

# 保健セクター情報収集・確認調査

## 東ティモール民主共和国 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
12-131

# 保健セクター情報収集・確認調査

## 東ティモール民主共和国 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

(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のにもかかわらず、特にサハラ以南のアフリカにおいては、2015年までのミレニアム開発目標4（子どもの死亡削減）、5（妊産婦の健康状態の改善）および6（HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病のまん延防止）の達成見通しが立たないなど、期待された成果が見えていない国や地域が多く存在する。これらのことから、途上国の保健セクターの新たな課題として、資金投入を増やして全ての人が医療サービスを受けることが出来るユニバーサルカバレッジ<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。これまでにも、JICAは、特定の国の特定の課題を中心に分析し協力内容を進めてきたが、これまでの同セクター情報は既存の協力案件の周辺情報に特化する傾向があるため、改めてより一層の幅広い情報を収集する機会が必要であると認識された。

### <本調査の目的>

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

### <報告書の構成>

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

<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> Ravishanker 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
AusAID	Australian Agency for International Development	オーストラリア国際開発庁
BCG	Bacille Calmette Guerin	カルメット-ゲラン菌
CCT	Cooperative Cafe Timor	カフェティモール
DHS	Demographic and Health Survey	人口保健調査
DOTS	Directly Observed Therapy Short-course	直接監視下における短期化学療法
EPI	Expanded Programme on Immunization	予防接種拡大計画
GDP	Gross Domestic Product	国内総生産
GNI	Gross National Income	国民総所得
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウイルス
HSSP	Health Sector Strategic Plan	保健セクター戦略計画
IMCI	Integrated Management of Childhood Illness	小児疾患統合管理
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
MDG	Millennium Development Goal	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
MOH	Ministry of Health	保健省
NCBA	National Cooperative Business Association	(アメリカ) 全国協同組合事業協会
NGO	Non-Governmental Organization	非政府組織
OJT	On-the-Job Training	職場内訓練
PHC	Primary Health Care	プライマリヘルスケア
PUSKUD	Pusat Koperasi Unit Desa	東ティモール農村協同組合
SDP	Strategic Development Plan	戦略的開発計画
SISCa	Servico Integrado de Saude Comunitaria	コミュニティでの包括的保健サービス
TB	Tuberculosis	結核
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 Nations Agency for International Development	米国国際開発庁
VCT	Voluntary Counseling and Testing	自発的カウンセリング・検査
WHO	World Health Organization	世界保健機関



出典： <http://www.freemap.jp/blankmap/> (2012年3月16日アクセス)

東ティモール民主共和国

## 要約

1. 2002年の独立以降、東ティモールでは徐々に治安や政情は安定したが、行政の能力向上などを含め、国造りに関しては課題は山積している。石油・天然ガスからの収入により1人あたり国民所得は急激に増加したが、国全体の貧困率はそれほど改善されていない。保健セクターに影響を与えている社会・文化的要因として、識字率・教育レベルの低さ、共通言語のないこと、電気・メディアなどの普及の遅れ、地形的制約と伝統文化を守る意識、さらに家庭内暴力を含む暴力やストレスといった点が挙げられる。
2. 「全ての国民がプライマリヘルスケア（PHC）にアクセスできる」ことなど保健セクターでの課題を盛り込んだ国家開発政策に沿い、保健セクターにおいては、国家保健セクター戦略計画（2011-2030）が策定されている。同計画では人材育成、病院を含めた保健インフラ整備、行政能力強化を目指している。
3. 東ティモールの保健指標を周辺諸国と比べると、合計特殊出生率の高さや栄養指標の悪さが目立つ。ミレニアム開発目標（MDGs）関連指標では乳児および5歳未満児の死亡率は順調に改善しているが、妊産婦死亡率は未だ高い水準にあり、さらにマラリアの発生率は2000年より指標が悪化している。疾病構造に関しては、死因のトップは結核であり感染症中心ではあるが、その状況は改善しつつある一方で、生活習慣病が増え始め、疾病構造の転換が起こりつつあると推察される。
4. 東ティモールにおいては、高い出生率により今後の急激な人口増加が懸念される。母子保健に関する指標については、妊産婦死亡率は東南アジアでラオスについて2番目に高く、避妊普及率の低さ、施設分娩の低さ、出産に関する知識不足など、改善には様々な課題の解決が必要になる。子どもの死亡率は着実に低下し、MDGs達成の見込みが高いが、新生児死亡率は高止まりしている。
5. 感染症については、HIVの若年層における感染が今後深刻になると懸念されている。結核は、患者発見率が長らく横ばいであったが、最近80%を超えた。治療成功率は80%台を維持しているが、相変わらず死因のトップであり、罹患率については大きな改善は見られない。マラリアは人口の2割ほどが毎年罹患しており、特に子どもの疾病の4割がマラリアとなっている。
6. 保健省や援助機関が様々なプログラムを実施してきたにもかかわらず、東ティモールで特に深刻な栄養不良の状況に大きな改善は見られていない。背景には出生時の低体重、母親の低身長・低体重、あるいは栄養不良、所得レベルの低さ、教育レベルの低さなど様々な要因が考えられている。
7. 保健サービス供給体制の課題は、ヘルスポストがない、村落レベルに保健サービスが届いていないことである。避妊法に関する情報の普及や予防接種率などは周辺諸国と比べ低く、どのようなサービスがあるのかという情報をいかに伝達するかということから検討しなければならないのが現状である。また保健省の統計からも、住民の保健サービス利用率が低いことがわかり、サービス提供側に様々な課題があるとともに、住民側も健康や保健サービスの利用に対する意識が低いことが背景にあると考えられる。
8. 保健システムにおいては、保健省や県保健局の能力の問題もあるが、専門医は外国人に依存しているのが現状であり、質の高い保健人材の不足が深刻である。人材不足や保健インフラ整備の遅れから、

現在はディリ国立病院で提供できているのは2次レベルの保健医療サービスにとどまっており、3次レベルサービスは海外に患者を搬送するしかない。保健情報システムについては、制度が稼働しはじめたばかりで、データの質が課題とされ、また収集した情報を分析する能力がまだ保健省に備わっていない。

9. 保健セクターでは多くの援助機関が活動しており、協調の枠組みは既に機能している。母子保健、栄養、PHC の分野への支援が特に多くなっている。
10. 東ティモールの保健セクターにおける優先課題として、1) 住民の意識の低さ、2) 栄養不良、3) 高い人口増加率、4) 不十分な保健サービス、が挙げられる。また、人材育成が成長のボトルネックとなっており、将来の経済発展の担い手を育成するという意味で教育分野と組み合わせた支援や、栄養改善のための支援と農業・農村開発支援との組み合わせは大きな意義があると考えられる。



保健セクター情報収集・確認調査  
保健セクター分析報告書  
東ティモール

目次

はじめに  
用語集  
地図  
要約

第1章	一般概況	1-1
1.1	自然条件・政治経済	1-1
1.2	社会・文化状況	1-1
1.2.1	識字率・教育レベルの低さ、共通言語の不在	1-2
1.2.2	社会インフラ（水・電気・メディア）の普及の遅れ	1-2
1.2.3	地形的制約と伝統文化	1-3
1.2.4	暴力・トラウマ・ストレス	1-3
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	保健セクター戦略計画	2-1
2.2.2	国家保健セクター戦略計画 2011-2030	2-2
第3章	国民の健康状態	3-1
3.1	概況	3-1
3.2	人口	3-2
3.3	母子保健の状況	3-4
3.3.1	母親の健康	3-4
3.3.2	子どもの健康	3-5
3.4	感染症の状況	3-6
3.4.1	HIV/エイズ	3-6
3.4.2	結核	3-6
3.4.3	マラリア	3-7
3.5	栄養と健康	3-8
3.5.1	子どもの栄養	3-8
3.5.2	母親および妊産婦の栄養	3-10
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	4-1
4.2	感染症対策の現状	4-3

4.2.1	結核対策	4-3
4.2.2	HIV/エイズ対策	4-3
4.3	栄養不良対策	4-3
4.4	住民の受療行動	4-4
<b>第5章</b>	<b>保健システムの状況</b>	<b>5-1</b>
5.1	管理・監督機能（ガバナンス）	5-1
5.1.1	保健行政	5-1
5.1.2	サービス供給体制/ リファラルシステム	5-1
5.2	保健人材	5-3
5.2.1	現状	5-3
5.2.2	保健人材育成	5-4
5.3	保健財政	5-4
5.4	保健情報システム	5-6
5.5	施設・機材	5-6
<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	国連児童基金（UNICEF）	6-1
6.2.2	オーストラリア国際開発庁（AusAID）	6-2
6.2.3	世界保健機関（WHO）	6-2
6.2.4	世界銀行	6-2
6.2.5	米国援助庁（USAID）	6-2
6.3	日本の協力実績と現状	6-2
6.3.1	保健医療分野における日本の協力	6-2
6.3.2	対東ティモール協力方針と保健医療分野の位置づけ	6-3
<b>第7章</b>	<b>保健セクターにおける優先課題と提言</b>	<b>7-1</b>
7.1	東ティモールの保健セクターにおける優先課題	7-1
7.1.1	国民の健康課題における重要問題と要因	7-1
7.1.2	課題に対する政府および援助機関の取組み、戦略と支援の方向性	7-2
7.2	保健セクターの開発に資する日本の協力の可能性	7-3

添付資料

- 添付1： 保健セクター主要指標
- 添付2： 参考文献リスト

図表目次

図 1-1	年代別識字率 .....	1-2
図 3-1	県別人口（2010年） .....	3-2
図 3-2	県別貧困率（2007年） .....	3-3
図 3-3	各県における産前検診4回参加率と医療従事者による分娩介助率.....	3-4
図 3-4	各県における自宅分娩および施設分娩の数.....	3-5
図 3-5	HIV新規患者と死者数の推移 .....	3-6
図 3-6	結核罹患率の推移 .....	3-7
図 3-7	結核患者発見率・治療成功率の推移.....	3-7
図 3-8	マラリア例症数の推移 .....	3-8
図 3-9	マラリア罹患率の推移 .....	3-8
図 3-10	5歳以下の子どもの栄養指標の推移.....	3-8
図 3-11	県別の発育障害の比較 .....	3-9
図 3-12	県別の消耗症の比較 .....	3-9
図 4-1	避妊普及率の推移（現代的方法） .....	4-1
図 4-2	分娩介護者別の分娩比率と母親の教育レベル.....	4-2
図 4-3	予防接種率の推移 .....	4-2
図 5-1	保健省組織図 .....	5-1
図 5-2	東ティモールの保健サービス供給システム.....	5-2
図 5-3	保健支出財源の推移 .....	5-5
図 7-1	東ティモール保健セクターの問題構造分析.....	7-1
表 1-1	東ティモールの主要指標 .....	1-1
表 1-2	電気やメディアの普及率（%）（2010年） .....	1-2
表 2-1	保健セクター戦略計画における優先分野と戦略.....	2-2
表 2-2	国家保健セクター戦略計画の期間別優先分野.....	2-2
表 3-1	アジア・太平洋諸国との保健指標比較（最も指標の悪い国をハイライト） .....	3-1
表 3-2	MDG指標の推移.....	3-1
表 3-3	主要死因（病院における死亡のみ）と主要疾病（入院）2011年.....	3-2
表 3-4	世帯人数、女性1人あたり子どもの数（2010年） .....	3-3
表 3-5	新生児死亡関連指標（2011年） .....	3-5
表 4-1	年間平均外来利用回数 .....	4-4
表 5-1	県別保健医療施設数（2011年） .....	5-3
表 5-2	県別医療従事者数（2011年） .....	5-4
表 5-3	保健財政指標の推移 .....	5-5
表 5-4	病床稼働率・平均在院日数（2011年） .....	5-6
表 6-1	主な援助機関の重点支援分野.....	6-1
表 6-2	保健医療分野での日本の支援実績（終了年度が2009年度以降のもの） .....	6-3
表 7-1	保健セクターの課題、戦略、支援策.....	7-2

## 第1章 一般概況

### 1.1 自然条件・政治経済

東ティモール民主共和国（以下、東ティモール）は、ティモール島の東半分約 1 万 5000km<sup>2</sup>の（岩手県とほぼ同じ）面積に約 107 万人が住み、テトゥン族など大半がメラネシア系で、民族ごとに 16 ほどの地方語を持つ。400 年あまりポルトガルの植民地であったため、国民の 99%はキリスト教徒である。1976 年にインドネシアに武力併合され、国連の暫定自治を経て 2002 年に独立した。2007 年に初の国政選挙が行われ、行政機能の回復、インフラ復旧が徐々に進展し、治安や政情は安定しつつある一方、司法機関強化、行政官の能力向上、汚職防止など課題は山積している。また、2012 年 3 月の大統領選挙において現職が敗れており、7 月には議会選挙も行われるため、今後政策等において大きな転換があることが懸念される。

主な産業は農業で、コーヒーの輸出に注力していたが、近年は石油・天然ガスの開発が貴重な国家財源として進められており、国内総生産（GDP）は、2004 年の 4 億 6,000 万米ドルから 2008 年には 29 億米ドルへと 6 倍以上も急成長した。1 人あたりの所得は 2,000 米ドルを超えたが、多くの国民の生活レベルは低所得国と同様の状況のままであり、国家予算の約 9 割を依存する石油からの歳入を、どのように国民に還元して生活レベルを向上させていくかが大きな課題となっている。表 1-1 に東ティモールの主要指標を示す。

表 1-1 東ティモールの主要指標

指標	年	
人口（千人）	1,134	2009
人口増加率（%）	4.1	2000-2009
識字率（%）	58	2007
出生時平均余命（歳）	62	2009
粗出生率（人口千対）	40	2009
粗死亡率（人口千対）	9	2009
乳児死亡率（出生千対）	46	2010
5 歳未満児死亡率（出生千対）	55	2010
妊産婦死亡率（出生 10 万対）	370	2009
一人あたりの国民総所得（GNI）（米ドル）	2,220	2010
経済成長率（%）	7.4	2010
初等教育就学率／出席率（%）	117	2009
人間開発指標*（187 カ国中）	0.495（147 位）	2011
貧困ライン以下で生活する人口の割合（%）	49	2007

出典： Health Nutrition and Population Statistics, World Bank [1]

\*Human Development Report, UNDP (2011) [2]

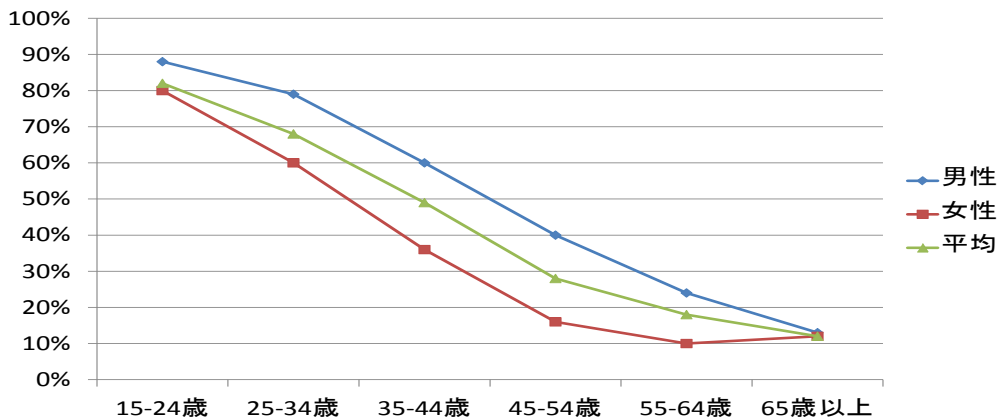
行政区分としては、中央政府の下に、13 の県があり、その下に 65 の準県（郡にあたる）、442 の村、2,225 の村落がある。

### 1.2 社会・文化状況

保健セクターに影響を与えている社会・文化面における東ティモールの特徴は以下のとおりである。

### 1.2.1 識字率・教育レベルの低さ、共通言語の不在

ポルトガル植民地時代に十分に教育が施されなかったこと、また 1999 年に学校を含め社会インフラの多くが破壊されたことから、十分な学校教育の機会を持たずに成人した国民が多い。2010 年の国勢調査によると、人口の 3 割は全く学校に通ったことがなく、特に年齢が上がるほど識字率は低くなっている（図 1-1）。今子育てをしている親の世代でも、30 代女性の識字率<sup>6</sup>は全国平均で 60%程、40 代では 35%程しかなく、祖父母にあたる年代では識字率は 10%程しかない。これが栄養や妊娠・出産に関する知識の低さにつながっている。



出典：Timor Leste Multiple Indicator Cluster Survey. UNICEF (2002) [3]

図 1-1 年代別識字率

また、独立に際して公用語はポルトガル語とテトゥン語とされたが、ポルトガル語は一部の層（年代の高い層など）しか話さず、学校教育で教えられていても普及していない。テトゥン語で読み書きできるのは 75%にとどまり、全国に 16 ある部族語しか理解しない人口もいまだあり、教育の普及だけでなく、保健に関する情報の普及においても、共通言語の不在が障害となっている。

### 1.2.2 社会インフラ（水・電気・メディア）の普及の遅れ

安全な飲料水へのアクセスのある世帯は全国平均で 65%だが、地方では約 57%と、約半数の世帯がアクセスできていない。また、電気の普及率も特に地方では 18%と遅れており、衛生状態の改善や、病院・保健センターの運営を難しくしている。表 1-2 示すように、テレビやラジオといったメディアに接する機会を持つ人口も全国平均で 3 割前後と非常に少なく、行政による保健サービスに関する情報の普及が進まない要因となっている。

表 1-2 電気やメディアの普及率 (%) (2010 年)

	電気	テレビ	ラジオ	電話	冷蔵庫	車	バイク
都市	87	62	44	86	31	14	34
地方	18	10	28	43	3	2	7
全国平均	36	24	32	54	10	5	14

出典：Population and Housing Census. MOF (2010) [4]

<sup>6</sup> 識字率は、ポルトガル語、テトゥン語、英語、インドネシア語のうち最低 1 言語による識字を含んでいる。

### 1.2.3 地形的制約と伝統文化

東ティモールは平地の少ない山国であり、そのため道路整備も遅れている。全国に 65 ある保健センターより先の、村レベルにあるヘルスポストに通じる道路は、雨が降ると冠水して通行できなくなるような箇所も多く、サービスや情報の普及を妨げている。全国に 442 の村があるが、その中でさらに孤立した小さな集落に居住している人々が多く、それぞれが個々の部族の伝統文化を守って生活しており、西洋医学よりも伝統医療を尊重する考えを持つ人もいまだ多いと言われる。

### 1.2.4 暴力・トラウマ・ストレス

最新の人口保健調査（DHS）によると、全国平均で既婚女性の 35% が夫やパートナーから家庭内暴力など何らかの暴力を受けたことがあり、ラウテン県、ディリ県におけるその数字は、それぞれ 56%、46% と、女性の約半数に上る [5]。もともとの国民性と、男性優位社会であること、紛争を経たことによるトラウマ、さらに独立後の貧困、失業の多さ（25-34 歳は 33%）などからのストレスが多いことも背景にあると思われる。失業やストレスの多さが喫煙、飲酒、10 代の妊娠の多さなどにつながっており、13-15 歳の喫煙率は男性 60%、女性 53% に達し、東南アジア平均の男性 26%、女性 7% を大きく上回っているなど [6]、健康面へのリスクファクターとなっている。

## 第2章 開発政策

### 2.1 国家開発政策

2011-2030 年の中長期開発計画である「戦略的開発計画（SDP）」では、2030 年までに上位中所得国入りを目指す国づくりのビジョンと、2020 年までに必要な行動計画、2015 年までの公共投資計画を示している。都市と地方の格差、人材不足、脆弱な行政機構といった東ティモールが抱える課題を乗り越えて、以下に示す目標を達成するとしている。

#### 戦略的開発計画（SDP）の目標

- a) 全ての子どもが無料の義務教育を受けられる
- b) 全ての国民が読み書きできる
- c) 全ての国民がプライマリヘルスケア（PHC）にアクセスできる
- d) 不衛生な水、栄養失調、不十分な保健サービスにより生命を失う子どもがいなくなる
- e) 最先端のヘルスケア、生産性の高い農業、無線ブロードバンドといった 21 世紀の新しい技術を、全ての国民が修得する機会を持つ
- f) 公的サービスへのアクセス、たくさんの雇用機会、経済発展によって、貧困が撲滅される

また 2020 年までの行動計画として、保健、教育、農業、インフラ、都市化、工業・サービス業の 6 つの分野の強化を目指し、2015 年までの投資計画では保健・栄養、教育、道路、電力、港湾・空港、農業、石油、観光の 8 分野について、それぞれ優先分野を定めている。

保健・栄養分野については以下の 5 つの実現を優先分野としている：①救急サービスを提供できる県病院、100 世帯あたりに 1 人の地域保健従事者、医師と看護師のいるクリニックからなる 1 次保健システムの整備、②国家栄養モニタリングの実施、③疫学データシステムの設立、④HIV/エイズ、結核、マラリアなどの感染症対策、⑤医療従事者の技能向上のための研修の実施。

### 2.2 保健セクター開発計画

#### 2.2.1 保健セクター戦略計画

保健セクター戦略計画（HSSP）2008-2012 において、質の高い保健サービスへのアクセス改善、マネジメント強化、計画・モニタリング・協調の強化、という 1 つの大きな目標達成のため、以下の 10 の優先分野が定められている（表 2-1）。

表 2-1 保健セクター戦略計画における優先分野と戦略

優先分野	戦略
サービス供給	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特に貧困層や弱者向けおよび僻地でのサービスへのアクセスを改善する</li> <li>・病院、保健センター等の施設や移動クリニックにおいて基礎保健サービスの提供を強化する</li> <li>・サービスの質を改善する</li> </ul>
行動変容・健康増進	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者と上手にコミュニケーションを取れるよう保健スタッフの態度を改善する</li> <li>・行動変容を惹き起す活動を推進する</li> </ul>
質の改善	<ul style="list-style-type: none"> <li>・質についての基準を定め、サービスの質を向上させる文化を定着させる</li> </ul>
人材育成	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ニーズに基づいた人材配置</li> <li>・スタッフへのインセンティブ導入</li> <li>・研修を強化し技能の高い助産師の数を増やす</li> <li>・看護師の能力向上</li> <li>・管理者の技能向上</li> </ul>
保健財政	<ul style="list-style-type: none"> <li>・財政管理能力の向上</li> </ul>
資産管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・資産管理の基準・ガイドラインなどの制定</li> </ul>
行政能力向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>・より効果的な保健行政の実現のため保健省の組織・機能を見直す</li> </ul>
保健情報システム	<ul style="list-style-type: none"> <li>・情報システム実施のためマスタープラン策定</li> </ul>
ジェンダー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・女性がサービスにアクセスしやすいよう、保健省内の意識改善</li> </ul>
調査	<ul style="list-style-type: none"> <li>・調査能力強化のため、調査のためのセンターを開設</li> </ul>

出典：Health Sector Strategic Plan 2008-2012. MOH (2007) [7]

## 2.2.2 国家保健セクター戦略計画 2011-2030

HSSP が 2012 年で終了するのを受け、2011 年以降の 20 年にわたる中長期計画を定めたのが国家保健セクター戦略計画であり、SDP の内容に合わせて策定された。2011 年からの 20 年を 4 つの期間に分けて、それぞれ以下のような目標を掲げている（表 2-2）。2020 年までに人材育成、保健インフラ整備、行政能力強化を図り、2025 年までに 3 次レベルサービス提供と県に 1 つの病院設立を目指している。

表 2-2 国家保健セクター戦略計画の期間別優先分野

期間	目標
2011-2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人材育成、病院・保健センターなどへの人材配置</li> <li>・県レベルの保健サービスのインフラ整備・ロジスティクスの強化</li> <li>・中央・県レベルでの行政能力強化</li> </ul>
2016-2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健指標の変化に合わせた保健政策の改訂</li> <li>・人材育成、病院・保健センターなどへの人材配置</li> <li>・中央・県レベルでの行政能力強化</li> </ul>
2021-2025	<ul style="list-style-type: none"> <li>・国家保健システムのアセスメント実施</li> <li>・各県における病院の設置</li> <li>・3 次レベル保健医療サービスの提供</li> </ul>
2026-2030	<ul style="list-style-type: none"> <li>・効果的な国家保健システムの確立</li> </ul>

出典：National Health Sector Strategic Plan 2011-2030, MOH (2011) [8]



## 第3章 国民の健康状態

### 3.1 概況

近隣の島国および指標が近似しているアジア諸国との保健指標を比較した結果を表 3-1 に示す。東ティモールが他国より特に高い（悪い）指標は、合計特殊出生率と栄養指標の発育阻害<sup>7</sup>、さらにアジアでラオスに次いで 2 番目に高い妊産婦死亡率であり、それらの結果として平均余命が相対的に短く（カンボジアと同じ 62 歳）になっている。

合計特殊出生率はアフガニスタン（6.5）に次いで、世界で 2 番目に高く（ソマリアと同位）、発育阻害の割合はアフガニスタン（59%）イエメン（58%）に次いで世界で 3 番目に高くなっている。

表 3-1 アジア・太平洋諸国との保健指標比較(最も指標の悪い国をハイライト)

	平均余命 (年)	乳児死亡率 (出生千対)	5 歳未満児 死亡率 (出生千対)	妊産婦 死亡率 (出生 10 万対)	合計特殊 出生率	発育阻害 (%)	識字率 (%)
	2009	2009	2009	2008	2009	2003-09	2005-08
<b>東ティモール</b>	62	48	56	370	6.4	54	58
PNG	61	52	68	250	4.0	43	60
ソロモン諸島	67	30	36	100	3.8	33	77
カンボジア	62	68	88	290	2.9	40	78
バングラデシュ	67	41	52	340	2.3	43	55
ラオス	65	46	59	580	3.4	48	73
インドネシア	71	30	39	240	2.1	37	92

出典：The State of The World's Children 2011. UNICEF (2011) [9]

ミレニアム開発目標（MDGs）のうち、乳児および 5 歳未満児の死亡は徐々に低下しているが、妊産婦死亡率は過去 20 年間で改善したものの、MDG 目標にはまだ到達していない。マラリア罹患率も改善がみられず目標到達は難しい状況である（表 3-2）。

表 3-2 MDG 指標の推移

MDG	MDG の指標	1990	2000	2010	Targets In 2015	達成可 可能性
4	5 歳未満児死亡率（出生千対）	169	104	55	96	高
	乳児死亡率（出生千対）	127	82	46	53	高
5	妊産婦死亡率（出生 10 万対）	650	520	370*	252	低
	医療従事者による分娩介助率（%）	-	18	29	60	低
6	マラリア罹患率（人口千対）		113	206*	45	低
	結核患者治癒率（%）		76	80	85	高

\*妊産婦死亡率は 2008 年のデータ、マラリア発生率は 2007 年のデータ

出典：Millennium Development Goals Indicators, United Nations [10]

<sup>7</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

保健省の統計によると、死因と入院患者の疾病の上位は感染症であるが、生活習慣病や事故が5位以内に入っており、感染症が徐々に減り、疾病構造の転換が起こりつつあると推察される（表3-3）。背景には食生活の変化、飲酒・喫煙、健康についての知識不足などがあると考えられる。

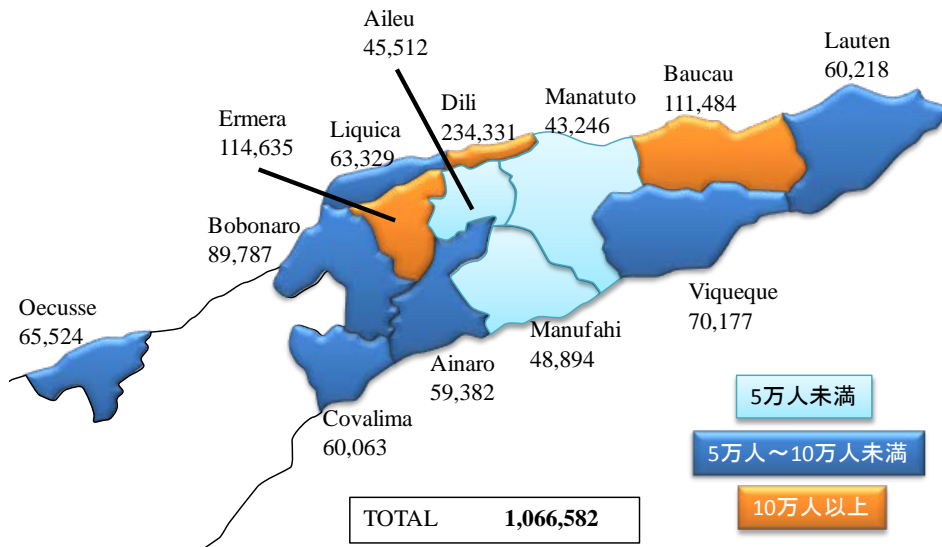
表 3-3 主要死因(病院における死亡のみ)と主要疾病(入院)2011年

	死因	死亡数	疾病	入院患者数
1	結核	119	肺炎	2551
2	肺炎	91	結核	1355
3	脳血管疾患	56	下痢症	1226
4	循環器疾患	52	交通事故	894
5	気管支喘息	36	循環器疾患	648
6	事故	29	気管支喘息	428
7	髄膜炎・脳炎	27	マラリア	427
8	マラリア	26	尿路感染症	406
9	肝臓疾患	25	デング熱	257
10	腎不全	17	脳血管疾患	175

出典：Health Statistics Report 2011. MOH (2011) [11]

### 3.2 人口

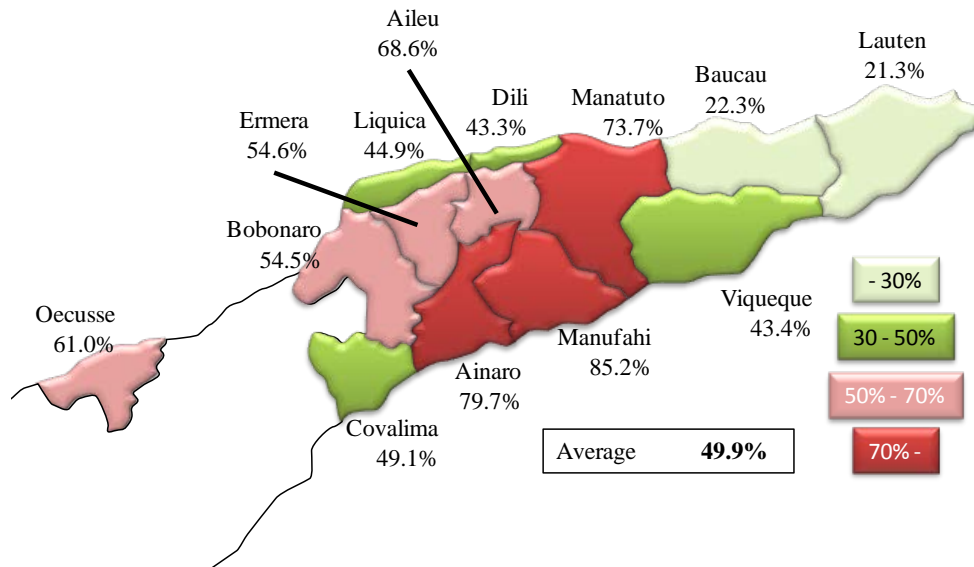
東ティモールの人口は1980年に55万人であったのが2010年には107万と、30年で倍増した。その間、インドネシア占領期に人口の4分の1が戦闘などで死亡したと言われていることを考えると、独立後の人口増加は急速であったと言える [8]。2000-2009年の平均人口増加率は4.1%で2010年には2.4%に減少したが、2.4%の水準のまま推移すれば、30年後に人口が倍増する計算になる。2010年の県ごとの人口を図3-1に示す。



出典：Population and Housing census. MOF (2011) [4]

図 3-1 県別人口(2010年)

また、貧困世帯比率は人口の少ない中部のマナトゥット、マヌファヒ県で特に高く、東部のバウカウ、ラウテン県では低いことが分かる（図3-2）。



出典： World Bank and Directorate of national Statistics, Timor-Leste: Poverty in a Young Nation (2008) [12]

図 3-2 県別貧困率(2007年)

合計特殊出生率は、独立前は3.0-4.0であったのが、独立後のベビーブームで急激に増え、最高で7.8(2003年人口保健調査(DHS))となり、現在は6.0前後になっている。表3-4に示すように、女性は20歳前後で結婚して平均して5-6人の子どもを産み、約3割の世帯は7人以上の大家族となっている。この10年で急激に人口が増えたため年齢の中央値は14.4歳で、人口の半分は15歳以下と世界で最も人口構成が若い国となっており、低い教育レベルや農業以外に産業がない現状と併せ、失業問題の深刻化が懸念されている [13]。

表 3-4 世帯人数、女性1人あたり子どもの数(2010年)

県	平均世帯人数 <sup>1</sup>	女性1人あたり子どもの数 <sup>2</sup>	女性の平均初婚年齢 <sup>2</sup>
Aileu	6.3	5.6	20.6
Ainaro	6.1	7.2	20.8
Baubau	5.2	5.5	22.2
Bobonaro	5.4	6.0	21.0
Covalima	5.4	4.4	19.7
Dili	6.7	4.6	21.4
Ermera	6.1	6.6	20.8
Lauten	5.3	6.7	20.4
Liquica	6.1	5.5	20.8
Manatuto	6.0	5.5	21.3
Manufahi	6.5	5.9	20.7
Oecusse	4.7	6.6	19.8
Viqueque	5.2	5.6	21.0
TOTAL/average	5.8	-	-

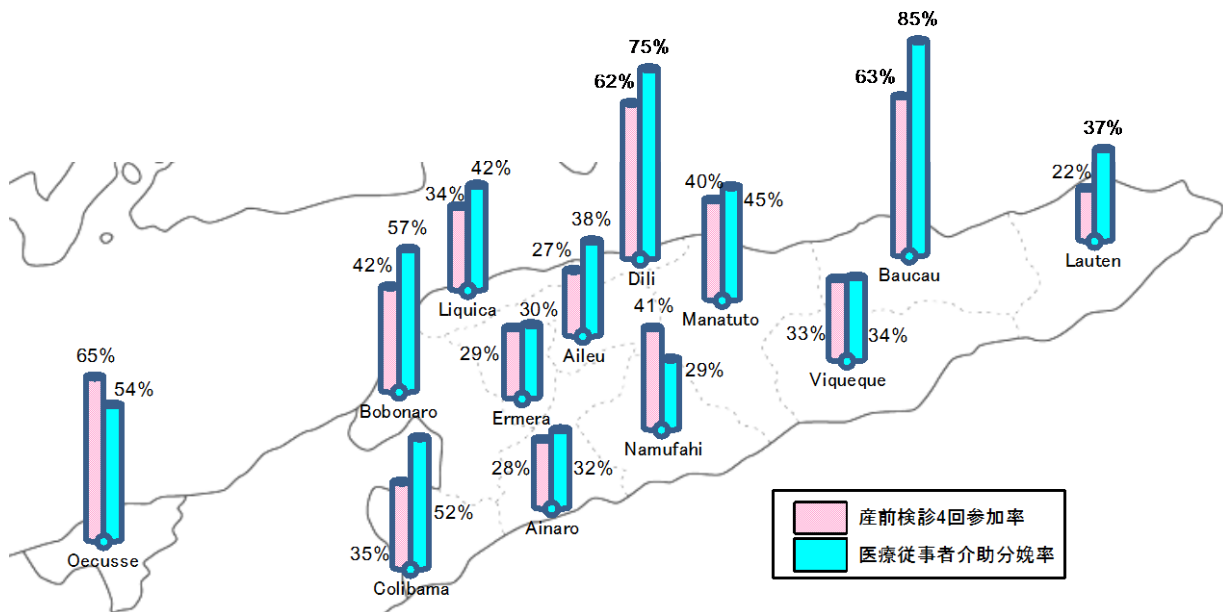
出典： 1: Population and Housing census. MOF (2010) [4]  
2: Timor-Leste DHS 2009-10 [5]

### 3.3 母子保健の状況

#### 3.3.1 母親の健康

妊産婦死亡の主な原因は出血、感染、分娩停止、中絶による合併症、子癇である。妊産婦死亡は徐々に減少してきたものの、周辺諸国と比べて未だ高い背景には、施設分娩の少なさ、避妊普及率の低さ(26%)、10代の妊娠の多さ、合計特殊出生率(6.4)の高さ(世界第2位)、地理的要因やインフラ不足によるサービスへのアクセスの困難さ、地域の慣習に従う伝統的産婆(TBA)による分娩、妊娠・出産についての知識不足など、実に様々な要因があり、改善にはさまざまなアプローチが必要になると思われる。

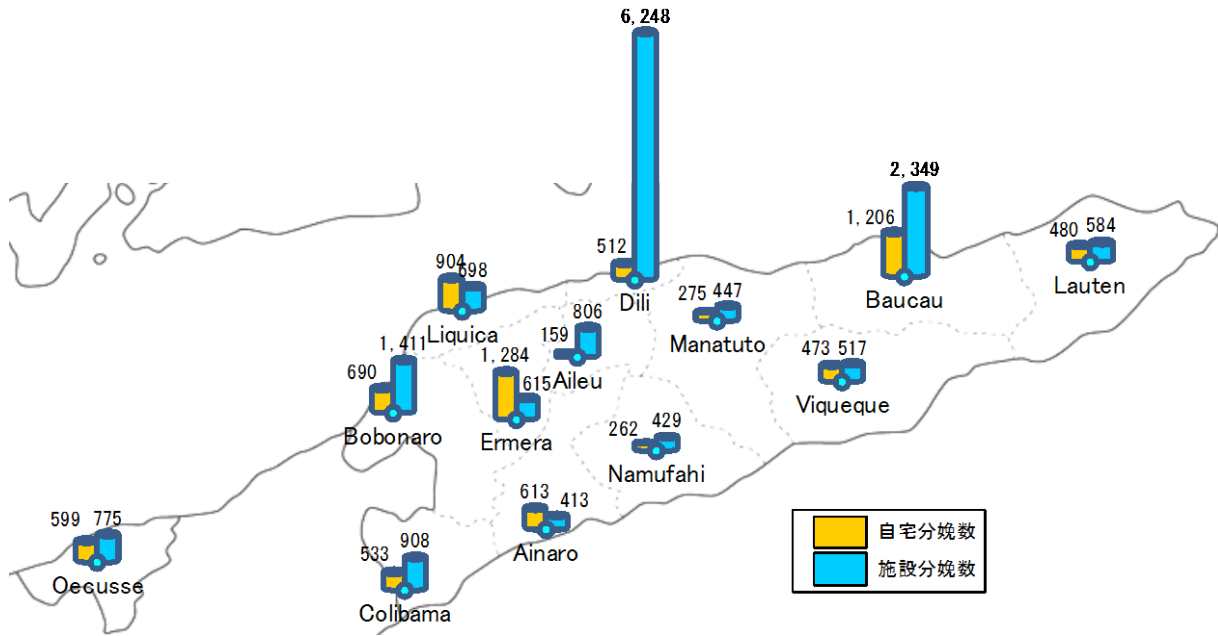
図 3-3 に示すように、産前検診 4 回参加率および医療従事者による分娩介助率は地域格差が大きく、特にエルメラ、アイナロ、オエクシ、アイレウの各県などで低い数字となっている。全国平均でみると医療従事者による分娩介助は 51%と比較的高い割に、依然として妊産婦死亡が多い原因として、避妊普及率が低いために妊娠・出産回数が多く、母体への負荷が大きいことや、妊婦の栄養不良の問題などが背景にある。女性が平均 6 回以上の出産をするということは、3 年以下の非常に短い間隔で妊娠・出産を繰り返している状況という計算になる。この背景には、女性の 6 割は避妊方法を知らず、さらに 75%の女性がどこに行けば避妊の情報を得られるのかさえ知らないという、保健サービスについての情報が普及していない現状があると考えられる [14]。



出典：Health Statistics Report. MOH (2011) [11]

図 3-3 各県における産前検診 4 回参加率と医療従事者による分娩介助率

図 3-4 に示すように、全体として自宅分娩よりも施設分娩が多くなっているが、ディリ県に隣接していてもリキシャ県、エルメラ県などでは自宅分娩の方が多い。



出典：Health Statistics Report. MOH (2011) [11]

図 3-4 各県における自宅分娩および施設分娩の数

### 3.3.2 子どもの健康

子どもの死亡率は、予防接種拡大計画（EPI）や小児疾患統合管理（IMCI）など基礎保健サービスの拡充により順調に減少しており、乳児死亡率（出生千対）および5歳未満児死亡率（出生千対）とも東南アジア地域の平均値（それぞれ45、59 [6]）と同じ水準まで改善している。5歳未満児の主な死因は多い順に出生時窒息16%、マラリア14%、早産13%、敗血症12%、下痢症11%、麻疹9%、肺炎8%であり [15]、この中で新生児死亡が占める比率は約3割と高いままである。県別の新生児死亡関連指標を表3-5に示す。

表 3-5 新生児死亡関連指標(2011年)

県	低出生体重児 (2500g未満)	死産	新生児死亡		
			0-6日以内	7-28日以内	合計
Aileu	23	6	4	2	6
Ainaro	92	3	10	1	11
Baucau	221	19	7	1	8
Bobonaro	91	29	17	0	17
Covalima	31	12	2	0	2
Dili	426	73	34	2	36
Ermera	13	16	13	0	13
Lauten	28	5	12	0	12
Liquica	13	7	11	0	11
Manatuto	9	11	6	0	6
Manufahi	9	2	5	2	7
Oecussi	20	12	8	0	8
Viqueque	23	6	22	0	22
TimorLeste	999	201	161	8	159

出典：Health Statistics Report. MOH (2011) [11]

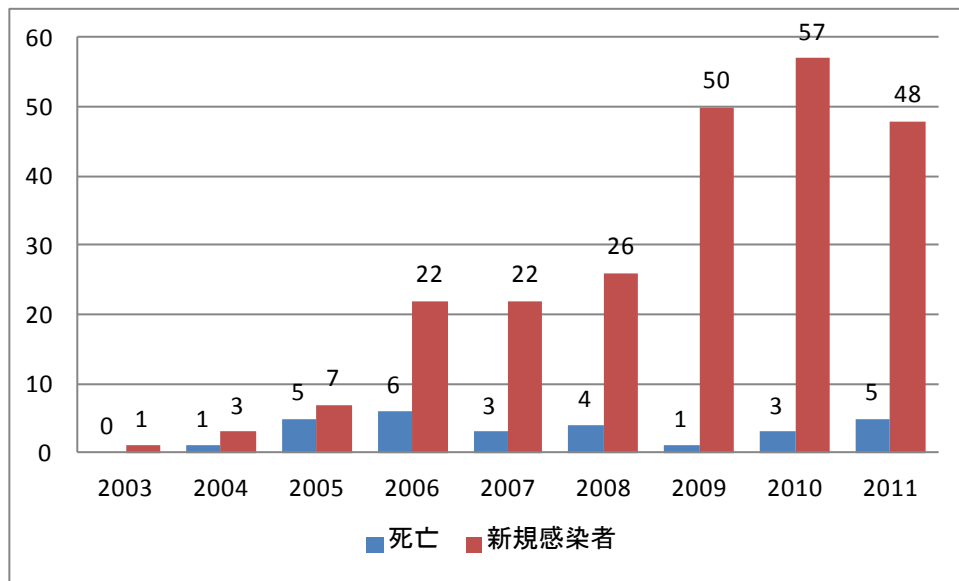
子どもの死亡や疾病については、都市部（ディリ県とバウカウ県）と地方との格差だけでなく、平地と高地での格差があると指摘されている。5歳未満で死亡する子どもの割合が、都市部では7%だが高地で

は 15% となっており、サービスへのアクセスや親の教育レベルの違いなどが影響していると推察される [3]。

### 3.4 感染症の状況

#### 3.4.1 HIV/エイズ

2003-2011 年の累積感染者数は 236 人、死亡は 28 人となっている。感染者の年齢別では 25-44 歳が 65%、15-24 歳が 26% であり、5 歳以下の HIV 感染も累計で 5 人（全体の 1.9%）報告されている。



出典：Health Statistics Report 2011. MOH (2011) [11]

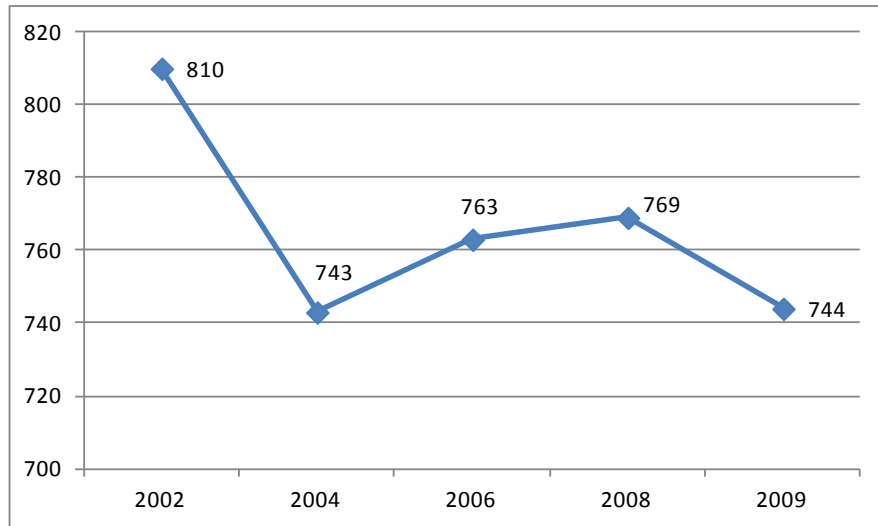
図 3-5 HIV 新規患者と死者数の推移

図 3-5 に示すように、新規患者は 2009 年以降、50 人前後に増加している。また、国連児童基金 (UNICEF) の疫学調査によると妊婦の 0.68% が HIV に感染している。

避妊方法のうちコンドーム使用比率は 3% と低く、セックスワーカーの 59% はコンドームを使用していない。HIV/エイズについて正しい知識を持っている 15-24 歳の比率は 13% (2007 年) にとどまっており、国連軍の駐在、若者の性行動、エイズについての知識不足といった背景から、今後、急激に感染が拡大する危険性があると言われている。

#### 3.4.2 結核

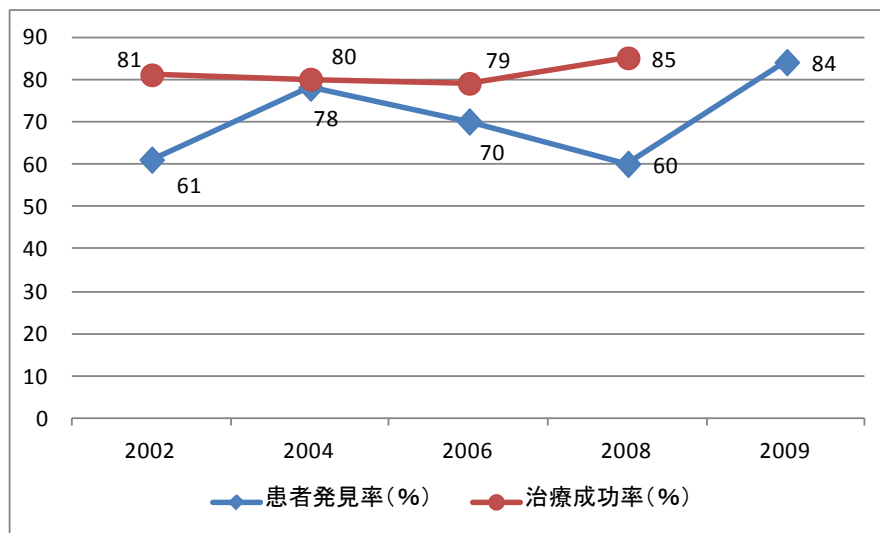
結核は死因のトップであり、罹患率はこの 10 年近く大きな改善は見られず、2009 年には 744 (人口 10 万対) と、東南アジアで最も高くなっている (図 3-6)。 -



出典: Millunium Development Goals Indicators. United Nations (Database) [10]

図 3-6 結核罹患率の推移

患者の発見率<sup>8</sup>は 60-70%台を推移していたが 2009 年に 80%を超えた。治療成功率は、ほぼ 80%以上を維持し、世界保健機関 (WHO) の目標値である 85%に達している (図 3-7)。



出典: Millunium Development Goals Indicators. United Nations [10]

図 3-7 結核患者発見率・治療成功率の推移

### 3.4.3 マラリア

マラリアは死因の第 8 位で、毎年人口の 2 割程度が罹患しており、特に 5 歳未満児の疾病の 4 割がマラリアで、依然として大きな脅威になっている (図 3-8)。マラリア罹患率 (人口千対) は 2000 年の 113 から 2007 年に 206 へと悪化しており、MDG 目標値 (45) の達成は難しい状況である (図 3-9)。

<sup>8</sup> 分母は推定患者数、分子は届け出患者数。

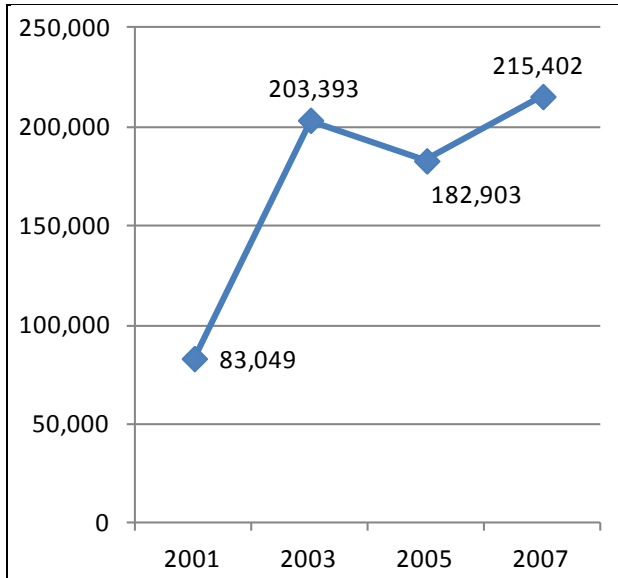


図 3-8 マラリア例症数の推移

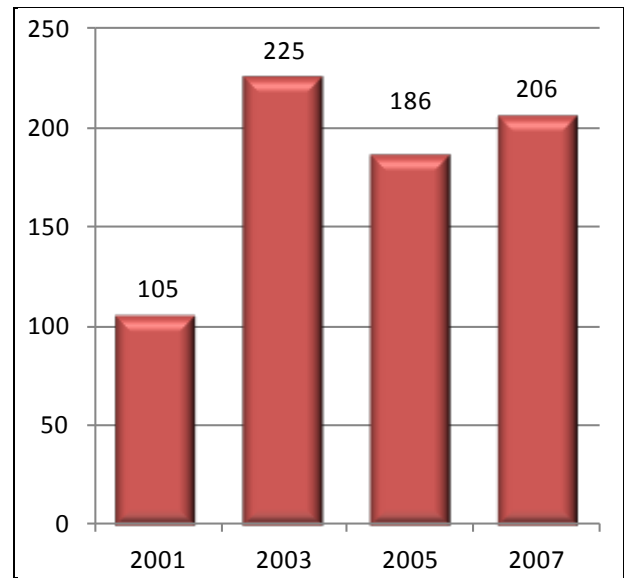


図 3-9 マラリア罹患率の推移

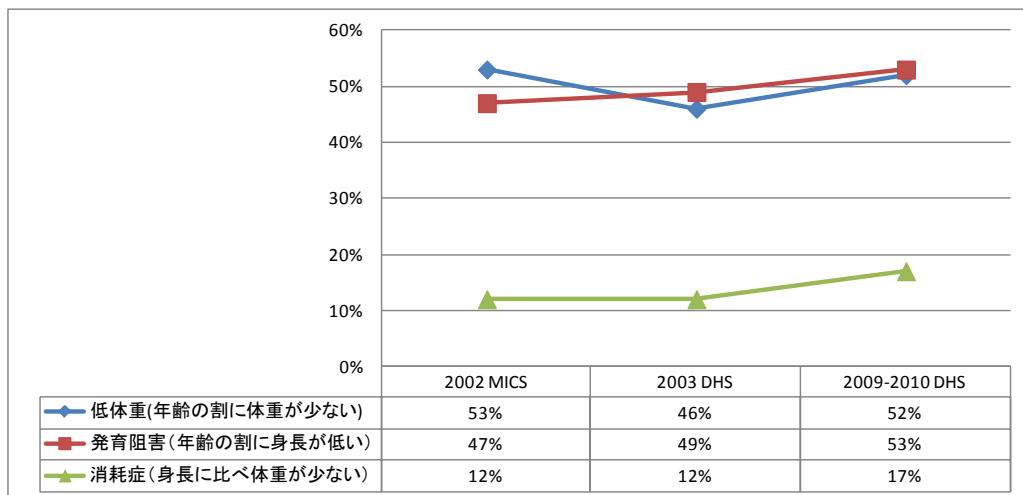
出典：Millennium Development Goals Indicators, United Nations [10]

殺虫剤処理済蚊帳の使用状況は、2001年の41%から2007年には51%へと改善したが、農村部(45%)が都市部(69%)を大きく下回り、都市部と農村部でマラリア予防に関する知識および行動に差があることが伺える。

## 3.5 栄養と健康

### 3.5.1 子どもの栄養

子どもや妊産婦の死亡あるいは感染症などを引き起す危険因子の一つである栄養の分野には多くの援助機関が支援をしてきたが、図 3-10 にあるように、この 10 年で目立った改善はみられていない。



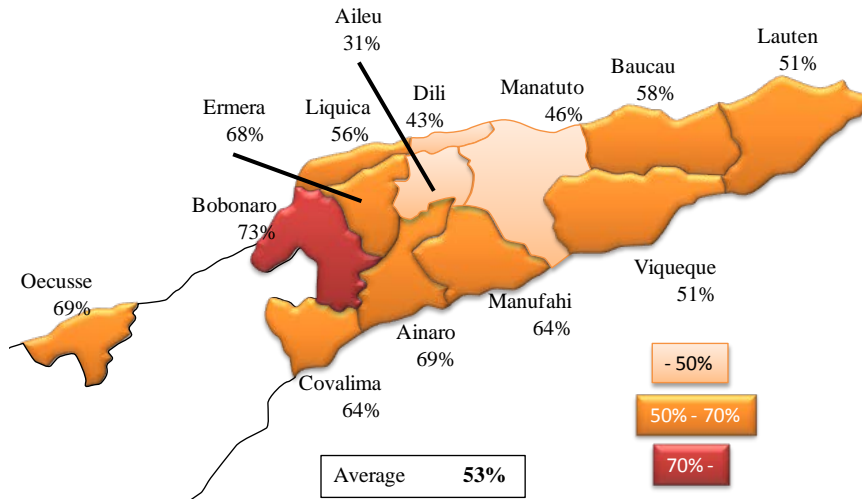
出典：Multiple Indicator Cluster Survey, UNICEF (2003) [16]  
Timor-Leste Demographic and Health Survey 2009-10, National Statistics Directorate Ministry of Finance and ICF Macro (2010) [5]

図 3-10 5 歳以下の子どもの栄養指標の推移



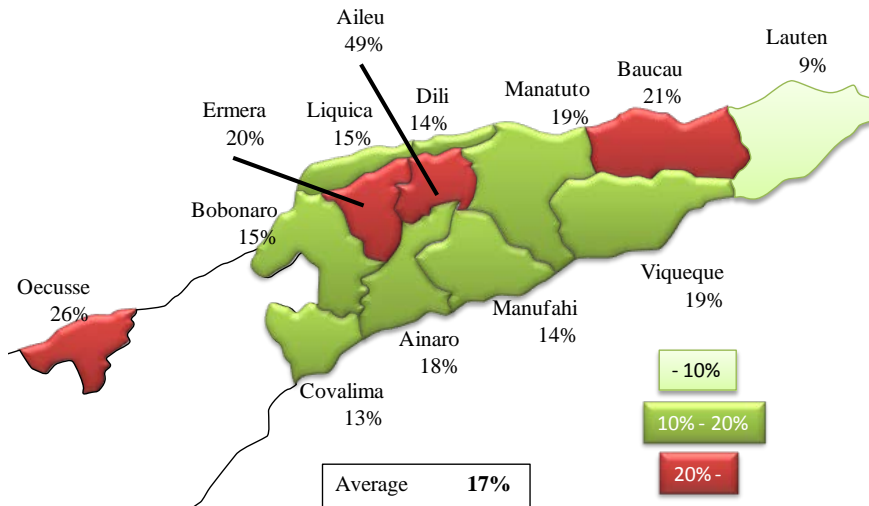
既述のとおり発育阻害は世界で3番目に高いレベルとなっており、いまだに子どもの2人に1人は低体重<sup>9</sup>・発育阻害であり、38%が貧血である。

県別に栄養指標をみると、低体重はどの県も40-50%前後で大きな差はみられないが、発育阻害と消耗症<sup>10</sup>については格差が大きい(図3-11および3-12)。発育阻害に関しては数値の低いアイレウ県(31%)と数値の最も高いボボナロ県(73%)とに2倍以上の開きがある。



出典：Timor-Leste Demographic and Health Survey 2009-10. National Statistics Directorate Ministry of Finance and ICF Macro (2010) [5]

図 3-11 県別の発育阻害の比較



出典：Timor-Leste Demographic and Health Survey 2009-10. National Statistics Directorate Ministry of Finance and ICF Macro (2010) [5]

図 3-12 県別の消耗症の比較

<sup>9</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>10</sup> 上記基準による身長相応の体重を持つ基準集団(生後0-59ヵ月)の体重の中央値からの標準偏差がマイナス2未満(中度) / マイナス3未満(重度)の状態。急性栄養不良の状態

これら3つの栄養指標が悪くなる共通の要因として、出生時の体重が小さい、母親の体格が悪い（やせ・低身長）、所得レベルが低い、高地に居住している、母親の教育レベルが低い、といったことが挙げられている [5]。これ以外にも、衛生知識の欠如（家畜が台所に入り衛生的な状態で調理しない等）、伝統的行事などを重視するといった文化面の要因、サービスへのアクセスの問題などが指摘され、食事の量の不足よりも与え方の問題のほうが大きいことが伺える。

### 3.5.2 母親および妊産婦の栄養

女性の栄養は妊産婦の死亡リスクだけでなく、生まれてくる子どもの健康にも大きな影響を与える。東ティモールでは、妊娠可能年齢の女性の27%が栄養失調状態であるが、妊娠出産時の合併症リスク（特に分娩停止）を高める低身長（145cm以下）の女性が多い（15%）ことが1つの特徴であり、これは所得・教育レベルの低さや乳幼児・青年期の栄養状態の悪さが要因である。また妊娠可能年齢の女性の21%が鉄欠乏性貧血であり、妊産婦死亡、未熟児、低出生体重児などをひき起す要因となっている。

## 第4章 サービス提供の状況

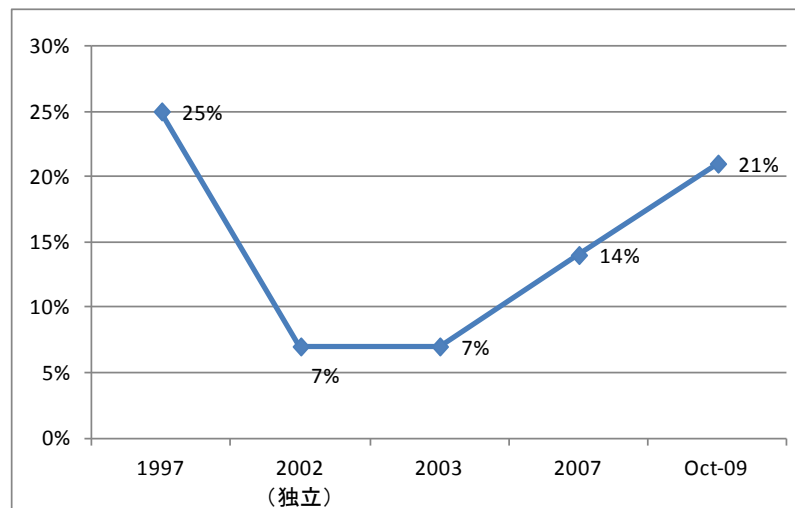
### 4.1 母子保健対策の現状

#### 4.1.1 国家政策と方針

国家リプロダクティブヘルスケア戦略（2004-2015）では、1）希望する数の子どもを安全に、かつ健康に持つ、2）リプロダクティブヘルス関連の疾病や死亡を減らす、3）性的暴力を減らす、の3つを最終目標としている。この国家戦略には、目標が7つ設定されており、リプロダクティブヘルス関連の知識向上、家族計画促進と人口増加の抑制、基礎的ケアへのアクセス改善、妊産婦死亡の低減、HIV/エイズなど性感染症対策等が含まれる。

#### 4.1.2 母子保健サービス提供と利用の現状

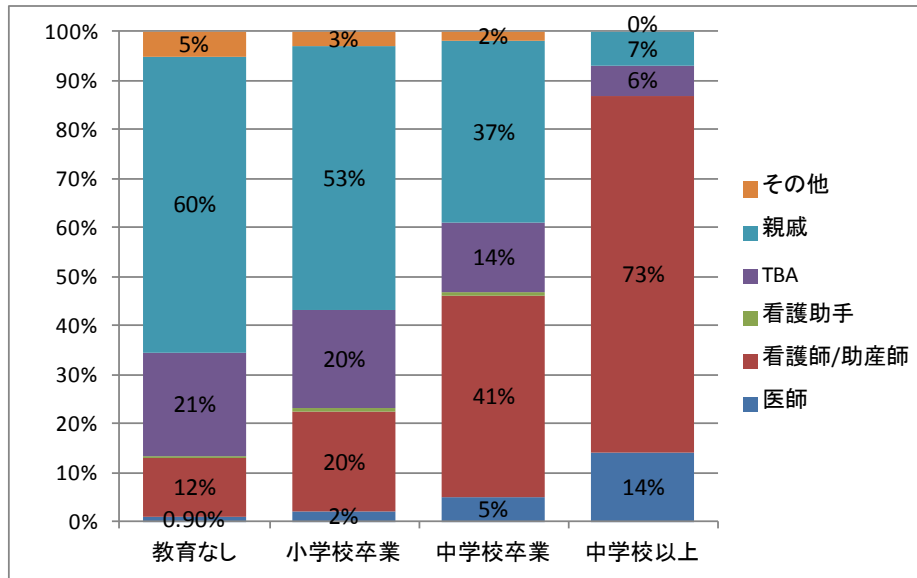
妊産婦死亡率が高い要因の1つは避妊普及率の低さにあるが、この推移を図4-1に示す。独立後に徐々に比率は増えてきたものの、コミュニティ・レベルまで幅広く避妊法を普及させていたインドネシア時代の普及率にまだ達していない。



出典：Timor-Leste Demographic and Health Survey 2009-10. National Statistics Directorate  
Ministry of Finance and ICF Macro (2010) [5]

図 4-1 避妊普及率の推移(現代的方法)

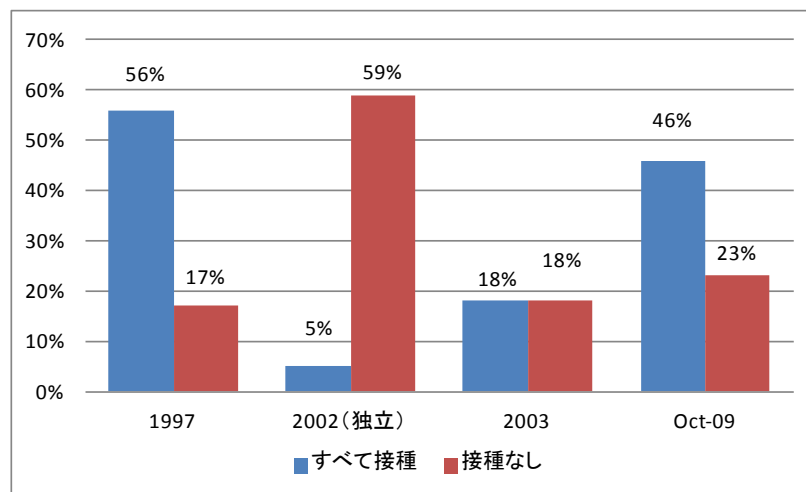
また医療従事者（医師、看護師、助産師、看護助手）による分娩介助率は、保健省統計では51%だが人口保健調査(DHS)では30%にとどまっている。最も多いのは親戚による介助であり、伝統的産婆(TBA)も18%を占めている（図4-2）。また、教育レベルの低い母ほど親戚やTBAを選び、学歴が上がるにつれ医師や看護師、助産師を選ぶ比率が上がるなど、教育レベルとの相関がみられる。



出典：Timor-Leste Demographic and Health Survey 2009-10. National Statistics Directorate Ministry of Finance and ICF Macro (2010) [5]

図 4-2 分娩介護者別の分娩比率と母親の教育レベル

子どもの予防接種については、BCG、麻疹、ジフテリア、百日咳、破傷風、ポリオ、B 型肝炎の予防接種を推進してきた。図 4-3 は、独立前からの接種率の推移を示しているが、全ての予防接種をうけた子どもの比率は徐々に増え 46%に達したものの、インドネシア時代の比率よりも低く、1つもワクチンを接種していない子どもが 23%いる。ワクチン別の接種率は BCG77%、ポリオ 56%、麻疹 68%であり、周辺諸国に比べ低い水準となっている。サービスへのアクセスの問題の他に、子どもの数が多いこと、低い教育レベルなどが低い接種率の背景にある。



出典：Timor-Leste Demographic and Health Survey 2009-10. National Statistics Directorate Ministry of Finance and ICF Macro (2010) [5]

図 4-3 予防接種率の推移

また、小児疾患統合管理（IMCI）を導入している保健施設の比率は、保健センターでは 97%だがヘルスポストではまだ 50%と低く、保健センターにいる一般医では IMCI をきちんと実施できないといった課題が指摘されている [7]。

## 4.2 感染症対策の現状

### 4.2.1 結核対策

#### (1) 結核対策の実施体制

2002年に初めて東ティモールに直接監視下における短期化学療法（DOTS）を導入したのはミッション系非政府組織（NGO）（Caritas Dili）で、2004年までに系列クリニックのネットワークを活用して13県全てにDOTSセンターが設立され、保健センターでのプログラムも開始された。2006年には保健省が国家結核対策プログラムを正式に発足させ、NGOから活動を引き継いだ。現在、DOTSは保健センターの基本サービスパッケージに含まれており、多剤耐性結核の対策にも取り組んでいる。

#### (2) 結核対策の現状

3章に述べたとおり、DOTS戦略のもとで治療成功率においては、世界保健機関（WHO）の目標値85%にすでに到達した。一方2005年以降60-70%台で横這いが続いていた患者発見率について、検査施設のネットワーク強化、保健スタッフの研修などの対策を行った結果、2009年には84%まで改善した。

### 4.2.2 HIV/エイズ対策

国家エイズ委員会が中心となり、世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）からの資金援助を得て、エイズ対策を実施している。東ティモールにおいては、異性間性交渉者、セックスワーカーなどがハイリスク・グループである。全国に11の自発的カウンセリング・検査（VCT）（病院や保健センター、民間クリニック）があり、県レベルの臨床検査室とネットワークを形成している。国家HIVプログラムでは、住民やコミュニティへの健康教育を通じた意識向上や、質の高い治療および患者への支援を目標として活動を展開している。

## 4.3 栄養不良対策

### (1) 国家政策と方針

「国家栄養戦略2004」では、全ての国民の栄養状態を改善することを目指し、子どもと妊産婦の栄養改善と、食料安全保障の2つを戦略の柱としている。子どもと妊産婦の栄養改善としては、貧血や低体重などを減らすために、調査実施や住民参加・健康教育などの活動を盛り込んでいる。食料安全保障では農業省や漁業省など他省庁と協力し課題解決にあたり、アドボカシー等を実施するとしている。

### (2) 栄養不良対策の現状

国家栄養戦略のもと、保健省は地元で獲れる食材の活用、栄養補助食品の支給、母親と子どもの栄養ケア、コミュニティでのサービス改善など、様々な活動を実施しているが、3.5で述べたとおり、この10年で栄養状態はほとんど改善していない。

#### 4.4 住民の受療行動

表 4-1 に示したように、住民の公的保健サービス利用回数は保健センターで 1 人あたり年 2.1 回、病院で年 0.2 回となっており、保健センターには医師が最低 1 人はいて医療費が無料であることを考えると、サービス利用率は低いと思われる。

表 4-1 年間平均外来利用回数

県	保健センター利用回数			病院利用回数*	合計
	男	女	平均		
Aileu	2.2	3.7	2.9	n.a.	2.9
Ainaro	1.2	1.7	1.4	0.2	1.6
Baucau	2.2	2.9	2.6	0.6	3.1
Bobonaro	1.2	1.8	1.5	0.5	2.0
Covalima	2.5	4.0	3.2	0.2	3.5
Dili	1.9	2.8	2.3	0.3	2.6
Ermera	1.5	2.0	1.7	n.a.	1.7
Lauten	1.4	1.8	1.6	n.a.	1.6
Liquica	1.5	2.2	1.8	n.a.	1.8
Manatuto	2.2	3.1	2.6	n.a.	2.6
Manufahi	2.1	3.2	2.6	n.a.	2.6
Oecussi	0.9	1.2	1.1	0.5	1.5
Viqueque	1.7	2.0	1.8	n.a.	1.8
<b>TimorLeste</b>	<b>1.7</b>	<b>2.5</b>	<b>2.1</b>	<b>0.2</b>	<b>2.3</b>

\*数値がないのは病院が設置されていない県であるため

出典：Health Statistics Report 2011. MOH (2011) [11]

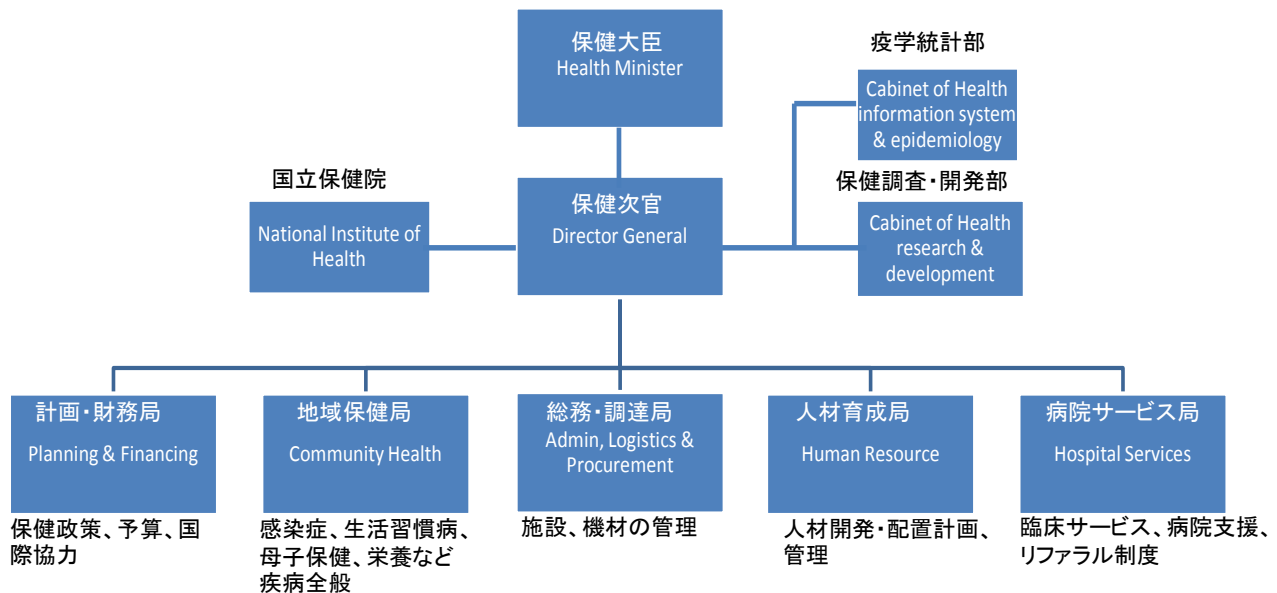
住民が保健サービスを利用しない理由として、健康についての知識がないため必要性をあまり感じていないという住民側の理由もある。また、地理的条件からくるアクセスの問題（道路、距離、交通手段のなさ）、サービスの質の低さ（スタッフが不在のことが多い、薬がない等）、経済的コスト（交通費、サービスは無料でも時間外だと請求される等）、スタッフの態度の悪さ（患者を怒る、非難する等）が挙げられる [17]。また特に女性の公的保健サービス利用率が低い理由として、男性保健スタッフの比率が高いこと、インドネシア時代に強制的に中絶された経験を指摘する報告もあり [18]、サービス利用の低さが妊産婦死亡や栄養不良の改善を阻害する要因の 1 つになっていると思われる。

## 第5章 保健システムの状況

### 5.1 管理・監督機能（ガバナンス）

#### 5.1.1 保健行政

保健省には次官の下に5つの局がある（図 5-1）。①計画・財務局は保健政策、予算および国際協力、②地域保健局は感染症、生活習慣病、母子保健、栄養など疾病全般を扱い、③人材育成局は人材の計画・管理、④病院サービス局は臨床サービス、病院支援およびリファラル制度、⑤総務・調達局は施設や機材の管理を行う。このほか、卒後研修を行う国立保健院、疫学統計部、保健調査・開発部、薬剤の調達・配給を行う保健医薬機材サービス、国立臨床検査機関、などが組織も次官直轄で設置されている。



出典：Health Sector Strategic Plan 2008-2012 MOH (2007) [7]

図 5-1 保健省組織図

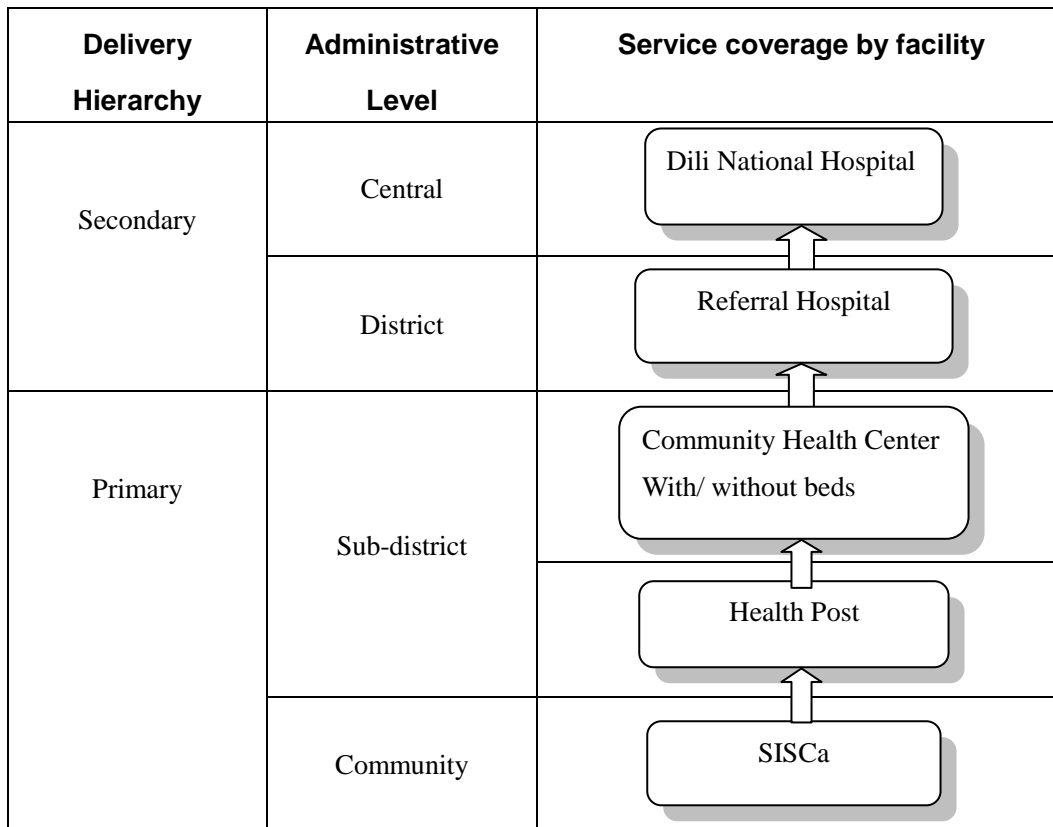
保健省は、東ティモールの中央官庁の中でとりわけ強いリーダーシップを発揮している役所であり、現在の保健大臣がプライマリヘルスケア（PHC）の強化策としてコミュニティでの包括的保健サービス（SISCa）の全国的な普及活動を2008年から進めている。また、各県には県保健局があり、様々な保健プログラムの実施、保健センターやヘルスポストなど施設の管理、SISCaの運営などを担っている。

#### 5.1.2 サービス供給体制/ リファラルシステム

2012年時点の保健施設は病院6（国立病院1、リファラル病院5）、保健センター66、ヘルスポスト216で（表 5-1）、病院と保健センターは保健省病院サービス局が管轄し、ヘルスポストは地域保健局が管轄している（図 5-2）。これ以外に営利の民間クリニックと併せ、カフェティモール（CCT）<sup>11</sup>など非営利

<sup>11</sup> インドネシア時代から米国国際開発庁（USAID）とアメリカのNCBA（National Cooperative Business Association）の支援を受けて設立された「協同組合」であるが、実際にはインドネシア時代、インドネシア政府が農業開発政策を村のレベルまで浸透させるために組織した、「東ティモール農村協同組合」（PUSKUD）とその下部組織の名称を変えただけのものである。NCBAによれば、約2万世帯（東ティモールのコーヒー農家の半数近くに相当する）を500の地域グループに組織しているというが、コーヒー生産者にとっては組合員というよりも「コーヒーのバイヤー」という認識である。また各地に「クリニック・カフェ・ティモール」という診療所を運営しており無料で診察を受けることができるとされている [24]。

団体による民間クリニックが47ある。また、巡回診療やSISCaなどによって村落までサービスを提供する取組みが徐々に広がっている。ディリ国立病院で提供できるサービスは2次レベルにとどまっておらず、医療機材の不足などにより手術など高度な治療はできないため、患者をインドネシアやオーストラリアなど海外に搬送している。将来的には3次レベル病院を新たに建設し、各県に1つファラル病院を設置する構想がある。



出典：National Health Sector Strategic Plan 2011-2030. MOH (2011) [8]より作成

図 5-2 東ティモールの保健サービス供給システム

SISCaは、多くのコミュニティが孤立し保健人材に限られる東ティモールにおいて、サービスを村落まで届かせるために導入されたサービスで、インドネシアの包括的サービスポスト（Posyandu）<sup>12</sup>と同様に、村の最寄りの保健施設のスタッフと村で選ばれた保健ボランティアが活動を担っている。活動は月に1回、住民登録、子どもの身体測定、妊産婦ケア、衛生教育、疾病治療、健康教育の6つのサービスが実施される。

<sup>12</sup> コミュニティにおいて母子保健を中心に基本的な保健サービスを行うもので、保健所などの助産師あるいは看護師と保健ボランティアによって定期的に行われることが多い。SISCaは基本的にこのモデルを踏襲している。



表 5-1 県別保健医療施設数(2011 年)

県	病院	保健センター	ヘルスポスト	民間クリニック
Aileu		4	10	1
Ainaro	1	4	11	3
Baucau	1	6	25	3
Bobonaro	1	6	19	2
Covalima	1	7	13	3
Dili	1	6	14	14
Ermera		6	18	8
Lauten		5	19	3
Liquica		3	18	2
Manatuto		6	18	0
Manufahi		4	14	6
Oecussi	1	4	17	0
Viqueque		5	20	2
TimorLeste	6	66	216	47

出典：Health Statistics Report 2011. MOH (2011) [11]

ディリ国立病院は6つの診療科（内科、外科、小児科、産婦人科、眼科、歯科）と救急、集中治療室などがあり多くの外国人専門医が働いている。5つの県にあるリファラル病院は、専門医がいて救急医療も行い、同時に下位保健施設で働くスタッフのための研修機能も果たしている。

保健施設数は徐々に増えているが、ヘルスポストやSISCaは稼働していないものもあり<sup>13</sup>、各施設に配備された車両や救急車も故障が多く<sup>14</sup>、修理できないままとなっているなど、サービスが十分にコミュニティに届いていないのが現状である。

## 5.2 保健人材

### 5.2.1 現状

東ティモールの保健人材の大きな特徴は、外国人医師への依存度の高さである（表 5-2）。2002年の独立時に11人だったティモール人医師は2011年に71人になり、さらにキューバに留学させた約450人の医師が2010年から帰国し、東ティモール国立大学を卒業した医師47人とあわせて保健センターなどに配置され始めており、2013年までに500人以上のティモール人医師が保健センターに配置される予定である。これに伴い、地域医療を担っていたキューバ人医師の数は減少しつつあるが、専門医はまだ不足しているため、中国、豪州、フィリピンなど含めた外国人専門医が病院に勤務している。医師は十分な人数が確保できているが、助産師、薬剤師、歯科医などはまだまだ不足している。どの職種でも技能や専門性の高い人材は圧倒的に不足している。

<sup>13</sup> 保健省によると、2010年では、全国に475あるSISCaのうち機能しているのは56%であった。

<sup>14</sup> 保健省によると、3割程度が故障している状態である。

表 5-2 県別医療従事者数(2011 年)

県	保健センター								病院							
	医師				看護師		助産師		医師				看護師		助産師	
	ティモール人	外国人	合計	*人口千対	人数	*人口千対	人数	*人口千対	ティモール人	外国人	合計	*人口千対	人数	*人口千対	人数	*人口千対
Aileu	0	3	3	0.07	29	0.65	20	0.45								
Ainaro	0	2	2	0.03	13	0.22	12	0.2	4	6	10	0.17	6	0.14	7	0.12
Baucau	0	6	6	0.05	59	0.53	34	0.3	3	20	23	0.21	79	1.34	27	0.24
Bobonaro	1	5	6	0.07	48	0.52	16	0.17	4	18	22	0.24	77	0.69	25	0.27
Covalima	0	4	4	0.07	26	0.44	10	0.17	3	10	13	0.22	18	0.2	12	0.2
Dili	6	12	18	0.08	47	0.2	32	0.14	44	51	95	0.41	194	3.26	44	0.19
Ermera	3	6	9	0.08	37	0.32	19	0.16								
Lauten	0	6	6	0.1	55	0.92	20	0.33								
Liquica	0	3	3	0.05	19	0.3	15	0.24								
Manatuto	0	7	7	0.16	36	0.84	33	0.77								
Manufahi	0	5	5	0.1	36	0.74	18	0.37								
Oecussi	2	0	2	0.03	8	0.12	16	0.25								
Viqueque	0	4	4	0.06	74	1.06	22	0.31								
TimorLeste	12	63	75	0.07	487	0.46	287	0.27	59	116	175	0.16	383	5.47	123	0.12

出典： Health Statistics Report 2011. MOH (2011) [11]

\*人口千対は上記および Population and Housing census. MOF (2011) [4]より調査団作成

### 5.2.2 保健人材育成

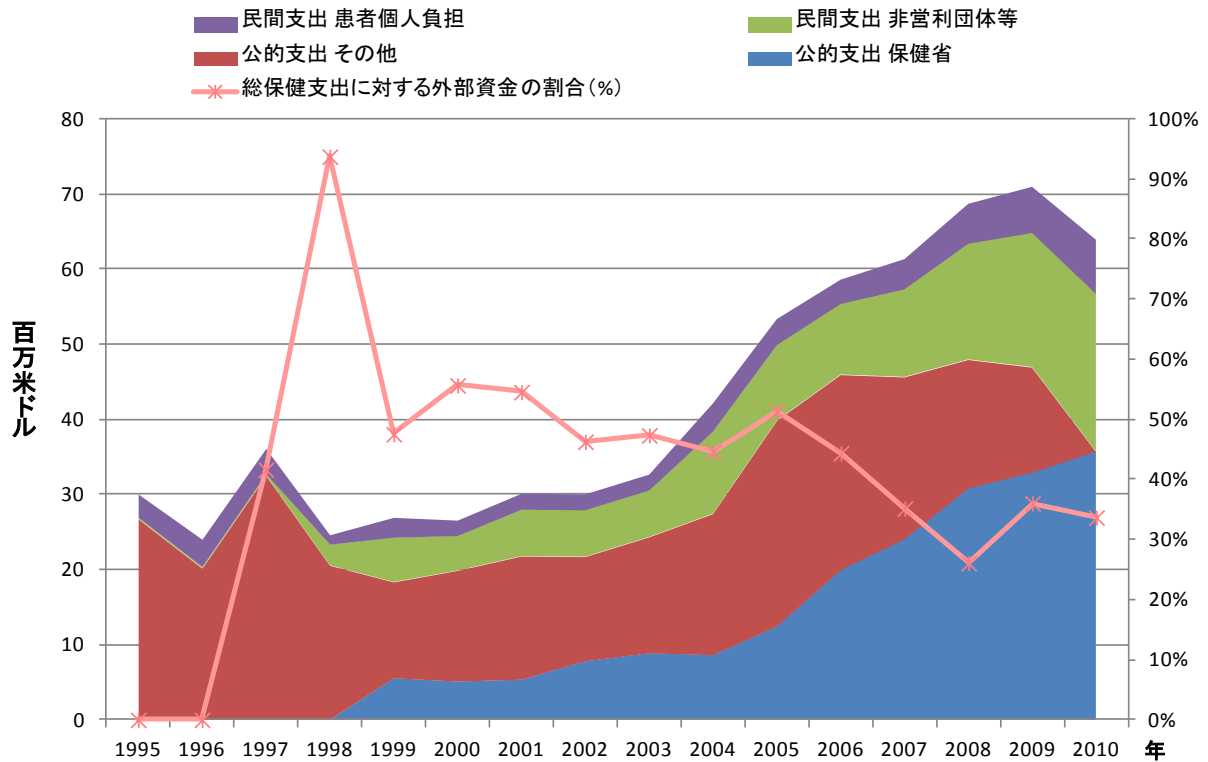
東ティモールにおける保健人材の育成は、国立東ティモール大学において行われ、現在、医師、看護師、助産師の育成コースが設置されている。これ以外にキューバ政府による支援で、2006年から約450人の医師がキューバへ留学し医学を学んで帰国しており、2013年初めまでに各地の保健センター等に配置される。専門医育成のための大学院は設置されていなかったため、保健省および援助機関からの奨学金により、オーストラリア、インドネシア、マレーシア、フィジーなどに留学している医療従事者が100人以上（2009年時点）いた。2012年から主要4科（内科、外科、小児科、産婦人科）の専門医を育成するコースが設置されたものの、専門教育を担えるティモール人の講師に限られることから、今後も専門教育は海外で主に行う方針を保健省は示している。

現任教育に関しては、保健省の National Institute of Health が担当しており、医師、看護師、助産師、臨床検査技師、放射線技師などを対象に3日 - 6か月程度の研修を実施している。小児疾患統合管理(IMCI)、栄養などそれぞれの職種に必要なカリキュラムは開発されているが、十分な専門性のある講師の確保が国内では難しく、外国人講師を活用するなどしている。

### 5.3 保健財政

表 5-3 は、東ティモールの保健財政指標を示したものである。公的保健支出は、2005年頃まで増加していたが、近年は国内総生産（GDP）に占める保健支出の割合・国家支出に占める保健支出の割合とも減少傾向である。その減少を補っているのが援助機関からの資金で、2009年において公的保健支出のうち4割は援助機関が資金供給した。東ティモールでは医療費は無料だが、実際には保健施設までの交通費

や時間外診療代などで患者の自己負担が発生している。



年	1995		2000		2005		2010	
公的支出	26.7	(89.0%)	19.8	(74.9%)	39.8	(74.6%)	35.7	(55.8%)
保健省	-		5.1		12.4		35.7	
その他	26.7		14.7		27.4		0	
民間支出	3.3	(11.0%)	6.7	(25.1%)	13.6	(25.4%)	28.2	(44.2%)
非営利団体等	0.2		4.6		10.1		21.0	
患者個人負担	3.1	(10.3%)	2.1	(7.8%)	3.5	(6.5%)	7.2	(11.3%)
総保健支出	30.0		26.5		53.4		63.9	
外部資金*	0	(0%)	14.7	(55.6%)	27.4	(51.3%)	21.5	(33.7%)

注：付表の括弧内は総保健支出に対する割合（主要なもののみ算出）

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

出典： Global Health Expenditure Database, WHO [19] より調査団作成

図 5-3 保健支出財源の推移

表 5-3 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 (%)	8.8	13.7	9.1
公的保健支出の国家支出全体に占める割合 (%)	12.7	-	4.7
一人あたりの保健支出 (US\$)	32	-	56

出典： Health Nutrition and Population Statistics, World Bank [1]

なお 2012 年度保健省支出において、保健プログラム支出が 38%、人件費が 36%、交通経費が 20%となっている。

## 5.4 保健情報システム

一般的な保健にかかる統計や情報システムは、保健省次官の下にある保健情報システム・疫学部が管轄している。また各県保健局にも保健情報担当者が1人おり、保健センターやヘルスポストから収集した情報を保健省に報告している。保健省に届く疫学情報は1) 疾病の流行が発見された場合の緊急報告、2) 週1回の全保健施設からの定期報告、3) 18ある全ての保健プログラム（予防接種拡大計画（EPI）、家族計画、栄養、結核など）による月1回の報告、の3種類となっている。

保健情報システムの構築に際して、世界銀行から60台のコンピュータが供与され、オーストラリアの非政府組織（NGO）によってデータベースが構築されるなどの支援を受けた。システムの稼働は始まったばかりであり、県レベル以下のデータの精度に関してはまだ課題があり、担当者の情報システムへの理解や熱意にばらつきがある。

## 5.5 施設・機材

1999年時点に、ほとんどの保健施設が破壊されたが、世界銀行やEUなどの支援も受け、病院建設・改修により施設数は徐々に増えてきた。しかし電気や水の供給が不安定な施設が多い。特にヘルスポストの大半が改修を必要とする状況である [20]。

病院にある高度医療機材としては、ディリ国立病院にCT1台（故障）、人工透析2台（1台故障）という状況であり、修理ができる技師がいない。国内にいる医療機材技師は外国人2名のみ（豪、インドネシア）で、現在8人のティモール人をインドネシアに送って研修を受けさせている。

また2011年における病院別病床稼働率は以下のとおりである。

表 5-4 病床稼働率・平均在院日数(2011年)

病院	病床数	病床稼働率	平均在院日数
Dili National Hospital	264	82%	4
Baucau Hospital	114	75%	9
Maliana Hospital	24	110%	5
Covalima Hospital	24	47%	4
Maubesi Hospital	24	46%	5
Oecus Hospital	24	74%	6
合計	474	78%	6

出典：Health Statistics Report 2011. MOH (2011) [11]

## 第6章 ドナーの協力状況

### 6.1 援助協調の枠組み

開発パートナー会合が年1回開催され、各ドナーから援助予想額や活動結果の評価などが報告され、分野ごとの開発目標も確認される。また政府とドナーとの定例協議が4半期ごとに開かれ、国家優先課題の進捗状況の報告や時期ごとに重要な事項が協議されている。

東ティモールの保健セクターで活動する援助機関の数は非常に多いため、保健省は最近、パートナーシップ・マネジメント部を計画財政局の中に設置し、援助機関の登録、定期会合開催、プロジェクト管理、ドナー調整、情報共有などを行うようにした。また、援助機関間の調整を円滑化するため「保健セクター調整グループ」が設置され、世界保健機関（WHO）、世界銀行、オーストラリア国際開発庁（AusAID）、非政府組織（NGO）代表など、東ティモール保健セクターにおける15の主要援助機関が加入している。また、独立後に設置された東ティモール信託基金には多くの援助機関が資金を拠出している [14]。

保健セクターの主要ドナーの支援は表6-1のようになっており、プライマリヘルスケア（PHC）、母子保健、栄養の分野への支援が多い。

表 6-1 主な援助機関の重点支援分野

	水と衛生	子供の健康	女性の健康	栄養	結核・マラリア	エイズ	人材	地域保健 PHC/	健康増進	保健情報	施設・機材	病院/ リハビリセンター
WHO	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
WB				○			○	○		○	○	
AusAID	○		○	○			○	○			○	
UNICEF	○	○	○	○		○		○	○			
USAID		○	○					○				
UNFPA			○				○	○	○			
EU												○

出典：保健省およびドナー聞き取り結果より調査団作成

### 6.2 ドナー協力実績

#### 6.2.1 国連児童基金（UNICEF）

2002年に東ティモールへの支援を開始し、保健セクターでは主に母子保健と栄養の分野で重点的に活動してきた。コミュニティへの保健サービスのアクセスに大きな課題があることから、コミュニティ小児疾患統合管理（IMCI）（村落レベルのボランティアの疾病判断能力向上、地域住民の意識向上）、コミュニティでの子どもの栄養対策（母乳育児推進、栄養知識の向上など）といったプログラムを展開している。

## 6.2.2 オーストラリア国際開発庁（AusAID）

東ティモールにおいては保健、教育、農業、地方インフラ（水、衛星、道路）、ガバナンスを重点的に支援しており、保健セクターでは今までに5歳以下小児の予防接種率向上、訓練を受けた医療従事者による介助分娩の増加などに寄与し、助産師向け研修や海外の奨学金の供与も行ってきた。現在は世界銀行とともにHealth Sector Strategic Plan-Support Projectに参加し、保健省のサービス供給能力向上や優先分野選定などを支援。また1次レベルの保健サービス強化のために看護師・助産師向け研修の実施、家族計画サービスの普及、一般的な疾病の治療技術向上などの活動に取り組んでいる。そのほか、オーストラリアから外科や麻酔の専門医を呼び、国立病院とリファラル病院で実際に臨床を行い、東ティモールの医師や看護師に職場内訓練（OJT）を行っている。

## 6.2.3 世界保健機関（WHO）

1999年から東ティモールへの支援を開始し、主に政策支援、保健システム支援を実施し、保健省の政策アドバイザーとして大きな影響力を持っている。2008年から2013年までの期間、保健政策・法規の策定支援、ドナー調整、保健システム支援の3分野を支援する。保健システム支援においては、看護師・助産師学校のカリキュラム開発、卒後研修の評価、人材のパフォーマンス分析等の課題に取り組んでいる。

## 6.2.4 世界銀行

2008 - 2013年にかけて、AusAIDと共同でHealth Sector Strategic Plan-Support Projectを実施中。同プロジェクトは大きく3つのコンポーネントからなり、①保健サービス供給コンポーネントでは、県レベルでのコミュニティでの包括的保健サービス（SISCa）を含めたプライマリヘルスケア（PHC）サービス向上のためのスタッフの計画・マネジメント能力強化、栄養の改善、病院サービスとリファラルシステム強化、施設改修・機材供与などを実施している。②の人的資源開発とマネジメントのコンポーネントでは、国家保健院での研修内容向上、様々な研修実施、必須医薬品の調達・配給の強化などを支援。③の協調・計画・モニタリングのコンポーネントでは、保健省に新たに設置されたパートナーシップ・マネジメント部を通じたドナー協調支援、計画策定能力強化などを行っている。

## 6.2.5 米国援助庁（USAID）

母子保健サービス強化、家族計画や出産間隔についての知識普及活動を実施。また人口保健調査（DHS）に資金支援しており、直近では2009年に実施された。

## 6.3 日本の協力実績と現状

### 6.3.1 保健医療分野における日本の協力

保健セクターにおいては、草の根パートナー型およびNGO連携無償資金協力により、PHC、母子保健、学校保健などに対して支援を行ってきた（表6-2）。

**表 6-2 保健医療分野での日本の支援実績(終了年度が 2009 年度以降のもの)**

スキーム	名称	協力期間
無償資金協力	母子保健改善計画 (UNICEF 連携)	2008-2010
草の根技術協力	保健衛生関連支援	2008-2012
日本 NGO 連携無償	母子保健 (NGO シェア)	2009-
	保健教育 (NGO シェア)	2009-
青年海外協力隊 (JOCV)	保健省への栄養士派遣	2013-

出典：政府開発援助 (ODA) 国別データブック.外務省 [21]および国別援助指針.外務省 (2011) [22]を基に作成

### 6.3.2 対東ティモール協力方針と保健医療分野の位置づけ

先般発表された我が国の対東ティモール国別援助方針 (2012 年) によれば、復興から経済成長への基盤づくり支援のため、①経済活動活性化のための基盤づくり、②農業・農村開発、③政府・公共セクターの能力向上、の 3 つを支援の重点分野としており、保健医療分野は、③の開発課題である「人材育成・制度整備支援」に位置づけられる [23]。

## 第7章 保健セクターにおける優先課題と提言

### 7.1 東ティモールの保健セクターにおける優先課題

#### 7.1.1 国民の健康課題における重要問題と要因

東ティモールは独立してまだ 10 年、試行錯誤しながら国づくりを進めている段階で、保健システムもまだ形成途上であると言える。そのため保健セクターの重要な問題をひき起している要因は、保健システムの内部だけでなく、外部にも多くある。それら要因と課題の関係を図 7-1 にまとめた。

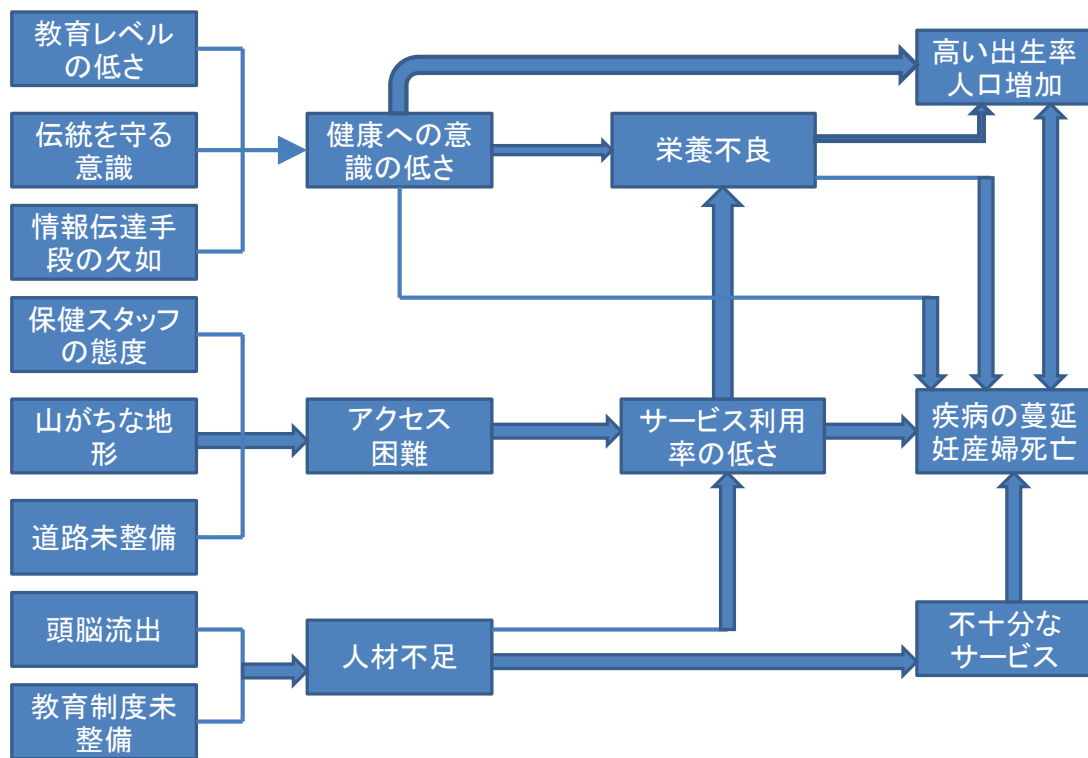


図 7-1 東ティモール保健セクターの問題構造分析

- 住民の健康への意識の低さ

教育レベルの低さ、伝統を守る意識の根強さ、新聞・テレビなどの情報伝達手段が村落に届いていない状況などから、住民は健康を自分で守るという意識が低く、手洗いなどの衛生についての知識も不十分である。栄養についての知識のなさが栄養不良をひき起し、避妊や家族計画の知識のなさが高い出生率につながり、さらに妊産婦や子どもの死亡・様々な病気を予防できないという状況を生んでいる。

- 保健サービスへのアクセスの困難さ

山国で道路整備が遅れていることから、最寄りの保健施設まで全国平均で 70 分、片道数時間歩かないと到達しない距離に住んでいる住民が多く、さらに患者を叱ったりする保健スタッフの態度が、住民の利用意欲を低下させている。



● 技能の高い保健人材の不足

東ティモールでは医師を育成する国立大学が 1 つあるが教育の質には課題があり、また優秀な人材は、国内に高等教育機関がほとんどないため留学し、修得した知識を国内で活かせる仕事がないため、そのまま帰国しないことも多い。医師については数の面では増えてきたが、ほとんどが一般医であり外国人医師に依存する状況は変わっておらず、どの職種でも技能の高い人材はまだ不足している。

7.1.2 課題に対する政府および援助機関の取組み、戦略と支援の方向性

東ティモールにおける保健セクターの重要課題は、1) 住民の健康についての意識の低さ、2) 栄養不良、3) 高い出生率と人口増加率、4) 不十分なサービスおよびアクセス、の 4 つに整理できる。

これら優先課題に対し、保健省は大臣の強力なリーダーシップのもと、自ら優先課題を決め、援助機関に対してはその優先課題に沿ったプログラム支援を要望し、それに対応する形で各援助機関もそれぞれの得意分野・重点支援分野を中心に支援を行っている。

ただし、独立してまだ 10 年ということもあり、政府や援助機関の取組みはアクセスの良い地域までしか届いていない、住民のニーズに合っていない援助も少なからずある、独立時から多くの援助が行われ続けていることで住民の自立心が低い、といった指摘もある。

このような現状も鑑み、それぞれの課題を改善するための戦略と、想定される日本の支援策について表 7-1 にまとめた。

表 7-1 保健セクターの課題、戦略、支援策

保健セクターの重要な課題	課題に対する戦略	想定される支援策
住民の健康についての意識の低さ	コミュニティでの健康教育 SISCa の強化	JOCV 派遣 保健ボランティア研修支援 コミュニティ IMCI プログラム
栄養不良	包括的な栄養問題の調査・分析 コミュニティでの衛生・健康教育	栄養専門家派遣・調査実施 コミュニティ栄養対策（母乳育児推進、 栄養知識向上など）
高い出生率と人口増加率 (妊産婦死亡の多さ)	避妊法など情報の普及 コミュニティでの健康教育	避妊関連の情報伝達ツール改善 TBA 研修 助産キット配布
不十分なサービス・アクセス (技能の高い人材の不足、インフラ未整備、地理的制約)	卒前・卒後研修の強化 職種別専門教育 医療機材整備	研修講師の派遣 研修カリキュラム・教材開発支援 機材供与・技師向け研修 車両整備専門家育成

● 課題 1：住民の意識の低さ

地理的条件やインフラ整備の難しさから、サービスが届くのを待つだけでなく、住民自身で自らの健康を守るという意識を高め実践していくことが肝要になる。住民の意識や行動を変えるために、コミュニティでの健康教育やサービス普及が必要であり、村落ベースで活動する JOCV の派遣、技能や知識が不足しているコミュニティでの包括的保健サービス（SISCa）の保健ボランティアの研修、住民自身やボランティアが疾病の判断をし、対処や予防法を身につけるためのコミュニティ小児疾患統合管理（IMCI）プログラムなどが支援として考えられる。

- 課題 2：栄養不良

栄養不良は様々な感染症や最近増えつつある生活習慣病の危険因子であり、妊産婦や子どもの死亡を引き起こす要因でもあり、東ティモールでは深刻な問題となっている。しかし保健省には栄養不良の要因を分析する調査能力がないため、原因を包括的に把握できていない。また、衛生知識を身に付け、食事の与え方や栄養バランスのよい離乳食の作り方などを普及させる健康教育も有効な戦略となると思われる。そのため、栄養の専門家派遣、コミュニティでの栄養対策の実施が想定できる。

- 課題 3：高い出生率と人口増加率

出生率が高い背景には、子どもが多いほど良いという価値観、独立後のベビーブーム、教育レベルの低さ、避妊などの情報の普及の遅れなどがあり、特に高地や孤立した集落などでの保健サービスについての情報の普及、健康教育の実施が有効になる。村落で分娩を介助している伝統的産婆（TBA）を対象とした研修や助産キット配布、一般住民向けの避妊情報伝達ツールの改善などの支援が考えられる。

- 課題 4：不十分な保健サービスとアクセス

地形的制約からサービスへのアクセスが困難なのに加え、保健人材の数とりわけ技能の高い人材の数が不足しており、人材育成を強化することは重要である。現任研修のための講師派遣、研修カリキュラム・教材開発、あるいは不足している医療機材の供与、維持管理のための技師研修、不足している車両整備の専門家育成など様々な支援が必要とされている。

## 7.2 保健セクターの開発に資する日本の協力の可能性

日本は、これまで東ティモールにおいて、インフラ整備や農業を重点的に支援してきたが、今後も、国家の基幹産業の育成および強化の手段としてその方向性は変わらない。しかし東ティモールにおいて人材不足は成長のボトルネックとなっており、将来の産業の担い手を育成するという意味でも、教育と併せた保健セクターの支援、あるいは農業・農村開発と組み合わせた栄養支援などを行うことは大きな意義があると思われる。すでに多くの援助機関が保健セクターで活動しているが、特にコミュニティ・レベルにはまだ保健サービスが届いていないところが多く、支援のニーズは大きく、また人材育成においても日本の経験は活かせるものと思われる。

## 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(東ティモール民主共和国)

国名: 東ティモール民主共和国 (The Democratic Republic of Timor-Leste)				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	743,145	830,089	1,124,000	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	3.0	1.0	2.0	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	46.0	56.0	62.0	2010	72.2	(2010)	East Asia & Pacific (developing only)	
		0.1.04	粗出生率	Birth rate, crude (per 1,000 people)		WDI	43.0	43.0	38.0	2010	14.2	(2010)	East Asia & Pacific (developing only)	
		0.1.05	粗死亡率	Death rate, crude (per 1,000 people)		WDI	18.0	11.0	8.0	2010	7.0	(2010)	East Asia & Pacific (developing only)	
		0.1.06	都市人口率	Urban population (% of total)		WDI	21.0	24.0	28.0	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			2200	2010	3,695.8	(2010)	East Asia & Pacific (developing only)	
		0.2.02	経済成長率	GNI growth (annual %)		WDI					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			86.0	2010	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			96.0	2010	101.0	(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			51.0	2007	93.5	(2009)	East Asia & Pacific (developing only)	
		0.2.06	人間開発指標	Human Development Index		HDR			0.50	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			147	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	2007	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		54	69	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		379	47	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			444	2008	334	(2008)	South-East Asia	
		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			560	2008	676	(2008)	South-East Asia	
		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			51	2008	101	(2008)	South-East Asia	
		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			60.2	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			34.4	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			5.5	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			76	2008	49	(2008)	South-East Asia	
		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			18	2008	36	(2008)	South-East Asia	
		1.1.09	負傷による余命損失	Distribution of years of life lost by broader causes (%) - Injuries		GHO			6	2008	15	(2008)	South-East Asia	
	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	650	520	370	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		70.8	57.7	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	168.7	103.5	80.5	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	127.1	81.6	56.2	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			12	2003	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	5.3	7.1	5.6	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								
			15-24歳のHIV感染率 (女性)	b) Prevalence of HIV, female (% ages 15-24)	6.1	MDGs								
		1.3.02	マラリア有病率	Notified cases of malaria per 100,000 population	6.6	MDGs Database			46,380	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			108	2008				
				b) Malaria death rate per 100,000 population, ages 0-4	6.6	MDGs Database			41	2008	6	(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			643	2010	18	(2009)	South-Eastern Asia	
		1.3.05	結核罹患率	Incidence of tuberculosis (per 100,000 people)	6.9	MDGs			498	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			46	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					0.2	(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								
	1.3.09	HIV新規感染率	HIV incidence rate, 15-49 years old, percentage (mid-point)		MDGs Database					0.04	(2009)	South-Eastern Asia		
	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			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			18.9	2010					
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			29.3	2010	72.0	(2009)	South-Eastern Asia	
		2.1.02	帝王切開率	Birth by caesarian section (%)		GHO			1.7	2010	8.9	(2011)	South-East Asia	
		2.1.03	避妊具普及率	Contraceptive prevalence (% of women ages 15-49)	5.3	MDGs			22.3	2010	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			84.4	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			55.1	2010			East Asia & Pacific (developing only)	
		2.1.06	家族計画の必要性が満たされていない割合	Unmet need for family planning, total, percentage	5.6	MDGs Database			30.8	2010			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			66	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			71	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)		Childinfo			75	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)		Childinfo			72	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			72	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			72	2010	94	(2010)	East Asia & Pacific	

添付1:保健分野主要指標(東ティモール民主共和国)

国名: 東ティモール民主共和国 (The Democratic Republic of Timor-Leste)				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			19.7	2010				
	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			12	2010	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			0.75	2010				
	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			41.0	2010				
	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			6	2010				
	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			85	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								
	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			2.5	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			3.5	2010				
	2.2.12	HIV検査を受けた妊婦の割合	Pregnant women tested for HIV, estimated coverage (%)		GHO			1<	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			87.0	2009	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			85.0	2008	92	(2008)	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			47.9	2010			East Asia & Pacific (developing only)	
	2.3.02	ヨード添加塩使用世帯の割合	Consumption of iodized salt (% of households)		HNP Stats		72	59.9	2007	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					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			53.7		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			57.9		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			0.1	2004	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			1.8	2004	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			0.5	2004	1	(2007)	South-East Asia
		3.1.05	人口10,000人あたりの薬剤師数	Density of pharmaceutical personnel (per 10,000 population)		GHO			0.2	2004	4.0	(2007)	South-East Asia
	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		8.4	9.1	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		74.9	55.8	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		25.1	44.2	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		30.9	25.6	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		12.7	4.7	2010	9.3	(2010)	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		55.6	33.7	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		0.0	0.0	2010	14.4	(2009)	South-East Asia
		3.2.08	一人あたりの保健支出	a) Health expenditure per capita (current US\$)		HNP Stats		32.5	56.9	2010	182.8	(2010)	East Asia & Pacific (developing only)
	3.2.09		b) Per capita total expenditure on health (PPP int. \$)		GHO		24	32	2010	120	(2009)	South-East Asia	
			一人あたりの公的保健支出	Per capita government expenditure on health at average exchange rate (US\$)		GHO		64.0	84	2010	19	(2009)	South-East 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	a) Median availability of selected generic medicines (%) - Public		GHO							South-East Asia	
			b) Median availability of selected generic medicines (%) - Private		GHO							South-East Asia	
	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							South-East Asia	
			b) Median consumer price ratio of selected generic medicines - Private		GHO							South-East Asia	
3.3.03	人口1,000人あたりの病床数	Hospital beds (per 1,000 population)		HNP Stats			5.9	2010	3.9	(2009)	East Asia & Pacific (developing only)		

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

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

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

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

GHO: Global Health Observatory Country Statistics (<http://www.who.int/gho/countries/en/>) (Accessed 07/2012)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Population (in thousands) total [B]

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

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

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

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

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

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

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

Number of nursing and midwifery personnel [B]

Number of physicians [C]

Total population (in thousands) [D]

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

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

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

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

## 添付 2 : 参考文献リスト (東ティモール民主共和国)

引用番号	資料名	発行元	URL など	発行年
1	Health Nutrition and Population Statistics	World Data Bank	<a href="http://databank.worldbank.org/ddp/home.do?Step=2&amp;id=4&amp;hActiveDimensionId=HNP_Series">http://databank.worldbank.org/ddp/home.do?Step=2&amp;id=4&amp;hActiveDimensionId=HNP_Series</a>	2012
2	Human Development Report	UNDP	<a href="http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2011/">http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2011/</a>	2011
3	Timor Leste Multiple Indicator Cluster Survey	UNICEF	<a href="http://aidsdatahub.org/dmdocuments/Timor_Leste_MICS_2002.pdf.pdf">http://aidsdatahub.org/dmdocuments/Timor_Leste_MICS_2002.pdf.pdf</a>	2002
4	Population and Housing Census	MOF	<a href="http://dne.mof.gov.tl/published/2010%20and%202011%20Publications/Wall%20Chart%20English/Wall%20Chart%20English%209%20June%202011.pdf">http://dne.mof.gov.tl/published/2010%20and%202011%20Publications/Wall%20Chart%20English/Wall%20Chart%20English%209%20June%202011.pdf</a>	2010
5	Timor-Leste Demographic and Health Survey 2009-10	Ministry of Finance and ICF Macro	<a href="http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/fr235/fr235.pdf">http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/fr235/fr235.pdf</a>	2010
6	World Health Statistics 2011	WHO	<a href="http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2011_Full.pdf">http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2011_Full.pdf</a>	2011
7	Health Sector Strategic Plan 2008-2012	MOH		2007
8	National Health Sector Strategic Plan 2011-2030	MOH		2011
9	The States of The World's Children 2011	UNICEF	<a href="http://www.uis.unesco.org/Library/Documents/state-world-children-adolescence-age-opportunity-education-2011-en.pdf">http://www.uis.unesco.org/Library/Documents/state-world-children-adolescence-age-opportunity-education-2011-en.pdf</a>	2011
10	Millennium Development Goals Indicators	United Nations	<a href="http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Default.aspx">http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Default.aspx</a>	
11	Health Statistics Report 2011	MOH		2011
12	Timor-Leste Living Standards Survey	World Bank		2007
13	Timor-Leste: Poverty in a Young Nation	World Bank and Directorate of National Statistics	<a href="http://www.usaid.gov.au/Publications/Documents/et-timorleste-poverty-young-nation.pdf">http://www.usaid.gov.au/Publications/Documents/et-timorleste-poverty-young-nation.pdf</a>	2008
14	Country cooperation strategy 2009-2013	WHO	<a href="http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_tls_en.pdf">http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_tls_en.pdf</a>	
15	Global Health Observatory	WHO	<a href="http://apps.who.int/ghodata/">http://apps.who.int/ghodata/</a>	2012
16	Multiple Indicator Cluster Survey (MICS-2002)	UNICEF	<a href="http://aidsdatahub.org/dmdocuments/Timor_Leste_MICS_2002.pdf.pdf">http://aidsdatahub.org/dmdocuments/Timor_Leste_MICS_2002.pdf.pdf</a>	2003
17	Health care seeking behavior study	Zwi et al., University of South Wales	<a href="http://www.med.unsw.edu.au/SPH/CMweb.nsf/resources/01_UNSW_Timor-Leste_Study_English.pdf/\$file/01_UNSW_Timor-Leste_Study_English.pdf">http://www.med.unsw.edu.au/SPH/CMweb.nsf/resources/01_UNSW_Timor-Leste_Study_English.pdf/\$file/01_UNSW_Timor-Leste_Study_English.pdf</a>	2009
18	A Review of Health Leadership and Management Capacity in Timor Leste	Asante A.	<a href="http://www.hrhub.unsw.edu.au/HRHweb.nsf/resources/LM+TimorLeste+DRAFT.pdf/\$file/LM_TimorLeste.pdf">http://www.hrhub.unsw.edu.au/HRHweb.nsf/resources/LM+TimorLeste+DRAFT.pdf/\$file/LM_TimorLeste.pdf</a>	
19	Global Health Expenditure Database	WHO	<a href="http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&amp;COUNTRYKEY=84560">http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&amp;COUNTRYKEY=84560</a>	

## 添付 2 : 参考文献リスト (東ティモール民主共和国)

引用 番号	資料名	発行元	URL など	発行年
20	Strategic Development Plan 2011-2030	Office of Prime Minister	<a href="http://www.tls.searo.who.int/LinkFiles/Home_NATIONAL_STRATEGIC_DEVELOPMENT_PLAN_2011-2030.pdf">http://www.tls.searo.who.int/LinkFiles/Home_NATIONAL_STRATEGIC_DEVELOPMENT_PLAN_2011-2030.pdf</a>	2010
21	政府開発援助 (ODA) 国別データブック	外務省	<a href="http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryo/kuni/11_databook/pdfs/01-05.pdf">http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryo/kuni/11_databook/pdfs/01-05.pdf</a>	
22	国別援助指針	外務省		
23	対東ティモール民主共和国別援助方針	国際協力機構	<a href="http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/seisaku/hoshin/pdfs/easttimor.pdf">http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/seisaku/hoshin/pdfs/easttimor.pdf</a>	2012
24	東ティモールと日本をむすぶ - コーヒーのフェアトレードに関する一考察	山本純一 慶應義塾大学山本純一研究会	<a href="http://web.sfc.keio.ac.jp/~llaname/FTP/yamamoto_report.pdf">http://web.sfc.keio.ac.jp/~llaname/FTP/yamamoto_report.pdf</a>	2008