

保健セクター情報収集・確認調査

シエラレオネ共和国 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
12-111

保健セクター情報収集・確認調査

シエラレオネ共和国 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 シエラレオネ・レオン=0.02 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。これまでも、JICAは、特定の国の特定の課題を中心に分析し協力内容を進めてきたが、これまでの同セクター情報は既存の協力案件の周辺情報に特化する傾向があるため、改めてより一層の幅広い情報を収集する機会が必要であると認識された。

<本調査の目的>

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

<報告書の構成>

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

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、税金や保険制度、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
ABFP	Annual Budget Framework Paper	年間予算枠組み文書
ACT	Artemisinin-based Combination Therapy	アルテミシニン誘導体多剤併用療法
AHSPR	Annual Health Sector Performance Review	年間保健セクターパフォーマンス評価
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome	後天性免疫不全症候群
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
AfDB	African Development Bank	アフリカ開発銀行
BPEHS	Basic Package of Essential Health Services	必須保健サービスの基本パッケージ
CAC	Chiefdom ADIS Commission	首長区エイズ委員会
CBP	Community Based Provider	(地域密着型ヘルスワーカーの名称)
CCM	Community Case Management	コミュニティにおける疾患管理
CCS	Country Cooperation Strategy	国別支援戦略
CDC	Centers for Disease Control and Prevention	米国疾病予防管理センター
CFSVA	Comprehensive Food Security and Vulnerability Survey	食糧安全・脆弱性全調査
CHC	Community Health Center	コミュニティヘルスセンター
CHO	Community Health Officer	地域保健担当者
CHP	Community Health Post	コミュニティヘルスポスト
CHW	Community Health Worker	コミュニティヘルスワーカー (地域密着型ヘルスワーカーの名称)
CMH	WHO Commission for Macroeconomics and Health	世界保健機構マクロ経済・保健委員会
CMO	Chief Medical Officer	保健省主任医務官
CMS	Central Medical Store	中央医薬品倉庫
CRS	Catholic Relief Service	カトリック・リリーフ・サービス
CWIQ	Core Welfare Indicators Questionnaire	主要福祉指標調査
DAC	Development Assistance Committee	開発援助委員会
DAC	District AIDS Commission	県エイズ委員会
DACO	Development Assistance Coordination Office	開発援助調整局
DDPC	Director of Disease Prevention and Control	保健省疾病予防対策局
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 (保健情報システムのソフトウェア)
DHMT	District Health Management Team	県保健管理チーム
DHS	Demographic and Health Survey	人口保健調査
DMO	District Medical Officer	県医務官
DOTS	Directly Observed Therapy Short-course	直接監視下における短期化学療法
DPPI	Director of Policy, Planning and Information	保健省政策・計画・情報局
DPT	Diphtheria, Pertussis, Tetanus	ジフテリア・百日咳・破傷風 (混合ワクチン)
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)
FHCI	Free Health Care Initiative	無料ヘルスケアイニシアティブ
GDP	Gross Domestic Product	国内総生産
GHI	Global Health Initiative	国際保健イニシアチブ
GNI	Gross National Income	国民総所得
GOSL	Government of Sierra Leone	シエラレオネ政府
HC	Health Compact	保健協定

略語	英語	日本語
HIPC	Heavily Indebted Poor Country	重債務貧困国
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
HMIS	Health Management Information System	保健管理情報システム
HMN	Health Metrics Network	ヘルス・メトリクス・ネットワーク（保健情報システム強化を支援する国際的パートナーシップ）
HRA	Health Research for Action	行動のための保健調査研究
HRIS	Human Resource Information System	保健人材情報システム
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
HSFP	Health Systems Funding Platform	保健システム財政プラットフォーム
HSSG	Health Sector Steering Group	保健セクター運営グループ
IDSR	Integrated Disease Surveillance and Response	統合疾病サーベイランス・対策
IDW	Integrated Data Warehouse	統合データウェアハウス
IHP+	International Health Partnership	国際保健パートナーシップ・プラス
IMCI	Integrated Management of Childhood Illness	小児疾患統合管理
IMF	International Monetary Fund	国際通貨基金
IPTp	Intermittent Preventive Treatment for Pregnant Women	妊婦の間欠予防治療
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人国際協力機構
JPWF	Joint Programme of Work and Funding	（セクターへの介入活動・支援の一元化のための包括的フレームワーク）
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
LRMD	Lifetime Risk of Maternal Death	妊産婦死亡の生涯リスク
LTEF	Long-term Expenditure Framework	長期予算枠組み
M&E	Monitoring and Evaluation	モニタリング評価
MCH	Maternal and Child Health	母子保健
MCHP	Maternal and Child Health Post	母子保健ポスト
MDGs	Millennium Development Goals	ミレニアム開発目標
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey	複数指標クラスター調査
MIS	Malaria Indicator Survey	マラリア指標調査
MMR	Maternal Mortality Ratio	妊産婦死亡率
MOHS	Ministry of Health and Sanitation	保健衛生省
MTEF	Mid-Term Expenditure Framework	中期支出枠組み
NACP	National AIDS Control Program	国家エイズ対策プログラム
NAS	National AIDS Secretariat	国家エイズ事務局
NASA	National AIDS Spending Assessment	国家エイズ拠出アセスメント
NGO	Non-Governmental Organization	非政府組織
NHA	National Health Account	国家保健会計
NHSSP	National Health Sector Strategic Plan	国家保健セクター戦略計画
NMCP	National Malaria Control Program	国家マラリア対策プログラム
NPPU	National Pharmaceutical Procurement Unit	国家医薬品調達局
NTD	Neglected tropical diseases	顧みられない熱帯病
PBF	Performance Based Funding	パフォーマンス基準型支援
PHC	Primary Health Care	プライマリヘルスケア
PHU	Peripheral Health Unit	末端保健施設

略語	英語	日本語
PMTCT	Prevention of Mother to Child Transmission	母子感染予防
PRSP	Poverty Reduction Strategy Paper	貧困削減戦略文書
PSM	Procurement and Supply Chain Model	調達・供給チェーンモデル
RBM	Roll Back Malaria	ロールバックマラリア
RCH	Reproductive and Child Health	リプロダクティブ・子どもの健康
RDT	Rapid Diagnostic Test	迅速診断検査
REACH	Regional East African Community Health	子どもと女性の栄養改善のための多機関によるパートナーシップ
RH	Reproductive Health	リプロダクティブヘルス
SECHN	State Enrolled Community Health Nurse	国家認定地域保健看護師
SMART	Standardized Measurement and Assessment of Relief and Transition	SMART 調査(人道的危機の状況を把握するための栄養状況と死亡をアセスメントする調査手法)
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)
SSL	Statistics Sierra Leone	シエラレオネ統計局
STI	Sexually Transmitted Infection	性感染症
SUN	Scaling Up Nutrition (Framework)	栄養への取組み拡充(栄養改善のための国際的協調の枠組み)
TB	Tuberculosis	結核
TBA	Traditional Birth Attendant	伝統的産婆
THE	Total Health Expenditure	全保健セクター予算
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS	国連合同エイズ計画
UNDP	United Nations Development Programme	国連開発計画
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
UNJV	United Nations Joint Vision	国連共同ビジョン
USAID	United States Agency for International Development	米国国際開発庁
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



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

シエラレオネ共和国

要約

1. 2002 年の内戦終結以来、シエラレオネにおける平和構築と社会経済発展は進んでおり、2006 年には、拡大 重債務貧困国 (HIPC) イニシアティブの完了基準を満たし、現在、貧困削減戦略文書-II (PRSP-II) に基づく取り組みが継続している。一方で、国民の 60%は依然として絶対的貧困状態にあり、開発プロセスにおけるドナーへの依存度も高い。
2. 保健セクターの優先課題については、PRSP-I (2005-2007) および PRSP-II (2008-2012) において、子どもと母親の死亡率の改善の取り組みを重視した保健システム強化が挙げられている。そのため現行の国家保健セクター戦略計画 (NHSSP) (2010-2015) は、PRSP-II、ミレニアム開発目標 (MDGs) 達成を推し進めるため、効果的で質の高い保健サービスを、公平性を持って提供する国家保健システムの構築を上位目標に掲げている。2011 年 12 月、シエラレオネ政府と保健セクターパートナー間で、より効果的な支援と効率的資金活用を図る枠組みを立案する保健協定 (HC) が署名されており、今後の支援動向にも注目する必要がある。
3. シエラレオネの疾病構造は、近年、非感染性疾患の負担も増加傾向であるといわれるが、周産期疾患やマラリア等の感染症が依然として大きく、乳児死亡率、5 歳未満児死亡率および妊産婦死亡率は、世界でも非常に高い数値となっている。またマラリア、急性呼吸器感染症 (ARI)、下痢症等の感染症、栄養失調による疾病負担が大きく、その他感染症の集団感染、顧みられない熱帯病 (NTD) への対策も求められる。現在、HIV 感染率は 1.5%で安定しており、低感染国と分類されているが、感染は一般人口にも広がっている。また男女別感染率では、若い女性の感染率が高くなっており、妊婦の感染率も一般人口より高い傾向にある。マラリア感染のリスクは高く、5 歳未満児、一般人口ともに疾病、死亡の主要原因となっており、最も優先度の高い疾病の一つである。また結核の罹患率は増加している。サービスの拡大は図られているが、多剤耐性結核、結核と HIV の重複感染が新たな課題となっている。食糧不安は未だ蔓延しており、栄養失調は多くの国民にとって深刻な問題である。また栄養問題は、子どもの死亡の 57%に関連しており、特に子どもの健康、成長への影響が大きい。改善の努力は続けられているものの、保健関連の MDGs ターゲットについては、HIV/エイズを除くほとんどのターゲットを達成する可能性は低いと推測される。
4. NHSSP (2010-2015) の目標達成のため、特に妊産婦と子どもの健康改善を念頭に、最もインパクトの高いサービスを提供する必須保健サービスの基本パッケージ (BPEHS) が提供されることになったが、サービス提供の基盤となる保健人材の不足、インフラの未整備、医薬品調達等供給サイドにおける問題が多く指摘されてきた。また、国民の公的保健施設の利用度は非常に低く、特に農村地域ではその傾向は顕著である。保健施設を利用しない最大の理由は、保健施設へのアクセスが困難であることと、経済的な負担であった。このような状況を改善するため、2010 年 4 月に無料ヘルスケアイニシアティブ (FHCI) が 5 歳未満児、妊産婦・母親を対象に開始された。サービスの無料化により、保健施設の利用は増加し、保健指標の改善も報告される一方、FHCI のモニタリングシステムの強化、適切な保健人材の配置、地域偏重の改善、電気・水供給システムの整備、効果的なリファラル体制の構築等、財政的持続性も含め今後取り組むべき課題も多い。HIV/エイズ、マラリア、結核対策については、世界エイズ・結核・マラリア対策基金 (世界基金) の支援により一定の成果を挙げているが、プログラム予算のドナー依存度が非常に高く、今後の対策の持続性に関する懸念がある。
5. 10 年にわたる内戦により社会サービスが崩壊したシエラレオネでは、現在も保健サービス提供における課題が多い。2007 年頃までには多くの保健施設の再建が行われてきたが、保健サービス提供を担う保健人材の不足はシエラレオネにおいても深刻であるうえ、首都への人材集中が顕著である。また、保健施設における医薬品の不足や在庫切れがしばしば問題となっているが、医薬品調達・供給システムは脆弱であり、国の関係部署の能力も非常に弱い。保健情報システムに関しては、地域保健情報システム (DHIS) の採用により、保健省の計画、実施、モニタリングのための情報の集積・活用能力が向上している。現在全ての保健プログラムデータシステムを保健管理情報システム (HMIS) へ統合するプロセスにあり、将来的には、人材管理情報システム (HRMIS)、ロジスティクス管理情報システム (LMIS) 等の各々独立した情報システムを連動させる計画である。財政については政府の保健セクター支出の割合は少なく、特に個人支出が 80%前後と非常に高く、国民の経済負担が大きい。FHCI を含む保健プログラムのドナーへの依存度も高いため、今後シエラレオネ

政府は、国家保健会計（NHA）等の保健財政分析に基づき、保健セクターへの持続的な資金源を拡大するため、国家医療保険制度、その他新たな資金源の検討に取り組む方針である。

6. シエラレオネの保健セクター支援は、一部の財政支援を除き、プロジェクトベースの予算外勘定の支援がほとんどであるが、現在セクターワイドアプローチによる援助の一元化や効率的な支援調整メカニズムの議論が進められている。ドナー間の情報共有は定期的に行われているが、政府によるドナー支援の全体像が十分把握されておらず、また中央レベルとセクターレベルで適切に調整されていないことが指摘されている。
7. シエラレオネの保健セクターの最重要課題は、子ども、妊産婦死亡の改善であり、そのための介入活動を行うサービス提供への直接支援と、特に脆弱である保健システムの基盤強化への支援の両面から検討していくことが考えられる。また子ども、妊産婦死亡を含めた疾病・死亡の負担が最も大きい貧困層、農村住民へ裨益する公平性をもったサービス提供の支援を検討することが望まれる。

保健セクター情報収集・確認調査

シエラレオネ共和国
保健セクター分析報告書

目次

はじめに

用語集

シエラレオネ地図

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
2.3	保健協定（Health Compact）	2-2
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	結核の現状	3-5
3.3.4	栄養と健康	3-6
第4章	保健医療サービス提供・事業実施の状況	4-1
4.1	母子保健サービスの状況	4-1
4.1.1	妊産婦保健サービスの現状	4-1
4.1.2	必須保健サービスの基本パッケージ（BPEHS）	4-1
4.1.3	無料ヘルスケアイニシアティブ（FHCI）	4-2
4.2	感染症対策の現状	4-3
4.2.1	エイズ対策	4-3
4.2.2	マラリア対策	4-5
4.2.3	結核対策	4-7
4.3	栄養問題対策	4-8
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	保健人材の現状	5-1
5.1.2	保健人材計画	5-1
5.1.3	人材供給体制	5-2
5.1.4	保健人材情報	5-2
5.2	保健医療情報供給機能	5-2
5.2.1	保健管理情報システム（HMIS）の現状	5-2
5.2.2	県・施設レベルにおける保健情報管理の現状	5-4
5.3	施設・医薬品供給機能	5-5
5.3.1	施設ネットワーク	5-5
5.3.2	医薬品等供給システム	5-6
5.4	保健財政	5-7
5.4.1	保健財政の概要	5-7

5.5	保健行政システム	5-10
5.5.1	保健衛生省の組織と役割	5-10
5.5.2	地方分権化	5-10
第6章	ドナーの協力状況	6-1
6.1	援助協力枠組み	6-1
6.1.1	現状	6-1
6.1.2	ドナー調整会議	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	シエラレオネ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	高い新生児、乳児、妊産婦死亡の背景.....	7-1
7.1.3	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.....	7-2
7.2	日本の支援の可能性	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 2-1	保健協定の国家調整メカニズムの枠組み.....	2-3
図 3-1	妊産婦死亡率の推移（1990-2008年）とMDGsターゲット.....	3-2
図 3-2	新生児・5歳未満児死亡率の推移とMDGsターゲット.....	3-3
図 3-3	5歳未満児の死亡原因（%）（2008年）.....	3-3
図 3-4	新生児の死亡原因（%）（2008年）.....	3-3
図 3-5	妊婦（15-24歳）のHIV感染率の推移（2003-2010年）.....	3-4
図 3-6	マラリア報告死亡数（2001-2010年）.....	3-5
図 3-7	マラリアの疑診・確定症例数（2001-2010年）.....	3-5
図 3-8	結核死亡率、罹患率、有病率の推移（1990-2010年）.....	3-6
図 3-9	県別の食糧不安人口の割合（2010年）.....	3-7
図 3-10	県および地域別の5歳未満児の発育阻害の割合.....	3-7
図 4-1	HIV/エイズ対策の資金源（2008、2009年）.....	4-4
図 4-2	マラリア対策プログラム実施体制.....	4-5
図 5-1	HMISデータの流れの概略図.....	5-3
図 5-2	県別のDHIS報告率（2010年1月-6月）.....	5-4
図 5-3	GDPおよび政府一般予算に対する全保健セクター予算の割合（2004-2010年）.....	5-8
図 5-4	保健支出財源の推移.....	5-9
図 5-5	保健衛生省（MOHS）組織図.....	5-10
図 7-1	シエラレオネ保健セクターの課題の背景要因.....	7-1
表 1-1	主な経済・人口指標.....	1-1
表 2-1	国家保健セクター戦略計画-NHSSP（2010-2015）の成果指標.....	2-2
表 3-1	保健関連のMDGsターゲットの達成予測.....	3-1
表 3-2	結核の現状（2010年）.....	3-6
表 4-1	BPEHSのサービス内容.....	4-2
表 4-2	HIV/エイズ関連サービス指標（2010、2011年）.....	4-5
表 4-3	マラリア対策の財源（2005-2010年）.....	4-6
表 4-4	マラリア推定および確定症例数（2005-2010年）.....	4-6
表 4-5	喀痰塗抹陽性結核の治療の成果（%）（2002-2010年）.....	4-7
表 5-1	主な保健医療人材の数と必要数および地域分布.....	5-1
表 5-2	保健医療施設のレベルおよび種別.....	5-5
表 5-3	保健施設の数（2010-2011年）.....	5-6
表 6-1	各ドナーによるNHSSPの主な支援分野.....	6-2
表 6-2	主なドナー機関の支援状況（世界基金除く）.....	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.....	6-4

第1章 一般概況

1.1 社会経済状況

1991年から2002年まで続いた内戦により、国民の約3分の1に相当する200万人以上が死亡あるいは避難民となった。内戦後は新政権により平和構築と社会経済発展のプロセスが進み、2006年12月には、重債務貧困国(HIPC)イニシアティブの完了基準⁶を満たした。また2007年には、新たな政権が樹立し、貧困削減戦略文書(PRSP)-II(2008-2012)“Agenda for Change”により、マクロ経済の安定化と成長の促進を図り、広範囲にわたる構造改革に取り組んでいる[1]。しかしながら、現在も60%以上の国民が絶対的貧困状態にあり、2011年の人間開発指数では187カ国中180番目と、最も開発の遅れた国の一つに位置づけられている[2][3]。現在、英国国際開発省(DFID)、世界銀行、欧州連合(EU)、アフリカ開発銀行(AfDB)が、ドナー支援の80%を占める[4]。表1-1は主な経済・人口指標を示したものである。

表 1-1 主な経済・人口指標

指標	単位	数値	年度	出典
人口	人	600万	2010	UNDP
人口増加率	%	1.9	1990-2010	UNICEF
経済成長率	%	4.9	2010	World Bank
一人あたりの国民総所得(GNI)	米ドル	340	2010	UNICEF
GDPに対する政府開発援助の割合	%	23	2009	UNDP
極度の貧困にある人口の割合	%	53.2	2007	UNDP
識字率(15歳以上)	%	40.9	2005-2010	UNDP
初等教育純就学/出席率	%	69	2005-2009	UNICEF

出典：Human Development Report 2011, UNDP (2011) [3]
The State of the World Children 2011, UNICEF (2011) [5]
World Development Indicator, The World Bank (2012) [6]

シエラレオネの行政区は北部、東部、南部の3州(province)、および首都フリータウンと近隣地域を含む西部地域から成り、3州は12の県(district)、県はさらに149の首長区(chiefdom)、西部地域は2地域(フリータウン都市部と農村部)から構成される。12県と2地域は、さらに19の地方議会に区分される。地方議会は、6つの市議会と13の県議会から構成されている。シエラレオネの2010年の推定人口は600万人であり、全人口の38%(2009年)は都市部⁷に住んでいる[7]。

⁶ 完了基準は次の3つ：1) IMF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) PRSPを採用し、最低でも一年間実行すること。

⁷ 5,000人以上の居住地区

第2章 国家政策

2.1 国家開発政策

2003年、開発課題の長期的プロセスの方向性を示した“Vision 2015”が策定されたが [8]、より具体的な中期政策は、貧困削減戦略文書 (PRSP) -I (2005-2007) “A National Programme for Food Security, Job Creation & Governance”であり、PRSP-I では、子どもと母親の死亡率の改善が優先課題の一つとされた。また、PRSP-II (2008-2012) “Agenda for Change” においては、保健に関する取り組みは4つの柱のうち「持続的人間開発」に記されており、妊産婦死亡の改善を含むリプロダクティブヘルスと子どものための保健サービスの提供、子どもと母親の栄養改善、マラリア対策、HIV/エイズと結核対策、保健人材その他の保健システム強化等が戦略的優先分野として挙げられている [9]。PRSP-II の推進は、国連共同ビジョン (UNJV)、アフリカ開発銀行 (AfDB) と世界銀行の共同支援戦略、その他ドナー機関の国別プログラムにより支援されている [10]。

2.2 保健医療セクター開発計画

国家保健セクター戦略計画 (NHSSP) (2010-2015) は、PRSP-II、ワガドゥグー宣言⁸、ミレニアム開発目標 (MDGs) の目標達成に寄与する位置づけである。本計画の政策目標は、効果的で質の高い保健ケアサービスを公平性を持って提供する国家保健システムの構築である。NHSSPは、(i) 中央保健省、県による戦略・活動計画の作成・実施、(ii) 保健セクターにおける調整メカニズムの形成、(iii) 長期予算枠組み (LTEF)、中期支出枠組み (MTEF)、年間予算枠組み文書 (ABFP) 等の予算枠組みを形成するための指針文書である。

NHSSP は、次の6つの優先分野において、保健セクターでの取り組みを行う [11]。

- ガバナンス
- サービス提供
- 人的資源
- 保健財源
- 医薬品と医療技術
- 保健情報

NHSSP のモニタリング評価 (M&E) は、四半期報告、および毎年4月共同ミッションにより実施され、5-6月に共有される年間保健セクターパフォーマンス評価 (AHSPR) により行われる計画である。中間評価は2012年後半、最終評価は2015年に予定されている [12]。以下は、NHSSP の主な成果指標である。

⁸ アルマ・マタ宣言の再確認により、2008年4月、アフリカにおけるPHCと保健システムの強化を宣言したものの。

表 2-1 国家保健セクター戦略計画-NHSSP (2010-2015) の成果指標

	指標	2008年 ベースライン	2015年 ターゲット
1	乳児死亡率 (出生千対)	89	50
2	5歳未満児死亡率 (出生千対)	140	90
3	妊産婦死亡率 (出生10万対)	857	600
4	15-49歳のHIV感染率	1.5%	1.2%
5	施設分娩の割合	24.6%	90%
6	健康保険でカバーされる人口	0%	50%
7	1歳未満児のPenta3接種率	54.6%	90%
8	主要な保健人材の割合 (人口千対)	医師 0.02	0.05
		看護師 0.18	0.5
		助産師 0.02	0.1
9	保健施設から5km以内に居住する人口の割合	73%	90%
10	安全な飲料水へのアクセスのある人口の割合	50.3%	90%
11	改善した衛生施設へのアクセスがある家庭の割合	13%	50%
12	6-59カ月の低体重 ⁹ の子どもの割合	21.1%	10%
13	医薬品のストックアウトがない末端保健施設 (PHU) の割合	39%	90%
14	年一人あたりのPHC外来利用数 (回)	0.5	3
15	避妊実行率 (15-49歳の女性)	8%	30%
16	合計特殊出生率	5.1	4
17	前夜殺虫剤処理済み蚊帳を使用して就寝した5歳未満児の割合	26%	80%
18	GDPに対する保健セクターへの政府支出割合	5.6%	15%

出典：National Health Sector Strategic Plan 2010-2015, MOHS (November 2009) [11]

2.3 保健協定 (Health Compact)

2011年12月、シエラレオネ政府と保健セクターパートナー間で、保健協定 (HC) が、署名された¹⁰。HCは、国際保健パートナーシップ・プラス (IHP+) 協定¹¹ に則ったものであり、セクターワイドアプローチを通じた調整された支援活動によりNHSSPを実施することを指針としている。

2010年に無料ヘルスケアイニシアティブ (FHCI)¹² が開始されたが、本プログラムの財政的持続性に関する懸念が強まっていた。そのためHCの主要な目的は、“Agenda for Change”とMDGsの目標を達成するためのプロセスを迅速化するため、より効果的な支援と効率的資金活用を図る枠組みを立案するものである。

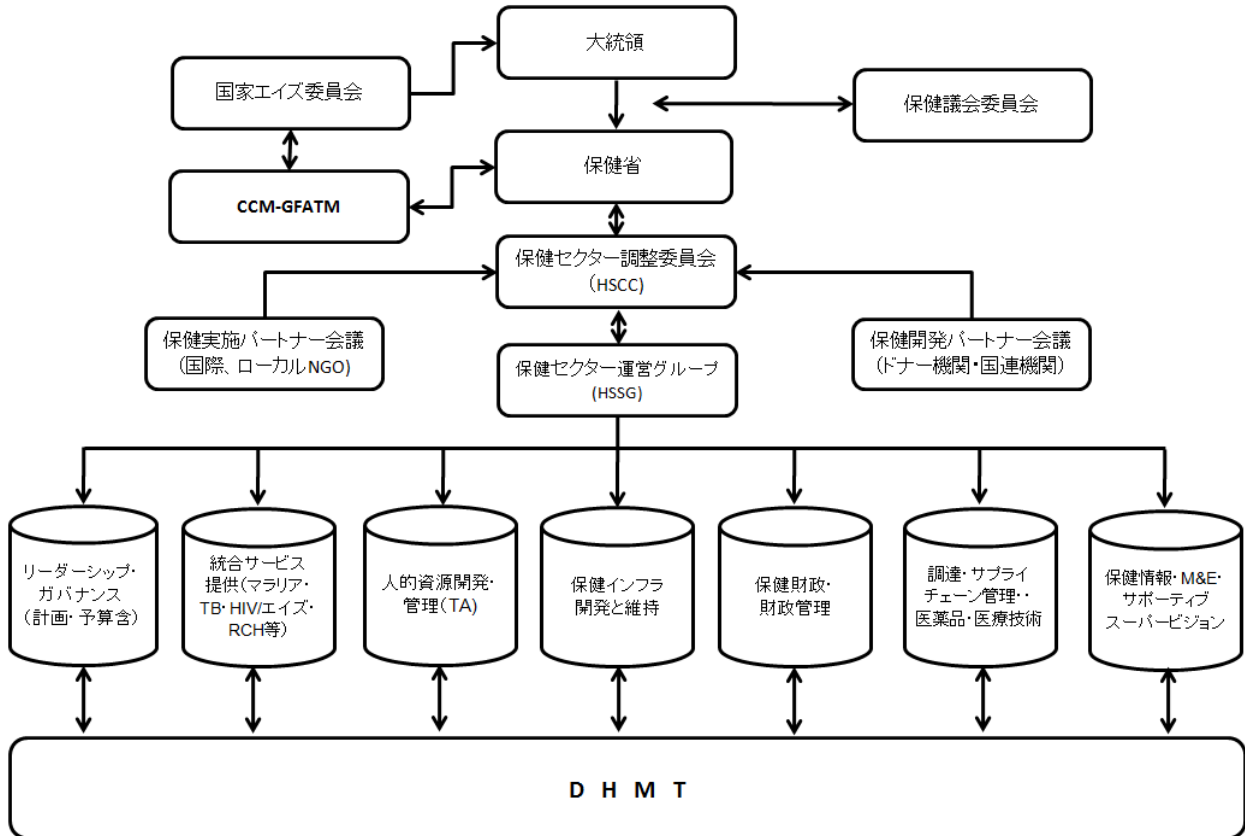
NHSSPの実施を支援する調整メカニズムは、図2-1のように提案されている。

⁹WHOの“WHO Child Growth Standards”の基準による年齢 (生後0~59ヵ月) 相応の体重の中央値から標準偏差がマイナス2未満 (中度) / マイナス3未満 (重度) の状態

¹⁰ HCは任意協定。保健省、財務省、地方政府・農村開発省、DFID、EU、アイルランド、UNICEF、WHO、UNFPA、UNAIDS、世界銀行、AfDB、その他NGO、FBO、市民社会の代表組織が署名した。

¹¹ 保健関連MDGs達成のため、援助の調整、効率化等を謳った協定であり50ヵ国が署名している。

¹² FHCIの概要については、4-1参照



注： HSCC：保健大臣が議長となる最も高レベルの諮問・決定組織
HSSG：チーフ医務官が議長。現在の FHCI の運営グループを拡大するもの
RCH：リプロダクティブ・子どもの健康
TB：結核

出典：Health Compact, GOSL (December 2011) [13]

図 2-1 保健協定の国家調整メカニズムの枠組み

現在、財政管理の一元化を進めるため、世界銀行の保健システム財政プラットフォーム（HSFP）による保健セクターの財務管理体制と調達システム、供与品の管理体制の調査が行われており、特定財政支援、多数のシステムが混在する調達システムの見直しを含むHCの議論は進んでいないのが現状である¹³ [13]。

¹³ JICA シエラレオネフィールドオフィス情報（2012年4月）

第3章 国民の健康状況

3.1 概況

政府、ドナー機関、非政府組織（NGO）による妊産婦および子どもの死亡率削減のための取り組みが行われ、改善が見られるが、表 3-1 にあるように、乳児死亡率、5 歳未満児死亡率および妊産婦死亡率は、世界でも依然として非常に高い数値である¹⁴。マラリアと栄養失調が 5 歳未満児の疾病・死亡の 2 大原因となっている。

シエラレオネでは、マラリア、急性呼吸器感染症（ARI）、下痢症等の感染症、栄養失調による疾病負担が大きく、特に妊産婦、5 歳未満児が影響を受けている。妊産婦および子どもの死亡率は世界でも最も高い数値に入る。マラリアは、5 歳未満児の疾病と死亡の主要原因であり、一般人口の 4 人に 1 人がマラリアで死亡している [14]。結核の罹患率も増加している。その他、顧みられない熱帯病（NTD）として、フィラリア症、住血吸虫症、オンコセルカ症、土壌蠕虫症等がある。また、コレラ、黄熱病、細菌性赤痢、ラッサ熱、麻疹、髄膜炎等の集団発生が起こることがある。このように同国の疾病構造は、周産期疾患やマラリア等の感染症が主であるが、近年、糖尿病、癌、高血圧、心臓疾患などの非感染性疾患の負担も増加傾向である [15] [16]。

表 3-1 は、保健関連のミレニアム開発目標（MDGs）関連指標の達成予測をまとめたものである。ミレニアム宣言が発せられた 2000 年、シエラレオネは、戦闘員の武装解除、動員解除、社会再統合のプロセスにあり、2002 年の内戦終結後も国内経済の後退、ガバナンスと能力の不足といった構造的な脆弱さにより、保健を含む社会サービス改善の遅れは避けられなかった。さらに貧困、高い失業率、教育レベルの低さ等により、シエラレオネが MDGs のほとんどのターゲットを達成する可能性は低いと推測される。

表 3-1 保健関連の MDGs ターゲットの達成予測

ゴール	指標	2010 年	2015 年 ターゲット	MDGs 達成の可能性
1：飢餓と貧困の撲滅	低体重の子どもの割合（%）	21	0	不可
	エネルギーの最低必要量を下回る人口の割合（%）	26	0	
4：子どもの死亡率の低下	5 歳未満児死亡率（出生千対）	140	95	継続的介入努力により可能性あり
	乳児死亡率（出生千対）	89	50	
	1 歳未満の麻疹の予防接種率（%）	59.7	100	
5：妊産婦の健康改善	妊産婦死亡率（出生 10 万対）	857	450	介入の強化により可能性あり
	助産専門技能者の介助による出産率（%）	42	100	
6：HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病対策	妊婦（15-25 歳）の HIV 感染率（%）	1.5	0	HIV/エイズのみ可能性あり
	マラリア治療へのアクセス（%）	30.1	100	
	結核死亡率（%）	-	-	

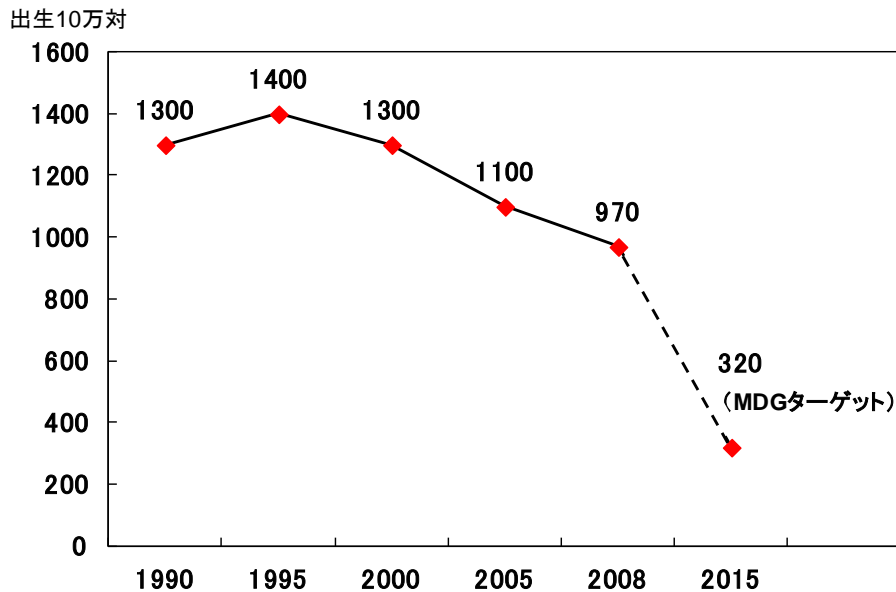
出典：MDGs Progress Report 2010, GOSL (Septemembr 2010) [10]

¹⁴ 数値は UNICEF の推計

3.2 母子の健康

3.2.1 母親の健康

シエラレオネの妊産婦死亡率（MMR）は、2008年の人口保健調査（DHS）で970（出生10万対）と報告され、8人に1人の女性が妊娠・出産により死亡する状況（LRMD¹⁵）は、人権にかかわる非常事態として国際社会に対しても迅速な介入が求められた [17]。図 3-1 は、1990-2008 年の妊産婦死亡の推移を示したものである。



*データは、WHO, UNICEF, UNFPA, 世界銀行, DHS による
出典：Reproductive Health at Glance, The World Bank (April 2011) [18]

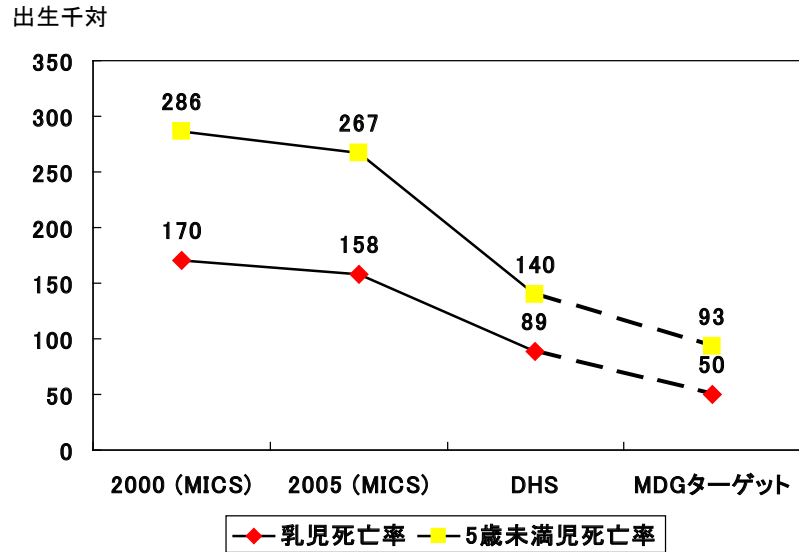
図 3-1 妊産婦死亡率の推移(1990-2008年)とMDGsターゲット

2010年、病院における妊産婦死亡の原因は、遅延分娩（17%）、子癇前症（14%）、貧血（12%）、分娩前出血（8%）、産後出血（6%）、子宮破裂（4%）妊娠中毒症（3%）、産後敗血症（2%）、マラリア（1%）、HIV/結核（1%）、胎盤遺残（1%）その他が31%と報告されている [19]。

3.2.2 子どもの健康

乳児および5歳未満児死亡率は、図 3-2 に示すように、2000年から2008年まで大幅に減少しているものの、サブサハラ地域の平均値（76、121） [20]と比較しても、依然高い数値である。子どもの栄養状況は悪く、疾病や疾病の重症化の原因となっており、マラリア、下痢、ARI、栄養失調が、5歳未満児の診断の70%を占めている [15]。予防接種のカバー率については、DPT3が44%（2000年）から90%（2010年）、麻疹は37%（2000年）から82%（2010年）と増加している [21]。

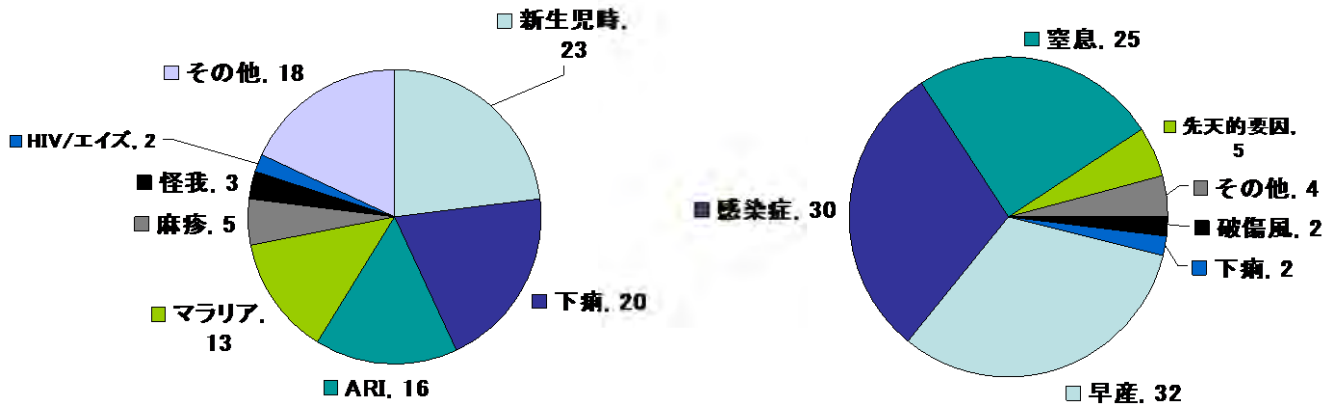
¹⁵ 妊産婦死亡の生涯リスク (Lifetime Risk of Maternal Death) は、妊娠または出産に関連する合併症や疾患で女性が死亡する可能性を示す。



出典：MICS2, SSL and UNICEF (November 2000) [22]
MICS3, SSL and UNICEF (August 2006) [23]
DHS, SSL and ICF Macro (November 2009) [24]

図 3-2 新生児・5歳未満児死亡率の推移とMDGs ターゲット

図 3-3 と図 3-4 にあるように、5歳未満児の死亡原因は、マラリア、下痢、ARI 等予防可能な疾病の割合が高い。新生児死亡についても、適切な新生児ケアの提供で避けることができる原因が多い。なお、5歳未満児の死亡の23%は、新生児死亡によるものである。



出典：Maternal, Newborn and Child Survival County Profiles, UNICEF (March 2010) [25]

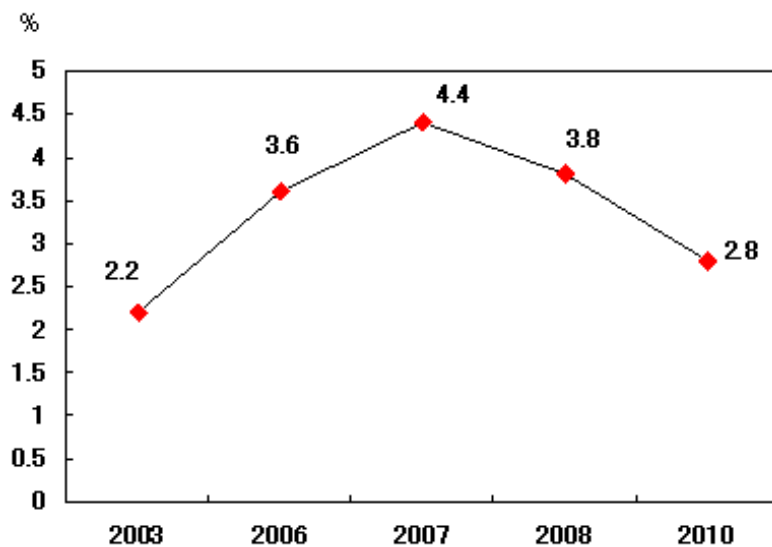
図 3-3 5歳未満児の死亡原因 (%) (2008年) 図 3-4 新生児の死亡原因 (%) (2008年)

感染症の状況

HIV/エイズ

2008年のDHSによれば、成人(15-49歳)のHIV感染率は1.5%であった。2002年0.9%から、2005年1.5%に上昇したが、2005年をピークとしてその後感染率は安定している。男女別感染率では、女性は1.7%、男性は1.2%であり、15-24歳のグループでは、女性1.4%、男性0.5%、25歳以上では、女性1.9%、男性1.5%で、若い女性の感染率がより高いことがわかる。また、都市の感染率は2.5%、農村地域は1.0%であった [24]。

図 3-5 にあるように、産前健診の 定点観測調査 では、妊婦の感染率は、2007 年 4.4%、2008 年 3.8%、2010 年 2.8%で、減少傾向にあるが一般人口より高い。



出典：Country Progress Report, NAS (31 March 2012) [26]

図 3-5 妊婦（15-24 歳）の HIV 感染率の推移（2003-2010 年）

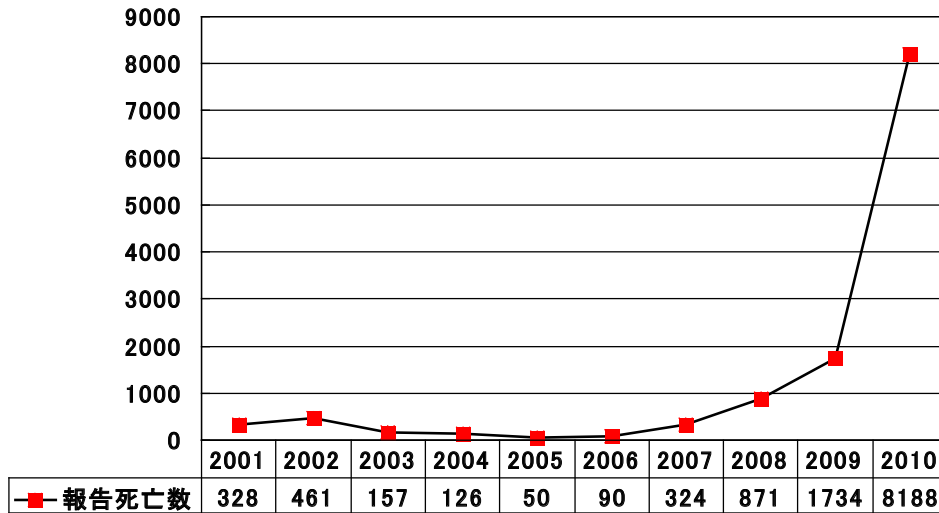
2010 年の HIV 新規感染の割合は、セックスワーカーとその客が 39.7%、不特定な相手との異性間性交渉 40.8%、特定の相手との異性間性交渉 15.6%であった。リスクグループの間の HIV 感染率は、ダイヤモンド・金鉱山労働者 1.13%、軍関係者 3.29%、警察 5.8%、移動性の高いグループ 2.2%、女性のセックスワーカー 8.5%と報告されている [26] [27]。

HIV/エイズの知識は、DHS（2008）によれば、38%の女性と 56%の男性が、コンドームの使用と HIV に感染していない特定パートナーとの性交渉に限定することで、HIV を予防できると知っていたが、性的に活発で、複数の性交渉の相手を持つ男性の 7%、女性の 15%しか、最近の性交渉でコンドームを使用していなかったと報告されており、HIV/エイズに関する適切な知識と予防行動の強化の必要性が指摘される [26]。

マラリア

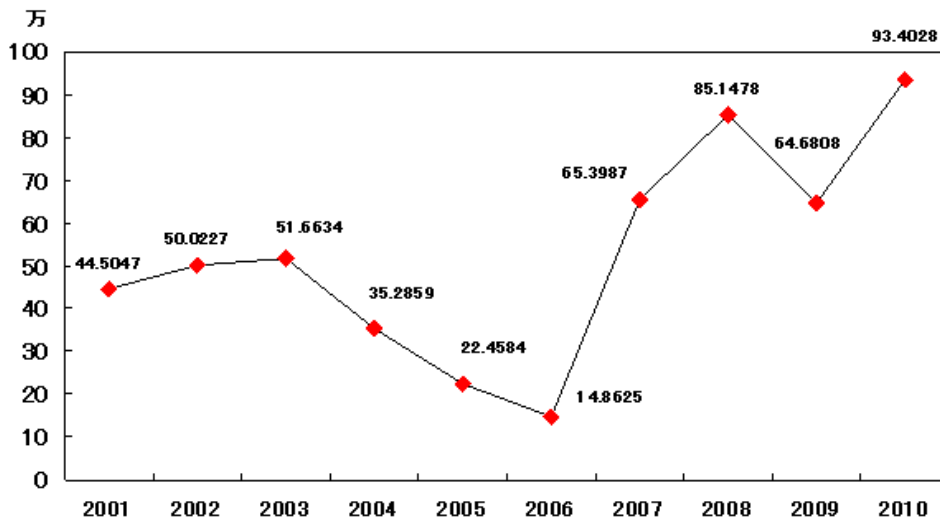
シエラレオネ全土がマラリアの流行地であり、全人口がマラリア感染のリスクにある。最も感染が多いのは、雨季の 4 月-10 月である。マラリアは、2010 年のマラリア指標調査（MIS）によると外来患者の 50%、入院患者の 38%を占め、5 歳未満児の疾病および死亡原因の第 1 位であった。また 2005 年の調査結果では、5 歳未満児の 33%、全ての年齢層の 25%の死亡はマラリアに起因するものであり、最も優先度の高い疾病の一つである。マラリアは、子どもの学業、農業生産を含む経済活動等へも影響し、家庭およびコミュニティの貧困を悪化させる原因ともなっている [14]。

図 3-6 は、2001 年から 2010 年のマラリアの報告死亡数、図 3-7 は、マラリアの疑診および確定症例数を、それぞれ示したものである。2009 年からの死亡数の急激な増加は、診断および報告体制の改善が一因と推測されるが、明確な理由は定かでない。



出典：World Malaria Report 2011, WHO (13 December 2011) [28]

図 3-6 マラリア報告死亡数(2001-2010年)



出典：World Malaria Report 2011, WHO ((13 December 2011) [28]

図 3-7 マラリアの疑診・確定症例数(2001-2010年)

結核の現状

結核はシエラレオネにおいて、子ども、成人とも重大な疾病の一つであり、現在も罹患率は増加している。10年にわたる内戦により、他のサービスとともに結核対策は中断し、内戦による都市への人口流入や貧困による住環境の悪化、栄養不良等が結核の蔓延を引き起こす一要因となっている。表 3-2 は、最近の結核の現状、図 3-8 は、1990年から2010年の結核死亡率、罹患率、有病率の推移を、それぞれ示したものである。

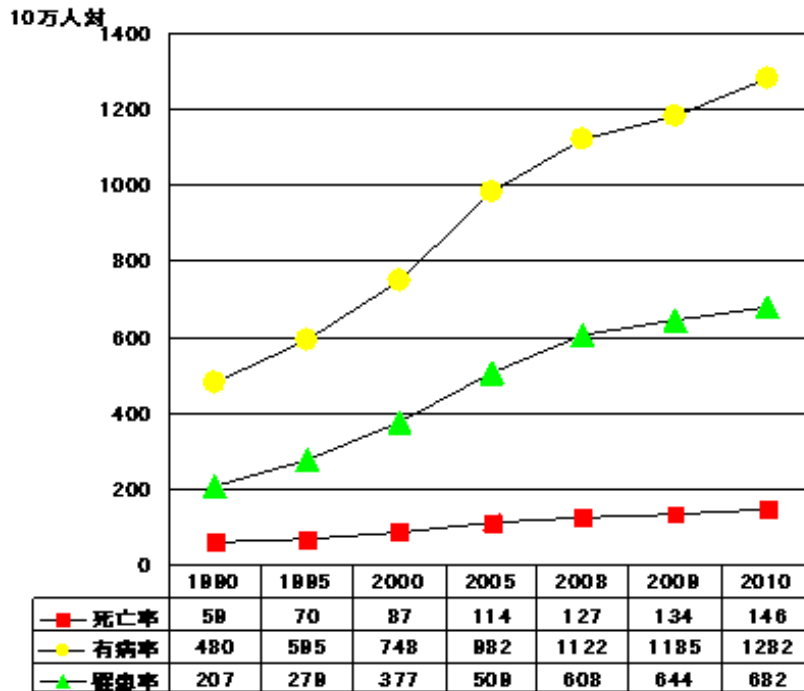
2010年新規症例は13,195で、サービスの拡大は図られているが、多剤耐性結核（現状は不明）、結核とHIVの重複感染¹⁶が新たな課題となっている。年齢別で見ると、2010年、0-59カ月の子どもの結核症例数は全体の12%、5-14歳は5%であった [29] [30] [31]。

¹⁶ 2010年10%と推計される。

表 3-2 結核の現状(2010年)

罹患率 (HIV 含む) (人口 10 万対)	682
有病率 (人口 10 万対)	1,282
死亡率 (人口 10 万対)	146
HIV との重感染 (%)	10%
治療成功率 (%) (2009 年)	79% (政府報告数値は 86%)
患者発見率 (%)	32%

出典：Sierra Leone Tuberculosis Profile, WHO (9 May 2012) [32]
NLTCP 2010 Annual Report, MOHS (7 November 2011) [29]

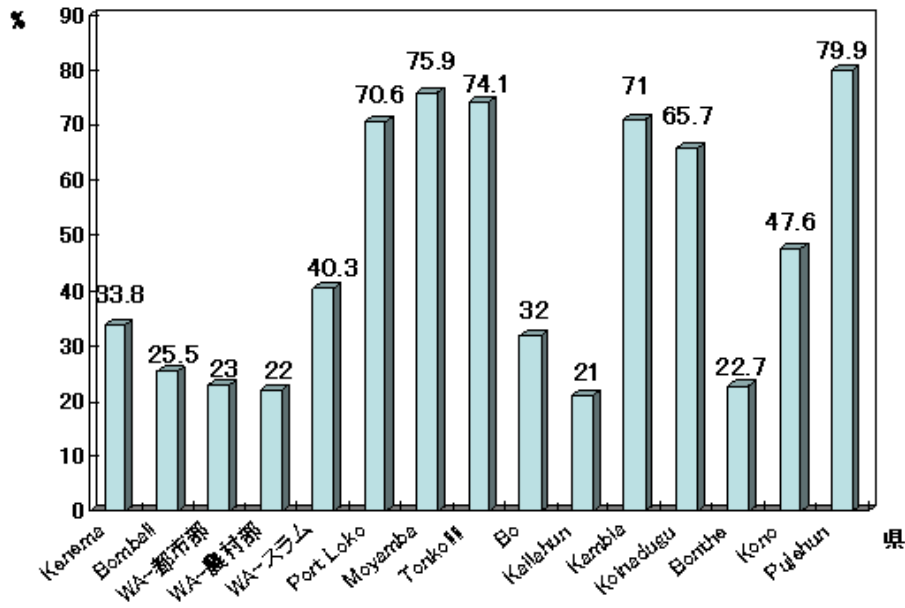


出典：Tuberculosis Control Report 2011, WHO (October 2011) [30]

図 3-8 結核死亡率、罹患率、有病率の推移 (1990-2010年)

栄養と健康

内戦後国内の食糧生産の状況は改善しているが、未だ食糧不安、栄養失調は多くの国民の抱える深刻な問題である。食糧不安は収穫量が減る 6-8 月に急激に悪化し、その期間、国民の 45%は十分な食糧へのアクセスが困難になる。食糧安全・脆弱性全調査 (CFSVA) によれば、農村の食糧不安は都市より高く、(54.1% vs 29.1%)、図 3-9 にあるように、県別では Pujehun (79.9%)、Moyamba (75.9%)、Tonkolili (74.1%)、Port Loko (70.6%) の 70%以上の住民が食糧不安にある。また家庭収入の平均 63%は食費に費やされており、国民の 4 分の 3 は、食料を市場に依存しているため、食料価格の上昇により直接的な影響を受けることになる [33]。



注：WA-Western Area
出典：CFSVA, GOSL et al. (15 September 2011) [33]

図 3-9 県別の食糧不安人口の割合(2010年)

栄養状態は子どもの疾病・死亡に大きく関わっており、世界保健機関（WHO）によればシエラレオネにおける子どもの死亡の57%が栄養失調に関連している。子どもの発育阻害¹⁷は、図3-10にあるように全国で蔓延しているが、4県（Moyamba, Pujehun, Kailahun, Kenema）ではWHOのしきい値である40%を越えている [33]。



出典：CFSVA, GOSL et al. (15 September 2011) [33]

図 3-10 県および地域別の5歳未満児の発育阻害の割合

¹⁷WHOの“WHO Child Growth Standards”の基準による年齢（生後0～59ヵ月）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。

SMART 調査（2010年）によれば、34.1%の5歳未満児は、発育阻害（うち、9.5%は重度）、18.7%は、低体重（うち4.3%は重度）、6.9%は、急性消耗症¹⁸（うち0.9%は重度）であった [34]。75%の就学前の子ども、18%の妊婦はビタミンA欠乏症であり、83%の就学前の子どもと60%の妊婦が鉄欠乏症であった。また89%の6ヶ月未満の乳児が、完全母乳栄養で育てられていないと報告されている [35] [36]。

¹⁸WHO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ヵ月）の体重の中央値からの標準偏差がマイナス2未満（中度）／マイナス3未満（重度）の状態。急性栄養不良の状態

第4章 保健医療サービス提供・事業実施の状況

4.1 母子保健サービスの状況

4.1.1 妊産婦保健サービスの現状

2008年、少なくとも1回以上の産前健診を受けた妊婦の割合は89%であったが、助産専門技能者の介助による出産の割合は43%、貧困層の女性では28%であった。出生率は高く、合計特殊出生率は5.1、都市では3.8、農村地域では5.8であった。避妊実行率は、全体で7%、富裕層では18%、貧困層では3%と低く、避妊の未充足のニーズは28%であった。また、新生児、乳児死亡と妊産婦死亡のリスクがより高い10代の出産率が高く、146（15-19歳の女性千対）であった [18]。後述の、2010年に導入された無料ヘルスケアイニシアティブ（FHCI）により保健施設へのアクセス、利用度は増加していると報告されているが、ほとんどの施設では、設備、専門技術を有する人材が不十分な場合が多く、緊急産科サービスは限定している。また多くの県では、機能的なリファラルシステムが整備されていないため、サービス提供の遅れにつながっている。

医療施設への交通手段の確保は、特に農村地域では非常に困難である。道路インフラはほとんど未整備であり、県病院のある各県の中心地へ向かう幹線道路の多くは整備されておらず、村から交通手段のある町まで徒歩で行く必要があり、妊婦が移動途中で死亡することも多い。施設に搬送された場合も、人材不足、支払い金の不足、前金支払い規定（FHCI以前）、輸血用血液の不足等の種々の理由により、長時間待たされたり、処置が行われなかったりして死亡するケースが報告されている [37]。貧困と交通手段の確保を含む施設へのアクセスが、妊産婦死亡改善の大きな障害となっているが、同様に女性が施設での出産を選択しない理由についても、保健施設へのアクセスが困難であること（89%）、医療費の捻出が困難であること（80%）をまず挙げている [24]。

4.1.2 必須保健サービスの基本パッケージ（BPEHS）

国家保健セクター戦略計画（NHSSP）（2010-2015）は、必須保健サービスの基本パッケージ（BPEHS）を提供することにより、国民の健康状態を改善することを上位目標としている。2010年3月に発表された上記 BPEHS は、機能的な国家保健サービスシステムを確立し、国民に質および費用対効果の高いサービスを、公平性を持って提供することを目的としているが、下記に示すように、特に深刻な妊産婦死亡と子どもの死亡率を改善することを優先課題としており、当初 BPEHS の提供により、2010年までに妊産婦死亡と乳児死亡を30%減少させることを目標に挙げていた。

BPEHS は、以下を特徴としてあげている。

- 特に妊産婦と子どもの主要な健康問題に対して、最もインパクトの高いサービスを提供
- 費用対効果が高く、論証に基づくサービス提供
- 農村・都市の全ての国民が公平にアクセスできるサービス提供

BPEHS は母子保健を優先としたサービスと介入活動を総合的に提供する計画である。

以下は、BPEHS で提供すべき主なサービスである。

表 4-1 BPEHS のサービス内容

対象	内容
母親と新生児の健康	産前健診、分娩と新生児ケア、産後健診、家族計画、緊急産科ケア
子どもの健康と予防接種	予防接種拡大計画（EPI）サービス、小児疾患統合管理（IMCI）
子どもの栄養	コミュニティ栄養改善、微量栄養素補給、重度の急性栄養失調等への食事療法
学校および若年層への保健サービス	疾病の予防、治療のための情報・教育・コミュニケーション（IEC）と保健サービス提供の促進
感染症対策	結核、マラリア、性感染症（STI）、HIV/エイズ、集団発生の可能生のある他の疾病の管理
医薬品と医療用品	必須医薬品、医療機材、ワクチンの供給
救急ケア	事故、災害、感染症の集団発生
精神医療・非感染症	コミュニティにおける精神疾患管理、保健施設での外来・入院治療
耳鼻科・聴覚サービス	アウトリーチ移動クリニックサービス、耳鑄型の形成と修理、技術者・看護師等のトレーニング
環境保健	害虫駆除（マラリア対策）、安全な飲料水の提供、衛生環境改善、室内汚染、衛生教育
保健教育	IEC 教材の開発と配布、ラジオプログラムの放送、コミュニティ教育の集会、保健施設での保健教育、IEC の地域密着型ボランティアのトレーニング、モニタリング評価

出典：Basic Package of Essential Health Services for Sierra Leone, MOHS (March 2010) [15]

BPEHS は国の保健サービス提供の展望を示したものと見えるが、シエラレオネの保健システムは非常に脆弱であり、予算、技術を持つ人材の不足、インフラの未整備、医薬品の入手が困難であるなど、国民のサービスへのアクセスは限定されており、特に農村地域の保健サービスへのアクセスの悪さは深刻である。また 5 分位数で最も経済的に恵まれているグループは、最も貧しいグループよりも、第 1 次・第 2 次ケアを頻繁に使用しており、後者は政府支出の 14% しか恩恵を受けていないと報告されている [38]。アクセスの障害となる最大の理由は、経済的な問題であり [1]、NHSSP においても、小額の費用であっても、50% の国民は経済的理由で保健サービスから排除されてしまうと認識されている [11]。

4.1.3 無料ヘルスケアイニシアティブ（FHCI）

このような状況において、国民の保健サービスへのアクセス改善に対処するため、2010 年 4 月、大統領が FHCI を発表し、5 歳未満児、妊婦、授乳期（出産から 12 ヶ月まで）の母親に対して、診察料を含むサービスの無料化を開始した¹⁹。FHCI の実施により、医師および保健スタッフの給与は 2-5 倍に増加され、給与システムの全面見直し、基礎医薬品の大量調達、医薬品供給システム改善等のサービス供給側の改革が行われた。サービスの無料化により、保健施設へのアクセスと利用は増加し、保健指標の改善にも影響を与えていると報告されている。以下を含む成果が報告されている [19] [39] [40]。

- 外来サービスの受診は 2.5-4 倍増加
- 産前・産後健診の増加
- 施設分娩が 45% 増加
- 保健施設での緊急産科ケアが 150% 増加
- 5 歳未満児の診断が 214% 増加
- 5 歳未満児のマラリア診断が 89% 増加

¹⁹ 診断、産前・産後健診、出産、基本的小児および総合的緊急出産ケア、新生児ケア、レントゲン、検査、医薬品等が無料サービスの対象となっている。

- 5歳未満児のマラリアの診断とアルテミシニン誘導体多剤併用療法（ACT）による治療が233%増加
- 病院での子どものマラリア死亡が90%減少

同時にFHCIにかかる問題点も指摘されている。無料サービスにもかかわらず、サービス、医薬品に支払いを要求される、医薬品、医療機材の管理能力が乏しい、またそのため汚職を誘発し²⁰、医薬品、医療機材が適切に配分されず、施設での医薬品等の不足や在庫切れが頻繁に起こる、サービス需要の増加により、保健施設の人材への負担が増加することなどが指摘されている [41]。

こうした状況の改善のため、政府は FHCI のモニタリングシステムを強化し、医薬品と医療機材の調達、管理を含む活動全般について適切な管理、監督を行う必要がある。適切な保健人材の配置、地域偏重の改善、電気、水供給システムの整備、効果的なリファラル体制の構築等、今後も取り組む課題が多い [19] [41]。

FHCI では 230,000 人の妊婦、950,000 人の 5 歳未満児がサービスの対象となった。2010 年の必要予算のうち、政府がコミットした額はおよそ 13% であり、今後も増大する需要に対応する FHCI を維持するためには、長期的な予算確保が求められるが、保健セクターへの公的支出が少ないシエラレオネでは、外部資金に頼らざるをえず、FHCI の財政的持続性の懸念が指摘されている。政府は、将来、国民健康保険スキームによる保健ケアへのアクセスの拡大を検討しているが、具体的内容についての議論は、進んでいないのが現状である [17] [40]。

4.2 感染症対策の現状

4.2.1 エイズ対策

(1) 実施体制・戦略

HIV/エイズ対策は、1987 年の国家エイズ事務局（NAS）設置により、世界保健機関（WHO）の支援で始められた。保健省の国家エイズ対策プログラム（NACP）は、NAS と協調し、保健セクターでの対策活動を実施・管理している。

加えて、県エイズ委員会（DAC）が、県レベルでの調整を行うために設置されている。首長区エイズ委員会（CAC）は地方分権化の政策に沿って形成される予定である。その他 COPSAL（公的セクター）、BCAASL（民間セクター）、NETHIPS（PLHIV）、HARA（メディア）等、約 300 の政府、国連機関、非政府組織（NGO）、市民社会、メディア等の団体が HIV/エイズ対策に関わっているが、関係組織の調整は、定期的に行われていないと指摘されている [42]。

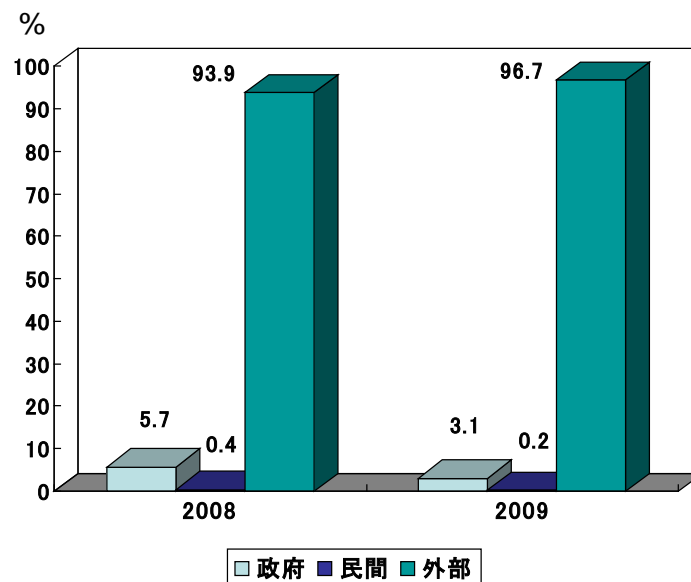
国家 HIV・エイズ対策戦略計画（2010-2015）は、論証に基づく HIV 感染予防のアプローチをとることにより、2015 年までに新規感染をゼロにすることを目指している。以下の 6 つのプログラム分野に対して対策を行う計画である [42]。

²⁰ FHCI の医薬品の紛失を防ぐため、UNICEF は、従来のシステムである DMHT を通さず直接保健施設への配布を行っている。（西部地域 DHMT 聞き取り情報、2012 年 2 月）

- 調整と分権化による対策、資源の確保
- 政策、啓蒙、人権、法的環境
- HIV 新規感染予防
- HIV の治療と他の関連サービス（検査、ロジスティクス管理情報システム（LMIS）等）
- HIV/エイズ感染者へのケアと支援
- 調査研究、モニタリング評価（M&E）

(2) HIV/エイズ対策プログラム予算

国家エイズ拠出アセスメント（NASA）の報告書によれば、図 4-1 に示すようにHIV/エイズ対策プログラムは、外部資金への依存が非常に高く、ほとんどの資金は世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）²¹からの支援である。なお2009年プログラム予算の43%は、予防活動に配分されている。



出典：Country Progress Report, NAS (31 March 2012) [26]

図 4-1 HIV/エイズ対策の資金源（2008、2009年）

世界基金の他、ドイツ、米国²²、欧州連合（EU）、国際連合等も支援を行っている。HIV/エイズ対策の政治的コミットメントは強いが、予算のほとんどを外部資金、特にその大部分を世界基金に依存していることは、対策の持続性の点で懸念となっている [43]。

(3) HIV/エイズ対策の成果

2005年のNAS設立により、対策活動と調整が促進された。表 4-2 は、近年の対策活動の成果であるが、HIV/エイズ自発的カウンセリング・検査（VCT）サイト、母子感染予防（PMTCT）サイト、抗レトロウイルス療法（ART）サイトの数が増加し、予防、治療サービスともに拡大している。PMTCTについては、FHCIにより妊婦のアクセスが改善したと考えられる。全ての輸血用血液は、HIV、梅毒、B型およびC型肝炎について、国家ガイドラインに基づきスクリーニングを行っている。今後も、新規感染減少のための予防活動の強化とHIV検査、ARTのカバー率改善が求められる [26]。

²¹ 世界基金の支援の概要は、第6章参照

²² 2010-2015年のHIV/エイズプロジェクト予算は、1,750万ドルである [16]。

表 4-2 HIV/エイズ関連サービス指標 (2010、2011 年)

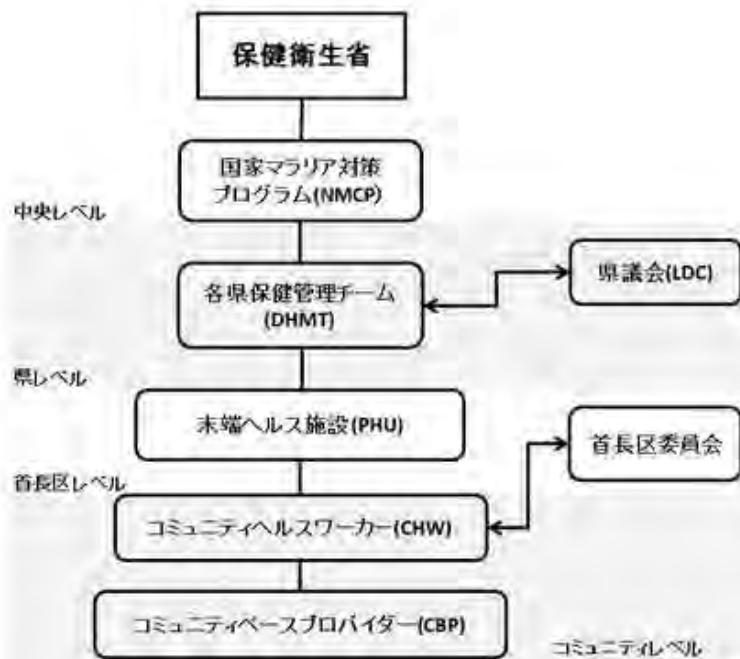
サービス指標	2010 年	2011 年
VCT サイト	497	556
VCT 受診数	232,452	347,567
ART サイト	113	131
成人、子どもの ART のカバー率	33%	42%
PMTCT サイト	495	515
PMTCT カバー率	58%	74%
STI 治療数 (件)	99,592	80,770
安全な血液サイト	24	24
男性コンドーム配布数 (個)	1,973,640	4,715,224

出典：Country Progress Report, NAS (31 March 2012) [26]

マラリア対策

実施体制・戦略

国家マラリア対策プログラム (NMCP) は、1994 年に開始され、保健省疾病予防対策局 (DDPC) の下に置かれている。NMCPは、政策指針、戦略計画の作成、ロールバックマラリア (RBM) およびドナーとの調整、研修教材の作成等を行う。NMCPには、各活動の担当部署が置かれ、それぞれに下部委員会が設置されている [44]。図 4-2 に示すように、マラリア対策は、中央から県、コミュニティレベル²³まで統合されたプログラムとなっている。



出典：National Malaria Control Policy Document, MOHS (December 2010) [44]

図 4-2 マラリア対策プログラム実施体制

²³ 国民の保健施設へのアクセスが悪く、公的施設の利用は限定されているため、コミュニティにおけるマラリアのケースマネジメント (CCM) の重要性が高まっているが、政府からの予算はついておらず、地域密着型のヘルスワーカーの育成・管理、インセンティブ等多くの課題がある。

国家マラリア対策戦略計画（2011-2015）では、2015年までにマラリアによる疾病を現在のレベルから50%、死亡を25%減少させることが全体目標となっている。シエラレオネでは、先述のようにマラリア関連の患者が、入院患者の30-50%、外来患者の50%を占める場合もあり、元々脆弱な国の保健システムに負担を与えている [14]。限られた資源を有効に活用し、さらにマラリアの影響を最も受ける5歳未満児、妊婦への介入の機会を得るために、マラリア対策は、母子保健プログラム²⁴に統合されている。

(2) マラリア対策プログラム予算

主な支援は、政府および世界基金²⁵によるが、WHO、国連児童基金（UNICEF）、英国国際開発省（DFID）、NGO等もマラリア対策への資金、技術支援を行っている。表4-3に政府および主要開発パートナーによるマラリア対策財源の推移を示す。

表 4-3 マラリア対策の財源(2005-2010年)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
政府	151,492	166,641	164,138	180,552	198,586	1,198,629
世界基金	2,043,498	3,985,298	927,301	4,840,240	2,794,509	799,743
WHO	-	-	-	778,590	-	-
UNICEF	-	-	650,000	-	-	-
EU	-	1,047,500-	-	-	-	-

出典：World Malaria Report 2011, WHO (13 December 2011) [28]

(3) マラリア対策プログラムの成果と課題

2010年、末端保健施設（PHU）においてマラリアと推定された全症例の215,859件に対しACTの処方が行われた。同様に地域密着型のヘルスワーカー（CHW/CBP）²⁶により、119,972件の推定症例にACTが処方された [45]。マラリア診断数、確定数は表4-4にあるように増加が著しいが、検査室全体の56%しか完全に機能しておらず、マラリア診断を支える検査室の整備が不十分である [44]。妊婦の間欠予防治療（IPTp）については、産前健診の基本パッケージとしたアプローチにより成果が高いが、施設レベルでのマラリア治療薬（SP）の不足が深刻である。

表 4-4 マラリア推定および確定症例数(2005-2010年)

年	疑診および確定症例数	顕微鏡診断数	顕微鏡確定症例数	RDT診断数	RDT確定症例数
2005	224,584	10,605	3,702	3,452	1,106
2006	148,625	12,298	3,945	4,675	987
2007	653,987	-	-	-	-
2008	851,478	471,600	154,459	235,800	154,459
2009	646,808	770,463	273,149	544,336	373,659
2010	934,028	718,473	218,473	1,609,455	715,555

RDT：迅速診断検査

出典：World Malaria Report 2011, WHO (13 December 2011) [28]

²⁴ 産前健診でのマラリア間欠予防治療薬の投与、ビタミンA投与、1歳未満児対象への長期残効型殺虫剤処理済蚊帳（LLIN）の供与、小児疾患統合管理（IMCI）、栄養指導等

²⁵ 世界基金の支援の概要は、第6章参照

²⁶ マラリアのケースマネジメント（CCM）の活動を担うボランティアをここでは、コミュニティヘルスワーカー（CHW）と呼ぶ。CHWには下痢症、オンコセルカ症等の個別疾病対策のため、地域ですでに活動しているボランティア、TBA、新たに育成されたボランティア等が含まれる。なお、保健プログラム（e.g. NMCP）、CCMを支援するNGOによって、CHWをCBP等別の名称で呼んでいるケースもある。

蚊帳については、キャンペーン²⁷や保健施設でのサービス提供を通じて、大規模な配布が行われている。しかしながら、2010年の調査では、5歳未満児の33%、妊婦の44%しか、睡眠時に蚊帳を使用しておらず、使用率の低さが問題である。今後使用促進のため、調査結果に基づいた地域戦略アプローチを取ることが検討されている²⁸ [46]。

4.2.3 結核対策

(1) 実施体制・戦略

NHSSP の優先課題の一つであり、国家ハンセン病・結核戦略計画（2008-2012）が実施されている。戦略計画の目標には、70%の新規喀痰陽性肺結核を確定し、喀痰陽性肺結核の治療成功率を85%に増加させ、維持すると記されている。活動戦略は以下である。

- 保健省の一般の保健サービスに結核対策を統合する
- コミュニティレベルでのサービス提供を図る
- サービスを無料で提供する

結核対策は、DDPCの下にある国家ハンセン病・結核対策プログラム（NLTCP）が、管轄しており、県レベルでは、県保健管理チーム（DHMT）に結核・ハンセン病担当官が配置されている。国家標準検査室（国家感染症公衆衛生検査室）は、主に米国疾病予防管理センター（CDC）の技術支援により2011年に設置された。また50人の県の保健担当官が、疫学および感染症の集団発生に関する調査のトレーニングを受けている [47]。

(2) 結核対策プログラム予算

2011年および2012年のプログラム予算は、それぞれ200万米ドルである。主な資金源は世界基金による支援であり²⁹、政府からの予算配分は非常に少なく、プログラムの約2%にすぎない [32]。

(3) 結核対策プログラムの成果

シエラレオネでは、1992年に直接監視下における短期化学療法（DOTS）戦略が導入されたが、サービスの拡大が図られたのは、内戦終結後の2002年以降である。結核対策サービスは、全てのレベルの一般の保健ケアサービスに統合されているが、主に全国にあるトレーニングを受けたスタッフが配置されている160のDOTSセンターにおいて提供されている [48] [49]。

表 4-5 は、喀痰塗抹陽性結核の治療に関する成果である。

表 4-5 喀痰塗抹陽性結核の治療の成果 (%) (2002-2010年)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
治癒率	59.7	75.4	74.2	75.9	76.9	75.4	76.7	73.3	68.5
治療成功率	80.5	83.1	81.7	84.1	85	87.1	89.2	86.1	78.6
治療失敗率	1.3	1.3	1.5	1.3	1.3	1.2	0.8	0.9	1.0
死亡率	4.9	5.6	5.5	6.1	6.0	5.9	3.7	3.8	5.8
治療中断率	12.9	9.2	9.0	5.8	5.8	7.0	4.8	6.9	11.0

出典：2010 Annual Report, NLTCP (26 May 2011) [48]

²⁷ 2010年11-12月のキャンペーンでは320万張の蚊帳を配布した [45]

²⁸ NMCP聞き取り情報（2012年1月）

²⁹ 世界基金の支援の概要は、第6章参照

治療成功率は、政府の報告によれば、2009年86%で、WHOの目標値である85%を達成していたが、2010年には、78.6%に低下している。新規確定数は、2010年48%であり、WHOの推奨する70%に満たない数値である。各首長区の主要地域にDOTSセンターを設置しているが、半数以上の結核患者に診断サービスが届いていないのが現状である [30] [31]。今後の課題は、塗抹診断による症例確定、治療中断率の改善等が挙げられる。またサービス需要に対応するためのNLTCPの人材強化が必要である [1]。

4.3 栄養問題対策

2009年の国家食糧・栄養政策では、保健施設・家庭での栄養改善・食事療法指導の対策活動の強化に加え、分野横断的な取り組みの調整を図るため、中央および県レベルにおいて栄養対策技術委員会を設置し調整を強化するとしている。またサーベイランスとモニタリングの強化により、国家栄養情報システムを確立する計画である [50]。

FHCI の導入以来、子どもの栄養スクリーニングの数は増加している。今後は以下を含む対策強化が必要である。

- 保健省と農業省の栄養対策の能力強化
- 教育とカウンセリングサービスによる子どもの食事療法
- 幼児の回虫駆除、微量栄養素・ビタミンA補給³⁰
- 妊婦への鉄分補給のカバレッジの増加
- 主食食糧等への栄養添加³¹ [35]

栄養分野のドナー支援については、米国とアイリッシュエイドが、栄養テクニカルワーキンググループの共同議長となっており、5歳未満の子どもの栄養失調を減らすことを目的とした「栄養への取り組み拡充 (SUN)」の国際的枠組みのもと、シエラレオネ政府の栄養対策活動のキャパシティー構築のための調整とテクニカル支援を主導している。

米国は、ゲイツ財団とともに、UNICEFを通じて実施されているREACH³²イニシアティブへの支援、DHMTへのコミュニティベースの栄養対策管理のキャパシティー支援、その他、分野横断的なアプローチとして、農業分野、安全な水の供給、衛生分野への支援を行っている。アイリッシュエイドは、主にNGOへの支援を通じた急性栄養失調のコミュニティ管理、国連世界食糧計画 (WFP) のプログラムを通じた学校給食プログラム、栄養強化食品の導入等を支援している [16] [51]。その他、食糧安全、栄養分野の支援は、アフリカ開発銀行 (AfDB)、EC、WHO、世界銀行³³等が行っている。

³⁰ ビタミンA補給は、定期予防接種時に行われ、マスカンパーンが行われている。

³¹ ヨウド添加塩については、45%の家庭が使用しているが、価格が高価であることが問題である。

³² 女性と子供の栄養改善のための世界的パートナーシップで、国連食糧農業機関 (FAO)、世界保健機関 (WHO)、国連児童基金 (UNICEF)、国連世界食糧計画 (WFP) によって設立された。

³³ 世界銀行は、子どもの健康・RHプロジェクト (2,000万米ドル) で保健施設、家庭での栄養改善を支援している。

第5章 保健医療システムの状況

5.1 保健人材

5.1.1 保健人材の現状

シエラレオネにおける保健人材の不足は、必須保健サービスの基本パッケージ（BPEHS）を含む保健サービス提供における主要な懸念事項の一つである。表 5-1 で示すように、シエラレオネの保健人材の不足は顕著である。そのうえ、配置が偏重であり、首都のある西部地域には主要な医療人材の 46% が集中している。特に助産師は西部地域に集中しており、コミュニティレベルで分娩サービスの提供を行うようにトレーニングを受けた母子保健（MCH）補佐が保健施設でのサービスを行っているが、その技術レベルには懸念が指摘されている。世界保健機関（WHO）によれば、報告された妊産婦死亡のうち 80% が農村地域で起こっており、保健人材の農村・僻地への配置を早急に検討する必要がある。また 2011 年に卒業した 250 人の国家認定地域保健看護師（SECHN）のうち、公的施設に勤務したのは 98 人のみであり、資格のある保健人材を公的セクターに確保する対策も早急に検討する必要がある [52]。

表 5-1 主な保健医療人材の数と必要数および地域分布

種別	配置数	地域				必要数	ギャップ (%)
		西部	南部	北部	東部		
外科医	5	3	0	1	1	30	83
内科医	3	3	0	0	0	26	88
神経科医	0	0	0	0	0	8	100
消化器科医	0	0	0	0	0	8	100
脳外科医	0	0	0	0	0	8	100
小児科医	2	2	0	0	0	30	93
産科医	5	4	1	0	0	26	81
麻酔科医	1	1	0	0	0	12	92
耳鼻科医	1	0	0	0	0	8	88
歯科医	6	4	1	0	1	30	93
一般医	115	97	5	8	5	150	23
放射線技師	1	1	0	0	0	30	97
精神科医	0	0	0	0	0	12	100
助産師	95	95	0	0	0	300	68
看護師(SECHN)*	635	425	60	80	70	1,500	58
MCH 補佐	825	225	200	200	180	1,500	45
検査技師	14	8	2	2	2	150	91
薬剤師	33	32	1	0	0	52	37

注： *SECHN：国家認定コミュニティヘルス看護師

出典：National Health Sector Strategic Plan-2010-2015, MOHS (November 2009) [11]

5.1.2 保健人材計画

2006 年に策定された保健人材政策では、2015 年までに保健サービスを提供するに足りる人材を配置するとしている。保健省は現在、新たな国家保健人材政策・戦略計画の最終化を行っている（2012 年 5 月現在）。政策策定に先だって、保健人材プロフィールが作成されており、今後これらの文書、情報に基づき、現状の把握および今後 10 年間の保健人材にかかわる優先的な取り組みに対処する計画である [11] [53]。

5.1.3 人材供給体制

上記保健人材政策以来、保健人材の育成はより組織的に行われるようになった。しかし、人材養成機関は、人材の不足、トレーニングモデル、教材・機材等の不足等により、サービスの需要に見合う質を備えた人材を輩出する能力を備えていないのが現状である。教育科学技術省は、保健省、シエラレオネ大学、非政府組織（NGO）との協調により、保健人材育成機関でのトレーニングを提供しているが、収容力は限られており、中途退学率は30%と報告されている [11] [1]。その他、ンジャラ大学が、地域保健科学部（看護、地域保健、環境保健学科）および保健・医療リサーチ機関を有している³⁴

5.1.4 保健人材情報

保健人材情報は現在、主に給与システムによりモニターされているが、これに加えて県の人材リスト、保健施設スタッフリスト、保健トレーニング施設、関連調査等が複数存在し、適時に複数の断片化した情報源からデータを集積することが困難な状況である。また、こうした既存の情報は、保健政策・計画の策定、実施、モニタリング評価（M&E）活動を裏付けるには十分でない。保健省は、最終的には保健人材の一元化されたコンピュータデータベースの設置を目ざしており、保健人材情報システム（HRIS）構築への取り組みが、WHOの支援により行われている [12] [54]。

5.2 保健医療情報供給機能

5.2.1 保健管理情報システム（HMIS）の現状

2006年10月に保健情報に関するアセスメントが実施された後、保健情報システム構築のため保健省に政策・計画・情報局（DPPI）と疾病予防対策局（DDPC）、およびシエラレオネ統計局（SSL³⁵）が設置された。DPPIは、HMISおよび地域保健情報システム（DHIS）を管轄する一方、DDPCの役割は、主に集団感染などの緊急対策のためのアクティブな疫学情報収集で、緊急対策が目的である。SSLは、人口保健調査（DHS）、複数指標クラスター調査（MICS）、主要福祉指標調査（CWIQ）等の保健関連調査の実施を管轄している³⁶ [12] [54]。

さらに保健情報戦略計画（2007-2016）が策定され、保健サービス活動の計画立案、モニタリング評価を行うのに必要かつ十分な情報を提供することによって、全ての行政レベルの保健サービスのパフォーマンスを最大限にすることが目標に挙げられた [55]。具体的には2007年にヘルス・メトリクス・ネットワーク（HMN）の支援で前述のDHIS³⁷が導入されたことにより、保健省の計画、実施、モニタリングのための保健情報の集積・活用能力が向上した。しかしながら、HMISにおけるデータ収集の遅れ、不備等があるため、各保健プログラムによっては、独自の報告制度を有し、HMISと並行して使用している。ただし、現在全ての保健プログラムデータシステムをHMISへ統合するプロセスにある³⁸ [45]。

図5-1は、HMISのデータの流れを示したものである。末端保健施設（PHU）と病院は、管轄の県保健管理チーム（DHMT）のM&E担当官に毎月紙ベースの報告フォームで情報を提出する。コミュニティレベ

³⁴ 1964年シエラレオネ大学の一部として創設されたが、2005年の大学法改正により独立した総合大学となっている。Bo市（Bo県）とNjala（Moyamba県）にキャンパスがある [67]。

³⁵ 前 Central Statistics Office

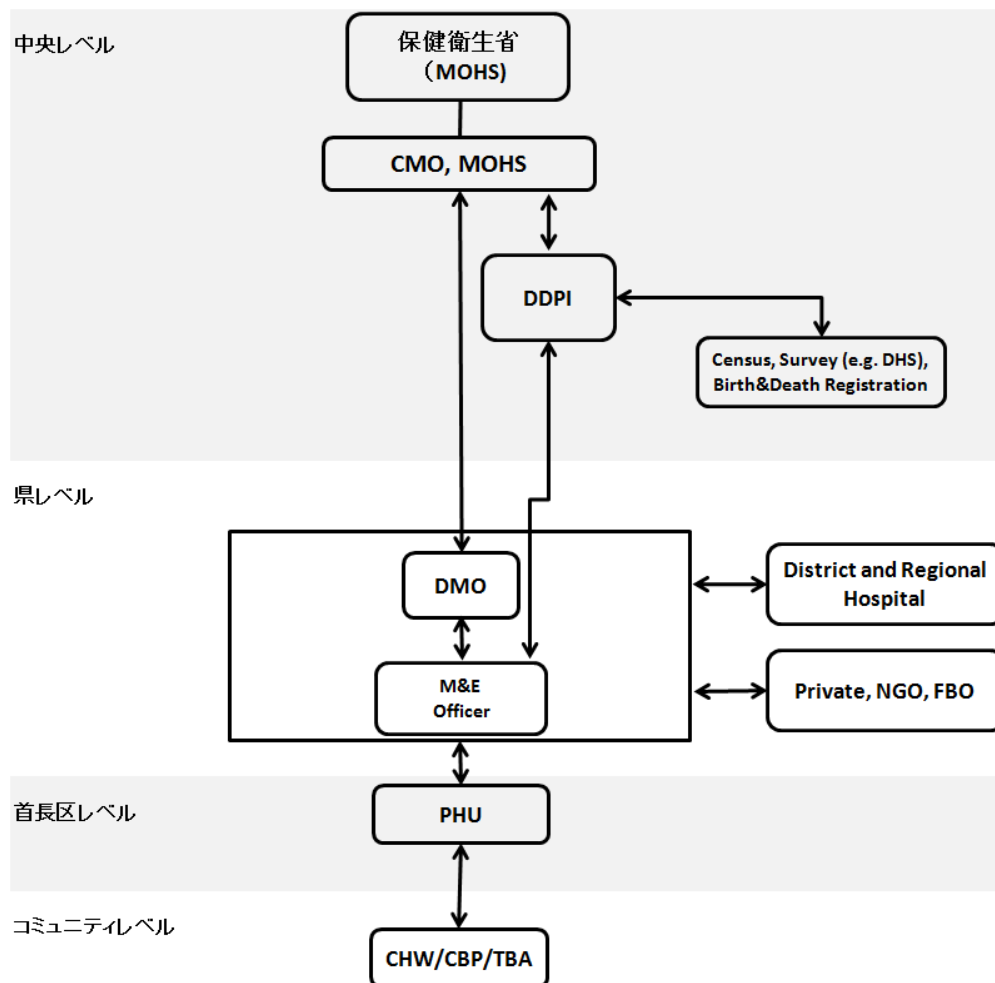
³⁶ DDPC 聞き取り情報（2012年1月）

³⁷ 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。現在シエラレオネでは、DHIS 2.0 Version を使用。

³⁸ DPPI 及び WHO 聞き取り情報（2012年2月）

ルの活動についても、地域密着型のヘルスワーカー（CHW/CBP）、伝統的産婆（TBA）からの情報が、管轄のPHUを通じて、同様にM&E担当官へ報告される。M&E担当官は、DHMTを監督する県医務官（DMO）の承認後、DPPIの統合データウェアハウス（IDW）に電子データを提出する。また、DMOは、保健省主任医務官（CMO）に報告責任を持つ³⁹ [54]。さらにHMISは以下を含む情報源により補完されることになっている。

- 国勢調査：次回 2014 年実施予定
- 家庭調査：MICS（2015 年実施予定）、DHS（2013 年実施予定）、CWIQ 等
- 人口動態登録⁴⁰：住民登録病院における死因の医学的診断が強化された上で、90%以上の死亡をカバーするまでには数十年かかると推測される [11] [54]



出典：Proposal Form Round 10-Sierra Leone Malaria, GFATM (2010) [56]

図 5-1 HMIS データの流れの概略図

一方、統合疾病サーベイランス・対策（IDSR）は、DDPC の管轄であり、21 の流行性（伝染性）のある疾病については、月間疾病レポートが DHIS に送られる。WHO への報告は毎週および毎月ベースで行われる [12] [54]。

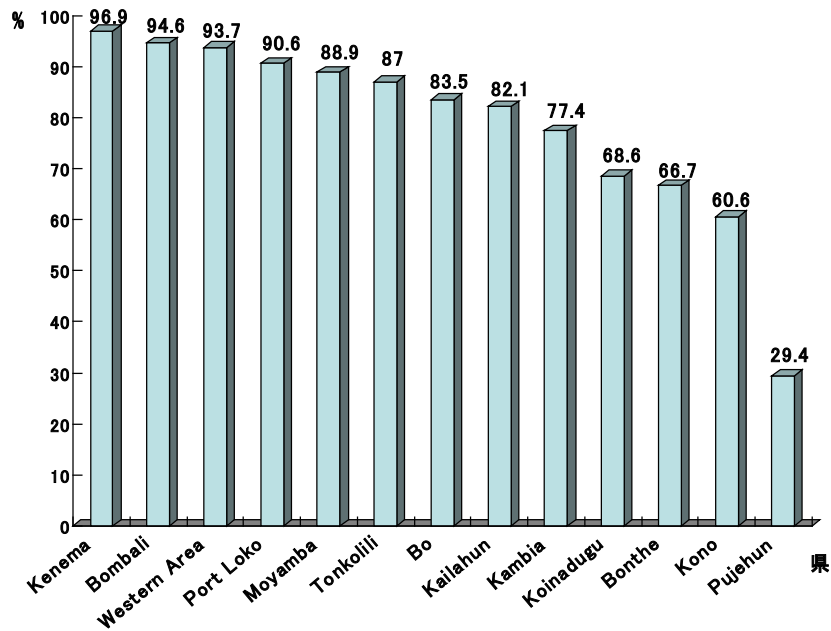
³⁹ DPPI 聞き取り情報（2012 年 2 月）

⁴⁰ HIS を補完する重要な情報源であるが、2004 年のアセスメントによると人口動態局に報告された死亡は全体の 1-2%のみと指摘されている。2008 年の国家公共サービス調査によれば、出産の 48.2%、死亡の 24.7%が登録されていたと報告されているが、UNICEF による評価では、データの質の問題が指摘されており、現時点での人口動態情報の HMIS への有用性は明確でない [12]。

将来計画としては、DPPIの管理するIDWに、保健情報システム（HIS）（ルーティンサービスと保健プログラムからの情報）、他の情報源（国勢調査、家庭調査、人口動態登録等）、さらに他の情報システム（人的資源、医薬品供給等）を加え 1 本化する構想である。そのため現在DPPIは、DHIS、人材管理情報システム（HRMIS）、ロジスティクス管理情報システム（LMIS）の各々独立したシステムを連動させるための技術支援を世界銀行およびオスロ大学に要請している⁴¹。

5.2.2 県・施設レベルにおける保健情報管理の現状

DHMTは、県レベルでの保健サービスに関するデータ収集とスーパービジョンを行う。PHU施設は、上記で述べた保健プログラム別のフォーム、およびDHISフォーム（6種あり、それぞれ平均40の指標を記載）によりデータを収集する。さらに週ごとのサーベイランス報告書の提出義務があり、管轄地域のCHW/CBP、TBAの監督、必要な医薬品・資機材の供給、活動報告書の取りまとめも行うため負担が大きい⁴²。図5-2は、各県のDHISの報告率（2010年1-6月）を示したものである。全体的には80%以上の報告率であり、4県（Koinadugu, Bonthe, Kono, Pujehun）は70%以下であったが、2007年、報告率が30%であったことを比較すると大幅に改善している。



出典：Health Information Bulletin (Vol2. No1), MOHS (January-June 2010) [19]

図 5-2 県別の DHIS 報告率(2010 年 1 月-6 月)

無料ヘルスケアイニシアティブ（FHCI）の開始により、医薬品・資機材の配布と使用、成果を示す質の高いデータへの要求がさらに高まっている。また、パフォーマンス基準型支援（PBF）が世界銀行により複数の地域で開始されており、同様にサービス提供のより包括的な情報が求められることになる [12]。

⁴¹ DPPI および WHO 聞き取り情報（2012 年 2 月）

⁴² DHMT 聞き取り情報（2012 年 2 月）

5.3 施設・医薬品供給機能

5.3.1 施設ネットワーク

10年にわたる内戦により保健インフラは破壊され、保健サービスシステムも崩壊したが、2006年5月 Connaught、Princess Christian Maternal、Ola During Children の3つの第3次病院が再開し、2007年までには、867の PHU が再建された。母子病棟・病院は、Kenema、Koinadugu、Kono、医薬品の品質管理のための検査施設がフリータウンの Jenner Wright クリニックに、ラッサ熱の検査施設は、Kenema に建設された [9]。

保健サービスは、保健施設ネットワークにより提供されている。表 5-2 に保健医療施設のレベルと種別を示す。

表 5-2 保健医療施設のレベルおよび種別

レベル	施設種別	主な人員体制・サービス		カバー人口 およびアクセス
第1次 (PHU)	Maternal and Child Health Post (MCHP)	<ul style="list-style-type: none"> 母子保健補佐 	産前・産後健診、出産、家族計画、5歳未満児の成長モニタリング、予防接種、健康教育、症状の軽い疾病の手当て、リファラル	500-5,000人 5km以内
	Community Health Post (CHP)	<ul style="list-style-type: none"> 国家認定地域保健看護師 (SECHN) 母子保健補佐 (MCH Aide) 薬剤師 	母子保健ポスト (MCHP) のサービスに加え、感染症の予防と治療、CHC へのリファラル	5,000-10,000人 8km以内
	Community Health Center (CHC)	<ul style="list-style-type: none"> 地域保健担当者 (CHO) SECHN 母子保健補佐 疾病対策アシスタント 環境保健アシスタント 	CHC のサービスに加え、環境衛生サービス	10,000-20,000人 15km以内
第2次	県病院	<ul style="list-style-type: none"> 医師 (産婦人科、外科、麻酔科、小児科、歯科) 助産師 検査技師、放射線技師、歯科技師 薬剤師 	PHU からのリファラル、一連の予防、基礎治療サービス、手術、放射線検査、帝王切開を含む総合緊急産科ケア、事故・救急の受け入れ、PHU への技術支援	500,000人
第3次	地域・国家病院 ⁴³	トップリファラル施設としての役割を担うことが期待されているが詳細不明。首都の病院では、医師 (内科、外科、眼科、小児科、産婦人科) がおり、施設、機材ともに充実しており、マンモグラフィ、超音波検査などがある。		-

出典：National Health Sector Strategic Plan-2010-2015, MOHS (November 2009) [11]
Basic Package of Essential Health Services for Sierra Leone, MOHS (March 2010) [15]
国別医療情報「シエラレオネ」、JICA (2010年12月28日) [57]

プライマリヘルスケア (PHC) サービスの体制は、中央レベルに保健省 PHC 局があり、県レベルでは DHMT が保健施設、コミュニティレベルでのサービスを監督する。病院については、病院管理局長 (Hospital Superintendent) が監督している。PHC のサービス提供を行う PHU は、コミュニティヘルスセ

⁴³ 本調査の範囲においては、サービス提供体制に関する具体的な情報を得ることはできなかったため、首都の Chitoram Memorial Hospital についてのみ記載する。

ンター (CHC)、コミュニティヘルスポスト (CHP) および母子保健ポスト (MCHP) の3種である [15]。第3次レベルについては、実際には十分な役割をはたしていないのが現状である。表 5-3 は保健医療施設の数を示したものである。88%は公的施設である。

表 5-3 保健施設の数 (2010-2011 年)

政府施設	1,105
民間施設	53
FBO/NGO 施設	100
全保健施設	1,258

出典：Country Progress Report, NAS (31 March 2012) [26]

保健施設アセスメントは、アフリカ開発銀行 (AfDB) の支援により 2009/2010 年に 5 県 25 の施設で実施されている。全国レベルのアセスメントは、母子保健、リプロダクティブヘルス (RH) サービスに関し 2 年ごとに実施の計画である。SSL は、地理情報システム (GPS) を含めた公共保健施設のリストを作成しているが、広く共有されていないため、今後施設情報を DHIS とリンクさせることにより、情報の更新、民間施設情報の取り込み等が容易に行えると指摘されている [12] [54]。

5.3.2 医薬品等供給システム

質の高い保健ケアサービスを提供するため、国家保健セクター戦略計画 (NHSSP) において、必要な医薬品、医療用品等を適切な量、適切なタイミングに供給する取り組みに関し以下のように記されている [11]。

- 医薬品、医療用品、医療機材、ワクチン、ロジスティクスに関する既存の政策、ガイドラインの見直しとアップデート
- 質の高い、効果の高い、安全な医薬品へのアクセスの改善
- 独立した国家医薬品局 (National Pharmacy Board) の整備
- 国家医薬品調達局 (NPPU) の設置
- サプライチェーン管理システムの強化
- 医薬品と医療用品のモニタリングとサーベイランスシステムの確立
- 保健施設の医療機材の状態に関するデータベースの構築

現状は、医薬品調達および質の管理、医療機材管理、サプライチェーン等において多くの課題が指摘されている。保健施設における医薬品等の在庫切れは頻繁に報告されており、例えば、2010 年 12 月の調査では、27%の PHU で 5 歳未満児用のマラリア治療薬の在庫切れが 1 ヶ月のうち 7 日以上、また 45%の PHU においてマラリア検査キットの在庫切れがあったと報告されている [45]。また FHCI 導入後も管理体制の不足から、医薬品の紛失が問題となっている。

また、医薬品等の調達にかかわる関係部署の能力強化も重要な課題となっている。以下は主な関係機関の現状である。

- 保健省調達部局：医薬品および関連資機材の調達の責任を負っているが、その能力は弱く、2009 年から行動のための保健調査研究 (HRA) を通じて国連児童基金 (UNICEF) が同局を支援しており、調達・供給チェーンモデル (PSM) の開発が計画されている。また世界エイズ・結核・マラリア対策基金 (世界基金) の支援でサプライチェーンの見直し、改善を図ることになっている。

- 国家医薬品局 (National Pharmacy Board) : 現状では適切に機能しておらず、医薬品の規定とモニタリング能力を強化し、WHO の認可を得る必要がある [1]。
- 中央医薬品倉庫 (CMS) : 適切な人材が不足しており、ロジスティクスの不備が指摘されているが、世界基金、世界銀行、欧州連合 (EU) からの支援により、ロジスティクスと管理システムの強化を行う計画である。医薬品の保管場所については、しばしばスペースの不足が問題となっている。13 県の医薬品倉庫については、EU の支援により改修されている。また在庫管理責任者への LMIS の研修を実施する予定である [56]。

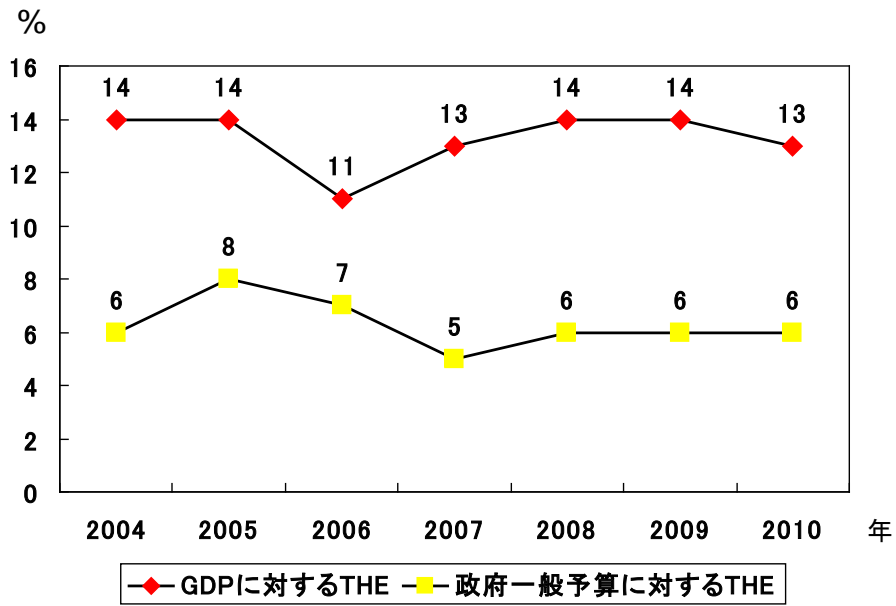
国家医薬品政策、必須医薬品リスト、クリニカルガイドラインの見直し等については、WHO が技術支援を提供している [1]。

このような状況下、必須医薬品の継続的供給と在庫切れの最少化、また FHCI での医薬品の損失を最小限に抑えるため、適切な LMIS の整備の必要性が高まっている。UNICEF は、在庫管理記録、在庫請求・発行証明書などの記録、消費記録等を含むレポーティングのため必須医薬品標準記録システムを開発したが、本システムには 389 の医薬品と医療用品が掲載されており、この紙ベースのシステムでは、保健施設スタッフの負担が甚大であり、順守しているのは全保健施設の 1% 以下である。また国連人口基金 (UNFPA) は、避妊具管理のための“Channel”というソフトウェアを導入しており、本システムは比較的簡易であるため、他の医薬品にも使用されているが、消費量データを効果的に得るためには活用されておらず、カバレッジは限定されている。また、DHIS2.0 と相互運用性がないことが問題である。LMIS の設置については、一時的なツールでなく、長期持続的に使用できるシステムを検討し、主要な関係者 (保健省、英国国際開発省 (DFID)、UNICEF、UNFPA、WHO、世界基金、世界銀行等) が共通のワークプランに合意した上で、プロセスを進めることが求められる。LMIS を DHIS2.0 に相互運用できるようにすることが最良の方法あり、これにより将来、疾病の状況と医薬品の供給をリンクすることが可能となるが、実現には相当のリソース、技術投入が必要と推測される [12] [54]。

5.4 保健財政

5.4.1 保健財政の概要

WHO の世界保健拠出データの推計によれば、図 5-3 に示すように 2010 年の国内総生産 (GDP) に対する政府の保健セクター支出の割合は 13%、政府一般予算に対する割合は 6% で、また、1 人あたりの保健支出は 42.5 米ドルであり [58]、WHO のマクロ経済・保健委員会 (CMH) の推奨する年一人あたり 34 米ドルには達しない額であった。

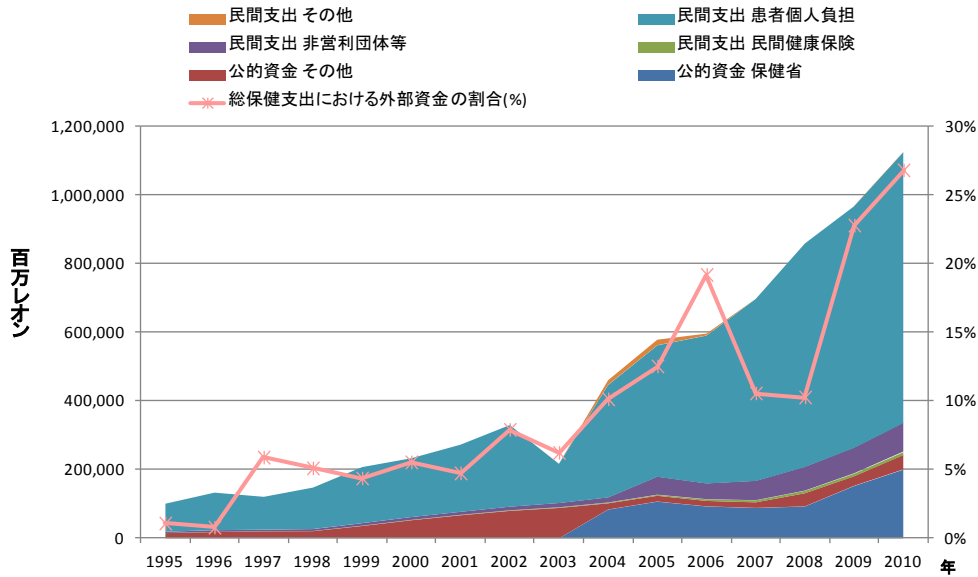


注： *THE: 全保健セクター予算

出典： Global Health Expenditure Database, WHO [59]

図 5-3 GDP および政府一般予算に対する全保健セクター予算の割合（2004-2010 年）

また図 5-4 にあるように保健支出全体における公的支出の割合は 2000 年以降 20%程度、個人支出は 70%前後となっている。



年	1995		2000		2005		2010	
公的支出	15,237	(15.1%)	52,635	(22.6%)	123,812	(21.4%)	242,540	(21.6%)
保健省	-		-		107,098		200,530	
その他	15,237		52,635		16,714		42,010	
民間支出	85,417	(84.9%)	180,246	(77.4%)	453,400	(78.6%)	880,364	(78.4%)
民間健康保険	496		1,115		2,661		8,602	
非営利団体等	3,621		8,148		52,094		83,447	
患者個人負担	81,300	(80.8%)	170,983	(73.4%)	382,636	(66.3%)	788,314	(70.2%)
その他	0		0		16,008		0	
総保健支出	100,654		232,881		577,212		1,122,904	
外部資金*	1,073	(1.1%)	12,857	(5.5%)	72,253	(12.5%)	423,776	(37.7%)

注：付表の括弧内は総保健支出に対する割合（主要なもののみ算出）

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

出典： Global Health Expenditure Database, WHO [59] より調査団作成

図 5-4 保健支出財源の推移

保健セクターの予算確保は大きな課題であるが、NHSSP では、国家予算の 15%を保健セクターに配分し、財政および調達管理システムの強化、財政の流れを監視するための国家・サブ地域の保健セクター会計システムの構築を目標として挙げている [11]。現在、地方分権化により、県の財政報告書は定期的に地方政府に提出されているが、中央レベルでの情報を補完するため、保健省 DPPI にも毎月提出することが必要であると指摘されている [12]。

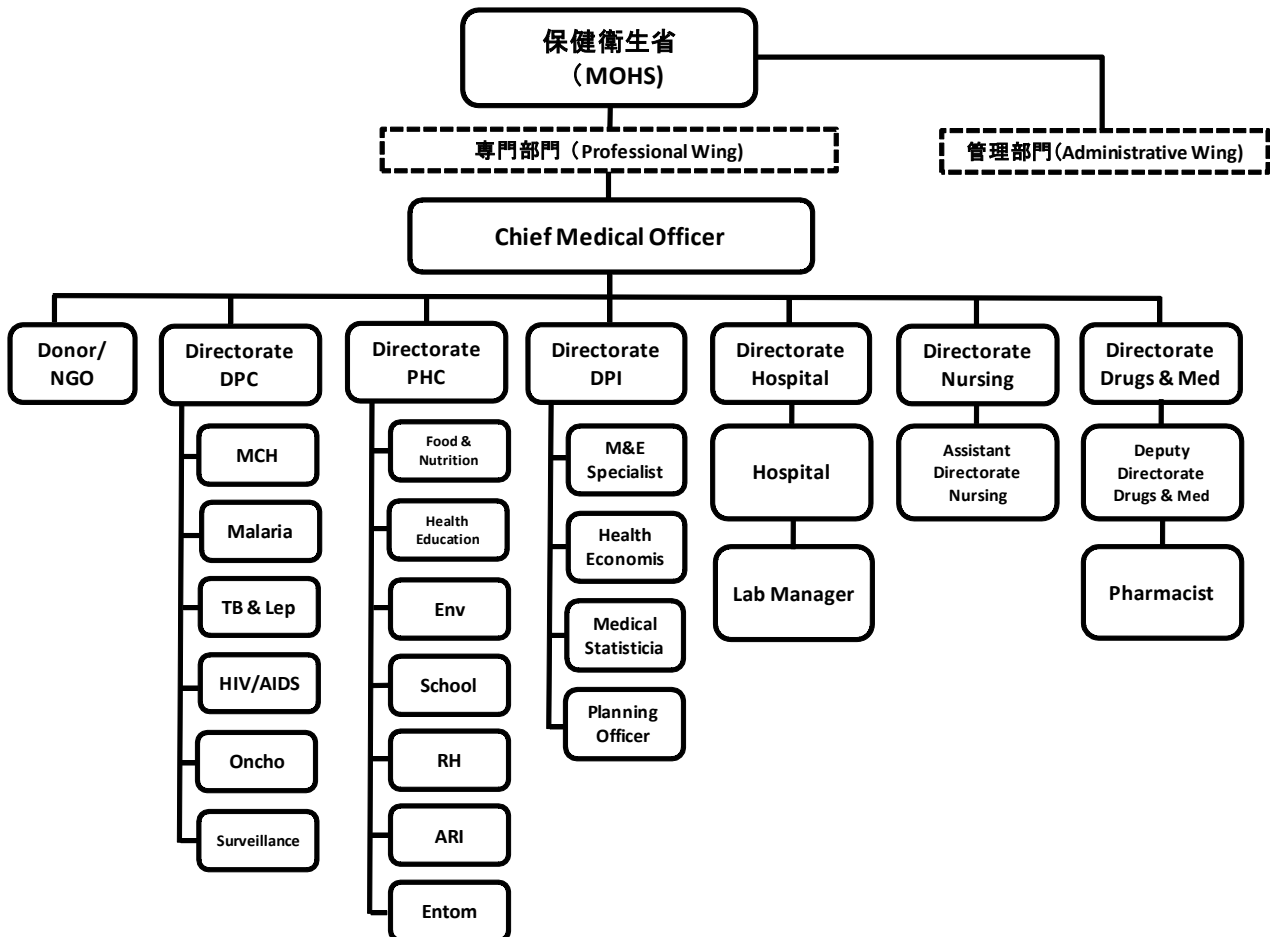
4-1 で述べたように、2010 年 4 月より、公的保健医療サービスへのアクセスの促進とサービスの質の改善を目指し、FHCI が実施されているが、2010 年に必要な予算は 35,840,173 米ドルで、その内ドナーによる支援は 31,016,801 米ドルであった。FHCI の主な支援は、DFID、AfDB、世界銀行、UNFPA、UNICEF による。DFID が最大のドナーであり、FHCI 予算の 50%近くを支出していた [60]。今後シエラレオネ政府は、保健セクターへの持続的な資金源を拡大するため、FHCI 以外の医薬品への医薬品回転資金、国民医療保険制度、新たな資金源の検討、2 年ごとの国家保健会計（NHA）の実施等に取り組む方針である [13]。

5.5 保健行政システム

5.5.1 保健衛生省の組織と役割

保健衛生省（MOHS）（以下、保健省）は、専門部門と管理部門（財務等の支援業務を行う）から成る。

図 5-5 は、専門部門のみを記載した組織図である。



出典：MOHS ホームページ [61]より作成

図 5-5 保健衛生省(MOHS)組織図

保健省の下には、DMOの監督下にある 13 のDHMTがある。DHMTは、県保健計画の実施管理のフォーカルポイントであり、管轄地域のPHUにより、PHC活動の管理・監督を行う。各施設は、管轄地域の伝統的助産師を含むCHWの人員を監督する。DHMTは、コミュニティワーカーからの報告を含む保健施設からのデータについて、保健省に提出する義務を負っている⁴⁴。

5.5.2 地方分権化

シエラレオネの3つの行政レベルは中央政府、地方議会、首長区議会であり、地方政府法制（2004）（Local Government Act-2004）が、地方議会に法的枠組みを与える唯一の法令となっている。本法令の地方分権化政策により、保健サービスは、2004-2008年の間に地方議会に移譲された権限の一つであり、2008年

⁴⁴ 西部地域 DHMT 聞き取り情報（2012年2月）

以降 19 の地方議会が県病院と PHU への予算配分と管理における主要な役割を担うことになった。具体的には、第 1 次・2 次保健サービス提供、保健教育、PHU と県病院の医薬品の調達、環境保健、安全な水の供給等である。保健計画と予算については、DHMT が作成し、地方議会が審査する。その後地方議会と保健省に承認された後、保健省・財務省に予算要求が提出される。

一方、保健省の役割は、政策策定、資金調達、能力強化、技術支援、中央が調整するサービスの提供、感染症対策、全般的なセクターパフォーマンスとトレーニングのモニタリング評価等となっている。また、第 3 次医療については、分権化はまだ行われておらず保健省の管轄となっている [11] [41] [62]。

第6章 ドナーの協力状況

6.1 援助協力枠組み

6.1.1 現状

2.4 で述べたように、2011年12月に「保健協定」が政府関係省庁と主要な保健セクターパートナーの間で任意で署名され、セクターワイドアプローチによる援助の一元化や効率的な支援の調整の議論がされているが、現在のところ、保健セクターの支援は、無料ヘルスケアイニシアティブ（FHCI）への支援、英国国際開発省（DFID）、欧州連合（EU）、世界銀行、アフリカ開発銀行（AfDB）が一般財政支援およびセクターへの一部予算支援を行っている以外は、プロジェクトベースの予算外勘定の支援がほとんどである。保健システム強化の支援も、主に各プロジェクトを通じて行われることが多く、長期的な能力向上の視点を欠くことが多いと指摘される。現在、世界銀行、DFID、アイリッシュエイドが、リプロダクティブ・子どもの健康戦略に対し資金提供を約束しており、プールファンドを設置するための議論が行われている [1] [16] [38]。

シエラレオネにおける政府と開発パートナーの調整メカニズムは、財務省下では、「開発援助調整局」（DACO）が、一般支援の調整を行っており、一方、保健省下では「ドナー/非政府組織（NGO）リエゾンオフィス」が、開発パートナーとのセクターレベルの調整を行っている。両レベルとも支援の流れを把握するためのマッピングを行うことを優先課題としているが、調整が適切に行われておらず、中央レベルとセクターレベルでの活動の重複や一貫性の欠如が起こっている。また、国際 NGO、宗教系組織（FBO）、国連機関の支援が適切に報告されていないため、保健セクター支援の全体像を把握する障害となっている [38]。

6.1.2 ドナー調整会議

保健省を含めないドナー調整会議はDFIDと国連児童基金（UNICEF）の議長により毎月開催されている。保健省との会合は、チーフ医務官が議長を務めているが開催は不定期である。その他サブセクターグループが立ち上げられ、一部頻繁な会合が行われている。また世界保健機関（WHO）は、保健協定、Joint Programme of Work and Funding（JPWF）⁴⁵などで、テクニカルな主導権を持っている。ドナー調整会議では、活動計画（2011.6-2012.5）を作成して重点取組分野を協議しているが、新たな活動計画について、今後戦略等が議論される予定である。

表 6-1 は、国家保健セクター戦略計画（NHSSP）（2010-2015）の6つの柱に基づく、ドナーの支援分野である。

⁴⁵ 現在、シエラレオネでは NHSSP で定められた長期的政策と戦略にリンクする介入を一元化する取り組みとして、最初の JPWF（3年間計画）の策定が行われている。

表 6-1 各ドナーによる NHSSP の主な支援分野

1. リーダシップとガバナンス	DFID, WHO, EU, 世界銀行, アイリッシュエイド
2. サービス提供	DFID, UNICEF, EU, 世界基金, 米国
3. 人的資源	DFID, WHO, UNICEF, 世界基金, EU, ADB, 米国
4. 保健財政	世界銀行
5. 医薬品と関連	DFID, UNICEF, 世界基金, UNFPA, 米国
6. 保健情報	WHO, UNICEF, 世界基金, DFID, 米国, JICA

出典：GHI Strategy for Sierra Leone, US Embassy Free Town (2011) [16]

6.2 ドナー協力実績

表 6-2 は、主要ドナーの支援状況をまとめたものである。全てのドナーが、主要課題とされている母子保健分野への支援を行っており、世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）の優先度スコアが最高値（12）となっているマラリアへの支援も集中している。また、保健システムに対しても全てのドナーが支援を行っている。

表 6-2 主なドナー機関の支援状況（世界基金除く）

	国別戦略計画	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	システム強化
UNICEF	国別プログラムペーパー (2008-2012)	○	○	○		○		○
WHO	国別支援戦略 (CCS) (2008-2013)	○	○	○	○	○	○	○
DFID	国別活動計画 (2011-2015)	○	○	○		○		○
米国・USAID	シエラレオネグローバルヘルス戦略 (2011-2015)	○	○	○	○	○	○	○
EU	国別戦略ペーパー (2008-2013)	○	○					○
世界銀行	AfDB と世界銀行の共同支援戦略 (2010-2013)	○	○	○	○			○

出典：Operational Plan 2011-2015-Sierra Leone, DFID (April 2011) [4]
Global Health Initiative for Sierra Leone, US Embassy Freetown (2011) [16]
Country Strategy Paper and National Indicative Programme for Period of 2008-2013, Sierra Leon-EC (December 2008) [63]
Country Cooperation Strategy-2008-2013, WHO (2009) [1]

表 6-3 は、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。シエラレオネは、HIV/エイズの低感染国であるが、HIV/エイズ対策の合意支援額が最も多く（63,787,710 米ドル）、主要な疾病・死亡原因となっているマラリア対策（46,581,326 米ドル）を上回る額となっている。

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 (米ドル)	資金受入責任機関
HIV/エイズ	R4	2005/6-2010/8	17,820,803	NAS
	R6	2008/2-2010/8	9,674,319	NAS
	SSF	2010/9-2012/12	36,292,588	NAS
結核	R2	2004/1-2008/12	5,030,837	赤十字
	R7	2008/11-2013/10	7,154,572	MOHS
マラリア	R4	2005/5-2007/4	6,956,097	赤十字
	R7	2008/11-2013/10	12,317,290	MOHS
	SSF	2011/8-2013/12	5,632,236	カトリック・リリーフ・ サービス (CRS)
	SSF	2011/8-2013/12	21,675,703	MOHS

SSF：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

NAS：国家エイズ事務局、MOHS：保健衛生省

出典：Sierra Leone-Grant Portfolio, GFATM (3 April 2012) [43]

6.3 日本の協力実績と現状把握

1990年代の内戦（1991-2002）のため、日本政府は、二国間援助を停止し、国際機関を経由した支援を実施していたが、2005年より本格的な援助を再開し、無償資協力および技術協力を実施している。基本方針は、「人間の安全保障」の考えに基づき、「平和の定着」、「地方農村開発」を重視した支援の実施である。シエラレオネにおける、JICAの保健セクター事業概況は表6-4のとおりである。

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・バイ協力				
協力年度・期間	スキーム	名称	協力金額	目標・内容等
2004年度	無償	小児感染症予防計画 (ユニセフ経由)	1.33 億円	ワクチン、コールドチェーン関連機材、蚊帳等の調達に必要な資金供与
2005年度	無償	小児感染症予防計画 (ユニセフ経由)	3.10 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)	2.29 億円	同上
2007年度	無償	小児感染症予防計画 (ユニセフ経由)	2.58 億円	6 県（ボンバリ、コナイドゥグ、コノ、カイフラン、ケネマおよびブジェフン）を対象として、1 歳未満児と妊産婦に対して長期残効型殺虫剤処理蚊帳の配布、5 歳未満児および妊産婦に対して抗マラリア薬の投与、並びに全国の 1 歳未満児を対象として結核予防ワクチンの接種を実施に必要な資金供与
2008年度	無償	フリータウン母子保健改善	100 万米ドル	
2009/2/11-2010/2/28	無償	感染症予防計画 (ユニセフ経由)	2.66 億円	全国を対象にワクチン接種やマラリア対策に必要な資金供与
2009/12/4-2010/6/30	無償	小児感染症予防計画 (ユニセフ連携)	1.22 億円	同上

技術協力プロジェクト		
協力年度・期間	名称	目標・内容等
2008/5/11-2011/5/11	地域保健改善プロジェクト	コミュニティのニーズに基づいた保健サービスを提供するカンビア県保健行政能力強化

注： 2011 年度の要望調査にて、技術協力プロジェクト「サポータティブスーパービジョンシステム強化プロジェクト」が採択されている。

個別専門家		
協力年度・期間	名称	目標・内容等
2011/6/1-2012/3/31	保健セクターの統合的スーパービジョン強化	国から県に対する統合的サポータティブスーパービジョンの効果的な体制およびモデル構築

出典：政府開発援助（ODA）国別データブック 2011、外務省（2010 年 8 月） [64]
対シエラレオネ国事業展開計画、外務省（2009 年 5 月 8 日） [65]
国際協力機構ノレッジサイト [66]

第 章 保健セクターの優先課題

シエラレオネにおける優先課題とその背景

健康状態における問題

シエラレオネでは、内戦後の保健インフラおよびサービスシステムの再建の取り組み、保健プログラム（マラリア、結核、予防接種拡大計画（EPI）等）の実施が推進され、サービス提供は徐々に改善しているが、国の経済・社会インフラはいまだ脆弱であり、保健サービスシステムも十分に機能しているとはいえない。シエラレオネでは、新生児および乳児死亡、妊産婦死亡がアフリカ諸国の中でも最も高い国の一つであり、まずこの問題に取り組むことが保健セクターにおける喫緊の課題であり、開発プロセスにおける政府の責務と認識されている。

高い新生児、乳児、妊産婦死亡の背景

1 章から 6 章までに整理した現状より、上記課題の背景を整理すると、図 7-1 のように、貧困によって基礎体力が十分に維持できない受益者側の問題と、サービス提供体制の不備、アクセスの不均衡というように整理できる。

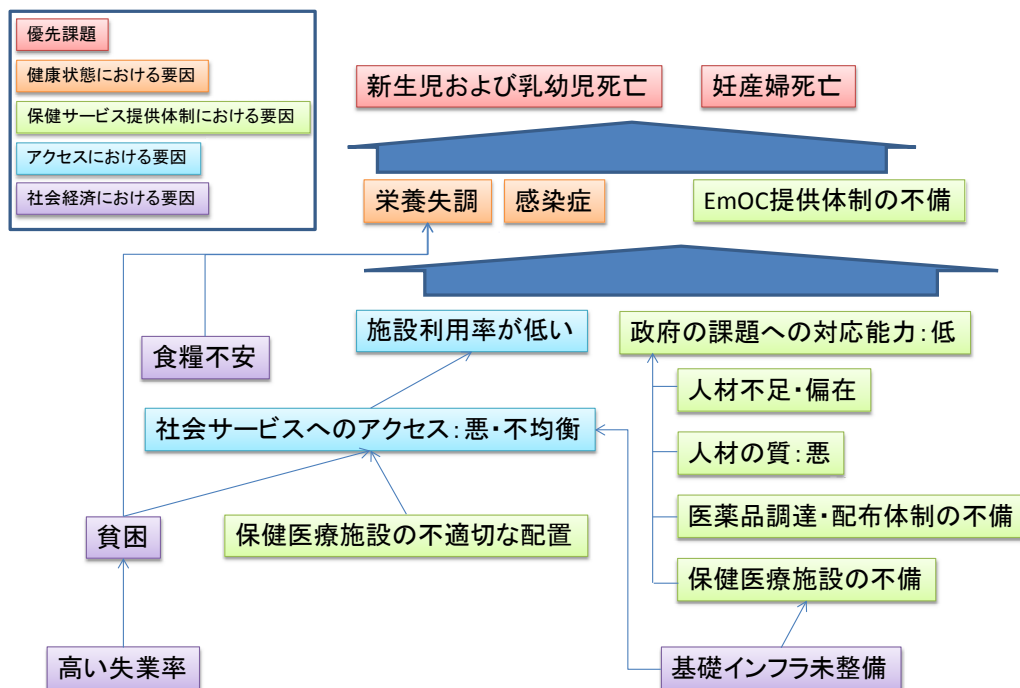


図 7-1 シエラレオネ保健セクターの課題の背景要因

貧困

シエラレオネでは、人口の 60%以上が絶対的貧困状態にあるといわれ、失業率も高く、多くの国民が劣悪な住環境にあり、保健、安全な飲料水・衛生施設、教育等の社会サービスへのアクセスも限定されている。近年、非感染性疾患の増加も見られるが、マラリア、下痢症、急性呼吸器疾患等の感染症の疾病負担が重く、特に子どもの疾病・死亡の主要原因となっている。

(2) 食糧不安と栄養不良

食糧不安も高く、栄養失調は深刻な問題となっている。栄養失調は、子どもの疾病のリスクを増加させ、疾病の重症化を引き起こす等主要な死亡原因ともなっている。また妊婦の鉄欠乏、低体重等も妊産婦死亡のリスクを高める要因である。

(3) 保健サービス提供体制の不備

保健サービスにおける優先課題は、子どもの死亡の主要な原因である感染症、栄養状況の改善、さらに妊産婦死亡改善のための産前・産後健診、施設分娩、緊急産科ケア、家族計画サービスの提供、リファラル体制の整備であるのは明らかであるが、既存の保健サービスシステムがこのような課題に十分対応できていないのが現状である。つまり、保健人材の絶対的な不足に加え、都市（特に首都）への人材の集中、公的保健施設での人材確保の難しさ、技術レベル、モチベーションやモラルの低さ、調達、配布、管理の不備による保健施設における医薬品等の不足や在庫切れ、並びに水、電気等のインフラ、医療機材、ラボ等の基本的設備の不備、農村地域への配慮の欠いた保健施設設置、第1次から3次施設までのリファラル体制の不備等、保健システムにおける多くの課題があり、ニーズに対応できるサービス提供が行えない状況がある。特に異常出産に対応するためのリファラル体制が整備されていないことが、妊産婦死亡の重要な一要因となっている。

(4) 保健サービスへのアクセスにおける格差

このような状況下、国民の公的施設の利用は、1人あたり年0.5回と低い。保健サービスを受けるための個人負担の割合は非常に高く、貧困層を経済的に圧迫する結果となっている。また、経済的に恵まれているグループの方が、公的支援によるサービスの恩恵を受ける傾向にあり、貧困層が裨益する公平性の高いサービス提供が行われていないことが指摘されている。サービスの利用者が、保健施設の利用をためらうのは、施設へのアクセスが難しい点と経済的な負担が大きいためであり、これらの障害を除くサービス提供側の改革が求められていた。

7.1.3 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

(1) 国家としての取り組み

国家保健セクター戦略計画（NHSSP）（2010-2015）において保健システムにおける多くの課題が挙げられ、システム強化への取り組みが示された。また保健サービス提供手段として、産前健診、緊急産科ケア、マラリア等の感染症対策を含む妊産婦および子どもの死亡率を改善することを優先とした必須保健サービスの基本パッケージ（BPEHS）が定められた。しかしながら、保健システム基盤の改善が十分伴わない状況では、効果的なBPEHSのサービス提供は難しいと考えられた。

(2) 無料ヘルスケアイニシアティブ（FHCI）の課題

上記問題への取り組みとして、2010年4月に無料ヘルスケアイニシアティブ（FHCI）が導入されたが、これは、国民の保健サービスへの少なくとも経済的な障害を除くことを目的に、子どもおよび妊産婦死亡への緊急対応として開始された政府のイニシアティブである。保健施設へのアクセス、利用度は増加していると評価されている一方、問題点も多く、人材配置と能力強化、医薬品供給システム改善、実地管理とモニタリングが強く求められている。今後は、FHCIが貧困層と農村地域へどの程度裨益してい

るのか、子ども、妊産婦死亡の改善に寄与しているのか、実施上の問題点も含めた論証に基づき、戦略を検討していく必要がある。また FHCI 予算の多くをドナーに依存していることもあり、今後の財政的持続性についても議論の必要がある。

(3) 長期的な取り組みへの課題

政府はこのような、緊急、直接的なサービス提供の推進に加え、保健システム強化における人材、情報システム、サプライチェーンシステム等の長期的な取り組みにも力をいれていく必要がある。また保健施設の電気や水の供給、機能的リファラルシステム整備のための道路整備等、基本インフラの改善も同時に推し進めていくことが求められる。

7.2 日本の支援の可能性

日本政府は、無償資金協力を通じて、マラリア、結核等の感染症対策サービスに必要な資機材等の支援、また保健省のサービス提供の管理能力強化、および地方分権化により第1次・2次保健サービスの提供を担う県保健チームのキャパシティ構築を主眼とした技術協力を行ってきた。

(1) 保健システム強化への支援

今後も重要課題である子どもの疾病・死亡、妊産婦死亡の改善に直接寄与するサービス提供への支援を検討することができるが、質の高い保健サービス提供の障害となっているのは、前述のように保健システム全体のキャパシティ（実施管理システム、モニタリング評価（M&E）、人的資源、サプライチェーン、情報システム等）の弱さであり、サービス提供と保健システム強化（例えば人的資源強化）の双方の側面を含めた支援を検討することが望ましい。

(2) ユニバーサルアクセスへの支援

都市部と比較して貧困層がより多い農村地域における公的保健施設数、人材の配置は十分でなく、保健施設へのアクセスのよい都市部住民が、公的保健施設を利用する機会がより多いため、既存の保健サービスは、貧困層や農村住民に十分裨益していないと報告されており、サービスへのアクセスおよび提供の公平性を促す支援も検討していくことが適切である。

(3) 長期的な戦略への考慮

現在、政府と保健セクタードナーの間で、保健協定、Joint Programme of Work and Funding（JPWF）等を通じ、長期的視野にたったより戦略的な支援と効率的資金活用について、セクターワイドアプローチ、プールファンド等を含めた議論が行われている。支援の方向性に関しては、今後の政府の方針、ドナー動向を含め検討していくことが必要である。

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(シエラレオネ共和国)

国名: シエラレオネ共和国 (Republic of Sierra Leone)				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	3,981,567	4,143,115	5,867,000	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	1.3	2.8	2.2	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	38.7	39.7	47.4	2010	54.3	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		0.1.04	粗出生率	Birth rate, crude (per 1,000 people)		WDI	43.6	43.8	38.6	2010	37.4	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		0.1.05	粗死亡率	Death rate, crude (per 1,000 people)		WDI	24.5	23.1	15.7	2010	12.6	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		0.1.06	都市人口率	Urban population (% of total)		WDI	32.9	35.5	38.4	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	200	150	340	2010	1,188.5	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		0.2.02	経済成長率	GNI growth (annual %)		WDI	(2.1)				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	66.0		92.8	2011	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			40.9	2009	62.3	(2009)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		0.2.06	人間開発指標	Human Development Index		HDR	0.06	0.28	0.34	2011	0.46	(2011)	Sub-Saharan Africa	
		0.2.07	人間開発指標の順位	Human Development Index (rank)		HDR	159/160	173/173	180/187	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	44.8		20.3	2003	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	38	46	55	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	11	11	13	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			1,042	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			763	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			92	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			77.1	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			17.7	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			5.2	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			85	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			10	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			5	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	1,300	1,300	970	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		146.4	120.0	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	276.0	232.8	174.0	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	162.1	141.9	113.7	2010	76.4	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		1.2.05	低体重児出生率	Low-birthweight babies (% of births)		HNP Stats			23	13.6	2008	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	5.7	5.7	5.0	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				0.6	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				1.5	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			36,141	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			103	2008	96	(2009)	Sub-Saharan Africa	
				b) Malaria death rate per 100,000 population, ages 0-4	6.6	MDGs Database			99	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	480	748	1,282	2010	479	(2009)	Sub-Saharan Africa	
		1.3.05	結核罹患率	Incidence of tuberculosis (per 100,000 people)	6.9	MDGs	207	377	682	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	59	87	146	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	0.1	0.9	1.6	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	1,000	2,800	2009				
	1.3.09	HIV新規感染率	HIV incidence rate, 15-49 years old, percentage (mid-point)		MDGs Database	0.01	0.23	0.14	2009					
	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	10.2	11.6	10.5	2008					
2 サービス提供の状況	2.1 母子保健対策	2.1.01	助産専門技術者の立会による出産の割合	Births attended by skilled health personnel, percentage	5.2	MDGs Database		41.7	42.4	2008				
		2.1.02	帝王切開率	Birth by caesarian section (%)		GHO			1.5	2008	3.5	(2011)	Africa	
		2.1.03	避妊具普及率	Contraceptive prevalence (% of women ages 15-49)	5.3	MDGs		4.3	8.2	2008	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		67.9	86.9	2008	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			56.1	2008	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			27.6	2008	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		37	82	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		74	99	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		64	96	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		44	90	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		46	89	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			90	2010	74	(2010)	Sub-Saharan Africa	

添付1:保健分野主要指標(シエラレオネ共和国)

国名: シエラレオネ共和国 (Republic of Sierra Leone)				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			21.5	2008				
	2.2.02	最後のハイリスクな性交渉におけるコンドーム使用率 (女性)	Condom use with non regular partner, % adults (15-49), female	6.2	MDGs			7.4	2008				
	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			27.6	2008	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		15.7	17.2	2008	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		0.7	0.62	2008	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		1.5	25.8	2008	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		60.7	30.1	2008	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		77	86	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			18.0	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			82.4	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			18.1	2010				
	2.2.12	HIV検査を受けた妊婦の割合	Pregnant women tested for HIV, estimated coverage (%)		GHO			50	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			19	2009				
	2.2.14	結核患者発見率	Tuberculosis case detection rate (all forms)		HNP Stats	7.7	24.0	32.0	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		77.0	79.0	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			100.0	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		23.4	58.2	2008	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			94.3		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			88.3		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		0.02	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		0.04	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		0.32	2008	1.00	(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		14.6	13.1	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		7.3	11.3	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		92.7	88.7	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		94.9	89.5	2010	xz	(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		3.9	6.4	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		6.6	20.6	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	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		22.0	42.5	2010	84.3	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)
			b) Per capita total expenditure on health (PPP int. \$)		GHO		57	110	2009	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		3.0	5	2009	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			0.4	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 (シエラレオネ共和国)

引用番号	資料名	発行元	URL など	発行年
1	WHO County Cooperation Strategy 2008-2013-Sierra Leone	WHO	http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_sle_en.pdf	2009 年
2	Summary of DFID's Work in Sierra Leone	DFID	http://www.dfid.gov.uk/Documents/publications1/op/sierra-leone-2011-summary.pdf	2011 年 5 月
3	Human Development Report 2011	UNDP	http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hdr/human_developmentreport2011.html	2011 年
4	Operational Plan 2011-2015-Sierra Leone	DFID	http://www.dfid.gov.uk/Documents/publications1/op/sierra-leone-2011.pdf	2011 年 4 月
5	The State of the World's Children 2011	UNICEF	http://www.unicef.org/publications/index_57468.html	2011 年 2 月
6	World Development Indicators	The World dataBank	http://databank.worldbank.org/	2012 年 5 月
7	National HIV/AIDS Operational Plan 2011-2012	NAS et al.	http://www.whosierraleone.org/1_docs/mohspartnersdocs/sl_operational_plan.pdf	2011 年 6 月
8	National Long-term Perspective Studies-Sierra Leone Vision 2015	GOSL	http://www.sl.undp.org/1_doc/Vision_2025.pdf	2003 年 8 月
9	An Agenda for Change-Second Poverty Reduction Strategy (PRSPII)	GOSL	http://unipsil.unmissions.org/portals/unipsil/media/publications/agenda_for_change.pdf	2009 年
10	Millennium Development Goals Progress Report 2010	GOSL	http://web.undp.org/africa/documents/mdg/sierraleone_september2010.pdf	2010 年 9 月
11	National Health Sector Strategic Plan 2010-2015	MOHS	http://www.health.gov.sl/home/.../NHSSP-2010-2015.pdf	2009 年 11 月
12	Strengthening of the M&E Component of the National Health Plan-Sierra Leone	WHO	http://www.who.int/healthinfo/country_monitoring_evaluation/SierraLeone_Report_Feb2011.pdf	2011 年 2 月
13	Health Compact	GOSL	http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/ihp_sierra_leone_compact_EN.pdf	2011 年 12 月
14	Malaria Control Strategic Plan 2011-2015	MOHS	http://www.health.gov.sl/home/national-malaria-control/138-sierra-leone-national-malaria-control-strategic-plan-2011-2015	2010 年 8 月
15	Basic Package of Essential Health Services for Sierra Leone	MOHS	www.afro.who.int/index.php?option	2010 年 3 月
16	GHI Strategy for Sierra Leone	US Embassy Freetown	http://www.ghi.gov/documents/organization/188011.pdf	2011 年
17	How did Sierra Leone provide free health care?	Donnelly, J (The Lancet, Volume 377, Issue 9775, Pages 1393 - 1396)	http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60559-X/fulltext	2011 年 4 月
18	Reproductive Health at Glance Sierra Leone	The World Bank	http://siteresources.worldbank.org/INTPRH/Resources/376374-1303736328719/SierraLeone42211web.pdf	2011 年 4 月
19	Health Information Bulletin (Vol2. No1)	MOHS	http://health-sl.org/home/documents/bulletin/HIS-bulletin-jan-jun-final.pdf	2010 年
20	Millennium Development Goals	The World dataBank	http://databank.worldbank.org/	2012 年 5 月

添付 2 : 参考文献リスト (シエラレオネ共和国)

引用番号	資料名	発行元	URL など	発行年
21	Childinfo - Monitoring the Situation of Children and Women.	UNICEF	http://www.childinfo.org/index.html	2012 年 5 月
22	MICS2	SSL and UNICEF	http://www.childinfo.org/files/sierraleone.pdf	2000 年 11 月
23	MICS3	SSL and UNICEF	http://www.childinfo.org/files/MICS3_Sierra_Leone_PreliminaryReport_2005_eng.pdf	2006 年 8 月
24	Sierra Leone Demographic and Health Survey 2008	SSL and ICF Macro	http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR225/FR225.pdf	2009 年 11 月
25	Maternal, Newborn and Child Survival Country Profiles	UNICEF	http://www.childinfo.org/profiles_973.htm	2010 年 5 月
26	Country Progress Report	NAS	http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/progressreports/2012countries/country_profiles/SL_Narrative_Report[1].pdf	2012 年 3 月
27	2010 Sierra Leone UNGASS Progress Report	NAS	http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/fr/33573.fr.pdf	2010 年 3 月
28	The World Malaria Report 2011	WHO	http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2011/en/	2011 年 12 月
29	NLTCP 2010 Annual Report	MOHS	http://ebookbrowse.com/usm-a-tbs-09-06-pdf-d202910700	2011 年 11 月
30	Tuberculosis Control Report 2011	WHO	http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/	2011 年 10 月
31	Sierra Leone-Commemorate World TB Day 2011	WHO	www.afro.who.int/index.php?option	2011 年 3 月
32	Sierra Leone-Tuberculosis Profile	WHO	http://www.who.int/tb/data	2012 年 5 月
33	The State of Food Security and Nutrition in Sierra Leone 2011-CFSVA	GOSL et al	http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Full_Report_2338.pdf	2011 年 9 月
34	The Nutritional Situation of Sierra Leone	UNICEF	http://www.health.gov.sl/home/documents/Nutrition/SMART%20Nutrition%20Survey%20Final.pdf	2010 年 10 月
35	Nutrition at Glance-Sierra Leone	World Bank	http://siteresources.worldbank.org/NUTRITION/Resources/281846-1271963823772/SierraLeone41211web.pdf	
36	WHO Newsletter-Nutrition Survey January-March 2011	WHO	http://www.whosierraleone.org/3_media/newsletter/marchapril2011.pdf	2011 年
37	Reducing Maternal Mortality in Developing Countries, Evidence from Sierra Leone	Nabieau, S.E. and Kamara A.	http://paa2009.princeton.edu/download.aspx?submissionId=91969	2009 年
38	Moving Toward a Sector-wide Approach (SWAp) for Health in Fragile States: Lessons Learned on the State of Readiness in Timor Leste, Sierra Leone and Democratic Republic of Congo	Rothmann I et al. (Royal Tropical Institute-KIY Working Paper Series)	http://www.kit.nl/net/KIT_Publications_output/showfile.aspx?e=1749	2011 年
39	Sierra Leone's Successful Health Financing Reforms: Important Lessons for Sub-Saharan Africa	Yates, R.	http://ihea2011.abstractssubmit.org/presentations/956/	2011 年 7 月

添付 2 : 参考文献リスト (シエラレオネ共和国)

引用番号	資料名	発行元	URL など	発行年
40	Redesigning Free Care in Sierra Leone	MLI	http://www.ministerial-leadership.org/sites/default/files/events/event_files/Sierra%20Leone%20Country%20Spotlight.pdf	
41	At a Crossroads-Sierra Leone's Health Care Policy	Amnesty International	http://www.amnesty.org/en/library/asset/AFR51/001/2011/en/4de27bf1-aebb-4944-8005-1458b4c44edb/afr51012011en.pdf	2011 年 8 月
42	National Strategic Plan on HIV/AIDS	NAS et al.	http://www.nas.gov.sl/images/stories/publications/Sierra%20Leone%20National%20Strategic%20Plan%20on%20HIV%202011-2015.pdf	2011 年 4 月
43	Sierra Leone-Grant Portfolio	GFATM	http://portfolio.theglobalfund.org/en/Grant/List/SLE	2012 年 4 月
44	National Malaria Control Policy Document	MOHS	http://www.health-sl.org/home/national-malaria-control/140-national-malaria-control-programme-policy	2010 年 12 月
45	Malaria Surveillance and Performance Report, October-December 2010	MOHS and WHO	http://www.health.gov.sl/home/reports/91-malaria-surveillance-and-performance-report-october-december-2010	2011 年 5 月
46	National Malaria Control Programme-Quarterly Program Report October-December 2010	MOHS	http://www.health.gov.sl/home/images/stories/resource/report/malaria%20program%20quarterly%20report%20oct-dec-2010_abridged%20version.pdf	2011 年
47	HIV/AIDS Assets and Strategic Focus	CDC	http://www.cdc.gov/globalaids/Global-HIV-AIDS-at-CDC/countries/SierraLeone/	2012 年 3 月
48	2010 Annual Report	NLTCP	http://www.stoptb.org/countries/tbteam/viewMission.asp?MID=1981	2011 年 5 月
49	Nearly 13,000 TB Case Reported in Sierra Leone	Vaccine News Daily	http://vaccinenewsdaily.com	2012 年 4 月
50	Sierra Leone National Food and Nutrition Policy	MOHS		2009 年 8 月
51	USAID Office of Food for Peace Sierra Leone Food Security Country Framework FY 2010-2014	USAID	http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADY135.pdf	2009 年 10 月
52	Rural Sierra Leone: Deprived of qualified health workers	Bendu S. M.	http://sierraleone365.com/health/rural-sierra-leone-deprived-of-qualified-health-workers	2012 年 5 月
53	Mohs holds Stakeholders Meeting to Validate Draft HRH Policy and Strategic Plan	WHO	http://www.whosierraleone.org/3_media/newscentre/hrhpolicyvalidation.html	2012 年 5 月
54	Monitoring, Evaluation of the National Health Sector Strategic Plan -A framework for results and accountability 2010-2015	MOHS		2011 年 12 月
55	Health Information System Strategic Plan 2007-2016	MOHS and HMN	http://www.who.int/healthmetrics/library/countries/HMN_SLE_StrPlan_Final_2007_08_en.pdf	2007 年 8 月
56	Proposal Form Round 10-Sierra Leone Malaria	GFATM	www.theglobalfund.org/.../SLE-R10-ML_Proposal_0_en_pdf	2010 年
57	国別医療情報「シエラレオネ」	国際協力機構		2010 年 12 月

添付 2 : 参考文献リスト (シエラレオネ共和国)

引用 番号	資料名	発行元	URL など	発行年
58	Health Nutrition and Population Statistics. (オンライン)	World Bank	http://databank.worldbank.org/ddp/home.do .	2012 年
59	Global Health Expenditure Database. Sierra Leone. (オンライン)	WHO	http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&COUNTRYKEY=84706	
60	Health Information Bulletin (vol.2. no3)	MOHS	https://blogs.worldbank.org/african/files/african/smaller-sierraleonehealthbulletin.pdf	2011 年
61	Government of Sierra Leone-Ministry of Health and Sanitation	MOHS	http://www.health.gov.sl/home/index.php?start=3	
62	The Local Government System in Sierra Leone	CLGF	http://www.clgf.org.uk/userfiles/1/files/Sierra%20Leone%20local%20government%20profile%202011-12.pdf	
63	Country Strategy Paper and National Indicative Programme for Period of 2008-2013	Sierra Leone-EC	http://ec.europa.eu/development/center/repository/scanned_sl_csp10_en.pdf	2008 年 12 月
64	政府開発援助 (ODA) 国別データブック 2011	外務省	http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryo/kuni/11_databook/pdfs/05-19.pdf	
65	対シエラレオネ国 事業展開計画	外務省	http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/seisaku/jigyuu/pdfs/s_leone.pdf	2009 年 5 月
66	国際協力機構ノレッジサイト	国際協力機構	http://gwweb.jica.go.jp/km/FSubject0501.nsf/NaviSubjTop?OpenNavigator	2012 年
67	Njala University-Sierra Leone	Njala University	http://www.njalauniversity.net/schools	