

保健セクター情報収集・確認調査

コートジボワール共和国 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
12-115

保健セクター情報収集・確認調査

コートジボワール共和国 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

1CFA フラン=0.153 円

(2012 年 7 月 JICA 精算レート)

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

はじめに

<本調査の背景>

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

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

以上のような途上国の保健セクターの環境の変化の中、JICAにおいて国全体のマクロ分析とセクター分析を行う国別分析ペーパー（Analytical Work）の作成を進めており、JICAの協力のより明確な方向性を示して行こうとしている。本調査は、このセクター分析に貢献するものとの位置づけである。これまでも、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「全ての人々が、十分な質の保健サービス（増進、予防、治療、リハビリテーション）に、必要に応じて、かつ経済的に大きな負担となることなくアクセスできるようにすること」と定義されている。（http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/index.html）

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

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



出典： <http://www.freemap.jp/blankmap/> (2012年3月1日アクセス)

コートジボワール共和国

用語集

略語	英語・仏語	日本語
ACT	Artemisinin-based Combination Therapy	アルテミシニン誘導体多剤併用療法
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome	後天性免疫不全症候群
AMD	Atelier de Maintenance de District	県保守作業所
ARI	Acute Respiratory Infections	急性呼吸器感染症
ART	Antiretroviral Therapy	抗レトロウイルス療法
ARV	Antiretroviral drugs	抗レトロウイルス薬
C2D	Contrats de Désendettement et de Développement	債務免除・開発契約
CAT	Centre Anti Tuberculeux	結核対策センター
CCM	Country Coordinating Mechanism	(世界エイズ・結核・マラリア対策基金の) 国別調整メカニズム
CDT	Centre Diagnostic et de Traitement	結核診断治療センター
CFA	(Franc) Communauté Financière Africaine	セーファール (フラン) (通貨単位)
CHR	Centre Hospitalier Régional	州病院
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé	専門病院センター
CHU	Centre Hospitalier Universelle	大学病院
CNO	les zones Centre, Nord et Ouest	中央部、北部および西部地域
CNS	Comptes Nationaux de la Santé	国家保健会計
CP	Completion Point	完了地点
CREMM	Centre Régional d'Équipement et de Maintenance du Matériel	地域機材保守センター
DCPEV	Direction de Coordination du Programme Élargi de Vaccination	(保健エイズ対策省) 予防接種拡大計画調整局
DIEM	Direction des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance	(保健エイズ対策省) インフラ・機材・維持管理局
DIPE	Direction de l'information, de la Planification et de l'Évaluation	(保健エイズ対策省) 情報計画評価局
DOTS	Directly Observed Therapy Short-course	直接監視下における短期化学療法
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament	(保健エイズ対策省) 薬局・医薬品局
EDF	European Development Fund	欧州開発基金
EDS	Enquête Démographique et de Santé	人口保健調査
EIS	Enquête sur les Indicateurs du Sida	エイズ指標調査
EPI	Expanded Programme on Immunization	予防接種拡大計画
ESPC	Établissement Sanitaire de Premier Contact	一次医療施設
EU	European Union	欧州連合
GDP	Gross Domestic Product	国内総生産
GNI	Gross National Income	国民総所得
HG	Hôpital Général	総合病院
HIPC	Heavily Indebted Poor Countries	重債務貧困国
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウイルス
IHP+	International Health Partnership Plus	国際保健パートナーシップ・プラス

略語	英語・仏語	日本語
IMNCI	Integrated Management of Neonatal and Childhood Illnesses	小児新生児疾患統合管理
INFAS	Institut National de Formation des Agents de Santé	医療従事者養成校
IPT	Intermittent Preventive Treatment	間欠予防治療
ITN	Insecticide-Treated 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
LNSP	Laboratoire National de Santé Publique	国家公衆衛生検査室
MDGs	Millennium Development Goals	ミレニアム開発目標
MDRI	Multilateral Debt Relief Initiative	多国間債務救済イニシアチブ
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
PARSSI	Projet d'Appui à la Redynamisation du Secteur de la Santé Ivoirien	保健セクター再活性支援プロジェクト
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief	米国大統領緊急エイズ救済計画
PMA	Paquet Minimum d'Activités	基本サービスパッケージ
PMTCT	Prevention of Mother to Child Transmission	母子感染予防
PND	Plan National de Développement	国家開発計画
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire	国家保健開発計画
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose	国家結核対策プログラム
PRSP	Poverty Reduction Strategy Papers	貧困削減戦略書
PSP	Pharmacie de Santé Publique	公衆衛生医薬品局
SIDA	Syndrome d'immunodéficience Acquise	後天性免疫不全症候群
SIG	Système d'Information de Gestion	情報管理システム
SIGVISION	-	(保健情報を扱うソフトウェア名)
SMART	Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions	復旧・移行事業の標準化モニタリング評価
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de base	基礎的緊急産科新生児ケア
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence complets	包括的緊急産科新生児ケア
UFR/SMA	Unités de Formation et de Recherche des Sciences Médicale d'Abidjan	アビジャン大学医科学教育研究単位
UFR/SMB	Unités de Formation et de Recherche des Sciences Médicale de Bouaké	ブアケ大学医科学教育研究単位
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
WHO	World Health Organization	世界保健機関

要約

1. コートジボワール共和国（以下、コートジボワール）は、1999年のクーデター以降、長年にわたり政情不安定な状況が続いてきた。特に2010年の大統領選等に伴う国内の混乱では、同国の社会経済は大きな損害を被り、特に中央部、北部および西部地域での被害が大きかった。保健セクターにおいても、医療従事者の離職、医療施設の閉鎖、必須医薬品などの在庫切れ、コレラなどの感染症が発生するなどの事態となった。現在、政府は国民和解と復興、国際機関との関係強化、農業セクター改革等に取り組んでいる。
2. 高い貧困率の大幅な削減を目指した「貧困削減戦略書（PRSP）」、経済・金融プログラムおよびミレニアム開発目標（MDGs）等に沿って策定された「国家開発計画（PND）2012-2015」では、達成すべきインパクトとして、「国民の健康状態と福祉の向上、罹患と死亡の削減」を掲げており、そのために保健システムおよびサービスの改善や優先課題への対策の強化などの成果を上げることを目指している。PNDの目標を達成するため、保健エイズ対策省は「保健政策（Politique Nationale de Santé）（2011年12月）」を策定し、「国家保健開発計画（PNDS）（2012 - 2015年）」の下、ガバナンスおよびリーダーシップの強化、質の高いサービスの提供と利用の改善、妊産婦および5歳未満児の健康状態の改善、疾病および院内感染対策の強化、疾病予防およびヘルスプロモーションの強化を目指している。中でも、サービスの改善および疾病対策には多くの予算が配分されている。
3. 死因の6割程度が感染症および妊娠期・周産期に発生した病態や栄養状態に起因しており、引き続きMDGs達成に向けた取り組みが重要となっている。妊産婦死亡率および5歳未満児死亡率は改善傾向にあるものの目標達成は非常に厳しい状況と予測される。HIV感染率は西アフリカ諸国で最も高く、性別では女性が、地域ごとの比較では海岸沿いの地域において、HIV感染率が高くなっている。HIVの感染拡大に伴い、結核の罹患率も増加傾向にある。マラリアについては、全国民が高発生地域に居住しているとされ、特に5歳未満児の発生率が高くなり、5歳未満児死亡率の増加の要因となっている。社会情勢の混乱により食料安全保障が脅かされた結果、栄養状態は特に北部地域において厳しい状況となっている。
4. 保健サービスの提供においてはプライマリヘルスケアアプローチが採用されており、基本サービスパッケージも定められているが、物理的な通信・交通手段の不備などによりリファラルシステムは十分に機能していない。高い妊産婦死亡率の背景にあると考えられる避妊法の普及率は全体に低く、特に農村部や教育を受けていない層において普及していない。産前健診は、4回以上の受診率は5割を下回っており、助産専門技能者による分娩介助率や施設分娩率には地域差が大きく、医療従事者の質の問題もある。また、緊急産科新生児ケアサービスは、本来提供可能とされる施設のうち実際に提供できるのはごくわずかとなっている。予防接種拡大計画（EPI）のカバー率は機材不足や国内の政情不安などによって2011年には低下した。HIV/エイズ対策では、検査・カウンセリング、母子感染予防（PMTCT）、抗レトロウイルス療法（ART）の各サイトが増加し、治療を受ける患者は増加しているが、検査を受けた一般人口の割合は1割に満たない。マラリアは予防、治療ともにカバー率が低く、確定診断の率も低い。結核対策は世界エイズ・結核・マラリア対策基金の支援を受けて実施されており、患者発見率、治療成功率ともに8割程度となっている。栄養対策は重要であるにもかかわらず十分な

予算が配分されていないため、必要な質・量の人材が配置できていないなどサービス提供体制も十分ではない。

5. 保健人材については、世界保健機関（WHO）の基準（人口 1,000 人あたりの医師および看護師・助産師の総数 2.3 人）を満たしておらず、また地域偏在も著しい。医師等を国内で育成できる体制にはあるが、戦略的かつ計画的な人材の育成および定着のための待遇の改善が課題である。国家予算に占める保健エイズ対策省の予算はアブジャ宣言（15%）の 3 割以下であり、利用者負担はサブサハラ地域の低中所得国の平均の 2 倍近くとなっている。2011 年に保健サービスの無料化が実施されたが、医薬品等の枯渇やリファラル制度の混乱などが生じたためこれを撤回し、母子保健など優先課題や緊急性の高いものに係るサービスに限り無料あるいは負担軽減策をとることとした。保健管理情報システムにおいて情報の流れは定められているが、プログラム別の情報収集システムとの重複や機材の整備、関係機関の巻き込みなど課題は多い。保健医療施設は電気、水道などの基礎インフラの不備、維持管理能力の低さ、老朽化、全体数の不足と地域偏在が問題となっており、既存の施設・機材の改修や一次医療施設の新設が急務とされている。医薬品については、財政難による在庫切れなどにより、必須医薬品でもアクセスが困難な状況になっている。保健行政においては地方分権化を進めようとしているが、国内情勢の混乱などにより多くの県保健局が機能していない。また、法的文書が現状に沿って改訂が行われていない、省内で任務の重複がある、民間セクターが提供するサービスについて規制やモニタリングが行われていないなど、課題は多い。
6. 保健エイズ対策省は、パートナーとの調整を重要事項として捉え、2012 年 2 月より調整会合を毎月開催しているほか、WHO を議長とするパートナー間会合、課題ごとの調整委員会などが活動を実施している。主要ドナーの活動分野は、感染症対策が主流であったが、保健システム強化支援に統合する動きも出ている。日本は 1999 年のクーデター以降、主に国際機関経由の無償資金協力による感染症対策支援や研修員受け入れなどによる限定的な支援を継続してきたが、ワタラ新大統領による新内閣発足、治安情勢の改善を受け、2011 年 11 月に二国間協力再開を決定した。現在、本格的な協力再開に向けて準備を進めている状況にある。
7. 以上の状況を踏まえ、今後、コートジボワール政府のニーズおよび優先課題を確認しつつ、ドナー協調、他ドナーの動向などを踏まえ、地域格差の是正を念頭に置いたサービス提供体制の整備や、地方分権化の促進への支援として、州および県保健局の政策実施およびサービス提供能力の強化に対する支援を実施して行くことが考えられる。

保健セクター情報収集・確認調査
保健セクター分析報告書
コートジボワール共和国

目次

はじめに

地図

用語集

要約

第1章	一般概況	1-1
第2章	開発政策	2-1
2.1	国家開発政策	2-1
2.2	保健セクターの開発計画	2-2
第3章	国民の健康状態	3-1
3.1	疾病構造	3-1
3.2	母子の健康状態	3-1
3.2.1	母親の健康	3-1
3.2.2	子どもの健康	3-2
3.3	感染症の状況	3-2
3.3.1	HIV/エイズ	3-2
3.3.2	結核	3-3
3.3.3	マラリア	3-4
3.3.4	その他感染症	3-4
3.4	栄養不良	3-4
3.5	非感染性疾患	3-6
第4章	サービス提供の状況	4-1
4.1	保健サービス提供体制	4-1
4.2	母子保健対策	4-1
4.2.1	政策・戦略	4-1
4.2.2	母子保健サービス概況	4-1
4.2.3	妊産婦保健サービス	4-2
4.2.4	子どもの保健サービス	4-4
4.3	感染症対策	4-5
4.3.1	HIV/エイズ対策	4-5
4.3.2	結核対策	4-6
4.3.3	マラリア対策	4-6
4.4	栄養不良対策	4-8
第5章	保健システムの状況	5-1
5.1	保健人材	5-1
5.1.1	概況	5-1

5.1.2	政策・戦略	5-2
5.1.3	人材育成	5-3
5.1.4	雇用・配置・定着	5-3
5.2	保健財政	5-4
5.2.1	概況	5-4
5.2.2	保健サービス無料化	5-5
5.3	情報供給機能	5-6
5.3.1	概況	5-6
5.3.2	情報収集	5-7
5.3.3	情報分析、結果の活用・普及	5-8
5.4	医療施設、機材、医薬品等の供給機能	5-8
5.4.1	医療施設・機材	5-8
5.4.2	医薬品供給	5-9
5.5	管理・監督機能	5-10
5.5.1	保健行政組織体制	5-10
5.5.2	現況	5-10
5.5.3	PNDSにおける取り組み	5-11
(1)	保健システムの制度的枠組みの強化	5-11
(2)	保健システムのマネジメントの枠組みの改善	5-11
第6章	ドナーの協力状況	6-1
6.1	保健分野における援助協調	6-1
6.2	ドナー協力実績	6-1
6.2.1	概要	6-1
6.2.2	世界保健機関（WHO）	6-1
6.2.3	国連児童基金（UNICEF）	6-2
6.2.4	国連人口基金（UNFPA）	6-2
6.2.5	欧州連合（EU）	6-2
6.2.6	世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）	6-2
6.2.7	米国政府	6-2
6.3	日本の協力実績と現状	6-3
6.3.1	対コートジボワール協力方針	6-3
6.3.2	保健分野における日本の協力	6-3
第7章	保健セクターにおける優先課題	7-1
7.1	保健セクターにおける優先課題とその背景	7-1
7.1.1	健康状態における問題	7-1
7.1.2	問題の背景	7-1
7.1.3	問題に対する政府およびドナーの取り組みと今後の課題	7-2
7.2	保健セクターの協力ニーズ	7-2

添付資料

添付1： 保健分野主要指標

添付2： 参考文献リスト

図表目次

図 3-1	死因別死亡割合（全年齢）	3-1
図 3-2	妊産婦死亡率の推移	3-1
図 3-3	子どもの死亡率の推移	3-2
図 3-4	地域ごとの5歳未満児死亡率（2005年）	3-2
図 3-5	HIV感染率の推移	3-3
図 3-6	地域ごとのHIV感染率（2005年）	3-3
図 3-7	結核罹患率の推移	3-3
図 3-8	州ごとのマラリア発生率（確定例）	3-4
図 3-9	マラリア発生率の推移	3-4
図 3-10	子どもの慢性栄養不良の割合	3-5
図 3-11	北部地域の栄養状況の推移	3-5
図 3-12	子どものビタミンA摂取の割合（2011年）	3-5
図 4-1	母子保健サービス概況	4-2
図 4-2	助産専門技能者の介助による分娩率	4-3
図 4-3	地域ごとの施設分娩率	4-3
図 4-4	州ごとの小児新生児疾患統合管理の実施状況	4-4
図 4-5	全マラリア症例における診断による確定症例の割合	4-7
図 5-1	医師一人あたりの人口数	5-2
図 5-2	看護師・助産師一人あたりの人口数	5-2
図 5-3	保健支出財源の推移	5-5
図 5-4	保健情報の流れ	5-7
図 5-5	保健エイズ対策省組織図	5-10
図 7-1	コートジボワールの保健セクターにおける課題とその背景要因	7-1
表 1-1	コートジボワールの主要指標	1-1
表 1-2	地域別貧困率（2008）	1-2
表 2-1	PNDS目標ごとの予算額	2-2
表 2-2	PNDSの指標および目標値	2-3
表 3-1	10大死因（全年齢）	3-1
表 4-1	保健システム概要	4-1
表 4-2	HIV/エイズ対策の進捗	4-5
表 4-3	マラリア対策の指標の状況	4-7
表 5-1	職種ごとの人材数（公的セクター）	5-1
表 5-2	医師・看護師・助産師1名あたりの人口数	5-1
表 5-3	医療従事者の育成	5-3
表 5-4	国家予算および保健エイズ対策省予算（百万CFAフラン）	5-4
表 5-5	保健財政関連指標の推移	5-5
表 5-6	公的施設種別ごとの数	5-8
表 6-1	保健分野における主要ドナーの主な支援分野	6-1
表 6-2	世界基金の支援額（百万ユーロ）	6-2
表 6-3	保健分野における日本の援助（無償資金協力）（2005年以降）	6-3
表 6-4	保健分野における日本の援助（草の根・人間の安全保障無償資金協力） （2005年以降）	6-3

第1章 一般概況

コートジボワール共和国（以下、コートジボワール）は、西アフリカに位置し、北部はブルキナファソとマリに、西部はリベリアとギニアに、東部はガーナに囲まれ、南部はギニア湾に面している。国土面積は約32万km²（日本の約0.9倍）、2010年の推計人口は19,737,800人で50%が都市部に居住している [1]。

1999年のクーデター後、長年にわたり政情不安定な状態が続き、経済は疲弊し、国民の多くが貧困状態に置かれている。特に、2010年11月に実施された大統領決選投票に伴う国内の混乱により、同国の社会経済は大きな損害を被った。保健セクターについては、特に中央部、北部および西部地域（CNO地域⁶）での被害が大きかった。約50%の医療従事者が職場を離れたとされるが、西部では75%にも上り、その結果、多くの医療施設が閉鎖された。また、経済制裁としての禁輸措置により、必須医薬品や抗レトロウイルス薬（ARV）、予防接種ワクチンなどの医薬品が在庫切れとなった。さらに、疫学サーベイランスシステムが機能せず、Sud-Comoé州で麻疹が、CNO地域で黄熱病が、アビジャンでコレラが発生するなどの事態となった [2]。

現在、コートジボワール政府は、ウワタラ大統領の下で国民和解と復興、国際機関との関係強化、カカオ、コーヒーを中心とした農業セクター改革等に取り組んでいる。また、都市部を中心に飲料水、保健、教育、電力、都市衛生の5分野における「大統領緊急プログラム」の実施などに取り組んでいる [3]。

なお、コートジボワールは2012年6月に拡大重債務貧困国（HIPC）イニシアチブの完了時点（CP）に到達し、HIPCイニシアチブにより31億米ドル、多国間債務救済イニシアチブ（MRDI）により13億米ドルの債務救済が実施されることになった [4]。

行政区分は、州（région）（19）、県（département）（80）からなる。コートジボワールの主要指標（表 1-1）および地域別貧困率（表 1-2）を以下に示す。

表 1-1 コートジボワールの主要指標

指標	数値	単位	年
人口	19,737,800	人	2010
人口増加率	1.98	%	2010
出生時平均余命	54.06	歳	2009
粗出生率	34.37	人口千対	2009
粗死亡率	12.45	人口千対	2009
一人あたりの国民総所得（GNI）	1,160	米ドル	2010
経済成長率	3.4	%	2010
初等教育就学率	88	%	2011
人間開発指標*（ランク）（187カ国中）	170	位	2011
1日1.25ドル未満で生活する人口の割合	81.3	%	2009

出典：World Bank Development Indicators Online (March 2012) [1], * : Human Development Report 2011 (UNDP) [5]

⁶ 一般に les zones Centre, Nord et Ouest と言われている。

表 1-2 地域別貧困率(2008)

地域	州	貧困率 (%)
中央部	Lacs、N'Zi Comoé	56.0
中東部	Moyen Comoé	53.7
中北部	Vallée du Bandama	57.0
中西部	Fromager、Haut Sassandra、Marahoué	62.9
北部	Savanes	77.3
北東部	Zanzan	54.7
北西部	Bafing、Denguélé、Worodougou	57.9
西部	Montagnes、Moyen Cavally	63.2
南部	Agneby、Lagunes、Sud Bandama、Sud Comoé	44.6
南西部	Bas Sassandra	45.5
アビジャン	—	21.0

出典：République de Côte d'Ivoire, Rapport National sur Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (2010) [6]

第2章 開発政策

2.1 国家開発政策

コートジボワールの貧困率は高く、2008年の貧困率は48.9%であり、1985年の10%から大きく上昇した。「貧困削減戦略書（PRSP）」（2009年1月策定）では、貧困率を2015年までに16%とすることを目指している [7]。PRSPでは、国が達成すべき4つのアウトカムを以下のとおり掲げている。

<4つのアウトカム>

- 1) 復興と国家基盤の強化
- 2) 新興国への転換
- 3) 全ての人の社会福祉
- 4) 地域および国際社会におけるダイナミックなアクター

保健セクターは上記3)に関連しており、2015年までにミレニアム開発目標（MDGs）を達成するため、国民の健康と福祉の向上を目標としている。

PRSP、大統領プログラム、MDGs等に沿い、2020年までにコートジボワールを新興国とすることを目的に、「国家開発計画（PND）（2012 - 2015年）」が策定された。PNDでは以下5つの戦略目標が設定されている。

- 1) 良い統治が確保されている安全な社会に調和して国民が生活する
- 2) 国富が増大、高い水準で維持され、公平に富が配分される
- 3) 国民、特に女性、子どもや他の脆弱なグループが、質の高い社会サービスへの公平なアクセスを有する
- 4) 国民が健全な環境と適切な生活環境に生活する
- 5) 地域および国際社会におけるコートジボワールの位置づけが再び効力のあるものとなる

PNDでは、保健、栄養およびHIV/エイズ分野において達成すべきインパクトと3つの成果を以下のとおりに定めている。

- インパクト：国民の健康状態と福祉の向上、罹患と死亡の削減
- 成果1：保健システムの有効性と効率性の向上
- 成果2：保健サービスの提供と質の改善
- 成果3：HIV/エイズおよび他の優先課題の対策強化

2.2 保健セクターの開発計画

保健エイズ対策省は、国家保健開発計画の上位に位置する文書として、「保健政策 (Politique Nationale de Santé) (2011 年 12 月)」を策定した。同政策のビジョンは、「全国民、特に脆弱な人々に対して、国家の成長と発展を持続的に支えるために最適な健康状態を保証するべく保健システムが機能する」ことである。このビジョンを達成するため、PND と同様に、国民の健康状態と福祉の向上を全体目標とし、具体的には 1) 保健システムの有効性と効率性の向上、2) 保健サービスの提供と質の改善、3) 疾病対策の強化を目標に掲げている。

現行の国家保健開発計画は、「国家保健開発計画 (PNDS) (2012 - 2015 年)」である。同計画の具体的な目標は、以下のとおり。同計画は、保健エイズ対策省の強いリーダーシップと保健セクターのより良い統治、プライマリヘルスケアに基づいた保健システムの推進、質の高い保健サービスの提供、MDGs を始めとした国際的な誓約の実現へ向けた取り組み、住民参加および地方分権の原則により導かれるとしている。

全体目標：国民の健康状態と福祉の向上
目標 1：保健セクターのガバナンスおよび保健エイズ対策省のリーダーシップの強化
目標 2：質の高い保健サービスの提供と利用の改善
目標 3：妊産婦および 5 歳未満児の健康状態の改善
目標 4：疾病 (HIV、マラリア、結核、栄養不良等) および院内感染対策の強化
目標 5：予防およびヘルスプロモーションの強化

国家保健開発計画期間の 4 年間に必要な予算は 16,170 億 CFA フラン⁷と見積もられており、目標ごとの予算額は表 2-1 のとおり。目標 2「質の高い保健サービスの提供と利用の改善」の達成に必要な、施設改修や機材整備、人材能力強化等に総予算の 53%が見積もられている。

表 2-1 PNDS 目標ごとの予算額

目標		予算額 (10 億 CFA フラン)	割合
目標 1	保健セクターのガバナンスおよび保健エイズ対策省のリーダーシップの強化	73,654,501	5%
目標 2	質の高い保健サービスの提供と利用の改善	863,169,576	53%
目標 3	妊産婦および 5 歳未満児の健康状態の改善	134,311,565	8%
目標 4	疾病および院内感染対策の強化	524,596,066	32%
目標 5	予防およびヘルスプロモーションの強化	21,147,237	1%
合計		1,616,878,945	100%

出典：Ministère de la Santé et de la Lutte Contre le Sida (2012) Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015 [8]を元に作成

⁷セーファーフラン (西アフリカ通貨同盟共通通貨)。1 ユーロは 655.957 CFA フラン。

また、PNDS の目標はロジカルフレームワークの形に組み立てられており、各指標とその目標値は表 2-2 のとおり設定されている。

表 2-2 PNDS の指標および目標値

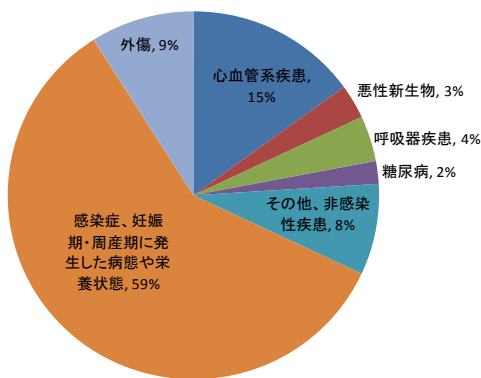
指標	ベースライン	2015 年目標値
インパクト 国民の健康状態と福祉が改善される		
5 歳未満児死亡率（出生千対）	125	88
妊産婦死亡率（出生 10 万対）	543	324
成人（15-49 歳）HIV 感染率	3.4%	1.8%
マラリア発生率（人口千対）	80	50
結核罹患率（人口千対）	1.7	0.6
成果 1 保健セクターのガバナンスが改善され、保健エイズ対策省のリーダーシップが強化される		
保健に割り当てられた国家予算の割合	4.36%	10%
成果 2 質の高いサービスの提供と利用が改善される		
保健医療施設から 5km 以内に居住している人口の割合	44%	55%
血液バック回収数（年間人口千対）	4.9	10
成果 3 妊産婦および 5 歳未満児の健康状況が改善される		
避妊法の普及率	9.5%	30%
産前健診 4 回以上受診した妊婦の割合	45%	70%
助産専門技能者が介助する出産の割合	69.22%	80%
0-11 ヶ月の子どもの 5 種混合ワクチン接種 3 回目の接種率	62%	95%
急性呼吸器感染症（ARI）に罹患し抗生物質での治療を受けた 5 歳未満児の割合	19%	50%
成果 4 疾病および院内感染対策が強化される		
プロトコールに従って抗レトロウイルス療法（ART）を受けている HIV 感染者の割合	45%	80%
母子感染予防のための ART を受けた HIV 陽性妊婦の割合	47.3%	80%
殺虫剤処理済蚊帳（ITN）の中で就寝する 5 歳未満児の割合	15%	80%
成果 5 予防およびヘルスプロモーションが強化される		
完全母乳育児（生後 6 カ月）の割合	4%	50%
保健サービスの利用率	18%	30%

出典：Ministère de la Santé et de la Lutte Contre le Sida (2012) Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015 [8]

第3章 国民の健康状態

3.1 疾病構造

コートジボワールにおいては、世界保健機関（WHO）の推計によると、図 3-1 のとおり、全死亡における感染症、妊娠期・周産期に発生した病態や栄養状態を原因とした死亡の割合が 59% を占めている。非感染性疾患については 32%、外傷は 9% を占めている [9]。また、表 3-1 の国民の 10 大死因においても、HIV、マラリアおよび結核等の感染症、下痢症や周産期の病態が主な死因となっており、同様の傾向を示している。したがって、マラリアや HIV 等の感染症対策や母子保健向上を目指す MDGs 達成へ向けた取り組みが重要となっている。



出典：WHO (2011) NCD Country Profiles [9]

図 3-1 死因別死亡割合(全年齢)

表 3-1 10 大死因(全年齢)

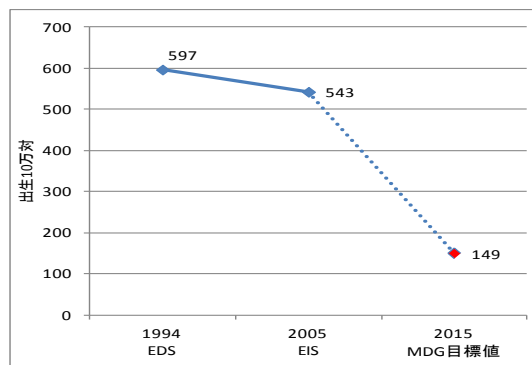
順位	死因	%
1	HIV/エイズ	19
2	マラリア	10
3	下気道感染症	8
4	下痢症	7
5	周産期の病態	6
6	結核	5
7	麻疹	4
8	脳血管疾患	4
9	虚血性心疾患	4
10	交通事故	2

出典：WHO (2006) Mortality Fact Sheet 2006 [10]

3.2 母子の健康状態

3.2.1 母親の健康

図 3-2 のとおり、コートジボワールにおける妊産婦死亡率は、1994 年には 597 (出生 10 万対) であったのが、2005 年には 543 へと改善傾向にある。しかし、このペースでは 2015 年の MDGs 目標値である 149 を達成するのは厳しい状況である。また、2012 年の国連機関の推計値 [11]においても、1990 年から 2010 年にかけて、710 から 400 へと低下しているが、2010 年時点で 400 であることを鑑みると、同様に MDGs の達成は難しいことが予測される。



出典：Institut National de la Statistique (INS) et Macro International Inc. (1995) Enquête Démographique et de Santé (EDS) en Côte d'Ivoire 1994 [12]; INS, Ministère de la Lutte contre le Sida et ORC Macro (2006) Enquête sur les Indicateurs du Sida (EIS) Côte d'Ivoire 2005 [13]

図 3-2 妊産婦死亡率の推移

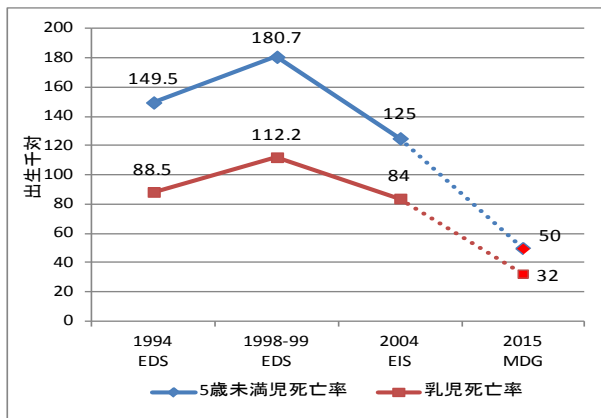
妊産婦死亡の原因は、出血（36%）、難産（20%）、子癇（18%）、中絶の合併症（15%）、産後の感染症（4.8%）となっている [8]。このことから産科ケアサービスのカバー率の低さや妊娠期および産後の合併症の予防やケアが十分でないことが示唆される。

子どもの健康

2004 年の調査によると、コートジボワールにおける 5 歳未満児死亡率は 125（出生千対）、乳児死亡率は 84（出生千対）と、1994 年の調査時の 5 歳未満児死亡率 149.5 と乳児死亡率 88.5 に比べて低下しているものの、MDGs 目標値の達成は困難な状況である（図 3-3）。

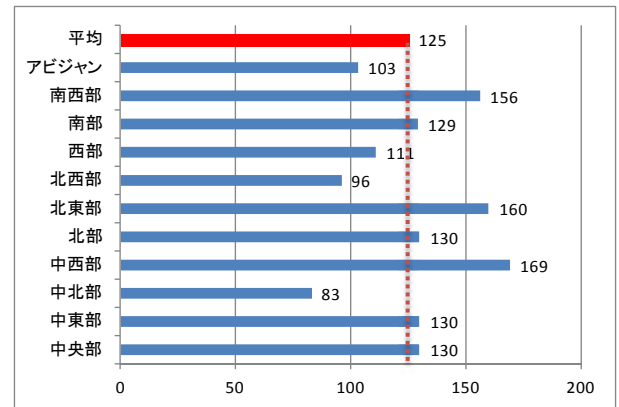
また、2012 年の国連機関の推計では、2010 年における 5 歳未満児死亡率は 123 であり、サブサハラアフリカ地域の平均 121 を上回り、世界 193 カ国中 18 位と高い 5 歳未満児死亡率となっている [14]。

2005 年の調査では、地域別には図 3-4 のとおり、5 歳未満児死亡率が最も高いのは中西部の 169（出生千対）で、中北部が 83 と最も低かった。都市部が 105 に対し、農村部は 142 であった [13]。



出典：INS et Macro International Inc. (1995) EDS Côte d'Ivoire 1994 [12]; INS et ORC Macro (2001) EDS Côte d'Ivoire 1998-1999 [15]; Ministère de la Lutte contre le Sida et ORC Macro (2006) EIS Côte d'Ivoire 2005 [13]

図 3-3 子どもの死亡率の推移



出典：INS, Ministère de la Lutte contre le Sida et ORC Macro (2006) EIS Côte d'Ivoire 2005 [13]

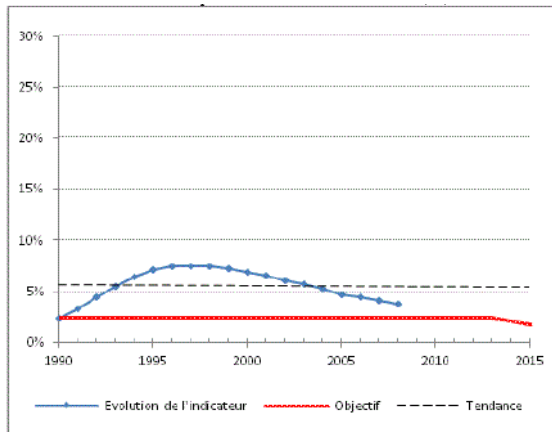
図 3-4 地域ごとの 5 歳未満児死亡率 (2005 年)

5 歳未満児死亡の原因は、主なものから、新生児死亡（34%）、マラリア（25%）、肺炎（10%）、下痢症（8%）、HIV/エイズ（3%）となっている。一方、5 歳未満児死亡の 34%を占める新生児死亡の原因は、早産（11%）、新生児仮死（9%）、感染症（5%）、肺炎（5%）であった。また、子どもの死亡の 3 分の 1 以上が栄養不良を背景とした死亡となっている [16]。

感染症の状況

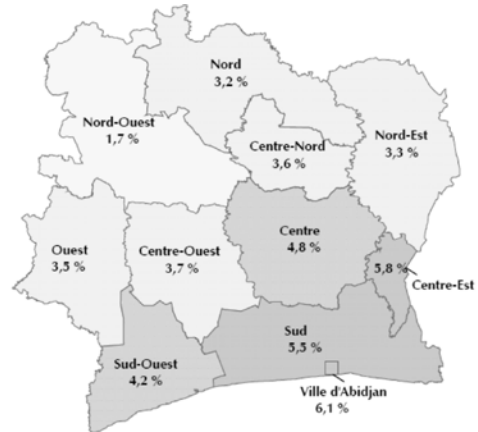
HIV/エイズ

コートジボワールは西アフリカ諸国では最も HIV 感染率が高い国である [17]。成人（15-49 歳）の HIV 感染率は 3.4%と推定（2009 年）され、中西部アフリカ 12 カ国の平均 2%と比較しても高い感染率である。HIV 感染率の推移は図 3-5 のとおり。推定成人 HIV 感染率は、2000 年には 6.9%、2008 年には 3.7%、2009 年は 3.4%と改善傾向にある [6]。



出典：République de Côte d'Ivoire (2010) Rapport National sur Les Objectifs du Millénaire pour le Développement [6]

図 3-5 HIV 感染率の推移



出典：INS, Ministère de la Lutte contre le Sida et ORC Macro (2006) EIS Côte d'Ivoire 2005 [13]

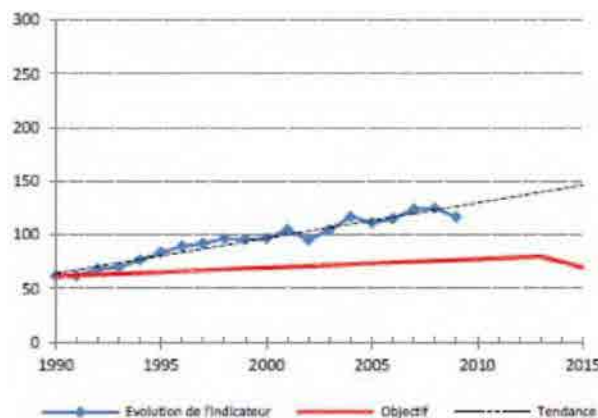
図 3-6 地域ごとの HIV 感染率 (2005 年)

HIV 感染率を調査した最新の標本世帯調査であるエイズ指標調査 (EIS) (2005 年) の結果では、成人 HIV 感染率は 4.7% で、女性は 6.4%、男性は 2.9% であった。図 3-6 のとおり、地域的には、中東部 (5.8%)、南部 (5.5%)、中部 (4.8%) およびアビジャン市 (6.1%) が国の平均よりも高い感染率を示していた。また、国連合同エイズ計画 (UNAIDS) の推計 (2009 年) によると、脆弱層の HIV 感染率が高く、女性性産業従事者の感染率は 33.4%、男性と性的接触を持つ男性は 24.5% となっている [18]。

2009 年の推計値では、HIV 感染者数は 450,000 人で、うち 15 歳以上の女性が 220,000 人 (約 49%)、0-15 歳の子どもが 63,000 人 (14%) である [18]。HIV 感染者のうち抗レトロウイルス療法 (ART) を受けているのは、2011 年では 89,410 人であった [19]。

結核

図 3-7 のとおり、コートジボワールにおける結核の罹患率は年平均 5% の割合で増加傾向にある。喀痰塗抹陽性結核および全結核共に増加している。2000 年には罹患率 (人口 10 万人対) が 97 であったのが、2009 年には 117 に増加した [6]。なお、2010 年における罹患率は 106 であった [8]。



出典：République de Côte d'Ivoire (2010) Rapport National sur Les Objectifs du Millénaire pour le Développement [6]

図 3-7 結核罹患率の推移

結核の罹患率の増加はHIV感染拡大が一因であり、結核症例の36-41%がHIVによるものとされている。また、結核患者におけるHIV感染率は2010年では24%である [8]。

マラリア

コートジボワール全土がマラリア発生地域となっており、WHOによると、全国民がマラリア高発生地域⁸に居住している。また、ほぼ全ての症例が熱帯熱マラリアによるものである [20] (図 3-8)。

マラリアは外来患者の第一位の疾患であり、5歳未満児の死因および疾患の第一位となっている。2006年には、報告された疾病の57%を占め、5歳未満の入院患者の62%、妊婦の入院患者の36%がマラリアを原因としていた [21]。2000年から2008年のマラリア発生率（人口1,000人あたり）の推移は図 3-9のとおり横ばいで、80前後で変動している [6]。2010年の人口1,000人あたりのマラリア発生率は94.55で、5歳未満児の場合は非常に高く、555.48であった [22]。

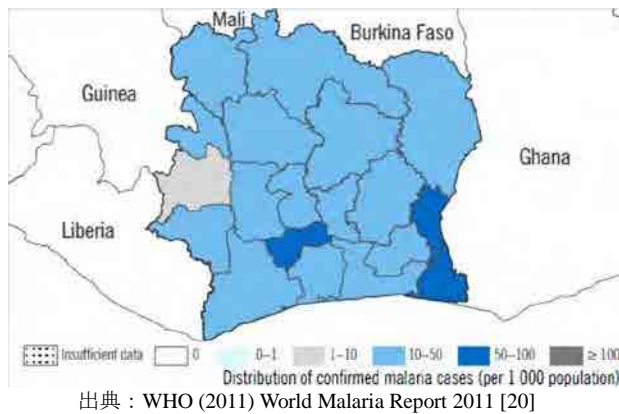


図 3-8 州ごとのマラリア発生率(確定例)

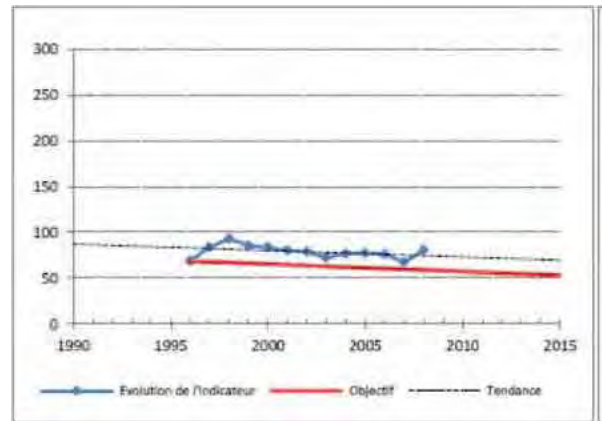


図 3-9 マラリア発生率の推移

その他感染症

流行の可能性がある感染症として、ワクチンで予防可能な感染症が発生しており、2011年には麻疹（疑い例1,059、確定例349）、新生児破傷風（確定例3）、黄熱病（疑い例511、確定例11）が発生した。ポリオについては、2011年には野生型ポリオウイルスによるポリオが22県で36例発生した [8]。

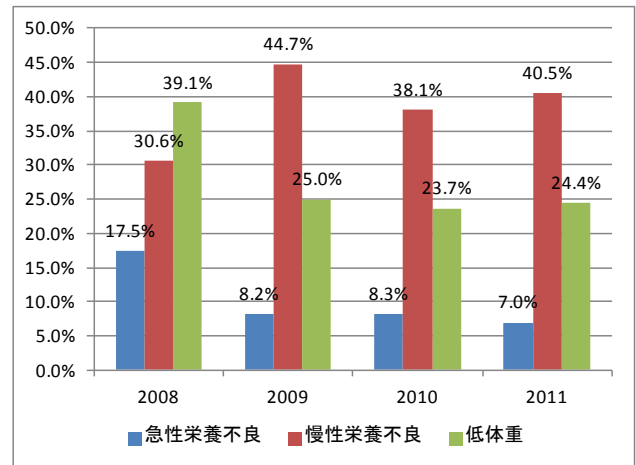
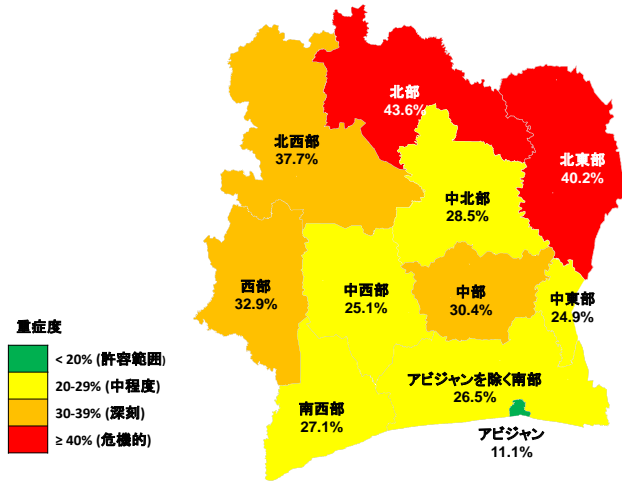
顧みられない熱帯病としては、ブルーリ潰瘍（2010年の報告件数2,533件）、オンコセルカ症、アフリカトリパノソーマ症等が挙げられる [21]。

栄養不良

低い食事摂取量（質および/又は量）と疾病が栄養不良の直接的な原因となっている。それ以前に、食料不足、不適切なケアや衛生習慣の悪さおよび保健サービスへのアクセスの欠如が根本的な原因である。加えて、政治社会的危機による武装戦闘や人口の移動が、農業暦の混乱、インフラの悪化や医療従事者の流出を引き起こす等、元々不安定であった栄養状態をさらに弱体化させ、脆弱な人々である5歳未満児、妊婦や授乳中の女性の栄養状態の悪化につながっている [23]。

⁸ 人口1,000人あたりの発症数が1以上の地域

2011年の復旧・移行事業の標準化モニタリング評価（SMART⁹）調査の結果、6-59カ月の子どもにおける慢性栄養不良¹⁰の割合は27.3%、急性栄養不良¹¹の割合は5.4%、低体重¹²の割合は15.7%であった。慢性栄養不良については図3-10のとおり、北部が43.6%であるのに対し、アビジャンは11.1%と大きく地域によって異なっている。図3-11のとおり、北部地域では2008年に比べ急性栄養不良および低体重の割合は減少しているが、慢性栄養不良については改善が見られない。



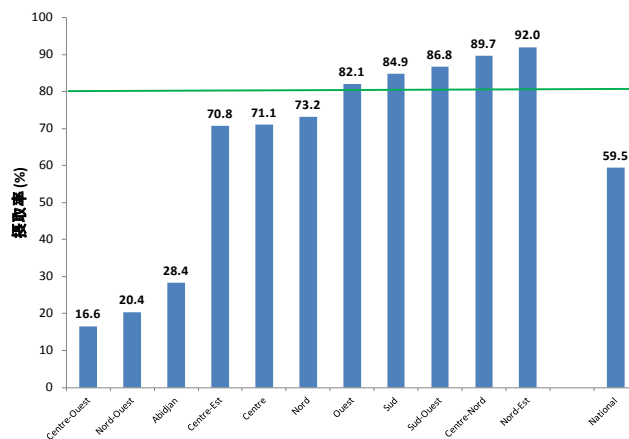
出典：Ministère de la Santé et de la Lutte Contre le Sida, Enquête nutritionnelle nationale basée sur la méthodologie SMART 2011 [24]

出典：国家栄養プログラム提供資料を元に作成

図 3-10 子どもの慢性栄養不良の割合

図 3-11 北部地域の栄養状況の推移

子どものビタミンA摂取率については、2011年のSMART調査では、全国平均59.5%であった。図3-12のとおり、平均に比べて、中西部が16.6%、北西部が20.4%、アビジャンが28.4%と非常に低い値であった。



出典：Ministère de la Santé et de la Lutte Contre le Sida, Enquête nutritionnelle nationale basée sur la méthodologie SMART 2011 [24]

図 3-12 子どものビタミンA摂取の割合(2011年)

⁹ 人道支援に関わる関係者が協力して人道支援の効果のモニタリング評価を改善するためのイニシアチブ。

¹⁰ 上記基準による年齢相応の身長を持つ基準集団（生後0-59カ月の割合）の身長の中央値からの標準偏差がマイナス2未満（中度）／マイナス3未満（重度）の状態。発育阻害。

¹¹ WHOの“WHO Child Growth Standards”の基準による身長相応の体重を持つ基準集団（生後0-59カ月）の体重の中央値からの標準偏差がマイナス2未満（中度）／マイナス3未満（重度）の状態。消耗症。

¹² 上記基準による年齢（生後0-59カ月）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。

女性の栄養状態については、半数以上の 55% の妊婦が貧血 [25] であり、妊産婦死亡率および低体重出生児の増加に影響していると考えられる。2006 年の複数指標クラスター調査 (MICS) 調査では、低体重出生児 (2,500 グラム未満) の割合は 16.7% であった。

完全母乳育児 (6 ヶ月間未満) の割合が 4% と、サブサハラアフリカ地域平均の 33% [26] と比べて非常に低くなっている。地域差も大きく、西部では 16.6% であるのに対し、中西部およびアビジャンを除く南部では 0% という結果であった [27]。

3.5 非感染性疾患

WHO の推計によるとコートジボワールにおける全死因のうち 32% が非感染性疾患によるものである (図 3-1 参照)。非感染性疾患のうち主なものは、糖尿病 (成人罹患率 5.7%)、心血管疾患および悪性新生物である。また、高血圧症も増加傾向にある。2005 年の調査では、15-64 歳の国民のうち 21.7% が高血圧であり、55-64 歳では 58.4% にも上った。2008 年の WHO の推計では、25 歳以上の国民のうち 33.4% が高血圧であった [8]。

悪性新生物については、新規に年間 15,000 例が発生している。女性における発生率が高く、2004 年には発生率は 98.8 (人口 10 万対) であり、全体のうち乳がんが 25.2%、子宮頸がんが 23% であった。一方、男性については、発生率は 82 (人口 10 万対) であった。悪性新生物の発生が増加しているにもかかわらず、がん専門の医療機関は存在していない [8]。また、2009-10 年に実施された調査では、調査対象施設のうち子宮頸がんの検査ができる医療施設の割合は 4.5% という結果であった [28]。その他、透析センターが透析を必要とする患者に対して不足していることが課題として挙げられている [8]。このように、増加している非感染性疾患に対して十分なサービスが提供できていない状況である。

第4章 サービス提供の状況

4.1 保健サービス提供体制

保健サービスの提供体制は以下のとおり3次からなるシステムで構成されている（表4-1）。プライマリヘルスケアアプローチが採用されており、国民への保健サービスを保証するため、1994年に保健県を設定し、1996年には各レベルでの基本サービスパッケージ（PMA）¹³を定めた [29]。

表 4-1 保健システム概要

レベル	サービス提供施設（数）	行政組織（数） ¹⁴
3次	大学病院など国立専門医療機関（15）	保健エイズ対策省
2次	総合病院など（101）	州保健局（20）
1次	一次医療施設（2,091）	県保健局（82）

出典：Ministère de la Santé et de la Lutte Contre le Sida (2012) Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015 [8]; Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA (2012) Répertoire des Structures Sanitaires Publiques et Privées de Côte d'Ivoire Année 2011 [30]

リファラルおよびカウンターリファラル体制は、1次、2次、3次医療の間に構築されているとあるが、無線などのコミュニケーション手段や救急車の不備により、十分に機能していない。また、1次および2次医療の質の問題もあり、3次医療施設に直接行く患者がいる状況である [31]。

4.2 母子保健対策

4.2.1 政策・戦略

コートジボワールにおけるリプロダクティブヘルスに関するビジョンは「コートジボワールでは出産により女性は死亡することなく、産まれた人は皆、健康と健全なリプロダクティブヘルスを享受する」とされている。母子保健やリプロダクティブヘルスに関して、「リプロダクティブヘルス国家政策（2011年）」、「妊産婦、新生児および小児の死亡と疾病の削減促進のためのロードマップ¹⁵（2008-2015年）」、「リプロダクティブヘルス戦略計画¹⁶（2010-2014年）」などが策定されている。

4.2.2 母子保健サービス概況

図4-1は母子保健サービスに関連する指標を、家族計画から子どものケアまでを時系列で示したものである。産前健診の受診1回以上（85%）と助産専門技能者が介助する出産（57%）についてはサブサハラアフリカの平均と比して高い水準にある。一方、避妊法の普及率と完全母乳育児率については非常に低い状況である [14]。

2009-10年に実施された母子保健サービスに関する調査では、調査対象施設のうち産前健診を提供していたのは96.5%、予防接種93%、ビタミンA投与86.8%、産後健診81.8%、新生児ケア80.4%、子ども

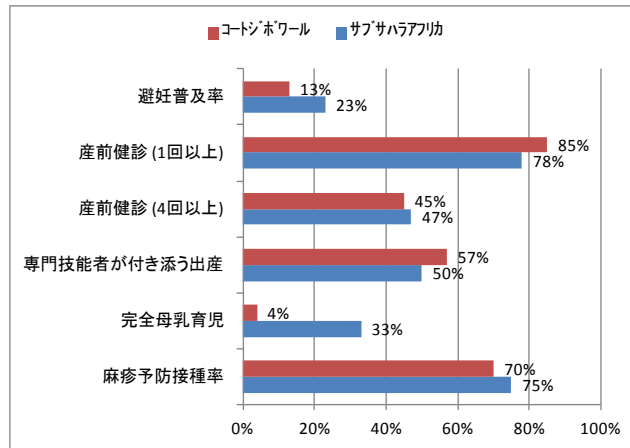
¹³ 妊産婦ケア、出産、新生児ケア、予防接種、家族計画、一部の治療ケア（マラリア、性感染症、急性呼吸器感染症、下痢症）、一部の慢性疾患ケア（結核、ハンセン氏病、ギニアウーム、フランベジア）および健康増進サービス（栄養、水衛生）などが含まれる。 [46]

¹⁴ 州保健局および県保健局の数は、Arrêté N0009 MSLS du 02 Fév. 2012 portant liste des Directions Régionales de la Santé et de la Lutte contre le Sida および Arrêté N0008 MSLS du 02 Fév. 2012 portant liste des Directions Départementales de la Santé et de la Lutte contre le Sida による。

¹⁵ Feuille de Route pour Accélérer la Réduction de la Morbidité et de la Mortalité Maternelles, Néonatales et Infantiles

¹⁶ Plan Stratégique de la Santé de la Reproduction

の成長モニタリング 72.4%、小児新生児疾患統合管理（IMNCI）64.1%、家族計画 60.4%という結果であった [28]。



出典：UNICEF (2012) The State of the World's Children 2012: Children in an Urban World [14]

図 4-1 母子保健サービス概況

4.2.3 妊産婦保健サービス

(1) 家族計画

15-49 歳の女性における避妊法の普及率は 13%と地域平均（23%）と比べて低い。2006 年の複数指標クラスター調査（MICS）によると、近代的避妊法の普及率は 8%であった。近代的避妊法の普及は、地域差が大きく都市部では 12.9%に対し農村部では 4.6%、北西部が 1.7%と最も低く、アビジャンが 13.4%と最も高かった。また教育レベルにも影響され、教育を受けていない場合は 5.3%、中等教育以上の場合には 20%という結果であった。

コートジボワールにおいて避妊法の普及が低い理由として、医療機関において家族計画のPMAへの統合が十分に進んでいない¹⁷こと、また、避妊手段の確保と提供が十分でなく、コミュニティレベルでの啓発も十分に行われていないことが挙げられている [6] [32]。

(2) 産前健診

国の方針では 4 回以上の産前健診の受診が推奨されているが、産前健診は 1 回以上の受診が 85%であるのに対し、4 回以上の受診が 45%と、継続した受診が課題となっている。

2009-10 年の調査では、医療従事者の産前健診に関する知識については、産前健診の 8 つの重要事項¹⁸を知っていたのは、医療従事者の 15%（産婦人科医 8%、一般医 33%、助産師 16%、看護師 14%）であった。一方、特に妊娠中の経過観察が必要な 9 つの危険因子¹⁹について述べることは、医療従事者の 11%に過ぎなかった [28]。

¹⁷ 2009-10 年の調査では、調査対象施設のうち 60.4%が家族計画サービスを提供していた。しかし、地域差が大きく Lacs 州では 84%であるのに対し、Worodougou 州では 11%という結果であった [28]。

¹⁸ ①最低 4 回の産前健診、②出産計画の妊婦への周知、③疾病の予防と健康増進、④疾病の検査と合併症の管理、⑤危険な兆候に関する教育、⑥母乳育児の推進、⑦妊婦の食事に関するカウンセリング、⑧駆虫。

¹⁹ ①帝王切開の既往、②5 回以上の出産歴、③前回の出産から 2 年未満あるいは 5 年以上での妊娠、④死産の既往、⑤新生児死亡の既往、⑥出産介助の既往、⑦重度産科合併症の既往、⑧膀胱腫瘍、直腸腫瘍の修復の既往、⑨中絶合併症の既往。

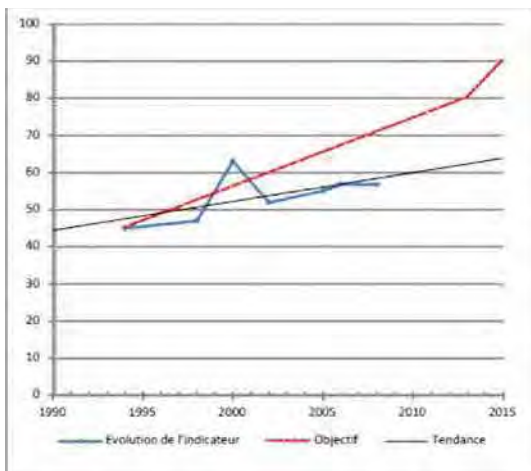
(3) 出産

2006年のMICS調査によると、助産専門技能者の介助による分娩率は57%であり、図4-2に示すように上昇傾向にあるものの、進捗は緩やかである。2005年の調査の結果では、地域差が大きく、アビジャンでは88.5%であるのに対し、西部地域では25.3%と低い。西部地域では57.6%が家族または伝統的助産師の介助により出産をしている。

出産場所については、2005年の調査では、施設分娩率の平均は55.5%であり、助産専門技能者の介助による分娩率と同様に西部地域が25.2%と最も低かった（図4-3）。母親の教育水準が向上するにつれ施設分娩率も上がり（無就学48%、初等教育62.1%、中等教育以上82.4%）、世帯の所得水準も影響していた（所得最下位20%の場合27.2%、上位20%の場合88.4%）[13]。

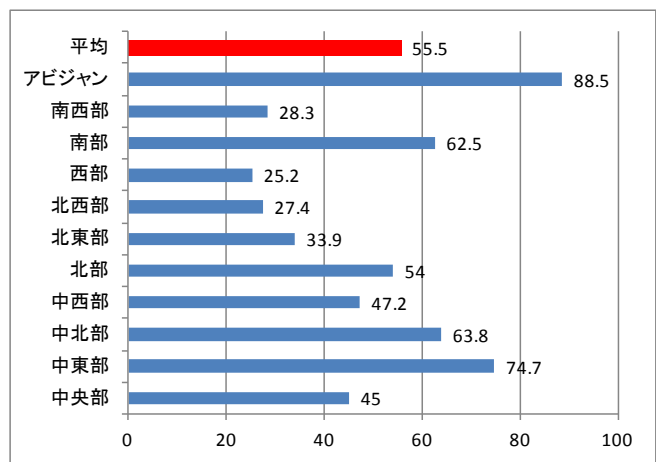
なお、本来、医療補助者が一人で分娩介助を行うことはできないことになっているが、2009-10年の調査では、44.7%の医療補助者が一人で分娩介助を行ったことがあると回答しており[28]、分娩介助の質への影響が懸念される。

また、帝王切開については、2009-10年の調査では、帝王切開率は平均1.9%であり、Lagunes 2州を除く全ての州で5%を下回っていた[28]。



出典：République de Côte d'Ivoire (2010) Rapport National sur Les Objectifs du Millénaire pour le Développement [6]

図 4-2 助産専門技能者の介助による分娩率



出典：INS, Ministère de la Lutte contre le Sida et ORC Macro (2006) Enquête sur les Indicateurs du Sida (EIS) Côte d'Ivoire 2005 [13]

図 4-3 地域ごとの施設分娩率

(4) 緊急産科新生児ケア

2009-10年の調査の結果、基礎的緊急産科新生児ケア（SONUB）サービスを本来なら提供することが可能とされる1,199施設のうち17施設（1.4%）のみがSONUBサービス²⁰を実施できた。一方、包括的緊急産科新生児ケア（SONUC）サービスについては、1次リファラル施設（総合病院等）122施設のうち11施設（9%）のみがSONUCサービス²¹を実施することができる状態であった[28]。

一般的には人口50万人あたり1ヶ所のSONUC施設と4ヶ所のSONUB施設が設置されることが望ましいとされている。コートジボワールでは、SONUC施設は50施設、SONUB施設は248施設が必要と推

²⁰ ここでは、①抗生剤の静注・筋注、②子宮収縮剤（オキシトシン）の静注・筋注、③胎盤用手剥離、④新生児の蘇生、⑤子癇発症時の抗けいれん剤の静注・筋注、⑥子宮内遺残物の除去、⑦吸引分娩・鉗子分娩。

²¹ ここでは上記7つに帝王切開と輸血を加えたもの。

計され [28]、上記の結果から、全体的な施設数が不足していることが推測される。また、産科合併症を有した妊産婦のうち治療を受けたのは全体の 39.5%と推計され、緊急産科ケアのニーズが満たされていない [28]。

4.2.4 子どもの保健サービス

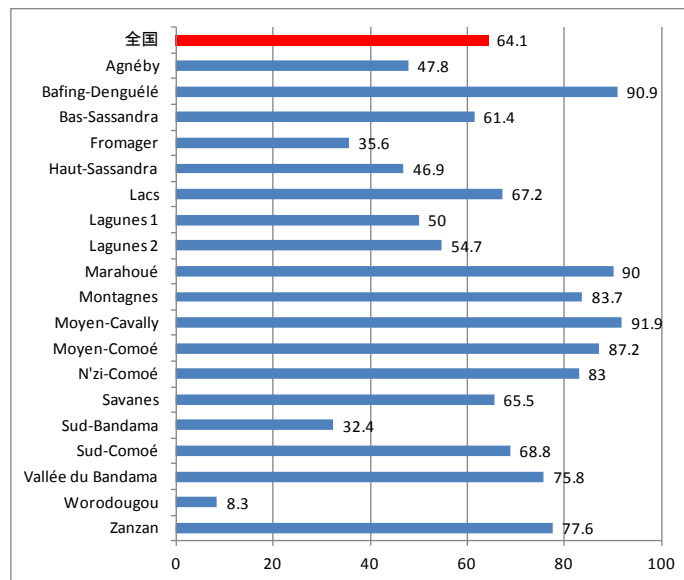
(1) 予防接種

コートジボワールの予防接種拡大計画 (EPI) では、0-11 ヶ月の子どもを対象に、BCG、DTP、B型肝炎、Hib、ポリオ、麻疹および黄熱病の予防接種が行われている。今後、子どもの肺炎や下痢症の罹患率削減を目的に、2013 年には肺炎球菌ワクチン、2015 年にはロタウイルスワクチンの予防接種が導入される予定である²²。

EPI のカバー率は 2010 年まではほぼ平均していたが、2011 年に低下し始めた。具体的には、BCG は 90% から 74% に、DTP・B 型肝炎は 84% から 62%、麻疹は 69.5% から 49%、ポリオは 80.6% から 58% へと低下した。カバー率の低下は、コールドチェーンや機材の不足、危機によりアウトリーチ活動が中断されたことなどによる [8]。

(2) 小児の疾病対策

2009-10 年の調査では、調査対象施設のうち IMNCI を行っていたのは 64.1%であった。しかし、図 4-4 のとおり、IMNCI の実施状況は地域差が大きく、Worodougou では 8%と最も低く、次いで Sud-Bandama で 32%、Fromager で 36%であった。一方、Moyan-Cavally では 92%と最も高かった。国家保健開発計画 (PNDS) では、医療施設およびコミュニティレベルでの IMNCI の実施の強化が目標とされている [28]。



出典：Institut National de la Statistique (INS) (2011) Enquête sur la disponibilité, la qualité et l'utilisation des services de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant – 2010, Rapport Final [28]

図 4-4 州ごとの小児新生児疾患統合管理の実施状況

²²予防接種拡大計画調整局 (DCPEV) への聞き取りによる (2012 年 6 月)。

2006年のMICSによると、急性呼吸器感染症（ARI）と疑われる症状を呈していた子どものうち適切な措置を受けた割合は35%、抗生物質による治療を受けたのは19%であり、地域平均の46%と23%と比べて低くなっている。また、下痢症を発症した子どものうち経口補液療法を受けたのは32.6%であった。

4.3 感染症対策

4.3.1 HIV/エイズ対策

(1) 政策・戦略

「HIV/エイズおよび性感染症対策国家戦略計画（Plan Stratégique National de Lutte contre l'Infection à VIH, le Sida et les IST）（2012-2016年）（ドラフト）」では、戦略基軸を予防、治療、社会経済的インパクトの削減および国家対策のガバナンスの4つとし、以下のとおり目標を設定している。

- 1) 予防：2015年までに全国民およびターゲットグループにおける新規HIV感染率および性感染症罹患率を30%削減する。
- 2) 治療：2015年までにHIVと共に生きる大人および子どもの生活の質を改善する。
- 3) 社会経済的インパクトの削減：2015年までにHIVと共に生きる人々およびエイズによる遺児や脆弱な子どもたちの社会経済的福祉を向上する
- 4) 国家対策のガバナンス：HIV/エイズおよび性感染症対策の国家対策のガバナンスを改善する

コートジボワールにおけるエイズ対策は、米国大統領緊急エイズ救済計画（PEPFAR）や世界エイズ・結核・マラリア対策基金の支援の下、保健エイズ対策省のエイズ対策総局を中心に進められている。

(2) 対策の進捗状況

これまでの対策の結果、予防および治療サービスのカバレッジが拡大し、表4-2のとおり、HIV検査・カウンセリングサイト、母子感染予防（PMTCT）サイト、抗レトロウイルス療法（ART）サイトのいずれも増加し、ARTを受けている患者数も増加している。PMTCTについては、産前健診を行っている施設のうち49%の施設でPMTCTサービスを受けることが可能となっている。治療に関しては、2008年以降抗レトロウイルス薬（ARV）が無料となっており、2011年にはARTを受けている患者数は89,410人である。しかし、HIV検査を受けた一般人口の割合は6%に留まっている [8]。

表 4-2 HIV/エイズ対策の進捗

指標	2008	2009	2010
HIV 検査・カウンセリングサイト	378	554	703
HIV 検査・カウンセリング数	197,428	433,467	662,628
母子感染予防（PMTCT）サイト	378	554	652
ART サイト	359	404	477
ART 新規患者数	22,247	29,002	30,174
ART を受けている患者数（年末時点で）	51,820	72,011	82,721

出典：Ministère de la Santé et de la Lutte Contre le Sida (2011) Rapport Annuel des Indicateurs VIH du Secteur Santé en Côte d'Ivoire 2010 [33]

4.3.2 結核対策

(1) 政策・戦略

結核対策を強化するため、国家結核対策プログラム（PNLT）は2001年に設置された。MDGsの目標を達成するため、患者発見率70%および治療成功率85%以上が目標として設定されている [6]。コートジボワールの結核対策は主に世界基金の支援を受けて実施されている。

PNDSにおいて結核は対策を強化すべき重要な疾病と位置付けられており、1995年に採用された直接監視下における短期化学療法（DOTS）戦略に従い、診断、治療、ケアの改善を目指している。具体的な対策が以下のとおり設定されている。

- 1) 結核の治療を実施する施設で抗結核薬、試薬や消耗品が利用可能となる
- 2) 結核治療センターの能力強化
- 3) 結核診断治療センター（CDT）および結核対策センター（CAT）のネットワークの拡大
- 4) 多剤耐性結核の治療の確保と結核の院内感染対策
- 5) 結核および HIV の重複感染対策
- 6) 医療従事者およびコミュニティにおける人材の強化
- 7) 社会動員の強化
- 8) 抗結核薬の耐性サーベランスの強化

(2) 対策の進捗状況

世界保健機関（WHO）によると、患者発見率は83%（2010年）、治療成功率（新規喀痰塗抹陽性）は79%（2009年）である [34]。結核対策の主な進捗として、1) DOTS のカバー率が2001年の20%から2006年以降は100%へ増加、2) 治療成功率が2001年の56%から2008年は76%へ増加、3) 2009年には結核治療センターのうち94%の施設で HIV 感染者の結核治療が実施されるようになったことなどがある [6]。

その進捗の背景として、1) 地域リファラルセンターである CAT の数が2006年には9センターであったのが、2009年には16センターに増加し、CDT は2000年に63センターあったのが、2009年には120センターに増加したこと、2) CDT 24センターと CAT 8センターの改修、3) 1,098人（医師および看護師）への研修などが挙げられる [6]。

4.3.3 マラリア対策

(1) 政策・戦略

PNDS ではマラリア対策の目標として、1) マラリアの発症率（人口千対）を2015年までに50に削減すること、2) 殺虫剤処理済蚊帳（ITN）の中で就寝する5歳未満児の割合を80%にすることが設定されている。また、マラリア予防および治療を強化するための具体的な目標は以下のとおり。また、ITN については2人で1張を使用するというユニバーサルアクセスを目指している。

- 1) 長期残効型殺虫剤処理済蚊帳および他の媒介蚊対策への介入手段を利用できるようにする
- 2) コミュニケーションと社会動員を強化する
- 3) 間欠予防治療（IPT）のための予防薬（SP²³）を入手できるようにする

²³ Sulfadoxine-pyrimethamine。商品名はファンシダール。

- 4) 抗マラリア薬（アルテミシニン誘導体多剤併用療法（ACT）およびキニーネ）と診断に必要な物資（迅速検査キット、試薬や消耗品）を入手できるようにする
- 5) 診断のための迅速検査の利用を促進する
- 6) マラリア症例の適切な治療のための人員の能力を強化する

(2) 対策の進捗状況

コートジボワールにおけるマラリア対策関連の指標の状況は表 4-3 のとおりである。ITN の保有率および利用率については、いずれもサブサハラアフリカ地域の平均を大きく下回っている。

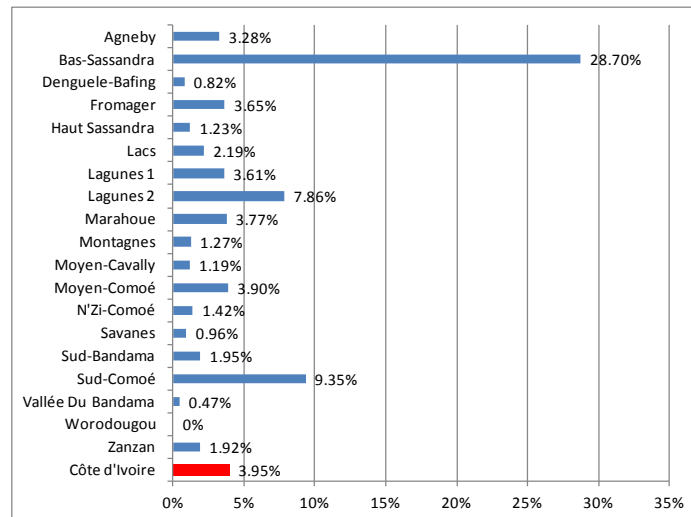
治療に関しては、発熱した 5 歳未満児のうち抗マラリア剤を与えられたのは 36% で、そのうち ACT は 3% であった [35]。ACT が軽症マラリアの治療に導入されたのは 2003 年であり [36]、2010 年以降、ACT は無料となっている [8]。

表 4-3 マラリア対策の指標の状況

指標	2000 年 MICS	2006 年 MICS	2008 年 ²⁴	サブサハラ アフリカ平均
1 張以上の ITN を保有する世帯の割合	-	10.3%	-	44%
調査前夜に ITN の中で就寝した 5 歳未満児の割合	11.7%	3.0%	4.7%	34%
調査前夜に ITN の中で就寝した妊婦の割合	-	-	4.8%	-
2 回以上 IPT を受けた妊婦の割合	-	8.3%	26.6%	-
過去 2 週間のうちに発熱した 5 歳未満児のうち、抗マラリア薬による治療を受けた 5 歳未満児の割合	-	36.0%	-	39%

出典： Programme National de Lutte contre le Paludisme (2008) Évaluation des Besoins (Draft 1) [37], UNICEF (2012) The State of the World's Children 2012: Children in an Urban World [14]

診断については、図 4-5 のとおり、全マラリア症例のうち診断により確定したのは全国平均で 3.95% と非常に低い状況である。したがって、マラリアではない症例に対しても抗マラリア薬が処方されていることが考えられ、迅速検査の促進等の診断の強化は重要である。



出典： Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA (2011) Annuaire des Statistiques Sanitaires de la Côte d'Ivoire 2010 [22]

図 4-5 全マラリア症例における診断による確定症例の割合

²⁴ 2008 年に世界基金第 6 ラウンドで実施された調査の結果 [37]。

4.4 栄養不良対策

保健分野における栄養対策は、保健エイズ対策省地域保健局下の国家栄養プログラムが主導している。栄養不良に関連した死亡と疾病の削減のため、栄養不良対策は全てのレベルにおいて、以下の活動を通じて行われている [38]。

- コミュニティレベルでの栄養活動
- 赤ちゃんに優しい病院イニシアチブ（母乳育児の促進）
- 子どもの成長モニタリングおよび妊婦の体重モニタリング
- ビタミン A および鉄分の補給
- 食品への微量栄養素強化
- 栄養不良の治療ケア
- 学校栄養活動
- HIV/エイズ対策における栄養活動

栄養に関する現行の国家政策は「国家栄養政策（Politique National de Nutrition）2010 年」であり、全体目標として、「国民、特に子ども、生殖可能年齢にある女性、HIV 感染者、エイズ遺児および脆弱な子ども、危機の状況にある人々、緊急事態や自然災害を被った人々などの脆弱な人々の栄養状況の改善」が掲げられている。また、コレラ、赤痢、サルモネラ感染等食品に由来する疾病が発生していることから、食品衛生確保のため、「国家食品衛生行動計画（Plan d'Action National de Sécurité Sanitaire des Aliments）2010 年」が策定されている。

栄養対策は重要であるにも関わらず、栄養対策に対する予算は十分ではない。例えば、研修を行ってもその後のフォローができない状況である。例としては、栄養補助者を約 40 名育成したものの、その後のスーパービジョン等のフォローができていないなどの問題が生じている。また、医療従事者の多くが栄養の重要性を理解していないため、栄養に関するトレーニングが必要となっている²⁵。

²⁵ 国家栄養プログラムへの聞き取り（2012 年 6 月）

第5章 保健システムの状況

5.1 保健人材

5.1.1 概況

(1) 保健人材数

公的セクターにおける医師、看護師等の人材数は表 5-1 のとおり。省庁の中では保健エイズ対策省の公務員数は教育省に次いで第 2 位と多く、公務員数全体の 7 分の 1 を占めている。2010 年の選挙に伴う社会政治的混乱により一時的に新規雇用が行われていなかったが、2012 年度の新規雇用数は 4,406 人となっている。PNDS では、2012 年から 2015 年の 4 年間で 15,163 人の保健人材の新規雇用の必要性があるとしている。

表 5-1 職種ごとの人材数(公的セクター)

職種	2007 年 人数	2010 年	
		人数	人口千対*
医師	2,746	3,220	0.146
歯科医師	274	310	0.014
薬剤師	413	570	0.026
看護師	6,973	7,361	0.335
助産師	2,258	2,553	0.116
技師 ²⁶ (臨床検査技師、放射線技師、調剤・ 薬剤管理者 ²⁷ 、衛生技師)	1,419	1,547	0.070
医療補助者 ²⁸	568	710	0.032
事務職員	2,561	2,611	0.119
用務員	2,572	2,372	0.108
合計	19,784	21,254	-

* Institut National de la Statistique, République de Côte d'Ivoire [39]の推計人口より調査団算出
出典：人材局提供資料を元に作成

医師および看護師一人あたりの人口数、および助産師一人あたりの生殖可能年齢の女性人口数は表 5-2 のとおり。世界保健機関 (WHO) によると人口 1,000 人あたりの医師および看護師・助産師の総数は 2.3 人必要であるとされているが、コートジボワールでは 1.3 人 [8]と、人材数が不足している。

表 5-2 医師・看護師・助産師 1 名あたりの人口数

職種	1998 年	2007 年
医師	11,450	5,695
看護師	3,646	2,331
助産師	1,802	3,717

出典：Ministère de la Santé et de la Lutte Contre le Sida (2012) Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015 [8]

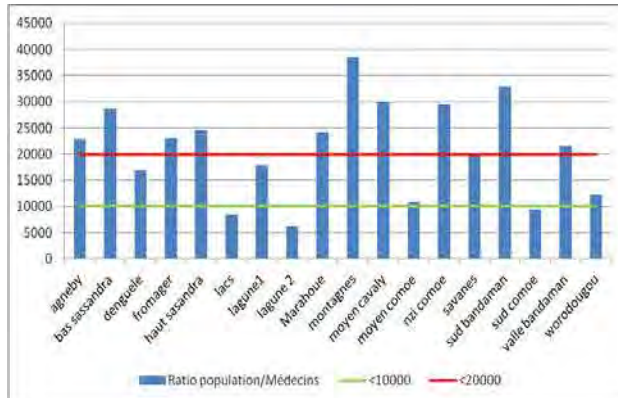
²⁶ Techniciens supérieurs de la sante

²⁷ Préparateurs et Gestionnaires en Pharmacie

²⁸ Aide soignant(e)

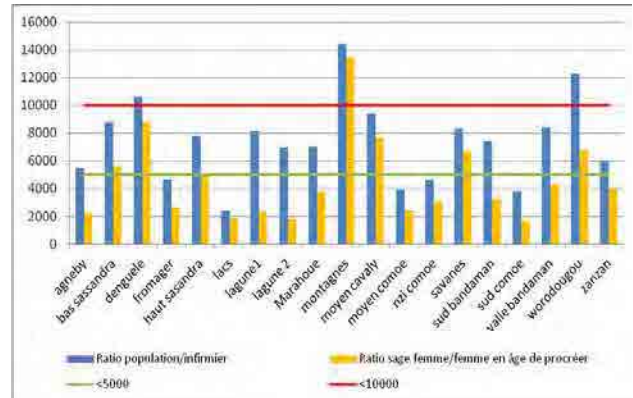
(2) 地域配分

保健人材の地域配分については、商業首都アビジャンの位置するLagune州に保健人材の60%が集中しており [31]、人材の偏在が課題となっている。下図は医師、看護師および助産師1人あたりの人口数²⁹を示したものである。図5-1に示されているとおり、医師はMontagnes、Sud-Bandama、N’Zi-Comoé、Moyen-CavallyおよびBas-Sassandra州で大きく不足している。一方、看護師については、図5-2のとおり、Montagnes、Dengulele、Bas-SassandraおよびMoyen-Cavally州で、助産師については、Montagnes、Dengulele、Moyen-Cavally、WorodougouおよびSavanes州で不足している。



出典：Ministère de la Santé et de la Lutte Contre le Sida (2012) Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015 [8]

図 5-1 医師一人あたりの人口数



出典：Ministère de la Santé et de la Lutte Contre le Sida (2012) Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015 [8]

図 5-2 看護師・助産師一人あたりの人口数

人材が偏在している理由として、以下のように政治社会的危機による医療従事者の移動、保健医療施設の偏在等が挙げられている³⁰。

- 2002年9月の政治社会的危機により、中央部、北部および西部地域の公的施設で働く保健人材の69%が南部に移動した。
- 保健医療施設が偏在していることにより、人材自体の偏在が引き起こされている。公的施設の68%が南部に集中している。Lagune州には14%の公的施設が存在し、また3次施設の大学病院など国立医療機関13施設のうち11施設が存在している。例えば、3次施設のココディ大学病院だけでも1,000人以上の人材が配置されている。

政策・戦略

保健人材に関する戦略計画として、「保健セクター人材開発戦略計画（Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines du Secteur de la Santé）（2009-2013年）」³¹が策定されている。計画策定に際し実施された現状分析の結果、課題として以下が指摘された。

- 保健人材管理を担当する中央および地方部局の組織能力の弱さ
- 保健人材育成機関の保健人材の育成能力の不足
- 計画、教育、人材管理の間の連携不足
- 保健人材の地域的および技術的な偏在

²⁹ 助産師については生殖可能年齢にある女性の数

³⁰ 人材局提供資料による。

³¹ PNDS（2012-2015年）に併せ、改訂を予定している。（人材局への聞き取りより）

- 保健人材に対する能力強化の不足
- 配分予算の不足
- モニタリング評価の枠組みの不在に起因する脆弱な保健人材戦略情報システム

上記課題への対応を行うため、同戦略計画では、以下の6つの目標が設定されている。

- 1) 保健人材の計画および戦略情報枠組みの強化
- 2) 保健システムの需要に対し量および質的にバランスのとれた保健人材の教育の保証
- 3) 継続教育に関する能力の強化
- 4) 保健人材管理システムの強化
- 5) 保健人材の活用（改善された計画に基づいた配置、スーパービジョン等）の改善
- 6) 保健人材の価値の向上（職務条件の改善等）

5.1.3 人材育成

医師の育成はアビジャンおよびブアケの国立大学（UFR/SMA および UFR/SMB）で、歯科医師、薬剤師の教育は UFR/SMA で行われている。看護師、助産師、検査技師等の育成は保健エイズ対策省下の国立医療従事者養成校（INFAS）で行われている。職種ごとの育成機関、修業年数、年間の育成数は表 5-3 のとおりである。

表 5-3 医療従事者の育成

職種	育成機関	修業年数	年間育成数
医師	UFR/SMA UFR/SMB	8 年	322 人
歯科医師	UFR/SMA	7 年	22 人
薬剤師	UFR/SMA	7 年	100 人
看護師	INFAS	3 年	800 人
助産師	INFAS	3 年	400 人
技師（臨床検査技師、放射線技師、 調剤・薬剤管理者、衛生技師）	INFAS	3 年	300-500 人

出典：人材局提供資料および INFAS での聞き取り

INFAS では上記の卒前教育の他、2 年間の公衆衛生や麻酔等の専門課程が設けられている。また、INFAS にはアビジャンの本校の他、Aboisso、Douaké、Korhogo に分校が設置されている。2012 年度中に Daloa に分校が新設される予定であり、その後は Man 等に 3 校分校を新設する計画である。INFAS は看護師、助産師、各種技師の唯一の養成機関であるが、講師に対する継続教育の確保、講堂の収容人数が少ない、実習資材や機材の不足や老朽化など多くの課題を抱えている。

継続教育については保健エイズ対策省の教育・研究局（Direction de la Formation et la Recherche）が担当している。継続教育については、現在行われている研修を全て教育・研究局が把握できておらず、また、計画や調整能力の不足から、実際のニーズや優先度とは異なる研修が行われていたり、研修対象者が不適切であったりする例などが指摘されている。

5.1.4 雇用・配置・定着

公的セクターにおける保健人材の雇用は公務員省（Ministère de la Fonction Publique）が行い、人材管理は保健エイズ対策省の人材局（Direction des Ressources Humaines）が行っている。

人材定着の戦略として、以下が実施、検討されている。

1) 特別手当の増額・導入

2008 年以降、既存の特別手当の増額が行われている。また、危険手当のように新たな手当の導入も行っている。特に、2002 年の危機発生後、中央部、北部および西部地域における人材の再配置を促すため、着任手当および奨励手当³²が導入された。

2) パフォーマンスに基づくインセンティブ

米国の支援で、北部の Ferkessédougou 県で、遠隔地における人員の定着を目的にパフォーマンスに基づくインセンティブ付与のプロジェクトが試行された。このパイロットが上手く行けば、他の地域にも拡大することが考えられている。

3) 人材育成と雇用の地方分権化

保健人材の地域偏在を解消するため、INFAS の分校を新設することが計画されている。また、人材の雇用も地方で行うことで、人材の偏在の解消と地方への定着を促すことが検討されている。

5.2 保健財政

5.2.1 概況

国家予算のうち保健エイズ対策省の予算が占める割合はアブジャ宣言の 15% と比べると低く、2006 年から 2010 年の間、表 5-4 のとおり 4% 程度に留まっている。したがって、国家保健開発計画（PNDS）では、2015 年までに国家予算の 10% を保健に割り当てることが目標となっている。

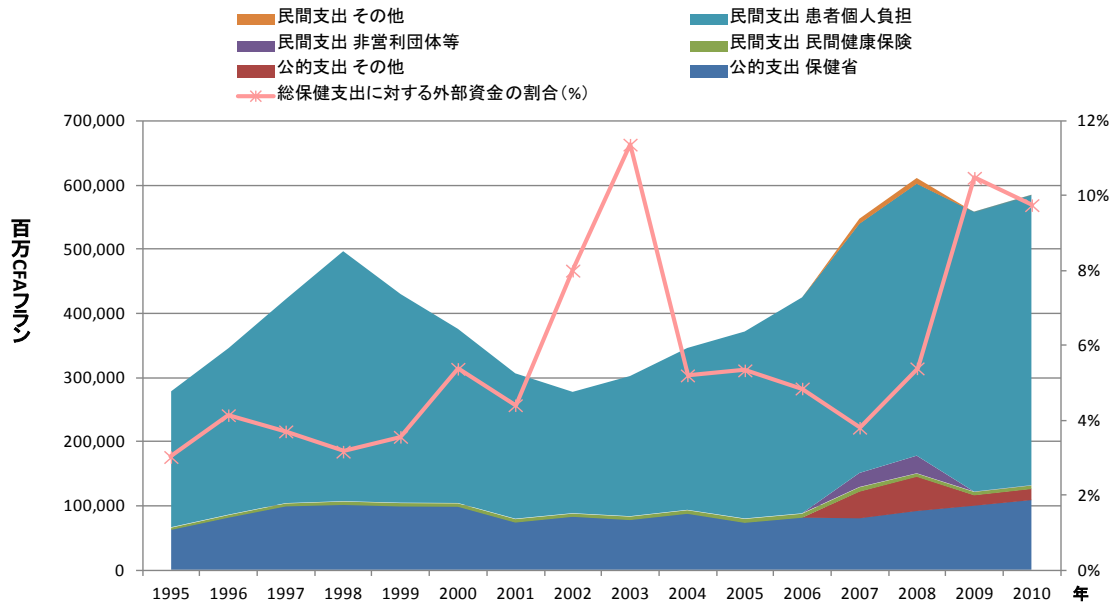
表 5-4 国家予算および保健エイズ対策省予算（百万 CFA フラン）

項目	2006 年	2007 年	2008 年	2009 年	2010 年
国家予算（執行済み）	1,875,019.69	1,910,080.70	2,193,149.51	2,428,720.00	2,526,202.18
保健省予算（執行済み）	77,354.77	84,296.35	94,587.37	107,676.65	109,293.64
国家予算に占める保健省予算の割合	4.13%	4.41%	4.31%	4.43%	4.33%

出典： Ministère de la Sante et de la Lutte Contre le Sida (2012) Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015 [8]

2010 年の保健分野への支出は対国内総生産（GDP）比 5.3% となっている。保健分野の支出の 1 割はドナーからの支援で賄われている。国民一人あたりの保健支出は 60 米ドルであり、利用者負担は 46 米ドル（77%）、政府負担は 13 米ドル（22%）、その他 1% となっている [40]（図 5-3 および表 5-5）。サブサハラアフリカ地域の低中所得国の平均（33 米ドル）と比較すると、利用者負担が多い。

³² 金額は職種や職級により異なる。着任手当は 1 回の支給、奨励手当は月ごとで 12 ヶ月支給される。



年	1995		2000		2005		2010	
公的支出	62,693	(22.6%)	98,559	(26.3%)	73,614	(19.8%)	126,097	(21.6%)
保健エイズ対策省	62,693		98,559		73,614		108,422	
その他	0		0		0		17,674	
民間支出	215,158	(77.4%)	276,551	(73.7%)	297,357	(80.2%)	457,954	(78.4%)
民間健康保険	3,454		5,256		6,089		5,502	
患者個人負担	211,703	(76.2%)	271,295	(72.3%)	291,269	(78.5%)	452,452	(77.5%)
総保健支出	277,851		375,110		370,971		584,050	
外部資金*	8,391	(3.0%)	20,166	(5.4%)	19,794	(5.3%)	56,947	(9.8%)

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 [40]より調査団作成

図 5-3 保健支出財源の推移

表 5-5 保健財政関連指標の推移

項目	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年
GDP に占める保健支出の割合 (%)	4.3	4.7	5.8	5.9	5.2	5.3
一人あたり保健支出 (米ドル)	39	44	61	72	61	60
一人あたり政府保健支出 (米ドル)	8	9	14	17	13	13

出典： http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REPORT_2_WHS

国家保健会計（CNS）は、2007 年および 2008 年分が実施された。しかし、それ以降は、資金不足により実施されていない。

5.2.2 保健サービス無料化

選挙後の混乱を打開するため、政府は 2011 年 4 月 16 日から 10 ヶ月間、全国民に対して公的施設において保健医療サービスを無料化する措置を講じた。その結果、サービスの利用が増加したが、医療従事者への過大な負担、医薬品等消耗品の枯渇、リファラルおよびカウンターリファラル制度の無視などの事態が生じた。そのため、政府は 2012 年 2 月 16 日をもって同制度を取りやめ、同年 2 月 20 日から主に妊婦および 0-5 歳児を対象に保健サービスを無料化することとした。保健エイズ対策省は、この新規の無料化の措置を普遍的医療保険（Couverture Maladie Universelle）への前段階として捉えている。サービスの対象および内容は以下のとおり [8] [41]。

- 1) 妊婦
 - 産前健診、産前健診に付随する検査（超音波および臨床検査）
 - 通常分娩、分娩時の合併症（会陰切開、会陰裂傷修復、出血等）の治療
 - 帝王切開
- 2) 子ども（0-5 歳）
 - 頻繁に見られる疾病（新生児敗血症、肺炎、下痢症等³³）の治療
- 3) 全国民
 - 緊急医療・手術の最初の 48 時間
 - 診断後のマラリア治療
 - 1000CFA フランを超える場合は 30%割引

本無料化制度は、十分な予算確保や準備段階を経て実施されていない。また、医薬品を供給する公衆衛生医薬品局（PSP）³⁴の機能不全等から、現場では医薬品が不足しており、医療施設が患者に医薬品を供与することができず、患者自身が自費で医薬品を購入せざるを得ないなどの事態が生じている。

5.3 情報供給機能

5.3.1 概況

保健エイズ対策省保健総局下にある情報計画評価局（DIPE）が保健情報システムを所管している。また、DIPE は、保健地図（carte sanitaire）の作成、疫学サーベランス、保健活動の評価などを担当している。

現行の保健情報に関する戦略計画として、「保健情報戦略計画（Plan Stratégique de l'Information Sanitaire）（2010-2014 年）」が策定されている。同計画では、以下 4 つの優先介入分野を設定している。

- 1) 保健情報の生成
 - 全てのレベルにおいてルーチンおよびノンルーチンデータの収集、処理、分析、活用および保存のメカニズムを導入・実施する。その後、全てのレベルにおいて保健システムの状況に関する情報を入手できるようにする、またその情報を普及する。
- 2) 計画
 - 保健システムにおける計画策定の改善を継続的に行う仕組みの導入と運用を行う。また、ユニバーサルカバレッジと計画策定の根拠となる利用可能な資源についての量および質に関する情報の収集と普及を行う。
- 3) 疫学サーベランス
 - 統合疾病サーベランスの実施に係る調整と対策の枠組みの強化と運用を行う。また、疫学サーベランスの情報を全てのレベルにおいて普及、活用する。
- 4) モニタリング・評価、オペレーショナルリサーチ

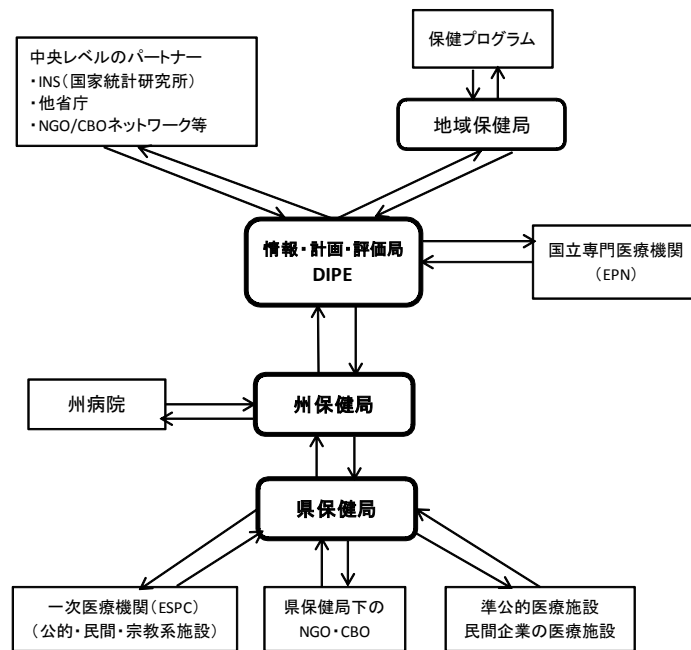
³³ マラリア治療は全国民対象

³⁴ ステータスとしては産業・商業的公施設法人（EPIC: Etablissement public à caractère industriel et commercial）

保健情報システムに関する主な課題として、情報に関する文化の欠如（情報共有、伝達、活用）、保健情報担当者の異動の多さ、州保健局および県保健局でのデータ管理者の不足、予算不足、全ての保健情報源の統合（民間、コミュニティ、第3次医療施設等のデータ）が挙げられている [42]。

5.3.2 情報収集

1995年から情報管理システム（SIG）が導入され、保健情報システムの分権化が開始された。2009年には米国大統領緊急エイズ救済計画（PEPFAR）等の支援により、全県保健局でコンピュータ化されたデータベース（SIGVISION）が導入されている [43]。



出典：Ministère de la Santé et de la Lutte Contre le Sida (2012) Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015 [8]

図 5-4 保健情報の流れ

保健情報の流れは図 5-4 のとおり。毎月、医療施設から県保健局へ月次報告書³⁵が提出され、そのデータを県保健局ではSIGVISIONに入力する。入力されたデータの一覧は州保健局に送られ、同様に州保健局は管轄下の県保健局のデータをSIGVISIONに入力し、データはDIPEへ送られる。本来なら県保健局より上のレベルでは電子メールによりデータ送付が行われる。しかし、実際にはインターネットが機能しているのは、20 州保健局のうち 1 州保健局、82 県保健局のうち 1 県保健局に過ぎず、また、コンピュータが故障もしくは配置されていない州保健局は 2 保健局、県保健局は 15 保健局存在する³⁶。したがって、データの伝達や収集、分析に支障が生じている。

また、民間医療施設、大学病院、中央血液銀行や防衛省下の医療施設などからのデータが保健情報システムに含まれていない [43]。さらに、SIG と並行して、結核、予防接種など各プログラムの情報システムも存在しているなどの課題が存在している [31]。

³⁵ 32 ページからなる

³⁶ DIPE 提供資料による

これまで主な標本世帯調査として、人口保健調査 (EDS) が 1994 年と 1998-99 年、エイズ指標調査 (EIS) が 2005 年、複数指標クラスター調査 (MICS) が 2000 年と 2006 年に実施されている。EDS の 2011-12 年が現在実施されている最中である。

疾病サーベランスについては、毎週、コレラ、ポリオ、麻疹等の流行の可能性のある疾病の発生状況について報告が行われている。

5.3.3 情報分析、結果の活用・普及

DIPE から保健統計年鑑、保健地図 (施設や機材等の地理的分布を示したもの)、保健施設総覧が発行されている。しかし、分析や結果の活用や普及については十分ではなく、保健情報戦略計画の優先介入分野 (保健情報の生成) にも設定されているように、全てのレベルで強化すべき課題として認識されている。

5.4 医療施設、機材、医薬品等の供給機能

5.4.1 医療施設・機材

コートジボワールでは医療施設として、公的施設、民間営利施設、民間非営利施設、宗教系施設が存在する。公的施設の種別および数は表 5-6 のとおりである。民間施設については、2011 年には 2,036 施設が確認されている。しかしながら、保健エイズ対策省により承認されているのはそのうち 554 施設にしか過ぎない [30]。

表 5-6 公的施設種別ごとの数

レベル	公的施設種別	施設数	
		2010 年	2011 年
3 次	大学病院 (CHU)、国立専門医療機関 (国立公衆衛生検査所等)	14	15
2 次	専門病院センター (CHS)	3	3
	州病院 (CHR)	17	17
	総合病院 (HG)	71	81
1 次	一次医療施設 (ESPC)	1,781	2091
	合計	1,886	2,207

出典：Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA (2012) Répertoire des Structures Sanitaires Publiques et Privées de Côte d'Ivoire Année 2011 [30]

医療施設の問題として、施設数の不足と地域偏在が挙げられる。また、医療設備も不十分であり、同じ医療レベルにある施設であっても、医療設備の状況が大きく異なるなどの事態も生じている。

2000 年以降の政治社会的危機により、サービスを提供する環境は悪化している。農村部の施設では電気や水の供給がない施設も多い。また、供給があったとしても、頻繁な停電や断水によりサービス提供に影響が出ている。倉庫や移動手段 (救急車、車両、バイクなど) の数も不足しており、老朽化も進んでいる [8]。

公的施設あたりの人口については、2000 年では一次医療施設 1 施設あたり 12,257 人、公立病院 1 施設あたり 230,980 人であったのが、2009 年には一次医療施設 1 施設あたり 13,195 人、公立病院 1 施設あたり 308,752 人と、人口あたりの医療施設数が減少している。また、医療施設の地域偏在も大きく、1 施設あたり 5,000 人 (Denguete 州) から 35,000 人 (Bas Sassandra 州) となっている [31]。

医療施設への距離については、2007年時点で、医療施設から5km圏内に居住している人口は44%、5kmから15km圏内には27%、15km以遠には29%という状況であった [8]。PNDSでは2015年までに医療施設から5km圏内に居住している人口を55%にすることが目標とされている。

医療施設改修と機材整備については、ニーズは非常に大きい。これまで改修が行われた施設であっても改修が部分的（分娩室、手術室や検査室のみ）であるため、施設全体としては依然改修が必要な状況である。具体的には、改修や機材整備が必要な施設数としては、一次医療施設600施設、CHU4病院、州病院17病院、総合病院55病院などである。また、需要ギャップを埋めるため、特にアビジャンやブアケのような都市部や西部、中東部などの状況の悪い地域に、少なくとも一次医療施設450施設の新設が必要であるとしている [8]。

医療施設や機材の保守は、地域機材保守センター（CREMM）（6か所）、県保守作業所（AMD）（3か所）および院内の技術課で行っている。CREMMおよびAMDは全国をカバーできるだけの数が設置されておらず、新たにCREMM4ヶ所、AMD10ヶ所の設置が計画されている [8]。CREMMおよびAMDの課題としては、施設までの移動手段がないことや必要機材が不足または老朽化していることが挙げられる。また、人材についても、技能についての定期的な評価などは行われておらず、能力強化が必要となっている³⁷ [8]。

5.4.2 医薬品供給

(1) 政策・管理体制

保健エイズ対策省の薬局・医薬品局（DPM）が医薬品の規制を行っているが、配分予算が限られていることから規制や視察、医薬品の質の確保のための市販後調査などの活動が十分に実施できていない状況である³⁸。国家公衆衛生検査室（LNSP）が医薬品の審査を行っている。

2009年に「国家医薬品政策（Politique Pharmaceutique Nationale）」が策定されている。必須医薬品リストは1989年以降、2年ごとに改訂されている。

(2) 医薬品の現状

医薬品へのアクセスは難しい状況になっている。例えば、2009年には医療施設における必須医薬品の中でも最も重要な医薬品の在庫切れは平均36%であり、急性呼吸器感染症に罹患し抗生物質を利用できた子どもは20%に満たない。

公的施設への医薬品の調達・管理・配送を行うPSPは、財政基盤の脆弱性から、医薬品の購入ができずに在庫切れを起こしている。2011年には、必須医薬品の在庫切れ率は77%にも上った [8]。民間セクターでは医薬品の調達に問題はないが、PSP価格の2~4倍であるため、多くの国民は民間セクターで医薬品を購入することは難しい状況である。

PSPの機能不全は大きな問題となっており、現在、PSPの組織改革が行われている。また、国家保健開発計画（PNDS）では、医薬品ロジスティクス改善のため、PSPの地域倉庫を5ヶ所³⁹に設置することが予定されている。

³⁷ インフラ・機材・維持管理局（DIEM）への聞き取りによる（2012年6月）。

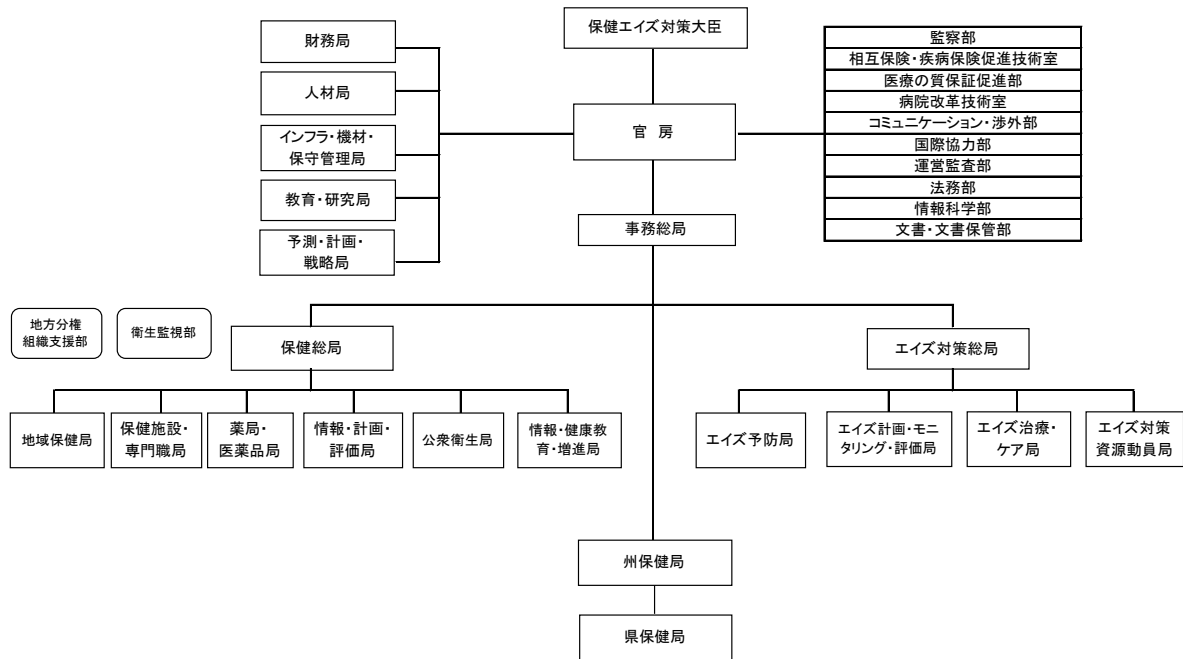
³⁸ 薬局・医薬品局（DPM）への聞き取りによる（2012年6月）。

³⁹ Abengourou、Korhgo、Man、San-Pedro および Yamoussoukro

5.5 管理・監督機能

5.5.1 保健行政組織体制

保健行政は保健エイズ対策省が統括している。保健エイズ対策省の組織図は図 5-5 のとおり。2012 年には、州保健局が 20、県保健局が 82 設置されている。保健エイズ対策省は政策および計画策定、資源の動員、マネジメント管理、パフォーマンスの評価などを行う。州保健局は州レベルでの保健政策の実施に責任を負い、県レベルでの活動の調整、技術支援、ロジステック支援などを行う。県保健局は、管轄地域における一次医療に関わる活動の実施および調整などを行う。しかし、内戦などの混乱により多くの県保健局が機能していないなど、分権化は進んでいない状況にある [31]。



出典：Décret n 2011-426 du 30 novembre 2011 portant organisation du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA

図 5-5 保健エイズ対策省組織図

5.5.2 現況

国家保健開発計画（PNDS）では、保健セクターのガバナンス強化、保健エイズ対策省のリーダーシップ強化を取り組むべき主要な課題の一つとして掲げている。ガバナンスとリーダーシップに係る現状の問題として、以下が挙げられている [8]。

(1) 制度的問題

保健セクターを規制する法的文書が数多く存在するにもかかわらず、普及および適用が十分に行われていないことが問題である。また、現状に沿った改訂も行われていない。国家衛生政策や公衆衛生規範が存在するものの、法的効力を有していないなど、法制度整備が進んでいない。分権化についても、公衆衛生に関する分権化の法適用を行うための文書が存在していない。

(2) 組織的・マネジメントに係る問題

まず、保健エイズ対策省（中央レベル）において任務が重複している局や課が存在し、活動の調整に支障が生じていることが挙げられる。計画策定や介入活動の調整については全てのレベルにおける課題となっている。

また、民間セクターの把握が十分に行われておらず、民間セクターにおける保健医療サービスの規制やモニタリングも行われていない。民間セクターの中には不法に医療行為を行っている医師や看護師も存在する。しかしながら、保健エイズ対策省の監察担当部署においては、資源不足から、公的および民間セクターの規制が十分に行える体制とはなっていない。

5.5.3 PNDS における取り組み

PNDS では、ガバナンスとリーダーシップに関し、以下の取り組みを行うとしている [8]。

(1) 保健システムの制度的枠組みの強化

制度的枠組みを強化するため、1) 公衆衛生に係る法律の策定、2) 保健システムの制度的枠組みの強化に必要なその他の法的文書の策定、3) 既存のガイドライン等の規范文書の改訂と適用の強化、4) 官民連携の強化、5) PNDS のモニタリング・評価を行うとしている。

(2) 保健システムのマネジメントの枠組みの改善

マネジメント枠組みの改善のため、1) 国際保健パートナーシップ・プラス (IHP+) の国家協定の署名を通じた、保健システムに関わる全関係者の介入のセクター内およびセクター間の調整メカニズムの強化、2) 単一の計画およびモニタリング・評価の枠組み設置を行った上でのマネジメントツールの改訂、3) 州保健局および県保健局の運営のための人材、機材および予算に係る分権化の強化、4) 全レベルにおけるマネジメント能力の強化、5) (国家保健会計の定期的な実施や中期支出枠組み等による) 資源の合理的かつ透明性の高い活用セクター全体のガバナンスの改善を行うとしている。

第6章 ドナーの協力状況

6.1 保健分野における援助協調

保健エイズ対策省は、パートナーとの調整を重要事項として捉え、2012年2月から保健分野に支援するパートナーとの保健セクター調整会合を毎月開催している。保健エイズ対策大臣が議長、世界保健機関（WHO）が事務局を務めている。参加パートナーは、国連機関、欧州連合（EU）、米国、フランス、国際および現地NGO、財務省等の省庁等である。また、保健分野で活動するパートナー間での会合がWHOを議長として開催されている。現在は保健エイズ対策省との会合の前に開催されている⁴⁰。

他には課題ごとに、予防接種拡大計画（EPI）の機関間調整委員会、世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）の国別調整メカニズム（CCM）等が設置され、活動を行っている [21]。

コートジボワールは2011年に国際保健パートナーシップ・プラス（IHP+）への加盟の意思を表明し、2012年5月にIHP+のグローバル協定に署名した。現在、国家協定（Country Compact）の署名へ向け、国家協定を策定中である。

6.2 ドナー協力実績

6.2.1 概要

コートジボワールにおける保健分野の主要ドナーの支援概要は以下のとおり。HIV/エイズ、マラリア等の疾病対策が主であるが、徐々に保健システム強化と統合した形での支援が増えている [8]。

表 6-1 保健分野における主要ドナーの主な支援分野

機関	計画期間	主な支援分野						
		子どもの健康	母親の健康	栄養	HIV/エイズ	マラリア	結核	保健システム強化
WHO	2009-2013年	○	○		○	○	○	○
UNICEF	2009-2013年	○	○	○	○			
UNFPA	2009-2013年		○		○			○
EU	2008-2013年							○
米国政府	-				○			○
世界基金	-				○	○	○	

出典：各種資料を元に調査団作成

6.2.2 世界保健機関（WHO）

WHOは保健エイズ対策省に対する政策策定等への技術支援を主に行っている。WHOのコートジボワールにおける2009-13年の優先課題は、1) HIV、結核、マラリア、顧みられない熱帯病等の疾病対策の加速化、2) リプロダクティブヘルスおよび保健サービスへのユニバーサルアクセス、3) 健康増進のための環境づくり（ヘルスプロモーション等）、4) 保健システム強化および医薬品の質と利用の改善、5) 保健衛生や人道的状況の緊急事態への対応強化である [21]。

⁴⁰ WHOへの聞き取り結果（2012年6月）

6.2.3 国連児童基金 (UNICEF)

2009-2013年のプログラムは、以下5つのコンポーネントからなり、予算は1.41億米ドルである [44]。

- 1) 子どもの生存：母親、新生児および子どもへの統合的・継続ケア、栄養不良管理、緊急産科ケア、HIV母子感染予防、小児ケア、水・衛生
- 2) HIV/エイズおよび青少年：青少年のHIV予防、HIVのためのアドボカシーと資源動員等
- 3) 基礎教育とジェンダーの平等
- 4) 子どもの保護
- 5) 横断的社会政策、モニタリング・評価

6.2.4 国連人口基金 (UNFPA)

UNFPAの対コートジボワール第六次プログラム(2009-2013年)の目標は、1) 質の高いリプロダクティブヘルスサービスの利用の促進、2) 人口政策およびプログラムの実施のための国家能力の強化、3) ジェンダー間の不平等の削減である。リプロダクティブヘルスサービスや緊急産科ケアの強化、施設の改修、保健センターにおけるサービス提供の改善等の支援を行っている。

6.2.5 欧州連合 (EU)

第10次欧州開発基金(EDF)(2008-2011年)で、保健セクター再活性支援プロジェクト(PARSSI⁴¹)(15百万ユーロ)を実施中。1) 保健エイズ対策省、州保健局および郡保健局の組織能力強化、2) 医薬品システム改善、3) コミュニティ保健センターへの支援(NGOを通じた)を行っている。その他、人道支援の一環として、Yopugon、Abobo、KoumassiおよびPort-Bouétの保健センターへの支援等を行っている。

6.2.6 世界エイズ・結核・マラリア対策基金(世界基金)

コートジボワールは世界基金からHIV/エイズ、結核、マラリア対策に対する支援を受けてきた。世界基金によるラウンド6-9における総承認額および拠出額は以下のとおりである。

表 6-2 世界基金の支援額(百万ユーロ)

ラウンド 6-9	HIV/エイズ	マラリア	結核	総額
承認額	37.5	105.5	8.7	148.7
拠出額	4.4	62.8	2.8	70.1
%	12%	60%	32%	47%

出典：CCM 提供資料

6.2.7 米国政府

コートジボワールは大統領緊急エイズ救済計画(PEPFAR)対象国であり、2004年から2010年の間、HIV予防、ケアおよび治療に対し、約5.58億米ドルの支援を受けた。PEPFARのコートジボワールにおけるこれまでの成果は、HIV検査・カウンセリングを受けた人数836,670人、抗レトロウイルス薬(ARV)を投与されたHIV陽性妊婦の数10,993人、抗レトロウイルス療法(ART)を受けているHIV感染者数61,203人、ケアおよびサポートを受けているエイズ遺児110,095人となっている。HIV/エイズ対策以外にも、サプライチェーンマネジメント強化、検査室への支援等、保健システムの強化も行ってきた⁴²。

⁴¹ Projet d'Appui à la Redynamisation du Secteur de la Santé Ivoirien

⁴² PEPFAR 提供資料による。

6.3 日本の協力実績と現状

6.3.1 対コートジボワール協力量針

JICA は 1980 年代以降、コートジボワール支援を強化してきたが、政治的混乱を受け、2004 年に日本人関係者全員を国外へ退避、事務所を支所へとステータスを変更し、現地スタッフによる運営に切り替えた。以降は研修員受け入れなど限定的な支援を継続してきた。しかし、2010 年から 2011 年にかけて、大統領選挙に伴う情勢不安のため、一時期新規の二国間協力を差し控えていた。その後、ワタラ新大統領による新内閣発足、治安情勢の改善を受け、2011 年 11 月に二国間協力再開を決定した。

このような流れの中、JICA は 2011 年 5 月に日本人職員 2 名を隣国ベナンに配置し、コートジボワール復帰のタイミングを計ってきたが、同年 11 月には 2 名の所員をアビジャンに復帰させるとともに、2012 年 4 月には事務所に格上げし、本格的な協力再開に向けて準備を進めている状況にある。

6.3.2 保健分野における日本の協力

我が国の保健分野における対コートジボワール支援の 2005 年以降の実績は下表のとおり。主に無償資金協力により、ポリオワクチンや蚊帳等の調達に必要な資金の提供を行ってきた（表 6-3）。また、草の根・人間の安全保障無償資金協力では、保健センターへの機材整備などを行っている（表 6-4）。その他、保健医療関連コースへの研修員の受け入れを行っている。

表 6-3 保健分野における日本の援助(無償資金協力)(2005 年以降)

実施年度	名称	供与限度額
2005 年度	感染症予防計画 (UNICEF 経由)	4.06 億円
2006 年度	第二次感染症予防計画 (UNICEF 経由)	4.19 億円
2007 年度	第三次感染症予防計画 (UNICEF 経由)	1.93 億円
2008 年度	第四次感染症予防計画 (UNICEF 経由)	2.98 億円
2009 年度	感染症予防計画 (UNICEF 経由)	1.83 億円

出典：外務省 政府開発援助 (ODA) 国別データブック 2011 [45]および
http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/data/gaiyou/odaproject/africa/cote_d/contents_01.html#m011901

表 6-4 保健分野における日本の援助(草の根・人間の安全保障無償資金協力)(2005 年以降)

実施年度	名称	協力額
2005 年度	ヨブゴン・クテ診療所整備計画	2,251,072 円
	ヴィーヴル・ドゥヴ義肢製造センター拡張計画	8,905,280 円
2006 年度	有害廃棄物被害者救済検査機材整備計画	6,582,808 円
2007 年度	HIV/エイズ患者救済のためのレントゲン機材整備計画	9,075,486 円
2008 年度	ジェカヌ総合病院ブルーリ潰瘍患者のためのリハビリセンター建設計画	9,654,516 円
2010 年度	アビジャン市トレッシュビル大学中央病院中古医療機材整備計画	9,941,192 円
	アボボ地区ケネディー・クルーエチャ保健センター機材整備計画	9,882,232 円
2011 年度	ヨブゴン・アチエ総合病院産婦人科棟改修計画	7,216,800 円
	アボワソ県保健センター機材整備計画	9,102,240 円
	バコン村保健センター機材整備計画	4,949,880 円

出典：外務省 政府開発援助 (ODA) 国別データブック 2011 [45]および
http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/region/africa/cote_d/exchange.html

第 章 保健セクターにおける優先課題

保健セクターにおける優先課題とその背景

健康状態における問題

コートジボワールにおける主な健康状態における問題として、妊産婦死亡率および5歳未満死亡率の高止まり、感染症の罹患率の高さが挙げられる。感染症については、HIV 感染率は低下傾向にあるものの、依然西アフリカ諸国では最も高い HIV 感染率を有している。抗レトロウイルス療法（ART）を受けている患者数は増加しており、新規感染の予防と感染者の治療・ケアへの対策の更なる強化がますます重要となっている。マラリアはコートジボワールにおける第一の疾患であり、特に5歳未満児死亡率の大きな原因となっている。マラリアの発生率に改善は見られず、殺虫剤処理済蚊帳（ITN）使用率、妊婦への間欠予防治療（IPT）完了率の向上、アルテミシニン誘導体多剤併用療法（ACT）処方前の診断の促進等、ユニバーサルアクセスへ向けた対策の強化が必要である。また、結核については罹患率が上昇しており、ミレニアム開発目標（MDGs）6 達成へ向けた懸念の一つとなっている。その他、予防接種拡大計画（EPI）活動が十分に展開されていないことから、ワクチンで予防可能な感染症の発生も起きている。さらには、高い慢性栄養不良児の割合などに代表されるように、栄養状況が悪く、栄養不良は疾病の罹患率の上昇や妊産婦死亡や5歳未満児死亡に寄与している。また、地域や母親の教育水準、世帯の所得水準により、健康状態に格差がみられる。

問題の背景

6章までにまとめた情報から、上記課題およびその背景を簡単に整理したものを図7-1に示す。

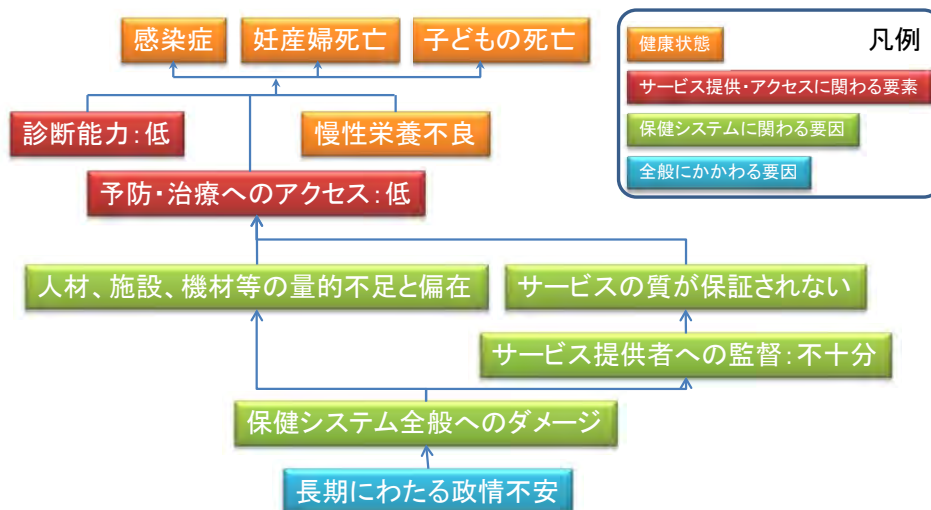


図 7-1 コートジボワールの保健セクターにおける課題とその背景要因

10年以上の長期に亘る政情不安により、保健システム全般（保健人材、インフラ・医薬品・機材、財政、保健情報システム、サービス提供、管理・監督機能）に課題を抱えており、保健指標の改善が停滞している。医療施設や機材は荒廃し、医療レベルに見合った設備を備えていないことから、例えば2次病院レベルであるにもかかわらず手術室がないため帝王切開が出来ない等、サービス提供に支障を来している。また、国の公的セクターにおける医薬品購入・供給機関である公衆衛生医薬品局（PSP）の脆弱性から、医薬品の頻繁な在庫切れを起こしている。加えて、医療施設および保健人材の地域偏在が大きく、

地域により医療施設へのアクセスやサービス提供の状況に大きな差があり、公平性の観点からも大きな問題となっている。

保健エイズ対策省の管理・監督機能の脆弱性から、保健サービスの規制や質の確保等が行われておらず、保健エイズ対策省に承認されていない多くの民間医療施設や医療従事者が存在する等の事態が生じている。人材、施設や機材の量的不足や地域偏在のみならず、継続教育やスーパービジョンが十分に実施されておらず、医療従事者の知識や技能の不足等、質的な課題も大きいことが調査等で指摘されている。

7.1.3 問題に対する政府およびドナーの取り組みと今後の課題

コートジボワール政府およびドナーは、これまで母子保健改善や HIV やマラリア等の感染症対策への取り組みを行ってきた。HIV/エイズ対策には米国大統領緊急エイズ救済計画（PEPFAR）からの多大な支援が入り、また政府も強いコミットメントを示してきた。これまで HIV/エイズ、マラリア等の疾病対策が行われてきたが、保健システム強化に資する支援も増えてきている。

また、政府は保健サービスへのアクセスおよび利用の促進のため、保健医療サービスの無料化を行っている。2011年4月から2012年2月は全国民を対象とし、2012年2月以降は主に妊婦および5歳までの子どもを対象としている。しかし、政府の予算不足や医薬品の供給の停滞など、制度存続に係る課題は多い。PSP改革の実施による安定的な医薬品供給、政府の保健予算増額等がなされない限り、制度存続は厳しいと思われる。

国家保健開発計画（PNDS）では、医療施設および保健人材の不足と地域偏在の解消のため、医療施設改修や新設、人材雇用の目標値が設定されている。今後、ドナー支援の下、医療施設の改修や新設、人材の雇用が進んでいくと予測されるが、同時にサービスの質の確保が大きな課題となっていく。質の確保のための制度的枠組み、継続教育や州および県保健局からのモニタリング、スーパービジョンの体制整備は同時に進めていくべき重要な事項である。したがって、今後の課題としては、サービス提供体制の整備と共に質の確保へ向けた取り組みが課題となっていく。

7.2 保健セクターの協力ニーズ

コートジボワールにおいては個別の疾病対策には米国、世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）等から支援が入っており、それらの疾病対策の効果を発現・維持するための保健システムの強化に資する協力へのニーズがより高いと考えられる。コートジボワールは保健システム全般に課題を抱えているが、保健システム改善のためには、まず、施設および人材の地域格差とそれに伴うサービス提供の地域格差を是正するため、①「保健施設新設・改修および機材整備・保守管理改善」の優先度が高い。また、サービス提供体制の整備とともに②「地方保健局の強化を通じたサービスの質の確保」のための対策を講じ、同時に③「保健システム強化のための保健エイズ対策省への協力」が必要である。

国際保健パートナーシップ・プラス（IHP+）の国家協定の内容を始めとするドナー協調の動向、フランスとの債務免除・開発契約（C2D）による支援規模や内容等により支援ニーズが変わっていく可能性があるが、本調査の結果、今後の保健分野の支援ニーズとして主に以下の分野が挙げられる。

① 保健施設新設・改修および機材整備・保守管理改善（地域格差の是正を含む）

• 施設改修／新設・機材整備

施設の改修または新設により、機能している保健施設が増加することで、住民のサービスへのアクセス改善に貢献する。また、施設がサービスレベルに見合った機材や設備を備えることにより、地域におけるリファラルシステムの構築が可能となる。

• 施設・機材保守管理の改善

機材の供与に加え、機材保守管理の体制強化が重要である。既存の地域機材保守センター（CREMM）および県保守作業所（AMD）への支援（人材の能力強化、必要物品の供与等）や CREMM および AMD 新設への支援が考えられる。

② 地方保健局強化を通じた改修／新設施設でのサービス提供の改善

改修あるいは新設施設におけるサービス提供の改善への向け、施設を管轄する州保健局および県保健局への技術協力の実施が考えられる。例えば、主な支援対象は県保健局とし、保健情報システム、医薬品管理、モニタリングやスーパービジョンの改善等への支援を行い、施設レベルのサービスの質の改善へと繋げていく。具体的な方法としては、既に同分野での経験を有する国連人口基金（UNFPA）との連携が考えられる。

③ 保健エイズ対策省への協力

• 保健人材分野

保健人材の量的および質的課題の解決へ向け、医療従事者養成校（INFAS）への協力（施設改修、機材供与）や人材局への協力による保健人材管理能力の強化（過去の本邦研修のフォローアップとして）が考えられる。

• その他、国家の保健医療支出の実態を把握する上で重要な国家保健会計（CNS）が 2007 年および 2008 年の会計年度分以降実施されていないことから、保健財政管理能力の強化の一環として、CNS の実施への協力などがニーズとして挙げられる。

添付資料

- 添付 1 保健分野主要指標
- 添付 2 参考文献リスト

添付1:保健分野主要指標(コートジボワール共和国)

国名: コートジボワール共和国 (Republic of Côte d'Ivoire)				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	12,517,730	16,581,653	19,738,000	2010	853,434,000	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		0.1.02	人口増加率 (直近10年間の平均)	Population growth (annual %)		WDI	3.4	2.1	2.0	2010	2.5	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		0.1.03	出生時平均余命	Life expectancy at birth, total (years)		WDI	52.6	50.2	54.7	2010	54.3	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		0.1.04	粗出生率	Birth rate, crude (per 1,000 people)		WDI	41.3	37.2	34.0	2010	37.4	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		0.1.05	粗死亡率	Death rate, crude (per 1,000 people)		WDI	13.4	14.5	12.1	2010	12.6	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		0.1.06	都市人口率	Urban population (% of total)		WDI	39.7	43.5	50.1	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	740	650	1160	2010	1,188.5	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		0.2.02	経済成長率	GNI growth (annual %)		WDI	(0.5)	(3.8)	2.6	2010	4.1	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		0.2.03	初等教育就学率	Total enrollment, primary (% net)	2.1	WDI		56.8	61.5	2009	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	71.3	74.8	83.3	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		48.7	55.3	2009	62.3	(2009)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		0.2.06	人間開発指標	Human Development Index		HDR	0.29	0.43	0.40	2011	0.5	(2011)	Sub-Saharan Africa	
		0.2.07	人間開発指標の順位	Human Development Index (rank)		HDR	123 / 160	156 / 173	170 / 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			7.5	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	76	77	80	2010	61.1	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		0.3.02	改善された衛生設備を使用する人口の割合	Improved sanitation facilities (% of population with access)	7.9	HNP Stats	20	22	24	2010	30.6	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
	1 受益者の健康の状況	1.1 疾病構造	1.1.01	感染症、周産期および栄養の状態などにより死亡する年齢調整死亡率	Age-standardized mortality rate by cause (per 100,000 population) - Communicable		GHO			904	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			942	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			172	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			57.9	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			32.8	2008	28.3	(2008)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
1.1.06			負傷で死亡する率	Cause of death, by injury (% of total)		HNP Stats			9.4	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			71	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			19	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			11	2009	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	690	580	470	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		135.5	115.2	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	151.4	147.7	123.0	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	104.6	100.2	85.9	2010	76.4	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		1.2.05	低体重児出生率	Low-birthweight babies (% of births)		HNP Stats		16.9	16.7	2006	13.3	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)	
		1.2.06	合計特殊出生率	Fertility rate, total (birth per woman)		HNP Stats	6.3	5.2	4.4	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			0.7	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			36,482	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			88	2008	96	(2009)	Sub-Saharan Africa	
				b) Malaria death rate per 100,000 population, ages 0-4	6.6	MDGs Database			81	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	244	245	156	2010	479	(2009)	Sub-Saharan Africa	
		1.3.05	結核罹患率	Incidence of tuberculosis (per 100,000 people)	6.9	MDGs	150	198	139	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	26	24	11	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	2.4	6.9	3.4	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	3,900	48,000	36,000	2009				
1.3.09		HIV新規感染率	HIV incidence rate, 15-49 years old, percentage (mid-point)		MDGs Database	1.03	0.45	0.11	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			9	2012				
	GFによる優先度スコア (マラリア)		Partial Prioritization Score by the Global Fund (Malaria)		GF			9	2012					
	GFによる優先度スコア (結核)		Partial Prioritization Score by the Global Fund (TB)		GF			9	2012					
1.4 栄養不良	1.4.01	5歳未満児における中・重度の低体重の比率	Prevalence of wasting (% of children under 5)		HNP Stats			14.0	2007					
	2 サービス提供の状況	2.1 母子保健対策	2.1.01	助産専門技能者の立会による出産の割合	Births attended by skilled health personnel, percentage	5.2	MDGs Database		62.8	56.8	2006	46.0	(2009)	Sub-Saharan Africa
			2.1.02	帝王切開率	Birth by caesarian section (%)		GHO			6.4	2005	3.5	(2011)	Africa
			2.1.03	避妊具普及率	Contraceptive prevalence (% of women ages 15-49)	5.3	MDGs			12.9	2006	21.7	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)
			2.1.04	産前健診 (1回以上)	Pregnant women receiving prenatal care (%)	5.5	HNP Stats		87.6	84.8	2006	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		35.6	45.3	2005	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			27.7	1999	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	56	68	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	62	80	91	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)	4.3	Childinfo	77	85	95	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)	4.3	Childinfo	54	65	85	2010	77	(2010)	Sub-Saharan Africa
2.1.10			ポリオの予防接種を受けた1歳児の割合	1-year-old children immunized against: Polio		Childinfo	56	66	81	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			85	2010	74	(2010)	Sub-Saharan Africa			

添付1: 保健分野主要指標(コートジボワール共和国)

国名: コートジボワール共和国 (Republic of Côte d'Ivoire)			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								
	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								
	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	2005	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		16.3	18	2005	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	0.83	2006	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		1.1	3.0	2006	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		57.5	36	2006	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		57	76	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			28.0	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			84.6	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			6.8	2010				
	2.2.12	HIV検査を受けた妊婦の割合	Pregnant women tested for HIV, estimated coverage (%)		GHO			59	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			54	2009				
	2.2.14	結核患者発見率	Tuberculosis case detection rate (all forms)		HNP Stats	42.0	46.0	83.0	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		28.0	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			99.6	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		31	84.4	2004	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			5		46.7		Countries of 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			93.9		61.1		Countries of 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			83.8		43.2		Countries of 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	0.09		0.144	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			0.5	2004			
		3.1.04	人口10,000人あたりの歯科医師数	Dentistry personnel density (per 10,000 population)		GHO			0.14	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			0.22	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		5.0	5.3	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		26.3	21.6	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		73.7	78.4	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		98.1	98.8	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		7.2	5.1	2010	10.0	(2005)	
		3.2.06	保健支出における外部資金の割合	External resources for health (% of total expenditure on health)		HNP Stats		5.4	9.8	2010	10.5	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)
		3.2.07	公的保健支出における社会保障支出の割合	Social security expenditure on health as a percentage of general government expenditure on health		GHO			0.0	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		30.5	59.7	2010	84.3	(2010)	Sub-Saharan Africa (developing only)
	3.2.09		b) Per capita total expenditure on health (PPP int. \$)		GHO		76	88	2009	157	(2009)	Africa	
			一人あたりの公的保健支出	Per capita government expenditure on health at average exchange rate (US\$)		GHO		8.0	12	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	0.8		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 (コートジボワール共和国)

引用番号	資料名	発行元	URL など	発行年
1	World Development Indicators	World Bank	http://databank.worldbank.org/ddp/home.do?Step=12&id=4&CNO=2	
2	Crise sociopolitique en Côte d'Ivoire : L'impact sur la population et les groupes vulnérables en particulier	Equipe humanitaire Côte d'Ivoire (ONU CI)		2011
3	コートジボワール. 国別プロジェクト概要	外務省	http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/data/gaiyou/odaproject/africa/cote_d/contents_01.html#m012302	
4	Le FMI et la Banque mondiale annoncent un allègement de plus de 4 milliards de dollars EU de la dette de la Côte d'Ivoire, Communiqué de presse n12/239	Fonds monétaire international (FMI)	http://www.imf.org/external/french/np/sec/pr/2012/pr12239f.htm	2012
5	Human Development Report	UNDP	http://hdr.undp.org/en/	2011
6	Rapport National sur Les Objectifs du Millénaire pour le Développement	République de Côte d'Ivoire		2010
7	Strategy for Relaunching Development and Reducing Poverty	Republic of Côte d'Ivoire		2009
8	Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015	Ministère de la Santé et de la Lutte Contre le Sida		2012
9	NCD Country Profiles 2011	WHO	http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles2011/en/index.html	2011
10	Mortality Fact Sheet 2006	WHO		2006
11	Trends in estimates of maternal mortality ratio (MMR, maternal deaths per 100 000 live births) by 5-year intervals, 1990–2010, by country	UN Maternal Mortality Estimation Inter-agency Group (MMEIG) WHO, UNICEF, UNFPA, WB	http://www.childinfo.org/maternal_mortality_ratio.php	2012
12	Enquête Démographique et de Santé en Côte d'Ivoire 1994	Institut National de la Statistique (INS) et Macro International Inc	http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/SR51/SR51.pdf	1995
13	Enquête sur les Indicateurs du Sida, Côte d'Ivoire 2005	Institut National de la Statistique, Ministère de la Lutte contre le Sida et ORC Macro	http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/AIS5/AIS5.pdf	2006
14	The State of the World's Children 2012: Children in an Urban World	UNICEF	http://www.unicef.org/sowc2012/	2012
15	Enquête Démographique et de Santé Côte d'Ivoire 1998-1999	Institut National de la Statistique et ORC Macro	http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR129/FR129.pdf	2001
16	The 2012 Report Côte d'Ivoire	Countdown to 2015	http://www.countdown2015mnch.org/documents/2012Report/2012/2012_CotedIvoire.pdf	2012
17	Global Report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010	UNAIDS	http://www.unaids.org/documents/20101123_globalreport_em.pdf	2010
18	Countries, Cote d'Ivoire. UNAIDS	UNAIDS	http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/ctedivoire/	2012
19	Suivi de la Déclaration de Politique sur le Sida de Juin 2011	Conseil National de Lutte Contre le Sida		2012
20	World Malaria Report 2011	WHO	http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2011/en/	2011

添付 2 : 参考文献リスト (コートジボワール共和国)

引用番号	資料名	発行元	URL など	発行年
21	Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays, 2009-2013 République de Côte d'Ivoire	Breau régional de l'OMS pour l'Afrique	http://www.who.int/countryfocus/operation_strategy/ccs_civ_fr.pdf	2009
22	Annuaire des Statistiques Sanitaires de la Côte d'Ivoire 2010	Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida		2011
23	La Nutrition: toujours un secteur prioritaire en Côte d'Ivoire	OCHA	http://ivorycoast.humanitarianresponse.info/Portals/0/clusters/nutrition/key_documents/Plaidoyer_Cluster%20Nutrition%20Cote%20d'Ivoire_Nov%202011.pdf	2011
24	Enquête nutritionnelle nationale basée sur la méthodologie SMART 2011	Ministère de la Santé et de la Lutte Contre le Sida	http://ivorycoast.humanitarianresponse.info/LinkClick.aspx?fileticket=W R2TLkk5VYM%3D&tabid=65&mid=1049&language=en-US	
25	Nutrition Country Profile, Côte d'Ivoire	UNICEF	http://www.childinfo.org/files/nutrition/DI%20Profile%20-%20Cote%20d'Ivoire.pdf	
26	2010 Report Cote d'Ivoire:	Countdown to 2015	http://www.countdown2015mnch.org/documents/2010report/Profile-CotedIvoire.pdf	
27	Enquête à indicateurs multiples, Côte d'Ivoire 2006, Rapport final	Institut National de la Statistique (INS)	http://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/11	2007
28	Enquête sur la disponibilité, la qualité et l'utilisation des services de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant – 2010, Rapport Final	Institut National de la Statistique (INS)		2011
29	Plan National de Développement Sanitaire 2009-2013	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique		2008
30	Répertoire des Structures Sanitaires Publiques et Privées de Côte d'Ivoire Année 2011	Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA		2012
31	République de Côte d'Ivoire, Santé, Nutrition et Population, Rapport Analytique Santé Pauvreté	Le Groupe Banque Mondiale, Région Afrique Développement Humain Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Côte d'Ivoire	http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2010/12/03/000020953_20101203142555/Rendered/PDF/AAA560ESW0FREN110final0for0printing.pdf	2010
32	Cadre d'Accélération de l'Objectif 5 du Millénaire pour le Développement (OMD5): Améliorer la santé maternelle	Ministère de la Santé et de la Lutte Contre le Sida		
33	Rapport Annuel des Indicateurs VIH du Secteur Santé en Côte d'Ivoire 2010	Ministère de la Santé et de la Lutte Contre le Sida		2011
34	Tuberculosis Country Profile	WHO	http://www.who.int/tb/country/data/profiles/en/index.html	
35	Progress for Children: Achieving the MDGs with Equity, Number 9, September 2010	UNICEF	http://www.unicef.org/publications/files/Progress_for_Children-No.9_EN_081710.pdf	2010
36	Communicable disease epidemiological profile, Côte d'Ivoire	WHO	http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70300/1/WHO_HSE_GAR_DCE_2010.3_eng.pdf	2010

添付 2 : 参考文献リスト (コートジボワール共和国)

引用 番号	資料名	発行元	URL など	発行年
37	Évaluation des Besoins (Draft 1), Initiative Faire Reculer le Paludisme	Programme National de Lutte contre le Paludisme		2008
38	Politique Nationale de Nutrition	Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida		2010
39	République de Côte d'Ivoire	Institut National de la Statistique	http://www.ins.ci/	
40	Global Health Expenditure Database	WHO	http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&COUNTRYKEY=84531	
41	Portail officiel du Gouvernement de Côte d'Ivoire	Gouvernement de Côte d'Ivoire	http://www.gouv.ci/ministere_semaine_1.php?id=126	2012
42	Plan Stratégique de L'Information Sanitaire 2010-2014	Ministère de la Santé et de la Lutte Contre le Sida		2009
43	Rapport d'Évaluation du Système National d'Information Sanitaire Ivoirien par l'Outil de Réseau de Métrologie Sanitaire RMS/HMN	DIPE, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique	http://www.who.int/healthmetrics/library/countries/HMN_CIV_Assess_Final_2009_08_fr.pdf	2009
44	Cote d'Ivoire Country Program 2009-2013	UNICEF	http://www.unicef.org/cotedivoire/briefingunicefcigeneralenglish_correction.pdf	
45	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/05-13.pdf	2011
46	Staff Appraisal Report Republic of Cote d'Ivoire Integrated Health Services Project	World Bank		1996