

保健セクター情報収集・確認調査

モザンビーク共和国 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
12-113

保健セクター情報収集・確認調査

モザンビーク共和国 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 モザンビーク・新メティカル=2.868 円

(2012 年 7 月 JICA 精算レート)

本報告書の内容は、対象各国における保健セクターの現状、課題やその要因、当該国の政策的優先課題等を各国個別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のにもかかわらず、特にサハラ以南のアフリカにおいては、2015年までのミレニアム開発目標4（子どもの死亡削減）、5（妊産婦の健康状態の改善）および6（HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病のまん延防止）の達成見通しが立たないなど、期待された成果が見えていない国や地域が多く存在する。これらのことから、途上国の保健セクターの新たな課題として、資金投入を増やして全ての人が医療サービスを受けることが出来るユニバーサルカバレッジ³を達成させると同時に、経済的に困窮しない資金投入の仕組み（More Money for Health⁴）への継続的な取り組みのみならず、保健セクターへの投入レベルで、いかに保健サービスのカバレッジや質や成果のレベルを向上させるか（More Health for Money⁵）についても重視されてきている。

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

<本調査の目的>

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

<報告書の構成>

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

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

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

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

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

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

用語集

略語	英語	日本語
ART	Anti-retroviral Therapy	抗レトロウイルス療法
ARV	Anti-retroviral Drug	抗レトロウイルス薬
BCG	Bacille Calmette Guerin	カルメット-گران菌
CIDA	Canadian International Development Agency	カナダ国際開発庁
CNCS	Conselho Nacional de Combate ao SIDA	国家エイズ委員会
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
EPI	Expanded Programme on Immunization	予防接種拡大計画
GDP	Gross Domestic Product	国内総生産
GNI	Gross National Income	国民総所得
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウイルス
ICS	Instituto de Ciências de Saúde	養成学校
IMCI	Integrated Management of Childhood Illness	小児疾病統合管理
ITN	Insecticide-Treated Mosquito Net	殺虫剤処理済蚊帳
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人国際協力機構
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
NGO	Non-Governmental Organization	非政府組織
NHS	National Health Service	国家保健サービス
IRS	Indoor Residual Spraying	屋内残留噴霧
ORT	Oral Rehydration Therapy	経口補液療法
PEN III	National Strategic Plan for HIV/AIDS:	第3次国家 HIV 戦略計画
PEPFAR	The President's Emergency Plan for AIDS Relief	米国大統領エイズ救済緊急計画
PHC	Primary Health Care	プライマリヘルスケア
SAPHI	The Strategy for the Acceleration of Prevention of HIV Infection	国家 HIV 予防戦略
UNDP	United Nations Development Programme	国連開発プログラム
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
USAID	United Nations Agency for International Development	米国国際開発庁
WHO	World Health Organization	世界保健機関



出典： <http://www.freemap.jp/blankmap/> (2012年6月15日アクセス)

モザンビーク共和国

要約

1. モザンビークは 1975 年の独立後に内戦を経験し、保健施設が破壊されるなど影響を受けたが、内戦終結後は西側諸国との関係を深め政治は安定している。輸出用換金作物や鉱物資源などによる高い経済成長により、1 人あたり所得も徐々に増えた。しかし国民の 8 割は小規模農家で自給自足で暮らしており、製造業など労働集約型産業が未発達なため、都市部では失業率が高く、国民の 54% が貧困層である（2009 年）。エイズをはじめとする感染症による死亡の多さも国民経済に影響を与えている。
2. 国家開発計画では貧困削減が大きな目標となっており、貧困削減行動計画（PARP：2011-2014）では 2014 年までに貧困率を 42% に削減する目標を掲げている。重点分野の 1 つ、人間・社会開発の中に保健セクターもその 1 分野として位置付けられ、アクセスの公平性を目標に掲げている。また、保健セクター戦略計画（2007-2012）では、母子の死亡を削減することを最大の目標に、サービスへのアクセス向上のための戦略を定めている。
3. 乳児死亡率、平均余命など代表的な保健指標の多くは、サブサハラ・アフリカの平均値より悪い。貧困を起因とする疾病が多く、感染症・周産期死亡などによる死因が 65% 以上を占め、疫学転換前の疾病構造と言える。特に妊産婦死亡は高止まり傾向が続いていることに加え、HIV 感染拡大による負担も大きく、妊産婦死亡や結核による死亡にも大きな影響を及ぼしている。栄養不良は全ての州で 25% - 50% 程度の子どもが慢性栄養不良であり、健康状態に大きな影響を及ぼしている。
4. 母子保健サービスは、産前健診を 1 回は受けた妊婦の比率は 92% と高いものの、施設分娩比率は 55%、避妊普及率は 16% と低く、緊急産科ケアの普及も限定的である（2008 年）。小児疾病統合管理（IMCI）が 2000 年より導入されているが、下痢症になっても過半数の子どもが何の治療も受けないなど、普及は遅れている。HIV/エイズ対策は、国家エイズ委員会（CNCS）が様々なセクターを巻き込んで調整およびモニタリング評価を行っている。HIV 検査・カウンセリングの受診率は 47% に向上しており（2008 年）、治療・ケアへのアクセスも拡大している。マラリアについては、殺虫剤処理済蚊帳の普及がまだ 25% と低く、いまだに病院での死亡の 26% を占めている。結核対策は直接監視下における短期化学療法（DOTS）普及率は 7 割に達したが、コミュニティでのサービスのアクセスに課題がある。
5. 保健サービスは 1 次から 4 次までの保健医療施設によって提供されており、徐々に施設数も増えている。保健人材の不足は危機的状況にあり、人口あたり医師数・看護師数とも南部アフリカの平均値を大きく下回っている。医師は首都マプト市に集中し、また給与の安さなどから民間や海外への人材流出も続いている。政府予算の中で、保健分野は教育に次いで高い比率を占めているものの、必要なサービスに対して財源は著しく不足しており、保健支出の過半は援助機関からの資金である。
6. 28 の援助機関が保健分野を支援しており、うち 19 の機関がコモンファンドを通じた一般財政支援を行っている。我が国は保健分野を行政能力向上のための支援として位置付け、主に人材育成と感染症対策を行ってきた。
7. モザンビークの保健セクターの課題の根底には貧困や教育レベルの低さがあり、保健セクター以外の分野での開発の進捗とともに支援をすることが望ましい。政府および援助機関も、感染症対策や保健システム強化といった優先課題への取り組みを行っており、日本としては、今後もニーズが大きいと考えられる、HIV/エイズ感染対策や人材育成への支援を通じて、保健システムの強化に貢献することが可能である。

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
モザンビーク共和国

目次

第1章	一般概況	1-1
第2章	開発政策	2-1
2.1	国家開発政策	2-1
2.2	保健セクターの開発計画	2-2
第3章	国民の健康状態	3-1
3.1	概況	3-1
3.2	母子の健康状態	3-2
3.2.1	母親の健康	3-2
3.2.2	子どもの健康	3-3
3.3	感染症の状況	3-4
3.3.1	HIV/エイズ	3-4
3.3.2	マラリア	3-6
3.3.3	結核	3-7
3.4	栄養不良	3-7
第4章	サービス提供の状況	4-1
4.1	母子保健サービス	4-1
4.1.1	妊産婦保健サービス	4-1
4.1.2	子どもの保健サービス	4-2
4.2	感染症対策の現状	4-3
4.2.1	HIV/エイズ対策	4-3
4.2.2	マラリア対策	4-4
4.2.3	結核対策	4-5
第5章	保健システムの状況	5-1
5.1	管理・監督機能（ガバナンス）	5-1
5.1.1	保健行政	5-1
5.1.2	サービス供給体制	5-1
5.2	保健人材	5-2
5.2.1	概況	5-2
5.2.2	政策・戦略	5-3
5.2.3	人材育成	5-3
5.3	保健財政	5-3
5.4	情報供給機能	5-5
5.5	医薬品の供給機能	5-5

第6章	ドナーの協力状況	6-1
6.1	援助協調の枠組み	6-1
6.2	ドナー協力実績	6-1
6.2.1	概況	6-1
6.2.2	世界保健機関（WHO）	6-1
6.2.3	世界銀行	6-1
6.2.4	世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）	6-1
6.2.5	カナダ国際開発庁（CIDA）	6-2
6.2.6	アイルランド（Irish Aid）	6-2
6.3	日本の協力実績と現状	6-2
6.3.1	対モザンビーク協力方針と保健分野の位置づけ	6-2
6.3.2	保健分野における日本の協力	6-2
第7章	保健セクターにおける優先課題	7-1
7.1	保健セクターにおける優先課題とその背景	7-1
7.1.1	保健分野における問題	7-1
7.1.2	問題に対する政府および援助機関の取り組みと今後の課題	7-1
7.2	日本の支援の可能性	7-1

添付資料

- 添付1： 保健分野主要指標
- 添付2： 参考文献リスト

図表目次

図 3-1	主な死因（全年齢）	3-1
図 3-2	妊産婦死亡率（出生 10 万対）の推移.....	3-2
図 3-3	乳児死亡率と 5 歳未満児死亡率（出生千対）の推移（1997- 2008）	3-3
図 3-4	5 歳未満児の死因（2008）	3-3
図 3-5	州別の 5 歳未満児死亡率（出生千対）（1999 - 2008 の平均値）	3-4
図 3-6	性別、都市・地方別の HIV 感染率（2009）	3-5
図 3-7	州別 HIV 感染率（15-49 歳、2009）	3-5
図 3-8	診断されたマラリア患者の分布（人口千対）（2010 年）	3-6
図 3-9	マラリア有病率の推移	3-7
図 3-10	結核の有病率・死亡率・発見率の推移（1990-2010）	3-7
図 3-11	5 歳未満児における発育障害の比率（2008）（%）	3-8
図 5-1	人口 10 万あたりの保健人材数の推移.....	5-2
図 5-2	保健支出財源の推移	5-4
図 5-3	財源別保健予算額の推移（単位：百万メティカル）	5-5
表 1-1	モザンビークの主要指標	1-1
表 2-1	第 4 次 5 ヶ年計画での保健分野における主な目標.....	2-1
表 2-2	州別人口と貧困率の推移	2-1
表 2-3	貧困削減行動計画での保健分野における主な目標.....	2-2
表 2-4	保健セクター戦略計画（2007 - 2012）の目標.....	2-2
表 3-1	主要保健指標の周辺諸国との比較.....	3-1
表 3-2	法定伝染病の主な疾患および死因（2005 年）	3-2
表 3-3	MDG 関連保健指標	3-2
表 3-4	栄養指標の推移	3-8
表 4-1	産前健診受診率と受けた検診の割合（2008）	4-1
表 4-2	施設分娩比率と分娩介助者（2008）	4-2
表 4-3	緊急産科ケアの状況	4-2
表 4-4	ワクチン接種率の推移	4-3
表 4-5	産前健診で HIV 検査・カウンセリングを受けた女性の割合（2008）	4-4
表 4-6	マラリア対策の指標の推移	4-4
表 4-7	DOTS 普及率（2007）	4-5
表 5-1	モザンビークの保健サービス供給システム.....	5-1
表 5-2	州別の病院数（2007）	5-1
表 5-3	主な医療従事者数と人口あたり人数の推移.....	5-2
表 5-4	近隣諸国との人口あたり医師数・看護師数の比較（2010）	5-2
表 5-5	州別の人口あたり医師数・看護師数（2010）	5-3
表 5-6	1 人あたり保健支出と GDP に占める保健支出比率の近隣国との比較（2006）	5-3
表 5-7	セクター別支出比率の推移（%）	5-4
表 6-1	ドナー協力状況	6-1
表 6-2	世界基金の支援状況	6-2
表 6-3	日本の保健分野における主な支援実績（2005 年以降）	6-3

第1章 一般概況

モザンビーク共和国（以下、モザンビーク）は、アフリカ南東部に位置し、日本の 2.1 倍の面積に人口は約 2,300 万人で、人口の約 99%がバントゥー系黒人である。公用語はポルトガル語だが、ポルトガル語を話す人口は 35%ほどで様々な部族語が混在する。宗教はカトリックが 23%、イスラム教 17%などとなっている。

1975 年にポルトガルから独立後、1992 年まで内戦を経験し、多くの保健施設や学校が破壊され医師が殺害・誘拐されるなど保健セクターは大きな損害を受けた。内戦終結後は政治も安定し、複数政党制と自由主義経済を規定した新憲法のもと、西側諸国との友好関係を深めている。1995 年には周辺の英語圏諸国との経済的結びつきを深めるため、英連邦に加盟している。経済は農業を主体としており、カシューナッツ、砂糖、綿花等の輸出用換金作物の生産が多く、エビ等の水産資源も豊富である。石炭、チタン、天然ガス、原油など鉱物資源も豊富であり、日本企業も参加したアルミ精錬プロジェクトなどが経済を牽引してきた。これらの結果、2001 年以降、年率 6~10%の経済成長を達成し、2010 年も 6.6%の成長を実現した。

国家の経済運営は順調に進んでいるものの、国民の 8 割は小規模農業に従事しており、天候に左右される原始的農業が中心で多くが自給自足の生活をしているため、不安定な農業収入に依存した経済構造となっている。製造業は首都マプト市周辺のみが存在し、労働集約型産業が育っていないため、都市部は失業率が 40%に達していると見られ、貧困も深刻である [1]。1 人あたり GNI は 440 ドル（2010）、貧困ライン以下人口は 1996-97 年の 69%から減ったとはいえ、いまだ 54%と人口の過半を占めており、人間開発指数では 187 カ国中 184 位（2011）と、世界の最貧国となっている。所得レベルの低さと HIV/エイズ、マラリア、結核などの感染拡大による死亡の増大が経済にも大きな影響を与えており、人間開発指数の改善を遅らせている。表 1-1 にモザンビークの主要な社会経済指標を示す。

表 1-1 モザンビークの主要指標

指標	数値	単位	年
人口	23,390,000	人	2010
人口増加率	2.3	%	2010
平均寿命（出生時平均余命）	50	歳	2009
粗出生率	37.7	人口千対	2009
粗死亡率	14.6	人口千対	2009
一人あたりの GNI	440	USD	2010
経済成長率	6.6	%	2010
識字率（15 歳以上）	55	%	2010
人間開発指標*（ランク 187 カ国中）	184	位	2011
貧困ライン以下で生活する人口の割合*	54.7	%	2009

出典：World Bank Development Indicators Online (March 2012) [2]、*: Human Development Report 2011 (UNDP) [3]

モザンビークの行政区分は、10 州（Province）と州と同格の 1 市（首都マプト）で、州の下には 147 郡（District）がある。地域は北部（ニアサ州、カーボ・デルガド州、ナンブラ州）・中部（ザンベジア州、テテ州、ソファアラ州、マニカ州）・南部（イニャンバネ州、ガザ州、マプト州、マプト市）の 3 つに分類される。

第2章 開発政策

2.1 国家開発政策

上位計画として、政府5ヶ年計画と、その実行計画である貧困削減計画の2つがあり、各セクターの計画内容はこの2つを考慮した内容とすることが求められている。「第4次5ヶ年計画(2010-2014)」では教育、保健、農村開発を通じた絶対的貧困状態の改善を目標に掲げており、セクターごとの具体的目標が提示されている。保健分野についての目標を表2-1にまとめた。

表 2-1 第4次5ヶ年計画での保健分野における主な目標

目標	
•	施設分娩比率を66%に上げる
•	避妊普及率を25%に上げる
•	6ヶ月未満児の完全母乳率を50%に上げる
•	5歳未満児と妊婦を対象にした正確なマラリアの診断・治療サービスを提供する
•	結核治癒率を86%に上げる
•	小児でARTを受けられる人口を増やす
•	感染症対策プログラムを中央のみでなく各州でも策定する
•	循環器疾患のリスク要因について調査を実施する
•	タイプIIの農村保健センターを100か所建設する

出典：Five-year Government Plan 2010-2014, Republic of Mozambique, 2010 [4]

「貧困削減行動計画(Poverty Reduction Action Plan) 2011-2014」の中では、包括的な経済発展と国内の貧困およびぜい弱性の軽減を通じた貧困との戦いおよび労働力の向上を実現するため、2014年末までに貧困率を42%まで削減する目標を掲げている。しかしながら、表2-2に示すように、貧困率は2002-03と2008-08とで同じ数値(54%)となっている。州別にみると、ニアサ州、カーボ・デルガド州、イニャンバネ州、マプト市など改善している地域がある一方、ザンベジア州、ソファラ州などにおいて悪化している。

表 2-2 州別人口と貧困率の推移

州	人口(2007) ¹	貧困率(%) ²			
		1996-97	2002-03	2008-09	
北部	Niassa	1,170,783	70	52	31
	Cabo Delgado	1,606,568	57	63	37
	Nampula	3,985,613	68	52	54
中部	Zambezia	3,849,455	68	44	70
	Tete	1,783,967	82	59	42
	Manica	1,438,386	62	43	55
南部	Sofala	1,642,920	87	36	58
	Inhambane	1,271,818	82	80	57
	Gaza	1,228,514	64	60	62
	Maputo Province	1,205,709	65	69	67
	Maputo City	1,094,628	47	53	36
	全国/全国平均	20,278,361	69	54	54

出典：1. Instituto Nacional de Estatística Moçambique (<http://www.ine.gov.mz/Dashboards.aspx>) [5]
2. Poverty Reduction Action Plan 2011-2014, Republic of Mozambique, 2011 [6]

貧困削減行動計画の中で、モザンビークの貧困の原因を、①農業の生産性の伸びの低さと自然災害・天候による影響の大きさ、②世界的な食料と原油価格上昇による生活費の上昇、③エイズ、結核、マラリ

アなどの感染症による死亡や労働生産性への影響の大きさ、の3つとしており、感染症の深刻さが伺える。エイズにより 2004 年から 2009 年の間に 30 万人が死亡したと推定されており、働き手である男性が死亡すると世帯の生活が困窮し食事や栄養に影響して疾病の増加につながっている [7]。

貧困削減のための重点分野として、①農業・水産業の生産量増加・生産性向上、②雇用促進、③人間・社会開発、を掲げており③の中に保健分野が含まれている。具体的な保健分野に関する目標としては以下の点が挙げられている（表 2-3）。

表 2-3 貧困削減行動計画での保健分野における主な目標

目標：女性・子どもの健康・栄養を向上させるため保健ケアへのアクセスの公平性を促進する
<ul style="list-style-type: none"> • 保健施設における子どもの保健サービスへのアクセスを改善する対策を実施する • 5 歳未満児の栄養失調による死亡を減らすため、栄養調査を実施する • 慢性栄養失調を減らすため、マルチセクターの協力パッケージを開発する • 人間的な新生児・妊産婦ケアを提供できるよう、指導者の質を向上させる • 地域の中の組織に研修を実施し、食物消費や栄養に関するグッドプラクティスを広く普及させる

出典： Poverty Reduction Action Plan 2011-2014, Republic of Mozambique, 2011 [6]

2.2 保健セクターの開発計画

保健省はミレニアム開発目標（MDGs）の目標達成および 5 ヶ年計画の目的実現のため「保健セクター戦略計画（2007 - 2012）」を策定し、以下のような目標を定めている（表 2-4）。この中では、母子の死亡を減らすことを最大の目標とし、保健サービスへのアクセス改善のため、既存の保健施設だけでなくアウトリーチと住民参加による地域の保健活動を推進することが、今までの保健戦略と大きく異なっている点である。

表 2-4 保健セクター戦略計画(2007 - 2012)の目標

目標
<ul style="list-style-type: none"> • 全国民が保健サービスへアクセスできるようにする • プライマリヘルスケア（PHC）アプローチを強化し、サービス供給体制を統合する • リファラル・システムを強化する • 全てのレベルでサービスの質を向上する • 全てのレベルで保健施設が機能するようにする • 疫病発生や災害に迅速かつ適切に対応できるよう、コミュニティの参加を促進する

出典： Plano Estrategico Do Sector Saude 2007-2012, MOH [8]

第3章 国民の健康状態

3.1 概況

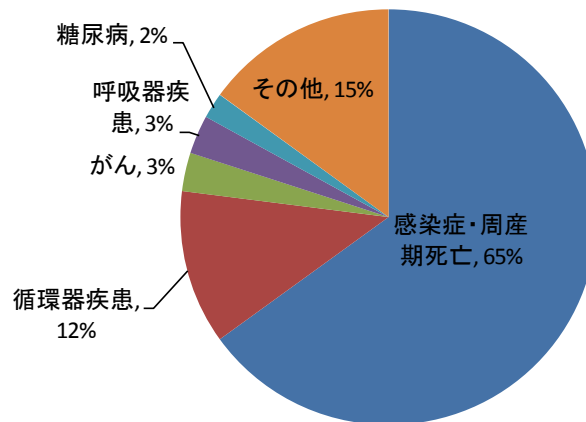
モザンビークの保健指標を周辺諸国と比べると、乳児死亡率、5歳未満児死亡率が最悪となっており、識字率の低さが目立つ。妊産婦死亡率以外の指標は全て、サブサハラ平均値より悪くなっている(表 3-1)。

表 3-1 主要保健指標の周辺諸国との比較

年	出生時平均余命(年) 2010	乳児死亡率(出生千対) 2010	5歳未満児死亡率(出生千対) 2010	妊産婦死亡率(出生10万対) 2008	発育障害 ⁶ (%) 2003-2010	成人識字率(%) 2005-2010	1人あたりGNI(米ドル) 2010
モザンビーク	50	92	135	550	44	55	440
ジンバブエ	50	51	80	790	32	92	460
ザンビア	49	69	111	470	45	71	1,070
マラウイ	54	58	92	510	47	74	330
タンザニア	57	50	76	790	42	73	530
サブサハラ平均	54	76	121	640	39	62	1,192

出典： The State of The World's Children 2012, UNICEF [9]

世界保健機関（WHO）の推計によると、モザンビークでは全死亡の 65%を感染症、周産期死亡、栄養や貧困を起因とする疾病が占めており、疫学転換前の疾病構造であると言える（図 3-1）。



出典： WHO (2011) NCD Country Profile [10]

図 3-1 主な死因(全年齢)

表 3-2 は 2005 年における法定伝染病の死者数と患者数の多い疾患を示したもので、マラリア患者が突出して多いことがわかる。また、後述のとおり HIV/エイズは感染率が上昇しており、結核も有病率、死亡率は改善傾向にあるが、依然として高蔓延国 22 カ国に含まれている。

⁶ WHO の “WHO Child Growth Standards”の基準による年齢（生後 0-59 ヶ月）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 3-2 法定伝染病の主な疾患および死因(2005 年)

主な疾患		件数	主な死因		件数
1	マラリア	5,826,588	1	マラリア	4,139
2	下痢症	612,095	2	髄膜炎	417
3	赤痢	166,432	3	下痢症	362
4	麻疹	12,595	4	麻疹	59
5	コレラ	2,039	5	狂犬病	36
6	髄膜炎	1,277	6	赤痢	27

出典： Statistical Year Book, Institute Nacional de Estastica [11]

また MDG 関連指標をみると、小児の死亡は順調に低下しており、MDG 目標値に達する可能性があるが、妊産婦死亡率は依然として高い水準にあり目標到達は難しいと思われる（表 3-3）。

表 3-3 MDG 関連保健指標

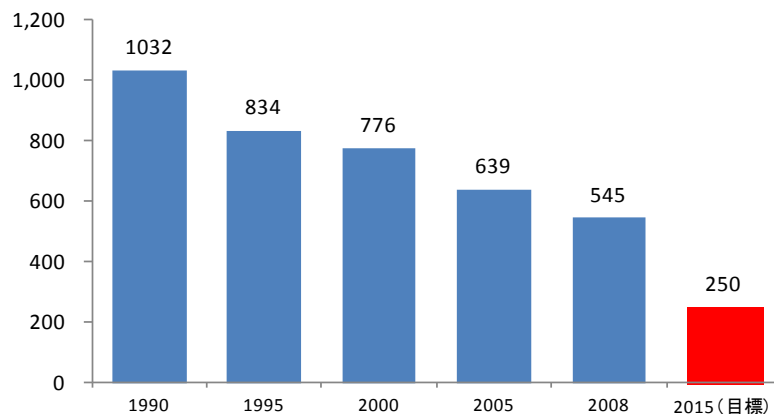
MDG	指標	1997	2003	2007/08	2015 目標値	達成可能性
4	5 歳未満児死亡率（出生千対）	245	154	147	108	中
	乳児死亡率（出生千対）	143	101	95	67	中
5	妊産婦死亡率（出生 10 万対）	692	-	500	250	低
	熟練技能者による分娩介助率（%）	44	47	55	66	中

出典： MDG database [12]

3.2 母子の健康状態

3.2.1 母親の健康

1990 年から 2008 年にかけて、モザンビークにおける妊産婦死亡率は約半分に減ったものの、依然として高い水準にある（図 3-2）。



出典： Report on the MDG, Republic of Mozambique, 2010 [7]

図 3-2 妊産婦死亡率(出生 10 万対)の推移

妊産婦死亡の 43%は分娩中と分娩後 24 時間以内に起きており、主な死因は、子宮破裂（17%）、分娩後出血（14%）、子癇（13%）、HIV/エイズ（12%）、敗血症（11%）、マラリア（9%）、中絶合併症（7%）となっており、HIV/エイズやマラリアが約 2 割を占めている。産前健診を最低 1 回受診した割合は 92%（2008 年）となっているものの、助産専門技能者による介助分娩比率は 55%（2008 年）にとどまっており、避妊利用率の低さ、栄養不良や貧血の影響、助産師など保健スタッフ不足、不十分な緊急産科サービスなどが妊産婦死亡の背景にあると言われている [13]。

3.2.2 子どもの健康

モザンビークにおける子どもの死亡率は、ワクチン接種率の向上などにより減少してきているが [7]、5歳未満児死亡率は世界 196 カ国中 15 位であるなど、依然として高い水準である [9] (図 3-3)。1997-2003 の期間に比べて、近年は改善のペースが落ちてきており、農村部と比べると都市部での改善の度合いが低下してきている。

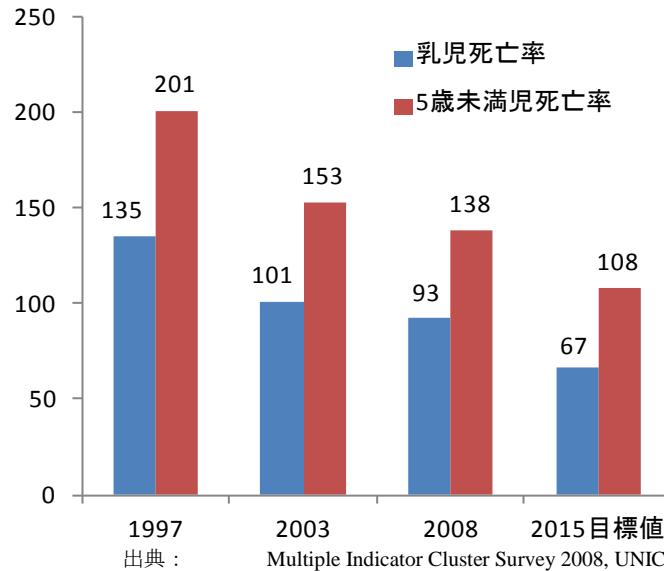


図 3-3 乳児死亡率と 5 歳未満児死亡率(出生千対)の推移(1997- 2008)

5歳未満児の死因ではマラリアが 4 割以上でトップを占め、次いで HIV/エイズとなっている (図 3-4)。新生児の死因は、未熟児 (50%)、窒息 (32%)、新生児敗血症 (29%) となっており、新生児死亡の 32% は分娩後 24 時間以内に起きている。妊産婦の健康状態の悪さ、不適切な分娩ケアおよび分娩直後のケアが背景にあり、施設分娩比率の向上や新生児ケアの質の改善が求められる。また、母親の出産間隔が 2 年 10 カ月とやや短い⁷ため低出生体重児が多く、慢性栄養失調の比率が 5 歳未満児で 44% (2008) と高いことも、背景にある。

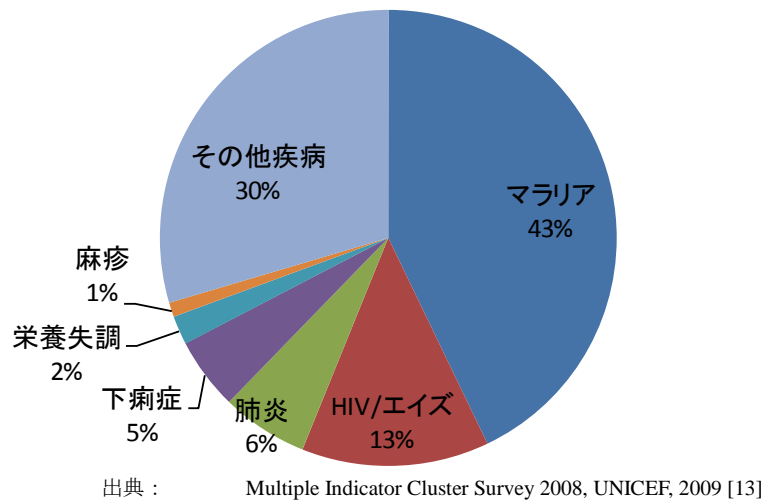
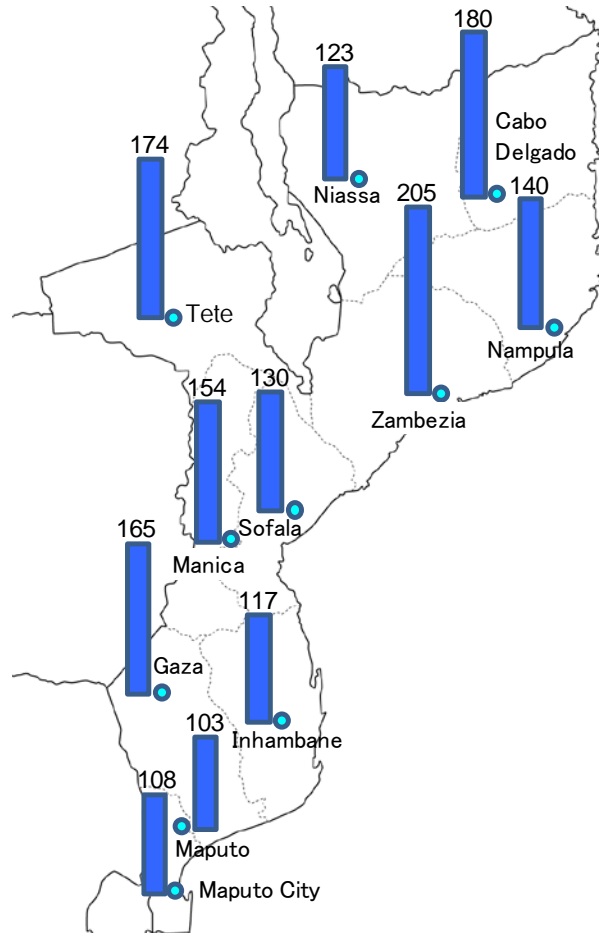


図 3-4 5 歳未満児の死因(2008)

⁷ 国連児童基金 (UNICEF) では、母親の授乳期間中に妊娠すると胎児が胎内で得られる栄養が制限されることなどから、出産間隔を 3 年間とることを推奨している。

州別の5歳未満児死亡率をみると、最も低いマプト州（103）と最高のザンベジア州（205）とでは2倍の開きがあり地域格差が大きいことがわかる。全般に北部の州のほうが数値が高くなっている（図3-5）。



出典： Multiple Indicator Cluster Survey 2008, UNICEF, 2009 [13]

図 3-5 州別の5歳未満児死亡率(出生千対)(1999 - 2008 の平均値)

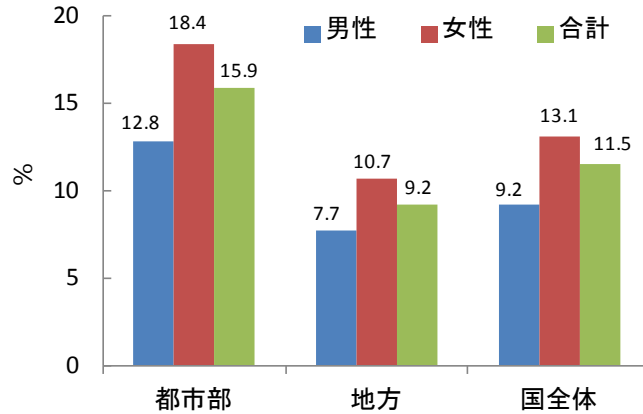
3.3 感染症の状況

3.3.1 HIV/エイズ

HIV/エイズの感染拡大はモザンビークの開発への大きな脅威になっている。2008年の年齢調整死亡率（人口10万対）は372.2であり [14]、感染率（15-49歳）は、1997年には8.6%であったが徐々に上昇し2009年には11.5%になり、特に都市部の女性の感染率が18.4%と高く、男性より女性、地方より都市で感染率が高くなっている。2015年までのHIV感染者数等の推計によると、今後は感染率は横ばいになり、地域別でみると中部では減少しはじめる可能性もある [15]。女性のほうが男性より、若い年齢で感染しやすいことが影響していると思われる。主な感染経路は異性間性交渉であり、次いで母子感染である。

モザンビークのHIV感染率は、南部アフリカ諸国と比べると感染拡大の時期が遅かったが、1992年の内戦終結後の人口移動の活発化に伴い、感染拡大速度が速まっている。近隣のザンビア（19%）、スワジラ

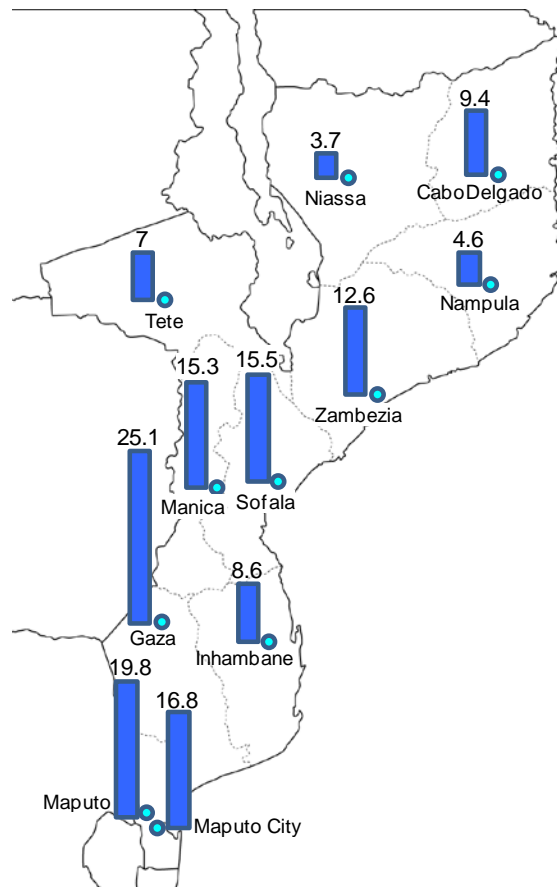
ンド（18%）、マラウイ（15%）と比べ感染率はやや低いものの、感染者数は140万人、新規感染者が毎年20万人を超えその6割が15～24歳の若者であり、エイズによる死者は年74,000人と推定され、人的資源の損失が国全体に大きな影響を与えている。



出典：The National Survey on Prevalence, Behavioral Risks and Information about HIV and AIDS in Mozambique, 2009 [16]

図 3-6 性別、都市・地方別の HIV 感染率(2009)

州別感染率ではガザ州が25%と突出して高く、最も低いニアサ州は3%と、ガザ州の8分の1程にとどまっている（図3-7）。ガザ州は南アフリカの鉱山への出稼ぎ労働者が多く、隣国や他州との間で人の往来が多いことが影響している。全般に南部（平均17.8%）の感染率が高く、北部（平均5.6%）は低い。



出典：Report on the MDG, Republic of Mozambique, 2010 [7]

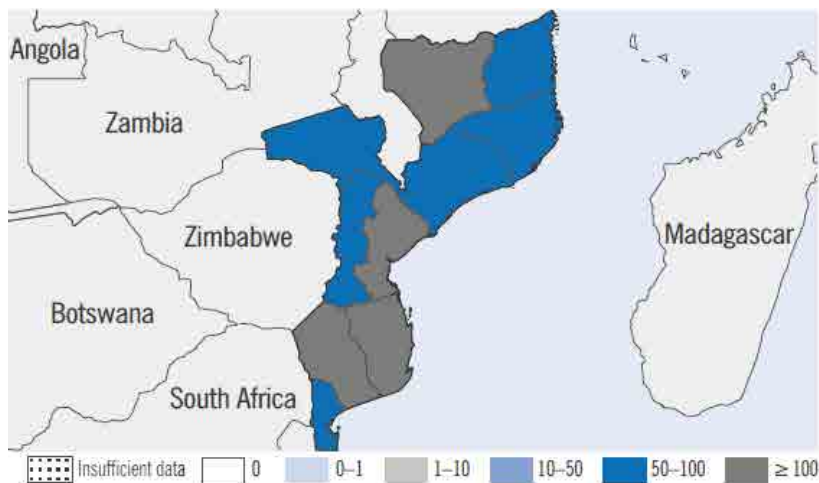
図 3-7 州別 HIV 感染率(15-49 歳、2009)

また、HIV 母子感染に関する知識がある女性の割合は 2008 年には 78%に達し、産前健診で HIV 予防法を知った女性は 59%と、HIV/エイズに関する知識は確実に普及しているものの、コンドーム使用率は女性で 8%、男性が 16%と低い [13]。また、男女ともに教育レベルが上がるほど感染率は高くなっている [16]。

マラリア

マラリアは年間を通じて常に発生しており、2008 年のマラリアによる死亡率は 80（人口 10 万対）で、サブサハラアフリカ（開発途上国のみ）の平均値（96）よりは低い⁸が、2010 年のWHOの推計によると全人口が高感染地域に居住し [17]、5 歳未満児死亡の 42%を占めるなど、モザンビークで最も罹患率・死亡率の高い疾病である。熱帯熱マラリアが全体の 90%を占め、重症者の多くは免疫力の弱い 5 歳未満児と、妊娠によって免疫力が低下している妊婦である。妊婦がマラリアに感染すると、貧血、低血糖症、肺炎などの症状をもたらし、出産に際し、マラリアに起因する流産、死産、低体重児出産となるケースも多い。

図 3-8 に示すように、2010 年に診断されたマラリア患者数（人口千対）は全域において 50 を超えており、南部海岸地域のイニャンバネ州、ソファアラ州、ガザ州およびマラウイ湖と接するニアサ州においては 100 以上となっている [17]。



出典： World Malaria Report 2011, WHO [17]

図 3-8 診断されたマラリア患者の分布(人口千対)(2010 年)

図 3-9 に示すように、有病率は減少してきており、その背景には、殺虫剤処理済蚊帳の普及、屋内残留噴霧の実施、診断・治療技術の向上などがあげられる。

⁸ 添付資料 1 指標 1.3.03 参照

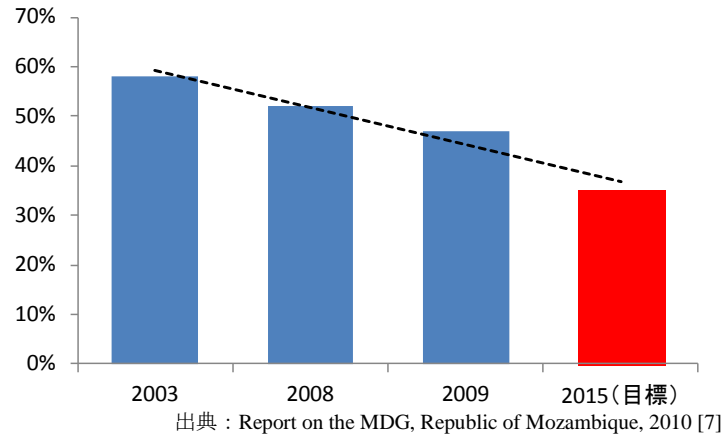


図 3-9 マラリア有病率の推移

3.3.3 結核

モザンビークは世界で結核が最も蔓延している 22 か国のうちのひとつとされており、2010 年における有病率（人口 10 万対）は 491 で 1990 年の 742 から約 3 割減少している（図 3-10）が、域内（サブサハラアフリカ、開発途上国のみ）の平均値（479）より高くなっている。HIV陰性における結核による死亡率（人口 10 万対）は 2000 年の 68 から 49 へと改善しているが、域内平均値（28）よりも高い⁹。HIVと結核の推定重複感染率は 66%である [7]。また、サービスへのアクセスの悪さや不十分な検査施設ネットワークによる患者発見率の低さが課題となっている。また、新規感染者の 3.5%、再治療者の 11%が多剤耐性結核であると推計されている [17]。

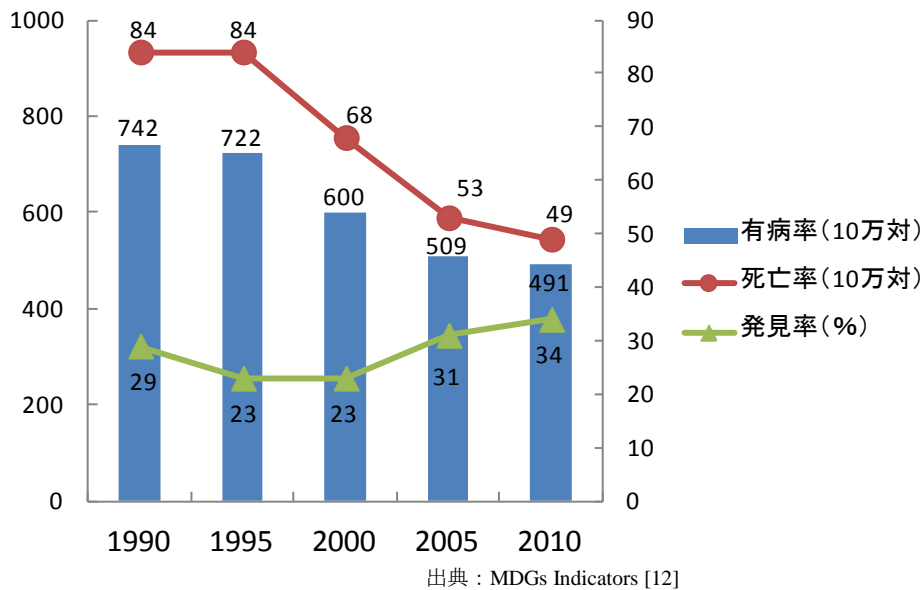


図 3-10 結核の有病率・死亡率・発見率の推移(1990-2010)

3.4 栄養不良

栄養不良は子どもや妊産婦の死亡を引き起こす主要な原因となっており、モザンビークの 5 歳未満児死亡の 36%は栄養失調が原因とされている [18]。5 歳未満児の低体重¹⁰は 1997 年と比べ減少しているが、発育阻害は高止まりしている（表 3-4）。栄養状態は食物、水、居住地、保護者の社会経済定期状況など

⁹ 添付資料 1 指標 1.3.04、1.3.06 参照

¹⁰ WHO の “WHO Child Growth Standards”の基準による年齢（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

様々な要因によって影響される。複合指標クラスター調査（MICS）（2008）によると、母親が教育を受けていない子どもの49%が発育阻害である一方、中等教育以上を受けた母親の子どもの場合、同比率は25%と半分になっており [13]、母親の教育レベルが子どもの栄養状態に大きく影響していることが推察される。

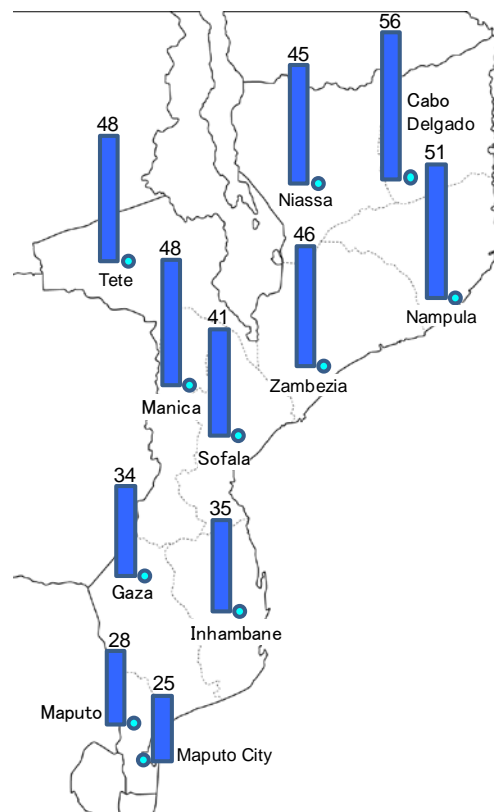
完全母乳育児の割合（生後6ヶ月間）は37%（2008）であり、サブサハラ諸国の平均（31%）より高い。

表 3-4 栄養指標の推移

	1997	2003	2009
低体重児の比率	26%	23%	17%
発育阻害の比率	36%	48%	44%
消耗症 ¹¹ の比率	8%	5%	4%

出典：Report on the MDG, Republic of Mozambique, 2010 [7]

州別の発育阻害の比率をみると、北部や中部では子どもの約半数が発育阻害であり、指標の良い南部（マプト市の25%）と比べるとその比率は2倍と、地域格差が大きい（図3-10）。



出典：Multiple Indicator Cluster Survey 2008, UNICEF, 2009 [13]

図 3-11 5歳未満児における発育阻害の比率(2008) (%)

また、出産可能年齢の女性（15-49歳）の栄養状態については、栄養不良状態が8%である一方、肥満が12%であった。また、妊娠出産時の合併症リスク（特に分娩停止）の危険因子となる、年齢のわりに低身長（145cm以下）の女性が5%と、サブサハラ諸国の中では2番目に多くなっている [1]。

¹¹ 上記基準による身長相応の体重を持つ基準集団（生後0-59ヵ月）の体重の中央値からの標準偏差がマイナス2未満（中度）／マイナス3未満（重度）の状態。急性栄養不良の状態。

第4章 サービス提供の状況

4.1 母子保健サービス

4.1.1 妊産婦保健サービス

(1) 家族計画

モザンビークでは避妊普及率は低く、少なくとも一つの避妊法を知っている15-49歳の既婚女性は16.2% (2008) にすぎない。ソファラ州は37%だが、最も普及率の低いカーボ・デルガド州では3.2%である。コンドームの使用率は、男性は16%、女性は8%で、独身者の利用は男女とも40%を超えているのに対し既婚者は男6%、女3%と非常に低い [16]。近代避妊法を新規に実施した割合は、2011年は23%と政府の目標値(16%)を達成している。この背景には、国連人口基金 (UNFPA) の支援による看護師等への研修や国家キャンペーンなどの効果があると推察され、保健省による合同評価報告書によると2010年の調査ではヘルスセンターの99%で近代的避妊法を提供したとされているが、避妊具の安定的な供給など、サービス提供の持続性に関する状況は明らかではないとしている [19]。

(2) 産前健診

産前健診の受診率は、最低1回以上受診した妊婦が92%と高く、州別にみても全ての州で80%を超えており、農村部でも89%と高く都市部と大きな差はない (表4-1)。また、産前健診は医師 (1%)、看護師 (49%)、助産師 (38%) の医療従事者が行う比率が89%と高くなっている。

表 4-1 産前健診受診率と受けた検診の割合 (2008)

	州	産前健診を最低1回受診した妊婦 (%)	検診で受けた検査の割合 (%)			
			血液検査	血圧	尿検査	体重測定
北部	Niassa	97	54	44	37	88
	Cabo Delgado	97	56	63	24	95
	Nampula	93	46	55	48	85
中部	Zambezia	80	39	45	30	74
	Tete	86	59	49	47	75
	Manica	91	76	59	32	89
	Sofala	93	85	77	36	91
南部	Inhambane	99	68	75	25	96
	Gaza	99	76	72	21	98
	Maputo Province	99	91	54	32	96
	Maputo City	100	96	84	75	99
国全体		92	61	61	36	87

出典： Multiple Indicator Cluster Survey 2008, UNICEF, 2009 [13]

ただし、健診で受けた検査の内訳をみると、尿検査は36%、採血・血圧測定は61%しか実施されておらず、体重測定のみが87%となっている。尿や血液を検査する機材や消耗品が十分でないため、体重や触診のみで産前健診が行われているケースも多く、高血圧、肥満などにより異常を生じる可能性のある、ハイリスク妊婦の診断が十分に行われていないことが推察される。

(3) 出産

施設分娩比率は国全体で 58%であるが、州毎にみると、最も高いマプト市は 93%、最も低いザンベジア州は 40%と、医療サービスへのアクセスがある地域ほど、比率が高くなっている（表 4-2）。分娩介助する者では、医師は 2%と少なく、医療従事者では助産師が 41%と最も多い。古くからの風習である伝統的産婆は全国平均では 8%にすぎないが、ザンベジア州では 22%と多くなっている。また、施設分娩が少ない地域では親戚による介助が多く、テテ州では 52%にのぼっている。

表 4-2 施設分娩比率と分娩介助者(2008)

州	施設分娩比率 (%)	分娩介助者 (%)				
		看護師	助産師	伝統的産婆	親戚	その他
Niassa	74	4	62	3	26	5
Cabo Delgado	45	2	42	10	39	7
Nampula	60	15	46	6	25	8
Zambezia	40	4	32	22	35	7
Tete	49	3	29	8	52	8
Manica	56	14	38	3	36	9
Sofala	64	8	54	1	31	6
Inhambane	61	17	38	6	28	11
Gaza	68	26	35	9	17	13
Maputo Province	75	39	30	1	13	17
Maputo City	93	32	43	0	5	20
全国	58	12	41	8	31	8

出典： Multiple Indicator Cluster Survey 2008, UNICEF, 2009 [13]

(4) 緊急産科ケア

妊産婦死亡率を下げるためには緊急産科ケアの普及が必要である。しかし、経験のある看護師や助産師が大幅に不足している。また、基礎的もしくは包括的緊急産科ケアを提供できる施設数は限られており、帝王切開率は 2%にとどまっている（表 4-3）。

表 4-3 緊急産科ケアの状況

基礎的緊急産科ケアを提供する保健施設数	45 (最低限必要な数の 38%)
包括的緊急産科ケアを提供する保健施設数	33 (最低限必要な数の 80%)
緊急産科ケアのある保健施設での分娩比率	17%
帝王切開率	2% (WHO 推奨は 5%)

出典： Report on the MDG, Republic of Mozambique, 2010 [7]

4.1.2 子どもの保健サービス

(1) 予防接種

モザンビークでは 1997 年から予防接種拡大計画 (EPI) に取り組み始め、現在、子どもの予防接種として、BCG、5 種混合 (DPT-HB-Hib)、ポリオおよび麻疹の接種が行われている（表 4-4）。各ワクチンの接種率は徐々に上がっているが、都市部の子ども (12-23 ヶ月) の 74%が全ワクチンを接種しているのに対し、農村部の子どもは 55%となっている [20]。

WHO の評価によると、EPI の課題として、訓練を受けたスタッフの不足、不正確なデータ、不十分なコールドチェーンのマネジメント、アウトリーチの交通手段の不足などが挙げられている [21]。また、政

府の合同評価報告書（2011年）では、これらに加え、アウトリーチのための財源の不足や記録と報告体制の不備なども背景にあるとしている [19]。

表 4-4 ワクチン接種率の推移

	BCG	DPT3 回	ポリオ 3 回	麻疹	全ワクチン接種
1997	78%	58%	54%	55%	-
2003	86%	67%	65%	63%	-
2008	87%	71%	70%	64%	48%

出典： Multiple Indicator Cluster Survey 2008, UNICEF, 2009 [13]

(2) 小児の疾病

MICS によると、小児の主な疾患である下痢症の症状を呈した 5 歳未満児のうち、37%が経口補液治療を受けたが、53%は治療も自宅におけるケアも受けなかった [13]。モザンビークでは 2000 年以降に小児疾病統合管理 (IMCI) が開始され、WHO のガイドラインのもとに、国連児童基金 (UNICEF)、米国内閣開発国府 (USAID) など様々な援助機関が研修を含めた支援を行っており、IMCI は医学部や公衆衛生学部のカリキュラムにも導入されている。

4.2 感染症対策の現状

4.2.1 HIV/エイズ対策

(1) 対策実施体制

2000 年に設立された国家エイズ委員会 (CNCS) が、保健分野だけでなく教育省、女性・社会福祉省、スポーツ・青年省など様々な関係機関を巻き込んで分野横断的にエイズ対策の政策立案、調整およびモニタリング・評価を行っている。州には州エイズ委員会 (NPCS) が設置されている。

(2) 政策

現行の政策は、第 3 次国家 HIV 戦略計画 (PENIII) (2010-2014 年) であり、長期的に HIV/エイズ対策を効果的に実施するための調整やモニタリング・評価の強化を優先事項として掲げている。また、国家 HIV 予防戦略 (SAPHI) では新規感染者数を 1 日あたり 350 人 (2010) から 2015 年までに 150 人に減らすことを目標に、8 つの予防重点分野 (抗体検査、コンドーム、母子感染など) についての戦略と、戦略実施に必要な能力強化や調整についての戦略が定められている。

(3) 対策の進捗状況

産前健診で HIV 検査・カウンセリングを受けた女性の比率は、2003 年に実施された DHS では 3% だったが 2008 年には 47% に急激に増加している。州別にみると、南部の州ほど比率が高く、ザンベジア州では 19% と低く、マプト市では 97% とほぼ全員が検査・カウンセリングを受けている (表 4-5)。

表 4-5 産前健診で HIV 検査・カウンセリングを受けた女性の割合 (2008)

	州	%
北部	Niassa	29
	Cabo Delgado	34
	Nampula	31
中部	Zambezia	19
	Tete	39
	Manica	68
	Sofala	74
南部	Inhambane	61
	Gaza	73
	Maputo Province	86
	Maputo City	97

出典： Multiple Indicator Cluster Survey 2008, UNICEF, 2009 [13]

HIV 陽性妊婦のうち抗レトロウイルス薬 (ARV) を服用した妊婦は 2006 年に 14%であったのが、2011 年には 66%にまで増加した [15]。

4.2.2 マラリア対策

(1) 政策・戦略

モザンビークのマラリア対策は 1950 年代から始まり、独立後の 1982 年に国家マラリア対策プログラムが設立された。1991 年から早期診断、媒介蚊駆除、健康増進を柱に対策を推進してきたが、人口の大多数が住む農村部へ保健サービスを十分に提供できていない現状から 1999 年に対策を見直した。現在では、診断・疾病管理・薬剤供給などに加え、住民参加を促し住民自身がマラリア予防・疾病管理をできるように戦略を変更している。「マラリア対策戦略計画 (Strategic Plan for Malaria Control) (2006-2009 年)」では、特に妊産婦と子どものマラリアによる死亡を削減することを目指し、以下のような数値目標を設定した。

- 5 歳未満児のマラリア死亡率を 2000 年時の 30%から 2015 年までに 15%に削減する
- 妊婦間のマラリア流行比率を 2000 年時の 20%から 2015 年までに 10%に削減する

これら目標の実現のため、殺虫剤処理済蚊帳 (ITN) の配布、屋内残留噴霧 (IRS)、妊婦への予防的薬剤投与などが行われている [22]。

(2) 対策の進捗状況

マラリア対策の指標の推移を表 4-6 に示す。指標の数値は改善しつつあるが、マラリアによる死亡は依然として多く、病院での死亡の 26% (2009) を占めている [7]。ITN を使用している 5 歳未満児は国全体では 22% (2008) であり、最低のマプト州では 8%、最高のナンブラ州でも 33%と全体に低く、50%を超えた州はない。

表 4-6 マラリア対策の指標の推移

指標	2003	2008	2009
ITN を保有する世帯の割合	8%	15%	25%
効果的な IRS を実施している世帯の割合	15%	35%	42%
5 歳未満児のマラリア罹患率 (人口 1 万対)	134	108	94

出典： Report on the MDG, Republic of Mozambique, 2010 [7]

4.2.3 結核対策

(1) 政策・戦略

結核対策戦略計画（2008－2012年）では結核による死亡や罹患の状況を改善するため、①結核の診断・治療の質の改善、②さらなる直接監視下における短期化学療法（DOTS）の推進およびコミュニティDOTSの導入、③HIV/エイズとの同時感染への対策、の3つを優先分野と定めている。戦略としては、①政治の高いコミットメントによる財源確保や治療標準化による質の改善、②保健システムの強化、③全ての保健サービス供給者の関与、④住民参加などを挙げている。

(2) 対策の進捗状況

結核による死亡率や有病率は改善しつつあるが（3.3章参照）、2010年において491（人口10万対）の有病率を2015年までに144に下げるというMDGの目標値に到達するのは難しい状況である。DOTS普及率は全国で70%になったが、ザンベジア州（37%）、ソファラ州（45%）などまだ普及率が低い州がある（表4-7）。

表 4-7 DOTS 普及率(2007)

	州	%
北部	Niassa	86
	Cabo Delgado	89
	Nampula	68
中部	Zambezia	37
	Tete	75
	Manica	90
	Sofala	45
南部	Inhambane	100
	Gaza	54
	Maputo Province	93
	Maputo City	54
国全体		70

出典：Strategic Plan of TB Control 2008-2012, MOH [23]

第5章 保健システムの状況

5.1 管理・監督機能（ガバナンス）

5.1.1 保健行政

保健省は保健政策の策定、財源などの地方への配分、プログラムのモニタリングや管理を行っている。組織としては、保健大臣の下に副大臣と事務次官がおり、大きく5つの局に分かれている（管理財務局、人材局、医療サービス局、公衆衛生局、計画・協力局）（2010年）。

各州には保健局が設置され、財源配分や人材の雇用・管理、モニタリングなどを行う。州の下の郡には保健局があり、郡とコミュニティが管轄するプログラムの計画作成と実施を担当している。

5.1.2 サービス供給体制

モザンビークの保健サービスは国家保健サービス（NHS）で提供されている。内戦中に約700のヘルスセンターやヘルスポストが破壊されたため、内戦終結後に援助機関の支援で施設修復や新規建設が行われた。現在のNHSは、表5-1に示したように4段階の施設からなっており、全国の保健施設の数は1200を超えたが、現在人口の4~5割しか保健サービスにアクセスできておらず、7割以上の人々が伝統医薬品を使っていると推定されている（表5-2）。

表 5-1 モザンビークの保健サービス供給システム

レベル	行政/設置場所	保健医療施設
4次	マプト市、ナンプラ州、ソファラ州（保健省）	中央病院 専門病院（精神科）
3次	州都（州保健局）	州病院
2次	州都市部、州地方部	地方病院・郡病院・総合病院
1次	郡	ヘルスセンター（859か所） ヘルスポスト（365か所）

出典： National inventory of health, service and resources, MOH 2007 [24]

表 5-2 州別の病院数(2007)

	州	中央病院	専門病院	州病院	郡病院	地方病院	総合病院
北部	Niassa			1		1	
	Cabo Delgado			1	1	3	
	Nampula	1	1		2	4	2
中部	Zambezia			1	2	4	
	Tete			1		3	
	Manica			1	3	1	
	Sofala	1				4	
南部	Inhambane			1		2	
	Gaza			1		4	
	Maputo Province					1	1
	Maputo City	1	1				3
合計		3	2	7	8	27	6

出典： Mozambique National Health Account 2004-2006, WHO [25]

5.2 保健人材

5.2.1 概況

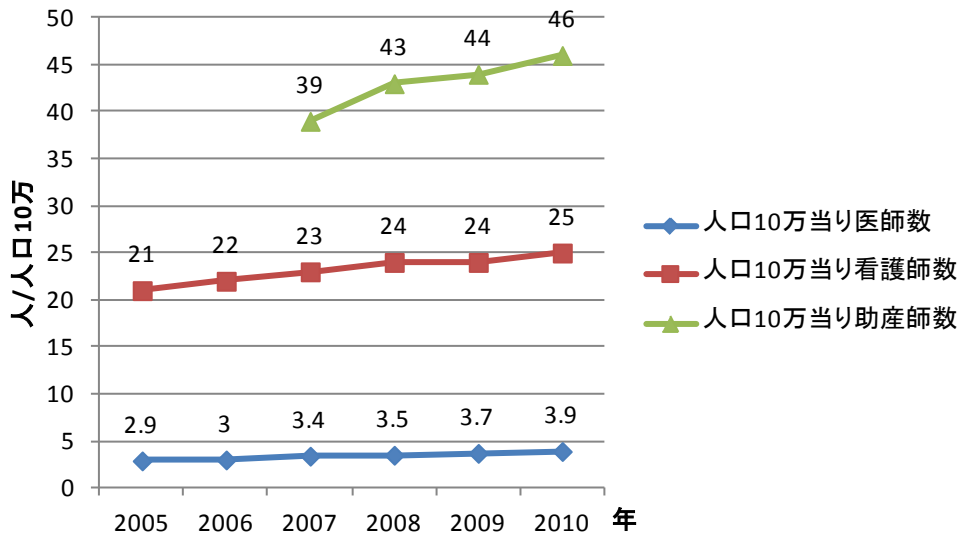
モザンビークは、保健人材の不足が危機的状況にあるとWHOが認めた国の1つである。内戦時に多くの医師が殺害・誘拐されたため絶対数が不足し、中国の裸足の医者¹²を模した制度を導入したが定着しなかった。また近年ではHIVの感染拡大で保健人材へのニーズが増大しているにもかかわらず、エイズで死亡する保健スタッフの数も増えている。南アフリカやポルトガルへの医師等の保健人材の流出や、都市への保健人材の偏在も問題を深刻にしている [26]。

医師や看護師の数は徐々に増えているものの（表 5-3、図 5-1）、人口あたりの数を近隣国と比較すると看護師は最も少なく、医師・看護師とも南部アフリカの平均値をはるかに下回っている（表 5-4）。また専門医は全国で406人いるが、半数の203人は外国人医師である（2010年）。

表 5-3 主な医療従事者数と人口あたり人数の推移

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
医師	569	606	692	735	796	863
看護師	4040	4282	4637	5020	5213	5397
母子保健看護師（助産師）	-	-	3233	3629	3828	4110

出典： Information on Human Resources for National Health Services, MOH, 2011 [27]



出典： Information on Human Resources for National Health Services, MOH, 2011 [27]

図 5-1 人口 10 万あたりの保健人材数の推移

表 5-4 近隣諸国との人口あたり医師数・看護師数の比較(2010)

	人口 10 万あたり医師数	人口 10 万あたり看護師数
モザンビーク	3.95	25
ザンビア	7.0	60
マラウイ	1.0	27
ジンバブエ	6.6	135
南部アフリカ平均	55	383

出典： Information on Human Resources for National Health Services, MOH, 2011 [27]

¹² 3 か月間から 1 年間の研修を受けた後、初期医療に従事する半農半医の若者（知識青年）。人民公社の生産隊に所属し、農村部の医療活動の担い手となっていた。1960 年以降に出現し、文化大革命中（1966-76 年）に特に活躍し、最盛期には 500 万人も存在した [38]。

州ごとの人口 10 万あたりの医師数および看護師数をみると、どちらもマプト市に集中している。特に医師については他の 10 州の 10 倍以上の医師がマプト市で働いており、偏在ぶりが顕著である(表 5-5)。

表 5-5 州別の人口あたり医師数・看護師数(2010)

	州	人口 10 万人あたりの医師数	人口 10 万人あたりの看護師数
北部	Niassa	2.0	19.1
	Cabo Delgado	2.3	21.7
	Nampula	1.8	21.5
中部	Zambezia	1.3	20.8
	Tete	1.8	17.5
	Manica	2.0	20.0
	Sofala	3.7	20.0
南部	Inhambane	2.2	26.5
	Gaza	3.0	30.2
	Maputo Province	2.9	15.7
	Maputo City	32.7	74.3

出典： Information on Human Resources for National Health Services, MOH, 2011 [27]

5.2.2 政策・戦略

保健人材に関する政策・戦略として、保健人材開発計画（2008-2015）が策定された。取り組むべき主要な分野として、1) 保健人材育成による MDG への貢献、2) 保健人材の不足の解消、3) 州ごとの人材分布の不平等の緩和、4) 保健人材のパフォーマンスの向上などを挙げている。保健人材の課題として、絶対的な人数の不足に加え、給与の安さや労働環境の悪さによる副業や民間への人材流出の多さ、スタッフの技能や意欲の低さ、研修の質の低さなどが指摘されている [28]。

5.2.3 人材育成

保健人材の教育は、教育省および保健省管轄下の教育機関で行われ、大きく 4 つの種類に分かれる。① 大学では医師、上級専門技師など、② 上級専門養成学校（ISCISA）では上級専門技師、③ 医療従事者養成校（ICS）では中級レベルの医療技術者、④ 訓練センター（CF）では基礎レベルの医療技術者、をそれぞれ養成する。医師はマプトにある教育省管轄の Eduardo Mondlane 大学と、ベイラにある私立大学で育成される。2012 年現在、医療従事者養成校はマプト、ナンプラ、キリマネ、ベイラの 4 か所、訓練センターは全国に 14 か所ある。

5.3 保健財政

1 人あたり保健支出額と国内総生産（GDP）に占める保健支出を SADC 加盟国と比べると、モザンビークは最低の数値であり、アフリカの平均値も下回っている（表 5-6）。世界銀行の統計によると、保健支出の対 GDP 比は 2000 年から 5%前後で推移し、2010 年でも 5.2%と、横ばいとなっている [29]。

表 5-6 1 人あたり保健支出と GDP に占める保健支出比率の近隣国との比較(2006)

	1 人あたり保健支出額(ドル)	GDP に占める保健支出割合
モザンビーク	21	5.3%
マラウイ	21	12.9%
タンザニア	23	6.4%
ジンバブエ	36	9.3%
ザンビア	58	6.2%
アフリカ平均	58	5.6%

出典： Mozambique National Health Accounts 2004-2006, WHO [25]

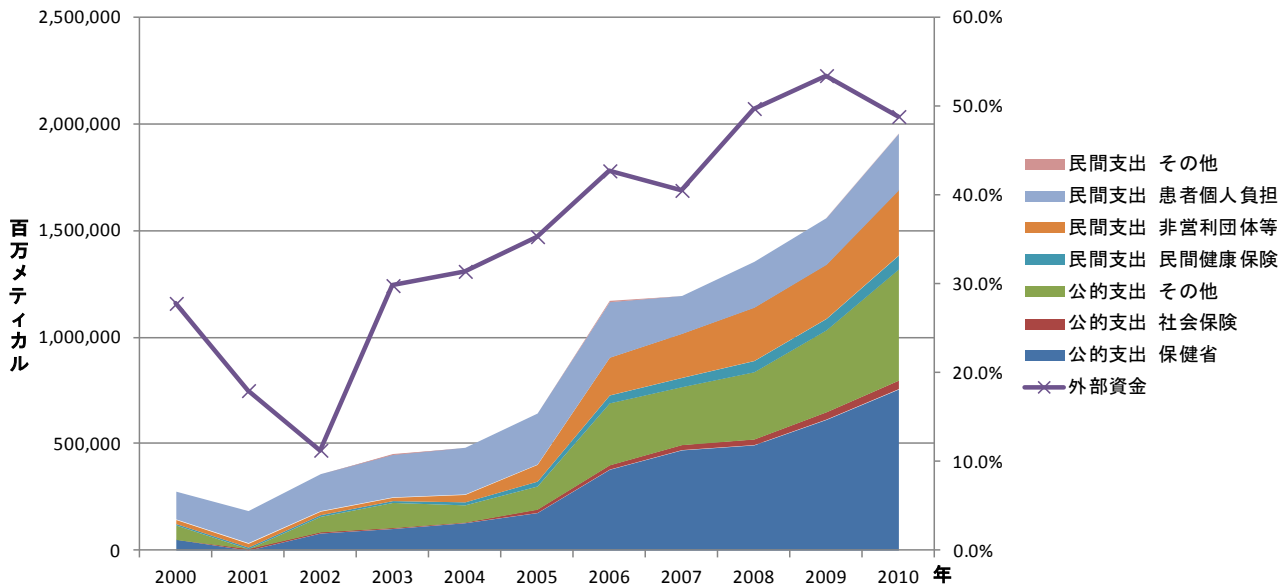
モザンビーク政府のセクター別支出（経常費用を除く）比率では、保健分野は教育に次いで2番目に多く、18%前後の予算が配分されている（表 5-7）。

表 5-7 セクター別支出比率の推移(%)

	2006	2007	2008	2009	2010
教育	18.9	18.0	19.0	19.8	21.2
保健・エイズ	19.0	18.1	18.1	18.0	18.3
道路	12.5	13.4	13.8	13.6	13.9
大統領府・防衛・統計	9.9	11.6	9.8	10.3	8.6
法制度	8.1	7.6	7.4	7.3	7.3
農業・産業・資源・観光	7.2	7.6	7.6	7.3	7.2
水	5.3	5.3	5.9	5.8	5.5
その他	16.0	15.0	14.7	14.2	14.1

出典：Action Plan for the Reduction of Absolute Poverty 2006-2009, Republic of Mozambique, 2006 [30]

図 5-2 に示すように、総保健支出における保健省の支出の割合は増加傾向にある。



	2000		2005		2010	
公的支出	119,389	(33.9%)	301,228	(34.7%)	1,314,959	(45.2%)
保健省	51,480		175,873		755,124	
社会保険	0	(0.0%)	16,534	(1.9%)	39,782	(1.4%)
その他	67,909		108,821		520,053	
民間支出	155,834	(44.3%)	340,317	(39.2%)	638,326	(22.0%)
民間健康保険	6,968		23,037		64,758	
非営利団体等	18,784		78,034		307,639	
患者個人負担	130,081	(37.0%)	239,246	(27.6%)	265,929	(9.1%)
その他	0		0		0	
総保健支出	351,765		868,091		2,907,110	
うち外部資金*	76,542	(21.8%)	226,546	(26.1%)	953,825	(32.8%)

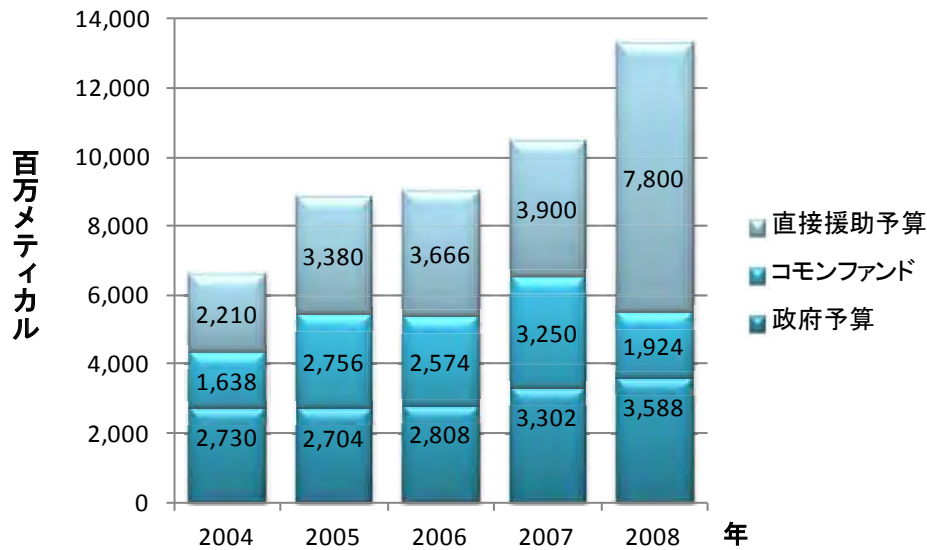
注： 付表の括弧内は総保健支出に対する割合（主要なもののみ算出）

*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 [31] より調査団作成

図 5-2 保健支出財源の推移

しかしながら、モザンビークはドナー依存度の高い国で、ドナー資金がGDPの15%を占めており、国家保健会計によると、図5-3に示すように、保健セクターでも保健支出の半分以上がドナーによる拠出となっている¹³。



出典： Mozambique National Health Accounts 2004-2006, WHO [25]

図 5-3 財源別保健予算額の推移(単位:百万メティカル)

情報供給機能

1979年に、全ての保健施設から11の疾病のデータを集計する疫学サーベイランスシステムを導入した。1990年からは3つの中央病院と7つの州病院からのデータを集計するようになり、2005年からは生活習慣病が対象となり、保健情報システムが徐々に構築されてきた。WHOのアセスメントによると、保健施設の多くでは疾病統計の分析が行われておらず、スタッフに十分な知識がなくグラフが描けない、時間が足りない、といったことが、構築が遅れている理由とされている [32]。技術ガイドラインや研修マニュアルの見直し、データ管理についての再研修、患者発見と報告手法についての研修などが必要と考えられる。保健省の合同評価(2011年)においても、結核や予防接種、栄養対策などにおいてデータ収集体制の不備が指摘されており、関連する制度の整備や記録と報告のメカニズムの確立の必要性が指摘されている [19]。

医薬品の供給機能

モザンビークの必須医薬品リストは2002年から改訂されておらず、薬剤関連法も1998年に制定されたままであり、地方には医薬品を規制する組織もない。国家医薬品政策も策定されておらず、調達、配給、保管のそれぞれに課題がある。法律や制度の整備とともに人材育成が急がれる [33]。

保健省による合同評価報告書では、2011年には大量の期限切れの医薬品が倉庫で発見されたり、保健施設において在庫切れが頻発したりするなど、医薬品管理の問題が指摘されている。この状況を改善すべく、ニーズアセスメントのための委員会が設立され、保健省は調達と流通の改善に取り組むとしている [19]。

¹³ 図5-2に示す外部資金は、OECD-DACにドナーが報告したコミットメント額が主な情報源となっているが、図5-3の国家保健会計はモザンビーク政府による数値となっている。

第6章 ドナーの協力状況

6.1 援助協調の枠組み

2000年以降、セクターワイドアプローチの枠組みにより、28の援助機関が共通の理念や目的のもと、モザンビークの保健分野を支援している。15の援助機関はコモフランド（2003年に設立された保健省予算支援のファンド）を通じた一般財政支援を実施している。2007年には世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）と米国大統領エイズ救済緊急計画（PEPFAR）だけで、援助機関の支援額の半分以上を占めた。世界基金がその資金をコモフランドを通じて支援を行ったのは、モザンビークが初めてである [34]。

保健セクターにおける援助機関の中で援助額が上位なのは世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）、アイルランド、ノルウェー、欧州連合などである [35]。またデンマークがテテ州、カナダがインヤンバネ州を対象とするように対象地域を限定した支援も行われている。

6.2 ドナー協力実績

6.2.1 概況

モザンビークの保健分野における主要ドナーの支援状況の概要は表 6-1 のとおり。

表 6-1 ドナー協力状況

	子どもの健康	女性の健康	栄養	結核 マラリア	HIV/ エイズ	人材	PHC/ 地域保健	健康 増進	行政能力 強化	施設/ 機材
WHO	○	○		○	○	○			○	
CIDA	○	○	○		○	○				○
アイルランド					○	○	○		○	
USAID	○	○			○			○	○	
WB				○	○	○	○		○	

出典： 調査団作成

6.2.2 世界保健機関（WHO）

2009-2013の支援の優先分野は保健システム強化、疾病負担の減少、母子保健、リーダーシップとガバナンスである。

6.2.3 世界銀行

保健サービス供給プロジェクトではカナダ国際開発庁（CIDA）などと協力しつつ、北部の3州を対象に研修実施、マラリア対策のマネジメント強化、保健省の能力強化を行う。また保健医療用品保障プロジェクトではHIV/エイズ、保健システム強化、マラリア対策などを支援する。

6.2.4 世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）

現在の世界基金による支援状況を表 6-2 に示した。

表 6-2 世界基金の支援状況

種別	Round	タイトル	資金受入責任機関	署名時予算額 (米ドル)	フェーズ および現状
HIV/ エイズ	8	Strengthening Health System and Communities through Government0Civil society partnerships	MOH	11,823,414	Phase I - In Progress
	9	Response to the HIV epidemic in Mozambique through effective government-civil society partnerships	Fundacao para o Desenvolvimanto da Comunidade	14,3841,504	Phase I - In Progress
	9	Response to the HIV epidemic in Mozambique through effective government-civil society partnerships	MOH	41,140,895	Phase I - In Progress
結核	7	Reducing TB morbidity and mortality in Mozambique by 2102	MOH	10,040,142	Phase II - In Progress
マラリア	9	Malaria Prevention and Control in Mozambique	MOH	32,308,603	Phase I - In Progress
	9	Malaria Prevention and Control in Mozambique	World Vision	21,737,126	Phase I - In Progress

出典: GFATM Grant Portfolio Mozambique [36]

6.2.5 カナダ国際開発庁 (CIDA)

モザンビークへの支援を始めて 30 年以上の歴史をもつが、現在は質の高い保健サービスへのアクセス向上、HIV/エイズ対策、施設分娩促進、人材育成、マラリア対策などを支援している。

6.2.6 アイルランド (Irish Aid)

1996 年からモザンビークへの支援を始めており、貧困削減という国家目標に合わせた支援を実施している。保健分野では保健システム強化、コミュニティでのサービス強化、人材育成、エイズの在宅ケアなどを実施中である。

6.3 日本の協力実績と現状

6.3.1 対モザンビーク協力方針と保健分野の位置づけ

我が国は 1992 年の内戦終結以降、モザンビークの経済発展を支援するため、無償資金協力と技術協力を中心に支援を行ってきた。2006 年には初めて円借款を供与した。日本の援助重点分野は地域経済活性化、環境・気候変動対策、行政能力向上・制度整備であり、保健分野は行政能力向上の中に位置づけられている。

6.3.2 保健分野における日本の協力

これまでの保健セクターにおける主な支援実績は以下のとおり。我が国は主に人材育成、感染症対策、HIV 対策分野における技術協力を実施してきた。また、表 6-3 に掲載されている以外にも青年海外協力隊派遣（エイズ対策等）および研修事業を行っている。

表 6-3 日本の保健分野における主な支援実績(2005 年以降)

スキーム	協力期間	名称
無償資金協力	~2010 年	保健人材養成機関施設・機材拡充計画
個別専門家	2009~2011 年	保健人材育成研修アドバイザー
技術協力 プロジェクト	2005~2008 年	保健人材養成機関能力強化プロジェクト
	2007~2010 年	ソファラ州における HIV/AIDS 啓発のための IEC 活動強化プロジェクト
	2007~2010 年	テテ州 EPI 実施体制強化プロジェクト
	2012~2015 年	保健人材養成機関教員能力強化プロジェクト
	2012~2015 年	ガザ州エイズ対策委員会能力強化プロジェクト

出典：外務省（2010）国別データブック [37]

第7章 保健セクターにおける優先課題

7.1 保健セクターにおける優先課題とその背景

7.1.1 保健分野における問題

モザンビークの保健分野の課題は、以下の4点に整理できる。

1. 貧困に起因する疾病の多さ
2. 不十分な保健サービス供給
3. 保健人材の量と質の不足
4. 保健省と医療施設の双方のマネジメント能力の低さ

これらの背景には、農業以外に労働集約型産業を育成できていない経済政策の課題、および教育レベルの低さがある。貧困を緩和し基礎インフラ整備を進め、人々の保健についての知識・意欲を向上させるという、保健セクター以外の分野での取り組みが成果を上げないかぎり、保健のアウトカムを向上させるのは困難な状況である。

7.1.2 問題に対する政府および援助機関の取り組みと今後の課題

政府および様々な援助機関が、母子保健の向上、HIV、エイズおよび結核の感染症対策、保健システム強化への取り組みなどを行ってきた。しかし保健システムの基礎である人材が量質ともに不十分であり、保健予算の半分以上を援助機関に依存するという保健省の体質などがボトルネックになり、十分な成果は挙げられておらず、保健指標の多くはサブサハラの平均値より低いままである。

7.2 日本の支援の可能性

日本は主にエイズなど感染症対策および人材育成分野の協力を行ってきた。また現在も、HIV/エイズ対策分野や人材育成分野における技術協力プロジェクトを実施している。

HIV/エイズの、国家全体に与える疾病負荷は依然大きく、保健分野のみならず様々なアプローチでの支援が今後にも必要になる。保健サービス・システムの構成要素として重要な人材に関しても、数の不足だけでなく技能の低さも課題であり、質の高い人材の育成はモザンビークにとって急務となっている。

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(モザンビーク共和国)

国名: モザンビーク共和国 (Republic of Mozambique)				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		13,547,076	18,200,656	23,390,000	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 %)		1.3	2.6	2.3	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)		43.2	47.2	49.7	2010	54.3	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		0.1.04	粗出生率	Birth rate, crude (per 1,000 people)		43.3	43.6	37.7	2010	37.4	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		0.1.05	粗死亡率	Death rate, crude (per 1,000 people)		20.6	17.1	14.6	2010	12.6	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		0.1.06	都市人口率	Urban population (% of total)		21.1	30.7	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\$)		170	230	440	2010	1,188.5	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		0.2.02	経済成長率	GNI growth (annual %)		3.7	0.4	6.4	2010	4.1	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		0.2.03	初等教育就学率	Total enrollment, primary (% net)	2.1	44.0	56.0	92.0	2010	76.3	(2009)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		0.2.04	初等教育就学率における男女比	Ratio of female to male primary enrollment (%)	3.1	75.5	75.5	90.1	2010	91.6	(2009)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		0.2.05	成人識字率	Literacy rate, adult total (% of people ages 15 and above)				55.1	2009	62.3	(2009)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		0.2.06	人間開発指標	Human Development Index		0.15	0.32	0.32	2010	0.46	(2011)	Sub-Saharan Africa	
		0.2.07	人間開発指標の順位	Human Development Index (rank)		146/160	170/173	184/187	2010				
		0.2.08	1日1.25ドル未満で生活する人口の割合	Poverty gap at \$1.25 a day (PPP) (%)				25.1	2008	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	36	42	47	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	14	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				957	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				908	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				153	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)				64.5	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)				27.6	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)				7.9	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				76	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				15	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				8	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	1000	780	550	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		152.7	134.3	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	218.7	176.7	135.0	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	146.2	118.9	92.2	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			16	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	6.2	5.7	4.9	2010	4.9	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)
1.3 感染症		1.3.01	15-24歳のHIV感染率 (男性)	a) Prevalence of HIV, male (% ages 15-24)	6.1	MDGs			3.1	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			8.6	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			32,555	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			80	2008	96	(2009)	Sub-Saharan Africa
				b) Malaria death rate per 100,000 population, ages 0-4	6.6	MDGs Database			62	2008	519		
		1.3.04	結核有病率	Tuberculosis prevalence rate per 100,000 population (mid-point)	6.9	MDGs Database	742	600	491	2010	479		
		1.3.05	結核罹患率	Incidence of tuberculosis (per 100,000 people)	6.9	MDGs	401	513	544	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	84	68	49	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	1.2	8.6	11.5	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	2,200	36,000	74,000	2009			
1.3.09		HIV新規感染率	HIV incidence rate, 15-49 years old, percentage (mid-point)		MDGs Database	0.39	1.74	1.19	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			12	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			4.2	2008				
2 サービス提供の状況	2.1 母子保健対策	2.1.01	助産専門技能者の立会による出産の割合	Births attended by skilled health personnel, percentage	5.2	MDGs Database			55.3	2008			
		2.1.02	帝王切開率	Birth by caesarian section (%)		GHO			1.9	2003	3.5	(2011)	Africa
		2.1.03	避妊具普及率	Contraceptive prevalence (% of women ages 15-49)	5.3	MDGs			16.2	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		75.8	92.3	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		53.1	53.1	2003	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			18.9	2004	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	59	71	70	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	54	84	90	2010	84	(2010)	Sub-Saharan Africa
		2.1.09	ジフテリア・百日咳・破傷風3種混合ワクチンの初回接種を受けた乳児の割合	a) 1-year-old children immunized against: DPT (percentage of infants who received their first dose of diphtheria, pertussis and tetanus vaccine)	Childinfo	71	84	77	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	70	74	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	69	73	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			74	2010	74	(2010)	Sub-Saharan Africa		

添付1:保健分野主要指標(モザンビーク共和国)

国名: モザンビーク共和国 (Republic of Mozambique)			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			33.1	2003				
	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			23.5	2003				
	2.2.03	HIV/エイズに関する包括的かつ正確な情報を有する15-24歳の割合 (男性)	Men 15-24 years old with comprehensive correct knowledge of HIV/AIDS, percentage	6.3	MDGs Database			33.7	2009	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			15.2	2009	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			0.83	2009	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			22.8	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			36.7	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		75	85	2009	80	(2008)	Sub-Saharan Africa	
	2.2.09	抗レトロウイルス薬による治療を受ける感染者の割合	Antiretroviral therapy coverage (% of people with advanced HIV infection)	6.5	MDGs			30.0	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			106.3	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			11.9	2010				
	2.2.12	HIV検査を受けた妊婦の割合	Pregnant women tested for HIV, estimated coverage (%)		GHO			87	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			51	2009				
	2.2.14	結核患者発見率	Tuberculosis case detection rate (all forms)		HNP Stats	29.0	23.0	34.0	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		75.0	85.0	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			25.1	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			85.9		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			92.0		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)		HRInfo	-	3.0 (2004)	3.9	2010	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)		HRInfo	-	31 (2004)	46	2010			
		3.1.03	人口10万人あたりの看護師数	Nurses (per 100,000 people)		HRInfo	-	21 (2004)	46.0	2010			
		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			0.1	2004	0	(2007)	Africa
		3.1.05	人口10,000人あたりの薬剤師数	Density of pharmaceutical personnel (per 10,000 population)		GHO			0.39	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		5.9	5.2	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		71.9	71.7	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		28.1	28.3	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		45.2	48.3	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		17.9	12.2	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		26.4	24.2	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		0.3	0.3	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		13.9	21.3	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		26	55	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	0.9		0.7	2011	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)

HRInfo: Informe sobre Recursos Humanos para Saúde no Serviço Nacional de Saúde de Moçambique, Republica de Moçambique, Ministerio da Saúde

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.

3.1.02 MCH Nurses work as midwives.

添付 2 : 参考文献リスト (モザンビーク共和国)

引用番号	資料名	発行元	URL など	発行年
1	モザンビーク共和国 貧困プロフィール調査	JICA	http://www.jica.go.jp/activities/issue/s/poverty/profile/pdf/moz_01.pdf	2011
2	World Development Indicators (WDI) and the Global Development Finance (GDF) databases	World Data Bank	http://databank.worldbank.org/ddp/home.do?Step=2&id=4&DisplayAggregation=N&SdmxSupported=Y&CNO=2&SET_BRANDING=YES	2012
3	Human Development Report	UNDP	http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2011/	2011
4	Five-year Government Plan 2010-2014	Republic of Mozambique		2010
5	Country Data Portal	Instituto Nacional de Estatística Moçambique	http://www.ine.gov.mz/Dashboards.aspx	2012
6	Poverty Reduction Action Plan 2011-2014	Republic of Mozambique		2011
7	Report on the MDG	Republic of Mozambique	http://undp.org.mz/en/Publications/National-Reports/Report-on-the-Millennium-Development-Goals-Mozambique-2010	2010
8	Plano Estrategico Do Sector Saude 2007-2012	MOH		
9	The States of The World's Children 2011	UNICEF	http://www.unicef.org/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_EN_02092011.pdf	2011
10	NCD country profiles, WHO	WHO	http://www.who.int/nmh/countries/moz_en.pdf	2011
11	Statistical Year Book	Institute Nacional de Estatística		
12	Millennium Development Goals Indicators	United Nations	http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Default.aspx	
13	Multiple Indicator Cluster Survey 2008	UNICEF	http://www.childinfo.org/files/MICS3_Mozambique_FinalReport_2008.pdf	2009
14	Disease and Injury Country Estimate 2008, Global Health Observatory	WHO	http://apps.who.int/ghodata/	
15	2012 Global AIDS Response Progress Report	National AIDS Council		
16	The National Survey on Prevalence, Behavioral Risks and Information about HIV and AIDS in Mozambique	National Institute of Health		2009
17	World Malaria Report 2011	WHO		2011
18	Nutrition of Young Children and Mothers in Mozambique 2003	USAID	http://measuredhs.com/pubs/pdf/ANC19/ANC19-Eng.pdf	2006
19	Avaliação Conjunta Anual do Desempenho do Sector de Saúde - 2011, Esboço Pré-Final	MOH		2012
20	EPI Comprehensive Multi-year Plan 2008-2009	MOH		
21	EPI Team Presentation	WHO		2009
22	Strategic Plan for Malaria Control in Mozambique 2006-2009	MOH		2006
23	Strategic Plan of TB Control 2008-2012	MOH		
24	National inventory of health, service and resources	MOH		2007
25	Mozambique National Health Account 2004-2006	WHO	http://www.who.int/nha/country/mozambique_2004-2006.pdf	

添付 2 : 参考文献リスト (モザンビーク共和国)

引用 番号	資料名	発行元	URL など	発行年
26	The Human Resource for Health Situation in Mozambique	World Bank	http://siteresources.worldbank.org/INTAFRICA/Resources/no_91.pdf	2006
27	Information on Human Resources for National Health Services	MOH		2011
28	Human Resources Development Plan 2008-2015	MOH		
29	Health Nutrition and Population Statistics	World Bank	http://databank.worldbank.org/ddp/home.do	
30	Action Plan for the Reduction of Absolute Poverty 2006-2009	Republic of Mozambique		2006
31	Global Health Expenditure Database. Mozambique	WHO	http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&COUNTRYKEY=84680	
32	Assessment of Epidemiological Disease Surveillance System in Mozambique 2006	WHO	http://www.who.int/hac/crises/moz/sitreps/mozambique_epi_surv_nov_dec2006.pdf	
33	Situation analysis of essential drugs and medicine	WHO		
34	Country Cooperation Strategy 2009-2013	WHO	http://www.afro.who.int/en/mozambique/who-country-office-mozambique.html	
35	Health Service Delivery Project, Project Appraisal Document	World Bank		2009
36	GFATM Grant Portfolio Mozambique	GFATM	http://portfolio.theglobalfund.org/en/Country/Index/MOZ	
37	政府開発援助 (ODA) 国別データブック	外務省	http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryo/kuni/11_databook/pdfs/05-46.pdf	
38	中国の「裸足の医者」と日本の「駐在保健婦」について	新潟産業大学人文学部紀要, 第 21 号 抜刷	http://www.nsu.ac.jp/nc/htdocs/nsu/pdf/library/e-asia/h21-5.pdf	2010