

# 保健セクター情報収集・確認調査

## ラオス人民民主共和国 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     |
| 12-119 |

# 保健セクター情報収集・確認調査

## ラオス人民民主共和国 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 ラオス・キープ=0.009 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<sup>1</sup>」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<sup>2</sup>。また、ローマ（2003年）、パリ（2005年）、アクラ（2008年）において行われた援助調和化のためのハイレベルフォーラムにより、援助の調和化に関する各国共通の枠組みを作って支援していく体制が整えられた。

こうした途上国の保健セクターにとっては、好ましい環境の変化が起こっているにもかかわらず、特にサハラ以南のアフリカにおいては、2015年までのミレニアム開発目標4（子どもの死亡削減）、5（妊産婦の健康状態の改善）および6（HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病のまん延防止）の達成見通しが立たないなど、期待された成果が見えていない国や地域が多く存在する。これらのことから、途上国の保健セクターの新たな課題として、資金投入を増やして全ての人が医療サービスを受けることが出来るユニバーサルカバレッジ<sup>3</sup>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 Health<sup>4</sup>）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 Money<sup>5</sup>）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 Analytical Work 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。

<sup>1</sup> 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/>）

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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](http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/index.html)）

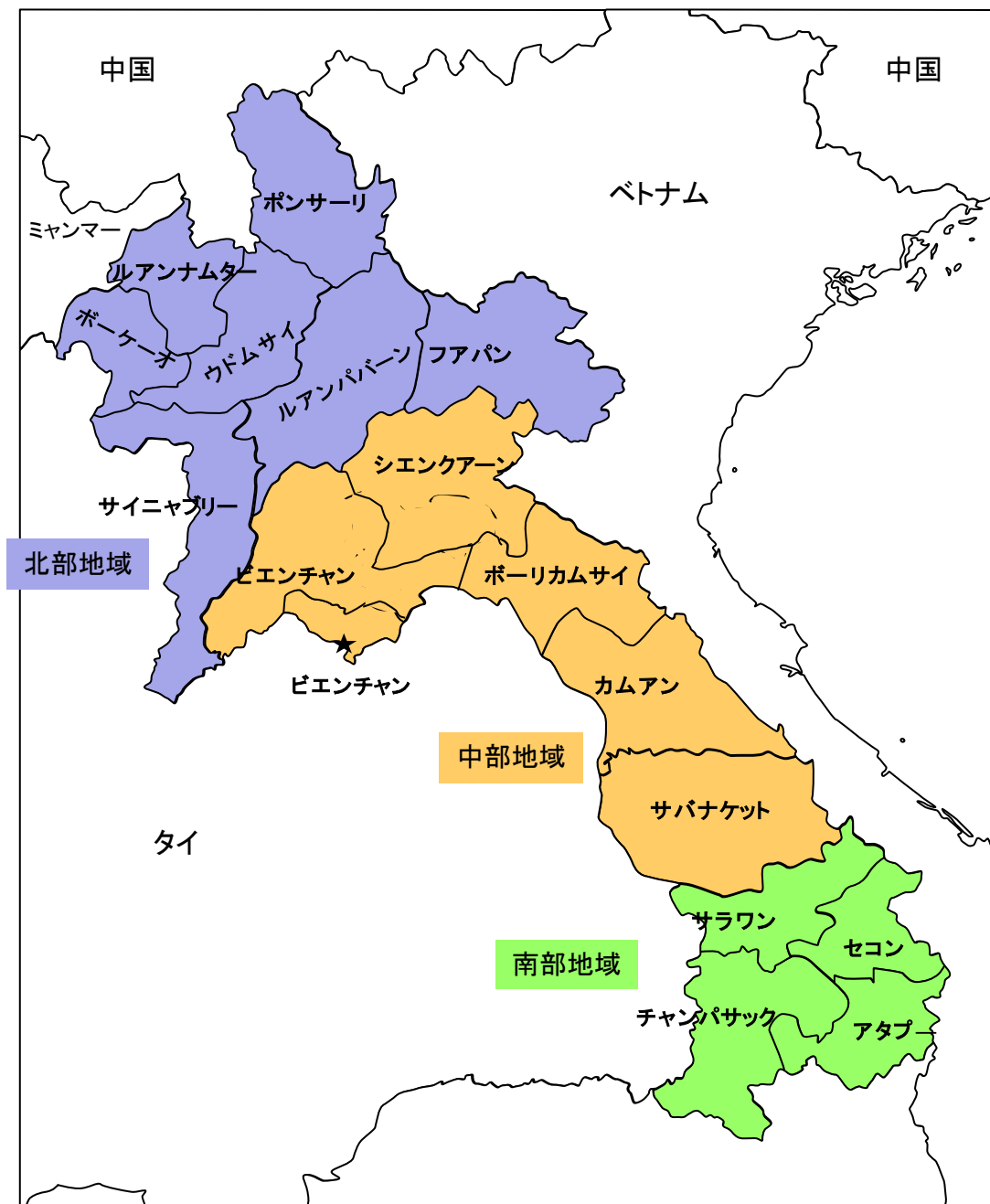
<sup>4</sup> World Health Report 2010 (WHO)において、国家政策における優先順位を上げる、税収や保険制度、その他財源の創出など、保健セクターへの財源を増加させる手段を講じる必要性が提唱されている。

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

用語集

| 略語    | 英語  | 日本語               |
|-------|---|-------------------|
| ACT   | Artemisinin-based Combination Therapy                   | アルテミシニン誘導体多剤併用療法  |
| ADB   | Asian Development Bank                                  | アジア開発銀行           |
| AFTA  | ASEAN Free Trade Area                                   | ASEAN 自由貿易協定      |
| 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         |
| BCC   | Behavior Change Communication                           | 行動変容のためのコミュニケーション |
| BMI   | Body Mass Index   | 体格指数              |
| CBHI  | Community Based Health Insurance                        | 地域健康保険            |
| CCM   | Country Coordinating Mechanism                          | 国別調整メカニズム         |
| DCCA  | District Committee for Control of AIDS                  | 群エイズ対策委員会         |
| DHP   | Department of Hygiene and Prevention                    | 衛生予防局             |
| 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          |
| EU    | European Union  | 欧州連合              |
| FAO   | Food and Agriculture Organization                       | 国連食糧農業機関          |
| FDD   | Department of Food and Drug                             | 食品衛生局             |
| GDP   | Gross Domestic Product                                  | 国内総生産             |
| GFATM | The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria | 世界エイズ・結核・マラリア対策基金 |
| GMP   | Good Manufacturing Practice                             | 適正製造基準            |
| GNI   | Gross National Income                                   | 国民総所得             |
| HEF   | Health Equity Fund                                      | ヘルスエクイティファンド      |
| HISSP | National Health Information System Strategic Plan       | 国家保健情報システム戦略計画    |
| HIV   | Human Immunodeficiency Virus                            | ヒト免疫不全ウイルス        |
| HMIS  | Health Management Information System                    | 保健管理情報システム        |
| HPIMS | Health Personnel Information Management System          | 保健人材情報マネジメントシステム  |
| IEC   | Information, Education and Communication                | 情報・教育・コミュニケーション   |
| IHR   | International Health Regulations                        | 国際保健規則            |
| ITN   | Insecticide-Treated Mosquito Net                        | 殺虫剤処理済蚊帳          |
| IUD   | Intrauterine Device                                     | 子宮内避妊器具           |
| JICA  | Japan International Cooperation Agency                  | 独立行政法人国際協力機構      |
| JOCV  | Japan Overseas Cooperation Volunteers                   | 青年海外協力隊           |
| KOICA | Korea International Cooperation Agency                  | 韓国国際協力団           |
| LDC   | Least Developed Country                                 | 後発開発途上国           |
| LECS  | Lao Expenditure and Consumption Survey                  | ラオス支出・消費調査        |
| LMIS  | Logistics Management Information System                 | ロジスティクス管理情報システム   |
| LRHS  | Lao Reproductive Health Survey                          | ラオスリプロダクティブヘルス調査  |
| LSIS  | Lao Social Indicator Survey                             | ラオス社会指標調査         |

| 略語     | 英語   | 日本語                                 |
|--------|--|-------------------------------------|
| MAF    | Ministry of Agriculture and Forestry                                   | 農業森林省                               |
| MCH    | Maternal and Child Health  | 母子保健                                |
| 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                         |
| MLC    | Medical Logistics Center   | (保健省直轄の) 中央倉庫                       |
| MNCHN  | Maternal, Neonatal and Child Health and Nutrition                      | 母子保健・栄養                             |
| MOE    | Ministry of Education  | 教育省                                 |
| MOU    | Memorandum of Understanding  | 覚書                                  |
| MPSC   | Medical Products Supply Center   | 医薬品供給センター                           |
| MSM    | Men who have sex with men  | 男性と性交渉をもつ男性                         |
| MTU    | Medical Teaching Unit  | 医学教育ユニット                            |
| NCCA   | National Committee for Control of AIDS                                 | 国家エイズ対策委員会                          |
| NGO    | Non Governmental Organization  | 非政府組織                               |
| NSAP   | National Strategic and Action Plan                                     | 国家戦略および行動計画                         |
| NSEDP  | National Socio-Economic Development Plan                               | 国家社会経済開発計画                          |
| PCCA   | Provincial Committee for Control of AIDS                               | 県エイズ対策委員会                           |
| PHC    | Primary Health Care  | プライマリヘルスケア                          |
| PMTCT  | Prevention of Mother to Child Transmission                             | 母子感染予防                              |
| SASS   | State Authority of Social Security                                     | 公務員社会保障                             |
| SBA    | Skilled Birth Attendant  | 助産専門技能者                             |
| SCWMF  | Sector Common Work Plan/Monitoring Framework                           | セクター共通事業管理ツール                       |
| SISEA  | Surveillance and Investigation of Endemic Situation in South East Asia | 東南アジアにおける風土病に係るサーベイランス・調査           |
| SSF    | Single Streams of Funding  | (複数の同一疾病のラウンドを統一した世界基金のファンディングスキーム) |
| SSO    | Social Security Organization   | 社会保障機関                              |
| SWC    | Sector-wide Coordination Mechanism                                     | 事業調整メカニズム                           |
| SWG    | Sector Working Group   | セクター作業部会                            |
| TFR    | Total Fertility Rate   | 合計特殊出生率                             |
| TWG    | Technical Working Group  | 技術作業部会                              |
| UNDP   | United Nations Development Programme                                   | 国連開発計画                              |
| UNFPA  | United Nations Population Fund   | 国連人口基金                              |
| UNICEF | United Nations Children's Fund   | 国連児童基金                              |
| USP    | United States Pharmacopeia   | 米国薬局方                               |
| VCT    | Voluntary Counseling and Testing                                       | 自発的カウンセリングと検査                       |
| WB     | The World Bank   | 世界銀行                                |
| WFP    | World Food Programme   | 国連世界食糧計画                            |
| WHO    | World Health Organization  | 世界保健機関                              |



出典: [http://www.freemap.jp/asia/asia\\_laos\\_all.html](http://www.freemap.jp/asia/asia_laos_all.html) (5月11日アクセス) より調査団作成  
ラオス人民民主共和国

## 要約

1. ラオスは、1975 年以降、人民革命党による一党指導体制のもと、政治的に安定しており、経済発展も順調に遂げている。2010 年の一人あたりの国民総所得（GNI）は、1990 年と比較し、5 倍の伸びを示している。しかし、依然として後発開発途上国（LDC）に位置づけられ、人間開発指標は、187 か国中 138 位で、中位国に分類される。
2. 「第 7 次国家社会経済開発 5 ヶ年計画」のもと、保健セクターでは、「保健戦略 2020」「第 7 次保健セクター開発 5 ヶ年計画」が策定されている。同 5 ヶ年計画では、母子保健強化を中心課題とする衛生・予防の強化を含めて、6 つの優先プログラム（①衛生と予防、②保健サービスの質の向上、③食品と医薬品・医療機材、④人材育成、⑤研究と研修、⑥保健行政）が定められている。
3. ラオスにおいて、非感染性疾患の占める割合は、域内平均には及ばないが、年々増加傾向にある。ミレニアム開発目標（MDGs）については、感染症分野が目標達成に向けて順調に推移し、5 歳未満児死亡率、乳児死亡率が改善を示しているのに対し、子どもの栄養状態の改善が遅れている。また妊産婦死亡率が未だ高い水準にあり、2015 年までの達成は困難とされる。さらに安全な水へのアクセスに関する指標も改善が遅れている。

HIV 感染率は、メコン川流域で唯一低い感染率を維持しているが、若年女性の感染者が増加しており、経済成長によって、今後人の移動が促進されることで、新たな HIV 感染の脅威にさらされることが懸念されている。結核を取り巻く状況も域内では比較的良好だが、有病率に大きな改善は見られない。マラリアはもはや主要死亡原因ではないが、総人口の 3 分の 1 がハイリスク地域に住む。症例の報告は南部に集中するなど、流行度には地域差がある。

非感染性疾患は増加傾向にあるものの、国の政策および戦略が未整備である。対策に必要な疫学的データの収集・分析、啓発活動の強化、対策を担う人材の確保・育成も急務である。

4. 保健サービスの供給体制および利用の現状については、都市部に比べて地方においてサービスの利用率が低い。例えば、子どもの予防接種率は域内諸国と比較して低い。また国内の地域格差も生じており、背景には、道路などのインフラの未整備、貧困など、物理的、経済的アクセスの困難さが挙げられる。また、こうしたアクセスの困難を補うべきアウトリーチサービスなど、サービスを十分に行き渡らせるための手段が十分に講じられていないことも、子どもの健康状態にも影響を与えていると考えられる。さらに伝統的価値観、習慣などに加え、母親の知識の乏しさが必要なサービスにアクセスできない要因ともなっている。
5. 保健システムにおいては、保健人材の不足・都市への偏在が問題となっている。助産師については、2015 年までに 1,500 人を養成する計画である。財政面では、妊産婦の分娩無料化および 5 歳未満児の入院費用無料化政策を打ち出しており、低所得者のサービスへのアクセス改善が期待される。健康保険について、保健省は 2020 年までに国民皆保険を目指す<sup>6</sup>が、2010 年時点の加入率は総人口の約 12%にとどまる。保健情報システムについては、保健管理情報システム（HMIS）が 2004 年に導入されている。また第 7 次保健開発計画実施状況のモニタリングツールとして、セクター共通事業管理ツールが導入されており、保健省、開発パートナー等の関係機関が進捗を共有できるようになっ

<sup>6</sup> 2012 年 7 月時点で、4 スキーム合わせてのカバー率は 17%との情報もある。



ている。保健医療施設については、人材、資機材が不足し、郡病院の機能が脆弱である。リファラル体制も機能していないことから、患者がよりよいサービスを求めて上位施設に直接訪れるバイパス現象や、隣国の医療機関を受診するケースも多い。

6. 保健セクターにおいては、JICA 技術協力プロジェクト「保健セクター事業調整能力強化（およびフェーズ 2）」により、事業調整メカニズムが構築・運営強化されつつある。第 7 次保健セクター開発 5 年計画の 6 つの優先事項に沿って作業部会も設置されており、開発パートナー間で、取組む課題、対象地域の重複・偏在が解消され、より効率的かつ効果的な支援が可能となりつつある。
7. ラオスの保健セクターにおいては、引き続き、母子保健に資する協力を優先的に行うことが妥当であると考えられ、日本は、医療サービスへのアクセス改善に向け、インフラ整備、医療サービス供給の質・量的改善にかかる包括的な協力、貧困層や女性などの弱者層に対する優遇措置支援、健康保険制度の整備・改善に資する協力が可能である。また人材開発を中心とする保健システム強化支援、具体的には、教育病院支援を通じた医療人材育成、保健行政マネジメント強化、医療人材育成の一環として、教育病院への医療機材支援、保健サービス普及におけるコミュニティの参加促進を通して、保健医療アクセス改善に資する協力を行うことが期待される。

保健セクター情報収集・確認調査  
ラオス国  
保健セクター分析報告書

目次

はじめに  
用語集  
地図  
要約

|       |  |     |
|-------|--|-----|
| 第1章   | 一般概況.....  | 1-1 |
| 第2章   | 開発政策.....  | 2-1 |
| 2.1   | 国家開発政策.....  | 2-1 |
| 2.2   | 保健セクター開発計画.....  | 2-1 |
| 2.2.1 | 保健戦略 2020.....   | 2-1 |
| 2.2.2 | 第7次保健セクター開発5カ年計画（Five-Year Health Sector Development Plan）<br>2011-2015..... | 2-2 |
| 第3章   | 国民の健康状態.....   | 3-1 |
| 3.1   | 概況.....  | 3-1 |
| 3.2   | 母子保健の状況.....   | 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 | 結核.....  | 3-5 |
| 3.3.3 | マラリア.....  | 3-6 |
| 3.4   | 栄養と健康.....   | 3-7 |
| 3.4.1 | 子どもの栄養.....  | 3-7 |
| 3.4.2 | 女性の栄養.....   | 3-9 |
| 3.5   | その他の課題.....  | 3-9 |
| 第4章   | サービス提供の状況.....   | 4-1 |
| 4.1   | 母子保健対策の現状.....   | 4-1 |
| 4.1.1 | 国家政策と方針.....   | 4-1 |
| 4.1.2 | 母子保健サービス提供と利用の現状と課題.....   | 4-2 |
| 4.2   | 感染症対策の現状.....  | 4-4 |
| 4.2.1 | HIV/エイズ対策.....   | 4-4 |
| 4.2.2 | 結核対策.....  | 4-6 |
| 4.2.3 | マラリア.....  | 4-7 |
| 4.2.4 | 国際保健規則（IHR）への対応.....   | 4-8 |

|       |                               |      |
|-------|-------------------------------|------|
| 4.3   | 低栄養対策.....                    | 4-8  |
| 4.4   | 非感染性疾患対策.....                 | 4-9  |
| 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 | 現状.....                       | 5-1  |
| 5.1.2 | 保健人材育成.....                   | 5-1  |
| 5.1.3 | 人材育成にかかる優先課題.....             | 5-2  |
| 5.2   | 保健財政.....                     | 5-3  |
| 5.2.1 | 概況.....                       | 5-3  |
| 5.2.2 | 健康保険と利用者負担.....               | 5-4  |
| 5.3   | 保健情報システム.....                 | 5-6  |
| 5.4   | 施設・機材・医薬品供給機能.....            | 5-7  |
| 5.4.1 | 保健医療施設.....                   | 5-7  |
| 5.4.2 | 医療機材.....                     | 5-8  |
| 5.4.3 | 医薬品およびワクチンの供給.....            | 5-8  |
| 5.5   | 管理・監督機能.....                  | 5-10 |
| 5.5.1 | 保健行政.....                     | 5-10 |
| 5.5.2 | モニタリング体制.....                 | 5-11 |
| 5.5.3 | リファラルシステム.....                | 5-11 |
| 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   | 開発パートナーの協力実績.....             | 6-2  |
| 6.2.1 | 概況.....                       | 6-2  |
| 6.2.2 | 主要開発パートナーの支援状況.....           | 6-3  |
| 6.3   | 日本の協力実績と現状.....               | 6-4  |
| 第7章   | 保健セクターにおける優先課題と提言.....        | 7-1  |
| 7.1   | 保健セクターにおける課題とその背景.....        | 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 | 課題に対するラオス政府、開発パートナーの取り組み..... | 7-2  |
| 7.2   | 日本の協力の可能性.....                | 7-3  |

図表目次

|        |   |      |
|--------|---|------|
| 図 3-1  | 主要死因の年別比較 .....   | 3-1  |
| 図 3-2  | 妊産婦死亡率比較 .....  | 3-3  |
| 図 3-3  | 子どもの死亡率の周辺国との比較 (2010 年) .....                              | 3-4  |
| 図 3-4  | HIV感染者の年齢層別の男女比 (1990-2009) .....                           | 3-4  |
| 図 3-5  | HIV感染経路.....  | 3-5  |
| 図 3-6  | 結核患者の発見率と治癒率の推移 (1990-2009) .....                           | 3-6  |
| 図 3-7  | マラリアによる死亡件数の推移 (2000-2009) .....                            | 3-6  |
| 図 3-8  | 5歳未満児の低体重の比較 (2006 年) .....                                 | 3-7  |
| 図 3-9  | 民族言語学的グループにおける低栄養状態の比較 (2007 年) .....                       | 3-8  |
| 図 3-10 | 外来における栄養不良の割合 (成人、5歳未満児) .....                              | 3-8  |
| 図 3-11 | 死因別死亡の割合 (2008 年) .....                                     | 3-9  |
| 図 4-1  | 予防接種率 (ラオス 1990 年、2000 年、2010 年、および東アジア・太平洋地域 2010 年) ..... | 4-3  |
| 図 4-2  | 県／市別の予防接種率と産前健診 (ANC) カバー率 .....                            | 4-3  |
| 図 4-3  | VCTの利用状況 .....  | 4-5  |
| 図 4-4  | ART受診率.....   | 4-6  |
| 図 4-5  | 患者発見率地域別比較.....   | 4-7  |
| 図 5-1  | 県・市別の医師・看護師数 (人口 1 万対) .....                                | 5-1  |
| 図 5-2  | 保健支出財源の推移 .....   | 5-4  |
| 図 5-3  | 医薬品調達 (ドナー支援の医薬品の場合) .....                                  | 5-9  |
| 図 5-4  | ワクチン供給フロー .....   | 5-10 |
| 図 7-1  | ラオスの保健セクターにおける課題とその背景.....                                  | 7-1  |
| 表 1-1  | ラオスの主要指標 .....  | 1-1  |
| 表 1-2  | 各県・市の面積、人口、貧困率 .....  | 1-1  |
| 表 2-1  | 保健省優先プログラム .....  | 2-2  |
| 表 2-2  | 第 7 次保健セクター開発 5 年計画 2011-2015 の優先プログラム .....                | 2-2  |
| 表 2-3  | 第 7 次保健セクター開発 5 年計画 2011-2015 の目標.....                      | 2-3  |
| 表 3-1  | 保健関連MDGsの進捗状況.....  | 3-2  |
| 表 3-2  | 乳児死亡率と 5 歳未満児死亡率 .....                                      | 3-3  |
| 表 3-3  | 新規喀痰塗抹陽性患者数と結核有病率の推移 .....                                  | 3-6  |
| 表 3-4  | 5 歳未満児の栄養失調の状況.....   | 3-7  |
| 表 4-1  | 国家リプロダクティブヘルス政策・母子保健と栄養に関する主な戦略 .....                       | 4-1  |
| 表 4-2  | 主な妊産婦サービス指標の推移 .....  | 4-2  |
| 表 5-1  | 保健医療従事者の養成、研修施設概要 .....                                     | 5-2  |
| 表 5-2  | 保健財政指標の推移 .....   | 5-3  |
| 表 5-3  | 健康保険制度概要 .....  | 5-5  |
| 表 5-4  | ラオスにおける保健医療施設数 (保健省直轄) .....                                | 5-7  |
| 表 6-1  | 保健セクターにおける事業調整メカニズム .....                                   | 6-1  |
| 表 6-2  | 主要開発パートナーの主な支援分野 .....                                      | 6-2  |
| 表 6-3  | グローバルファンドによる、HIV/エイズ、結核、マラリア対策支援.....                       | 6-3  |
| 表 6-4  | 保健セクターにおける近年の日本の支援実績 .....                                  | 6-5  |

## 第1章 一般概況

ラオス人民民主共和国（以下、「ラオス」）は、インドシナ半島の中央に位置し、国土面積約 24 万km<sup>2</sup>、周囲をカンボジア、中国、ミャンマー、タイ及びベトナムの 5 か国に囲まれた内陸国である。全人口は約 620 万人で、ラオ族（全人口の約半数）をはじめ 49 民族で構成される多民族国家である [1]。

ラオスは、1975 年以降、人民革命党による一党指導体制のもと政治的に安定しており、経済発展も順調に遂げている。表 1-1 はラオスの基本指標を示しているが、2010 年の一人あたりの国民総所得（GNI）は 1,040 米ドルで、1990 年（200 米ドル）と比較し、5 倍の伸びを示している。しかし、依然、後発開発途上国（LDC）に位置づけられ、人間開発指標は、187 か国中 138 位で、中位国に分類される [1]。

表 1-1 ラオスの主要指標

| 指標                      | 数値          | 最新年  |
|-------------------------|-------------|------|
| 人口                      | 620 万人      | 2010 |
| 人口増加率                   | 1.4%        | 2010 |
| 出生時平均余命                 | 67.1        | 2010 |
| 粗出生率（対 1,000 人）         | 22.8        | 2010 |
| 粗死亡率（対 1,000 人）         | 6.3         | 2010 |
| 一人あたりの国民総所得（GNI）        | 1,040       | 2010 |
| 経済成長率                   | 5.1         | 2010 |
| 初等教育就学率                 | 89.0%       | 2008 |
| 人間開発指標                  | 0.52/138 位* | 2011 |
| 1 日 1.25 ドル未満で生活する人口の割合 | 9.0%*       | 2008 |

出典： World Development Indicators (May 2012) [2]  
\*Human Development Report 2011 (UNDP) [3]

行政単位は、16 の県と 1 つの市（ビエンチャン）があり、それぞれ複数の郡により構成されており、その下に村がある。貧困世帯は人口に比例して北部と中部に多く、概して都市部に比べ地方では貧困率の割合が高い。表 1-2 に各県の面積と人口及び貧困率を示す。

表 1-2 各県・市の面積、人口、貧困率<sup>7</sup>

| 県  |          | 面積 (km <sup>2</sup> ) | 人口 (人・2009) | 貧困率 (%) (2002-03) | 県        |          | 面積 (km <sup>2</sup> ) | 人口 (人・2009) | 貧困率 (%) (2002-03) |
|----|----------|-----------------------|-------------|-------------------|----------|----------|-----------------------|-------------|-------------------|
| 中部 | ボーリカムサイ県 | 14,863                | 256,000     | 29                | 北部       | ボーケーオ県   | 6,196                 | 162,000     | 21                |
|    | カムアン県    | 16,315                | 368,000     | 34                |          | フアパン県    | 16,500                | 310,000     | 52                |
|    | サバナケット県  | 21,774                | 891,000     | 43                |          | ルアンナムター県 | 9,325                 | 160,000     | 23                |
|    | ビエンチャン市  | 3,920                 | 754,000     | 17                |          | ルアンパバーン県 | 16,875                | 440,000     | 40                |
|    | ビエンチャン県  | 21,500                | 467,000     | 19                |          | ウドムサイ県   | 15,370                | 293,000     | 45                |
|    | シエンクアーン県 | 17,500                | 264,000     | 42                |          | ポンサーリ県   | 16,270                | 174,000     | 51                |
| 南部 | アタプー県    | 10,320                | 124,000     | 44                | サイニャブリー県 | 16,389   | 367,000               | 25          |                   |
|    | チャムパサック県 | 15,415                | 644,000     | 18                |          |          |                       |             |                   |
|    | サラワン県    | 10,691                | 358,000     | 54                |          |          |                       |             |                   |
|    | セコン県     | 7,665                 | 95,000      | 42                | 全国       | 236,888  | 6,127,000             | 34          |                   |

出典：面積及び人口 National Statistics Centre of the Lao PDR [4]  
貧困率 MDG Progress Report Lao PDR 2008 [5]

<sup>7</sup>全人口に占める国内貧困ライン以下の貧困層の割合。

## 第2章 開発政策

### 2.1 国家開発政策

1981年から、国家社会経済開発（NSEDP）が5年ごとに策定され、1986年には「新思想（チンタナカーン・マイ）」と呼ばれる市場開放政策を導入した。2011年6月の国民議会で承認された第7次国家社会経済開発5カ年計画2011-2015では、2015年までに、①安定的な経済成長の確保（国内総生産（GDP）成長率8%、一人あたりのGDP1,700米ドル）、②2015年までのミレニアム開発目標（MDGs）達成、2020年までの後発開発途上国（LDC）からの脱却、③文化・社会の発展、天然資源の保全、及び環境保全を伴う持続的な経済成長の確保、④政治的安定、平和、及び社会秩序の維持、国際社会における役割向上の4点が目標に掲げられている [6]。

第7次NSEDPで明記されている保健に関連する主な指標は、以下のとおりである。

- ◆ 5歳未満児死亡率： 70（出生千対）
- ◆ 乳児死亡率： 45（出生千対）
- ◆ 5歳未満児の低体重<sup>8</sup>率： <22%
- ◆ 妊産婦死亡率： <260（出生10万対）
- ◆ 平均寿命： 68歳（男性：66、女性：70）
- ◆ マラリア、結核、HIV/AIDSにかかるMDGsの達成
- ◆ 衛生施設へのアクセスの向上（安全な水 国民の80%、衛生的なトイレ 国民の60%）

### 2.2 保健セクター開発計画

#### 2.2.1 保健戦略2020

保健戦略2020は、2000年に保健セクターのラウンドテーブル会議で協議されたもので、「2020年までに、保健医療サービスを後発開発途上国の状況から脱却させ、全ラオ民族の生活の質の向上のために、公平な医療サービスが全ラオ民族に平等に行き渡るようにする」という目標を掲げている。具体的な戦略として、2020年までの4つの基本的保健開発戦略、6つの保健省優先プログラム（表2-1）が挙げられている [7]。

<sup>8</sup> WHOの“WHO Child Growth Standards”の基準による年齢（生後0～59ヵ月）相応の体重の中央値から標準偏差がマイナス2未満（中度）／マイナス3未満（重度）の状態

**表 2-1 保健省優先プログラム**

|   |                     |
|---|---------------------|
| 1 | 病気の予防と健康増進          |
| 2 | 治療とリハビリテーション        |
| 3 | 患者保護                |
| 4 | 保健人材育成              |
| 5 | 医学研究と制度構築           |
| 6 | 保健行政（計画・管理・マネージメント） |

出典：Health Strategy up to the Year 2020, MOH [7]

2.2.2 第7次保健セクター開発5カ年計画（Five-Year Health Sector Development Plan）2011-2015  
NSEDP 及び保健戦略 2020 に沿って、保健セクターの中期計画をまとめたものが、第7次保健セクター  
開発5カ年計画（2011-2015）である。同計画では、表 2-2 に示す6つの優先プログラムの推進を強化す  
ることが掲げられている。

**表 2-2 第7次保健セクター開発5カ年計画 2011-2015 の優先プログラム**

|   | プログラム/サブプログラム        | 費用<br>(百万米ドル) | 主な内容  |
|---|----------------------|---------------|---|
| 1 | 衛生と予防、ヘルスプロモーション     | 485.0         |   |
|   | 母子保健                 | 148.3         | 母子保健統合サービス提供、安全な母性と家族計画、予防接種、分娩と5歳未満児へのサービス無料化、など |
|   | 栄養                   | 12.0          | ビタミン A・鉄分・経口補液などの配布、遠隔地へのアウトリーチサービス、など            |
|   | 健康教育                 | 4.3           | 国家健康教育・促進研修センター建設、ラジオプログラム、など                     |
|   | 水と環境衛生               | 185.1         | 村落部における清潔な水や衛生施設の供給、など                            |
|   | マラリア、寄生虫症及び媒介虫駆除     | 27.4          | マラリア、デング熱対策、など                                    |
|   | エイズと性感染症             | 54.2          | 予防活動、感染者へのケア、など                                   |
|   | 結核対策                 | 17.3          | 結核対策に係る人材開発、検査体制強化、など                             |
|   | 感染症の予防・対策            | 22.7          | 国境を超える感染症対策、東南アジアにおける風土病に係るサーベイランス・調査（SISEA）、など   |
|   | ハンセン病対策              | 13.7          | 施設及びサービス改善  |
| 2 | 保健サービス（治療とケア）の質の向上   | 336.7         | 病院建設（ビエンチャン）、県病院及び保健センター建設及びサービス改善、など             |
| 3 | 食品と医薬品・医療機材          | 46.9          | 医薬品工場、食品分析センター、伝統医薬品工場などの建設                       |
| 4 | 人材開発                 | 105.3         | 保健人材育成・強化、学校建設・維持管理、助産専門技能者育成、など                  |
| 5 | 研究と研修のマネージメント        | 7.5           | 調査・研究および関連する研修                                    |
| 6 | 保健行政（財政・計画・情報システム含む） | 226.3         | 職員給与等、コミュニティベースの健康保険創設、保健情報システム改善、など              |

出典：第7次保健セクター開発5カ年計画 2011-2015 [8]

また同計画では、2015年までに達成すべき具体的指標として、主に以下を挙げている（表 2-3）。

表 2-3 第7次保健セクター開発5カ年計画 2011-2015 の目標

| 指標                      | 目標値              |
|-------------------------|------------------|
| 妊産婦死亡率（出生 10 万対）        | 260              |
| 新生児死亡率（出生千対）            | 45               |
| 5 歳未満児死亡率（出生千対）         | 55* <sup>9</sup> |
| 安全な水へアクセスできる人の割合（%）     | 69               |
| 改善された衛生施設を利用する人の割合（%）   | 54               |
| マラリア、結核、HIV/AIDS コントロール | （数値目標なし）         |
| 平均寿命                    | 68.3             |

出典： 第7次保健セクター開発5カ年計画 2011-2015 [8]  
\*母子保健戦略・計画 2009-2015 [9]

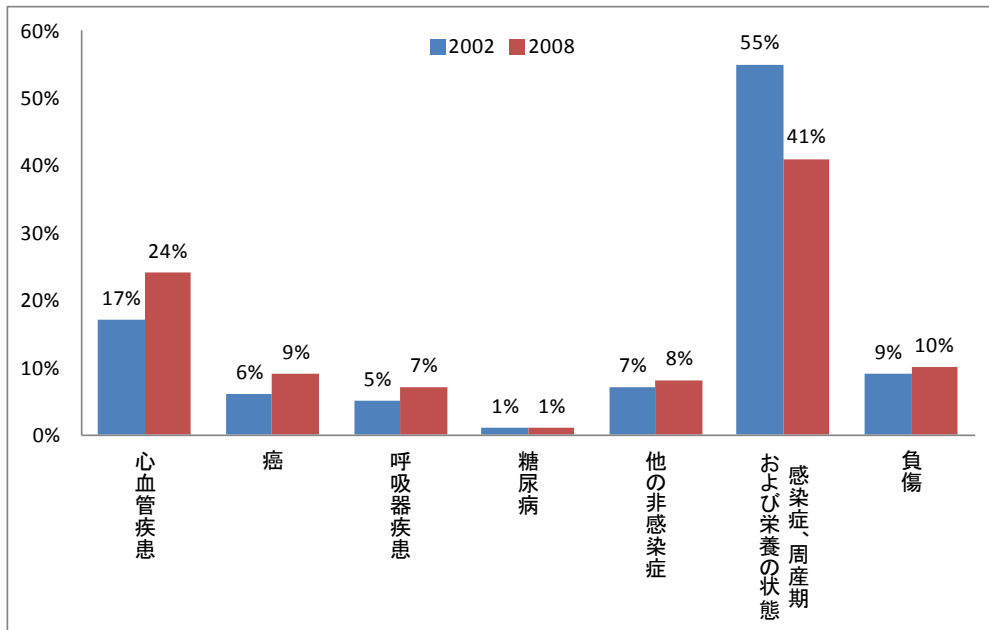
<sup>9</sup> 第7次保健セクター開発5カ年計画においては70とされているが、保健省では「母子保健戦略・計画 2009-2015」において設定された目標値を目標値と認識している。



## 第3章 国民の健康状態

### 3.1 概況

ラオスの疾病構造を見ると、非感染性疾患が48%（2008年）を占める [10]。この数字は、域内平均76%<sup>10</sup> [11]には及ばないものの、年々増加傾向にある。図3-1は、主要死因の全死亡における割合を示しているが、2002年と比較すると2008年には、心血管疾患、癌等、非感染性疾患が増加しているのが分かる。



出典：WHO. Mortality and burden of disease [10]を基に作成

図 3-1 主要死因の年別比較

ミレニアム開発目標（MDGs）のうち、保健に関連するものとしては、感染症分野（ゴール6）が目標達成に向け、比較的順調に推移しているのに対し、子どもの健康（ゴール4）に関しては、5歳未満児死亡率、乳児死亡率が改善を示しているものの、栄養状態の改善（ゴール1）が遅れている。また妊産婦の健康に関する指標の改善が遅れており、2015年までの達成が困難とされている。さらに安全な水へのアクセスに関する指標（ゴール7）も改善が遅れている。尚、表3-1は、ラオス政府と国連機関が共同でまとめたMDGsの進捗報告のうち、保健に関連する主な指標の達成見込みをまとめたものである [12]。

<sup>10</sup> 東アジアと大洋州諸国（途上国のみ）

表 3-1 保健関連 MDGs の進捗状況

( )は年

| MDG 指標                               | 1) Baseline | 2) Status   | 3) 2015 Target |
|--------------------------------------|-------------|-------------|----------------|
| <b>MDG1 貧困と飢餓の撲滅</b>                 |             |             |                |
| 5歳未満児の低体重 (%)                        | 44 (1993)   | 31.6 (2006) | 22             |
| 5歳未満児の発育阻害 <sup>11</sup> (%) (2006)  | 48 (1993)   | 47.6 (2006) | 34             |
| <b>MDG4 子どもの死亡削減</b>                 |             |             |                |
| 5歳未満児死亡率 (出生千対)                      | 170 (1995)  | 54 (2010)   | 55             |
| 乳児死亡率 (出生千対)                         | 104 (1995)  | 42 (2010)   | 45             |
| <b>MDG5 妊産婦の健康の改善</b>                |             |             |                |
| 妊産婦死亡率 (出生 10 万対) (2008)             | 650 (1995)  | 405* (2005) | 260            |
| 助産専門技能者の立会による出産の割合 (%)               | 14 (1994)   | 20 (2006)   | 50             |
| 産前検診 (ANC) 1 回以上受診率 (%)              | -           | 35 (2006)   | 60             |
| 避妊普及率 (%)                            | 20 (1994)   | 38 (2005)   | 55             |
| <b>MDG6 HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延防止</b> |             |             |                |
| HIV 感染率 (全年齢) (%)                    | 0.06 (2001) | 0.2         | <1             |
| HIV 感染者で、抗レトロウイルス療法を受けている大人と子ども (%)  | 48 (2006)   | 92          | >90            |
| マラリアによる死亡率 (人口 10 万対)                | 9 (1990)    | 0.4 (2006)  | 0.2            |
| 結核の有病および死亡率 (人口 10 万対)               | 472 (1990)  | 306 (2005)  | 240            |
| DOTS のもとで                            |             |             |                |
| 結核患者発見率                              | 24 (1995)   | 72 (2005)   | 70             |
| 治療された患者の割合                           | 72 (1995)   | 90 (2005)   | 85             |
| <b>MDG7 環境の持続可能性の確保</b>              |             |             |                |
| 改善された水源を利用する人の割合 (%)                 | 38 (1990)   | 57 (2008)   | 69             |
| 適切な衛生施設を利用する人の割合 (%)                 | 8 (1990)    | 53 (2008)   | 54             |

出典： 1) & 3): The Government of Lao PDR and the United States. Accelerating Progress Towards the MDGs [12]  
2): WHO. World Health Observatory Data Depository [13] ただし MDG5 の MMR の 2) Status と MDG6 および MDG7 の 2) Status (全項目) に関しては、Accelerating Progress Towards the MDGs [12] より抽出。

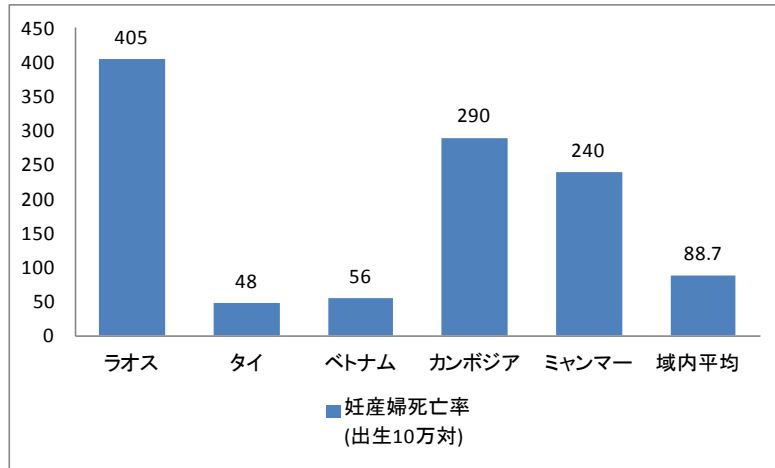
## 3.2 母子保健の状況

### 3.2.1 母親の健康

ラオスにおける妊産婦死亡率 (出生 10 万対) は、405<sup>12</sup> (2005 年) で、1990 年 (1,200)、2000 年 (790) と比較すると、大きく改善している。しかし死亡率は依然高く、周辺国、域内平均を大きく上回る (図 3-2)。阻害要因としては、避妊普及率の低さ、助産専門技能者による出産率および医療施設における出産の割合の低さ、産前・産後ケアおよび緊急産科ケアへのアクセスが限られていること等が挙げられる [9]。また、貧困は、食糧不足や栄養不良をもたらすため、貧困層の妊産婦の健康に影響を及ぼしている。

<sup>11</sup> 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。

<sup>12</sup> 国際データでは、580 (2008 年) とするものもあるが、本報告書では、現地関係機関で幅広く採用されている保健省データ (2005 年) を使用することとする。



出典： Millennium Development Goals Database [14], Ministry of Health

図 3-2 妊産婦死亡率比較<sup>13</sup>

### 3.2.2 子どもの健康

ラオスにおける乳児死亡率および5歳未満児死亡率は、3.1で述べたとおり着実に低下しており、MDGsの目標値を既に達成している（表 3-2）が、周辺のタイやベトナムが域内平均を下回るのに対し、ラオスは依然大きく上回っている（図 3-3）。ラオスでは、5歳未満児死亡率の37%が新生児死亡によるものである。保健省では、新生児死亡の主な原因として早産および低出産体重、新生児感染症、仮死での出産および出生外傷、先天性異常等を挙げている [9]。

死亡率に関し、国連人口基金（UNFPA）のリプロダクティブヘルス調査（2005年）が、母親の属性との相関関係を指摘している。例えば、都市部や中部地域に住む母親や教育レベルの比較的高い<sup>14</sup>母親から生まれた乳児の死亡率は低く、道路のない農村地域や南部・北部地域に住む母親、最終学歴が初等教育以下の母親から生まれた乳児の死亡率は高いと報告されている。特に教育レベルによる差が顕著であり、全く教育を受けていない母親と、高等学校（Upper secondary）を出た母親との間では5歳未満児死亡率、乳児死亡率とも2倍以上の開きがある [15]。

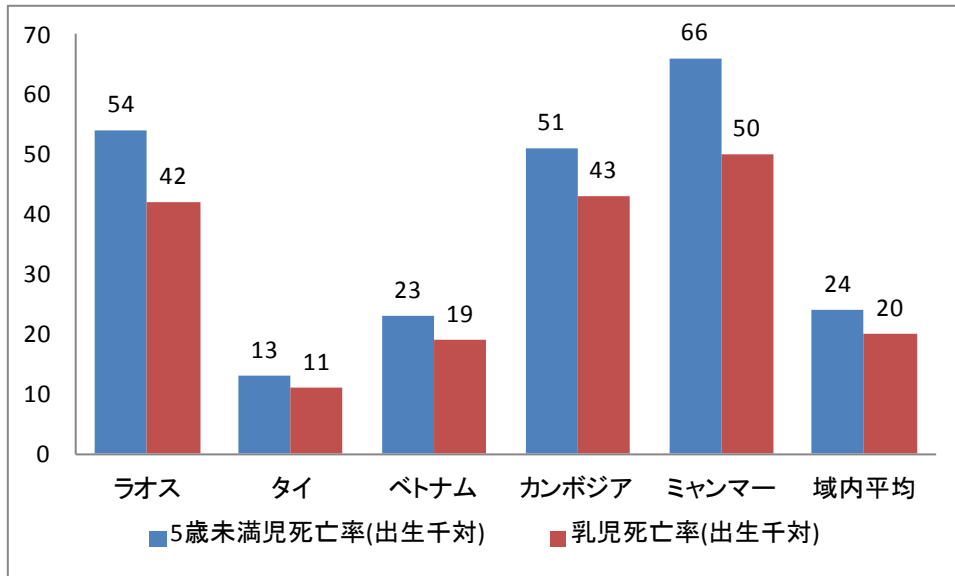
表 3-2 乳児死亡率と5歳未満児死亡率

| 指標              | 1) ベースライン (1995) | 2) 現状 (2010) | 3) 2015年目標 |
|-----------------|------------------|--------------|------------|
| 乳児死亡率 (出生千対)    | 104              | 42           | 45         |
| 5歳未満児死亡率 (出生千対) | 170              | 54           | 55         |

出典： 1) & 3) The Government of Lao PDR and the United States. Accelerating Progress Towards the MDGs [12]  
2) Millennium Development Goals Database [14]

<sup>13</sup> ラオス指標は2005年、ラオス以外は2008年

<sup>14</sup> 中等教育 (secondary education) を指し、日本の中学校 (lower secondary) や高等学校 (upper secondary) に相当するもの。



出典: Millennium Development Goals Database [14]

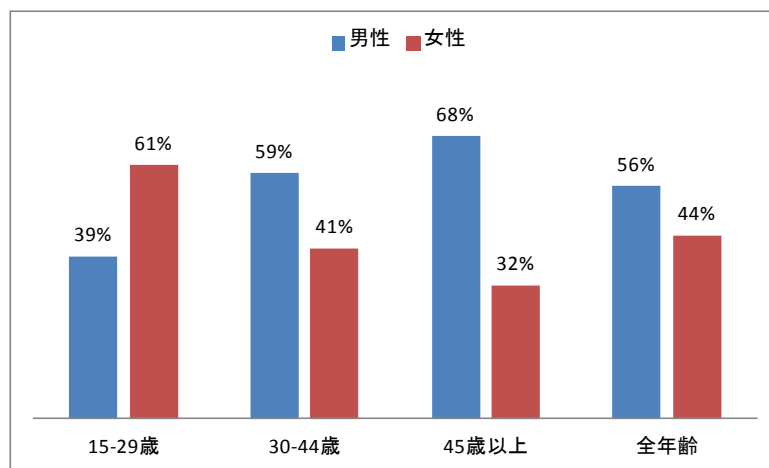
図 3-3 子どもの死亡率の周辺国との比較 (2010年)

### 3.3 感染症の状況

#### 3.3.1 HIV/エイズ

##### (1) 概況

ラオスにおける成人の推定HIV感染率（15-49歳）は0.2%（2009年）で、メコン川流域で唯一低い感染率を維持している<sup>15</sup> [16]。また、HIVと共に生きる人（全年齢）の推定数は、8,000人（2009年）である。感染者の約6割を25歳から39歳が占めており、図3-4が示すとおり、年齢層が上がるにつれて、男性の比率が高くなる。2000年代以降、若年層における女性の感染者の増加がみられるようになっている [17]。



出典: Lao PDR UNGASS 2010 Country Progress Report [17]

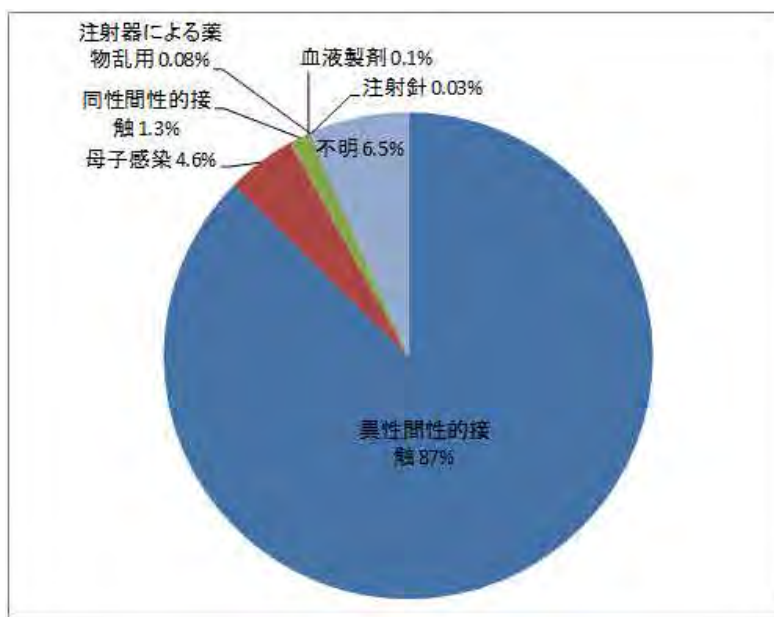
図 3-4 HIV感染者の年齢層別の男女比 (1990-2009)

<sup>15</sup> 周辺国の感染率は、タイ（1.3%）、ベトナム（0.4%）、カンボジア（0.5%）、ミャンマー（0.6%）となっている(2009年)。

## (2) HIV 感染の社会経済的な特徴

HIV感染は、サバナケット県（40%）、ビエンチャン市（33%）、チャンパサック県（9.8%）の3ヶ所に集中している。これらはいずれも隣国と国境を接しており<sup>16</sup>、ラオス人および外国人の出稼ぎ労働者や移民など国境を越えた人口移動が多い点が特徴である。このことは、感染者の19%を移住労働者が占めることにも表れている。

主要な感染経路は、異性間性交渉である（87%）（図3-5）。ハイリスクグループとしては、移住労働者の他に、女性のセックスワーカー、男性と性交渉を持つ男性（MSM）、注射による薬物使用者等が挙げられる。注射薬物使用者については、特に女性のセックスワーカーや女性の移住労働者の間で急増しているとされるが、ラオスでは薬物乱用とHIVの相関性に関する研究は殆どされていないのが現状である。



出典： Lao PDR UNGASS 2010 Country Progress Report [17]

図 3-5 HIV 感染経路

ラオスの近年の経済成長により、今後、観光や経済活動などのために国内外の人の移動がさらに促進されることでハイリスクグループとの接触が増え、ラオスが新たな HIV 感染の脅威に晒されることも懸念されている。

### 3.3.2 結核

ラオスにおける結核有病率（人口10万対）は、2009年で131、2010年の新規喀痰塗抹陽性結核患者数は、3,119人である（表3-3）[18]。患者数は増加しているものの、治療成功率は年々改善傾向にあり、世界保健機関（WHO）の目標値85%を上回る。患者発見率は近年やや下降気味ではあるが、WHOの目標値70%に到達している（図3-6）。また、ラオスと国境を接する全ての国（中国、タイ、ベトナム、カンボジア、ミャンマー）が結核高蔓延国22カ国<sup>17</sup>に含まれており、ラオスの結核を取り巻く状況は、域

<sup>16</sup> サバナケット県は、タイ、ベトナムと、ビエンチャン市はタイ、チャンパサックは、タイ、カンボジアと国境を接する。

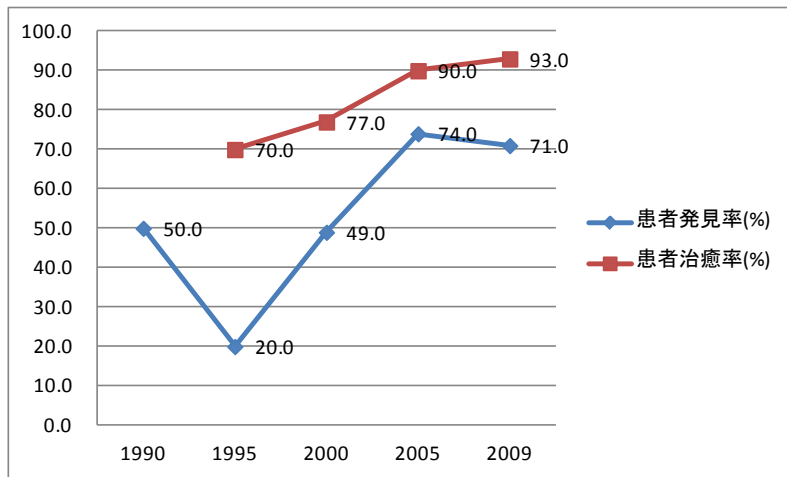
<sup>17</sup> アフガニスタン、インド、インドネシア、ウガンダ、エチオピア、カンボジア、ケニア、コンゴ民主共和国、ジンバブエ、タイ、タンザニア、中国、ナイジェリア、パキスタン、バングラデシュ、フィリピン、ブラジル、ベトナム、南アフリカ、ミャンマー、モザンビーク、ロシア

内において比較的良好とも言えるが、患者有病率に近年大きな改善が見られないなど、依然として対策が必要な疾患である。

表 3-3 新規喀痰塗抹陽性患者数と結核有病率の推移

|                 | 1990 | 1995 | 2000  | 2005  | 2009            |
|-----------------|------|------|-------|-------|-----------------|
| 新規喀痰塗抹陽性結核患者数   |      | 478  | 1,526 | 2,801 | 3,119<br>(2010) |
| 結核有病率（人口 10 万対） | 158  | 182  | 152   | 129   | 131             |

出典： WHO Report 2011. Global Tuberculosis Control（塗抹陽性患者数） [18]、  
Millennium Development Goals Database（結核有病率） [14]

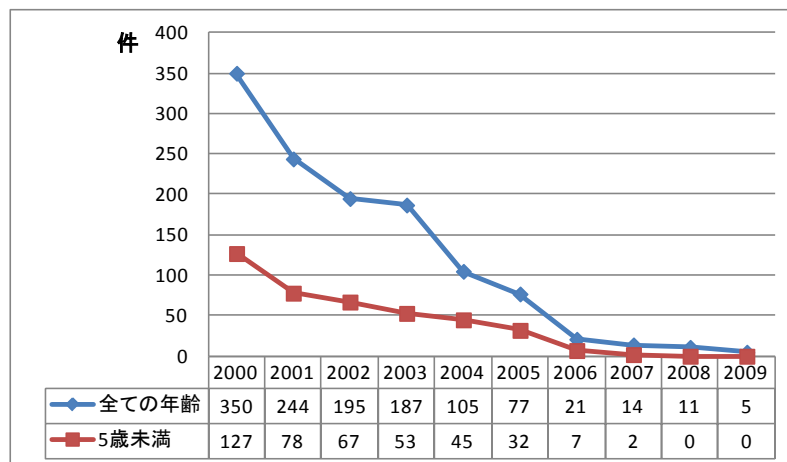


出典： WHO Report 2011. Global Tuberculosis Control（患者発見率） [18]、  
Millennium Development Goals Database（治療成功率） [14]

図 3-6 結核患者の発見率と治癒率の推移 (1990-2009)

### 3.3.3 マラリア

ラオスにおけるマラリア有病率（人口 10 万対）は、327（2008 年）で [14]、近隣国と比較すると、ベトナムには及ばないものの、タイとほぼ同レベルであり、カンボジア、ミャンマーと比べれば、格段に低い数字である<sup>18</sup>。またマラリアによる死亡件数の推移を見ると、全ての年齢、および 5 歳未満児とも急速に減少しており（図 3-7）、もはや主要死亡原因ではないといえる。



出典： World Malaria Report 2010 [19]

図 3-7 マラリアによる死亡件数の推移 (2000-2009)

<sup>18</sup> 各国の有病率は、ベトナム 55、タイ 322、カンボジア 1,798、ミャンマー 7,943（いずれも人口 10 万人あたり）である。

上述のように目覚ましい成果を挙げる一方で、国民の総人口の3分の1にあたるおよそ190万人が今も感染の危険がある地域に住んでいる。また、マラリア症例の報告を県別にみると、セコン県が最も多く、アタプー県、サバナケット県、サラワン県等も多いなど、南部に集中している [19]。

### 3.4 栄養と健康

#### 3.4.1 子どもの栄養

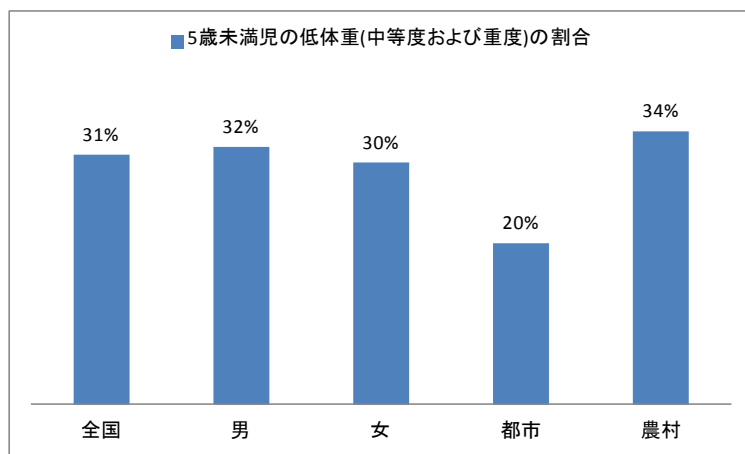
5歳未満児死亡率、および乳児死亡率など、子どもの死亡に関する指標が改善傾向にある中で、栄養状態の改善は遅れている。表3-4は、5歳未満児の栄養状態を示したもののだが、5歳未満児の低体重の割合は、1990年代から大きく改善しておらず、2015年の目標達成まで、相当の努力を要する。また発育障害の割合も未だ高く、世界で最も発育障害の子どもの割合が高い18ヶ国<sup>19</sup>の一つに位置づけられる [20]。目標達成に向け、消耗症<sup>20</sup>が改善しているのに対し、低体重、発育障害の改善が遅れているということは、子どもたちが慢性的な低栄養の状態にあることを示唆している [9]。

表 3-4 5歳未満児の栄養失調の状況

|      | 1993 (%) | 2000 (%) | 2006 (%) | 2015 目標 (%) |
|------|----------|----------|----------|-------------|
| 低体重  | 44       | 40       | 37       | 22          |
| 発育障害 | 48       | 42       | 40       | 34          |
| 消耗症  |          |          | 6        | 4           |

出典： Millennium Development Goals Progress Report Lao PDR 2008 [5]  
消耗症については、National Nutrition Policy [21]

5歳未満児の低体重の割合を男女別、地域別で比較すると、男女間では殆ど差がないが、都市部と農村部との差が顕著である (図3-8)。また、図3-9は、民族言語学的グループ別に低栄養状態を比較したもののだが、特に発育障害に関しては民族間で最大約20%の差があり、5歳未満児の栄養にも影響を及ぼしていると考えられる [5]。

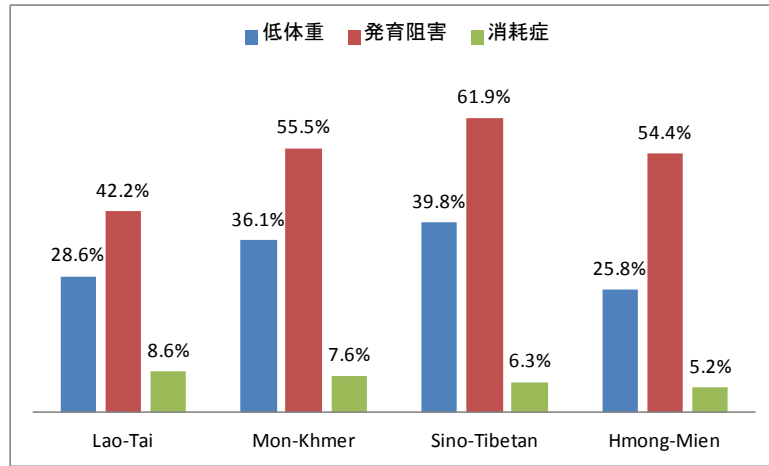


出典： UNICEF, Childinfo [22]

図 3-8 5歳未満児の低体重の比較 (2006年)

<sup>19</sup> アフガニスタン、イエメン、グアテマラ、東ティモール、ブルネイ、マダガスカル、マラウイ、エチオピア、ルワンダ、ネパール、プータン、インド、ラオス、ギニアビサウ共和国、ニジェール、コンゴ民主共和国、北朝鮮、ザンビア

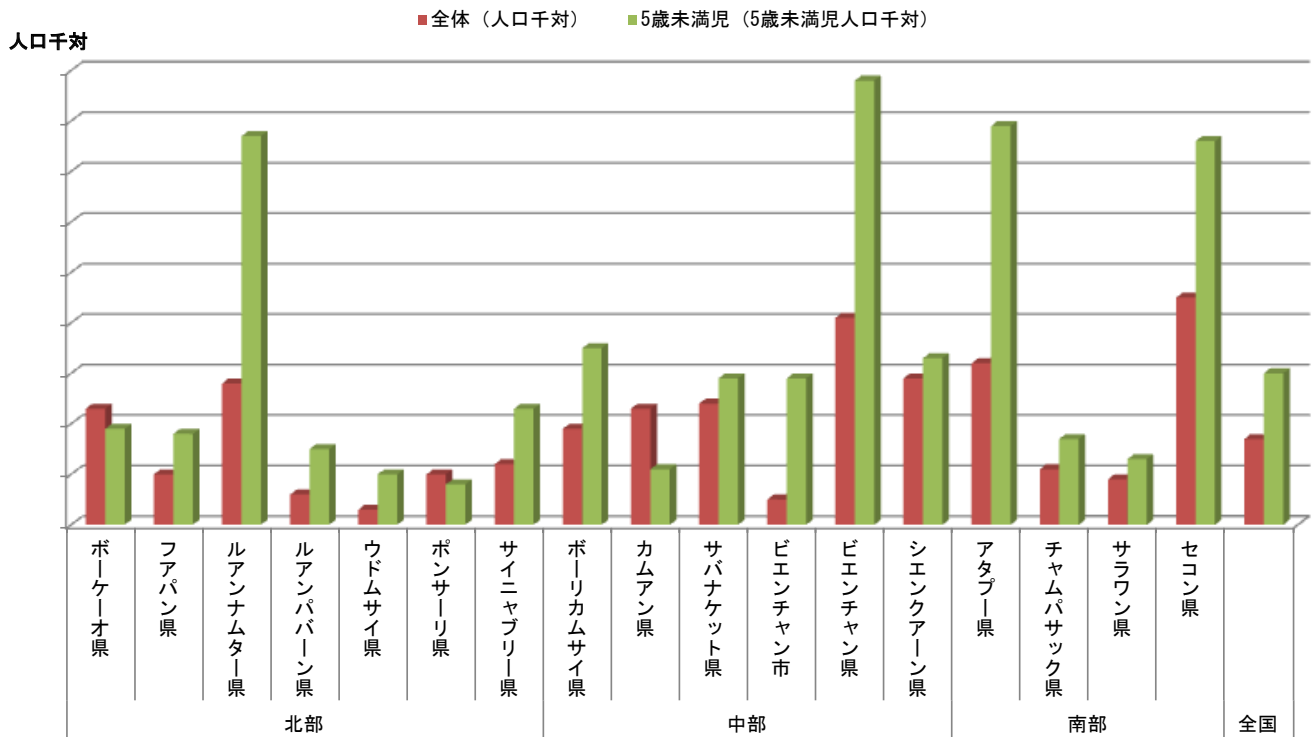
<sup>20</sup> WHOの“WHO Child Growth Standards”の基準による身長相応の体重を持つ基準集団(生後0~59ヵ月)の体重の中央値からの標準偏差がマイナス2未満(中度)/マイナス3未満(重度)の状態。急性栄養不良の状態。



出典： Millennium Development Goals Progress Report Lao PDR 2008 [5]

図 3-9 民族言語学的グループにおける低栄養状態の比較 (2007 年)

外来において確認された栄養不良の子ども割合を県別にみると (図 3-10)、南部で、ベトナム国境に接しているアタプー県、セコン県、中部のビエンチャン県、北部でミャンマーと国境を接しているルアンナムター県においてこの割合が高くなっている。しかしながら、ここには保健施設にアクセスしていない栄養不良は含まれておらず、利用が多い県では栄養不良が確認される件数も多くなるなどの事情を勘案する必要がある。



出典： National Health Statistics Report FY2009-2010 [23]

図 3-10 外来における栄養不良の割合 (成人、5歳未満児)



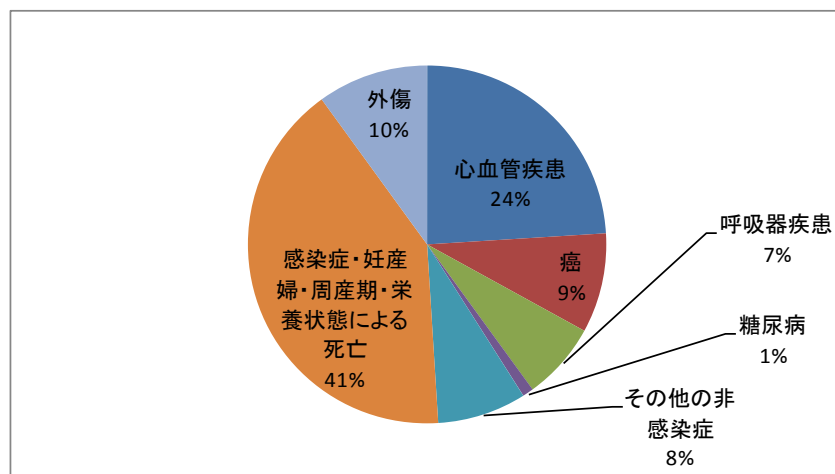
### 3.4.2 女性の栄養

出産可能年齢の女性の 14.5%が、BMI 18.5<sup>21</sup>を下回る。出産可能年齢の女性のおよそ 37%が中等度および重度の貧血であるとされるが、うち鉄分不足によるものが約 15%である。また出産可能年齢の女性の 13%がヨード不足である。

こうした状況の背景には、貧困から食糧を必要量確保できないことに加え、母親の栄養に関する知識の乏しさや、産褥婦に対する食事制限など、伝統的価値観や習慣などがあることが指摘されている [21]。

### 3.5 その他の課題

図 3-11 に示すように、死亡に占める非感染性疾患の割合はおよそ 48%である [24]。行動に関する危険因子としては、喫煙、運動不足が挙げられる。また、生活習慣病に関するものは、高血圧、過体重、肥満等である。これらの因子のうち、喫煙率は男性が圧倒的に高く（男性: 41.4%、女性 2.5%）、過体重（男性: 10.0%、女性 16.4%）、肥満（男性: 1.4%、女性 3.7%）では、女性の割合が高いなどの男女差がみられる [24]。またラオスでは、交通事故による外傷も増えている。この背景には、近年の交通量の増大、道路状況改善に伴うスピードの出しすぎがあると指摘されている [25]。



出典: WPRO. Non-communicable Diseases in the Western Pacific Region: A Profile.2012 [24]

図 3-11 死因別死亡の割合 (2008 年)

<sup>21</sup> BMI とは、身長からみた体重の割合を示す体格指数のこと。非妊娠時の BMI が 18.5 未満を「低体重」とし、低出生体重児の出産リスクとの相関性が指摘される。

## 第4章 サービス提供の状況

### 4.1 母子保健対策の現状

#### 4.1.1 国家政策と方針

ミレニアム開発目標（MDGs）4 および 5 の達成のためにも母子保健の改善は急務であり、ラオス政府の同対策にかかるコミットメントは非常に高い。2.2.2 で述べたとおり、第7次保健セクター開発5カ年計画（2011-2015）においても、母子保健強化は優先課題に位置づけられ、ラオス政府は、妊産婦の分娩無料化政策および5歳未満児の入院費無料化政策を打ち出すなど、対策を強化している。

また、近年の動きとして特筆すべきは、2007年に保健省が中心となり、開発パートナーと協働で母子保健作業部会が設立されたことである。なお、現在は、栄養が加わり母子保健・栄養作業部会（MNCHN-TWG）となっている。これにより、母子保健と予防接種事業が統合され、包括的な母子保健事業の展開が促進されている。

なお、ラオスの母子保健対策にかかる主な具体的政策・戦略は、以下の3つである。

#### (1) 国家リプロダクティブヘルス政策（2005）

同政策では、「家族計画」、「母子保健と栄養」、「HIV/エイズと性感染症を含む生殖路感染症予防とコントロール」を含む9つの対象領域を定めており、それぞれに、目的と戦略が設定されている [26]。特に、母子保健と栄養に関する主な戦略は表 4-1 のとおりである。

表 4-1 国家リプロダクティブヘルス政策・母子保健と栄養に関する主な戦略

|                |  |
|----------------|--|
| IEC/BCC/アドボカシー | 予防接種拡大計画（EPI）キャンペーンおよびアウトリーチ活動中の栄養、母乳栄養、予防接種、成長と生殖機能の関係に関する住民教育  |
| 保健サービス         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訓練を受けた出産助産者への産科救急の教育</li> <li>・ 産科救急症例の早期リファラルのための郡レベル以下の施設および職員の能力の格上げ</li> <li>・ 少数民族の遠隔村における出産所のパイロット</li> <li>・ 安全な母性のための臨床における実践ガイドラインのヘルスセンターおよび郡病院への配布</li> <li>・ 施設およびコミュニティにおける小児の栄養および成長モニタリングプログラムの強化</li> <li>・ 予防接種強化のためリソースの動員</li> </ul> |

IEC：情報・教育・コミュニケーション、BCC：行動変容のためのコミュニケーション

出典： JICA ラオス事務所.ラオス保健セクター分析ペーパー.2009 [26]を基に作成

#### (2) 母子保健統合サービス戦略・計画（2009－2015）

同戦略は、以下の3つの戦略目的を掲げている。

- ◆ リーダーシップとガバナンス、マネジメント能力強化
- ◆ 保健サービスの質と効率性の強化
- ◆ 個人・家族・地域の動員と参加

また、2015年までに達成すべき指標として、以下の6つを設定している [9]。

- ◆ 妊産婦死亡率： 260（出生10万対）（MDG5）
- ◆ 5歳未満児の死亡率： 55（出生千対）（MDG4）
- ◆ 乳児死亡率： 45（出生千対）（MDG4）
- ◆ 新生児死亡率： 24（出生千対）
- ◆ 5歳未満児の低体重率： 2005年の水準から4分の1減少（MDG1）
- ◆ 出産可能年齢の女性の貧血の割合： 37%から25%へ

### (3) 助産専門技能者開発計画（2009-2012）

母子保健では、施設分娩の促進とともに助産専門技能者による出産介助数の増加が改善の鍵となっており、同計画のもと、主にヘルスセンターに配属する地域助産師の育成が進められている。計画では、2015年までに1,500人を養成するという目標を定めている [27]。

#### 4.1.2 母子保健サービス提供と利用の現状と課題

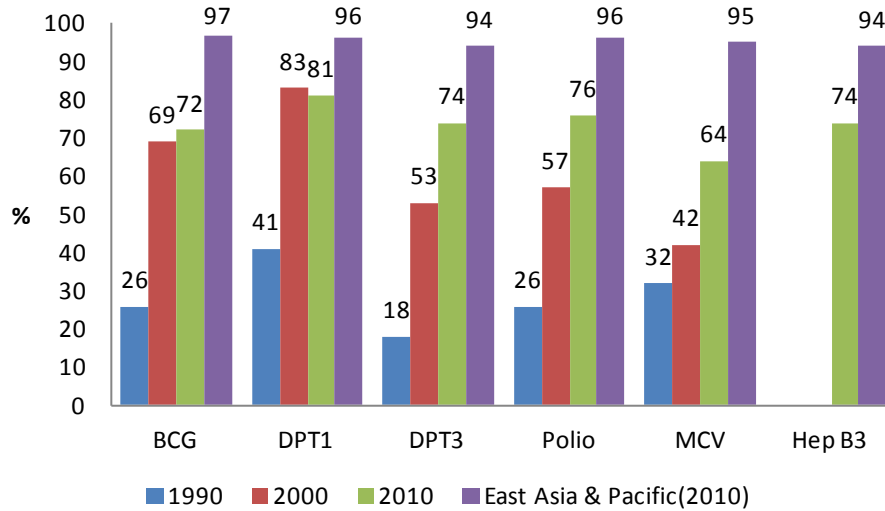
表4-2は、主な妊産婦のためのサービスに関する指標の推移を示したものである。いずれの指標も年々改善しており、特に、産前検診（ANC）（1回以上）を受けた妊産婦の割合は既にMDGs（69%）を達成している。ただし、世界保健機関（WHO）では、4回以上の産前検診の受診を推奨しており、この数字は必ずしも十分とは言えない。また、同じくMDGsの1つで、妊産婦死亡率の減少に影響する助産専門技能者による出産は未だ目標（50%）を大きく下回る [23]。

表 4-2 主な妊産婦サービス指標の推移

|                          | 2007-2008 | 2008-2009 | 2009-2010 |
|--------------------------|-----------|-----------|-----------|
| 産前検診（1回以上）を受けた妊産婦の割合（%）  | 42        | 50        | 71        |
| 助産専門技能者による出産（%）          | 24        | 35        | 37        |
| 破傷風予防接種を2回以上受けた妊産婦の割合（%） | 23        | 23        | 34        |

出典： National Health Statistics Report FY 2009-2010 [23]

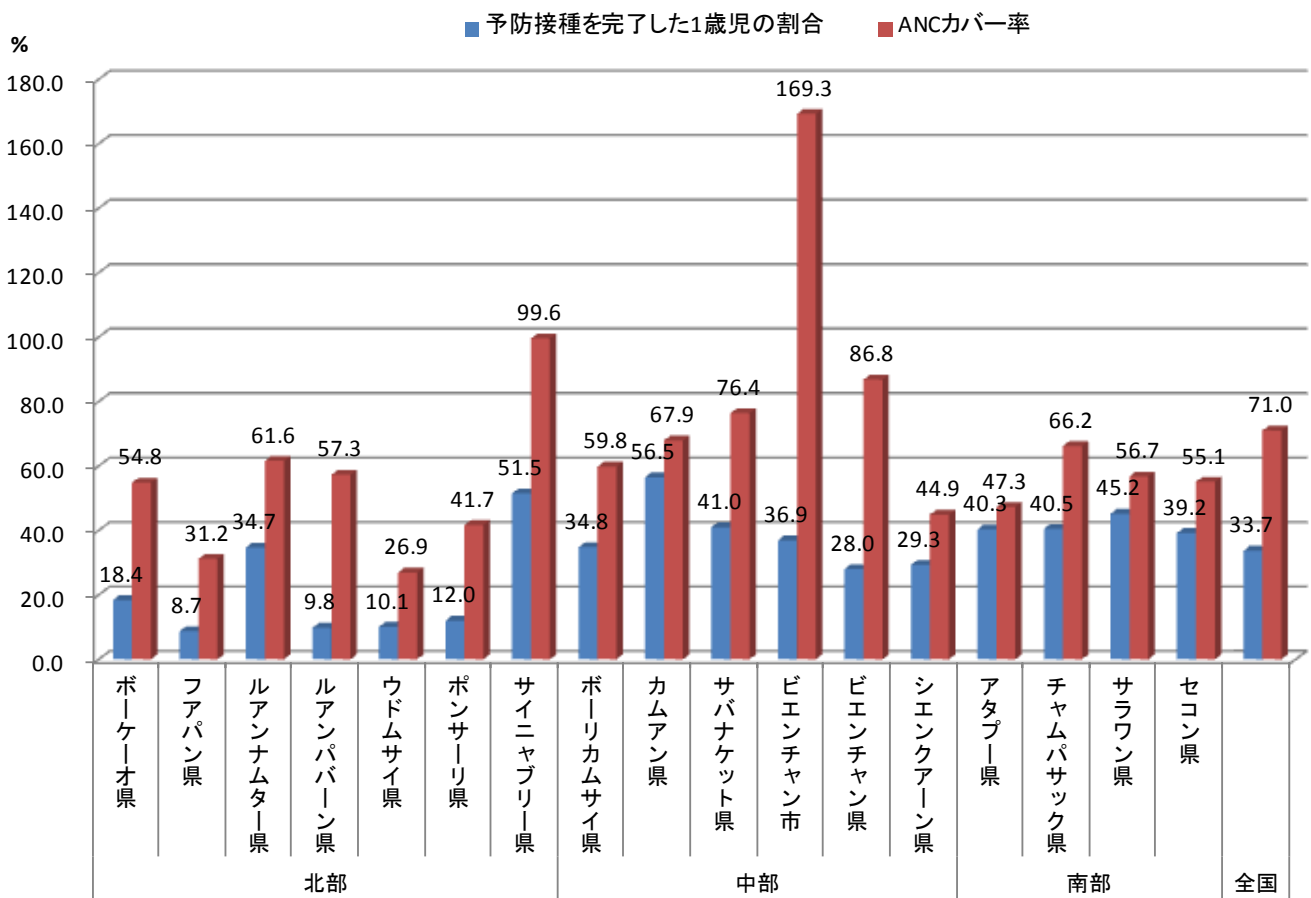
子どもの予防接種状況を見ると、過去20年で大きな改善を見せているものの、各予防接種のカバー率は60%から80%台にとどまり、域内平均と比べるとまだ大きな差がある（図4-1）。保健サービスが届きにくい遠隔地に対しては予防接種活動を含むアウトリーチサービスが行われているが、いまだ十分なサービスが行き届いていない可能性があること、予防接種に対する啓発活動が十分でないこと、母親が保健サービスを利用しないため、予防接種の機会を逃していることなど等もこの背景にあると推察される。



出典: UNICEF, Childinfo [22]

図 4-1 予防接種率（ラオス 1990 年、2000 年、2010 年、および東アジア・太平洋地域 2010 年）

図 4-2 に県・市別の予防接種率と ANC のカバー率を示すが、これら母子保健サービスの利用率には地域差があり、北部において予防接種率および ANC のカバー率が全体に低い。ANC を受けた妊産婦の割合は、首都ビエンチャンと最下位の北部ウドムサイ県とでは 6 倍近い差がある。



注：ビエンチャン市の ANC カバー率が 100% を大幅に超えているのは、分母となる妊産婦の人口が正確に把握されていないなどの事情があると推察される。

出典： National Health Statistics Report FY 2009-2010 [23]

図 4-2 県/市別の予防接種率と産前健診（ANC）カバー率

また、助産専門技能者による出産も同様に、首都のビエンチャンの92%に対して、ウドムサイ県(9%)、カンボジア国境沿いのアタプー県(15%)、中国国境沿いのポンサーリ県(15%)と、都市部と地方の間に、大きな差が生じている [23]。こうした地域間格差の背景には、首都ビエンチャンは、データ入手の方法が他地域と異なることもあるが<sup>22</sup>、大都市は病院機能が整備されており、道路などインフラ整備状況や母親の教育レベルにおいても地方との差があるためにサービスの利用率に差があると指摘されている [5]。

家族計画については、避妊法の普及率は40%で、2015年目標の55%との間にはまだ開きがある [9]。国連人口基金 (UNFPA) が行なった調査によれば、何らかの避妊法を利用したことのある女性の割合は39.6%で、最も利用されている避妊法は、ピル(22.1%)、注射避妊薬(14.9%)、子宮内避妊器具 (IUD)(4.6%)の順に多く、現代的な避妊法の普及が進んでいる。ただし普及率には地域間で差があり、都市部や北部では普及率が高い [15]。ラオスにおける合計特殊出生率 (TFR) は、6.2(1990年)から2.8(2010年)へと大きく減少しているが、域内平均(1.8:途上国のみ)および周辺国<sup>23</sup>を上回っている [11]。

## 4.2 感染症対策の現状

ラオスにおけるHIV/エイズ、結核、マラリア対策は、これまで世界エイズ・結核・マラリア対策基金(世界基金)から資金を得ており、2012年時点で、3対策に承認された支援額の合計は、119,142,966米ドルにのぼる<sup>24</sup>。世界基金の支援が着実に実施されるよう、関係省庁、開発パートナー、市民社会組織のメンバーからなる国別調整メカニズム (CCM) が設置されており、同基金の支援事業の形成・申請を行っている。

### 4.2.1 HIV/エイズ対策

#### (1) 国家政策と方針

HIV/エイズ対策にかかる主な指針は、「HIV/エイズおよび性感染症にかかる国家戦略および行動計画 (NSAP) 2011-2015」である。「現状の低い HIV 感染率を維持し、一般人口の感染率を1%未満に抑える」「ハイリスク人口の HIV 血清有病率を5%未満とする」ことを上位目標に、1) 予防サービス、2) 治療、ケア、支援サービスのカバー率および質の向上と、3) サービス提供にかかるマネジメント向上を優先項目に掲げている。また、リスク人口、感染率、人口密度等の指標を基に、143郡のうち、94郡を対策の優先地域と定めている。行動計画では、上記国家戦略で掲げた3つの優先項目ごとに、対象、数値目標等、具体的活動が盛り込まれている [28]。

#### (2) HIV/エイズ対策の実施体制

HIV/エイズ対策は、保健省大臣を委員長とし、各省庁、政府機関等の代表14名からなる、国家エイズ対策委員会 (NCCA) のもとで実施されている。また保健省衛生予防局 (DHP) 傘下の HIV/エイズ、性感染症センター (CHAS) が NCCA の事務局を担当しており、エイズ対策にかかるマネジメント、調整の責任機関である。さらに地方レベルには、県エイズ対策委員会 (PCCA)、郡エイズ対策委員会 (DCCA) がある [28]。

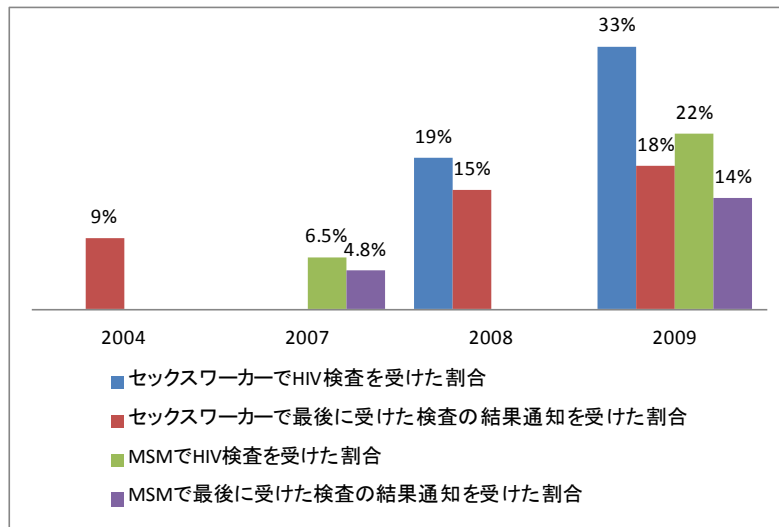
<sup>22</sup> 首都ビエンチャンでは、妊産婦サービスの利用率を算出するにあたり、他地域からの患者数も分子に含めるが、分母に含まれるのは、ビエンチャン市内の妊産婦数だけであり、数字が高めに出る傾向がある[24]。

<sup>23</sup> ベトナム1.8、カンボジア2.6、ミャンマー2.0

<sup>24</sup> HIV/エイズが41,751,608米ドル、結核が23,278,833米ドル、マラリアが54,112,525米ドル。支援の詳細は、6.2.1参照

### (3) HIV/エイズ対策の現状と課題

ラオスにおける HIV/エイズ対策サービスの提供状況は、近年大きく改善している。例えば、ハイリスクグループである女性のセックスワーカーと男性と性交渉をもつ男性（MSM）の自発的カウンセリングと検査（VCT）の利用状況についてみると（図 4-3）、検査を受けた割合は、MSM では 2 年間（2007-2009）で 3 倍以上に、セックスワーカーは、わずか 1 年で約 2 倍に増えている。この背景として、VCT にかかる予算増加に伴う、検査サイト数の増加、迅速診断キットの普及、リスクグループへのアウトリーチ活動の増加などが挙げられる [17]。



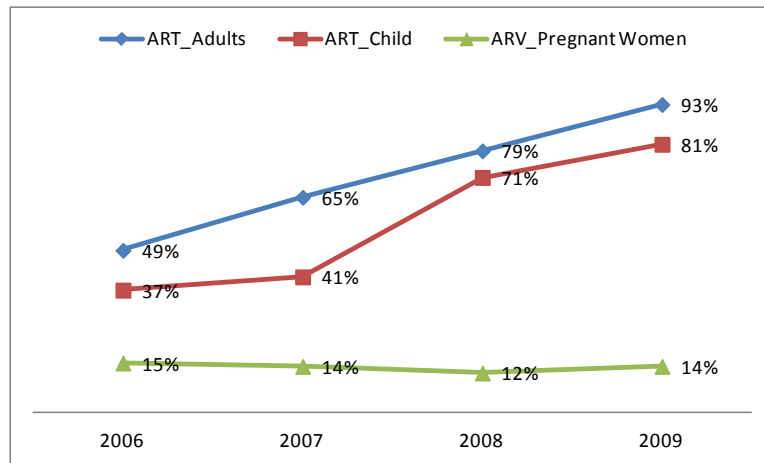
出典：Lao PDR UNGASS 2010 Country Progress Report [17]

図 4-3 VCT の利用状況

抗レトロウイルス療法（ART）を受ける感染者の割合も増加しており（図 4-4 参照）、2009 年には、1,250 名の成人患者、95 名の子どもの患者が ART を受けている。治療の普及は、前 NSAP2006-2010 の優先課題の 1 つであり、抗レトロウイルス薬（ARV）の配布、ART サイトの増加等の対策が功を奏したと言える。2009 年時点で、ART サイトは、北部（1）、中部（2）、南部（2）の計 5 ヶ所の他、北部にサテライトが 2 ヶ所設置されている。また治療の普及には、啓発やアウトリーチ活動の効果もある。従来、ART は末期<sup>25</sup>で受けるケースが多かったが、啓発効果により早期の段階で受診する患者が増え、これに伴って生存率も上がっている。2009 年時点で、治療開始後 12 ヶ月の生存率は、大人で 95%、子どもで 100%である。

一方で、妊産婦に対する ART の普及は進んでいない（図 4-4）。HIV 治療がこれまで産前ケアなどのプログラムに十分組み込まれてこなかったことが一因と考えられるが、母子感染予防（PMTCT）が、母子保健統合サービス戦略・計画 2009-2015 に組み込まれ、NSAP2011-2015 でも優先事項に位置づけられているため、今後、PMTCT サービスへのアクセス改善が期待される。

<sup>25</sup> CD4<200



出典：Lao PDR UNGASS 2010 Country Progress Report [17]

図 4-4 ART 受診率

ラオスにおける HIV/エイズのサービスは、概して改善傾向にはあるものの、カバー率はまだまだ限定的な部分もある。NSAP2011-2015 では、さらなるサービスへのアクセス改善のため、今後よりジェンダーに配慮した対策、移住者や MSM、若者など、ハイリスクグループへの対策、モニタリング評価およびサーベイランス（特にハイリスクグループのデータ収集・分析）等の強化を表明している。また、対策をより持続的に実施するため、グローバルファンド等、主要ドナー以外のリソース発掘や官民連携にも力を入れるとしている [17]。

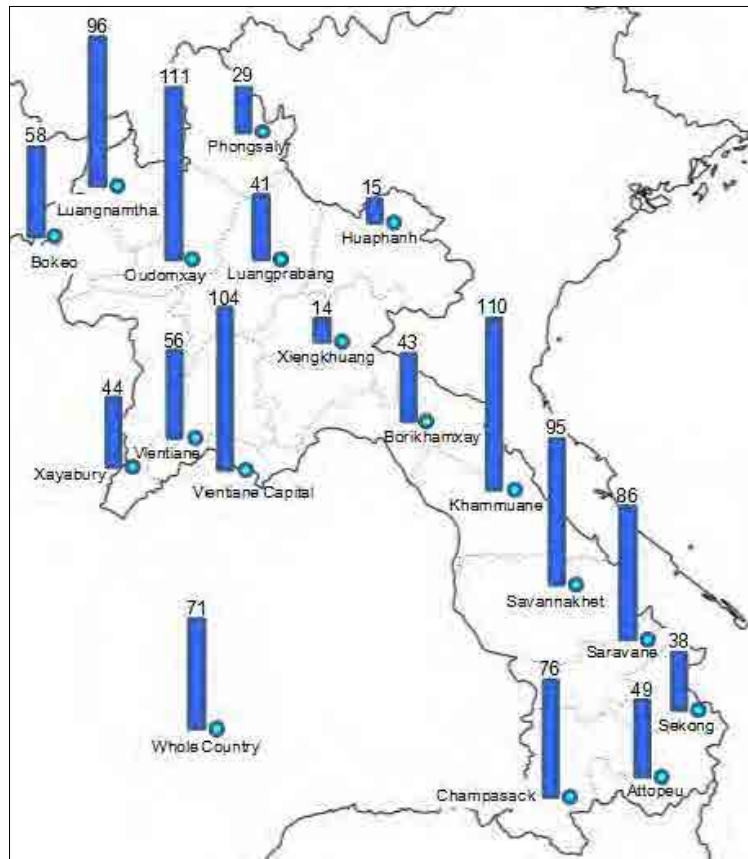
#### 4.2.2 結核対策

##### (1) 国家政策と方針および実施体制

ラオスの結核対策は、世界戦略に基づき、世界基金等の支援を受け、直接監視下による短期化学療法（DOTS）戦略を実施している。対策の中心は、国家結核対策センターである。結核治療は、2003 年に中央と全県病院で、2005 年には全郡病院が、そして 2007 年には 353 のヘルスセンターで可能となった [26]。

##### (2) 結核対策の現状と課題

3.3.2 で述べたとおり、DOTS 戦略のもと、患者発見率、治療成功率ともに、WHO の目標値 70%、85% に到達している。ただし、一方で地域差が生じているのも事実である。図 4-5 は、県別の患者発見率を示したものだが、最下位の県では 10% 台と、全国平均 71% を大きく下回る。一方、発見率の高い 3 県では 100% を超えており、分母のとり方など、データ収集法にも課題を残している [23]。



出典: National Health Statistics Report FY2009-2010 [23]

図 4-5 患者発見率地域別比較

ラオスにおいて、HIV/エイズと結核との重複感染も新たな課題となっており、世界基金のラウンド6において、2008年、国家エイズ結核調整委員会（National HIV/TB Coordination Committee）を設立し、重複感染対策に取り組んでいる。また保健省のエイズ対策担当機関である CHAS と、結核対策を担う国家結核対策センターの協調も始まっている [17]。

#### 4.2.3 マラリア

##### (1) 国家政策と方針および実施体制

現在、ラオスのマラリア対策は、「マラリア対策および根絶にかかる国家戦略(National Strategy for Malaria Control and Pre-Elimination) 2011-2015」に沿って実施されている。同戦略では以下3つの目標を掲げ、対策を実施している [29]。

- ◆ 合併症のないマラリアの発生率を 0.8 件（人口千対）に減少する（2008年時点で 3.14 件）
- ◆ 年間マラリア発生率を 0.6 件（人口千対）に減少する（2008年時点で 3.13 件）
- ◆ 病院におけるマラリアによる死亡件数が、引き続き年間 15 件未満を維持する（2008年時点で、年間 11 件）

対策の中心は保健省衛生予防局下のマラリアセンターが担っている。県レベルにもマラリアセンターがあり、郡以下を監督している。



## (2) マラリア対策の現状と課題

3.3.3 で述べたとおり、ラオスにおいてマラリアはもはや主要死亡原因ではなくなっている。この改善の背景には、これまで講じてきた予防措置が功を奏したと言える。その一例である蚊帳の使用状況を見ると、殺虫剤処理済蚊帳（ITN）で眠る 5 歳未満児の割合は、2000 年の 17.7% から 2006 年の 40.5% と、大幅な伸びを見せている [14]。

また多剤耐性マラリアの増加に伴い、2004 年、ラオスにもアルテミシニン誘導体多剤併用療法（ACT）が導入された。マラリア発生率、死亡を含む重症マラリア患者の減少はこれらによるところが大きいと保健省では分析している [29]。

国民のおよそ 3 分の 1 が今も高蔓延地域に住み、少数民族、熱帯林地帯の居住者、季節労働者等が主要なハイリスクグループとして挙げられる。特に熱帯林地帯の居住者は少数民族が多く、独自の言語を持つことから保健サービスに関するメッセージが届きにくく、貧困層も多い。今後、少数民族の保健サービスへのアクセス向上や予防活動の強化がマラリア対策においても肝要となる [29]。加えてラオス政府は、包括的なプライマリヘルスケア（PHC）の一環として、早期診断や効果的治療の提供、コミュニティ参加による早期診断の促進、定期的スーパービジョン、ヘルスワーカーの研修等も必要であるとしている [5]。

### 4.2.4 国際保健規則（IHR）への対応

感染症対策においては、2005 年の国際保健規則（IHR）の改正に伴い、全ての公衆衛生的な国際的脅威（PHEIC）への対応<sup>26</sup>、国のフォーカルポイントを中心とする報告体制の構築、基本能力（core capacity）<sup>27</sup> の確立、他の国際機関との連携強化等、国際的な感染拡大を阻止するための対策が強化されることとなった。ラオスでは、副首相を議長とする国家災害対策委員会（national disaster management committee）の設置、保健人材の公衆衛生危機管理や安全な病院にかかる地域研修への参加、病院の危機管理強化等を通じて、体制を強化しているが、特定の疾病対策（例：コレラ）や公衆衛生危機管理（自然災害発生時等）とともに、更なる改善が必要である。2011 年に 1 中央病院、4 県病院、7 郡病院を対象に実施された病院の危機管理アセスメントによれば、危機管理、ロジスティックス管理、コミュニケーションおよび情報システム、対策にかかる計画、人材開発（実施訓練およびシミュレーション等）、モニタリング評価等において、未だ課題が残るとしており、緊急事態事前対策国家計画（National Emergency Preparedness Plan）の実施および健康危機管理における研修の必要性が指摘されている [30]。

## 4.3 低栄養対策

### (1) 国家政策と方針

ラオスの栄養対策は、国家栄養政策（2008 年策定）のもと実施されている。同政策には、2020 年までに達成すべき具体的目標として、以下の 10 項目を挙げている [21]。

- ◆ 栄養摂取量を改善する
- ◆ 食品およびベクター媒介性感染症を予防および減少する
- ◆ 食糧へのアクセスを改善する

<sup>26</sup> 従来の対象は、黄熱、コレラ、ペストの 3 疾患のみ

<sup>27</sup> 国、地方、地域の 3 段階につき、サーベイランス・緊急時の対応に関して、最低限備えておくべき能力

- ◆ 母子の栄養と健康にかかるケアと教育を改善する
- ◆ 環境保健を改善する
- ◆ 参加型栄養プログラムとモニタリングと評価を改善する
- ◆ 社会経済発展において栄養改善を中心に据える
- ◆ 栄養対策に優先的に予算配分する
- ◆ ラオス政府のあらゆるレベル・セクターにおいて、栄養対策にかかる能力を強化する
- ◆ 具体的行動を伴うリサーチと情報システムを促進する

また同政策では、特に優先度の高い対象として、以下のグループを挙げている。

- ◆ 農村部：遠隔の高台地域に住むグループで発育阻害の状態にあるもの
- ◆ 都市部：教育レベルの低いグループ
- ◆ 移住者：最近高原地域から低地へと移住し、野生の食料源を絶たれたもの
- ◆ 出産可能年齢の女性と子ども

国家栄養政策、2009年の国家栄養戦略および国家栄養行動計画は、REACHという国連機関のグループ<sup>28</sup>の支援により策定されている。REACHは2011年5月に協力を終了したが、ラオス政府は、2011年にSUN（Scaling Up Nutrition）<sup>29</sup>という栄養に関する国際ネットワークに加盟し、重要課題である栄養問題に、セクターを超えて取り組んでいる。なお、低栄養対策にかかる上述の優先課題に取り組むため、国家栄養政策には農業森林省（MAF）や教育省（MOE）等、保健セクター以外の関連省庁・機関の役割についても明記されている。

## (2) 低栄養対策の現状と課題

微量栄養素の充足状況では、ビタミンAの補給率（6-59ヶ月/年2回）は69%<sup>30</sup>であるが、5歳未満児の45%にビタミンA不足が認められている。また鉄分不足による貧血も5歳未満児の約4割に見られる。ヨード添加塩を使う世帯の割合は84%（2003-2009）にのぼるのに対し、学童期の子どもの27%はヨード不足である [21]。母乳育児に関しては、6ヶ月未満の乳児のうち、完全母乳で育てられているのは、わずか26%に過ぎない [22]。また、妊娠中に90日以上、鉄分と葉酸塩の補給を受けている割合は5.9%である [9]。

### 4.4 非感染性疾患対策

ラオスにおいては、ライフスタイルの変容に伴う生活習慣病や、交通事故による怪我の増加に伴い、非感染性疾患の占める割合が上昇している。危険因子となるアルコールや喫煙に関しては、ラオス政府もその危険性を認識し、対策を強化している。具体的には、2006年のタバコ規制国際枠組み条約（International Framework Convention on Tobacco Control）の批准、タバコ警告表示、輸入、国立大学における禁煙地帯の整備等にかかる様々な規制等である。また2009年には、国家タバコ規制法（National Anti-tobacco Law）が国会で承認された [25]。

<sup>28</sup> 国連食糧農業機関（FAO）、世界保健機関（WHO）、国連児童基金（UNICEF）および国連食糧計画（WFP）が共同で設立し、MDGs 1の達成を目指す、主に母子の栄養改善向上にかかる活動を支援するパートナーシップ。

<sup>29</sup> 2010年に、栄養改善に関する取り組みの連携強化を図って設立された国際ネットワーク。2012年には国連機関を中心としたLead Groupが設立され、30カ国の政府、および2国間および国際ドナー、市民組織、民間企業などが参加している。

<sup>30</sup> 2007年時 [20]

非感染性疾患対策においては、疾患にかかる患者の情報が不可欠であるが、ラオスにおいては、非感染性疾患の危険因子にかかる詳細な分析やデータが十分ではない [25]。例えば、死亡原因の上位を占める心血管疾患の危険因子を特定するための疫学的データが不足している。今後、非感染性疾患の占める割合がさらに上昇することが想定され、適切な対策を講じるためにも、全国規模での状況の把握および分析が急がれる。また対策の実施にあたっては、啓発活動の強化や、対策を担う人材の確保・育成も急務である。

なお、2007年にWHOが行なった非感染性疾患の危険因子についての調査によれば、ラオスの非感染性疾患対策において現在必要とされているものとして、1) 予防に関する国家政策と行動計画の策定、2) 非感染性疾患において最も危険な因子とされる、高血圧、喫煙、飲酒、運動不足、食事療法について、介入プログラムを強化すること、3) 予防にかかる教育の3点を挙げている [31]。

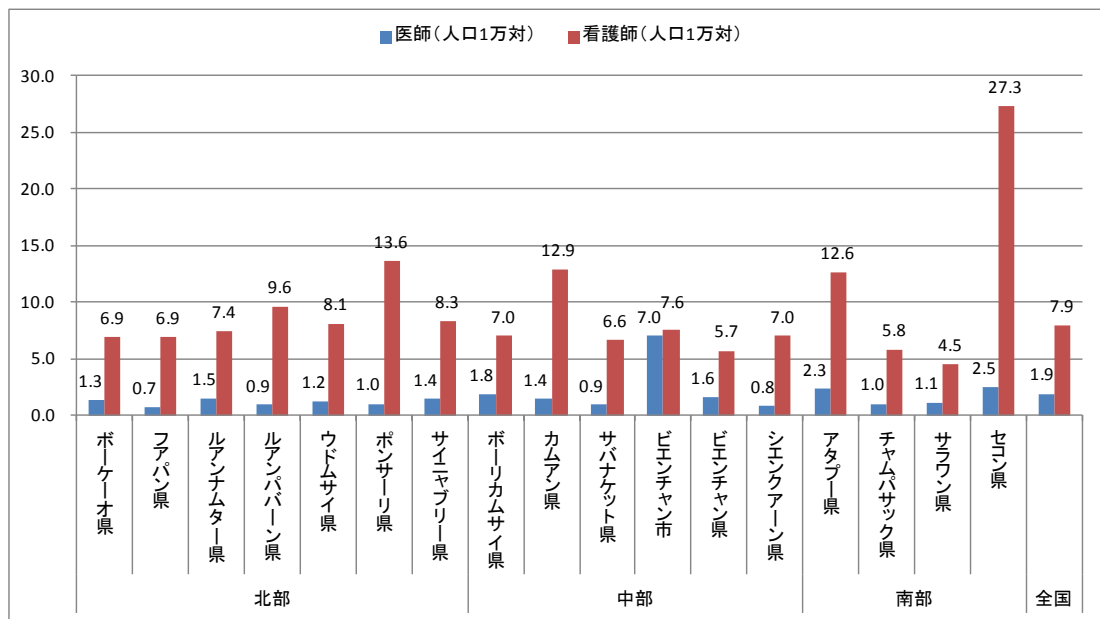
## 第5章 保健システムの状況

### 5.1 保健人材

#### 5.1.1 現状

世界銀行の統計では、医師数（人口千対）は1995年の0.23から2005年の0.27 [11]と改善は進んでおらず、ラオスの保健人材不足は深刻である。「保健人材戦略2020」によれば、ラオスの保健人材は12,422人（2009年）で、そのうち7,518人が医療サービスを提供している。また中級および上級レベルの専門教育を受けたもの（医師、看護師、助産師等）は3,385人で、人口1,000人あたり0.5人となっており、世界保健機関（WHO）が推奨する2.5人を大きく下回る [32]。

2009-2010年の統計による、各県・市の医師、看護師の状況を図5-1に示す。セコン県に看護師、ビエンチャン市に医師が集中しており、ビエンチャン、サバナケット、チャムパサックでは地域病院に指定された病院がある割には看護師の数が少ない。



出典: National Health Statistics Report FY2009-2010 [23]

図 5-1 県・市別の医師・看護師数（人口1万対）

#### 5.1.2 保健人材育成

医師の養成には、6年間の医学教育を必要とする。医師国家試験はなく、卒業後は、中央病院で卒後研修を受ける。歯科医師、薬剤師の養成は、大学5年間となっている。

看護・助産にかかる国家資格はないが、認証制度の枠組みおよび評価のための技術基準等を開発中である<sup>31</sup> [33]。看護師は、教育レベルに準じて、准看護師（Auxiliary Nurse/Midwife）、中級看護師（Mid-level nurse）、上級看護師（High-level nurse）に分類されるが、現在、准看護師養成は行なっておらず、現職准看護師の中級看護師へのアップグレードを進めている。中級看護師は、2年6ヶ月間の看護科学技術学

<sup>31</sup>現在、日本が支援する「母子保健人材開発プロジェクト」（2012.2-2016.2）において、国家試験制度の開発を支援している。

位 (Technical Diploma Nursing Science) コースがあり、上級看護師については、中級看護助産コース修了者で臨床経験 8 年以上、45 歳以下を対象とする 2 年 4 ヶ月間の看護科学士ブリッジコース (Bridge Bachelor of Nursing Science course) がある。助産師は、保健センター、郡病院に配属されるコミュニティ助産師と、中級看護師以上を対象にした登録助産師 (Registered midwife) に分類され、いずれも、既に看護師資格を有するものを対象にしたアップグレードコース (登録助産師：6 ヶ月間から 18 カ月間、コミュニティ助産師：18 カ月間) と、専門教育を受けていないものを対象にしたコース (登録助産師：3 年間、コミュニティ助産師 2 年間) がある。このほか、検査技師の養成期間は 3 年となっている [33] [34]。

表 5-1 は、ラオスの保健人材の養成・研修施設の概要を示したものである。医師の養成機関は、保健科学大学医学部のみである。中央病院は大学医学部の教育病院を兼任している。加えて、近年の医学生増加に対応するため、保健省は地域病院での研修生受け入れを開始している。医師以外にも、保健学校の臨床実習を受け入れている病院が国内に 14 ヶ所ある。また、日本の「セタティラート大学病院医学教育県研究機能強化プロジェクト」を通じて支援した、医学教育ユニット (MTU) を通して、臨床教育の質の改善が目指された。保健省はその効果を認め、MTU を中央病院、教育病院へ拡大しているなど、医療人材の研修事業を行なっている。

表 5-1 保健医療従事者の養成、研修施設概要

| 施設名  | 学部、内容                                     | 場所                            |
|--|---|-------------------------------|
| 保健科学大学<br>(University of Health and Science) | 医学部、薬学部、歯学部、看護・助産学部、臨床検査学部、衛生管理学部、理学療法学部  | ビエンチャン                        |
| 中央病院 (マホソット、セタティラート、友好、母子保健)                 | 医師の臨床研修                                   | ビエンチャン                        |
| 地域病院   |   | ルアンパバーン、サバナケット、チャンパサック、ウドムサイ  |
| 国立公衆衛生院                                      | 卒後研修 (公衆衛生修士課程*および現職医師に対する保健マネジメントの短期コース) | ビエンチャン                        |
| 熱帯医学研究所                                      | 熱帯医学修士課程                                  | ビエンチャン                        |
| 保健科学短期大学<br>(College of Health Science)      | 看護・助産師学科、臨床検査学科、衛生管理学科、理学療法学科、補助医師学科      | ルアンパバーン、サバナケット、チャンパサック        |
| 保健学校<br>(Public Health School)               | 看護師、助産師、補助医師                              | ビエンチャン、ウドムサイ、シェンクワン、カムワン、サラワン |

注： \*国立公衆衛生院における公衆衛生修士課程は、2005 年に保健科学大学でロックフェラー財団の支援によるコースが開始されて以来実施されていない。

出典： 保健省関連資料、関係者聞き取りを基に作成

### 5.1.3 人材育成にかかる優先課題

保健人材の不足は、地方においてより深刻である。保健科学大学医学部では、この問題に対処するため、卒業生に対する 2 年間の家庭医プログラム (インターンシップ制度) を立ち上げ、地方において広く患者のニーズに対応できる家庭医の育成を行なっている。

適切な保健人材の配置という観点では、保健省では中央の教育病院の経験を県病院へ拡大するため、県病院での研修を含めた地域基盤型医学教育を展開するという方針を打ち出しており [35]、CHIPU

(Complex Hospital-Institute- Project-University) のコンセプト<sup>32</sup>のもと、郡病院における技術的な支援、僻地における地域保健サービスのモニタリング、ローカルスタッフへの知識・技術の移転、教訓を地方へフィードバックするための研究活動も行う予定である。

人材の偏在を解消する上で、需要と供給のバランスの把握は不可欠である。しかし、地方の人材不足は顕著であるものの、本調査の限りでは、職種別の充足率をレベルごとにまとめたデータは入手できていない。WHO も、保健人材の人数、配置に関し、包括的かつ最新状況をまとめたデータが、ラオスの人材計画の開発において不足していると指摘している [36]。保健省組織人材局では、保健人材情報マネジメントシステム (HPIMS) を開発し、人材開発に関する情報を管理する方針であり、今後、同システムを活用した正確な需給バランスに基づく人材開発計画の策定が望まれる。

なお、地方の保健人材不足解消のため、報酬を含めインセンティブの導入が検討されており、WHO が中心となり、報酬以外のインセンティブについての有効なパッケージ（子どもの教育、僻地勤務後の昇進の機会等）の研究も行われている [37]。

## 5.1 保健財政

### 5.1.1 概況

表 5-2 に保健支出の対国内総生産 (GDP) 比および国民一人あたりの保健支出の推移を示す。2009 年の公的保健支出の国家支出全体に占める割合は 5.9%であったが<sup>33</sup>、ラオス政府は 2011 年度の保健省への予算配分を 9%にすると表明した。これは、保健省が第 7 次保健計画に対する首相府のコメントを受け、ミレニアム開発目標 (MDGs) 達成を意識した優先順位付けと予算計画を実施したことによる。しかし、この財源にはドナーからの資金供与分を含んでおり、政府独自の歳入からの予算配分の割合は実際には 9%以下である。対GDP比は 2005 年からの 5 年間ほとんど変わっておらず、一人あたりの保健支出は 2 倍以上となっている。

表 5-2 保健財政指標の推移

|                      | 2000 | 2005 | 2010 |
|----------------------|------|------|------|
| 国内総生産における保健支出の割合 (%) | 3.2  | 4.3  | 4.5  |
| 一人当たりの保健支出 (米ドル)     | 10.2 | 20.8 | 46.2 |

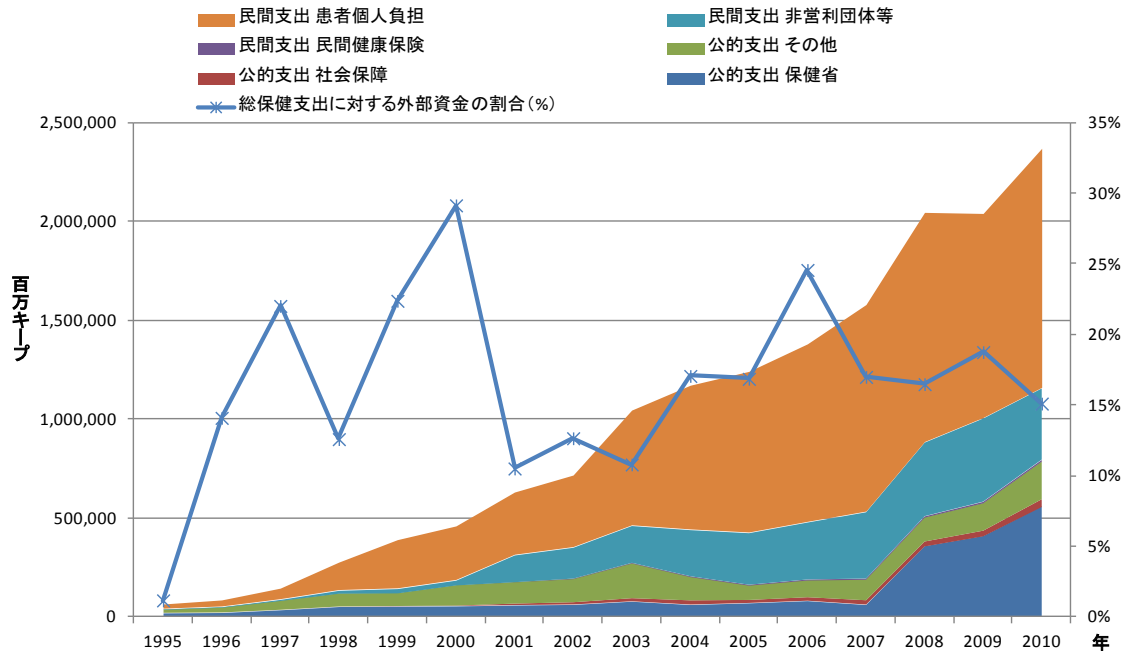
出典: Health Nutrition and Population Statistics (HNP Stats) [11]

図 5-2 の保健支出の内訳の推移によると、保健支出の増加に伴い、保健省の支出も 2007 年以降増加しているが、それにも増して個人負担が増加している。保健支出全体における患者の自己負担の割合は、2010 年時点においても 50%を上回っており、保健サービスのユニバーサルカバレッジを達成するには、患者の負担率は未だ高い水準であると言える<sup>34</sup>。

<sup>32</sup> CHIPU は医療サービス提供機関 (病院等)、医学教育研究機関(大学、研究機関、医療専門学校)、開発パートナー機関の連携を進め、保健人材の能力強化を推進する構想である。

<sup>33</sup> 周辺国との比較では、タイ 13.3%、ベトナム 7.8%、カンボジア 10.5%、ミャンマー 1.0% (いずれも 2010 年)で、ラオスはミャンマーに次いで低い。

<sup>34</sup> WHO は、保健支出に占める患者自己負担率が 30%を超えると、ユニバーサルカバレッジを達成するのは難しいとしている。



|        | 1995           | 2000            | 2005              | 2010              |
|--------|----------------|-----------------|-------------------|-------------------|
| 公的支出   | 35,140 (59.7%) | 159,191 (35.1%) | 158,381 (12.8%)   | 786,997 (33.3%)   |
| 保健省    | 18,100         | 53,000          | 68,212            | 555,319           |
| 社会保障   | 296 (0.5%)     | 1,960 (0.4%)    | 15,387 (1.2%)     | 39,536 (1.7%)     |
| その他    | 16,744         | 104,230         | 74,782            | 192,142           |
| 民間支出   | 23,706 (40.3%) | 294,682 (64.9%) | 1,077,385 (87.2%) | 1,577,311 (66.7%) |
| 民間健康保険 | 0              | 0               | 4,640             | 8,765             |
| 非営利団体等 | 2,615          | 24,136          | 260,272           | 359,122           |
| 患者個人負担 | 21,091 (35.8%) | 270,546 (59.6%) | 812,473 (65.7%)   | 1,209,424 (51.2%) |
| 総保健支出  | 58,847         | 453,873         | 1,235,767         | 2,364,308         |
| 外部資金*  | 689 (1.2%)     | 132,311 (29.2%) | 208,373 (16.9%)   | 357,218 (15.1%)   |

注：付表の括弧内は総保健支出に対する割合（主要なもののみ算出）

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

出典： Global Health Expenditure Database, WHO [38]より調査団作成

図 5-2 保健支出財源の推移

### 5.1.2 健康保険と利用者負担

#### (1) 健康保険

ラオスでは、患者の医療費自己負担を軽減し、必要な保健サービスへのアクセスを保障するため、現在、以下4つの健康保険制度が導入されている（概要は表5-3のとおり）。

- 1) 公務員社会保障制度（SASS）：公務員対象
- 2) 被用者社会保障制度（SSO）：民間被雇用者対象
- 3) 地域健康保険（CBHI）：自営業者およびインフォーマルセクター従事者対象
- 4) ヘルスエクイティファンド（HEF）：低所得者対象

表 5-3 健康保険制度概要

|              | ①公務員社会保障 <sup>*1</sup><br>(SASS: State Authority of Social Security) | ②被用者社会保障 <sup>*1</sup><br>(SSO: Social Security Organization) | ③地域健康保険<br>(CBHI: Community Based Health Insurance) | ④ヘルスエクイティ<br>ファンド<br>(HEF: Health Equity Fund) |
|--------------|--|---|---|--|
| 所管           | 労働社会福祉省  | 労働社会福祉省   | 保健省   | 保健省  |
| 対象           | 公務員および扶養家族   | 国有企業および従業員10人以上の民間企業の従業員および扶養家族                               | 自営業およびインフォーマルセクター従事者および扶養家族                         | 低所得者   |
| 加入           | 強制   | 強制  | 任意  | 地元当局により、貧困者であるという認定が必要                         |
| 保険料負担        | 保険料率 <sup>*2</sup><br>政府：8.5%<br>公務員：8%                              | 保険料率 <sup>*2</sup><br>雇用主：5%<br>従業員：4.5%                      | 加入者の世帯サイズや居住地により保険料率が決定                             | ドナーおよび政府                                       |
| 支給対象         | 外来治療費、入院費  |   |   | 外来治療費、入院費、医薬品、検査、交通費、食費等                       |
| 推定対象者数       | 399,672  | 386,988   | 約 300 万人  | 約 160 万人                                       |
| 対象人口に占めるカバー率 | 79%  | 27.1%   | 4.7%  | 12.2%  |
| 総人口に占めるカバー率  | 5.3%   | 1.7%  | 2.3%  | 2.9%   |

注：\*1 ①②については、出産手当、労働災害保障、障害手当、疾病手当、老齢年金、遺族年金、弔辞見舞金等の支給も含まれる。

\*2 月額基本給から上記割合が天引き

出典： Health Financing Strategy, Lao PDR 2011-2015 [39]、他保健省関連資料を基に作成

保健省は、2020年までに国民皆保険の実現を目指すとしているが、2010年時点での加入率は、総人口の約12%<sup>35</sup>（4制度合計）にとどまる。その大きな要因の1つが、インフォーマルセクターにおける加入率の低さにある。インフォーマルセクター対象のCBHIは、対象人口（総人口の約半分）のわずか4.7%しかカバーできていない（表5-3）。同制度の実施地域が限定的<sup>36</sup>であるのに加え、支給の範囲も他の制度に比べ限定的である。任意加入であることから、加入率の低さとドロップアウト率の高さ（月平均4%）が問題となっている [39]。

他の制度についても、政府拠出が必要額の半分程度となっている（SASS）、財源の大半がドナー支援で長期的な予算の確保が担保されていない（HEF）など、運用を支える体制は必ずしも盤石ではない。さらに提供される保健サービスの水準が低いことも、加入を妨げる要因となっている。強制加入が原則のSSOは、未加入に対する罰則規定がないことから、実態はより任意に近く、加入率の低さが顕著である。このように、国民皆保険の実現にあたっては、国家予算のさらなる増加に加えて、保健サービスの質を向上させ、加入者に対して保険加入の利点を創出することも急務である。

なお、ラオス政府は、保健財政戦略2011-2015において、複数の制度が混在する現状を見直し、将来的に、一つの標準に集約すると表明しており、現在、保健省、労働社会福祉省をはじめ、関係機関で調整が進められている。保健省では、当面の目標として、2015年までに保険カバー率を50%に引き上げるとしている [39]。

## (2) 貧困層の負担減免措置

貧困層向けの負担減免措置として、上述の貧困者向けのHEFがある。適用には、村長など、地元当局により、支払い能力が無いことを証明するレターが必要となる。認定されれば、医療費の支払い免除に加

<sup>35</sup> 2012年7月時点で17%との情報もある。

<sup>36</sup> 2012年時点で、全国143郡のうち、実施地域は25郡である。



えて、医療機関を受診する際の交通費、食糧費も支給されるため、貧困層の患者にとっては大きなインセンティブとなる。HEF は、2010 年までに全国 3 分の 1 の地域がカバーされているが、保健財政戦略 2011-2015 によれば、2008 年から 2010 年までの間に HEF 加入者の保健サービスの利用が 4 倍（1 外来患者あたり、年間 0.2 回から 0.8 回に増加）になったと報告している。一方で、現時点では周知が十分でなく、住民の教育レベルも低いところではそのメリットを感じている人が少ないことが、申請を妨げる一因との指摘もある。

ラオスの優先課題である母子保健に関しては、妊産婦の分娩無料化および 5 才未満児の入院費用無料化政策が、低所得者のサービスへのアクセス改善に寄与すると期待される。サバナケット県 Nong 郡は県内でも貧困層が多く、乾季でも県中心部から車で片道約 5 時間かかる地域であるが、同県保健局によれば、世界銀行による支援のパイロット地域として 2009 年に妊産婦の分娩無料化政策が導入されて以降 2 年間で、施設分娩が 4-5 倍に増えたとのことである [40]。妊産婦の分娩無料化政策および 5 歳未満児の入院費用無料化政策は、今後順次拡大する計画であり、患者のサービスへのアクセス向上に寄与することが期待される。一方で、長期的な財源の目処はたっておらず、持続発展性の観点で課題もある。

## 5.2 保健情報システム

従来、ラオスにおける保健情報は、行政区分あるいはプログラムごとに管理され、一元化されていなかったが、2003 年に WHO の支援により保健管理情報システム (HMIS) が導入されたのに伴い、全国共通の標準様式が作成され、2004 年から活用されるようになった。形式上は全国的に導入された HMIS であるが、2006 年、ラオスの保健情報システムのアセスメントを目的に WHO の支援のもと実施された Health Metrics Network (HMN) 調査では、1) 保健情報システムを収集、管理、運用していくための人材とその能力の強化、2) 人口動態の登録 (Vital Registration) システムの形成、3) ニーズを反映させた主要指標の確立、4) 郡やヘルスセンターレベルにおけるデータ収集・管理を支援するメカニズムの形成、5) 行政上の区分あるいはプログラムごとに管理されている保健情報システムの統合による重複の解消、の必要性が指摘されている。

現在、「国家保健情報システム戦略計画 (HISSP) 2009-2015」のもと、根拠に基づく情報の運用を目指し、活動が実施されている。また、HMIS に関し、2011 年には、保健省が初めて「保健統計報告書 (2009-2010)」を作成して開発パートナーと共有するなど、今後、計画立案や政策策定において保健情報がより積極的に活用されることが期待できる。他に、保健に関連する調査としては、主に以下の調査が、定期的に行われている。

- ◆ 国勢調査 (Population and Housing Census) : 10 年に一度
- ◆ ラオス支出・消費調査 (LECS: Lao Expenditure and Consumption Survey) : 5 年に一度
- ◆ Multi-Indicator Cluster Survey (MICS) (1996,2000,2006)、ラオスリプロダクティブヘルス調査 (LRHS: Lao Reproductive Health Survey) (1995, 2000 and 2005) : 数年に一度
  - \*MICS と LRHS を集約したラオス社会指標調査 (LSIS: Lao Social Indicator Survey) (2010/2011) が実施されている。LSIS では、HMIS では収集できないインパクト指標 (妊産婦死亡率や 5 才未満児死亡率等) の収集も可能である。

また、MDGsおよび国家社会経済開発計画（NSEDP）のモニタリングツールとして、国勢調査、サンプル調査および政府の報告システムによるデータが含まれるLao Info<sup>37</sup> がある。

第7次保健開発計画実施状況のモニタリングツールとして、セクター共通事業管理ツール<sup>38</sup>（SCWMF）が導入されている。これは、同計画にかかる事業進捗を、事業調整メカニズム（SWC）を通して、効率的かつ効果的に共同でモニタリングするための事業実施状況一覧表として示すものである。

### 5.3 施設・機材・医薬品供給機能

#### 5.3.1 保健医療施設

表 5-4 は、全国における保健省直轄の保健医療施設数を表したものである。

表 5-4 ラオスにおける保健医療施設数(保健省直轄)

|   |        |      |
|---|--------|------|
| 1 | 中央病院   | 7    |
| 2 | 地域病院   | 4    |
| 3 | 県病院    | 12   |
| 4 | 郡病院    | 130  |
| 5 | 保健センター | 828* |

\*保健センター数は、資料によって異なる。

出典：保健省関連資料、聞き取り調査結果(2012年2月現在)を基に作成

中央病院は、総合病院と専門病院に分かれる。総合病院は4つで、マホソット（Mahosot）病院、セタティラート（Settathilat）病院、友好（Mittaphab）病院、母子保健（MCH）病院がある。母子保健病院は小児部門が独立し、2011年11月に、ビエンチャン市郊外に国立小児病院が新設された（新生児部門は従来のまま）。これら4病院は、医学部の教育病院に指定されている。専門病院には、眼科、皮膚科、リハビリテーションセンターの3つがある。

県病院は各県にあり、基本的診療科（内科、外科、小児科、産婦人科）を有する総合病院であり予防を担当する部門も備えている。県病院のうち、4病院（ルアンパバーン、ウドムサイ、サバナケット、チャンパサク）は、地域病院（Regional Hospital）に指定され、地域中核病院の役割の他<sup>39</sup>、4病院のうち、ウドムサイを除く3病院は、医師の実習を受け入れる教育病院としての役割も担う（保健科学短期大学/保健学校の実習については、14の県病院が受け入れを行なっている）。県病院は数的には充足していると言えるが、医療サービスの質は十分ではない。地域病院に指定されている県病院の中には、X線診断装置、CTスキャナーが故障中のため、診断のため、一旦患者をタイの病院に搬送し、その後、手術のため、病院に再搬送しているというケースも見られる [40]。

郡病院は、ほぼ各郡に整備されている（一部県病院のある郡には郡病院はない）。郡病院が治療、郡保健局が予防（公衆衛生）機能を担うとされているが、郡病院内に予防サービスを提供するスペースがあることもあり、郡病院との兼任となっている場合もある。郡病院は、A型とB型に分類され、複数の郡から患者が集まる、比較的規模が大きくてある程度の手術が可能なところはA型、基本的な診療のみ行うとこ

<sup>37</sup> 2005年に発表されたバージョン4.1に続き、現在は、バージョン5.1が利用可能である。

<sup>38</sup> 日本は、「保健セクター事業調整能力強化フェーズ2」を通して、本ツールの策定および改訂作業を継続支援している最大のドナーである。

<sup>39</sup> 保健省保健ケア局によれば、地域病院に指定されるにはいくつかの条件を満たす必要があり、いずれの病院もまだ正式に地域病院として承認されていないとのことであった(2012年1月時点)。また4病院のうち、教育病院に指定されているのは、ルアンパバーン、サバナケット、チャンパサクの3病院という情報もある。

ろは B 型に分類される。郡病院は県病院がある郡以外の各郡にあって数的にはほぼ充足しているが、その医療サービスの質は低い。これは医師や中級以上の看護師も少なく、施設や医療機材も不十分なところが多いことによるが、山間部では患者のアクセスが非常に悪いという物理的な条件も加わる。なお、物理的アクセス改善のため、郡によりモバイルチームが形成され、アウトリーチ活動を行なっている。

保健センターは、一つのセンターがおよそ 6 から 8 村をカバーし、簡単な治療、予防とヘルスプロモーションを主な活動とするが、郡病院以上にサービスの質は悪く、医師は殆ど配属されず、多くは中級・初級看護師が少数駐在するのみである。施設数はある程度増えているものの、中には劣悪な環境の施設もあり、施設並びにサービスの質向上が必要である。

保健省管轄の医療施設の他に、防衛省 (Ministry of Defense) 管轄の軍病院、治安維持省 (Ministry of Public Security) 管轄の警察病院がある。本調査で、それらの規模、機能等の全体像を把握することはできなかったが、軍病院は基本的に、各県に一つ設置されており、郡レベルでは、軍関係者が多いところには設置されているのに対し、警察病院は比較的大きな県のみ配置されているようである [40]。これらの施設の主な利用者は、軍および警察関係者であるものの、軍病院では、一般の患者も受け入れており<sup>40</sup>、地域の医療サービスの担い手として、保健省参加の保健施設と補完的役割を果たしていると想定される。なお、ラオスには民間病院はないが<sup>41</sup>、2010 年時点で、都市部を中心に 222 のプライベートクリニックがある [25]。

### 5.3.2 医療機材

中央レベルでは比較的必要な医療機材は整備されているものの、一般的に老朽化が目立つ。下位レベルにおいてはより医療機材不足が深刻である。背景には、多くの機材が援助で整備されたもので、CT スキャナーやオートクレーブなど的高額な機材は、自力での調達が困難であるのに加え、維持管理を担当する人材・予算が不足していることが挙げられる。

病院内に、医療機材専門のエンジニアを配置しているところは少ない。問題が起きれば、民間業者か保健省傘下の医薬品供給センター (MPSC) に修理を依頼するが多い。サバナケット県病院には、ルクセンブルグ国際開発協力庁の支援で医療機材修理センターが建設中であり<sup>42</sup>、併せてエンジニアをタイに派遣し研修も実施中である。センターの運営が開始されれば、医療機材のメンテナンスを病院内でまかなうことができるが、このようなケースは例外的である [40]。

### 5.3.3 医薬品およびワクチンの供給

#### (1) 概況

従来、医薬品とワクチンはそれぞれのロジスティックシステムを有していたが、保健省では、医薬品・ワクチンの各ロジスティックシステムを将来的に 1 つのシステムに統一する意向であり [9]、食品衛生局 (FDD) 傘下の医薬品供給センター (MPSC) と、衛生予防局 (DHP) の各センターが覚書 (MOU)

<sup>40</sup> ラオス国保健セクター基礎情報収集・確認調査(2012年1月)によれば、サバナケット県では、ある郡病院から約 1km に軍病院があり、患者に食糧や Per diem 等を提供し、薬代も無料、郡病院を上回るベッド数を有し、誰でも利用できるため、軍病院を利用する人が多いとのことであった。

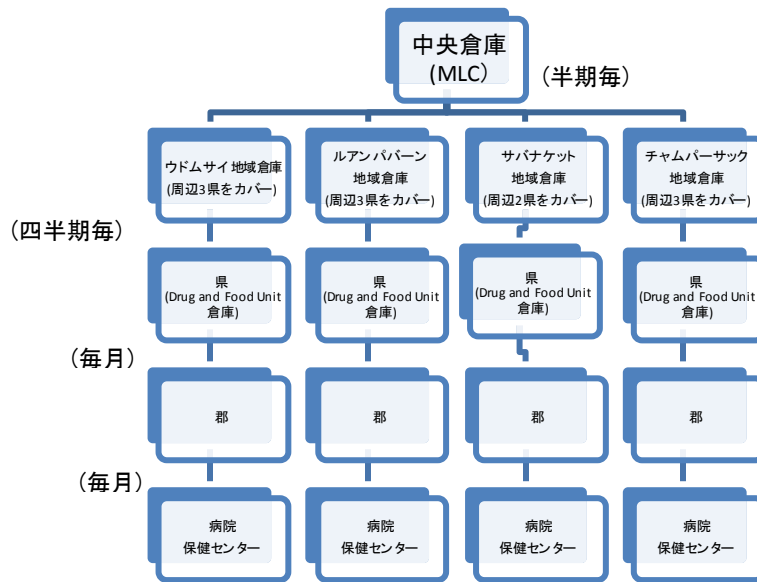
<sup>41</sup> 中央病院の 1 つであるセタティラート病院の敷地内に、インターナショナルクリニックが開設されている。同クリニックは、セタティラート病院と民間企業の協力によるものである。

<sup>42</sup> 2012 年 1 月現在

を結び、それぞれの役割分担を明記している<sup>43</sup>。今後、統一に向けた具体的な動きについては、食品医薬品作業部会において、FDDおよびDHPを中心に、関係者間で協議・共有されていくことになる。

## (2) 医薬品供給システム

医薬品の供給ルートは、1) 必須医薬品、2) ドナー支援の医薬品（ビタミンA、ピル、鉄分タブレット、ARV、結核、マラリア薬等）の2種類ある。1) については、ナショナルプログラムやドナー支援のプロジェクトベースで供給される医薬品以外については分権化が進んでおり、各医療機関が自身の責任で調達し、MPSCは後方支援を行う。2) については、MPSCで一括管理されている。これらの医薬品は、供給フロー（図5-3）が示すように、保健省直轄の中央倉庫（MLC）に保管され、半期ごとに、4ヶ所の地域倉庫4箇所へ供給され、地域倉庫は、四半期ベースで、県（薬品食品ユニットの倉庫）に医薬品を供給する。郡や保健センターは、毎月県に医薬品を取りに行く。



( ) 内は調達の頻度

出典：ラオス国保健セクター基礎情報収集・確認調査現地調査報告書 [40]

図 5-3 医薬品調達（ドナー支援の医薬品の場合）

母子保健関連の医薬品に関しては、国連人口基金（UNFPA）の支援のもと、より効果的なロジスティックスを目指したパイロット（チャンパサク地域倉庫管轄の3県）を実施中である。またグローバルファンドの支援により、結核、マラリア、HIV/エイズ関連医薬品の効果的なロジスティックスを目的に、MLCにロジスティックス管理情報システム（LMIS）が導入される予定である<sup>44</sup>。このシステムの有効性が実証されれば、LMISを上記以外の医薬品にも適用し、ロジスティックスにかかる単一の国家標準が整備される予定である [40]。

## (3) ワクチン供給システム

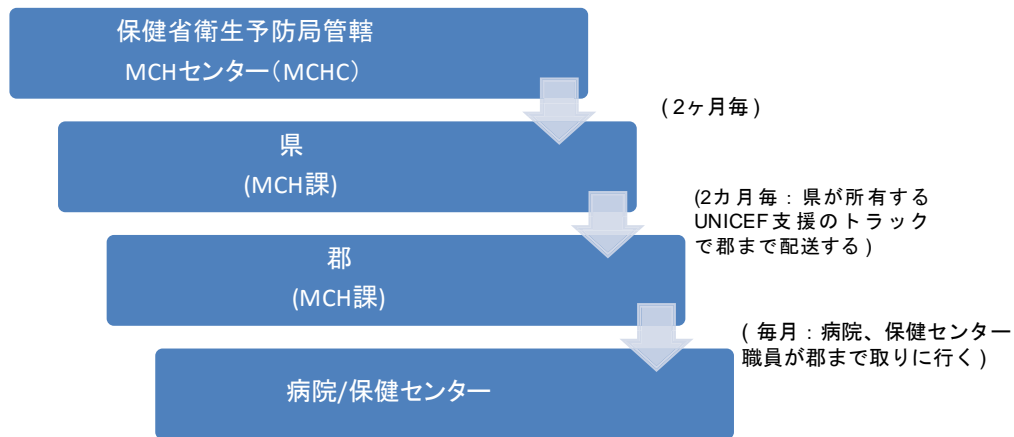
ラオス国の定期予防接種拡大計画（EPI）用ワクチンは、主に UNICEF が支援している。図 5-4 は、ワクチン供給の流れを表したものである。原則、中央から県、県から郡へは2ヶ月ごと、郡から病院/保健

<sup>43</sup> 統合ロジスティックスマネジメントシステム（Integrated Logistics Management System）において、MPSCは、AIDSセンター、マラリアセンター、MCHセンターとMOUを締結している。今後は、結核センターと結ぶ予定である（2012年2月時点）。

<sup>44</sup> 2012年2月時点の情報で、ガイドラインのドラフトが作成中。

センターへは毎月のペースで供給される。基本的には、図 5-4 の流れに沿うものの、請求・供給のタイミングは、郡病院間でも異なり、ワクチンの種類によっても調達回数が異なる [40]。

ワクチンの在庫管理は、各施設からの月例レポート欄にワクチン請求欄があり、必要な量を定期的に把握できる仕組みになっている。また、中央と一部の県においては、在庫管理データベースにより、管理されている。



( ) 内は調達の頻度

出典： ラオス国保健セクター基礎情報収集・確認調査現地調査報告書 [40]

図 5-4 ワクチン供給フロー

#### (4) 医薬品の製造承認

ラオス国内には7ヶ所の製薬工場（伝統的医薬品のみを製造する小規模経営工場を含む）があり、うち2ヶ所が国営である。最も大きい製薬工場 No.3（国営）によれば、製造にあたっては、アセアン適正製造基準（GMP）ガイドラインをはじめ、国際基準<sup>45</sup>を遵守しているとのことである。また医薬品の輸入には、FDDの許可が必要となる。2015年のASEAN自由貿易協定（AFTA）の完成を目指す中、製薬工場 No.2とNo.3が2015年までにGMPを取得し（製薬工場No.3は以前、錠剤等のGMPを取得しているが、2004年に有効期限が切れたままとなっている）、海外での販売を目指したいが、ラオス国内にGMP取得に関し、適切な指導者がいない<sup>46</sup>ことが課題となっている [40]。

## 5.4 管理・監督機能

### 5.4.1 保健行政

ラオスの保健医療行政の組織について、従来、中央は保健大臣と大臣を補佐する副大臣（通常2-3名）のもと、主要部局である官房と6つの局で構成されていた。医療施設に関する各種計画立案・実施、並びに医療施設の監督は、保健ケア局が管轄し、保健医療従事者の育成計画の立案・実施、育成機関に対する監督、並びに保健省下の人事については、組織人材局が統括してきた [26]が、2012年6月の保健省の組織改編により、官房と9つの局に再編された。加えて、現在、県・郡についても組織の改編が進められており、今後詳細を確認する必要がある。

<sup>45</sup>日本薬局方 (Japanese Pharmacopoeia) の他、米国薬局方 (United States Pharmacopoeia 略称「USP」)、イギリス薬局方 (British Pharmacopoeia) 等

<sup>46</sup> WHO の技術支援は限定的にとどまる。

従来、各局は独立色が強く、各援助機関も特定の局を対象としていたため、局間の活動の調整・連携は十分ではなかったが、2006年からJICA技術協力プロジェクト「保健セクター事業調整能力強化」が実施され、保健セクター事業調整メカニズムの構築を支援したことにより、保健省内、援助機関との間での事業調整が強化されてきている。現在は、「保健セクター事業調整能力強化フェーズ2」が実施中で、前身のフェーズ1を通じて設立された保健セクターの技術作業部会は、当初の3つ（計画財務作業部会、保健人材作業部会、母子保健作業部会<sup>47</sup>）に、2011年11月法令により、新たに3つ（食品医薬品作業部会、保健ケア作業部会、衛生予防およびヘルスプロモーション作業部会）が加わり、現在6作業部会が設置されている。

#### 5.4.2 モニタリング体制

第7次保健セクター5カ年開発計画における6つの優先プログラムについて、現在、各プログラムのモニタリング指標となる「セクターワイド指標」を各技術作業部会で策定中であり、同指標をもってプログラムの進捗をモニターしていく予定である。母子保健に関しては、ドナー支援に頼らず、国家予算がついたため、年2回、全県1-3郡でサポータティブスーパービジョンが実施されており、各県で重点的に支援が必要な郡・保健センターに、中央レベルの職員と県職員が一緒に出向いて実施している。

#### 5.4.3 リファラルシステム

ラオスにおいては、保健センターから郡病院、県病院、中央病院へと形の上ではネットワークを形成しているものの、施設間を結ぶ搬送システムなどのリファラル体制は殆どできていない。またリファラルに関し、各医療施設が対応すべき役割等を明確に定めたガイドライン、マニュアル等はなく、地域により、流行疾患や施設・設備や機能、人材などの医療資源が異なる中、各医療施設が独自に判断し、上位機関に搬送しているのが現状である。

このような状況下、患者がより良いサービスを求めて上位の施設に直接足を運ぶ、バイパス現象が各レベルで見られる。特に、医療サービスを必要とする患者にとって、エントリーポイントとも言える郡病院の機能が脆弱であり、住民の信頼が欠如しているのが大きな要因と考えられる。また、国土が南北に長いラオスにおいて、特に中央病院のあるビエンチャン市から離れた地域では、隣国のタイに患者を搬送するケースも多い。病院への距離、搬送費用、医療サービスの質等を考慮すると、救急・重症患者の場合、隣国に搬送する方が現実的な面もある<sup>48</sup>。

患者搬送手段として、救急車を配置している病院は、ビエンチャン市の中央病院と、県病院に限られる。またビエンチャン市保健局にも救急車が配置されている。ただし、救急車は、必要な機材が搭載され、付き添いの医師もしくは看護師が同行して初めて機能できるのであり、その点では、いずれの機関も体制は十分とは言えない。救急車以外の輸送手段としては、バス、タクシーなど公共交通機関の他、コミュニティが中心となり、搬送手段を確保しているところもあるが、多くの場合、搬送手段を確保するのは、患者自身である。ラオスでは、相互扶助が機能しているためか、親戚や近所の助けを得られやすいが、これも近隣の郡病院辺りまでが限界と推察される。遠方の患者にとっては、中央はおろか、県病院に搬送するのも、身体的、経済的負担が大きいと思われる。

<sup>47</sup>現在は栄養が加わり、母子保健・栄養作業部会（MNCHN-TWG）に改称

<sup>48</sup>例えば、南部のサバナケット県病院の場合、県病院からビエンチャン市へは、車で6、7時間かかるのに対し、タイ側へはわずか20分で搬送できる。

## 第6章 ドナーの協力状況

### 6.1 援助協調の枠組み

2005年のパリ援助効果宣言を受け、ラオスにおいても2006年に「ビエンチャン宣言」が、ラオス政府と22（現在は25）の開発パートナーにより調印された。2007年には、ラオス政府と開発パートナーが「ビエンチャン宣言」の「行動計画（Country Action Plan）」を作成し、承認された。さらにその「行動計画」を実行に移し、その進捗状況をモニタリングしていくためのセクター作業部会（SWG）が、保健を含む8つのセクターにおいて設立された。保健セクターにおける事業調整メカニズムは、セクター作業部会（政策レベル）、セクター作業部会（実務者レベル）、技術作業部会（TWG）の3層構造においてなされており、ドナー間の情報共有・協議の場として機能している。また上記事業調整メカニズムに、グローバルファンドの国別調整メカニズム（CCM）の事務局が参加するなど、他調整メカニズムとの調和化の動きもある。

保健セクターにおいては、5.5.1で述べたとおり、JICA 技術協力プロジェクト「保健セクター事業調整能力強化（およびフェーズ2）」により、事業調整メカニズムが構築・運営強化されており、保健セクター開発5ヶ年計画を単一の保健政策枠組みとすることを保健省および開発パートナー間で合意している。保健セクターのセクター作業部会（政策レベル）会合、セクター作業部会（実務レベル）会合、技術作業部会会合の位置づけおよび概要は、表6-1のとおりである。日本は、設立当初からリード役として参加している。各作業部会は、既存の体制に合わせ、保健省の各部局に沿って設立されているのが特徴である。

表 6-1 保健セクターにおける事業調整メカニズム

| 会合               | 議長                          | 開催頻度    | 会議内容  |
|------------------|-----------------------------|---------|---|
| 政策レベル会合 (SWG(P)) | 議長:保健大臣<br>共同議長:日本大使/WHO 代表 | 年2回程度   | ・保健セクター開発5ヶ年計画における優先課題の進捗報告<br>・次期5ヶ年計画にかかる協議・最終確認等   |
| 実務レベル会合 (SWG(O)) | 保健副大臣                       | 年3回程度   | ・保健セクター開発5ヶ年計画の進捗レビュー<br>・各TWGの作業状況報告<br>・その時の重要課題（例：母子保健サービス無料化、財政コストインギン、GFATM R11プロセスなど）の協議等   |
| 技術作業部会 (TWG)     |                             | 約2ヶ月に1回 | 6つのTWGが設置されている。全体的なTWG運営の支援はJICAが行う。<br>①計画財政作業部会<br>②保健人材作業部会<br>③母子保健作業部会→現在は、栄養が加わり、母子保健栄養作業部会に改称<br>④食品医薬品作業部会<br>⑤保健ケア作業部会<br>⑥衛生予防およびヘルスプロモーション作業部会 |

出典：保健省資料および保健セクター国別情報シート [41]を基に作成

保健セクターの調整メカニズムは、有効に機能しつつある。この調整メカニズムは、ラオス政府・各国大使館・開発パートナーの間で、保健に関する政策決定のための共通のプラットフォームとして機能しており、各会合（政策レベル会合、実務レベル会合、技術作業部会）が定期的に行われ、政策や戦略の実施において、JICA「保健セクター事業調整能力強化フェーズ2」をはじめ、各開発パートナーが効率的・効果的に支援を実施できるようになってきた [41]。

## 6.2 開発パートナーの協力実績

### 6.2.1 概況

ラオスにおける開発パートナーは、既述の事業調整メカニズムを通して、第7次保健セクター開発5カ年計画の6つの優先事項に沿い、支援をしている。その結果、開発パートナー間で取組む課題、対象地域の重複・偏在が解消され、より効率的かつ効果的な支援が可能となってきた。重要課題である母子保健においても、関係機関が母子保健統合サービス戦略・計画に基づき、地域別の役割分担も行われている。

主要開発パートナーの支援状況を表6-2に示す。

表 6-2 主要開発パートナーの主な支援分野

|                    | 重点支援地域                                  | 母子保健<br>(栄養含む) | HIV/エイズ | 結核 | マラリア | 保健システム |
|--------------------|---|----------------|---------|----|------|--------|
| 世界保健機関<br>(WHO)    | サバナケット県、ポンサーリ県、ルアンナムター県ウドムサイ県*1         | ○              | ○       | ○  | ○    | ○      |
| 国連人口基金<br>(UNFPA)  |   | ○              | ○       |    |      | ○      |
| 国連児童基金<br>(UNICEF) |   | ○              | ○       |    |      | ○      |
| 国連世界食糧計画 (WFP)     |   | ○              |         |    |      |        |
| 世界銀行<br>(WB)       | 南部5県(アタプー県、チャンパサック県、サラワン県、サバナケット県、セコン県) | ○              |         |    |      | ○      |
| アジア開発銀行<br>(ADB)   |   |                |         |    |      | ○      |
| Lux-Development*2  |   | ○              |         |    |      | ○      |
| 欧州連合<br>(EU)       |   |                |         |    |      | ○      |
| 韓国国際協力団<br>(KOICA) |   | ○              |         |    |      | ○      |

\*1: 4 機関合同で、母子保健プログラムを実施

\*2: ルクセンブルグ国際開発協力庁

出典: WHO Country Cooperation Strategy for the Lao People's Democratic Republic 2012-2015 [42]

UNICEF Country Programme, 2012-2015 [43]

WB Country Partnership Strategy for Lao Peoples Democratic Republic for the Period FY12-FY16 [30]

ADB Country Partnership Strategy Lao People's Democratic Republic 2012-2016 [44]

表6-3は、グローバルファンドによる支援の一覧である。グローバルファンドが、HIV/エイズ、結核、マラリア対策や保健システム改善において大きく貢献してきたが、マラリアについてはRound11が中止となり、繋ぎ資金の申請を余儀なくされたり、HIV/エイズについては、抗レトロウイルス薬 (ARV) の購入資金が不足したりするなど、資金不足により今後の長期的予算の目処が立たない中、これら感染症対策における政府資金拠出が今まで以上に求められる状況となっている。



表 6-3 グローバルファンドによる、HIV/エイズ、結核、マラリア対策支援

| 支援タイプ   | ラウンド          | タイトル  | 合意支援額 (USD) | 資金受入責任機関 |
|---------|---------------|---|-------------|----------|
| HIV/エイズ | R1            | 予防とコントロール   | 3,375,607   | 保健省      |
|         | R4            | HIV/エイズ対策:スケールアップ   | 7,165,191   | 保健省      |
|         | R6            | HIV/エイズ予防・ケア・治療のスケールアップ                                       | 3,243,046   | 保健省      |
|         | R8            | HIV/エイズ予防・ケア・治療のスケールアップ                                       | 7,213,313   | 保健省      |
|         | SSF*<br>(実施中) | HIV/エイズ予防・ケア・治療のスケールアップ、<br>マネジメント強化等                         | 12,565,445  | 保健省      |
| 結核      | R2            | 結核の負担軽減   | 3,439,395   | 保健省      |
|         | R4            | 結核対策：スケールアップ  | 3,617,781   | 保健省      |
|         | R7<br>(実施中)   | 結核の負担軽減   | 7,817,869   | 保健省      |
|         | SSF<br>(実施中)  | 結核の負担軽減   | 6,534,029   | 保健省      |
| マラリア    | R1            | 予防とコントロール   | 12,709,087  | 保健省      |
|         | R4            | マラリア対策：スケールアップ  | 14,502,222  | 保健省      |
|         | R6            | 抗マラリアおよび他の薬の質の確保  | 3,633,039   | 保健省      |
|         | R7<br>(実施中)   | マルチセクターアプローチによりマラリア<br>罹患の危険に晒されている人口に焦点をあ<br>てたマラリアコントロールの維持 | 15,973,540  | 保健省      |

\*複数の同一疾病のラウンドを統一した世界基金のファンディングスキーム

出典：GFATM, Country Grant Portfolio, 2012 [45]

## 6.2.2 主要開発パートナーの支援状況

### (1) 世界保健機関 (WHO)

保健セクター作業部会（政策レベル）において、議長の保健省のもと、WHO は日本と並んで共同議長として、事業調整のリード役を担う。WHO の支援は、保健政策全般に関するが、1) ミレニアム開発目標（MDGs）達成を目標に政策レベルの支援、2) 感染症予防対策、3) 調整機能強化、4) 非感染性疾患対策強化を主な柱とする。1) に関しては、北部 2 県で、母子保健統合サービス戦略・計画に沿った技術支援を行なっている [42]。

### (2) 国連人口基金 (UNFPA)

1) リプロダクティブヘルス、2) 人口、3) ジェンダーの 3 つを柱に支援。1) では、サービスカバレッジ向上（人口家族計画、HIV 啓発など）、母子保健サービス戦略・計画への支援、都市青少年への情報サービスのアクセス向上を課題としている。助産専門技能者（SBA）の拡充、避妊薬等の調達等にかかるロジスティックスシステムの支援も行なっている [40] [41]。

### (3) 国連児童基金 (UNICEF)

母子保健サービス戦略・計画（特に 5 歳未満児）への支援、栄養、HIV/エイズサービス、衛生への協力を実施中。新カントリープログラムは、ローカルレベルによりインパクトを与えるため、地理的フォーカスを強める。例えば、貧困地域の北部のルアンナムター県、ポンサーリ県の 2 県には開発パートナーの支援が殆ど入っていないが、UNICEF では、これら 2 つの県を One Learning Zone と位置づけてスタッフを常駐させ、UNICEF が支援する全てのセクターの支援を集中的に投入する計画である [40]。

#### (4) 世界銀行

南部5県を中心に、財政支援を通じて、人材育成を中心とする保健サービス改善プロジェクトを実施中。また国の妊産婦の分娩無料化および5才未満児の入院費用無料化政策に沿い、貧困削減支援オペレーションを通じ、これらの対策を対象地域にて拡充支援を行ったり、貧困層向けのヘルスエクイティファンド（HEF）の支援を行ったりしている [30]。

#### (5) アジア開発銀行

カントリーパートナーシップ戦略（2012-2016）において、保健セクターは優先分野に入っていないが<sup>49</sup>、財政管理における能力強化、感染症対策等の支援等を支援する [44]。

#### (6) ルクセンブルグ国際開発協力庁

支援分野は主に以下の4つである。1) 中部3県における保健システム改善、2) 保健財政支援（貧困層支援）、3) 予防接種関連活動（UNICEFと連携）、4) 「医療機材マネジメント政策」（Medical Equipment Management Plan：2003年）の改訂支援。医療機材管理部門では、サバナケット県病院内に、医療機材修理センターを建設中で（2012年1月時点）、併せてエンジニアのタイ研修も支援している [40]。

#### (7) 韓国

韓国国際協力団(KOICA)は、こども病院の建設やボランティア派遣に実績があり、今後は、保健セクターに注力する方向で、各技術作業部会にも参加している。KOFIH（Korea Foundation for International Healthcare）は、WHOと連携して母子保健戦略・計画を北部2県で支援中である。

### 6.3 日本の協力実績と現状

我が国の対ラオス国別援助方針（2012年4月）によれば、①経済・社会インフラ整備、②農業の発展と森林の保全、③教育環境の整備と人材育成、④保健医療サービスの改善の4分野が、支援の重点分野となっており、保健医療分野においては、MDGs達成のため、母子保健分野を中心に、医療人材育成、保健医療サービスへのアクセス改善のための医療施設整備を中心とする保健システム強化に資する支援を表明している [46]。

表6-4は、ラオス保健セクターにおいて、現在、日本が展開中の支援の一覧である。特徴的なことは、中央レベルで、保健省内、援助機関における事業調整のリード役として、政策および実務の計画・戦略の具体化を支援しつつ（保健セクター事業調整能力強化フェーズ2）、戦略を確実に実施に移すため、県保健局や郡保健局の母子保健事業の支援を行う（母子保健統合サービス強化プロジェクト）など、中央、地方の両方から、ラオスの母子保健事業の実施促進を行い、母子保健を担う看護師等の保健人材育成の課題にも取り組みつつ（母子保健人材開発プロジェクト）、相乗効果を生み出していることである。また、全専門家を対象とする合同会議や、専門家、ボランティア、草の根技術協力NGO、ボランティア調整員が参加しての保健セクター情報交換会の定期的な開催も、プログラムとしての有機的連携に寄与している。

<sup>49</sup> 優先分野は、1) 教育、2) 農業および天然資源、3) 水供給、地方のインフラ整備およびサービス、4) エネルギーの4つ。

表 6-4 保健セクターにおける近年の日本の支援実績

| スキーム  | 案件名   | 協力期間                                  |
|---|---|---------------------------------------|
| 無償  | 郡病院改善計画                                     | 2005-2007                             |
|   | 予防接種拡大計画（UNICEF 経由）                         | 2007                                  |
| マルチ   | ラオス北部でのモデル健康村推進活動                           | （備考）アジア開発銀行 貧困削減<br>日本基金（JFPR）により、支援中 |
| 草の根無償   | ヘルスポスト建設等                                   | 2010 年度は 2 件                          |
| 技術協力<br>（現行のプロジェクトは、<br>全て「母子保健改善プロ<br>ラム」に位置づけられる） | 子どものための保健サービス強化プロジェクト                       | 2002-2007                             |
|   | 保健ロジスティックス強化プロジェクト                          | 2005-2008                             |
|   | 看護助産人材育成強化プロジェクト                            | 2005-2010                             |
|   | 保健セクター事業調整能力強化                              | 2006-2010                             |
|   | セタティラート大学病院医学教育研究機能強化<br>プロジェクト             | 2007-2010                             |
|   | 上級看護助産師育成プロジェクト                             | 2008-2012                             |
|   | 母子保健統合サービス強化プロジェクト                          | 2010-2015                             |
|   | 保健セクター事業調整能力強化フェーズ 2                        | 2010-2015                             |
| 母子保健人材開発プロジェクト                                      | 2012-2016                                   |                                       |
| 協力準備調査  | 南部地域保健サービスネットワーク強化計画                        | 2012                                  |
| JOCV  | 青年海外協力隊（看護師/助産師/臨床検査技師）<br>シニア海外ボランティア（看護師） |                                       |

出典： 外務省.政府開発援助（ODA）国別データブック [6]および国別援助方針 [46]を基に作成

## 第7章 保健セクターにおける優先課題と提言

### 7.1 保健セクターにおける課題とその背景

ラオスにおける保健セクターの現状と課題の背景を図 7-1 にまとめた。

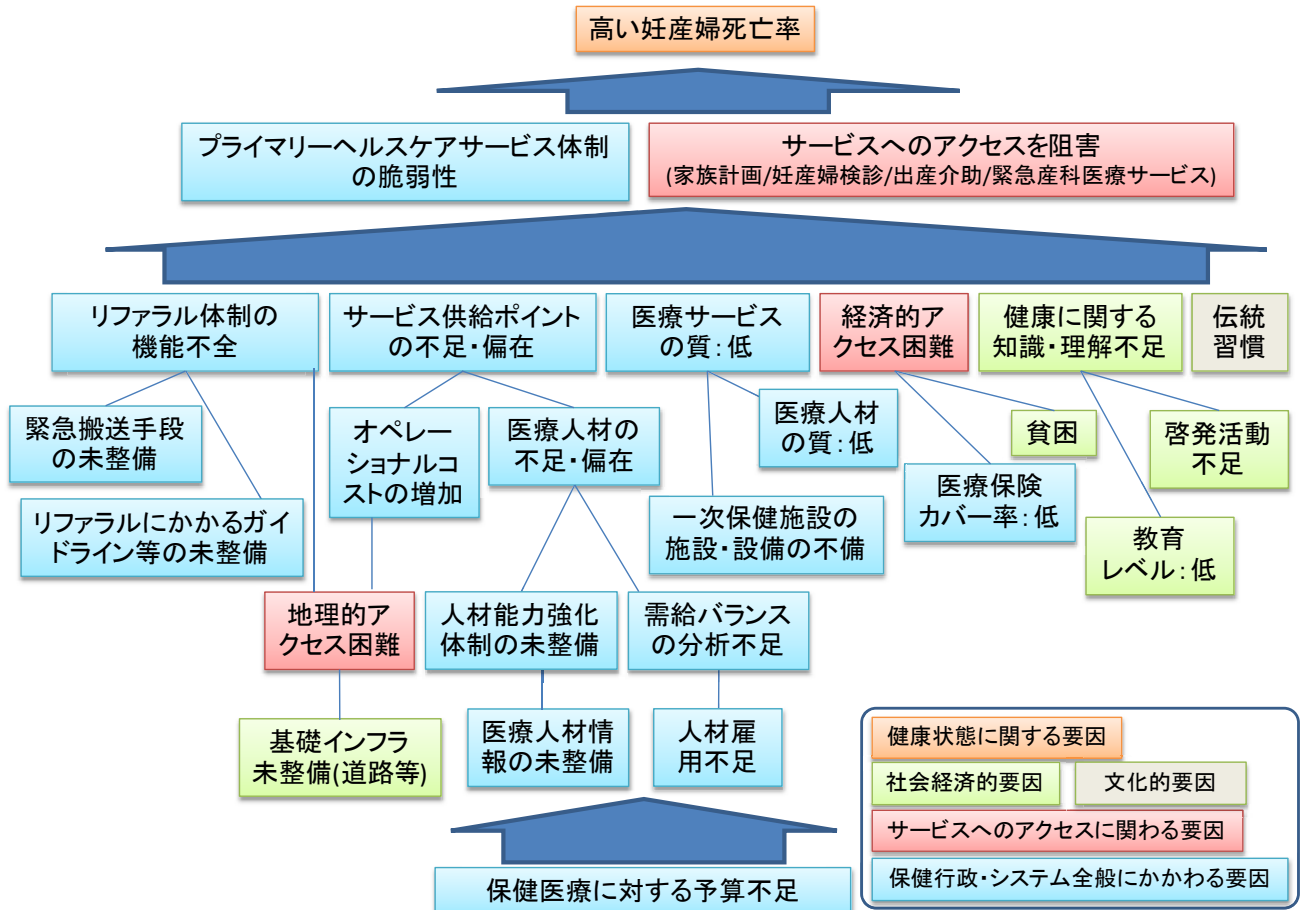


図 7-1 ラオスの保健セクターにおける課題とその背景

#### 7.1.1 健康状態における問題

ラオスにおいて、予防接種拡大計画（EPI）等の保健プログラムの推進により、感染症分野や 5 歳未満児死亡率、乳児死亡率等の保健指標が順調に改善してきているのに対し、妊産婦死亡率は東南アジアの中で最も高く、ミレニアム開発目標（MDGs）の達成は困難とされている。この問題に取り組むことが、ラオス保健セクターにおける最大の課題である。

#### 7.1.2 問題の背景

妊産婦死亡率の改善が遅れている大きな要因として、1) 妊産婦サービス（家族計画、妊産婦検診、出産介助、緊急産科医療サービス等）へのアクセスが制限されていること、2) プライマリヘルスケア（PHC）サービス体制が脆弱である、の 2 点が挙げられる。

## (1) サービスへのアクセスが困難

### 1) 経済的要因：

保険カバー率の低さや、医療機関を受診する際の交通費等、サービス利用にあたっての経済的負担が大きい。

### 2) 地理的要因：

道路等、基礎インフラの未整備により、保健サービスへ地理的アクセスが困難な地域では、オペレーショナルコストの増加を招き、結果、サービス供給ポストの不足、都市部への偏在を招く一因になっていると考えられる。またサービス供給ポストの不足・偏在は、医療人材情報に基づく需給バランスの分析不足からくる医療人材の不足・偏在にも起因している。

### 3) 社会文化的要因：

女性の教育レベルの低さや、啓発活動の不足により、女性の健康やサービスに対する理解が十分ではないことに加え、伝統的価値観や慣習により、産褥婦に対する食事制限など、文化的タブーや習慣が母親の健康状態に悪影響を及ぼしている。

## (2) プライマリヘルスケア(PHC)サービス供給体制が脆弱

PHC サービスの主な担い手である、保健センターの数は増加しつつあるものの、以下のような理由から、サービスの供給体制は脆弱で、妊産婦サービスの効率・効果的な提供が行われていないと考えられる。

### 1) 保健人材の不足・都市部への偏在：

保健センターには、主に下級看護婦が駐在するのみである。加えて、看護・助産の人材開発にかかる基盤(統一カリキュラム、国家試験等)の未整備など、技術の高い人材が不足している。

### 2) 施設・機材整備の不足・老朽化

### 3) リファラル機能の不全：

上位機関への患者搬送システムの確立、リファラルに関し、医療施設が対応すべき役割等を明確に定めたガイドライン、マニュアル等の整備が遅れている。患者にとってエントリーポイントと言える郡病院の機能が脆弱なため、患者がより良いサービスを求めて上位機関に直接足を運ぶバイパス現象が各レベルで見られる。また病院へのアクセス、医療サービスの質等を考慮すると、患者をタイなど隣国に搬送する方が現実的な面もある。さらに患者搬送手段の確保も課題である。

上述の課題の多くの根底には、保健医療に対する予算不足があり、ラオス政府の限られた保健医療予算で対応が困難な部分を開発パートナーに頼っているのが現状である。

### 7.1.3 課題に対するラオス政府、開発パートナーの取り組み

ラオス政府は、第7次保健セクター開発5カ年計画(2011-2015)に掲げた6つの優先分野のうち、「衛生と予防」において、母子保健を、感染症と並び中心課題に掲げている。開発パートナーは、ラオスの優先課題に沿って、事業調整メカニズムを通じ、政策や戦略策定支援、財政支援、人材育成、保健施設・機材整備等の支援を行ってきた。

優先課題である母子保健分野のMDGsの達成に向け、2007年に事業調整メカニズムのもと設立された母子保健作業部会により、母子保健プログラムと予防接種事業が統合され、母子保健プログラムのパッ

ケージ化が促進されたが、現在は、上記作業部会に、さらに栄養対策が加わることにより、母子保健対策においてより包括的な取り組みが促進されてきている。母子保健サービスのパッケージ化の流れは、作業部会により、保健省と開発パートナーが協働で策定した母子保健統合サービス戦略・計画(2009-2015)にも見ることができる。同戦略においては、妊娠前、妊娠中、出産、産後、新生児、小児の一連のプロセスにおいて、継続ケアを基本に据え、母子の死亡率低下に効果的なサービスパッケージの標準化を打ち出している。さらに同作業部会が中心となり、母子保健対策の鍵となる助産専門技能者の養成計画をまとめた助産専門技能者開発計画(2009-2012)も策定され、地域助産師の育成が進められている。

保健サービスへのアクセスにおける地域間格差については、母子保健作業部会に参加する全ての関係機関は、地域別役割分担を決め、取り組む課題、対象地域の偏りをなくし、ユニバーサルアクセスに向けた取り組みを強化している。さらに、サービスへの経済的アクセスの改善という観点では、ラオス政府は、妊産婦の分娩無料化政策および5歳未満児の入院費無料化政策を打ち出し、保健セクターの重要課題の中でも特に優先度の高い母子保健対策に予算を配分している。

## 7.2 日本の協力の可能性

以上を踏まえ、今後の日本の協力の可能性として、以下の分野における支援が考えられる。

### (1) 医療サービスへのアクセス改善

医療サービスへのユニバーサルアクセスの実現には、上述のとおり、保健サービスへの地理的アクセスの課題を解消する必要がある。道路等のインフラが整備されることにより、既存の保健施設へのアクセス手段が確保され、患者搬送にかかる時間も大幅に短縮されると考えられる。

また、特にサービスが届きにくい遠隔地において、サービス供給ポストを増やす必要がある。ラオスでは、保健センターの数が増加しているが、量だけではなく、適切な医療サービスの提供という質の面でも充足させていく必要がある。日本は、一般無償資金協力による保健センターの設置とあわせ、設置地区を重点的に、技術協力、ボランティア派遣、機材供与など、様々なスキームを連携し、保健センターにおける予防接種や産前・産後検診の提供を強化、保健ボランティア等、保健人材の育成を通じ、アウトリーチサービスの拡充をはかることにより、基礎保健サービスの提供体制強化に資する包括的な協力が可能である。

また体制強化にあたっては、コミュニティとの連携を強化し、保健教育や啓発活動、患者搬送において、コミュニティ内でのネットワークを構築し、緊急時の迅速な対応につなげることが重要となる。特に、啓発活動については、妊産婦の分娩無料化政策、健康保険が、妊産婦のサービス利用、ひいては妊産婦死亡率低下に直結することから、コミュニティを積極的に活用し、サービスの利用促進、健康保険加入の意義、コンセプトの周知徹底をはかることが効果的と思われる。一方で、上記分娩無料化政策や健康保険の財源の大半をドナーに頼っているのが現状で、多くの地域ではまだ無料化に至っていない。日本が、例えば、資金力のある他の開発パートナーとの連携により、貧困層や女性などの社会的弱者層を対象とした基金の創設、優遇措置の実施等を支援の対象として検討することは、ユニバーサルカバレッジに向けた動きにつながるものと思料する。

2020年の国民皆保険を目指しながら、いまだ4制度合わせた加入率が10%台にとどまっている健康保険について、政府は複数の制度が混在する現行制度を見直して一つの制度に集約すると表明している。国

民皆保険の実現には、国民の大半を占めるインフォーマルセクターの加入率を引き上げることが重要な鍵となると考えられ、日本は、この健康保険制度の整備・改善に資する協力において、隣国タイ等の実績を活かすことが可能である。

## (2) プライマリヘルスケア(PHC)サービス供給体制の強化

### 1) 地方における保健人材開発支援

先述のとおり、ラオスにおいては、都市部に偏在する医療人材を地方に配置することが、患者の医療アクセス改善には不可欠である。日本は、医師養成に関して、「セタティラート大学病院医学教育研究機能強化プロジェクト」を通じて、医学部学生の臨床実習および卒業研修の支援実績がある。教育病院であるセタティラート病院での支援を通じて、中央レベルで培った経験・知見を、今後、教育病院として研修生を受けいれている県病院への支援により、県レベルまで裨益させることは、医療人材育成の裾野を広げ、人員増加に資するもので、ひいては患者の医療アクセス改善につながり、公平性の観点からも意義が高い。

また保健人材の配置については、上述したとおり、ラオスでは需給バランスに基づく適切な配置ができていない。5章で述べたとおり、現在、保健省組織人材局を中心に、保健人材情報マネジメントシステム（HPIMS）を開発中であるが、より人材不足が深刻な県や郡レベルにおいて、人材情報マネジメントの整備を支援することは、ラオスの人材開発計画に有効と思われる。

### 2) 地方レベルの保健行政能力強化

日本は、保健省を対象とした「保健セクター事業調整能力強化」「保健セクター事業調整能力強化フェーズ2」を通じて、中央レベルで事業調整メカニズムの構築に貢献してきた。事業調整メカニズムは、地方レベルでも必要であり、リーダーシップやコミュニケーション能力など基礎的マネジメント能力のほか、財政管理や、モニタリング、評価など、事業管理にかかる能力強化が必要である。日本が上述の実績を活かし、地方レベルで、医療人材を下支えする行政官のマネジメント能力を強化することで、限られたリソースでも、医療サービスの質は、改善の余地があると思われる。

## 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(ラオス人民民主共和国)

| 国名:ラオス人民民主共和国 (Lao People's Democratic Republic) |                   |                      |   | 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           | 4,192,414 | 5,317,060 | 6,201,000   | 2010             | 1,961,558,757 | (2010) | East Asia & Pacific (developing only) |                 |
|  |                   | 0.1.02               | 人口増加率(直近10年間の平均)  | Population growth (annual %)   |   | WDI           | 2.8       | 1.8       | 1.4         | 2010             | 0.7           | (2010) | East Asia & Pacific (developing only) |                 |
|  |                   | 0.1.03               | 出生時平均余命   | Life expectancy at birth, total (years)  |   | WDI           | 54.3      | 61.4      | 67.1        | 2010             | 72.2          | (2010) | East Asia & Pacific (developing only) |                 |
|  |                   | 0.1.04               | 粗出生率  | Birth rate, crude (per 1,000 people)   |   | WDI           | 41.6      | 30.5      | 22.8        | 2010             | 14.2          | (2010) | East Asia & Pacific (developing only) |                 |
|  |                   | 0.1.05               | 粗死亡率  | Death rate, crude (per 1,000 people)   |   | WDI           | 13.2      | 8.6       | 6.3         | 2010             | 7.0           | (2010) | East Asia & Pacific (developing only) |                 |
|  |                   | 0.1.06               | 都市人口率   | Urban population (% of total)  |   | WDI           | 15.4      | 22.0      | 33.2        | 2010             | 46.0          | (2010) | East Asia & Pacific (developing only) |                 |
|  | 0.2 経済・開発状況       | 0.2.01               | 一人あたり国民総所得  | GNI per capita, Atlas method (current US\$)  |   | WDI           | 200       | 280       | 1040        | 2010             | 3,695.8       | (2010) | East Asia & Pacific (developing only) |                 |
|  |                   | 0.2.02               | 経済成長率   | GNI growth (annual %)  |   | WDI           |           | 4.7       | 5.1         | 2010             | 10.0          | (2010) | East Asia & Pacific (developing only) |                 |
|  |                   | 0.2.03               | 初等教育就学率   | Total enrollment, primary (% net)  | 2.1   | WDI           | 66.6      | 78.1      | 89.0        | 2008             | 94.4          | (2007) | East Asia & Pacific (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           | 79.3      | 85.3      | 90.5        | 2008             | 101.1         | (2009) | East Asia & Pacific (developing only) |                 |
|  |                   | 0.2.05               | 成人識字率   | Literacy rate, adult total (% of people ages 15 and above)   |   | WDI           |           | 69.6      | 72.7        | 2005             | 93.5          | (2009) | East Asia & Pacific (developing only) |                 |
|  |                   | 0.2.06               | 人間開発指標  | Human Development Index  |   | HDR           | 0.24      | 0.49      | 0.52        | 2011             | 0.67          | (2011) | East Asia and the                     |                 |
|  |                   | 0.2.07               | 人間開発指標の順位   | Human Development Index (rank)   |   | HDR           | 129/160   | 143/173   | 138 / 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           |           |           | 9.0         | 2008             | 3.4           | (2008) | East Asia & Pacific (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     |           | 45        | 67          | 2010             | 89.9          | (2010) | East Asia & Pacific (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     |           | 26        | 63          | 2010             | 65.6          | (2010) | East Asia & Pacific (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       |           |             | 376              | 2008          | 74     | (2008)                                | Western Pacific |
|  |                   |                      | 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       |           |             | 771              | 2008          | 534    | (2008)                                | Western Pacific |
| 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           |           |           | 107         | 2008             | 64            | (2008) | Western Pacific                       |                 |
| 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     |           |           | 41.3        | 2008             | 13.4          | (2008) | East Asia & Pacific (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     |           |           | 48.3        | 2008             | 76.3          | (2008) | East Asia & Pacific (developing only) |                 |
| 1.1.06   |                   |                      | 負傷で死亡する率  | Cause of death, by injury (% of total)   |   | HNP Stats     |           |           | 10.4        | 2008             | 10.3          | (2008) | East Asia & Pacific (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           |           |           | 58          | 2008             | 19            | (2008) | Western Pacific                       |                 |
| 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           |           |           | 28          | 2008             | 63            | (2008) | Western Pacific                       |                 |
| 1.1.09   |                   |                      | 負傷による余命損失   | Distribution of years of life lost by broader causes (%) - Injuries  |   | GHO           |           |           | 13          | 2008             | 18            | (2008) | Western Pacific                       |                 |
| 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          | 1200      | 790       | 580         | 2008             | 88.7          | (2008) | East Asia & Pacific (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          |           | 53.4      | 33.6        | 2010             | 18.8          | (2010) | East Asia & Pacific (developing only) |                 |
|  |                   | 1.2.03               | 5歳未満児死亡率  | Mortality rate, under-5 (per 1,000)  | 4.1   | MDGs          | 144.8     | 88.1      | 53.8        | 2010             | 24.3          | (2010) | East Asia & Pacific (developing only) |                 |
|  |                   | 1.2.04               | 乳児死亡率   | Mortality rate, infant (per 1,000 live births)   | 4.2   | MDGs          | 100.3     | 64.4      | 42.1        | 2010             | 19.9          | (2010) | East Asia & Pacific (developing only) |                 |
|  |                   | 1.2.05               | 低体重児出生率   | Low-birthweight babies (% of births)   |   | HNP Stats     |           | 14.3      | 10.8        | 2006             | 6.4           | (2010) | East Asia & Pacific (developing only) |                 |
|  |                   | 1.2.06               | 合計特殊出生率   | Fertility rate, total (birth per woman)  |   | HNP Stats     | 6.2       | 4.2       | 2.7         | 2010             | 1.8           | (2010) | East Asia & Pacific (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          |           |           | 0.1         | 2009             |               |        |                                       |                 |
|  |                   |                      | 15-24歳のHIV感染率(女性)   | b) Prevalence of HIV, female (% ages 15-24)  | 6.1   | MDGs          |           |           | 0.2         | 2009             |               |        |                                       |                 |
|  |                   | 1.3.02               | マラリア有病率   | Notified cases of malaria per 100,000 population   | 6.6   | MDGs Database |           |           | 327         | 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 |           |           | 1           | 2008             | 6             | (2009) | South-Eastern Asia                    |                 |
|  |                   |                      |   | b) Malaria death rate per 100,000 population, ages 0-4   | 6.6   | MDGs Database |           |           | 0           | 2008             | 18            | (2009) | South-Eastern Asia                    |                 |
|  |                   | 1.3.04               | 結核有病率   | Tuberculosis prevalence rate per 100,000 population (mid-point)  | 6.9   | MDGs Database | 157       | 152       | 130         | 2010             | 344           | (2009) | South-Eastern Asia                    |                 |
|  |                   | 1.3.05               | 結核罹患率   | Incidence of tuberculosis (per 100,000 people)   | 6.9   | MDGs          | 88        | 85        | 90          | 2010             | 123           | (2010) | East Asia & Pacific (developing only) |                 |
|  |                   | 1.3.06               | 結核による死亡率  | Tuberculosis death rate (per 100,000 people)   | 6.9   | MDGs          | 16        | 16        | 11          | 2010             | 12            | (2010) | East Asia & Pacific (developing only) |                 |
|  |                   | 1.3.07               | 15-49歳の推定HIV感染率   | Prevalence of HIV, total (% of population ages 15-49)  |   | HNP Stats     | 0.1       | 0.1       | 0.2         | 2009             | 0.2           | (2009) | East Asia & Pacific (developing only) |                 |
|  |                   | 1.3.08               | AIDSによる推定死亡数  | AIDS estimated deaths (UNAIDS estimates)   |   | HNP Stats     | 100       | 100       | 200         | 2009             |               |        |                                       |                 |
| 1.3.09   |                   | HIV新規感染率             | HIV incidence rate, 15-49 years old, percentage (mid-point) |  | MDGs Database   |               |           |           |             |                  |               |        |                                       |                 |
| 1.3.10   |                   | GFによる優先度スコア(HIV)     | GFによる優先度スコア(HIV)  | Partial Prioritization Score by the Global Fund (HIV)  |   | GF            |           |           | 4           | 2012             |               |        |                                       |                 |
|  | GFによる優先度スコア(マラリア) |                      | Partial Prioritization Score by the Global Fund (Malaria)   |  | GF  |               |           | 7         | 2012        |                  |               |        |                                       |                 |
|  | GFによる優先度スコア(結核)   |                      | Partial Prioritization Score by the Global Fund (TB)        |  | GF  |               |           | 7         | 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   |               | 17.5      | 7.3       | 2006        |                  |               |        |                                       |                 |
| 2 サービス提供の状況                                      | 2.1 母子保健対策        | 2.1.01               | 助産専門技術者の立会による出産の割合  | Births attended by skilled health personnel, percentage  | 5.2   | MDGs Database |           |           | 20.3        | 2006             | 72.0          | (2009) | South-Eastern Asia                    |                 |
|  |                   | 2.1.02               | 帝王切開率   | Birth by caesarian section(%)  |   | GHO           |           |           | 2           | 2010             | 24.4          | (2011) | Western Pacific                       |                 |
|  |                   | 2.1.03               | 避妊具普及率  | Contraceptive prevalence (% of women ages 15-49)   | 5.3   | MDGs          |           | 32.2      | 38.4        | 2005             | 77.0          | (2010) | East Asia & Pacific (developing only) |                 |
|  |                   | 2.1.04               | 産前健診(1回以上)  | Pregnant women receiving prenatal care (%)   | 5.5   | HNP Stats     |           |           | 71.0        | 2010             | 92.2          | (2010) | East Asia & Pacific (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     |           |           |             |                  |               |        |                                       |                 |
|  |                   | 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 |           | 39.5      | 27          | 2005             | 10.9          | (2008) | South-Eastern Asia                    |                 |
|  |                   | 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     | 32        | 42        | 64          | 2010             | 95            | (2010) | East Asia & Pacific                   |                 |
|  |                   | 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     | 26        | 69        | 72          | 2010             | 97            | (2010) | East Asia & Pacific                   |                 |
|  |                   | 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) | 41  | Childinfo     | 41        | 83        | 81          | 2010             | 96            | (2010) | East Asia & Pacific                   |                 |
|  |                   |                      |   | b) 1-year-old children immunized against: DPT (percentage of infants who received three doses of diphtheria, pertussis and tetanus vaccine)      | 18  | Childinfo     | 18        | 53        | 74          | 2010             | 94            | (2010) | East Asia & Pacific                   |                 |
|  |                   | 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     | 26        | 57        | 76          | 2010             | 96            | (2010) | East Asia & Pacific                   |                 |
|  |                   | 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             | 94            | (2010) | East Asia & Pacific                   |                 |

添付1: 保健分野主要指標(ラオス人民民主共和国)

| 国名:ラオス人民民主共和国 (Lao People's Democratic Republic)                       |                 |  |   | 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 |           |      |        |             |                  |                                       |                                       |                                       |
|  | 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 |           |      |        |             | 24               | (2005-2010)                           | South-Eastern Asia                    |                                       |
|  | 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 |           |      |        |             |                  |                                       |                                       |                                       |
|  | 2.2.06          | 殺虫剤処理済みの蚊帳を使用する5歳未満児の割合                | Use of insecticide-treated bed nets (% of under-5 population)   | 6.7   | HNP Stats     |           | 17.7 | 40.5   | 2006        |                  |                                       |                                       |                                       |
|  | 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 |           | 8.7  | 8.2    | 2006        |                  |                                       |                                       |                                       |
|  | 2.2.08          | DOTSのもとで発見され治療された結核患者の割合               | Tuberculosis treatment success rate under DOTS, percentage  | 6.10  | MDGs Database |           | 77   | 93     | 2008        | 89               | (2008)                                | South-Eastern Asia                    |                                       |
|  | 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          |           |      | 67.0   | 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           |           |      | 10.2   | 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           |           |      | 4.4    | 2010        |                  |                                       |                                       |                                       |
|  | 2.2.12          | HIV検査を受けた妊婦の割合                         | Pregnant women tested for HIV, estimated coverage (%)   |   | GHO           |           |      | 2      | 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 |           |      |        |             |                  |                                       |                                       |                                       |
|  | 2.2.14          | 結核患者発見率                                | Tuberculosis case detection rate (all forms)  |   | HNP Stats     | 50.0      | 49.0 | 72.0   | 2010        | 76               | (2010)                                | East Asia & Pacific (developing only) |                                       |
|  | 2.2.15          | 結核治療成功率                                | Tuberculosis treatment success rate (% of registered cases)   | 6.10  | MDGs          |           | 77.0 | 93.0   | 2009        | 92               | (2009)                                | East Asia & Pacific (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     |           |      | 83.1   | 2010        |                  |                                       |                                       |                                       |
|  | 2.3.02          | ヨード添加塩使用世帯の割合                          | Consumption of iodized salt (% of households)   |   | HNP Stats     |           | 75.4 | 83.8   | 2006        | 85.7             | (2010)                                | East Asia & Pacific (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           |           |      | 16.1   |             | 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           |           |      | 93.7   |             | 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           |           |      | 67.0   |             | 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)   |               | HNP Stats | 0.23 |        | 0.27        | 2005             | 1.2                                   | (2010)                                | East Asia & Pacific (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 |      |        |             |                  | 0.04                                  | (2002)                                | East Asia & Pacific (developing only) |
|  |                 | 3.1.03                                 | 人口10万人あたりの看護師数  | Nurses (per 100,000 people)   |               | HNP Stats |      |        |             |                  | 1                                     | (2001)                                | East Asia & Pacific (developing only) |
|  |                 | 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       |      |        | 0.4         | 1996             | 1                                     | (2007)                                | Western Pacific                       |
|  |                 | 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       |      |        |             |                  | 4.0                                   | (2007)                                | Western Pacific                       |
|  | 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 |      | 3.2    | 4.5         | 2010             | 4.8                                   | (2010)                                | East Asia & Pacific (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 |      | 32.5   | 33.3        | 2010             | 53.4                                  | (2010)                                | East Asia & Pacific (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 |      | 67.5   | 66.7        | 2010             | 46.6                                  | (2010)                                | East Asia & Pacific (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 |      | 91.8   | 76.7        | 2010             | 67.0                                  | (2010)                                | East Asia & Pacific (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 |      | 5.1    | 5.9         | 2010             | 9.3                                   | (2004)                                | East Asia & Pacific (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 |      | 30.3   | 15.1        | 2010             | 0.4                                   | (2010)                                | East Asia & Pacific (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       |      |        | 5.0         | 2010             | 68.6                                  | (2009)                                | Western Pacific                       |
|  |                 | 3.2.08                                 | 一人あたりの保健支出  | a) Health expenditure per capita (current US\$)   |               | HNP Stats |      | 10.2   | 46.2        | 2010             | 182.8                                 | (2010)                                | East Asia & Pacific (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           |           |      | 15     | 2010        | 614              | (2009)                                | Western Pacific                       |                                       |
|  | 3.2.09          | 一人あたりの公的保健支出                           | c) Per capita government expenditure on health at average exchange rate (US\$)  |   | GHO           |           |      | 97     | 2010        | 361              | (2009)                                | Western Pacific                       |                                       |
|  | 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   | 2.6           |           | 0.7  | 2010   | 3.9         | (2009)           | East Asia & Pacific (developing only) |                                       |                                       |

WDI: World Development Indicators & Global Development Finance (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>) (Accessed 06/2012)

HDR: Human Development Reports (<http://hdr.undp.org/>) (Accessed 06/2012)

HNP Stats: Health Nutrition and Population Statistics (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>) (Accessed 06/2012)

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 06/2012)

GHO: Global Health Observatory Country Statistics (<http://www.who.int/gho/countries/en/>) (Accessed 06/2012)

GHO: Global Health Observatory Repository (<http://apps.who.int/ghodata/>) (Accessed 06/2012)

MDGs: Millennium Development Goals (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>) (Accessed 06/2012)

MDG database: Millennium Development Goals Indicators (<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/>) (Accessed 06/2012). Regional data is available on The Millennium Development Goals Report Statistical Annex 2011 (United Nations).

Childinfo: Childinfo UNICEF (<http://www.childinfo.org/>) (Accessed 06/2012)

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 (ラオス人民民主共和国)

| 引用番号 | 資料名  | 発行元   | URL など  | 発行年  |
|------|--|---|---|------|
| 1    | 外務省.ラオス人民民主共和国   | 外務省   | <a href="http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/lao/">http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/lao/</a>   |      |
| 2    | World Development Indicators (WDI) and the Global Development Finance (GDF) databases                                | World Data Bank   | <a href="http://databank.worldbank.org/ddp/home.do?Step=2&amp;id=4&amp;DisplayAggregation=N&amp;SdmxSupported=Y&amp;CNO=2&amp;SET_BRANDING=YES">http://databank.worldbank.org/ddp/home.do?Step=2&amp;id=4&amp;DisplayAggregation=N&amp;SdmxSupported=Y&amp;CNO=2&amp;SET_BRANDING=YES</a>               |      |
| 3    | Human Development Report 2011  | UNDP  | <a href="http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2011/">http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2011/</a>   |      |
| 4    | National Statistics Center of the Lao PDR (ホームページ)   |   | <a href="http://www.nsc.gov.la/">http://www.nsc.gov.la/</a>   |      |
| 5    | MDG Progress Report Lao PDR 2008   | UNDP  | <a href="http://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/english/MDG%20Country%20Reports/Lao%20Peoples%20Democratic%20Republic/MDG%202008%20Full.pdf">http://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/english/MDG%20Country%20Reports/Lao%20Peoples%20Democratic%20Republic/MDG%202008%20Full.pdf</a> |      |
| 6    | 外務省.国別データブック(ラオス)  | 外務省   | <a href="http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryo/kuni/11_databook/pdfs/01-11.pdf">http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryo/kuni/11_databook/pdfs/01-11.pdf</a>   |      |
| 7    | Health Strategy up to the Year 2020  | Ministry of Health  |   | 2000 |
| 8    | The VII <sup>th</sup> Five-Year Health Sector Development Plan(2011-2015)  | Ministry of Health  | <a href="http://www.wpro.who.int/health_services/lao_pdr_nationalhealthplan.pdf">http://www.wpro.who.int/health_services/lao_pdr_nationalhealthplan.pdf</a>   | 2011 |
| 9    | Strategy and Planning Framework for the Integrated Package of Maternal, Neonatal and Child Health Services 2009-2015 | Ministry of Health  |   | 2009 |
| 10   | Mortality and burden of disease(Lao People's Democratic Republic   | WHO   | <a href="http://www.who.int/countries/lao/en/">http://www.who.int/countries/lao/en/</a>   |      |
| 11   | Health Nutrition and Population Statistics   | World Bank  | <a href="http://databank.worldbank.org/ddp/home.do">http://databank.worldbank.org/ddp/home.do</a>   |      |
| 12   | Accelerating Progress Towards the MDGs   | The Government of Lao PDR and UNDP                                | <a href="http://www.undplao.org/newsroom/publication/MAF%20Report_Lao%20PDR_September%202010.pdf">http://www.undplao.org/newsroom/publication/MAF%20Report_Lao%20PDR_September%202010.pdf</a>   | 2010 |
| 13   | Global Health Observatory  | WHO   | <a href="http://apps.who.int/ghodata/">http://apps.who.int/ghodata/</a>   |      |
| 14   | Millennium Development Goals Indicators  | United Nations  | <a href="http://mdgs.un.org/unsd/mdg/data.aspx">http://mdgs.un.org/unsd/mdg/data.aspx</a>   |      |
| 15   | Lao Reproductive Health Survey 2005  | Committee for Planning and Investment, National Statistics Center | <a href="http://countryoffice.unfpa.org/lao/drive/LAOREPRODUCTIVEHEALTHSURVEY.pdf">http://countryoffice.unfpa.org/lao/drive/LAOREPRODUCTIVEHEALTHSURVEY.pdf</a>   | 2007 |
| 16   | 世界子供白書 2011  | UNICEF  | <a href="http://www.unicef.or.jp/library/pdf/haku2011.pdf">http://www.unicef.or.jp/library/pdf/haku2011.pdf</a>   | 2011 |
| 17   | Lao PDR UNGASS 2010 Country Progress Report  | National Committee for the Control of AIDS                        | <a href="http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2010countries/laos_2010_country_progress_report_en.pdf">http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2010countries/laos_2010_country_progress_report_en.pdf</a>                 | 2010 |
| 18   | WHO Report 2011. Global Tuberculosis Control   | WHO   | <a href="http://www.who.int/tb/publications/global_report/2011/gtbr11_full.pdf">http://www.who.int/tb/publications/global_report/2011/gtbr11_full.pdf</a>   | 2011 |
| 19   | World Malaria Report 2010  | WHO   | <a href="http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564106_eng.pdf">http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564106_eng.pdf</a>   | 2010 |
| 20   | Tracking progress on child and maternal nutrition  | UNICEF  |   | 2009 |
| 21   | National Nutrition Policy  | Ministry of Health  | <a href="http://foodsecuritylink.net/laopdr/index.php?option=com_remository&amp;Itemid=13&amp;func=startdown&amp;id=23">http://foodsecuritylink.net/laopdr/index.php?option=com_remository&amp;Itemid=13&amp;func=startdown&amp;id=23</a>   | 2008 |
| 22   | Childinfo  | UNICEF  | <a href="http://www.childinfo.org/">http://www.childinfo.org/</a>   |      |

## 添付 2 : 参考文献リスト (ラオス人民民主共和国)

| 引用番号 | 資料名  | 発行元   | URL など  | 発行年  |
|------|--|---|---|------|
| 23   | National Health Statistics Report FY2009-2010  | Ministry of Health  |   | 2010 |
| 24   | Noncommunicable Diseases in the Western Pacific Region: A Profile  | WPRO  | <a href="http://www.wpro.who.int/noncommunicable_diseases/documents/ncd_in_the_wpr.pdf">http://www.wpro.who.int/noncommunicable_diseases/documents/ncd_in_the_wpr.pdf</a>   | 2012 |
| 25   | Lao People's Democratic Republic country profile 2011  | WPRO  | <a href="http://www.wpro.who.int/countries/lao/en/index.html">http://www.wpro.who.int/countries/lao/en/index.html</a>   |      |
| 26   | ラオス保健セクター分析ペーパー  | JICA ラオス事務所   |   | 2009 |
| 27   | Skilled Birth Attendance Development Plan Lao PDR 2008-2012  | Ministry of Health  | <a href="http://countryoffice.unfpa.org/lao/dri ve/SBAplan2ndEdition_English.pdf">http://countryoffice.unfpa.org/lao/dri ve/SBAplan2ndEdition_English.pdf</a>   | 2009 |
| 28   | National Strategy and Action Plan on HIV/AIDS/STI 2011-2015  | Ministry of Health, National Committee for the Control of AIDS                              | <a href="http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/search/resources/Lao_PDR_NSAP_2011_15_English_Final.pdf">http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/search/resources/Lao_PDR_NSAP_2011_15_English_Final.pdf</a>   | 2010 |
| 29   | National Strategy for Malaria Control and Pre-Elimination 2011-2015  | Ministry of Health  |   | 2010 |
| 30   | Country Partnership Strategy for Lao Peoples Democratic Republic for the Period FY12-FY16                          | The World Bank  | <a href="http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2012/02/16/000333037_20120216000625/Rendered/PDF/666920CAS0P1200Official0use0only090.pdf">http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2012/02/16/000333037_20120216000625/Rendered/PDF/666920CAS0P1200Official0use0only090.pdf</a> | 2012 |
| 31   | Report on STEPS Survey on Non Communicable Diseases. Risk Factors in Vientiane Capital city, Lao PDR               | WHO   | <a href="http://www.who.int/chp/steps/2008_STEPS_Report_Laos.pdf">http://www.who.int/chp/steps/2008_STEPS_Report_Laos.pdf</a>   | 2010 |
| 32   | Health Personnel Development Strategy by 2020  | Ministry of Health  | <a href="http://api.ning.com/files/1YAoDb-bIeJ-cR1vM7cM6mf3SD5Zz0aBuLiG3Lqkn2s0yZPoF7eljCucXsqcEEmW6mMzUMB9RioLIXNUy8eKeqqqYDWDmN/11.201140HPDS9Aug11.pdf">http://api.ning.com/files/1YAoDb-bIeJ-cR1vM7cM6mf3SD5Zz0aBuLiG3Lqkn2s0yZPoF7eljCucXsqcEEmW6mMzUMB9RioLIXNUy8eKeqqqYDWDmN/11.201140HPDS9Aug11.pdf</a>                               | 2011 |
| 33   | Human Resource for Health in Maternal, Newborn and Child Health, A Profile of Lao PDR                              | Human Resource for Health Knowledge Hub, University of New South Wales and Burnet Institute | <a href="http://www.hrhhub.unsw.edu.au/HRHweb.nsf/resources/MNRH_LaoPDR_Web.pdf/\$file/MNRH_LaoPDR_Web.pdf">http://www.hrhhub.unsw.edu.au/HRHweb.nsf/resources/MNRH_LaoPDR_Web.pdf/\$file/MNRH_LaoPDR_Web.pdf</a>   | 2011 |
| 34   | ラオスの保健システム   | 野田信一郎, 独立行政法人国立国際医療研究センター   |   | 2010 |
| 35   | ラオス人民民主共和国セタティラート大学病院医学教育研究機能強化プロジェクト終了時評価調査報告書  | JICA  |   | 2010 |
| 36   | Improving rural retention of health workers in Lao People's Democratic Republic: Technical workshop meeting report | WHO   | <a href="http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_HSS_HRH_HMR_2011.3_eng.pdf">http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_HSS_HRH_HMR_2011.3_eng.pdf</a>   | 2011 |
| 37   | Capacity Plus, Costing of Incentives to Attract and Retain Rural Health Workers in Lao PDR                         | Ministry of Health, WHO, USAID  |   | 2012 |
| 38   | Global Health Expenditure Database, Lao PDR  | WHO   | <a href="http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&amp;COUNTRYKEY=84647">http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&amp;COUNTRYKEY=84647</a>   |      |

## 添付 2 : 参考文献リスト (ラオス人民民主共和国)

| 引用<br>番号 | 資料名   | 発行元                    | URL など  | 発行年                    |
|----------|---|------------------------|---|------------------------|
| 39       | Health Financing Strategy, Lao PDR 2011-2015  | Ministry of Health     |   | 2011                   |
| 40       | ラオス国保健セクター基礎情報収集・確認調査現地調査報告書(ドラフト)  | JICA                   |   | 2012                   |
| 41       | 保健セクター国別情報シート   | JICA                   |   |                        |
| 42       | WHO Country Cooperation Strategy for the Lao People's Democratic Republic 2012-2015   | WHO                    | <a href="http://www.who.int/countryfocus/operation_strategy/ccs_lao_en.pdf">http://www.who.int/countryfocus/operation_strategy/ccs_lao_en.pdf</a>   | 2011                   |
| 43       | Summary Results Matrix: Government of Lao PDR – UNICEF Country Programme, 2012 – 2015 | UNICEF                 | <a href="http://www.unicef.org/about/execboard/files/Lao_PDR_results_matrix_March_11_correction_28_April.pdf">http://www.unicef.org/about/execboard/files/Lao_PDR_results_matrix_March_11_correction_28_April.pdf</a> |                        |
| 44       | Country Partnership Strategy Lao People's Democratic Republic 2012-2016               | Asian Development Bank | <a href="http://www.adb.org/sites/default/files/cps-lao-2012-2016.pdf">http://www.adb.org/sites/default/files/cps-lao-2012-2016.pdf</a>   |                        |
| 45       | Country Grant Portfolio   | GFATM                  | <a href="http://portfolio.theglobalfund.org/en/Country/Index/LAO">http://portfolio.theglobalfund.org/en/Country/Index/LAO</a>   | updated on 16 May 2012 |
| 46       | 対ラオス人民民主共和国 国別援助方針  | 外務省                    | <a href="http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/seisaku/hoshin/pdfs/laos.pdf">http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/seisaku/hoshin/pdfs/laos.pdf</a>   | 2012                   |