

保健セクター情報収集・確認調査

ジンバブエ共和国 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
12-105

保健セクター情報収集・確認調査

ジンバブエ共和国 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

(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¹」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²。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のにもかかわらず、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々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³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 Health⁴）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 Money⁵）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。これまでにも、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つ、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。

¹ 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/>）

² 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.

³ 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）

⁴ 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。

⁵ 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

ACT	Artemisinin-based Combination Therapy	アルテミシニン誘導体多剤併用療法
ARI	Acute Respiratory Infection	急性呼吸器感染症
ART	Antiretroviral Therapy	抗レトロウイルス療法
ARV	Antiretroviral Drugs	抗レトロウイルス薬
BMI	Body Mass Index	体格指数
CCM	Country Coordinating Mechanism	(世界エイズ・結核・マラリア対策基金の) 国別調整メカニズム
DAAC	District AIDS Action Committee	郡エイズ行動委員会
DFID	Department for International Development	英国国際開発省
DHIS	District Health Information System	(保健情報システムのソフトウェア)
DOTS	Directory Observed Treatment Short-Course	直接監視下における短期化学療法
EPI	Expanded Programme on Immunization	予防接種拡大計画
EU	European Union	欧州連合
FNC	Food and Nutrition Council	食糧栄養カウンスル
GNI	Gross National Income	国民総生産
HIS	Health Information System	保健情報システム
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウイルス
IEC	Information, Education and Communication	情報、教育、コミュニケーション活動
IMCI	Integrated Management of Childhood Illness	小児疾病統合管理
IMNCI	Integrated Management of Neonatal and Childhood Illness	小児新生児疾病統合管理
IPTp	Intermittent Preventive Treatment in Pregnancy	妊娠期の間欠予防治療
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
MCAZ	Medicines Control Authority of Zimbabwe	ジンバブエ医薬品管理局
MDGs	Millennium Development Goals	ミレニアム開発目標
MIMS	Multiple Indicator Monitoring Survey	複数指標モニタリング調査
MOHCW	Ministry of Health and Child Welfare	保健児童福祉省
MTP	Medium Term Plan	中期計画
NAC	National AIDS Council	国家エイズ委員会
NCPI	National Composite Policy Index	国家複合政策指数
NGO	Non-Governmental Organization	非政府組織
NHIS	National Health Information and Surveillance	国家保健情報サーベイランス
NIHFA	National Integrated Health Facility Assessment	全国統合保健施設調査
NTDs	Neglected Tropical Diseases	顧みられない熱帯病
NUST	National University of Science & Technology	国立科学技術大学

OCHA	(UN) Office for the Coordination of Humanitarian Affairs	国際連合人道問題調整事務所
ORT	Oral Rehydration Therapy	経口補液療法
PAAC	Provincial AIDS Action Committee	州エイズ行動委員会
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief	米国大統領エイズ救済緊急計画
PHAZ	Private Hospitals Association of Zimbabwe	ジンバブエ民間病院協会
PMI	President's Malaria Initiative	米国大統領マラリアイニシアチブ
SIDA	Swedish International Development Agency	スウェーデン国際開発庁
STERP	Short-Term Emergency Recovery Programme	短期緊急復興プログラム
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
VHW	Village Health Worker	村落保健ワーカー
WAAC	Ward AIDS Action Committee	ワードエイズ行動委員会
WDSS	Weekly Disease Surveillance System	週間疾病サーベイランスシステム
WHO	World Health Organization	世界保健機関
ZDHS	Zimbabwe Demographic and Health Survey	ジンバブエ人口保健調査
ZIMSTAT	Zimbabwe National Statistics Agency	ジンバブエ国家統計庁
ZNASP II	Zimbabwe National HIV and AIDS Strategic Plan 2011-2015	ジンバブエ国家 HIV/エイズ戦略計画 (2011-2015 年)



出典：http://www.freemap.jp/blankmap/ (2012年2月16日アクセス)

ジンバブエ共和国

要約

1. ジンバブエは 1990 年代後半から 2008 年までの間、政治経済的混乱などにより社会サービスの提供体制が破綻するなどの課題に直面した。2009 年 2 月の包括的政府樹立および複数通貨制度導入後、情勢は安定しつつあるものの、不安定な状況が続いている。また、失業者、帰還難民など脆弱性の高い人々への支援ニーズは依然として高い状況となっている。
2. 中期計画（MTP 2010-2015）では、社会サービスの持続的な提供による経済の安定を目指しており、保健セクターもその一分野として位置付けられ、包括的で質の高いプライマリヘルスケアサービスへのアクセスの向上を目標に掲げている。また、国家保健戦略（2009-2013）では、利用者負担の免除やプライマリヘルスケアアプローチの促進、公衆衛生の強化などによる社会的弱者への支援などによってこの目標の達成を目指している。
3. 国民の健康状態は、依然として感染症、妊娠・出産や新生児期の疾病および栄養不良などを原因とする死亡が 7 割以上を占め、転換前の疾病構造と言える。特に妊産婦や 5 歳未満児の死亡率は高止まり傾向が続いていることに加え、HIV 感染拡大による負担も大きく、妊産婦死亡や結核を原因とする死亡にも大きな影響を及ぼしている。結核は、HIV 感染率の上昇に伴い大きな問題となっている。また、上下水道の機能破綻により 2008 年および 2009 年にはコレラの大流行に見舞われた。栄養不良はすべての州で 3 割程度の子どもが慢性栄養不良であり、子どもの健康状態に大きな影響を及ぼしている。HIV 感染の影響による悪性新生物を中心に、非感染性疾患も増加傾向にあり、国家保健戦略においても対策の強化をうたっている。
4. プライマリヘルスケアの 8 コンポーネントに口腔衛生、精神衛生および非感染性疾患対策を加えた 11 コンポーネントのサービスが提供されている。公的保健施設は 4 レベルに分かれているが、リファラルシステムは機能しておらず、上位レベルの施設でも 1 次レベルのサービスを提供している状況となっている。母子保健サービスは避妊普及率、4 回以上の産前健診受診率、助産専門技能者による出産介助の率などは概ね 6 割を超えているが、産後ケアへのアクセスが低く、緊急産科新生児ケアの提供体制が不十分であることなどが、高い妊産婦および乳児死亡率の背景にあると考えられる。また、小児疾病統合管理（IMCI）が 2000 年より導入されているが、課題は山積している。HIV/エイズ対策は、国家エイズ委員会（NAC）が分野横断的に調整およびモニタリング評価を行っており、各行政レベルに委員会が設置されている。HIV 検査の受診率は向上しており、治療・ケアへのアクセスも拡大している。マラリアについては、蚊帳などの予防対策や早期治療へのユニバーサルアクセスの達成を目指して取り組みが行われている。また、2010 年にコミュニティケースマネジメント方針が採用され、パイロット調査が実施された。結核対策は HIV/エイズ対策プログラムとの連携によって実施されており、検査や治療へのアクセスは向上している。栄養対策は食糧栄養カウンスル（FNC）との協働により実施されているが、栄養士などの人材が雇用凍結などにより不足しているなどの課題がある。非感染性疾患対策については、定期健診や管理を行える施設の増加など体制の整備を目指している。
5. 熟練した保健人材が海外あるいは国内他セクターに流出した影響により、質量ともに深刻な人材不足となっており、公的部門ではすべての職種で高い欠員率となっている。こうした状況に対し、世界エイズ・結核・マラリア対策基金などのドナーが保健人材定着スキームを支援し、給与補てんなどを行っているが、今後の財源の確保が課題となっている。保健財源は著しく不足しており、政府予算にお

ける保健分野への支出割合は 10%未満である。財源に占める世帯からの支出の割合も増加しており、国民に負担がかかっていると考えられる。保健情報システムによって、各情報源からのデータがモニタリング評価に活用される枠組みが整えられたが、運用については今後の課題であり、データの分析および報告書作成、公表の仕組みについても強化すべき課題と認識されている。保健施設までの距離は特に農村部の女性にとってアクセスの大きな阻害要因となっており、解決策の一つとして妊婦の待機所の整備が計画されている。施設、機材などは、予算不足により大半が荒廃した状況にある。また、電気、水道の基礎インフラの機能不全により、サービス提供に支障が生じている。医薬品についてはドナーの支援を受けて供給状況は改善しつつあるが、依然として入手率は低くロジスティック管理はドナーの支援なしでは機能しない状況である。保健児童福祉省では 2010 年より質保証への取り組みも開始されたが、まだ本格的な活動をするには至っていない。

6. ドナーからの支援は人道的支援から復興支援へと移行しつつあるが、ほとんどの二国間ドナーは国連機関や市民団体を通じた支援形態を継続している。大きな課題となっている母子保健分野および HIV/エイズ対策には多くの主要ドナーが支援を行っている。また、英国などが拠出して国連児童基金（UNICEF）が管理する保健移行基金（プールファンド）があり、国家保健戦略計画の実施を支援している。我が国は 2000 年以降人道支援を除く協力を見合わせてきたが、政治状況の落ち着きを踏まえ、人道目的に資する協力を再開すべく具体的な案件について検討している。
7. ジンバブエの保健セクターの課題は山積しているが、特に母子保健および HIV 感染対策は喫緊の課題である。まずは崩壊した保健システムを立て直すべく、人材、財源および医薬品などの確保は急務となっている。政府および他ドナーもこれらの課題への取り組みを行っており、日本としてはこれまで実施してきた HIV 母子感染予防への協力を軸に、支援を展開していくことが妥当と考える。

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
ジンバブエ共和国

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	2-2
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	3-2
3.2.1	母親の健康	3-2
3.2.2	子どもの健康	3-3
3.3	感染症の状況	3-4
3.3.1	HIV/エイズ	3-4
3.3.2	マラリア	3-6
3.3.3	結核	3-6
3.3.4	その他感染症	3-7
3.4	栄養不良	3-7
3.5	非感染性疾患	3-8
第4章	サービス提供の状況	4-1
4.1	サービス提供システム	4-1
4.2	母子保健サービス	4-1
4.2.1	政策・戦略	4-1
4.2.2	母子保健サービス概況	4-2
4.2.3	妊産婦保健サービス	4-2
4.2.4	子どもの保健サービス	4-4
4.3	感染症対策の現状	4-5
4.3.1	HIV/エイズ対策	4-5
4.3.2	マラリア対策	4-6
4.3.3	結核対策	4-7
4.3.4	その他感染症対策	4-8
4.4	栄養不良対策	4-8
4.5	非感染性疾患対策	4-8
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	人材計画	5-2
5.1.4	人材育成・産出	5-3
5.1.5	雇用・配置・定着・管理	5-3
5.2	保健財政	5-4
5.2.1	概況	5-4
5.2.2	利用者負担	5-6
5.3	情報供給機能	5-6
5.3.1	戦略・実施体制	5-6
5.3.2	データ収集	5-7
5.3.3	情報分析、結果の活用・普及	5-9
5.4	施設、機材、医薬品等の供給機能	5-10
5.4.1	医療施設・機材	5-10
5.4.2	医薬品供給	5-11
5.5	管理・監督機能	5-11
5.5.1	保健行政組織体制	5-11
5.5.2	規制機能（認証・認定、質の管理）	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	世界保健機関（WHO）	6-2
6.2.3	国連児童基金（UNICEF）	6-2
6.2.4	国連人口基金（UNFPA）	6-2
6.2.5	世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）	6-2
6.2.6	英国国際開発省（DFID）	6-3
6.2.7	米国国際開発庁（USAID）	6-3
6.2.8	保健移行基金（Health Transition Fund）	6-3
6.3	日本の協力実績と現状	6-4
6.3.1	対ジンバブエ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	妊産婦および子どもの死亡の背景	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	日本の支援の可能性	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 2-1	国家保健戦略（2009-2013 年）のアプローチ	2-2
図 3-1	死因別死亡割合（全年齢）	3-1
図 3-2	外来患者の 10 大疾患（2008 年）	3-1
図 3-3	妊産婦死亡率の推移	3-2
図 3-4	5 歳未満児死亡率（推計値）の推移（1990-2010 年）	3-3
図 3-5	子どもの死亡率の推移	3-3
図 3-6	州別・所得層別 5 歳未満児死亡率	3-4
図 3-7	HIV 新規感染率、感染率およびエイズによる死亡率の推移（数学モデルによる推計）	3-4
図 3-8	州別 HIV 感染率	3-5
図 3-9	郡ごとのマラリア発生率（2010 年）	3-6
図 3-10	マラリア発生率の推移（2000-2010 年）	3-6
図 3-11	結核罹患率・有病率の推移（1990-2010 年）	3-7
図 3-12	HIV 感染率と結核患者届出数	3-7
図 3-13	5 歳未満児慢性栄養不良の状況（州別）	3-8
図 4-1	母子保健サービス普及率の概況	4-2
図 4-2	出産場所の推移	4-3
図 4-3	予防接種率の推移	4-4
図 4-4	LLIN ターゲット郡	4-7
図 4-5	州ごとの ITN 保有率	4-7
図 5-1	州ごとの公的部門における職種別定員充足率（2011 年 6 月）	5-2
図 5-2	政府予算に占める保健セクター予算の割合および一人あたり保健支出	5-4
図 5-3	保健予算内訳（費目別）	5-5
図 5-4	保健予算内訳（経常経費・資本的経費）	5-5
図 5-5	保健予算の財源	5-6
図 5-6	HIS のサブシステム、データ源およびデータの流れ	5-7
図 5-7	保健サービスデータの流れ	5-8
図 5-8	州別・レベル別公的保健施設の分布状況（2008 年）	5-10
図 5-9	保健児童福祉省組織図	5-12
図 7-1	ジンバブエ保健分野の課題と背景要因	7-1
表 1-1	ジンバブエの主要指標	1-1
表 2-1	中期計画での保健セクターにおける目標値および政策措置	2-1
表 3-1	入院患者の 10 大疾患および死因（2008 年）	3-2
表 3-2	2011-2015 年の HIV/エイズの推計値	3-5
表 3-3	コレラの発生状況	3-7
表 4-1	各レベルにおける公的保健医療施設の数・種別と行政機関	4-1
表 4-2	ZNASP II のインパクトおよび優先介入分野	4-5
表 4-3	マラリア対策の指標の推移	4-6
表 4-4	結核・HIV 重複感染の予防、ケアおよび管理の進捗	4-8
表 5-1	主な職種の人員の状況	5-1
表 5-2	州ごとの医師・看護師数（人口 1,000 人あたり）	5-1
表 5-3	職種別人材育成機関数	5-3
表 6-1	保健分野における主要ドナーの支援状況	6-1
表 6-2	世界基金の支援状況	6-2
表 6-3	保健セクターにおけるプロジェクト	6-3
表 6-4	日本の保健分野における支援実績（2005 年以降）	6-4

第1章 一般概況

ジンバブエ共和国（以下、ジンバブエ）は、アフリカ南部に位置する内陸国であり、国土面積は 39 万 km²（日本の面積よりやや大きい）を有する。推定人口は約 1,257 万人で、人口の約 38%が都市部に居住している [1]。

1990 年代後半から 2008 年までの間、急激なインフレ、政治的・人道的状況の混乱、社会サービスの提供体制の破綻等の課題に直面した。国連開発計画（UNDP）によると、サブサハラアフリカの人間開発指数が 1990 年から 2010 年にかけて 0.347 から 0.453 と 30%上昇したのに対し、ジンバブエの人間開発指数は 0.425 から 0.364 と 15%低下した。2011 年には 187 カ国中 173 位であったが、2010 年には 169 カ国中最下位という結果であった。

2009 年 2 月の包括的政府の樹立および複数外貨制の導入以後、政情は安定してきたものの、依然不安定な状況が続いている。例えば、2012 年の収穫の少ない時期には人口の約 12%が食糧援助を必要とすることが推計されている。また農村部に居住する人口の 3 分の 1 が安全な水へのアクセスがなく、水系感染症に罹患するリスクに晒されている。さらには、60%を超えるとされる失業率により、推計約 3 百万人の人々がボツワナや南アフリカに非公式に居住している。また現在、ボツワナや南アフリカから強制送還された人々の多くが支援を要している [2]。このように、食糧安全保障の確保、疾病の突発的な流行への対応、帰還難民などの脆弱な人々への支援など、人道的支援の必要性は継続している。表 1-1 にジンバブエの主要な社会経済指標を示す。

表 1-1 ジンバブエの主要指標

指標	数値	単位	年
人口	12,571,000	人	2010
人口増加率	77.8	%	2010
出生時平均余命	48.45	歳	2009
粗出生率	29.26	人口千対	2009
粗死亡率	14.05	人口千対	2009
一人あたりの国民総所得（GNI）	460	米ドル	2010
経済成長率	814.8	%	2010
識字率（15 歳以上）	91.9	%	2009
人間開発指標*（ランク 187 カ国中）	173	位	2011

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

ジンバブエの行政区分は、8 州（Province）と州レベルの 2 市（ハラレおよびブラワヨ）、63 郡（District）から構成されている。

第2章 開発政策

2.1 国家開発政策

包括的政府は、基本的な経済的課題への対応および経済の再生・復興のため、2009年3月に短期緊急復興プログラム（STERP）を発表した。その後、政府は STERP に続き、マクロ経済3か年政策および予算枠組み（Three Year Macro-Economic Policy and Budget Framework 2010-2012）および中期計画（MTP 2010-2015）を打ち出した。

MTP では、保健医療、教育、道路交通、エネルギー、水と衛生など質の高いサービスの持続的な提供を介して経済を成長させることにより、マクロ経済の安定を維持し、競争力のある財やサービスを生産する経済の能力を回復することを目指している。保健セクターにおける政策目標については、「包括的で質の高いプライマリヘルスケアとリファラル医療施設へのアクセスと利用を2015年までに100%に拡大する」とし、目標値とそれを達成するための政策措置を表2-1に示すように定めている。

表 2-1 中期計画での保健セクターにおける目標値および政策措置

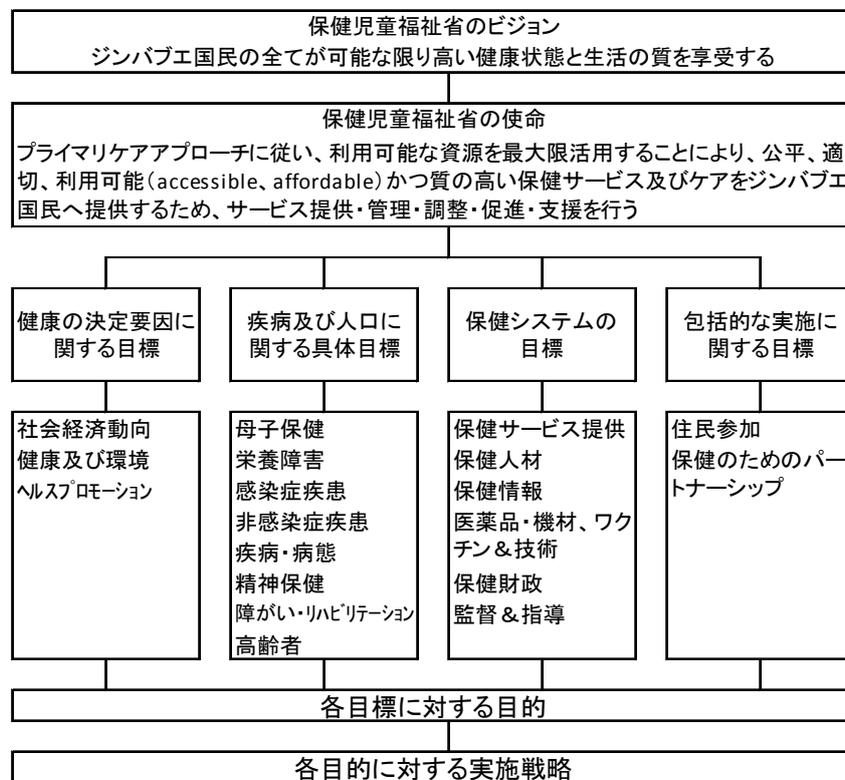
目標値
<ul style="list-style-type: none"> • 2012年までに医薬品の入手可能性が50%から100%に増加する。重要かつ必須の医薬品については30%から80%に増加する • 5歳未満児死亡率を94（出生千対）（2009年）から2015年までに34まで削減する（MDG4） • 妊産婦死亡率を725（出生10万対）（2009年）から2015年までに145まで削減する（MDG5） • 2015年までにHIV/エイズのまん延を阻止し、その後、減少させる（MDG6） • 2015年までにマラリア、結核および下痢症の発生を阻止し、その後、発生率を下げる（MDG6） • 2012年までに生体医用装置の機能性を80%以上に向上させる • 医薬品・医療資機材の国内生産を増加させる • 高度医療への対応およびヘルスツーリズム開始のためのリファラル医療施設を設立する • 2012年までに人材配置水準を現在の65%から100%に増加させる • 2012年までに80%以上の施設が機能するよう保健インフラを改修する • 公的保健施設の60%以上が信頼性の高い運搬および通信手段を利用できるようになる
政策措置
<ul style="list-style-type: none"> • 国家保健政策を完成し、実施する • 保健セクターの人材を引き付け、定着させるための報酬および他の条件の見直しを行う • 全てのレベルにおける保健人材の研修を強化する • 包括的プライマリヘルスケアの実施を強化する • アブジャ宣言に従い、2015年までに国家予算の15%を保健セクターに配分する • 本計画期間中、保健インフラの改修と医薬品の提供のため、官民連携のコンセプトを広め、強化する • 健康保険スキームを促進する • 適切なインセンティブ制度により、医薬品の国内生産を促進する • ヘルスツーリズムを促進する • HIVおよびエイズの影響を緩和するために、行動変容のためのコミュニケーション、医薬品の入手可能性およびコミュニティの支援とカウンセリングを拡大する • 予防および母子保健、HIV/エイズ、結核およびマラリアの治療の基礎パッケージに焦点を当て、コミュニティレベルでの基礎保健サービス提供を回復させる • ジンバブエ医薬品管理局等の規制機関の強化を図る

出典: Government of Zimbabwe (2010) Medium Term Plan (MTP) January 2010-December 2015 [4]

2.2 保健セクターの開発計画

保健児童福祉省（MOHCW）による現行の保健セクターの戦略は、「国家保健戦略（2009 – 2013 年）：国民の権利としての公平で良質な保健サービス」（The National Health Strategy for Zimbabwe (2009-2013) - Equity and Quality in Health: A People’s Right）に示されている。この戦略の主な目的は、保健セクターを直ちに再生するための枠組みを提供することおよびジンバブエをミレニアム開発目標（MDGs）の達成のための軌道に乗せることである。

同戦略では、利用者負担の免除、プライマリヘルスケアアプローチの促進、予防と治療サービスの統合、コミュニティにおける村落保健ワーカー（VHW）の活用を通じた公衆衛生強化などを通じ、貧困および脆弱層の保護を行うことを目指している。同戦略のアプローチは以下のとおり図示されている。



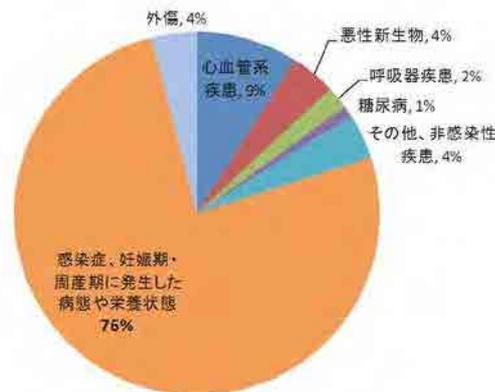
出典：MOHCW, The National Health Strategy for Zimbabwe (2009-2013) [5]

図 2-1 国家保健戦略(2009-2013 年)のアプローチ

第3章 国民の健康状態

3.1 疾病構造

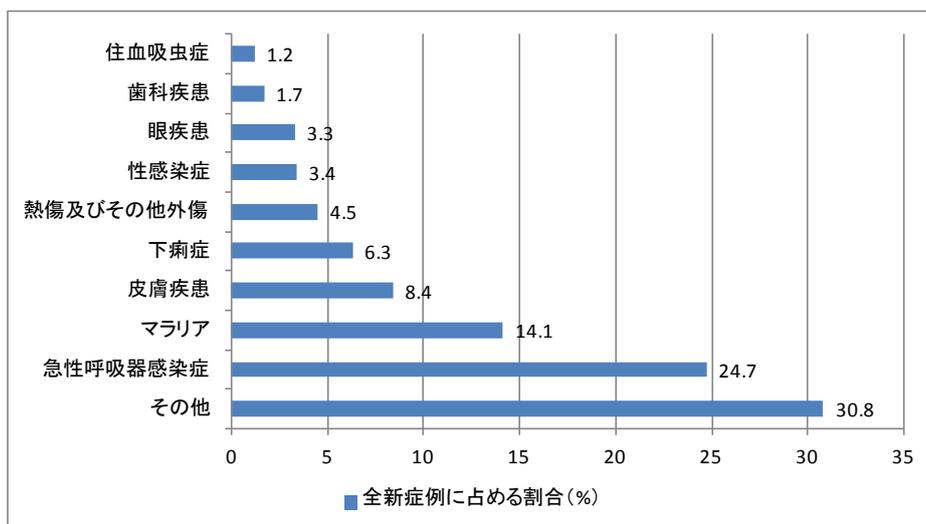
ジンバブエにおいては、罹患や死亡の状況から、主要な疾病は、感染症、妊娠・出産や新生児期の疾病、栄養不良など、予防および治療可能な疾病が主に占めており、疾病転換前の疾病構造と言える。世界保健機関（WHO）の推計によると、図 3-1 のとおり、全死亡の 76% を感染症、妊娠期・周産期に発生した病態や栄養状態を原因とする死亡が占めている [6]。



出典：WHO (2011) NCD Country Profile [6]

図 3-1 死因別死亡割合(全年齢)

図 3-2 は 2008 年における外来患者の 10 大疾患を示し、表 3-1 は同年における入院患者の 10 大疾患および死因を示したものである。急性呼吸器感染症（ARI）、下痢症、マラリア、結核、HIV/エイズおよび妊娠・出産に関連した病態が、ジンバブエにおける主要な疾患および死因となっていることが分かる。



出典：MOHCW (2008) National Health Profile [7]

図 3-2 外来患者の 10 大疾患(2008 年)⁶

⁶ T5 様式（外来診療）からのデータ。「その他」は T5 様式で定義されていない疾患・病態。

表 3-1 入院患者の 10 大疾患および死因 (2008 年)

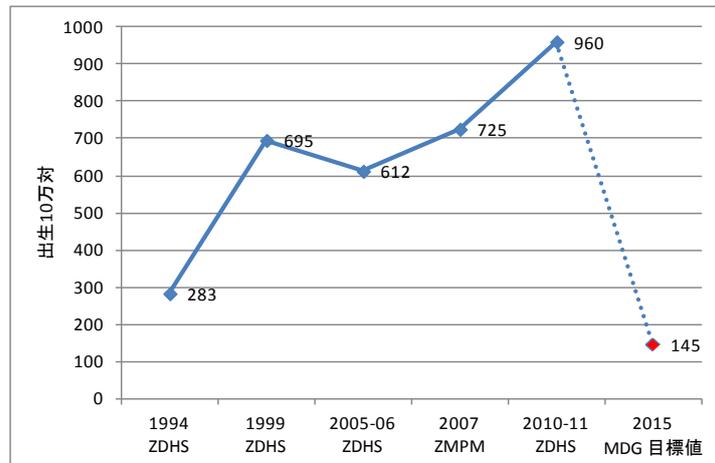
10 大疾患		%	10 大死因		%
1	通常分娩	32.3	1	急性呼吸器感染症	23.3
2	急性呼吸器感染症	13.7	2	肺結核	15.4
3	直接・間接産科的死亡	11.8	3	HIV 関連・エイズ	15.0
4	マラリア	9.4	4	腸感染症	14.6
5	腸感染症	7.9	5	周産期に発生した病態	7.2
6	肺結核	6.2	6	マラリア	6.6
7	他の原因	5.9	7	髄膜炎	5.0
8	中絶	5.1	8	他の原因	4.6
9	HIV 関連・エイズ	4.2	9	神経疾患 (髄膜炎以外)	4.3
10	症状、徴候および診断名不明確の状態	3.6	10	症状、徴候および診断名不明確の状態	4.1
		100			100

出典：MOHCW (2008) National Health Profile [7]

3.2 母子の健康状態

3.2.1 母親の健康

図 3-3 のとおり、ジンバブエにおける妊産婦死亡率は 1994 年の調査で 283 (出生 10 万対) であった。その後のジンバブエ人口保健調査 (ZDHS) (2010-11 年) の結果では、妊産婦死亡率は 960 と高い水準にあり、大幅に増加している⁷。MDG の目標値である 145 を達成するのは非常に厳しい状況である。



出典：CSO and Macro International Inc. (1995) ZDHS 1994 [8]; CSO and Macro International Inc. (2000) ZDHS 1999 [9]; CSO and Macro International Inc. (2007) ZDHS 2005-06 [10]; MOHCW, Maternal and Perinatal Mortality Study 2007 [11]; Zimbabwe National Statistics Agency and ICF International Inc. (2012) ZDHS 2010-11 [12]

図 3-3 妊産婦死亡率の推移⁸

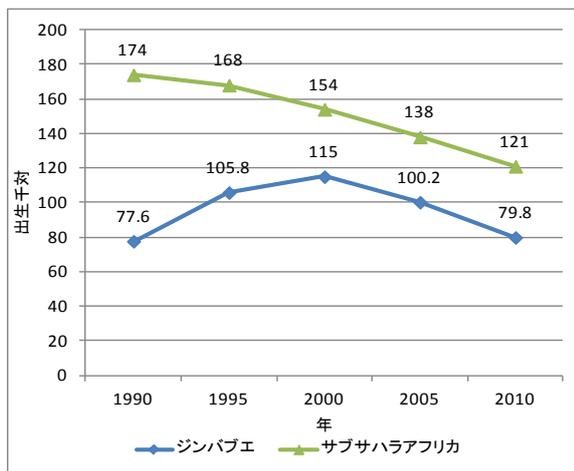
2007 年の「妊娠および周産期の死亡に関する調査」(Maternal and Perinatal Mortality Study)によると、妊産婦死亡の主な原因は、エイズ (25.5%)、分娩後出血 (14.4%)、妊娠高血圧症候群 (13.1%)、産褥敗血症 (7.8%)、流産の合併症 (5.8%)、マラリア (5.8%) であった。また、国連妊産婦死亡推計合同グループ (UN Maternal Mortality Estimation Inter-agency Group) の推計では、2010 年における妊産婦死亡の 38.8% が HIV 関連の死亡であり [13]、HIV/エイズが妊産婦死亡に及ぼす影響が大きい。

⁷ 参考として、国連機関の推計では 2010 年の妊産婦死亡率は 570 である。なお、ZDHS は調査時点から遡って 7 年間に生じた死亡を元にしており、単純に比較はできない。

⁸ MDG 目標値は MTP における MDG 目標値

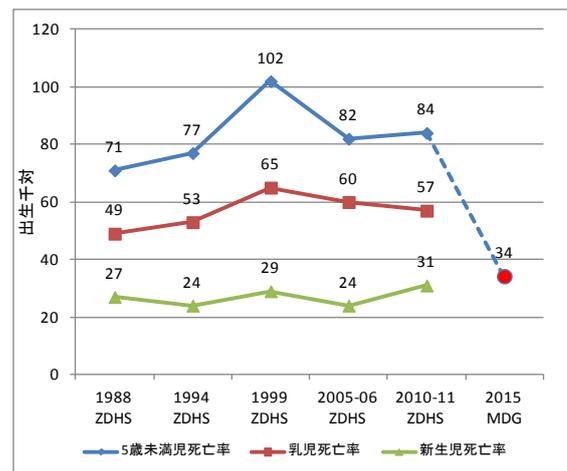
3.2.2 子どもの健康

ジンバブエにおける5歳未満児死亡率は、1990年には77.6（出生千対）であったが、2000年には115と上昇し、2010年には79.8と1990年に比べて改善が見られていない。サブサハラアフリカ地域の平均（121）と比べて低いものの、依然として高い水準である（世界193カ国中37位）[14][15]。図3-5のとおり、ZDHSの結果においても、子どもの死亡率全般について改善が見られず、MDG目標値の達成は非常に厳しい状況である。



出典：Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (IGME) Zimbabwe [14]

図 3-4 5歳未満児死亡率(推計値)の推移 (1990-2010年)



出典：Zimbabwe National Statistics Agency and ICF International Inc. (2012) ZDHS 2010-11 [12]

図 3-5 子どもの死亡率の推移⁹

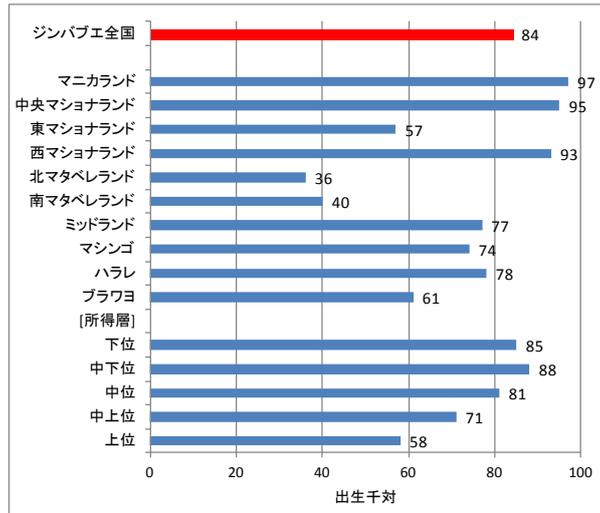
5歳未満児死亡の原因は、主なものから、新生児期の病態（30%）、HIV/エイズ（21%）、肺炎（12%）、下痢症（9%）、麻疹（8%）であった。一方、新生児死亡の原因は、早産（37%）、出生時仮死（27%）、感染症（19%）、先天異常（10%）であった[16]。

ZDHS（2010-11年）の結果では、ジンバブエにおける平均出産間隔は約4年（47.1カ月）である¹⁰。出産間隔2年未満の場合の5歳未満児死亡率は148と非常に高く、2年以上の場合は71、3年以上の場合は70となっている。

また、ZDHS（2010-11年）では、図3-6のとおり、州により5歳未満児死亡率に大きな差がある。北マタベレランドでは36（出生千対）で最も低く、マニカランドでは97と最も高くなっている。所得水準については、所得層下位20%の場合は85、上位20%の場合は58と、所得が高くなるにつれ5歳未満児死亡率が低下している。

⁹ MDG目標値はMTPにおけるMDG目標値

¹⁰ WHOは出産後（死産を除く）次の妊娠を試みるまでに少なくとも2年（24ヶ月）以上あけることを推奨している。（WHO (2007) Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing, Geneva, Switzerland, 13-15 June 2005.）



出典：Zimbabwe National Statistics Agency and ICF International Inc. (2012) ZDHS 2010-11 [12]

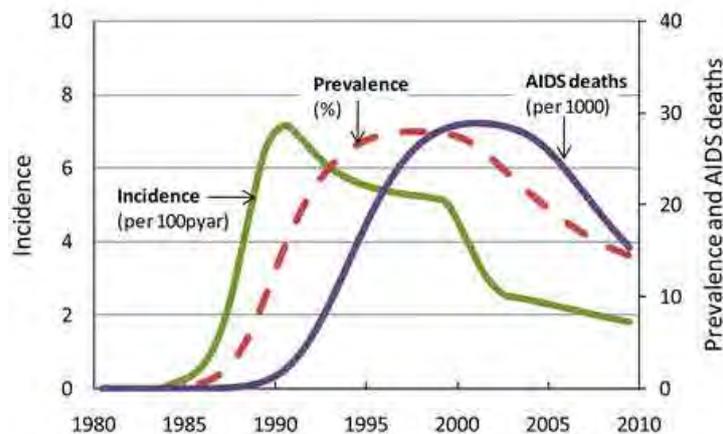
図 3-6 州別・所得層別 5 歳未満児死亡率

3.3 感染症の状況

3.3.1 HIV/エイズ

ジンバブエはHIVの流行の影響が最も大きかった国の一つである。推定HIV感染率は、1998年には27.2%であったが、2010年には14.3%と低下傾向にある [17]。推定HIV新規感染率、感染率¹¹およびエイズによる死亡率の推移は図 3-7 のとおりである。標本世帯調査でも同様の傾向となっており、ZDHS (2010-11年)によると、成人(15-49歳) HIV感染率は2005-06年の調査で18%であったのが15%に低下している。男女別の感染率についても女性は21%から18%へ、男性は15%から12%へと、低下傾向を示している。

感染率の低下の背景には、行動変容や母子感染予防などの予防プログラムの成功があると同時に、抗レトロウイルス療法(ART)のカバレッジの低さ¹²による死亡率の増加があると考えられている [17] [18]。



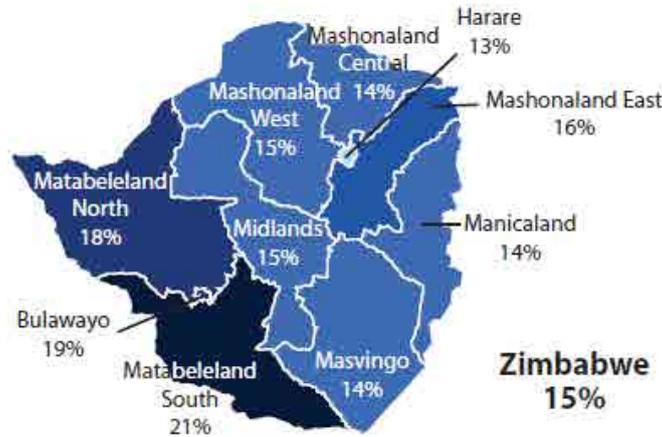
出典：Halperin DT, Mugurungi O, Hallett TB, Muchini B, Campbell B, et al. (2011) A Surprising Prevention Success: Why Did the HIV Epidemic Decline in Zimbabwe? [19]

図 3-7 HIV 新規感染率、感染率およびエイズによる死亡率の推移(数学モデルによる推計)

¹¹ Prevalence を感染率、Incidence を新規感染率としている。

¹² 1999～2006年の間、ARTへのアクセスを有したのはHIV感染者の5%に満たなかった [17]。

ZDHS（2010-11年）の結果では、下図のとおり、HIV感染率は南マタベレランドが21%と最も高く、ハラレが13%と最も低かった。



出典：Zimbabwe National Statistics Agency and ICF International Inc. (2012) ZDHS 2010-11 [12]

図 3-8 州別 HIV 感染率

HIV 感染率は低下傾向にあるものの、HIV/エイズの疾病負荷は依然大きい。2010年の推定 HIV 感染者数は1,168,263人であり、そのうちの約半数の593,168人がARTを必要としていた [17]。2011年から2015年の HIV 感染者数等の推計値は表 3-2 のとおり。

表 3-2 2011-2015 年の HIV/エイズの推計値

項目	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年
HIV 感染者数	1,159,097	1,157,098	1,161,885	1,171,879	1,187,087
HIV 新規感染者数	59,721	59,754	60,646	61,884	65,215
エイズによる死亡者数	63,765	62,007	58,382	54,038	51,808

出典：NAC (2011) Zimbabwe National HIV and AIDS Strategic Plan: ZNASP II [17]

感染様式については、ジンバブエでは HIV 感染の 80%以上が性交渉に起因しており、低リスクの異性間性交渉¹³が 57.6%、パートナーとの異性間性交渉が 18.8%と大半を占めている。また、最も新規感染の多い年齢層は 20-29 歳である [17]。

ZDHS (2010-11年)によれば、一部の社会経済的要因と HIV 感染率の間には関連が見られた。例えば、男性の教育水準が高くなると HIV 感染率が低下する傾向にあった（中・高等教育以上 9%、中・高等教育 12%、初等教育 14%、無学歴 16%）。婚姻状況に関しては、男女共に未亡人の場合の感染率が突出して高く（男性 61%、女性 56%）、未婚の場合が最も感染率が低かった（男性 4%、女性 8%）。所得水準については、男女共に感染率の間には関連性は見られなかった。

また、HIV/エイズに関する包括的な正しい知識¹⁴を有する男女の割合は各々 46.9%、44.2%（ZDHS 2005-06年）から 52.8%、55.9%（ZDHS 2010-11年）と男女ともに向上している。HIV 母子感染に関する知識に

¹³ 配偶者や長期的なパートナーとの性交渉

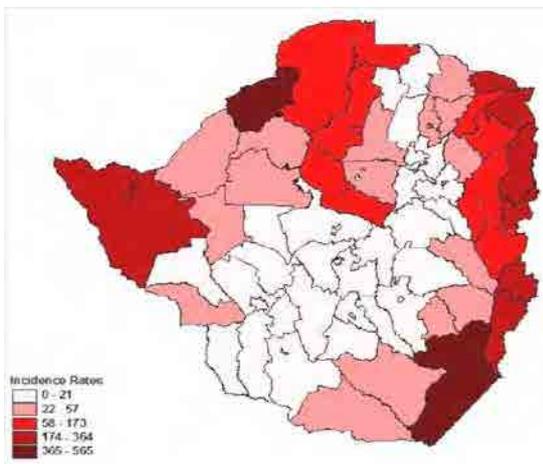
¹⁴ ①性交渉の際には継続してコンドームを使用することおよび感染していない一人の誠実なパートナーに特定することにより感染リスクを低減することができる、②健康に見える人でも HIV に感染している可能性がある、③蚊に刺されることで HIV には感染しない、④エイズになった人と食べ物を分けて食べても HIV には感染しない。

についても、正しい知識¹⁵を有する男女の割合が各々2005-06年には39%、52%であったのが、2010-11年には65%、79%と増加している。

3.3.2 マラリア

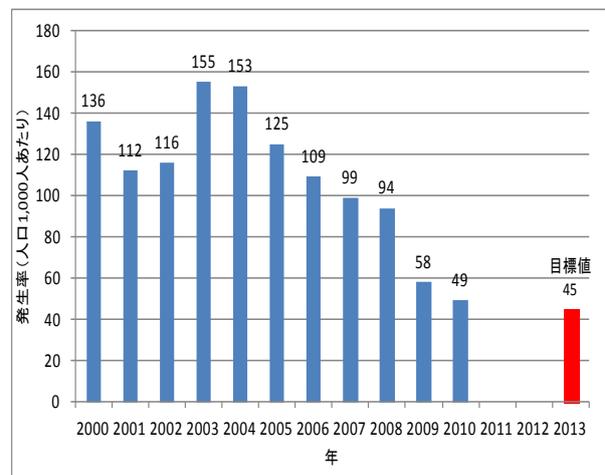
人口の約50%がマラリア発症地域に居住しており、ジンバブエにおける主要な感染症の一つとなっている [20]。マラリアは主に季節性のものであり、雨季（11月から4月）に流行する可能性が高い。ジンバブエでは、98%の症例が熱帯熱マラリアによるものである [21]。62郡¹⁶のうち45郡がマラリア発症地域で、そのうちの33郡がマラリア高発生地域とされている [22]。図3-9から、マラリアは中央部の高緯度の地域では発生が少なく地理的条件が影響していることが分かる。

また、図3-10のとおり、マラリアの発生率は2000年の136（人口1,000人あたり）から2010年には49へと減少している（2000年比で64%減）。ただし、データは検査により感染が確認された例と確認されていない例の双方が混在しており、データの質と完全性には疑念が残っている [22]。



出典：National Malaria Control Programme, Ministry of Health and Child Welfare (2011) Zimbabwe Malaria Programme Review Report [21]

図3-9 郡ごとのマラリア発生率(2010年)



出典：MOHCW (2011) Zimbabwe Malaria Programme Review Report [21]

図3-10 マラリア発生率の推移(2000-2010年)^{17,18}

3.3.3 結核

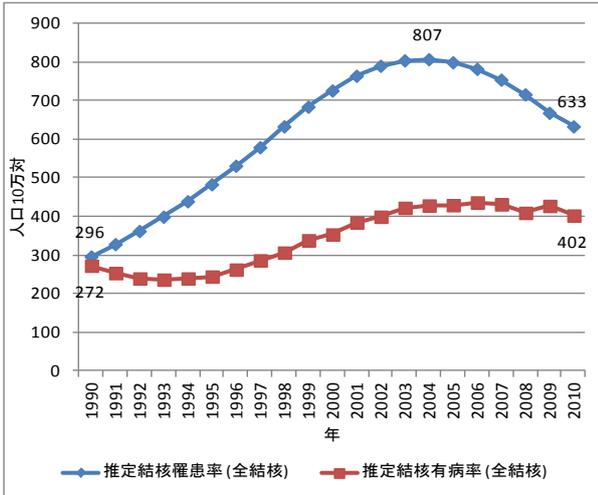
結核はジンバブエにおける主要な疾患の一つで、疾病および死亡の主な原因となっており、2008年では、入院患者における第2の死因であった [23]。世界的に見ても、ジンバブエは世界の22結核高蔓延国の一つとされており、WHOの推計（図3-11）によると、2010年における推定罹患率は633（10万人対）で1990年の296と比べると大幅に増加している。また、図3-12に示すとおり、結核の発生増加の主な原因はHIV感染率の上昇である。ジンバブエにおけるHIVと結核の推定重複感染率は75%である [24]。

¹⁵ 母乳を通じてHIV感染する可能性があることおよび妊娠中に服薬することにより感染リスクを低減することができること。

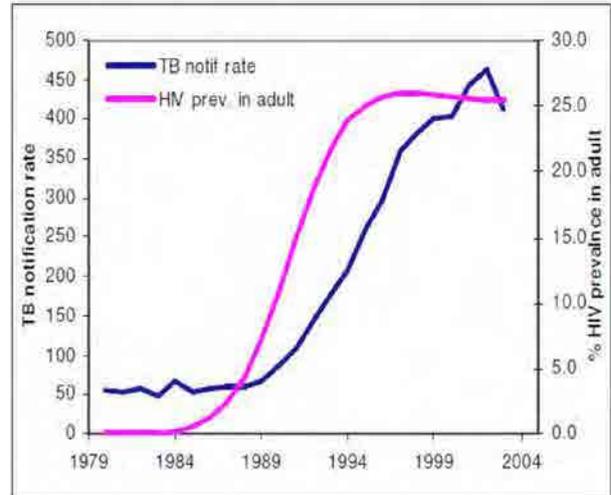
¹⁶ 現在は63郡であるが、引用文献のとおり62郡としている。

¹⁷ 2001年と2002年の減少は、保健人材の争議行為（ストライキ等）により保健システムが機能不全となったことが原因である。

¹⁸ 目標値はNational Malaria Control Programme Strategy (2008-2013)での目標値



出典：WHO (2011) Global Tuberculosis Control: WHO Report 2011 [24]



出典：MOHCW (2009) National Tuberculosis Control Programme Five Year Strategic Plan 2009-2013 (Draft) [25]

図 3-11 結核罹患率・有病率の推移(1990-2010年)

図 3-12 HIV 感染率と結核患者届出数

3.3.4 その他感染症

公衆衛生上の問題となっている他の感染症として、コレラ、狂犬病、炭疽などがある。コレラの発生状況は表 3-3 に示すとおりで、2008 年および 2009 年には、大流行に見舞われた。この背景には、全国各地での上下水道が機能破綻したことがあるとされている。近年、コレラの発生は全国的に抑制されつつあるが、東部および南西部の一部の地域においては十分に抑制できていない。2011 年に発生した 1,140 件のうち、870 件 (76%) がマニカランド州で、262 件 (23%) がマシング州で発生した [2]。

表 3-3 コレラの発生状況

	2008年	2009年	2010年	2011年
発生地域	全 10 州	全 10 州	19 郡 (62 郡中)	10 郡 (62 郡中)
累積発生数	31,819	66,773	1,022	1,140
致死率	4.99%	4.04%	2.15%	3.9%

出典：OCHA (2012) Zimbabwe: Health Priorities – Snapshots (as of 23 February 2012) [26]

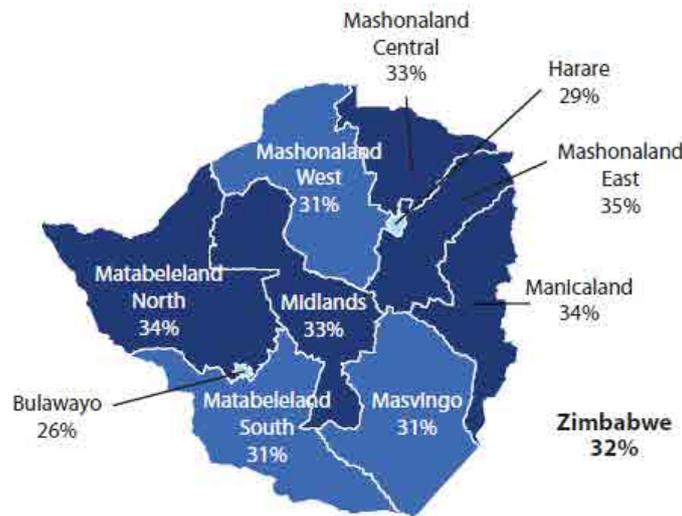
顧みられない熱帯病 (NTDs) としては、住血吸虫症が常に公衆衛生上の課題となってきた。2008 年には住血吸虫症が外来患者の第 10 位の疾患であった [23]。WHO によると、ジンバブエにおける住血吸虫症の感染率は 10~49% で中程度の流行とされている。また、土壌伝播蠕虫症についても流行国と分類されているが、感染率のデータが十分でなく現状は不明である [27]。

3.4 栄養不良

栄養不良は 5 歳未満児の罹患および死亡を引き起こす主要な原因となっている。ZDHS (2010-11 年) によると、5 歳未満児の 32% が慢性栄養不良¹⁹であり、24-35 ヶ月 (49%) と 18-23 ヶ月 (47%) の年齢層に頻繁に見られる。慢性栄養不良の州別の状況は図 3-13 のとおりである。急性栄養不良²⁰児の割合は 3% で、低出生体重児 (2.5kg 未満) の割合は 9.5% であった。完全母乳育児児の割合 (生後 6 ヶ月間) は 31%

¹⁹ 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 ヶ月児の割合) の身長中央値からの標準偏差がマイナス 2 未満 (中度) およびマイナス 3 未満 (重度) の状態。発育阻害。
²⁰ 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 ヶ月) の体重中央値からの標準偏差がマイナス 2 未満 (中度) およびマイナス 3 未満 (重度) の状態。消耗症。

であり、完全母乳育児の平均期間は 2.8 カ月と短い。子ども（6-59 カ月）の貧血については、2005-06 年 ZDHS の 58% から若干改善されたものの、依然として 56% が貧血であった。



出典：Zimbabwe National Statistics Agency and ICF International Inc. (2012) ZDHS 2010-11 [12]

図 3-13 5 歳未満児慢性栄養不良の状況(州別)

また、出産可能年齢の女性（15-49 歳）の栄養状態については、ZDHS（2010-11 年）の結果では、体格指数（BMI）が 18.5 未満の低体重が 7%、一方 30.0 以上の肥満が 10.6% という結果で、28% が貧血（20% が軽度、7% が中程度、1% が重度）であった。妊婦になると貧血の割合は高くなり、32% であった。

3.5 非感染性疾患

WHO の推計では、全死亡の 24% を循環器疾患、悪性新生物等の非感染性疾患を原因とする死亡が占めている（図 3-1 参照） [6]。国家保健戦略（2009-2013 年）においても、糖尿病、高血圧や悪性新生物などの非感染性疾患も公衆衛生上の重要な問題として捉えられており、対策を強化していくとしている [5]。

特に悪性新生物については、HIV 感染者の増加により、エイズを特徴づけるカポジ肉腫、非ホジキンリンパ腫、子宮頸がん等の発生が増加している。2006 年におけるジンバブエ黒人男性の主な悪性新生物の種類は、カポジ肉腫（23.8%）、前立腺がん（13.1%）、眼がん（6.5%）、非ホジキンリンパ腫（6.2%）であった。一方、ジンバブエ黒人女性については、子宮頸がん（32.5%）、カポジ肉腫（11.9%）、乳がん（11.7%）、眼がん（4.4%）、非ホジキンリンパ腫（4.2%）であった [28]。

第4章 サービス提供の状況

4.1 サービス提供システム

保健児童福祉省は、保健医療施設のネットワークを通じた安全で質の高いサービスの提供を行うことにより人々のニーズを満たすため、プライマリヘルスケアの再活性化を目指している。ジンバブエではプライマリヘルスケアの8つのコンポーネント²¹に加え、1981年には口腔保健と精神衛生が、2009年には非感染性疾患対策が加わり、11のコンポーネントが含まれることになった [29]。

公的保健医療システムは4つのレベルから構成されている。各々のレベルにおける保健医療施設の数と種別は下表のとおりである。

表 4-1 各レベルにおける公的保健医療施設の数・種別と行政機関

レベル	施設種別	施設数	行政機関
4次レベル	中央病院	14	保健児童福祉省
3次レベル	州病院	7	州保健局 (10)
2次レベル	郡病院 ミッション病院	179	郡保健局 (63)
1次レベル	ルーラルヘルスセンター クリニック	1,331	

出典：MOCHW, The National Health Strategy for Zimbabwe (2009-2013) [5]、MOHCW (2009) National Health Profile 2008 [7] およびインタビュー (2012年5月) 結果を元に作成

患者はまず1次レベルの施設に行き、そこから病状に応じて上位のレベルにリファーされることになっている。しかし実際には、リファラルシステムは機能しておらず、上位のレベルの保健医療施設が1次レベルのサービスを提供している状況である [5]。

コミュニティレベルでは、村落保健ワーカー (VHW) などが住民への啓発、医療施設へのリファーなどの活動を行っている。VHW はルーラルヘルスセンターに活動報告を行う。ルーラルヘルスセンターでは出産も扱い、看護師2名 (うち1名は助産師) と環境衛生技師の3名体制とされている。医師は2次レベル以上の施設に配置されている。

4.2 母子保健サービス

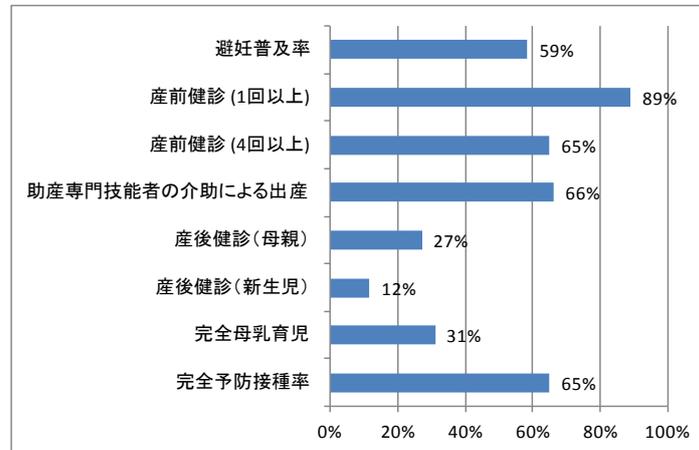
4.2.1 政策・戦略

母子保健に関連する政策・戦略として、MDGs 達成のための「国家母子保健ロードマップ (National Maternal and Neonatal Health Road Map) (2007-2015年)」、「国家子どもの生存戦略 (National Child Survival Strategy for Zimbabwe) (2010-2015年)」、「ジンバブエ拡大予防接種計画包括的複数年計画 (Zimbabwe Expanded Programme on Immunization Comprehensive Multi Year Plan) (2009-2013年)」、「国家青少年セクシャル・リプロダクティブヘルス戦略 (National Adolescent Sexual and Reproductive Health Strategy) (2010-2015年)」などが策定されている。

²¹①健康教育・ヘルスプロモーション、②栄養と母乳育児、③適切な衛生環境と安全な水、④母子保健 (家族計画を含む)、⑤主要な感染症に対する予防接種、⑥地方風土病の予防と対策、⑦感染症や怪我の治療、⑧必須医薬品の供給。

4.2.2 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、家族計画から出産後までの時系列で示したものである。全体的には、産後ケアの普及率が他に比べて低い傾向にある。母子保健サービスの現状について、次項以降詳しく述べていく。



出典：Zimbabwe National Statistics Agency and ICF International Inc. (2012) ZDHS 2010-11 [12]

図 4-1 母子保健サービス普及率の概況

4.2.3 妊産婦保健サービス

(1) 家族計画

ジンバブエでは避妊法の知識の普及率は非常に高く、成人女性の 98%、成人男性の 99%が少なくとも一つの近代的避妊法を知っている。15-49 歳の既婚女性における避妊法の普及率は 59%であった。近代的避妊法の普及率は過去 20 年間で急激に上昇しており、ZDHS (1988 年) では 36%であったのが、2010-11 年は 57%となっている。最も一般的な避妊法はピル (41%) であり、コンドームの使用率は、男性用コンドームは 3%、女性用コンドームは 1%以下と非常に低い。

(2) 産前健診

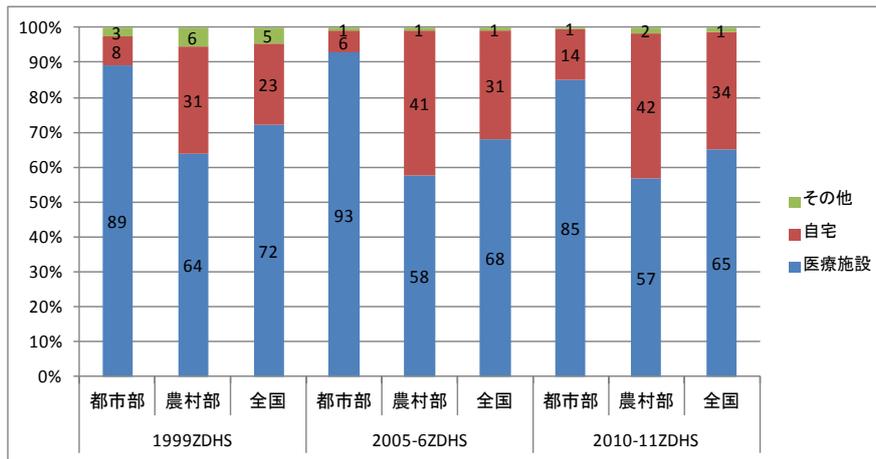
産前健診の受診率については、妊婦の 89%が 1 回以上、65%が 4 回以上受診している。受診率について、都市部と農村部での違いは見られなかった。

産前健診において、鉄剤の投与を受けたのは 49%、駆虫剤の投与を受けたのは 2%、破傷風の予防接種を 2 回以上受けたのは 45%という結果であった。また、妊娠時の危険な兆候に関して説明を受けたのは、62%であった。

(3) 出産

助産専門技能者の介助による分娩率は 1999 年の 73%、2005-06 年の 69%からさらに低下し、66%という結果であった。帝王切開率も 4.8% (2005-06 年) から 4.5%に低下している。

医療施設における分娩率についても、図 4-2 のとおり、1999 年の 72%、2005-06 年の 68%からさらに低下し、65%であった。施設分娩率は都市部と農村部で差があり、2010-11 年では、都市部は 85%に対し、農村部では 57%に留まっている。



出典：CSO and Macro International Inc. (2000) ZDHS 1999 [9]; CSO and Macro International Inc. (2007) ZDHS 2005-06 [10]; Zimbabwe National Statistics Agency and ICF International Inc. (2012) ZDHS 2010-11 [12]

図 4-2 出産場所の推移

女性が医療施設へアクセスする際の問題として挙げた理由については、治療費が 50%（都市部 36%、農村部 58%）、距離が 34%（都市部 10%、農村部 49%）であった。特に農村部の女性が医療施設にアクセスするのが困難となっている。

そのため、医療施設へのアクセスが困難な妊婦のために、妊婦の待機所（maternity waiting home）が設置されている。妊婦の待機所は、医療施設および専門技能者によるサービスおよび緊急産科ケアへのアクセスを改善することで、妊産婦および新生児の死亡・罹患率を削減することを目的としている²² [30]。妊婦の待機所の数は不明であるが、2009 年の調査では、調査対象施設のうち妊婦の待機所を設置している医療施設の割合は 22%という結果であった [31]。

(4) 基礎的および包括的緊急産科新生児ケア

基本的には 1 次医療施設で基礎的緊急産科新生児ケアを提供し、2 次医療施設以上で包括的緊急産科新生児ケアを提供するとしている。しかし、経験のある看護師や助産師が大幅に不足しており、基礎的および包括的緊急産科新生児ケアを提供するために必要な数の助産師が配置されているのは、ヘルスセンターの 10%、郡病院の 30%のみに過ぎない。また、州病院のうち小児科医、麻酔科医、産婦人科医、外科医の全てを配置している病院、集中治療室が機能している病院はそれぞれ 1 病院ずつに過ぎない。このため包括的緊急産科新生児ケアの提供に大きな支障が出ており、異常分娩のうち適切に対応できる割合も州病院レベルで施設全体の 5%に満たないと推定されている [31]。

(5) 産後健診

妊産婦および新生児死亡の大半が産後 48 時間以内に発生していることから、産後 48 時間（帝王切開などの場合は 72 時間）は医療施設に滞在するとされているが、ZDHS（2010-11 年）の結果では、2 日以内に産後健診を受けた女性の割合は 27%で、約 57%の女性が産後健診を受診していない。一方、新生児については、受診率は約 12%と低い結果となっている。

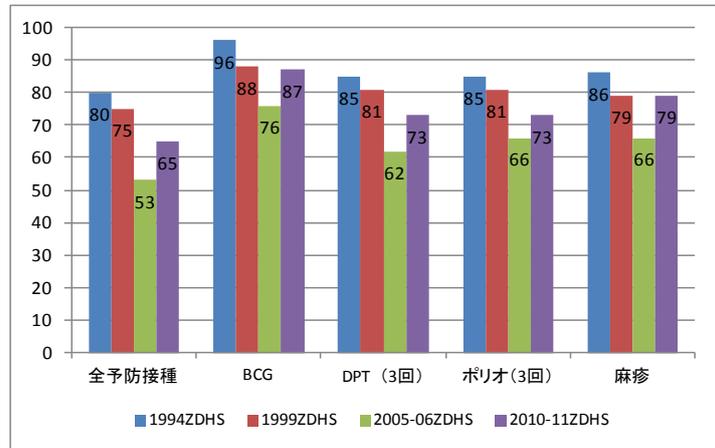
²² 設置基準としては、24 時間体制で、基礎的緊急産科ケアを提供できる施設の分娩室から 100m 以内の場所が望ましいとされている。妊婦は待機所に妊娠 36 週目で入所し、妊娠の危険な兆候、育児や新生児ケアなどについての健康教育や、妊娠の経過観察を受けることができる。分娩は隣接する医療施設で行われる。

4.2.4 子どもの保健サービス

(1) 予防接種

ジンバブエでは、現在、子どもの予防接種として、BCG、5種混合（DPT-HB-Hib）、ポリオおよび麻疹の接種が行われている。今後、2012年から2013年にかけて、子どもの肺炎や下痢症の罹患率削減のため、肺炎球菌ワクチンとロタウイルスワクチンの予防接種が導入される予定である。

ZDHS（2010-11年）の結果では、12から23か月の子どもの完全予防接種率は65%で、2005-06年の53%から改善しているものの、1994年および1999年の調査時のレベルまでは回復していない。都市部は70%であるのに対し、農村部は62%という結果であった。州によっても接種率に差があり、マニカランド州では47%と最も低く、都市部であるブラワヨが83%と最も高かった。また、母親の教育レベルが向上するにつれ完全予防接種率も上がり（初等教育の場合52%、中等教育の場合69%）、所得水準も影響していた（所得層下位20%の場合55%、上位20%の場合73%）。



出典：Zimbabwe National Statistics Agency and ICF International Inc. (2012) ZDHS 2010-11. [12]

図 4-3 予防接種率の推移²³

(2) 小児の疾病対策

肺炎や下痢症は小児の主な疾患である。ZDHS（2010-11年）の結果では、咳など急性呼吸器感染症（ARI）の症状を呈していた5歳未満児のうち48%が医療機関へ行き、31%が抗生物質の投与を受けた。また、発熱した5歳未満児のうち37%が医療機関へ行き、23%が抗生物質の投与を受けた。下痢症については、36%が以上機関あるいは医療従事者にかかり、74%が経口補液療法（ORT）あるいは水分摂取量を増加するなどの措置を行った。

ジンバブエでは2000年に小児疾病統合管理（IMCI）が開始され、2006年までに800人以上の医療従事者がIMCIの研修を受けた。IMCIは看護師およびプライマリケア看護師の養成課程のカリキュラムにも導入されている [32]。しかし、小児新生児疾病統合管理（IMNCI）²⁴研修教材の改訂（小児ARTなどへの対応）、1次レベルの医療従事者に対する研修のスケールアップや医薬品の確保など課題は多く残されている [33]。

²³ 2008年に3種混合から5種混合へ変更された。2010-11年のデータは3種混合あるいは5種混合を接種した割合となっている。

²⁴ 現在は新生児ケアが加わり、IMNCI（Integrated Management of Neonatal and Childhood Illness）となっている。

4.3 感染症対策の現状

4.3.1 HIV/エイズ対策

(1) 対策実施体制

国家エイズ委員会 (NAC) が、分野横断的にエイズ対策の調整およびモニタリング・評価を行っている。中央に NAC、州に州エイズ行動委員会 (PAAC)、郡に郡エイズ行動委員会 (DAAC)、ワードにワードエイズ行動委員会 (WAAC) が設置され、各レベルでのエイズ対策の調整を行っている。エイズ対策を行う団体は DAAC に登録することになっており、活動報告を月ごとに行っている。一方、保健児童福祉省 HIV/エイズ・性感染症・結核局は保健セクターでの HIV/エイズ対策を管轄している。保健分野の戦略などの策定等に際しては、常に保健児童福祉省と NAC が協働している。

(2) 政策・戦略計画

現行の戦略計画は、「ジンバブエ国家 HIV/エイズ戦略計画 (ZNASP II) (2011-2015 年)」であり、以下のとおり目指すべきインパクトと優先介入分野を定めている。

表 4-2 ZNASP II のインパクトおよび優先介入分野

	予防	治療・ケア・サポート	調整・管理・システム強化
インパクト	成人 HIV 新規感染率を 2015 年までに 0.85% (48,168) (2009 年) から 0.435% (24,084) に 50%削減する	HIV/エイズ関連の死亡を 2015 年までに 38%削減する 成人死亡：71,299 (2010 年) から 44,205 に減少する 子どもの死亡：13,393 (2009 年) から 8,304 に減少する	国家 HIV/エイズ対策が効果的に調整・管理される 国家複合政策指数 (NCPI) ²⁵ が 6.2 (2010 年) から 9.0 (2015 年) に改善される
優先介入分野	1. 社会・行動変容のためのコミュニケーション 2. コンドームの利用促進・配布 3. 男性割礼 4. 母子感染予防 5. HIV 検査・カウンセリング 6. 性感染症の治療・対策 7. 血液の安全性 8. 暴露後感染予防薬の提供	1. 抗レトロウイルス療法 (ART) 2. 栄養 3. 地域在宅ケア 4. エイズ遺児と脆弱な子どもたちへの支援	1. 政策および法的な実施環境の整備 2. 国家対策の調整と管理 3. HIV/エイズの主流化・統合 4. システム強化 5. 戦略的情報管理 6. 持続可能な財源と資源動員

出典：NAC (2011) Zimbabwe National HIV and AIDS Strategic Plan: ZNASP II 2011-2015. [17]

(3) 対策の進捗状況

HIV 検査・カウンセリングに関し、ZDHS (2005-06 年) では、調査時点から過去 1 年以内に HIV 検査を受け、感染の有無を知っている成人の割合は、女性 6.6%、男性 6.7%という結果であったが、2010-11 年では女性 33.6%、男性 20.5%と格段に向上している。

妊婦の HIV 検査受診率も向上しており、産前健診を受けた妊婦のうち HIV 検査を受けた人の割合は、2006 年に 73%であったのが、2009 年には 85%にまで増加している。母子感染予防サービスのカバレッジも向上しており、HIV 陽性妊婦のうち抗レトロウイルス薬 (ARV) を服用した妊婦は 2006 年で 15%であったのが、2009 年には 59%にまで増加した。

²⁵ HIV/エイズに関する法律や政策 (予防、治療・ケア・支援、人権、市民社会の関与、性別、職場プログラム、スティグマと差別、モニタリング・評価の分野) やプログラムの実施環境に関する指標。

同様にエイズおよび日和見感染症の治療・ケアへのアクセスは拡大してきている。抗レトロウイルス療法（ART）サイトは2006年には32施設であったのが、2010年には387施設となっている。それと共にARTを受けている患者も2007年末で99,408人であったが、2009年末には218,589人、2010年末では326,241人に増加している。ARTの拡大と共にエイズによる死者数も減少している（2006年123,000人から2010年71,299人） [17]。

HIV/エイズ関連サービスは拡大されているが、更なるサービスの拡大、サービスの安定的な提供に欠かせないARV等医薬品やサービスを提供する人材の確保等の課題は尽きない。

4.3.2 マラリア対策

(1) 政策・戦略および対策実施体制

保健児童福祉省疫学・疾病対策局内の国家マラリア対策プログラムがマラリア対策を主導している。現行の戦略計画は「国家マラリア対策プログラム戦略（National Malaria Control Programme Strategy）（2008-2013年）」であり、マラリア対策の介入サービスへのユニバーサルアクセスを達成することを目指している。戦略では目標を以下のとおり設定している。

- マラリア発生率を2007年時の95（人口千対）から2013年までに45に削減する
- マラリアによる致死率を2007年時の4.5%から2013年までに2.5%に削減する

マラリア対策は、主に世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）ラウンド8、米国大統領マラリアイニシアチブ（PMI）や他ドナーからの支援を受けて対策が実施されている。

(2) 対策の進捗状況

マラリア対策の指標の推移を表4-3に示す。

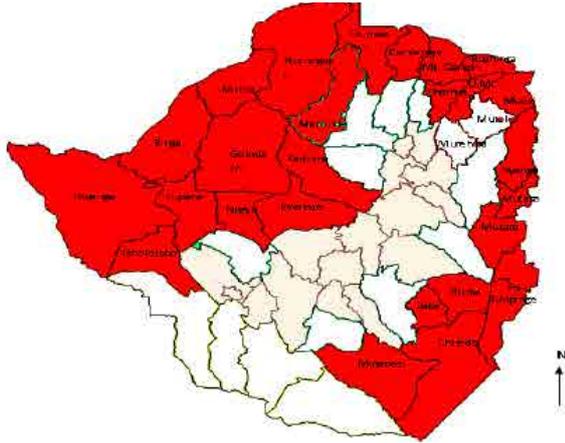
表 4-3 マラリア対策の指標の推移

指標	2005/06 ZDHS	2009 MIMS	2010/11 ZDHS
1 張以上の殺虫剤処理済蚊帳（ITN）を保有する世帯の割合	9%	27%	29%
調査前夜に ITN の中で就寝した 5 歳未満児の割合	4%	17%	10%
調査前夜に ITN の中で就寝した妊婦の割合	NA	NA	10%
2 回以上間欠予防治療（IPTp）を受けた妊婦の割合	NA	NA	7%
過去2週間のうちに発熱した5歳未満児のうちアルテミシニン誘導体多剤併用療法（ACT）による治療を受けた5歳未満児の割合	5%	14%	2%

出典： CSO and Macro International Inc. (2007) ZDHS 2005-06 [10];
CSO (2009) Multiple Indicator Monitoring Survey (MIMS) 2009 Preliminary Report [33];
Zimbabwe National Statistics Agency and ICF International Inc. (2012) ZDHS 2010-11 [12]

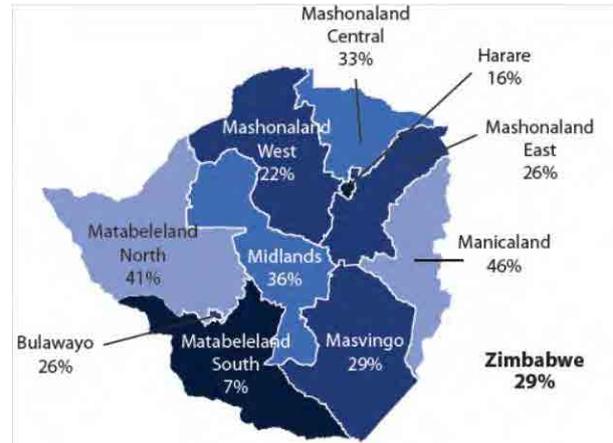
殺虫剤処理済蚊帳（ITN）については、国家戦略では中度から高度発生地域における長期残効型殺虫剤処理済蚊帳（LLIN）のユニバーサルカバレッジ²⁶を目指しており、2013年には達成される見込みである。図4-4はLLINのターゲット郡を示しており、図4-5はZDHS（2010-11年）におけるITNを保有する世帯の割合を州別に示したものである。LLINのターゲット郡が含まれている州のITN保有率が比較的高い傾向にあることが分かる。

²⁶ ユニバーサルカバレッジの定義は、2人で1張か一世帯で3張の蚊帳を所有することとしている。



出典：President's Malaria Initiative (2011) Malaria Operational Plan- FY 2012, Zimbabwe [22]

図 4-4 LLIN ターゲット郡



出典：Zimbabwe National Statistics Agency and ICF International Inc. (2012) ZDHS 2010-11 [12]

図 4-5 州ごとの ITN 保有率

妊娠期のマラリア対策に関する政策は 2004 年に採用された。政策によると中度から高度発生地域に居住する妊婦は間欠予防治療 (IPTp) を受けることと定められている。戦略計画では IPTp を 3 回実施することを推奨し、SP錠剤²⁷を医療従事者の直接監視下で服用するとされている。ZDHS (2010-11 年) の結果では、IPTp を 2 回以上受けた妊婦の割合は 7% と非常に低い。戦略計画では 85% を目標値としているが、SP の不足が IPTp サービス受診率に影響しており、在庫切れを防ぐためにも必要量の算出の改善が望まれている [22]。

診断に関しては、2010 年 8 月より、全てのマラリアの疑い例について抗マラリア薬の処方を行う前に顕微鏡あるいは迅速検査により寄生虫学的診断を行うとの方針となった。また、2010 年にはコミュニティケースマネジメント²⁸方針を採用し、パイロット調査を実施した。国家マラリア対策プログラムが、マラリア発生地域において全国展開すべく、コミュニティヘルスワーカーへの研修のスケールアップを計画している [22]。

4.3.3 結核対策

(1) 政策・戦略および対策実施体制

国家結核対策プログラムは HIV/エイズ、性感染症および結核対策局内に設置されている。国家結核対策プログラムは 1960 年代後半に設立され、1983 年には結核対策がプライマリヘルスケアサービスの中に統合された。1997 年には DOTS 戦略を採用している。「国家結核対策プログラム 5 年戦略計画 (National Tuberculosis Control Programme Five Year Strategic Plan) (2009 - 2013 年)」での目標値は新規感染の発見率 70% 以上および治療成功率 85% 以上と設定されている。

(2) 対策の進捗状況

WHO によると、新規感染の発見率は 56% (2010 年)、治療成功率 (新規喀痰塗抹陽性) は 78% (2009 年) となっている [24]。

²⁷ sulfadoxine-pyrimethamine. 商品名はファンシダール。

²⁸ コミュニティケースマネジメントでは、ヘルスセンターの監督の下、コミュニティヘルスワーカーが ACT の処方と迅速検査を実施することになる。

また、ジンバブエでは結核は HIV 感染者の主要な死因となっており、HIV 感染者に対する結核予防、診断および治療において結核および HIV/エイズプログラム間の連携は非常に重要となっている。下表はこれまでの進捗を示している。

表 4-4 結核・HIV 重複感染の予防、ケアおよび管理の進捗

指標	2007 年	2008 年	2009 年
HIV 検査を受けた結核患者の割合	26% (10,762)	45% (18,310)	83% (38,424)
結核患者のうち HIV 陽性の割合	69% (7,426)	76% (18,310)	77% (29,586)
HIV 陽性の結核患者のうちコトリモキサゾール予防内服を行っている患者の割合	78% (5,824)	79% (12,402)	80% (23,669)
HIV 陽性の結核患者のうち ART を受けている患者の割合	23% (1,727)	25% (4,630)	29% (8,509)

*カッコ内は人数

出典：NAC (2011) Zimbabwe National HIV and AIDS Strategic Plan: ZNASP II 2011-2015 [17]

4.3.4 その他感染症対策

2012 年の保健児童福祉省の計画では、顧みられない熱帯病 (NTDs) 対策として、住血吸虫症および土壌伝播蠕虫症の罹患を削減するため、全てのレベルに置いて保健児童福祉省と教育スポーツ芸術文化省から成る集団治療実施チームの形成およびトレーニングの実施、住血吸虫症、土壌伝播蠕虫症や狂犬病などの治療ガイドラインの策定などが目標として掲げられている。

4.4 栄養不良対策

保健児童福祉省の国家栄養部が栄養関連介入活動に関する政策策定およびサービスの監督を行っている。栄養は横断的な課題であるため、保健児童福祉省内の他部門と常に協働し、ガイドラインの策定などで必要な際には参画している。栄養に関する政策・戦略計画に関しては、食糧栄養カウンスル (FNC) と共同で「国家食糧・栄養安全保障政策 (National Food and Nutrition Security Policy) (2011 年)」が策定され²⁹、戦略計画が今後策定されることになっている。

州に州栄養士 (10 名)、郡には郡栄養士および栄養アシスタントが配置されることになっているが、62 郡のうち 10 郡が雇用凍結のため空席の状態になっている。コミュニティレベルでは、VHW が栄養教育、成長モニタリング、医療機関へのリファーなどを行っている。

サービス提供体制においては、課題横断的に取り組むべき完全母乳育児の推進や緊急栄養不良対策、母体微量栄養素補給サービス促進などについて、保健児童福祉省内での連携の改善が重要であること [34]、また、行動変容のための啓発や VHW へのトレーニング、IEC 教材の作成などの必要性が指摘されている。

4.5 非感染性疾患対策

国家保健戦略 (2009-2013 年) では、ジンバブエは感染症、再興感染症に加えて非感染性疾患の三重の疾病負荷を抱えていると認識し、2013 年までに特定の非感染性疾患の疾病負荷を 20%削減することが目標として掲げられている。

2012 年の保健児童福祉省の計画では、糖尿病、高血圧、特定の悪性新生物 (乳がんと前立腺がん)、眼精疾患、慢性呼吸器疾患の非感染性疾患の定期健診を行い、適切に管理することが可能な施設の割合を

²⁹ 2012 年 5 月では承認待ちの状態。

50%以上にすること等が目標となっている。具体的な目標として、郡および州病院のうち 30%以上が 40 歳以上の外来患者に対して糖尿病および高血圧のスクリーニング検査を行うとしている。また、包括的で統合された非感染性疾患政策・戦略の策定、非感染性疾患の危険因子調査を実施などが挙げられている。

第5章 保健システムの状況

5.1 保健人材

5.1.1 概況

ジンバブエの保健セクターにおいては、熟練した経験のある保健人材が海外および国内他セクターに流出したことにより、保健人材が大幅に不足している。特に 2008 年の経済不況は公的セクターの保健人材に対して大きく影響を与えた。経済不況のピーク時には、保健児童福祉省管轄人材の 3,588 人が辞職したとされている [35]。保健児童福祉省人材局の 2008 年 12 月の報告によると、公的部門の欠員率は、医師 69%、助産師 80%、看護職 62%、医学部教職員 63%以上、薬剤・放射線・検査人員 50%以上であった [5] [32]。

2011 年 12 月末における全体の欠員率は 16%となっている。特に欠員率が高いのは、専門医 (77%)、政府医務官、環境衛生監視官および環境衛生士である。一方、プライマリケア看護師 (1,558 名) の人員配置により、看護師の欠員率は 8%と、定員はほぼ充足されている [36]。

表 5-1 主な職種の人員の状況

職種	定員	人員	欠員率
医師	1,767	1,075	39%
看護	20,177	18,501	8%
環境衛生	2,480	1,776	28%
薬剤	584	468	20%
栄養	1,030	858	17%
検査/病理	572	433	24%
サーベイランス・保健情報	225	165	27%
工学・機器補修	194	111	43%

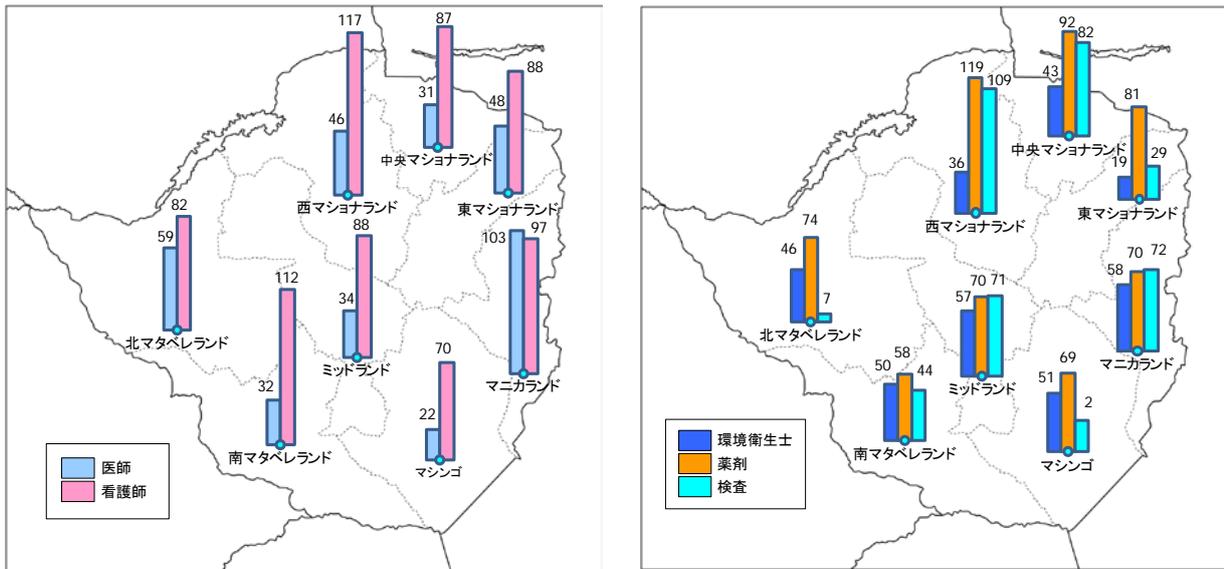
出典：Health Service Board (2012) Annual Report 2011 [36]

WHO によると人口 1,000 人あたりの医師および看護師・助産師の総数は 2.3 人必要であるとされているが、ジンバブエでは医師は 0.01-0.02 人、看護師は 0.5-1.4 人とかなり下回る状況である。州ごとの人口 1,000 人あたりの医師および看護師数は表 5-2 のとおり。表 5-3 から、州により、また職種により欠員の状況が大きく異なっていることが分かる。

表 5-2 州ごとの医師・看護師数(人口 1,000 人あたり)

州	医師	看護師
マニカランド	0.02	0.6
中央マシヨナランド	0.01	0.6
東マシヨナランド	0.02	0.7
西マシヨナランド	0.02	0.7
北マタベレランド	0.02	0.7
南マタベレランド	0.02	1.4
ミッドランド	0.02	0.6
マシngo	0.01	0.5

出典：Marjolein Dieleman, Mark Watson & Chenjerai Sisimayi with additional help from CCORE (2012) Impact assessment of the Zimbabwe Health Worker Retention Scheme [37]



出典： Marjolein Dieleman, Mark Watson & Chenjerai Sisimayi with additional help from CCORE (2012) Impact assessment of the Zimbabwe Health Worker Retention Scheme [37] より調査団作成

図 5-1 州ごとの公的部門における職種別定員充足率(2011年6月)

5.1.2 政策・戦略

保健サービス委員会 (Health Service Board) が保健児童福祉省管轄人材の雇用、配置、配置転換等を行う。また、保健人材に関する政策策定、政策の遵守状況のスーパービジョンも行う。一方、保健児童福祉省人材局は人材管理の観点から技術支援を行う。両者は常に連携を取っている。

保健人材に関する政策・戦略としては、保健サービス委員会、保健児童福祉省人材局および関係機関により「保健人材政策 (Human Resources for Health Policy) (2010年)」および「保健人材戦略計画 (Human Resources for Health Strategic Plan) (2010-2014年)」が策定された。取り組むべき主要な分野として、1) 保健人材情報・調査、2) 保健人材の産出・育成および開発、3) 保健人材の配置、定着、活用および管理、4) 保健人材計画および予算の4つを挙げている。

5.1.3 人材計画

1983年に保健児童福祉省および管轄の医療施設における定員数の見直しが行われて以降、定員数の見直しが行われておらず、その後の HIV/エイズの流行などの疾病負荷や人口の増加に見合った定員数が確保されていないことが大きな問題となっている。加えて、財務省の雇用凍結のため人材が雇用できない等、人材不足への対応が難しくなっている。

保健児童福祉省の2012年の計画では、保健人材分野において、全体の欠員率を2011年の17%から2012年末には10%までに削減する、疾病負荷と人口増に見合った定員数となるように定員数を増やす、保健人材情報システムを強化する等の目標が設定されている。

人材不足の対応策の一つとしてタスクシフティングが考えられる。例えば抗レトロウイルス療法 (ART) の開始に関する医師から看護師のタスクシフティングなどである。医師数が不足していることを鑑みると、看護師へのタスクシフティングが望まれるが、制度化へ向けた動きなどは確認されていない。

5.1.4 人材育成・産出

保健人材の教育は、高等教育省（Ministry of Higher and Tertiary Education）および保健児童福祉省管轄下の教育機関で行われる。ジンバブエ大学保健科学学校では、医師、薬剤師、検査技師、看護師等が育成されているほか、国立科学技術大学（NUST）、Solusi 大学、アフリカ大学等で保健専門職の学位コースが開かれている。ハラレとブラワヨの工科大学では薬剤師や環境衛生士の教育が行われている。カリキュラム開発、プログラムの計画と認定等について、高等教育省と保健児童福祉省の連携が重要であると認識されている。

表 5-3 職種別人材育成機関数

職種	運営			合計
	公立	民間非営利	民間営利	
医師	2	0	0	2
薬剤師	2	0	0	2
看護師・助産師	20	23	1	44
検査技師	1	0	0	1
環境衛生	6	0	0	6
放射線技師	5	0	0	5
理学療法・リハビリ技師	2	0	0	2

出典：Zimbabwe Health Workforce Observatory (2009) Human Resources for Health- Country Profile Zimbabwe [35]

教員の不足も深刻である。例えば、看護教員の定員は 257 名であるが、2011 年 12 月時点の欠員率は 45% であり、定員数以下での教育が行われている。したがって、教育の質に対する影響が懸念されている [36]。また、財務省による新規雇用の凍結などで、卒業しても雇用先がないため、人材の需要と供給のバランスがとれていない状況となっている。

5.1.5 雇用・配置・定着・管理

保健サービス委員会が、保健児童福祉省管轄の人材の雇用および配置を行っている。人材の雇用に際しては財務省の許可が必要となる。雇用までに時間がかかることも課題となっている。

人材流出による保健サービス提供の停滞とコレラの流行などの緊急事態に対応するため、2009 年に世界基金、欧州連合（EU）、英国国際開発省（DFID）、国連児童基金（UNICEF）等の支援により、保健人材定着スキーム（Human Resources for Health Retention Scheme）が開始された。同スキームにより勤務状態に基づき、毎月給与補填が行われる。スキーム導入後、医療施設における助産専門技能者の介助による出産が 2008 年から 2011 年の間に 53%から 76%に増加したなどの結果があるが、これがスキーム導入の成果であるかについては判断がつかない。

2011 年以降はドナー拠出による保健移行基金（Health Transition Fund）とジンバブエ政府が共同でスキームに出資することとなる。予定総額は 153,193,423 米ドルで、うち保健移行基金の支援は 57,610,243 米ドルである。保健移行基金からの出資は段階的に減らされ、最終年度は政府が 100%支出する予定である。スキームでは 22,065 人への支援を行い、これを上回る人員への支援は政府が責任を負うとしている [33]。

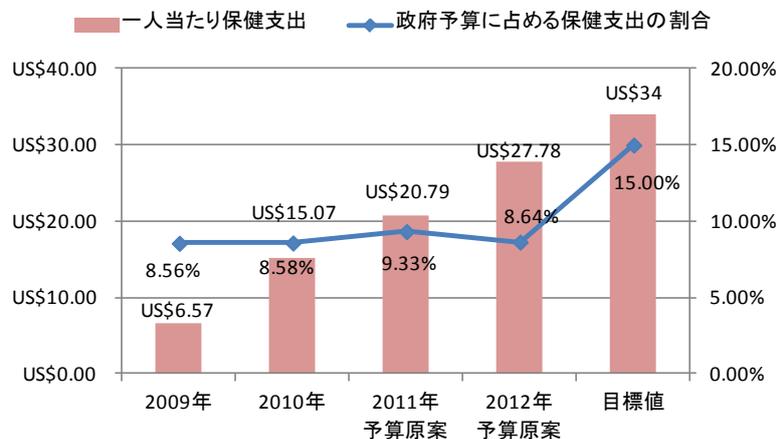
給与補填の根拠となる勤務状況については、保健サービス委員会の人材査察官（5名）が勤務状況のチェックを行っている。5名で全国の民間の約1,500施設を担当しているため、業務量が膨大であり、出欠の確認で終始している状況である。

5.2 保健財政

5.2.1 概況

保健セクターの財源は著しく不足している。中期計画（MTP）では、アブジャ宣言³⁰に従って政府予算の15%を保健セクターに配分するとしているが、図5-2に示すように2010年度³¹は、政府予算に占める保健支出の割合は8.58%であった。また、一人あたりの医療費はおよそ15米ドルであり、WHOのマクロ経済と保健委員会の推奨する34米ドル³²に比べ大きく不足している。

2009年度、政府は全予算のうち12%を保健セクターに充てたが、実際に保健児童福祉省に配分されたのはそのうちの約30%にすぎなかった。また、支出の92%が人員への給与で占められていた [34]。



出典：Hon. T. Biti, M.P., Minister of Finance (2011) The 2012 National Budget [39]

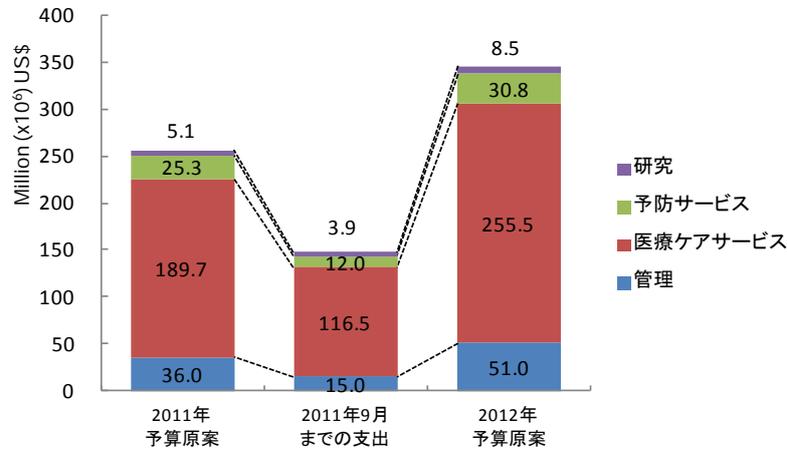
図 5-2 政府予算に占める保健セクター予算の割合および一人あたり保健支出

³⁰ 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。

³¹ ジンバブエの予算年度は1月から12月

³² Macroeconomics and Health (WHO 2001)によれば、低所得国において必要最低限の保健医療サービスを提供するために必要な支出は2007年で34USドル以上とされた。

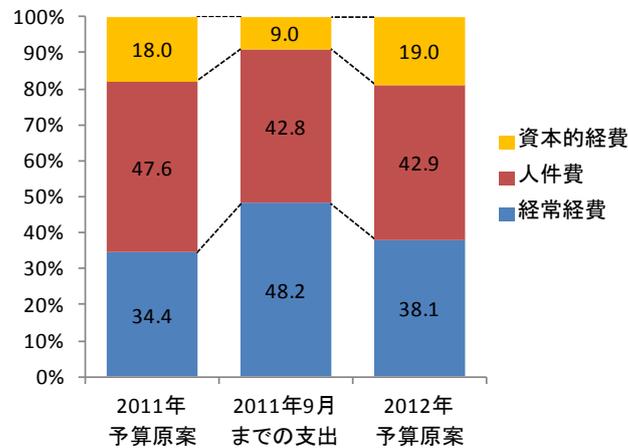
保健支出は、管理、医療ケアサービス、予防サービス、研究の4つの項目に分けられる。図5-3から、医療ケアサービスに費やしている割合が高いことが分かる。



出典：Ministry of Finance (2011) Blue Book [40]

図5-3 保健予算内訳(費目別)

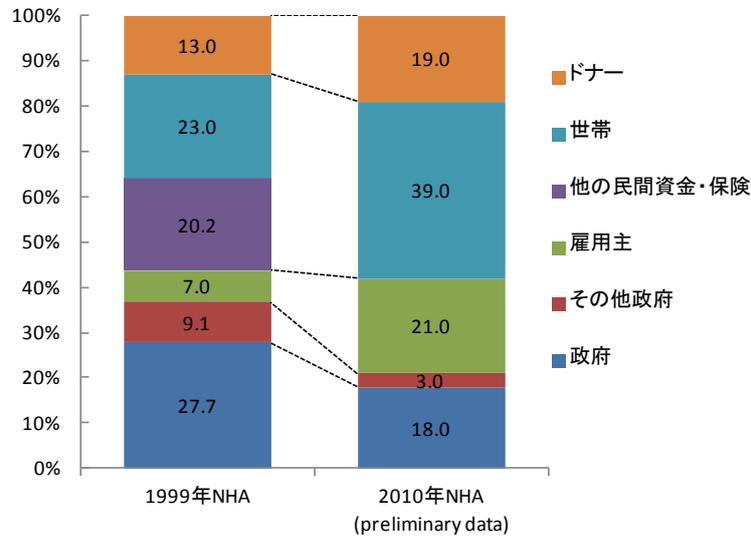
また、図5-4に示すように、経常経費（人件費含む）と資本的経費に分類した場合、予算原案では8割程度を経常経費、2割程度を資本的経費に充てられているが、実際には経常経費に9割以上が費やされている。また人件費が占める割合も高い。



出典：Ministry of Finance (2011) Blue Book [40]

図5-4 保健予算内訳(経常経費・資本的経費)

保健セクターの財源は、図 5-5 に示すとおり。政府からの支出が減り、患者の個人負担が 23%から 39%へと増加しており、またドナーの支援額も増えている。



出典：MOHCW (2000) National Health Accounts Zimbabwe [41]および財務副局長への聞き取り

図 5-5 保健予算の財源

5.2.2 利用者負担

独立後、公的施設においては利用者負担を課しておらず、社会福祉制度により貧困者は支払いを免れていた。しかしながら、構造調整の一環で、1991年に公的部門における利用者負担が導入された。以後、政府の方針では、妊婦、5歳未満の子どもおよび65歳以上の高齢者に対しては利用者負担を免除としているが、実際には、利用料を課す医療施設があるなど、利用料の負担が母子保健サービスへのアクセスを阻害する要因となっている [34]。実際に、医療施設のうち無料で妊産婦サービスを提供しているのは全体の53%で、それ以外の施設は3米ドルから50米ドル徴収していたという調査結果がある [33]。

5.3 情報供給機能

保健児童福祉省疫学・疾病対策局内の保健情報部が国家保健情報サーベイランス (NHIS) システムを所管している。NHIS システムは1985年に制度設計され、その後の試行を経て、1988年に全国的に導入された。その後、NHIS システムの向上のため、保健情報アシスタントのポストを郡病院、県病院やミッション病院に創設するなどの取り組みが行われてきた。

5.3.1 戦略・実施体制

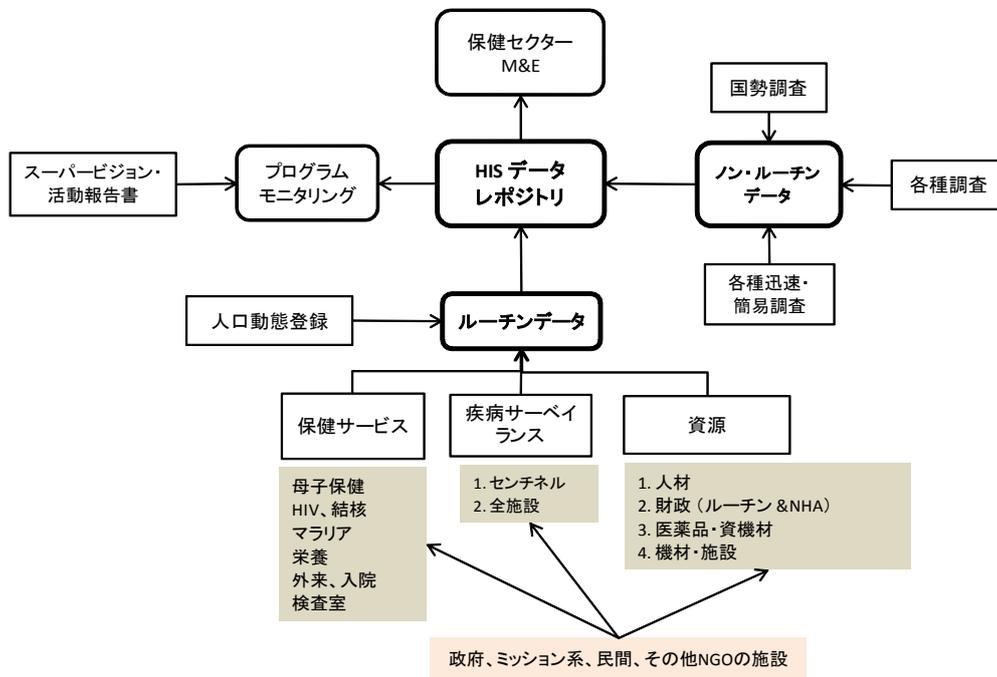
現行の保健情報に関する戦略は「国家保健情報戦略 (National Health Information Strategy) (2009-2014年)」であり、UNFPAの支援を受けて策定された。同戦略の最終目標は、保健情報システム (HIS) の強化を通じて全てのレベルでの保健サービスのパフォーマンスを最適化することである。同戦略では、99の主要保健指標が設定され、その指標を用いて保健セクターのモニタリング・評価を行うこととされている。

国家保健情報戦略の策定および実施にあたり、保健児童福祉省、ドナー、ジンバブエ国家統計庁（ZIMSTAT）、ジンバブエ民間病院協会（PHAZ）等から構成される国家 HIS 委員会が設立された。また、国家 HIS 委員会の下には、公的および民間保健セクターの技術専門家から構成される国家 HIS 技術委員会が設立され、4 半期ごとに会合を行っている。

保健児童福祉省保健情報部では、保健児童福祉省職員（9 名）に加え、人口動態登録との連携を図るため ZIMSTAT から職員（4 名）が出向して業務を行っている。州および郡レベルでは、保健情報担当官が州保健局および郡保健局に配置されている。医療施設レベルでは、中央、州および郡病院では保健情報担当官が、地域保健センターやクリニックでは看護師などが保健情報を担当している。

5.3.2 データ収集

国家保健情報戦略では、保健情報システムの概念枠組みを図 5-6 に示すように定めている。



出典：MOHCW, National Health Information Strategy 2009-2014 [42]を元に作成

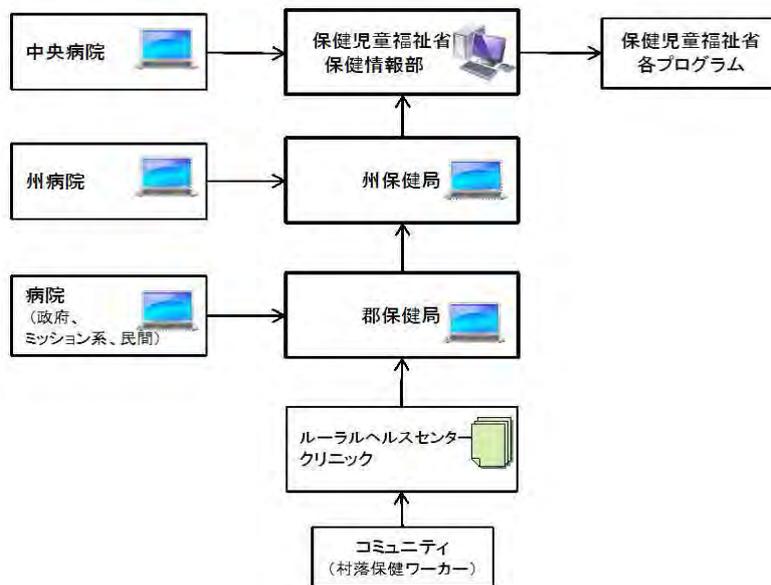
図 5-6 HIS のサブシステム、データ源およびデータの流れ

上図のとおり、保健情報システムの情報源は施設からの定期報告などによるルーチンデータとサンプル調査などによるノン・ルーチンデータの大きく二つに分けられる。以下、各々の概要について述べる。

(1) ルーチンデータ

1) 保健サービスデータ

各施設から月ごとに報告（外来、入院診療、HIV等のプログラムごとの報告など）が郡保健局に提出されている。2010年にDHIS（District Health Information System）が導入され、同年8月から全国展開され、これにあわせて保健施設で使用する様式の改訂も行われてきた。郡より上のレベルにはコンピュータが配置され、DHISソフトウェアが導入されている。現在は、外来診療（T5様式³³）、マラリア、栄養などのデータがDHISに統合され、その他については、2から3年後を目途に順次統合予定である。また、民間施設からも報告が行われることになっており、実際に一部の民間施設から報告が行われているというが、全容は不明である。民間施設からの報告を徹底するため、PHAZ等との連携が図られている³⁴。保健医療施設からの保健サービスデータの流れを図5-7に示す。



出典：MOHCW, National Health Information Strategy 2009-2014 [42]および聞き取り結果を元に作成

図 5-7 保健サービスデータの流れ

コミュニティレベルで村落保健ワーカー（VHW）が行った活動のデータは管轄のルーラルヘルスセンターに報告され、施設内で行ったデータと一緒に報告される。したがって、コミュニティレベルでの活動なのか施設での活動なのか、その内訳が分からない状況である。また現在、結核やHIV/エイズプログラムなどについては、一般のHISと並行してプログラムごとの報告も行われており、完全に一般のHISに統合されるまでは至っていない。

2) 疾病サーベイランス

週間疾病サーベイランスシステム（WDSS）³⁵により、毎週、届出が義務付けられているマラリア、下痢症、赤痢、インフルエンザなどの疾病に関する報告が行われている。これまで報告用紙、固定電話などの手段により報告が行われていたが、インフラが不安定であることなどにより報告率の悪さなどの課題が生じていた。それらの課題への対応として、拡大されている携帯電話のネットワークを活用し、2011

³³ T5様式は外来診療のデータの報告に使用する様式。

³⁴ 民間施設からの報告は、DHIS制度の体制が整ってから本格的に開始される。

³⁵ 統合的感染症サーベイランスと対応（IDSR: Integrated Disease Surveillance and Response）として機能している。

年から携帯端末を用いたデータ報告が行われている。世界基金ラウンド 8 の支援により、全国約 1,500 の公的医療施設のうち 1,165 施設に携帯が配布され、携帯端末による報告が行われている。毎週月曜日に保健施設から郡保健局に、火曜日に郡保健局から州保健局に、水曜日に州保健局から保健児童福祉省にデータが報告される。また、将来的にはDHISにデータを統合することが予定されている。

3) 資源

人材、財政、医薬品・資機材、機材・施設の資源に関するデータについては、各担当部局が情報システムの構築・運用を行っている。現時点では HIS に統合されていないが、将来的には統合予定である。

(2) ノン・ルーチンデータ

国勢調査は 10 年に一度実施しており、2002 年が直近で、次回は 2012 年に予定されている。一方、各種調査については、これまで主要な標本世帯調査として、ZDHS が、1988 年、1994 年、1999 年、2005-2006 年、2010-2011 年（基本的に 5 年ごと）に実施された。その他、複数指標モニタリング調査（MIMS）³⁶ が 2009 に実施され、ミレニアム開発目標（MDGs）の進捗を評価するため、2013-2014 年にも実施される予定である。

2011 年から保健児童福祉省主導の下、米国国際開発庁（USAID）、国連児童基金（UNICEF）、英国国際開発省（DFID）、世界銀行等により全国統合保健施設調査（NIHFA）が実施され、調査結果を取りまとめ中である³⁷。同調査では、ジンバブエ国内の全保健施設の状況（人材、施設、機材、医薬品等の状況）とサービスの質に関する調査が行われた。今後、保健児童福祉省は同調査の結果をあらゆる保健分野における介入活動のベースラインとして活用する意向であるとのことである。

5.3.3 情報分析、結果の活用・普及

保健情報の情報収集地点である保健施設および各レベルにおける、保健情報の分析および結果の活用が課題として認識されている。例えば、保健児童福祉省レベルでは、保健情報部から、外来・入院患者の主要な疾患・死因や各主要な疾病の動向などについて、毎年、「国家保健プロフィール」が発行されるが、2008 年を最後に発行されていない³⁸。保健情報部においても、情報分析、報告書作成、結果の公表や関係者との共有については強化すべき課題と捉えている。

³⁶ 複数指標クラスター調査（MICS: Multiple Indicator Cluster Survey）と同様の調査であるが、ジンバブエでは MIMS と命名されている。

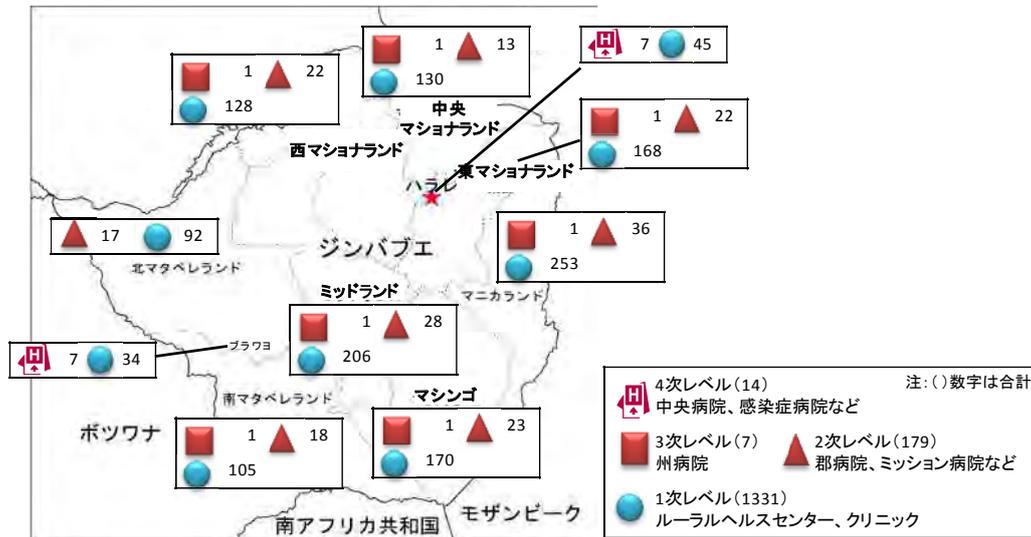
³⁷ 2012 年 5 月時点

³⁸ 政治経済的混乱や DHIS ソフトウェアの導入などで国家保健プロフィール（National Health Profile）の発行ができなかったとのこと（保健情報部副部長の聞き取りより 2012 年 5 月）

5.4 施設、機材、医薬品等の供給機能

5.4.1 医療施設・機材

保健施設計画では基本的に人口1万人あたりにルーラルヘルスセンター1施設、人口14万人あたりに郡病院1施設、各州に州病院を設立することとしている。2008年時の各州における公的医療施設数は図5-8のとおりである。現在の医療施設数はNIHFAにて調査が行われており、今後結果が公表される。



出典：MOHCW (2009) National Health Profile 2008 [7]

図5-8 州別・レベル別公的保健施設の分布状況(2008年)

2008年の医療サービスへのアクセスに関する調査では、医療施設から5km以内の場所に人口の60%、5kmから10kmの間に23%、10km以上の場所に17%が居住している [5]。

ZDHS (2010-11年) では、農村部の49%の女性が医療施設までの距離が保健サービス受診の障害要因であると回答している。農村部などの遠隔地に住む妊婦が安全な出産を行うためには、妊婦の待機所の利用が有効であり、2012年の保健児童福祉省の計画では既存の妊婦の待機所を1郡あたり1施設改修することが目標となっている。

国家保健戦略では、医療機材や施設の管理費に対する予算配分が不足していることから、保健インフラの大半が荒廃した状況にあり、ボイラーなどの設備なども機能していないとしている。また、医療機材も交換する必要がある状況である。患者ケアや感染症対策などの基本的な基準を満たしている病院は非常に少ない [5]。実際に、医療機材や施設の管理費として、2011年度の予算案では2,302,000米ドル計上されていたが、同年9月までに支出されたのは27.5%のみである [40]。

また、水、電気などの基礎インフラの状況も不安定であり、医療施設の運営やサービス提供に支障が生じている。2012年度の保健児童福祉省の計画では、水道がない施設の井戸の掘削、発電機の修理、ディーゼルの確保などが目標となっている。

5.4.2 医薬品供給

(1) 政策・管理体制

保健児童福祉省医薬品サービス局が政策の策定、医薬品供給等の実施管理を行っている。州には州薬剤師、郡には郡薬剤師、薬剤技師、調剤アシスタントなどが配置されている。一方、ジンバブエ医薬品管理局 (MCAZ) が医薬品の登録・規制、医薬品製造・販売の認証を行っている。現行の医薬品政策は「ジンバブエ国家医薬品政策 (Zimbabwe National Medicines Policy) (2011 年)」である。必須医薬品リストは 4 年ごとに改訂している。最新版は「第 6 次必須医薬品リストおよび標準治療ガイドライン (2011 年) (6th Essential Medicines List and Standard Treatment Guidelines for Zimbabwe 2011)」である。

(2) 医薬品の現状

ドナーからの医薬品供給等の支援を受け状況は改善しつつあるものの、医薬品や資機材が不足しており、質の高いサービスを提供することができない状況にある。2009 年の必須医薬品や機材の入手率については、必須医薬品リスト上の最も重要な医薬品については平均 51%、他の医薬品については 30%であった [31]。2012 年の保健児童福祉省の計画では、最も重要な医薬品の入手率を 2011 年の 44%から 2012 年末までに 100%にすること、医薬品全体については 2011 年の 37%から 2012 年末までに 80%にすることが目標となっている。

(3) ロジスティックス管理

公的機関については、医薬品サービス局が医薬品の必要量の算定を行い、国家医薬品公社 (NatPharm) が調達、保管、配送を行うことになっているが、現在は医薬品の大半をドナーが調達している。NatPharm からの配布は 4 半期ごとに行われる。以前はプルシステム³⁹であったが、現在は、結核およびマラリア関連の医薬品、必須医薬品パッケージについてはインフォームド・プッシュシステム⁴⁰を採用し、NatPharmから施設に直接配布されている。ただし、ARVについてはプルシステムで行っている。

5.5 管理・監督機能

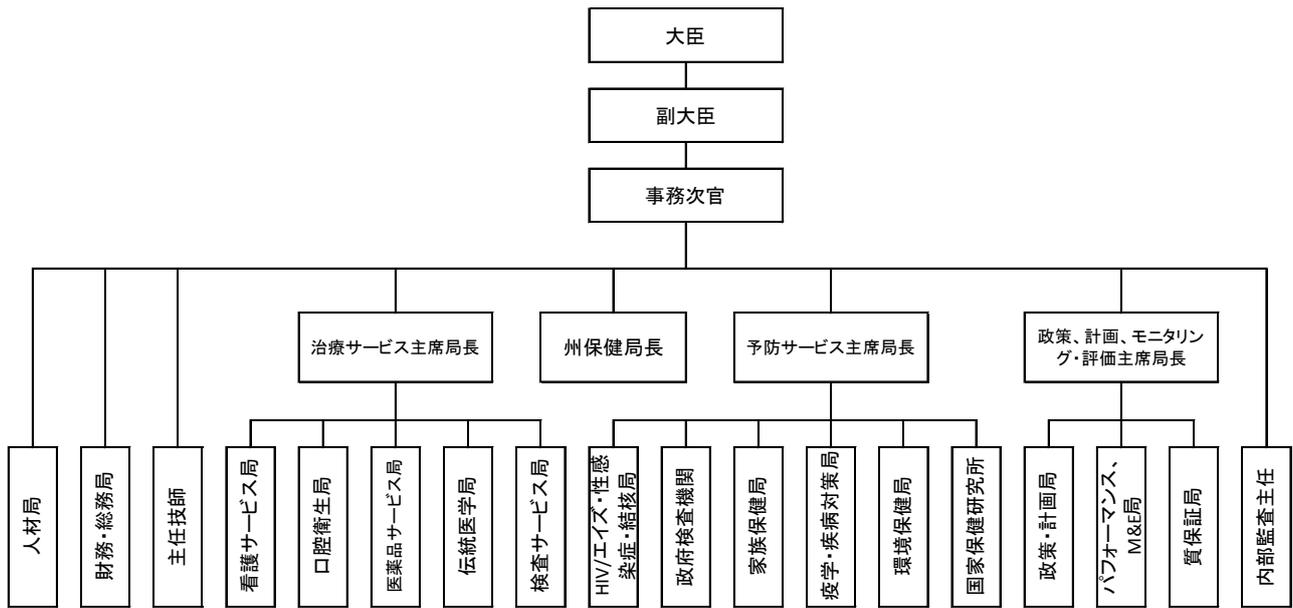
5.5.1 保健行政組織体制

保健児童福祉省は保健セクターにおける規制、政策策定、保健サービス提供に係る法的な実施環境の整備などを行っている (組織図は図 5-9 参照)。州保健局は保健児童福祉省の機能を州レベルで果たしており、州内での保健サービス提供の計画・管理の調整の責任を負っている。郡保健局はサービス提供レベルにおいて、国家および州の政策やガイドラインに沿ったサービス提供に係る管理を行っている [5]。

郡保健局は管轄の保健施設のスーパービジョンを行うが、車両等移動手段の確保などの問題から十分なスーパービジョンを行えない状況にある。その一方、ルーラルヘルスセンターの看護師は ART の開始ができないため、郡保健局のチームがアウトリーチを行い、その際に医師が ART の開始とフォローアップを行うなどの対策を講じている郡もある。

³⁹ 医療施設からのオーダーに基づいて医薬品を配布するシステム

⁴⁰ 配布の際に直接施設で在庫量・使用量等を確認した上で配布を行うシステム



出典：MOHCW (2009) National Tuberculosis Control Programme Five Year Strategic Plan 2009 – 2013 (Draft) [25]

図 5-9 保健児童福祉省組織図

5.5.2 規制機能（認証・認定、質の管理）

保健セクターを規制する法律として、Health Services Act (2002 年)、Public Health Act (2002 年)、Health Professions Act (2000 年) があり、患者の権利を守るため患者憲章 (Patient's Charter) が定められている。

保健医療施設やサービスの認証・規制については、Health Professions Authority が保健医療施設の登録・認証および施設で提供されるサービス（施設の外に出た場合も含む）の規制を行い、ジンバブエ全国の保健医療施設の査察を行っている。毎年、施設が基準を満たしているか査察が行われ、その結果、施設には認定書が与えられている。また、Health Professions Authority は医師・歯科医師協会や看護師協会など 7 つの保健専門職協会を調整する上位機関でもある⁴¹。

保健児童福祉省では質保証局が質の保証・管理を担当している。質保証局には長い間人員が配置されていなかったが、2010 年に局長が配置された⁴²。同局の任務は保健セクターにおいて質保証制度を導入・確立することである。2012 年度内に質の保証政策・戦略計画を策定する目標である⁴³。

これまでの活動としては、質保証に関するワークショップ（1 週間）を 2011 年 11 月に開催し、中央病院、州病院、各州が選んだ病院（1 ケ所）の計 22 病院が対象となり、質保証に関する各々の活動計画を策定した。質保証局は将来的には全国の病院（107 ケ所）に質保証制度を導入する意向である。また、同局は保健児童福祉省がこれまでに策定した規範、基準などのインベントリーの作成や、患者憲章等の見直しを行ったが、本格的な活動はまだ開始されていない⁴⁴。

⁴¹ <http://www.hsb.co.zw/partnerships/57-health-professions-authority-of-zimbabwe.html> (2012 年 7 月アクセス)

⁴² 副局長は空席のまま。現在の人員は秘書と併せて 2 人体制。

⁴³ コンサルタントを雇用し、一部の支援を Maternal and Child Health Integrated Program (MCHIP)/USAID から受ける予定となっている。(局長への聞き取り結果 2012 年 5 月)

⁴⁴ 質保障局長への聞き取り (2012 年 5 月)

第6章 ドナーの協力状況

国際社会は人々の人道的ニーズを満たすという観点からジンバブエに対する支援を行ってきたが、次第に、ドナーの援助は人道的支援から復興への支援へと移ってきている。しかしながら、現在の政治体制の下では、ほとんどのドナーは国連機関や市民団体を通じた支援形態を継続している [34]。

6.1 援助協調の枠組み

2009年5月の援助協調政策により、以下のとおり援助協調の枠組みが示された。

- (i) 援助協調に関する内閣委員会（議長は首相）
- (ii) 援助技術委員会（議長は経済計画・投資促進事務総長）
- (iii) 政府開発フォーラム（議長は地域統合・国際協力大臣）
- (iv) 援助技術ユニット（財務省内に設置）

政府開発フォーラムが、政府およびドナー間の対話を促進し、援助の重複を最小化し、国の優先事項と援助との整合を保つ役割を担っている [34]。

保健セクターにおけるドナー会合は4半期ごとに行われている。欧州連合（EU）が議長で、国連機関、米国国際開発庁（USAID）、英国国際開発省（DFID）、スウェーデン国際開発庁（SIDA）などが参加している。今後、保健児童福祉省の参加も予定されている。世界基金の国別調整メカニズム（CCM）は毎月会合を開いている。議長は保健児童福祉省で、ドナーの枠は2枠で国連機関とUSAIDがメンバーとなっている⁴⁵。また、国際連合人道問題調整事務所（OCHA）が率いる保健・水・衛生分野については、コレラや麻疹の流行等への対応を行うため、活動を継続している [43]。

6.2 ドナー協力実績

6.2.1 概況

ジンバブエの保健分野における主要ドナーの支援状況の概要は下表のとおり。

表 6-1 保健分野における主要ドナーの支援状況

機関	計画期間	主な支援分野						
		子どもの健康	母親の健康	栄養	HIV/エイズ	マラリア	結核	保健システム強化
WHO	2008-13年 ⁴⁶	○	○		○	○	○	○
UNICEF	2012-15年	○	○	○	○	○		
UNFPA	2012-15年	○	○					
DFID	2011-15年	○	○		○			○
米国・USAID	—	○	○		○	○		○
世界基金	—				○	○	○	○

出典：聞き取りなどから調査団作成

⁴⁵ USAID への聞き取りによる（2012年5月）。

⁴⁶ 国連開発援助枠組み（United Nations Development Assistance Framework: UNDAF）に併せ、2015年までの計画となる予定（WHO への聞き取りによる。2012年5月）。

6.2.2 世界保健機関 (WHO)

WHO は保健児童福祉省およびパートナー機関の主な保健および開発に係る課題への対応を支援してきた。WHO の支援の優先事項は以下のとおり [44]。

- (i) 保健システムのパフォーマンス改善
- (ii) 主要な感染症および非感染症の負荷の削減
- (iii) 健康的な環境促進を含む、主なリスクファクターを削減するための健康増進の促進
- (iv) 保健セクターの緊急事態対応能力の強化による、自然および人的災害、疾病の発生や様々なリスクファクターなど健康課題に対する国の脆弱性への対応

6.2.3 国連児童基金 (UNICEF)

ジンバブエに対する 2012 年から 2015 年のプログラムでは、1) 子どもの生存および発達、2) 基礎教育およびジェンダーの平等、3) 子どもの保護、4) 水、衛生、5) 政策アドボカシー、計画、モニタリング・評価、6) セクター横断的課題の戦略プログラムを通じた支援を行うとしている。予算は 3,397 万米ドル計上されている [45]。

6.2.4 国連人口基金 (UNFPA)

UNFPA の対ジンバブエ 6 次プログラム (2012-2015 年) では、リプロダクティブヘルス・ライツ (HIV 予防を含む)、人口と開発およびジェンダー平等の 3 領域への支援を行う。第 6 次プログラムの予算では 3,960 万米ドルが計上されている [46]。

6.2.5 世界エイズ・結核・マラリア対策基金 (世界基金)

ジンバブエは世界基金によるエイズ、結核、マラリア対策への支援を受けてきた。表 6-1 は現在の世界基金による支援状況を示したものである。

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	5	Program to support the scale up of ART and HIV Testing and Counseling Services in 22 districts in Zimbabwe	国連開発計画 (UNDP)	41,474,028	Phase II - In Closure
	8	Addressing critical gaps in HIV Prevention, Treatment, Care and Support	UNDP	84,641,215	Phase I - In Progress
結核	5	National Program to Reduce TB Morbidity and Mortality in Zimbabwe	UNDP	7,132,282	Phase II - In Closure
	8	Towards universal access: Improving accessibility to high quality DOTS in Zimbabwe	UNDP	28,236,113	Phase I - In Progress
マラリア	5	Program to Make ACT Available for the Treatment of Malaria in 51 Districts of Zimbabwe	UNDP	15,443,123	Phase II - In Closure
	8	Scaling up effective malaria control interventions in Zimbabwe	UNDP	32,810,290	Phase I - In Progress
	8	Health Systems Strengthening Cross-Cutting Interventions	UNDP	34,271,524	Phase I - In Progress
	10	Towards achieving preelimination in the southern region of Zimbabwe and consolidating malaria control in the rest of the country	UNDP	13,739,115	Phase I - In Progress

出典：GFATM Grant Portfolio Zimbabwe [47]

6.2.6 英国国際開発省 (DFID)

DFID は 2009 年時点で二国間援助機関ではジンバブエにおける最大の援助機関であった [48]。現在の政治状況を踏まえ、英国からの全援助はパートナー機関（国連など）や市民団体や民間団体を通じて行われており、ジンバブエ政府に対する直接の資金援助は行われていない [49]。表 6-3 は現在の保健セクターにおけるプロジェクトを示したものである。

表 6-3 保健セクターにおけるプロジェクト

プロジェクト名	概要	予算額 (ポンド)
Expanded Support Programme	HIV/エイズ対策の強化と拡大	35,000,000
Population Services International (PSI) - HIV Prevention Programme	安全な性行動の促進	24,025,810
Zimbabwe Saving Maternal and Newborn Lives Project	家族計画サービスへのアクセスの維持および HIV の影響を受けた母と新生児への支援	27,200,000
Emergency Vital Medicines Support to Zimbabwe II	無料必須医薬品の提供を通じたサービス利用の促進	16,500,000
Impact of improved Sanitation/ Hygiene and Infant Nutrition on environmental enteropathy, growth, and anemia among young children in Zimbabwe.	水・衛生、子どもの栄養、保健システムマネジメントに関する知識の普及	3,000,000
Retaining Human Resources for Health in Zimbabwe	貧困および脆弱層へ保健サービスを提供するための保健システム強化	3,000,000

出典: <http://projects.dfid.gov.uk/Default.aspx>

6.2.7 米国国際開発庁 (USAID)

USAID の HIV/エイズプログラムは米国大統領エイズ救済緊急計画 (PEPFAR) の一部として実施されている。USAID の HIV/エイズ支援では、ロジスティクスシステムの強化など保健システム強化も実施されている [50]。また、2011 年中盤に、米国大統領マラリアイニシアチブ (PMI) 対象国として選ばれ、2011 年予算度から開始された。2012 年度の予算では 1,200 万米ドルが計上されている [22]。

6.2.8 保健移行基金 (Health Transition Fund)

保健移行基金は、英国、ノルウェー、スウェーデン等が 2011 - 15 年の 5 年間で約 435 百万米ドルを拠出するプールファンドである。UNICEF が資金管理を行う。同ファンドは、保健児童福祉省の国家保健戦略計画に沿い、利用者負担の廃止、インパクトの高い介入への支援、保健システム強化を通じ妊産婦および子どもの死亡率削減を目指している。保健移行基金の 4 つの主要分野は以下のとおり [33]。

- 1) 妊産婦、新生児および子どもの健康と栄養
 - 産科・新生児ケアの能力強化
 - 妊産婦新生児ケアおよび栄養に関する地域保健サービスシステムの向上
 - 予防接種拡大計画 (EPI) および小児新生児疾病統合管理 (IMNCI) の強化を通じた子どもの健康の向上
 - 妊産婦、乳幼児、子どもの栄養に関する国家の体制強化
- 2) 医薬品、医療機材、ワクチン
- 3) 保健人材 (人材管理、研修、定着を含む)
- 4) 保健政策、計画および財政

6.3 日本の協力実績と現状

6.3.1 対ジンバブエ協力方針と保健分野の位置づけ

我が国は 2000 年以降、人道支援を除く新規の一般無償資金協力の実施等を見合わせてきた。対ジンバブエの協力方針としては、政治経済状況の落ち着きを踏まえ、見合わせていた支援のうち、人道目的に資する二国間の無償資金協力および技術協力を再開することとし、緊急人道援助、保健医療、農業振興、所得向上に結びつく産業振興のための条件整備、水を含む環境保全といった重点分野に沿って、早期に実施できる具体的協力案件を検討するとしている [51] [52]。

6.3.2 保健分野における日本の協力

上記の方針に従って、日本政府は NGO などを通じた草の根レベルの支援、国際機関等を通じた食料支援、保健、教育などの分野における緊急的な人道支援を行っている。これまでの保健セクターにおける主な支援実績は以下のとおり。我が国は主に感染症対策、特にユニセフを通じた予防接種ワクチンや蚊帳の供与、HIV 対策分野における技術協力を実施してきた。また、下表に掲載されている以外にも青年海外協力隊派遣（エイズ対策等）および研修事業を行っている。

表 6-4 日本の保健分野における支援実績(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)
	2006 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	コレラ流行対策に対する緊急無償資金協力
	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)
	2010 年	小児感染症予防計画 (UNICEF 連携)
草の根無償	2010 年	東マシヨナランド州ムレワ郡エイズ孤児支援計画
	2011 年	ベイトブリッジ郡における医療施設改善計画
日本 NGO 連携無償	2010～2011 年	コレラ感染症予防のための水衛生改善事業
技術協力プロジェクト	2003～2006 年	ハラレ市マブク/タファラ地区 HIV/AIDS 予防総合対策プロジェクト
	2005～2008 年	マシゴ州 HIV/AIDS 母子感染予防プロジェクト

出典：外務省 (2010) 国別データブック [52]、外務省 HP [53]

今後実施が予定されている案件は以下のとおり。

- 総合的母子保健サービスによる HIV/エイズ母子感染予防対策 (個別専門家)
- HIV/エイズ対策のモニタリング評価システムと実施の強化 (現地国内研修)
- 中央病院医療施設リハビリ計画/ハラレ中央病院小児科建設計画/ムピロ中央病院小児科建設計画 (フォローアップ協力)

第7章 保健セクターにおける優先課題

7.1 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、ジンバブエの保健セクターにおける課題とその要因を図7-1のように整理した。

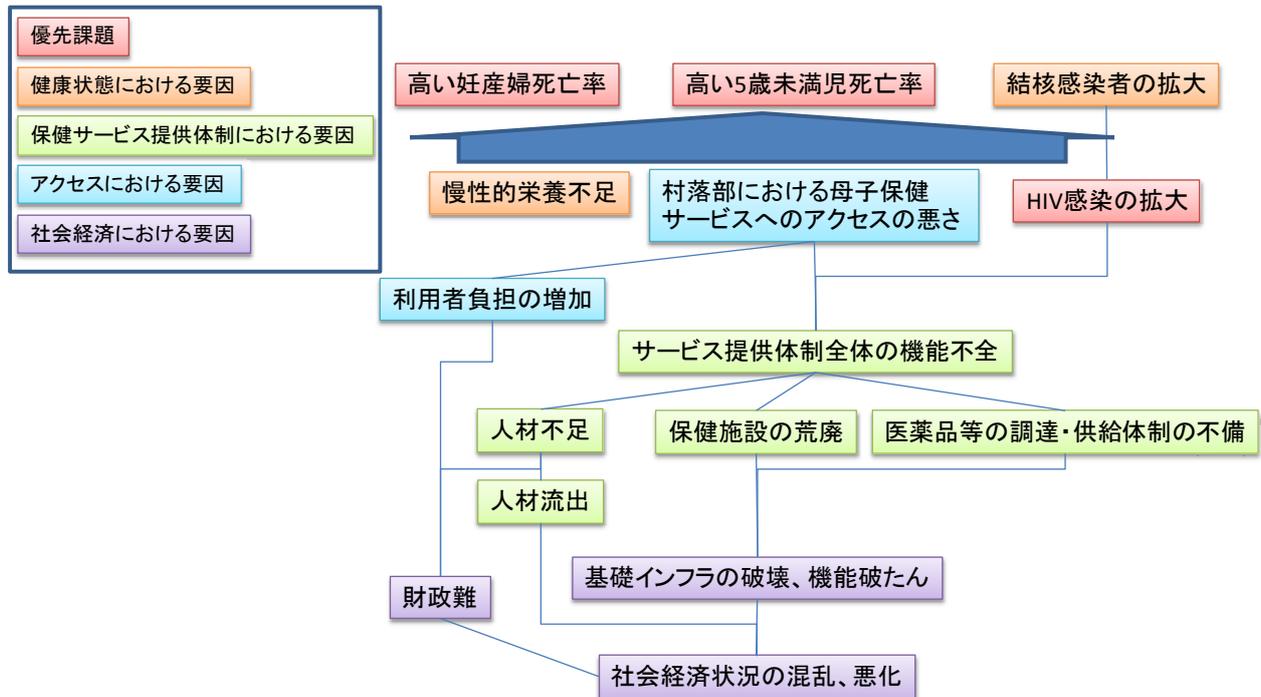


図 7-1 ジンバブエ保健分野の課題と背景要因

7.1.1 健康状態における問題

保健指標に関しては、妊産婦死亡率が悪化、また5歳未満児死亡率についても改善が見られず、妊産婦死亡率および5歳未満児死亡率の高止まりが大きな課題となっている。さらに、成人HIV感染率は低下傾向にあるものの、HIV感染者数は増加することが予測されている。また、依然、妊産婦死亡の約26～39%、5歳未満児死亡の21%を占めているなど、HIVおよびエイズの疾病負荷が大きい。HIV感染者の栄養など健康状態の維持、感染者の治療の継続（抗レトロウイルス薬（ARV）の確保）や新規感染予防の重要性は引き続き変わらない。基礎インフラの脆弱性などからコレラなどの感染症の突発的な流行のリスクも抱えている。

7.1.2 妊産婦および子どもの死亡の背景

2009年の包括的政府の樹立および経済状況の安定により、保健セクターにおいても緊急事態への対応を行っていた状態から国家保健戦略（2009-2013）の実施へ向けた状態へと状況が移行してきている。しかしながら、ジンバブエの保健セクターは保健システムの構成要素すべて（人材、インフラ・医薬品・資機材、財政、保健情報、サービス提供、管理・監督機能）に大きな課題を抱えている。特に緊急に取り組むべき課題として、政府やドナーの間では、財源、人材および医薬品等物資の確保が挙げられている。

予防接種率や施設分娩率など 1990 年代と比較して悪化している指標もあり、政治社会経済的混乱等を背景に、保健システムの機能不全によりサービスが停滞していたことが分かる。利用者負担による医療サービスへのアクセス低下、必要人材数や医薬品等の物資の不足によるサービス提供の停滞などの原因に起因している。加えて、1990 年代からの HIV 感染の拡大により医療システムに更なる負担がかかっている。保健施設においては、上述の問題に加え、水、電気の基礎インフラの機能不全がサービス提供に影響を与えている。

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

政府およびドナーは母子保健の向上、HIV、エイズおよび結核の感染症対策への取り組みを行うと同時に、保健システム強化の重要性を認識し、システム強化へ向けた取り組みを行っている。政府も国家予算の 15% を保健セクターに充てる目標を掲げ、システム強化へ向けた姿勢を示している。政府とドナーは協調した取り組みを行っており、保健移行基金の創設がその例である。その中で以前からの保健人材定着スキーム（給与補填）が引き継がれるが、ドナーからの支援額は段階的に減額され、最後は政府がその分を支払うとなっている。財政的な持続性などは今後の大きな課題となっていく。

7.2 日本の支援の可能性

前述のとおり、日本は主に小児感染症対策および HIV 対策分野の協力を行ってきた。また今後、HIV 母子感染予防分野や HIV/エイズ対策におけるモニタリング・評価分野における協力を予定している。

HIV/エイズの疾病負荷は依然大きく、HIV 新規感染の予防、特に母子感染予防対策は重要となっている。母子感染予防対策は産前健診に統合されており、母子感染予防対策の強化は母子保健サービスの改善にも資する。したがって、HIV 母子感染予防への協力を軸に、支援を展開していくことが妥当と考える。

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(ジンバブエ共和国)

国名: ジンバブエ共和国 (Republic of Zimbabwe)				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	10,469,202	12,509,477	12,571,000	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	2.9	0.8	0.8	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	60.5	44.6	49.9	2010	54.3	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		0.1.04	粗出生率	Birth rate, crude (per 1,000 people)		WDI	37.2	30.3	29.2	2010	37.4	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		0.1.05	粗死亡率	Death rate, crude (per 1,000 people)		WDI	8.7	16.6	13.3	2010	12.6	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		0.1.06	都市人口率	Urban population (% of total)		WDI	29.0	33.8	38.3	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	860	490	460	2010	1,188.5	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		0.2.02	経済成長率	GNI growth (annual %)		WDI	6.4	(3.3)	10.0	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				2010	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	99.0	96.9	99.0	2006	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					62.3	(2009)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		0.2.06	人間開発指標	Human Development Index		HDR	0.37	0.43	0.38	2011	0.46	(2011)	Sub-Saharan Africa	
		0.2.07	人間開発指標の順位	Human Development Index (rank)		HDR	108 / 160	128 / 173	173 / 187	2011				
		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					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	79	80	80	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	41	40	40	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			1,552	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			622	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			73	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			75.4	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			20.8	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			3.8	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			87	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			9	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			4	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	390	670	790	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		87.6	57.9	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	77.6	115.0	79.8	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	52.1	68.8	50.9	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			11.4	2006	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	5.2	3.9	3.3	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			3.3	2009	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			6.9	2009	3.8	(2009)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		1.3.02	マラリア有病率	Notified cases of malaria per 100,000 population	6.6	MDGs Database			7,480	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			33	2008	96	(2009)	Sub-Saharan Africa	
				b) Malaria death rate per 100,000 population, ages 0-4	6.6	MDGs Database			10	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	272	353	402	2010	479	(2009)	Sub-Saharan Africa	
		1.3.05	結核罹患率	Incidence of tuberculosis (per 100,000 people)	6.9	MDGs	296	726	633	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	27	17	27	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	10.1	24.8	14.3	2009	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	14,000	130,000	83,000	2009				
1.3.09		HIV新規感染率	HIV incidence rate, 15-49 years old, percentage (mid-point)		MDGs Database	4.29	2.2	0.84	2009					
1.3.10		GFによる優先度スコア (HIV)	Paritail Prioritization Score by the Global Fund (HIV)		GF			12	2012					
	GFによる優先度スコア (マラリア)		Paritail Prioritization Score by the Global Fund (Malaria)		GF			10	2012					
	GFによる優先度スコア (結核)		Paritail Prioritization Score by the Global Fund (TB)		GF			12	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			7.3	2006					
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			60.22	2009				
		2.1.02	帝王切開率	Birth by caesarian section (%)		GHO			4.8	2011	3.5	(2011)	Africa	
		2.1.03	避妊具普及率	Contraceptive prevalence (% of women ages 15-49)	5.3	MDGs			58.5	2011	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			93.4	2009	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		64.3	56.8	2009	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			12	2006	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	87	75	84	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	91	85	90	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	96	85	94	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	88	79	83	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	89	79	84	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		79	83	2010	74	(2010)	Sub-Saharan Africa	

添付1: 保健分野主要指標(ジンバブエ共和国)

国名: ジンバブエ共和国 (Republic of Zimbabwe)				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			71.2	2006			Sub-Saharan Africa (developing only)	
	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			46.7	2006			Sub-Saharan Africa (developing only)	
	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			45.6	2006	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			53.3	2009	26	(2005-2011)	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			0.95	2009	0.92	(2005-2012)	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			17.3	2009	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			23.6	2009	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		69	74	2008	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			34.0	2009				
	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			254.8	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			19.2	2010				
	2.2.12	HIV検査を受けた妊婦の割合	Pregnant women tested for HIV, estimated coverage (%)		GHO			90	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			56	2009				
	2.2.14	結核患者発見率	Tuberculosis case detection rate (all forms)		HNP Stats	29.0	56.0	56.0	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		69.0	78.0	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			49.3	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			90.9	2007	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								
	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									
	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									
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	0.14		0.16	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			0.7	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			0.2	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			0.7	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		0.0	0.0	2001	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		52.8	38.4	2001	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		47.2	61.6	2001	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		47.9	50.3	2001	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		0.0	0.0	2001	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		1.3	5.5	2001	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	2010	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		59.4	66.4	2001	84.3	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)
				b) Per capita total expenditure on health (PPP int. \$)		GHO					157	(2009)	Africa
	3.2.09	一人あたりの公的保健支出	Per capita government expenditure on health at average exchange rate (US\$)		GHO					41	(2009)	Africa	
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									
			b) Median availability of selected generic medicines (%) - Private	GHO									
	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									
			b) Median consumer price ratio of selected generic medicines - Private	GHO									
	3.3.03	人口1,000人あたりの病床数	Hospital beds (per 1,000 population)		HNP Stats	0.5		3.0	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 (ジンバブエ共和国)

引用番号	資料名	発行元	URL など	発行年
1	Development Indicators Online	World Bank	http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators	2012
2	Consolidated Appeal for Zimbabwe 2012	OCHA	http://www.unocha.org/cap/appeals/consolidated-appeal-zimbabwe-2012	2011
3	Human Development Report	UNDP	http://hdr.undp.org/en/	2011
4	Medium Term Plan (MTP) January 2010-December 2015	Government of Zimbabwe	http://www.zimtrade.co.zw/pdf/Government%20policies/ZERO%20DRAFT%20Medium%20Term%20Plan%202010-2015.pdf	2010
5	The National Health Strategy for Zimbabwe 2009-2013	MOHCW	http://www.zadhr.org/national-documents/53-zim-health-policy.html	
6	NCD Country Profile	WHO	http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles2011/en/index.html	2011
7	National Health Profile	MOHCW		2008
8	Zimbabwe Demographic and Health Survey (ZDHS) 1994	CSO and Macro International Inc	http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/SR48/SR48.pdf	
9	Zimbabwe Demographic and Health Survey (ZDHS) 1999	CSO and Macro International Inc	http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/SR83/SR83.pdf	2000
10	Zimbabwe Demographic and Health Survey (ZDHS) 2005-06	CSO and Macro International Inc	http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR186/FR186.pdf	2007
11	Maternal and Perinatal Mortality Study 2007	MOHCW	http://countryoffice.unfpa.org/zimbabwe/drive/ZMPMSreport.pdf	
12	Zimbabwe Demographic and Health Survey 2010-11	Zimbabwe National Statistics Agency and ICF International Inc	http://countryoffice.unfpa.org/zimbabwe/drive/2010-11ZDHSpreliminaryReport-FINAL.pdf	2012
13	Trends in estimates of maternal mortality ratio (MMR, maternal deaths per 100 000 live births) by 5-year intervals, 1990–2010, by country	UN Maternal Mortality Estimation Inter-agency Group (MMEIG) WHO, UNICEF, UNFPA, WB	http://www.childinfo.org/maternal_mortality_ratio.php	
14	Trends in under-five mortality rates, 1960–2010	Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (IGME)	http://www.childinfo.org/mortality_u5mrcountrydata.php	
15	The State of the World's Children 2012: Children in an Urban World	UNICEF	http://www.unicef.org/sowc/files/SOWC_2012-Main_Report_EN_21Dec2011.pdf	2012
16	2010 Report Zimbabwe	Countdown to 2015	http://www.countdown2015mnch.org/country-profiles/zimbabwe	2010
17	Zimbabwe National HIV and AIDS Strategic Plan [ZNASP II] 2011-2015	National AIDS Council	http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_177739.pdf	2011
18	United Nations General Assembly Special Session Report on HIV and AIDS Follow-up to the Declaration of Commitment on HIV and AIDS, Zimbabwe Country Report	The Government of Zimbabwe		
19	A Surprising Prevention Success: Why Did the HIV Epidemic Decline in Zimbabwe?	Halperin DTO, Hallett TB, Muchini B, Campbell B, et al. Mugurungi	PLoS Med 8(2): e1000414. doi:10.1371/journal.pmed.1000414	2011
20	World Malaria Report 2011	WHO	http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2011/en/	2011

添付 2 : 参考文献リスト (ジンバブエ共和国)

引用番号	資料名	発行元	URL など	発行年
21	Zimbabwe Malaria Programme Review Report	National Malaria Control Programme, Ministry of Health and Child Welfare	http://www.sadc.int/files/3013/2091/4394/ZIM-MPR_Report_draft_2_SARN.PDF	2011
22	Malaria Operational Plan- FY 2012, Zimbabwe	President's Malaria Initiative	http://www.pmi.gov/countries/mops/fy12/zimbabwe_mop_fy12.pdf	2011
23	National Health Profile 2008	Ministry of Health and Child Welfare		2008
24	Global tuberculosis control: WHO report 2011	WHO	http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/	2011
25	National Tuberculosis Control Programme Five Year Strategic Plan 2009-2013 (Draft)	MOHCW		2009
26	Zimbabwe: Health Priorities – Snapshots (as of 23 February 2012)	OCHA	http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/map_1815.pdf	2012
27	First WHO report on neglected tropical diseases: working to overcome the global impact of neglected tropical diseases	WHO	http://www.who.int/neglected_diseases/2010report/en/	2010
28	Zimbabwe National Cancer Registry 2006 Annual Report	E. Chokunonga, Borok, Z.M. Chirenje and A.M. Nyakabau M.Z	http://cancertrust.files.wordpress.com/2011/10/zimbabwe-cancer-registry-2006-annual-report.pdf	2010
29	The Village Health Worker Strategic Direction	Ministry of Health and Child Welfare		2010
30	Maternity Waiting Homes Operational Guidelines	Ministry of Health and Child Welfare		2010
31	The Zimbabwe Health Sector Investment Case (2010-2012): Accelerating progress towards the Millennium Development Goals	MOHCW		2010
32	National Child Survival Strategy for Zimbabwe 2010-2015	MOHCW	http://www.unicef.org/zimbabwe/Young_Child_Survival_Doc-Complete.pdf	
33	Health Transition Fund: A Multi-donor Pooled Fund for Health in Zimbabwe	Ministry of Health and Child Welfare		2011
34	Multiple Indicator Monitoring Survey (MIMS) 2009 Preliminary Report	Central Statistical Office	http://ochaonline.un.org/Surveys/MIMS2009/tabid/5465/language/en-US/Default.aspx	2009
35	A Situation Analysis on the Status of Women's and Children's Rights in Zimbabwe, 2005 - 2010: A call for Reducing Disparities and Improving Equity	UNICEF and the Government of Zimbabwe		2011
36	Human Resources for Health Country Profile Zimbabwe	Zimbabwe Health Workforce Observatory	http://www.hrh-observatory.afro.who.int/images/Document_Centre/zimbabwe_hrh_country_profile.pdf	2009
37	Annual Report 2011	Health Service Board		2012
38	Impact assessment of the Zimbabwe Health Worker Retention Scheme	Marjolein Dieleman Watson & Chenjerai Sisimayi with additional help from CCOREMark		2012
39	The 2012 National Budget	Hon. T. Biti, M.P, Minister of Finance.		2011
40	Blue Book	Ministry of Finance		2011

添付 2 : 参考文献リスト (ジンバブエ共和国)

引用 番号	資料名	発行元	URL など	発行年
41	National Health Accounts Zimbabwe	MOHCW		2009
42	National Health Information Strategy 2009-2014	MOHCW		
43	Annex. COMMISSION DECISION of 31.05.2011 on the adoption of a special measure in favour of Zimbabwe, to be financed from the 10th European Development Fund	European Commission		2011
44	WHO Country Cooperation Strategy, 2008-2013, Zimbabwe	WHO	http://www.afro.who.int/en/zimbabwe/country-cooperation-strategy.html	2009
45	Zimbabwe Country Programme Document 2012-2015	UNICEF	http://www.unicef.org/about/execboard/files/Zimbabwe_final_approved_2012-2015_20_Oct_2011.pdf	2011
46	Final country programme document for Zimbabwe	UNFPA		2011
47	Grant Portfolio	The Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria	http://portfolio.theglobalfund.org/en/Grant/List/ZIM	
48	Official Development Assistance (ODA) for Health to Zimbabwe	WHO		
49	Summary of DFID's work in Zimbabwe 2011-2015	DFID	http://www.dfid.gov.uk/Documents/publications1/op/zimbabwe-2011-summary.pdf	2011
50	HIV/AIDS Health Profile	USAID	http://transition.usaid.gov/our_work/global_health/aids/Countries/africa/zimbabwe_profile.pdf	2010
51	対ジンバブエ共和国事業展開計画	外務省		2011
52	国別データブック	外務省		2010
53	外務省 HP	外務省	http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/data/gaiyou/odaproject/africa/zimbabwe/contents_01.html#m012201	