

国別医療協力ファイル
パプア ニューギニア

IKCA
206
907
15A
BRARY

医 計
JR

国別医療協力ファイル

パプア・ニューギニア

JICA LIBRARY



J 1132030(6)

国際協力事業団
医療協力部

本ファイル編集方法について

本ファイルは、パプア・ニューギニアに対する保健医療協力を効果的に実施するための参考資料として、各編の項目に従い、とりまとめたものです。

本ファイルでは、同国の医療事情をできるだけ広範囲にわたって紹介するため、まず、保健医療計画及び国際機関等の援助状況を含む衛生行政面から紹介し、以下、試験研究機関・医療施設の地域格差及び相互の連係を含む施設・設備面、医薬品等の薬事面、医療従事者、疾病発生状況及び医療保険制度等を含む医療事情について、順次述べ、可能な限り給水等の医療関連基盤にも触れ、各編末尾において問題点をとりまとめております。

各項目の情報は、既存の資料・情報を整理・編集したものであります。

- ①当該国の保健医療分野の現状と問題点、またこれに対する当該国政府の認識と対策
- ②国際機関・先進国援助機関の援助方針と実績
- ③わが国（特に当事業団）の援助実績

等について、可能な限り網羅しておりますが、様々な制約から、十分な情報を収集できたとは言い難い面もあります。これらについては、今後の各種調査により補完・拡充を図ってゆきます。



1132030(6)

- 目 次 -

目 次
図目次
表目次
略語表

第1編 医療事情概要	1
第2編 衛生行政	
2-1 行政組織	9
1) 中央行政組織及び組織図	9
2) 地方行政組織及び組織図	10
2-2 衛生行政組織	10
1) 中央衛生行政組織及び組織図	10
2) 地方衛生行政組織及び組織図	11
2-3 国家開発計画	12
1) 国家開発計画の概要	12
(1) 国家目標 (National Goals)	12
(2) 開発目標 (National Objectives)	12
(3) 公共投資計画 (The Public Investment Programmes)	13
2) 保健医療計画	13
(1) 第二次国家保健計画 (1986-1990年)	13
(2) 第三次国家保健計画 (1991-1995年)	14
2-4 保健医療の援助要請と受け入れ体制	14
1) 援助要請機構	14
(1) 外国援助受入政策	14
(2) 援助受入機関	15
i) 機能	15
ii) 組織	15
(3) 援助受入体制	16
2) わが国を除く諸外国、国際機関、NGOの援助動向	17
(1) 国際機関	18
i) WHO	18

ii) UNDP	19
iii) UNICEF	20
iv) UNFPA	20
v) ADB	20
(2) 諸外国	20
i) 米国 (USAID)	20
ii) オーストラリア (AIDAB)	21
iii) EC	21
3) わが国の援助状況	21
(1) わが国政府による対パプア・ニューギニア 援助の概要	21
i) 有償資金協力	21
ii) 無償資金協力	22
iii) 技術協力	22
2-5 問題点	22
第2編参考資料一覧表	23
第3編 試験研究機関	
3-1 試験研究機関	24
1) ポートモレスビー総合病院病理学部門 (Pathology Department, Port Moresby General Hospital)	24
2) 中央公衆衛生研究所 (CPHL = Central Public Health Laboratory)	24
3) パプア・ニューギニア医療研究所 (Papua New Guinea Institute of Medical Research)	24
4) パプア・ニューギニア技術大学化学技術学部 (Dept. of Chemical Technology, Papua New Guinea University of Technology)	24
3-2 地方試験研究機関	25
3-3 問題点	25
第3編参考資料一覧表	26
第4編 医療施設	
4-1 医療施設	27
1) 一次医療サービス	28

(1) ヘルスセンター	28
(2) ヘルスサブセンター	28
(3) アーバנקリニック	28
(4) エイドポスト	29
2) 二次医療サービス	29
(1) ポートモレスビー総合病院 (PMGH)	29
(2) 州立病院	31
(3) 基幹病院	31
3) 三次医療サービス	31
4) 教会による医療サービス	31
4-2 地方医療施設	31
4-3 医療施設相互の機能の連携	32
4-4 救急医療体制	32
4-5 民間医療施設	32
4-6 問題点	32
第4編参考資料一覧表	33
第5編 医薬品、医療用具、衛生材料	
5-1 医薬品の供給	34
5-2 医療用具、衛生材料	34
5-3 問題点	35
第5編参考資料一覧表	36
第6編 医療従事者	
6-1 医師数及びその配置	37
6-2 歯科医師数及びその配置	37
6-3 薬剤師数及びその配置	37
6-4 看護婦(士)数及びその配置	37
6-5 その他の医療従事者数及びその配置	37
1) 保健普及官	37
2) 保健監督官	38
3) 基礎レベル保健医療従事者	38
6-6 医療従事者の養成制度及び動向	38
1) 医師の養成	38
2) 歯科医師の養成	38

3) 看護婦（士）の養成	39
4) 病理検査技師、X線技師の養成	39
5) 保健普及官、保健監督官の養成	39
6) 准看護婦、エイドポストオーダー（看護人）、 ホスピタルオーダーの養成	39
6-7 問題点	39
第6編参考資料一覧表	40

第7編 その他の医療事情

7-1 医療関連基盤	41
1) 給水	41
2) 電気	41
7-2 疾病発生状況	42
1) 急性呼吸器系感染症	42
(1) 発生状況	42
(2) 対策	43
2) マラリア	43
(1) 発生状況	43
(2) 対策	43
3) フィラリア	44
(1) 発生状況	44
(2) 対策	45
4) 下痢症	45
(1) 発生状況	45
(2) 対策	45
5) コレラ	46
(1) 発生状況	46
(2) 対策	46
6) エイズ（AIDS：後天性免疫不全症候群）及び性病	46
(1) 発生状況	46
(2) 対策	46
7) 結核	47
(1) 発生状況	47
(2) 対策	48
8) ハンセン病	48

(1) 発生状況	48
(2) 対策	49
9) 予防接種拡大計画 (EPI)	49
7-3 家族計画	49
1) 背景	49
2) 家族計画の現状	50
7-4 栄養	51
1) 蛋白質エネルギー栄養失調	51
2) 栄養性貧血	51
3) 肥満	51
4) 甲状腺腫と風土病性クレチン病	52
5) ビタミンA欠乏症	52
6) 栄養計画における制約要因	52
7-5 伝統医学	52
7-6 医療保険制度	52
7-7 医療情報の収集、供給体制	52
7-8 問題点	53
第7編参考資料一覧表	54
第8編 関連法令	55
第8編参考資料一覧表	56

付表

－ 図目次 －

図2-1	中央行政組織図	9
図2-2	保健省組織図	10
図2-3	州政府の標準衛生行政組織図	11
図2-4	国際開発援助局（OIDA）組織図	16
図2-5	パプア・ニューギニア政府作成のプロジェクトサイクル	17
図4-1	パプア・ニューギニアの医療サービスピラミッド	27
図4-2	ポートモレスビー総合病院（PMGH）組織図	30
図5-1	薬務サービス部の機能と医薬品のフロー図	34
図5-2	公共事業省本部の組織図	35

— 表目次 —

表2-1	国及び国際機関別援助額 (1986-1990)	T-1
表2-2	わが国の対パプア・ニューギニアODA実績 (1986-1990)	T-2
表2-3	援助実績 (JICA関与分に限定)	T-3
表4-1	州別医療施設数及び1病床当たり人口 (1989)	T-4
表4-2	保健省及び教会運営の州別医療施設数 (1989)	T-5
表4-3	州別病院の入院患者、手術、分娩数 (1984)	T-6
表4-4	州別ヘルスセンター及びヘルスサブセンターの 入院患者、手術、分娩数 (1985)	T-7
表6-1	医療従事者数 (1986、1990、2000) 及び平均給料 (1986)	T-8
表6-2	保健省運営病院州別医療従事者数 (1985)	T-9
表6-3	政府運営一次医療サービス施設の州別医療従事者数 (1985年)	T-10
表6-4	教会運営医療施設の州別医療従事者数 (1984年)	T-11
表6-5	パプア・ニューギニアの医学教育機関リスト	T-12
表7-1	病院、ヘルスセンター、ヘルスサブセンターにおける 疾病別入院患者数 (1987-1989)	T-13
表7-2	病院、ヘルスセンター、ヘルスサブセンターにおける 死因 (1987-1989)	T-14
表7-3	予防接種達成率 (1987-1990)	T-15
表7-4	1980年の人口センサスを基にした州別人口増加予測 (1980-1990)	T-16
表7-5	州別平均寿命、乳児死亡率及び幼児死亡率 (1971、1980)	T-17
表7-6	州別出生率及び死亡率 (1980)	T-18
表7-7	医療機関における乳児の死因 (1987-1989)	T-19
表7-8	医療機関における幼児の死因 (1987-1989)	T-20
表7-9	州別出産年齢女性人口及び家族計画実施状況 (1987-1989)	T-21
表7-10	州別乳児の栄養状態 (年齢体重、1987-1989)	T-22

— 略語表 —

ADB	:	アジア開発銀行 (Asian Development Bank)
AIDAB	:	オーストラリア国際開発援助局 (Australian International Development Assistance Bureau)
DAC	:	開発援助委員会 (Development Assistance Committee)
EPI	:	予防接種拡大計画 (Expanded Program on Immunization)
FAO	:	国連食糧農業機関 (Food and Agriculture Organization)
HFA	:	Health for All
IBRD	:	国際復興開発銀行 (International Bank for Reconstruction and Development)
IMF	:	国際通貨基金 (International Monetary Fund)
NGO	:	非政府機関 (Non-Governmental Organization)
OECD	:	経済協力開発機構 (Organization for Economic Cooperation and Development)
OIDA	:	国際開発援助局 (Office of International Development Assistance)
ORS	:	経口補水塩 (Oral Rehydration Salt)
ORT	:	経口補水療法 (Oral Rehydration Therapy)
PMGH	:	ポートモレスビー総合病院 (Port Moresby General Hospital)
UNDP	:	国連開発計画 (United Nations Development Programme)
UNFPA	:	国連人口活動基金 (United Nations Fund for Population Activities)
UNICEF	:	国際児童基金 (United Nations Children's Fund)
UPNG	:	パプア・ニューギニア大学 (University of Papua New Guinea)
USAID	:	米国開発援助庁 (United States Agency for International Development)
WHO	:	世界保健機構 (World Health Organization)

第1編 医療事情概要

第1編 医療事情概要

パプア・ニューギニアは、南太平洋の西端部に位置し、ニューギニア島の東半分と約600の島々からなっており、1975年に独立した。全国人口は1989年現在で約370万人と推定される。

同国における疾病構造は、従来から肺炎、マラリア、皮膚・皮下組織疾患、下痢症等の感染症が罹患率の上位を占め、また主要死因については肺炎、出産関係死亡、悪性の下痢、皮膚・皮下組織疾患、マラリア、結核が上位6疾病を占めてきた。

同国政府は、こうした医療事情を改善すべく、第一次国家保健計画（1974-1978年）及び第二次国家保健計画（1986-1990年）、さらに現行の第三次国家保健計画（1991-1995年）に基づき、一次医療サービス優先の医療政策を実施し、ヘルスセンター、ヘルスサブセンター、エイドポスト等、医療施設の量的拡大を全国的に推進してきた。

その結果、1980年までの10年間に平均寿命が40.4歳から49.6歳へと向上し、1985年には人口の96%が2時間以内に医療施設に到達可能になるなど保健衛生面で改善がみられたものの、疾病構造は改善されておらず感染症が依然として主要な疾病を占めている。

本ファイルでは、各編の項目に従い、同国の医療事情について記述する。なお、第2編以降各編の概要及び問題点は次の通りである。

第2編 衛生行政では、同国の中央・地方の行政組織及び中央・地方の衛生行政組織、国家開発5カ年計画、保健医療計画、さらに保健医療分野における援助要請と受け入れ体制について述べる。

同国は英連邦の一員で、英国女王を元首とする立憲君主国家である。元首の英国女王は、①総督、首相、官僚の任免、②最高裁判所および高等裁判所長官の任命、③条約の批准などの権限を有する。総督は元首の権限、義務に係わる国家行事を代行する。行政組織としては、1988年6月現在、首相の下に法務省、大蔵・計画省、外務省、保健省等、26の省が置かれている。地方行政組織については、同国には19の州があり、それぞれが州政府を有し、知事、各大臣および行政組織をそなえている。

同国における衛生行政は国レベルでは保健省が、州レベルでは州政府の保健部が担当している。また、施設と医療機材の修理・保守は公共事業省の担当であり、医薬品、医療機材は保健省総務局業務サービス部によって調達され、各医療施設へ供給されている。

保健省は、一次医療サービス局（Primary Health Services）、二次医療サービス局（Secondary Health Services）並びに総務局（Administration）の3局からなる。一次医療サービス局は、地域保健部（Community Health Development）、歯科衛生部（Dental Health Services）、環境衛生部（Environmental Health）、家族保健部（Family Health）、栄養部（Nutrition）及び疾病対策部（Disease Control）の6部から構成され、二次医療サービス局は、ポートモレスビー総合病院（Port Moresby General Hospital）、精神衛生部（Mental Health Services）及び病院管理部（Hospital Administration）から構成される。また、総務局は、財務・管理サービス部（Finance & Management Services）、保健訓練部（Training）

及び薬務サービス部 (Pharmaceutical Services) からなる。

保健省の政策・企画・評価部門 (Policy, Planning & Evaluation) は、上記3局すべてに関連した政策、企画及び評価に関する事項を担当しており、保健省長官の直接管轄下にある。

大部分の州において、衛生行政地方分権化 (1978年) の際に中央政府が提示した標準行政組織に基づいて衛生行政が行なわれている。この標準行政組織においては、保健部長を長とする保健部が州管理チーム局長の下に置かれている。保健部長はヘルスセンター、エイドポスト及びアーバンクリニックといった医療システム全体の監督者である州保健普及官によって補佐される。また、州病院の病院長も、州管理チーム局長へ直接報告書を提出し、州病院の事務局長及び婦長が管理する病院事務局がその業務を補佐する。

同国の国家開発計画は、国家の目標として憲法において定められた国家目標 (National Goals)、それを達成するために立てられた開発目標 (National Objectives)、さらに開発目標を具体化した公共投資計画 (Public Investment Programme) からなる。国家目標としては、憲法の前文において、①総合的人間能力の開発 (Integral Human Development)、②平等と国民の参加 (Equality and Participation)、③国家主権と独立 (National Sovereignty and Self-Reliance)、④天然資源と環境の保全 (National Resources and Environment)、⑤同国独自の開発方式 (Papua New Guinean Ways) の5項目が理念的に定められている。

現在、公共投資計画のもとで第三次国家保健計画 (1991-1995年) が実施されている。この第三次国家保健計画では、保健衛生教育、地域社会の参加、管理面の改善、伝染病の抑制及び保健医療に携わる職員の技能向上が強調されている。

また、急激な人口増加に係る問題を認識して、第三次国家保健計画では国家の人口政策を定め、関連計画が盛り込まれている。同計画では、1995年までに達成すべき目標として、

- ・ 平均寿命の延長 (80年：50歳→95年：60歳)
- ・ 乳児死亡率の減少 (80年：出生千人対72/→95年：50)
- ・ 幼児 (1歳以上5歳未満) 死亡率の減少 (80年：出生千人対42→95年：30)
- ・ 粗死亡率の減少 (80年：人口千人対13→2000年：9*)
- ・ 粗出生率の減少 (80年：人口千人対35→95年：30)
- ・ 妊産婦死亡率の減少 (80年：出生千人対7→95年：5)
- ・ 合計特殊出生率の減少 (80年：女性一人当たり5.4→95年：4.4)

を掲げており、そのための方法として、現行サービスの質と効率の改善、保健資源の配分に関する地域格差の是正、地域における人々の健康に対する自助努力の奨励、並びに健康教育の拡充を図ることの意義を強調している (*＝粗死亡率の1995年の目標値は不明であるため、ここではUNICEFの1990 ANNUAL REPORT中の2000年予測値を示す)。

政府による保健医療分野の支出額は88.3百キナ (1988年) であり、政府予算全体の9.6%を占めている。

同国における援助受入の中心機関は、大蔵・計画省計画・予算部門の国際開発援助局

(OIDA = Office of International Development Assistance) であり、同国内及び各ドナーからの外国援助プロポーザル、要請等の手続きおよび承認、外国援助に関する交渉、外国援助の実施、モニタリング及び評価並びに政府及び国内関係機関へのアドバイスを行なう。

同国政府は1991年3月に「プロジェクト・サイクル・ガイドライン (Project Cycle Guidelines)」を制定し、援助受入体制の強化を図っている。同ガイドラインでは、プロジェクトを案件の発掘、形成、審査、実施、評価等9段階に分けて、同国におけるプロジェクトの標準的な扱いについて定めている。

同国に対する援助全体の動向については、DAC諸国からのODA援助総額は2億5,460万米ドル(1987年)で、そのうちオーストラリアが85.3%を占め、日本(7.0%)、西ドイツ(3.4%)、英国(2.6%)と続いている。

オーストラリアの対外援助総額の約28%がパプア・ニューギニアに支払われているが、現在、オーストラリアのパプア・ニューギニア援助は変換期にあり、援助総額が減少に向かっていると同時に、予算援助から特定のプログラム援助へと支出の内容が転換してきている。

諸外国からの保健医療援助の総額(1986-1990年)は、1億210万米ドルであり、そのうち、58.1%をわが国が占めている。分野別に内訳を見ると、プライマリヘルスケア及び農村保健が28.6%、二次医療が47.9%、疾病管理が19.7%、制度支援が3.8%となっている。二次医療は病院建設、医療機器に関するもので、これはすべてわが国からの援助による。

ADBは農村保健やプライマリヘルスケアに主力を置き、WHOは小規模プロジェクトを多面的に実施している。UNICEFの5カ年計画は人口家族計画に関するものである。

USAIDの援助としては、家族計画サービスのガイドライン作成、幼児生存支援等が実施されているが、その大部分が民間機関及び大学により行なわれている。ここにおけるUSAIDの役割は、パプア・ニューギニア政府との接触による案件発掘、案件に関するパプア・ニューギニア政府と民間機関との交渉の仲介、案件実施時における民間機関に対する監督などが主なものになっている。

わが国は、同国独立以来一貫して緊密かつ友好的な関係を維持している。さらに、同国への最大の援助国であるオーストラリアが援助削減傾向にあることもあって、わが国への期待は高まりつつある。1985年以降、わが国はODA供与実績で西独を抜き、オーストラリアに次ぐ第2位の二国間ODA供与国となっている。また、わが国のODA実績及び親日期待感を反映して、世銀主催による第1回及び第2回対パプア・ニューギニア援助国会合がそれぞれ1988年及び1989年に東京で開催された。わが国の保健医療分野における同国援助としては、医療用機材整備計画、ポートモレスビー総合病院改修計画及び地方病院改修計画プロジェクトが挙げられる。

同国の衛生行政上の問題点は、政府によって、国家開発計画の策定、外国援助の受入体制の整備等が着実に進められているが、これらの開発目標をいかにして実現し、成功させるかということである。援助受入機関としての国際開発協力局(OIDA)の設置、及びプロジェクトサイクルガイドラインの作成等は特筆されるべきことであるが、援助

受入体制の整備・充実はこれからであり、今後とも援助受入体制を充実・強化する努力が必要である。

第3編 試験研究機関では、同国の試験研究機関について述べる。同国の主要な試験研究機関は、ゴロカにあるパプア・ニューギニア医療研究所を除いて、その大部分がポートモレスビーに設置されている。これら試験研究機関の業務は、臨床研究、公衆衛生研究、地域研究サービスである。

主な試験研究機関としては、ポートモレスビーにあるポートモレスビー総合病院病理学部門及び中央公衆衛生研究所、ゴロカのパプア・ニューギニア技術大学化学技術学部、そしてモロベのパプア・ニューギニア医療研究所が挙げられる。

また、同国の地方試験研究機関は、ヘルスセンター内に設置されており、マラリア、結核、ハンセン病感染者発見のための顕微鏡検査及び分析を行なっている。

ポートモレスビー、ゴロカ、ラエ、ラバウルの4カ所にある地方検疫所は、1991年-1995年国家保健計画において、地方公衆衛生研究所（RPHL = Regional Public Health Laboratory）に格上げされ、マラリア検査、水質分析、農業検査等を開始する計画で、中央公衆衛生研究所が、これらの地方公衆衛生研究所に対し技術援助を行ない、またその運営を監督する。

同国における試験研究機関は、研究スタッフ不足、機材購入の資金不足等の問題を抱えており、また、研究所間の活動の調整はほとんど図られていない。

第4編 医療施設では、同国の医療施設について述べる。同国における医療サービス体制は、5段階のサービスピラミッドに構成されており、その頂点にポートモレスビー総合病院（PMGH = Port Moresby General Hospital）が全国医療施設を対象とした国家レファレル病院として位置付けられている。

同国における医療サービス機関の大部分は、政府または教会によって運営されている公立医療施設である。1989年現在で、政府または教会が運営する病院は19カ所、ヘルスセンター195カ所、ヘルスサブセンター278カ所、アーバンクリニック36カ所、エイドポスト2,304カ所であった。その他の医療施設としては、民間医療施設及び軍の医療施設がある。

同国における医療活動は、一次医療サービスを中心に実施されており、同国独立以来、量的拡大と公平なサービスを主目的としており、この傾向は現在も続いている。二次医療サービスは、病院施設で行なわれる医療サービスと定義されており、ポートモレスビー総合病院（PMGH）を含む19病院とラロキ精神病院によって実施されている。三次医療サービスは「高度な専門治療」と定義され、主として海外へ患者を移送して実施しているが、一部は海外からの巡回専門医によって行なわれている。

地方医療施設としては、前述の一次医療サービスを行なうヘルスセンター、ヘルスサブセンター、アーバンクリニック及びエイドポスト、並びに二次医療サービスを行なう州立病院及び基幹病院が各地に設置され、それぞれの担当地域において保健医療サービスを実施している。

医療施設に関する問題点としては、ヘルスセンター及びヘルスサブセンターには入院施設が設置されているものの、その管理者は保健普及官、看護婦または准看護婦であり、診療技術的に病院との格差が大きいことが挙げられる。

また、同国政府は、病床数の不足に対応するため、入院期間の長い結核、ハンセン病の専門病院を廃止して、ヘルスセンターに転用している。さらに長期入院患者を在宅治療やヘルスセンター、ヘルスサブセンターでの治療に切替えるなど病床の有効利用を図りつつある。

第5編 医薬品、医療用具、衛生材料では、同国における医薬品の供給状況と、医療用具並びに衛生材料の供給状況を述べる。医薬品供給システムについては、保健省総務局薬務サービス部が、他の政府の調達機関から独立して諸外国及び国内から医薬品を調達し、政府及び教会が運営している全国の医療施設へ必要に応じて供給している。この薬務サービス部では、ポートモレスビー総合病院（PMGH）及び4カ所の基幹病院（ゴロカ、ラエ、マウントハーゲン、ラバウル）における薬局の運営、毒・劇物コントロール、治療の基準、薬局運営の計画及び実施も行なっている。

医療用具、衛生材料についても、医薬品と同様、薬務サービス部が、政府及び教会が運営している全国の医療施設へ供給しており、さらにラエ州基幹病院内にある義手・義足製造向上の運営も行なっている。

公共事業省では、政府事業の企画、実施及び保守、並びに官営工場における自動車及び機材の購入、運用及び保守を行なっている。施設及び機材の維持管理業務は、公共事業省事業局建設部医療工学技術課によって行なわれている。

同分野における問題点としては、ポートモレスビー総合病院に高度な医療用具の半分近くが集中していることが挙げられる。地方病院には、若干の高度医療用具はあっても、その保守・修理機能はないと考えられる。

また、公共事業省では、医療用具等の保守体制の拡充を図るため、人員拡張計画並びに人材養成計画を実施しているが、財政難及び要員不足が制約となって、あまり成果は上がっていない。

第6編 医療従事者では、医師、歯科医師、薬剤師、看護婦等の医療従事者数及びその配置、並びに養成制度について述べる。同国における政府医療施設に勤務する一般医師数は1986年において122人であり、このうち82人がパプア・ニューギニア人医師、40人が雇用外国人医師であった。また、政府医療施設に勤務する専門医は1986年において51人、うちパプア・ニューギニア人専門医11人、外国人専門医40人であった。

現在、特に特殊診療領域での外国人医師の雇用が多く、給与も高く効率が悪いこともあり、2000年までに政府雇用のパプア・ニューギニア人医師を130人に、専門医を32人に増員する計画である。また、各州別の政府運営病院医師数については（1985年）、セントラル首都区に全国医師総数182人の約3分の1に当たる62人が集中している。

政府医療施設に勤務する1986年の歯科医師数は16人、うちパプア・ニューギニア人歯科医師12人、外国人歯科医師4人であった。また、政府医療施設に勤務する1986年の薬

剤師数は11人であり、全員が外国人薬剤師であった。同国政府では、パプア・ニューギニア人薬剤師の養成を図り、2000年には同国人薬剤師11人、外国人薬剤師4人とする計画である。

同国における看護婦（士）の機能は入院患者の看護のみではなく、病院の外来、ヘルスセンター、アーバンクリニック等で診断治療も行ない、さらに母子保健サービスも行なう。1986年における政府医療施設に勤務する看護婦（士）数は1,873人である。

保健普及官は、県（District）における保健医療サービスの責任者であり、その多くが州の保健局に勤務している。1986年現在の保健普及官数は360人である。

保健監督官は、社会における環境衛生を監督し、健康教育や労働衛生にも携わる。州の保健局やヘルスセンター等に勤務しており、1986年現在の保健監督官数は136人である。

准看護婦の業務は病院において看護婦を補佐したり社会保健サービスを行ったり様々で、ヘルスサブセンターから総合病院に至るまで、広く分布している。エイドポストオーダリ（看護人）の業務は、エイドポストにおいて村落などの住民に対し、簡単な診療を行ない、また健康増進や予防に努めるものであり、ホスピタルオーダリの業務は元来、病院における看護補佐であったが、現在では前2者の業務と重複している。

現在これら3者の業務を統一し、ヘルスオーダリという名のもとに人員を養成しつつある。1986年現在全ての基礎レベル医療従事者の合計は4,185人である。

同国では、パプア・ニューギニア大学（UPNG = University of Papua New Guinea）医学部において医師、歯科医師の養成が行なわれているほか、医療技術学校ポートモレスビー校及びマダン校の2校で医療技師、検査技師、薬剤師、保健普及官等、上級医療関連要員の養成が行なわれている。

医療従事者に関する問題点としては、外国人医師及び薬剤師の雇用が多いことが挙げられ、パプア・ニューギニア人の医療従事者の育成が望まれる。また、医師及び専門医の都市部への集中が顕著であることも重大な問題である。

第7編 その他の医療事情では、医療関連基盤、疾病発生状況、家族計画、栄養、伝統医学、医療保険制度、並びに医療情報の収集及び供給体制について述べる。

同国においては、給水施設及び衛生施設が未整備であることが、マラリア、肺炎等感染症罹患率及び感染症による死亡率の増加を抑制できない大きな原因となっている。このため同国政府は、1991-1995年国家保健計画において、給水設備の整備を推進するとともに、プライマリヘルスケアからのアプローチにより地域住民の「安全な水」の重要性認識を強化し、公衆衛生指導員の養成を図る方針である。同計画の目標では、1995年までに農村部人口の40%、また準都市部人口の50%に給水設備を供給する。

また、同国の電気事情、特に地方電化については、人口密度が低く人口の約85%以上が地方部に居住しているため、全体の約10%の村落のみが電化されているといわれている。需要地が点在しているため、配電線網による面的な地方電化は考えにくい。電源については、ディーゼル発電ではなく、ミニ水力の開発並びに既存の水力系統からの延長が原則となっている。しかし、ミニ水力は建設が経済的に難しいため、無償援助を期待

している。

保健省の病院、ヘルスセンター及びヘルスサブセンターにおける疾病別入院患者数(1987-1989年)によれば、1987年、1988年、1989年とも肺炎、マラリアが上位を占め、出産による件数を含んだ全患者数の25%前後を占める。また、病院、ヘルスセンター及びヘルスサブセンターにおける死因(1987-1989年)をみると(表7-2参照)、肺炎による死亡率が他の死因に比べて圧倒的に高く、1987年が25.01%、1988年が21.90%、1989年が23.89%であり、改善がみられない。肺炎に続いて、周産期死亡、マラリア、髄膜炎の死因が高い。この疾病構造は、1971年度と比較して本質的に変わっていない。むしろ数字の上では、肺炎、マラリアの増加率が大きく、結核、出産時の死亡数の改善がみられないことから、医療対策の見直しが必要であるとされている。

出産年齢の女性は、同国の全人口の22%を占め、これらの女性の85%は農村部に住んでいる。推定では毎年136,000人の新生児が誕生しており、妊産婦の死亡率は、都市部では出生千人対2、診療サービスが受けられる地方では出生千人対5、また診療サービスが受けられない地方では出生千人対12という高い数字を示している。同国全体の推定妊産婦死亡率は出生千人対7である(1980年)。

同国では、1995年までに、妊産婦の死亡率を出生千人対5に減少させることを目標としている。このため、分娩前の診療サービスを受ける女性の割合を60%に、また、医療施設の監督の下で出産を行なう割合を80%に増加させ、さらに、出産準備施設を提供するヘルスセンター及びヘルスサブセンターの割合を1995年までに40%に増加させて母子保健の改善を図る。

同国における家族計画の実施率は低く、また家族計画サービス事態も整備されていない。都市部には家族計画診療所があるが、賃金労働者である多くの女性はこのサービスを容易に利用できない。ヘルスセンターによっては、家族計画診療日を設けているところもあるが、訓練を受けた家族計画担当スタッフの数は、ごく限られている。また、必要な医薬品及び設備の供給も十分に実施されていない。

女性および女性の国に対する貢献度が過小評価されていること、女性の教育レベルが低いこと、出産のための健康管理および家族計画の重要性が地域社会で認識されていないこと等も制約要因となっている。

政府は、家族計画に新たに参加する女性の数を1995年までに目標人口の5%まで増加させ、さらに家族計画を継続的に実施する女性の数を1995年までに目標人口の50%まで増加させる方針である。

同国における栄養不良の主な種類は、蛋白質エネルギー栄養失調、栄養性貧血、肥満、甲状腺腫、風土病性クレチン病及びビタミンA欠乏症であるが、その中でも特に蛋白質エネルギー栄養失調が重大な栄養問題である。栄養士及び食事療法士等の人材不足、栄養摂取や食事療法の基礎訓練を提供する施設がないこと、食習慣に関する文化的・社会的要因、さらに輸送手段及び輸送資金不足が制約となって、栄養状態は政府の対策にもかかわらず改善がみられない。

同国の全国保健情報システムは、1973年に設置され、収集情報には、外来患者の介護、予防接種、妊産婦検診、小児保健診療所の介護、診療所における小児の栄養状態、

家族計画、分娩の監督、学校の健康診断、歯科業務、結核の登録患者、ハンセン病及び感染症罹患状況が含まれる。ただし、報告システムが未整備であり、データの分析技術も不十分である等多くの問題点を抱えている。

第8編 関連法令では保健医療関連法令について述べる。同国における保健医療関連法令としては、①公衆衛生法、②薬事法、③公立病院（医療費）法、④歯科治療費法、⑤食品衛生法、⑥幼児食事供給（管理）法、⑦煙草（健康管理）法、⑧医療登録法の8法令が挙げられる。

第 2 編 衛生行政

第2編 衛生行政

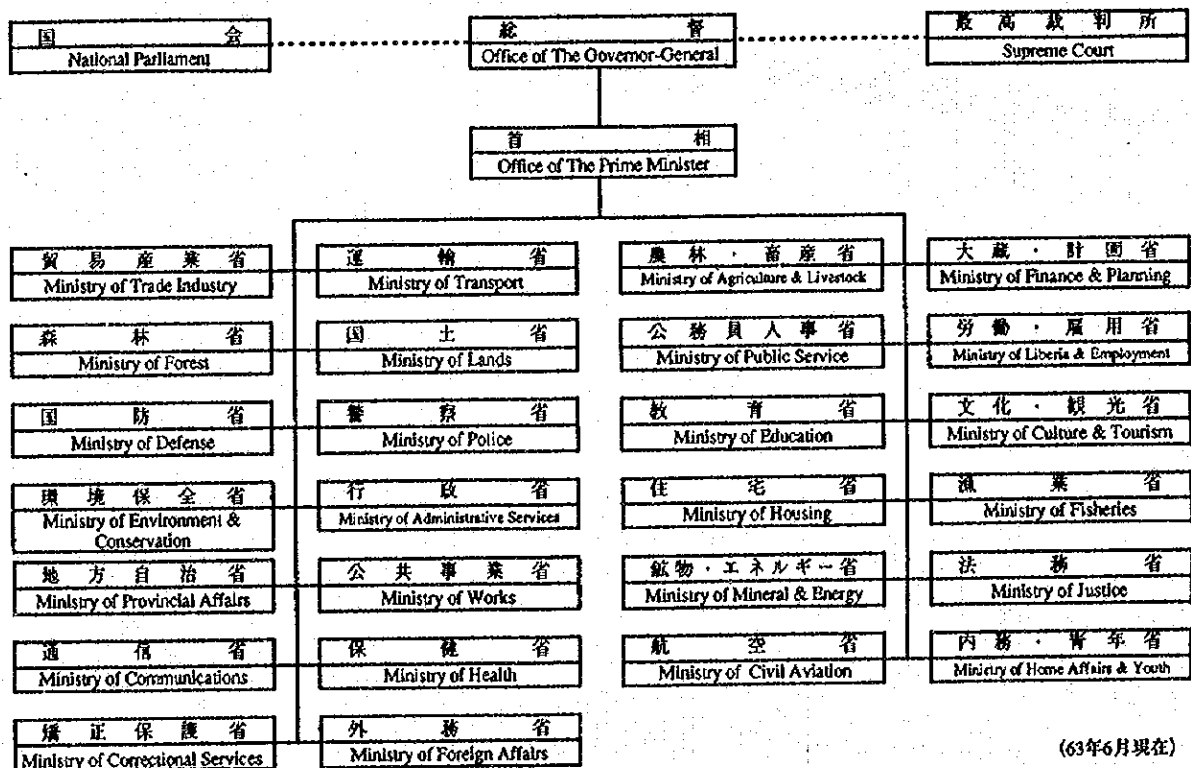
2-1 行政組織

1) 中央行政組織及び組織図

同国は英連邦の一員で、英国女王を元首とする立憲君主国家である。元首の英国女王は、①総督、首相、官僚の任免、②最高裁判所および高等裁判所長官の任命、③条約の批准などの権限を有する。総督は元首の権限、義務に係わる国家行事を代行する。総督はパプア・ニューギニア人の候補者から国会議員の秘密投票によって選出され、任期は6年である。

立法権は議会（一院制）に属する。議員定数は109人で、選挙による当選議員の確定後、21日以内に国会が召集され首相が指名される。国会は1年に少なくとも3回開会され、その会期は年間9週間以上である。

行政組織としては、1988年6月現在、首相の下に法務省、大蔵・計画省、外務省、保健省等26の省が置かれている（図2-1参照）。



出典： 開発途上国の行政・省庁組織図、1989年3月、国際協力事業団

図2-1 中央行政組織図

2) 地方行政組織及び組織図

同国には19の州があり、それぞれが州政府を有し、知事、各大臣及び行政組織を備えている。また、首都圏にも委員会が設置されている。州政府は公立学校、公共娯楽、住宅、アルコール販売などにつき立法権を有する一方、アルコール、ガソリン、食糧を除く消費財に対する課税権が認められ、地方財政を賄っている。

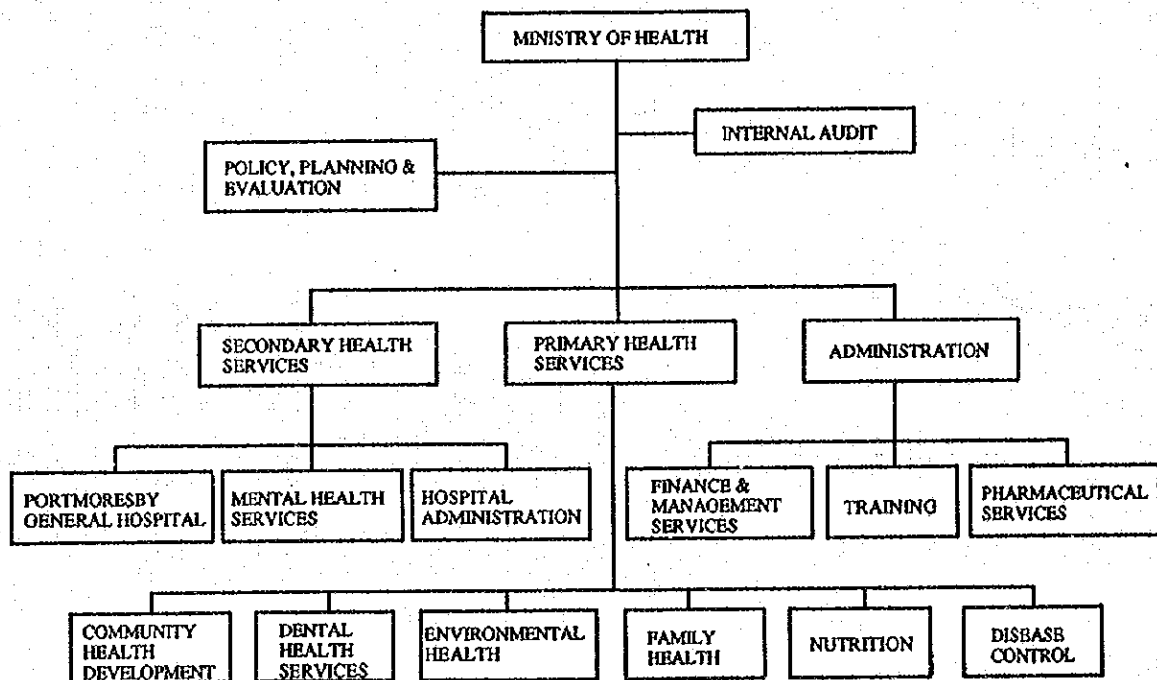
中央政府は、州政府が権限を乱用したり、憲法・法律に故意に従わない場合には、州政府の権限を一時停止させることができる。

2-2 衛生行政組織

同国における医療関連行政は国レベルでは保健省が、州レベルでは州政府の保健部が担当している。また、施設と医療機材の修理・保守は公共事業省の担当であり、医薬品、医療機材は保健省薬務サービス部によって調達され、各医療施設へ供給されている。

1) 中央衛生行政組織及び組織図

保健省は、3つの局、すなわち一次医療サービス局 (Primary Health Services)、二次医療サービス局 (Secondary Health Services) 並びに総務局 (Administration) に分れている。各々の局の責任者として上級次官補 (FAS = First Assistant Secretary) がおり、保健省の長である保健省次官の管轄下にある (図2-2参照)。



出典： 開発途上国の行政・省庁組織図、1989年3月、国際協力事業団

図2-2 保健省組織図

一次医療サービス局は、地域保健部 (Community Health Development)、歯科衛生部 (Dental Health Services)、環境衛生部 (Environmental Health)、家族保健部 (Family Health)、栄養部 (Nutrition) 及び疾病対策部 (Disease Control) の6部から構成される。

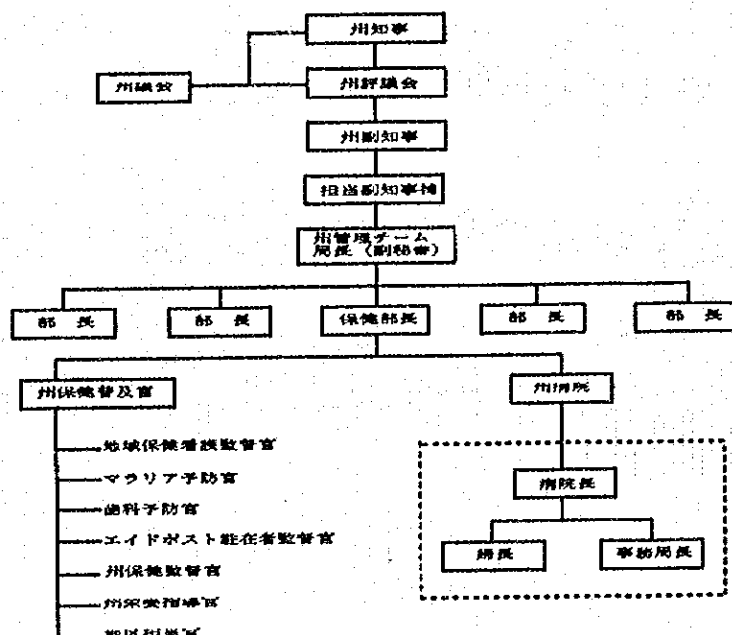
二次医療サービス局は、病院サービスを担当する。ポートモレスビー総合病院 (Port Moresby General Hospital) は国立レファレル病院として機能し、精神衛生部 (Mental Health Services) はラオキ精神病院等が実施する精神衛生サービスを管理、また病院管理部 (Hospital Administration) は州立病院の運営を管理する。

総務局は、財務・管理サービス部 (Finance & Management Services)、訓練部 (Training) 及び薬務サービス部 (Pharmaceutical Services) から構成される。

保健省の政策・企画・評価部門 (Policy, Planning & Evaluation) は、上記3つの局すべてに関連した政策、企画及び評価に関する事項を担当しており、保健省次官の直接管轄下にある。

2) 地方衛生行政組織及び組織図

1978年の衛生行政地方分権化後、大部分の州によって中央政府提示の標準衛生行政組織が採用された (図2-3参照)。この標準衛生行政組織においては、保健部長が州の衛生行政を行なう保健部門の長であり、州管理チーム局長の下に置かれている。保健部長はヘルスセンター、ヘルスサブセンターエイドポスト及びアーバנקリニックといった医療システム全体の監督者である州保健普及官に補佐される。州病院の病院長は、州管理チーム局長へ直接に報告書を提出し、州病院の事務局長及び婦長が管理する病院事務局がその業務を補佐する。



出典： WHO PNG PROFILE, 1991, WHO

図2-3 州政府の標準衛生行政組織図

2-3 国家開発計画

1) 国家開発計画

同国の国家開発計画は、国家の目標として憲法において定められた国家目標 (National Goals)、それを達成するために立てられた開発目標 (National Objectives)、さらに開発目標を具体化した公共投資計画 (Public Investment Programme) からなる。以下に国家目標、開発計画及び公共投資計画の概要を述べる。

(1) 国家目標 (National Goals)

憲法の前文において、同国の国家目標について以下のように理念的に定められている。

- ① 総合的人間能力の開発 (Integral Human Development)
いかなる形の支配者や圧政からも自らを開放し、各人が健全な人間として発展すべきである。
- ② 平等と国民の参加 (Equality and Participation)
すべての市民が同国の開発に参加し、それによって平等に恩恵を受けるべきである。
- ③ 国家主権と独立 (National Sovereignty and Self-Reliance)
同国は政治的ならびに経済的に独立すべきである。
- ④ 天然資源と環境の保全 (National Resources and Environment)
同国の天然資源と環境は、国民すべてのために保存され、かつ使用されるべきであり、将来の世代の利益となるよう継承されるべきである。
- ⑤ 同国独自の開発方式 (Papua New Guinean Ways)
開発の達成は社会的、政治的ならびに経済的に同国的形態を使用することにより行なわれるべきである。

(2) 開発目標 (National Objectives)

42項目にわたって目標が立てられているが、要約すると以下に挙げる4分野に重点が置かれている。

- ① 法と秩序 (Law and Order)
同国政府は、法と秩序の維持が同国における投資の促進および発展に必要不可欠であり、また開発の恩恵を平等に分配するためにも必要であるとの認識をもっている。1980年代以降、犯罪率が増加し治安が悪化したが (非常事態宣言および夜間外出禁止令が出された)、政府は法と秩序維持のため、警察力の強化および司法関係機関の強化・効率化を推進している。
- ② 適切な教育およびマンパワーの開発 (Proper and Relevant Education and Manpower Development)
適切な教育と人材の育成は、同国がこれから発展していくための基礎的な条件のひとつであり、もっとも重要な分野として位置づけられている。初等・中等教育の充実に加え、高等教育の実施および職業上の訓練の実施も含め生涯教育を進めるこ

とにより、同国全体の人材の質の向上を図るとしている。

③ 経済発展及び雇用の供給 (Economic Growth and the Provision of Job Opportunities)

経済的な発展および雇用の供給は国家開発と表裏一体の関係にあるが、教育の充実・人材の開発と経済的な発展の調和を図ることにより、十分な雇用を確保していくべきものとしている。

④ 行政の改革 (Administrative Reform)

国家開発を効果的に進めるために、行政機構の効率化および強化が必要とされている。

(3) 公共投資計画 (The Public Investment Programmes)

同国の公共投資計画は5カ年計画で、毎年見直しを行なうローリングプランの形式をとっている。国家目標および開発目標を詳細に具体化し、予算化したものがこの公共投資計画である。1990年～1994年の公共投資計画によれば、社会基盤整備 (38%)、経済開発 (19%)、社会政策 (15%) 関連の予算で70%以上を占めており、特に立ち遅れが目立つ社会基盤の整備及び経済開発の分野を優先的に開発するための重点的な予算配分となっている。

2) 保健医療計画

現在、前述の公共投資計画の下で、保健省による第三次国家保健計画 (1991-1995年) が実施されている。以下に、第二次国家保健計画 (1986-1990年) と現行の第三次国家保健計画の概要について述べる。

(1) 第二次国家保健計画 (1986-1990年)

第二次国家保健計画において、保健省はプライマリヘルスケアを重要視した以下のようなアプローチにより国民の栄養状態の改善が図られた。

- ① ヘルスセンター、ヘルスサブセンター、エイドポスト、クリニック及び地域衛生ボランティアを通して、全国民に一次医療サービスを提供
 - ・ 一般的疾病の治療
 - ・ 予防接種、妊産婦検診、家族計画等、母子保健サービスの拡大
 - ・ マラリア、下痢症、結核、ハンセン病及び性病等、感染症対策
 - ・ 栄養失調、個人衛生、歯科衛生及び精神衛生等に関する衛生改善活動の強化
 - ・ 給水設備、衛生施設、ベクターコントロール、食品衛生等、環境衛生の改善
 - ・ すべての保健衛生活動を包括した保健教育の実施
- ② 医療サービスに関する意志決定、企画、及びその供給等、衛生行政への地域社会の関与の拡大
- ③ 州立及びリファレル病院に対して、基本的な看護、診療及び専門家サービスを供給し、一次医療サービスネットワークを支援
- ④ 一次医療サービス及び二次医療サービスに従事する人材の育成、並びに医療従事者の質の向上

- ⑤ 医療サービスの地域分散化の推進
- ⑥ 環境、栄養、人口等に関する衛生関連政策策定における他機関との協力
- ⑦ 適切な衛生情報提供により、国家レベル、州レベル及び地域レベルでの評価並びに計画能力を拡充
- ⑧ 現行の医療システムにおける伝統医学の活用

(2) 第三次国家保健計画 (1991-1995年)

HFA (= Health for All) 2000の目標達成を目指し、第三次国家保健計画では、特に保健教育、地域社会の参加、管理体制、感染症対策及び医療従事者の養成を重視している。同国の経済状態の悪化、並びに人口及び不法占拠者の増加によって、衛生行政サービスに対する需要が拡大している。政府は行政サービスを拡大することが不可能であると見なし、限定地域を選択して公衆衛生サービスから手を引き始めた。公共サービス部門は予算削減に直面しており、保健省は活動を20%抑える予定である。急激に増大する人口問題を改善するために、第三次国家保健計画では国家の人口政策及び関連計画が盛り込まれた。

同計画では、1995年までに達成すべき目標として、

- ・ 平均寿命の延長 (80年：50歳→95年：60歳)
- ・ 乳児死亡率の減少 (80年：出生千人対72→95年：50)
- ・ 幼児死亡率の減少 (80年：出生千人対42→95年：30)
- ・ 粗死亡率の減少 (80年：人口千人対13→2000年：9*)
- ・ 粗出生率の減少 (80年：人口千人対35→95年：30)
- ・ 妊産婦死亡率の減少 (80年：出生千人対7→95年：5)
- ・ 合計特殊出生率の減少 (80年：女性一人当たり5.4→95年：4.4)

を掲げており、そのための方法として、現行サービスの質と効率の改善、保健資源の配分に関する地域格差の是正、地域における人々の健康に対する自助努力の奨励、並びに健康教育の拡充を図ることの意義を強調している (*＝粗死亡率の1995年の目標値は不明であるため、ここではUNICEFの1990 ANNUAL REPORT中の2000年予測値を示す)。政府による保健医療分野の支出額は88.3百キナ (1988年) であり、政府予算全体の9.6%を占めている。

2-4 保健医療の援助要請と受け入れ体制

1) 援助要請機構

(1) 外国援助受入政策

同国政府は外国援助を受け入れる際の政策として次のものを挙げている。

- ① National Executive Council (内閣に相当する) によって決められた優先順位の高いプロジェクトに外国援助を利用する。
- ② 政府が持続的に支出可能なレベルにおいて、グラントおよびローンを最大限に利用する。

上記2つの政策を達成するために、4つの具体的な政策を策定している。

- ① 外国援助は必ず同国政府の予算を通すこと。
(外国の援助金は政府の決める優先順位に従って利用される。)
- ② 外国援助は政府の管轄事項である。
(ODAは政府間の事項であり、外国援助の調整・交渉は政府の責任である。)
- ③ 財団支援援助を優先させる。
(同国はオーストラリア型のアンタイドの財団支援援助を優先したいとしている。その理由としては、継続的かつ成長性の高い分野に優先的に利用することができ、アンタイドであるため最高の品質の調整が可能である。)
- ④ 国際競争入札とする。
(グラント、ローンともにタイドは受け入れない。)

(2) 援助受入機関

同国における中心的な援助受入機関である国際開発援助局 (OIDA = Office of International Development Assistance) の概要について以下に述べる。

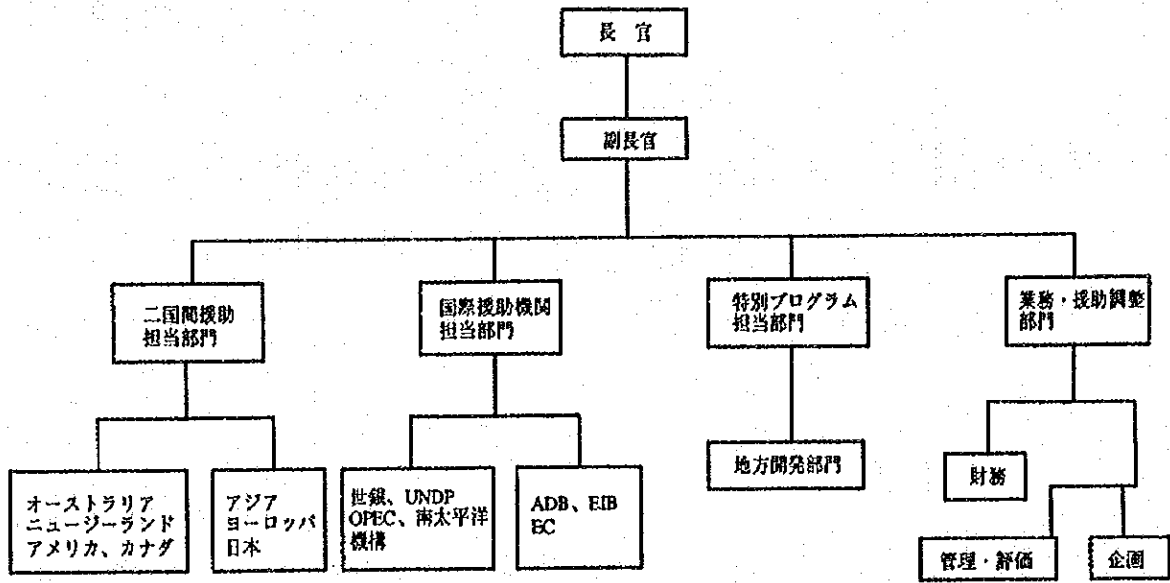
i) 機能

- ① 同国内及び各ドナーからの外国援助プロポーザル、要請等の手続き及び承認を行なう。
- ② 外国援助に関する交渉を行なう。
- ③ 外国援助の実施、モニタリング、評価を行なう。
- ④ 外国援助の財務面での管理、監査を行なう。
- ⑤ 政府及び関係機関に外国援助に関するアドバイスを行なう。
- ⑥ 全てのドナーとの連絡、調整に当たる。

ii) 組織

国際開発援助局 (OIDA) は大蔵・計画省の計画・予算部門 (Planning & Budgeting) に所属し、次の4つの部門からなる (組織図については図2-4参照)。

- ① 二国間援助担当部門 (Bilateral Programmes Branch) : 外国政府からの援助を担当
- ② 国際援助機関担当部門 (International and Regional Institutions Programmes Branch) : 国際援助機関からの援助を担当
- ③ 特別プログラム担当部門 (Special Programmes Branch) : 地方開発プロジェクト、人材開発、技術協力等に関する援助を担当
- ④ 業務および援助調整部門 (Operations and Aid Coordination Branch) :
 - ・ 外国援助の実施、調整、評価、会計処理
 - ・ 援助国会議にかかる業務
 - ・ ドナーに対する報告及び世銀、ADB等との折衝
 - ・ 外国援助に関する予算措置
 - ・ 援助受入政策および計画の立案を行なう。
 - ・ 各ドナーのミッションの受入れを行なう。



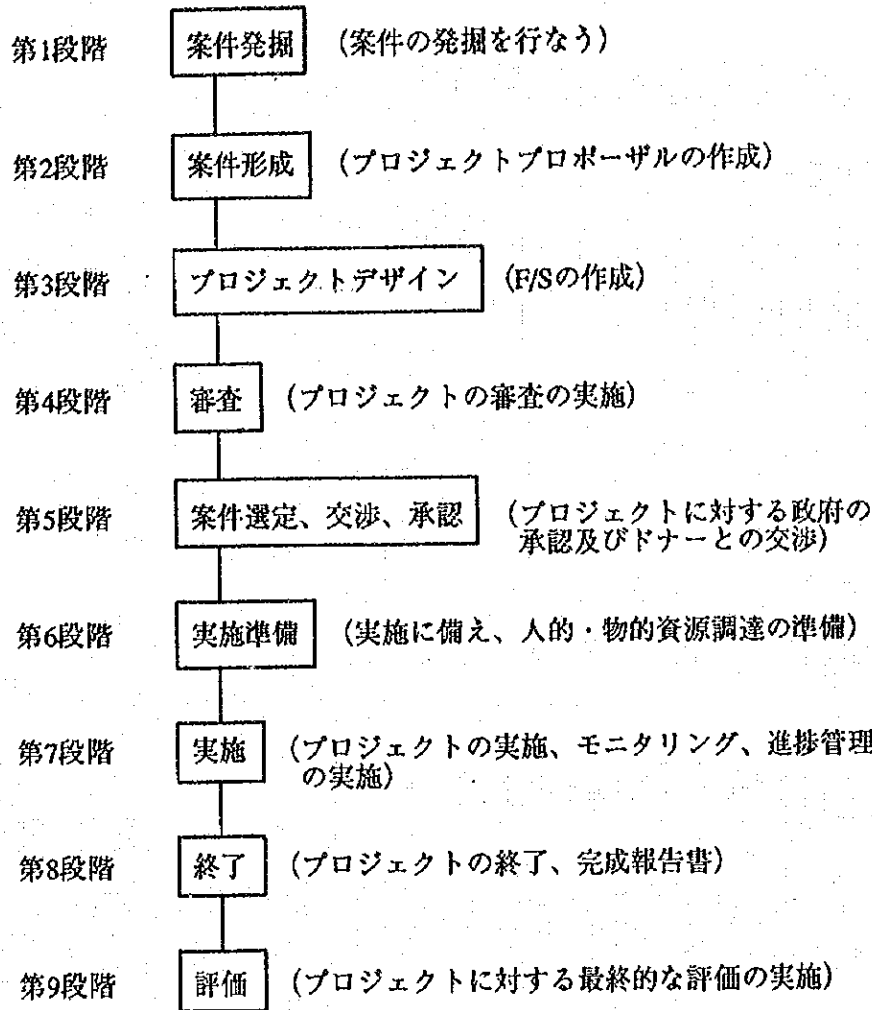
出典： 基金調査季報、1992/2 No.73、海外経済協力基金

図2-4 国際開発援助局 (OIDA) 組織図

(3) 援助受入体制

外国援助受入体制が必ずしも整備されていなかったため、同国政府は1991年3月に「プロジェクト・サイクル・ガイドライン (Project Cycle Guidelines)」を制定し、援助受入体制の強化を図っている。同ガイドラインでは、プロジェクトを案件の発掘、形成、審査、実施、評価等9段階に分けて、同国におけるプロジェクトの標準的な扱いについて定めている (図2-5参照)。

第1段階の案件発掘において、Project Identification Document (PID) が作成され、担当官庁または地方政府によって承認されると、第2段階の案件形成でプロジェクトプロポーザルが作成される。第3段階のプロジェクトデザインでは、フィージビリティスタディが実施され、第4段階の審査において、プロジェクトプロポーザル及びフィージビリティスタディに対する経済的、政治的、社会的、環境的な観点からの評価が行なわれる。第5段階の案件選定・交渉・承認では、優先順位の検討、海外ドナーとの交渉、政府の最終的な承認が行なわれ、第6段階の実施準備におけるプロジェクトの実施に備えた人員の配置、物的資源の調達等の準備を経て、第7段階のプロジェクト実施となる。プロジェクト実施中は、モニタリング及び進捗管理が行なわれ、第8段階でプロジェクト終了、第9段階ではプロジェクトの最終的な評価及び必要に応じてフォローアップが実施される。



出典： 基金調査季報、1992/2 No.73、海外経済協力基金

図2-5 パプア・ニューギニア政府作成のプロジェクトサイクル

2) わが国を除く諸外国、国際機関、NGOの援助動向

同国に対する援助全体の動向については、DAC諸国からのODA援助総額は2億5,460万米ドル(1987年)で、そのうちオーストラリアが85.3%を占め、日本(7.0%)、西ドイツ(3.4%)、英国(2.6%)と続いている。

また、オーストラリアの行なっている対外援助総額の約28%がパプア・ニューギニアに支払われている。オーストラリアの援助のうち、約90%が用途を特定しない予算援助(United Budget Support)である。その金はパプア・ニューギニア政府の国家予算に組み込まれ、同国が用途を決定できるようになっている。また、特定のプログラムに対する援助金は数%に過ぎない。したがって、特定の援助案件をもとに諸外国の援助実績を検討する際には、オーストラリアの資料はほとんど現われてこない。

現在、オーストラリアのパプア・ニューギニア援助は変換期にあり、第一に援助総額が減少に向かっていると同時に、予算援助から特定のプログラム援助へと支出の内容が

転換してきている。

諸外国からの保健医療援助の総額（1986-1990年）は、1億210万米ドルであり、そのうち、58.1%をわが国が占めている。分野別に内訳を見ると、プライマリヘルスケア及び農村保健が28.6%、二次医療が47.9%、疾病管理が19.7%、制度支援が3.8%となっている。二次医療は病院建設、医療機器に関するもので、これはすべてわが国からの援助によるものである。主要援助国及び国際機関の援助実績を表2-1に示す。

オーストラリアからの援助は、先述の理由で記載されない。ADBは農村保健やプライマリヘルスケアに主力をおいている、WHOは小規模プロジェクトを多面的に実施している。UNICEFの5カ年計画は人口家族計画に関するものである。

USAIDの援助の多くは、民間コンサルタント会社や大学の委託によっている。JHPIEGOとは、ジョンズ・ホプキンス大学によるプロジェクトであり、家族計画のためのサービス・ガイドラインの作成を行なうものである。

MEDEXはハワイ大学によるものであり、農村部での医療アクセスを改善するために、地域レベルの保健職種を養成するカリキュラムを作っている。また、幼児生存支援プロジェクトは民間コンサルタント会社であるJohn Snow, Inc.によって行なわれている。

このように、多くのプロジェクトが民間機関により行なわれているのであるが、ここにおけるUSAIDの役割は、パプア・ニューギニア政府との接触による案件発掘、案件に関するパプア・ニューギニア政府と民間機関との交渉の仲介、案件実施時における民間機関に対する監督などが主なものになっている。

USAIDの活動で特筆すべき点は、保健省との密接な関係である。南太平洋地域を管轄するフィジーのUSAID事務所から、専門家（公衆衛生学修士号を取得した医師）2人が2カ月毎にパプア・ニューギニアを訪れ、保健省と協議を行なっている。

（1）国際機関

i) WHO

主として一次医療分野に重点を置き、同国内における医療サービスの改善のために技術面及び管理面での援助を行なっている。つまり、母子保健、エイズ（AIDS）を含む疾患の治療と予防、給水計画、衛生知識の向上、下痢症対策、並びに人材育成計画の一環として国内及び海外研修コースへの専門家派遣等に援助を行なっている。

1988年1月1日より1991年12月31日までの援助プロジェクト概要は、以下のとおりである。なお、括弧内は各プロジェクトの開始年を示す。

- ・ 衛生調査サービス（1978年開始）
調査形式及び調査手順設定の際の技術協力並びに調査実施のための人材養成に対する援助
- ・ 歯科治療（1982年開始）
口腔衛生分野の医療従事者の養成を援助すると共に、過去及び現在の養成計画を分析し、同国におけるニーズを明らかにする。
- ・ 妊産婦の保護及び家族計画サービスの強化（予備活動中）

プロトタイプ of 家庭用妊産婦記録システムの開発を援助し、妊娠に関連した危険要素を明確化する。

- ・ 保健医療情報システムの開発 (1985年開始)
- ・ 国家医療開発の管理プロセス (1982年開始)
- ・ 医療制度の研究開発 (1990年開始)
- ・ 総合医療制度開発 (1974年開始)
- ・ 病院管理 (1987年開始)
- ・ 看護管理教育の拡充 (1970年開始)
- ・ 地域医療訓練 (1985年開始)
- ・ 保健教育サービス及び訓練計画の強化 (1982年開始)
- ・ 栄養サービス
- ・ 母子保健/家族計画に関するサービス及び情報提供、教育並びに広報活動の強化 (1984年開始)
- ・ 労働衛生 (1983年開始)
- ・ 老人保健 (1990年開始)
- ・ アルコール及び薬物の濫用防止対策 (1986年開始)
- ・ 地域社会単位 of 精神衛生サービスの促進 (1982年開始)
- ・ 地域社会公共上水道及び衛生設備 (1984年開始)
- ・ 食品衛生 (1984年開始)
- ・ 保健衛生に関する研究所機能の拡充 (1974年開始)
- ・ 必須医薬品及びワクチン (1986年開始)
- ・ 伝統医療 (1987年開始)
- ・ リハビリテーション (1989年開始)
- ・ 予防接種に関する実施計画 (1986年開始)
- ・ 都市におけるベクターの抑制 (1982年開始)
- ・ マラリアの抑制 (1973年開始)
- ・ 下痢症の抑制 (1988年開始)
- ・ 急性呼吸器系感染症 (1988年開始)
- ・ ハンセン病/結核に関する国家計画 (1975年開始)
- ・ エイズ (AIDS) の予防及び抑制計画 (1989年開始)
- ・ エイズの予防及び抑制 (1988年開始)
- ・ 視覚消失及び難聴 (1990年開始)

ii) UNDP

UNDPでは、国家開発における女性の地位の向上を図り、その役割を明確化させていく上で技術協力が可能な分野を選定するために、同国における女性問題の調査研究を実施している。

iii) UNICEF

UNICEFは、同国政府が実施している幼児生存支援を目的とした国家計画を援助している。同国家計画では、予防接種拡大計画（EPI）、下痢症対策（CDD）、及び地域住民参加の拡大を骨子として、母子保健の改善が図られてきた。

予防接種拡大計画においては、コールドチェーンの改善、注射針等予防接種機材の供給、予防接種普及キャンペーンへの援助、下痢症対策では、経口補水塩（ORS = Oral Rehydration Salts）による経口補水療法（ORT = Oral Rehydration Therapy）の普及、授乳の奨励、地域ヘルスワーカーの養成への援助を行なった。さらに、妊産婦の死亡率を低下させるため、助産婦養成への援助も実施している。

従来の母子保健計画をさらに強化するため、UNICEFでは同国保健省と協力し、1992年から1997年にかけて母子保健サービス改善計画（Increasing Access, Utilization and Quality of Health Services for Children and Women）を実施する。同計画へのUNICEFの資金援助は、330万米ドルを予定している。

同計画は、①乳児全員への予防接種実施、②幼児の栄養状態の改善、③プライマリヘルスケアによる急性呼吸器系疾患、下痢症及びマラリア対策、④安全な出産の確保の4分野から構成され、目標は、1997年までに乳児死亡率を出生千人対40、幼児死亡率を出生千人対25、妊産婦死亡率を出生千人対4へと減少させるとともに、母子の栄養状況を改善し、さらに女性の地位を向上させることにある。

iv) UNFPA

UNFPAは、母子健康分野における援助を積極的に実施している。UNFPAが特に力点を置いている分野は、家族計画、栄養、保健教材の開発及び普及、医療従事者の養成であり、また、国家人口政策の策定にも協力している。さらに、同国における母子保健計画を評価するために、州及び県の母子保健活動の速成評価法に関するフィールドスタディを実施する計画である。

v) ADB

ADBでは、農村部における医療サービスの改善のために、保健省及び州政府保健部に対してローンによる援助を実施している。援助分野は、医療施設の建設及び改修、給水、医療従事者への住宅供給、輸送及び通信網の改善、教育機材及びコンピュータの供給及びプロジェクト実施機関の設置である。

(2) 諸外国

i) 米国 (USAID)

USAIDは1990年に約9百万米ドルの援助を決定した。その対象セクターは保健分野及び海洋資源分野に重点が置かれている。前者には幼児生存支援計画、WHOと提携したエイズ (AIDS) 関連プログラム、後者には現行漁業条約に基づく漁業関係財政無償援助がある。また、NGOの支援プログラムによる協力も行なっている。

幼児生存支援計画については、同国保健省と1990年から1996年にわたる6年間の二国

間援助協定を結び、乳幼児及び妊産婦死亡率の低下をめざすとともに、同国医療従事者の管理及び技術面での拡充を図っている。

ii) オーストラリア (AIDAB)

パプア・ニューギニア独立以来の累計援助額は40億豪ドル（うち3.7億豪ドルはグラント）になり援助国中最大である。1990年の財政援助額は2.5億豪ドルであり、これもまた援助国中最大であった。こうした支援は、首相レベルの署名による開発協力条約を締結したうえで行なわれている。現行条約は1989年から1993年までの5年間を対象期間としている。1991年に中間期として同条約の見直しが行なわれ、財政援助額の削減が予定されている。基本的には財政援助額を削減し、プログラム援助を増大させることになるが、援助総額でみると減少となる。

対象セクターは多方面にわたっているが、特に人材育成分野に力を入れており、この方面への配分割合はオーストラリア援助額の25%を占める。一例としてオーストラリアのパプア・ニューギニア留学生受入数は毎年約600人にもなっている。

iii) EC

1989年以来、ECでは州政府の給水計画に対する援助を実施している。また、ミルンベイ及び南ハイランド州における給水計画については、地域ベースの幼児生存支援計画に深く関連するため、UNICEFと共同で援助を行なっている。

3) わが国の援助状況

(1) わが国政府による対パプア・ニューギニア援助

同国は独立以来一貫してわが国とは緊密かつ友好的な関係を維持しており、また、わが国に対する期待は、最大の援助国であるオーストラリアが援助削減傾向にあることもあって、近年高まっている。このため、わが国は資源開発・産業活性化に資する経済社会インフラ整備及び国民が直接裨益しうる基礎生活分野を主要対象として、開発ニーズに即した幅広い援助を積極的に実施していくことが必要となっている。

わが国はパプア・ニューギニアに対し、その独立前に開発調査を実施し、独立とともに無償資金協力、研修員受入等の技術協力を実施するなど、独立当初より経済協力を実施してきた。また、大洋州地域では唯一パプア・ニューギニアに対して円借款を6度（E/Nベース）にわたり供与してきており、1985年以降わが国はODA供与実績で西独を抜き、オーストラリアに次ぐ第2位の二国間ODA供与国となっている。また、かかるわが国のODA実績及び親日期待感を反映して、世銀主催による第1回及び第2回対パプア・ニューギニア援助国会合がそれぞれ1988年及び1989年に東京で開催されている（わが国のODA実績については表2-2及び表2-3参照）。

i) 有償資金協力

有償資金協力では産業活性化のためのエネルギー、運輸関係等のインフラ開発及び農業開発に対する協力を行なっている。

ii) 無償資金協力

無償資金協力では医療・人造り分野を中心に援助を行なってきた。なお、パプア・ニューギニアのわが国無償資金協力に対するニーズが高まり、それに伴ない、わが国援助の受入れ体制が整備されてきたことから、1986年度以降本格的な無償資金協力が開発され、1990年度までの無償資金協力累計ではパプア・ニューギニアは域内最大の供与国となっている。

iii) 技術協力

技術協力においては、1979年に青年海外協力隊派遣取り決めに締結したほか、1983年にはJICA事務所も開設されるなど、技術協力実施体制は着実に整備されてきている。また漁業関係を始めとする専門家派遣、単独機材供与も頻繁に実施されているほか、1986年度よりフィジーとともに「太平洋青年招聘事業」が実施されるなど多岐にわたって協力が行なわれており、1990年度までの技術協力関係経費累計は域内第1位となっている（1990年のわが国の技術協力実績はパプア・ニューギニアにとってオーストラリアに次いで第2位）。

2-5 問題点

同国は、インフラ整備、経済開発等の分野において、他の途上国と同様未だに開発が必要である。同国政府もその必要性を認識し、国家開発計画の策定、外国援助の受入体制の整備等を着実に進めている。現在の国家開発計画および目標は、同国の実情と将来のあるべき姿を反映したものであり、一定の評価を与えることができるものである。

しかし、問題はこれらの開発目標をいかにして実現し、成功させるかである。そのため同国は外国援助を中心とした国家開発プロジェクトを、一つの統一的な政策のもとに、効率的かつ有効に実施する必要がある。

援助受入機関としての国際開発協力局（OIDA）の設置、及びプロジェクトサイクルガイドラインの作成等は特筆されるべきことであるが、援助受入体制の整備・充実はこれからであり、今後とも援助受入体制を充実・強化する努力が必要である。

第2編参考資料一覧表

章	資料名
2-1	基金調査季報第73号、平成4年2月、海外経済協力基金
2-2	PAPUA NEW GUINEA COUNTRY HEALTH INFORMATION PROFILE 1991.3, WHO
2-3	基金調査季報第73号、平成4年2月、海外経済協力基金 PAPUA NEW GUINEA COUNTRY HEALTH INFORMATION PROFILE 1991.3, WHO
2-4	医療協力拡充調査報告書（フィリピン、PNG、インドネシア、オーストラリア、エジプト、ケニア）、平成4年1月、国際協力事業団医療協力部 基金調査季報第73号、平成4年2月、海外経済協力基金 わが国の政府開発援助下巻（国別実績） 1991年、外務省経済協力局 BIENNIAL REPORT OF THE REGIONAL DIRECTOR TO THE REGIONAL COMMITTEE FOR THE WESTERN PACIFIC, 1991.7, WHO PAPUA NEW GUINEA COUNTRY HEALTH INFORMATION PROFILE 1991.3, WHO COUNTRY PROGRAMME OF COOPERATION FOR CHILDREN AND WOMEN OF PAPUA NEW GUINEA 1992-1997, HEALTH PROGRAMME PLAN OF OPERATION, 1991, GOVERNMENT OF PNG & UNICEF
2-5	基金調査季報第73号、平成4年2月、海外経済協力基金

第3編 試験研究機関

第3編 試験研究機関

3-1 試験研究機関

同国の主な試験研究機関としては、ポートモレスビーにあるポートモレスビー総合病院病理学部門及び中央公衆衛生研究所、ゴロカの Papua・ニューギニア技術大学化学技術学部、そしてモロベの Papua・ニューギニア医療研究所が挙げられる。

これらの主要な試験研究機関は、ゴロカにある Papua・ニューギニア医療研究所を除いて、その大部分がポートモレスビーに設置されている。試験研究機関の業務は、臨床研究、公衆衛生研究、地域研究サービスである。

1) ポートモレスビー総合病院病理学部門

(Pathology Department, Port Moresby General Hospital)

ポートモレスビー総合病院の病理学部門は、全国の地方病院に対して国立レファレル病院の機能を果たしている。同病理学部門は、臨床化学科、組織病理学科、血液学科、微生物学科の4学科に分かれている。

2) 中央公衆衛生研究所 (CPHL = Central Public Health Laboratory)

ポートモレスビーにある中央公衆衛生研究所は、保健省一次医療サービス局に属する衛生研究所である。同研究所は、第三次国家保健計画(1991-1995年)の下で、微生物部門、化学部門、寄生虫学部門の3部門からなる新組織に拡張され、以下の活動を行なう予定である。

- ・ 感染症対策のモニタリング
- ・ 疾患発生状況の調査
- ・ 環境のモニタリング
- ・ 食品の品質及び水質のモニタリング
- ・ 研究所品質管理サービス
- ・ 研究所従業員の養成

3) Papua・ニューギニア医療研究所

(Papua New Guinea Institute of Medical Research)

ゴロカに位置する同医療研究所は、Papua・ニューギニアにおけるマラリア、下痢、栄養失調等の主要疾患問題、農村地域の水供給問題、経済開発がもたらす衛生面への効果、さらに農村地域のプライマリヘルスケアに関する調査研究を行なう公立研究機関である。

4) Papua・ニューギニア技術大学化学技術学部

(Dept. of Chemical Technology, Papua New Guinea University of Technology)

同大学化学技術学部は、モロベに位置し、おもに食品の品質管理及び幼児の栄養状態に関する調査を行なっている。

3-2 地方試験研究機関

同国の地方試験研究機関は、ヘルスセンター内に設置されており、マラリア、結核、ハンセン病感染者発見のための顕微鏡検査及び分析を行なっている。

また、ポートモレスビー、ゴロカ、ラエ、ラバウルの4カ所にある地方検疫所は、第三次国家保健計画（1991-1995年）において地方公衆衛生研究所（RPHL = Regional Public Health Laboratory）に格上げされ、マラリア検査、水質分析、農薬検査等を実施する。前述の中央公衆衛生研究所が、これらの地方公衆衛生研究所に対し技術援助を行なうとともに、その運営を監督する。

3-3 問題点

同国における試験研究機関は、研究スタッフ不足、機材購入の資金不足等の問題を抱えている。また、研究所間の活動の調整がほとんど図られていないことも問題点として挙げられる。

さらに、主要試験研究機関の大部分が、ポートモレスビーに集中しており、他の医療機関と同様、都市部への集中が目立つ。

第3編參考資料一覽表

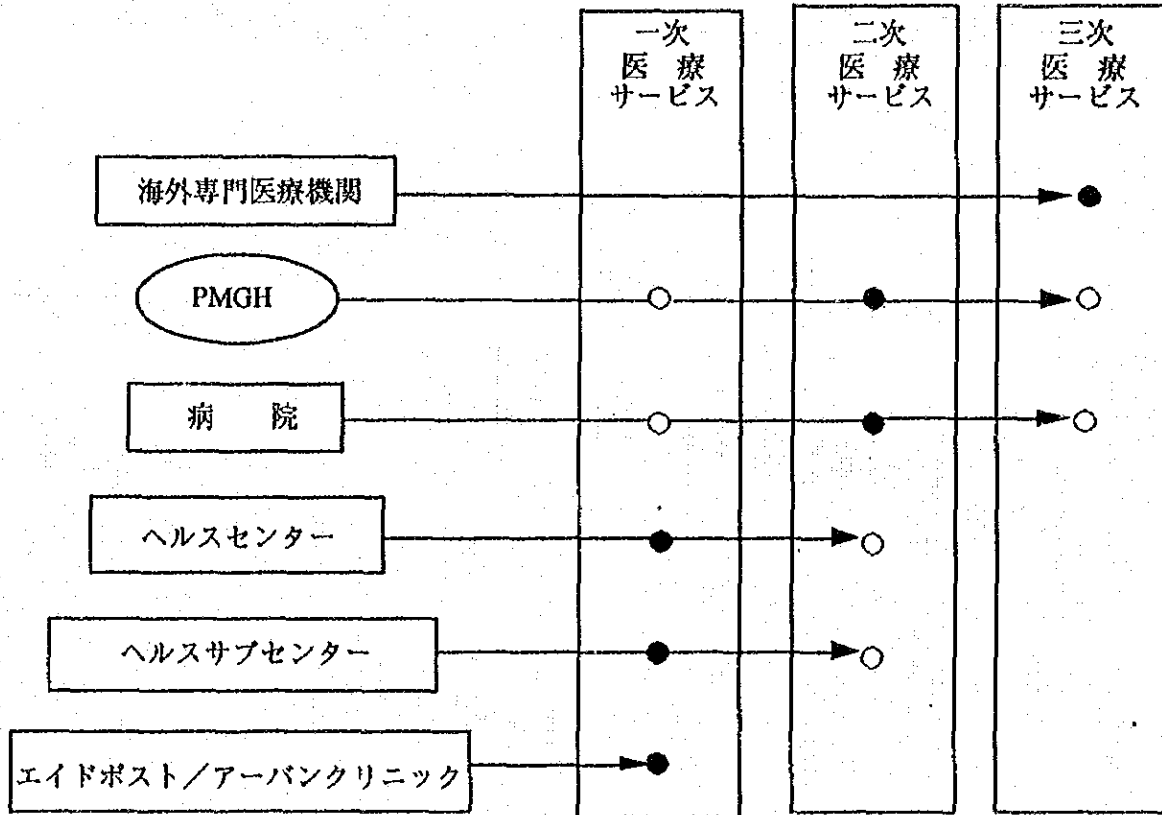
章	資料名
3-1	PAPUA NEW GUINEA NATIONAL HEALTH PLAN 1991-1995 1991, DEPARTMENT OF HEALTH MEDICAL RESEARCH CENTRES, 1986, LONGMAN
3-2	PAPUA NEW GUINEA NATIONAL HEALTH PLAN 1991-1995 1991, DEPARTMENT OF HEALTH
3-3	PAPUA NEW GUINEA NATIONAL HEALTH PLAN 1991-1995 1991, DEPARTMENT OF HEALTH

第4編 医療施設

第4編 医療施設

4-1 医療施設

同国における医療サービス体制は、5段階のサービスピラミッドに構成されており（図4-1参照）、その頂点にポートモレスビー総合病院（PMGH = Port Moresby General Hospital）が全国医療施設を対象とした国家レファレル病院として位置付けられている。



注： ●は主担当業務を示し、○は副担当業務を示す。

出典： ポートモレスビー総合病院改修計画基本設計調査報告書
昭和63年9月、国際協力事業団

図4-1 パプア・ニューギニアの医療サービスピラミッド

同国における医療サービス機関の大部分は、政府または教会によって運営されている公立医療施設である。1989年現在で、政府または教会が運営する病院は19カ所、ヘルスセンターは195カ所*、ヘルスサブセンターは278カ所、アーバンクリニック36カ所、エイドポスト2,304カ所であった（表4-1、表4-2参照：*＝西ニューブリテンにおけるヘルスセンター数が異なるため、表4-1では195カ所、表4-2では194カ所となっている）。なお、同国の人口千人対病床数は4.21である。

表4-3及び表4-4に、これら医療施設の州別利用状況を示す。病院への入院患者数では(表4-3)、ニューアイルランド州が151,939、首都圏が13,385と他州に比べて非常に多い。ヘルスセンター及びヘルスサブセンターについては(表4-4)、入院患者数(16,005)、手術数(172)とも南ハイランド州が最も多い。

その他の医療施設としては、民間医療施設及び軍の医療施設がある。軍の医療施設では、軍人及びその扶養家族に対する医療サービスが無料で行なわれている。医療水準は一般的に高く、保健省の医療サービスに比肩できる。軍医療施設の構成は前述の医療サービスピラミッドに類似しており、病院レベル、地域病院レベル及びヘルスセンターレベルの施設が全国で運営されている。

同国における医療活動は、一次医療サービスを中心に実施されており、同国独立以来、量的拡大と公平なサービスを主目的としており、この傾向は現在も続いている。二次医療サービスは、病院施設で行なわれる医療サービスと定義されており、ポートモレスビー総合病院(PMGH)を含む19病院とラロキ精神病院によって実施されている。三次医療サービスは「高度な専門治療」と定義され、主として海外へ患者を移送して実施しているが、一部は海外からの巡回専門医によって行なわれている。

1) 一次医療サービス

一次医療サービスは、入院施設のあるヘルスセンター及びヘルスサブセンター、並びに外来診療のみを行なうアーバンクリニック及びエイドポストによって実施されている。これらの施設における主な医療サービス内容は、①治療看護、②結核、ハンセン病の予防、③性病対策、④家族計画、栄養及び予防接種等を含む家族保健サービス、⑤高齢者保護、⑥歯科治療、⑦マラリア対策の一環としての環境衛生、給水整備等である。

(1) ヘルスセンター

ヘルスセンターは、人口密度、交通の便などに応じて5,000~20,000人の地域をカバーする有床施設である。業務としてはその地域の保健に関する全ての事項に関与し、入院患者及び外来患者の治療、エイドポスト指導、母子保健診療、家族計画、保健教育を行なう。加えて、一部では、X線装置、検査施設を持ち、さらに地域によっては歯科治療を行なうヘルスセンターもある。ヘルスセンターの責任者は保健普及官である。

(2) ヘルスサブセンター

ヘルスサブセンターは2,000~10,000人の地域をカバーする施設であり、一般外来、母子保健及び産科診療、並びにごくわずかな入院看護を行なう。孤立した辺地においては周辺のエイドポストの監督も行なう。ヘルスサブセンターの要員は、1人の看護婦並びに数人の准看護婦及び看護人などによって構成される。1990年現在、全国のヘルスサブセンターの60%が教会によって運営されている。

(3) アーバンクリニック

都市部において約10,000人をカバーする施設であり、一般成人及び小児外来診療、並

びに母子保健を行なう。責任者は保健普及官または看護職員である。宿泊施設はないが、昼間看護病床を持っている。

(4) エイドポスト

エイドポストは500~3,000人をカバーする施設であり、エイドポスト看護人1人が駐在するのみである。その業務には、軽症患者の一般診療及び必要な場合はヘルスセンターへの相談ないし患者の転送、地域保健ボランティアの指導、家族保健サービス及び予防接種実施の際のヘルスセンターへの協力、地域住民への保健教育の実施、結核及びハンセン病患者の在宅治療、感染症発生報告、家族計画手段の供給、ヘルスセンターへの月報提出、地域開発計画への参画等が含まれる。

2) 二次医療サービス

病院施設で行なわれる二次医療サービスについては、一次医療サービスの強化拡充が先決とされており、病院の量的拡大及び質的改良は基本的に予定されていない。

二次医療サービスの内容は、①総括的診療看護サービス、②医療従事者の訓練、③州内の医療サービス基準の設定・管理、④州内医療技術サービスの向上と全般的な診療管理、⑤専門医診療サービス、⑥臨床研究である。州病院は①~④の機能を、また基幹病院は①~⑥の機能を備えている。

二次医療サービスを実施している医療施設は、ポートモレスビー総合病院並びに州立病院である。

(1) ポートモレスビー総合病院 (PMGH)

ポートモレスビー総合病院は、直接保健省によって運営されており、医学部学生と卒業医師のための国立教育病院であるとともに、全国レファレル病院としての機能も有している。施設及び機材の維持管理に係わる業務は公共事業省によって行なわれている。教育病院業務の一貫として、パプアニューギニア大学医学部と運営上協力関係にあり、教官医師による診療等が行なわれている。さらに血液銀行は赤十字によって運営され、薬局は保健省業務サービス部によって運営されている(組織図については図4-2参照)。

ポートモレスビー総合病院の医療に係わる事業内容は以下のとおりである。

① 診療

- | | | | |
|-------|-------|---------|--------|
| ・ 外科 | ・ 内科 | ・ 小児科 | ・ 産婦人科 |
| ・ 眼科 | ・ 皮膚科 | ・ 耳鼻咽喉科 | ・ 結核科 |
| ・ 性病科 | ・ 精神科 | ・ 麻酔科 | |

② 病理検査

③ 歯科診療

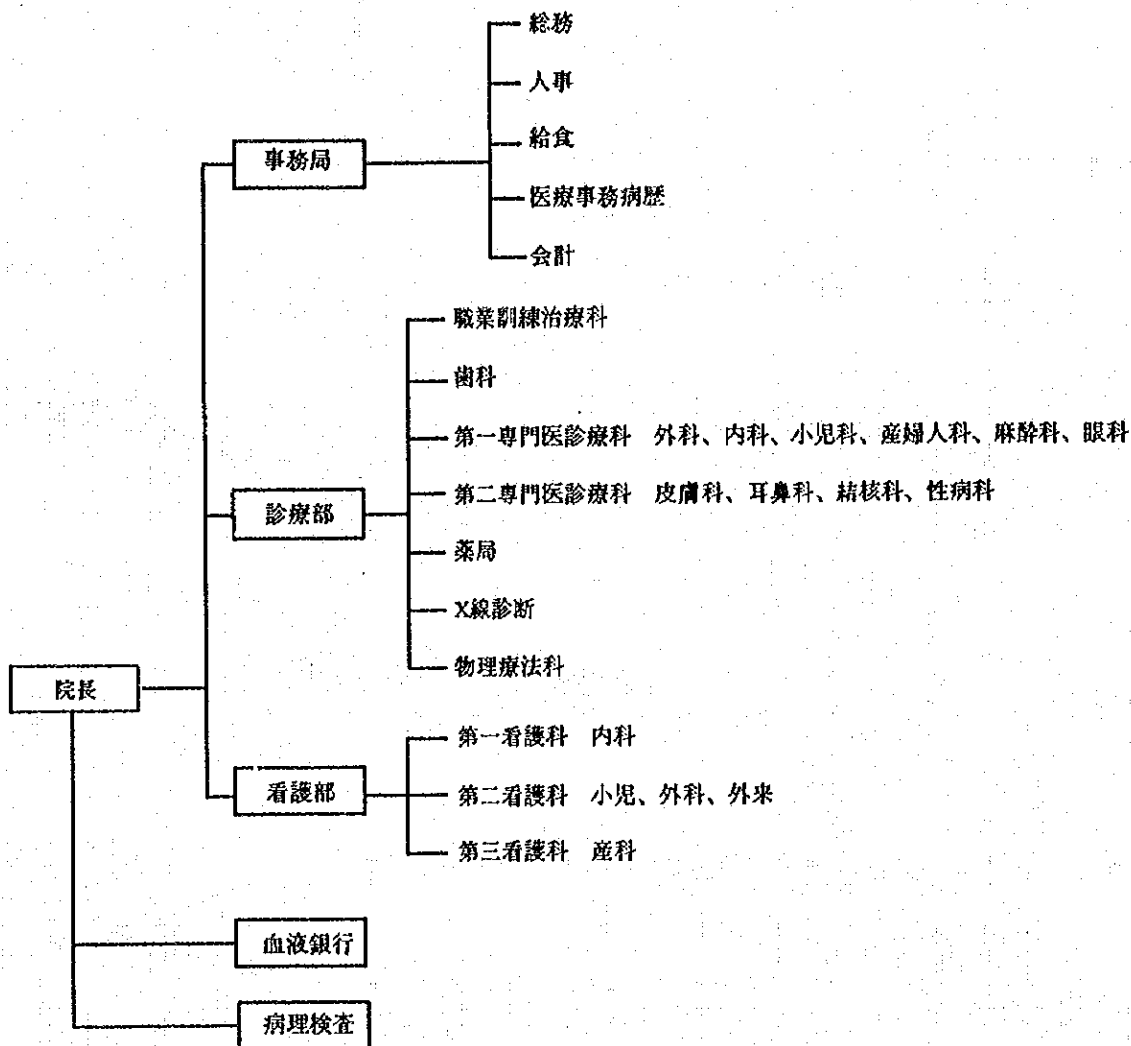
④ X線診断

⑤ 薬局

⑥ 職業訓練治療

⑦ 物理療法

- ⑧ 病棟運営
- ⑨ 血液銀行
- ⑩ 栄養指導
- ⑪ アーバンクリニックにおける一次医療サービス
- ⑫ レファレル患者の受入及び海外診断管理
- ⑬ 教育病院運営
- ⑭ 医療関連技術者の養成、訓練



出典： ポートモレスビー総合病院改修計画基本設計調査報告書
昭和63年9月、国際協力事業団

図4-2 ポートモレスビー総合病院 (PMGH) 組織図

(2) 州立病院

州立病院の機能としては、州における診療、看護サービス医療関係人員の訓練、州全体の健康サービスの監督などがある。州立病院は病床、専門医、一般臨床医の数等によりレベル1、レベル2に分けられている。レベル1の州立病院は200～300床を有し、アラワ、クンディアワ、マダン、メンディ、ウィーワックにあり、レベル2の州立病院は、通常200床以下でアロタウ、ダルー、カピエン、ケレマ、キンベ、ロレンガウ、ポボンデッタ、ソバス、パニモに設置されている。

(3) 基幹病院

基幹病院は300～500床を有する総合病院で、前述の州立病院の機能に加えて、地域における全ての臨床問題を扱い、外科、内科、産婦人科、小児科、麻酔科等の専門診療が行なえ、研修医、看護婦等の研修も行なえる施設である。ゴロカ、ラエ、マウントハーゲン、ラバウルの4カ所に設置されている。

3) 三次医療サービス

同国における三次医療サービスは、大部分が海外に依存している。しかし、政府の医療に係わる政策が、一次医療を重要視しているため、三次医療サービスに関しては、現状維持の方針である。

国内でサービスが得られない専門治療が必要な患者は、専門医を含む2人の政府医師の勧告によりオーストラリアに移送され、無料で専門医療サービスを受けている。これに要する費用は、1985年で年間20万キナが支出された。オーストラリアにおいて治療を受けた大部分の患者は、ポートモレスビー総合病院から移送された。

4) 教会による医療サービス

同国における教会の医療サービス活動は、1870年代に同国を訪れたミッションによって導入され、1966年には看護婦による本格的な医療活動が開始された。こうした歴史的な背景の下に、地方における医療活動及び看護婦、准看護婦、エイドポストオーダリ(看護人)等の人材訓練活動を全国的に実施しており、同国の医療サービスへの貢献度が高い。1989年現在で、教会は54カ所のヘルスセンター並びに174カ所のヘルスサブセンターを管理運営しており、医療サービスの質も高く、効率のよい運営が行なわれている。教会医療施設の運営費は、1960年代から政府が交付しているほか、診療料収入と寄付金によっている。寄付金はほとんど海外からによるもので、新施設開設費用として使用され、過去6年間で40カ所のセンターを開設した実績がある。

政府からの交付金は、州政府から支出され、給与、運営費、広報活動費(旅費、宿泊費等)、消耗品費(簡易な機材及び医薬品)の他、人材訓練交付金として運営費、学生給付金、講師の給与が交付されている。

4-2 地方医療施設

地方医療施設としては、前述の一次医療サービスを行なうヘルスセンター、ヘルスサ

ブセンター、アーバンクリニック及びエイドポスト、並びに二次医療サービスを行なう州立病院及び基幹病院が各地に設置され、それぞれの担当地域において保健医療サービスを実施している。

4-3 医療施設相互の機能の連携

前述の一次医療サービス、二次医療サービス並びに三次医療サービスからなる医療サービス体制の下で、レファレル制度を実施している。ポートモレスビー総合病院(PMGH)が国立レファレル病院としての機能を果たす。

4-4 救急医療体制

資料なし。

4-5 民間医療施設

民間医療施設としては、鉱山会社等の大企業が運営する医療施設や、民間の工場、農場、事務所等が運営するヘルスセンターレベルの診療所が多少ではあるが存在している。また、都市部には、少数の民営医院も存在する。

4-6 問題点

ヘルスセンター及びヘルスサブセンターは入院施設を有しているものの、その管理者は保健普及官、看護婦または准看護婦であり、診療技術的に病院との格差が大きい。

政府は病床数が大幅に不足しているため、入院期間の長い結核、ハンセン病の専門病院を廃止して、ヘルスセンターに転用している。さらに長期入院患者を在宅治療やヘルスセンター、ヘルスサブセンターでの治療に切替えるなど病床の有効利用を図っている。

例えば結核患者は平均18カ月の治療を要するが、最長2カ月を入院治療し、その後は外来診療として毎週2回薬を配布して自宅療養させている。ハンセン病についても、トゴバの専門病院を廃止して各地の病院に分散し、外来診療に切替えた。このため外来患者数が急増している。

第4編参考資料一覧表

章	資料名
4-1	ポートモレスビー総合病院改修基本設計調査報告書 昭和63年9月、国際協力事業団 地方病院改修計画基本設計調査報告書 平成2年3月、国際協力事業団
4-2	ポートモレスビー総合病院改修基本設計調査報告書 昭和63年9月、国際協力事業団 地方病院改修計画基本設計調査報告書 平成2年3月、国際協力事業団
4-3	地方病院改修計画基本設計調査報告書 平成2年3月、国際協力事業団
4-4	(資料なし)
4-5	地方病院改修計画基本設計調査報告書 平成2年3月、国際協力事業団
4-6	ポートモレスビー総合病院改修基本設計調査報告書 昭和63年9月、国際協力事業団

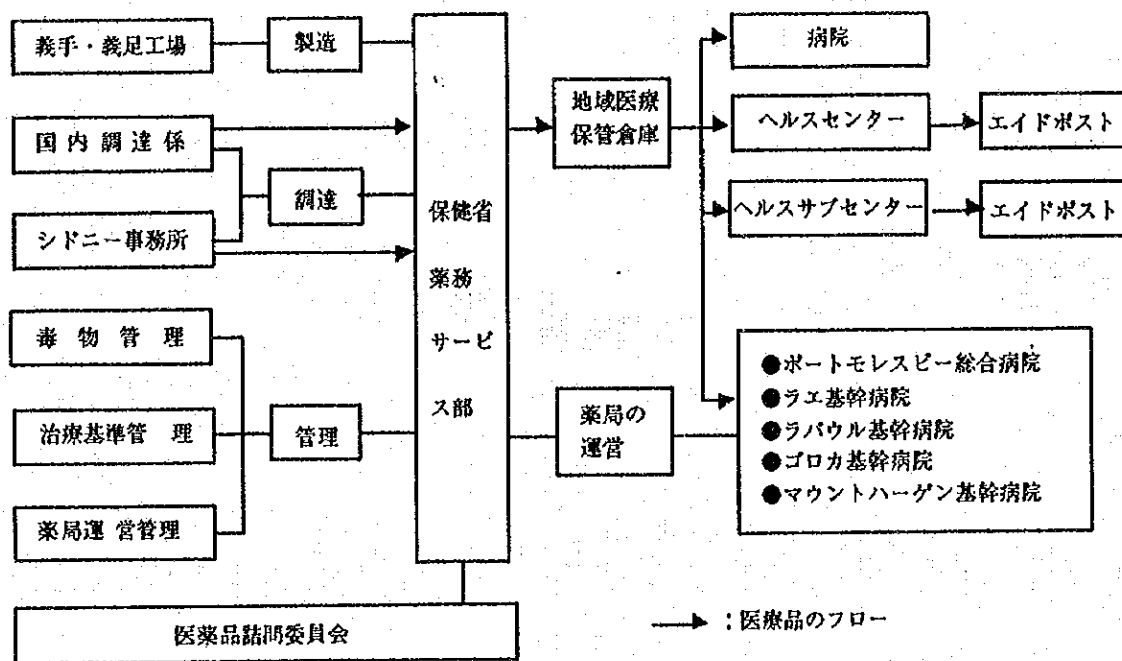
第5編 医薬品、医療器具、衛生材料

第5編 医薬品、医療用具、衛生材料

5-1 医薬品の供給

同国の医薬品供給システムについては、保健省総務局薬務サービス部が、他の政府の調達機関から独立して諸外国及び国内から医薬品を調達し、政府及び教会が運営している全国の医療施設へ必要に応じて供給している。この薬務サービス部では、ポートモレスビー総合病院（PMGH）及び4カ所の基幹病院（ゴロカ、ラエ、マウントハーゲン、ラバウル）における薬局の運営、毒・劇物コントロール、治療の基準、薬局運営の計画及び実施も行なっている。

薬務サービス部の主な機能と医薬品の供給フローを図5-1に示す。



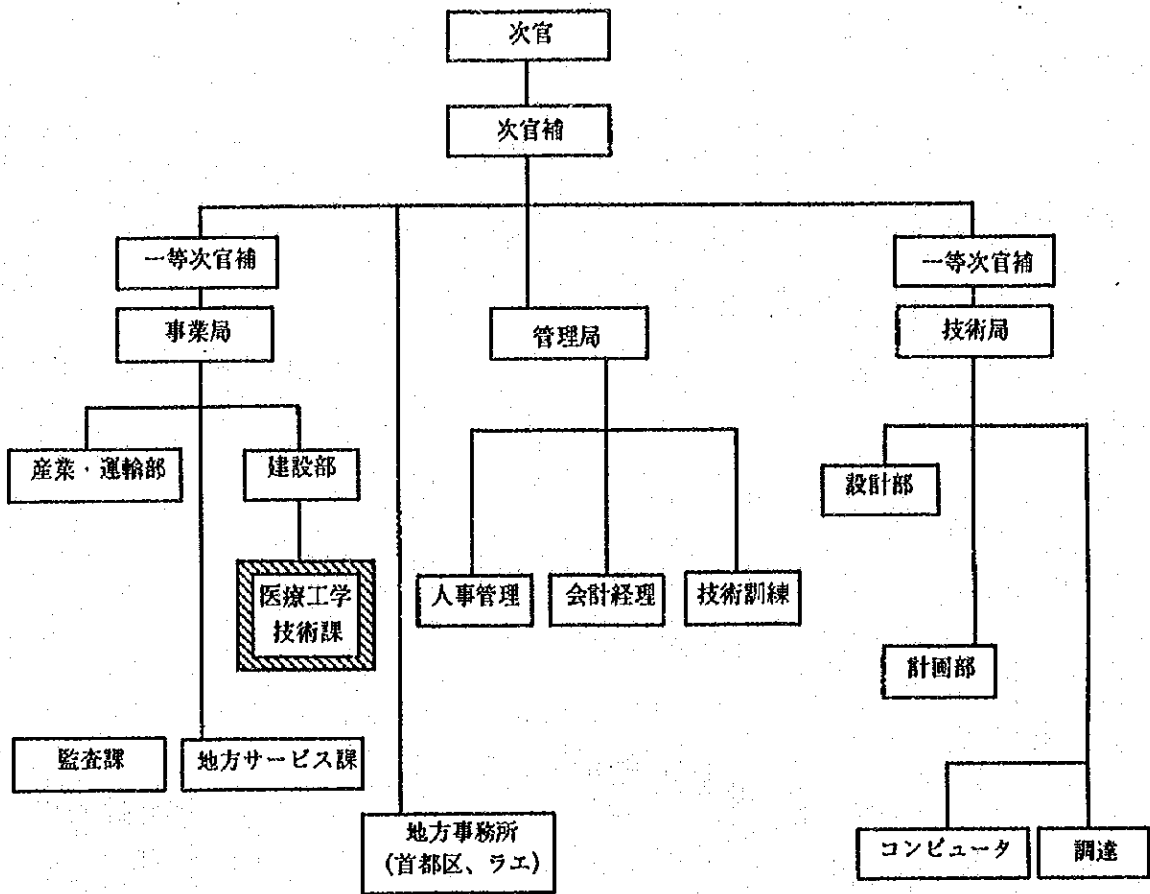
出典： ポートモレスビー総合病院改修計画基本設計調査報告書
昭和63年9月、国際協力事業団

図5-1 薬務サービス部の機能と医薬品のフロー図

5-2 医療用具、衛生材料

医療用具、衛生材料についても、医薬品と同様、保健省総務局薬務サービス部が、政府及び教会が運営している全国の医療施設へ供給し、また、ラエ州基幹病院内にある義手・義足製造向上の運営も行なっている。

公共事業省の主な機能は、政府事業の企画、実施及び保守、並びに官営工場における自動車及び機材の購入、運営、保守である。施設及び機材の維持管理業務は、公共事業省事業局建設部医療工学技術課によって行なわれている（公共事業省の組織図については図5-2参照）。



出典： ポートモレスビー総合病院改修計画基本設計調査報告書
昭和63年9月、国際協力事業団

図5-2 公共事業省本部の組織図

5-3 問題点

高度な医療用具の半分近くがポートモレスビー総合病院に設置されており、また地方病院には、高度な医療用具はあっても、その保守・修理機能はないと考えられる。

公共事業省では、医療用具等の保守体制の拡充を図るため、人員拡張計画並びに人材養成計画を実施しているが、財政難及び要員不足が制約となって、あまり成果は上がっていない。

第5編参考資料一覧表

章	資料名
5-1	ポートモレスビー総合病院改修計画基本設計調査報告書 昭和63年9月、国際協力事業団
5-2	ポートモレスビー総合病院改修計画基本設計調査報告書 昭和63年9月、国際協力事業団
5-3	ポートモレスビー総合病院改修計画基本設計調査報告書 昭和63年9月、国際協力事業団

第6編 医療従事者

第6編 医療従事者

6-1 医師数及びその配置

同国における政府医療施設に勤務する医師数は1986年において122人であり、このうち82人がパプア・ニューギニア人医師、40人が雇用外国人医師であった（表6-1参照）。また、同様に専門医は51人、うちパプア・ニューギニア人専門医11人、外国人専門医40人であった。

特に特殊診療領域での外国人医師の雇用が多く、給与も高く効率が悪いこともあり、2000年までに政府雇用のパプア・ニューギニア人医師を130人に、専門医を32人に増員する計画である。

各州別の政府運営病院医師数については（1985年）、セントラル首都区に全国医師総数182人の約3分の1に当たる62人が集中している（表6-2参照）。政府運営一次医療サービス施設の州別医療従事者数については表6-3に、また、教会運営医療施設の州別医療従事者数については表6-4に示す。

6-2 歯科医師数及びその配置

政府医療施設に勤務する1986年の歯科医師数は16人、うちパプア・ニューギニア人歯科医師12人、外国人歯科医師4人であった（表6-1参照）。また、同年の歯科治療士数は100人であった。

州別の政府運営病院歯科医師数については表6-2に示す。

6-3 薬剤師数及びその配置

政府医療施設に勤務する1986年の薬剤師数は11人であり、全員が外国人薬剤師であった（表6-1参照）。同国政府では、パプア・ニューギニア人薬剤師の養成を図り、2000年には同国人薬剤師11人、外国人薬剤師4人とする計画である。

州別の政府運営病院薬剤師数については表6-2に示す。

6-4 看護婦（士）数及びその配置

同国における看護婦（士）の機能は入院患者の看護のみではなく、病院の外来、ヘルスセンター、アーバンクリニック等で診断治療も行ない、さらに母子保健サービスも行なう。1986年における看護婦（士）数は1,873人である（表6-1参照）。州別の政府運営病院看護婦（士）数については表6-2に示す。

6-5 その他の医療従事者数及び配置

1) 保健普及官

保健普及官とは、県（District）における保健医療サービスの責任者であり、その多くが州の保健局に勤務している。1986年現在の保健普及官数は360人である（表6-1参照）。

2) 保健監督官

保健監督官の業務は社会における環境衛生を監督することであり、健康教育や労働衛生にも携わる。州の保健局やヘルスセンター等に勤務しており、1986年現在136人である（表6-1参照）。

3) 基礎レベル保健医療従事者

基礎レベル保健医療従事者に相当するのは准看護婦、エイドポストオーダー（看護人）、ホスピタルオーダーである。

准看護婦の業務は病院において看護婦を補佐したり社会保健サービスを行ったりと様々で、ヘルスサブセンターから総合病院に至るまで、広く分布している。エイドポストオーダーの業務は、エイドポストにおいて村落などの住民に対し、簡単な診療を行ない、また健康増進や予防に努めるものである。ホスピタルオーダーの業務は元来、病院における看護補佐であったが現在では前2者の業務と重複している。

現在これら3者の業務を統一し、ヘルスオーダーという名のもとに人員を養成しつつある。1986年現在全ての基礎レベル医療従事者の合計は4,185人である（表6-1参照）。

6-6 医療従事者の養成制度及び動向

同国における医学教育は、パプア・ニューギニア大学（UPNG = University of Papua New Guinea）医学部において医師、歯科医師の養成が行なわれているほか、医療技術学校ポートモレスビー校及びマダン校の2校で医療技師、検査技師、薬剤師、保健普及官等、上級医療関連要員の養成が行なわれている。表6-5にパプア・ニューギニアの医学教育機関リストを示す。

1) 医師の養成

1984年において公立医学部卒業生のうちの73%が政府及び教会の施設に属しており、民間で業務を行なっている医師は13.1%、軍の医師及び勉強中の医師がそれぞれ7.6%、6.3%を占めた。医師一人当たりの人口は1974年において11,700人、1984年で11,400人とほとんど改善されていないが、パプア・ニューギニア人医師の占める割合は、政府及び教会の施設において1974年19%、1979年28.8%、1984年51.2%と増加してきている。

前述のように、1986年においてパプア・ニューギニア人医師は93人であるが、2000年までに180人にする計画である（表6-1参照）。政府の国民医療に対する医師の供給計画の目的は、一次と二次医療サービスのバランスを保つことにある。

なお、医師の職務として政府は、次の2項目を示している。

- ① 州レベルの一次医療サービスの管理と助言を行ない、要員の訓練を実施する。
- ② 州病院での治療活動を行なう。

2) 歯科医師の養成

1970年から1972年までは歯科大学で歯科医の教育が行なわれ13人が卒業したが、1973年にパプア・ニューギニア大学に合併されて、1981年から1985年までに8人のパプア・

ニューギニア人歯科医が同大学歯学科を卒業した。年間5人の卒業生確保を目標とし、1州に1人の歯科医配属を目指している。

3) 看護婦(士)の養成

1976年から1984年間の看護学校の卒業生合計は706人で、その半数は教会運営の学校の卒業生である。1986年における政府運営医療施設に勤務する看護婦(士)数は1,873人であり、外国人看護婦は極めて少数である。

看護婦(士)の養成訓練は政府または教会運営の看護学校で行なわれており、訓練期間は3年である。政府は看護学校への入学者数と卒業率の増加を図ることによって2000年までに2,300人の規模を確保する計画である。

4) 病理検査技師、X線技師の養成

2000年までに1985年の水準から検査技師は35%、検査技師助手は41%増員する計画である。また、X線技師は43%の増員を見込んでいる。

5) 保健普及官、保健監督官の養成

政府は一次医療の成功の「カギ」を総合的医療サービスの推進、疾病予防及び治療を第一線で行なう保健普及官が据っているとして、2000年までに500人体制を目指している。

保健監督官は、地域社会において環境衛生及び労働環境衛生の改善指導に当たる専門官である。政府及び州政府で雇用されている員数は1986年で136人であるが、2000年までに政府及び州政府で190人の要員を必要としている(表6-1参照)。

6) 准看護婦、エイドポストオーダー(看護人)、ホスピタルオーダーの養成

准看護婦の養成訓練は、ヘルスセンターまたは州病院に付属した看護学校及びナースエイドスクールで実施されており、2年間の訓練が行なわれる。

エイドポストオーダーの養成訓練は、エイドポストオーダースクールで行なう。訓練期間は2年間で、2年目はヘルスセンターとエイドポストで実地訓練を行なう。教会運営の2校では3年間の訓練を行なっている。

ホスピタルオーダーは病院において医療補助の業務に就業している。無資格者であるので、医療活動から単純労働作業へ業務内容が変わりつつあるが、政府は2000年までに、ホスピタルオーダーの業務を廃止する計画である。

6-7 問題点

外国人医師及び薬剤師の雇用が多く、パプア・ニューギニア人の医療従事者の育成が望まれる。また、医師及び専門医の都市部への集中が顕著である(表6-2参照)。

第6編参考資料一覧表

章	資料名
6-1	地方病院改修計画基本設計調査報告書 平成2年3月、国際協力事業団
6-2	地方病院改修計画基本設計調査報告書 平成2年3月、国際協力事業団
6-3	地方病院改修計画基本設計調査報告書 平成2年3月、国際協力事業団
6-4	地方病院改修計画基本設計調査報告書 平成2年3月、国際協力事業団
6-5	地方病院改修計画基本設計調査報告書 平成2年3月、国際協力事業団
6-6	地方病院改修計画基本設計調査報告書 平成2年3月、国際協力事業団
6-7	地方病院改修計画基本設計調査報告書 平成2年3月、国際協力事業団

第7編 その他の医療事情

第7編 その他の医療事情

7-1 医療関連基盤

1) 給水

同国においては、給水施設及び衛生施設が未整備であることが、マラリア、肺炎等、感染症罹患率及び感染症による死亡率の増加を抑制できない大きな原因となっている。このため同国政府は、第三次国家保健計画（1991-1995年）において、給水設備の整備を推進するとともに、プライマリヘルスケアからのアプローチにより地域住民の「安全な水」の重要性認識を向上させ、公衆衛生指導員の養成を図る。同計画の目標では、1995年までに農村部人口の40%、また準都市部人口の50%に給水設備を供給する。

2) 電気

同国は包蔵水力が14,000MW以上もあり、また天然ガス、石油の埋蔵も確認されているなど、現在の段階では需要には恵まれていないものの、潜在供給力は無尽蔵にある。しかしながら、現状では総供給エネルギーのうち非商業用エネルギーの占める割合が4割も占めており、また商業エネルギーの8割強を全量輸入の石油・石油製品によっている。国産エネルギーの水力発電は豊富な包蔵水力にもかかわらず開発コストが多大なこと、需要規模が小さいこと等から、わずか1割になっている。また、石油製品の5割が火力発電用の燃料として使用されている。

電気事業実施機関にはELCOM、Cセンター、並びに余剰電力を一般に販売している民間部門がある。ELCOMは発電から配電まで一括して運営しており、ELCOM法により、電力政策全般に関する強大な権限が与えられている。従業員約1,900人、うち約100人が外国人知的労働者であり、技術のパプア・ニューギニア人への継承、人件費の高騰が課題である。

政府所有のCセンターはELCOMが経済的な観点から不可能でありながら、国家的にみて必要とおもわれる町に電力を供給している。民間部門については、PNG FOREST PRODUCTSがELCOMの許可を受け、直接供給を行なっている例がある。なお、鉱山の操業など大規模な需要が考えられる場合については、ELCOMや政府は電源を開発せず、開発会社に電源を建設、運営させ、余剰電力を購入することとしている。

現存電源設備出力をみると鉱業部門を中心に民間セクターの占める割合が高い。人口密度が非常に低く、地形的にも恵まれないため大規模送電網が発達しておらず、系統単位で電源も開発されている。このため、全国的にみると水力に比率が65%に達しているものの、ポートモレスビー、ラム、ガゼル半島の三大系統を除くと、ほとんどが火力発電となっている。

ELCOMの電力需要は、1980年代前半においては景気後退、料金値上げもあって、販売電力量が対前年比伸び率マイナスを記録したこともあった。ELCOMの電力需要構造の特徴は、産業用需要の割合が低く、商業用需要の割合が高いことである。また三大系統で全需要の8割を占めている。ロードカーブは規模の大きな系統ほど、夜間ピークはなく、昼間ピークとなっている。事務所需要等の商業経済活動の発展段階に左右されて

いると思われる。

現在のピーク時需給バランスによると、設備出力に対するピーク時電力は下回っている。このため、①乾燥期に低下する水力発電能力のバックアップの方策、②バックアップ電源のコスト低減の方策、③系統信頼度を上げるための方策が課題である。

1991年4月にELCOMが発表した10カ年計画によると、①電力需要の伸びに応じた供給体制の確保、②水力などの代替エネルギーの開発による輸入ディーゼル油に対する依存度の低下、③財務的に支障のないかぎり、水力電源を主体とする送電系統から地方電化を推進する、の3点を中心に事業を進めていくこととしている。

地方電化については、人口密度が低く人口の約85%以上が地方部に居住しているため、全体の約10%の村落のみが電化されているといわれている。需要地が点在しているため、配電線網による面的な地方電化は考えにくい。電源については、ディーゼル発電ではなく、ミニ水力の開発並びに既存の水力系統からの延長が原則となっている。しかし、ミニ水力は建設が経済的に難しいため、無償援助を期待している。

7-2 疾病発生状況

保健省の病院、ヘルスセンター及びヘルスサブセンターにおける疾病別入院患者数(1987-1989年)によれば、1987年、1988年、1989年とも肺炎、マラリアが上位を占め、合計患者数の25%前後を占める。1989年においては、肺炎(34,752人)及びマラリア(29,380人)の患者数(64,132人)は、正常出産(47,732人)及び出産関連(6,827人)を除く患者数(194,819人)の33%であり、以下、皮膚・皮下組織疾患、流行性腸炎、外傷、筋骨格疾患、婦人病、気管支炎等が続いている(表7-1参照)。

また、病院、ヘルスセンター及びヘルスサブセンターにおける死因(1987-1989年)をみると(表7-2参照)、肺炎による死亡率が他の死因に比べて圧倒的に高く、1987年が25.01%、1988年が21.90%、1989年が23.89%であり、改善がみられない。肺炎に続いて、周産期死亡、マラリア、髄膜炎の死因が高い。

この疾病構造は、1971年度と比較して本質的に変わっていない。むしろ数字の上では、肺炎、マラリアの増加率が大きく、また、結核、出産時の死亡数の改善がみられないことから、医療対策の見直しが必要であるとされている。

1) 急性呼吸器系感染症

(1) 発生状況

同国における乳幼児の急性呼吸器系感染症罹患率は非常に高く、さらに、乳幼児の急性呼吸器系感染症に対する抵抗力が栄養失調、下痢及びマラリアへの感染によって弱められているため、死亡率も高い。また、喘息及び結核の罹患率が、成人の間で増加している。

抗生物質の使用にもかかわらず、入院患者総数に占める肺炎患者の割合は、1960/61年は9.5%、1970/71年は12.0%、1981年は14.4%、1986年には12.8%と過去30年間あまり変化していない。

従来、肺炎とは有効な対策がたてられない唯一の病気であると考えられていたため、

肺炎対策は1987年まで何も考案されなかった。これが、急性呼吸器系感染症の幼児の罹患率及び死亡率の低下を妨げている一因である。

(2) 対策

急性呼吸器感染症対策の目標は、5歳未満の幼児の肺炎罹患率及び死亡率を最小限に抑えることである。同対策の主な内容は次のとおり。

- ① すべての医療施設で急性呼吸器系感染症患者に対する医療管理体制を改善
- ② 麻疹、百日咳及び結核の罹患率を減少させるため、予防接種拡大計画を強化
- ③ 乳幼児のための栄養計画および下痢対策の強化
- ④ 家庭内に急性呼吸器系感染症患者がいる母親及び保護者への看護教育実施
- ⑤ 衛生教育の実施及び基本的な診療活動の推進（住居内の換気の改善、妊産婦の喫煙習慣抑制、及び環境衛生の改善等）
- ⑥ 継続的ワクチン投与により肺炎に対する免疫性を強化
- ⑦ ペニシリン等の肺炎治療用抗生物質の治療効果のモニタリング

急性呼吸器系感染症対策は段階的に実施していく予定で、まず1991年までに同感染症が大きな問題となっているハイランド地方で開始し、その後1992年までに他の地域に拡大し、最終的に1994年までには国家全体に体制を確立させることを目指す。

同感染症対策の目標は、医療施設における5歳未満の乳幼児の肺炎による死亡率を年間10%ずつ減少させて1988年の出生千人対4.2から1995年には出生千人対2.5とし、さらに入院患者総数に対する急性呼吸器系感染症患者の割合を年間5%ずつ減少させて1988年の14%から1995年には10%とすることである。

2) マラリア

(1) 発生状況

マラリアは、同国において急性呼吸器系感染症に次いで重要な問題である。病院およびヘルスセンターからの報告によると、1980年から1988年における入院患者総数に対するマラリア患者の割合は平均10%で、全死亡率に対するマラリアの死亡率は8%であった。

(2) 対策

このように罹患率に改善がみられないのは、1980年代半ばに大半の地域で噴霧消毒が行われなくなって以来、スプレーマン、分隊長、チームリーダー等400人以上いたマラリア専門家集団が、医療サービス体制へ組み込まれなかったため、基本的教育事項、住居対策、マラリア対策の基本方針並びに人材開発等の全てが不明確となったことが一因である。

地域社会レベルで実施中の薬剤処理済みの蚊帳による個人予防としてのマラリア対策は、一般的に受け入れられ易く効果的であるものの、多くの労働力を必要とする上に地域社会構成員が長期にわたって参加しなければならないため、費用に見合うだけの効果が上げられるかどうか問われている。

マラリア対策における予防及び治療の両面を強化するために、保健機能の拡充を図らなければならない。同対策には、次のような方法が盛り込まれている。

① 予防

- ・ 妊産婦及び免疫のない季節労働者に対する予防
- ・ 薬剤処理済みの蚊帳を利用した個人予防対策
- ・ DDT屋内噴霧によるベクター対策
- ・ ボウフラを食べる魚を利用した予防対策
- ・ 環境改善

② 治療

- ・ マラリア患者の迅速な発見および効果的な管理体制の確立
- ・ 重症マラリア患者及び治療効果の上がないマラリア患者に対する効果的なレファレル体制の確立
- ・ 国家対マラリア医薬品政策に対する定期的な見直し及び更新

③ 監視

- ・ 各州におけるマラリアの発生状況及び死亡者の記録等の情報に対する検索／分析体制の強化

同マラリア対策における目標は、以下のとおりである。

- ① 医療施設におけるマラリアの死亡率を10%以下に抑える。
- ② 重症マラリア患者数を全医療施設における年間入退院総数の10%以下に抑える。
- ③ 研究所助手の養成並びにヘルスセンター及びヘルスサブセンターへの統合研究支援サービス供給により、1995年までに80カ所のヘルスセンター及びヘルスサブセンターにおけるレファレル施設を拡充する。
- ④ 地方研究所サービスを実施するための地方品質管理計画を1995年までに開発し、235カ所に増設予定のヘルスセンターおよびヘルスサブセンターに対して、統合研究支援サービスを提供する。
- ⑤ 既存の全医療施設から報告されるマラリア患者及び死亡者情報に基づいて、統合マラリア報告システムを1992年までに設立する。
- ⑥ 海岸地域及び島を含んでいる14州において、州ごとに毎年1地域あるいは1ヘルスセンターでの薬剤処理済み蚊帳の使用拡大を図る。
- ⑦ 上記対象地域で、地域社会構成員が薬剤処理済み蚊帳を使用することにより、各地域の総住居数に対する蚊帳使用率を50%以上に維持する。
- ⑧ 上記対象地域で地域マラリア対策計画を確立してから3年後に、マラリア罹患率を基準線のデータから20%以上減少させ維持する。

3) フィラリア

(1) 発生状況

フィラリアは、特に同国の海岸地域でみられる風土病であるが、その発生分布状況についてはほとんど解明されていない。例えば、東セピック州のDreikir付近におけるフィラリア罹患率が高く、ほぼ全ての住民が感染している。

(2) 対策

同国政府の対策としては、試験研究機関の協力により、ヘルスセンターおよびヘルスサブセンターにおけるフィラリア患者の診断及び管理体制の拡充を図ろうとしている。また、寄生虫学的調査を実施して、感染地域に関する情報管理体制を確立する。

フィラリア対策の目標としては、1995年までに150カ所のヘルスセンター及びヘルスサブセンターにレファレル施設を開設する。これらの施設では、フィラリアの臨床診断が可能な統合研究支援サービスを提供する。

4) 下痢症

(1) 発生状況

下痢症は、同国の5歳未満の幼児の間で依然罹患率が高い。1985年の下痢症の罹患率は人口千人対27.2、1988年末には人口千人対23.2であった。下痢症患者が病院に収容される割合は、1986年には18.1%、1987年、1988年にはそれぞれ15.4%、12.9%と減少傾向にある。また、1985年～1988年の下痢症による入院患者の死亡率は1.7%～2.8%であった。1988年の死亡率は1.78%、5歳未満の幼児の死亡率は1.3%であった。WHO援助による経口補水療法 (ORT) ワークショップが1978年に初めて開催された後、脱水症状を起こした患者に対する経口補水塩 (ORS) の投与が導入された。

(2) 対策

同国における下痢症対策の制約条件は以下のとおりである。

- ① 経口補水塩の使用法が不適切で使用量も不十分である
- ② 下痢症予防に対する衛生教育が十分行き届いていない。
- ③ 母子保健活動に対する認識が州毎に大きく異なる。
- ④ 州及び基幹病院の疾患予防担当者が視察を行っていない。
- ⑤ 地方の医療従事者に対して、下痢症を適切に診断し治療するための再教育コースのような定期的支援教育が行なわれていない。
- ⑥ 資金及び交通手段等の資源が不足している。

下痢症対策の内容は、予防及び治療の2分野に分けられる。

① 予防

以下の項目に重点を置き、総合的衛生教育キャンペーンを実施する。

- ・ 母乳による育児
- ・ 適切な離乳方法と時期
- ・ 安全な水の利用
- ・ 個人による衛生管理
- ・ 下水処理の改善
- ・ 幼児への予防接種、特に麻疹に対する予防接種の徹底

② 治療

- ・ 軽度の下痢症の治療用に家庭用医薬品を供給

- ・ 経口医薬品を服用できる軽度および中度の下痢症患者には経口補水塩（ORS）を使用
- ・ 重度の下痢症患者に対する静脈剤の投与
- ・ 抗生物質は、腸チフスおよび赤痢が確認された場合のみ使用
- ・ 治療全体を通じた衛生教育の実施

同対策の目標は、以下のとおりである。

- ① 医療従事者に、下痢症の適切な診断と治療に関する教育を徹底する。
- ② ヘルスサブセンターを含む各医療施設の医療従事者1名以上に対し下痢症監督技術を教育する。
- ③ 麻疹に対する乳児の予防接種達成率を1995年までに75%とする。
- ④ 全医療施設に適当数の経口補水塩用小袋および1リットル容器を供給する。
- ⑤ 州における下痢症対策の拡充を図る。
- ⑥ 下痢症罹患率を減少させる。

5) コレラ

(1) 発生状況

同国では、これまでコレラの感染が報告されたことはないが、コレラ罹患率が高いフィリピン、インドネシア、マレーシア等の国々とは定期的に接触しているので、これらの国からコレラが入ってくる可能性がある。

(2) 対策

一旦コレラが国内に入れば、環境衛生の立ち遅れ、安全な水の供給不足及び交通・通信手段の未整備等により、国全体、特に地方で急速に蔓延する可能性があり、適切な予防策が必要である。

6) エイズ（AIDS：後天性免疫不全症候群）及び性病

(1) 発生状況

性病、特に淋病と梅毒は、同国の多くの地域で風土性の高い疾患である。1988年には20,741人の淋病患者及び7,559人の梅毒患者が報告された。淋病及び梅毒は1970年以来増加していたが、1987年から淋病は減少し始め、梅毒も1988年から減少し始めた。

同国で最初にエイズの患者が報告されたのは1987年であった。HIV（ヒト免疫不全ウイルス）感染者は、その後毎年倍増している。

(2) 対策

エイズ及び性病対策の制約要因は以下のとおりである。

- ① エイズ及び性病の感染経路、治療法および予防に関する知識が一般的に不足している。
- ② 都市化の進展や伝統的価値観の衰退により、性的な乱れが蔓延している。
- ③ 潜在的に進行する性病の治療を受けないことの危険性を患者が理解していない。

- ④ 患者、特に女性は、性的な問題について話したり、医療施設での健康診断や治療を受けることをためらう場合が多い。
- ⑤ 多くの地域社会において、社会的および宗教的な考えによってコンドームの積極的使用が阻まれている。
- ⑥ 注射針等皮膚下に刺して用いる医療器具を適切な消毒を行わずに繰り返し使用することが多い。

同国政府によるエイズ（AIDS）対策の概要は以下のとおりである。

- ① 性病診断を行なうため研究所サービスの拡充を図る。
- ② 衛生教育を強化する。
- ③ エイズ及び性病患者を取り扱う医療従事者に対して、患者管理法、接触検査およびカウンセリング等の教育を行なう。
- ④ 性病診療施設の拡充を図る。
- ⑤ 州単位のエイズ及び性病対策を開発する。
- ⑥ 報告および監視システムを増強する。
- ⑦ 貞節観念の向上を図り、また日常生活でのコンドーム使用を推進する。
- ⑧ エイズ及び性病に関する現行法を必要に応じて改正する。

また、上記対策の目標は、以下のとおりである。

- ① 1991年12月までに、性病、エイズおよびHIV感染者に関する情報を100%報告する体制を確立する。
- ② 1991年12月までに、同国内で輸血用に提供された全血液の95%に対して、抗HIV検査を実施する。
- ③ 1991年12月までに、同国内7カ所の性病診療所における施設、設備及び医療従事者の増強を図る。
- ④ 淋病、梅毒等の発生率を、今後5年間、各年ごとに最低5%ずつ減少させる。
- ⑤ レファレル施設を改善し、1991年6月までに、感染者に対して最低1カ所のレファレル施設を割り当てるようにする。
- ⑥ 1995年までにエイズ発生曲線を水平にする。
- ⑦ 1992年12月までに、少なくとも高校生の50%に対して、毎年9～10回はエイズおよび性病に関する教育を実施する。
- ⑧ 1995年までに、全医療施設の医療従事者に対して、エイズとSTDに関する教育を実施し、診断及び臨床管理情報を供給する（各年ごとに最低25%の医療従事者に実施）。
- ⑨ 1991年12月までに、医療従事者及び国民に対して、性病とエイズの現状に関するフィードバック情報を季節ごとに提供する体制を整える。

7) 結核

(1) 発生状況

同国における結核の感染率は非常に高く、また一部地域の急速な発展および人口増加に伴ない、一層深刻化するものと思われる。

(2) 対策

同国の結核対策における制約要因は、組織的問題、実施上の問題、さらに技術的問題に分けられる。

① 組織的問題

- ・ 地方分権化により結核対策の優先度が州によって異なり、さらに医療従事者不足が深刻である。
- ・ 結核防除活動を実行するために訓練された医療従事者が度々交代する。

② 実施上の問題

- ・ 面接検査及び調査を実施するための交通手段が欠如している。
- ・ 報告システムが整備されていないため、医療データが不完全である。
- ・ 結核患者早期発見の優先度が低い。
- ・ 国の結核対策スタッフの選定基準が不適当なため、地方の訓練プログラムの信頼監督および実務指導体制が欠如している。
- ・ 適切な医薬品供給を維持するシステムが整備されていない。

③ 技術的問題

- ・ 患者の大部分は、顕微鏡検査を受けずに治療を施されている。

具体的な対策は以下のとおりである。

- ① 人的資源の育成
- ② 臨床診断設備の改善
- ③ 症例発見システムの整備
- ④ 高リスク・グループのスクリーニング
- ⑤ 研究所への訓練面及び設備面での支援
- ⑥ 感染データに関する情報システムの拡充
- ⑦ 衛生教育用教材の開発
- ⑧ 結核対策の評価、フィードバック及びモニタリングに関する研究活動
- ⑨ 地域社会の参加

結核対策の目標は以下のとおりである。

- ① 1990年基準データをもとに結核症例の新規発見を毎年20%増加させる。
- ② 1996年までに、全てのヘルスセンターに顕微鏡および訓練を受けたスタッフを配置し、新規に報告された症例中の認定比率を改善する。
- ③ 1990年基準データをもとに治療が完了した症例数を毎年25%増加させる。
- ④ 1996年までに、国内の全ヘルスセンター及びヘルスサブセンターに短期化学療法を普及させる。

8) ハンセン病

(1) 発生状況

1975年以来、ハンセン病患者は外来患者を基準に取り扱われており、積極的な患者発見対策はほとんどとられておらず、患者の大多数は自己報告による。ハンセン病の流行は、1970年代初期の人口千人対7.6~11から1988年には人口千人対1.8へと減少した（治

療中の症例を基準)。しかし、この数値は標本調査に基づいていないため、過小評価されているものと思われる。

(2) 対策

同国のハンセン病対策は、2005年末までに、ハンセン病の罹患率を人口千人対0.2以下に抑えることである。

9) 予防接種拡大計画 (EPI)

同国における予防接種拡大計画は、乳幼児及び妊産婦全員へのワクチン接種を目的とする。予防接種拡大計画の実施は州の責任であり、WHO、UNICEF、Save the Children Fund (英国)、国際ロータリー等の機関から、主として設備、訓練、及び専門家によるコンサルティングといった形で支援を受けている。

同国では移動母子保健診療で予防接種の大半を実施するため、その達成率は資金供給状況に大きく左右される。つまり、スタッフの充実度並びに空路以外に接触手段がないような山間部のヘルスセンターへのワクチン、燃料及び医療器具の輸送に対して影響を及ぼす。

1990年における予防接種達成率をみると (表7-3参照)、BCGの達成率が80.0%と最も高く、またポリオ、DPT、麻疹、破傷風の達成率は60%前後である。

生後1年未満乳児のワクチン接種達成率の1995年目標値を、以下のように設定している。

TA3 回目接種：	78%
麻疹：	77%
BCG：	100%
B型肝炎：	60%

7-3 家族計画

1) 背景

1980年に行なわれた人口センサスによると 同年の総人口は2,978.1千人であり、1990年の総人口推定値は3,682.8千人である (表7-4参照)。都市部人口は総人口の15.2% (1990年推定) と低く、残りの約85%が農村部に住んでいる。州別人口増加率 (1980-1990年) をみると、首都圏が4.47と最も多く、エンガ州、ウェスタン州、東ニューブリテン州が続く。人口増加率の全国平均値は2.03である。

1980年の平均寿命は49.6歳であり、州別では北ソロモン州が59.6歳と最も高く、西セピックが42.1歳と最も低い (表7-5参照)。1980年の乳児死亡率は出生千人対72、幼児死亡率は出生千人対42で、州別では南ハイランド (乳児死亡率116、幼児死亡率66) 及び西セピック (乳児死亡率104、幼児死亡率66) の乳幼児死亡率が高い。

1980年のセンサスに基づいて出生率及び死亡率をみると (表7-6参照)、出生率については各州都市部、農村部とも35%前後の値であるが、死亡率については各州とも農村部が都市部に比べ約5%高く、全国では都市部の死亡率が人口千人対7.7であるのに対し、

農村部では14.2と2倍近い値となっている。

1989年の乳児の死因は、呼吸器系疾患が38.0%、分娩時死亡が34.4%と他の死因に比べて圧倒的に高い（表7-7参照）。また、同年の幼児の死因をみると、感染症が37.6%、呼吸器系疾患が33.6%と上位を占めている（表7-8参照）。

出産年齢の女性は、同国の全人口の22%を占めており、これらの女性の85%は農村部に住んでいる。推定では毎年136,000人の新生児が誕生しており、妊産婦の死亡率は、都市部では出生千人対2、診療サービスが受けられる地方では出生千人対5、また診療サービスが受けられない地方では出生千人対12という高い死亡率を示している。同国全体の推定妊産婦死亡率は出生千人対7である。

妊娠が直接の原因で死ぬ女性の数は年間約千人と推定される。分娩前後の診療、妊娠することが危険な女性への診療などが十分行なわれていたら、これらの女性のうち80～90%は救済されたものと思われる。妊産婦の死因に関して十分なデータはなく、経験から割り出した推測に過ぎないが、1984年～1986年の印刷物に記録されている3つの主な死因は、産褥敗血症（25%）、分娩後出血（22%）及び出産に関連した医学的及び外科的症状（20%）である。

同国では、1995年までに、妊産婦の死亡率を出生千人対5に減少させ、分娩前の診療サービスを受ける女性の割合を60%に増加させ、医療施設の監督の下で出産を行なう割合を80%に増加させることを目標に母子保健の改善を図る。さらに、出産準備施設を提供するヘルスセンター及びヘルスサブセンターの割合を1995年までに40%に増加させることも計画している。

2) 家族計画の現状

同国における家族計画の実施率は低く、また家族計画サービス事態も整備されていない。都市部には家族計画診療所があるが、賃金労働者である多くの女性はこのサービスを容易に利用できない。ヘルスセンターによっては、家族計画診療日を設けているところもあるが、訓練を受けた家族計画担当スタッフの数は、ごく限られている。また、必要な医薬品及び設備の供給も十分に実施されていない。

国際機関の援助による国家家族計画が1978年に始まり、1978年～1980年の間に22,000人が利用し成功した。しかし、このプログラムの地方分散化によって、その影響力は大幅に低下し、現在の利用者数は10年前とほぼ同数である。1989年の数字では、22,038人が新たに家族計画に参加した。この数字は出産年齢女性の2.8%である（表7-9参照）。

家族計画における制約要因は以下のとおりである。

- ① 女性および女性の国に対する貢献度が過小評価されている。
- ② 女性の教育レベルが低い。
- ③ 出産のための健康管理および家族計画の重要性が地域社会で認識されていない。
- ④ 移動母子保健診療所に対して定期的な資金供給が十分行なわれていない。このため、交通手段、物資供給およびマンパワーなどに影響が出ている。
- ⑤ 出産のための健康管理および家族計画分野に関する専門教育を受けたスタッフが不足している。

- ⑥ 行政による監視が十分行なわれていない。
- ⑦ 賃金労働に携わる女性の数が増加しており、これらの女性は仕事上の制約から健康診断を受けることができない。

同国政府は、医療施設における家族計画実施率を1995年までに次に示すレベルまで向上させる方針である。

病院	100%
ヘルスセンター及び ヘルスサブセンター	100%
エイドポスト	90%

家族計画に新たに参加する女性の数を1995年までに目標人口の5%まで増加させ、さらに家族計画を継続的に実施する女性の数を1995年までに目標人口の50%まで増加させる。

また、1992年までに家族計画のガイドラインを開発し、1992年までにコンドーム使用のキャンペーンを実施する計画である。

7-4 栄養

同国における乳幼児の栄養状態は非常に悪く、特に蛋白質エネルギー栄養失調が多い。同国に見られる栄養不良としてはこの他に、栄養性貧血、肥満、甲状腺腫、風土病性クレチン病及びビタミンA欠乏症が挙げられる。

1) 蛋白質エネルギー栄養失調

蛋白質エネルギー栄養失調は、同国において群を抜いて重大な問題である。保健省の第三次国家保健計画（1991-1995年）中のデータによると、1989年現在特にマダン州と西セピックにおける乳児の栄養状態が悪い。年齢体重60%以下の重度栄養失調状態にある乳児数はマダン州で1,088人、西セピック州で1,198人といずれも千人を超えている（表7-10参照）。また、年齢体重60%～80%の中度栄養失調状態にある乳児数はマダン州で8,312人、西セピック州で6,221人であった。

蛋白質エネルギー栄養失調は、多数の妊産婦や授乳期の母親に影響を与え、低体重出生児出産、高罹患率や高死亡率の原因となり、母乳が十分に出なくなる場合もある。

2) 栄養性貧血

栄養性貧血については、正確なデータはわからない。入手データによると、不完全な報告ではあるが、貧血は一般的に重大な問題であるといえる。1988年における入院患者の死因の3.4%は貧血によるものであった（1982年では2.5%）。

3) 肥満

同国において肥満が問題となっている程度については、正確にはわからない。しかし、糖尿病メリタスの研究調査によると、糖尿病の罹患率は上昇しつつあり、将来重大な問題になるものと思われる。

4) 甲状腺腫と風土病性クレチン病

ヨード不足による甲状腺腫とクレチン病は、一部地域にまだ存在する。マダンとモロベで1985年に行なわれた調査結果によると、全女性中の目にみえる甲状腺腫の罹患率は0.5%~54.2%であり、風土病性クレチン病の罹患率は1.1%~6.5%である。

5) ビタミンA欠乏症

ビタミンA欠乏症に関する信頼のおけるデータはないが、ビタミンA欠乏症は、麻疹や下痢等による乳幼児期の罹患率や死亡率を高める。蛋白質エネルギー栄養失調でポートモレスビー総合病院に入院中の4歳以下の乳幼児の20人に1人が、ビタミンA欠乏症による眼科疾患を罹っている。

6) 栄養計画における制約要因

栄養状態の改善に関する制約要因は以下のとおりである。

- ① 栄養士や食事療法士の不足が深刻であり、栄養摂取や食事療法の基礎訓練を提供する施設がない。
- ② 多くの県では、栄養摂取に関連する活動の全てを栄養士や母子保健担当の看護婦に任せる傾向が強く、栄養改善活動実施機関同士の調整が不十分である。
- ③ 食習慣に係る文化的要因と社会的要因がサービスの質に影響を及ぼす。
- ④ 輸送手段と輸送資金が不足している。

7-5 伝統医学

資料なし

7-6 医療保険制度

資料なし

7-7 医療情報の収集、供給体制

同国の全国保健情報システムは、1973年に設置された。当初、情報は計画ごとに収集されたが、1978年に総合報告システムが導入された後、保健活動の大半に適用されるようになった。収集情報には、外来患者の介護、予防接種、妊産婦検診、小児保健診療所の介護、診療所における小児の栄養状態、家族計画、分娩の監督、学校の健康診断、歯科業務、結核の登録患者、ハンセン病及び感染症罹患状況が含まれる。

情報収集の第1段階は、エイドポストであるが、ここでの情報はシステムに入力されない。ヘルスセンター及びヘルスサブセンターレベルで収集されたデータは、1カ月単位で州レベルまで送られる。そこから全国レベルへ送られ、作表、照合が行なわれる。

効果的な情報の発達に対する制約要因は、以下のとおりである。

- ① 報告システムが未整備で、データも不完全である。

- ② データの分析技術が不十分である。
- ③ 各レベルにおける情報のフィードバックが不十分である。
- ④ データの流れに混乱があり、統括されていない。
- ⑤ 企画・管理面での情報活用が不十分である。
- ⑥ 品質管理機構が不十分である。
- ⑦ 地方保健・病院情報システム間における調整が不十分である。
- ⑧ ハードウェアとソフトウェアの保守およびコンピュータ関連機器に対する支援が不十分である。

同国政府による目標は以下のとおりである。

- ① 1993年までに、省内にデータバンクを設置して、データベースを修正し、組織化する。
- ② 1992年までに、既存のソフトウェア・プログラムを使用して各州のシステムを電算化する。
- ③ 1993年までに人材情報システム、財政情報システム、病院情報システム、業務・設備情報システムを確立する。
- ④ 1992年までに、保健省内に保健管理システムのインディケータを開発する。
- ⑤ 1995年までに、国家、州、地域の各システムを統合し連携させる。
- ⑥ 1991年末までに、地方保健業務報告システムの標準化を図る。
- ⑦ 1993年までに、各州の出生・死亡の記録システムを完成する。

7-8 問題点

同国においては、給水施設及び衛生施設が未整備であり、このためマラリア、肺炎等感染症罹患率及び感染症による死亡率が高い。また、地方電化については、人口密度が低く、人口の約85%以上が地方部に居住しているため、全体の約10%の村落のみが電化されているといわれている。需要地が点在しているため、配電線網による面的な地方電化は考えにくく、電源については、ディーゼル発電ではなく、ミニ水力の開発並びに既存の水力系統からの延長が原則となっている。

感染症対策については、医療従事者及び医療施設数における都市部と農村部の地域格差が大きく、また住民への保健教育が普及していないため、疾病構造の改善がほとんどみられない。家族計画についても、女性の地位が社会的に低く、母子保健の重要性も認識されていないことから、計画の実施率が低く、成果が上がっていない。

第7編参考資料一覧表

章	資料名
7-1	PAPUA NEW GUINEA NATIONAL HEALTH PLAN 1991-1995 1991, DEPARTMENT OF HEALTH 基金調査季報第73号、平成4年2月、海外経済協力基金
7-2	PAPUA NEW GUINEA NATIONAL HEALTH PLAN 1991-1995 1991, DEPARTMENT OF HEALTH
7-3	PAPUA NEW GUINEA NATIONAL HEALTH PLAN 1991-1995 1991, DEPARTMENT OF HEALTH
7-4	PAPUA NEW GUINEA NATIONAL HEALTH PLAN 1991-1995 1991, DEPARTMENT OF HEALTH
7-5	(資料なし)
7-6	(資料なし)
7-7	PAPUA NEW GUINEA NATIONAL HEALTH PLAN 1991-1995 1991, DEPARTMENT OF HEALTH
7-8	PAPUA NEW GUINEA NATIONAL HEALTH PLAN 1991-1995 1991, DEPARTMENT OF HEALTH 基金調査季報第73号、平成4年2月、海外経済協力基金

第 8 編 関連法令

第8編 関連法令

同国における保健医療関連法令としては、①公衆衛生法、②薬事法、③公立病院（医療費）法、④歯科治療費法、⑤食品衛生法、⑥幼児食事供給（管理）法、⑦煙草（健康管理）法、⑧医療登録法の8法令が挙げられる。

公衆衛生法では、公衆衛生及び精神衛生に関する。本法令において、合意を必要としない輸血、感染症の報告義務及び対策、性病の報告義務及び対策、ハンセン病の報告義務及び対策、マラリア対策、並びに精神障害対策及び治療について規定している。

また、公衆衛生法に関連して、

- ① 公衆衛生（衛生施設）規則
- ② 公衆衛生（浄化槽）規則
- ③ 公衆衛生（下水道）規則
- ④ 公衆衛生（地下給水槽）規則
- ⑤ 公衆衛生（感染症）規則
- ⑥ 公衆衛生（精神障害）規則
- ⑦ 公衆衛生（理髪店）規則
- ⑧ 公衆衛生（酪農場）規則
- ⑨ 公衆衛生（塗料）規則

の9規則が制定されている。

薬事法では、薬局及び薬剤師、並びに医薬品広告が規定されており、また、関連して薬剤師の義務、医薬品の保存方法及び供給方法、並びに処方箋表示方法等に関する規則が制定されている。

公立病院（医療費）法は、公立医療施設における各種治療及び治療に要した医薬品に掛かる費用を規定し、歯科治療費法は、各種歯科治療に掛かる費用を規定する。

また、食品衛生法は、食品衛生調査会、食品及び食品添加物の規格基準、食品の包装と表示、食品検査等について、幼児食事供給（管理）法では、幼児に食事を与える際に禁止されている成分及び哺乳ビン等の取扱方法について、煙草（健康管理）法では、煙草の製造、輸入、販売及び広告、並びに18歳未満の青少年への販売の禁止、公共交通機関等での禁煙について規定している。

医療登録法においては、医師及び看護婦等医療従事者の登録、登録医療従事者の訓練、民間病院への免許交付について規定している。

第 8 編資料一覧表

章

資料名

DEPARTMENT OF HEALTH LEGISLATIONS

1991, PASCOE KASE, LEGAL OFFICER, DEPARTMENT OF HEALTH

付録1. 付 図

(図は全て本文中に掲載。)

付録 2. 付 表

表2-1 国及び国際機関別援助額 (1986-1990)

援助機関	プロジェクト名	種類	期間	援助額 (1000米ドル)
アジア開発銀行	農村保健 (第2次)	借 款	1986-91	14,000
	農村保健 (第3次)	技 協	1989	360
	保健部門の財政管理		1988-89	450
WHO	保健システム整備			879
	PHC			380
	保健医療職種の養成			421
	健康教育	技 協	1988-89	179
	健康増進			534
	疾病管理			563
UNICEF	5カ年計画	技 協	1986-90	3,500
UNFPA	家族計画	技 協	1989	183.4
EC	AIDSキャンペーン	無 償	1987-90	1,590
中国/WHO	鍼療法士養成	技 協	1987-89	250
日本	ポートモレスビー総合病院	無 償	1988-90	10,384
	郡部病院改修	無 償	1989-91	32,651
	マラリア媒介昆虫の管理	無 償	1989-92	10,500
	医療機器	無 償	1989	5,762
USAID	JHPIEGO	技 協	1987-89	50.8
	HEALTHCOM	技 協	1988-90	550
	MEDEX	技 協	1988-91	324
	郡部支援	無 償	1989-92	8,500
	幼児生存支援		1990-96	9,400
	マラリア・ワクチン計画	技 協	1987-92	8,000

(出典：保健省資料)

注： 医療協力拡充調査報告書（フィリピン、PNG、インドネシア、オーストラリア、エジプト、ケニア）、平成4年1月、国際協力事業団医療協力部より引用

表2-2 わが国の対パプア・ニューギニアODA実績 (1986-1990)

単位：百万米ドル

歴年	贈 与			政 府 貸 付		合 計
	無償資金協力	技術協力	計	支出総額	支出純額	
86	0.47 (5)	3.39 (33)	3.86 (37)	7.38	6.56 (63)	10.43 (100)
87	0.39 (2)	4.99 (28)	5.38 (30)	12.93	12.27 (70)	17.65 (100)
88	22.17 (54)	8.3 (20)	30.47 (74)	12.32	10.68 (26)	41.16 (100)
89	19.30 (49)	8.44 (21)	27.73 (70)	13.41	11.85 (30)	39.59 (100)
90	12.14 (32)	7.43 (20)	19.58 (52)	21.29	18.51 (48)	38.09 (100)
累計	56.85 (32)	46.19 (26)	103.04 (58)	115.71	77.07 (42)	180.13 (100)

注： () 内は、ODA合計に占める各形態の割合 (%)

出典： 我が国の政府開発援助下巻 (国別実績)、1991年、外務省経済協力局

表2-3 援助実績 (JICA関与分に限定)

無償資金協力 (1985年以降)	・医療用機材整備計画	1986年度
	・ポートモレスビー総合病院 改修計画 (1/2期)	1988年度
	・ポートモレスビー総合病院 改修計画 (2/2期)	1989年度
	・地方病院改修計画	1990年度

出典： 我が国の政府開発援助下巻 (国別実績)、1991年、外務省経済協力局

表4-1 州別医療施設数及び1病床当たり人口 (1989)

	総人口	病 院		ヘルスセンター		ヘルス サブセンター		7-パ ニック	エイド ポスト	1病床当たり人口	
		数	病床数	数	病床数	数	病床数	数	数	病院のみ	全病床
ウエスタン	99,100	1	81	13	152	16	53	1	96	1,223	347
ガルフ	75,700	1	83	9	248	10	54	1	35	912	197
セントラル	141,800	0	0	8	192	18	90	0	128	0	503
首都圏	154,800	1	695	0	0	1	0	15	2	223	223
ミネルベイ	162,800	1	163	10	286	28	333	1	119	999	208
オロ	97,600	1	160	5	101	12	71	0	70	610	294
南ハイランド	273,100	1	217	12	525	32	329	1	220	1,259	255
エンガ	186,600	1	100	10	552	11	142	0	135	1,866	235
西ハイランド	318,900	1	250	12	407	8	228	1	122	1,276	360
シンプ	190,700	1	250	7	315	11	173	0	98	763	258
東ハイランド	323,000	1	360	7	310	22	281	1	132	897	340
モロベ	385,000	1	500	17	587	8	67	7	275	770	334
マダン	267,500	1	380	19	1,117	10	67	2	175	704	171
東セビック	275,100	1	320	12	488	15	95	1	235	860	305
西セビック	136,000	1	110	10	509	20	150	1	132	1,236	177
マヌス	32,300	1	85	8	90	0	0	0	56	380	185
ニューアイルランド	83,700	1	123	8	442	18	164	1	75	680	115
東ニューブリテン	167,800	1	480	10	478	10	184	1	29	350	147
西ニューブリテン	118,400	1	160	9	262	11	330	1	78	740	157
北ソロモン	171,100	1	250	9	455	17	311	1	92	684	168
国全体	3,661,000	19	4,767	195	7,516	278	3,122	36	2,304	16,432	4,979

出典： APPRAISAL OF THE THIRD RURAL HEALTH SERVICES PROJECT IN
PAPUA NEW GUINEA, 1991.8, ASIAN DEVELOPMENT BANK

表4-2 保健省及び教会運営の州別医療施設数 (1989)

	ヘルスセンター			ヘルスサブセンター				アーバン クリニック	エイド ポスト
	保健省	教会	計	保健省	教会	その他	計	計	計
ウェスタン	10	3	13	1	14	1	16	1	96
ガルフ	6	3	9	3	7	0	10	1	35
セントラル	6	2	8	9	9	0	18	0	128
首都圏	0	0	0	1	0	0	1	15	2
ミネルベイ	9	1	10	4	24	0	28	1	119
オロ	4	1	5	8	4	0	12	0	70
南ハイランド	11	1	12	12	20	0	32	1	220
エンガ	7	3	10	7	4	0	11	0	135
西ハイランド	7	5	12	3	5	0	8	1	122
シンブ	6	1	7	6	5	0	11	0	98
東ハイランド	6	1	7	9	13	0	22	1	132
モロベ	13	4	17	6	2	0	8	7	275
マダン	12	7	19	3	7	0	10	2	175
東セビック	8	4	12	5	10	0	15	1	235
西セビック	8	2	10	2	18	0	20	0	132
マヌス	5	3	8	0	0	0	0	0	56
ニューアイルランド	3	5	8	11	7	0	18	2	75
東ニューブリテン	8	2	10	1	8	1	10	1	29
西ニューブリテン	5	3	8	1	10	0	11	1	78
北ソロモン	6	3	9	11	6	0	17	1	92
国全体	140	54	194	103	173	2	278	36	2,304

出典：APPRAISAL OF THE THIRD RURAL HEALTH SERVICES PROJECT IN
PAPUA NEW GUINEA, 1991.8, ASIAN DEVELOPMENT BANK

表4-3 州別病院の入院患者、手術、分娩数 (1984)

州	病院	病床数	入院患者	手術	正常分娩	異常分娩	分娩総数
ウェスタン	ダル	110	874	23	270	13	283
ガルフ	ケレマ	83	951	10	151	29	180
首都圏	PMGH	81	13,885	312	3,852	883	4,735
ミルンバイ	アロタウ	100	1,519	321	3,852	883	4,735
オロ	ボボンデッタ	100	1,519	26	311	96	407
南ハイランド	メンディ	217	3,338	40	574	90	664
エンガ	ソバス	85	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
西ハイランド	マウント・ハーゲン	212	6,539	78	1,313	132	1,445
シンブ	クンディアワ	200	5,034	140	805	98	903
東ハイランド	ゴロカ	300	9,691	129	1,580	404	1,984
モロバ	アングウ	500	8,307	93	2,474	188	2,662
マダン	マダン	400	3,636	31	1,174	10	1,277
東セビック	ウイーワック	311	6,437	51	1,114	141	1,255
西セビック	ヴァニモ	200	1,154	11	181	44	225
マナス	ロレンガウ	100	1,1376	13	294	38	332
ニューアイルランド	カイビーエング	122	151,939	18	480	41	521
東ニューブリテン	ノンガ	480	6,757	87	1,449	359	1,698
西ニューブリテン	キンベ44.3	140	2,425	31	480	64	544
北ソロモン	アラワ46.9	250	5,577	85	1,288	277	1,565
合計		4,778	83,034	1,195	18,164	3,126	21,290

出典：保健省

(地方病院改修計画基本設計調査報告書、平成2年3月、国際協力事業団より引用)

表4-4 州別ヘルスセンター及びヘルスサブセンターの
入院患者、手術、分娩数（1985）

州	病床数	入院患者	手術	正常分娩	異常分娩	分娩総数
ウエスタン	360	3,785	39	620	74	694
ガルフ	436	4,524	30	481	99	580
セントラル	473	3,104	63	533	66	599
首都区	0	-	-	-	-	-
ミルンバイ	344	3,644	28	387	-3	450
オロ	175	2,709	27	279	55	334
南ハイランド	831	16,005	172	2,224	331	2,555
エンガ	704	9,802	141	914	266	1,180
西ハイランド	314	11,381	157	943	387	1,330
シンブ	384	12,300	82	1,190	275	1,465
東ハイランド	451	9,876	75	1,219	211	1,430
モロベ	631	5,385	63	766	118	884
マダン	784	11,703	101	1,523	176	1,699
東セビック	471	11,913	57	681	133	814
西セビック	546	885	84	489	162	651
マナス	108	777	3	89	8	97
ニューアイルランド	425	5,697	30	1,054	76	1,130
東ニューブリテン	416	13,001	93	2,512	338	2,250
西ニューブリテン	405	7,034	58	1,375	70	1,445
北ソロモン	524	3,183	40	587	32	619
合計	8,782	136,708	17,866	17,866	2,940	20,806

出典：保健省

（地方病院改修計画基本設計調査報告書、平成2年3月、国際協力事業団より引用）

表6-1 医療従事者数（1986、1990、2000）及び平均給料（1986）

	1986年の平均 給料（キナ）	従業員数		
		1986	1990*	2000*
エイドポストオーダー	3,082	2,040	1,890	1,250
准看護婦	3,082	1,404	1,250	500
ホスピタルオーダー	3,082	741	438	0
ヘルスオーダー	3,082	0	300	4,690
看護婦（1,2級）	4,190	1,498	1,600	1,850
看護婦（3～8級）	7,612	375	400	450
保健普及官	6,850	360	358	500
保健監督官	6,850	136	140	190
検査助手	3,082	55	70	106
検査技師	5,405	54	41	73
医療技術士	7,330	12	12	17
薬剤師－PNG国人	8,940	0	1	11
薬剤師－雇用外国人	18,758	11	10	4
薬剤処方士	5,405	32	24	44
放射線技師	5,405	28	19	40
物理療法士	7,205	10	10	10
作業療法士	7,205	5	5	5
歯科治療士	5,405	100	95	141
歯科技師	4,848	26	21	30
歯科医－PNG国	8,550	12	13	19
歯科医－雇用外国人	20,405	4	4	4
医師－PNG国人	9,322	82	109	130
医師－雇用外国人	20,680	40	15	0
専門医－PNG国人	12,145	11	16	32
専門医－雇用外国人	25,555	40	35	20
総計		7,076	6,876	10,116

注： *＝政府による医療従事者増員計画の目標値

出典：ポートモレスビー総合病院改修計画事前調査報告書

昭和63年4月、国際協力事業団

表6-2 保健省運営病院州別医療従事者数（1985）

州	病院名	医師	看護婦	准看護婦	保健普及官	病院看護人	歯科医	歯科治療士	医療技師	検査技師	検査助手	X線技師	薬剤師
ウエスタン	ダルー	2	21	15	1	0	0	0	0	0	4	0	0
ガルフ	ケルマ	3	17	10	1	7	0	0	0	0	2	1	1
セントラル 首都圏	PMGH	62	210	81	2	49	3	7	5	27	8	12	5
ミルンバイ	アロタワ	4	29	11	0	0	1	0	1	2	2	0	1
オロ	ボボンデッタ	5	30	24	0	19	1	0	0	1	1	1	1
南ハイランド	メンデ	5	29	17	0	9	1	4	0	1	1	1	1
エンガ	ソバス	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
西ハイランド	マウント・ハーゲン	11	53	43	0	1	0	0	0	1	3	1	1
シンブ	クンディアワ	4	51	29	0	25	1	1	0	1	4	0	0
東ハイランド	ゴロカ	15	101	103	0	0	1	2	0	2	5	2	2
モロベ	アングウ	22	136	136	0	52	1	5	1	5	6	2	4
マダン	マダン	11	80	73	1	0	1	7	0	2	3	2	2
東セラビック	ウィーワック	8	68	46	2	0	1	6	0	2	3	3	2
西セラビック	バニモ	2	18	11	0	4	0	0	0	0	2	0	2
マナス	ロレンガウ	2	19	23	0	23	0	0	0	0	3	0	0
ニューアイルランド	カビエン	3	9	15	0	6	1	0	0	1	2	0	1
東ニューブリテン	ノンガ	13	80	49	1	22	1	0	1	2	6	3	2
西ニューブリテン	キンベ	-	26	29	0	3	0	0	0	1	3	1	1
北ソロモン	アラウ	5	63	59	0	3	1	0	1	0	0	0	0
合計		182	1060	777	8	223	14	32	9	47	53	28	26

注：ソバス病院は教会による運営

出典：保健統計ハンドブック、1985年、統計局

表6-3 政府運営一次医療サービス施設の州別医療従事者数 (1985年)

州	医師	看護婦	准看護婦	保健普及官	保健監査官	看護イ 人ド ボ ス ト	看護ス 人ピ タ ル	歯科治療士
ウェスタン	1	16	9	9	5	65	37	4
ガルフ	0	20	16	13	5	33	26	2
セントラル	0	36	10	13	6	85	7	4
首都区	2	80	56	3	0	0	0	0
ミルンベイ	1	39	22	13	7	85	74	7
オロ	1	27	15	10	4	81	28	12
南ハイランド	3	49	74	19	6	194	42	0
エンガ	2	58	36	17	6	154	62	2
西ハイランド	0	36	27	13	9	155	28	6
シンブ	0	22	33	12	5	116	10	1
東ハイランド	2	35	76	23	9	142	0	6
モロベ	2	62	26	34	10	244	77	0
マダン	0	44	63	15	8	159	0	0
東セラビック	3	78	38	15	7	121	90	0
西セラビック	1	24	38	15	7	121	90	0
マナス	1	12	11	8	2	27	0	1
ニューアイルランド	1	26	25	15	4	50	20	8
東ニューブリテン	1	19	6	12	10	61	0	6
西ニューブリテン	1	21	19	14	8	55	15	5
北ソロモン	1	58	27	12	8	80	0	0
合計	23	762	627	286	125	1,999	541	65

出典： 保健統計ハンドブック、1985年、統計局

表6-4 教会運営医療施設の州別医療従事者数 (1984年)

州	医師	看護婦	准看護婦	保健普及官	オエ ーイ ダド リボ スト
ウエスタン	2	47	32	0	12
ガルフ	2	29	32	2	14
セントラル	1	32	27	0	1
首都区	0	1	0	0	0
ミルンベイ	1	57	59	0	6
オロ	0	13	13	0	2
南ハイランド	0	55	59	0	20
エンガ	1	29	24	0	0
西ハイランド	4	38	36	0	15
シンブ	0	16	19	0	1
東ハイランド	0	24	23	1	8
モロベ	3	20	33	0	1
マダン	0	42	30	3	10
東セラビック	0	34	33	0	2
西セラビック	1	47	48	1	3
マナス	0	7	7	0	0
ニューアイルランド	1	37	16	0	0
東ニューブリテン	5	50	44	0	0
西ニューブリテン	0	34	23	0	3
北ソロモン	1	29	16	0	2
合 計	22	641	574	7	109

出典：教会医療サービス報告書、1984年、保健省

表6-5 パプア・ニューギニアの医学教育機関リスト

学校名 (地名)	医学教育 開始年	学校で使用 可能な病床数	1983年度 卒業者数	教育者数
パプア・ニューギニア 大学医学部 (BOROKO)	1959	600	男性 6	常勤 44
			女性 3	非常勤 24
			外国人	
			男性 6	
			女性 4	

出典： WORLD DIRECTORY OF MEDICAL SCHOOL, SIXTH EDITION
1988, WHO

表7-1 病院、ヘルスセンター、ヘルスサブセンターにおける疾病別入院患者数
(1987-1989)

疾病名	1987		1988		1989	
	患者数	%	患者数	%	患者数	%
正常出産	46,015	18.73	47,731	18.79	47,773	19.15
肺炎	33,449	13.61	33,069	13.02	34,752	13.93
マラリア	28,126	11.45	28,916	11.38	29,380	11.78
流行性腸炎	12,157	4.95	10,761	4.24	9,933	3.98
皮膚・皮下組織疾患	12,493	5.08	14,293	5.63	12,337	4.95
貧血症	6,281	2.56	6,246	2.46	5,820	2.33
気管支炎	5,405	2.20	5,229	2.06	5,254	2.11
出産関連	6,244	2.54	6,029	2.37	6,827	2.74
外傷による出血	6,711	2.73	6,232	2.45	6,866	2.75
結核	3,090	1.26	3,272	1.29	3,630	1.46
消化器系疾患	5,244	2.13	5,172	2.04	4,945	1.98
筋骨格系疾患	6,542	2.66	6,637	2.61	6,181	2.48
婦人病	6,061	2.47	6,142	2.42	6,114	2.45
骨折	4,577	1.86	4,488	1.77	4,477	1.79
麻疹	3,886	1.58	2,753	1.08	2,570	1.03
泌尿器系疾患	2,320	0.94	2,359	0.93	2,361	0.95
栄養不良	1,497	0.61	1,089	0.43	1,152	0.46
その他	55,604	22.63	63,664	25.06	59,047	23.67
合計	245,702	100.00	254,082	100.00	249,419	100.00

出典： PAPUA NEW GUINEA NATIONAL HEALTH PLAN 1991-1995
1991, DEPARTMENT OF HEALTH

表7-2 病院、ヘルスセンター、ヘルスサブセンターにおける死因 (1987-1989)

死 因	1987		1988		1989	
	死亡者数	%	死亡者数	%	死亡者数	%
肺炎	1,358	25.01	1109	21.90	1,327	23.89
マラリア	411	7.57	467	9.22	435	7.83
周産期死亡	474	8.73	431	8.64	596	10.73
髄膜炎	313	5.77	315	6.22	338	6.09
心臓病	219	4.03	220	4.35	220	3.96
結核	226	4.16	276	5.45	231	4.16
麻疹	148	2.73	91	1.80	101	1.82
流行性腸炎	324	5.97	210	4.15	228	4.11
消化器系疾患	149	2.74	153	3.02	176	3.17
貧血症	175	3.22	177	3.50	136	2.45
敗血症	137	2.52	149	2.94	177	3.19
壊死性腸炎	17	0.31	14	0.28	22	0.40
栄養失調	91	1.68	76	1.50	63	1.13
腸チフス	108	1.99	154	3.04	136	2.45
気管支炎	85	1.57	92	1.82	85	1.53
その他	1,194	21.99	1,129	22.30	1,283	23.10
合 計	5,429	100.00	5,063	100.00	5,554	100.00

出典： PAPUA NEW GUINEA NATIONAL HEALTH PLAN 1991-1995
1991, DEPARTMENT OF HEALTH

表7-3 予防接種達成率 (1987-1990)

	BCG	OPV3*	DPT3**	麻疹	破傷風***
1987	74.0	44.0	44.0	37.0	24.1
1988	79.7	47.8	47.9	46.0	57.0
1989	80.5	52.8	53.0	57.0	57.3
1990	80.0	59.1	60.0	58.6	61.1

注： * OPV=ポリオ

** DPT=ジフテリア+百日咳+破傷風

*** 破傷風トキソイド

出典：COUNTRY PROGRAMME OF COOPERATION FOR CHILDREN AND WOMEN
OF PAPUA NEW GUINEA 1992-1997, 1991, GOVERNMENT OF PNG & UNICEF

表7-4 1980年の人口センサスを基にした州別人口増加予測 (1980-1990)

州	人 口			
	1980年 センサス (千人)	1990年 センサス推定 (千人)	増加率 (1980-1990) (%)	都市集中率 (1990年推定) (%)
ウェスタン	78.5	108.7 a)	3.25	17.8
ガルフ	64.1	68.0	0.60	10.5
セントラル	116.9	140.5	1.84	4.6
首都圏	123.6	193.2	4.47	100.0
ミネルベイ	127.9	157.2	2.06	7.0
ノーザン/オロ	77.4	69.7	2.23	13.8
南ハイランド	236.0	302.7	2.49	2.7
エンガ	164.5	238.3	3.71	1.9
西ハイランド	265.6	291.0	0.91	7.0
チムブ	178.2	183.8	0.30	2.9
東ハイランド	276.7	299.6	0.79	9.0
モロベ	310.6	363.5	1.57	25.0
マダン	211.0	270.2	2.48	13.5
東セビック	221.8	248.3	1.12	10.8
西セビック	114.1	135.1 a)	1.69	8.5
マナス	26.0	32.8	2.32	17.6
ニューアイルランド	66.0	87.1	2.78	9.0
東ニューブリテン	133.1	184.4	3.25	12.1
西ニューブリテン	88.9	127.5	3.61	13.0
北ソロモン	125.5	153.3 c)	3.40 b)	16.0 b)
計 (平均)	2,978.1	3,682.8 c)	(2.03) d)	(15.2) d)

注： a) = 一部遠隔地の未回収データを除く。

b) = 1980年センサスによる。

c) = 1980年センサス時の増加率より推計。

d) = 北ソロモン州を除く。

出典：国家統計局等

(基金調査季報1992年第73号、1992年2月、海外経済協力基金より引用)

表7-5 州別平均寿命、乳児死亡率及び幼児死亡率 (1971、1980)

州	平均寿命 (才)		乳児死亡率 (出生千人対)		幼児死亡率 (出生千人対)	
	1971	1980	1971	1980	1971	1980
ウェスタン	38.5	47.7	129	83	82	49
ガルフ	29.1	47.3	191	71	121	44
セントラル	43.7	51.3	85	59	56	34
首都圏	N/A	56.7	N/A	35	56	20
ミルンバイ	43.0	57.1	98	50	61	25
オロ	42.3	49.2	94	67	62	40
南ハイランド	36.8	43.8	159	116	93	66
エンガ	N/A	47.1	N/A	91	83	53
西ハイランド	40.5	51.9	153	81	83	42
シンプ	43.3	50.2	149	87	77	47
東ハイランド	44.3	53.1	141	55	73	32
モロペ	42.7	50.9	123	62	71	37
マダン	40.2	50.7	122	62	76	37
東セピック	32.8	49.3	183	94	107	50
西セピック	36.5	42.1	143	104	90	66
マナス	43.7	51.8	86	55	56	32
ニューアイルランド	45.9	52.7	74	62	48	34
東ニューブリテン	47.1	52.8	77	57	47	32
西ニューブリテン	44.3	51.3	88	60	56	35
北ソロモン	46.9	59.6	83	33	50	17
全国	40.0	49.6	134	72	79	42

出典：保健統計ハンドブック、1985年、統計局

表7-6 州別出生率及び死亡率 (1980)

単位：人口千人対

	国全体		都市部		農村部	
	出生率	死亡率	出生率	死亡率	出生率	死亡率
ウェスタン	36.5	14.3	38.3	9.7	36.3	15.3
ガルフ	34.3	14.6	34.7	9.8	34.3	14.9
セントラル	34.0	13.4	28.7	7.1	34.4	14.3
首都圏	37.7	6.9	37.7	6.9	—	—
ミルンバイ	35.0	9.4	33.3	6.3	35.5	9.6
オロ	34.9	13.6	38.1	9.1	33.2	14.2
南ハイランド	36.7	17.6	37.5	7.3	36.9	18.1
エンガ	30.0	15.8	29.4	8.2	29.0	15.9
西ハイランド	32.3	12.7	37.3	7.5	32.0	12.9
シンプ	26.1	15.9	27.4	7.5	26.3	16.4
東ハイランド	31.1	12.5	34.2	8.7	29.8	13.0
モロベ	35.2	12.5	38.3	8.5	34.2	14.3
マダン	37.2	12.7	38.0	8.0	37.3	13.3
東セビック	36.2	13.9	37.9	9.7	36.2	14.6
西セビック	38.1	18.9	36.7	7.9	38.3	19.7
マナス	31.6	11.5	34.0	9.5	31.0	12.2
ニューアイルランド	33.6	12.8	34.5	7.0	35.6	13.4
東ニューブリテン	33.4	10.8	33.6	7.1	35.2	11.9
西ニューブリテン	37.8	11.6	37.1	6.3	37.8	12.3
北ソロモン	36.4	7.9	35.2	4.7	38.3	8.5
国全体	34.2	13.2	36.7	7.7	33.9	14.2

注： 1980年人口センサスに基づく。

出典： APPRAISAL OF THE THIRD RURAL HEALTH SERVICES PROJECT IN PNG
1991.8, ASIAN DEVELOPMENT BANK

表7-7 医療機関における乳児の死因 (1987-1989)

州	1987		1988		1989	
	死亡者数	%	死亡者数	%	死亡者数	%
感染症	245	13.7	181	12.5	180	10.8
悪性腫瘍	1	0.1	2	0.1	1	0.1
代謝器官系疾患	51	2.8	40	2.8	33	2.0
血管系疾患	30	1.7	31	2.1	23	1.4
精神病	0	0.0	0	0.0	1	0.1
神経系疾患	127	7.1	129	8.9	115	6.9
循環器系疾患	36	2.0	30	2.1	36	2.2
呼吸器系疾患	757	42.2	547	37.8	631	38.0
消化器系疾患	10	0.6	11	0.8	9	0.5
泌尿器系疾患	3	0.2	1	0.1	3	0.2
皮膚疾患	5	0.3	2	0.1	6	0.4
筋骨格疾患	6	0.3	3	0.2	2	0.1
先天性異常	16	0.9	9	0.6	11	0.7
分娩時死亡	474	26.5	431	29.7	571	34.4
原因不明	12	0.7	11	0.8	19	1.1
外傷、中毒	11	0.6	9	0.6	6	0.4
その他	8	0.5	12	0.8	15	0.9
合計	1,792	100.0	1,449	100.0	1,662	100.0

出典： PAPUA NEW GUINEA NATIONAL HEALTH PLAN 1991-1995
1991, DEPARTMENT OF HEALTH

表7-8 医療機関における幼児の死因（1987-1989）

州	1987		1988		1989	
	死亡者数	%	死亡者数	%	死亡者数	%
感染症	330	37.7	258	36.7	317	37.6
悪性腫瘍	9	1.0	6	0.9	9	1.1
代謝器官系疾患	40	4.6	44	6.3	37	4.4
血管系疾患	45	5.1	42	6.0	32	3.8
精神病	0	0.0	0	0.0	0	0.0
神経系疾患	91	10.4	88	12.5	95	11.3
循環器系疾患	13	1.5	19	2.7	19	2.3
呼吸器系疾患	300	34.2	198	28.2	284	33.6
消化器系疾患	13	1.5	7	7.0	12	1.4
泌尿器系疾患	3	0.3	4	0.6	3	0.4
皮膚疾患	0	0.0	6	0.9	1	0.1
筋骨格疾患	3	0.3	2	0.3	3	0.4
先天性異常	2	0.2	1	0.1	5	0.6
分娩時死亡	0	0.0	0	0.0	0	0.0
原因不明	11	1.3	17	2.4	9	1.1
外傷、中毒	11	1.3	8	1.1	14	1.7
その他	5	0.6	3	0.4	4	0.5
合計	876	100.0	703	100.0	844	100.0

出典： PAPUA NEW GUINEA NATIONAL HEALTH PLAN 1991-1995
1991, DEPARTMENT OF HEALTH

表7-9 州別出産年齢女性人口及び家族計画実施状況 (1987-1989)

州	1989	1987		1988		1989	
	女性人口	新規参加者	比率(%)	新規参加者	比率(%)	新規参加者	比率(%)
ウェスタン	21,560	1,426	7.1	1,324	6.3	1,075	5.0
ガルフ	17,580	360	2.2	333	1.9	425	2.4
セントラル	31,130	577	2.0	661	2.1	1,192	3.8
首都圏	30,610	1,921	6.7	6,390	21.6	2,070	6.8
ミルンバイ	34,940	671	2.1	867	2.6	911	2.6
オロ	20,300	307	1.6	564	2.9	566	2.8
南ハイランド	64,290	1,461	2.4	1,556	2.5	1,209	1.9
エンガ	42,420	784	2.0	791	1.9	745	1.8
西ハイランド	68,020	1,058	1.7	1,115	1.7	1,060	1.6
シンブ	41,690	1,238	3.1	830	2.0	772	1.9
東ハイランド	74,220	3,000	4.3	3,490	4.8	3,214	4.3
モロベ	83,710	1,725	2.2	2,830	3.5	2,907	3.5
マダン	56,480	1,756	3.3	900	1.6	1,021	1.8
東セピック	59,860	695	1.2	590	1.0	689	1.2
西セピック	30,180	454	1.6	422	1.4	545	1.8
マナス	7,440	189	2.7	834	11.6	273	3.7
ニューアイルランド	16,070	161	1.1	192	1.2	98	0.6
東ニューブリテン	35,060	438	1.3	2,148	6.3	2,095	6.0
西ニューブリテン	23,150	461	2.2	907	4.1	699	3.0
北ソロモン	32,620	647	2.2	636	2.0	472	1.4
国全体	791,330	19,329	2.6	27,380	3.6	22,038	2.8

出典： 統計局

(APPRAISAL OF THE THIRD RURAL HEALTH SERVICES PROJECT IN PNG, 1991.8, ASIAN DEVELOPMENT BANK より引用)

表7-10
州別乳児の栄養状態（年齢体重、1987-1989）

州	1987		1988		1989	
	60%未満	60～80%	60%未満	60～80%	60%未満	60～80%
ウェスタン	727	3,983	570	2,732	427	3,142
ガルフ	489	2,868	640	3,322	552	3,846
セントラル	1,379	6,489	530	3,928	981	4,781
首都圏	357	8,733	280	6,063	354	6,055
ミルンバイ	390	20,512	618	6,035	746	5,587
オロ	229	1,938	236	1,935	200	1,920
南ハイランド	2,517	13,499	787	9,841	913	7,799
エンガ	30	457	256	4,418	209	3,567
西ハイランド	479	3,320	754	4,756	649	4,430
シンブ	273	2,606	222	2,743	268	3,270
東ハイランド	511	3,933	506	3,711	304	3,862
モロベ	725	4,322	509	3,571	513	3,479
マダン	1,274	8,917	998	8,148	1,088	8,312
東セピック	1,007	6,319	845	7,259	747	5,503
西セピック	1,092	8,205	1,145	6,771	1,198	6,221
マナス	41	356	99	482	79	964
ニューアイルランド	166	1,515	86	918	185	1,452
東ニューブリテン	446	2,123	775	6,960	354	3,776
西ニューブリテン	589	4,468	302	3,029	371	3,350
北ソロモン	998	2,315	322	2,981	98	2,246
国全体	13,719	106,878	10,480	89,603	10,236	83,562

出典： PAPUA NEW GUINEA NATIONAL HEALTH PLAN, 1991-1995
1991, DEPARTMENT OF HEALTH

