移を図4-14に示す。また、表4-12は、年齢層別患者数の1993、94年の比較である。

図4-14 淋病の患者発生数 (1987～94年)



出所: Government of Kiribati, 7th National Development Plan 1992-1995, National Planning Office Ministry of Finance and Economic Planning, Government of Kiribati, 1992 p.215 および保健省統計局資料より作成

表4-12 淋病の1993、94年における年齢別患者数の比較

(単位:人)

年 齢	1993年			1994年		
	男 性	女 性	合 計	男 性	女 性	合 計
5～14歳	0	0	0	3	5	8
15～44歳	49	19	68	37	37	50
45～54歳	0	0	0	4	4	6
55～64歳	0	0	0	0	0	0
合 計	49	19	68	44	20	64

これらの図と表から、一般化はできないとしても、傾向として患者数自体は減少の傾向にあり、罹患する年齢層が拡大の傾向にあることがわかる。

梅毒や他の性行為感染症に関する情報は無い。

4-7 非感染症

4-7-1 成人病・慢性病

保健省では、近年高血圧、糖尿病、心臓病、癌などの非感染症（Non-Communicable Diseases, NCD）が個人の健康や社会に及ぼす影響が重大になってきていることを認識しており、第7次国家保健計画（1992～95年）の中にNCD対策を盛り込んでいる。

これらの非感染症の罹患数や死亡数に関する情報は少ないが、1983～91年の45歳以上の人口千人当たりにおける患者総数は以下のとおりである（糖尿病と高血圧のみ）。

表4-13 糖尿病と高血圧の人口千人当たりの患者総数（1983～91年）

（単位：人）

疾病名	1983年	1984年	1985年	1986年	1987年	1988年	1989年	1990年	1991年
糖尿病	6.84	25.44	34.32	35.55	25.71	N. A.	N. A.	36.25	40.10
高血圧	19.12	25.23	51.42	46.62	69.42	N. A.	N. A.	73.51	67.84

出所：World Bank, Health Promotions and Options in the Pacific Member Countries,
World Bank, 1994, p.93 より作成

この表から、糖尿病はこの9年間で約6倍、高血圧は約3.5倍に増えているのがわかる。1981年のNCDに関する調査で、男性の9.1%、女性の8.7%が糖尿病であったとの報告がある。

癌に関する情報は無い。心臓病は、心不全が死因の第5位と高い。

4-7-2 精神疾患

精神疾患に関して、ほとんど資料がない。精神疾患の種類、患者の年齢層、地域による差などの情報はなく、1990～94年までの精神疾患の患者数しか数字としてはなく、90年61件、91年26件、92年55件、93年47件、94年58件であった。ただし、近年アルコールの消費量が都市部の男性の間で増加しているという報告があり、一日80g以上のアルコールを大量消費する男性が8%いるという報告があるので、アルコール依存症が増えていることが予測される。なお、精神科があるのは、トゥンガル中央病院のみである。

4-7-3 傷害・事故

傷害・事故は、疾病の中でインフルエンザに次いで2番目に多い。しかしながら、詳しい内容に関しての情報はない。

4-7-4 栄養失調

1994年の栄養失調の患者数は319人、栄養失調による死亡は13件で、1歳以下の死亡が5件、1～5歳の死亡が1件、5～14歳の死亡が7件であった。栄養失調による死亡の中で、重症のケースは1件だけで、他のケースは胸部の感染症を併発しての死亡であった。1歳以下の死亡では、下痢症が栄養失調との関係で重要な原因となっている。

キリバスの母親は、栄養失調の子供がいても、その子を医療機関で診療してもらうことを恥じて、なかなか医療機関に連れて行かない場合が多いとのことであった。ほとんどのケースは、看護婦の家庭訪問によって発見されている。

保健省は、1988年に全国栄養調査を実施している。その結果以下の事実がわかった。

- 1) 身長に対する体重で測ると、5歳以下の幼児の10%(1,275人)は栄養失調と判断された。
- 2) 年齢に対する体重で測ると、6カ月未満の乳児では、2～3%が栄養失調と判断されが、年齢と共に栄養失調の数が増え、2～3歳の幼児で最大となり、18%が栄養失調であった。
- 3) 貧血は各年齢層で罹患の高い疾病である。学校就学前の児童の平均ヘモグロビン値は、13.3グラムであった。その年齢層の7%は、10グラム以下であった。男女間の差は認められなかった。

4-7-5 貧血

前述の1988年に行われた全国栄養調査で明らかにされたように貧血は、各年齢層で罹患の高い疾病である。原因として、第一に食事の偏重が挙げられる。キリバスにおける一般的な食事は、炭水化物に大きく偏った食事で、ビタミンやミネラルを補うような食品が圧倒的に欠けている。そのため、貧血、栄養失調、ビタミン不足が深刻である。1990～94年の貧血の患者数を示す。貧血による死亡数は、93年に4件、94年に8件であった。

表4-14 貧血の患者発生数 (1990～94年)

(単位:人)

	1990年	1991年	1992年	1993年	1994年
患者数	421	373	640	472	293

出所: UNICEF, The Situation of Children and Women in Kiribati(Draft) 1995.
UNICEF, 1995 p.37

若い女性の貧血の原因としては、結核性子宮内膜炎や、子宮不全性出血による生理の出血過多が多い。この背景には、栄養摂取の偏りの問題がある。

1995年のThe Situation of Children and Women in Kiribati(Draft)によると、腸内の寄生虫と貧血にその関連性は見られなかったとの報告であった。

4-7-6 ビタミンA欠乏症

ビタミンA欠乏症に関しては、ユニセフなどの関心が高いために、情報が他の疾病に比べると比較的存在している。

1989年10月にビタミンAに関する調査が行われた。その結果、6歳以下の幼児の間で、眼球乾燥症の罹患率が14.7%であった。これはWHOが基準とするレベルのほぼ10倍の数字であり、世界でも最も高い国の一つに入る。表4-15は、WHOが設定している「これ以上の数値は流行している」と見なす」という限界値とキリバスの罹患率を示す。

この1989年の調査の結果、ビタミンA欠乏症は全体で3,500人であった。90年の栄養調査では、すべての栄養欠乏症の中でビタミンA欠乏症は77%を占めていた。残りの23%のうちの貧血症が13%、栄養失調が10%であった。1987～90年の間にビタミンA欠乏症は増加している(図4-16参照)。

表4-15 眼乾燥症のタイプ別罹患率とWHO基準

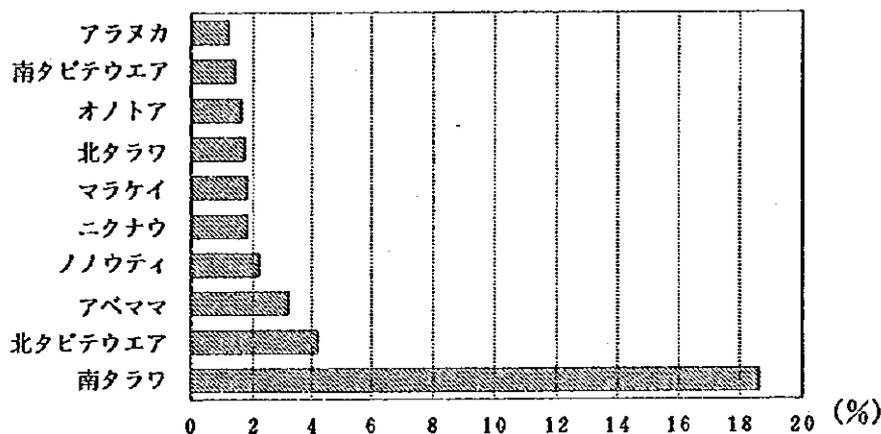
(単位：%)

コード	眼乾燥症のタイプ	W H O 基 準	キリバスの罹患率
XN	夜盲症	1.00	3.52
XIB	ビト一斑	0.50	10.85
X2	角膜乾燥症	0.01	0.32
X3	角膜潰瘍化	0.01	0.04
計		1.52	14.74
XS	角膜痕	0.05	1.08

出所：UNICEF, The Situation of Children and Women in Kiribati 1991,
UNICEF, 1991 p.20

下の図4-15は、5歳未満児のビタミンA欠乏症の島別の罹患率を示した。これによると、南タラワが圧倒的に罹患率が高く、次が北タビテウエアとアベママとなっている。

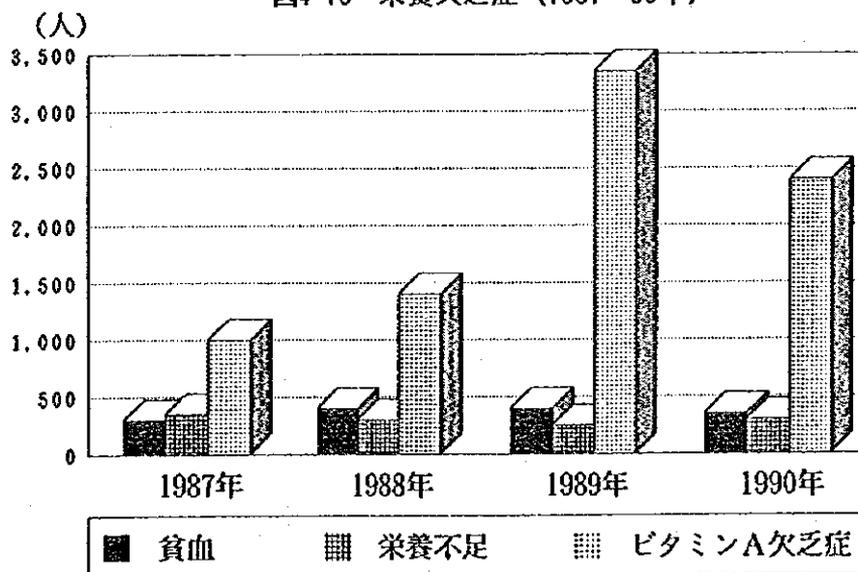
図4-15 5歳未満児における島別ビタミンA欠乏症罹患率



出所：UNICEF, *The Situation of Children and Women in Kiribati 1991*, UNICEF, 1991 p.20

キリバスにはビタミンAを含む食品は比較的豊富で、ブレッド・フルーツ、パパイヤ、カボチャ、パンダナス、魚の肝臓等があるが、6歳以下の幼児のこれらの食品の消費量が充分でないことが原因の一つと考えられる。

図4-16 栄養欠乏症 (1987~90年)



出所：UNICEF, *The Situation of Children and Women in Kiribati 1991*, UNICEF, 1991 p.22

第4編 參考資料一覽

- David Kelly, Effects of Domestic Wastes on Marine and Underground Water Quality in Tarawa Atoll 1993, MHF P SW, 1993
- Government of Kiribati, 7th National Development Plan 1992-1995, National Planning Office Ministry of Finance and Economic Planning, Government of Kiribati, 1992
- Ministry of Health Family Planning and Social Welfare, Kiribati Statistical Yearbook 1988, MHF P SW, 1988
- Ministry of Health Family Planning and Social Welfare, The 3rd National Health Family Planning and Social Welfare Plan 1992-1995, MHF P SW, 1991
- South Pacific Commission, Pacific Health Dialog Volume 2. Number 2 : AIDS, STD and Sexuality in the Pacific, S P C, 1995
- South Pacific Commission, "Regional Summary of National Report and Information Update", S P C, March-April 1995
- UNICEF, The Situation of Children and Women in Kiribati 1991, UNICEF, 1991
- UNICEF, The Situation of Children and Women in Kiribati(Draft) 1995, UNICEF, 1995
- WHO/Geneva, "Tuberculosis Notification Update", WHO/Geneva, 1994
- World Bank, Health Promotions and Options in the Pacific Member Countries, World Bank, 1994

第5編 保健対策活動

5-1 総論

キリバスの保健対策として第3次国家保健計画（1992～95年）に挙げられているプログラムは、以下の六つである。

- (1) 家族計画／人口政策
- (2) 母子保健対策
- (3) 予防接種対策
- (4) 基本的衛生／水供給対策
- (5) 栄養／食品供給対策
- (6) 感染症対策

個々の対策プログラムの内容と状況に関しては、各論で各々詳しく見ていくが、ここでは、各プログラムの全体的な進捗状況について触れる。

(1) 家族計画プログラム

実施状況は全体として低調であると言える。家族計画の受け入れ率は、過去数年25～27%程度から上がっておらず、避妊方法は女性による避妊に頼っている状況である。背景として、カトリックの人口が多く（教会自身による反発は、現在表面的にはないが）、宗教的に家族計画を受け入れない人口が多いためであると考えられている。また、文化的に老後の保障としての子供の価値がまだ高いことも貢献している。

(2) 母子保健プログラム

比較的うまくいっている。乳幼児の死亡率は近年減少の傾向にあるし、妊産婦死亡率も比較的低い。しかしながら、妊産婦の4分の1が出産前検診に一度も医療機関を訪れたことがないなど、まだ改善の余地は大きい。

(3) 予防接種プログラム

これまでカバー率は順調に伸びており、子供の予防接種で防げる疾病に対する罹患率、死亡率は全体として下がってきている。しかしながら、麻疹のカバー率（65%）は他の予防接種（80%）に比べ低かったり、B型肝炎に関しては、20%のカバー率しかない。EPIの抱える問題として、離島におけるコールド・チェーンの不備やワクチンの輸送の遅れなどがあるが、将来的に最も憂慮すべき問題として、1995年までワクチンの供給をしてきたユニセフ、WHOの各機関が、96年度から漸次的に援助を引いていく計画があることが挙げられる（Vaccine Independent Initiative, V I I）。将来的に自立的なワクチン供給が課題となっている。

(4) 基本的衛生／水供給に対する対策

大いに遅れている。また、南タラワ、ベシオ等都市部への人口増加が、環境衛生に及ぼす影響も大きく、下痢症など水で伝搬される疾病(Water-borne Diseases)が増えている。

(5) 栄養／食品供給プログラム

第3次国家保健計画で初めて大きく取り上げられている。第2次計画までは、栄養問題というと貧血や栄養失調などの問題のみを扱っていたが、第3次計画で取り上げられている問題は、正しいまた健康的な食生活の推進ということで、輸入食品の制限や、成人病予防のための食事指導などにも幅広く対策が立てられている。

(6) 感染症対策プログラム

キリバスの抱える問題として以下の2点が挙げられる。

- 1) すべての感染症対策プログラムが実施されているプライマリー・レベルの医療機関（ヘルス・センター、ディスペンサリー・クリニック）において、業務量が多くなりすぎて実施に支障をきたしている点である。これは通常こうした医療機関では、1人の医療従事者とコミュニティーからのアシスタント1人という形で、業務が行われているためである。
- 2) 地方の医療機関には検査施設等の検査体制がないため、感染症の確定ができない状況の中で業務を行わざるを得ない点である。これらの問題のため、キリバスの感染症対策は成果を挙げるに至っていない。

5-2 家族計画／人口政策

5-2-1 人口政策

第7次国家開発計画の中で政府は、総合的な人口政策の推進と家族計画の受け入れ率や実効率の増加を目標にあげている。総合的な人口政策とは具体的に、コミュニティーの積極的な参加による人口のコントロール、および、家族計画の受け入れ者や供給者に対するインセンティブ／報酬を考えていくことなどを意味している。政府は、人口増加率の数値目標として1991年までに1.4%にする目標を掲げていたが、95年時点で2.3%とまだはるかに高い数字である。

第3次国家保健計画を見ると、政府は人口政策の目標をかなり高く掲げており、2000年までに人口増加率を0にしたいとしているが、現実的かどうかは疑問である。政府の目標は、女性のリプロダクティブ・ヘルスの向上のための家族計画の推進よりも、人口規模のコントロールに直接重点を置いている。このことから政府は、いかに人口の圧力が経済・社会に与える影響に危機感を持っているかが窺える。

5-2-2 戦略

政府は人口政策の戦略として、以下の5項目を挙げている。

- 1) 健康教育による家族計画の啓蒙、「子供2人の小さい家族」の概念の受け入れを強化する。
- 2) コミュニティー・レベルのサービス供給の強化、具体的にはヘルス・センター、ディスペンサリー・クリニックですべての家族計画サービスの供給を可能にする。
- 3) 医療従事者、特に末端の医療従事者の家族計画サービスに対する知識や技術の向上を、トレーニングやセミナーを通じて図る。
- 4) 家族計画プログラムの報告や記録を徹底させ、プログラムのモニタリングや評価活動を強化する。
- 5) 家族計画プログラムと他のプログラムとの統合の推進、およびリサーチ活動を通じて、より現実的で需要者のニーズにあったものとしていく。

5-2-3 家族計画／人口政策の現状

キリバスにおける家族計画は、1966年に英国指導によりギルバート島およびエリス島に初めて導入された。現在キリバスにおいて全国的に家族計画プログラムは展開しているが、受け入れ率が低い。このリプロダクティブな年齢層の夫婦による低い家族計画受け入れ率が、高い人口増加率の直接的な原因である。表5-1に1987～93年の家族計画実行率（避妊具の使用率）とリプロダクティブな年齢層（15～44歳）の女性の数を示す。この期間リプロダクティブな年齢層の女性の数が増加している分、家族計画サービスの供給が少々増加しても全体としてほとんど実行率が伸びていない結果になっている。なお、家族計画サービスは、トゥンガル中央病院および各ヘルス・センターやディスペンサリー・クリニックなどすべての公共機関で供給されている。

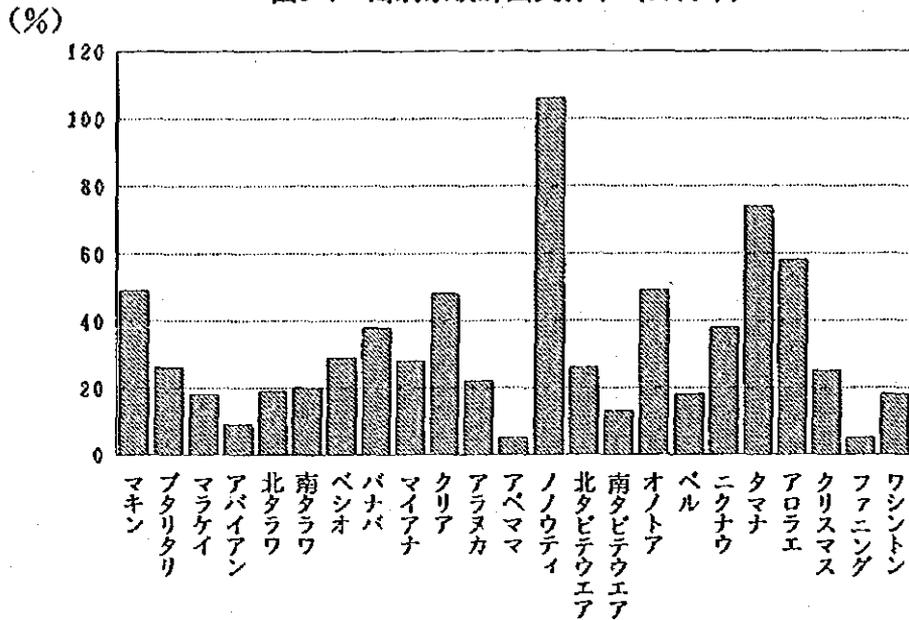
表5-1 家族計画実行率とリプロダクティブ年齢層の女性の数（1987～93年）
（単位：（ ）内）

	1987年	1988年	1989年	1990年	1991年	1992年	1993年
家族計画実行率（％）	23.06	26.89	27.05	27.57	26.00	26.32	27.86
リプロダクティブ年齢層の女性の数（人）	15,559	15,873	16,186	16,586	16,921	17,262	17,610

出所：保健省統計局提供資料より作成

家族計画の実行率は島によって差がある。図5-1は、島別の家族計画の実行率を示した。実行率の算出法は、15～44歳の女性に対する家族計画を実行している女性の割合である。

図5-1 島別家族計画実行率 (1990年)



出所：保健省統計局提供資料より作成

また、家族計画の受け入れ者について、避妊具の種類別の人数を表5-2 に示した。これによると、女性による避妊方法であるデポプロベラやピルが高く、また一番失敗率の高いリズム・メソッドも高くなっている。また、男性の不妊手術が女性の不妊手術より多い。

表5-2 避妊方法別受け入れ者数 (1987~92年)

(単位：人)

	伝統的な方法	ピル	IUD	挿入器	コンドーム	リズム	男性不妊手術	女性不妊手術	合計
1987年	67	591	108	1,473	199	943	173	34	3,588
1988年	81	818	160	1,598	223	1,113	241	34	4,268
1989年	109	737	159	1,696	257	1,175	209	36	4,378
1990年	80	777	171	1,791	214	1,235	262	43	4,573
1991年	108	678	164	1,586	446	1,115	272	30	4,399
1992年	103	648	149	1,756	414	1,108	313	53	4,544

出所：保健省統計局提供資料より作成

5-2-4 家族計画を妨げる要因

キリバスにおいて乳幼児の死亡率は比較的low、かつ減少の傾向にある。キリバスの乳幼児死亡が、必ずしも高い出生率の重要な要因になっているとは考えにくい。やはり、伝統的な社会における社会保障システムとして、子供の持つ価値が高いことが直接の要因であるようである。たくさんの子供を持つことが将来の生活保障につながる社会において、家族計画のニーズは低い。また、キリバスの人口の53%がカトリックであるため、家族は多い方が良いという家族の人数に対する考えが一般に定着しているといえる。

こうした背景から、政府がいくらサービスの供給を増やしたり、アクセスの改善を図ったとしても、ニーズの掘り起こしができていないので効果が薄い。

こうした阻害要因を改善する方法として、政府は、人口規模の縮小に重点を置くのではなく、キリバスの女性のリプロダクティブ・ヘルスの向上を目的とし、家族計画はこの目的を達成するための手段であるという位置付けをするべきであろう。一方、女性の就学率や就業率の向上をはかり、結婚年齢や第1子を持つ年齢を引き上げる努力がなされなくてはならない。

キリバスは幸いに、女性の識字率が極めて高い(90%)。このことは、この国では健康教育なり、啓蒙活動が極めてやりやすく効果が高いことを意味している。家族計画の普及のために政府がまず解決するべき課題は、ニーズの掘り起こしであるが、そのために政府は、女性へのリプロダクティブ・ヘルスの教育、家族計画の啓蒙活動などに重点をおいていくべきであろう。

5-3 母子保健対策

5-3-1 母子保健対策の現状と政策

母子保健対策は、キリバスの保健対策の中でもプライオリティーの高い対策であり、コミュニティ・レベルの実施も比較的うまくいっている対策である。乳幼児の死亡率は毎年減少の傾向にあり、妊産婦死亡も、実際よりも低い報告率であるとしても、比較的低い数字であると言える。

現在母子保健対策として、出産前・後の妊産婦検診、安全な出産、新生児のケア、家庭訪問、幼児検診などを具体的な活動としている。表5-3は、こうした母子保健対策の現状を知るために、第1回目の出産前検診にいったことのある妊婦の数と2回目の破傷風トキソイド接種をした妊婦の数を示した。出産前・後検診の回数は決められていないが、出産前3回以上受診することが推測されている。

表5-3から、妊婦の約4分の1は、出産前に一度も医療機関で検診を受けたことがなく、2回目の破傷風の予防接種については、3分の2の妊婦が受けてないことがわかる。

表5-3 妊産婦数、妊婦検診、破傷風カバー率 (1987~90年)

(単位:()内)

	1987年	1988年	1989年	1990年
妊産婦数(人)	2,315	2,362	2,409	2,350
1回目の妊娠検診受診数(人)	1,708	1,666	2,022	1,645
1回目の妊娠検診受診率(%)	73.6	70.5	83.9	65.0
2回目の破傷風ワクチンを受けた妊婦の数(人)	175	443	841	N.A
2回目の破傷風ワクチンを受けた妊婦の率(%)	7.5	18.7	34.9	N.A

出所: UNICEF, *The Situation of Children and Women in Kiribati 1991*,
UNICEF, 1991 p.57 より作成

こうした現状を政府は改善していきたいとして、第3次国家保健計画の中で、次の3点
を目標として掲げている。

- 1) 母子保健サービスを受ける母子の数を年間 2,600人以上にする(年間の平均出産数は約2,600)。
- 2) 母子保健サービスの維持、向上、拡大を図る。
- 3) 母子保健サービスのカバー率を調べることで、サービスのモニタリングや評価を行う。

5-3-2 戦略

政府は母子保健政策の戦略として、以下の3項目を挙げている。

- 1) 母子保健サービスのカバー率を持続的に上げていくために、母親のモチベーションを高めていく必要がある。そのための母親への健康教育やコミュニティーへの教育を推進する。
- 2) 母子保健サービスの供給を向上させていくために、母子保健サービスに携わる医療従事者に研修を定期的実施し、知識の向上をはかる。
- 3) 母子保健サービスの進捗状況のモニタリングを確実にを行うために、記録や報告のシステムの強化を行う。

5-3-3 妊産婦のケアの現状と問題点

キリバス、特に南タラワ以外の地方においては、医療機関へのアクセスが極端に悪くなる。また、道路事情が良くないため、トラックなどの車両があったとしても、妊産婦には医療機関へ行くことが難しい場合が多い。こうした事情から、場所を固定した医療機関で妊産婦が検診に来ることを待っているのは、なかなか検診率が伸びていかない。そのため、キリバスの地方医療機関では、看護婦や準医師(Medical Assistant)が各村々を訪問し、マニエバ(Maneaba)と呼ばれる村の集会所で、ナース・エイド(コミュニティーから選ばれた女性で、看護婦のアシスタントの役割をするが、特に訓練は受けていない)や伝統的産婆(TBA)など村において助産婦の役割を果たす女性とともに妊産婦検診をするのが通常である。

また、ナース・エイドやTBAは、検診時に来られなかった妊婦の家を訪問して、妊婦検診をすることが役割となっている。また、出産時にはこれらナース・エイドやTBAが分娩の初期において最寄りのヘルス・センターまたはディスペンサリー・クリニックの看護婦に知らせる。看護婦またはTBAは移送可能な早い時期に、家庭での出産で安全か、または病院へ送るかの判断をすることになっている。

妊娠の早い時期で異常が予測できる出産に関しては、どんなに遠い離島であっても、早い時期に病院に移送することができるが、問題となるのはトゥンガル病院のあるタラワまで船で4、5日かかる所で、分娩時に一刻を争う緊急事態が起こった場合、なすすべがないのが現状である。

表5-4に、1994年における出産の総数、出産が行われた場所、出産の介助者別の出産数を示す。家庭での出産が全体の約半分を占めており、訓練されていない介助者の介助による出産が42%ある。

表5-4 出産総数、出産場所、出産介助者別の出産数(1994年)
(単位:人、()内は%)

出産の総数	1,844 (100.00)
家庭での出産	839 (45.49)
医療機関での出産	1,005 (54.01)
TBA介助による出産数	508 (27.50)
ナース・エイド介助による出産数	296 (14.90)
看護婦介助による出産数	905 (49.00)
準医師介助による出産数	154 (8.30)
医師介助によるによる出産数	1 (0.05)

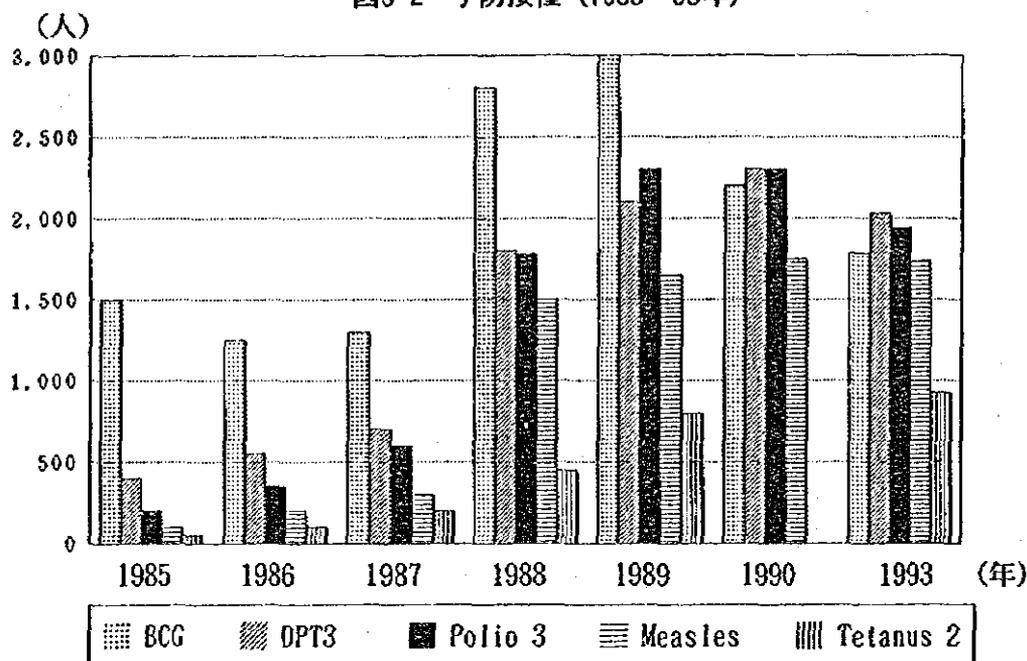
出所:保健省統計局提供資料より作成

5-4 予防接種対策

5-4-1 予防接種対策の現状

キリバスの予防接種プログラムは積極的に実施されている。この予防接種プログラムでは、結核、ジフテリア、破傷風、百日咳、麻疹、B型肝炎、ポリオの七つの疾病がカバーされており、1988年から政府も実施に力をいれ始めたため接種率が上がっている。1994年時点で、5歳以下の乳幼児に対する予防接種率は、BCG78.8%、ポリオ89.9%、DPT85.9%、麻疹76.9%、B型肝炎31.9%であり、1988、89年の接種率と比べるとBCGのカバー率が目立って落ちてきているがポリオとDPTはあまり変わらず、麻疹 (Measles)は少しずつではあるが増加している。しかしながら、14歳までの女子と妊婦に対する破傷風 (Tetanus 2)の接種率は、他の五つに比べてまだ低い。

図5-2 予防接種 (1985~93年)



出所：UNICEF, The Situation of Children and Women in Kiribati 1991,
UNICEF, 1991 p.18 より作成
および保健省統計局提供資料より作成

BCGの接種率が落ちたため、結核の発生数は増加している。麻疹や破傷風も予防接種率の増加とともに発生数が減少の傾向にあった。しかし、百日咳の1990年の流行や破傷風の92、93年の増加などの事象は、予防接種システムへの改善の余地を示唆している。

5-4-2 予防接種対策の目標

政府は、第3次国家保健計画（1992～95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。

- ・1995年までに、ポリオの撲滅、破傷風とジフテリアの排除（Elimination）、結核、百日咳、B型肝炎、麻疹の流行をコントロールする。そのために、適量のワクチンの供給、適切なワクチンの保存、効果的なロジスティックスの整備などを目標とする。

ポリオとジフテリアに関しては、他の南太平洋地域諸国と同様、この国でも現在発生がない状態である。しかしながら、他の疾病の流行のコントロールに関しては、うまくいっていないのが現状である。

5-4-3 予防接種方法

表5-5に予防接種方法を示す。

表5-5 予防接種方法

ワクチン	接種開始年齢	回数	間隔
BCG	生後間もなく	1	
DPT	1歳までに	3	4週間隔
ポリオ	生後間もなく	4	〃
麻疹	生後9カ月	1	
破傷風	14歳までの女子 妊婦	1 2	7学年 妊娠3カ月と6カ月目
B型肝炎	生後間もなく	3	不明

出所：聞き取りより作成

5-4-4 予防接種対策の問題点

キリバスの予防接種対策の問題として一番深刻なのは、1996年以降のワクチンの供給である。それまでは、ユニセフやWHOからの援助ですべてのワクチンが供与されてきたが、これらのワクチン全量に対する援助が95年に終わり、96年以降は徐々にその援助を減らして行く計画（Vaccine Independence Initiative, V I I）である。そのため、これから1997年末までには、この国が自前でワクチンを供給していく財政的処置を取っていかなくてはならない。

はならない。B型肝炎ワクチンに関しては、1992年にWHOの援助が暗礁に乗り上げ、しばらくワクチンがない状態が続いたが、96年以降は、オーストラリアの援助で、ユニセフが供給する計画ができています。

もう一つの問題は、コールド・チェーンの整備である。キリバスの離島において冷蔵庫もないようなヘルス・センターやディスペンサリー・クリニックがあるため、ワクチンの品質管理は難しい。また、離島にワクチンを運ぶのに飛行機を使うが、コストが高いため飛行機を飛ばせない場合があるなど離島への輸送は大きな問題である。

5-5 基本的衛生/水供給対策

5-5-1 現状

キリバスにおいて、下痢症は、死亡の最も多い原因である。適切な衛生設備の整備や飲料水の供給、食品衛生管理などがこうした下痢症対策に最も有効であることは、政府も良く認識しており、基本的衛生/水供給対策に関して、保健省は高いプライオリティーをおいている。

水と衛生に関しての責任省庁は、保健省だけではなく、公共事業・エネルギー省 (Ministry of Works and Energy) との二つで、ほかに水供給の維持や管理のサービスに関しては、水道・電気局 (Public Utility Board) が責任を負っている。特にギルバート・グループ、ライン・フェニックス・グループの水・衛生プロジェクトの実施に関しては、内務・地方開発省 (Ministry of Home Affairs and Rural Development) が計画の調整、ライン・フェニックス開発省 (Ministry of Line Phenix Development) が実施に関して各々責任を負っている。

水供給・衛生施設の経常経費に関しては、地方レベルにおいては、アイランド・カウンシルが水税を徴収することになっており、1 m³あたり1豪ドルが消費者より徴収されているが、中央政府からの補助額が年々減っているため、水道・電気局は過去数年に渡って経営難を経験している。表5-6 に1987～91年の水供給と衛生施設に対する政府の補助金の推移を示した。開発予算への政府支出は少なく、ほとんどはUNDPやアジア開発銀行 (AsDB) などの援助に頼っている。

表5-6 水供給と衛生施設に対する政府補助金の推移 (1987～91年)
(単位：千豪ドル)

	1987年	1988年	1989年	1990年	1991年	合計
水供給補助金	180	130	80	60	25	475
南タラワ衛生施設補助金	200	310	185	150	115	960
合計	380	440	265	210	140	1,435

出所：Government of Kiribati, 7th National Development Plan 1992-1995,
National Planning Office Ministry of Finance and Economic Planning,
Government of Kiribati, 1992

キリバス国の水供給／基本的衛生の詳しい現状は第8編で述べるが、問題点を要約すると以下ようになる。

水供給に関しては、南タラワにおいてもっとも問題が大きい。この地域の著しい人口増加のため、地下水のくみ上げを進めても需要を満たせなくなっている。このため近年時間給水が実施されている。また、この地域の便所は水洗式便所が普及しているが、水不足のために住民は水洗便所を利用せず、海岸を便所として使用する昔ながらの方法に戻る傾向がある。

また、地方において便所の普及率は1993年時点で57%だが、トイレット・ペーパーの値段や、便所の使用料が高いために使用率が低下し、海岸を使用する率が増えている。こうした水供給や衛生状況から、ラグーンの汚染や貝類の汚染が進んでおり、1978～79年に下痢やコレラの流行がおこった時の水の汚染の状況と同じ程度になっているという報告もある (David Kelly, Effects of Domestic Wastes on Marine and Underground Water Quality in Tarawa Atoll 1993)。

5-5-2 政策と目的

第3次国家保健政策の中で、衛生設備の整備、安全な水供給の確保、適切な食品衛生管理、疾病ベクター・コントロールを通じて、国民の健康の向上を図る。また、科学的かつ適正な技術の導入と住民参加を推進することを政策に掲げている。

目的として、以下の4項目を挙げている。

- 1) 衛生施設の整備に関して、各家庭に衛生設備の材料、設置のためのガイダンス、教育を通じた使用のためのモチベーションなどを供給・強化することで、各家庭に衛生施設を整備し、使用を推進する。
- 2) コミュニティーまたは各家庭に対し安全な水が供給されるように援助する。
- 3) 教育や検査などを通じて、食品衛生に関する規則を徹底させ、食品衛生の状況を向上させる。
- 4) 基本的な衛生施設の整備による衛生環境の向上、その結果としての疾病のベクター・コントロールを目指す。また必要時には規定に準じた殺虫剤を使用する。

5-5-3 戦略

国家保健計画の中で、以下の3点が安全な水供給衛生施設の整備対策の中心となっている。1) ヘルス・インスペクターなどの衛生分野人材の育成を強化する、2) コミュニティーに対し、健康教育や定期的な巡回指導により対策に対する理解を促進することにより、各人の認識を高め、計画段階での参加を促す、3) 十分な予算を供給して関係機材、備品を整備する。

5-5-4 問題点

1978年のコレラの発生があって、政府は南タラワの海側に新しい海水を利用した水洗式便所を設置した。中央政府からの維持管理に対する補助金にも関わらず、地方カOUNシルの維持が悪く、二年後にはほとんど使用できない状態となった。このように、便所を設置しても、維持や管理に対する責任感が役所や家庭にないため、使用不能の状態となってしまうケースが大変多い。この問題を解決しないと、衛生環境の向上は難しくなる一方である。

また、水供給に関して、キリバスの特有の地形（川がない）のため雨水と地下水にしか水源がなく、どうしても不足がちである。政府は、井戸の設置、雨水タンクの設置などを推進していかなければならない。しかし、南タラワに関しては、大腸菌などによる地下水の汚染が進んでいるため、ほかの水源を探す必要が生じている。

保健省の水・衛生対策は、実行性に欠けていて、実質的な改善がない。ほかの省との連携を図り、人々の行動や習慣に関する調査に基づいた実際に効果のある計画作りをしていく必要がある。

5-6 栄養／食品供給対策

5-6-1 政策

第7次国家計画には、食品と栄養の状況は、人々の健康に影響を与えるのみではなく、社会・経済面への影響も大きいと認識されている。栄養／食品供給対策の目的は、疾病や死亡率を下げ、機能的な効率性や生産性を各レベルで上げていくこととしている。また、国内の食品や栄養状況を改善させることで、栄養のアンバランスや色々な栄養欠乏症をなくしていくことを目的としている。具体的には、1) 海外からの食料の輸入を減らし、国内の食料の生産性を上げることで、国内の食料供給の状況を変える。2) 各家庭の食料保存方法を向上させる。3) 国民に対する適切な栄養に関する教育を提供することで、人々の態度や習慣を変え、健康的な食習慣のパターンを定着させる、などである。

5-6-2 戦略

栄養／食品供給対策の戦略として、次の八つが挙げられている。

- 1) 開発における食品と栄養状況が与える効果に関して理解を深める。
- 2) 栄養不足や栄養障害の原因になっている海外から輸入される食品や飲料水への依存を減らす。そのために食品の嗜好や消費パターンの効果について評価をする。消費者への教育や、立法化により有害な物質を制限する。健康食品に関して税金を下げ国内の食料増産を援助する。

- 3) 主要作物、家畜、果物や野菜の生産を増やし、自給自足を推進する。そのために、食料生産活動の共同化の推進、市場拡大による生産の活性化を促進する。
- 4) 妊婦検診プログラムの強化、子供の健康診断、母親に対する母乳教育、正しい離乳指導、栄養不良や栄養障害のある乳幼児のサーベイランスの確立などを通して、乳児や学校前の幼児の栄養状況を向上させる。
- 5) ビタミンAや貧血などの栄養欠乏症の予防や発生数の減少をはかる。
- 6) 下痢症など直接栄養の状態に影響を与える疾病のコントロールに努める。そのために、国民に安全な水を供給し、衛生施設の整備を強化し、食中毒及び汚染された飲料水による下痢などを防止する。
- 7) 歯科サービスを強化し、砂糖や精製小麦粉を使った食品の消費を減らすことで、虫歯を減らす。また、国内でとれる果物や野菜の消費を推進する。
- 8) 成人人口の中で、糖尿病や高血圧など栄養に関係する疾病の予防と発生の減少に努める。そのために、最近の食事のパターンの調査やハイ・リスク・グループの確定を場所、性別、社会的地位ごとに行う。これらのハイ・リスク人口に対する栄養プログラムを実施する。これら成人病患者発見のための医療機関及び成人病クリニックにおける機能を強化する。

5-6-3 問題点

栄養／食品供給対策に関して、実施状況を調査した資料などはない。現地調査の印象では、全体に対策の思惑とは逆に状況は悪くなっているようである。糖尿病や高血圧などの成人病は増加の一途であり、食生活に関し改善は見られていないようである。人々は野菜を食べる習慣はなく、また、野菜を育てるには不利な土壌であることも手伝って、家庭菜園などが普及していかない。加えて、昔からの習慣が根強く残っていて、西洋式の乳児の離乳食を導入しにくい事情などもある。

積極的なプログラムの実施が望まれるが、土地の習慣や都合にあった適切な栄養指導・教育の努力がなされていないと、人々の受け入れは難しいと思われる。

5-7 感染症対策

5-7-1 感染症対策の現状と政策

キリバスの感染症対策は、予防接種による予防を除いては、積極的に進められているとは言えない。キリバスの医療システムにおいてプライマリー・ヘルス・ケアが充実されつつあることは望ましいことであるが、対策の中心となるナショナル・コーディネーターや中央から末端の活動を支援するために必要な予算的処置がないため、対策の形をなしていると言えない。加えて、感染症対策を推進していく際に必要な、2次や3次医療からの治療面や検査面のバックアップ体制、末端の活動への監督・指導、またはモチベーションといったサポート・システムが存在しないために、対策としては、非常に弱いものとなっ

ている。また、サーベイランス・システムが確立しておらず、末端で対策を実施している医療従事者に、対策の成果が見えてこないためにモチベーションが低いものとなっている。重点的に改善しなければならない問題点などが、中央レベルには見えない状態で対策を実施しているのが現状である。

うまく機能している部分としては、健康教育が積極的に行われており、受け皿の住民側の識字率の高さと相まって効果をあげている点である。

政府の第3次国家保健感染症対策に対する方針として、住民に対する健康教育、予防接種プログラム、定期的な患者発見と治療、フォローアップを通して、感染症の発生を抑えていくとしている。具体的な数値目標として、1995年までに人口の95%は、感染症に罹患していない状態にしたいとしていたが、これは達成されていない。

5-7-2 戦略

第3次国家保健計画の中で、感染症対策の戦略として以下の五つが挙げられている。

- 1) 住民に対する健康教育プログラムを強化する。そのために、視聴覚教材の活用や住民レベルの討論会なども積極的に行う。
- 2) 予防接種を行う。
- 3) 結核、ハンセン病、淋病、肝炎、破傷風、髄膜炎、AIDSといった重度の疾病に対する患者発見と治療のシステムを確立して、死亡を防ぐ。
- 4) 感染症罹患に関する記録や報告、その報告数の集計・分析といった一連のサーベイランス・システムを確立させ、機能させる。
- 5) 対策を実施している人材の強化、施設・機材の整備、海外からの専門家の受け入れなどにより、対策の実施面を強化する。

5-7-3 個々の対策

5-7-3-1 健康教育

保健教育というのは「対策」の一つではなく、各対策を進めて行くうえで対策のコンポーネントの一つとして行われることにより、それらの対策の効果を相乗的に上げていくものである。この保健教育は、対策やサービスの需要側（住民）に対してのみ行われるのではなく、対策やサービスの供給側（医療従事者、関係者）に対しても行われていかなくてはならない。キリバスの健康教育課は、保健省の中でも大きな課の一つであり、人材、予算とも恵まれた状況あるといえる。機材に関しては、WHOの援助で、視聴覚教材、ポスター、パンフレットを作るための機材が入っており、充分活用されているようであった。健康教育オフィサーと呼ばれている人材が課全体で10人おり、活動内容として、1) 健康教育のための教材作成、2) 調査・開発、3) サービスと研修の三つを柱に行っている。

各々の活動の内容は以下のようなものである。教材の作成に関しては、ビデオ、ポスター、カレンダー、パンフレット類を作成し、ヘルス・センターや学校へ配付している。

また、1週間に一度、15分間の健康教育のためのラジオ番組を作成して、木曜日の午後7時半から放送しており、効果を上げている。調査・開発の分野では、効果的な教材の開発を、調査をかけながら行っている。3番目の研修活動としては看護婦やボランティア、女性のグループや教会が組織しているNGOなどに対し、健康教育を行っている。この中では、栄養やプライマリー・ヘルス・ケアの7分野を中心に健康教育を行っている。

現地で、この研修活動に関しての報告を受けたが、研修の目的、内容、方法などが非常に適切で効果の高い研修活動を展開していることに感心した。多くの場合研修というと、中央に人を集めて行うといった形式が多いが、ここでは、健康教育オフィサーが現地に出向き、現地の準医師、または上級看護婦と共同で、対象となるナース・エイドなりTBA、またはNGOの研修を行うので、研修を受けるものの業務に支障が出ない。また、教室の中だけの研修に終わらず、実際の現場と照らし合わせながらの研修ができるなどの利点が多いようである。

保健教育分野の大きな問題として、末端の医療機関において住民に対する健康教育を行う際の教材の不足が挙げられる。簡単なパンフレットなどもない所がほとんどであるので、看護婦は、コミュニティーに出向いて行って、マニエバにおいての村の集会があるのを利用し、「ヘルス・トーク」（口頭での健康教育）を行うのが精一杯である。こういった機会に視覚的な教材があるともっと効果が上がると思われる。

5-7-3-2 結核対策

結核対策といっても、中央にコーディネーターはおらず、結核対策の国家政策なり計画といったものがあるわけでない。また、サーベイランス・システムが確立していないので、実態も明確にはわからないのが現状である。結核対策で行われている活動は、末端の医療機関において、2週間以上咳が続く患者に対し喀痰検査のためのスライドを作り、トウソウ中央病院の臨床検査部へ送る。この結果陽性の患者に対し治療を開始するといったものである。しかしながら、治療を中断する率も高いし、治療一つを取っても、改善の余地はまだまだある。BCGの接種率は、近年下がる傾向にあるので、その影響も心配される。

発見された患者は、結核治療カードに登録され、治療はカードに記録される。

結核治療のレジメは、以下のように決められている。

入院（監督下）			
リファンピシン	600 mg	1回/日	X 6 カ月
イソニアジド	300 mg	1回/日	X 6 カ月
ピラジナマイド	500 mg	2回/日	X 6 カ月
または	エタンブトール	400 mg	2回/日 X 6 カ月

外来（1カ月分）			
リファンピシン	600 mg	1回/日	X 6 カ月
イソニアジド	300 mg	1回/日	X 6 カ月
ピラジナマイド	500 mg	1回/日	X 6 カ月

5-7-3-3 ハンセン病対策

ハンセン病対策は、結核対策とあまり変わらない現状であるが、WHOが南太平洋地域でのハンセン病撲滅を目指しているため、WHOからの技術的援助がなされている分、強化されていると言える。この国においてハンセン病の数自身は、あまり多くない。対策の中の活動としては、地方の医療機関では保健婦か準医師が慢性的な皮膚疾患を持っている住民を見つけて、ハンセン病の検査を行い、陽性者を登録していき、複合薬品治療を始めるといったものである。発見された患者は、ハンセン病治療カードに登録され、行われる治療に関して記録がされている。

複合薬品治療のレジメは、以下のとおりである。

- 1) 少数桿菌（I型、TT型、BT型の場合）6カ月間

リファンピシン	600 mg/月（監督下）
ダブソン	100 mg/日（自己管理下）

- 2) 複数桿菌（BB型、BL型、LL型の場合）2年間

リファンピシン	600 mg/月（監督下）
ダブソン	100 mg/日（自己管理下）
クロファミジン	300 mg/月（管理下）
クロファミジン	50 mg/日（自己管理下）

5-7-3-4 淋病/性行為感染症対策

淋病やその他の性行為感染症に関しては、治療のみ行っている。南タラワとクリスマス島に関しては、外来患者の臨床診断と検査によって病気を確定し、治療を開始する。それ以外の地域においては、臨症的な症状で診断をし治療を開始している。

5-7-3-5 AIDS対策

AIDS対策は、WHOの指導のもと、南太平洋で足並みをそろえる形で1987年から開始された。まず、1987年にチーフ・メディカル・オフィサー（CMO）を議長とする国家エイズ委員会（National AIDS Committee, NAC）が設立された。1988年にはWHOの指導で短期計画（Short Term Plan）が策定され、1989年には90～93年をカバーする中期計画1（MTP1）が策定された。93年には、先の短期計画、長期計画の実行状況に関して外部からの調査が入った。それによると、ほとんどの活動は計画どおりに実施されており、政府は、AIDS対策の活動を既存の機構に統合させていくことができたという評価であった。1995年に94～98年に向けた中期計画2（MTP2）を策定した。

中期計画2では、次のようなプロジェクトが計画されている

- 1) 学校AIDS・プロジェクト
学校における教師や生徒を対象にしたエイズ教育を実施する。
- 2) 帰国水夫プロジェクト
水夫に対し、ワークショップを開いてAIDS教育を行い、コンドームを配布する
- 3) バー/ナイトクラブ・プロジェクト
バーやナイトクラブに働く女性を対象にワークショップなどを開催し、啓蒙・教育をする。
- 4) 雇用者向けSTDプロジェクト/HIV予防プロジェクト
海外出張の多い政府機関雇用者などにSTD/HIVについての情報や知識を提供する。

STD/HIV対策の問題点として、文化的な理由で、人々が性行為感染症の治療のために医療機関に行きたがらない。また、地方の医療機関に検査機関ないため正確な診断ができないなどがある。

第5編 参考資料一覽

- Asian Development Bank, Draft for Discussion : Proposed Technical Assistance for Preparation of Sanitation and Urban Health Project, A s D B, 1995
- David Kelly, Effects of Domestic Wastes on Marine and Underground Water Quality in Tarawa Atoll 1993, MHF P SW, 1993
- Government of Kiribati, 7th National Development Plan 1992-1995, National Planning Office Ministry of Finance and Economic Planning, Government of Kiribati, 1992
- Ministry of Health Family Planning and Social Welfare, The 3rd National Health Family Planning and Social Welfare Plan 1992-1995, MHF P SW, 1991
- South Pacific Commission, Pacific Health Dialog Volume 2. Number 2 : AIDS, STD and Sexuality in the Pacific, S P C, 1995
- UNICEF, The Situation of Children and Women in Kiribati 1991, UNICEF, 1991
- UNICEF, The Situation of Children and Women in Kiribati (Draft) 1995, UNICEF, 1995
- UNICEF, UNICEF Second Country Programme of Co-operation Pacific Island Region(C P C II PACIFIC : Draft Strategy Paper), UNICEF, 1995

第6編 保健医療サービス供給システム

6-1 保健医療サービス供給システムの概要

キリバスの医療サービス供給システムの構造は極めて単純で、ほとんど公共医療部門しか存在していないといって過言ではない。民間医療部門はまだ発達しておらず、わずかに伝統医療がコミュニティの中に存在しているのみである。公共医療部門の医療施設数は、1995年12月時点で、第3次病院（トゥンガル中央病院）〔1〕、ヘルス・センター〔24〕、ディスペンサリー・クリニック〔51〕であった。唯一のリファレル病院であるトゥンガル中央病院は、規模としてはベッド数106床の中規模だが、施設・機材について整備が良くされている第3次病院で、キリバスの3次医療を一手に引き受けているが、国内の地理的条件により人口のカバー率は低いものとなっている。ヘルス・センターとディスペンサリー・クリニックは、プライマリー・レベルの医療を供給しているが、施設・機材の整備が遅れているため、十分に機能していないのが現状である。このコミュニティ・レベルにおける医療の充実を図っていかないことには、キリバス全体の医療事情は向上していかない。

6-2 公共医療部門

保健医療公共部門の責任所管は、保健・家族・社会福祉省（MHFPSW）にある。ただし、水・衛生関連の分野に関しては、環境・社会開発省、公共事業・エネルギー省も管轄しており、また水・衛生関係の施設・メンテナンスに関しては、水道・電気局が責任を負っている。

キリバスの公共医療部門において、病院紹介およびコンサルテーション・サービスを行う第3次レベルの医療機関としては、トゥンガル中央病院（TCH）が唯一あるのみである。保健省および看護学校など保健省関係のすべての施設が、このTCHの敷地内にある。

2次レベルの医療機関としてヘルス・センターが位置付けられているが、機能も医療の質も第1次レベルと変わらないので、実質は第2次レベル医療サービスは存在していないようなものである。ヘルス・センターは、1島に1カ所の割合で建てられている。

第1次レベルの医療を提供しているのは、ディスペンサリー・クリニックである。このディスペンサリー・クリニックは、島の人口に応じて2カ所から多い所では5カ所建てられている。この国における公共医療施設は、すべての国民がアクセス可能になるように建てられているが、遠隔地の住民にとって3次医療へのアクセスは極めて困難な状況である。

この医療サービス供給部門の構造からわかるように、TCHがある首都のクラワの医療サービスの質と、離島における医療サービスの質には大きな差が存在している。

6-2-1 第3次医療施設

キリバスには、病院と名の付く施設が3カ所ある。しかしながら、トゥンガル中央病院以外の二つの病院（ベシオとクリスマスに1カ所ずつ）は、医者が一人いるのみで、病院とは名ばかりといった機関である。機能としては少し大きめのヘルス・センターと言った程度である。

(1) トゥンガル中央病院 (TCH)

TCHはキリバス唯一の第3次医療の供給可能な総合病院であり、全国の第1次・第2次医療機関から患者を受け入れている。TCHで治療不可能な患者は、ニュー・ジーランドやハワイに移送される体制となっている。クリスマス島があるライン・グループからの患者は、クリスマスからトラワへの飛行機の直行便がないので、すべての紹介移送および救急の患者は、クリスマスからの飛行機の乗り入れ地で一番近いハワイのホノルル島の病院に移送される。このため、保健省予算の大きな部分が、患者の移送に割かれる結果となっている。

TCHは1988～89年にかけて、日本の無償資金協力で大規模に改修された。この協力の規模は合計14億600万円と大きいもので、この時には必要施設の建設および医療機材の整備を行った。その後、同病院の活動が活発となり、病院の上水に対する需要が増大したが、トラワにおける上水供給能が充分でないため問題となっていた。こうした状況下、雨水集水設備、受水槽、送水ポンプなどにつき、日本より追加の無償資金協力が1992年に行われた。

TCHはベッド数106床、16の診療科目を持つ病院で、南トラワのベカニベウ (Bikanibau) に位置している。機能としては、一般外来患者および全国の診療所、保健所からの紹介移送患者・救急患者の受け入れと診察、治療、施薬、各種検査、手術および入院などの業務を行っている。ベッド占有率は1991年時点で92.83%、平均入院日数は3.16日、総入院者数は91年1年間に3,200人であった。

同病院の医師が保健省の職員を兼務し、治療のみならず以下の行政分野の活動も行っている。

- 1) 看護学校および準医師 (メディカル・アシスタント) 養成学校を運営し、学生の実習病院として現場教育を行っている。
- 2) プライマリー・ヘルス・ケアの施策に基づく母子保健、家族計画を含む保健教育活動、X線による健康診断など予防医療などの役割を担っている。
- 3) 病院の検査施設は、ルーティンの臨床検査に加え、公衆衛生部門の活動として飲料水および下水設備の検査なども行っている。
- 4) 同病院の薬局は、キリバス唯一の医薬品処方を行う施設であり、中央調剤センターとして、全国の診療所・保健所に医薬品の発送を行っている。

本病院は医師定員12名 (1995年12月現在5名のキリバス人医師、7名の国連ボランティア、および中国から派遣された医師が従事している)、看護婦定員88名の職員で構成され

ている。勤務時間は8:00～12:00、13:00～15:30（夜勤は看護婦、救急車の運転手）、看護婦は3交代制で、1病棟に1名ないし2名が勤務する。夜間は急患の場合のみ医師呼び出し制である。

TCHの各部門は大別すると以下のとおりである。

1. 外科診療部 (1)一般外来 (2)救急外来 (3)専門外来 (4)歯科 (5)薬局
2. 中央診療部 (1)放射線科 (2)臨床検査科 (3)血液銀行
3. 手術部 (1)手術室 (2)中央滅菌材料室 (3)解剖室
4. 病棟部 (1)有料病棟 (2)内科病棟 (3)外来病棟 (4)小児病棟 (5)結核病棟
(6)産科病棟 (7)精神科病棟
5. サービス部 (1)厨房 (2)ランドリー
6. 看護学校 (1)教室 (2)看護学校寮
7. 訓練・普及部
8. 付き添い看護人宿泊所（マニエバ）

(2) ベシオ病院

ベシオ病院は、南タラワの西の端に位置し、人口8,300人をカバーしている。本病院の定員は、医師が1名、保健婦が3名、上級看護婦が1名、看護婦が5名であり、現在この定員は充当されていた。ベッド数は8床で、外来は多く月に500人から多い時には1,000人との話しであった。病院の機能として、外来患者の診察、治療、入院患者の治療、および地域の学校訪問、妊産婦検診、ハンセン病/結核対策、予防接種対策、糖尿病・高血圧クリニックなどを行っている。しかしながら、検査体制はなく、検査はすべてTCHに送っている。手術を行える施設もない。

現地調査で本病院を訪れた際の印象は、とにかく病院の機能が果たせるような施設・設備ではないというものであった。壊れたX線機械が放置され、天井や壁の破損もひどく、医療機関のコンディションではなかった。

6-2-2 第2次医療施設

キリバス国において、ヘルス・センターは第2次医療を供給する医療機関という位置付けではあるが、機能や質に関して、ディスペンサリー・クリニックとなんら変わるところはない。唯一違う点は、ヘルス・センターには、看護婦ではなく準医師（経験年数3年以上の看護婦が、一年の研修を受けて資格を取る）がいる点である。しかしながら、設備が整備されていないので、準医師の技術なり知識が生かされる状況ではない。ヘルス・センターは、全国に24カ所で、一つのヘルス・センターに、準医師1名とナース・エイド（コミュニティの女性で、看護婦の補佐の仕事をするが、訓練は受けていない。給料は、アイランド・カウンシルから出る。）が1名配属されている。

表6-1 は各島にあるすべてのヘルス・センターとディスペンサリー・クリニックの数を示す。

これらヘルス・センターに関する詳しい情報がないので、現地調査で訪問したヘルス・センターの報告をすることで、ヘルス・センターの機能や問題点を浮き彫りにする。

(1) アバオコロ・ヘルス・センター

北タラワにあるアバオコロ・ヘルス・センターを訪問した。北タラワへは、船外機付きボートでラグーンを1時間半北に行った所に位置し、人口3,600人程度の島である。アバオコロ・ヘルス・センターは、北タラワに一つのヘルス・センターで五つの村(人口400~500人)をカバーしており、現在準医師は不在で、看護婦が代行していた。施設は古く、メンテナンスがされておらず、便所やシャワーは故障、机・椅子もない状況で、患者と看護婦は、むき出しのベッドに腰掛けて診察をしている。アイランド・カウンシル(地方政府)がこうした施設の維持・管理、基本的な設備の供与などを行う責任所管であるが、全く省みていない状況である。

薬やワクチンに関しては、中央保健省より毎月供給されているので、比較的そろっていた。コールド・チェーンに関しては、ユニセフ、WHO、オーストラリアなどの援助で、ソーラー電力の冷蔵庫が稼働していた。

ここでやっている活動は、予防接種、妊産婦検診など予防的活動と、上気道感染症、創傷などの治療、および糖尿病や高血圧など成人病クリニックである。この地域で主要な疾病は、インフルエンザ、気管支炎、喘息など呼吸器系の疾患が多く、次に事故や怪我による出血ということであった。

ここは地理的に南タラワが近いので、患者の紹介移送が比較的簡単にできるという点で恵まれているが、逆に、このように都市部に近いヘルス・センターでさえ施設や設備が極めて悪いということは、離島における状況が悲観的であるのは想像に易しい。

表6-1 地方医療施設の整備状況(1995年12月現在)

島名	人口 (1990年)	ヘルス・センター		ディスペンサリー ・クリニックの数
		数	ベッド数	
バナバ	284	1	2	-
マキン	1,762	1	8	2
ブタリタリ	3,774	1	8	5
マラケイ	2,863	1	6	3
アバイアン	5,233	1	6	5
北タラワ	3,648	1	0	2
マイアナ	2,180	1	4	2
アベママ	3,218	1	0	3
クリア	990	1	3	1
アラヌカ	1,002	1	0	1
ノノウティ	2,814	1	8	3
北タビテウエア	3,201	1	11	4
南タビテウエア	1,331	1	6	2
ベル	2,909	1	6	2
ニクナウ	1,994	1	6	2
オノトア	2,100	1	7	2
タマナ	1,385	1	18	-
アロラエ	1,440	1	4	-
南タラワ	15,937	1	0	5
ワシントン	936	1	-	-
ファニング	1,309	1	-	1
クリスマス	2,537	1	-	4
カントン	45	1	-	-
ベシオ	9,443	1	4	2
合計	72,335	24	107	51

出所：WHO提供資料より作成

6-2-3 第1次医療施設

第1次医療施設としてディスペンサリー・クリニックがある。ディスペンサリー・クリニックは、全国に51カ所であり、看護婦1名とナース・エイドが1名配属されている。ディスペンサリー・クリニックの活動の内容、質に関して、現地調査で訪問したディスペンサリー・クリニックの例示を通して説明する。

(1) テアリニバイ・ディスペンサリー・クリニック

アバオコロ・ヘルス・センターから車で1時間ほどの所にテアリニバイ・ディスペンサリー・クリニックがある。この1時間ほどの行程は、道があまりにも悪く通常の人にはさへ辛いものであったので、病人や妊婦に耐えられるものではないと思われた。

このディスペンサリー・クリニックは、引退した上級看護婦（シニア・ナーシング・オフィサー）が、この村の出身であることから、再契約されて赴任していた。この看護婦は、トゥンガル中央病院での勤務が長く、知識や技術面で優れていただけでなく、地域医療にかける情熱があり、自力でベッドをTCHから運んできたり、カーテンを縫ってプライバシーを作る努力をしたりと、真剣にディスペンサリー・クリニックの整備を行っていた。便所やシャワーの修理までは1人ではできず壊れたままであったが、クリニックの内部・外部とも整理されており、妊婦の入院も可能な状態であった。このテアリニバイ・ディスペンサリーの看護婦は、コミュニティーでの健康教育にも熱心で、村の集会の時はマニエバに出かけて行ってヘルス・トークを行ったり、結核やハンセン病の患者発見、家族計画の推進にも各家庭を精力的に回って住民に働きかけているという話であった。

南タラワで視察したディスペンサリー・クリニックなどと共通した点として、地域の健康の状況を表わす様々なグラフ類が壁にはってあり、活動が真剣に行われているようであった。これらディスペンサリー・クリニックで一番の問題は、施設や設備の老朽化や不備である。

前出の看護婦のように、経験年数の長い看護婦は、知識もあり地域保健にかける情熱もある優れた看護婦が多いように見受けられた。一般に看護婦になる人材が優秀な人材であることもあると思うが、多くの看護婦のモチベーションが高いことには、多少なりとも驚いた。医療の現場の施設・機材が整備されていないのが、看護婦たちの能力が生かされない大きな要因である。

6-2-4 リファレル・システム（紹介・移送システム）

キリバスのリファレル・システムは、第1次医療機関と第2次医療機関の機能に差がないため、第1次医療機関で対処できない場合は、直接トゥンガル中央病院に患者を移送する。患者の移送および治療にかかるすべての費用および付き添い1名にかかる旅費に関しては、保健省予算から出される。また、前述したように、ライン・フェニックス・グループは、タラワに患者を移送するより、ハワイの方が近いためにホノルル島に移送されている。