

# 保健セクター情報収集・確認調査

## パキスタン・イスラム共和国 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
12-129

# 保健セクター情報収集・確認調査

## パキスタン・イスラム共和国 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 パキスタン・ルピー=0.842 円

(2012 年 7 月 JICA 精算レート)

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

## はじめに

### <本調査の背景>

途上国における保健セクターを取り巻く環境は、2000年に入って大きく変化してきている。各途上国のミレニアム開発目標（MDGs）達成に向かって、「マクロ経済と健康<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国別分析ペーパー（Analytical Work）の作成を進めており、JICAの協力のより明確な方向性を示して行こうとしている。本調査は、このセクター分析に貢献するものとの位置づけである。これまでも、JICAは、特定の国の特定の課題を中心に分析し協力内容を進めてきたが、これまでの同セクター情報は既存の協力案件の周辺情報に特化する傾向があるため、改めてより一層の幅広い情報を収集する機会が必要であると認識された。

### <本調査の目的>

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

### <報告書の構成>

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

<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
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome	後天性免疫不全症候群
ART	Anti-retroviral Therapy	抗レトロウイルス療法
BCC	Behavior Change Communication	行動変容のためのコミュニケーション
BCG	Bacille Calmette Guerin	カルメット-ゲラン菌
BHU	Basic Health Unit	基本保健ユニット
CDA	Capital Development Authority	首都開発庁
CHBC	Community and Home-Based Care	コミュニティおよび家庭でのケア
CW&S	Central Warehouse & Supplies	中央保管・供給倉庫
DEWS	Disease Early Warning System	疾病早期警告システム
DFID	Department for International Development	英国国際開発省
DHIS	District Health Information System	県保健情報システム
DOTS	Directly Observed Therapy Short-course	直接監視下における短期化学療法
DPT	Diphtheria, Pertussis, Tetanus	ジフテリア・百日せき・破傷風 (混合ワクチン)
EPI	Expanded Programme on Immunization	予防接種拡大計画
FATA	Federally Administered Tribal Areas	連邦直轄部族地域
FEG	Framework for Economic Growth	経済成長枠組み
GDP	Gross Domestic Products	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
GNI	Gross National Income	国民総収入
HIS	Health Information System	保健情報システム
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウイルス
HMIS	Health Management Information System	保健管理情報システム
Hib	Haemophilus influenzae type B	インフルエンザ B 型
IDU	Injecting Drug User	注射による薬物使用者
ITN	Insecticide-Treated Mosquito Net	殺虫剤処理済蚊帳
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人国際協力機構
LHV	Lady Health Visitor	女性保健訪問員
LHW	Lady Health Worker	女性保健ワーカー
LMIS	Logistic Management Information System	ロジスティクス管理情報システム
LMO	Lady Medical Officer	女性メディカルオフィサー
MCV	Measles Containing Vaccine	麻疹ワクチン
MDGs	Millennium Development Goals	ミレニアム開発目標
MDR-TB	Multidrug-Resistant Tuberculosis	多剤耐性結核
MNCH	Maternal, Newborn and Child Health	母子・新生児保健

略語	英語	日本語
MO	Medical Officer	メディカルオフィサー
MSD	Medical Store Depot	医療倉庫（医療調達担当）部
NCD	Noncommunicable Disease	非感染性疾患
NGO	Non-governmental Organization	非政府組織
NHIRC	National Health Information Resource Center	国立保健情報資源センター
NIH	National Institute of Health	国立衛生研究所
NSF	National Strategic Framework	国家戦略枠組み
PAEC	Pakistan Atomic Energy Commission	パキスタン原子力委員会
PDHS	Pakistan Demographic and Health Survey	パキスタン人口保健調査
PHC	Primary Health Care	プライマリヘルスケア
PPP	Purchasing Power Parity	購買力平価税
PRSP	Poverty Reduction Strategy Paper	貧困削減戦略文書
PRSP-II	Poverty Reduction Strategy Paper II	第二次貧困削減戦略文書
TBA	Traditional Birth Attendant	伝統的産婆
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
USAID	United States Agency for International Development	米国国際開発庁
WHO	World Health Organization	世界保健機関



出典： <http://www.freemap.jp/blankmap/> (2012年7月1日アクセス) より調査団作成

パキスタン・イスラム共和国

## 要約

1. パキスタン・イスラム共和国（以下、パキスタン）は、2008年の経済の停滞と2010年の大洪水の影響により経済復興や貧困削減への動きは停滞している。2010年の第18次憲法改正により大統領の権限が大幅に縮小されるとともに行政改革が始まり、連邦保健省は2011年6月に解体された。保健セクターの計画立案、サービス提供などの権限は州政府に移管され、その他の連邦レベルの役割については複数の省庁に分散して移転された。国家レベルで調整が必要な課題別プログラムに関しては州間調整省下に設置されている。
2. 長期開発計画として「Vision 2030」があり、保健セクターは優先課題と位置付けられ、特に基礎保健サービスや母子保健への投入が強調されている。2008年に策定された「第二次貧困削減戦略文書（PRSP-II）」では保健セクターは9つの柱の一つとされ、母子保健の改善、ポリオの撲滅、結核やB型肝炎の予防、必須サービスパッケージの最貧層への提供などが目標として掲げられている。2011/12年から2015/16年の計画を示す経済成長枠組み（FEG）においても、母子保健と感染症が重点分野とされるとともに、保健財源の確保を目指すとしている。2012/13年の年次開発計画は、FEGに沿って策定されており、成果重視型マネジメントの導入などが掲げられている。保健セクターについては、母子保健、感染症のほかに、保健セクター改革や社会保険の創設などが盛り込まれている。
3. パキスタンにおける全死亡の46%を非感染性疾患が占めており、疾病構造の転換が起ころつつある。その前段として、現在、疾病の二重負担を負っている状況であることが示唆される。ミレニアム開発目標（MDGs）については、その多くが、事実上達成が困難な見通しとなっている。この背景には、貧困や低い教育レベル、都市化など多くの社会経済状況があると考えられるとともに非効率な保健システムが根底にあると分析されている。妊産婦死亡率は南アジア地域<sup>6</sup>ではアフガニスタンに次ぐ高さである。子どもの死亡率は改善の傾向を示しているが、MDGsの達成は厳しい状況である。マラリアについては、ほぼ全土が発生地域となっており、患者数は横ばい状態である。HIV/エイズについては、注射による薬物使用者（IDU）におけるHIV感染率が圧倒的に高い。結核は「直接監視下における短期化学療法（DOTS）」カバー率100%を達成し、有病率、死亡率ともに2000年以降低下している。ポリオについては、世界で3カ国のみとなった常在国の一つとなっている。栄養状態は1985年以降あまり改善されておらず、妊婦の栄養不良が低体重出生の大きな原因となっている。
4. 母子保健、感染症分野ともにMDGsの達成を最優先課題としており、特にコミュニティレベルにおける介入を強化している。母子保健では、予防接種拡大計画（EPI）の推進や家族計画およびプライマリヘルスケアの拡充のための女性保健ワーカー（LHW）の増員と共にコミュニティ動員の役割を担わせ、さらにLHW・女性保健訪問員（LHV）・コミュニティ助産師の3人材のネットワーク強化などを目指しているが、産前健診の4回以上受診率や医療従事者による分娩介助率の改善は進んでいない。予防接種率は全体としては徐々に向上しているが、農村部と都市部、あるいは世帯の経

<sup>6</sup> 世界銀行およびユニセフの地域区分（アフガニスタン、バングラデシュ、ブータン、インド、モルディブ、ネパール、パキスタン、スリランカ）



済状況によって格差がある。

マラリア対策は、主に予防と早期診断・治療に重点を置いているほか、官民連携による対策体制の構築を目指しているが、蚊帳の普及はなかなか進んでいない。HIV/エイズ対策については、より高いリスクにさらされている重要な人々<sup>7</sup>とそのパートナーや子どもを優先対象グループとした予防の強化と感染者に対する治療のカバー率向上を目指しているが、検査や治療などができる保健施設が非常に少ない。

結核については、患者発見率、DOTSのカバー率、治療成功率などが向上してきており、今後は官民連携や他セクターとの協調、モニタリング評価体制の構築などの課題に取り組むとしている。B型、C型肝炎については首相プログラムが実施されていたが、地方分権化に伴い廃止された。非感染性疾患については目立った取り組みは行われていない。

5. パキスタンでは、保健サービスの70%が民間セクターによって提供されているが、政府による実態把握や監督が行き届いておらず、特に治療の質に関して懸念が指摘されている。保健人材は熟練した人材の絶対数の不足と偏在により危機的状況にあるとされており、特に看護師不足は深刻である。国、州、いずれのレベルにも保健人材開発を管轄する部署がなく、国家としての長期的かつ明確な人材開発戦略を策定できていない。保健情報は、施設ベースで収集されたデータを県で入力して州がとりまとめているが、現在使用されている県保健情報システム（DHIS）と旧システムが混在しているなど課題も多い。保健財政については、ドナー等からの資金の割合が15%程度となっており、民間セクターの利用の増加に伴い個人負担も増加しているなど、ドナーや民間への依存度が高くなっている。公的セクターの安定財源の確保と増加のために、政府独自の財源の確保が課題であると考えられる。また、地方分権化による予算配分や執行のシステム、政策において掲げられた官民連携については、今後さらに情報収集が必要である。
6. 保健セクターにおけるドナー会議は月1回開催されており、国連機関は共通プログラムを策定するなどの調整が行われている。母子保健、保健システム強化等への支援が多くなっている。日本は、保健セクターへの支援を人間の安全保障の確立と社会基盤の改善のための支援と位置付けており、ポリオ撲滅や保健システムの強化などへの支援を行っている。なお、ポリオ撲滅については、ゲイツ財団と連携した円借款も供与している。
7. 日本としては、基礎的保健医療サービスの改善のための支援を強化するとともに、地方分権化以降の保健サービス提供体制や保健システムの強化への支援や、円借款を供与した経験を活用した、新しい支援の方向性を検討することも有用と考えられる。

<sup>7</sup> 従来使用されてきた「ハイリスクグループ」を「より高いリスクにさらされている重要な人々」と正確に表記した（「UNAIDS terminology guideline（対訳）」（[http://api-net.jfap.or.jp/status/pdf/2009\\_unaids\\_tg.pdf](http://api-net.jfap.or.jp/status/pdf/2009_unaids_tg.pdf)）に基づく）。

保健セクター情報収集・確認調査  
保健セクター分析報告書

パキスタン・イスラム共和国

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	保健セクターの開発計画 .....	2-3
第3章	国民の健康状態 .....	3-1
3.1	概況（疾病構造） .....	3-1
3.2	母子の健康状態 .....	3-2
3.2.1	母親の健康 .....	3-2
3.2.2	子どもの健康 .....	3-2
3.3	感染症の状況 .....	3-4
3.3.1	マラリア .....	3-4
3.3.2	HIV/エイズ .....	3-4
3.3.3	結核 .....	3-5
3.3.4	その他の感染症 .....	3-6
3.4	栄養不良 .....	3-6
3.5	非感染性疾患 .....	3-7
第4章	サービス提供の状況 .....	4-1
4.1	母子保健対策 .....	4-1
4.1.1	政策・戦略 .....	4-1
4.1.2	妊産婦の健康に関わるサービス .....	4-1
4.1.3	家族計画 .....	4-3
4.1.4	子どもの保健サービス .....	4-3
4.2	感染症対策 .....	4-4
4.2.1	マラリア対策 .....	4-4
4.2.2	HIV/エイズ対策 .....	4-5
4.2.3	結核対策 .....	4-6
4.2.4	その他の感染症対策 .....	4-7
4.3	非感染性疾患対策 .....	4-7
第5章	保健システムの状況 .....	5-1
5.1	管理・監督機能（ガバナンス） .....	5-1
5.1.1	地方分権化 .....	5-1
5.1.2	サービス提供体制 .....	5-1
5.2	保健人材 .....	5-2
5.2.1	保健人材の現状 .....	5-2
5.2.2	人材供給体制 .....	5-3
5.3	保健医療情報 .....	5-4

5.4	医療機材・機器 .....	5-4
5.5	医薬品の調達および供給 .....	5-5
5.6	保健財政 .....	5-5
<b>第6章</b>	<b>ドナーの協力状況 .....</b>	<b>6-1</b>
6.1	援助協調の枠組み .....	6-1
6.2	ドナー協力実績 .....	6-1
6.2.1	概況 .....	6-1
6.2.2	主要開発パートナーの支援状況.....	6-2
6.3	日本の協力実績と現状 .....	6-3
6.3.1	対パキスタン協力量針と保健セクターの位置付け.....	6-3
6.3.2	保健セクターにおける日本の協力.....	6-3
<b>第7章</b>	<b>保健セクターにおける優先課題 .....</b>	<b>7-1</b>
7.1	保健セクターにおける優先課題とその背景.....	7-1
7.1.1	健康状態における問題 .....	7-1
7.1.2	問題の背景 .....	7-1
7.1.3	問題に対する政府およびドナーの取り組みと今後の課題.....	7-2
7.2	日本の支援の可能性 .....	7-2

添付資料

添付1：保健分野主要指標

添付2：参考文献リスト

図表目次

図 3-1	死因別死亡割合（全年齢） .....	3-1
図 3-2	妊産婦死亡率の推移 .....	3-2
図 3-3	乳児死亡率、5歳未満児死亡率（推計値）の推移 .....	3-3
図 3-4	5歳未満児の死因（2010） .....	3-3
図 3-5	県ごとのマラリア発生率（確定例）（2009年） .....	3-4
図 3-6	マラリアによる入院数および死亡数（人口10万対）の推移 .....	3-4
図 3-7	HIV感染者数の推移 .....	3-5
図 3-8	エイズによる死亡数の推移 .....	3-5
図 3-9	結核罹患率・有病率の推移（1990-2010年） .....	3-5
図 3-10	5歳未満児の栄養状態 .....	3-6
図 3-11	完全母乳育児の割合（%） .....	3-6
図 3-12	子どものビタミンA摂取の割合 .....	3-7
図 3-13	貧血の割合（2001年） .....	3-7
図 4-1	産前健診 .....	4-2
図 4-2	助産専門技能者の介助による出産の割合 .....	4-2
図 4-3	分娩介助者の比率 .....	4-2
図 4-4	乳児のワクチン接種率の推移 .....	4-3
図 4-5	教育レベルおよび州別のエイズについての包括的な知識をもつ女性の割合 .....	4-6
図 4-6	HIV検査施設数およびARTを受けている女性の数 .....	4-6
図 4-7	DOTS戦略による患者発見率および治療成功率の推移 .....	4-7
図 5-1	保健支出財源の推移 .....	5-6
図 5-2	保健総支出の内訳（2005-06年） .....	5-7
図 7-1	パキスタンの保健セクターにおける課題とその背景 .....	7-1
表 1-1	パキスタンの主要指標 .....	1-1
表 2-1	経済成長枠組み 実施計画における保健・栄養・人口分野の概要 .....	2-2
表 2-2	2012-2013年次開発計画における保健プログラムへの予算配分 .....	2-3
表 3-1	MDGs 4、5、6の達成予測状況 .....	3-1
表 3-2	南アジア地域*諸国との保健指標比較（2010年） .....	3-2
表 3-3	結核の現状（2010年） .....	3-5
表 4-1	国家母子保健政策の進捗状況（2006-2010年） .....	4-1
表 4-2	妊産婦の健康に関するサービスの利用状況 .....	4-3
表 4-3	乳児のワクチン接種率（2010） .....	4-3
表 4-4	マラリア対策の指標の状況 .....	4-4
表 5-1	公的保健医療施設ネットワークの概要 .....	5-2
表 5-2	公的保健医療施設のタイプ別の施設数および病床数 .....	5-2
表 5-3	主要保健人材の数 .....	5-3
表 5-4	公的保健セクターにおける州別の主要保健人材の数 .....	5-3
表 5-5	保健人材養成機関の数 .....	5-4
表 5-6	保健支出に関するデータ：近隣諸国との比較 .....	5-5
表 5-7	連邦政府の歳出予算の推移（百万パキスタンルピー） .....	5-7
表 5-8	連邦政府の歳出予算：一般予算のうちの保健予算の内訳（百万パキスタンルピー） .....	5-7
表 6-1	主要開発パートナーの主な支援分野 .....	6-1
表 6-2	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 6-3	保健セクターにおける日本の支援実績（2005年以降） .....	6-4

## 第1章 一般概況

パキスタン・イスラム共和国（以下、パキスタン）は、アフガニスタン、中国、インドと国境を接し、中東とアジアの接点に位置している。国民の9割以上がイスラム教徒であり、6割以上が農村地域に居住している。農業が主要産業となっているため、国の経済は天候に左右されやすいという脆弱性を有している [1] [2]。

2007年まで順調な経済成長を遂げてきたが、国際石油価格の高騰や内政の混乱などにより2008年には経済成長率が前年の7%から1.2%へと大きく下降した。加えて2010年の大洪水によりインフラをはじめとして社会経済に大きな打撃をこうむり、経済復興や貧困削減への動きは停滞している [3]。表 1-1 にパキスタンの主要な指標を示す。

表 1-1 パキスタンの主要指標

指標	数値	単位	年
人口	173.6	百万人	2010
人口増加率	1.8	%	2010
平均寿命（出生時平均余命）	65.2	年	2010
粗出生率	27.3	人口千対	2010
粗死亡率	7.5	人口千対	2010
一人あたりの国民総収入（GNI）	1,050	米ドル	2010
経済成長率	5.2	%	2010
初等教育純就学率	74.1	%	2010
人間開発指標*（ランク）（187カ国中）	145	位	2011
1日1.25ドル未満で生活する人口の割合	3.49	%	2011

出典：World Bank Development Indicators Online [4], \* : Human Development Report 2011 (UNDP) [5]

2010年の第18次憲法改正により大統領の権限は大幅に縮小されて議院内閣制に移行するとともに、連邦保健省が解体され、保健サービスの提供等は州に移譲され、その他の役割については計画開発省、内閣府、州間調整省、首都管理開発省、経済問題省、内務省などに分散して移管されることが決定された<sup>8</sup> [6]。

行政区分は、4つの州（バロチスタン、パンジャブ、シンド、ハイバル・パフトゥンハー）、4つの連邦直轄区域（連邦直轄部族地域（FATA）、イスラマバード首都圏、アザド・ジャン・カシミール、ギルギット・バルチスタン地域）となっている。

<sup>8</sup> ただし、旧連邦プログラムの実施に関しては第7次予算（National Finance Commission Award）（2010-2011）の期間中までは連邦政府が実施するとしている [6]。

## 第2章 開発政策

### 2.1 国家開発政策

#### (1) Vision 2030

2006年2月に策定された長期開発計画「Vision 2030」では、人口転換による高齢化が進行するなどの変化が予測される2030年のパキスタンにおいて、国および国民の望ましい姿を示し、その実現のために、エネルギー供給、天然資源の有効活用、知力の向上による国際競争力の強化、マクロ経済の成長、社会の安定と国民の生活の向上などを目指している。そのために強調されるべき分野として、教育、司法と治安、統治と管理、行政機構、財政と並んで保健も挙げられ、以下の課題に取り組むとされている [7] [8]。

#### Vision 2030 における保健セクターに関連するテーマ

##### 保健サービスと社会福祉

- 1) 基礎サービス提供における国家の役割の再定義
- 2) 疾病構造の転換への対応
- 3) 社会的保護制度の開発と財源の確保

また、社会的弱者へのサービス提供を確実なものとしてユニバーサルカバレッジを実現させるため、女性保健ワーカー（LHW）やコミュニティ助産師のネットワークを強化するとともに病院における周産期ケアを強化したり、予防接種拡大計画（EPI）の拡充を目指したりするなど、保健セクターにおいては特に母子保健に多くの投入をなしている。

#### (2) 第二次貧困削減戦略文書（PRSP-II）

2008年に策定された「第二次貧困削減戦略文書（PRSP-II）」（2008/09 - 2010/11年<sup>9</sup>）では、以下の9つの柱の「(6) 21世紀に向けた人間開発」に保健セクターも含まれている [9]。

#### 貧困削減戦略文書（PRSP）-IIの9つの柱

- (1) マクロ経済の安定と現実的な成長
- (2) 貧困層と社会的弱者層の保護
- (3) 農業における生産性と付加価値の向上
- (4) 総合エネルギー開発プログラム
- (5) 産業の国際競争力強化
- (6) 21世紀に向けた人間開発
- (7) 官民連携によるインフラストラクチャーのボトルネック解消
- (8) 開発のための資本と財源
- (9) 適正で公正なシステムのためのガバナンス

<sup>9</sup> 会計年度。パキスタンの会計年度が7月1日-（翌年）6月30日であるため。

PRSP-II における保健セクターの目標は以下のとおり。

PRSP-IIにおける保健セクターの目標
(1) さらに 35 万人の子どもの命を救う
(2) さらに 7,000 人の母親の命を救う
(3) ポリオを撲滅する
(4) 150 万人の子どもの栄養不良を予防する
(5) さらに 250 万のカップルに家族計画サービスを提供する
(6) 500 万人の結核を予防する
(7) 1,200 万人の子どもに対して B 型肝炎の予防接種をする
(8) 4,000 万人の最貧層の国民に対して必須サービスパッケージを提供する

### (3) 経済成長枠組み (FEG)

2011 年の経済成長枠組みでは、①ガバナンスと行政改革、②市場競争力、③創造的な都市、④運輸・通信、⑤エネルギー、⑥水、⑦成果重視型マネジメント、⑧保健・栄養・教育、⑨環境と気候変動、の 9 分野における行動計画 [10]、および、2015/16 年度を目標年とした実施計画が示されている。保健・栄養・人口分野の目標は以下のとおり [11]。

表 2-1 経済成長枠組み 実施計画における保健・栄養・人口分野の概要

成果／アウトカム	実施機関
第一次から第三次までの保健サービスを改善し、「全ての人に健康」を実現する	
第一次レベルのケアの強化による乳児死亡率の低下	州間調整省、州 EPI プログラム、州保健局
母子保健サービスの改善による妊産婦死亡率の低下	州保健局
感染症対策による疾病負荷の低減	州保健局
保健人材の能力開発	州保健局、医薬品規制局
家族計画とリプロダクティブヘルスの向上による、合計特殊出生率と人口増加率の抑制	(記載なし)
保健財政を改革し財源を開発する	
貧困層の保健サービスのための社会的保護	連邦政府
加入可能な健康保険、その他財源	州保健局、財務省
食糧安全改革 食糧需給バランスの安定、食事パターンの改善による栄養状態の改善、法規制の改訂、母乳育児の推進、など	計画委員会、州食糧農業局、州保健局、保健財団、民間セクター、科学技術省、国立衛生研究所

出典：Implementation Plan of Framework for Economic Growth, Result Based Management, Planning Commission, May 2012 [11]

### (4) 年次開発計画 (Annual Plan 2012-2013)

FEG に沿って策定されており、生産性の向上と競争力の強化による経済成長促進と公的機関への成果重視型マネジメントの導入などが掲げられている。保健セクターの開発計画は次項に述べる。

## 2.2 保健セクターの開発計画

2009 年保健政策<sup>10</sup>はドラフトが承認されないままで終わり、今後は州が独自の保健政策をたてることとなった。年次開発計画（2012-2013）における保健セクターの優先課題は以下のとおり。

### 年次開発計画（2012-2013）における保健セクターの優先課題

- ・ 緊急産科・新生児ケアを普及・定着させることによる、プライマリヘルスケア、特に母子保健サービスの強化
- ・ 感染症対策および関連プログラムの財源確保
- ・ ドナー（世界保健機関、世界銀行、英国国際開発省など）のリソースの活用
- ・ 社会的弱者に良質で適切な保健サービスを提供するための社会的保護あるいは社会健康保険の創設
- ・ 保健セクター改革（サービス提供体制、診療報酬パッケージ、など）

出典：Annual Plan 2012-2013, Planning Commission, June 2012 [6]

同計画におけるプログラムと予算配分を表 2-2 に示す。プライマリヘルスケアや母子保健に関するプログラムは予算割合が高く、昨年度からさらに増額されている。

表 2-2 2012-2013 年次開発計画における保健プログラムへの予算配分

（単位：百万ルピー）

プログラム	2011/12 予算	2012/13 予算
国家家族計画・プライマリヘルスケアプログラム	8,000	11,000
予防接種拡大計画（EPI）	2,716	2,793
HIV/エイズ対策強化	247	247
国家結核対策プログラム	124	124
ロールバックマラリア対策プログラム	124	124
NIH 国家視覚障害予防対策プログラム	247	247
首相-NIH 肝炎予防対策プログラム	600	684
国家妊産婦・新生児・子どもの健康プログラム	2,281	2,366
NIH 国家鳥インフルエンザ予防対策プログラム	37	37
合計	14,375	17,622

NIH：国立衛生研究所

出典：Annual Plan 2012-2013, Planning Commission, June 2012 [6]

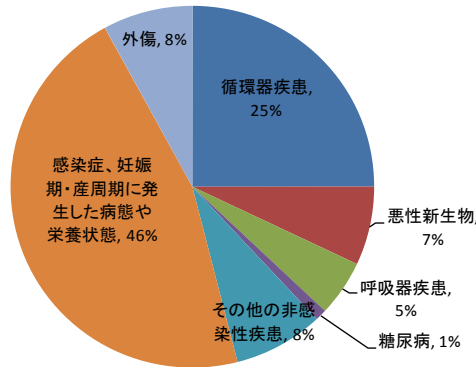
<sup>10</sup> マスメディア等において 2010 年保健政策に言及されているが [56]、本調査において詳細把握できなかった。



### 第3章 国民の健康状態

#### 3.1 概況（疾病構造）

パキスタンにおいては、全死亡における感染症、妊娠期・周産期疾患および栄養状態を原因としたものが46%、非感染性疾患が46%、外傷が8%となっており [12]、マラリア、結核などの感染症とともに、非感染性疾患による負担も大きく、疾病構造は転換しつつある状況である（図 3-1） [13]。



出典：WHO (2011) NCD Country Profiles [12]

図 3-1 死因別死亡割合(全年齢)

表 3-1 に示すように、保健セクターに関連するミレニアム開発目標（MDGs）の達成見込みは全体に低い。

表 3-1 MDGs 4、5、6 の達成予測状況

MDG	MDG の指標	1990	2000	2010	Targets in 2015	達成度／達成可能性
4	5 歳未満児死亡率（出生千対）	123.6	100.5	86.5	52	停滞
	乳児死亡率（出生千対）	95.6	79.5	69.7	40	困難
	1 歳未満児の麻疹の予防接種率	50	59	86	>90	困難
5	妊産婦死亡率（出生 10 万対）	490	340	260	140	停滞
	助産専門技能者による出産介助率（%）	18.8	-	38.8	>90	停滞
6	結核有病率 <sup>*1</sup> /死亡率（人口 10 万対）	565/71	562/70	364/34	45/ -	停滞
	リスク人口における有効なマラリア予防手段・治療を提供されている割合（%） <sup>*2</sup>	-	20 <sup>*3</sup>	30 <sup>*4</sup>	85	困難

注：\*1 国家結核対策プログラムによると、1990/91: 171、2001/02: 181、2008/09: 181 と推移しており、国際機関による報告と大きなずれがある。

\*2 感染リスクのある 19 県の住民においてロールバックマラリア戦略の指針に示された有効な予防・治療にアクセスできる割合

\*3 2001/02 年 \*4 2008/09 年

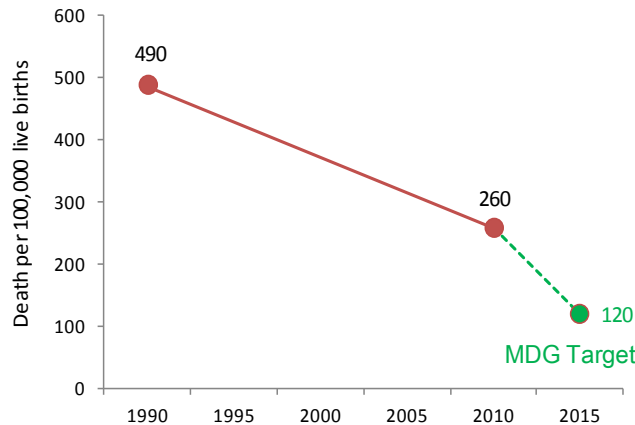
出典： World Data Bank, Millennium Development Goals [14],  
World Data Bank, Health Nutrition and Population Statistics [15]  
United Nations, Millennium Development Goals Indicators [16]  
Planning Commission, Pakistan Millennium Development Goals Report 2010 [17]

第二次貧困削減戦略文書（PRSP-II）では、保健セクター外の要因として識字率の低さ、失業率の高さ、ジェンダー不平等、社会的弱者の存在、衛生状態の悪さ、不安定な食糧供給、都市化などが外的要因として指摘されるとともに、保健システムの効率の悪さなどが根底にあると分析している [9]。

## 3.2 母子の健康状態

### 3.2.1 母親の健康

2010年のパキスタンの妊産婦死亡率は260（出生10万対）で、1990年以降徐々に低下してきた（図3-2）。



出典：Countdown to 2015, Maternal, newborn & Child Survival, 2012 [18]

図 3-2 妊産婦死亡率の推移<sup>11</sup>

2010年の妊産婦死亡率は、バングラデシュ、インド、ネパールよりも高く、南アジア地域<sup>12</sup>でアフガニスタンに次いで2番目に高い値である（表3-2）。

表 3-2 南アジア地域\*諸国との保健指標比較(2010年)

	パキスタン	バングラデシュ	インド	ネパール	アフガニスタン
妊産婦死亡率（出生10万対）	260	240	200	170	460
乳児死亡率（出生千対）	70	38	48	41	103
5歳未満児死亡率（出生千対）	87	48	63	50	149

注：\* 世銀の地域区分

出典：World Data Bank, Millennium Development Goals [14]

パキスタン人口保健調査（PDHS）によると、女性の死亡のおよそ2割が妊娠・出産に起因しており、妊産婦死亡の7割程度が分娩中あるいは産褥期に起きている。特に産褥期の出血と敗血症による死亡を合わせるとおよそ4割となっていた。

### 3.2.2 子どもの健康

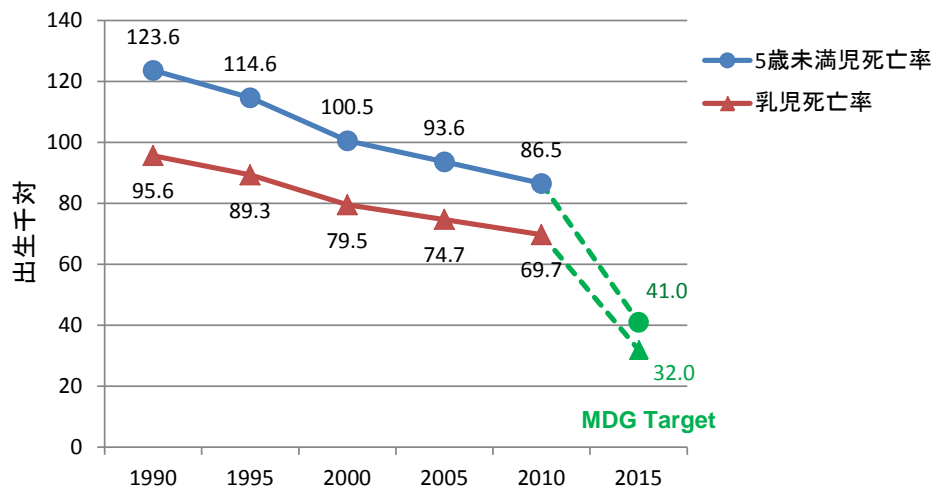
5歳未満児死亡率（出生千対）は2000年には123.6であったのが、2010年に86.5と、徐々に改善している（図3-3）。乳児死亡率（出生千対）も、それぞれ93.9から67と改善はみられるものの、5歳未満児死亡率とともに南アジア地域で2番目に高く（表3-2）、それぞれの平均値（67.0、51.6）を上

<sup>11</sup> 図3-2および図中のMDGターゲット値は、国際機関のデータ（調整値）に基づく。妊産婦死亡率のゴールは「1990年の基準値の4分の1に下げる」ことであり、パキスタン政府調査のサーベイ値を基準値としたMDGターゲット値は140となっている（出典：Government of Pakistan, Planning Commission, Pakistan Millennium Development Goals Report 2010, 2010 [18]）。

<sup>12</sup> 世界銀行およびユニセフの地域区分による。

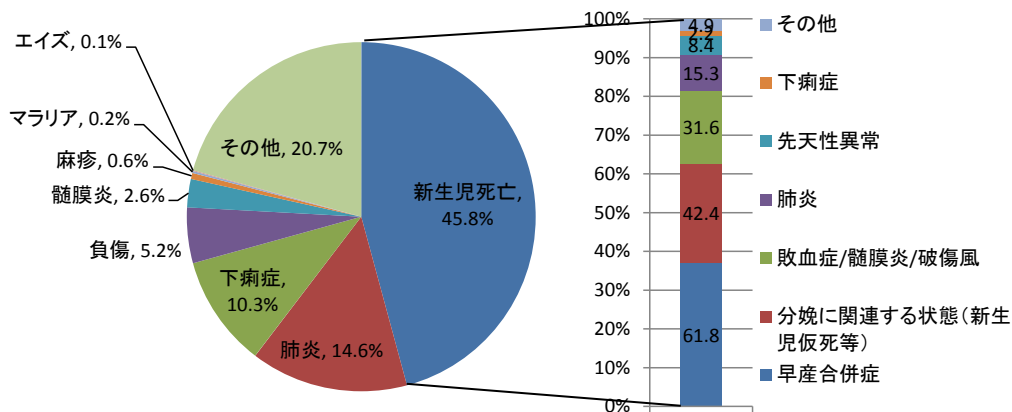
回っている [19]。2006 年の PDHS では、概してパンジャブ州とシンド州において子どもの死亡率が高かった<sup>13</sup> [20]。

5 歳未満児死亡の原因は、主なものから、新生児期死亡（45.8%）、肺炎（14.6%）、下痢症（10.3%）、負傷（5.2%）、髄膜炎（2.6%）となっている。なお、2006 年の PDHS によると、下痢症および肺炎による死亡は生後 2 カ月から 1 歳になるまでの間が最も多い。一方、新生児死亡の原因は、早産の合併症（61.8%）、分娩にかかわる状態（新生児仮死等）（42.4%）、敗血症・髄膜炎・破傷風（31.6%）、肺炎（15.3%）、先天性異常（8.4%）であった（図 3-4）。



出典：World Data Bank, Millennium Development Goals [14]

図 3-3 乳児死亡率、5 歳未満児死亡率(推計値)の推移<sup>14</sup>



出典：Countdown to 2015, Maternal, Newborn & Child Survival, 2012 [18]

図 3-4 5 歳未満児の死因 (2010)

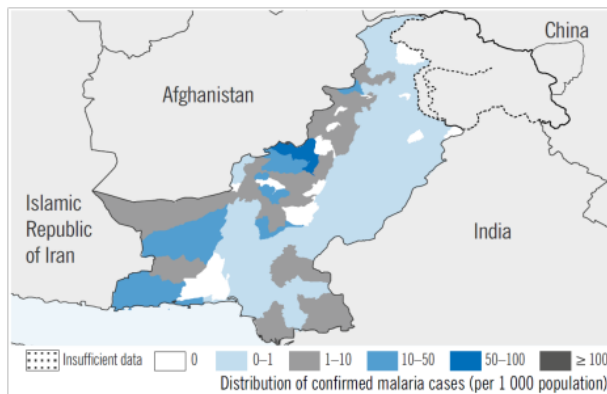
<sup>13</sup> 州別の 5 歳未満児死亡率（出生千対）はシンド州が最も高く 101、次いでパンジャブ州で 97、ハイバル・パフトゥンハー州で 75、バロチスタン州が 59 で最も低かった。また乳児死亡率（出生千対）は州別にみると、パンジャブ州およびシンド州において 81 と高く、バロチスタン州が最も低く 49 で、ハイバル・パフトゥンハー州は 63 であった。

<sup>14</sup> 図 3-3 および図中の MDG ターゲット値は、国際機関のデータ（調整値）に基づく。乳児および 5 歳未満児死亡率のゴールは「1990 年の基準値の 3 分の 1 に下げる」ことであり、パキスタン政府のデータに基づく MDG ターゲット値はそれぞれ 40、52 となっている（出典：Government of Pakistan, Planning Commission, Pakistan Millennium Development Goals Report 2010, 2010 [18]）。

### 3.3 感染症の状況

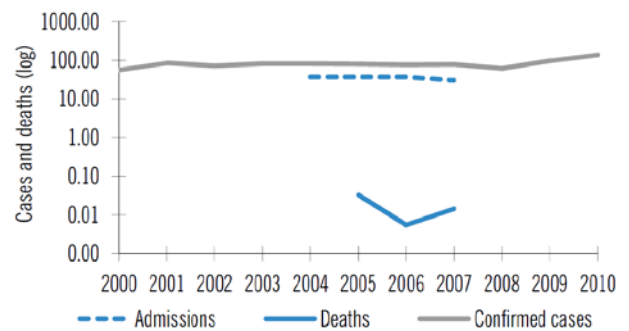
#### 3.3.1 マラリア

パキスタンは、洪水や灌漑システムなどの影響も大きく、ほぼ全国がマラリア発生地域であり、国民の15%がマラリア高蔓延地域に、84%が低発生地域に居住している（図3-5） [21]。また、熱帯熱マラリア（28%）と三日熱マラリアが大部分を占めている [21]。バロチスタン州、シンド州、ハイバル・パフトゥンハー州および連邦直轄部族地域（FATA）にマラリア高蔓延地域があり、これらだけで全体のマラリアの90%以上を占める [6]。患者数は横ばいの状態が続いており（図3-6）、世界銀行のデータによると2009年の報告患者数は4,242,032人であった [4]。



出典：WHO, World Malaria Report 2011 [21]

図 3-5 県ごとのマラリア発生率(確定例)  
(2009年)



出典：WHO, World Malaria Report 2011 [21]

図 3-6 マラリアによる入院数および死亡数  
(人口10万対)の推移

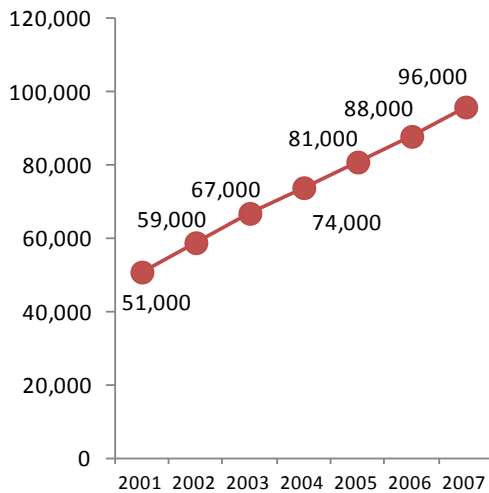
#### 3.3.2 HIV/エイズ

2009年のHIV感染者数<sup>15</sup>の数は98,000人と推計されている。最もHIV感染率が高いのは注射による薬物使用者（IDU）であり、2011年の感染率は27.2%と圧倒的に高く、次いでヒジュラ（異性装者<sup>16</sup>）のセックスワーカーおよび男性と性交渉をもつ男性がそれぞれ5.2%、1.6%となっている。また、近年大都市から中小の町などに感染が拡大しつつある [22]。

2010年の成人（15-49歳）の推定HIV感染率は1.0%であり、2000年以降、1%前後を推移している [23]。パキスタンにおいてはHIV感染者数、死亡数ともに増加が続いており、2009年まで大きな改善はみられていない（図3-7、図3-8）。

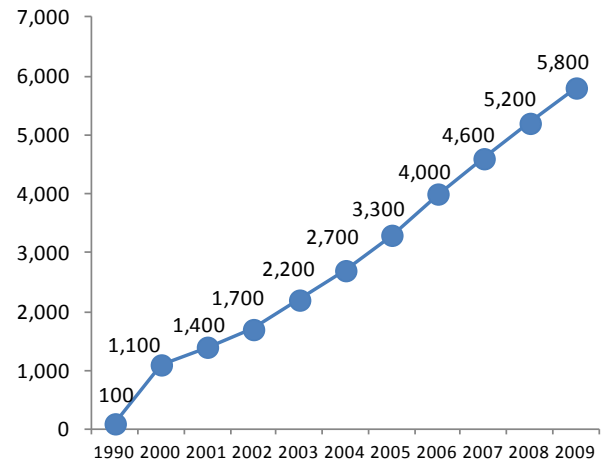
<sup>15</sup> エイズを発症している、いないにかかわらず HIV に感染している人々

<sup>16</sup> 文化的に生物学的な性別に求められている服装をしない者



出典：HIV and AIDS Data Hub for Asia-Pacific, Review in Slides, Pakistan, 2011 [24]

図 3-7 HIV 感染者数の推移

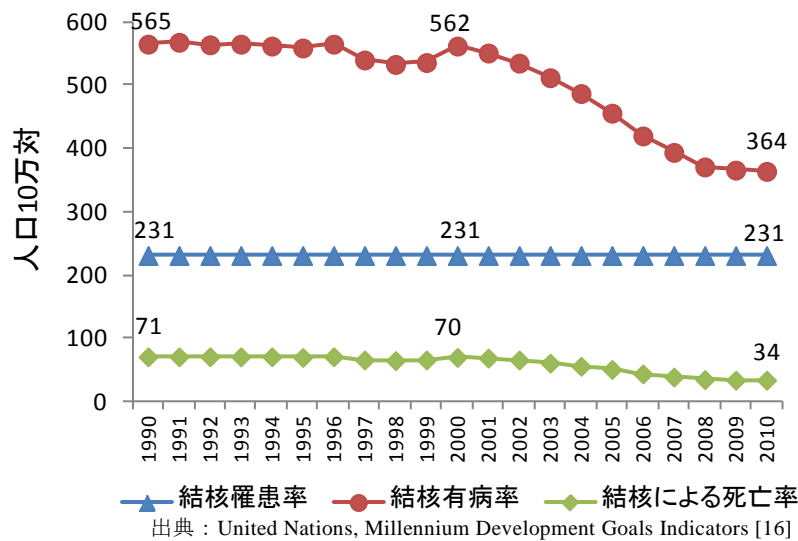


出典：World Data Bank, Health, Nutrition and Population Statistics [15]

図 3-8 エイズによる死亡数の推移

### 3.3.3 結核

結核の有病率、死亡率ともに 2000 年以降低下しているものの、罹患率は 231（人口 10 万人対）を推移しており、2011 年末の時点で世界第 6 位の結核高蔓延国となっている（図 3-9、表 3-3） [13] [25]。



出典：United Nations, Millennium Development Goals Indicators [16]

図 3-9 結核罹患率・有病率の推移 (1990-2010 年)

表 3-3 結核の現状 (2010 年)

指標	数値
罹患率人口 (10 万人対)	231.0
死亡率人口 (10 万人対)	34.0
有病率人口 (10 万人対)	346.0
患者発見率 (%)	65.0%
治療成功率 (%)	91.0%

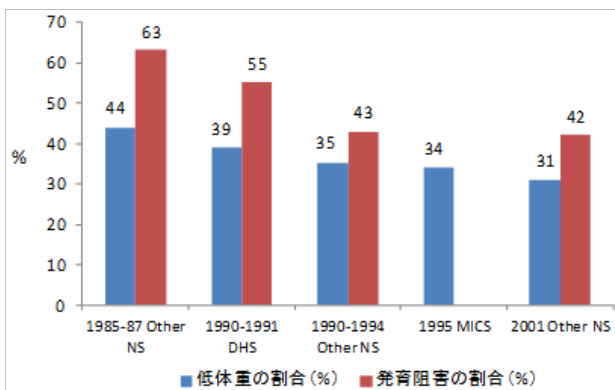
出典：United Nations, Millennium Development Goals Indicators [16]

### 3.3.4 その他の感染症

パキスタンは、ナイジェリア、アフガニスタンとともに世界で3つ残るポリオ常在国の一つであり、2010年は144件、2011年は198件の発生が報告されている [26]。肝炎も、B・C型肝炎を合わせて国民全体の7.6%が感染していると報告されている [27]。

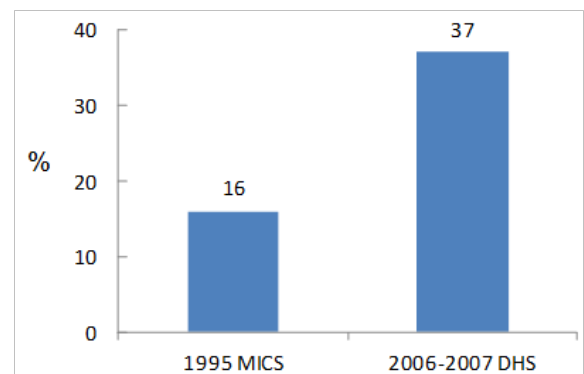
## 3.4 栄養不良

2001年の調査によると、5歳未満児における低体重<sup>17</sup>の割合は31%、発育阻害<sup>18</sup>の割合は42%となっており、1985年以降あまり改善されていない（図3-10）。2001/02年の国家栄養調査によると、妊婦の26%は栄養不良であり、低体重出生<sup>19</sup>の大きな原因となっている [10]。完全母乳育児（6ヶ月間未満）については、1995年には16%であったのが、2006/2007年には37%にまで上昇している（図3-11）。



出典：UNICEF, ChildInfo Nutrition Country Profile Pakistan 2012 [28]

図 3-10 5歳未満児の栄養状態



出典：UNICEF, ChildInfo Nutrition Country Profile Pakistan 2012 [28]

図 3-11 完全母乳育児の割合 (%)

子どものビタミンA摂取率は、2010年の調査では87%であり、近年低下がみられる（図3-12）。また、妊産婦、就学以前の子ども、2歳未満児の貧血の割合が高く、それぞれ39%、51%、52%が貧血であった（図3-13）。

<sup>17</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

<sup>18</sup> 上記基準による年齢（生後0～59ヵ月）相応の身長を持つ基準集団の身長の中央値からの標準偏差がマイナス2未満（中度）／マイナス3未満（重度）の状態。慢性栄養不良の状態

<sup>19</sup> 2,500グラム未満。

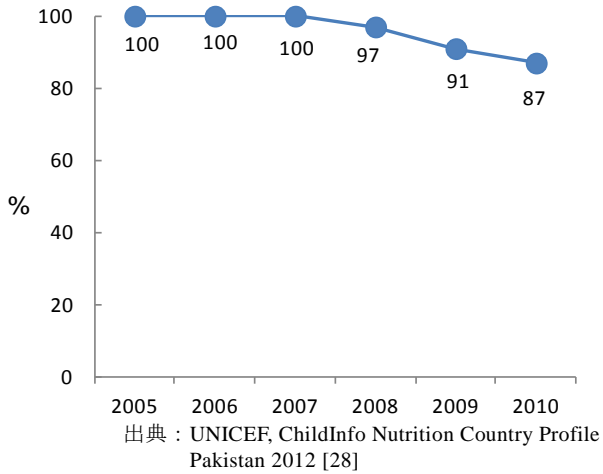


図 3-12 子どものビタミン A 摂取の割合

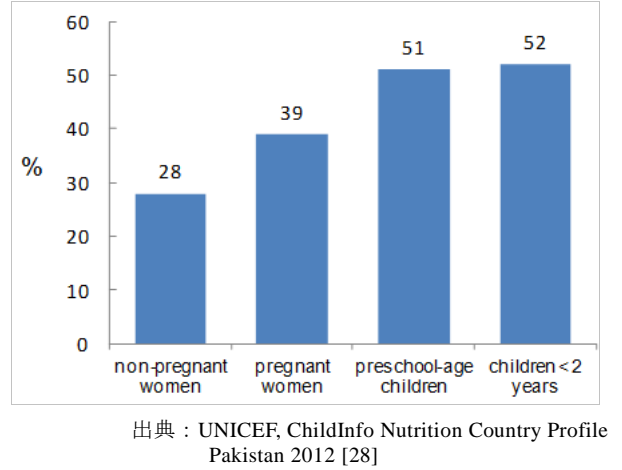


図 3-13 貧血の割合(2001年)

### 3.5 非感染性疾患

2011年の世界保健機関（WHO）の推計によると、パキスタンにおける全死因のうち46%が非感染性疾患によるものである（図3-1参照）。非感染性疾患による死亡の3分の1程度が60歳以下であり、死因別では、半分以上が循環器疾患であった。



## 第4章 サービス提供の状況

### 4.1 母子保健対策

#### 4.1.1 政策・戦略

第二次貧困削減戦略文書（PRSP-II）では、母子保健および家族計画について、ミレニアム開発目標（MDGs）の達成を最優先課題とし、予防接種拡大計画（EPI）、家族計画およびプライマリヘルスケア（PHC）のための女性保健ワーカー（LHW）プログラム、国家母子・新生児保健（MNCH）プログラムや栄養プログラムとの連携によって必須サービスパッケージの確実な提供を目指すとしている。

国家母子保健プログラム 2006-2012 では、県レベルでの緊急産科・新生児ケアの確立や農村部におけるコミュニティ助産師の活用などによって母子保健の状況の改善を目指している。2010 年の進捗は表 4-1 のようであった。

表 4-1 国家母子保健政策の進捗状況(2006-2010 年)

指標	目標	実績	進捗率
保健施設の強化	899 ケ所	279 ケ所	42%
保健サービス提供者への研修	15,000 人	4,500 人	30%
コミュニティ助産師への研修	12,000 人	6,263 人	52%
助産講師の雇用	600 人	250 人	42%
助産学校の建設・改修	114 校	98 校	86%
県管理ユニット設置	134 ユニット	78 ユニット	58%
医師への卒後研修	150 人	30 人	20%
看護師への卒後研修	150 人	30 人	20%

出典：National Programme for Maternal, Newborn and Child Health (2006-2012) [29]

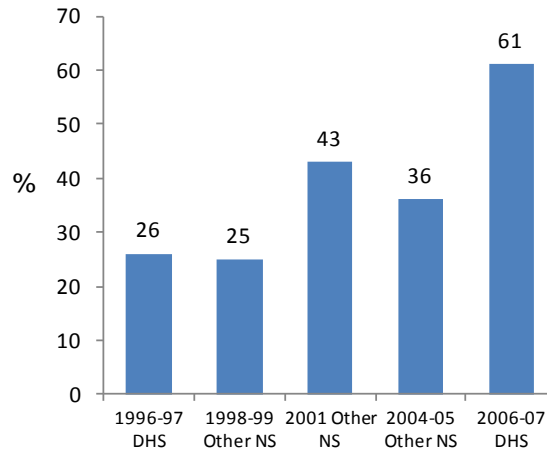
また、2012/13 年の年次計画においては、以下の目標が示されている。

- ・ 貧困層に対する MNCH サービスの改善：  
1 万人のコミュニティ助産師への研修、275 の病院・保健センターにおける包括的緊急産科・新生児ケアの提供、550 の保健施設における基礎的緊急産科・新生児ケアの提供。
- ・ 家族計画とプライマリヘルスケア：  
11 万人の LHW を採用し、総人口の 60%、対象人口の 76%へのサービス提供を行う。
- ・ EPI： 8.5 百万人の 1 歳未満児に対して 7 種の予防接種をするとともに、25 百万の経口補液塩を配布する。

#### 4.1.2 妊産婦の健康に関わるサービス

2007 年では、産前健診を 1 回以上受診、4 回以上受診した妊婦の割合はそれぞれ 60.9%と 28.4%（図 4-1）であった。また、助産専門技能者の介助による出産の割合は 40%（図 4-2）で、これらは南アジア地域の平均（それぞれ、70.6%、46.1%、50.0%）と比較しても低い水準にある。医療従事者（医師、看護師、助産師）による分娩介助率は、連邦保健省統計では 39%にとどまっており、最も多いのは伝統的産婆（TBA）によるもの（52%）である（図 4-3）。

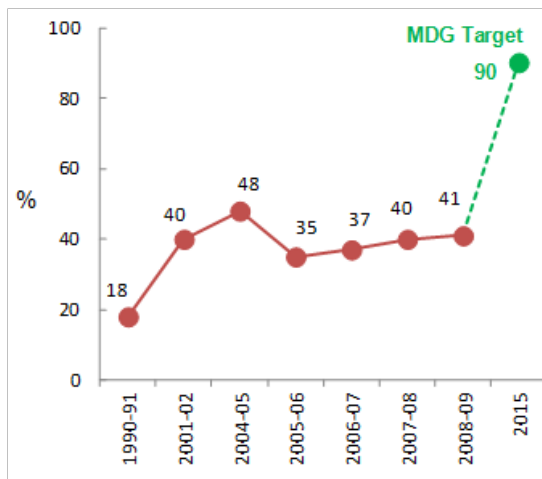




出典：Countdown to 2015, Maternal, Newborn & Child Survival, 2012 [18]

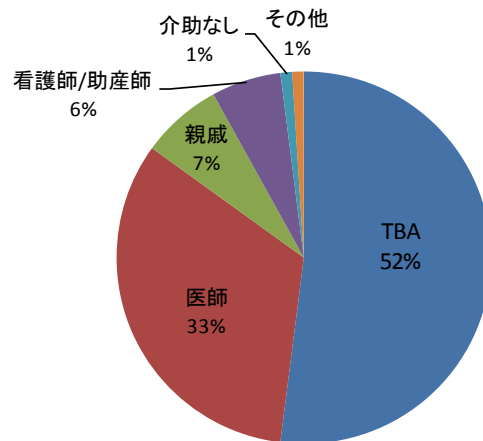
図 4-1 産前健診

産前健診の4回以上の受診について、農村部と都市部、および経済状態の違いによって比較すると、都市部の貧困層が最も受診率が低く、20%に満たない [30]。産前健診の内容としては、血圧測定はおよそ8割、超音波検査は6割程度が受けているが、血液検査、尿検査、体重測定を受けたのは半数に満たない。また、妊娠中の危険な兆候についての情報を提供してもらった妊婦は25%であった [20]。



出典：Government of Pakistan, Pakistan, Millennium Development Goals Report 2010 [17]

図 4-2 助産専門技能者の介助による  
出産の割合



出典：Pakistan Demographic and Health Survey 2006-2007 [20]

図 4-3 分娩介助者の比率

このようにサービス利用が促進されない背景には、物理的な距離、経済状況、伝統的価値観などがあると推察される。2006年のパキスタン人口保健調査 (PDHS) によると、42%が最寄りの基本保健ユニット (BHU) まで5キロ以上あり、57%は最寄りの母子保健センターまで10キロ以上の距離があった [20]。このため、交通費が工面できない、女性が遠出することに対して家族が反対するなどの理由によってサービスを受けることができない状況が生じていると考えられる。

2006年のPDHS結果から州別に妊産婦のためのサービスの利用状況を見ると、全体的にバロチスタン州が最も悪かった (表 4-2)。

表 4-2 妊産婦の健康に関するサービスの利用状況

	パロチ スタン州	ハイバル・パフ トゥンハー州	シンド 州	パンジャブ州
助産専門技能者による産前健診受診率 (%)	40.7	51.3	70.4	60.9
自宅分娩の割合 (%)	81.0	69.5	57.3	65.5
専門技能者による分娩介助の割合 (%)	23.0	37.9	44.4	37.7

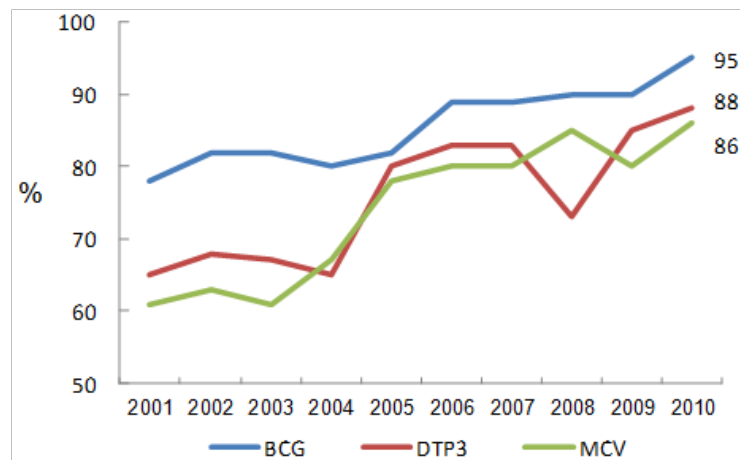
出典： Pakistan Demographic and Health Survey 2006-2007 [20]

#### 4.1.3 家族計画

2006 年の PDHS によると、避妊についての知識は全体的に普及しているものの、近代式避妊法を利用していたのは 21%にとどまっており、知識はあるが実践していない状況が推察される。また、合計特殊出生率は 1985-1990 年の 5.4 から 2004-2006 年には 4.1 と低下しているが、教育レベルや世帯の経済状態等による格差がある。また、2006 年の同調査においては、子どもの 34%が直前の出産から 24 カ月以内に生まれており、出産間隔が短いことが指摘されている。また、出産間隔が 24 カ月以内の子どもにおける 5 歳未満児死亡率（出生千対）は 122 と、出産間隔が 2-3 年の子どもにおける 69 より大幅に高くなっていて [20]。

#### 4.1.4 子どもの保健サービス

パキスタンの EPI では、現在、BCG、ジフテリア、百日咳、破傷風、インフルエンザ B 型 (Hib)、B 型肝炎、ポリオ、麻疹の予防接種が行われており、予防接種率は徐々に向上している (図 4-4、表 4-3)。



出典： UNICEF, Childinfo [19]

図 4-4 乳児のワクチン接種率の推移

表 4-3 乳児のワクチン接種率 (2010)

	BCG	DPT1	DPT3	Pol3	MCV	HepB3	Hib3
接種率 (%)	95	90	88	88	86	88	88

Pol: ポリオワクチン、HepB: B 型肝炎ワクチン、Hib: ヒブワクチン、MCV: 麻疹ワクチン

出典： UNICEF 2012, The State of the World's Children 2012: Children in an Urban World [31]

麻疹の予防接種率について、農村部と都市部、および経済状態の違いによって比較すると、農村部と都市貧困層がおおよそ 60%と低くなっているが、最も高い都市富裕層でも 90%には届いていない [30]。

2006年のPDHS結果から州別にみると、全ての予防接種を受けた1歳児<sup>20</sup>の割合はバロチスタン州が最も低く（35.2%）、次いでシンド州（37.0%）、ハイバル・パフトゥンハー州（46.9%）で、パンジャブ州が最も高く52.6%となっていた [20]。

## 4.2 感染症対策

### 4.2.1 マラリア対策

#### (1) 政策・戦略

マラリア対策は、州間調整省に設置されたマラリア対策局が、国家ロールバックマラリア戦略に係る連邦レベルの調整を行っている。同戦略の概要を以下にまとめる [32]。

#### 国家ロールバックマラリア戦略

- ・ 保健施設におけるマラリアの早期診断・治療と家庭でのケアのためのコミュニティによるアプローチ
- ・ 殺虫剤処理済蚊帳（ITN）およびその材料、長期残留殺虫剤噴霧などの普及、生物学的および環境的媒介管理アプローチの導入など、多方面からの予防手段の提供
- ・ 視聴覚教材を用いた集中的かつ包括的な、マラリアの予防・治療に関する啓発活動
- ・ マラリア流行時における対策の改善
- ・ 官民連携によるマラリア対策体制の構築

出典： Malaria control program in Pakistan, Directorate of Malaria Control, Ministry of Inter Provincial Coordination [32]

上記戦略の下、世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）の支援<sup>21</sup>を受け、高蔓延地域である19県を重点地域として、予防対策の拡充や情報システムの構築などによるモニタリング評価能力の強化などに係る活動が実施されている。

#### (2) 対策の進捗状況

表4-4にマラリア対策関連の指標をまとめた。上記戦略において普及を目指しているITNの普及が難航していることが推察される。

表 4-4 マラリア対策の指標の状況

指標	2006/2007年 PDHS
1張以上のITNを保有する世帯の割合	0.1%
調査前夜に殺虫剤処理したことのある蚊帳*の中で就寝した5歳未満児の割合	0.2%
調査前夜に殺虫剤処理したことのある蚊帳*の中で就寝した女性の割合	0.2%
過去2週間のうちに発熱した5歳未満児のうち、24時間以内に抗マラリア薬による治療を受けた5歳未満児の割合	2.6%

(注) \*過去1年以内に殺虫剤処理されている蚊帳を殺虫剤処理蚊帳（ITN）とし、それと区別している。

出典： Pakistan Demographic and Health Survey 2006-2007 [20]

<sup>20</sup> BCG、麻疹、DPT、ポリオを調査前に受けていた生後12カ月から23カ月の子どもの割合。

<sup>21</sup> ラウンド7

2008年に全国の公的保健施設において確認されたマラリアは104,454症例で、うち76%が三日熱マラリア、24%が熱帯熱マラリアであった。しかし、感染者の7-8割が民間セクターで治療を受けていると推計されており、実際のマラリアによる負荷はこの5倍程度になると推察される [32]。

#### 4.2.2 HIV/エイズ対策

##### (1) 実施体制・戦略

HIV/エイズ対策プログラムは、州間調整省に設置された国家エイズコントロールプログラムが予算配分と関係機関、州との調整を行っている。同プログラムでは、ハイリスクグループ、特に注射による薬物使用者（IDU）を優先対象グループとしており、IDUおよびそのパートナーと子どもへの予防とケア、および、コミュニティおよび家庭でのケア（CHBC）に重点を置いている。世界基金の支援<sup>22</sup>を受けて実施されている対策プログラムの主な目標は以下のとおり。

##### HIV/エイズ対策の目標

- 1) 性交渉による HIV 感染を 2015 年までに半減させる
- 2) 注射による薬物使用者の HIV 感染を 2015 年までに半減させる
- 3) 2015 年までに HIV 母子感染およびエイズに関連した妊産婦死亡を根絶させる
- 4) 2011 年までに 15 百万人の HIV と共に生きる人々に抗レトロウイルス療法（ART）を提供する
- 5) 2011 年までに HIV と共に生きる人々の結核による死亡を半減させる

出典：National AIDS Control Program, Ministry of Inter-Provincial Coordination, Government of Pakistan, Country Progress Report, Pakistan, Global AIDS Response Progress Report 2012 [22]

2011年の第2次国家戦略枠組み（NSF）が終了し、第3次国家戦略枠組みは策定中である<sup>23</sup>。地方分権化<sup>24</sup>のため、この第3次国家戦略枠組みにおいては4州の戦略を取りこんで作成する必要があるとされている。

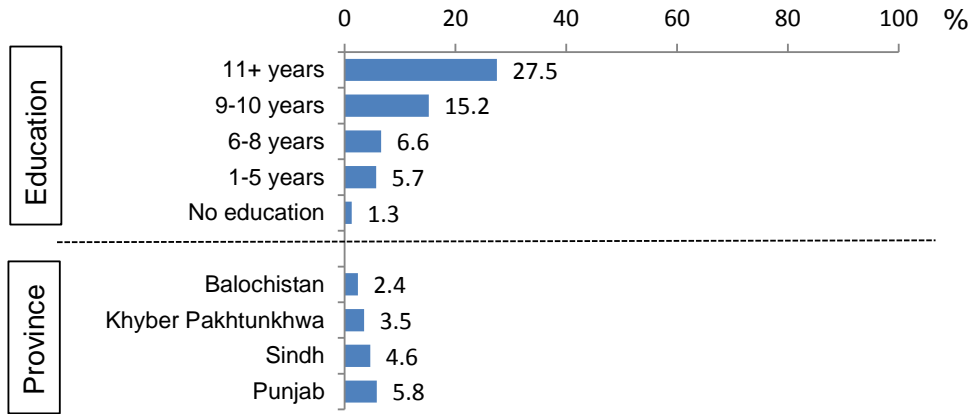
##### (2) 対策の進捗状況

HIV/エイズに関する知識については、包括的知識を持つ女性は全体でわずかに5%である。図4-5に示すように地域および教育レベルによっても差がある。包括的な正しい知識の向上、特に教育を受けていない層への知識の普及に関する戦略の必要性は緊急であると示唆される。

<sup>22</sup> ラウンド9

<sup>23</sup> 参考文献作成時点

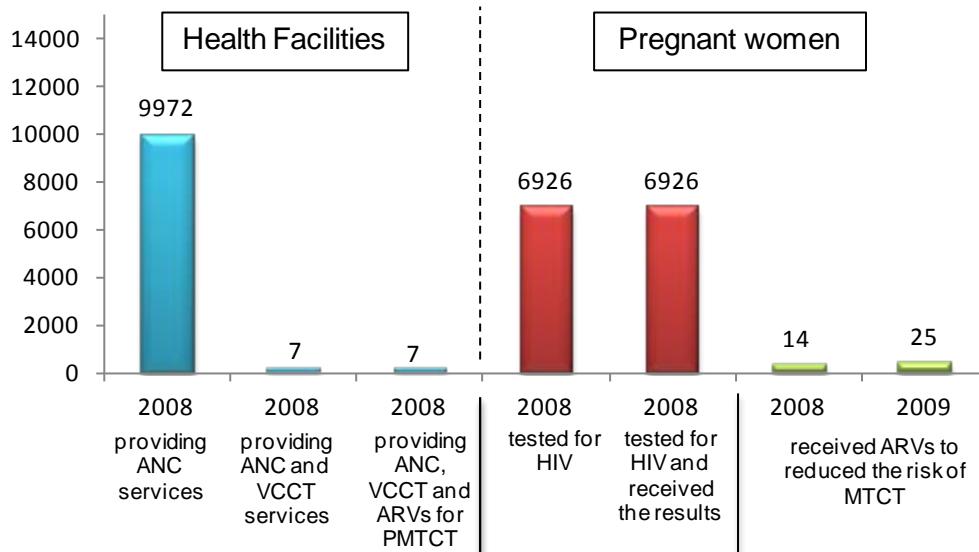
<sup>24</sup> 5章に述べる



出典：Pakistan Demographic and Health Survey 2006-2007 [20]

図 4-5 教育レベルおよび州別のエイズについての包括的な知識をもつ女性の割合

98,000 人と推計（2009 年）される HIV と共に生きる人々のうち、2011 年末までに抗レトロウイルス療法（ART）センターに登録されたのは 5,256 人のみであり、このうち 2,491 人が治療を受けている。登録者および治療を受ける人数は増加傾向にあり、平均して年間 40 から 45 人が新規に治療を開始している [22]。図 4-6 に示すように、2008 年では、産前健診を実施する施設のうち、妊婦に対して HIV 検査や ART を実施している施設はごくわずかであった。



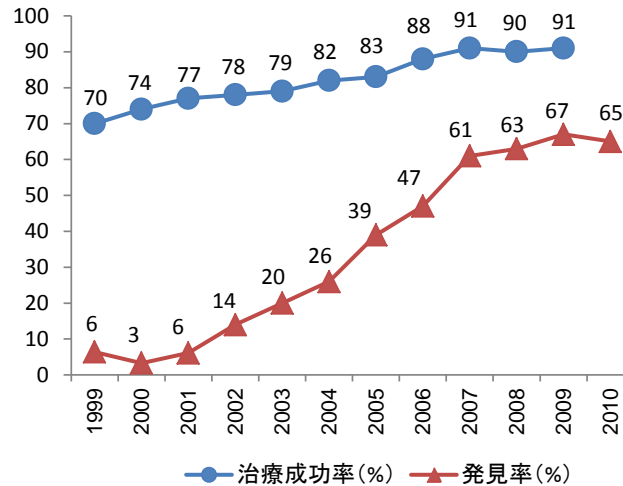
出典：HIV and AIDS Data Hub for Asia-Pacific, Review in Slides, Pakistan, 2011 [24]

図 4-6 HIV 検査施設数および ART を受けている女性の数

#### 4.2.3 結核対策

結核対策は、国家結核対策プログラムが管轄している<sup>25</sup>。1995 年から直接監視下における短期化学療法（DOTS）戦略を採用しており、すでにDOTSカバー率 100%を達成している。図 4-7 に示すとおり、治療成功率は 1999 年には 70%であったが 2009 年には 91%を達成した [6]。

<sup>25</sup> エイズ対策などと同様に、州間調整省に移管された。



出典：United Nations, Millennium Development Goals Indicators [16]

図 4-7 DOTS 戦略による患者発見率および治療成功率の推移

診断率は世界目標である 70%の維持を目指しており、今後は疑わしいケースの管理や感染防止、官民連携によるケアの提供やセクター間の協調、モニタリング評価、根拠に基づく計画策定のための調査研究、アドボカシーと社会の動員などに取り組むとしている。

#### 4.2.4 その他の感染症対策

B型肝炎予防対策のための首相プログラム（2010-15）では、アドボカシー、行動変容のためのコミュニケーション（BCC）、およびハイリスクグループへのB型肝炎の予防接種、スクリーニング・診断・治療システムを 150 か所の病院への設置、安全な輸血の確立、A型およびE型肝炎の予防などの活動によって、2015 年までに新規のB型およびC型肝炎感染者を半減させるとしていたが、地方分権化に伴い廃止された [6]。

### 4.3 非感染性疾患対策

世界保健機関（WHO）によると、非感染性疾患の予防や治療のための予算は特に配分されておらず、罹患状況やリスクファクターを把握するためのサーベイランス等も特に実施されていない。しかし、がんの治療に関しては、パキスタン原子力委員会（PAEC）が運営する 13 のがん病院において診断・治療の施設を整備しており、新たに 9 つのがん病院が建設中である。乳がんのケアのためのクリニックは全ての各医療クリニックに設置されている [6]。

## 第5章 保健システムの状況

### 5.1 管理・監督機能（ガバナンス）

#### 5.1.1 地方分権化

2001年に地方分権化政策が導入されて以来、保健行政は州および県の地方自治体が主体となって行うものとなった<sup>26</sup>。第18次憲法改正に伴い、2011年6月末に連邦保健省は廃止され、保健行政実施および財政に係る権限は州へ移管された。以下に示す連邦レベルにおける役割は、計画開発省、内閣府、資本管理開発省、経済省、内務省など複数の省に移管され、州間調整省がそれら省庁および州政府との調整を行うこととなった。課題別プログラムについても州政府に移管されたが、資金配分については暫定的に州間調整省を通して行われている<sup>27</sup> [6] [22]。

#### 保健セクターにおける連邦政府の役割

- ・ 国家計画策定
- ・ 州と開発パートナーとの調整
- ・ 課題別プログラムへの資金配分
- ・ 医薬品管理
- ・ 国際保健規定
- ・ 国際協定等の管理・締結など
- ・ 外国における研修

またイスラマバード首都圏は、内閣府下の首都開発庁（CDA）が市病院、6カ所の基本保健ユニット（BHU）や6カ所の診療所を管理している。

#### 5.1.2 サービス提供体制

表5-1に保健サービスの施設概要を、表5-2に施設数および病床数を示す。総病床数を単純に人口で割ると、人口1万人あたりの病床数は6である。これらのほかに多くの民間や非政府組織（NGO）の施設がある。パキスタンでは保健サービスの70%はこれら民間セクターにより提供されている<sup>28</sup> [33]が、政府は実態把握や管理・監督ができておらず、特に治療の質についての懸念が指摘されている [9]。

<sup>26</sup> 連邦保健省は国家保健政策の立案を担当し、その実施の責任は州保健局にあったが、連邦政府は州政府に対して原則的に指導力、強制力を有してはいなかった。ただしHIV/エイズ対策、マラリア対策や予防接種拡大計画など、いくつかの国家の垂直プログラムは連邦保健省に実施責務があった。

<sup>27</sup> 2014/15 予算年次終了までの情報もある [22]。

<sup>28</sup> 2006年のパキスタン社会・生活水準測定調査では保健施設利用の77%は民間セクターであったことが、パキスタン国家保健会計報告書2005-06に引用されている。

表 5-1 公的保健医療施設ネットワークの概要

医療レベル	行政レベル	保健医療施設	人材配置	対象人口
第3次医療	連邦政府	教育病院・病院	専門医、医師、看護師、パラメディカルスタッフ	(全国)
	州保健局			
第2次医療	県	県病院		10万人 -30万人
	郡(テシル)	郡病院 農村部保健センター		
プライマリヘルスケア	ユニオン・カウンシル	農村保健センター 基本保健ユニット(BHU) 母子保健福祉センター 診療所	メディカルオフィサー(MO)、女性MO(LMO)、歯科医、パラメディカルスタッフ	2.5万人 -5万人
	コミュニティ	(アウトリーチ・訪問)	MO、パラメディカルスタッフ、LHW	0.5万人 -1万人

出典：Dr. M. Rashid Anjum, Community Medicine Department, Army Medical College Rawalpindi, Healthcare System in Pakistan, 2011 [34]

表 5-2 公的保健医療施設のタイプ別の施設数および病床数

年	病院		診療所 (Dispensary)		農村部 保健センター		結核 クリニック		基本保健ユニット (BHU) / サブ保健 センター		母子保健 センター	
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数	病床数
2002	906	80,655	4,590	2,815	550	8,840	285	212	5,308	5,488	862	254
2011	980	87,905	5,039	2,807	579	9,900	345	112	5,449	6,559	851	254

出典：Pakistan Statistical Yearbook 2011, Pakistan Bureau of Statistics [35]

## 5.2 保健人材

### 5.2.1 保健人材の現状

パキスタンは2006年の世界保健機関(WHO)報告書で、保健人材が危機的状況にある国としてあげられた57カ国の一つである。WHOのデータベースによれば人口1万人あたりの各保健人材の数が少ないだけでなく、医師一人に対して看護師は0.5人(助産師を合わせても0.7人)しかおらず、看護師不足は深刻である(表5-3)。医師の養成がより注目され、看護師は文化的に地位の低い女性の仕事とみなされ、かつ悪い労働条件などのために、数が少ない。薬剤師、医療技術者も不足している。しかし、国レベルでも州レベルでも人材開発の責任部署はなく、長期的で明確な人材開発ビジョンおよび政策を持っていない[36]。このほかに、女性保健ワーカー(LHW)がコミュニティレベルで働いており、約95,000人が農村部人口の90%をカバーしている<sup>29</sup>。またコミュニティレベルでの質の高い助産ケアを行うために、人口35,000人に一人のコミュニティ助産師またはLHWを配置する計画である[17]。

なお、ホメオパシーやユナニー等の医師をはじめとする伝統医学提供者、無資格のサービス提供者なども多いがその情報はわずかで断片的である。

表5-4に公的機関の主要保健人材数を示す。

<sup>29</sup> 1990年代のLHWプログラムは農村部の保健サービス向上に成果をもたらし、成功例として知られている。12万人に人員増加する計画であったが、連邦保健省の廃止により不透明。



表 5-3 主要保健人材の数

年		医師	看護師	助産師	歯科医師	検査技師等	女性保健訪問員 (LHV)
2011 <sup>1</sup>	絶対数	152,188	77,683	30,122	11,584	---	12,621
	人口 1 万人あたり	8.59	4.39	1.70	0.65	---	0.71
2009 <sup>2</sup>	人口 1 万人あたり	8.13	5.57		0.57	---	0.59
2004 <sup>2</sup>	人口 1 万人あたり	---	---		---	0.60	--

出典：1. Pakistan Statistical Yearbook 2011, Pakistan Bureau of Statistics [35]  
2. Global Health Observatory Data Repository, WHO [37]

表 5-4 公的保健セクターにおける州別の主要保健人材の数<sup>30</sup>

州	医師	歯科医師	看護師	助産師	LHV	LHW	医療技術者* <sup>1</sup>	管理職
パンジャブ	8,848	459	4,282	4,113	2,704	39,694	19,923	1,364
シンド	4,113	224	3,226	465	400	8,727	8,399	346
ハイバル・パフトゥンハー	2,651	262	874	924	8,921	923	6,438	485
バルチスタン	1,330	47	154	1,283	544	5,445	2,436	132
連邦直轄部族地域 (FATA)	597	23	94	647	280	762	3,537	0
アザド・ジャン・カシミール ／ギルギット・バルチスタン	406	90	131	345	204	2,344	1,758	94
合計	17,945	1,105	8,761	7,777	13,053	57,895	42,491	2,421

(注) \*1. 放射線技士、調剤士、臨床検査技士・アシスタント、その他の医療技術者の合計数 (ただし男性のみ)。

出典：Draft Report, Human Resources for Health in Public Sector in Pakistan, National HMIS Program, Ministry of Health [38]

WHO は、パキスタンの保健人材の課題として以下をあげている。

- 保健人材の偏在 (都市部・農村部)
- 弱い保健人材マネジメント・システム
- 保健人材の不足 (特に農村部)
- 熟練人材の海外への頭脳流出
- 規制されていない民間セクター (主に都市部)
- 質の管理とケアの標準化が希薄なこと
- 保健情報システムに保健人材が含まれないこと
- 保健人材関係者の連携メカニズムの欠如

### 5.2.2 人材供給体制

各州に大卒後教育機関、医科大学、看護学校が多数ある。表 5-5 にややデータが古い (2003-2004 年) が、人材養成機関数を示す。医学部の年間卒業生は約 5,000 人である。また、LHW および女性保健訪問員 (LHV) は州および県の養成機関で養成されている。

<sup>30</sup> データ出所年の記載が資料にないが、2004 年近辺のものと考えられる。また、別の資料 (National Health Account 2006) では連邦保健省以外の公的保健人材が 40 万人と記載されており、この表の数字と全く整合しない。事務職員 20 万人を足しても全部で 40 万人にもならない。

表 5-5 保健人材養成機関の数

養成機関	施設数*
医科大学	100 (54)
歯科学校	7 (5)
看護学校	84
助産学校	92
公衆衛生学校	22
ホメオパシー・カレッジ	127

(注) \* ( ) 内数字は民間の学校。

出典： WHO Health System Profile: Pakistan, 2007 [39]

### 5.3 保健医療情報

2001 年の地方分権化により教育・保健等の公共サービスの実施権限が県へ移譲されたことに伴い、県レベルの保健情報管理と保健行政へのデータ活用が重要となり、2011 年の連邦保健省の廃止で益々その重要性は増している。

県保健情報システム (DHIS) の開発と導入、およびその普及のための国家活動計画が策定されたが<sup>31</sup>、2008 年の時点で、DHISの普及は期待したとおりではなく、旧保健管理情報システム (HMIS) と DHISが混在する状況で、州は両システムを運用している状況であった。2009 年から、システムの向上とデータ活用に基づく保健サービス管理の強化、および全国展開を目的にJICAの技術協力が実施された<sup>32</sup>。DHISの実施責任機関である国立保健情報資源センター (NHIRC) は、保健情報システム (HIS)を統括する中心拠点として、連邦保健省の下に 2004 年に設立された機関である [40]。

保健情報は、LHWがコミュニティで収集した情報や一次医療施設の情報が手書きで県に送られ、県では県レベルの情報と一次医療レベルの情報からデータをコンピュータ入力し、CDまたはウェブで州へ送付する。パンジャブ州ではDHIS/HMIS課があり、責任部署となっている。HMISは情報が一次医療施設レベルに限られており、DHISの普及は県行政能力強化の重要な支援システムであり、国連児童基金 (UNICEF)、国連人口基金 (UNFPA)、米国国際開発庁 (USAID) および世界銀行等がそれぞれの支援地域でDHISの普及を支援している<sup>33</sup> [40]。

このほかに、疾病早期警告システム (DEWS) で構築された情報システムや各疾病対策プログラムや予防接種拡大計画 (EPI) 等の保健情報システムが機能している。また人事管理情報システムの必要性があげられている。

### 5.4 医療機材・機器

医療機器・機材の維持管理については、通常、州に州政府の維持管理ワークショップが設置されており、公的医療機関は無料でサービスを受けることができる。高額医療機材は調達時に交換部品や消耗品を含めた保守管理契約を行う等して対応している [41]。

<sup>31</sup> JICA 開発調査「保健管理情報システム整備計画調査」(2004-2007 年)における支援。

<sup>32</sup> JICA の技術協力「根拠に基づく意思決定および管理のための県保健情報システムプロジェクト」は 2012 年 7 月まで実施。

<sup>33</sup> 現在、全国でどれ程度の普及率(機能しているか)は文献上で情報入手できなかった。

## 5.5 医薬品の調達および供給

2003年に必須医薬品政策を基本とした「国家医薬品政策」が改訂され、2007年には355品目から成る必須医薬品リスト（第4改訂）が公表され、特に公的機関では必須医薬品リストから処方するよう推奨されている。しかし公的保健サービス機関における必須医薬品のアベイラビリティは低く問題となっている。2006年に行われた調査では、公的機関における29品目の必須医薬品のアベイラビリティの中央値は3.3%、ブランド医薬品は0%であった。一方民間セクターではそれぞれ31.3%および54.2%であった [42]。公的セクターでの医薬品不足や不安定な供給の一方で、パキスタンの保健総支出の47%を医薬品支出が占め（2007年）、その多くは民間セクターによるもので [43]、一般名医薬品より価格の高い多数のブランド医薬品が薬局で販売されているという状況がある [44]。

公的セクターの調達は、州でその75%が調達される。また、県でも調達され、その約75%は大量調達され、残りはその都度現地調達される。調達は公開入札により行われ、州の医療倉庫（医療調達担当）部（MSD）が入札資格を持つ供給会社からの調達を行う。またパキスタンには中央医薬品倉庫はないが、県レベルに倉庫があり [43]、ここから各施設へ供給される。

なお、2011年にUSAID支援によりカラチの中央保管・供給倉庫（CW&S）が改修され、同時に避妊薬・避妊具のロジスティクス管理情報システム（LMIS）が各行政レベルに導入された。同システムはウェブ上でデータ入力を行い、送信するようになっており、常にリアルタイムでロジスティクス・データが利用できるようになっている。計画・開発局の人口・社会計画課にはモニタリングのためのLMIS/調達セルが設置された。同システムは医薬品等にも適用できるとされている [45]。

## 5.6 保健財政

世界銀行のデータによれば、パキスタンの保健総支出は一人あたり58.73米ドル（購買力平価）である。保健総支出および公的保健支出はそれぞれ国内総生産（GDP）の2.2%（2010年）および0.9%（2009年）で周辺諸国の中で最も低い（表5-6）。また保健総支出および政府支出における公的保健支出の割合はそれぞれ38.5%、3.6%であり、公的保健セクターは資金不足であると指摘されている [36] [39]。

表 5-6 保健支出に関するデータ：近隣諸国との比較

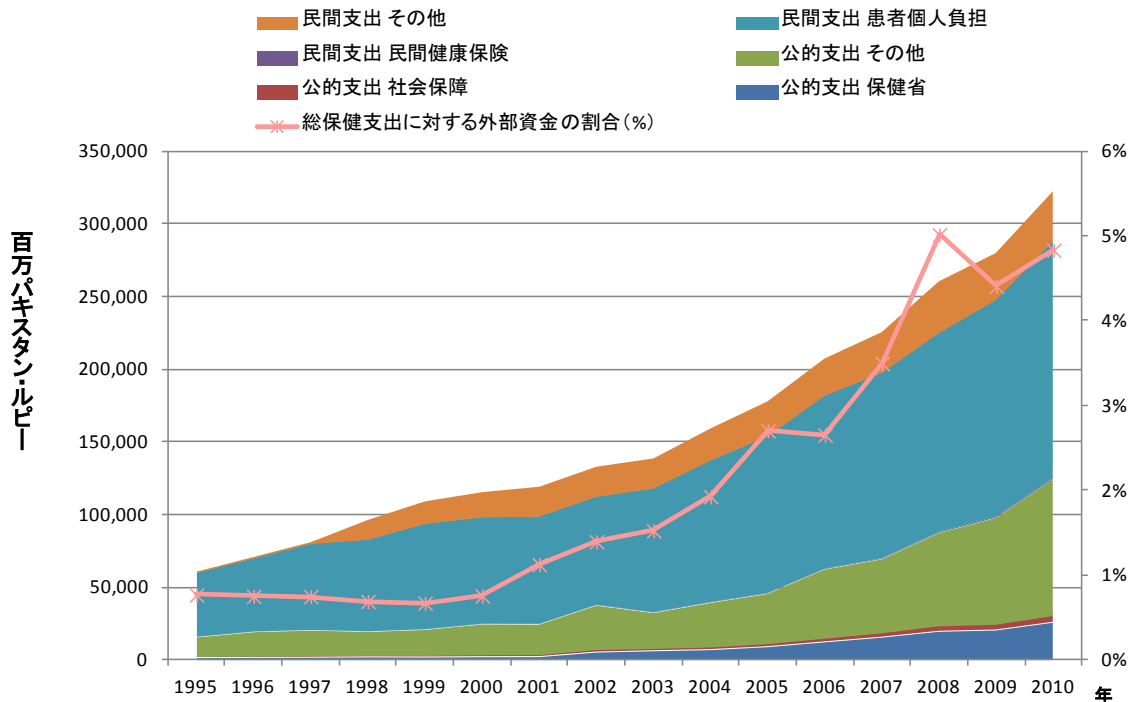
	パキスタン	アフガニスタン	バングラデシュ	インド	ネパール	スリランカ
一人あたり保健支出 (PPP 米ドル)	58.7	44.5	57.3	132.2	66.3	148.4
保健総支出 (対 GDP) (%)	2.2	7.6	3.5	4.1	5.5	2.9
公的保健支出 (対 GDP) (%) *	0.9	1.6	1.1	1.4	2.1	1.8

(注) \*は2009年、それ以外は2010年

出典：World Development Indicators, World Bank, 2012. [4]

WHOの統計によるパキスタンの総保健支出とそこにおける外部資金の割合の推移を図5-1に示す。患者個人負担の割合が1995年の7割程度から2010年には5割程度に低下しているものの、個人保健支出は実質で増加しており、2006年のデータでは総保健支出の70%にのぼる [36]。これは民間機関での支払いと公的機関での費用負担の大きいことと関連している。公的機関では医薬品は原則として

無料であり、また貧困世帯には医療費の一部または全額免除システムが導入されている。しかし貧困世帯は薬局での医薬品購入額が高いことが知られている。



年	1995		2000		2005		2010	
公的支出	15,613	(25.7%)	24,508	(21.2%)	45,432	(25.6%)	123,932	(38.5%)
保健省	1,383		2,003		8,874		25,609	
社会保障	811	(1.3%)	1,420	(1.2%)	2,127	(1.2%)	4,655	(1.4%)
その他	13,419		21,085		34,432		93,668	
民間支出	45,180	(74.3%)	90,842	(78.8%)	132,294	(74.4%)	198,177	(61.5%)
民間健康保険	99		211		366		865	
患者個人負担	44,125	(72.6%)	73,220	(63.5%)	107,652	(60.6%)	162,599	(50.5%)
その他	956		17,411		24,275		34,712	
<b>総保健支出</b>	<b>60,793</b>		<b>115,350</b>		<b>177,726</b>		<b>322,109</b>	
外部資金*	466	(0.8%)	871	(0.8%)	4,802	(2.7%)	15,559	(4.8%)

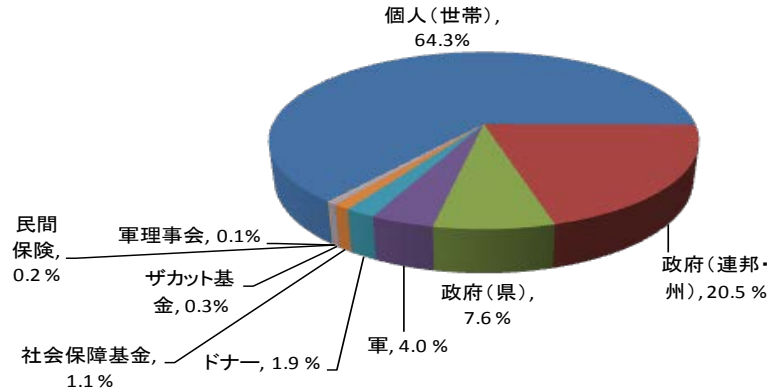
注： 付表の括弧内は総保健支出に対する割合（主要なもののみ算出）

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

出典： Global Health Expenditure Database, WHO [46] より調査団作成

図 5-1 保健支出財源の推移

パキスタン国家保健会計（2005-2006年）による保健総支出の内訳を図 5-2 に示す。パキスタンでは軍関係の保健支出も 4%以上を占める。



(注) ザカト基金：貧困者、孤児、寡婦、傷害者等を対象とした社会支援制度  
出典： National Health Accounts Pkistan 2006-06, 2006 [33]

図 5-2 保健総支出の内訳(2005-06年)

表 5-7 に最近の連邦政府の歳出予算の推移を、表 5-8 に一般保健予算の推移を示す。2010 年以降は州への交付金が増加している。

表 5-7 連邦政府の歳出予算の推移 (百万パキスタンルピー)

会計年度	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13
一般予算合計	1,649,224	2,017,255	2,295,921	2,631,911	2,611,940
保健業務・保健サービス (合計に対する割合)	5,490 (0.33%)	6,743 (0.33%)	7,455 (0.32%)	6,651 (0.25%)	7,845 (0.30%)
開発予算合計	437,803	568,302	263,446	477,821	591,059
公共セクター開発プログラム：保健	13,990	18,500	10,125	0	---
州への交付金	na	na	21,929	52,398	76,771
歳出予算合計	2,087,027	2,585,557	2,559,367	3,109,732	3,202,999

(注) 2012-13 年度以外は修正予算額

出典： Federal Budget in Brief, Finance Division, Government of Pakistan [47]

表 5-8 連邦政府の歳出予算：一般予算のうちの保健予算の内訳 (百万パキスタンルピー)

会計年度	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13
医薬品・医療機器	54	65	80	100	132
病院サービス	4,892	5,953	6,627	5,712	6,609
公衆衛生サービス	347	469	487	696	845
研究開発	2	2	2	1	
運営管理	195	254	258	143	259
合計	5,490	6,743	7,454	6,652	7,845

(注) 2012-13 年度以外は修正予算額

出典： Federal Budget in Brief, Finance Division, Government of Pakistan [47]

## 第6章 ドナーの協力状況

### 6.1 援助協調の枠組み

2009年4月、日本と世界銀行の主催により「パキスタン・フレンズ支援国会合」が開催され、31カ国と18機関が参集した。そこでは、パキスタンが直面する経済的な課題解決のための支援の重要性が議論され、総額50億米ドル以上の支援が表明された（日本は最大10億米ドルの支援を表明）。同会合の議長声明において、短期的資金ニーズとして、貧困層の保護や教育などに並び保健セクターにおける支援プログラムの継続の重要性が述べられている [48]。

2010年には、世界銀行の支援により、政府機関と開発パートナーが参加するPakistan Development Forum<sup>34</sup>が開催され、保健セクターを含む貧困削減戦略ペーパーに沿った重要課題と援助協調に関し議論がなされた。

保健セクターにおけるドナー会議は月に一回行われており、米国国際開発庁（USAID）が調整役を担っている。また、洪水対策の会議として世界保健機関（WHO）が保健クラスター会合（Health Cluster Meeting）を月2回開催している。国連開発計画（UNDP）、国連人口基金（UNFPA）、国連児童基金（UNICEF）はパキスタンに対する共通のプログラム（2013-2017） [49]を策定しており、共通の重点分野、成果、および指標が設定されている。

### 6.2 ドナー協力実績

#### 6.2.1 概況

パキスタンの保健セクターにおける主要ドナーの支援状況の概要は表6-1のとおり。

表 6-1 主要開発パートナーの主な支援分野

	子どもの健康	女性の健康	HIV/エイズ	結核	マラリア	ポリオ	PHC/地域保健	人材	保健システム強化
WHO	○	○	○	○	○	○	○	○	○
UNFPA		○					○		○
UNICEF	○	○	○			○		○	
世界銀行	○	○				○			○
USAID	○	○	○	○		○	○	○	○
英国国際開発省 (DFID)	○	○							○

出典：各ドナー資料およびウェブサイト（以下参照）

<sup>34</sup> Pakistan Development Forum は 2006 年まで毎年開催されていたが、政治社会情勢の不安定化により中断されていた。

## 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）

WHO は保健セクターにおける支援方針として、ミレニアム開発目標（MDGs）達成と基礎的保健医療サービスのユニバーサルカバレッジを掲げている。支援の優先事項は以下のとおり [50]。

- ・ 保健政策とシステム開発
- ・ 感染症予防対策
- ・ 母子保健
- ・ 非感染性疾患
- ・ 健康的な環境やライフスタイルの促進を含む社会変容
- ・ 災害への対策と対応
- ・ 政府機関を含む関係機関のパートナーシップ強化とドナー協調

### (2) 国連人口基金（UNFPA）

UNFPA は、母子保健プログラムへの支援、各種機器や薬剤の供与、助産師の育成などを実施してきた。先般作成された「Draft common country programme document for Pakistan and the UNFPA results and resources framework, 2013-2017」では、優先分野 1 に社会的弱者の質の高いサービスへのアクセスと利用が掲げられており、その中にリプロダクティブヘルスに関するシステムや組織強化が含まれている [49]。

### (3) 国連児童基金（UNICEF）

UNICEF は、予防接種拡大計画（EPI）プログラムへの支援やコールドチェーン機材の供与のほか、ポリオ予防接種キャンペーンを進めている。また、母子保健に対しても支援を行っており、栄養不良児対策トレーニングや新生児ケアに関するキャンペーンを実施している [51]。

### (4) 世界銀行（World Bank）

世界銀行のパキスタンに対する 2010 年から 2013 年の国別協力戦略（Country Partnership Strategy）では、1) 経済ガバナンスの向上、2) 人的開発および社会的保護の向上、3) 成長のためのインフラ整備、および 4) 紛争予防と安全保障の 4 つの柱が掲げられており、保健セクターは 2) に位置付けられている。世界銀行は主に母子保健、そして公的保健調査に対し支援を行っている [52]。

### (5) 米国国際開発庁（USAID）

USAID は、英国国際開発省（DFID）に並び保健セクターにおける主要ドナーであり、パキスタンにおいて母子保健や感染症対策等を中心に同分野への支援を行っている。また、地方における保健サービスの提供や、医療機関の建設に対する支援も行っている [53]。

### (6) 英国国際開発省（DFID）

DFID のパキスタンに対する 2011 年から 2015 年の支援計画では、HIV/エイズおよびマラリアを含む特定の疾病に対する支援を減らし、母子保健を重点分野としている [54]。



(7) 世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）

パキスタンは世界基金によるエイズ、結核、マラリア対策への支援を受けてきた。表 6-2 は現在の世界基金による支援状況を示したものである。

表 6-2 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

種別	Round	タイトル	資金受入責任機関	署名時予算額 (米ドル)	フェーズおよび現状
HIV/エイズ	9	実施能力、ケアと支援サービス、および危害の低減を向上させるための官民連携	国家エイズ対策プログラム、連邦保健省	4,934,925	フェーズ I - 実施中
	9	実施能力、ケアと支援サービス、および危害の低減を向上させるための官民連携	ナジ・ジンダジ・トラスト	5,617,241	フェーズ I - 実施中
結核	6	総合的 DOTS戦略への移行	マーシー・コー (Mercy Corps)	13,334,050	フェーズ II - 終了
	6	総合的 DOTS戦略への移行	国家結核対策プログラム	13,654,150	フェーズ II - 終了
	9	多剤耐性結核 (MDR-TB) ケアサービスと質の高いDOTS戦略へのアクセス改善によるパキスタンにおける結核負担の低減	国家結核対策プログラム	28,814,121	フェーズ I - 実施中
	9	MDR-TBケアサービスと質の高いDOTS戦略へのアクセス改善によるパキスタンにおける結核負担の低減	マーシー・コー (Mercy Corps)	14,217,116	フェーズ I - 実施中
マラリア	一本化支援金	パキスタンの高度流行県の 19 県におけるマラリア対策カバレッジの拡大	州間調整省マラリア対策総局	17,102,915	フェーズ I - 実施中
	一本化支援金	パキスタンの高度流行県の 38 県におけるマラリア対策カバレッジの拡大	セーブ・ザ・チルドレン、パキスタン	6,451,392	フェーズ I - 実施中

出典：GFATM, Country Grant Portfolio, 2012 [55]

6.3 日本の協力実績と現状

6.3.1 対パキスタン協力方針と保健セクターの位置付け

先般発表された我が国の「対パキスタン・イスラム共和国 国別援助方針」（2012 年 4 月）によれば、経済成長を通じての安定した持続的な社会の構築のため、①経済基盤の改善、②人間の安全保障の確保と社会基盤の改善、③国境地域などの安定・バランスの取れた発展、の 3 つを支援の重点分野としている。保健セクターは、②の開発課題である「基礎的保健医療サービス確保」に位置付けられている [27]。

6.3.2 保健セクターにおける日本の協力

保健セクターにおいては、無償資金協力や技術協力プロジェクトにより、ポリオ撲滅や保健システムなどに対し支援を行っている（表 6-3）。ポリオ撲滅に関しては、ゲイツ財団と連携した円借款や、



UNICEF 経由の無償資金協力など、他ドナーとの連携を通じた効果的な支援が行われている。

表 6-3 保健セクターにおける日本の支援実績(2005 年以降)

スキーム	協力期間 (年度)	名称
技術協力 プロジェクト	2006 年-2009 年	結核対策プロジェクト
	2006 年-2011 年	EPI/ポリオ対策プロジェクト
	2009 年-2012 年	根拠に基づく意思決定および管理のための県保健情報システム整備プロジェクト
有償資金協力	2011 年-2013 年	ポリオ撲滅事業
無償資金協力	2005 年	イスラマバード小児病院改善計画
	2004 年-2011 年	ポリオ撲滅事業 (UNICEF 経由)
	2011 年-2012 年	ポリオ感染拡大防止・撲滅事業 (UNICEF 連携)
草の根無償	2010 年	パンジャブ州グジュラート県先天的口腔異常治療センター建設計画
	2010 年	シンド州カラチ市ナジール・フセイン病院血液バンク機材整備計画
	2010 年	パンジャブ州アトック県ファテ・ジャング郡農村巡回医療拡充計画
	2011 年	パンジャブ州マンディ・バハウドゥディン県母子保健センター建設計画
	2011 年	カシミール地方ムザフアラバード市眼科病院眼科治療強化計画
	2011 年	カラチ市アフザール記念地中海性貧血病院集中治療室機材整備計画
草の根技術協力	2009 年-2012 年	パキスタン・シンド州貧困農村地域における保健医療と公衆衛生、そのキャパシティビルディング支援事業 (特定非営利活動法人 JADE-緊急開発支援機構)
開発調査案件	2003 年-2006 年	保健管理情報システム整備計画調査

出典： 外務省 (2010、2011) 国別データブック [1]、対パキスタン国国別援助方針 [27]より作成

## 第7章 保健セクターにおける優先課題

### 7.1 保健セクターにおける優先課題とその背景

ここまでに取りまとめた保健セクターの現状から、パキスタンの保健セクターの優先課題とその背景について図7-1にまとめるとともに、以下に記述する。

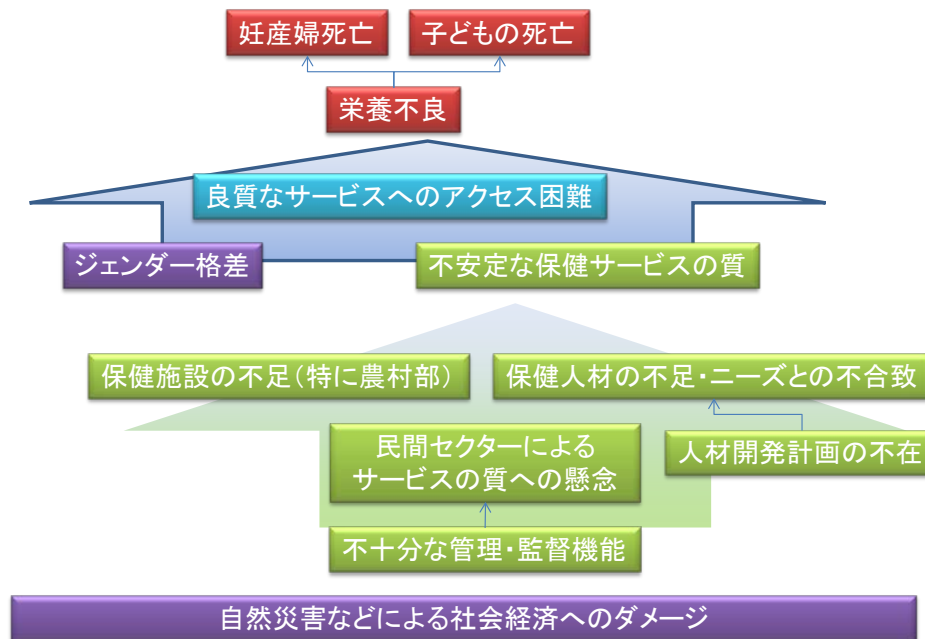


図 7-1 パキスタンの保健セクターにおける課題とその背景

#### 7.1.1 健康状態における問題

母子保健、感染症ともにミレニアム開発目標（MDGs）の達成が厳しい状況にあり、特に母子の健康状態の改善は周辺諸国から大きく後れをとっている。感染症についても、マラリアの予防対策がなかなか普及せず、患者数の減少がままならない状況であり、ポリオについては世界で3カ国ある常在国のうちの1カ国となっている。子どもや女性の栄養状態も長年にわたり目立った改善がなく、妊娠中の栄養不良が子どもの栄養不良を引き起こし、抵抗力を低下させて死亡率が上昇するという悪循環になっていると考えられる。一方、長期的には人口転換による高齢化や、疾病構造の転換も予測されており、非感染性疾病への対応なども視野に入れていく必要がある。

#### 7.1.2 問題の背景

上記の問題の背景には、2007年まで順調であった経済成長の失速と2010年の大洪水による社会経済への大打撃があるとともに、女性の健康状態に関しては伝統的価値観などによるジェンダー格差や女性の行動への制限など、保健セクター以外の大きな要因がある。一方、保健セクターにおいては、保健施設の配置が不十分であることによって物理的なアクセスが悪く、加えて看護師をはじめとする保健人材の不足や民間セクターのサービスの質に対する管理監督などの問題がある。さらに、大胆な地方分権化によって保健サービス提供にかかる権限や責任のほとんどが州政府に移管されたことにより、今後しばらくの間は混乱や地方政府の能力が追いついていかない、州間の格差が拡大する、など

の事態が懸念される。国家レベルでの保健セクターの長期的展望などについては、計画委員会がその任を担うことになると考えられるが、現行の政策との整合性や保健人材開発にかかる戦略など、今後取り組むべき課題も多い。

### 7.1.3 問題に対する政府およびドナーの取り組みと今後の課題

2011年6月の連邦保健省解体以降の具体的な状況は不明であるが、政府はドナーの支援を受けて保健セクターのMDGsの達成にむけた取り組みを継続している。特にコミュニティレベルにおけるサービス提供を拡充させるべく、女性保健ワーカーやコミュニティ助産師などの能力と機能の強化を行うとともに、妊産婦および新生児の死亡を防ぐための緊急産科ケアサービスの提供体制を強化している。また、官民連携や健康保険の導入など、財源の確保に向けた革新的な取り組みも視野に入れている。

## 7.2 日本の支援の可能性

上記課題および日本の国別援助方針から、基礎的保健医療サービスの改善に向けた支援を強化するとともに、地方分権化以降の混乱やサービスの不均衡などを予防するためにも、地方における保健行政の能力強化も有用であると考えられる。また、保健セクターではまだ例の少ない円借款を、大きな資金力を持つ財団との協調によって実現させた実績や経験を生かし、さらなる円借款による保健セクターへの支援の可能性などを検討していくことも、今後の新しい動きの創出につながると考えられる。

また、連邦保健省の解体に伴って保健行政の大半が州に権限委譲されている状況を鑑みると、今後は州ごとの情報収集・分析を行うことによって支援の方向性を検討していく必要がある。本調査においては、州の保健セクターに関して入手可能な情報は断片的かつ更新状況などが不明であった。州ごとの比較は2006年のパキスタン人口保健調査(PDHS)に頼らざるを得なかったが、例えば母子保健についてはサービス利用の状況に係る数値が全体的に最も悪いバロチスタン州について考慮しつつ、最新の情報を収集するという方向性も考えられる。

## 添付資料

- 添付 1 保健分野主要指標
- 添付 2 参考文献リスト

添付1: 保健分野主要指標(パキスタン・イスラム共和国)

国名: パキスタン・イスラム共和国 Islamic Republic of Pakistan				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	111,844,679	144,522,192	173,593,000	2010	1,633,146,000	(2010)	South Asia	
		0.1.02	人口増加率(直近10年間の平均)	Population growth (annual %)		WDI	2.9	2.3	1.8	2010	1.4	(2010)	South Asia	
		0.1.03	出生時平均余命	Life expectancy at birth, total (years)		WDI	60.8	63.2	65.2	2010	65.3	(2010)	South Asia	
		0.1.04	粗出生率	Birth rate, crude (per 1,000 people)		WDI	40.4	31.4	27.3	2010	23.0	(2010)	South Asia	
		0.1.05	粗死亡率	Death rate, crude (per 1,000 people)		WDI	10.3	8.4	7.5	2010	7.9	(2010)	South Asia	
		0.1.06	都市人口率	Urban population (% of total)		WDI	30.6	33.2	37.0	2010	30.1	(2010)	South Asia	
	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	410	470	1050	2010	1,175.9	(2010)	South Asia	
		0.2.02	経済成長率	GNI growth (annual %)		WDI	5.1	3.9	5.2	2010	8.0	(2010)	South Asia	
		0.2.03	初等教育就学率	Total enrollment, primary (% net)	2.1	WDI			74.1	2010	90.7	(2009)	South Asia	
		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	51.6	67.2	81.8	2008	95.0	(2008)	South Asia	
		0.2.05	成人識字率	Literacy rate, adult total (% of people ages 15 and above)		WDI			55.5	2008	61.1	(2009)	South Asia	
		0.2.06	人間開発指標	Human Development Index		HDR	0.31	0.50	0.50	2011	0.55	(2011)	South Asia	
		0.2.07	人間開発指標の順位	Human Development Index (rank)		HDR	120 / 160	138 / 173	145 / 187					
		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			3.5	2008	8.6	(2008)	South Asia	
	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	85	89	92	2010	90.0	(2010)	South Asia	
		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	27	37	48	2010	38.3	(2010)	South Asia	
	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			387	2008	254	(2008)	Eastern Mediterranean
			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			711	2008	706	(2008)	Eastern Mediterranean
1.1.03			負傷で死亡する年齢調整死亡率	Age-standardized mortality rate by cause (per 100,000 population) - Injuries		GHO			92	2008	91	(2008)	Eastern Mediterranean	
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			45.6	2008	38.6	(2008)	South Asia	
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			46.1	2008	51.5	(2008)	South Asia	
1.1.06			負傷で死亡する率	Cause of death, by injury (% of total)		HNP Stats			8.3	2008	9.9	(2008)	South Asia	
1.1.07			感染症による余命損失	Distribution of years of life lost by broader causes (%) - Communicable		GHO			64	2008	55	(2008)	Eastern Mediterranean	
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			26	2008	31	(2008)	Eastern Mediterranean	
1.1.09			負傷による余命損失	Distribution of years of life lost by broader causes (%) - Injuries		GHO			9	2008	14	(2008)	Eastern Mediterranean	
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	490	340	260	2008	290	(2008)	South Asia	
		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		48.8	29.5	2010	72.8	(2010)	South Asia	
		1.2.03	5歳未満児死亡率	Mortality rate, under-5 (per 1,000)	4.1	MDGs	123.6	100.5	86.5	2010	67.0	(2010)	South Asia	
		1.2.04	乳児死亡率	Mortality rate, infant (per 1,000 live births)	4.2	MDGs	95.6	79.5	69.7	2010	51.6	(2010)	South Asia	
		1.2.05	低体重児出生率	Low-birthweight babies (% of births)		HNP Stats			31.6	2007	27.4	(2010)	South Asia	
		1.2.06	合計特殊出生率	Fertility rate, total (birth per woman)		HNP Stats	6.0	4.5	3.4	2010	2.7	(2010)	South Asia	
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	0.1	(2009)	South Asia	
			15-24歳のHIV感染率(女性)	b) Prevalence of HIV, female (% ages 15-24)	6.1	MDGs			0.1	2009	0.1	(2009)	South Asia	
		1.3.02	マラリア有病率	Notified cases of malaria per 100,000 population	6.6	MDGs Database			881	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	2	(2009)	Southern Asia
				b) Malaria death rate per 100,000 population, ages 0-4		6.6	MDGs Database			0	2008	8	(2009)	Southern Asia
		1.3.04	結核有病率	Tuberculosis prevalence rate per 100,000 population (mid-point)	6.9	MDGs Database	565	562	364	2010	267	(2009)	Southern Asia	
		1.3.05	結核罹患率	Incidence of tuberculosis (per 100,000 people)	6.9	MDGs	231	231	231	2010	192	(2010)	South Asia	
		1.3.06	結核による死亡率	Tuberculosis death rate (per 100,000 people)	6.9	MDGs	71	70	34	2010	29	(2010)	South Asia	
		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	0.1	2009	0.3	(2009)	South Asia	
		1.3.08	AIDSによる推定死亡数	AIDS estimated deaths (UNAIDS estimates)		HNP Stats	100	1,100	5,800	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			7	2012				
			GFによる優先度スコア(マラリア)	Partial Prioritization Score by the Global Fund (Malaria)		GF			5	2012				
			GFによる優先度スコア(結核)	Partial Prioritization Score by the Global Fund (TB)		GF			9	2012				
1.4 栄養不良		1.4.01	5歳未満児における中・重度の低体重の比率	Prevalence of wasting (% of children under 5)		HNP Stats			14.2	2001				
2 サービス提供の状況	2.1 母子保健対策	2.1.01	助産専門技能者の立会による出産の割合	Births attended by skilled health personnel, percentage	5.2	MDGs Database	18.8		38.8	2006	50.0	(2009)	Southern Asia	
		2.1.02	帝王切開率	Birth by caesarian section(%)		GHO			7.3	2007	16.0	(2011)	Eastern Mediterranean	
		2.1.03	避妊具普及率	Contraceptive prevalence (% of women ages 15-49)	5.3	MDGs	14.5		27.0	2008	50.5	(2010)	South Asia	
		2.1.04	産前健診(1回以上)	Pregnant women receiving prenatal care (%)	5.5	HNP Stats			60.9	2007	70.6	(2010)	South Asia	
		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	14.2		28.4	2007	46.1	(2010)	South Asia	
		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			25.2	2007	14.7	(2008)	Southern 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	50	59	86	2010	77	(2010)	South Asia	
		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	80	74	95	2010	88	(2011)	South Asia	
		2.1.09	ジフテリア・百日咳・破傷風3種混合ワクチンの初回接種を受けた乳児の割合	a) 1-year-old children immunized against: DPT (percentage of infants who received their first dose of diphtheria, pertussis and tetanus vaccine)		Childinfo	77	72	90	2010	85	(2012)	South Asia	
				b) 1-year-old children immunized against: DPT (percentage of infants who received three doses of diphtheria, pertussis and tetanus vaccine)		Childinfo	54	62	88	2010	76	(2013)	South Asia	
		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	54	65	88	2010	75	(2014)	South Asia	
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			88	2010	51	(2015)	South Asia			

添付1: 保健分野主要指標(パキスタン・イスラム共和国)

国名: パキスタン・イスラム共和国 Islamic Republic of Pakistan			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)	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)	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)	6.3	MDGs Database					36	(2005-2010)	Southern Asia	
	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)	6.3	MDGs Database			3.4	2007	17	(2005-2010)	Southern 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	6.4	MDGs Database					0.73	(2005-2010)	Southern Asia	
	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	6.7	HNP Stats								
	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	6.8	MDGs Database				3.3	2007			
	2.2.08	DOTSのもとで発見され治療された結核患者の割合	6.10	MDGs Database		74	91	2009	88	(2008)	South 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	6.5	MDGs			4.0	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		GHO								
	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		GHO			0	2010				
	2.2.12	HIV検査を受けた妊婦の割合		GHO			<1	2010				
	2.2.13	HIV陽性妊婦のうちARTを受ける割合	6.5	MDGs Database								
	2.2.14	結核患者発見率		HNP Stats	61.0	3.3	65.0	2010	58	(2010)	South Asia	
	2.2.15	結核治療成功率		MDGs		74.0	91.0	2009	88	(2009)	South Asia	
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		HNP Stats			87.0	2010	49.8	(2010)	South Asia	
	2.3.02	ヨード添加塩使用世帯の割合		HNP Stats			17.0	2002	55.3	(2010)	South Asia	
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		ILO					11.6		Countries of very high vulnerability	
	2.4.02	財源不足のためにカバーされない割合		ILO				97.3			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		ILO				69.4			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		HNP Stats	0.46		0.81	2009	0.6	(2010)	South Asia
		3.1.02	人口10万人あたりの母子保健看護師数		HNP Stats							
		3.1.03	人口10万人あたりの看護師数		HNP Stats			0.31	2004	0.68	(2004)	South Asia
		3.1.04	人口10,000人あたりの歯科医師数		GHO			0.57	2009	2	(2007)	Eastern Mediterranean
		3.1.05	人口10,000人あたりの薬剤師数		GHO			0.5	2004	5.0	(2007)	Eastern Mediterranean
	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		HNP Stats		3.0	2.2	2010	3.9	(2010)	South Asia
		3.2.02	保健支出全体における公的支出の割合		HNP Stats		21.2	38.5	2010	30.0	(2010)	South Asia
		3.2.03	保健支出全体における民間支出の割合		HNP Stats		78.8	61.5	2010	70.0	(2010)	South Asia
		3.2.04	民間支出のうち家計による直接負担の割合		HNP Stats		80.3	82.0	2010	79.3	(2010)	South Asia
		3.2.05	公的保健支出の国家支出全体に占める割合		HNP Stats		2.3	3.6	2010	3.5	(2010)	South Asia
		3.2.06	保健支出における外部資金の割合		HNP Stats		0.8	4.8	2010	2.3	(2010)	South Asia
		3.2.07	公的保健支出における社会保障支出の割合		GHO			3.8	2009	19.4	(2009)	Eastern Mediterranean
		3.2.08	一人あたりの保健支出		HNP Stats		14.6	21.8	2010	47.5	(2010)	South Asia
	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		GHO			3.3	2004			
					GHO			31.3	2004			
3.3.02		必須医薬品: ジェネリック医薬品の平均価格		GHO				2.3	2004			
				GHO								
3.3.03		人口1,000人あたりの病床数		HNP Stats	0.6		0.6	2010	0.9	(2005)	South Asia	

WDI: World Development Indicators & Global Development Finance (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>) (Accessed 07/2012)

HDR: Human Development Reports (<http://hdr.undp.org/>) (Accessed 07/2012)

HNP Stats: Health Nutrition and Population Statistics (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>) (Accessed 07/2012)

GF: Global Fund eligibility list for 2012 funding channels, the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (<http://www.theglobalfund.org/en/application/applying/ecfp/>) (Accessed 07/2012)

GHO: Global Health Observatory Country Statistics (<http://www.who.int/gho/countries/en/>) (Accessed 07/2013)

GHO: Global Health Observatory Repository (<http://apps.who.int/ghodata/>) (Accessed 07/2012)

MDGs: Millennium Development Goals (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>) (Accessed 07/2012)

MDG database: Millennium Development Goals Indicators (<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/>) (Accessed 07/2012). Regional data is available on The Millennium Development Goals Report Statistical Annex 2011 (United Nations).

Childinfo: Childinfo UNICEF (<http://www.childinfo.org/>) (Accessed 07/2012)

ILO: World Social Security Report 2010/11: Providing coverage in times of crisis and beyond. International Labour Office Geneva: ILO 2010.

1.3.10 Partial Prioritization Score is composed of the income level score for the country and the disease burden score for the particular disease in the country. The minimum score is 3 and the maximum score is 12.

2.4.01 Estimate of health formal coverage is indicated as percentage of population covered by state, social, private, company-based, trade union, mutual and other health insurance scheme.

2.4.02 Population not covered (%) due to financial resources deficit (based on median value in low-vulnerability group of countries) uses the relative difference between the national health expenditure in international \$ PPP (excluding out-of-pocket) and the median density observed in the country group with low levels of vulnerability as a benchmark for developing countries. The rate can be calculated using the following formula:

Per capita health expenditure not financed by private households' out-of-pocket payments (PPP in int. \$) [A]

Population (in thousands) total [B]

Total health expenditure not financed by out of pocket in int. \$ PPP (thousands) [C = A x B]

Population covered by total health expenditure not financed by out-of pocket if applying Benchmark\* (thousands) [D = C ÷ Benchmark]\*\*

Percentage of the population not covered due to financial resources deficit (%) [F = (B - D) ÷ B x 100]

\*Benchmark: Total health expenditure not financed by out-of-pocket per capita = 350 international \$ PPP.

\*\*This formula was partially modified from the original in the source to suit an actual calculation.

2.4.03 Population not covered (%) due to professional health staff deficit uses as a proxy the relative difference between the density of health professionals in a given countries and its median value in countries with a low level of vulnerability. The rate can be calculated using the following formula:

Total of health professional staff [A = B + C]

Number of nursing and midwifery personnel [B]

Number of physicians [C]

Total population (in thousands) [D]

Number of health professional per 10,000 persons [F = A ÷ D x 10]

Total population covered if applying Benchmark\* (thousands) [E = A ÷ Benchmark x 10]

Percentage of total population not covered due to health professional staff deficit [G = (D - E) ÷ D x 100]

Benchmark: 40 professional health staff per 10,000 persons.

## 添付 2 : 参考文献リスト (パキスタン・イスラム共和国)

引用 番号	資料名	発行元	URL など	発行年
1	国別データブック-パキスタン	外務省	<a href="http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/region/s_asia/pakistan/index.html">http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/region/s_asia/pakistan/index.html</a>	
2	Country Partnership Strategy for the Islamic Republic of Pakistan for the Period FY 2010-13	World Bank	<a href="http://siteresources.worldbank.org/Pakistan/293051-1264873659180/6750579-1279901350261/PakistanCPSJuly2010.pdf">http://siteresources.worldbank.org/Pakistan/293051-1264873659180/6750579-1279901350261/PakistanCPSJuly2010.pdf</a>	July, 2010
3	Achieving Results in a Challenging Environment	World Bank	<a href="http://siteresources.worldbank.org/IDA/293051-1264873659180/6750579-1279901350261/IDA_AT_WORK_Pakistan_2011.pdf">http://siteresources.worldbank.org/IDA/293051-1264873659180/6750579-1279901350261/IDA_AT_WORK_Pakistan_2011.pdf</a>	
4	World Development Indicators	World Bank	<a href="http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators">http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators</a>	
5	Human Development Report	UNDP		2011
6	Annual Plan 2012-13	Planning Commission, Planning and Development Division	<a href="http://www.pc.gov.pk/annualplan2012-13.htm">http://www.pc.gov.pk/annualplan2012-13.htm</a>	2012
7	Vision 2030	Planning Commission, Government of Pakistan	<a href="http://www.pc.gov.pk/vision2030.html">http://www.pc.gov.pk/vision2030.html</a>	2007
8	Approach Paper, Strategic Directions to Achieve Vision 2030	Planning Commission, Government of Pakistan	<a href="http://www.pc.gov.pk/vision2030/approach%20paper/Approach%20Paper.pdf">http://www.pc.gov.pk/vision2030/approach%20paper/Approach%20Paper.pdf</a>	2006
9	Poverty Reduction Strategy Paper (PRSP)-II	Finance Division, Government of Pakistan	<a href="http://www.finance.gov.pk/poverty/PRSP-II.pdf">http://www.finance.gov.pk/poverty/PRSP-II.pdf</a>	2010
10	Pakistan: Framework for Economic Growth	Planning Commission, Government of Pakistan		2011
11	Implementation Plan of Framework for Economic Growth, Result Based Management	Planning Commission, Government of Pakistan	<a href="http://www.pc.gov.pk/feg/PDFs/2012/New-Implementation%20Plan%20of%20Framework%20for%20FEG%20May%2024.pdf">http://www.pc.gov.pk/feg/PDFs/2012/New-Implementation%20Plan%20of%20Framework%20for%20FEG%20May%2024.pdf</a>	2012
12	NCD Country Profiles 2011	WHO	<a href="http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502283_eng.pdf">http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502283_eng.pdf</a>	2011
13	Country Cooperation Strategy at a glance Pakistan	WHO	<a href="http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_pak_en.pdf">http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_pak_en.pdf</a>	May, 2011
14	Millennium Development Goals (オンライン)	World Bank	<a href="http://databank.worldbank.org/ddp/home.do">http://databank.worldbank.org/ddp/home.do</a>	
15	Health Nutrition and Population Statistics (オンライン)	World Bank	<a href="http://databank.worldbank.org/ddp/home.do">http://databank.worldbank.org/ddp/home.do</a>	
16	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>	
17	Pakistan Millennium Development Goals 2010	Planning Commission, Government of Pakistan	<a href="http://www.pc.gov.pk/hot%20links/PMDGs2010.pdf">http://www.pc.gov.pk/hot%20links/PMDGs2010.pdf</a>	2010
18	Countdown to 2015	Maternal, newborn & Child Survival	<a href="http://www.countdown2015mnch.org/country-profiles/pakistan">http://www.countdown2015mnch.org/country-profiles/pakistan</a>	2012
19	Childinfo - Monitoring the Situation of Children and Women	UNICEF	<a href="http://www.childinfo.org/index.html">http://www.childinfo.org/index.html</a>	

## 添付 2 : 参考文献リスト (パキスタン・イスラム共和国)

引用番号	資料名	発行元	URL など	発行年
20	Pakistan Demographic and Health Survey 2006-2007	National Institute of Population Studies	<a href="http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR200/FR200.pdf">http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR200/FR200.pdf</a>	2008
21	World Malaria Report 2011	WHO	<a href="http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2011/9789241564403_eng.pdf">http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2011/9789241564403_eng.pdf</a>	2011
22	Country Progress Report, Pakistan, Global AIDS Response Progress Report 2012	National AIDS Control Program, Ministry of Inter-Provincial Coordination, Government of Pakistan	<a href="http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_PK_Narrative_Report[1].pdf">http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_PK_Narrative_Report[1].pdf</a>	2012
23	Rapport National de Suivi de la Déclaration Politique sur le VIH/Sida	Comité National de Lutte contre le Sida	<a href="http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_BJ_Narrative_Report[1].pdf">http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_BJ_Narrative_Report[1].pdf</a>	2012
24	Review in Slides, Pakistan	HIV and AIDS Data Hub for Asia-Pacific		2011
25	Pakistan ranks 6th among 22 high burden TB countries	APP	<a href="http://tribune.com.pk/story/292170/pakistan-ranks-6th-among-22-high-burden-tb-countries/">http://tribune.com.pk/story/292170/pakistan-ranks-6th-among-22-high-burden-tb-countries/</a>	November, 2011
26	Global Polio Initiative		<a href="http://www.polioeradication.org/">http://www.polioeradication.org/</a>	
27	対パキスタン・イスラム共和国 別援助方針	国 外務省		2012
28	Childinfo Nutrition Country Profile Pakistan	UNICEF		2012
29	National Program for Maternal, Newborn and Child Health (2006-2012)	National Maternal, Newborn and Child Health Program	<a href="http://mnch.gov.pk/">http://mnch.gov.pk/</a>	
30	Pakistan: Urban health profile	WHO	<a href="http://www.who.or.jp/uhcprofiles/Pakistan.pdf">http://www.who.or.jp/uhcprofiles/Pakistan.pdf</a>	
31	The State of the World's Children 2012: Children in an Urban World	UNICEF		2012
32	Directorate of Malaria Control	Ministry of Inter Provincial Coordination	<a href="http://dmc.gov.pk/index.php?option=com_content&amp;view=article&amp;id=55&amp;Itemid=88&amp;showall=1">http://dmc.gov.pk/index.php?option=com_content&amp;view=article&amp;id=55&amp;Itemid=88&amp;showall=1</a>	
33	National Health Accounts Pakistan 2006-06	Federal Bureau of Statistics, Statistics Division, Ministry of Economic Affairs & Statistics		2006
34	Healthcare System in Pakistan. (Presentation)	Dr. M. Rashid Anjum, Community Medicine Department, Army Medical College Rawalpindi		2011
35	Pakistan Statistical Yearbook 2011	Pakistan Bureau of Statistics	<a href="http://www.pbs.gov.pk/content/pakistan-statistical-year-book-2011">http://www.pbs.gov.pk/content/pakistan-statistical-year-book-2011</a>	
36	Report of the Health System Review Mission - Pakistan	WHO/UNICEF/DFID/the World Bank		2007
37	Global Health Observatory Data Repository. Global Health Observatory (GHO)	WHO	<a href="http://apps.who.int/ghodata/">http://apps.who.int/ghodata/</a>	



## 添付 2 : 参考文献リスト (パキスタン・イスラム共和国)

引用番号	資料名	発行元	URL など	発行年
38	Draft Report, Human Resources for Health in Public Sector in Pakistan	National HMIS Program, Ministry of Health		2006
39	Health System Profile: Pakistan	WHO	<a href="http://hinfo.humaninfo.ro/gsd/healthtechdocs/documents/s17305e/s17305e.pdf">http://hinfo.humaninfo.ro/gsd/healthtechdocs/documents/s17305e/s17305e.pdf</a>	2007
40	パキスタン・イスラム共和国 「根拠に基づく意思決定および管理のための県保健情報システムプロジェクト」 事前評価調査報告書	JICA		2008
41	パキスタン・イスラム共和国シンド州小児病院及びムルタン県立中央病院整備計画準備調査 (その1) 報告書	JICA		2010
42	Availability and Affordability of Medicines in Pakistan	The Network for Consumer Protection	<a href="http://www.haiweb.org/medicinesprices/surveys/200407PK/survey_report.pdf#search='drug%20availability%20pakistan">http://www.haiweb.org/medicinesprices/surveys/200407PK/survey_report.pdf#search='drug%20availability%20pakistan</a>	
43	Pakistan Pharmaceutical Country Profile	Ministry of Health	<a href="http://www.who.int/medicines/areas/coordination/pakistan.pdf">http://www.who.int/medicines/areas/coordination/pakistan.pdf</a>	2010
44	The Gateway Paper: Health System in Pakistan - a Way Forward	Nishtar Sania		2006
45	Pakistan Logistics Management Information System	Government of Pakistan	<a href="http://www.lmis.pc.gov.pk/">http://www.lmis.pc.gov.pk/</a>	
46	Global health expenditure database	WHO	<a href="http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&amp;COUNTRYKEY=84701">http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&amp;COUNTRYKEY=84701</a>	
47	Federal Budget	Ministry of Finance, Government of Pakistan	<a href="http://www.finance.gov.pk/fb_2012_13.html">http://www.finance.gov.pk/fb_2012_13.html</a>	
48	「パキスタン支援国会合 共同議長声明 (仮訳)」	外務省ホームページ	<a href="http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/pakistan/visit/0904_shien_gs.html">http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/pakistan/visit/0904_shien_gs.html</a>	
49	Draft common country programme document for Pakistan and the UNFPA results and resources framework, 2013-2017	UNFPA、UNIEF、UNDP	<a href="https://www.unfpa.org/public/home/exbrd/pid/11625">https://www.unfpa.org/public/home/exbrd/pid/11625</a>	
50	Country Cooperation Strategy for WHO and Pakistan 2005-2009	WHO	<a href="http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_pak_en.pdf">http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_pak_en.pdf</a>	
51	UNICEF Pakistan Annual Report 2010	UNICEF	<a href="http://www.unicef.org/pakistan/UNICEF_Pakistan_2010_Annual_Report_-_low_res.pdf">http://www.unicef.org/pakistan/UNICEF_Pakistan_2010_Annual_Report_-_low_res.pdf</a>	
52	World Bank Pakistan: Country Partnership Strategy FY 2010-2013	World Bank	<a href="http://siteresources.worldbank.org/PakistanEXTN/Resources/293051-1264873659180/6750579-1279901350261/PakistanCPSJuly2010.pdf">http://siteresources.worldbank.org/PakistanEXTN/Resources/293051-1264873659180/6750579-1279901350261/PakistanCPSJuly2010.pdf</a>	
53	USAID Health in Pakistan Working Paper	USAID	<a href="http://transition.usaid.gov/pk/docs/sectors/Health_Working_Paper.pdf">http://transition.usaid.gov/pk/docs/sectors/Health_Working_Paper.pdf</a>	April, 2011
54	DFID Pakistan Operational Plan 2011-2015	DFID	<a href="http://www.dfid.gov.uk/Documents/publications1/op/pakistan-2011.pdf">http://www.dfid.gov.uk/Documents/publications1/op/pakistan-2011.pdf</a>	
55	Country Grant Portfolio	GFATM	<a href="http://portfolio.theglobalfund.org/en/Country/Index/PKS/">http://portfolio.theglobalfund.org/en/Country/Index/PKS/</a>	
56	The News International	Dr. Sania Nishtar		