

# 保健セクター情報収集・確認調査

## コンゴ民主共和国 保健セクター分析報告書

平成 24 年 10 月  
(2012 年)

独立行政法人国際協力機構 (JICA)

株式会社コーエイ総合研究所  
株式会社タック・インターナショナル

人間
JR
12-101

# 保健セクター情報収集・確認調査

## コンゴ民主共和国 保健セクター分析報告書

平成 24 年 10 月  
(2012 年)

独立行政法人国際協力機構 (JICA)

株式会社コーエイ総合研究所  
株式会社タック・インターナショナル

外国為替交換レート

1 米ドル=79.45 円

1 コンゴ・フラン=0.088 円

(2012 年 7 月 JICA 精算レート)

本報告書の内容は、対象各国における保健セクターの現状、課題やその要因、当該国の政策的優先課題等を各国個別及び総合的に分析することにより、今後の JICA による同セクターの協力の可能性に対する提言を行い、同セクターにおける JICA の協力の戦略性や質の向上を図ることを目的にまとめられたものです。各国保健セクター全般についての調査を行ったことや、原則現地調査を行わずに文献調査によりまとめられたものであることから、本報告書の実際の活用にあたっては各国特有の事情も勘案することが必要である点ご注意ください。

## はじめに

### <本調査の背景>

途上国における保健セクターを取り巻く環境は、2000年に入って大きく変化してきている。各途上国のミレニアム開発目標（MDGs）達成に向かって、「マクロ経済と健康<sup>1</sup>」等の提言により、援助各国からの保健セクターへの投入が大きく増え、2001年に109億米ドルだった政府開発援助が、2007年には218億米ドルと2倍に増えている<sup>2</sup>。また、ローマ（2003年）、パリ（2005年）、アクラ（2008年）において行われた援助調和化のためのハイレベルフォーラムにより、援助の調和化に関する各国共通の枠組みを作って支援していく体制が整えられた。

こうした途上国の保健セクターにとっては、好ましい環境の変化が起こっているにもかかわらず、特にサハラ以南のアフリカにおいては、2015年までのミレニアム開発目標4（子どもの死亡削減）、5（妊産婦の健康状態の改善）および6（HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病のまん延防止）の達成見通しが立たないなど、期待された成果が見えていない国や地域が多く存在する。これらのことから、途上国の保健セクターの新たな課題として、資金投入を増やして全ての人が医療サービスを受けることが出来るユニバーサルカバレッジ<sup>3</sup>を達成させると同時に、経済的に困窮しない資金投入の仕組み（More Money for Health<sup>4</sup>）への継続的な取り組みのみならず、保健セクターへの投入レベルで、いかに保健サービスのカバレッジや質や成果のレベルを向上させるか（More Health for Money<sup>5</sup>）についても重視されてきている。

以上のような途上国の保健セクターの環境の変化の中、JICAにおいて国全体のマクロ分析とセクター分析を行う国別分析ペーパー（Analytical Work）の作成を進めており、JICAの協力のより明確な方向性を示して行こうとしている。本調査は、このセクター分析に貢献するものとの位置づけである。これまでも、JICAは、特定の国の特定の課題を中心に分析し協力内容を進めてきたが、これまでの同セクター情報は既存の協力案件の周辺情報に特化する傾向があるため、改めてより一層の幅広い情報を収集する機会が必要であると認識された。

### <本調査の目的>

保健セクター分析は、国ごとの保健状況やその決定因子の理解、および保健セクターの実施能力についても理解するのに役立ち、また、問題の分析に基づいた優先度の高い介入プログラムやプロジェクトの形成、また実施に必要な政策策定や計画策定に貢献することが出来る。逆説的には、ニーズに即し、インパクトや優先度の高いプログラムやプロジェクトを形成し、それらの実施により高い効果を得るためには、質の高いセクター分析が一度のみならず、定期的に行われる必要があるということである。こうした状況や理解を踏まえ、対象23か国における保健セクターの現状、課題やその要因、当該国の政策的優先課題等を国別および総合的に分析することにより、今後のJICAによる同セクターの協力の方向性に対する提言を行い、JICAの協力の戦略性や質の向上を図ることを目的として、この保健セクター調査が行われた。

### <報告書の構成>

この報告書は、第1章で、各国の社会経済的な概況を分析し要約した。第2章では、国の保健セクター強化の取り組みを示した国家開発政策や計画の中身を精査した。第3章では、国民の健康状況を経年的に分析し、“Where are we now?”を明らかにした。第4章と第5章では、保健セクターのサービスおよびシステムを、セクターの機能ごとに効率性、質、平等性の観点から分析を試みた。第4章では、医療サービス供給機能、第5章では、保健人材開発、保健情報、保健医療施設・機材・医薬品供給、保健財政、および管理・監督などの機能における現状把握と分析を行った。第6章では、ドナーの協力状況を把握し、上記分析の結果を踏まえ、第7章でJICAに対し保健セクターへの支援・協力の可能性を示した。

<sup>1</sup> 2000年12月にWHOが発表した“Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development”において提唱された保健・医療問題の改善を貧困削減と社会経済開発の中心的介入ととらえ、マクロ経済的分析を通じて開発における保健セクターの役割の重要性を提唱したもの。（<http://www.who.int/macrohealth/en/>）

<sup>2</sup> Ravishankar N., Gubbins P. Cooley J. R. et al.; June 2009, Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007, the Lancet 373: 2113-2132.

<sup>3</sup> WHOによると「すべての人々が、十分な質の保健サービス（増進、予防、治療、リハビリテーション）に、必要に応じて、かつ経済的に大きな負担となることなくアクセスできるようにすること」と定義されている。（[http://www.who.int/health\\_financing/universal\\_coverage\\_definition/en/index.html](http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/index.html)）

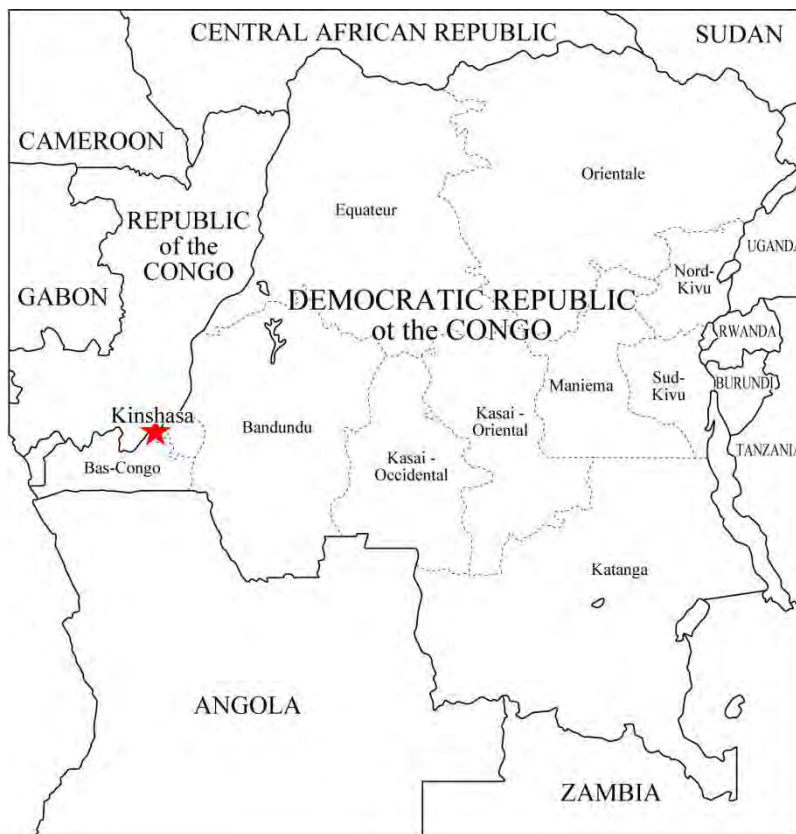
<sup>4</sup> World Health Report 2010 (WHO)において、国家政策における優先順位を上げる、税収や保険制度、その他財源の創出など、保健セクターへの財源を増加させる手段を講じる必要性が提唱されている。

<sup>5</sup> 同レポートにおいて、保健システムを効率化することによって保健セクターへの投入効果を効率的に発現させ、サービスを拡大させることの必要性が提言されている。

用語集

略語	英語・仏語	日本語
ACT	Artemisinin-based Combination Therapy	アルテミシニン誘導体多剤併用療法
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome	後天性免疫不全症候群
ART	Antiretroviral Therapy	抗レトロウイルス療法
ARV	Antiretroviral Drug	抗レトロウイルス薬
ASRAMES	Association Régionale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels	必須医薬品供給地域組織
BCAF	Bureau de Coordination des Achats de la FEDECAME	必須医薬品購入配布センター連盟 (FEDECAME) 購入調整事務所
BDOM	Bureau Diocésain des Œuvres Médicales	医療実施司教区事務所
CAF	Country Assistance Framework	国別援助枠組み
CDR	Centrale de Distribution Régionale	地域配布センター
CSDT	Centré de Santé de Diagnostic de la Tuberculose	結核診断を行う保健センター
DFID	Department for International Development	英国国際開発省
DOTS	Directly Observed Therapy Short-course	直接監視下における短期化学療法
DSCR	Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté	貧困削減・開発戦略書
ECHO	Humanitarian Aid and Civil Protection Department, the European Commission	欧州委員会人道支援・市民保護局
EDS	Enquête Démographique et de Santé	人口保健調査
EPI	Expanded Programme on Immunization	予防接種拡大計画
EU	European Union	欧州連合
FEDECAME	Fédération des Centrales d'Achat et de Distribution de Médicaments Essentiels	必須医薬品購入配布センター連盟
FEG	Fondation Elisabeth Glaser	エリザベス・グレイサー小児エイズ基金
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization	ワクチンと予防接種のための世界同盟
GDP	Gross Domestic Product	国内総生産
GESIS	-	(保健情報システムのソフトウェア名)
GHI	Global Health Initiative	国際保健イニシアチブ
GNI	Gross National Income	国民総所得
HGR	Hôpital Général de Référence	リファラル総合病院
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウイルス
HSRSP	Health Sector Rehabilitation Support Project	保健セクター復興支援プロジェクト
IEM	Institut d'Enseignement Médical	保健人材養成校
IHP+	International Health Partnership Plus	国際保健パートナーシップ・プラス
IPTp	Intermittent Preventive Treatment in pregnancy	妊娠期間欠予防治療
ISTM	Institut Supérieur de Techniques Médicales	高等保健人材養成校

略語	英語・仏語	日本語
ITM	Institut Supérieur de Médicales	保健人材養成校（看護師のみ単科）
ITN	Insecticide-Treated Mosquito Net	殺虫剤処理済蚊帳
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人国際協力機構
LLIN	Long-Lasting Insecticide-Treated Net	長期残効型殺虫剤処理済蚊帳
MDGs	Millennium Development Goals	ミレニアム開発目標
MDR-TB	Multidrug-Resistant Tuberculosis	多剤耐性結核
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey	複数指標クラスター調査
MSF	Médecins Sans Frontières	国境なき医師団
MTN	Maladies Tropicales Négligées	顧みられない熱帯病
NGO	Non-Governmental Organization	非政府組織
ORT	Oral Rehydration Therapy	経口補液療法
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités	補完ケアサービスパッケージ
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant	小児疾患統合管理
PMA	Paquet Minimum d'Activités	基礎保健サービスパッケージ
PMI	President's Malaria Initiative	米国大統領マラリアイニシアチブ
PNDRHS	Plan National de Développement des Ressources Humaines de la Santé	国家保健人材開発計画
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire	国家保健開発計画
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme	国家マラリア対策プログラム
PNMLS	Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida	国家マルチセクトラルエイズ対策プログラム
RDT	Rapid Diagnostic Test	迅速診断検査
SNAME	Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels	国家必須医薬品供給システム
SNIS	Système National d'Informations Sanitaires	国家保健情報システム
SRSS	Stratégie de Renforcement du Système de la Santé	保健システム強化戦略
SWAps	Sector-Wide Approaches	セクターワイドアプローチ
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV and AIDS	国連エイズ合同計画
UNDP	United Nations Development Programme	国連開発計画
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
USAID	United States Agency for International Development	米国国際開発庁
WHO	World Health Organization	世界保健機関



出典： <http://www.freemap.jp/blankmap/> (2012年7月1日アクセス)

コンゴ民主共和国

## 要約

1. コンゴ民主共和国（以下、コンゴ民）は、反政府勢力の武装蜂起や国際紛争などによる混乱から徐々に安定に向かいつつあり、豊富な鉱物資源を背景に経済成長率も改善の兆しを見せている。しかし国民はいまだ貧困の中にあり、人間開発指標も 187 国中最下位（2011 年）となっているなど、人道支援および復興支援が必要な状況である。
2. 2035 年までの長期展望を示す「Vision 2035」、大統領 5 大優先分野、ミレニアム開発目標（MDGs）に沿って策定された「第二次貧困削減・開発戦略書（DSCR2）（2011-2015 年）」において、保健セクターは 4 つの戦略の柱の一つとされている。保健セクターでは「第 2 次保健システム強化戦略（SRSS）（2011 - 2015 年）」およびその実施計画である「国家保健開発計画（PNDS）」の下、プライマリヘルスケアの提供を行う実施単位である保健ゾーンの開発に重点を置いている。
3. コンゴ民では、全死亡における感染症、妊娠期・周産期に発生した病態および栄養状態を原因とした死亡の割合が 72% を占め、転換前の疾病構造であり、MDGs 達成に向けた取り組みが重要となっている。妊産婦死亡率、乳児死亡率、5 歳未満児死亡率のいずれも改善しているものの、MDGs の達成は厳しい状況である。これらの背景には、改善が進まない深刻な慢性栄養不良等の問題がある。

HIV については、全体的に感染率は安定しているものの、東部地域で高い傾向がある。また、紛争中に性的暴力を受けた女性において感染率が高くなっている。マラリアは全土が発生地域となっているが、特に子どもへの影響が大きい。結核は世界 22 カ国の結核高蔓延国において 10 番目に疾病負荷が高くなっており、発生率は 1990 年から減少していない。また、多剤耐性結核（MDR-TB）も蔓延している。他にも、アフリカトリパノソーマ症のアフリカにおける発症例の半数がコンゴ民で発生していると推定されるなど、顧みられない熱帯病の脅威もある。

4. 保健サービスは保健ゾーンを実施単位として提供されており、末端となる保健センターでは基礎保健サービスパッケージ（PMA）が提供されている。保健センターとともに一次サービスを提供するリファラル総合病院（HGR）は補完ケアサービスパッケージ（PCA）を提供するとともに、保健センターの管理をしている。母子保健サービスに関しては、1 回以上の産前健診、助産専門技能者が介助する出産や完全母乳育児については比較的高い水準だが、避妊法の普及や麻疹の予防接種率は低い。子どもの完全予防接種率も低く、母親の教育レベルや世帯の経済状況に影響されている。施設分娩率は地域や所得により大きな格差がある。

HIV/エイズについては、2004 年に設立された国家マルチセクトラルエイズ対策プログラム（PNMLS）による取り組みが行われているが、HIV 検査を受けることはまだ一般的ではなく、産前健診に伴う検査を実施している施設は一割に満たない。マラリアについては抑制から制圧に向け、蚊帳のユニバーサルカバレッジ達成が見込まれている。しかし、検査体制は整っておらず、治療に関するガイドラインが周知徹底されていないため、適切な診断に基づく治療はできていない。結核については、直接監視下における短期化学療法（DOTS）のカバー率 100% を 2007 年に達成しているが、対策プログラムの調整などに課題が残っている。

5. 保健人材の数は増加しているものの依然不足しているうえ、偏在しており、キンシャサに公的セクターの医師の 6 割が存在するとのデータもある。これまで無計画に人材育成が行われてきたことか



ら、適切な育成・雇用・配置が行われていない状況である。これに対し政府は、「国家保健人材開発計画（PNDRHS）（2011-2015年）」の策定・承認をはじめ、人材開発に係る能力の強化、教育の質の向上、待遇の改善による定着促進などの取り組みを行っている。保健支出の3割はドナーからの支援で賄われており、予算は増加しているものの、政府予算に占める割合は最大時でも7%程度とアブジャ宣言の15%には遠く及ばない。また、ドナーの支援が分業化していることにより運営が非効率になっているとの指摘もある。保健情報システムは施設からの報告によるデータ収集が主体となっているが、データの質やカバレッジ、活用など多くの課題を抱えている。

医療施設の多くは老朽化しており、機材の保有率も低い。また、機材を備えていても保守管理能力が低く十分に機能していない。公的セクターにおける必須医薬品供給に関しては、国家必須医薬品供給システム（SNAME）が確立されたが、医薬品供給全般に関し、多くの援助機関が資金援助、調達、保管等に関わっており、複雑を極めている。保健行政については、保健省のリーダーシップが弱く、プロジェクトごとに委員会が乱立してセクター内での調整が困難となっていたり、民間に対する規制が行われていない状況である。

6. 主要ドナーは、保健ゾーンの開発など保健システムの強化を支援する傾向にあり、これによって母子保健や感染症などの課題への対応能力の強化を目指している。多くのドナーや非政府組織（NGO）などが支援を行っているが、援助協調は十分に機能しているとは言えない。日本は「保健サービスへのアクセス改善プログラム」を展開し、保健人材の強化を中心とした支援を行っている。
7. コンゴ民における保健セクターの問題には、政府のリーダーシップやガバナンスの弱さが大きく影響していると考えられ、計画策定能力や調整能力の強化は、保健システム全体の改善に貢献すると思料される。このため、日本は、これまで実施してきた保健人材への支援を引き続き継続することによって、現在保健省およびドナーが取り組んでいるサービス提供能力の強化に貢献できると考えられる。

保健セクター情報収集・確認調査  
保健セクター分析報告書  
コンゴ民主共和国

目次

はじめに  
用語集  
地図  
要約

第1章	一般概況 .....	1-1
第2章	開発政策 .....	2-1
2.1	国家開発政策 .....	2-1
2.2	保健セクターの開発計画 .....	2-1
第3章	国民の健康状態 .....	3-1
3.1	疾病構造 .....	3-1
3.2	母子の健康状態 .....	3-1
3.2.1	母親の健康 .....	3-1
3.2.2	子どもの健康 .....	3-2
3.3	感染症の状況 .....	3-3
3.3.1	HIV/エイズ .....	3-3
3.3.2	マラリア .....	3-4
3.3.3	結核 .....	3-4
3.3.4	顧みられない熱帯病 .....	3-5
3.4	栄養不良 .....	3-6
3.5	非感染性疾患 .....	3-7
第4章	サービス提供の状況 .....	4-1
4.1	保健サービス提供体制 .....	4-1
4.2	母子保健対策 .....	4-1
4.2.1	母子保健サービス概況 .....	4-1
4.2.2	妊産婦保健サービス .....	4-2
4.2.3	子どもの保健サービス .....	4-3
4.3	感染症対策 .....	4-4
4.3.1	HIV/エイズ対策 .....	4-4
4.3.2	マラリア対策 .....	4-5
4.3.3	結核対策 .....	4-7
第5章	保健システムの状況 .....	5-1
5.1	保健人材 .....	5-1
5.1.1	概況 .....	5-1
5.1.2	政策・戦略 .....	5-2
5.1.3	人材育成 .....	5-3

5.2	保健財政 .....	5-3
5.2.1	概況 .....	5-3
5.2.2	課題および国家保健開発計画（PNDS）の目標 .....	5-5
5.3	保健情報システム .....	5-6
5.3.1	概況 .....	5-6
5.3.2	PNDSの目標 .....	5-7
5.4	施設、機材、医薬品等の供給機能.....	5-7
5.4.1	医療施設・機材 .....	5-7
5.4.2	医薬品の供給 .....	5-8
5.5	管理・監督機能 .....	5-11
5.5.1	保健行政組織構成 .....	5-11
5.5.2	課題およびPNDSの目標 .....	5-12
第6章	ドナーの協力状況 .....	6-1
6.1	援助協調の枠組み .....	6-1
6.2	ドナー協力実績 .....	6-1
6.2.1	概況 .....	6-1
6.2.2	主要ドナーの動向 .....	6-2
6.3	日本の協力実績と現状 .....	6-4
6.3.1	対コンゴ民協力方針と保健分野の位置づけ.....	6-4
6.3.2	保健分野における日本の協力.....	6-4
第7章	保健セクターにおける優先課題 .....	7-1
7.1	保健セクターにおける優先課題とその背景.....	7-1
7.1.1	健康状態における問題 .....	7-1
7.1.2	問題の背景 .....	7-1
7.1.3	問題に対する政府およびドナーの取り組みと今後の課題.....	7-2
7.2	保健分野の開発に資する日本の協力の可能性.....	7-2

添付資料

- 添付1： 保健分野主要指標
- 添付2： 参考文献リスト

図表目次

図 3-1	死因別死亡割合（全年齢） .....	3-1
図 3-2	妊産婦死亡率の推移 .....	3-1
図 3-3	子どもの死亡率の推移 .....	3-2
図 3-4	所得層別 5 歳未満児死亡率の推移（2001 年と 2010 年調査の比較） .....	3-2
図 3-5	妊婦の HIV 感染率の推移 .....	3-3
図 3-6	地域ごとの HIV 感染率（2007 年） .....	3-3
図 3-7	州ごとのマラリア発生率（確定例） .....	3-4
図 3-8	マラリアによる入院数・死亡数・確定例（対 10 万人）の推移 .....	3-4
図 3-9	結核罹患率・有病率・死亡率の推移（1990-2010 年） .....	3-5
図 3-10	州別慢性栄養不良児の割合 .....	3-6
図 3-11	栄養状況の推移 .....	3-6
図 4-1	母子保健サービス概況 .....	4-1
図 4-2	州別施設分娩率 .....	4-2
図 4-3	子どもの予防接種率 .....	4-3
図 5-1	州別人口 10,000 人あたりの医師および看護師数（公的セクター）（2009 年） .....	5-2
図 5-2	保健支出財源の推移 .....	5-4
図 5-3	政府予算に占める保健省予算の割合の推移 .....	5-5
図 5-4	州別医療機材保有の状況 .....	5-8
図 5-5	医薬品供給体制 .....	5-9
図 5-6	医薬品供給システム（2009 年） .....	5-10
図 5-7	保健省組織図 .....	5-12
図 7-1	コンゴ民保健セクターの課題と背景要因 .....	7-1
表 1-1	コンゴ民の主要指標等 .....	1-1
表 1-2	州別人口（2010 年） .....	1-2
表 2-1	戦略方針ごとの PNDS 予算額 .....	2-2
表 2-2	PNDS の目標値 .....	2-2
表 3-1	10 大死因（全年齢） .....	3-1
表 3-2	HIV/エイズの推計値 .....	3-3
表 3-3	結核の現状（2010 年） .....	3-4
表 4-1	保健サービス提供体制概要 .....	4-1
表 4-2	ART の推移 .....	4-5
表 4-3	マラリア対策の指標の状況 .....	4-6
表 5-1	職種ごと医療従事者数（2008 年） .....	5-1
表 5-2	保健人材育成の概要 .....	5-3
表 5-3	教育機関の推移 .....	5-3
表 5-4	政府予算と保健予算の予算額と執行率、政府予算に占める保健予算の割合 （米ドル） .....	5-5
表 5-5	州ごとの保健センターの状況（2010 年） .....	5-7
表 5-6	医薬品・資機材ごとの資金源 .....	5-11
表 5-7	州ごとの郡保健局数および保健ゾーン数 .....	5-12
表 6-1	主要ドナーの支援概要 .....	6-2
表 6-2	世界基金の支援状況 .....	6-3
表 6-3	日本の保健分野における対コンゴ民支援（2005 年以降） .....	6-4

## 第1章 一般概況

コンゴ民主共和国（以下、コンゴ民）は、アフリカ中央部に位置し、国土面積は 234.5 万km<sup>2</sup>（日本の約 6.2 倍）でアルジェリアに次ぎアフリカ大陸第 2 番目に広い国土面積を有している。2010 年の推計人口は 65,965,000 人で 35%が都市部に居住している [1]。国民の多くがキリスト教徒である。

1960 年にベルギーから独立<sup>6</sup>したものの、動乱が続き、1965 年のクーデター以降 32 年間にわたって独裁政権が続いた。1997 年にコンゴ・ザイール解放民主勢力同盟が首都キンシャサを制圧して政権が交代し、国名をコンゴ民主共和国に変更した。1998 年に東部地域で反政府勢力が武装蜂起し、周辺諸国が介入する国際紛争に発展した。2002 年のプレトリア包括和平合意を受けて 2003 年に暫定政権が発足し、2006 年に新憲法下で初の民主的な大統領選挙が実施されて民主政権への移行が実現した。東部地域は 2007 年のナイロビ・コミュニケ、2008 年のゴマ合意、2009 年の和平合意を経て、安定に向かっているとはいえ、周辺諸国の武装勢力等による人権侵害行為は深刻な状況である。

経済は 1991 年の治安悪化以降、紛争や政情不安により停滞してきたが、近年は、治安の安定化、豊富な鉱物資源を背景に経済成長率に改善が見られるようになった。しかしながら、2008 年の国際的な金融危機の影響を受け、国民生活は依然として逼迫しており、一人当たり国民総所得（GNI）は 180 米ドル [1] と、ほかのアフリカ諸国と比べても極めて低い水準にある [2]。また、人間開発指数も 187 カ国中最下位（2011 年）となっているなど、人道支援および復興支援が必要な状況である。

表 1-1 にコンゴ民の主要指標等を示す。

表 1-1 コンゴ民の主要指標等

指標	数値	単位	年
人口	65,965,000	人	2010
人口増加率	2.71	%	2010
出生時平均余命	48.07	歳	2010
粗出生率	43.48	人口千対	2009
粗死亡率	16.46	人口千対	2009
一人あたりの国民総所得（GNI）	180	米ドル	2010
経済成長率	7.2	%	2010
初等教育就学率	91	%	2009
人間開発指標*（ランク）（187 カ国中）	187	位	2011
1 日 1.25 ドル未満で生活する人口の割合	88	%	2006

出典： World Bank Development Indicators Online (July 2012) [1], \* : Human Development Report 2011 (UNDP) [3]

行政区分は、州（province）（11）から成り、その下に 45 の行政区と 225 の自治体がある。表 1-2 に州別人口を示す。

<sup>6</sup> 1971 年にザイール共和国に国名を変更

表 1-2 州別人口(2010年)

州	人口
Bas-Congo	2,731,289
Bandundu	6,496,419
Equateur	7,265,523
Kinshasa	5,784,426
Kasai Occidental	6,056,679
Kasai Oriental	7,692,354
Katanga	9,263,761
Maniema	1,724,471
Nord-Kivu	5,205,161
Province Orientale	7,987,282
Sud-Kivu	4,212,635
合計	64,420,000

注： 統計局による推計のため文中記載の人口数とは異なる  
出典： Institut National de la Statistique [4]

## 第2章 開発政策

### 2.1 国家開発政策

コンゴ民政府は、2035年までの国家開発の長期展望を示した「Vision 2035」、大統領5大優先分野（インフラ、雇用、教育、水・電気、保健）、ミレニアム開発目標（MDGs）等に沿い、「第2次貧困削減・開発戦略書（DSCR 2）（2011-2015年）」を策定した。DSCR 2では、以下4つの戦略の柱を掲げている。

- 1) ガバナンスと平和の強化
- 2) 経済の多様化、成長の加速化および雇用の促進
- 3) 基礎社会サービスへのアクセス改善および人的資本の強化
- 4) 自然環境保全および気候変動対策

保健は第3の戦略の柱の「基礎社会サービスへのアクセス改善および人的資本の強化」に含まれている。第3の戦略の柱の下には、5大優先事項として、①人的資本の強化、②HIV/エイズ対策、③不平等の削減、④国民の生活環境の改善、⑤コミュニティダイナミクスの促進、が挙げられている。

保健セクターに関しては、「①人的資本の強化」において、貧困削減の状況下にある国民の健康状態および栄養状態の改善を目的に、マラリア、結核、オンコセルカ症、トリパノソーマ症、HIV/エイズ、非感染性疾患などの主要な疾患対策を行うため、プライマリヘルスケアへのアクセスに焦点を当てていくとしている。

具体的な戦略方針として1) 保健ゾーンとケアの継続性の段階的開発、2) 質の高い保健サービスの提供支援、3) リーダーシップとガバナンスの強化、4) セクター間の協働の強化が設定されている。

### 2.2 保健セクターの開発計画

保健省<sup>7</sup>は、第1次DSCRに基づき、保健セクターにおける政策戦略「保健システム強化戦略（SRSS）（2006-2010年）」を策定した。2010年3月に「第2次SRSS（2011-2015年）」に改訂された。第2次SRSS（2011-2015年）の戦略の柱は以下の6つである。プライマリヘルスケアを計画、実施する基本単位として保健ゾーンを位置付け、保健ゾーン開発に重きを置いている。

- 1) 保健ゾーンの開発
- 2) ガバナンスおよびリーダーシップの強化
- 3) 保健人材開発
- 4) 医薬品セクター改革
- 5) 保健財政改革
- 6) セクター内およびセクター間の協力関係の強化

<sup>7</sup> 仏語では公衆衛生省（Ministère de la Santé Publique）だが、本報告書では保健省とする。

さらに、SRSS の実施計画として、「国家保健開発計画 (PNDS)」が策定されている。現行の PNDS は、PNDS (2011-2015 年) である。PNDS (2011-2015 年) における最終目標は「2015 年までにコンゴ国民の福祉に貢献する」、全体目標は「貧困削減の状況下においてコンゴ国民の健康の向上に貢献する」こととし、戦略方針を表 2-1 のとおり 4 つ設定している。

PNDS 期間の 5 年間に必要な予算は約 93.6 億米ドルと見積もられており、戦略方針ごとの必要予算額は下表のとおり。保健ゾーン開発、中でも保健人材開発、医薬品セクター支援および保健インフラ・機材の改善に総予算額の約 9 割が充てられている。

表 2-1 戦略方針ごとの PNDS 予算額

戦略方針		必要予算額 (米ドル)	
1	保健ゾーン開発	900,767,509.00	9.63%
2	保健ゾーン開発支援	8,391,039,162.93	(89.73%)
	保健人材開発	3,045,407,606.83	32.56%
	医薬品セクター支援	2,403,441,299.10	25.70%
	保健財政改革	33,369,750.00	0.36%
	保健インフラ・機材の改善	2,782,426,197.00	29.75%
	保健情報管理の改善	126,394,310.00	1.35%
3	リーダーシップおよびガバナンスの強化	51,123,250.00	0.55%
4	セクター内およびセクター間の協力関係の強化	8,898,250.00	0.10%
	合計	9,351,828,171.93 <sup>8</sup>	100%

出典： Ministère de la Santé Publique (2010) Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 [5]

また、PNDS の指標および目標値は表 2-2 のとおりである。

表 2-2 PNDS の目標値

	指標
1	2015 年までに妊産婦死亡率を 549 (出生 10 万対) から 300 に削減することに貢献する
2	2015 年までに 5 歳未満児死亡率を 92 (出生千対) から 40 に削減することに貢献する
3	2015 年までに HIV/エイズ、マラリアやその他主要な疾病の蔓延を阻止し、減少させる
4	2015 年までに非感染性疾患による死亡率および罹患率を 3 分の 2 に削減することに貢献する
5	2015 年までに院内死亡率を 50%削減する
6	2015 年までに質の高いプライマリヘルスケアにアクセスできる人口の割合が 25%増加する
7	最後の妊娠時に産前健診を受診した女性の割合が 85%から 95%に、助産専門技能者の介助により出産をした女性の割合が 74%から 85%に増加する
8	2015 年までに子どもの完全予防接種率が 31%から 55%に増加する
9	蚊帳の中で就寝する 5 歳未満児の割合が 6%から 40%へ、マラリアまたは発熱時に適切な治療を受けた 5 歳未満児の割合 <sup>9</sup> が増加する
10	2015 年までに抗レトロウイルス療法 (ART) を受ける HIV 感染者の数が 37,000 人から 80,000 人に増加する
11	2015 年までに手術後の感染率が 75%削減する

出典： Ministère de la Santé Publique (2010) Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 [5]

<sup>8</sup> PNDS では総額を 9,364,328,171.93 米ドルとしているが、ここでは表中の数字を実際に計算した額を記載している。

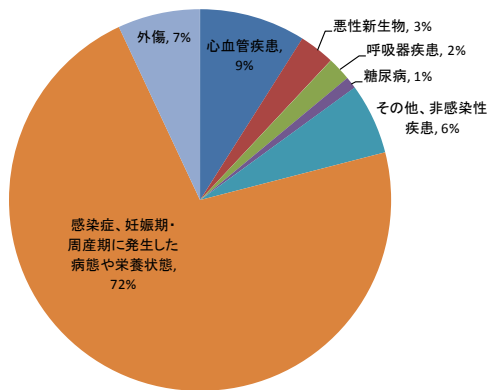
<sup>9</sup> PNDS にベースラインの 25%は記載があったが、目標値が欠けていたため数値が入っていない。



## 第3章 国民の健康状態

### 3.1 疾病構造

コンゴ民においては、図 3-1 のとおり、全死亡における感染症、妊娠期・周産期に発生した病態および栄養状態を原因とした死亡の割合が 72%、心血管疾患などの非感染性疾患が 21%、外傷が 7%となっている [6]。また、表 3-1 の国民の 10 大死因においても、下痢症、HIV、マラリアおよび結核等の感染症、周産期の病態が主な死因となっており、同様の傾向を示している。感染症や妊娠に関連した死亡が大半を占め、感染症対策や母子保健向上を目指すミレニアム開発目標（MDGs）達成へ向けた取り組みが重要となっている。



出典： WHO (2011) NCD Country Profiles [6]

図 3-1 死因別死亡割合 (全年齢)

表 3-1 10 大死因 (全年齢)

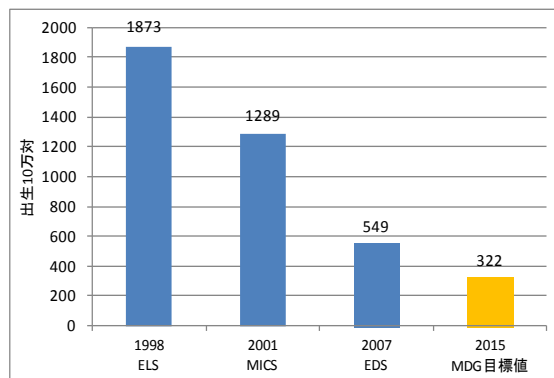
順位	死因	%
1	下痢症	12
2	下気道感染症	11
3	HIV/エイズ	11
4	マラリア	10
5	戦争	5
6	周産期の病態	4
7	麻疹	4
8	結核	3
9	脳血管疾患	3
10	虚血性心疾患	3

出典： WHO (2006) Mortality Fact Sheet 2006 [7]

### 3.2 母子の健康状態

#### 3.2.1 母親の健康

コンゴ民における妊産婦死亡率は、図 3-2 のとおり 1998 年には 1,873 (出生 10 万対) と非常に高い数値であったが、2007 年時の人口保健調査 (EDS) では 549 と低下している。



出典： République Démocratique du Congo (2010) Rapport National du Progrès des OMD 2010 [8]

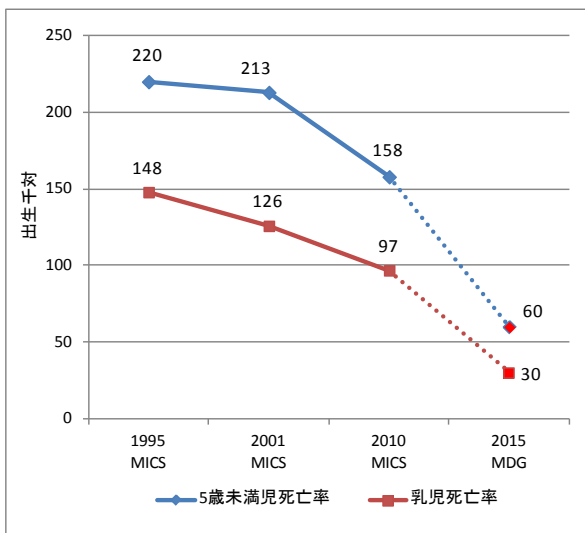
図 3-2 妊産婦死亡率の推移

2012年の国連機関の推計では、2010年における妊産婦死亡率は540（出生10万対）であり、MDGsの目標値である322を達成するのは難しい状況である。医療施設にリファーされる妊産婦の主要な病態は、難産（89.5%）、呼吸困難（17.9%）、子宮外妊娠（2.6%）である。これらは、産後出血、子宮破裂などを引き起こし妊産婦死亡の原因となっている [8]。

### 3.2.2 子どもの健康

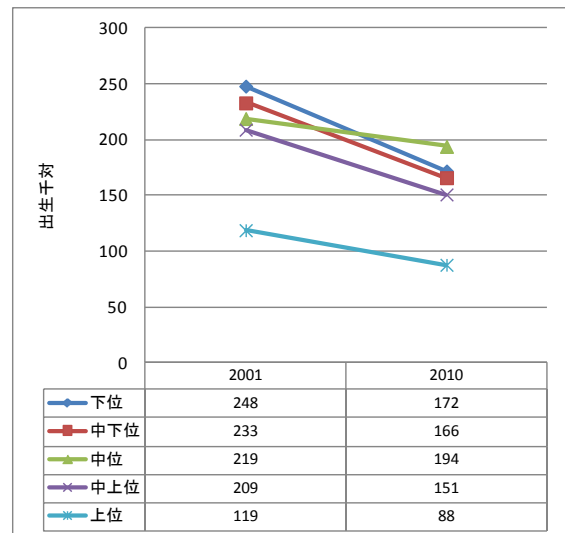
複数指標クラスター調査（MICS）によると、図3-3のとおり、5歳未満児死亡率は1995年の220（出生千対）から2010年には158と改善しており、乳児死亡率も同様に148（出生千対）から97へと改善している。しかし、2015年のMDGs目標値の60と30を達成することは厳しい状況である。また、2012年の国連機関の推計では、2010年における5歳未満児死亡率は170（出生千対）であり、サブサハラアフリカ地域の平均121を上回り、世界193カ国中6位と高い5歳未満児死亡率であった [9]。

MICSの結果を5歳未満児死亡率の推移を所得層別に見た場合、図3-4に示すとおり、最も減少率が高いのは所得層下位（30.6%）であり、中位層が11.4%と最も低かった。



出典：Institute National de la Statistique et UNICEF (2011) Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples en République Démocratique du Congo (MICS-RDC 2010) Rapport Final [10]

図 3-3 子どもの死亡率の推移



出典：Institute National de la Statistique et UNICEF (2011) Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples en République Démocratique du Congo (MICS-RDC 2010) Rapport Final [10]

図 3-4 所得層別 5歳未満児死亡率の推移  
(2001年と2010年調査の比較)

5歳未満児死亡の原因は、主なものから、新生児死亡（29%）、マラリア（18%）、肺炎（14%）、下痢症（12%）、外傷（3%）、HIV/エイズ（1%）、髄膜炎（1%）となっている。一方、新生児死亡の原因は、早産（9%）、新生児仮死（7%）、敗血症（4%）、肺炎（4%）であった。また、子どもの死亡の3分の1以上が栄養不良を背景とした死亡となっている [11]。

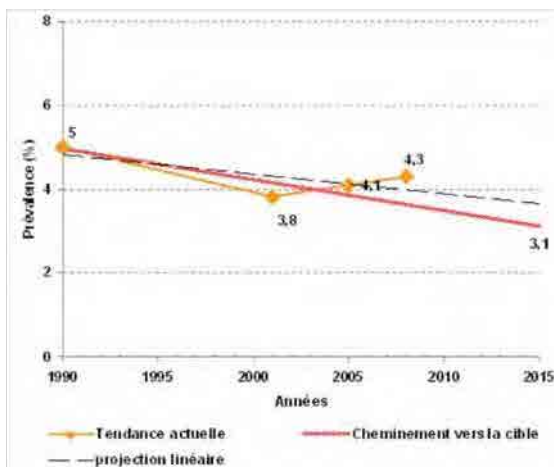
## 感染症の状況

### HIV/エイズ

コンゴ民はHIV感染率が1%を超えており、一般人口にHIV感染が拡大した広汎流行期の段階にある。2011年の推定HIV感染率は2.57%である<sup>10</sup>。また、産前健診を受診した妊婦については3.5%であった。2003-2011年における産前健診を受診した妊婦の感染率は4%前後を推移しており、コンゴ民におけるHIV感染率の推移は比較的安定していると考えられている [12]。

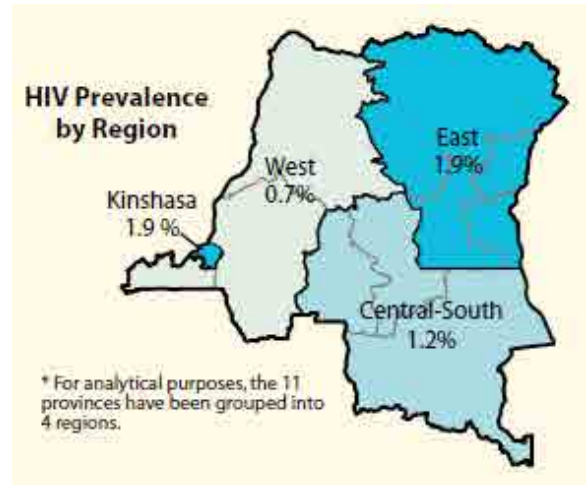
脆弱層における感染率が高く、性産業従事者が16.9%、男性と性的接触を持つ男性が31.09%、性的暴力を受けた女性の感染率が20%、女性移動人口が7.6%、女性囚人が7.1%となっている。長く続く東部地域における紛争の中で、特に女性が性的暴力を受けてきた [12]。

2007年のEDSでは、図3-6のとおり、首都キンシャサと東部地域の感染率が1.9%と他の地域に比べて高かった。



出典： République Démocratique du Congo (2010) Rapport National du Progrès des OMD 2010 [8]

図 3-5 妊婦の HIV 感染率の推移



出典： Ministère du Plan et Macro International (2008) Enquête Démographique et de Santé, République Démocratique du Congo 2007 [13]

図 3-6 地域ごとの HIV 感染率(2007年)

HIV 感染者数などの推計値は表 3-2 のとおり。

表 3-2 HIV/エイズの推計値

項目	2010年	2011年	2012年
HIV 感染者数	979,777	976,458	974,304
HIV 新規感染者数	92,614	90,207	85,066
エイズによる死亡者数	78,267	78,249	76,243
抗レトロウイルス療法 (ART) を必要とする感染者数	297,668	436,361	439,137

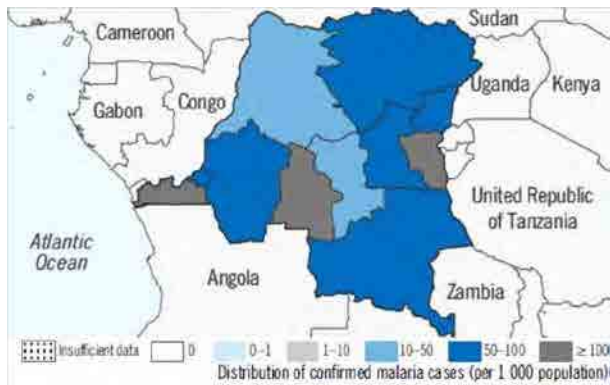
出典： Programme National Multisectoriel de Lutte contre Le Sida (PNMLS) (2012) Rapport d'Activité sur la Riposte au VIH/sida en R. D. Congo 2012 [12]

<sup>10</sup> 2007年のEDSでは1.3%という結果であったが、この結果は国家レベルで承認されていない [12]。

### マラリア

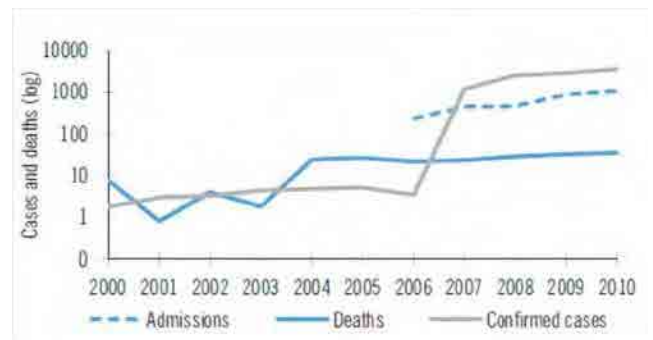
マラリアはコンゴ民における主要な疾患である。特に5歳未満児への影響が大きく、マラリアは5歳未満児死亡の第1位の原因となっており、毎年、約18万人の5歳未満児がマラリアにより死亡している [5]。2006年の調査では、調査対象の15保健ゾーンにおいて、マラリアは5歳未満児における外来患者の67%、入院患者の47%を占めていた [8]。

コンゴ民は全国がマラリア発生地域であり、国民の97%がマラリア浸潤地域（高度300から1,000メートルの地域）に、3%が低発生地域に居住している。低発生地域は、主にNord Kivu州、Sud Kivu州およびKatanga州東部で、低発生地域に含まれる保健ゾーン数は41である。この地域は政治的に不安定であることから避難民が発生し、マラリア発生に対する対応が難しくなっている。なお、コンゴ民における症例の95%が熱帯熱マラリアによるものである [14]。



出典： WHO (2011) World Malaria Report 2011 [15]

図 3-7 州ごとのマラリア発生率(確定例)



出典： WHO (2011) World Malaria Report 2011 [15]

図 3-8 マラリアによる入院数・死亡数・確定例(対10万人)の推移

### 結核

コンゴ民は世界22カ国の結核高蔓延国<sup>11</sup>の中で10番目に疾病負荷の高い国となっている。世界保健機関(WHO)によると、2010年の結核の状況は表3-3のとおりである。

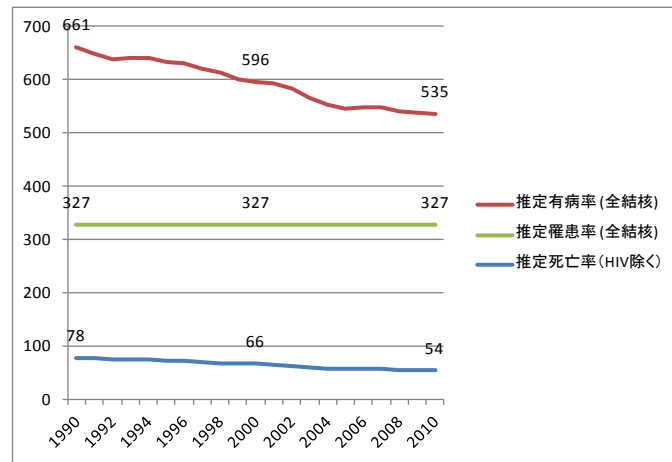
表 3-3 結核の現状(2010年)

指標	数値
罹患率 (HIV 含む) (人口10万対)	327
死亡率 (HIV 除く) (人口10万対)	54
有病率 (HIV 含む) (人口10万対)	535
HIV との重複感染率 (%)	18
患者発見率 (%) (全結核)	53

出典： WHO (2011) Global Tuberculosis Control: WHO report 2011 [16]

<sup>11</sup> アフガニスタン、バングラデシュ、ブラジル、カンボジア、中国、コンゴ民主共和国、エチオピア、インド、インドネシア、ケニア、モザンビーク、ミャンマー、ナイジェリア、パキスタン、フィリピン、ロシア、南アフリカ、タイ、ウガンダ、タンザニア、ベトナム、ジンバブエ

図 3-9 は、1990-2010 年の推定罹患率、有病率、死亡率を示したものである。有病率および死亡率は減少しているが、罹患率は 1990 年から減少していない。



出典： WHO (2011) Global Tuberculosis Control: WHO report 2011 [16]

図 3-9 結核罹患率・有病率・死亡率の推移(1990-2010 年)

また、コンゴ民は多剤耐性結核 (MDR-TB) の蔓延国であり、2010 年における新規結核患者における推定 MDR-TB 感染率は 2.2% である [16]。

### 3.3.4 顧みられない熱帯病

コンゴ民で公衆衛生上問題となっている、顧みられない熱帯病 (MTN) として、フィラリア症、住血吸虫症、土壌伝播寄生虫、オンコセルカ症、リーシュマニア症、ハンセン氏病、アフリカトリパノソーマ症、ブルーリ潰瘍等が挙げられる。

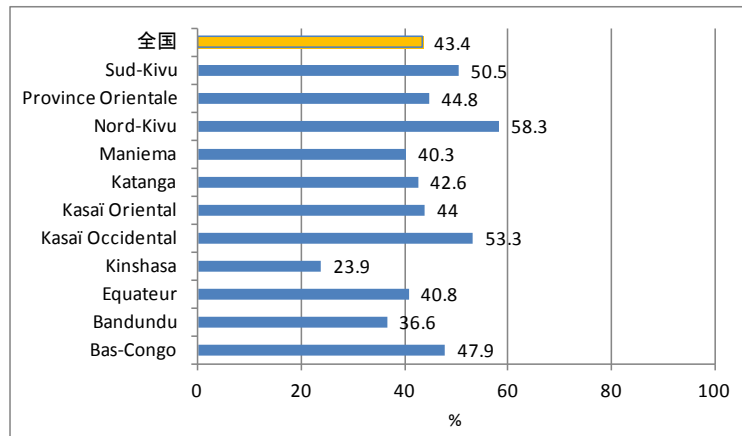
アフリカトリパノソーマ症については、アフリカで発生する 30-50 万件のうち約半数 (15-25 万件) がコンゴ民で発生すると推定されている。コンゴ民はアフリカトリパノソーマ症の影響が最も大きい国で、約 1,200 万人が流行地に居住していると推定されている (515 保健ゾーン中 236 ゾーンが流行地)。アフリカトリパノソーマ症対策プログラムの地域的カバレッジが 20% 以下であるにも関わらず、毎年、1 万から 1 万 5000 件の症例が報告されている [5]。

オンコセルカ症については、2002 年に国家オンコセルカ症対策プログラムが設立され、イベルメクチンによる地域主導型集団治療を行っている。2,600 万人が感染の危険に晒され、半数以上の 1,400 万人が感染している [5]。

### 3.4 栄養不良

コンゴ民における栄養状況は深刻である。2010年のMICSによると、5歳未満児における慢性栄養不良<sup>12</sup>割合は43%、急性栄養不良<sup>13</sup>は9%、低体重<sup>14</sup>は24%となっている。

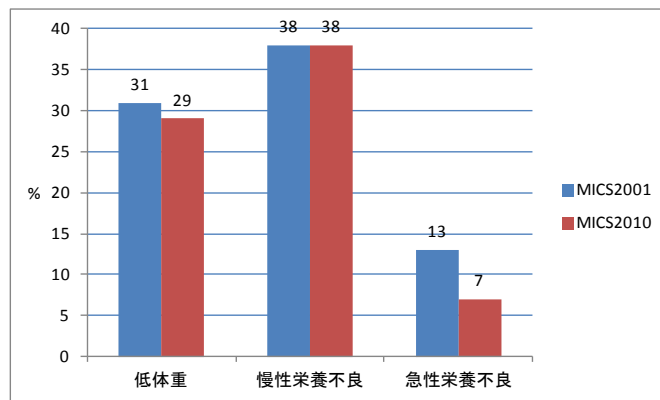
栄養不良の状況は地域差があり、慢性栄養不良については、図3-10のとおり、Nord-Kivu州は58.3%であるのに対し、Kinshasa州は23.9%となっている。また、母親の教育水準や世帯の経済状況にも影響を受けている。母親が無就学の場合は49.9%であるのに対し、中等教育以上の場合は35.2%、所得層下位20%の場合の46.9%に対し、上位20%の場合は26.4%という結果であった [10]。



出典： Institute National de la Statistique et UNICEF (2011) Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples en République Démocratique du Congo (MICS-RDC 2010) Rapport Final [10]

図 3-10 州別慢性栄養不良児の割合

また、2001年と2010年のMICSの結果を比較すると、急性栄養不良の割合に改善が見られるが、低体重については改善の度合いが低く、慢性栄養不良については改善していない。



出典： Institute National de la Statistique et UNICEF (2011) Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples en République Démocratique du Congo (MICS-RDC 2010) Rapport Final [10]

図 3-11 栄養状況の推移<sup>15</sup>

<sup>12</sup> WHOの“WHO Child Growth Standards”の基準による年齢相応の身長を持つ基準集団（生後0-59ヵ月児の割合）の身長の中央値からの標準偏差がマイナス2未満（中度）／マイナス3未満（重度）の状態。発育阻害。

<sup>13</sup> 上記基準による身長相応の体重を持つ基準集団（生後0-59ヵ月）の体重の中央値からの標準偏差がマイナス2未満（中度）／マイナス3未満（重度）の状態。消耗症。

<sup>14</sup> 上記基準による年齢（生後0-59ヵ月）相応の体重の中央値から標準偏差がマイナス2未満（中度）／マイナス3未満（重度）の状態

完全母乳育児（6ヶ月間未満）の割合については、2010年は37%であり、2007年の36%からあまり改善していない [10] [13]。

2007年のEDSによると、子ども（6-59ヵ月）の貧血の割合は71.4%（23.4%が軽度、43.7%が中等度、4.2%が重度）であった。Kasai Oriental州では80.4%の子どもが貧血という結果であった。

女性の栄養状態については、15-49歳の生殖年齢にある女性のうち18.5%が痩せ（BMI 18.5未満）であった。Bandundu州が最も高く30.7%にも上った。また、栄養状態に問題があると考えられる身長が145cmの割合は、全国平均4.0%であったが、Sud Kivu州では18.2%と最も高かった。貧血については、女性の52.9%が貧血で、妊婦の場合は60.0%であった<sup>16</sup> [13]。

ヨード塩を使用する世帯の割合については、2010年には73%の世帯がヨード塩を使用していたが、適切なヨード含有量（15 ppm以上）のヨード塩を使用していたのは59%であった。2001年は72%であったのが、2010年には59%に減少している。Province Oriental州が80%と最も高く、次いでKinshasaが77%であった。一方、Katanga州が23%、Kasai Oriental州が26%と低くなっている [10]。

### 3.5 非感染性疾患

WHOの推計によるとコンゴ民における全死因のうち21%が非感染性疾患によるものである（図3-1参照）。その内訳は、心血管疾患9%、悪性新生物3%、呼吸器疾患2%、糖尿病1%、その他6%となっている [6]。また、2005年のWHOによる調査では、Kinshasaの15歳以上の成人における高血圧の割合は11%、糖尿病の割合は15.5%であった [5]。

<sup>15</sup> 2001年の調査で用いた基準と比較しているため、2010年度の数値は文章中で記載した数値と異なる。

<sup>16</sup> 男性（15-59歳）の貧血の割合は19.8%であった。 [13]

## 第4章 サービス提供の状況

### 4.1 保健サービス提供体制

コンゴ民の保健サービスの提供体制は表 4-1 のとおり 3 次からなるシステムで構成されている。1987 年のアルマアタ宣言のプライマリヘルスケア戦略および 1987 年のバマコイニシアチブの住民参加と費用負担の方針が採用されている。このシステムでは、保健ゾーンが実施単位となっている [17]。

表 4-1 保健サービス提供体制概要

レベル	サービス提供	行政
中央レベル(3次)	国立病院、大学病院、専門病院	保健省
中間レベル(2次)	州病院	州保健局 (11)、郡保健局 (65)
末端レベル(1次)	リファラル総合病院 (HGR) (393) 保健センター (8,266)	保健ゾーン (515) (人口 10-20 万管轄) 保健区域 (8,504) (人口 5 千-1 万管轄)

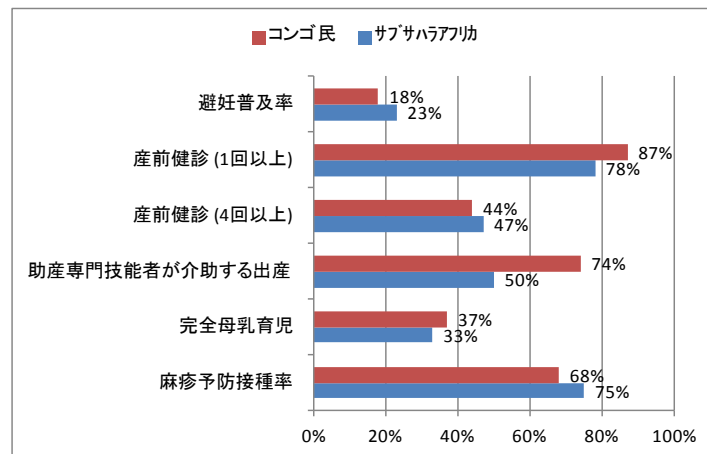
出典：Ministère de la Santé Publique (2010) Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 [5]; Ministère de la Santé Publique (2010) Cartographie des Systèmes d'Approvisionnement et Distribution des Médicaments et Autres Produits de Santé [17]

末端レベルはリファラル総合病院 (HGR) と保健センターの 2 層から構成される。保健センターでは基礎保健サービスパッケージ (PMA) が、保健センターの看護師と保健ゾーン幹部チームにより提供される。HGR では、補完ケアサービスパッケージ (PCA) が提供されており、内科、外科、産婦人科を備えている。また、HGR は管轄地域の保健センターの情報、人材、予算などの管理を行っている [17]。

### 4.2 母子保健対策

#### 4.2.1 母子保健サービス概況

図 4-1 は母子保健サービスに関連する指標を、家族計画から子どものケアまでを時系列で示したものである。産前健診の受診 1 回以上 (87%)、助産専門技能者が介助する出産 (74%)、完全母乳育児 (37%) についてはサブサハラアフリカの平均と比して高い水準にある。一方、避妊法の普及率 (18%)、産前健診の受診 4 回以上 (44%) と麻疹予防接種率 (68%) については低い状況である [9]。



出典：UNICEF (2012) The State of the World's Children 2012: Children in an Urban World [9]; Institute National de la Statistique et UNICEF (2011) Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples en République Démocratique du Congo (MICS-RDC 2010) Rapport Final [10]

図 4-1 母子保健サービス概況



#### 4.2.2 妊産婦保健サービス

##### (1) 家族計画

2010年の複数指標クラスター調査（MICS）によると、コンゴ民の合計特殊出生率は高く、平均で6.3人<sup>17</sup>であった。Katanga州が最も多く、8.6人、最も少ないのはKinshasaの3.5人であった。

避妊法の普及率は17.7%で、近代的な避妊法については5.4%に留まっていた。避妊法の利用率はKinshasaでは31%に対しKatanga州では9%であった。女性の教育水準にも影響され、無就学の場合は13%、中等教育以上は26%と差がある。また、家族計画の満たされないニーズは24.2%（出産間隔について17.7%、子どもの数について6.5%）であった [10]。

##### (2) 産前健診

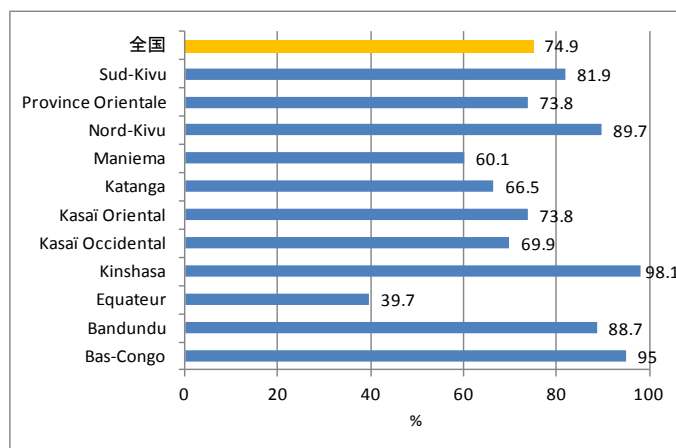
2010年には、産前健診の受診率については、1回以上が87%、4回以上が44%であった。2001年には1回以上の受診が68%であり、受診率が向上している。4回以上の受診については、都市部が57.1%であるのに対し、農村部は39.3%と低くなっている。産前健診の実施者については、56.9%が看護師、19.3%が助産師<sup>18</sup>による産前健診を受けていた [10]。

産前健診の内容については、血圧測定が67.9%、尿検査が43.5%、血液検査が50.9%の妊婦に対して行われた。3つ全ての検査を受けた妊婦の割合は37.3%であった [10]。

##### (3) 出産

2010年のMICSでは、助産専門技能者が介助する分娩は74%で、その内訳は、医師が8%、看護師37%、助産師（Accoucheuse）30%、助産師（Sage-femme）6%、伝統的助産師12%という結果であった。

施設分娩率は74.9%であった。図4-2のとおり地域差があり、Kinshasaが98.1%と最も高く、Equateur州は最も低い39.7%という結果であった。女性の教育水準別では、無就学の場合は60.1%、中等教育以上は88.3%と差がある。また、世帯の経済状況にも影響を受け、所得層下位20%の場合の59.9%に対し、上位20%の場合の96.6%という結果であった。



出典： Institute National de la Statistique et UNICEF (2011) Enquête par Groupes à Indicateurs Multiples en République Démocratique du Congo (MICS-RDC 2010) Rapport Final [10]

図 4-2 州別施設分娩率

<sup>17</sup> サブサハラアフリカの平均は4.9人、中西部アフリカの平均は5.4人 [9]

<sup>18</sup> Accoucheuse

帝王切開率は 7.2%であったが、都市部と農村部の違いはなく、女性の教育水準による違いもなかった。ただし、Sud Kivu で 18%、Nord Kivu で 16%と高い帝王切開率であった [10]。

#### (4) 産後健診

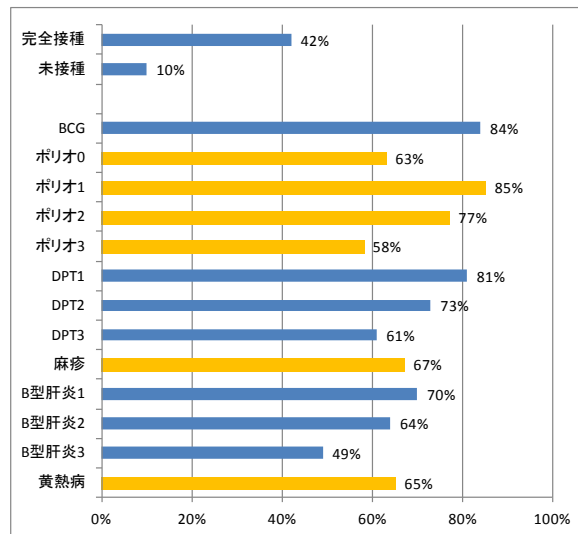
2007 年の人口保健調査 (EDS) では、約 4 分の 3 (72.3%) の妊婦が保健施設において出産を行い、退院前に新生児と共に産後健診を受診したと考えられる。その一方、保健施設以外の場所で行った女性の大半 (87.3%) が産後健診を受診しておらず、2 日以内に産後健診を受けた母親の割合は 7.9%に過ぎなかった。中等教育以上の教育水準を有する母親の産後健診受診率は平均に比べて高く、17.5%であった [13]。

### 4.2.3 子どもの保健サービス

#### (1) 予防接種

コンゴ民の予防接種拡大計画 (EPI) では、現在、BCG、ジフテリア、破傷風、百日咳、インフルエンザ菌b型 (Hib)、B型肝炎、ポリオ、麻疹、肺炎球菌 (国の一部)、ロタウイルスおよび黄熱病の予防接種が行われている<sup>19</sup>。

2010 年の MICS では、子どもの完全予防接種率は 42%で、2001 年時の 23%から改善していた。また、全く予防接種を受けていない子どもの割合も 10%と 2001 年の 19%から改善している。



出典： Institute National de la Statistique et UNICEF (2011) Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples en République Démocratique du Congo (MICS-RDC 2010) Rapport Final [10]

図 4-3 子どもの予防接種率

完全予防接種率は、母親の教育レベルに影響され、無就学の場合は 41.9%であるのに対し、中等教育以上は 56%であった。また、世帯の経済状況についても、下位 20%の場合は 38.2%、上位 20%の場合は 57.9%と差があった [10]。

<sup>19</sup> WHO Immunization Profile, [http://apps.who.int/immunization\\_monitoring/en/globalsummary/countryprofileresult.cfm](http://apps.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/countryprofileresult.cfm) (2012 年 7 月アクセス)

## (2) 小児の疾病対策

肺炎と下痢症は5歳未満児死亡の主な原因である。2010年のMICSによると、下痢症の子どものうち経口補液療法（ORT および授乳・食事の継続）を受けたのは39%、何も治療を受けなかったのは20%であった。

また、肺炎と疑われる症状を呈していた子どものうち何らかの医療施設を受診した割合は40%、抗生物質による治療を受けたのは42%であった。抗生物質による治療については、都市部が52%、農村部が39%で、Katanga州が65%と最も高く、Oriental州が16%と最も低かった。また、肺炎の症状に関する母親あるいは養育者の知識について、呼吸困難と呼吸促進の2つの症状を知っている割合は6.8%であった [10]。

2005年12月から小児疾患統合管理（PCIME）が実施され、2010年9月時点でPCIMEの研修を受けたサイトが存在する保健ゾーンは94で、約170万人がカバーされている [14]。

## 4.3 感染症対策

### 4.3.1 HIV/エイズ対策

#### (1) 政策・戦略

2004年に大統領令により国家マルチセクトラルエイズ対策プログラム（PNMLS）が設立され、エイズ対策が進められてきた。現行の戦略計画は、「エイズ対策国家戦略計画（2010-2014年）」であり、以下4つの方針を掲げている。

- 1) 性感染症とHIVの感染の削減
- 2) 治療およびケアへのユニバーサルアクセスの改善
- 3) HIV/エイズの社会経済的影響の緩和
- 4) 国家戦略計画の実施支援

5年間の総予算額は4,918,060,311米ドルと推計され、予防に39.4%、治療ケアに33.9%、社会経済的影響の緩和に7.7%、戦略計画の実施支援に19.0%が見積もられている。

#### (2) 対策の進捗状況

HIV検査に関し、2010年のMICSによると生殖可能年齢にある女性（15-49歳）のうち、HIV検査ができる場所を知っている女性が38.8%、実際に検査を受けたことがあるのが18.6%、過去1年以内に検査を受けたのが8.3%という結果であった。過去1年以内にHIV検査を受けた割合は、都市部では14.7%に対し、農村部では5.3%であった。州別にはEquateur州が1.7%と最も低かった。

母子感染予防に関し、産前健診時のHIV検査については、HIV検査・カウンセリングを受け、HIV検査の結果を受け取った妊婦の割合は16.0%であった。都市部と農村部の差が大きく、都市部が39.6%であったのに対し、農村部は8.0%であった。Equateur州が2.4%と最も低く、Kasai Occidental州が3.6%、Maniema州が3.7%であった。一方、Kinshasaが59.4%と最も高かった。また、世帯の経済状況によっても異なり、下位20%の場合は4.7%、上位20%の場合は53.6%という結果であった [10]。また、2009年時点で産前健診を行う施設のうちHIV検査を実施している施設は8%と非常に少ない [18]。

2009年に感染予防のための抗レトロウイルス薬（ARV）投与を受けたのは、HIV陽性妊婦のうち6%、HIV陽性妊婦から産まれた子どもの6%のみと非常に低い結果であった [18]。

治療に関しては、表4-2のとおり、抗レトロウイルス療法（ART）を受けている人数が増加している。しかし、2011年にはARTを必要とする人のうちARTを受けていたのは12.3%のみであった [12]。

表 4-2 ARTの推移

項目	2008	2009	2010	2011
ARTを受けている HIV 感染者数	24,645	34,967	43,878	53,554
ARTを必要とする推定 HIV 感染者数	272,793	283,055	298,579	436,361
ARTを必要とする HIV 感染者で ARTを受けている者の割合 (%)	9.0	12.4	14.7	12.3

出典： Programme National Multisectoriel de Lutte contre Le Sida (PNMLS) (2012) Rapport d'Activité sur la Riposte au VIH/sida en R. D. Congo 2012 [12]

#### 4.3.2 マラリア対策

##### (1) 政策・戦略<sup>20</sup>

国家マラリア対策プログラム（PNLP）は、2007-2011年の戦略計画で以下4つの戦略を掲げていた [8]。

- 1) 公的および民間医療施設ならびに家庭でのマラリア症例の治療の能力の強化
- 2) 組織能力の強化
- 3) 媒介蚊対策、妊娠期の間欠予防治療（IPTp）、環境衛生を含むマラリア予防
- 4) 統合された疫学サーベランス、マラリア対策活動のモニタリング・評価の実施

現行のマラリア戦略計画（2011-2015年）では、マラリア抑制（control）から制圧（élimination）へ向け、2012年までに蚊帳のユニバーサルカバレッジ（2人で1張あるいは1世帯で3張）を目指すとしている。具体的には、長期残効型殺虫剤処理済蚊帳（LLIN）のカバー率を高リスク地域に居住する人の80%と目標を設定している。この目標は2012年の後半に達成される予定である [14]。

マラリア対策は、世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）、世界銀行、英国国際開発省（DFID）、米国大統領マラリアイニシアチブ（PMI）などの支援を受けて実施されている。

##### (2) 対策の進捗状況

コンゴ民におけるマラリア対策の指標の状況は表4-3のとおりである。殺虫剤処理済蚊帳（ITN）の保有率および利用率、IPTpの実施率について、大きく進展している。

##### 1) 予防

PNLPは蚊帳のユニバーサルカバレッジを達成するため、1) 大規模なキャンペーンによるLLIN無償配布、2) 産前健診受診の妊婦および就学前健診の5歳未満児を対象とした無償配布、3) 民間セクターでの販売を組み合わせた戦略を立てている。LLINのカバレッジを維持するため、キャンペーン後に産前健診や就学前健診時に蚊帳の定期配布を行うとしているが、定期的な供給には供給網やインフラの状況が悪いことが課題である。また、医療従事者がLLINを自己使用のために流用することがあり、LLIN配布のモニタリングが難しい状況である [14]。

<sup>20</sup> 実際の戦略計画が入手できなかったため、本項の記載は引用文献に基づく。

2003年に保健省はSP<sup>21</sup>によるIPTpを採用した。妊婦はIPTpを2回受け、HIV陽性の場合は3回受けるとしている。産前健診を受診する妊婦は産前健診カードを購入し、その料金にSPとLLINの費用も含まれている。コンゴ民では産前健診を受診する妊婦の割合が高いにもかかわらず、IPTpを受ける妊婦が少ないのは、SP錠の在庫切れ、産前健診受診のタイミングの遅れ、産前健診に係る費用が原因と考えられている [14]。

## 2) 診断

マラリア診断方針によると、発熱した患者に対して年齢に関わらず寄生虫学的検査を行うとされているが、2011年5月現在では末端保健施設の大半では臨床診断に基づいて治療が行われている。顕微鏡は大きな保健施設か病院にのみ配備され、診断の質に関してはほとんどが不明である。顕微鏡の保守管理も行われていない。また、迅速診断検査（RDT）のコミュニティレベルでの導入・実施に係る計画も策定されておらず、カナダの支援でキンシャサ公衆衛生学院がRDTの利用可能性についてBas Congo州での調査を実施したところである [14]。

## 3) 治療

2005年に保健省は軽症マラリア治療の第1次選択薬をSPからアルテシニン誘導体多剤併用療法（ACT）（AS-AQ<sup>22</sup>）に変更した。新方針は2006年から導入されたが、拡大の速度は遅く、2012年の終わりまでに515全ての保健ゾーンでACTが使用されることが見込まれている。各保健ゾーンの医療従事者の研修はドナーの支援によって行われており、研修実施に関わる団体が365以上存在し、PNLPの現行のガイドラインの存在を知らずにガイドラインに従わない研修が行われている場合があるため、PNLPは研修がガイドラインに従って行われているかを確認している。

また、保健省はコミュニティレベルでのACTによる症例管理を承認しており、既に導入された保健ゾーンもある。例えば、PMIが支援している保健ゾーンでは、400人以上のコミュニティヘルスワーカーがACTをマラリア患者に処方している [14]。

表 4-3 マラリア対策の指標の状況

指標	2007年 EDS	2010年 MICS	サブサハラ アフリカ平均
1張以上のITNを保有する世帯の割合	9%	51%	44%
調査前夜にITNの中で就寝した5歳未満児の割合	6%	38%	34%
調査前夜にITNの中で就寝した妊婦の割合	7%	43%	-
2回以上IPTpを受けた妊婦の割合	5%	21%	-
過去2週間のうちに発熱した5歳未満児のうち、24時間以内にACTによる治療を受けた5歳未満児の割合	<1%	-	39% <sup>23</sup>

出典：Ministère du Plan et Macro International (2008) Enquête Démographique et de Santé, République Démocratique du Congo 2007 [13];  
Institute National de la Statistique et UNICEF (2011) Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples en République Démocratique du Congo (MICS-RDC 2010) Rapport Final [10]; UNICEF (2012) The State of the World's Children 2012: Children in an Urban World [9]

<sup>21</sup> Sulfadoxine-pyrimethamine. 商品名はファンシダール。

<sup>22</sup> Artesunate amodiaquine.

<sup>23</sup> ACTを含む抗マラリア薬全体に関する数値

#### 4.3.3 結核対策

保健省国家結核対策プログラムが結核対策を主導している。1981年以降、結核対策はプライマリヘルスケアに統合されている。1996年に直接監視下における短期化学療法（DOTS）戦略を採用した。国土の大きさと保健システムの脆弱性から、結核プログラムの調整は難しく、また、結核薬の供給は大半が空輸によって行われている [19]。

2010年には結核診断を行う保健センター（CSDT）は全国で1,339施設存在し、そのうち公的施設が781、宗教系施設が486であった [20]。

コンゴ民は患者発見率70%、DOTSによる治療成功率85%を目標としている。DOTSのカバー率は1995年には47%であったのが、2007年には100%に到達した [20]。2010年の患者発見率は53%、治療成功率（新規喀痰塗抹陽性結核）は88%であった [16]。

HIVと結核の重複感染対策については、国家結核対策プログラムとエイズ対策プログラムが協働している。CSDTでは結核患者全員に対してHIV検査を行うよう助言している。また、HIV感染者の治療を行う際にはHIV感染者が結核検査を行うよう、CSDTへ患者をリファーしている [20]。その結果、結核患者のうちHIV検査を行った患者の割合は2006年には2%、2007年には14%と増加した [19]。2010年には結核患者のうち自らのHIV感染の有無を知っている患者の割合は24%であった [16]。

## 第5章 保健システムの状況

### 5.1 保健人材

#### 5.1.1 概況

全般的に医療従事者数は増加しており、1998年に医師は約2,000人であったのが2008年には5,967人、看護師については約27,000人から43,021人へと増加している。2008年における職種別の保健医療従事者数は表5-1のとおりである。専門職の割合が全体の58.2%、事務職が41.8%となっており、専門職においては看護師が81.9%と大多数を占めている [17]。

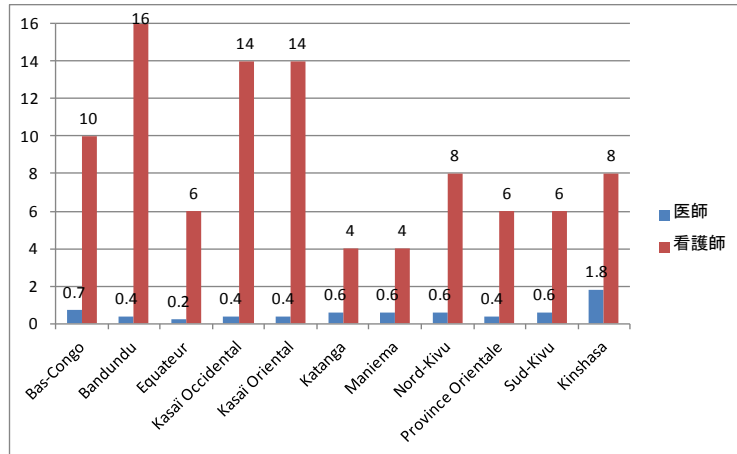
医師1人あたりの人口は11,274人と基準の10,000人を超え、上級看護師についても同様に1人あたり8,000人と基準の5,000人を超えており、人材数が不足している [17]。

表 5-1 職種ごと医療従事者数(2008年)

職種	人数	保健専門職における割合
医師	5,967	11.4%
薬剤師	1,300	2.5%
歯科医師	71	0.1%
看護師	43,021	81.9%
運動療法士	253	0.5%
放射線技師	212	0.4%
臨床検査技師	870	1.7%
衛生技師	156	0.3%
薬剤助手	270	0.5%
麻酔技師	73	0.1%
栄養士	301	0.6%
保健技師	1	0.0%
歯科技師	3	0.0%
整形外科技師	6	0.0%
疫学者	2	0.0%
生物学者	5	0.0%
衛生士	15	0.0%
<b>保健専門職合計</b>	<b>52,526 (58.2%)</b>	<b>100.0%</b>
<b>事務職</b>	<b>37,749 (41.8%)</b>	
<b>合計</b>	<b>90,275 (100.0%)</b>	

出典：Ministère de la Santé Publique (2010) Cartographie des Systèmes d'Approvisionnement et Distribution des Médicaments et Autres Produits de Santé [17]を元に作成

人材数の不足に加え、地域偏在が生じている。2009年の州ごとの人口10,000人あたりの医師および看護師は図5-1のとおりである。医師の平均は0.61人、看護師は8.23人であった。州により差があり、医師はEquateur州で0.2人に対しKinshasaでは1.8人、看護師はKatanga州とManiema州で4人に対しBandundu州で16人であった [5]。公的セクターの医師の60%が総人口の10%が居住するKinshasaに集中しているというデータもある [17]。



出典：Ministère de la Santé Publique (2010) Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 [5]

図 5-1 州別人口 10,000 人あたりの医師および看護師数(公的セクター)(2009 年)

また、人材の国外への流出および国内での移動も課題となっている。人材が定着しない理由として、給与面での不遇などが挙げられる。人材数の変動の例として、例えば、Bas Congo 州では 1998 年に人口 10,000 人あたりの医師数が 0.7 人であったのが、2006 年には 1.7 人と増加した。また、Kinshasa では人口 10,000 人あたりの看護師数が 1998 年に 12 人、2005 年に 8 人、2006 年に 11 人と増減している [5]。

### 5.1.2 政策・戦略

現行の人材開発計画は「国家保健人材開発計画 (PNDRHS) (2011-2015 年)」である。同計画は、保健人材に関し、国家教育計画の不在、教育の質の低さ、雇用・配置の計画の不在、保健人材に関する情報システムの不在、低額な報酬、継続教育システムの不在等の課題が存在するとしている。したがって、同計画の具体的な目標は以下のとおり定められている。

- 1) 保健人材開発を担当する組織のガバナンスおよびリーダーシップの強化
- 2) 保健人材計画の枠組みの強化
- 3) 中等、高等および大学レベルにおける基礎教育の質の向上
- 4) 保健人材の管理と能力開発の強化
- 5) 保健人材のモチベーション (労働環境、待遇、給与、手当など) の確保と定着促進



### 5.1.3 人材育成

コンゴ民における保健人材の教育機関、修業年数等の概要は表 5-2 のとおり。上級保健人材 (A0、A1) の教育機関は高等教育省の管轄であり、中級保健人材 (A2) の教育機関は保健省の管轄である。

表 5-2 保健人材育成の概要

区分	職種	教育機関	基礎教育および修業年数	管轄省庁
A0	医師、歯科医師、薬剤師	大学医学薬学歯学部	初等中等教育 12 年間 + 7 年間	高等教育省
A1	看護師、助産師、臨床検査技師、栄養士、放射線技師等	高等保健人材養成校 (ISTM)	初等中等教育 12 年間 + 3 年間	高等教育省
A2	看護師、臨床検査技師、薬剤助手、看護助産師、地域保健看護師等	保健人材養成校 (IEM) 保健人材養成校 (看護師のみ単科) (ITM)	初等中等教育 10 年間 + 4 年間	保健省

出典： 独立行政法人国際協力機構人間開発部 (2010 年) コンゴ民主共和国保健人材支援プロジェクト詳細計画策定調査報告書 [21]を元に作成

表 5-3 のとおり、保健人材の教育機関の数は増加し、それと共に育成数も増加している。現在は PND R H S (2011-2015 年) が策定・承認されているが、それまでは有効な人材開発計画が存在せず、無計画に人材育成が行われてきたことから、実際のポストを上回る育成数となっている。また、医師、看護師の育成数が過剰であるのに対し、薬剤師、放射線技師、栄養士等については育成数が不足している。さらに、教育の質についても、教育施設の不適切さ、教員数の不足と教員の質の低さなどが課題となっている。

表 5-3 教育機関の推移

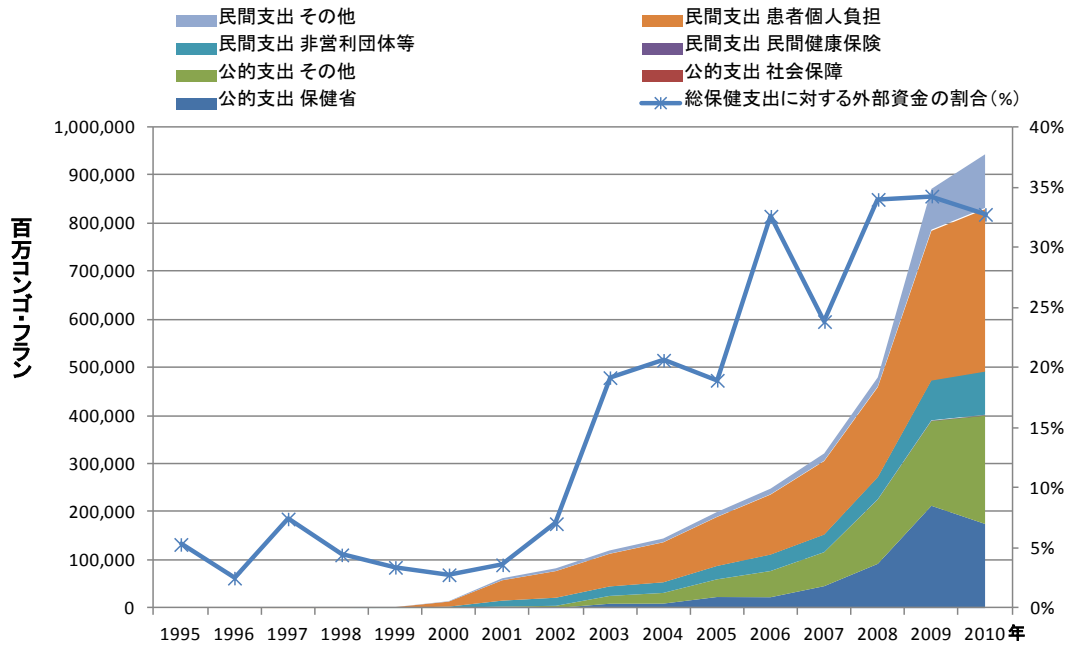
種別	1998 年	2009 年
ITM	255	470
ISTM	53	108
医学部	3	39

出典： Ministère de la Santé Publique (2010) Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 [5]

## 5.2 保健財政

### 5.2.1 概況

世界保健機関 (WHO) によるとコンゴ民の国民一人当たりの医療費は 16 米ドルであり、利用者負担は 6 米ドルとなっている。アフリカ地域の低所得国の国民一人当たりの医療費の平均 26 米ドルを下回り、また、利用者負担の平均 9 米ドルも下回っているが、図 5-2 に示すように、総保健支出の 3 分の 1 以上が個人負担による支出である。また、保健支出の 33% はドナーからの支援で賄われている [22]。



年	1995		2000		2005		2010	
公的支出	0.6	(4.0%)	589	(4.1%)	59,736	(30.0%)	400,313	(42.5%)
保健省	0.004		40		23,050		174,810	
その他	0.6		549		36,686		225,503	
民間支出	14.3	(96.0%)	13,826	(95.9%)	139,606	(70.0%)	541,149	(57.5%)
民間健康保険	0		0		0		840	
非営利団体等	3.1		2,531		27,842		91,117	
患者個人負担	10.0	(67.3%)	10,431	(72.4%)	101,972	(51.2%)	338,115	(35.9%)
その他	1.2		846		9,792		111,078	
総保健支出	14.9		14,415		199,342		941,462	
外部資金*	0.8	(5.3%)	399	(2.8%)	37,761	(18.9%)	308,257	(32.7%)

注：付表の括弧内は総保健支出に対する割合（主要なもののみ算出）

\*外部資金は OECD/DAC のデータに基づいており、総保健支出に含まれる。

出典： Global Health Expenditure Database, WHO [23] より調査団作成

図 5-2 保健支出財源の推移

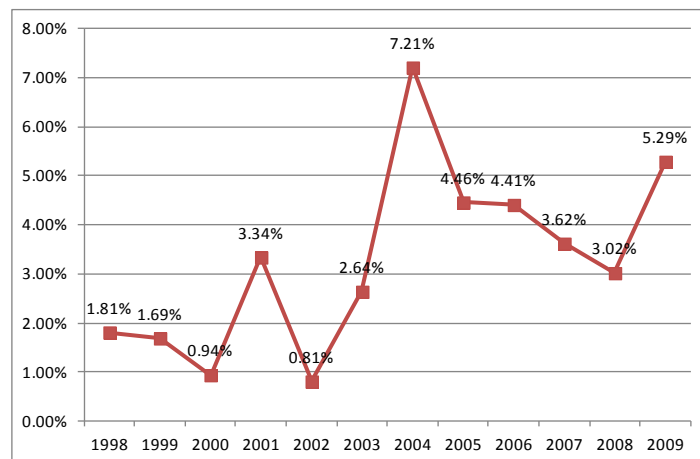
1998-2009 年のコンゴ民政府予算と保健予算の予算額と執行率、政府予算に占める保健予算の割合 (B/A) は表 5-4 のとおり。1998-2009 年の間、保健予算の平均執行率は約 70%である。しかし、緊急事態（疾病の流行）への対応や予算年度中の人件費（給与と手当）の調整などにより、2007、2009 年は予算額を超えた配分が行われた [5]。

表 5-4 政府予算と保健予算の予算額と執行率、政府予算に占める保健予算の割合(米ドル)

年	政府予算			保健予算			
	政府予算額 (A)	政府予算 執行額	執行率	保健予算額 (B)	保健予算 執行額	B/A	執行率
1998	680,848,463	572,001,443	84.01%	12,304,616	10,967,616	1.81%	89%
1999	739,692,508	739,692,508	100.00%	12,523,433	12,523,433	1.69%	100%
2000	1,108,269,326	1,025,704,800	92.55%	10,469,422	1,782,044	0.94%	17%
2001	328,830,688	498,628,088	151.64%	10,978,871	3,600,861	3.34%	33%
2002	580,188,092	527,957,268	91.00%	4,725,654	944,010	0.81%	20%
2003	905,342,872	709,608,221	78.38%	23,911,701	22,768,880	2.64%	95%
2004	1,168,244,552	2,545,087	0.22%	84,175,668	22,653,576	7.21%	27%
2005	1,791,487,613	1,375,620,715	76.79%	79,858,697	51,219,329	4.46%	64%
2006	2,178,731,940	1,397,559,718	64.15%	96,019,449	45,198,481	4.41%	47%
2007	2,446,981,439	1,625,249,346	66.42%	88,589,100	96,407,247	3.62%	109%
2008	3,562,830,326	2,762,935,307	77.55%	107,581,930	107,235,491	3.02%	100%
2009	4,995,544,984	2,783,606,796	55.72%	264,049,473	390,917,761	5.29%	148%

出典： Ministère de la Santé Publique (2010) Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 [5]

全体的に保健予算は増加傾向にあるが、図 5-3 に示すように、政府予算に占める保健予算の割合は最大でも 7.21% (2004 年) と、アブジャ宣言<sup>24</sup> の 15% を満たしていない。保健予算の国内総生産 (GDP) に占める割合は 2000 年の 0.39% から 2010 年には 1.99% と増加したものの、2% 未満を推移している [5]。



出典： Ministère de la Santé Publique (2010) Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 [5]より調査団作成

図 5-3 政府予算に占める保健省予算の割合の推移

### 5.2.2 課題および国家保健開発計画 (PNDS) の目標

PNDS では保健財政に係る課題として以下を挙げている。

- 国家予算の保健に対する割り当てが少なく、アブジャ宣言の 15% を下回っている。ほとんどの場合、全体予算の 5% 未満であり、執行率は平均 70% である。保健セクターへの割り当ては、例えば、保健ゾーンの予算が国家予算の中で考慮されていないなど、セクターの優先順位が反映されていない。

<sup>24</sup> 2001 年にアフリカ諸国の首脳によって採択された宣言で、国家予算の少なくとも 15% を保健分野に充てるとしている。

- ドナーの支援が断片化されている。また、ドナーが複数の管理ユニットや運営委員会を設立し、多額の事務管理費がかかっている。あるプロジェクトの技術支援では 39%も事務管理費がかかっており、介入活動の調整が非常に複雑である。
- 貧困により約 4 分の 3 の国民がフォーマルな医療サービスを受けられない現状を鑑みると、利用者負担はプライマリヘルスケアのユニバーサルカバレッジの理念に反している。
- 民間セクターは保健ゾーンにおける病院サービスの 40%を占め、コミュニティレベル（保健センター、保健ポスト等）ではさらにその割合は大きいと考えられる。それにもかかわらず、民間セクターや非営利団体（宗教系団体や民間団体）に関する情報がほとんどない。

これらの課題や現状を踏まえ、PNDS では、以下の目標を掲げている。

- 2015 年までに国家予算の保健支出を 15%とし、執行率も向上する
- 保健に係る国際的支援の分断化が段階的に減少する（セクターワイドアプローチ（SWAps）の導入）
- 国民の医療サービスへの財政的アクセスが改善される

## 5.3 保健情報システム

### 5.3.1 概況

保健省の国家保健情報システム（SNIS）部は、保健システムの各レベルにおける計画、管理、評価の能力強化のため、2011 年に 5 ヶ年戦略計画（2011-2015 年）を策定した。2015 年までに保健省は国家データベースを設立することを目標としている。また、事務総局に付属している国家戦略情報センターが SNIS の各コンポーネントの統合と調整を行うとしている [14]。

SNIS 改善のためにドナーが支援をしてきたが、データの質、データ提出の適時性、分析能力、データ報告と活用等において課題が多く、システムは依然脆弱で断片的である。基本的に SNIS は、保健施設がルーチンデータを月ごとに保健ゾーンから州、保健省へと報告するシステムである。したがって、保健施設の人員や保健ゾーンの医務官の意欲やドナーの存在によって大きく影響される。また、施設ベースのデータ収集であるため、人口の 25%のみが保健施設にアクセスできる状況では、マラリア始め他の疾病に関する多くのデータが得られないという課題がある [14]。

SNIS ではデータ管理のための標準化されたソフトウェア（GESIS）を導入し、2010 年 12 月現在では、515 の保健ゾーンのうち 31%の 160 ゾーンで運用されている。しかしながら、ドナーが導入した数多くの情報システムが並行して存在し、また GESIS とは別のソフトウェアパッケージが存在している [14]。

データの活用に関しては、州ごとに 隔年 報告書の作成が推奨されているが、2010 年 12 月時点で Kinshasa、Nord Kivu、Katanga の 3 州のみが報告書を発行した [14]。

ルーチンデータの他の情報源としては、コンゴ民では、これまで主な標本世帯調査として、人口保健調査（EDS）が 2007 年、複数指標クラスター調査（MICS）が 1995 年、2001 年と 2010 年に実施されている。2012 年の EDS が現在実施されている。

### 5.3.2 PNDS の目標

SNIS の様々な課題を踏まえ、PNDS では、全てのレベルで意思決定のための保健情報が入手可能となり、セクター全体の保健省のリーダーシップを強化することを目標としている。

目標達成のため、具体的には、1) 保健情報システムの強化、2) 情報の質の向上と保健情報に係る要素（人材、ツールなど）の改善、3) 保健省のモニタリング・評価の枠組み強化のための保健情報活用の改善、4) 保健省内のコミュニケーション強化、5) 国家保健情報システムの改革を実施としている。

## 5.4 施設、機材、医薬品等の供給機能

### 5.4.1 医療施設・機材

保健省、州保健局、郡保健局の保健行政機関の建物も含め、多くの医療施設が老朽化した状況にある。また、保健省においては局やプログラムの建物が首都に散在しており、業務の調整等に支障がでている [5]。

末端レベルでは、保健センター8,126 施設のうち、1,006 施設（12.4%）のみが耐久性のある資材を用いて建設されている。それ以外は半分が耐久性のある資材あるいは練り土で建設されている。また、耐久性のある資材で建設された保健センターの中にも荒廃が進んでいるものもあり、改修が必要な施設は半数以上の 671 施設（66%）に上る。州ごとの保健センターの状況は表 5-5 のとおりである [5]。

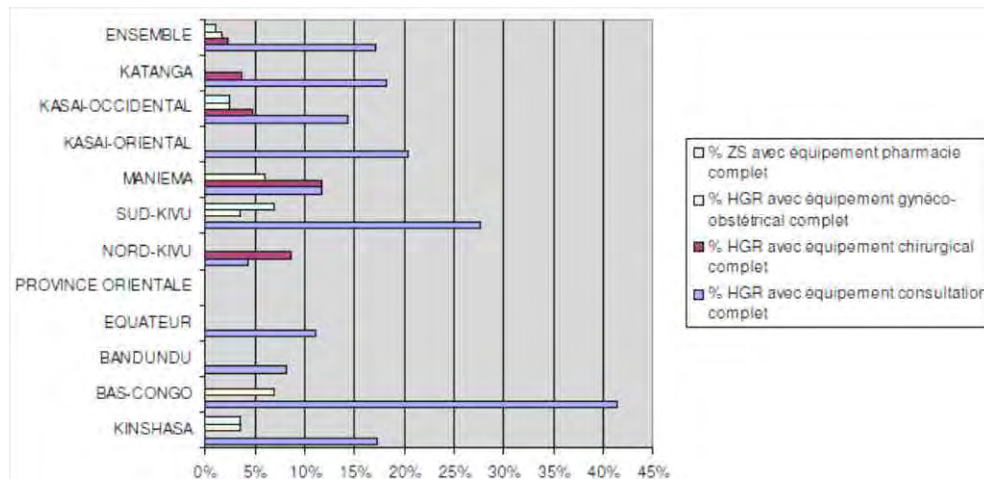
表 5-5 州ごとの保健センターの状況 (2010 年)

州	保健ゾーン数	保健センター数	耐久性のある資材で建設された保健センター数
Bas-Congo	31	374	53
Bandundu	52	1,086	124
Equateur	69	1,086	134
Kinshasa	35	287	20 <sup>25</sup>
Kasaï Occidental	43	777	96
Kasaï Oriental	49	858	128
Katanga	67	1,085	117
Maniema	18	263	31
Nord-Kivu	34	483	83
Province Orientale	83	1,324	144
Sud-Kivu	34	503	77
<b>合計</b>	<b>515</b>	<b>8,126</b>	<b>1,006</b>

出典： Ministère de la Santé Publique (2010) Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 [5]

<sup>25</sup> Kinshasa の保健センターの大半が民間営利組織であり、公的保健センター数は少ない [5]。

医療機材の状況については、リファラル総合病院（HGR）における基本的な医療資機材の保有率は非常に低い。2009年の調査によると、州ごとのHGRにおける医療機材の状況は図5-4のとおり [5]。



出典： Ministère de la Santé Publique (2010) Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 [5]

図 5-4 州別医療機材保有の状況

保健省の機材保守管理能力は弱い。機材保守管理に関する規定や規範が存在しないこと、また保守管理の文化が欠如していることから、全てのレベルにおいて機材の保守管理が重要視されていない。医療機材も老朽化し、数量自体が少なく、種類も揃っていない。加えて、医療施設への水、電気の供給にも課題がある。また、公共事業・インフラ・復興省とは工事のモニタリングについて、環境・住居・地方開発省とは衛生施設に関する連携が弱いことも課題である [5]。

この状況を踏まえ、PNDS では、1) ターゲット施設の 80%以上の施設の建設または改修と機材整備、2) 中央および州レベルで機材保守管理部門が機能することが目標となっている。

### 医薬品の供給

2002年に保健省は国家必須医薬品供給システム（SNAME）を確立、必須医薬品の調達を必須医薬品購入配布センター連盟（FEDECAME）に中央集権化し、地域配布センター（CDR）を通じて配布を分権化した。FEDECAMEの主な役割は、公的セクターの医薬品供給システムのための調達、調達した製品の質の保証およびCDRへの技術・ロジステック支援の実施である [5]。

FEDECAMEによると、図5-5のとおり、CDRは17センター、医薬品供給拠点は、キンシャサの西部拠点（BCAF）とゴマの東部拠点（ASRAMES）の2か所存在している<sup>26</sup>。全国をカバーするためには、Oriental州とKatanga州北部の2か所に拠点が必要である [5]。

<sup>26</sup> <http://www.fedecame.org/Centrales.html> (2012年7月アクセス)



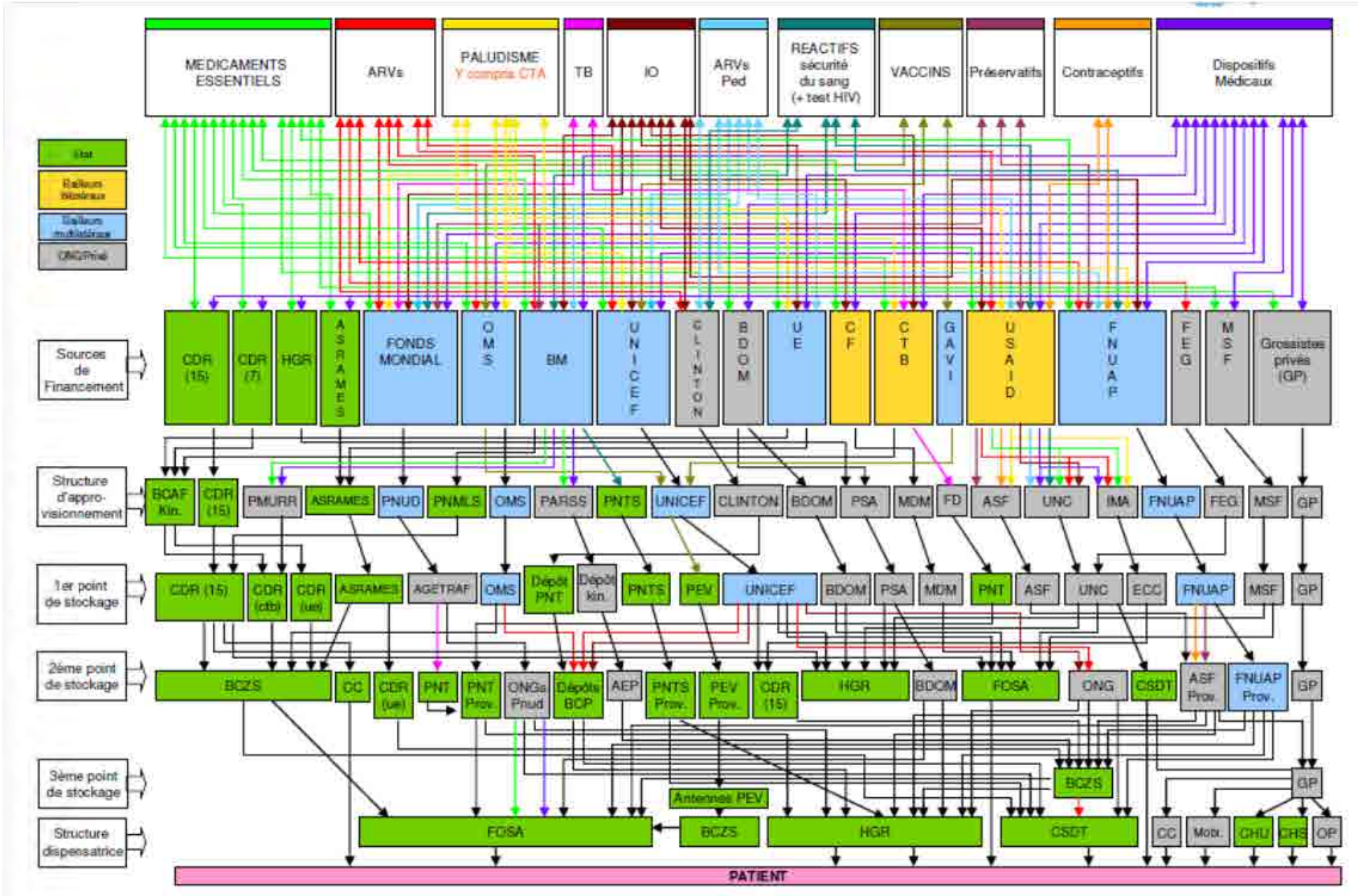
出典： <http://www.fedecame.org/Cartepool.html> (2012年7月アクセス)

図 5-5 医薬品供給体制

FEDECAME は国家必須医薬品リスト上にある製品の調達が可能である唯一の機関である。全ての調達は一般競争入札で行われ、約 98%が国際競争入札となっている。FEDECAME を通じた調達を行わないドナーやパートナーは 6.6%の輸入税を払うか財務省から免税許可を受けることになる。多くの場合、民間の通関業者を利用し、保健ゾーンの倉庫までの配送は民間の配送会社に依頼している。コンゴ民では陸上輸送が医薬品供給システムにおける大きな課題の一つである。空輸サービスが未発達であるにもかかわらず、通関手続き後の医薬品の輸送は主に空輸に頼らざるをえない状況である [14]。

保健省の医薬品・薬用植物局が医薬品セクターを管轄している。コンゴ民の医薬品セクターは非常に断片的であり、政府の監督も不適切である。公的セクターには複数の並列した医薬品供給システムが存在し、医療施設ごとの供給システムはその施設が存在する保健ゾーンを支援する援助機関に大きく依存している [14]。

医薬品の供給（資金、調達、保管のいずれか）に関わる援助機関数は 52 で、うち多国間援助機関が 8、二国間援助機関が 3、民間または非政府組織（NGO）が 41 であった [17]。図 5-6 に示すとおり、コンゴ民の医薬品供給に関わる現状は極めて複雑である。



5-10

出典： Ministère de la Santé Publique (2010) Cartographie des Systèmes d'Approvisionnement et Distribution des Médicaments et Autres Produits de Santé [17]

図 5-6 医薬品供給システム(2009年)



医薬品に対する資金源だけを見ても、表 5-6 のとおり、多くの援助機関が関わっている。また、援助機関ごと製品ごとに調達、保管、配送機関が異なっている。

表 5-6 医薬品・資機材ごとの資金源

	世界基金	世銀	GAVI	WHO	UNICEF	UNFPA	EU	USAID	ベルギー	仏国	クワット	MSF	FEG	BDOM	計
必須医薬品	✓	✓		✓	✓		✓	✓	✓	✓		✓		✓	11
ARV	✓	✓		✓	✓	✓		✓			✓		✓		8
小児用 ARV	✓	✓			✓	✓	✓	✓			✓				7
ACT	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓						7
結核薬	✓								✓						2
日和見感染 予防薬	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				9
避妊薬						✓		✓							2
コンドーム	✓	✓				✓		✓							4
ワクチン			✓	✓	✓										3
HIV 検査薬	✓	✓				✓		✓			✓				5
医療機材	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓	10
合計	9	7	1	4	7	9	5	9	5	3	4	2	1	2	

出典： Ministère de la Santé Publique (2010) Cartographie des Systèmes d'Approvisionnement et Distribution des Médicaments et Autres Produits de Santé [17]

医薬品の必要量の算定の責任は保健ゾーンを支援するドナーあるいは保健省プログラムが負っている。また、必要量の算定の方法も保健ゾーンやドナーの要求、疾病プログラムにより大きく異なる。信頼できる消費あるいは罹患に関するデータがなく算定が難しい [14]。

PNDS では、医薬品の供給に係る目標として、1) 保健ゾーン全体で医薬品が入手可能となる、2) 2015 年までに 80%の国民が必須医薬品およびジェネリック医薬品に経済的にアクセスできるようになる、3) 2015 年までに流通している必須医薬品、ジェネリック医薬品、医療資機材の質が向上する、の 3 つの目標が設定されている。

## 5.5 管理・監督機能

### 5.5.1 保健行政組織構成

保健行政は保健省が統括している。保健省の組織は図 5-7 のとおり。保健行政もサービス提供体制と同様に中央レベル、中間レベルおよび末端レベルの 3 つのレベルから構成されている (表 4-1 参照)。地方保健行政組織として、州保健局が 11、郡保健局が 65 設置されている [5]。

保健省本省は保健セクターにおける規制の責任を負い、政策、戦略、規範およびガイドラインの策定を行う。また、州レベルにおける実施に係る助言や支援、コンプライアンスの統制、モニタリングを行う。一方、中間レベルの州保健局と郡保健局は、保健ゾーンの監督、技術指導、政策、戦略、規範などの実施とモニタリングを行う [5]。

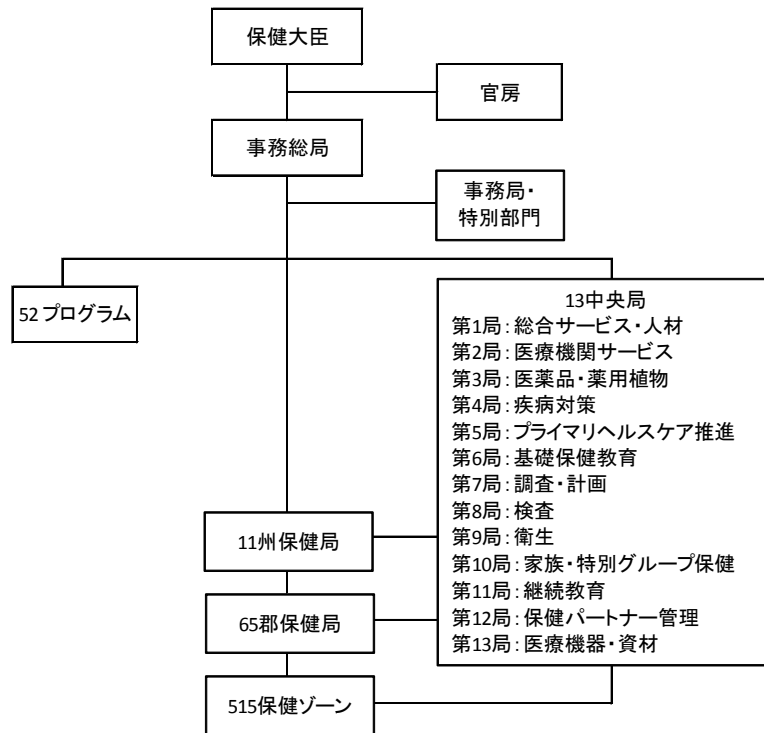


図 5-7 保健省組織図

州ごとの郡保健局数および保健ゾーン数は表 5-7 のとおり。

表 5-7 州ごとの郡保健局数および保健ゾーン数

州	郡保健局数	保健ゾーン数
Bas-Congo	5	31
Bandundu	6	52
Equateur	8	69
Kinshasa	6	35
Kasaï Occidental	4	43
Kasaï Oriental	6	49
Katanga	7	67
Maniema	4	18
Nord-Kivu	4	34
Province Orientale	10	83
Sud-Kivu	5	34
合計	65	515

出典： Ministère de la Santé Publique (2010) Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 [5]

### 5.5.2 課題および PNDS の目標

PNDS では、管理・監督機能に関する課題として、以下の課題が特定されている。

- 保健省は政府に採択されていない文書（国家保健政策および国家戦略）に従って活動を行っている。
- 保健セクターを規制する文書が古くなっている（保健セクターの枠組みを定めた法律が採択されておらず、1952 年の法で規制されている）

- 存在する規範に関し、規範が適用される末端レベルと策定した中央レベルの見解が異なる。また、医療設備に関する基準などの規範文書が存在していない。
- 保健省のリーダーシップの弱さとセクター内での不十分な連携に加え、様々なプロジェクトの運営委員会が乱立しており、セクターの調整が困難となっている。
- 民間営利団体が増加しているにもかかわらず、ほとんど規制が行われていない。

したがって、PNDS では、管理・監督機能に係る目標として、1) 法律、規制、戦略、規範が策定または改訂され、実行される、2) 分権化の状況下で組織能力が強化される、3) 全てのレベルで調整が確実に行われる、4) 全てのレベルで効果・効率的な管理が行われる、の4つの目標が設定されている。

## 第6章 ドナーの協力状況

### 6.1 援助協調の枠組み

国別援助枠組み（CAF）は策定されているが、策定プロセスがドナー主導だったことなどから事実上形骸化している。また、計画省の統括により、政府・ドナー間の対話が20分野に渡るテーマ別会合において行われているが、政府のイニシアチブの欠如などによって援助協調は全体的に見ると十分に機能していない。

2009年6月には、アクラ・ハイレベル・フォーラムのフォローアップとして政府が主催した「援助効果向上ハイレベル・フォーラム」で、ドナー毎の援助の分業化や、トランザクションコスト削減のためのセクター・ファンドやプール・ファンドの設置が提案され、さらに、援助の一貫性と効率化を図るためのセクター戦略の策定に向けたテーマ別会合の再活性化が表明されたが、これら提案に対する具体的進展は依然として見られていない。

保健セクターにおいては、ワクチンと予防接種のための世界同盟（GAVI）と世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）がコモンファンドによる支援を行っており、セクター財政支援の開始に向けたドナー間の検討も続けられている。米国国際開発庁（USAID）が議長となって月1回のドナー間協議が行われており、8つの国際機関<sup>27</sup>と10カ国<sup>28</sup>が参加している。政府・ドナー間協議は機能していない。政府は、国際保健パートナーシップ・プラス（IHP+）におけるドナーとの覚書の締結（2009年）などを通じ、ドナー調整を行おうとしており、今後の改善が期待される。

### 6.2 ドナー協力実績

#### 6.2.1 概況

コンゴ民における保健分野の主要ドナーの支援概要は以下のとおり。健康課題に対する支援よりも、サービス提供体制強化および利用の向上のための保健ゾーン開発や強化に対する支援、保健システム強化に対する支援が多くなっている。

<sup>27</sup> 国連児童基金（UNICEF）、世界保健機関（WHO）、国連開発計画（UNDP）、国連エイズ合同計画（UNAIDS）、国連人口基金（UNFPA）、世界銀行、アフリカ開発銀行、欧州委員会人道支援・市民保護局（ECHO）

<sup>28</sup> ベルギー、スペイン、フランス、イギリス、ドイツ、日本、韓国、カナダ、スウェーデン、イタリア

表 6-1 主要ドナーの支援概要

機関	計画期間	予算（参考）	主な支援分野						
			子どもの健康	母親の健康	栄養	エイズ/HIV	マラリア	結核	保健システム強化
WHO	2008-2013 年	-							○
UNICEF		-	○			○			○
EU		45.0 百万米ドル**							○
米国	2011-2014 年	-	○	○		○	○	○	○
ベルギー	2010-2013 年	16.5 百万米ドル**				○			
DFID	2011-2015 年	1 億 9,800 万英ポンド	○	○		○	○		
JICA		-							○
世界基金*		-				○	○	○	○
世界銀行		75.6 百万米ドル**					○		○
GAVI		21.7 百万米ドル**	○						○

注\*： 世界基金の詳細は表 6-2 にまとめる

注\*\*： 2010 年 1 月から 2011 年 6 月までのコミット額

出典： JICA 提供資料および各ドナーウェブサイト（次項参照）

## 6.2.2 主要ドナーの動向

### (1) 世界保健機関（WHO）

WHO のコンゴ民における 2008-2013 年の優先課題は以下のとおり [24]。

- 保健省への支援（政策策定、保健システム強化、人材管理能力強化等）
- 女性および青少年の健康、子どもの生存のための支援
- 感染症および非感染性疾患の予防および対策への支援
- 緊急事態および災害時の保健に関する対応強化

### (2) 世界銀行

コンゴ民における支援は、疾病別ではマラリア対策強化のための保健ゾーンへの介入をしているほか、サービス利用向上のための保健財政改革や人材開発、情報システムなど保健システム強化への支援を行っている。保健セクター復興支援プロジェクト（HSRSP）では、対象保健ゾーンの人々の基礎保健サービスの利用およびアクセスの向上を目指している。プロジェクトは、マラリア対策の促進、サーベイランスおよび保健システムマネジメントの強化などの活動を行っている [25]。

### (3) 国連児童基金（UNICEF）

UNICEF はコンゴ民において、保健システムの再活性化、予防接種、栄養、マラリア予防を重点分野としている。コミュニティにおいては、予防接種の推進、妊産婦および 5 歳未満児に対する殺虫剤処理済蚊帳の配布、母親に対する栄養指導、微量栄養素の供給、保健センターに対する必須医薬品等の供与、職員等への研修、HIV 母子感染予防などへの支援を行っている [26]。

(4) 世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）

表 6-2 に世界基金のコンゴ民における支援状況を示す。

表 6-2 世界基金の支援状況

種別	ラウンド	タイトル	資金受入 責任機関	署名時予算額 (米ドル)	フェーズ および現状
HIV/エイズ	7	Integration of package of services for the prevention, care and treatment of HIV/AIDS in 43 priority health zones in the Democratic Republic of Congo	国連開発計画 (UNDP)	38,344,477 (phase I&II)	Phase II - In Progress
	8	Integration of the HIV/AIDS Prevention, Care and Treatment Services Packet in 196 priority health zones in the Democratic Republic of Congo	UNDP	56,362,741	Phase I - In Progress
	8	Integration of the HIV/AIDS Prevention, Care and Treatment Services Packet in 196 priority health zones in the Democratic Republic of Congo	Catholic Organisation for Relief and Development Aid, Congo	6,932,753	Phase I - In Progress
	8	Integration of the HIV/AIDS Prevention, Care and Treatment Services Packet in 196 priority health zones in the Democratic Republic of Congo	Eglise du Christ au Congo	8,014,408	Phase I - In Progress
結核	9	Support for tuberculosis control in Democratic Republic of Congo	保健省	8,392,487	Phase I - In Progress
	9	Support for tuberculosis control in Democratic Republic of Congo	Caritas Congo	18,070,063	Phase I - In Progress
マラリア	8	Contribution to universal access of DR Congo populations to effective interventions to fight malaria	Eglise du Christ au Congo	37,690,725	Phase I - In Progress
	8	Contribution to Universal Access of DR Congo Populations to Effective Interventions to Fight Malaria	UNDP	25,027,374	Phase I - In Progress
保健システム強化	9	Contribute to improving the health information system and availability and quality of care in selected health zones	保健省	57,071,746	Phase I - In Progress

出典: GFATM Grant Portfolio Congo (Democratic Republic) [27]

(5) 米国

「国際保健イニシアチブ（GHI）対コンゴ民主共和国戦略（2011-2014年）」では、保健人材の強化、医薬品供給システムの整備、実績に基づく資金配分への支援を重点戦略としている [28]。また、プライマリヘルスケアへのアクセスを向上させるため、サービスの質向上および行政、民間セクターおよび市民社会の能力強化への支援を行うとともに、妊産婦、新生児および幼児の健康状態の改善、感染症対策、家族計画、保健サービスの提供に必要なインフラの整備などへの支援も行うとしている [29]。

(6) ベルギー

2010-2013年の支援プログラムの重点は農業、地域開発および職業技術教育となっているが、分野横断的課題として HIV/エイズ対策への支援が含まれている [30]。

(7) 英国国際開発省（DFID）

2011-2015年の実施計画において、以下4つのプログラムまたは介入を実施するとしている。

- ・ リプロダクティブヘルス、母子保健、マラリア対策を重点としたプライマリヘルスケアサービスに対する包括的支援

- ・ 蚊帳および避妊具の配布
- ・ マラリア、下痢症および栄養に関する地域保健パッケージ（UNICEFによる農村地域住民主導の水衛生プログラムへの付加）
- ・ HIV/エイズ対策に係る調整機能の改善（国連エイズ合同計画（UNAIDS）を通じたプロジェクト）

## 6.3 日本の協力実績と現状

### 6.3.1 対コンゴ民協力方針と保健分野の位置づけ

2007年2月に実施されたコンゴ民政府との経済協力政策協議において、貧困削減・開発戦略書（DSCR）の柱である社会サービスへのアクセス改善を重点とすること、保健、水、コミュニティ開発の3分野を中心に基礎生活環境改善およびコミュニティ開発に資する協力を実施していくことが決定された。したがって、対コンゴ民事業展開計画において保健分野は援助重点分野「社会サービスへのアクセス改善」に位置付けられており、現在「保健サービスへのアクセス改善プログラム」が展開されている。

### 6.3.2 保健分野における日本の協力

我が国は政府の保健分野強化の方針を踏まえた上で、保健アドバイザーを中心として保健省と協議を重ね、保健人材の能力強化を目的とした協力を行う。具体的な支援内容については、以下4つの柱に沿って第三国リソース（セネガル）の活用も含めて無償資金協力、技術協力を検討する。4つの柱とは、1) 保健人材開発計画の政策策定支援、2) 政策実施に関わる人材局能力強化支援、3) 初任・現任保健人材教育の質の強化支援および4) 保健施設のマネジメント改善である。

我が国の保健分野における対コンゴ民支援の2005年以降の実績は表6-3のとおり。

表 6-3 日本の保健分野における対コンゴ民支援（2005年以降）

スキーム	協力期間	名称
無償資金協力	2005年	小児感染症予防計画（UNICEF経由）
	2007年	小児感染症予防計画（UNICEF経由）
	2008年	小児感染症予防計画（UNICEF経由）
	2009年	小児感染症予防計画（UNICEF経由）
	2009年	キンシャサ大学病院医療機材整備計画
	2011年8月 - 2014年12月	キンシャサ保健人材センター整備計画
技術協力プロジェクト	2010年6月 - 2012年10月	キンシャサ大学病院機材整備計画
	2010年11月 - 2013年11月	保健人材開発支援プロジェクト
専門家派遣	2008年6月 - 2014年3月	保健アドバイザー
	2009年7月 - 2009年7月	保健人材育成技術
	2009年9月 - 2009年9月	看護教育
国別研修	2011年8月 - 2012年3月	キンシャサ大学病院医療機材管理研修

出典： 外務省（2011）政府開発援助(ODA)国別データブック [2]、外務省 HP [31]、JICA ナレッジサイト [32]

## 第 章 保健セクターにおける優先課題

### 保健セクターにおける優先課題とその背景

1 章から 6 章までに整理した現状より、コンゴ民の保健セクターにおける課題とその要因を図 7-1 のように整理し、以下に記述する。

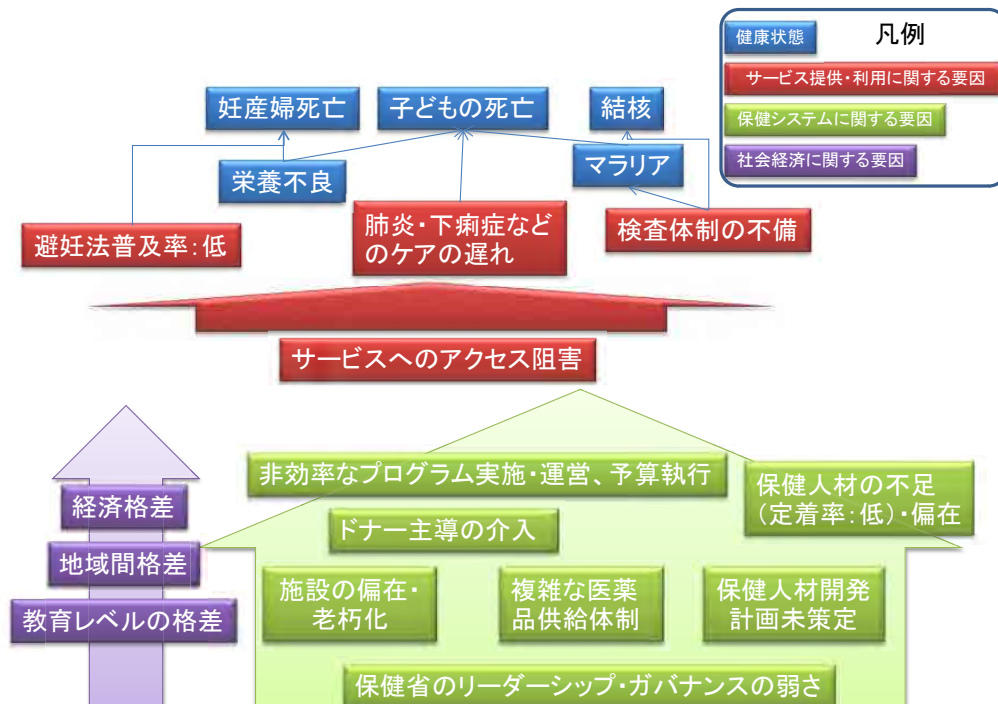


図 7-1 コンゴ民保健セクターの課題と背景要因

#### 健康状態における問題

保健サービスのカバー率の改善傾向が見られるにもかかわらず、コンゴ民の健康状態を表す指標のほとんどがサブサハラアフリカの平均を下回っている。また、多くの指標において都市部と農村部、州による格差があり、子どもの健康状態に関する指標では世帯の経済状態にも影響されることが示唆されている。また、これらの背景には、深刻な慢性栄養不良やマラリアがあり、改善が見られない結核の発生率などの要因が挙げられる。

#### 問題の背景

上記の状況の背景には、人材や予算、法制度など保健システムに関わる部分において保健省のリーダーシップが弱いため、適切な現状分析やニーズ分析に基づく計画が策定されておらず、ドナー主導の介入を許している状況があると考えられる。加えて、ドナーからの支援を調整する機能も弱く、多くのドナーが保健ゾーンの開発に介入しているが、その介入はドナー側の意向に大きく影響されている。また、ドナーによるプログラムやプロジェクト実施のための委員会等が乱立し、効率的な政策実施が困難になっている。さらに、医薬品供給体制も複雑を極め、必要な医薬品が適切に配布されていないため、保健センターにおける医薬品不足のためにマラリアの治療などが適切に受けられないなど



の事態が生じている。こうした状況により、住民側の社会経済的状況も影響して基礎的な保健サービスすら十分に提供されていないという状況となっていることが推察される。

### 7.1.3 問題に対する政府およびドナーの取り組みと今後の課題

保健省は、保健ゾーンを開発してプライマリヘルスケアの供給体制を強化するべく、国家保健開発計画を実施中である。また、同計画において、保健省のリーダーシップとガバナンスの強化も目標に掲げ、保健情報システム整備のために省内のコミュニケーションの強化を図るなどの取り組みが行われている。ドナーもこれらの動きを支援し、保健システムの強化や保健ゾーンへの支援を行っている。ドナー協調に関しては、セクターワイドアプローチ（SWAps）の導入や国際保健パートナーシップ・プラス（IHP+）への加盟によりドナーの調整を行おうとしている。

## 7.2 保健分野の開発に資する日本の協力の可能性

日本は保健人材分野において幅広い支援を行ってきており、今後も引き続きこの役割を担うことにより、上記の取り組みの推進に貢献できると思料される。保健人材開発計画の策定支援は、保健人材の適切な育成と配置、定着率の向上のためには喫緊の課題であり、省内外の調整機能や政策実施能力の向上を高めるための行政官に対する能力強化支援も重要である。さらには、各地においてサービスを提供する保健人材に対する現任教育や、施設、機材の維持管理能力強化のための支援を行うことにより、サービスへのアクセス向上に貢献できると考えられる。

## 添付資料

- 添付 1 保健分野主要指標
- 添付 2 参考文献リスト

添付1:保健分野主要指標(コンゴ民主共和国)

国名: コンゴ民主共和国 (Democratic Republic of the Congo)				MDGs	Sources	1990	2000	Latest	Latest year	Latest in Region	(Latest year)	Region		
0 基礎情報	0.1 人口動態	0.1.01	人口	Population, total		WDI	36,406,226	49,626,200	65,965,000	2010	853,434,000	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		0.1.02	人口増加率 (直近10年間の平均)	Population growth (annual %)		WDI	3.6	2.4	2.7	2010	2.5	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		0.1.03	出生時平均余命	Life expectancy at birth, total (years)		WDI	46.8	45.7	48.1	2010	54.3	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		0.1.04	粗出生率	Birth rate, crude (per 1,000 people)		WDI	50.5	49.2	43.5	2010	37.4	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		0.1.05	粗死亡率	Death rate, crude (per 1,000 people)		WDI	18.5	19.1	16.5	2010	12.6	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		0.1.06	都市人口率	Urban population (% of total)		WDI	27.8	29.8	35.2	2010	37.4	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
	0.2 経済・開発状況	0.2.01	一人あたり国民総所得	GNI per capita, Atlas method (current US\$)		WDI	230	90	180	2010	1,188.5	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		0.2.02	経済成長率	GNI growth (annual %)		WDI	(7.0)	(7.8)	6.9	2010	4.1	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		0.2.03	初等教育就学率	Total enrollment, primary (% net)	2.1	WDI					76.3	(2009)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		0.2.04	初等教育就学率における男女比	Ratio of female to male primary enrollment (%)	3.1	WDI	70.5		86.7	2010	91.6	(2009)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		0.2.05	成人識字率	Literacy rate, adult total (% of people ages 15 and above)		WDI			67.0	2009	62.3	(2009)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		0.2.06	人間開発指標	Human Development Index		HDR		0.43	0.29	2010	0.46	(2011)	Sub-Saharan Africa	
		0.2.07	人間開発指標の順位	Human Development Index (rank)		HDR		155/173	187/187	2010				
		0.2.08	1日1.25ドル未満で生活する人口の割合	Poverty gap at \$1.25 a day (PPP) (%)		WDI			52.8	2006	20.6	(2008)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
	0.3 水と衛生	0.3.01	安全な水を使用する人口の割合	Improved water source (% of population with access)	7.8	HNP Stats	45	44	45	2010	61.1	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		0.3.02	改善された衛生設備を使用する人口の割合	Improved sanitation facilities (% of population with access)	7.9	HNP Stats	9	16	24	2010	30.6	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
1 受益者の健康の状況	1.1 疾病構造	1.1.01	感染症、周産期および栄養の状態などにより死亡する年齢調整死亡率	Age-standardized mortality rate by cause (per 100,000 population) - Communicable		GHO			932	2008	798	(2008)	Africa	
		1.1.02	非感染性疾患で死亡する年齢調整死亡率	Age-standardized mortality rate by cause (per 100,000 population) - Noncommunicable		GHO			837	2008	779	(2008)	Africa	
		1.1.03	負傷で死亡する年齢調整死亡率	Age-standardized mortality rate by cause (per 100,000 population) - Injuries		GHO			155	2008	107	(2008)	Africa	
		1.1.04	感染症、周産期および栄養の状態などにより死亡する率	Cause of death, by communicable diseases and maternal, prenatal and nutrition conditions (% of total)		HNP Stats			71.7	2008	64.6	(2008)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		1.1.05	非感染性疾患で死亡する率	Cause of death, by non-communicable diseases (% of total)		HNP Stats			21.0	2008	28.3	(2008)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		1.1.06	負傷で死亡する率	Cause of death, by injury (% of total)		HNP Stats			7.3	2008	7.1	(2008)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		1.1.07	感染症による余命損失	Distribution of years of life lost by broader causes (%) - Communicable		GHO			82	2008	78	(2008)	Africa	
		1.1.08	非感染性疾患による余命損失	Distribution of years of life lost by broader causes (%) - Noncommunicable		GHO			11	2008	15	(2008)	Africa	
		1.1.09	負傷による余命損失	Distribution of years of life lost by broader causes (%) - Injuries		GHO			7	2008	17	(2008)	Africa	
	1.2 母子保健	1.2.01	妊産婦死亡率	Maternal mortality ratio (modeled estimate, per 100,000 live births)	5.1	MDGs	900	850	670	2008	650	(2008)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		1.2.02	青年期 (15-19歳) 女子による出産率	Adolescent fertility rate (births per 1,000 women ages 15-19)	5.4	MDGs		235.2	182.9	2010	107.6	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		1.2.03	5歳未満児死亡率	Mortality rate, under-5 (per 1,000)	4.1	MDGs	181.4	181.4	169.9	2010	121.2	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		1.2.04	乳児死亡率	Mortality rate, infant (per 1,000 live births)	4.2	MDGs	117.3	117.3	111.7	2010	76.4	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		1.2.05	低体重児出生率	Low-birthweight babies (% of births)		HNP Stats			11.9	9.5	2010	13.3	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		1.2.06	合計特殊出生率	Fertility rate, total (birth per woman)		HNP Stats	7.1	6.9	5.8	2010	4.9	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
	1.3 感染症	1.3.01	15-24歳のHIV感染率 (男性)	a) Prevalence of HIV, male (% ages 15-24)	6.1	MDGs						1.5	(2009)	Sub-Saharan Africa (developing only)
			15-24歳のHIV感染率 (女性)	b) Prevalence of HIV, female (% ages 15-24)	6.1	MDGs							3.8	(2009)
		1.3.02	マラリア有病率	Notified cases of malaria per 100,000 population	6.6	MDGs Database			37,400	2008				
		1.3.03	マラリアによる死亡率	a) Malaria death rate per 100,000 population, all ages		6.6	MDGs Database			156	2008	96	(2009)	Sub-Saharan Africa
				b) Malaria death rate per 100,000 population, ages 0-4		6.6	MDGs Database			147	2008	519	(2009)	Sub-Saharan Africa
		1.3.04	結核有病率	Tuberculosis prevalence rate per 100,000 population (mid-point)	6.9	MDGs Database	352	493	545	2010	479	(2009)	Sub-Saharan Africa	
		1.3.05	結核罹患率	Incidence of tuberculosis (per 100,000 people)	6.9	MDGs	327	327	327	2010	271	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		1.3.06	結核による死亡率	Tuberculosis death rate (per 100,000 people)	6.9	MDGs	78	66	54	2010	28	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		1.3.07	15-49歳の推定HIV感染率	Prevalence of HIV, total (% of population ages 15-49)		HNP Stats						5.5	(2009)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		1.3.08	AIDSによる推定死亡数	AIDS estimated deaths (UNAIDS estimates)		HNP Stats								
	1.3.09	HIV新規感染率	HIV incidence rate, 15-49 years old, percentage (mid-point)		MDGs Database									
	1.3.10	GFによる優先度スコア (HIV)	GFによる優先度スコア (HIV)	Partial Prioritization Score by the Global Fund (HIV)		GF			8	2012				
GFによる優先度スコア (マラリア)			Partial Prioritization Score by the Global Fund (Malaria)		GF			12	2012					
GFによる優先度スコア (結核)			Partial Prioritization Score by the Global Fund (TB)		GF			10	2012					
1.4 栄養不良	1.4.01	5歳未満児における中・重度の低体重の比率	Prevalence of wasting (% of children under 5)		HNP Stats			14.0	2007					
2 サービス提供の状況	2.1 母子保健対策	2.1.01	助産専門技能者の立会による出産の割合	Births attended by skilled health personnel, percentage	5.2	MDGs Database			79.3	2010				
		2.1.02	帝王切開率	Birth by caesarian section (%)		GHO			4	2007	3.5	(2011)	Africa	
		2.1.03	避妊具普及率	Contraceptive prevalence (% of women ages 15-49)	5.3	MDGs			17.3	2010	21.7	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		2.1.04	産前健診 (1回以上)	Pregnant women receiving prenatal care (%)	5.5	HNP Stats			87.7	2010	73.5	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		2.1.05	産前健診 (4回以上)	Pregnant women receiving prenatal care of at least four visits (% of pregnant women)	5.5	HNP Stats			44.7	2010	45.6	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		2.1.06	家族計画の必要性が満たされていない割合	Unmet need for family planning, total, percentage	5.6	MDGs Database			24.2	2010	24.8	(2008)	Sub-Saharan Africa	
		2.1.07	麻疹の予防接種を受けた1歳児の割合	1-year-old children immunized against: Measles	4.3	Childinfo	38	46	68	2010	75	(2010)	Sub-Saharan Africa	
		2.1.08	結核の予防接種を受けた1歳児の割合	1-year-old children immunized against: Tuberculosis		Childinfo	65	57	85	2010	84	(2010)	Sub-Saharan Africa	
		2.1.09	ジフテリア・百日咳・破傷風3種混合ワクチンの初回接種を受けた乳児の割合	a) 1-year-old children immunized against: DPT (percentage of infants who received their first dose of diphtheria, pertussis and tetanus vaccine)		Childinfo	60	49	67	2010	85	(2010)	Sub-Saharan Africa	
				b) 1-year-old children immunized against: DPT (percentage of infants who received three doses of diphtheria, pertussis and tetanus vaccine)		Childinfo	35	40	63	2010	77	(2010)	Sub-Saharan Africa	
		2.1.10	ポリオの予防接種を受けた1歳児の割合	1-year-old children immunized against: Polio		Childinfo	34	42	72	2010	79	(2010)	Sub-Saharan Africa	
2.1.11	B型肝炎の予防接種を3回受けた乳児の割合	Percentage of infants who received three doses of hepatitis B vaccine		Childinfo			63	2010	74	(2010)	Sub-Saharan Africa			

添付1: 保健分野主要指標(コンゴ民主共和国)

国名: コンゴ民主共和国 (Democratic Republic of the Congo)				MDGs	Sources	1990	2000	Latest	Latest year	Latest in Region	(Latest year)	Region	
2.2 感染症対策	2.2.01	最後のハイリスクな性交渉におけるコンドーム使用率 (男性)	Condom use with non regular partner, % adults (15-49), male	6.2	MDGs			16.0	2007				
	2.2.02	最後のハイリスクな性交渉におけるコンドーム使用率 (女性)	Condom use with non regular partner, % adults (15-49), female	6.2	MDGs			7.7	2007				
	2.2.03	HIV/エイズに関する包括的かつ正確な情報を有する15-24歳の割合 (男性)	Men 15-24 years old with comprehensive correct knowledge of HIV/AIDS, percentage	6.3	MDGs Database					33	(2005-2010)	Sub-Saharan Africa	
	2.2.04	HIV/エイズに関する包括的かつ正確な情報を有する15-24歳の割合 (女性)	Women 15-24 years old with comprehensive correct knowledge of HIV/AIDS, percentage	6.3	MDGs Database					26	(2005-2010)	Sub-Saharan Africa	
	2.2.05	10-14歳のエイズ孤児でない子どもの就学率に対するエイズ孤児の就学率	Ratio of school attendance of orphans to school attendance of non-orphans aged 10-14 years	6.4	MDGs Database			0.74	2010	0.92	(2005-2010)	Sub-Saharan Africa	
	2.2.06	殺虫剤処理済みの蚊帳を使用する5歳未満児の割合	Use of insecticide-treated bed nets (% of under-5 population)	6.7	HNP Stats				35.7	2010	34.0	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)
	2.2.07	適切な抗マラリア薬により治療を受ける5歳未満児の割合	Children under 5 with fever being treated with anti-malarial drugs, percentage	6.8	MDGs Database				39.1	2010	36	(2008-2010)	Sub-Saharan Africa
	2.2.08	DOTSのもとで発見され治療された結核患者の割合	Tuberculosis treatment success rate under DOTS, percentage	6.10	MDGs Database			78	88	2009	80	(2008)	Sub-Saharan Africa
	2.2.09	抗レトロウイルス薬による治療を受ける感染者の割合	Antiretroviral therapy coverage (% of people with advanced HIV infection)	6.5	MDGs								
	2.2.10	HIV検査・カウンセリングを受けた15歳以上の割合	People aged 15 years and over who received HIV testing and counselling, estimated number per 1,000 adult population		GHO				20.2	2010			
	2.2.11	人口10万人あたりのHIV検査・カウンセリング施設数	Testing and counselling facilities, estimated number per 100,000 adult population		GHO				2.2	2010			
	2.2.12	HIV検査を受けた妊婦の割合	Pregnant women tested for HIV, estimated coverage (%)		GHO				11	2010			
	2.2.13	HIV陽性妊婦のうちARTを受ける割合	Percentage of HIV-infected pregnant women who received antiretroviral drugs to reduce the risk for mother-to-child transmission (Mid point)	6.5	MDGs Database				4	2009			
	2.2.14	結核患者発見率	Tuberculosis case detection rate (all forms)		HNP Stats	18.0	38.0	53.0	2010	60	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
	2.2.15	結核治療成功率	Tuberculosis treatment success rate (% of registered cases)	6.10	MDGs				88.0	2009	79	(2009)	Sub-Saharan Africa (developing only)
2.3 栄養不良対策	2.3.01	5歳未満児に対するビタミンA補給率	Vitamin A supplementation coverage rate (% of children ages 6-59 months)		HNP Stats			83.1	2010	85.8	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
	2.3.02	ヨード添加塩使用世帯の割合	Consumption of iodized salt (% of households)		HNP Stats			58.6	2010	49.8	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
2.4 質とカバレッジ	2.4.01	公的セクターによるサービスカバレッジ	Estimate of health formal coverage		ILO			0.2		11.6		Countries of very high vulnerability	
	2.4.02	財源不足のためにカバーされない割合	Population not covered (%) due to financial resources deficit		ILO			98.1		85.8		Countries of very high vulnerability	
	2.4.03	人材不足のためにカバーされない割合	Population not covered (%) due to professional health staff deficit		ILO			85.7		74.6		Countries of very high vulnerability	
3 保健システムの状況	3.1 保健人材	3.1.01	人口10万人あたりの医師数	Physicians (per 100,000 people)		HNP Stats	0.07		0.11	2004	0.2	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		3.1.02	人口10万人あたりの母子保健看護師数	MCH Nurses (per 100,000 people)		HNP Stats							
		3.1.03	人口10万人あたりの看護師数	Nurses (per 100,000 people)		HNP Stats			0.5	2004			
		3.1.04	人口10,000人あたりの歯科医師数	Dentistry personnel density (per 10,000 population)		GHO			0.01	2004	0	(2007)	Africa
		3.1.05	人口10,000人あたりの薬剤師数	Density of pharmaceutical personnel (per 10,000 population)		GHO			0.2	2004	1.0	(2007)	Africa
	3.2 保健財政	3.2.01	国内総生産における保健支出の割合	Health expenditure, total (% of GDP)		HNP Stats		4.2	7.9	2010	6.5	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		3.2.02	保健支出全体における公的支出の割合	Health expenditure, public (% of total health expenditure)		HNP Stats		3.5	42.5	2010	45.1	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		3.2.03	保健支出全体における民間支出の割合	Health expenditure, private (% of total health expenditure)		HNP Stats		96.5	57.5	2010	54.9	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		3.2.04	民間支出のうち家計による直接負担の割合	Out-of-pocket health expenditure (% of private expenditure on health)		HNP Stats		87.1	62.5	2010	64.7	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		3.2.05	公的保健支出の国家支出全体に占める割合	Health expenditure, public (% of government expenditure)		HNP Stats		1.3	9.1	2010	10.0	(2005)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		3.2.06	保健支出における外部資金の割合	External resources for health (% of total expenditure on health)		HNP Stats		3.2	32.7	2010	10.5	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		3.2.07	公的保健支出における社会保障支出の割合	Social security expenditure on health as a percentage of general government expenditure on health		GHO		0.0	0.0	2009	7	(2009)	Africa
		3.2.08	一人あたりの保健支出	a) Health expenditure per capita (current US\$)		HNP Stats		11.2	15.8	2010	84.3	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)
	3.3 施設・機材・医薬品等	3.3.01	必須医薬品: ジェネリック医薬品の入手可能状況	a) Median availability of selected generic medicines (%) - Public		GHO			55.6	2007			
				b) Median availability of selected generic medicines (%) - Private		GHO			65.4	2007			
3.3.02		必須医薬品: ジェネリック医薬品の平均価格	a) Median consumer price ratio of selected generic medicines - Public		GHO			2	2007				
			b) Median consumer price ratio of selected generic medicines - Private		GHO			2.3	2007				
3.3.03		人口1,000人あたりの病床数	Hospital beds (per 1,000 population)		HNP Stats	1.4		0.8	2006	1.2	(1990)	Sub-Saharan Africa (developing only)	

WDI: World Development Indicators & Global Development Finance (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>) (Accessed 07/2012)

HDR: Human Development Reports (<http://hdr.undp.org/>) (Accessed 07/2012)

HNP Stats: Health Nutrition and Population Statistics (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>) (Accessed 07/2012)

GF: Global Fund eligibility list for 2012 funding channels, the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (<http://www.theglobalfund.org/en/application/applying/ecfp/>) (Accessed 07/2012)

GHO: Global Health Observatory Country Statistics (<http://www.who.int/gho/countries/en/>) (Accessed 07/2012)

GHO: Global Health Observatory Repository (<http://apps.who.int/ghodata/>) (Accessed 07/2012)

MDGs: Millennium Development Goals (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>) (Accessed 07/2012)

MDG database: Millennium Development Goals Indicators (<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/>) (Accessed 07/2012). Regional data is available on The Millennium Development Goals Report Statistical Annex 2011 (United Nations).

Childinfo: Childinfo UNICEF (<http://www.childinfo.org/>) (Accessed 07/2012)

ILO: World Social Security Report 2010/11: Providing coverage in times of crisis and beyond. International Labour Office Geneva: ILO 2010.

1.3.10 Partial Prioritization Score is composed of the income level score for the country and the disease burden score for the particular disease in the country. The minimum score is 3 and the maximum score is 12.

2.4.01 Estimate of health formal coverage is indicated as percentage of population covered by state, social, private, company-based, trade union, mutual and other health insurance scheme.

2.4.02 Population not covered (%) due to financial resources deficit (based on median value in low-vulnerability group of countries) uses the relative difference between the national health expenditure in international \$ PPP (excluding out-of-pocket) and the median density observed in the country group with low levels of vulnerability as a benchmark for developing countries. The rate can be calculated using the following formula:

Per capita health expenditure not financed by private households' out-of-pocket payments (PPP in int. \$) [A]  
 Population (in thousands) total [B]  
 Total health expenditure not financed by out of pocket in int. \$ PPP (thousands) [C = A x B]  
 Population covered by total health expenditure not financed by out-of-pocket if applying Benchmark\* (thousands) [D = C ÷ Benchmark]\*\*  
 Percentage of the population not covered due to financial resources deficit (%) [F = (B - D) ÷ B x 100]

\*Benchmark: Total health expenditure not financed by out-of-pocket per capita = 350 international \$ PPP.

\*\*This formula was partially modified from the original in the source to suit an actual calculation.

2.4.03 Population not covered (%) due to professional health staff deficit uses as a proxy the relative difference between the density of health professionals in a given countries and its median value in countries with a low level of vulnerability. The rate can be calculated using the following formula:

Total of health professional staff [A = B + C]  
 Number of nursing and midwifery personnel [B]  
 Number of physicians [C]  
 Total population (in thousands) [D]  
 Number of health professional per 10,000 persons [F = A ÷ D x 10]  
 Total population covered if applying Benchmark\* (thousands) [E = A ÷ Benchmark x 10]  
 Percentage of total population not covered due to health professional staff deficit [G = (D - E) ÷ D x 100]  
 Benchmark: 40 professional health staff per 10,000 persons.

## 添付 2 : 参考文献リスト (コンゴ民主共和国)

引用番号	資料名	発行元	URL など	発行年
1	World Development Indicators	World Bank	<a href="http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators">http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators</a>	
2	政府開発援助 (ODA) 国別データブック「コンゴ民主共和国」	外務省	<a href="http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryo/kuni/10_databook/pdfs/05-16.pdf">http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryo/kuni/10_databook/pdfs/05-16.pdf</a>	2011
3	Human Development Report	UNDP	<a href="http://hdr.undp.org/en/">http://hdr.undp.org/en/</a>	2011
4	Institut National de la Statistique RDC	Institut National de la Statistique RDC	<a href="http://www.ins.cd/">http://www.ins.cd/</a>	2012
5	Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015	Ministère de la Santé Publique	<a href="http://www.congoforum.be/upldocs/PNDS%202011-2015-KNT.pdf">http://www.congoforum.be/upldocs/PNDS%202011-2015-KNT.pdf</a>	2010
6	NCD Country Profiles 2011	WHO	<a href="http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles2011/en/index.html">http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles2011/en/index.html</a>	2011
7	Mortality Fact Sheet 2006			2006
8	Rapport National des Progrès des OMD 2010	République Démocratique du Congo	<a href="http://www.cd.undp.org/mediafile/OMD_Rapport%20RDC_version%20courte_2010.pdf">http://www.cd.undp.org/mediafile/OMD_Rapport%20RDC_version%20courte_2010.pdf</a>	2010
9	The State of the World's Children 2012: Children in an Urban World	UNICEF	<a href="http://www.unicef.org/sowc/files/SOWC_2012-Main_Report_EN_21Dec2011.pdf">http://www.unicef.org/sowc/files/SOWC_2012-Main_Report_EN_21Dec2011.pdf</a>	2012
10	Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples en République Démocratique du Congo (MICS-RDC 2010) Rapport Final	Institute National de la Statistique et UNICEF		2011
11	The 2012 Report Democratic Republic of Congo	Countdown to 2015	<a href="http://www.countdown2015mnch.org/country-profiles/congo-democratic-republic-of-the">http://www.countdown2015mnch.org/country-profiles/congo-democratic-republic-of-the</a>	2012
12	Rapport d'Activité sur la Riposte au VIH/sida en R. D. Congo 2012	Programme National Multisectoriel de Lutte contre Le Sida (PNMLS)		2012
13	Enquête Démographique et de Santé, République Démocratique du Congo 2007	Ministère du Plan et Macro International	<a href="http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR208/FR208.pdf">http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR208/FR208.pdf</a>	2008
14	Malaria Operational Plan, Fiscal Year 2012, Democratic Republic of Congo	President's Malaria Initiative	<a href="http://pmi.gov/countries/mops/fy12/drc_mop_fy12.pdf">http://pmi.gov/countries/mops/fy12/drc_mop_fy12.pdf</a>	2011
15	World Malaria Report 2011	WHO	<a href="http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2011/en/">http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2011/en/</a>	2011
16	Global Tuberculosis Control: WHO report 2011	WHO	<a href="http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/">http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/</a>	2011
17	Cartographie des Systèmes d'Approvisionnement et Distribution des Médicaments et Autres Produits de Santé	Ministère de la Santé Publique	<a href="http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17032f/s17032f.pdf">http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17032f/s17032f.pdf</a>	2010
18	PMTCT Fact Sheet: Democratic Republic of the Congo	UNICEF	<a href="http://www.unicef.org/aids/files/DRC_PMTCTFactsheet_2010.pdf">http://www.unicef.org/aids/files/DRC_PMTCTFactsheet_2010.pdf</a>	2010
19	Tuberculosis Profile Democratic Republic of Congo	USAID	<a href="https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&amp;name=/WHO_HQ_Reports/G2/PROD/EXT/TBCountryProfile&amp;ISO2=CD&amp;outtype=PDF">https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&amp;name=/WHO_HQ_Reports/G2/PROD/EXT/TBCountryProfile&amp;ISO2=CD&amp;outtype=PDF</a>	2009
20	Bulletin Épidémiologique du Congo N81-Février-Mars 2010	Ministère de la Santé Publique		2010
21	コンゴ民主共和国保健人材支援プロジェクト詳細計画策定調査報告書	独立行政法人国際協力機構人間開発部		2010

## 添付 2 : 参考文献リスト (コンゴ民主共和国)

引用 番号	資料名	発行元	URL など	発行年
22	Health System Financing Country Profile: Democratic Republic of the Congo 2010	WHO	<a href="http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REPORT_COUNTRY_PROFILE">http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REPORT_COUNTRY_PROFILE</a>	
23	Global Health Expenditure Database-Democratic Republic of the Congo	WHO	<a href="http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&amp;COUNTRYKEY=84012">http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&amp;COUNTRYKEY=84012</a>	2012
24	Stratégie de coopération - Un aperçu: République démocratique du Congo	Organisation mondiale de la Santé		2009
25	PROJECT INFORMATION DOCUMENT (PID), DRC Additional Financing Primary Health Care	World Bank	<a href="http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2011/11/18/000001843_20111122102203/Rendered/PDF/Project0Inform0t0000Appraisal0Stage.pdf">http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2011/11/18/000001843_20111122102203/Rendered/PDF/Project0Inform0t0000Appraisal0Stage.pdf</a>	2011
26	UNICEF, DR Congo. Survie	UNICEF	<a href="http://www.unicef.org/drcongo/french/health.html">http://www.unicef.org/drcongo/french/health.html</a>	
27	Country Portfolio	GFATM	<a href="http://portfolio.theglobalfund.org/en/Grant/List/ZAR">http://portfolio.theglobalfund.org/en/Grant/List/ZAR</a>	
28	Global Health Initiative Democratic Republic of Congo Strategy 2011-2014	U.S. Government in Partnership with the Government of DRC	<a href="http://www.ghi.gov/documents/organization/178895.pdf">http://www.ghi.gov/documents/organization/178895.pdf</a>	2011
29	USAID Africa: DR Congo	USAID	<a href="http://transition.usaid.gov/locations/sub-saharan_africa/countries/drccongo/">http://transition.usaid.gov/locations/sub-saharan_africa/countries/drccongo/</a>	
30	Cooperation Belgo-Congolaise, Programme Indicatif de Cooperation 2010-2013	Kingdom of Belgium, Foreign Affairs, Foreign Trade and Development Cooperation	<a href="http://diplomatie.belgium.be/en/binaries/pic_rdc_2010-2013_tcm312-158667.pdf">http://diplomatie.belgium.be/en/binaries/pic_rdc_2010-2013_tcm312-158667.pdf</a>	2012
31	外務省 HP	外務省	<a href="http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/data/gaiyou/odaproject/africa/congomin/index_01.html">http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/data/gaiyou/odaproject/africa/congomin/index_01.html</a>	
32	ナレッジサイト	独立行政法人国際協力機構	<a href="http://gwweb.jica.go.jp/km/FSubject0201.nsf/NaviSubjTop?OpenNavigator">http://gwweb.jica.go.jp/km/FSubject0201.nsf/NaviSubjTop?OpenNavigator</a>	