

保健セクター情報収集・確認調査

リベリア共和国 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
12-109

保健セクター情報収集・確認調査

リベリア共和国 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 リベリア・ドル=1.05 円

(2012 年 6 月 29 日現在

OANDA 為替レート)

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「全ての人々が、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

略語	英語	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
ANC	Antenatal Care	産前健診
ARI	Acute Respiratory Infection	急性呼吸器感染症
ART	Anti-retroviral Therapy	抗レトロウイルス療法
BCC	Behavior Change Communication	行動変容のためのコミュニケーション
BMI	Body Mass Index	体格指数
BPHS	Basic Package of Health Services	保健サービス基本パッケージ
CDC	Centers for Disease Control and Prevention	米国疾病予防管理センター
CDD	Cross Dock Depot	クロスドック倉庫
CFSNS	Comprehensive Food Security and Nutrition Survey	包括的食糧安全栄養調査
CHAI	Clinton Health Access Initiative	クリントンヘルスアクセスイニシアティブ
CHSWT	County Health and Social Welfare Team	州保健社会福祉局
CHV	Community Health Volunteers	コミュニティヘルスボランティア
CPR	Contraceptive Prevalence Rate	避妊普及率
CYP	Couple Year of Protection	カップル/年で示される避妊法の供給量
DFID	Department for International Development	英国国際開発省
DHIS	District Health Information System	地域保健情報システム
DHS	Demographic and Health Survey	人口保健調査
DOTS	Directly Observed Therapy Short-course	直接監視下における短期化学療法
DPT	Diphtheria, Pertussis, Tetanus	ジフテリア・百日咳・破傷風 (混合ワクチン)
EHRP	Emergency Human Resource Plan	緊急人的資源計画
ENA	Essential Nutrition Action	基礎的栄養アクション
EPHS	Essential Package of Health Services	保健サービス必須パッケージ
EPI	Expanded Programme on Immunization	予防接種拡大計画
EU	European Union	欧州連合
FBO	Faith based organization	宗教系組織 (信仰に基づく団体)
GAVI	The 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
GNI	Gross National Income	国民総所得
HIPC	Heavily Indebted Poor Country	重債務貧困国
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウイルス
HMIS	Health Management Information System	保健管理情報システム

略語	英語	日本語
HRMIS	Human Resource Management Information System	人材管理情報システム
HSCC	Health Sector Coordinating Committee	保健セクター調整委員会
IEC	Information, Education and Communication	情報・教育・コミュニケーション
IMF	International Monetary Fund	国際通貨基金
IMNCI	Integrated Management of Newborn and Childhood Illness	小児新生児疾患統合管理
IPTp	Intermittent Preventive Treatment for Pregnant Women	妊婦の間欠予防治療
IRS	Indoor Residual Spray	殺虫剤屋内残留噴霧
ITN	Insecticide-Treated Mosquito Net	殺虫剤処理済蚊帳
IVM	Integrated Vector Management	総合的媒介蚊対策管理
JFA	Joint Finance Agreement	共同出資協定
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人国際協力機構
LCM	Liberia Coordination Mechanism	リベリア調整メカニズム
LLIN	Long Lasting Insecticide-Treated Net	長期残効型殺虫剤処理済蚊帳
LMIS	Logistic Management Information System	ロジスティクス管理情報システム
LPRS	Liberia Poverty Reduction Strategy	リベリア貧困削減戦略
M&E	Monitoring and Evaluation	モニタリング評価
MDG	Millennium Development Goal	ミレニアム開発目標
MDR-TB	Multidrug-Resistant Tuberculosis	多剤耐性結核
MIS	Malaria Indicator Survey	マラリア指標調査
MOA	Ministry of Agriculture	農業省
MOF	Ministry of Finance	財務省
MOHSW	Ministry of Health and Social Welfare	保健社会福祉省
MSM	Men having sex with men	男性間性交渉者
NAC	National AIDS Committee	国家エイズ委員会
NACP	National AIDS Control Program	国家エイズ対策プログラム
NDS	National Drug Service	国家医薬品局
NGO	Non-Governmental Organization	非政府組織
NHA	National Health Account	国家保健会計
NHPP	National Health Policy and Plan	国家保健政策・計画
NHSWPP	National Health and Social Welfare Policy and Plan	国家保健社会福祉政策・計画
NMCP	National Malaria Control Program	国家マラリア対策プログラム
NNP	National Nutrition Policy	国家栄養政策
NTD	Neglected Tropical Diseases	顧みられない熱帯病

略語	英語	日本語
NLCP	National Tuberculosis and Leprosy Control Program	国家結核・ハンセン病プログラム
PAC	Post Abortion Care	人工中絶後ケア
PBC	Performance Based Contract	パフォーマンス基準型契約
PHC	Primary Health Care	プライマリヘルスケア
PMI	President's Malaria Initiative	米国大統領マラリアイニシアティブ
PMTCT	Prevention of Mother to Child Transmission	母子感染予防
PNC	Post Natal Care	産後ケア
PRS	Poverty Reduction Strategy	貧困削減戦略
RBHS	Rebuilding Basic Health Services	基礎保健サービス再構築プロジェクト (USAID)
RBM	Roll Back Malaria	ロールバックマラリア
RED	Reach Every District	全域到達戦略（予防接種のアプローチ）
SCMU	Supply Chain Management Unit	サプライチェーン管理局
SGBV	Sexual and gender-based violence	性とジェンダーに関わる暴力
SSF	Single Streams of Funding	（複数の同一疾病のラウンドを統一した世界基金のファンディングスキーム）
STI	Sexually Transmitted Infection	性感染症
TB	Tuberculosis	結核
TFR	Total Fertility Rate	合計特殊出生率
TTM	Trained Traditional Midwife	訓練を受けた伝統助産者
UNDP	United Nations Development Programme	国連開発計画
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees	国際連合難民高等弁務官事務所
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
USG	United States Government	米国政府
VCT	Voluntary Counseling and Testing	自発的カウンセリング・検査
WFP	World Food Programme	国連世界食糧計画
WHO	World Health Organization	世界保健機関
gCHV	General Community Health Volunteer	一般コミュニティヘルスボランティア



出典： http://www.freemap.jp/africa/africa_liberia.html (accessed 04/2012)

リベリア共和国

要約

1. リベリアでは 14 年間の内戦が国の社会・経済に与えた影響は深刻であったが、2010 年には重債務貧困国 (HIPC) プロセスを完了し、国内総生産 (GDP) 成長率 6%と経済は徐々に回復している。しかしながら農業活動の衰退、高い失業率等により、国民の 57%は今だ極度の貧困状態にある。5 歳未満児および妊産婦死亡率は高く、栄養失調は蔓延しており、現在もマラリア、急性呼吸器感染症 (ARI)、下痢症等の予防可能な疾患が、成人、子どもの主要な疾病・死亡の原因となっている。
2. 現在政府が作成している「中期経済成長・開発戦略 (Agenda for Transformation)」および「国家予算フレームワークペーパー (2012/2013 年度)」において、「国民の健康状態を、公平性を持って改善することが重要課題である」と指摘されている。現在の国家保健社会福祉政策・計画 (NHSWPP) (2011-2021) は、持続性、効率性、公平性、説明責任の 4 つの基本的な指針を挙げており、特に妊産婦、子どもの健康に対処する緊急かつ実質的な対策を取ることを念頭に、サービス提供の改善とアクセスの拡大を図るものである。また、2009 年の国家地方分権化政策に基づき、州レベルでの政策・実施計画の作成が進められており、今後より人々のニーズに基づいたサービス提供が行われることが期待される。

3. 内戦後に保健サービスシステム再建の取り組みが行われた結果、乳児死亡率 (出生千対) は 2000 年から 2007 年に、117 から 71 へ、5 歳未満児死亡率 (出生千対) は 194 から 110 へと改善した。しかし、現在もマラリア (67%)、ARI (14%)、栄養失調 (13%)、下痢症 (6%) が、5 歳未満児の主要な死亡原因となっている。一方妊産婦死亡率 (出生 10 万対) は、同期間に 578 から 994 に悪化した。HIV 感染率は 1.5%で、東・南アフリカと比較すると低い数値である。しかし都市の感染率は 2.5%で、妊婦の感染率は定点観測調査で平均 4%と高い数値であった。マラリア感染のリスクは非常に高く、2009 年の外来死亡患者の 38%、入院患者の死亡の 42%がマラリアに関連するもので、2010 年、5 歳未満児の死亡原因の第 1 位であった。結核も重要疾患の一つであり、死亡率が 48、罹患率は 476 で (いずれも人口 10 万対)、周辺国の平均値と比較しても感染リスクはより高くなっている。

栄養失調の状況はここ数年改善しているが、2010 年の調査によれば、子どもの発育阻害は 42%と世界でも最も高い数値である。リベリアにおける食糧安全は低く、発育不全や疾病の誘発・重症化を招く栄養失調は深刻な健康問題となっている。

4. 国家保健政策・計画 (2007-2011) の下、国民の健康状態を改善するのに最もインパクトの高いサービス (妊産婦ケア、子どもの健康、感染症対策、栄養対策等) が、保健サービスの基本パッケージ (BPHS) として、保健施設において無料で提供されることになった。現在 BPHS は、保健サービス必須パッケージ (EPHS) に継続している。これにより、保健施設の利用は増加し、サービス提供も拡大した。一律化されたサービス提供という点では進捗はあったが、農村地域の多くの住民は、保健施設へのアクセスが困難であり、保健人材が都市に偏重するなど、サービス提供の公平性という面では、戦略を再考する必要がある。今後改善が求められる妊産婦、新生児・乳幼児の健康については、人材・技術的側面に加え、第 1-3 次医療までのリファラルシステム、医薬品・資機材確保のためのサプライチェーン強化、水・電気等の基本インフラ整備等包括的な保健システム強化が求められる。

5. 内戦後に保健人材の数が著しく不足したため、緊急人的資源計画（EHRP）により、看護師・助産師が優先的に育成された。人材の数は大幅に増加したが、今後は医師等の高度な技術を持つ人材の養成と公平な人材配置をさらに検討する必要がある。保健管理情報システム（HMIS）についても再構築され、2008年からは各州のサービス提供の情報を集積できるようになり、2011年に複数の保健プログラムの情報システムと HMIS が一つに統合されたことにより、州・中央レベルでの包括的な情報集積を行うことが可能となった。内戦で90%が破壊された保健施設も多くが改修・再建され、2010年までには、公的、民間合わせた保健施設数は551にまで増加した。今後は2021年の目標数にむけて公平性を促進するための戦略的な施設配置を検討することが政策課題の一つとなっている。医薬品の在庫不足に関しては、早急な対策が求められるが、ロジスティクス管理情報システム（LMIS）、インフラ・倉庫等の施設整備も含め、現在10カ年計画に基づくサプライチェーンシステムの構築が開始されている。今後厳しくなると予測される保健財政については、現在初の保健財務政策計画、2回目の国家保健会計（NHA）等が作成されており、より持続性と戦略性をもった財政計画と予算配分を行っていくものと考えられる。
6. 他国同様、リベリアの保健セクターでは多くのドナー機関、非政府組織（NGO）が支援を実施しており、支援活動の調整の必要性は認識されているものの、それぞれのドナー機関・プログラムが、各自のモダリティ、目的、管理メカニズムに基づいて支援を実施しており、政府の調整の試みは容易ではなかった。2008年に、英国国際開発省（DFID）、アイリッシュエイド、国連児童基金（UNICEF）および国連難民高等弁務官事務所（UNHCR）によるプールファンドが開始されたことにより、ドナー調整が促進され、各州における支援の断片化が改善された。またこれにより管理上の効率化に加え、保健省は予算配分のないニーズや保健省および州保健局のキャパシティ構築にプールファンドの資金を活用することが可能となり、保健セクターにおけるドナー資金管理の主導性と能力を高めることが可能となった。現在の国家保健社会福祉政策・計画（NHSWPP）は、ドナー調整（NGO含む）を促進することを目指しており、今後のドナー調整の動きについては、十分な情報収集を行い、必要な対応を検討する必要がある。
7. 上記の流れを踏まえ、リベリアの保健セクターにおいては、基本サービス提供の要となっている保健サービス必須パッケージ（EPHS）を通じた、妊産婦、子どもの健康に対する支援が優先課題であると考えられる。サービス提供への支援のほか、州保健局、コミュニティ活動を含むサービス提供のための支援システム・キャパシティ構築支援もあわせて検討していくことが中長期的に有効である。支援の際には、現行の NHSWPP でも強調されているサービス提供の公平性の確保についても注意を払う必要がある。

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
リベリア共和国

目次

はじめに
用語集
リベリア地図
要約

第1章	一般概況	1-1
1.1	社会経済状況	1-1
第2章	国家政策	2-1
2.1	国家開発政策	2-1
2.2	保健医療セクター開発計画	2-1
第3章	国民の健康状況	3-1
3.1	概況	3-1
3.2	母子の健康	3-2
3.2.1	母親の健康	3-2
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	3-5
3.3.4	栄養と健康	3-6
3.3.5	その他の健康問題	3-7
第4章	保健医療サービス提供・事業実施の状況	4-1
4.1	プライマリヘルスケアサービスの概況	4-1
4.2	母性・新生児・小児保健サービスの状況	4-2
4.2.1	母親の健康	4-2
4.2.2	子どもの健康対策	4-4
4.3	感染症対策の現状	4-5
4.3.1	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	4-8
4.4	栄養問題対策	4-9
4.4.1	その他の健康問題	4-10
第5章	保健医療システムの状況	5-1
5.1	保健人材	5-1
5.1.1	概況	5-1

5.1.2	保健人材計画	5-1
5.1.3	保健人材の現状	5-2
5.1.4	人材供給体制	5-3
5.2	保健医療情報供給機能	5-3
5.3	施設・医薬品供給機能	5-6
5.3.1	施設ネットワーク	5-6
5.3.2	医薬品等供給システム	5-8
5.4	保健財政	5-10
5.4.1	保健財政の概要	5-10
5.4.2	プールファンド	5-11
5.5	保健行政システム	5-12
5.5.1	地方分権化	5-12
5.5.2	保健社会福祉省の組織と役割	5-13
5.5.3	保健社会福祉局の組織と役割	5-14
第6章	ドナーの協力状況	6-1
6.1	援助協調枠組み	6-1
6.2	ドナー協力実績	6-2
6.3	日本の協力実績と現状把握	6-3
第7章	保健セクターの優先課題	7-1
7.1	リベリアにおける優先課題	7-1
7.1.1	優先課題の要因	7-1
7.1.2	優先課題に対する政府およびドナーの取り組みと今後の課題プライマリヘルスケア	7-2
7.2	日本の支援の方向性	7-2
7.2.1	優先課題への支援	7-3

添付資料

- 添付1： 保健セクター主要指標
- 添付2： 参考文献リスト

図表目次

図 1-1	州別貧困率 (%) (2007)	1-2
図 3-1	年齢別 HIV 感染率	3-3
図 3-2	地域別 HIV 感染率	3-3
図 3-3	地域別 6-59 ヶ月の子どものマラリア感染率	3-5
図 3-4	結核死亡率、罹患率、有病率の推移 (1990-2010 年)	3-5
図 3-5	州別 6-59 ヶ月の子どもの慢性栄養失調の状況	3-6
図 4-1	州別の産前健診 4 回目の受診率 (2010 年)	4-3
図 4-2	自宅・施設出産の割合の推移 (2007-2010 年)	4-3
図 4-3	技術を持った者による出産の推移 (2000-2010 年)	4-3
図 4-4	0-59 ヶ月の乳幼児のワクチン別の予防接種カバー率 (2010 年)	4-4
図 4-5	ACT 処方数の推移 (2007-2010 年)	4-8
図 4-6	結核の新規症例確定数 (2001-2010 年)	4-9
図 5-1	HMIS の情報源 (将来計画)	5-4
図 5-2	保健情報システム (HIS) のデータの流れ	5-5
図 5-3	州別の HIS 報告率 (2010 年)	5-5
図 5-4	保健医療施設のサービスレベルと管理行政	5-6
図 5-5	州別の保健施設への平均距離	5-7
図 5-6	サプライチェーンに関わる関係者と役割	5-9
図 5-7	医薬品・資機材のサプライチェーンシステムの計画図 (2020 年目標)	5-9
図 5-8	保健支出財源の推移	5-10
図 5-9	プールファンド構造と支出メカニズム	5-12
図 5-10	保健社会福祉省組織図	5-14
図 5-11	Montserrado 州保健社会福祉局 (CHSWT) 組織図	5-15
図 6-1	主要ドナーの州別支援状況 (2008 年および 2012 年)	6-1
表 1-1	主な経済・人口指標	1-1
表 1-2	州別人口 (2008)	1-2
表 2-1	国家保健社会福祉政策・計画 (2011-2021) のモニタリングフレームワーク	2-2
表 3-1	主な保健指標	3-1
表 3-2	州別のマラリア症例、治療、死亡数 (2010 年)	3-4
表 3-3	6-59 ヶ月の子どもの栄養状態の推移 (2006、2010 年)	3-7
表 4-1	EPHS のサービス内容	4-2
表 4-2	2010-2015 年の活動目的別の必要予算	4-6
表 4-3	HIV/エイズ対策サービスの成果 (2008-2010 年)	4-6
表 4-4	マラリア対策プログラムの主な財源 (2004-2010 年) (米ドル)	4-7
表 4-5	マラリア対策活動の成果 (2005 年、2009 年)	4-8
表 5-1	保健医療人材数 (人) (2009 年、2010 年目標数と不足数)	5-2
表 5-2	州別の保健人材の分布 (2009 年)	5-2
表 5-3	保健人材養成機関	5-3
表 5-4	2011 年の公的保健施設数と 2021 年の目標数	5-6
表 5-5	各施設の主なサービス内容	5-7
表 5-6	国家予算と保健セクター予算 (2007/2008-2010/2011 年度)	5-10
表 5-7	保健セクター予算の財源と支出項目の割合 (%) (2007/08 年度)	5-11
表 6-1	保健セクターの主要な支援メカニズム (2011 年)	6-1
表 6-2	主要ドナー機関の支援状況	6-2
表 6-3	世界基金による HIV/エイズ、結核、マラリアプログラム支援	6-3
表 6-4	保健技術協力分野における近年の支援内容	6-3

第1章 一般概況

1.1 社会経済状況

リベリアでは、14年間（1989-2003）の内戦により、200,000人以上が殺害され、100万人が避難民となった。内戦後は、社会経済再建のプロセスにより、経済も徐々に回復している。しかしながら内戦の影響による経済成長の遅れ、農業活動の衰退、高い失業率等により、国民の多くははまだ極度の貧困状態にあり、4分の3は1日1米ドル以下の生活を送っている。2011年の国連開発計画の人間開発指標で、リベリアは187カ国中182番目と最も開発が遅れた国の一つに位置づけられている [1] [2] [3]。また、2010年6月に拡大重債務貧困国（HIPC）イニシアティブの完了基準⁶を満たし、国際通貨基金（IMF）、世界銀行、アフリカ開発基金（AfDF）の三機関による適格債務の100パーセント減免を認められるなどの債務救済を受けている [4]。

表 1-1 主な経済・人口指標

指標	単位	数値	年度	出典
人口	人	410万 (3,476,608)	2011 (2009)	1*
人口増加率	%	4.2	2000-2009	2
経済成長率	%	5.5	2010	3
一人あたりの国民総所得（GNI）	米ドル	160	2009	2
GDPに対する政府開発援助の割合	%	78.3	2009	1
極度の貧困にある人口の割合	%	57.5	2007	1
識字率（15歳以上）	%	59.17	2005-2010	1
初等教育純就学/出席率	%	40	2005-2009	2

注：*カッコ内は2008年センサスデータ

出典： 1. Human Development Report 2011, UNDP (2011) [2]
2. The State of the World Children 2011, UNICEF (2011) [5]
3. World Development Indicators, The World Bank (2012) [3]

リベリアの行政区は、モンロビア連邦地区、15の州（County）⁷と95の郡（District）から構成されている。表1-2に2008年の国勢調査による州別人口を示す。全人口の48.2%（2011）は都市に住み、約3分の1は首都モンロビアに集中している。また、貧困世帯は、北西部および南東部で多く、70%以上の高い貧困率である（図1-1）。

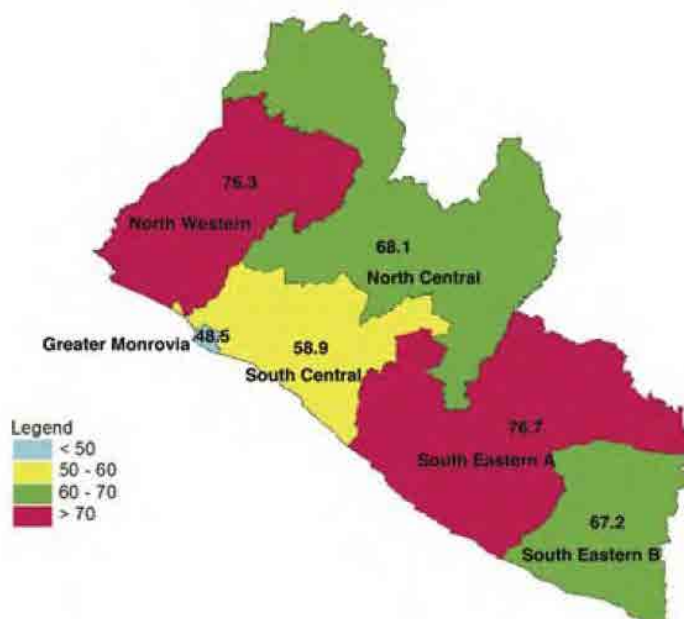
⁶ 完了基準は次の3つ：1) 国際通貨基金（IMF）および世界銀行の融資によるプログラムに基づいて、良好な遂行の実績をさらに続けること、2) 判断基準で合意された主要な改革を十分に実行すること、3) 貧困削減戦略文書（PRSP）を採用し、最低でも一年間実行すること。

⁷ Bomi, Bong, Gbarpolu, Grand Bassa, Grand Cape Mount, Grand Gedeh, Grand Kru, Lofa, Margibi, Maryland, Montserrado, Nimba, River Cess, River Gee, Sinoe の15州

表 1-2 州別人口(2008)

州	人口	州	人口
Bomi,	84,119	Margibi	209,923
Bong	333,481	Maryland	135,938
Gbarpolu	83,388	Montserrado	1,118,241
Grand Bassa,	221,693	Nimba	462,026
Grand Cape Mount	127,076	River Cess	71,509
Grand Gedeh	125,258	River Gee	66,789
Grand Kru	57,913	Sinoe	102,391
Lofa	276,863	全国	3,476,608

出典：Liberia Institute of Statistics and Geo-Information Services, 2008 Population and Housing Census Final Report (2010) [6]



出典：International Monetary Fund, Poverty Reduction Strategy, Republic of Liberia (2008) [7]

図 1-1 州別貧困率 (%) (2007)

第2章 国家政策

2.1 国家開発政策

リベリア政府は、2012年7月に開始予定である「中期経済成長・開発戦略（Agenda for Transformation）」に基づき緊急人道支援期から開発支援期への移行を目指している。上記戦略における保健セクターの目標と目的を以下に示す。

目標： 国民の保健・社会福祉の状況を、公平性を持って改善する

- 目的：
- ・ 5km以内に居住するカバー人口による保健サービス必須パッケージ（EPHS）のアクセスと活用を85%に増加させる
 - ・ サービス提供の改善を図るため方針決定と管理業務を中央から下部行政組織に委譲する
 - ・ 保健・社会福祉サービスを無理なく支払うことができるものとする
 - ・ 保健人材の割合を現在の5.7人（人口1万人あたり）から14人に改善する [8]

「貧困削減戦略（PRS）」（2007-2011）においても、国民の貧困の要因の一つが健康不良であるとして、保健セクターを4つの柱の一つ「インフラと基本サービス」に位置付け、(i) 保健セクターの人的資源構築、(ii) 保健サービスの基本パッケージ（BPHS）⁸へのアクセス拡大、(iii) 保健インフラ再構築、(iv) 社会福祉サービス強化、(v) サポートシステム構築、および (vi) 保健財政システム強化、を具体的な優先分野として挙げている [9]。

また、「国家予算フレームワークペーパー」（2012/2013年度）⁹において、高い妊産婦死亡と子どもの死亡に対処する緊急かつ実質的な対策を強化し、新たに策定される「リベリア貧困削減戦略 II（LPRS-II）」と保健セクター戦略の関連を強化することが重要であると述べられている [8]。

2.2 保健医療セクター開発計画

2007年に策定された「国家保健政策・計画（NHPP）」（2007-2011）は、PRSの目標達成のための文書として活用されたが、その中で基礎保健サービス提供改善の要として、全ての保健施設（非政府組織（NGO）支援の施設含む）でBPHSを提供することが規定された [10]。2011年7月に発表された新たな「国家保健社会福祉政策・計画（NHSWPP）」（2011-2021）の4つの基本的な指針は、持続性、効率性、公平性、説明責任である。このNHSWPPの目標、指標、ターゲットを下表に示す。

⁸ 現在 EPHS に継続

⁹ 予算年度は7月1日～6月30日

表 2-1 国家保健社会福祉政策・計画(2011-2021)のモニタリングフレームワーク

目標	指標	ベースライン (年)	情報源	2021年 目標値
健康状態の改善	妊産婦死亡率（出生 10 万対）	994 (2007)	人口保健調査 (DHS)	497
	5 歳未満児死亡率（出生千対）	114 (2009)	マラリア指標調査 (MIS)	57
	出産時の平均余命	59 (2010)	UNDP	TBD
保健サービスのアクセスと利用の促進	最も近い保健施設から 5km 以内に居住する人口の割合	69% (2010)	基礎保健サービス再構築プロジェクト (RBHS)	85%
公平性の確保と地方分権化による利用者の期待への応答	最も消費力のある上位 25%の人口に対する最も購買力のない下位 25%の人口数の比率	2.39 (2010)	保健管理情報システム (HMIS)	1.5
財政確保	公的支出全額に対する保健セクター支出の割合	7.8% (2010)	財務省 (MOF)	10% 以上
サービス提供の改善	母親の健康 (技術持つ助産師による施設分娩の割合)	22% (2010)	HMIS	80%
	家族計画 (カップル/年で示される避妊法の供給量 (CYP))	45,798 (2010)	HMIS	TBD
	子どもの健康・予防接種拡大計画 (EPI) (DPT3/Penta3 接種率 ¹⁰)	74% (2010)	HMIS	90%
	サービス利用 (一人当たりの外来コンサルテーションの回数/年)	0.9 (2010)	HMIS	2.0
	マラリア (妊婦の間欠予防治療 (IPTp2) 処方妊婦の割合)	29% (2010)	HMIS	80%
	HIV/エイズ (抗レトロウイルス療法 (ART) を受ける HIV 感染妊婦数)	1,613 (2011)	HMIS	TBD
	結核 (人口 10 万に対する塗抹陽性肺結核の症例検定数)	103 (2010)	国家結核・ハンセン病プログラム (NTLCP)	127
システム コンポーネント	人的資源 (人口 1 万に対する技術を持つ分娩に関わる人材:医師・看護師・助産師・医師助士の割合)	5.7 (2010)	HMIS	14
	医薬品 (医薬品:アモキシシリン、コトリモキサゾール、パラセタモール、経口補水液、鉄剤、ACT、家族計画手段のストックアウトがない保健施設の割合)		HMIS	95%
	HMIS (保健社会福祉省への適時、正確、不備のないレポートの年間提出割合)	76% (2010)	HMIS	90%
	財政 (保健セクターへの政府支出の年間予算配分実行の割合)	64% (2010)	HMIS	95%
	質 (公的施設の臨床基準を含む認定調査で二つ星レベル (スコア 95% 以上) を得る施設の割合)	9.3% (2011)	認定報告書	90%

出典：National Health and Social Welfare Policy and Plan 2011-2021, MOHSW (2011) [11]

¹⁰ DPT3:三種混合予防接種 (ジフテリア・百日咳・破傷風) の 3 回目接種、Penta3:DPT に B 型肝炎、インフルエンザを加えた 5 種混合予防接種の 3 回目接種

第3章 国民の健康状況

3.1 概況

内戦直後は保健インフラの崩壊、医療人材の流失、人的資源の不足等により、保健サービス提供は著しく困難なものとなっていたが、国家保健政策・計画（NHPP）に基づく基礎医療提供体制の改善やドナー機関・非政府組織（NGO）による支援、保健サービスの基本パッケージ（BPHS）およびその強化・拡大を図る保健サービス必須パッケージ（EPHS）の提供により、プライマリヘルスケア（PHC）サービス提供における改善の成果は上がっており、子どもの死亡は近年改善している。しかし、妊産婦死亡率の高さはいまだ深刻であり、食糧不安と慢性的な栄養失調が蔓延している。現在でもマラリア、急性呼吸器感染症（ARI）、下痢症といったの予防可能な疾患が、成人、子どもともに疾病、死亡の主要な原因となっている。表 3-1 に主な保健指標を示す。その他の指標については添付 1 を参照のこと。

表 3-1 主な保健指標

指標	単位	リベリア	サブサハラ アフリカ	年度
粗出生率	人口千対	38	38	2009
粗死亡率	人口千対	10	14	2009
合計特殊出生率（TFR）	-	5.0	5.0	2009
人口成長率	%	4.2	2.8	2000-2009
出生時平均余命	年	59	53	2009
乳児死亡率	出生千対	80	81	2009
5歳未満児死亡率	出生千対	112	129	2009
低出生体重児出生率	%	14	14	2005-2009
DPT1 回を受けた割合（1歳児）	%	75	80	2009
DPT3 回を受けた割合（1歳児）	%	64	70	2009
妊産婦死亡率	出生 10 万対	990	610	2008
産前健診（最低 1 回）受診率	%	79	73	2005-2009
産前健診（最低 4 回）受診率	%	66	43	2005-2009
助産専門技能者による分娩介助の割合	%	46	45	2005-2009
施設分娩率	%	37	41	2005-2009
推定 HIV 感染率（15-49 歳）	%	1.5	4.7	2009
改善された水源を利用する人の比率	%	全国：68 都市：79 農村：51	全国：60 都市：83 農村：47	2008
適切な衛生施設を利用する人の比率	%	全国：17 都市：25 農村：4	全国：60 都市：83 農村：47	2008

出典：The State of the World Children 2011, UNICEF (2011) [5]

ミレニアム開発目標（MDGs）達成については、ゴール 4（子どもの死亡率の低下）の 5 歳未満児および新生児死亡率は、2000 年からすでに 50% 以上減少したが、今後 2015 年に向けての改善は緩慢であると推測される。2007 年から 2010 年に、施設分娩は 37% から 64% へ、助産専門技能者の介助による出産は 46% から 85% へと増加したが、ゴール 5（妊産婦の健康改善）の妊産婦死亡率の目標値の達成はほぼ不可能であると考えられる。リベリアでは、MDGs が採択された 5 年後の 2005 年に現政権が樹立されたことを考慮すると、少なくとも 5 年の遅れをとっていることになり、その他の保健関連ターゲット（ゴ

ール 1：飢餓と貧困の撲滅、ゴール 6：HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病対策) についても、達成は難しいと推測される [12]。

3.2 母子の健康

3.2.1 母親の健康

妊産婦死亡率（出生 10 万対）は、2000 年に 578 であったのが 2007 年には 994 に悪化したと報告されている¹¹ [1]。妊産婦死亡の高さには強い懸念が示され、2010 年大統領令により妊産婦死亡について 24 時間以内の報告義務が課された。これにより 2010 年 7 月から保健施設の定期報告に妊産婦死亡が含まれることになった。しかしながら、より多くの妊産婦死亡が起こるコミュニティでの死亡数は含まれない可能性が高いため、その数は過小に報告されたものといえる [13]。

妊産婦死亡の原因は、分娩後出血、閉塞性分娩、遅延分娩、安全でない人工中絶による合併症、子癇、マラリア、貧血となっている [13]。危険な状態から回復できた場合でも、膀胱・直腸・膣瘻、不妊等の後遺症を残す場合も多い。また若年層の妊娠・出産は、妊産婦と新生児の疾病・死亡の主要な要因となるため懸念される問題である [14]。妊産婦死亡を引き起こす要因は、技術を持つ人材の不足、出産時の異常への対応の不備、リファラルの困難、妊婦の栄養問題、高い出産率と 10 代の妊娠の多さ等が挙げられるが、特にリファラル病院への搬送の遅れが緊急時の妊婦の生存に大きく影響している。リベリアでは、家族による移送の判断が遅れることに加え、保健施設への距離、交通手段の確保および交通費の捻出、道路の未整備、夜間移動の安全性等、施設へのアクセスにおける障害が非常に多い。さらに施設においても適切な処置が迅速に行なわれず、数日待たされた挙句に死亡するケースも報告されている [15] [14]。

合併症のリスクが高い 10 代の妊娠は、人口保健調査 (DHS) によると、19 歳以下の妊娠・出産は、1999-2000 年の 29% から 2007 年の 32% に増加 [16]、2009 年のマラリア指標調査 (MIS) によれば、62.3% であった [17]。若年層は、無防備な性交渉を行う確率が高く、それが望まない妊娠、HIV を含む性感染症の感染につながるリスクが高い。また、不法で危険な人工中絶も多く、妊産婦死亡の状況をさらに悪くしている。保健施設での人工中絶後ケアは (PAC) は、非常に限られており、ほとんどの保健人材は PAC に必要な技術を有していないのが現状である [15]。

3.2.2 子どもの健康

2000 年から 2007 年にかけての予防接種を含む基礎保健サービス¹² 提供により、乳児死亡率 (出生千対) は 117 から 71、5 歳未満児死亡率は 194 から 110 に低下した。改善は見られるものの、現在もマラリア (67%)、ARI (14%)、栄養失調 (13%)、下痢症 (6%) が 5 歳未満児の主要な死亡原因となっている [1]。2010 年の包括的食糧安全栄養調査 (CFSNS) によれば、調査時までの 2 週間に疾病ではなかった子どもは 28% のみであり、病気の子どもの割合が最も高かったのは、Montserrado の農村地域や Nimba、Gbarpolu、Grand Gedeh、Grand Kru の各州で、80% 以上の子どもは少なくとも 1 つの疾病にかかっていた¹³。また何らかの疾病にかかっていた子どもは、同時に栄養状況が悪く、栄養不良が抵抗力の低下や疾病の重症化を招く要因となっている [18]。

¹¹ 国連児童基金 (UNICEF) の推計では 990 (2008 年) で、サブサハラ地域の数値 (610) と比較しても、非常に高い数値である。

¹² 第 4 章 4.1 参照。

¹³ 下痢症、咳、熱、それ以外のなんらかの病気の有無で聞き取り調査を行った。

新生児死亡の主要な原因の一つは、新生児ケアが不十分であるためであり、胎児切迫仮死、遅延分娩、臍帯下垂等、適切な技術を持つ人材、医療機材が整っていれば防ぐことができるものが多い [15]。

3.3 感染症の状況

3.3.1 HIV/エイズ

現状でもっとも信頼性の高い HIV/エイズに関するデータは、2007 年の DHS である。HIV 感染率は、15-49 歳で 1.5%（HIV-1:1.3%、HIV-2:0.2%：女性 1.8%、男性 1.2%）である。図 3-1、3-2 に示すように、感染率の男女差は、15-19 歳と 20-24 歳で特に顕著であり、若年層の女性が特に HIV 感染のリスクが高いことがわかる。地域的には、南東地域の国境地域の感染率が高い。越境取引、鉱山活動、取引（生存）のための性交渉等により感染率が高くなっていると推測されるが、詳細な調査は行われていない。また都市 2.5%と農村 0.8%の感染率の差が顕著である。感染率の最も高いグループはモンロビアの女性である（2.9%） [19]。

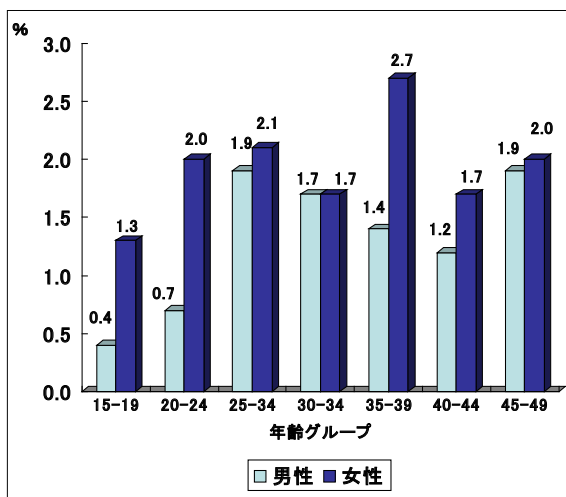


図 3-1 年齢別 HIV 感染率

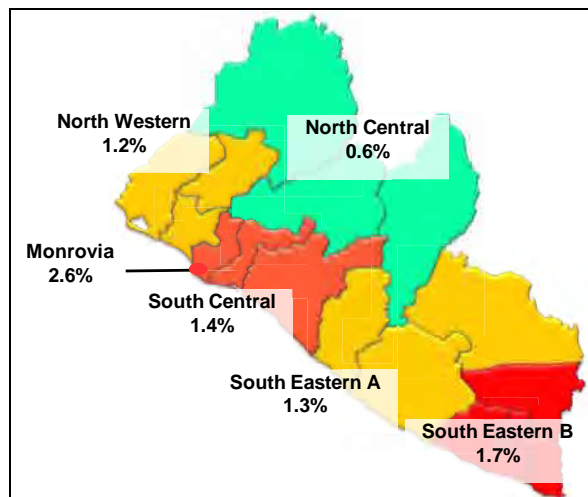


図 3-2 地域別 HIV 感染率

出典: Liberia Demographic and Health Survey, MOHSW et al. (June 2008) [16]

2006 年と 2007 年の定点観測調査では、産前健診（ANC）を受けた妊婦の HIV 感染率は平均 4%であったが、都市の保健センターにおいては 10.4%、また都市にある 13 のクリニックのうち 4 カ所では 7%以上と非常に高い数値であった。農村地域では、平均 2.6%であった。

リベリアにおける HIV の主要感染経路は、安全でない性交渉が主である。特に感染の危険が高いグループは、セックスワーカーとその客、孤児、ストリートチルドレン、男性と性交渉を持つ男性（MSM）、受刑者、移動性の高い人々、国連平和部隊を含む武官などである。コンドームの使用は非常に低く、2008 年の調査によれば、15-24 歳で最初の性交渉でコンドームを使用したのは 6%であり、過去 1 年間にリスクが高い性交渉を持った女性のうち、コンドームを使用していたのは 14%であった（男性は 26%） [19]。また、リベリアにおける HIV/エイズ感染を加速する要因として、大部分の国民が深刻な貧困下にあり、失業率も高いため、移動性の高い労働者が生み出され、複数のパートナーとリスクの高い性行動を取る可能性が高くなることが指摘されている。また性的暴力は頻繁に起こっており、HIV 感染の主要な一要因と考えられている。前述のように全国的な感染率は低いが、都市部の一般成人の感染率は 2.5%であり、

妊婦の感染率の高さ、感染が広汎に流行していることを考えると、適切な予防策が取られない場合、今後急速に感染率が悪化する危険性がある [19]。

HIV/エイズ以外の性感染症の蔓延も懸念されている。世界保健機関（WHO）の症候性アプローチで、2010 年全国の保健施設で報告された性感染症の新規症例数は 276,011 で、最も多いのは、Montserrado 州の 83,112 症例であった [13]。

3.3.2 マラリア

全人口がマラリア感染のリスクにあるが、特に中部・南部地域での感染リスクが高く、感染率は 9 月から 10 月に最も高くなる。2006-2007 年の年間平均マラリア症例数は 72 万であったが、2009 年に 74 万 9 千に増加したとされるが、これは報告体制の改善によるものと考えられる。2009 年の MIS によると 38% の外来患者、42% の入院患者の死亡がマラリアに関連するものであった。表 3-2 に示すように、2010 年、外来患者数の約 40% はマラリアに関連するものであり、マラリア関連の入院件数は 8 万であった。また、死亡数の 37.4% がマラリアに関連するものであった [20] [13]。

表 3-2 州別のマラリア症例、治療、死亡数(2010 年)

州	外来患者	マラリア 症例数	外来患者の マラリア症例 の割合 (%)	ACT 治療	マラリア 関連死
Bomi,	160,767	59,754	37.2	48,445	40
Bong	301,449	115,188	38.2	99,740	8
Gbarpolu	74,510	24,418	32.8	20,270	7
Grand Bassa,	197,766	96,565	48.8	68,053	104
Grand Cape Mount	150,779	63,541	42.1	54,362	19
Grand Gedeh	98,300	38,425	39.1	35,242	33
Grand Kru	63,871	20,748	32.5	18,819	13
Lofa	343,807	141,457	41.1	118,956	81
Margibi	285,183	121,793	42.7	85,952	43
Maryland	130,576	46,158	35.3	34,092	24
Montserrado	611,113	255,748	41.8	189,897	749
Nimba	434,251	181,000	41.7	138,658	163
River Cess	86,866	32,018	36.9	26,962	12
River Gee	94,679	36,149	38.2	30,400	12
Sinoe	98,156	32,306	32.9	27,714	20
全国	3,132,073	1,265,268	40.4	997,562	1,328

出典：Annual Report 2010, MOHSW (15 January 2011) [13]

マラリアは、下痢症、ARI、栄養障害等を抜いて、2010 年の 5 歳未満児の死亡原因の第 1 位であった [13]。図 3-3 に示すように、6-59 ヶ月の子どものマラリア感染率は、モンロビアが一番低く（15%）、北部中央が最も高い（42%）。また、MIS（2009）では、低所得者および教育レベルの低い家庭の子どもがより高いマラリア感染率を示していた [17]。



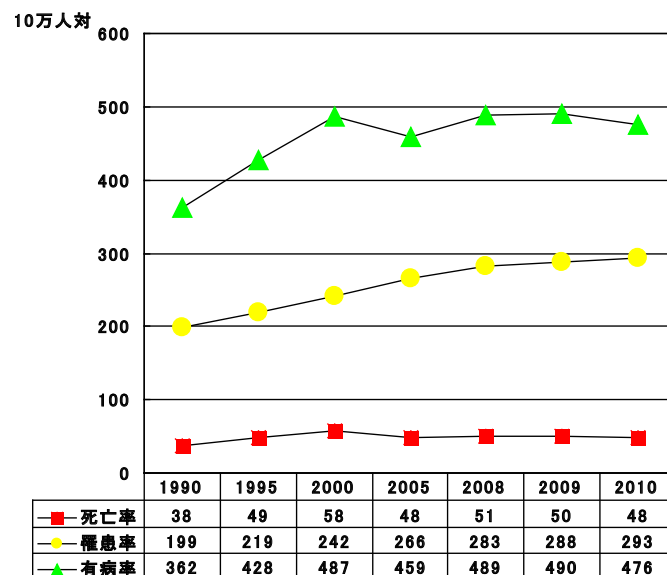
出典： National Malaria Strategic Plan 2010-2015, NMCP-MOHSW (January 2010) [20]

図 3-3 地域別 6-59 ヲ月の子どものマラリア感染率

3.3.3 結核

結核はリベリアにおける重要疾患の一つであり、WHOの推計によれば、2010年の結核による死亡率(HIVを除く)は48、罹患率は293、有病率は476であった(いずれも人口10万対)。これらは、アフリカ地域の平均値である死亡率30、罹患率276、有病率332より高い数値である [21]。

図 3-4 は 1990 年から 2010 年の結核による死亡率、罹患率、有病率の推移を示したものである。1989 年に国家結核・ハンセン病プログラム (NTLCP) が開始されたが、内戦による対策の中断が疾病増加の要因といえる。また 2009 年の NTLCP の報告によると、22%は HIV との重感染者であった [13] [10]。



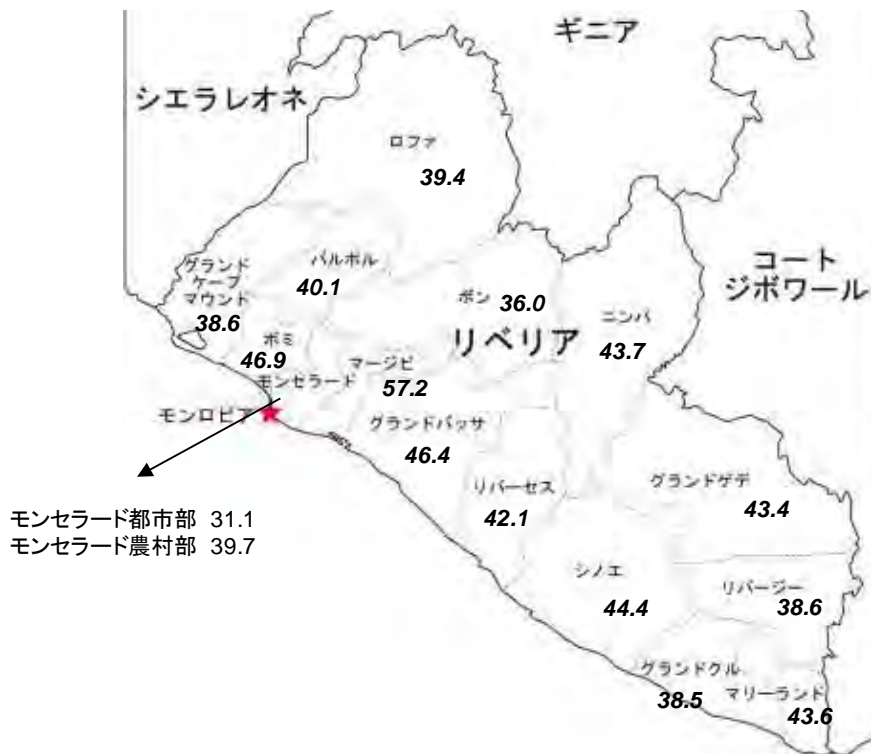
出典： Tuberculosis Control Report 2011, WHO (2011) [21]

図 3-4 結核死亡率、罹患率、有病率の推移 (1990-2010 年)

3.3.4 栄養と健康

リベリアでは、国民の3分の2が農業に従事しているが、その多くは自給自作の小作農である。近年米の収穫量は増加しているものの、収穫率は地域でも非常に低く1.5mt/haである¹⁴。食料の3分の2は輸入に依存しており、安価な輸入食料との競争、インフラの未整備等により農民が市場へアクセスすることが困難な状況である。農村の貧困率は68%（都市は55%）で、平均して53%の家庭収入が食料購入に使われている。このようにリベリアにおける食糧安全は低く、慢性栄養失調は、主要な健康問題となっている。地域的に見ると、インフラの整備が最も遅れ、市場、教育、医療へのアクセスが非常に乏しい南東地域が最も食糧安全が低い。

図3-5は、2010年のCFSNSの結果による州別の子ども慢性栄養失調の状況を示したものであるが、全体的に40%前後、高いところは60%近い数値を示しており、栄養失調が蔓延していることがうかがえる。農村部は都市部よりもその割合が高く、モンロビア都市部が31%ともっとも低いのに対し、Sinoe、Grand Bassa、Bomi、Margibi州は、全て44%以上であった。



出典：Comprehensive Food Security and Nutrition Survey 2010, MOA and WFP (October 2010) [18]

図3-5 州別6-59カ月の子どもの慢性栄養失調¹⁵の状況

表3-3は、子どもの栄養状態の推移であるが、図3-5で示したように、全国平均の子ども（6-59カ月）の発育障害¹⁶の割合は41.8%と世界でも最も高い数値に入り、ほとんどの州がWHOがしきい値とする40%を超えるレベルである。

¹⁴ 近隣のセネガルは、3.6mt/haである。

¹⁵ 発育障害（標準身長より低い）により推計される。

¹⁶ WHOの“WHO Child Growth Standards”の基準による年齢（生後0-59カ月）相応の身長を持つ基準集団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。慢性栄養不良の状態。

表 3-3 6-59 カ月の子どもの栄養状態の推移(2006、2010 年)

年	急性消耗症 ¹⁷	発育阻害	低体重 ¹⁸
2006	6.9%	39.2%	26.8%
2010	2.8%	41.8%	14.9%

出典：Comprehensive Food Security and Nutrition Survey 2010, MOA and WFP (October 2010) [18]

また 14%の新生児は、低体重で生まれており、調査時点において 218,857 人の子ども（6-59 ヶ月）が栄養失調であった。年齢別では 18-29 ヶ月の子どもの中度・重度の発育阻害の割合が最も高く 45.6%で、6-17 ヶ月は 30.7%であった。重度の栄養失調は、6-59 ヶ月の子どものうち 2.8%（16,000 人）であった。また 6-35 ヶ月の子どもの 87%が鉄欠乏症であった [18]。

母乳栄養は一般的に行われているが、平均授乳期間は 18-19 ヶ月であり、60%以上の子どもは国際的に推奨される 24 ヶ月までの授乳を継続していなかった。また 6 ヶ月未満の乳児の 71%は、完全母乳栄養で育てられていないと報告されている [18] [22]。

女性（15-49 歳）の発育阻害の割合は平均 2.6%（1.6%～5.9%）で、数値が 5%以上であった州は、River Gee、Bomi であった。栄養失調は 15-19 歳において 15%で、10%の女性の体格指数（BMI）が 18.5 以下（低体重）であった。また、14-49 歳の妊娠していない女性の 59%、妊婦の 62%が鉄欠乏症であった [18]。

3.3.5 その他の健康問題

(1) 性とジェンダーに関わる暴力（SGBV）

リベリアでは、内戦中多くの女性がレイプを含む性的暴力の犠牲となり、また性交渉と引き換えに物品、食料、金銭、保護を得ることが女性の生存の術であった。内戦終了後もレイプ、性的暴力、子どもに対する性的虐待等は引き続き深刻な社会問題となっている。2007 年に国連人口基金（UNFPA）と米国疾病予防管理センター（CDC）が実施した Lofa 州における調査では、59%の女性が内戦中および内戦後（1999-2003）に性暴力（レイプ、サービス代替のための性交渉含）を経験したと報告されている。保健省と世界保健機関（WHO）が実施した 2004 年の調査では、75%の女性が内戦中にレイプされた経験があり、2007 年 DHS の報告では 45%の女性が 15 歳から SGBV を受けた経験があり、さらに 29%が過去 12 ヶ月の間に暴力を受けていた。性暴力は、女性の経済・社会的地位の低さ、社会的圧力により公にされることは少なく、現状では法律、医療、心理的支援サービスは、不十分かつ SGBV 被害者の個人情報厳守を保証していないといわれる [19]。

(2) 精神保健

全国レベルの調査結果は出ていないが、内戦の影響による精神保健も問題となっている。元戦闘員の 40%が、大うつ病性障害（うつ病）、44%が心的外傷後ストレス障害を持ち、薬物使用も多い [10]。

¹⁷ WHO の “WHO Child Growth Standards”の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。急性栄養不良の状態。

¹⁸ 上記基準による年齢（生後 0-59 ヶ月）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

第4章 保健医療サービス提供・事業実施の状況

4.1 プライマリヘルスケアサービスの概況

国家保健政策・計画 NHPP（2007-2011）の下、その要となる保健サービスの基礎パッケージ（BPHS）による基本サービス提供が推進され、分権化による州の保健医療サービス提供の管理と実施が徐々に進められた。BPHS は、(i) 一律化されたサービスパッケージの設定、(ii) サービスパッケージを提供するためのユニバーサルアクセスを可能にするリソースの適切な配分、を目標として国民の健康状態を改善するために最も緊急と考えられるインパクトの高いサービスを提供するために設定された。BPHS の財源の 47% がドナーからの支援で、292 の施設はドナーと契約を結ぶことによって資金供与を受けた [11] [10] [23]。

各保健施設は、BPHS サービスをターゲット人口に提供することによって「十分に機能している」と認定されることになっており、2011 年の BPHS の最終成果報告書によれば 531（公立 376、民間 155）の保健施設の内、公立施設の 84.3% が最低認定基準に達しており（75% のスコア以上）¹⁹、2010 年に引き続き HIPC イニシアティブによる債務救済と貧困削減戦略（PRS）の条件である目標値 70% を超えるものであった [24]。BPHS および実施中の保健サービス必須パッケージ（EPHS）により、公的基礎保健サービスは無料で提供されており²⁰、サービスへの国民のアクセスは改善していると考えられる。

BPHS は、定められたサービス提供という点では目的を達成したといえるが、サービス内容の拡充の必要性が求められ、さらに国民の 40% が保健施設から 1 時間以上の距離に住んでいるという調査結果から、より包括的なサービス提供と人口密度の高い都市部、人口密度はそれほど高くないが、広範囲にわたる農村地域に公平なアクセスを達成する必要があった²¹ [1]。

EPHS は、2011 年から 10 年間に以下の目標を達成するとしている。

- ・ 一律化されたプライマリヘルスパッケージを拡大する
- ・ 基礎病院サービスへの公正なアクセスを提供する
- ・ サービス提供ネットワークを強化する
- ・ 第 1-3 次医療までのリファラルシステム強化を図る [10]

表 4-1 に EPHS で提供されるサービス内容を示す。

¹⁹ 2010 年は 80% の公立施設が基準に達した。政府施設の 74% は NGO 等の支援による運営管理である。

²⁰ 現在の国家保健社会福祉政策・計画では、少なくとも 2013 年までは保健施設の利用者負担の免除を継続するとしている。

²¹ 全てのコミュニティから 5km 以内に、EPHS を提供することができる信頼性の高いサービス提供拠点を配置することが目標とされる。

表 4-1 EPHS のサービス内容

BPHS から継続して提供するサービス			
母親と新生児の健康サービス		子どもの健康	
産前ケア 分娩・出産ケア 異常出産と新生児ケア	産後ケア 新生児ケア 母親と新生児の栄養	予防接種拡大計画 (EPI) 小児新生児疾患統合管理 (IMNCI)	乳幼児の食事療法 重度栄養失調の治療 微量栄養素の補給
リプロダクティブヘルス		感染症の予防と対策	
家族計画サービス 若年層のリプロダクティブヘルス	女性生殖器癌 産科瘻孔	STI/HIV/エイズ予防と対策 結核予防と対策	マラリア予防と対策 その他の感染症
BHSP から強化されるサービス			
子どもの栄養	SGBV 被害者へのサービス	精神保健	
新たに拡大されるサービス			
非感染症 NTD	環境・職業保健 学校保健	眼・耳・歯科、皮膚科 受刑者の保健	

出典：National Health and Social Welfare Policy and Plan 2011-2021, MOHSW (2011) [11]
Essential Package of Health Services-Primary Care, MOHSW (June 2011) [10]

4.2 母性・新生児・小児保健サービスの状況

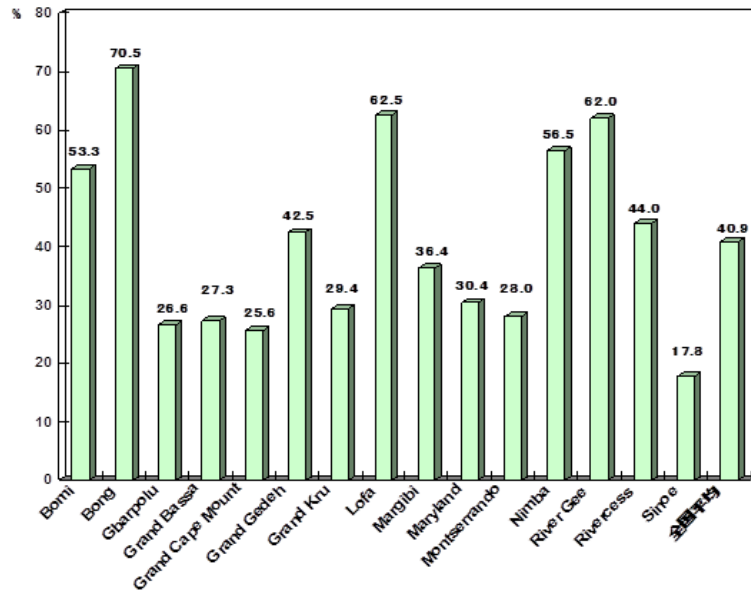
4.2.1 母親の健康

(1) 妊産婦死亡の改善

2007年にミレニアム開発目標 (MDGs) のゴール5達成および妊産婦と新生児の死亡の状況の改善のため、以下の戦略を持ってロードマップが作成された。

- ・ 全てのレベルの施設における出産の技能を持った人材の配置
- ・ 全てのレベルにおけるリファラルシステムの強化
- ・ 家族計画サービスの提供

産前健診 (ANC) については、2010年の1回目受診率は、重複記入の間違いのため正確な数値が確認できないが、図 4-1 に示すように4回目の受診率は全国平均 40.9%だが州間の差が大きい。今後受診率・回数を上げることが課題となっている。



出典：Annual Report 2010, MOHSW (15 January 2011) [13]

図 4-1 州別の産前健診 4 回目の受診率 (2010 年)

図 4-2 に示すように、出産場所および介助者に関しては大きな改善がみられたと報告されており、施設出産の割合は 2007 年の 37% から 2010 年には 64% へと増加した。また、図 4-3 に示すように、助産専門技術者による出産の割合は、2007 年の 46% から 2010 年には 64.7% へと増加している。これら出産に関するサービスの改善が、妊産婦死亡率の低減につながっているかどうかについては、現在のところ具体的なデータは示されていない。

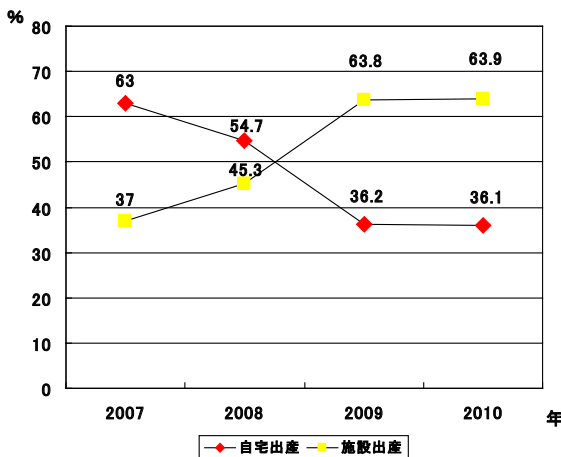
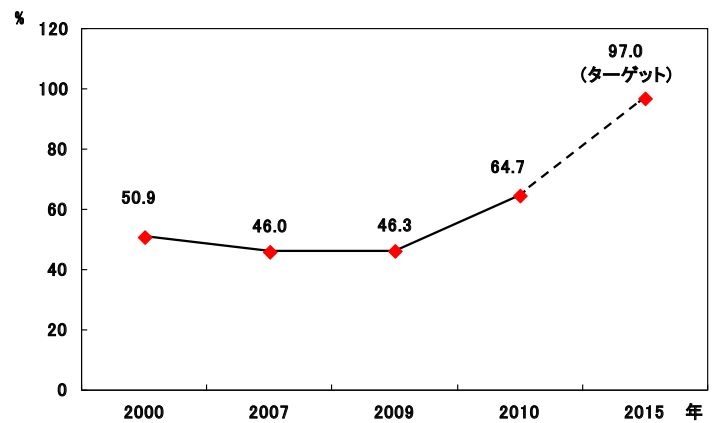


図 4-2 自宅・施設出産の割合の推移 (2007-2010 年)



出典：Annual Report 2010, MOHSW (15 January 2011) [13]

図 4-3 技術を持った者による出産の推移 (2000-2010 年)

(2) リプロダクティブヘルス

家族計画サービスへのアクセスの改善は、出生率の低下、妊産婦および乳児死亡率低下のプライマリヘルスおよびリプロダクティブヘルスの必須コンポーネントの一つであるが、2007 年 DHS では、合計特殊出生率は 5.2、避妊普及率 (CPR) は 11% であった²²。未充足のニーズ²³は 15-49 歳の女性の 82% であっ

²² 2009 年の MIS によれば、TFR は 5.9 (4.21 都市、7.5 農村) であった。

たが、そのうち家族計画を行っていたのは 7%のみであった [25]。最も使用される家族計画方法は経口避妊薬（ピル）と避妊注射薬（デポプロベラ）で、2010 年は、ピルの新規利用者が 41,611 人、デポプロベラが 22,493 人であった。EPHSでは、ANC、産後ケア（PNC）およびその他の外来コンサルテーションを通じて家族計画サービスの推進を図るとともに、コミュニティヘルスボランティア（CHV）に対し、カウンセリングや家族計画手段の配布に関するトレーニングを行う計画であり、今後は説明と合意に基づき、全ての家族計画手段を提供できるよう、さらなる人材のトレーニングが必要とされている [10] [13] [15]。

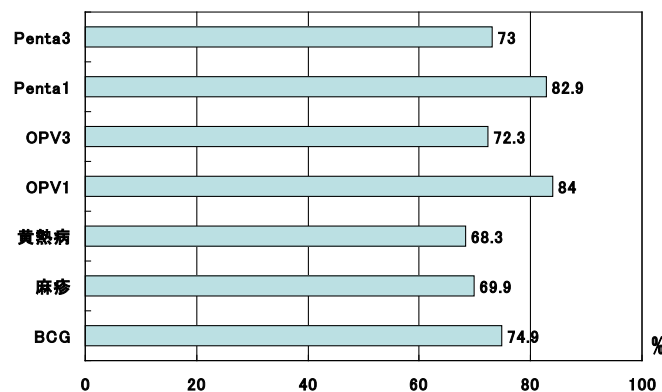
またリベリアでは、10 代の妊娠の割合が世界で最も高い国の一つであり、19 歳までに 62%の女性が妊娠・出産する。そのうち 26%の妊娠は望まないものであり、30%の妊娠は安全でない人工中絶を行う結果となっているため、EPHS ではリプロダクティブヘルスおよび性とジェンダーに関わる暴力（SGBV）に関する情報・教育・コミュニケーション（IEC）および行動変容のためのコミュニケーション（BCC）活動を強化し、保健施設において、若年層の保健規定に基づいたサービスを提供する計画である。また学校保健においても、同様の活動を導入し、州保健社会福祉局（CHSWT）は、コミュニティレベルの若年層のリプロダクティブヘルスプログラムを実施するなど取り組みの拡大を図っている [10] [13]。

4.2.2 子どもの健康対策

子どもの生存については、MDGs に沿って 5 歳未満児の死亡を 3 分の 2 減少させることを目標としている。90%の子どもの死亡原因は、マラリア、下痢症、呼吸器感染症、新生児期の障害によるものであり、EPHS では、予防接種拡大計画（EPI）、小児新生児疾患統合管理（IMNCI）、子どもの栄養プログラム、マラリア対策に特に重点を置いている [26] [10]。

● EPI

図 4-4 は、2010 年の 0-59 ヶ月の乳幼児のワクチン別の予防接種率を示したものである。



出典：Annual Report 2010, MOHSW (15 January 2011) [13]

図 4-4 0-59 ヶ月の乳幼児のワクチン別の予防接種カバー率（2010 年）

DPT3/Penta3 の接種率は、2000 年の 36%から 2010 年の 73%に増加、麻疹は同期間に 38%から 69.9%に増加している。予防接種率の増加は顕著であるが、完全接種率は、麻疹、黄熱病のカバー率が低いために 75%程度にとどまっており、今後は全域到達戦略（RED）を取ることによって、全ての子どもをカバーすることを目標としている。

²³ 産後 2 年以内の女性に対し、一番最近の出産は、計画された或いは望んだものであったかという質問に対する回答

● IMNCI

プライマリヘルスケア施設において、24 時間以内のマラリア治療、呼吸器感染症への対処、下痢症に対する経口補液の投与を行い、保護者に対し適切な処置、医薬品の投与について指導する。また 2009 年には IMNCI のコミュニティレベルでの導入戦略を含む「コミュニティヘルス戦略」が作成され、一般コミュニティヘルスボランティア（gCHV）は、上記の症例に対してケースマネジメントを提供し、リファラルを行うことになっている [1]。

● 栄養失調の予防

深刻な慢性栄養失調に対し、CHSWT は基礎的栄養アクション（ENA）アプローチを採用し、全ての保健施設において、母親に対し乳幼児の適切な食事療法の教育、および乳幼児への微量栄養素補給を行う。

● 微量栄養素の補給

EPHS では、5 歳未満児に対し、6 ヶ月ごとにビタミン A の投与と寄生虫の駆除を行う。また 90% の家庭にヨード添加塩使用の拡大、ENA パッケージの一部として、食品への微量栄養素添加による鉄欠乏症対策を行う [10]。

4.3 感染症対策の現状

4.3.1 エイズ対策

(1) 実施体制・戦略

国家エイズ委員会（NAC）は、大統領を議長とし、HIV/エイズ対策に関する調整を主導する政府機関である。2000 年に設立されたが、資金不足等により機能せず、2007 年 6 月に再編され、現在 HIV/エイズのケア、治療、支援サービスの提供、調整、モニタリングを担っている。NAC が連携する国家エイズ対策プログラム（NACP）は、1987 年に設置されたが、実質的な活動が始められるようになったのは、世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）による第 2 ラウンドの支援（2004-2007）が入ってからのことである。州レベルでは、CHSWT が HIV/エイズ活動の調整をおこなっているが、中央レベルでの調整不足、NACP の他の保健省プログラムへの統合が十分でないこと、州のインフラの未整備等により活動が十分に行われているとは言えない。

HIV/エイズ国家戦略フレームワーク（2010-2014）の 2 つの目標は、(i) 2014 年までに一般の人々の感染率を 1.5% 以下にする、(ii) HIV に感染また影響を受けている人々の健康と福祉を改善する、とされている。主要な対策活動は、予防、ケアおよび治療サービスのカバー率と質の改善、分野横断的な連携および民間セクターとの協調等である。特に、若い女性が感染のリスクに脆弱であるとし、女性への配慮とジェンダー公平性の側面を強調している。

(2) HIV/エイズ対策プログラム予算

HIV/エイズ対策活動は、IEC/BCC 活動、コンドーム使用促進、カウンセリング・検査、母子感染予防（PMTCT）、性感染症治療、安全な血液供給、HIV 感染の危険の高いグループへのプログラム（女性セックスワーカーとその客、移動性の高いグループ）、学校プログラム、職場プログラム等が含まれる。表 4-2 に 2010-2015 年のこうした対策活動に必要なとされる予算を示す。

表 4-2 2010-2015 年の活動目的別の必要予算

活動	米ドル
コーディネーションと運営管理	7,270,461 (7.3%)
HIV 予防	36,018,464 (36.3%)
治療・ケア・サポート	50,183,998 (50.5%)
戦略情報管理	3,461,181 (3.5%)
政策・アドボカシー・支援環境整備	2,338,025 (2.4%)
合計	99,272,129

出典：National HIV/AIDS Strategic Framework II 2010-2014, NAC (2010) [19]

2002 年より世界基金支援によるプログラムを実施しており、リベリア調整メカニズム (LCM) が編成されている。その他 NGO、宗教系組織 (FBO) による活動、国連機関、二国間ドナー (米国、アイルランド等) の支援が行われている²⁴ [19]。

(3) HIV/エイズ対策の成果

表 4-3 は、現在までの対策プログラムの成果である。2008 年から HIV/エイズのサービス拠点を拡大し、2008 年から 2010 年、自発的カウンスリング・検査 (VCT) サイトは 89 から 176 ヲ所、PMTCT は、29 から 149 ヲ所、抗レトロウイルス療法 (ART) は、19 から 29 ヲ所に増加した [13]。

表 4-3 HIV/エイズ対策サービスの成果 (2008-2010 年)

関連サービス	2008	2009	2010
VCT サイト数	89	114	176
PMTCT サイト数	29	55	149
抗レトロウイルス療法 (ART) サイト数	19	22	29
国家ガイドラインに則った血液銀行数	3	5	6
ART を受けている人 (人)	2,017	2,970	3,906
HIV 検査数 (件)	420	690	1174
国家ガイドラインに則って性感染症 (STI) 治療を受けた人 (人)	51,515	243,717	272,390
HIV/エイズサービス提供のトレーニングを受けた保健人材数 (人)	763	1,000	1,341
ハイリスクグループへのコンドームの配布数 (個)	2,200,000	10,300,000	10,919,798

出典：Annual Report 2010, MOHSW (15 January 2011) [13]

しかしながら、いまだ診断サービスへのアクセスは限定的であり、検査能力の強化も必要である。また多くの HIV 感染者がケアと治療プログラムから脱落してしまうため、家庭におけるケアサービス、栄養支援、脱落者の追跡によるケアと治療を確実にする必要がある [19]。EPHS では、2015 年までに HIV 感染の母親の 80% をカバーするために保健システムの全てのレベルで、PMTCT のサービスへのアクセスをさらに改善する計画である [10]。

4.3.2 マラリア対策

(1) 実施体制・戦略

国家マラリア対策プログラム (NMCP) が、マラリア対策活動の計画、実行、調整の責任を負っている。マラリア対策サービスは、保健施設および CHV 等により提供される。国家マラリア対策戦略計画 (2010-2015) では、ロールバックマラリア (RBM) 対策および MDGs の目標達成のため、対策活動の

²⁴ 世界基金の支援については、第 6 章の表 6-3 参照。

拡大を図り、2010年までにマラリアの疾病と死亡を半減させ、2015年までにマラリア感染をさらに減少させることを目標としている。2015年までの具体的な目標は、以下のとおりである。

- ・ アルテミシニン誘導体多剤併用療法（ACT）の利用を80%に増加
- ・ 妊婦の間欠予防治療（IPTp）の利用を80%に増加
- ・ 長期残効型殺虫剤処理済蚊帳（LLIN）利用を促進し、特に妊婦、5歳未満児の利用を80%に増加
- ・ 80%の家庭が少なくとも2張のLLINを所有
- ・ マラリア感染リスクの高い地域における殺虫剤屋内残留噴霧（IRS）実施

マラリア対策プログラムは、(i) 疾病管理の促進、(ii) IPTpの促進、(iii) 殺虫剤処理済蚊帳（ITN）とIRSによる総合的媒介蚊対策管理（IVM）の促進、(iv) 啓発・保健教育、行動変容活動の促進の4つの戦略活動から成り、モニタリング・評価、サプライチェーン、プログラム管理の3つのマネジメント活動がこれらを支援する構造である [20]。

EPHSでは、以下の3つの戦略により予防と治療の充実に資する計画である。

- ・ 全てのレベルの保健施設における、24時間以内のACT処方拡大による治療の改善、および全ての公的・民間保健施設におけるACTの処方
- ・ IVMとして、妊婦と5歳未満児に加え、全家庭へのITNの配布およびターゲット地域へのIRS実施
- ・ gCHVの役割の強化と全てのヘルスケア提供システムにおける保健教育とBCCへの支援強化

(2) マラリア対策プログラム予算

マラリア対策は、国家予算の他、国際機関、二国間ドナー、国際・国内NGOが支援しているが、主要な支援機関は世界基金と米国大統領マラリアイニシアティブ（PMI）である²⁵ [27]。下表に、2004年から2010年までのマラリア対策プログラムの主な財源を示す。

表 4-4 マラリア対策プログラムの主な財源(2004-2010年)(米ドル)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
政府	-	27,216	44,569	51,104	60,118	-	-
世界基金	2,797,574	3,387,041	5,956,306	-	8,863,680	345,575	8,229,609
PMI	-	-	-	2,500,000	24,798,000	11,800,000	72,000,000
WHO	-	93,931	163,508	-	-	5,786,287	-
UNICEF	-	-	-	-	-	226,743	-
その他	-	-	-	-	-	50,000	-

出典：World Malaria Report 2011, WHO (2011) [28]

(3) マラリア対策の成果

2009年のマラリア指標調査（MIS）において、以下の成果が挙げられている。全般的にマラリアの有病率は減少し、ACTによる迅速で効果的な治療へのアクセスは改善している²⁶。

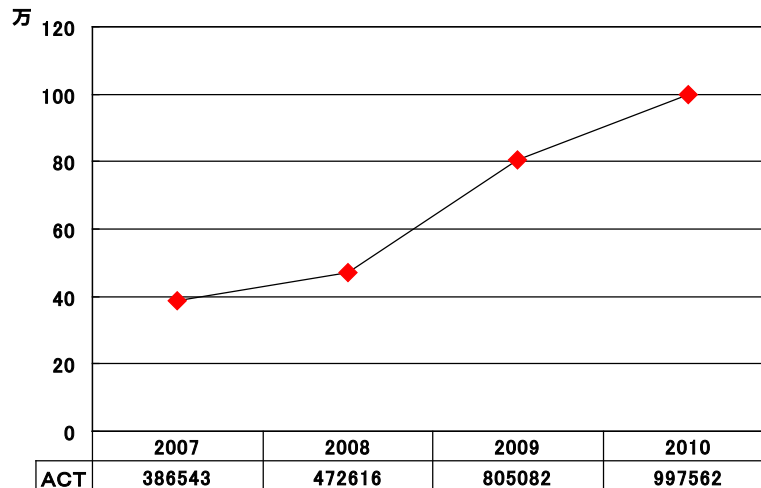
²⁵ 2008年10月-2013年9月まで実施予定 [53]。

²⁶ 次のマラリア指標調査（MIS）は、2012年7月ごろ発行予定である。

表 4-5 マラリア対策活動の成果(2005 年、2009 年)

指標	2005	2009
発熱から 24 時間以内に効果的なマラリア治療を受けた 5 歳未満児の割合	5.26%	17%
最近の妊娠期に 2 回以上の IPTp を受けた妊婦の割合	4.5%	45%
1 張以上の ITN を所有する家庭の割合	18%	47%
調査前日の夜に蚊帳で寝た 5 歳未満児の割合	2.6%	27%
調査前日の夜に蚊帳で寝た妊婦の割合	31%	33%

出典：Malaria Indicator Survey, MOHSW et al. (September 2009) [17]



出典：Annual Report 2010, MOHSW (15 January 2011) [13]

図 4-5 ACT 処方数の推移 (2007-2010 年)

今後改善および強化すべき課題は以下のとおりである。

- ・ 確定されていない症例が多いために生じる、過剰あるいは非合理的な医薬品の使用
- ・ 保健医療施設における IPTp の記録の不備
- ・ サプライチェーンにおけるマラリアの医薬品、資機材の管理と適正な報告の不備
- ・ 公的・民間施設における ACT の促進とコミュニティにおける ACT 利用の拡大
- ・ 蚊帳利用促進

4.3.3 結核対策

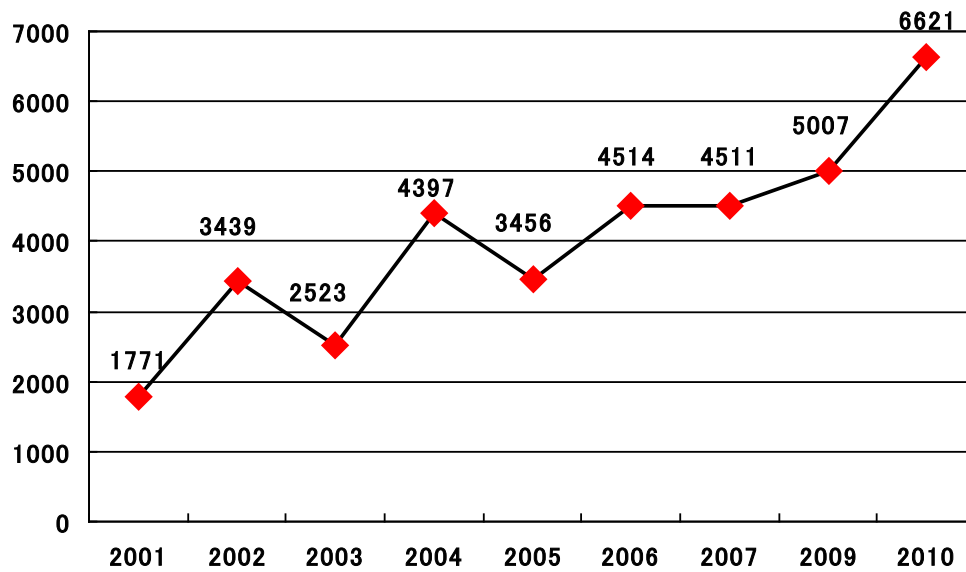
(1) 実施体制・戦略

国家結核・ハンセン病プログラム (NTLCP) が、全ての結核関連サービスを調整している。プログラムの目標は、結核症例の確定と治療成功を促進することであり、具体的には以下を挙げている。

- ・ 新たな結核の塗抹陽性の確定を 10 万人あたり 2000 年の 103 から 2015 年に 127 に増加させる
- ・ 2015 年までに質の高い直接監視下における短期化学療法 (DOTS) による治療成功率を 83% から 85% に増加させる
- ・ 結核と HIV サービスの統合により、両プログラムの効果的な協調プログラムを拡大する
- ・ 2011 年より、薬剤耐性結核 (MDR-TB) の管理と治療を開始する [11]

(2) 結核対策の成果

NHPP（2007-2011）では、世界ストップ結核戦略とDOTS 戦略を採用し、世界基金から第 7 ラウンド（2008-2013）の支援を受けた²⁷。これにより、145 カ所の診断センターが設置され、公的・民間施設 66 カ所にDOTSセンターが新たに設けられ、現在 333 の保健施設と 2 つの結核専門病院²⁸が、DOTSを提供している。また 22 の施設に診断用の顕微鏡が設置された。TB/HIVサービスは、NACPとの連携で 130 の保健施設に導入され、全州にHIVとの重複感染に係る担当官が配置された。2010年の症例確定率は71%（2006年64%）で、これはWHOが推奨する目標値である70%を満たすものである。また、成功治療率は、2010年82%であった。図4-6に示すように結核の確定数は、2001年1,771から2010年6,621に増加している。これは、結核サービスの拡大と診断と報告能力の改善によるものである。



出典：Annual Report 2010, MOHSW (15 January 2011) [13]

図 4-6 結核の新規症例確定数（2001-2010年）

上記のように結核対策サービス提供の拡大はここ数年顕著であるが、結核治療薬の配布は保健施設の62%、顕微鏡による診断サービスは27%しかカバーできていない。今後はサービス提供の拡大と継続、結核患者の保健施設へのアクセスの改善が課題である。戦略の一つとして、8州においてコミュニティベースの結核対策プログラムが導入されたが、2009年に結核治療を受けた5,964人のうち4%がそのプログラムを活用したのみであった [1] [13]。EPHSでは、診断の拡大、質の高いDOTSの提供、コミュニティDOTSプログラムの推進、TB/HIVサービスの統合を強化する戦略である [10]。

4.4 栄養問題対策

2008年10月に発せられた国家栄養政策（NNP）の目的は以下のようである。

- ・ 微量栄養素を含む全ての栄養失調の蔓延を軽減させる
- ・ 栄養失調予防プログラムの計画と実施により、栄養失調による疾病と治療のコスト、死亡を減少させる
- ・ 子どもの食餌療法と女性と子どものケアを改善する

²⁷ 世界基金の支援については、第6章の表6-3参照

²⁸ Montserrado州 TB-Annex 病院および Nimba州 Ganta リハビリテーション病院

NNP は、国家保健政策・計画および食糧安全戦略を相互補完するものであり、セクター間（農業、保健、経済、開発、貧困対策等）の調整と協力を促進するものであると記されている。

現在 EPHS では、子どもの栄養対策の強化を行うなど栄養対策の重要性は認識されているが、2007/2008 年の保健セクター予算では 0.01% が栄養対策の直接介入に支出されているのみであった。国民の半数が極度の貧困にあり、1 日 2,400kcal の食物を摂取するための収入を得ることができず、疾病や死亡を引き起こす慢性的な栄養失調が蔓延している状況である。今後保健省は NNP に基づき、基礎的栄養アクション（ENA）のアプローチを採用し、栄養対策のカバレッジを拡大する計画である。栄養分野のドナー支援は、UNICEF、米国国際開発庁（USAID）、国連合同プログラム等により行われている [11] [29]。

4.4.1 その他の健康問題

(1) 性とジェンダーに関わる暴力（SGBV）

現在 SGBV を重要な保健問題と捉え、カウンセリング、検査・治療、レイプ被害者への暴露後予防措置等のサービスが EPHS に含まれている [10]。

(2) 精神保健

2011 年の BPHS 認定報告書によれば、精神病棟は Montserrado 州に 1 ヲ所、その他精神科外来が、Bong、Grand Gedeh、Montserrado 各州に 1 ヲ所ずつあるのみである。EPHS では 2015 年までに 181 のメンタルヘルス医療者のトレーニングを行い、PHC クリニックでは、メンタルヘルス医療者によるスクリーニング、診断、治療、リファラルを行う計画である。また社会福祉ワーカー、CHV によるフォローアップ、リファラル活動を導入する計画である [10]。

第5章 保健医療システムの状況

5.1 保健人材

5.1.1 概況

リベリアにおける保健サービス提供拡大の最も重要な取り組みの一つは、現在の保健医療人材の能力強化と適正な技術を持った人材の育成および公正な配置、効果的な管理体制による意欲の向上と定着計画である。医療人材の不足は多くの途上国で問題となっているが、リベリアにおける人材の不足は内戦の影響でさらに深刻である。2006年には、20人以下の医師しかおらず（内戦前は237人）、育成が比較的短期間で行える看護師等が保健人材の大部分を占め、668人の看護師、297人の助産師、1,091人の看護助士がプライマリケアの多くを担っていた。2009年の人的資源センサスでは、8,553名の人材のうち、臨床に従事する人材（医師、医師助士、看護師、助産師、薬剤師、臨床検査技師）は全体の30%のみであり、現在でも看護師を除く保健人材の不足は深刻である [11] [30]。

5.1.2 保健人材計画

2007年の国家保健政策・計画の策定時において、深刻な人材不足に加え、都市部への人材偏重が指摘されていたが、情報が未整備であったこともあり、政府の人的資源計画および管理能力は非常に低かった。そのため2007年、保健省は迅速アセスメントの結果に基づき、2007-2011年緊急人的資源計画（EHRP）を策定した。この計画では、全てのレベルの保健人材について目標が設定されたが、限られた資源と妊産婦・新生児死亡率の高さを考慮し、人材数を迅速に増加させるため看護師と助産師の育成が優先された。またアセスメントで明らかとなった都市部および病院への人材の偏重を是正するため、公平な人材配置とパフォーマンスの改善を重要課題とした。

EHRPでは、給与の増加と統一化、僻地への人材確保のためのインセンティブ、育成機関の再開と学費免除等の戦略が取られた。その結果2010年には保健人材は4,653人増加した。そのうち73%は看護師と助産師であった [11] [13] [30]。またリソースの不足とHIPCイニシアティブの基準に定められた公的セクターの雇用禁止に対処するため、地域レベルでの下痢症対策等のプライマリヘルスケア（PHC）の提供を行い、ドナー資金により金銭的インセンティブを受ける「ボランティア」ヘルスワーカーの雇用を行った²⁹ [1] [30]。

2007年には、BPHSの給与スケールが設定され、保健省およびNGOが雇用するヘルスワーカーの給与体系は統一化された。これにより地域的および施設間（公的施設からNGO施設等への転職）の人材流出が改善することになった。また、全てのレベルのBPHSの業務内容が作成され、施設におけるスーパービジョン実施方法の一律化も行われた [1]。

2008年には保健省内に人的資源政策と計画の作成、管理、情報収集と発信、育成、インセンティブ、奨学金に関する業務を行う部局を設置し、分権化の政策に基づいて各CHSWTにも人材の採用、配属、能力と実績に関する管理と中央への情報提供を行う人的資源担当官を配置した。またプールファンドの支援により、人的資源情報と給与システムが中央レベルで整備された。

²⁹ コミュニティレベルで活動するボランティアは、人材の不足を補い、施設へのアクセスが悪い地域で重要な役割を持つと考えられているが、2010年に財務省の決定によりインセンティブの支払いが停止されたことにより、動機付けを行うことが大きな課題となっている [1]。

5.1.3 保健人材の現状

下表は、2006年および2009年の保健人材の数ならびに上記のEHRPで設定された2010年の目標数を示している。全体的に人材数は増加したが、看護師を除く全ての人材に不足が見られる。

表 5-1 保健医療人材数(人)(2009年、2010年目標数と不足数)

種別	2006年 アセスメント	2009年 センサス	2010年目標数 (不足数)
医師	168	90	215 (125)
医師助手	273	286	507 (221)
看護師	668	1,393	595 (-798)
看護師助手	1,091	1,589	N.A.
認可助産師	297	412	708 (296)
歯科医	13	23	N.A.
検査技師	149	137	163 (26)
検査技師アシスタント	156	239	387 (148)
放射線技師	25	22	62 (40)
薬剤師	31	46	74 (28)

出典：Rebuilding Human Resources for Health, Varpilah et al. (12 May 2011) [30]

下表は、州別の保健人材の配置を示したものである。全ての職種が非常に不足しており、医師がいない、あるいは1人しかいない州もある。看護師は表5-1において充足しているとされるが、人口4人に対し0.4人は十分な数とは言えない。

表 5-2 州別の保健人材の分布 (2009年)

州	医師	医師助手	看護師	認可助産師	薬剤師	検査技師・助手
Bomi	1 (0.01)	7 (0.08)	53 (0.63)	23 (0.27)	2 (0.02)	12 (0.14)
Bong	5 (0.01)	10 (0.03)	124 (0.37)	43 (0.13)	5 (0.01)	22 (0.07)
Gbarpolu	1 (0.01)	4 (0.05)	27 (0.32)	10 (0.12)	1 (0.01)	6 (0.07)
Grand Bassa,	5 (0.02)	10 (0.05)	89 (0.40)	18 (0.08)	2 (0.01)	18 (0.08)
Grand Cape Mount	1 (0.01)	9 (0.07)	49 (0.39)	14 (0.11)	2 (0.02)	8 (0.06)
Grand Gedeh	2 (0.02)	10 (0.08)	40 (0.32)	9 (0.07)	2 (0.02)	13 (0.10)
Grand Kru	1 (0.02)	4 (0.07)	12 (0.21)	7 (0.12)	0 (0)	7 (0.12)
Lofa	9 (0.03)	20 (0.07)	120 (0.43)	37 (0.13)	5 (0.02)	33 (0.12)
Margibi	4 (0.02)	11 (0.05)	90 (0.43)	36 (0.17)	3 (0.01)	31 (0.15)
Maryland	6 (0.04)	17 (0.13)	48 (0.35)	11 (0.08)	0 (0)	10 (0.07)
Montserrado	48 (0.04)	126 (0.01)	512 (0.46)	153 (0.14)	20 (0.02)	125 (0.11)
Nimba	5 (0.01)	33 (0.07)	121 (0.26)	26 (0.06)	2 (0)	65 (0.14)
River Cess	1 (0.01)	8 (0.11)	39 (0.55)	8 (0.11)	0 (0)	2 (0.03)
River Gee	0 (0)	11 (0.16)	26 (0.39)	9 (0.13)	0 (0)	8 (0.12)
Sinoe	1 (0.01)	6 (0.06)	43 (0.42)	8 (0.08)	2 (0.02)	16 (0.16)
合計	90 (0.03)	286 (0.08)	1,393 (0.40)	412 (0.12)	46 (0.01)	376 (0.11)

注：括弧内は2008年人口 Liberia Institute of Statistics and Geo-Information Services, 2008 Population and Housing Census Final Report (2010) [6]より算出した人口1,000人あたりの各保健人材数 (調査団作成)

出典：Annual Report 2010, MOHSW (15 January 2011) [13] (データは、2009年の人的資源センサス)

現在保健省は、国家人的資源政策・計画の最終化を行っており、長期的な人材育成、適正配置、管理および現任研修強化等の詳細計画を策定している。今後、スキル向上のための大規模なトレーニングプログラムが予定されており、教育および研修機関との連携を促進し、認可制度の導入、投資による養成機関の能力強化等により、効果的な人材育成の改善を図る計画である³⁰ [11] [30]。

³⁰ 2009年12月策定の5年間の現任研修戦略では、フロントラインの保健人材(登録看護師、認可助産師、医師助手)に対して、BHPS (EPHS)で定められた包括的で質の高いサービスを提供するための技術向上を図る計画である。

またサービスが届いていない農村地域において、人材の配置、定着を強化すべきであるが、登録看護師や認可助産師等は病院に集中し、クリニック、保健センターの人員不足を深刻にしているため、現在、保健省、クリントンヘルスアクセスイニシアティブ（CHAI）³¹、世界銀行が行っている分析に基づき、看護師、助産師の過剰地域からの再配置を行う計画である [30] [31]。

5.1.4 人材供給体制

長期の内戦は、医学・看護教育等にも深刻な影響を及ぼした。施設、教育機材の破壊・盗難等のほか、医学大学および大学病院での教員の不足が医学教育の大きな障害になっている。A.M. Dogliotti 医学大学³²の2009年の教員数は、内科2名、耳鼻咽喉科1名、整形外科2名で、外科・産婦人科・小児科・放射線科・精神科は不在、神経科1名と麻酔科1名は海外からの臨時契約のみで、2007年の卒業生は4名のみであった。今後は、医学大学、看護学校、大学病院等の医学教員の増員と教育機関の施設の充実等、医学教育の能力強化が必要とされる。特に医師の不足は深刻であり、今後の医師養成の充実が求められる [32]。

内戦後、再開校した主な保健人材養成機関を表5-3にまとめる。

表 5-3 保健人材養成機関

機関名	育成人材	州
Tubman National Institute of Medical Arts	医師助手、看護師、助産師、環境衛生師	Montserrado
Cuttington School of Nursing	看護師	Bomi
Phebe School of Nursing and Midwifery	看護師・助産師	Bomi
Mother Patern School of Health Sciences	看護師	Montserrado
Mother Christana Smythe Nursing School	看護師	Montserrado
Winifred J. Harley School of Nursing	看護師	Nimba
Esther Bacon Training of School of Nursing and Midwifery	看護師・助産師	Lofa
Curran Lutheran Midwifery School	助産師	Lofa
Martha Tubman School of Midwifery	助産師	Grand Gedeh

出典：Rebuilding Human Resources for Health, Varpilah et al. (12 May 2011) [30]

リベリア共和国保健セクター情報収集・確認調査、国際協力機構（2009年10月） [33]

5.2 保健医療情報供給機能

内戦後、保健情報システムはほとんど機能しておらず、州および保健施設レベルでの国民の健康状態とその要因、サービス提供の利用等を知ることが非常に難しい状況であった。そのため2005年から、保健管理情報システム（HMIS）構築のための取り組みが進められ、保健省のHMIS局の機能強化、情報コミュニケーション技術の導入、報告ツールの見直しが行われ、ここ数年間で情報フロー、システム構築、根拠に基づく計画策定と政策決定で大きな進展が見られた。2008年より地域保健情報システム（DHIS）³³

³¹ 2002年に設立されたクリントン財団による、市場環境を改善することによってHIV/AIDSおよびマラリア治療へのアクセスを拡大し、途上国の保健システムを強化するという取り組み。

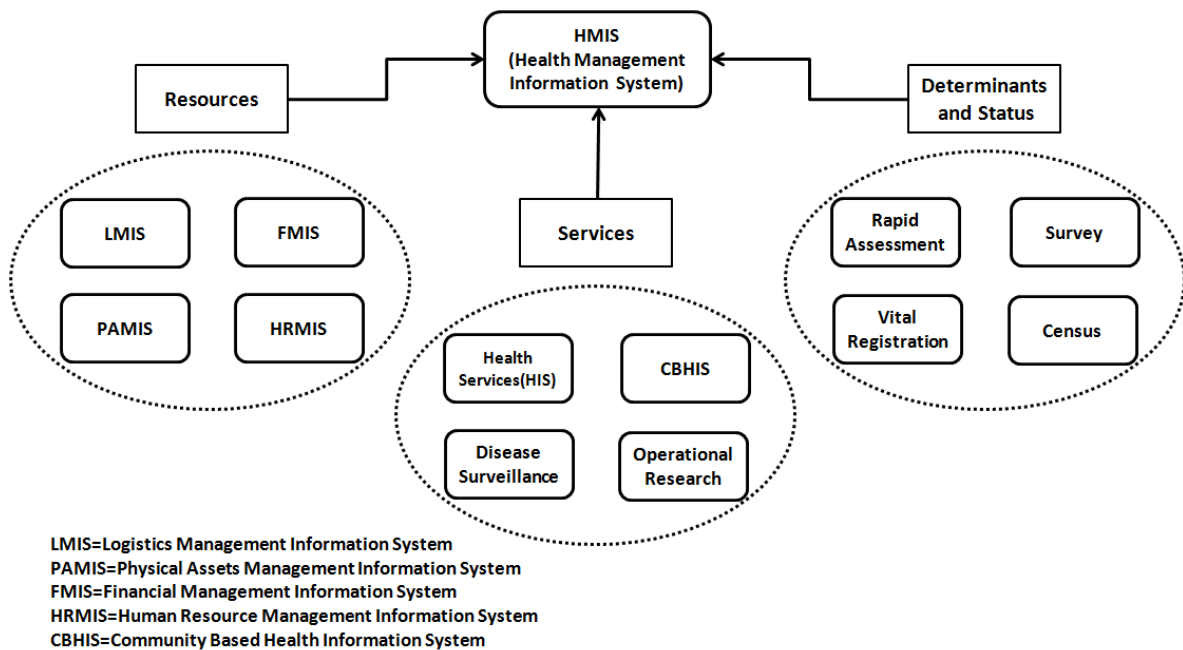
³² A.M. Dogliotti医学大学は、1968年にバチカンとイタリアのDogliotti財団の支援により設立された。125人の生徒収容力があり、1999-2002年には開校していたものの、JFK病院の教育プログラムの崩壊により、同期間に17人の学生しか卒業できなかった。現在医学部と薬学部の2つの学部を持ち、医師資格を持つ人材を輩出する唯一の機関となっている [32]。

³³ District Health Information System (DHIS) は、集積データの集計、確認、分析、プレゼンテーションを行う保健情報管理ツール。特定の情報を入れ込むために、プログラミングすることなくデザインすることが可能である。

が導入され、各州の保健施設からの情報も集積されるようになった。また 2009 年には HMIS 政策・戦略が策定された。

以前は各保健プログラムの情報システムと HMIS が併存していたが、2011 年より全ての保健関連情報は原則として一つの HMIS に統合された。中央での HMIS の統合に伴い、保健施設での報告様式も統一化され、保健施設レベルでの情報収集の負担軽減と効率化、州・中央レベルでの包括的な情報集積が可能となった³⁴ [34]。

図 5-1 に示すように、HMIS の情報源には、保健サービスのコンポーネントである保健情報システム (HIS) の他、財務管理情報、人材管理情報システム (HRMIS)、物的資産管理情報システム等があり、これらのサブシステムの情報源を将来的には一つに統合することが目標とされている。このうち、HRMIS については現在準備が進められている。ロジスティクスについては、保健省医薬品局のサプライチェーン管理局 (SCMU) で、別途ロジスティクス管理情報システム (LMIS) の準備が進められている³⁵。また、HIS は、国家出生登録政策・計画に従って復活される出生・死亡を含む人口動態登録システムにより補完される計画である³⁶ [11]。



出典：Strategy and Implementation Plan for The National Health Management Information System, MOHSW (June 2009) [34]

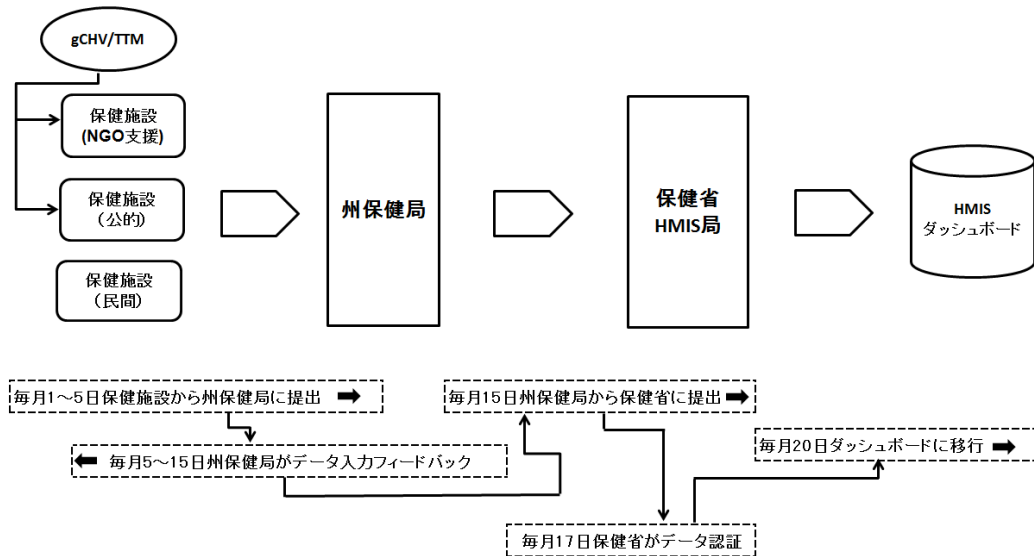
図 5-1 HMIS の情報源 (将来計画)

公的、民間、NGO 支援にかかわらず、全保健施設は、州保健局へデータ提出が義務付けられている (ただし、民間施設では提出されない場合が多い)。通常の HMIS レポートは月ごと、報告義務のある疾病については週ごとにレポートが提出される。妊産婦死亡については、死亡が施設、自宅にかかわらず、24 時間以内の報告が義務付けられている [10]。図 5-2 は、保健施設から中央までのデータの流れを説明したものである。

³⁴ MOHSW-HMIS 局聞き取り情報 (2012 年 2 月)

³⁵ MOHSW-HMIS 局聞き取り情報 (2012 年 2 月)

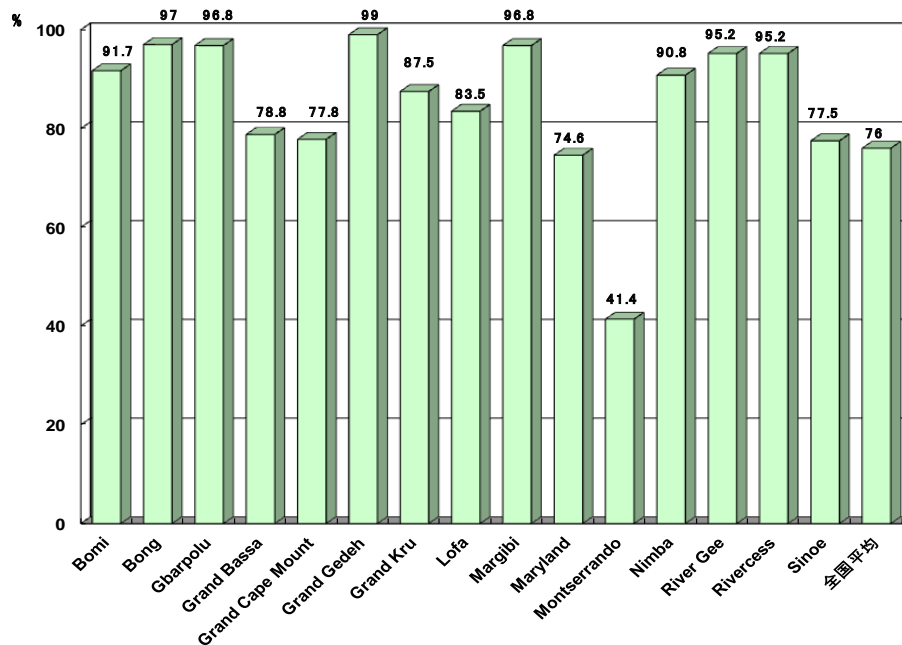
³⁶ 2007 年の DHS は、5 歳未満児の 4% のみが出生登録されていたと報告している。2010 年には 10% に増加したが、今後は保健施設ベースの登録、コミュニティベースの登録、国家出生登録キャンペーン等の戦略によりカバー率を大幅に改善する必要がある。



出典：MOHSW-HMIS 局聞き取り情報（2012年2月）

図 5-2 保健情報システム (HIS) のデータの流れ

図 5-3 は、2010 年の各州の報告率であり、全国平均は 76%であった。また、2011 年 12 月の報告率は全国平均 77%であった。Montserrado 州の報告率（2010 年 41%、2011 年 52%）は低いが、8 州の報告率は 90%を越えている。Montserrado 州には保健医療施設が 200 余りあるが、そのうち公立は 45 施設のみであり、大半は民間施設である。民間施設からの情報提供が徹底されておらず、民間施設へのデータ収集、報告等の研修も実施していないことが報告率の低さの理由である³⁷。



出典：Country Situational Analysis Report, MOHSW (July 2011) [1]

図 5-3 州別の HIS 報告率 (2010 年)

今後の課題として、データの質の確保、つまりデータソースの質の改善、報告率の向上、特に州および郡、民間施設を含めた保健施設スタッフのデータ収集・管理能力強化が必要である。また、データの共

³⁷ MOHSW-HMIS 局および M&E 局聞き取り情報（2012年2月）

有と有効活用のため、中央、州、郡、施設の各レベル間でのデータのフィードバックシステムを構築する必要がある。

5.3 施設・医薬品供給機能

5.3.1 施設ネットワーク

内戦直後は 293 の公的保健施設のうち 242 は破壊等により機能しておらず、サプライチェーンシステムも寸断された。施設の再建に加え、通信手段、交通手段、電気、水道等の基本インフラも脆弱であり総合的な社会基盤整備が必要であった。このような状況下、保健サービス提供は、外部からの支援に依存せざるをえず、保健施設は NGO 主導で管理運営された。しかし首都モンロビア以外の地域では、人道支援により若干のサービスは提供されたものの、国民の大部分は保健サービスへのアクセスがほとんどあるいは全くない状況であった。政府の保健システム再建のための投入により、2010 年までには、公的・民間保健施設数は 550 まで増加した。表 5-4 に 2011 年の公的保健施設数と 2021 年の設置目標数を示す [1] [30] [35]。

表 5-4 2011 年の公的保健施設数と 2021 年の目標数

施設種別	2011	2021
JFK メディカルセンター（独立国立施設）	1	1
地域病院	-	4
州病院	24	21
保健センター・郡病院	31	98
クリニック	343	419
サービス提供拠点	-	150（施設） 81（施設外）
合計	399	624

出典：Overview of the Revised Health and Social Welfare Policy and 10-year Plan-Presentation, MOHSW (17 January 2012) [36]

図 5-4 は、将来計画を含む保健施設のサービスレベルと管理する行政体を示したものである。また、表 5-5 にそれぞれの施設のサービス内容の概要を示す。

サービスレベル	サービス提供拠点 /保健医療施設	管理行政			
第 1 次	一般コミュニティヘルスボランティア (gCHV)、訓練を受けた伝統助産者 (TTM) 臨時 SDP クリニック	コミュニティ	郡	州	中央
第 2 次	保健センター 郡病院				
	州リファラル病院				
第 3 次	地域病院 国家リファラル病院				

出典：National Health and Social Welfare Policy and Plan 2011–2021, MOHSW (2011) [11]

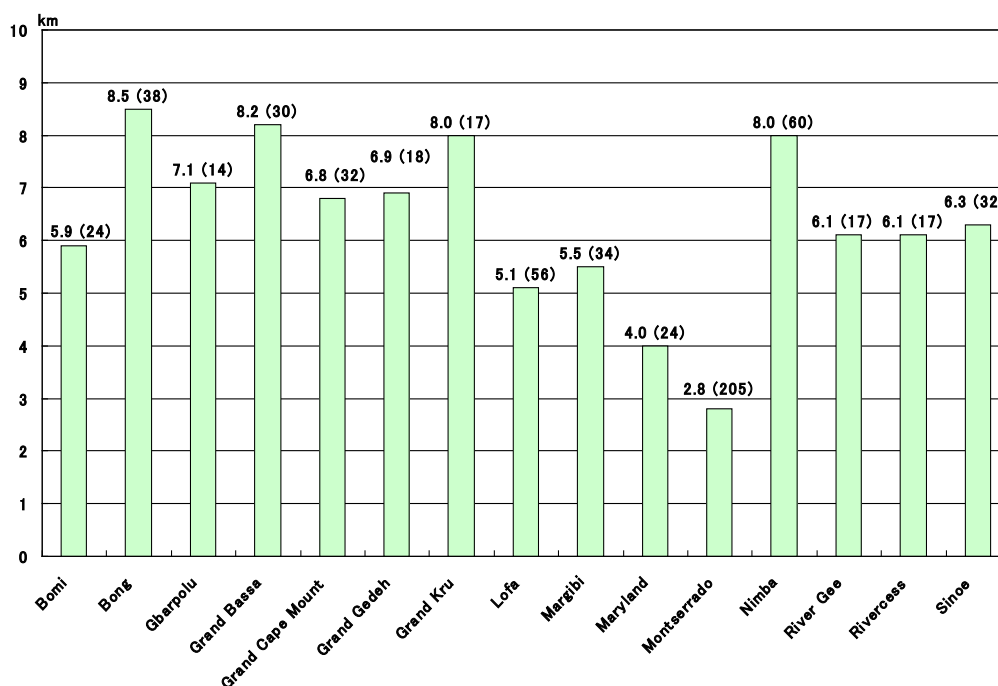
図 5-4 保健医療施設のサービスレベルと管理行政

表 5-5 各施設の主なサービス内容

コミュニティヘルスボランティア (CHV) ³⁸	TTM と gCHV。gCHV は下痢症、急性呼吸器感染症 (ARI)、栄養、マラリアについて活動を行う。gCHV、TTM とともに管轄の保健医療施設から必要なサプライ、スーパービジョン等を受け、同時に報告の義務を持つ
クリニック	5 床以下の小規模な施設で、最低限の予防と治療を行う
保健センター	PHC の提供を行う。40 床までのリファラル施設であり、一連の予防、基礎治療サービスを行う。小規模の検査室を有する。カバー人口は 2 万 5 千から 4 万人
州リファラル病院	50 床以上を有し、一般的な手術、基礎的な集中治療を行う。カバー人口は 20 万人
地域病院と JFK 病院	トップリファラル施設となる。地域病院は州保健社会福祉局 (CHSWT) が運営し、250 床以上、カバー人口は 50 万人以上とする計画

出典：Supply Chain Master Plan, MOHSW (25 August 2010) [37]
Health and Social Welfare Policy and Plan 2011–2021, MOHSW (2011) [11]

2008 年の人口センサスでは、40% の家庭が最も近い施設に行くのに徒歩 1 時間以上かかる (31% が徒歩 80 分以上) と報告された。2010 年 11 月の基礎保健サービス再構築プロジェクト (RBHS) による保健施設調査の報告によれば、図 5-5 に示すようにほとんどの州で住民は最も近い施設から平均 5km 以上離れた場所に居住しており、特に Bong、Grand Bassa、Grand Ku、Nimba 州は平均距離が 8km であった。近年の施設数の増加にもかかわらず、地域によって状況が改善されていないことから、今後は、より論証に基づいた戦略計画に沿った施設配置が必要であることが明らかとなった [1]。



注：* () 内は、州内の公的・民間 (NGO・FBO 施設含) 保健施設の総数

出典：Country Situational Analysis Report, MOHSW (July 2011) [1]

図 5-5 州別の保健施設への平均距離

保健施設のサービス提供内容については、2008 年の Nimba 州における施設調査で、妊産婦・子どものサービスが十分でない一方、HIV/エイズ (カウンセリングと検査) やマラリア対策のサービスは広範囲で提供されていることが報告された。このようなサービス内容の格差は、複数のコンポーネントから成る小児新生児疾患統合管理 (IMNCI) と緊急産科ケアがより複雑であることに加え、世界エイズ・結核・

³⁸ 最も近い施設から徒歩で 1 時間以上 (5km 以上) の地域には、CHV によって、一連のアウトリーチ、ヘルスプロモーション、リファラルサービスが提供されることになっている [10]。

マラリア対策基金（世界基金）等のドナーの優先政策が反映されやすいなどの要因があると考えられる [35]。

5.3.2 医薬品等供給システム

医薬品等の供給システムについては、中央および州の保管倉庫、搬送システムに十分な投資が行なわれておらず、輸送手段および燃料の不足、交通網の未整備、限定的な情報共有等の問題がおこっている。この結果、医薬品の保健施設への搬送の遅れ、在庫切れ、品質管理の不備が生じ、サービス提供にも影響を及ぼしてきた。また施設レベルにおいても、標準治療指針に沿わない、あるいは誤った薬剤処方により在庫管理と調達量予測が適切に行えず、医薬品、資機材の不足の要因となっている。2007年のDHSでは、51%（農村地域60%）の女性がヘルスケアを受ける際の障害として、保健施設での医薬品の不足を挙げている [11]。

医薬品調達の財源についても、政府、二国間ドナー、課題別プログラム支援ドナー³⁹が各々の施設やプログラムに必要な医薬品を独自に調達・供与しているために断片化している⁴⁰ [1]。この状況を改善するため、保健省は2010年8月に、10年間の医療関連資機材のサプライチェーンマスタープランを策定した。本計画は、EPHSのサービス提供に不可欠な医薬品等の確保を確実にするために包括的な調達、倉庫保管、搬送サービスにより、効率的なシステムの確立を目指すものである [1] [10]。この計画に基づき、保健省医薬品局の下に、新たにサプライチェーン管理局（SCMU）が設置された⁴¹ [1]。SCMUは、政府のサプライチェーンの全ての活動を調整、監理する責任を持ち、LMISの管理と医薬品等の必要量の予測と決定および調達を行う。各CHSWTは、政府が調達する必須医薬品について必要な予算を管理し、SCMUにロジスティクスに必要な情報を提供する。現在、政府調達によるマラリア、結核、エイズ、家族計画、予防接種拡大計画（EPI）、その他基礎医薬品は全て一つのシステムで供給・搬送されており、各プログラムは、SCMUと密接に調整を行い、プログラムのために、いつでもどこどの程度の資機材が必要になるかを決定する⁴² [37]。

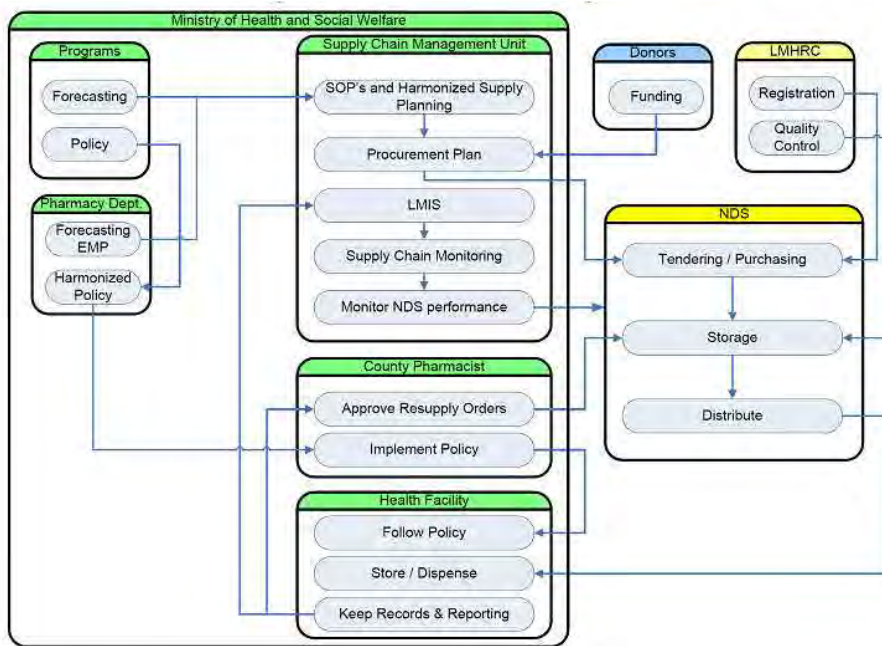
図5-6は、医薬品調達およびサプライチェーンにかかる関連部署と役割をまとめたものである。国家医薬品局（NDS）は、中央レベルで調達、倉庫保管、搬送を行う半独立組織であり、計画によるとNDSが医薬品調達および保管管理、搬送サービスを総合的に行う唯一のメカニズムとなる。現状では、NDSの調達、在庫管理、搬送機能、情報管理能力が不足しており、さらなる技術および資金協力が必要である。標準治療指針は一部改訂が行われたが、2001年国家医薬品政策、2007年必須医薬品リスト、国家処方書についても、全て改訂の必要があるとされている [1] [37]。

³⁹ PMI、GFATM、GAVI

⁴⁰ USAIDは、NDSを通じた調達と独自調達の並行サプライチェーン管理システムを有し、プールファンドおよびEU支援の保健施設への調達は、医薬品があればNDSから、在庫がない場合は他から調達している。また、NGOが支援する保健施設はNDS以外のルートで医薬品の調達を行う等されており、一元化されていない。

⁴¹ SCMUの設置は、保健省がGFATMの資金受入責任機関となる先行条件としても要請されたものである。

⁴² SCMU聞き取り情報（2012年2月）

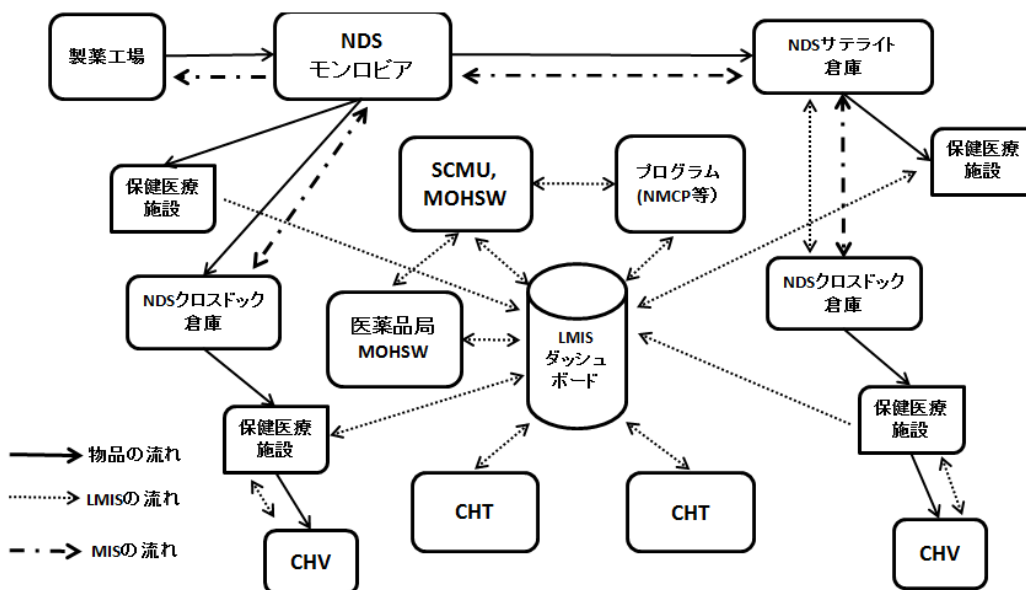


LMHRC: Liberia Medicine and Health Products Regulatory Committee EMP: Emergency Medical Products
LMIS: Logistic Management Information System

出典：Supply Chain Master Plan, MOHSW (25 August 2010) [37]

図 5-6 サプライチェーンに関わる関係者と役割

図 5-7 は、2020 年までに達成すべきとされるサプライチェーンシステムの計画である。



出典：Supply Chain Master Plan, MOHSW (25 August 2010) [37]

図 5-7 医薬品・資機材のサプライチェーンシステムの計画図（2020 年目標）

中央医薬品倉庫（NDS Central Warehouse）と大規模な NDS サテライト倉庫を 3 ヲ所に建設し（モンロビア、Bomi、Grand Gedeh 州）、その下にクロスドック倉庫（Cross Dock Depot: CDD）を戦略的に 5 ヲ所配置する。全ての医薬品は、NDS から四半期ごとに 3 ヲ所の NSD サテライト倉庫に搬送され、その後 CDD に毎月搬送され各施設へと配布される。サプライチェーンに関する情報は全て LMIS ダッシュボードに集められ、関連情報をリアルタイムで提供する計画である。

5.4 保健財政

5.4.1 保健財政の概要

リベリアの経済状況は改善しているものの、近年のドナー支援の減少、他セクターへの予算支出の必要性等により、今後10年間の保健セクターへの大幅な予算増額は望めないと推測される。

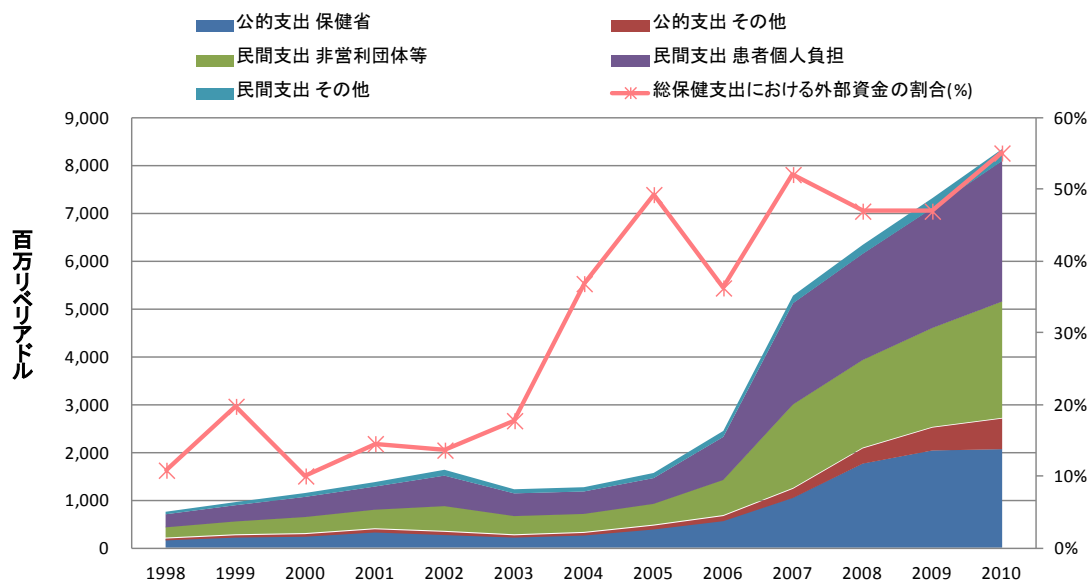
表5-6にあるように2010/2011年度の国家予算は、およそ3.7億米ドルで、過去4年間の保健セクターへの投資は7-8%に留まっており、NHPPにおける目標値である2009年までの15%は達成できていない。2010年の国内総生産に占める保健支出の割合は11.8%であった。

表 5-6 国家予算と保健セクター予算(2007/2008-2010/2011年度)

年度	2007/2008	2008/2009	2009/2010	2010/2011
国家予算 (米ドル)	208,819,357	298,087,792	347,035,687	369,379,000
保健セクター予算 (米ドル)	18,705,242	22,906,608	25,767,030	32,480,992
国家予算に対する保健セクター予算の割合 (%)	8.96	7.68	7.42	8.79

出典：Country Situational Analysis Report, MOHSW (July 2011) [1]

WHOの統計によると、総保健支出における患者個人負担の割合は1998年から35%前後であり、2010年の公的支出全体と同じ割合が個人負担となっている(図5-8)。



年	1998		2000		2005		2010	
公的支出	214	(27.8%)	307	(26.4%)	485	(30.7%)	2,720	(32.5%)
保健省	176		253		404		2,081	
その他	38		54		80		639	
民間支出	555	(72.2%)	854	(73.6%)	1,096	(69.3%)	5,639	(67.5%)
非営利団体等	227		350		448		2,441	
患者個人負担	274	(35.7%)	422	(36.4%)	540	(34.2%)	2,946	(35.2%)
その他	53		82		108		252	
総保健支出	769		1,162		1,581		8,359	
外部資金*	84	(10.9%)	117	(10.1%)	779	(49.3%)	4,604	(55.1%)

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 [38] より調査団作成

図 5-8 保健支出財源の推移

BPHS により基礎保健サービスが無料で提供されているにもかかわらず、世帯支出が、保健セクター予算に占める割合は大きく、12%の世帯において世帯収入の 10-20%のしきい値を超える額がヘルスケアに支出されたと推計される。BPHS および EPHS によって保健サービスへのアクセスは改善しているが、医療費にかかるコストから個人を十分に保護するには至っていないのが現状である。2010 年、保健社会福祉財務政策・計画策定のため「便益帰着調査」が実施されたが、本調査はより収入の多い層の方が、低収入層より政府に助成された保健サービスを利用する傾向があり、多くの農村住民は、保健サービスへのアクセスが限定されていると報告している。そのため、適切な助成サービスの対象設定と貧困層が主に利用する施設とサービス（つまり、クリニック以下レベルの外来サービス）に支出することが、貧困層へより裨益しうるサービス提供として必要であると指摘された [13] [39]。

また、国家保健の会計支出（NHA）によれば、2007-2008 予算年度に保健セクターに約 1 億米ドルが拠出され、1 人あたり平均 29 米ドルであり（中央・西アフリカの平均は 28 米ドル）、1 人あたりの個人負担は 10 米ドルであった。また、表 5-7 に示すように、2007 年/08 年度の政府支出は保健財政全体の約 15%であった。この割合は 2004 年以降変わっていない。2007/08 年度の保健セクターへのドナー支出は 47%であり、主に PHC レベルのサービス提供に使われるのに対し、政府資金は主にリファラル病院に支出されている [1] [40]。

表 5-7 保健セクター予算の財源と支出項目の割合%(2007/08 年度)

保健セクター財源		支出項目	
公的	15.0	治療	54.3
民間	3.0	医薬品	10.0
ドナー	47.0	予防・公的保健 プログラム	21.7
個人	35.0	管理運営	14.0
合計	100		100

出典：Liberia National Health Account 2007/2008, MOHSW and USAID (October 2009) [40]

2010 年、保健省と保健財務タスクフォースは、質の高い保健サービスを提供するための持続性と戦略性を促進するため、前述のリベリアで初となる保健・社会福祉財務政策・計画を策定し、2012 年 2 月に最終版がリベリア議会に提出された。また、USAID は保健省の保健財務・政策部署の能力向上を支援し、2 回目の NHA を行う準備を行っている。

5.4.2 プールファンド

プールファンドは、以下の目的をもって 2008 年 3 月に開始された。

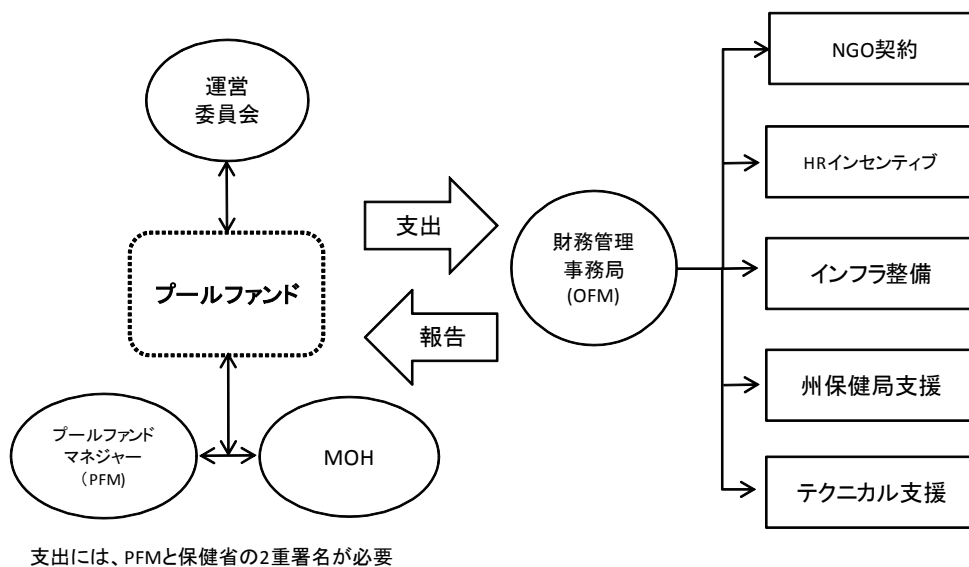
- ・ 国家保健政策・計画下の予算配分のないニーズに対応する
- ・ 保健省の保健セクターにおける予算配分の主導権を高める
- ・ 複数のドナーからの資金管理にかかるコストを削減する

プールファンドの資金は、英国国際開発省（DFID）、アイリッシュユエイド、国連児童基金（UNICEF）、国連難民高等弁務官事務所（UNHCR）から拠出され⁴³、資金管理は、プールファンド運営委員会（財務省、保健省、共同出資協定締結ドナー、その他のドナー機関：WHO、世界銀行、欧州連合（EU）、

⁴³ この 4 機関は、リベリア政府と共同出資協定（JFA）を締結

USAID、NGO等)、民間の財務・会計組織により管理される。資金の支出は、保健省と会計監査組織の2重署名の体制を取っている [41]。図 5-9 に、ファンドの構造と支出の流れを示す。

2010 年度、プールファンドによる支援額は 4,000 万米ドルを越え、75%の資金は BHSP の拡大に分配され、残りは保健インフラ、人的資源、支援システムに活用された。プールファンドにより公的施設のネットワークは 24%拡大、保健省が提供する BPHS は 2008 年の 36%から 2010 年には 82%へと増加した。現在 3 分の 1 の公的保健施設は、プールファンド資金により地方政府あるいは NGO への委託で運営されている。プールファンドの資金は比較的小額であるが、単に資金調達という目的だけでなく、保健省の財務管理能力、ドナー資金管理にかかる保健省の主導性と能力の強化という点で意義がある。また、保健省の脆弱であったモニタリング・評価局、財務管理局、インフラ局、外部支援局、保健サービス部署のキャパシティ強化にも活用されている [42]。



出典：The Liberian Health Sector Pool Fund, Hughes et al. (February 2012) [42]

図 5-9 プールファンド構造と支出メカニズム

5.5 保健行政システム

5.5.1 地方分権化

リベリア政府は、2009 年に国家地方分権化政策を策定し、政治、財務、行政の 3 分野からプロセスを進めている。そのうち、財務については現在議会レベルでの計画のみが存在し、国家戦略計画の策定は内務省と計画省により作業が行われている。現在、保健省は、地方分権化の戦略計画を有する唯一の省庁である⁴⁴。

この分権化政策によれば、保健省は、政策策定、規程の発布、財源確保と配分、国家計画作成、包括的なセクタープログラム形成、およびモニタリング・評価の役割のみを担うこととなる。施設、郡およびコミュニティレベルへの支援システムは州保健社会福祉局 (CHSWT) に委譲され、州監理官が議長となる保健社会福祉委員会が、州レベルの政策・計画作成に助言、財源確保と調整を支援し、CHSWT の活動のモニタリングを行う。今後、州の管理運営能力を拡大し、財政計画および会計に係る権限が州に

⁴⁴ 保健省計画・財政局聞き取り情報 (2012 年 1 月)

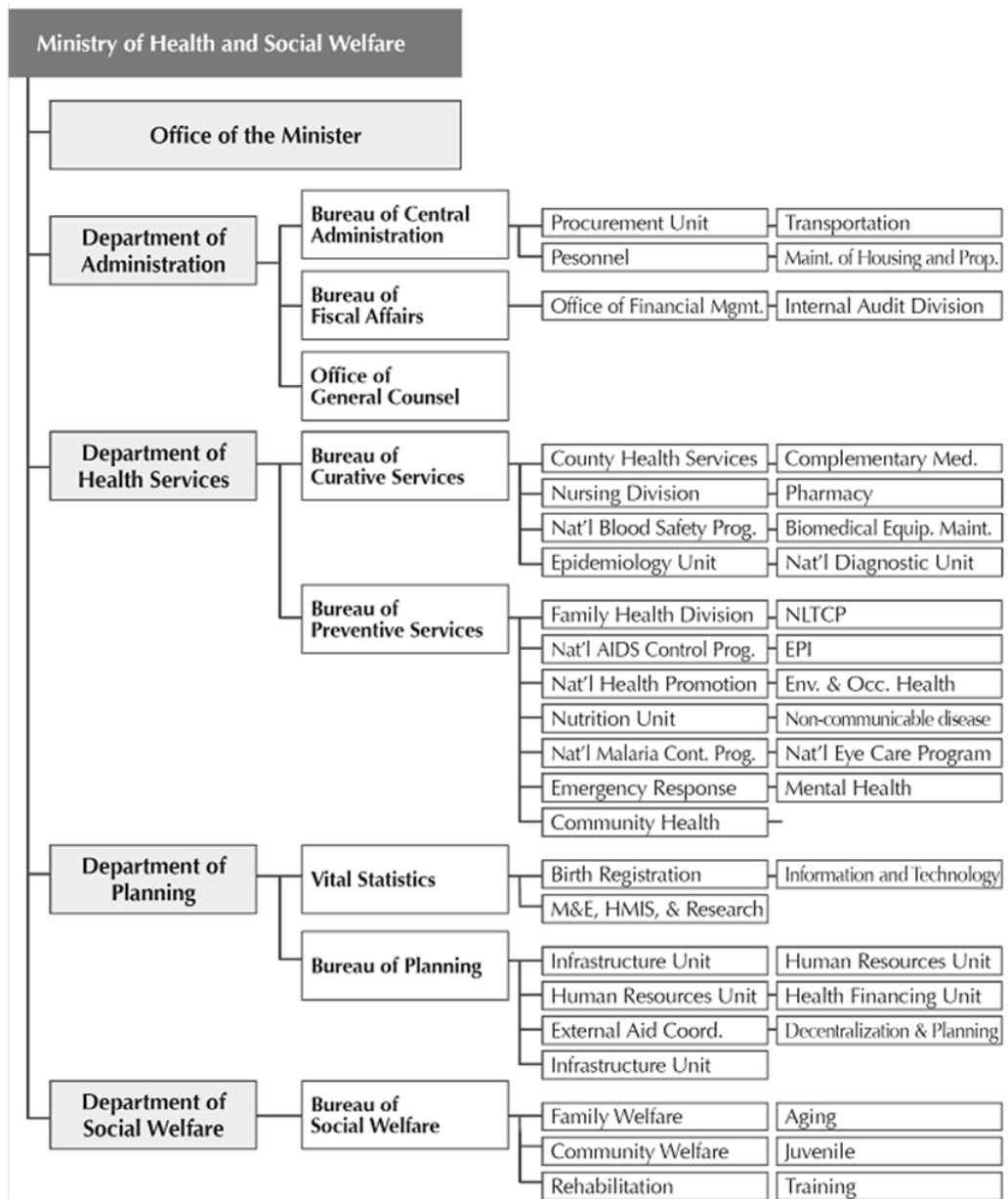
委譲される計画である。現在、国家保健社会福祉政策・計画（NHSWPP）（2011-2021）および国家分権化政策に基づき、各州が母子保健、妊産婦の健康、結核、HIV/エイズ、マラリア対策等に焦点を置いた2年間の実施計画を策定している [1] [11]。

5.5.2 保健社会福祉省の組織と役割

保健福祉省は管理部（人事、財政、ロジ、調達等に関する業務を担当）、計画部（政策および全体計画策定、モニタリング・評価、統計等に関する業務を担当）、保健サービス部（技術的業務を担当）および社会福祉局（社会福祉に関する業務を担当）の4部署から構成され、保健社会福祉大臣以下、4人の副大臣、7人の大臣補佐官により管轄される。上記で触れたように、保健省の役割は以下のように記されている。

- ・ 保健・社会福祉法のモニタリングとアドバイス、法の実行のための規定等の整備
- ・ 国家政策・戦略計画の形成と見直し
- ・ 保健・社会福祉の公平な保護と向上のための国家レベルの目標、長期的国家計画の策定
- ・ 人的資源、医薬品管理、HMIS、財政、インフラ、調整に関わる保健システムの強化と管理
- ・ 政策策定、計画およびパフォーマンスに帰する調査研究活動の調整
- ・ 国家保健社会福祉財政政策に基づく透明性のある規定された方式によるリソースの確保と配分
- ・ CHSWT によって実施される国家プログラム（マラリア対策、EPI、国家保健プロモーションキャンペーン等）の調整
- ・ セクターパフォーマンスのモニタリングおよび分析 [1]

図 5-10 に保健社会福祉省の組織図を示す。



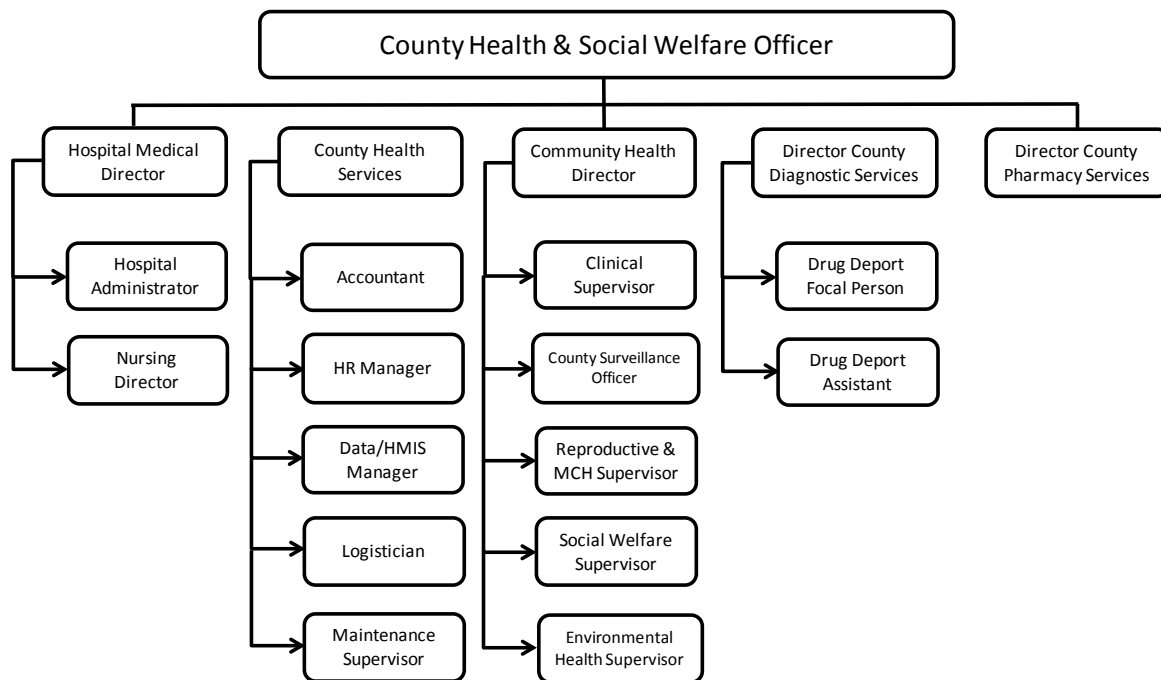
出典： Country Situational Analysis Report, MOHSW (July 2011) [1]

図 5-10 保健社会福祉省組織図

5.5.3 保健社会福祉局の組織と役割

地方レベルでは 15 州に設置された CHSWT を州保健社会福祉行政官が管轄する。保健医療に関する監督は医務官長が責任を持ち、州保健社会福祉行政官に報告義務を持つ。郡には郡保健行政官（一般に保健施設の担当者であることが多い）が、各郡の保健医療施設を管轄する。医薬品等は州薬剤師、予防接種については EPI 担当官、家族計画資機材についてはリプロダクティブヘルス・スーパーバイザーが、それぞれ中央からの調達および保健施設への配布・搬送の責任を持つ。また、各州にはモニタリング評価担当官が置かれ、保健施設からの情報収集等のスーパービジョン、管理を行っている。

図 5-11 に Montserrado 州の CHSWT 組織図を示す。



出典: Montserrat州 CHSWT プレゼンテーション資料(2012年6月) [43]

図 5-11 Montserrat州保健社会福祉局 (CHSWT) 組織図

第6章 ドナーの協力状況

6.1 援助協調枠組み

2007年の国家保健政策・計画（NHSP）の策定に際し、同政策を支援する複数の資金の調整とさらなる資金調達のために保健セクター調整委員会（HSCC）が設置された。HSCCは保健大臣が議長となり、保健セクターに関連する全てのドナー、政府、国連機関、非政府組織（NGO）がメンバーとなっている。現在の保健セクターの主要な支援メカニズムを表6-1に示す。

表 6-1 保健セクターの主要な支援メカニズム(2011年)

支援メカニズム	プールファンド	プロジェクト支援	特定疾病 プロジェクト支援
特徴	国のシステム活用	ドナーのシステム活用	パラレルシステムの活用
ドナー	米国国際開発省（DFID）、 国連児童基金（UNICEF）、 国連難民高等弁務官事務所（UNHCR） アイリッシュエイド	米国国際開発庁（USAID）、 欧州連合（EU）	ワクチンと予防接種のための世界同盟（GAVI）、 世界基金、 米国大統領マラリアイニシアティブ（PMI）
年間支援額（米ドル）	1,000万	1,800万	3,500万
保健セクター支出に占める割合	6%	11%	20%

出典：The Liberian Health Sector Pool Fund, Hughes et al. (February 2012) [42]

現在の国家保健社会福祉政策・計画（NHSWPP）は、ドナー（支援NGO含む）調整をすすめることを目指している。この点について、図6-1に示すように、2008年のプールファンドの導入により、ドナー支援の調整と断片化の改善がなされている。これにより、州保健社会福祉局（CHSWT）も単一の主要ドナーとの調整を行うことが可能となり、より効率的な実施管理が可能となった [1] [42]。

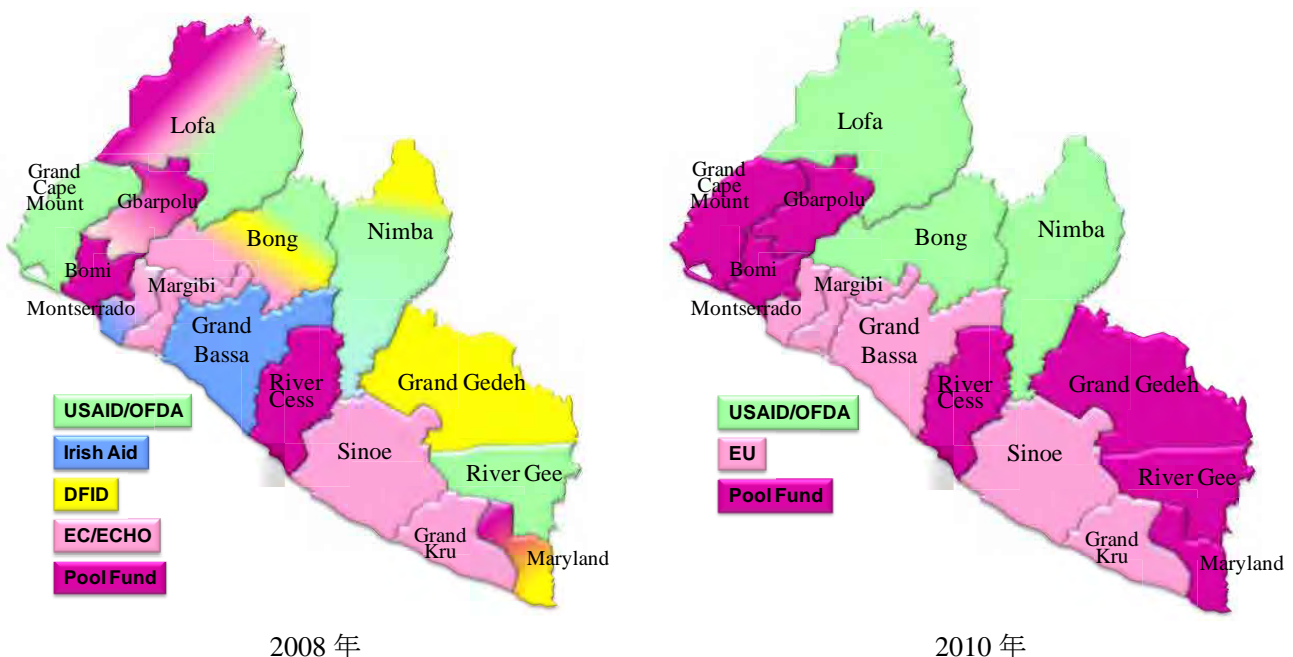


図 6-1 主要ドナーの州別支援状況（2008年および2012年）
出典：The Liberian Health Sector Pool Fund, Hughes et al. (February 2012) [42]

しかしながら、ドナー支援の地域的な調整が必ずしも公平な支援の配分にはつながっていないのも現状である。例えば、USAID の基礎保健サービス再構築プロジェクト（RBHS）では、トレーニング、ロジスティクス支援を含む CHSWT への能力向上のコンポーネントが含まれているが、USAID の支援対象州でのみ実施可能である。EU の支援は、人道支援以外の活動に活用することは禁止されており、CHSWT の能力向上への支援はほとんどなされていない。この点、金額は限定されているが、プールファンドはニーズに基づいた資金活用が可能であるという柔軟性を持っている [42]。

6.2 ドナー協力実績

表 6-2 に主なドナー機関による支援状況をまとめる。ミレニアム開発目標（MDGs）等の重要課題となっている分野は、ほぼ全ての主要ドナーがカバーしており、USAID と EU は前述のように地理的に分担するという形をとっている。

表 6-2 主なドナー機関の支援状況

	国別戦略計画	重点地域	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	HSS
UNICEF	The Country Programme Action Plan 2008-2012	—	○	○	○	○ ⁽¹⁾	○		○
WHO	Country Cooperation Strategy 2008-2011	—	○	○	○	○	○	○	○
米国・USAID ⁴⁵	The Global Health Initiative-Liberia Strategy 2011-2015	Bong、Lofa、Nimba、一部 Montserrado、Margibi、Grand Bassa	○	○	○	○ ⁽²⁾	○	○	○
EU ⁽³⁾	—	Sinoe、Grand Kru、Margibi、Gbarpolu	○	○	○	○	○	○	
世界銀行	—	—							○ ⁽⁴⁾

注：(1) 主に母子感染対策 (2) 2011-12 年、PEPFAR からの支援はない。

(3) 支援分野は主に BPHS/EPHS を通じたもの(4) 医学教育を含む

出典：Improving Nutrition Practice in Liberia, UNICEF (21 June 2010) [44], Weekly Situation Report No.53, UNICEF (16 January 2012) [45], USAID ホームページ [46], Global Health Initiative Liberia Strategy, USG (September 2011) [47], Liberia Health System Reconstruction Project-Project Data Sheet, The World Bank (30 November 2009) [48], Implementation Completion and Results Report (IDA-H3040), The World Bank (30 March 2011) [49]

表 6-3 は、世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）による HIV/エイズ、結核、マラリアプログラム支援のリストである。

⁴⁵ 2011 年 9 月、USAID とリベリア政府は、一定金額保証協定（FARA）に調印し、2011 年 9 月から 2015 年 9 月まで NHSWPP の実施を支援する最大 4,200 万米ドルの支援を表明している。USAID の支援は NHSWPP の特定の活動、つまり NGO のパフォーマンス基準型契約（PBC）による保健サービスおよびモニタリング・評価を含む保健システム強化に活用される [42]。

表 6-3 世界基金による HIV/エイズ、結核、マラリアプログラム支援

支援タイプ	ラウンド	期間	合意支援額 (USD)	資金受入責任機関
HIV/エイズ	R2	2004/12-2007/2	7,423,268	UNDP
	R6	2007/6-2010/4	16,828,475	UNDP
	R8	2010/4-2012/9	32,809,911	MOHSW
結核	R2	2004/12-2007/2	4,288,516	UNDP
	R7	2008/6-2013/5	11,687,919	UNDP
	SSF	2011/7-2014/6	6,708,478	MOHSW
マラリア	R3	2004/12-2007/2	11,868,992	UNDP
	R7	2008/6-2011/5	20,774,047	UNDP
	SSF	2011/6-2013/6	30,210,266	MOHSW
	SSF	2011/6-2013/6	7,709,085	Plan International

出典：Liberia-Grant Portfolio, GFATM (1 April 2012) [27]

6.3 日本の協力実績と現状把握

従来日本政府は、食糧増産援助、保健医療および電力分野等を中心とする無償資金協力、研修員受入および青年海外協力隊派遣などを中心とする技術協力を行っていたが、内戦の激化に伴い 1990 年 5 月以降、通常の二国間援助を停止し、国際機関若しくは NGO を経由した緊急人道支援に限定していた。2003 年の和平合意成立以降、2007 年 2 月にワシントン DC で開催された支援国会合において二国間経済協力の再開を表明し、保健とインフラを中心に、無償資金協力、技術協力支援を行っている。表 6-4 は、日本政府による支援の実績を示したものである。

表 6-4 保健技術協力分野における近年の支援内容

無償資金協力およびマルチ・パイ協力				
協力年度・期間	スキーム	名称	協力金額	目標・内容等
2005 年度	無償	小児感染症予防計画 (ユニセフ経由)	2.59 億円	蚊帳、マラリアおよび急性呼吸器疾患の治療薬、予防接種用ワクチン等の調達に必要な資金供与
2006 年度	無償	小児感染症予防計画 (ユニセフ経由)	1.87 億円	蚊帳、マラリア治療薬および予防接種用ワクチン等の調達に必要な資金供与
2007 年度	無償	小児感染症予防計画 (ユニセフ経由)	2.00 億円	全国 1 歳未満児を対象に予防接種を実施し、モンセラード、ボミ、ロファおよびメリーランド州の 5 歳未満児および妊婦を対象に抗マラリア薬の投与、国内で蚊帳の保有率が最も低いボミ州の 5 歳未満児および妊婦を対象に LLIN 配布に必要な資金供与
2009-2010 年度	無償	日本・リベリア友好母子病院改修計画	3.64 億円	日本・リベリア友好母子病院の全面改修および医療機材整備
2009 年度	マルチ	妊産婦・新生児死亡抑制プロジェクト	3.42 百万米ドル	
2010/2/5-8/31	無償	小児感染症予防計画 (ユニセフ連携)	1.62 億円	小児および妊婦の感染症予防体制改善のためにワクチン等の調達に必要な資金供与
2011/3/8-9/30	無償	小児感染症予防計画 (ユニセフ経由)	3.04 億円	予防接種体制の充実を通じた母子保健事情の改善のためにワクチンや機材等を調達し、衛生環境改善のために井戸ポンプや消毒液の調達および衛生教育に必要な資金供与

個別専門家		
協力年度・期間	名称	目標・内容等
2010/5/1-8/21	医療機材保守管理	日本・リベリア友好母子病院における機材管理体制整備
2010/5/1-8/21 (延長 2011/3/31)	母子病院マネジメント強化支援 (病院管理)	日本・リベリア友好母子病院のマネジメント能力向上支援

個別専門家		
協力年度・期間	名称	目標・内容等
2010/6/1-2011/2/15	母子病院人材能力向上支援 (母子保健)	日本リベリア友好母子病院におけるサービス提供能力向上支援
2011/6/1-2012/3/31	母子病院人材能力向上支援 (母子保健)	日本リベリア友好母子病院におけるサービス提供能力向上支援
2011/6/1-2012/3/31	医療機材保守管理	日本・リベリア友好母子病院における機材管理体制整備

本邦・第三国研修	
協力年度	名称
2007年度	リプロダクティブヘルスおよびBCC (2名)
2008年度	保健行政 (2名)、病院管理 (1名)、看護管理 (1名)、保健政策 (1名)、感染症対策 (1名)、母子保健 (3名)
2009年度	保健人材育成 (長期) (1名)、Total Quality Management for Health Care Facilities for Africa (エジプト) (2名)、新生児および子どもの健康 (1名)、病院管理 (1名)、看護管理 (2名)、院内感染症の予防と管理 (1名)、保健行政 (1名)、地域保健医療実施管理 (5名)、リプロダクティブヘルスおよびBCC (1名)
2010年度	Total Quality Management for Health Care Facilities for Africa (エジプト) (1名)、看護管理 (2名)、母子保健看護管理 (2名)、保健行政 (2名)、病院・サービス管理 (2名)、新生児および子どもの健康 (1名)、院内感染症の予防と管理 (1名)、感染症予防 (2名)
2011年度	Total Quality Management for Health Care Facilities for Africa (エジプト) (2名)、保健衛生管理 (1名)、母子保健看護管理 (2名)、病院・サービス管理 (2名)、すこやかな妊娠と出産 (2名)、新生児および子どもの健康 (1名)、公衆衛生活動による母子保健強化 (2名)、医療機材保守管理 (1名)、保健政策 (1名)、次の10年に向けてのAIDSの予防および対策 (1名)

出典：政府開発援助 (ODA) 国別データブック、外務省 (2010年8月) [50]

対リベリア事業展開計画、外務省 (2010年8月1日) [51]

リベリア共和国保健セクター情報収集・確認調査、国際協力機構 (2009年10月) [33]

国際協力機構ナレッジサイト [52]

第7章 保健セクターの優先課題

7.1 リベリアにおける優先課題

長期に渡る内戦とその影響により社会経済的に不安定な状況が続いたリベリアでは、内戦直後インフラ、施設、機材、医薬品、技術、人材、財政等様々な問題により保健システムはほとんど機能しておらず、基礎的なサービス提供も困難な状況であった。2007年からは、国家保健政策・計画（NHPP）および国家保健社会福祉政策・計画（NHSWPP）の下、基本サービス提供が推進されているが、現在でも保健セクターにおけるニーズは多く存在する。

保健セクターにおける最重要課題の一つは、2000-2007年にかけて大幅に悪化した妊産婦死亡であり、先述のように施設分娩、助産専門技能者による出産サービスの改善は図られているものの、緊急産科ケアおよびリファラル体制の整備等は十分でなく、改善には今後さらなる対策強化が求められる。また、乳幼児死亡も、同期間改善はしているもののいまだ高く、主要な要因であるマラリア、急性呼吸器感染症（ARI）、栄養失調、下痢症等の予防可能な疾病の対策が必要である。併せて1歳未満の死亡の6割を占めている新生児死亡については、適切な新生児ケアサービスを提供することにより改善することが喫緊である。

7.1.1 優先課題の要因

妊産婦死亡が悪化した背景には、基礎的なサービス提供が長期にわたり中断し、改善の努力は続けられているものの、現在も農村地域を含む全国レベルでの十分なサービス提供が達成できていないという大きな要因がある。具体的には産前・産後ケア、助産専門技能者による施設分娩、緊急時のリファラル病院への搬送、施設における迅速かつ適切な処置、安全な中絶手術等のサービスが十分に提供できていない点が挙げられる。また、妊婦の栄養問題や10代の妊娠を含む高い出産率に対し、現在の保健サービスでいまだ十分な対応ができていないこともまた、高い妊産婦死亡の一因となっている。

5歳未満児の主要死因であるマラリア、新生児疾患、下痢症、呼吸器疾患、麻疹については、基礎的なサービス提供へのアクセスがあれば予防可能なケースが多い。また適切な技術を持つ人材の配置、医療機材の整備等により新生児ケアが整っていれば、多くの新生児死亡を防ぐことができると言える。また抵抗力の低下、疾病の重症化を招く栄養状況の改善も保健サービス提供における適切な介入（栄養教育、治療的食餌療法、定期的なビタミン・微量栄養素等の補給等）を強化する必要がある。

また、サービス提供を取り巻く環境としては、保健サービスの基本パッケージ（BPHS）および現在実施されている保健サービス必須パッケージ（EPHS）で保健施設におけるサービス提供の基盤は整いつつあり、原則保健施設のレベルに応じた複数の介入活動が行われることになっているが、緊急時に対応する体制は不十分である。また、道路、電気、コミュニケーション等、基礎的なインフラが整備されていないという状況に加え、特に農村地域での一次レベルでの技術者の不足、リファラル体制の不備が課題となっている。さらに、保健人材や医療施設の都市部への偏在といったサービスの提供側、および物理的なアクセス（最寄りの施設への所要時間）や施設の利用など受け取り側双方における大きな格差も問題となっている。また、BPHSの無料サービス開始後も、保健セクターの個人支出は35%と推計され、

医療にかかる費用が貧困層への経済負担となっているのに対し、富裕層がより公的な保健サービスを受しているという指摘もある。

7.1.2 優先課題に対する政府およびドナーの取り組みと今後の課題プライマリヘルスケア

政府およびドナーは、BPHS・EPHS の導入により、プライマリヘルスケア施設およびコミュニティにおける母子保健に焦点を置いた基礎的サービスパッケージの提供が行われ、限られたリソースによりインパクトの高い介入の実現を目指している。この努力により、内戦直後と比較すると施設数は増加し、サービス内容は一元化され、保健施設の認定調査が実施される等、サービス提供のための体制は整備されつつある。具体的には、施設分娩や助産専門技能者の介助による出産が増加した。しかし、リファラル体制の整備や 10 代の妊娠防止を含む出生率の低下を図る家族計画サービスへのアクセス改善は今後の大きな課題として残っており、EPHS では若年層対象を含むセクシャル・リプロダクティブヘルスを強化するなど取り組みの拡大を図る計画である。

子どもの健康については BPHS・EPHS 等により、小児新生児疾患統合管理 (IMNCI) の強化が行われ、プライマリヘルスケア施設において、24 時間以内のマラリア治療、呼吸器感染症への対処、下痢症児への経口補液投与の強化により、予防可能な子どもの疾病に対処しており、IMNCI のコミュニティレベルでの導入戦略も策定されているが、今後さらなる実施体制の整備が必要である。子どもの予防接種率も改善はしているが、全域到達戦略 (RED) により、全ての子どもをカバーして完全接種の達成を目標としている。深刻な慢性栄養失調に対し、州保健社会福祉局 (CHSWT) は、基礎的栄養アクション (ENA) アプローチを採用し、全ての保健施設において母親に対する子ども適切な食事療法の教育、および子どもへの微量栄養素補給を強化する方針である。

保健システムの強化については、現保健政策に則り、保健施設数のさらなる増加を計画している。また、緊急人的資源計画により、母子保健に対応する人材育成として多数育成された看護師および助産師が基礎サービスの提供を担っているが、医師の数は絶対的に不足している。現在までいくつかの保健人材養成機関は再開されているものの、今後は医学教育、現任研修等の再建を図る必要がある。公平性の確保という点では、政府、非政府組織 (NGO)、いずれによって雇用された保健人材も原則として給与体系が統一され、適切な人材配置のための保健人材センサス等の情報集積が行われてきたが、都市部と農村部の保健施設へのアクセスの格差、経済的に恵まれている層と貧困層のサービス利用の格差等が複数の調査により指摘されており、サービス提供の拡大、質の改善とともに公平性の確保が重要課題となっている。

7.2 日本の支援の可能性

現在、治安上の制約により現地での活動地域は限定されているが、日本政府としても、妊産婦死亡および子どもの死亡の改善に寄与する EPHS の母子保健のコンポーネントへの支援として、現在まで実施している短期専門家および研修事業による保健サービス提供の土台となる看護師、助産師等の人材の技術・管理能力レベルの向上、無償資金協力による関連医薬品・機材の供与、設備支援等を検討することが政府およびドナーの政策とも一致し望ましいと考えられる。

7.2.1 優先課題への支援

下記の(1)と(2)により、妊産婦死亡および乳幼児死亡の改善、サービス利用の拡大とニーズへの対応、経済的保護（個人の保健支出減）へ支援を行うことが検討できると考えられる。サポートシステム・キャパシティ構築には、今後分権化により、サービス提供のより多くを担う州保健社会福祉局の管理能力、また保健施設の活動を補完するコミュニティ活動のサポート体制の強化（リファラルを含む保健施設とのリンク構築等）を含むことが適当である。

(1) サービスディリバリーの質的向上への支援

妊産婦死亡の改善に資する活動（産前・産後ケア、妊娠中のマラリア予防、家族計画、10代の妊娠防止、安全な人工中絶、緊急産科医療の向上等）や子どもの健康状態の改善に資する活動（IMNCI、予防接種、栄養改善等）の質的向上のための技能技術支援や医薬品資機材・機材供与・施設整備等の投入を行うことによりサービス提供体制の改善への支援が求められる。

(2) サポートシステムの能力向上への支援

厳しいサービス提供環境において、EPHSの実施提供を実現するためには、短期的なサービス提供への対応に加え、中長期的な支援システムの能力向上（管理運営能力、人的資源、インフラ、医薬品等供給網、情報システム、リファラルシステム構築等）への支援が求められる。

(3) 公平性の確保

NHSWPPで特に強調されている全体的な課題の一つとしてサービス提供の公平性の確保が挙げられており、今後農村部の住民および貧困層がアクセスでき、より裨益する施設配置やサービス内容の設定、戦略的な対象者の選定を検討していくことが、妊産婦死亡低減や子どもの健康改善の戦略としても必要である。現在リベリアでは、保健管理情報システム（HMIS）、保健施設の認定報告書および各種調査により、多くの情報が集積されつつあり、根拠に基づいた計画・戦略策定や優先順位の設定などが可能になっているといえる。政府、ドナー機関の政策の動きを見据えた上で、支援の検討にはこのような情報の活用を図ることが有効である。

また今後、急速に復興・開発の動きが進むにつれ、国民の疾病構造・健康状態も変化していくと推測される。優先課題の変化（例えば、非感染症疾患、精神保健、障害者支援等）についても中期的には注視していく必要があると考えられる。

これらの観点から、支援に際しては集積された情報を活用して公平性の確保を支援することも必要とされることが考えられる。

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(リベリア共和国)

国名: リベリア共和国 (Republic of Liberia)				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	2,127,098	2,847,290	3,994,000	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	-1.5	4.9	4.0	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	42.3	46.0	56.2	2010	54.3	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		0.1.04	粗出生率	Birth rate, crude (per 1,000 people)		WDI	46.1	43.3	39.1	2010	37.4	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		0.1.05	粗死亡率	Death rate, crude (per 1,000 people)		WDI	21.3	17.7	11.0	2010	12.6	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		0.1.06	都市人口率	Urban population (% of total)		WDI	45.3	54.3	61.5	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		140	200	2010	1,188.5	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		0.2.02	経済成長率	GNI growth (annual %)		WDI					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		73.5	90.7	2008	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			59.1	2009	62.3	(2009)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		0.2.06	人間開発指標	Human Development Index		HDR	0.23		0.33	2011	0.46	(2011)	Sub-Saharan Africa
		0.2.07	人間開発指標の順位	Human Development Index (rank)		HDR	131 / 160		182 / 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			41.0	2007	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		61	73	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		12	18	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			782	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			766	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			63	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			68.0	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			27.9	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			4.1	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			14	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	1,100	1,100	990	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		148.5	130.8	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	226.6	168.9	102.6	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	151.2	115.1	73.6	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			13.7	2007	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	6.5	5.9	5.2	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			0.3	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			0.7	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			29,994	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			87	2008	96	(2009)	Sub-Saharan Africa
				b) Malaria death rate per 100,000 population, ages 0-4	6.6	MDGs Database			83	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	362	487	476	2010	479	(2009)	Sub-Saharan Africa
		1.3.05	結核罹患率	Incidence of tuberculosis (per 100,000 people)	6.9	MDGs	199	242	293	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	38	58	48	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	0.3	3.3	1.5	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	100	3,500	3,600	2009			
	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		7.4	7.8	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		50.9	46.3	2007			
		2.1.02	帝王切開率	Birth by caesarian section (%)		GHO			3.5	2007	3.5	(2011)	Africa
		2.1.03	避妊具普及率	Contraceptive prevalence (% of women ages 15-49)	5.3	MDGs		10	11.4	2007	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		84.4	79.3	2007	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			66.0	2007	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			35.6	2007	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		63	64	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		78	80	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		80	75	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		46	64	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		56	71	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			64	2010	74	(2010)	Sub-Saharan Africa		

添付1:保健分野主要指標(リベリア共和国)

国名: リベリア共和国 (Republic of Liberia)				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			25.6	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			13.8	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			27.2	2007	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			20.5	2007	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			0.85	2007	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			26.4	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			67.2	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		80	79	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			14.0	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			90.3	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			9.3	2010				
	2.2.12	HIV検査を受けた妊婦の割合	Pregnant women tested for HIV, estimated coverage (%)		GHO			42	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			16	2009				
	2.2.14	結核患者発見率	Tuberculosis case detection rate (all forms)		HNP Stats		22.0	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		80.0	83.0	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			96.7	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					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					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			92.8		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			92.1		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			0.01	2008	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			0.2	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	2008	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			0.75	2008	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		9.3	11.8	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		14.3	32.5	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		85.7	67.5	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		52.2	52.2	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		9.0	11.1	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		5.5	55.1	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		18.5	29.2	2010	84.3	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)
	3.2.09	一人あたりの公的保健支出	b) Per capita total expenditure on health (PPP int. \$)		GHO		39	53	2009	157	(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			0.8	2010	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 (リベリア共和国)

引用番号	資料名	発行元	URL など	発行年
1	Country Situational Analysis Report	MOHSW	JICA LFO	2011 年 7 月
2	Human Development Report 2011	UNDP	http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2011/	2011 年
3	World Development Indicators	The World Bank	http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators	2012 年
4	Country Info, Liberia	IMF	http://www.imf.org/external/country/LBR/index.htm?pn=2	
5	The State of the World Children 2011	UNICEF	http://www.unicef.org/publications/files/SOWC_2011_Main_Report_EN_02242011.pdf	2011 年
6	2008 Population and Housing Census Final Report	Liberia Institute of Statistics and Geo-Information Services		2010 年
7	Poverty Reduction Strategy, Republic of Liberia	IMF		2008 年
8	National Budget Framework Paper FY2012/13	GOL	http://www.mof.gov.lr/doc/Final%20First%20Edition%20Budget%20Framework%20Paper%201213.pdf	2012 年
9	Republic of Liberia Lift Liberia Poverty Reduction Strategy-Second Annual Progress Report April 2009-March 2010	IMF	http://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2011/cr11214.pdf	2011 年 7 月
10	Essential Package of Health Services-Primary Care: The Community Health System Phase One	MOHSW	http://www.moh.gov.lr/doc/EPHS-Hospital%20Package.pdf	2011 年 6 月
11	National Health and Social Welfare Policy and Plan 2011-2021	MOHSW	www.moh.gov.lr/doc/Final-NHS-WPP.pdf	2011 年
12	The Millennium Development Goal Report	United Nations	http://www.un.org/millenniumgoals/11_MDG%20Report_EN.pdf	2011 年
13	Ministry of Health and Social Welfare 2010 Annual Report	MOHSW	JICA LFO	2011 年 1 月 15 日
14	A Critical Analysis of Maternal Morbidity and Mortality in Liberia, West Africa	Lori et al. (Midwifery 2012 Feb 28 (1): 67-72)	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21232836	2012 年 2 月 28 日
15	Draft Operational Plan to Reduce Maternal and Neonatal Mortality in Liberia	Subcommittee on Maternal Mortality Reduction (MOHSW et al.)	http://www.africare.org/our-work/where-we-work/liberia/Resources/4Liberia_ResourceDoc.pdf	2008 年 3 月
16	Liberia Demographic and Health Survey	MOHSW et al.	http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/fr201/fr201.pdf	2008 年 6 月
17	Liberia Malaria Indicator Survey 2009	NMCP-MOHSW	http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADQ924.pdf	2009 年 9 月
18	The State of Food and Nutrition Security in Liberia -Comprehensive Food Security and Nutrition Survey 2010	MOA and WFP	http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/ena/wfp231358.pdf	2010 年 10 月
19	National HIV/AIDS Strategic Framework II 2010-2014	NAC	http://www.google.co.jp/search?sourcoid=navclient&hl=ja&ie=UTF-8&rlz=1T4GGNL_jaJP464JP465&q=National+HIV%2fAIDS+Strategic+Framwork+II+2010-2014	2010 年

添付 2 : 参考文献リスト (リベリア共和国)

引用番号	資料名	発行元	URL など	発行年
20	National Malaria Strategic Plan 2010-2015	NMCP-MOHSW	liberiamohsw.org/...%20Plans/Revised%20NMSP%	2010年 1月
21	Tuberculosis Control Report 2011	WHO	http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/	2011年
22	Nutrition at a Glance-Liberia	The World Bank	http://siteresources.worldbank.org/NUTRITION/Resources/281846-1271963823772/Liberia.pdf	2010年
23	BASIC PACKAGE OF HEALTH AND SOCIAL WELFARE SERVICES WELFARE SERVICES for Liberia	MOHSW		2008年 6月
24	January 2011 BPHS Accreditation Final Results Report	MOHSW	http://www.moh.gov.lr/doc/Ministry_of_Health_and_Social_Welfare2011[1].pdf	2011年 5月
25	Family Planning Needs during the First Two Years Postpartum in Liberia-Liberia's DHS Reanalysis for PFP	USAID and MCHIP	http://www.mchip.net/sites/default/files/Liberia%20DHS%20Reanalysis%20for%20PFP_Final%20012.pdf	2011年 12月
26	National Strategy for Child Survival in Liberia (2008-2011)	MOHSW et al.	http://www.basics.org/documents/National-Strategy-for-Child-Survival_Liberia.pdf	不明
27	Grant Portfolio-Liberia	GFATM	http://portfolio.theglobalfund.org/en/Grant/List/LBR	2012年 4月1日
28	World Malaria Report 2011	WHO	http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2011/en/	2011年
29	National Nutrition Policy	GOL	http://www.theniapeleproject.org/files/national%20nutrition%20policy%20liberia%2008.pdf	2008年 10月
30	Rebuilding Human Resources for Health: a case study from Liberia	Varpilah et al. (Human Resources for Health 9:11)	http://www.human-resources-health.com/content/9/1/11	2011年 5月12日
31	Strategy for National In-Service Education	MOHSW	http://www.basics.org/documents/National-In-Service-Education-Program_Liberia.pdf	2009年 12月
32	Effect of Civil War on Medical Education in Liberia	Challoner and Forget (International Journal of Emergency Medicine 2011 4:6)	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21408002	2011年 2月16日
33	リベリア共和国保健セクター情報収集・確認調査報告書	国際協力機構アフリカ部	JICA 図書館蔵書検索	2009年 10月
34	Strategy and Implementation Plan for The National Health Management Information System	MOHSW	http://www.basics.org/documents/HMIS-Strategy_Liberia.pdf	2009年 6月
35	Availability of Essential Health Service in Post-conflict Liberia	Kruk et al. (Bull World Health Organ 2010;88:527-534)	http://www.who.int/bulletin/volumes/88/7/09-071068/en/index.html	2010年
36	Overview of the Revised Health and Social Welfare Policy and 10-year Plan-Presentation	MOHSW		2012年 1月17日
37	Supply Chain Master Plan-A ten year plan for one, efficient, and effective public health supply chain in Liberia	MOHSW	JICA LFO	2010年 8月25日

添付 2 : 参考文献リスト (リベリア共和国)

引用 番号	資料名	発行元	URL など	発行年
38	Global Health Expenditure Database. Liberia	WHO	http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&COUNTRYKEY=84609	
39	Financing Liberia's Health Care	USAID and Health System's 20/20	http://www.healthsystems2020.org/content/resource/detail/85811/	2012 年
40	Liberia National Health Accounts 2007/2008	MOHSW and USAID	http://www.healthsystems2020.org/content/resource/detail/2439/	2010 年 10 月
41	Annual Report on the Health Sector Pool Fund-Activities and Expenditure through September 30, 2009	MOHSW and PWC	http://liberiamohsw.org/1st%20Annual%20Report,%20July%202009.pdf	2009 年 7 月
42	Innovative Financing in Early Recovery: The Liberian Health Sector Pool Fund	Hughes et al. (Center for Global Development: Working Paper 288)	http://www.cgdev.org/files/1425944_file_Hughes_Glassman_Liberia_health_pool_FINAL.pdf	2012 年 2 月
43	Montserrado 州 CHSWT プレゼンテーション資料			2012 年 6 月
44	Improving Nutrition Practice in Liberia	UNICEF		2010 年 6 月 21 日
45	UNICEF Weekly Situation Report No.53-Liberia (9-15 January 2012)	UNICEF	http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/UNICEF%20Liberia-%20SITREP%2353-%209-15%20Jan%202012.pdf	2012 年 1 月 16 日
46	USAID ホームページ	USAID	http://liberia.usaid.gov/node/52	
47	Global Health Initiative Liberia Strategy	USG		2011 年 9 月
48	Liberia Health System Reconstruction Project-Project Data Sheet	The World Bank	http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2010/01/19/000333037_20100119232826/Rendered/INDEX/521410PJPRO10101OfficialUseOnly1.txt	2009 年 11 月 30 日
49	Implementation Completion and Results Report (IDA-H3040)	The World Bank		2011 年 3 月 30 日
50	政府開発援助(ODA)国別データベース	外務省	http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaikou/oda/region/africa/tanzania/index.html	2010 年 8 月
51	対リベリア国 事業展開計画	外務省	http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaikou/oda/region/africa/tanzania/index.html	2010 年 8 月 1 日
52	詳細情報・ナレッジサイト - 保健医療	国際協力機構	http://www.jica.go.jp/activities/issues/health/index.html	2012 年
53	President's Malaria Initiative-Malaria Operational Plan FY2012	USAID	http://pmi.gov/countries/mops/fy12/liberia_mop_fy12.pdf	2011 年 11 月 15 日