

アフリカ保健システム 情報収集・確認調査

最終報告書 モザンビーク

2021年5月

独立行政法人
国際協力機構（JICA）

株式会社ティーエーネットワークキング
合同会社サマウーマ・コンサルティング

人間
JR
21-015

目次

1.	はじめに	1
1.1.	調査の背景と目的	1
1.2.	調査の方法	1
2.	モザンビークにおける保健医療の現状と課題	2
2.1.	国民の健康状態	2
2.1.1.	主要な保健指標	2
2.1.2.	疾病構造	3
2.1.3.	UHC の進捗	5
2.1.4.	母子の健康	6
2.1.5.	感染症	12
2.1.6.	栄養	15
2.1.7.	非感染性疾患	18
2.2.	国家開発計画及び保健セクターにおける関連の政策、計画	20
2.2.1.	国家開発戦略 2015–2035 (Estratégia Nacional de Desenvolvimento 2015–2035)	20
2.2.2.	政府 5 カ年計画 (Programa Quinquenal do Governo 2020–2024)	20
2.2.3.	国家開発計画における保健分野の位置づけ	21
2.3.	モザンビークにおける他開発パートナーの支援状況	22
2.3.1.	保健セクター予算への国外資金	22
2.3.2.	援助実績	26
2.3.3.	支援方針	35
2.3.4.	これまでの日本の協力の実績と現状	36
3.	対象国における保健システムの状況と課題	38
3.1.	保健人材	38
3.1.1.	職種と配置	38
3.1.2.	人材育成	42
3.1.3.	雇用	42
3.2.	保健財政	43
3.2.1.	国民保健医療勘定 (National Health Account)	43
3.2.2.	保健予算の流れと執行	46
3.2.3.	保健関係予算	47
3.2.4.	財政リスクからの保護	49
3.3.	保健情報システム	51
3.3.1.	保健サービス及び疾病負担情報システム	51

3.3.2.	人口動態統計.....	51
3.3.3.	国民ID.....	52
3.4.	保健施設の整備、機材・医薬品等の調達・供給.....	53
3.4.1.	保健施設.....	53
3.4.2.	医薬品.....	58
3.4.3.	医療機材.....	60
3.5.	管理・監督機能.....	62
3.5.1.	地方分権化の流れ.....	62
3.5.2.	保健行政.....	62
3.5.3.	マルチセクターの管理・監督機関.....	63
4.	協力ニーズの特定及び方針への提言.....	67
4.1.	保健セクターの課題とニーズ.....	67
4.2.	今後の協力方針に関する提言.....	70
4.3.	今後の確認事項.....	72

添付資料

添付1 SDGs グローバル指標

添付2 モザンビークとサブサハラ平均における全年齢の主な死亡原因の推移

添付3 参考資料リスト

図表目次

表 1：主な社会・経済指標	2
表 2：主な保健指標	3
表 3：モザンビークにおける UHC モニタリング指標（2017 年）	6
表 4：UHC モニタリング指標の推移	6
表 5：産前健診を 4 回以上受けた妊婦の人数と受診率*	8
表 6：主な母子保健サービスの利用状況（%：2015 年）	8
表 7：保健サービス利用にかかる阻害要因（%：2011 年）	9
表 8：小児保健に関する主な指標（%：2015 年）	11
表 9：HIV／エイズに関する主な指標（%：2015 年）	13
表 10：マラリアに関する主な指標（%：2015 年）	14
表 11：栄養に関わる主な指標	15
表 12：栄養に関する主な指標（%：2011 年）	16
表 13：男女別喫煙率	19
表 14：保健分野戦略計画（Plano Estrategico do Sector da Saude 2014-2019 : PESS 2014-2019）概要	21
表 15：保健分野開発パートナー上位（2009～2018 年総額）	27
表 16：モザンビークにおける開発パートナーの協力分野（2009～2018 年の協力。5 百万ドル程度までを記載。単位：百万ドル。小数点以下四捨五入）	28
表 17：WHO 優先事項と重点分野	35
表 18：保健分野での開発目標及び注力項目	36
表 19：過去 10 年間の日本の保健分野における主な支援実績	36
表 20：モザンビークにおける保健人材の職種と養成コース	38
表 21：レベルごとの主要医療人材配置計画数	38
表 22：モザンビークにおける看護職のレベル要件と役割	40
表 23：公共保健サービスの主要な保健人材の人数（2019 年）	41
表 24：主な保健財政指標	44
表 25：15～49 歳の健康保険への加入状況（%：2011 年）	50
表 26：家計の支出又は所得に占める健康関連支出が大きい人口の割合	50
表 27：出生登録時に必要な情報	52
表 28：死亡登録時に必要な情報	52
表 29：第 1 次医療レベルの保健施設の種類及び概要	54
表 30：州別の保健施設数（2019 年）	54
表 31：保健施設あたりの面積と施設への平均移動距離	55
表 32：モザンビーク保健省が 2025 年までに確保を目標とする保健施設数	56

表 33 : 医療レベル別の公立、民間保健施設数	56
表 34 : HIV／エイズ対策に関するマルチセクターの取り組み	64
表 35 : 栄養改善に関するマルチセクターの取り組み	64
表 36 : モザンビークにおける保健セクターの課題とニーズ	67
表 37 : 今後の確認事項	72
図 1 : 保健と社会課題、UHC、そして保健システム強化の課題	1
図 2 : サブサハラ平均とモザンビークにおける全年齢の主な死亡原因の推移（全死亡に占める割合）	5
図 3 : 妊産婦死亡率（出生 10 万人対）の推移	7
図 4 : 主な妊産婦死亡の原因	7
図 5 : 新生児・乳児・5 歳未満児死亡率（出生千人対）の推移	10
図 6 : 予防接種を受けた子どもの割合（％）の推移	10
図 7 : 新生児及び 1 カ月～5 歳未満児の死亡原因	11
図 8 : HIV 患者の抗レトロウイルス薬治療割合の推移（左）と 15～49 歳の HIV 陽性率（15～49 歳の感染していない人口千人対）の推移（右）	12
図 9 : マラリア感染者数（人口千人対）の推移	14
図 10 : 結核の有病率（人口 10 万人対）の推移（左）と	15
図 11 : 5 歳未満児における発育阻害の割合の推移	17
図 12 : 世帯の食料安全保障状況（2006 年, 2009 年, 2013 年）	17
図 13 : 都市と農村の食料安全保障状況（2009 年, 2013 年）	18
図 14 : 心血管疾患、癌、2 型糖尿病、慢性呼吸器疾患の死亡率の推移	19
図 15 : (15 歳以上の) 1 人当たりの年間アルコール消費量	19
図 16 : 喫煙率（15 歳以上）	20
図 17 : 保健セクター予算の推移（MZM）	23
図 18 : 保健セクター国外資金の形態（2019 年）	23
図 19 : PROSAUDE への拠出金額の推移	24
図 20 : PROSAUDE の予算計画策定プロセス	25
図 21 : 2018 年の PROSAUDE の支出時期	26
図 22 : 対モザンビークにおける米国の保健分野支援項目及び支援額（百万ドル） ..	29
図 23 : 対モザンビークにおけるカナダの保健分野支援項目及び支援額（百万ドル）	30
図 24 : 対モザンビークにおけるアイルランドの保健分野支援項目及び支援額（百万ドル）	31
図 25 : 対モザンビークにおける日本の保健分野支援項目及び支援額（百万ドル） ..	31
図 26 : 対モザンビークにおけるグローバルファンドの支援項目及び支援額（百万ドル）	33

図 27 : 対モザンビークにおける GAVI の支援項目及び支援額 (百万ドル)	33
図 28 : 対モザンビークにおける世界銀行の支援項目及び支援額 (百万ドル)	34
図 29 : 対モザンビークにおける BMGF の支援項目及び支援額 (百万ドル)	34
図 30 : 人口千人あたりの医師、看護・助産師	40
図 31 : モザンビークにおける国民一人あたり保健支出の推移 (単位 : 米国ドル) .	45
図 32 : モザンビークにおける経常保健医療支出の財源内訳 (単位 : 百万 MZM)	46
図 33 : モザンビークにおける保健予算の流れと執行	47
図 34 : 2021 年国家予算 (案) の内訳 (単位 : 百万 MZM)	48
図 35 : 政府 5 年計画の優先事項「人的資本と社会正義の開発」の内訳の推移 (単位 : 百万 MZM)	48
図 36 : 保健省予算の内訳 (単位 : 百万 MZM)	49
図 37 : 国民 ID のサンプル	53
図 38 : 保健施設の公立、民間、伝統医療等の割合	57
図 39 : 基礎医薬品の使用可能な施設割合	59
図 40 : 州ごとの基礎医薬品の平均的な利用可能性	60
図 41 : 基礎医療機材の使用可能な施設割合	60
図 42 : 州ごとの基礎医療機材の平均的な利用可能性	61
図 43 : バイオセーフティ関連物品／項目の使用可能な施設割合	61
図 44 : 州ごとのバイオセーフティ関連物品／項目の平均的な利用可能性	62
図 45 : 保健省組織図	63
図 46 : モザンビークにおける課題と要因の関係	70

略語表

略語	英語・ポルトガル語	日本語
APE	Agente Polivalente Elementar	多目的コミュニティワーカー (コミュニティヘルスワーカー)
ABC	Agência Brasileira de Cooperação	ブラジル国際協力庁
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome	後天性免疫不全症候群
AMETRAMO	Associação de Médicos Tradicionais de Moçambique	モザンビーク伝統医協会
CDCS	Conselho Distrital de Combate ao HIV/SIDA	郡 HIV/エイズ対策委員会
CMAM	Central Medicine Stores, Central de Medicamentos e Artigos Médicos	中央医薬品・医療機材調達供給機関
CNCS	Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA	国家 HIV/エイズ対策委員会
COVID-19	corona-virus disease 2019	新型コロナウイルス感染症
CPCS	Conselho Provincial de Combate ao HIV/SIDA	州 HIV/エイズ対策委員会
CRVS	Civil Registration and Vital Statistics	出生登録と人口動態統計
DCNT	Doenças Cónicas Não Transmissíveis	慢性非感染症
DHIS2	District Health Information Software	地区健康情報ソフトウェア
EPI	Expanded Program on Immunization	予防接種拡大プログラム
EU	European Union	欧州連合
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization	ワクチンと予防接種のための世界同盟
GBD	Global Burden of Diseases	国際疾病負担
GDP	Gross Domestic Product	国内総生産
GNI	Gross National Income	国内総所得
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウイルス
IIMS	Multiple Indicator and Health Survey	複数指標・健康調査
IMASIDA	Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA	ワクチン、マラリア、HIV/エイズインディケータ調査
IMT		伝統医学研究所
IPTp	Intermittent preventive treatment in pregnancy	妊娠中の間欠的な予防的治療
JBPP	Japan Brazil Partnership Program	日伯パートナーシッププログラム
NCDs	Non-communicable diseases	非感染性疾患
NGO	Non Governmental Organization	非政府組織
NTDs	Neglected Tropical Diseases	顧みられない熱帯病
PDN	Plano de Desenvolvimento Nacional	国家開発計画
PESS	Plano Estratégico do Sector da Saúde de Moçambique	保健セクター戦略計画
PHC	Primary Health Care:	プライマリーヘルスケア
PNDS	Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário	国家保健開発計画
PQG	Programa Quinquenal do Governo	政府5カ年計画
SARA	Service Availability and Readiness Assessment	保健施設現状調査
SC	Supply Centre	中央医薬品・医療機材サプライセンター
SDSMAS	Serviço Distrital de Saúde Mulher Acção Social	郡保健・女性・社会活動局
STIs	Sexually transmitted infections	性感染症

SUN	Scaling Up Nutrition	栄養改善拡充イニシアティブ
TBA	Traditional Birth Attendant	伝統的産婆
UHC	Universal Health Coverage	ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ
UNAIDS	Joint United Nations Program on HIV and AIDS	国連合同エイズ計画
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	アメリカ合衆国国際開発庁
WFP	World Food Programme	国際連合世界食糧計画
WHO	World Health Organization	世界保健機関



Map No. 3706 Rev. 6 UNITED NATIONS
May 2016

Department of Field Support
Geospatial Information Section (formerly Cartographic Section)

出典 : United Nations HP. Available from <https://www.un.org/geospatial/content/mozambique>
(Accessed 2020.11.25)

要約

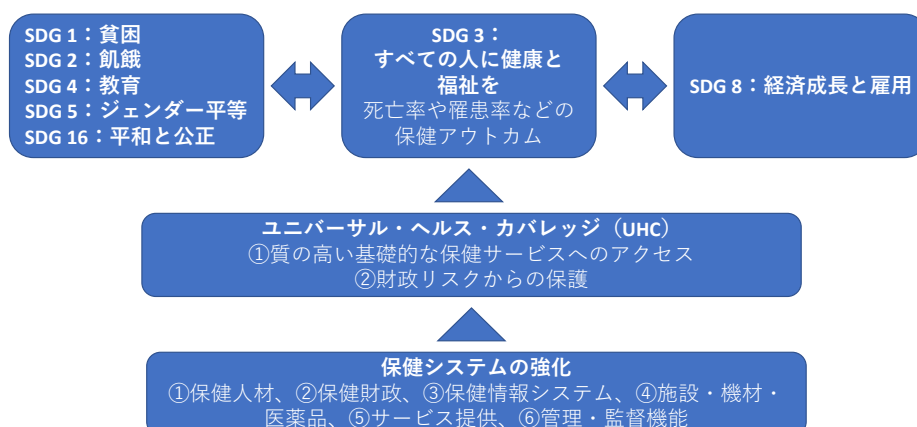
1. モザンビークは 1992 年に内戦を終えた後、政情は比較的安定し、高い経済成長を実現してきた。しかし、国民一人当たり GNI は 480 ドル（2019）と未だ低所得国に位置づけられている。
2. 妊産婦死亡率は 289（出生 10 万人対：2017 年）や新生児死亡率は 28（出生千人対：2018 年）など、代表的な保健指標は、サブサハラアフリカや低所得国の平均と比較して良好、または同等である。モザンビークでは、感染症での死亡原因が大きな割合を占めており、特に HIV／エイズと性感染症が全体死亡の 4 分の 1 以上を占めている（2019 年）。
3. モザンビークの UHC サービスカバレッジ指標は 46（2017 年）であり、アフリカ地域と同等、そして低所得国の平均より良好である。ただし、病床数や医療従事者数からなる「サービス能力とアクセス」の評価が低い。
4. 産前健診を 4 回以上受けた女性の割合は 54.68%、施設出産の割合は 70.3%、基本的な予防接種を全て接種した 1 歳-2 歳児の割合は 65.8%と、母子保健サービスが比較的に利用されているが、都市部と地方部での格差が生じている。モザンビークの 15 歳から 49 歳までの HIV 感染率は 8.9%（2019 年）と、サブサハラアフリカの平均と比較すると非常に高いものの、過去 20 年間で大きな減少が見られる。また、マラリア感染者数（人口千人対）は 305 人（2018 年）であり、サブサハラアフリカ平均の 219 人と比較しても非常に多い。
5. モザンビーク政府は国家開発計画として政府 5 年計画（Programa Quinquenal do Governo 2020-2024）を策定し、戦略目標の一つとして「保健サービスへのアクセスの拡大と質の向上」を挙げ、PHC 強化を謳っている。また、保健セクターの中長期戦略として「保健分野戦略計画（Plano Estrategico do Sector da Saude 2014-2019）」が存在する。同計画は当初 2019 年を最終年として計画されていたが、2020 年には、2024 年までの延長が決定された。
6. 保健サービスは 1 次から 4 次までの保健施設によって提供されている。徐々に施設数は増えているものの、保健人材の不足は深刻であり、医薬品などの在庫切れも頻繁に生じている。
7. モザンビークの保健セクター予算の 79%は国内資金で、残りの 21%は国外からの資金であり（2019 年）、国外資金への依存度が高い。特に、保健政策・行政管理、マラリア対策、感染性疾患対策、基本的保健サービスの支援を行う開発パートナーの数や援助実績（金額）が多い。日本はこれまで、医療従事者養成学校のインフラ整備、そして養成学校のカリキュラムの標準化などの教育システムの構築を行ってきた。また、母子健康手帳の運用を通じてコミュニティレベルでの母子保健及び栄養改善の取り組み推進を支援する計画である。
8. 保健分野の課題として、地方分権化によって保健人材の採用・配置の権限が、保健省から州・郡保健局への移行中であること、医薬品などについては外部資金への依存が大きい、同資金は減少傾向にあることが挙げられる。これらの課題に対して、州・郡レベルにおける保健人材採用・配置計画の強化や国内資金の動員を図るべく保健財政戦略の策定支援というニーズが大きいと考えられる。

1. はじめに

1.1. 調査の背景と目的

アフリカ地域は従来の感染症や母子保健、栄養問題に加え、近年には非感染症疾患も増加傾向にあり、これらの保健分野の課題は、人々の健康だけではなく、社会・経済に大きな影響を与えている。そのため、各国及び国際社会は「すべての人が、適切な健康増進、予防、治療、機能回復に関するサービスを、支払い可能な費用で受けられる」というユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (Universal Health Coverage: UHC) の推進を図り、「質の高い基礎的な保健サービスへのアクセス」と「財政リスクからの保護」という2点に取り組んでいる。そして、UHC を達成するために必要な具体的な取り組みとして、保健システムの強化が求められている (図1)。

本調査は、アフリカ地域のモザンビーク、アンゴラ、ナイジェリアのUHC 推進に貢献するため、これら対象3カ国での保健システムの現状、協力ニーズ、そして開発パートナーの協力動向を確認し、今後の協力方針を検討することを目的とした。本報告書はモザンビークについての調査結果をとりまとめたものである。



出典：UHC2030. (2017). Healthy systems for universal health coverage - a joint vision for healthy lives. Geneva: World Health Organization and the World Bank.) を基に共同企業体が作成

図1：保健と社会課題、UHC、そして保健システム強化の課題

1.2. 調査の方法

本調査は、株式会社ティーエーネットワークと合同会社サマウーマ・コンサルティングから成る共同企業体を実施した。2020年11月から既存資料をレビューし、モザンビークの基礎情報の収集・分析を行った。そして、同年12月にこれらの基礎情報を中間報告書としてとりまとめ、JICA 人間開発部と協議を行い、モザンビークの個別課題として保健行政・財政と保健情報が選定された。2021年1月からは、現地再委託による関連資料の収集や関係者とのインタビューを通じて、詳細情報を分析した。これらの詳細情報を基に、再度 JICA 人間開発部と協議し、特に協力ニーズの特定や方針への提言を検討し、これらの調査結果を同年4月に最終報告書としてとりまとめた。

2. モザンビークにおける保健医療の現状と課題

2.1. 国民の健康状態

2.1.1. 主要な保健指標

モザンビークは独立戦争を経て 1975 年に独立したが政情は安定せず、1977 年から 1992 年に 16 年に及ぶ内戦が続いた。内戦終了後は西側諸国との関係を深め、政情は比較的安定し、高い経済成長を実現してきた。しかし、所得の不平等さを測るジニ係数は、2014 年には 54.0 となっており、これは「慢性的暴動がおりやすいレベル」にあたり、絶対的貧困率も依然高い。伝統的に南部地域から南アフリカの鉱山への出稼ぎに行く者が多く、このような出稼ぎ者が HIV に感染したことから南部を中心に HIV/エイズが蔓延している。全国 の 15-49 歳における HIV 感染率は 13.2% (2015、以下同じ)であり、特に南部のガザ州では 24.4%に上っており、抗レトロウイルス薬が進歩した今日でもモザンビークの保健分野における重大な問題である。

表 1：主な社会・経済指標

主な社会・経済指標	モザンビーク	サブサハラアフリカの平均	低所得国の平均	日本
面積 (1,000km ²)	786.4(2018)	NA	NA	364.6(2018)
総人口 (100 万人)	30.4(2019)	NA	NA	126.2(2019)
国内総所得 (GNI : 10 億米ドル)	14.6(2019)	NA	NA	5,364(2019)
国民一人当たり GNI (米ドル)	480(2019)	1,550(2019)	791(2019)	41,690(2019)
絶対的貧困水準 (1 日 1.90\$以下の人口比 : %)	63.7(2014)	42.3(2015)	45.2 (2015)	0.7(2013)
初等教育修了率 (%)	52.0(2018)	68.8 (2018)	67.3 (2018)	NA
出生時平均余命 (歳)	60.2(2018)	61.3 (2018)	63.5(2018)	84.2 (2018)
UHC サービスカバレッジ	46(2017)	44(2017)	42.06(2017)	83(2017)

出典：World Bank Open Data

WHO は主要な保健指標をインプット、アウトプット、アウトカム、インパクトという各段階（「結果の連鎖 (results chain)」）に整理しており¹、この整理方法に基づいてモザンビーク及びサブサハラアフリカ、低所得国における主な保健指標を表 2 に示す。インパクトにあたる妊産婦死亡率（出生 10 万人対）、新生児死亡率（出生千人対）はモザンビークではそれぞれ 289（2017 年）と 27.8（2018 年）と推計され、サブサハラアフリカ平均や低所得国の平均と比較して妊産婦死亡率は良好であり、新生児死亡率は同等である。また、家計支出／所得に占める保健関連支出が 25%以上の世帯割合は 0.4%（2014 年）であり、サブサハラアフリカ平均 1.9%（2019 年）と比べて、かなり低い割合となっている。アウトカムである近代的な家族計画が利用できる女性の割合と専門技能者の立会いの下での出産の割合はそれぞれ 45.2%（2015 年）と 54.3%（2011 年）となっており、近代的な家族計画が利用できる女

¹ WHO (2018) Global Reference List of 100 Core Health Indicators から抜粋。

性の割合はサブサハラアフリカ平均や低所得国平均と比較して高く、専門技能者の立会いの下での出産の割合は同程度である。

保健サービス質向上に向かう初段階で直結するものとして、アウトプット及びインプットレベルの指標がある。インプットである医師の人数（人口千人対）は0.08（2018年）と、サブサハラアフリカの平均である0.23（2017年）と比べても極端に少なく、看護・助産師の人数²（人口千人対）も0.68（2018年）と少ない。アウトプットレベルでは、HIV患者の抗レトロウイルス薬治療割合が60%（2019年）、結核の治療成功率が90%（2017年）となっており、サブサハラアフリカの平均である70%（2019年）と82%（2017年）と同等程度となっている。

表2：主な保健指標

主な保健指標	モザンビーク	サブサハラアフリカの平均	低所得国の平均
インパクト			
妊産婦死亡率(出生 100,000 対)	289(2017)	534 (2017)	455 (2017)
新生児死亡率(出生千対)	27.8 (2018)	27.7 (2018)	26.4 (2018)
家計支出/所得に占める保健関連支出が 25%以上の世帯割合(%)	0.4 (2014)	1.9 (2015)	1.5 (2015)
アウトカム			
近代的な家族計画が利用できる女性の割合(%)	45.2 (2015)	27.1 (2017)	27.2 (2017)
専門技能者の立会いの下での出産の割合(%)	54.3 (2011)	59.9 (2016)	59.8 (2016)
三種混合ワクチンの接種率(%)	88 (2019)	73.5 (2016)	79.3(2019)
5歳未満児の発育障害率(%)	42.3 (2015)	33.0 (2019)	34.1 (2019)
アウトプット			
HIV患者の抗レトロウイルス薬治療割合(%)	60 (2019)	70 (2019) ^{*1}	-
結核の治療成功率(%)	90.0 (2017)	82.0 (2017) ^{*1}	88.0 (2017)
インプット			
医師の人数(人口千人対)	0.08(2018)	0.23 (2017)	0.34 (2017)
看護・助産師の人数(人口千人対)	0.68 (2018)	0.98 (2018)	0.91 (2018)
総病床数(人口千人対)	0.7 (2011)	-	0.8 (2011)

*1:アフリカ地域の平均

出典：World Bank Open DataとWHO Global Health Observatory Data

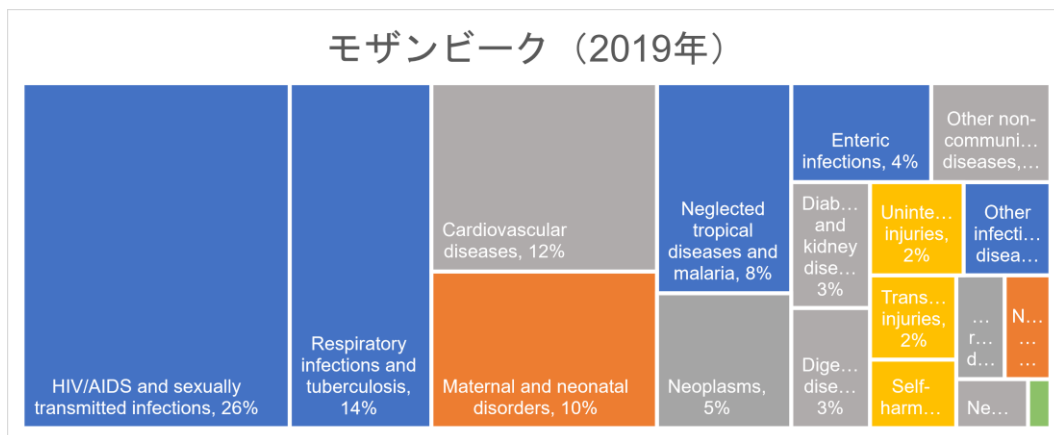
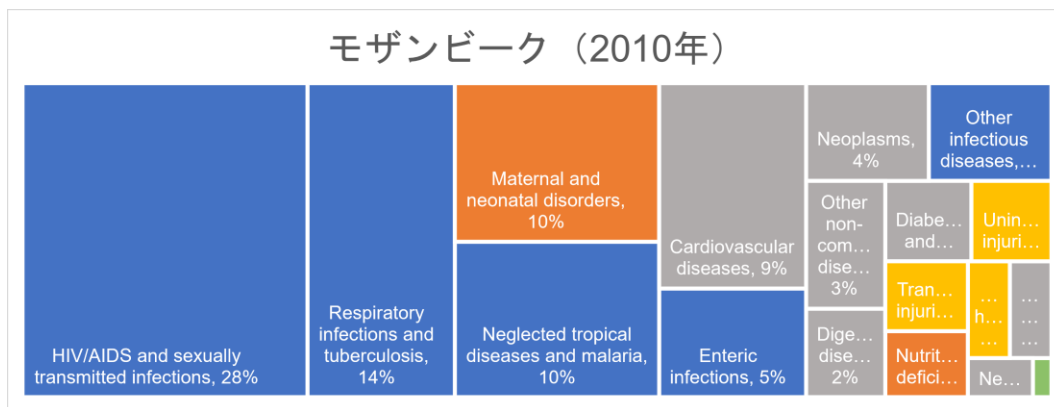
2.1.2. 疾病構造

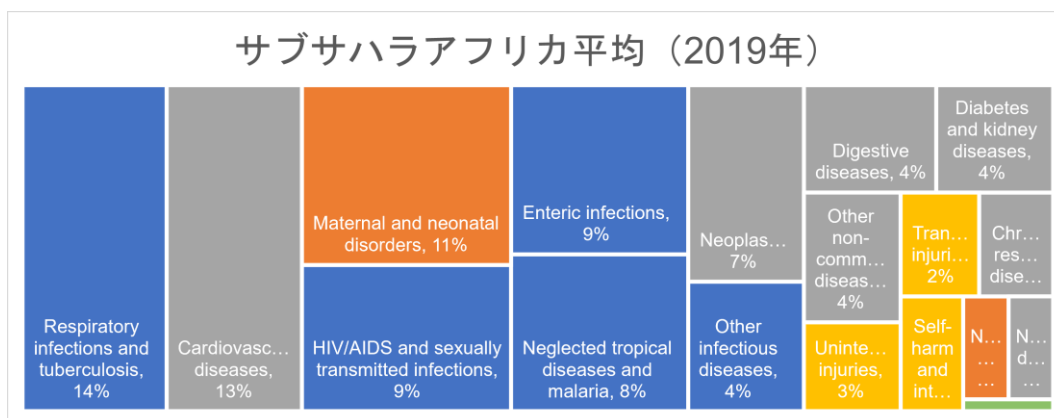
モザンビークにおける疾病負担の推移を国際疾病負担（Global Burden of Diseases：GBD）調査結果を用いて考察する。モザンビークでは、サブサハラアフリカ平均と比較すると感染症での死亡原因が大きな割合を占めていることがわかる（サブサハラアフリカ平均45%、

² 本指標は「Nurse and midwives per 1000 people」を翻訳したものであり、例えば日本における専門看護師や准看護師など、看護・助産に関わる多くの職種が含まれる。詳細は「2.1. 保健人材」にて述べるが、モザンビークにはMidwife（助産師）に該当する資格はなく、類似のものとして母子保健看護師が存在する。そのため、モザンビークの状況を忠実に表すと Nurse per 1000 people という表現になるが、本章では国際比較をするため世界的に広く使われている Nurse and midwives（看護・助産師）と表すことにする。

モザンビーク 54% (共に 2019 年))。感染症の中で、特に大きな割合を占めているのが HIV /エイズと性感染症であり、2010 年には 28%、2019 年には 26%と全体死亡の 4 分の 1 以上を占める割合だった。

アフリカ地域でも経済的な発展に伴い、感染症が最も多くの割合を占める疾病構造から徐々に非感染性疾患の割合が大きくなってきている。モザンビークでも依然として感染症による死亡が大きな割合を占めているものの、2010 年と 2019 年の死亡原因を比較すると感染症による死亡が全体死亡の 60%から 54%に減少し、非感染性による死亡が 23%から 29%に増加している。





注：感染症を青、母子・栄養関連疾患をオレンジ、非感染症を灰、傷害を黄で示した。

出典：Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare Data Visualization. Seattle, WA: IHME, University of Washington. Available from <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>. (Accessed 2020.11.20) をもとに調査団が作成

**図 2：サブサハラ平均とモザンビークにおける全年齢の主な死亡原因の推移
（全死亡に占める割合）**

2.1.3. UHC の進捗

UHC 達成の進捗状況をモニタリングするため、「UHC モニタリング指標」が開発されている。UHC モニタリング指標は、①UHC サービスカバレッジ指標（Essential Health Service Coverage Index）、②破壊的医療支出の発生割合（Incidence of catastrophic health expenditure）、という 2 つの大項目から成っている。モザンビークの UHC サービスカバレッジ指標は 46（2017 年）と、アフリカ地域の平均と同等である。UHC サービスカバレッジ指標の構成分野を見ると、モザンビークでは「サービス能力とアクセス」の評価が低い。この「サービス能力とアクセス」は、病院へのアクセス（一人あたりの病床数）、保健人材（人口あたりの医師、精神科医、外科医の人数）、健康危機対応（国際保健規則に基づくコアキャパシティ指数）という項目からなり、「1.1.1. 主要な保健指標」にて述べたように特に医師などが少ないことによる。また、②破壊的医療支出の発生割合については、家計の支出に占める健康関連支出が 10%以上の世帯が 1.6%、同 25%以上の世帯が 0.4%と、アフリカ地域の平均(7.3%と 1.8%)、低所得国の平均（6.9%と 1.5%）と比較して、いずれもかなり低い割合になっている（表 3）。また、2015 年から 2017 年の 2 年間の推移（表 4）をみると、UHC モニタリング指標では、43 から 46 となっており、短期間に一定の進捗がみられる。特に、感染症におけるスコアが 36 から 47 へ向上しており、この分野での進展が確認できる。しかし、サービス能力とアクセスは改善が見られない。

表 3 : モザンビークにおける UHC モニタリング指標 (2017 年)

	モザンビーク	アフリカ地域の平均 ¹	低所得国
UHC サービスカバレッジインデックス	46	46	43
母子保健 ²	57	54	54
感染症	47	42	43
非感染性疾患	66	71	67
サービス能力とアクセス	25	30	25
家計の支出又は所得に占める健康関連支出が大きい人口の割合			
家計の支出/所得に占める健康関連支出が 10%以上の人口の割合	1.6 (2014)	7.3 (2015)	6.9 (2015)
同割合が 25%以上の人口の割合	0.4 (2014)	1.8 (2015)	1.5 (2015)

*1 : 本報告書で主に「サブサハラアフリカ」の平均値を用いているが、本表で扱う指標について同地域の情報が収集できなかったため、本表では「WHO アフリカ地域」の平均を用いる。

*2 : 正確には「生殖、妊婦、新生児及び子どもの健康」

出典 : WHO Global Health Observatory data

表 4 : UHC モニタリング指標の推移

	2015	2017
UHC モニタリング指標	43	46
母子保健	56	57
感染症	38	47
非感染性疾患	65	66
サービス能力とアクセス	25	25

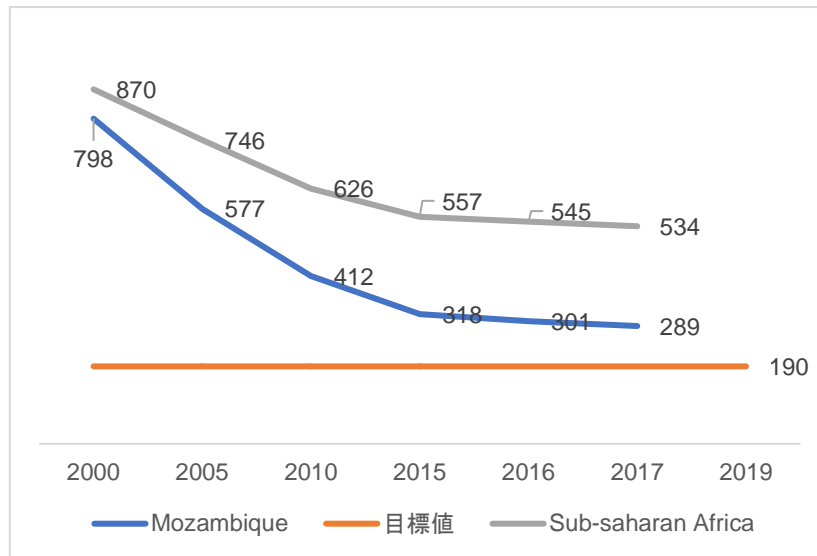
出典 : Tracking Universal Health Coverage: 2019 Global Monitoring report, WHO, The World Bank

2.1.4. 母子の健康

(1) 妊産婦死亡率の経時変化

モザンビークにおける妊産婦死亡率の経時的変化は、図 3 のとおり。2000 年には 798 (出生 10 万人対) と非常に高い妊産婦死亡率であったが、2017 年には 289 となっており、大きく低下した。また、サブサハラアフリカ平均と比較しても低い死亡率となっている。WHO アフリカ地域事務局での報告書では、妊産婦死亡率の低下は、産前健診を中心とした保健サービスの利用が拡大し、妊娠・分娩合併症の早期診断と治療が可能になったことによると分析されている³。モザンビーク政府が定めた保健セクターの中期計画である保健分野戦略計画 (2014-2019) にて妊産婦死亡率の目標値が定められており、2024 年に 190 まで低減することを目指している。

³ WHO Regional Office for Africa. Increasing access for child and maternal health care services: the Mozambique experience. 2013

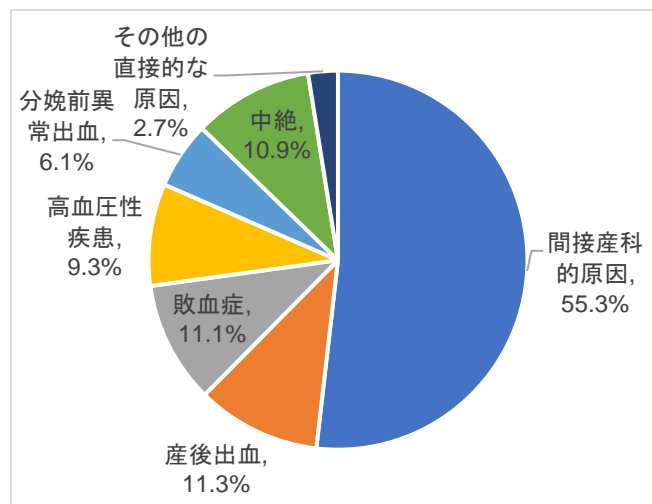


出典：World Bank Open Data、目標値は保健分野戦略計画（2014-2019）の目標値

図3：妊産婦死亡率（出生10万人対）の推移

（2） 妊産婦死亡の原因

モザンビークにおける妊産婦死亡の原因は、図4のとおり。多くの死亡は緊急産科ケアや産前健診、専門技能者の立会いの下での出産、産後健診等によって回避できるものである。また、モザンビークでは、妊娠前から存在した疾患が妊娠を契機に悪化した間接産科的原因による死亡が全体の55.3%を占めており、この間接的産科原因の主なものはHIV／エイズ、マラリアである⁴。そのため、妊産婦に対してこれらの感染症対策を適切に行うことが、死亡率軽減に貢献すると考えられる。



出典：Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis, 2014

図4：主な妊産婦死亡の原因

⁴ 保健分野戦略計画（2014-2019）

表 5 は、産前健診を 4 回以上受けた妊婦の人数と受診率を示したものである。国平均で産前健診を 4 回以上受けた妊婦の割合は、2015 年では 54.6%であった。しかし、受診率が最も高いガザでは 81.2%と推計されている一方、最も低いマニカ州では 39.4%となっており、地域間格差が大きい。

表 5：産前健診を 4 回以上受けた妊婦の人数と受診率*

地域	州	受診率
北	ニアッサ	56.4%
	カーボ・デルガド	68.4%
	ナンブラ	41.4%
中	ザンベジア	41.9%
	テテ	61.0%
	マニカ	39.4%
	ソファアラ	58.1%
南	イニャンバネ	62.2%
	ガザ	81.2%
	マプト州	73.7%
	マプト市	64.4%
国平均		54.6%

*IMASIDA2015 では 15-49 歳で過去 2 年間に死亡せずに生まれた子どもの母親のうち 4 回以上産前健診を受けた率としている。

出典：Inquérito de Indicadores de Imunização, Malaria e HIV/SIDA(2015)

主な母子保健サービスの利用状況を、表 6 に示す。近代的な家族計画ができる女性の割合は国平均で 25.3%（2015 年、以下同じ）であるが、最貧困層ではわずか 16.7%であった。施設出産の割合と専門技能者の立会いの下での出産の割合は、国平均でそれぞれ 70.3%と 73.0%であったが、特に地方部ではそれぞれ 63.1%と 66.6%と改善の余地が大きい。

表 6：主な母子保健サービスの利用状況（%：2015 年）

地域	州	近代的な家族計画ができる結婚している女性（15-49 歳）の割合	施設出産の割合	専門技能者の立会いの下での出産の割合
北	ニアッサ	21.6	82.6	85.2
	カーボ・デルガド	19.9	68.8	67.2
	ナンブラ	21.8	67.5	74.4
中	ザンベジア	17.8	41.8	45.7
	テテ	29.4	53.8	56.8
	マニカ	18.1	71.3	73.3
	ソファアラ	14.4	87.8	89.5
南	イニャンバネ	33.8	89.2	89.1
	ガザ	41.9	84.9	85.7
	マプト州	43.9	87.5	88.6
	マプト市	46.5	95.5	95.7

国平均	25.3	70.3	73.0
地方部	21.5	63.1	66.6
都市部	34.3	90.7	91.4
最貧困層	16.7	51.9	56.6
最富裕層	43.0	95.3	95.8

出典：Inquérito de Indicadores de Imunização, Malaria e HIV/SIDA(2015)

(3) 母子保健サービス利用にかかる阻害要因

健康問題が生じた際に女性が保健サービスを求めることに対する阻害要因として、国全体の 61.7%の女性が、保健サービスへのアクセスに関して少なくとも 1 つの課題を報告している。この割合は、都市部の 35.2%よりも地方部の 75.8%の方が高い。そして最も頻繁に挙げられた課題は保健施設までの距離であり、52.5%の女性がこの課題に直面していた。特にザンベジア州 79.7%とカーボ・デルガド州 77.8%で保健施設までの距離を問題としている女性が多い(表 7)。

表 7：保健サービス利用にかかる阻害要因（%：2011 年）

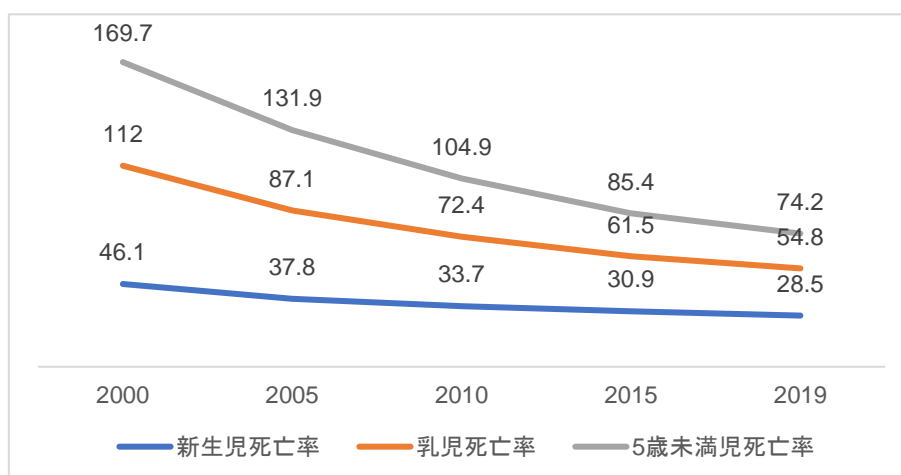
阻害要因	国平均	都市部	地方部	最富裕層	最貧困層
家族から許可を得ること	10.8	6.9	12.9	4.4	16.7
診療費を用意すること ⁵	39.7	24.0	48.1	15.3	65.6
保健施設への距離	52.5	22.0	68.8	15.5	80.3
一人で行きたくない	19.3	9.9	24.4	6.9	29.7
以上いずれかの 1 つ以上	61.7	35.2	75.8	25.9	88.8

出典：Instituto Nacional de Estatística. Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. 2013

(4) 新生児・乳児、5 歳未満児死亡率経時変化、地域・州比較

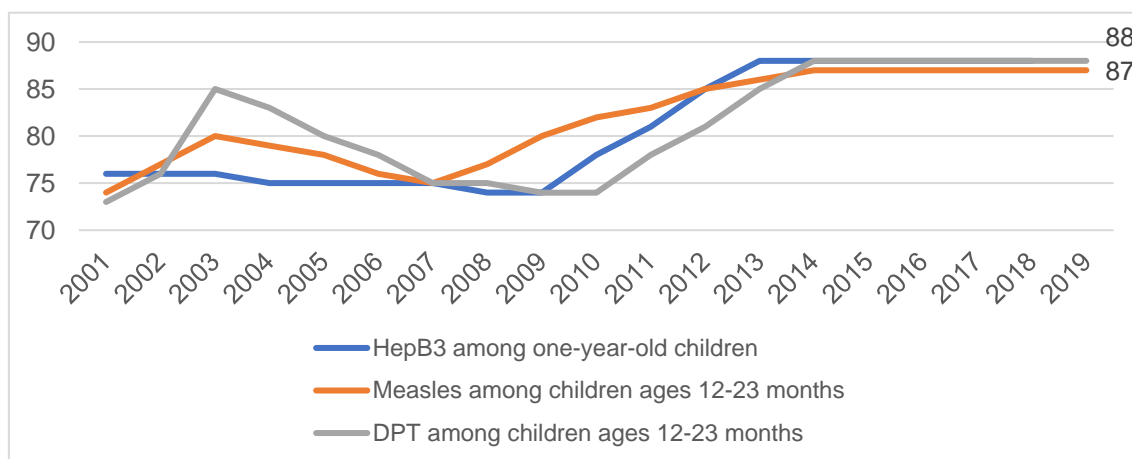
小児の死亡率に関する指標は、国の保健と開発のレベルを測定し、国の政策を決定するための非常に重要な指標の一つである。モザンビークにおける新生児・乳児・5 歳未満児の死亡率の推移を図 5 に示す。特に 5 歳未満児死亡率（出生千人対）は、2000 年には 169.7 であったが、2019 年には 74.2 まで減少した。この減少は、図 6 に予防接種を受けた子どもの割合（%）の推移を示すとおり、予防接種率やその他の保健サービスへのアクセス状況の向上等によると考えられる。また、WHO アフリカ地域事務局での報告書では、5 歳未満児死亡率の改善は、包括的小児疾患管理（Integrated Management of Childhood Illness：IMCI）の推進によって特に地方部にて死亡率が大きく減少したことによると分析されている³。保健分野戦略計画（2014-2019）では、2019 年にそれぞれ 23、45、55 まで低減することを目指している。

⁵ この項目は狭い意味での診療費であり、交通費などは含まれていない。公的保健施設でのサービスは基本的に無料であることと一見矛盾しているが、特に農村部では伝統医療者に行くことが多く、その診療費は少なくない。また医療従事者に賄賂を払って待ち時間を少なくするケースや、隠してあった医薬品を出してもらいなどのケースも存在しているため、それらの負担を述べている可能性がある。



出典：World Bank Open Data

図 5：新生児・乳児・5歳未満児死亡率（出生千人対）の推移

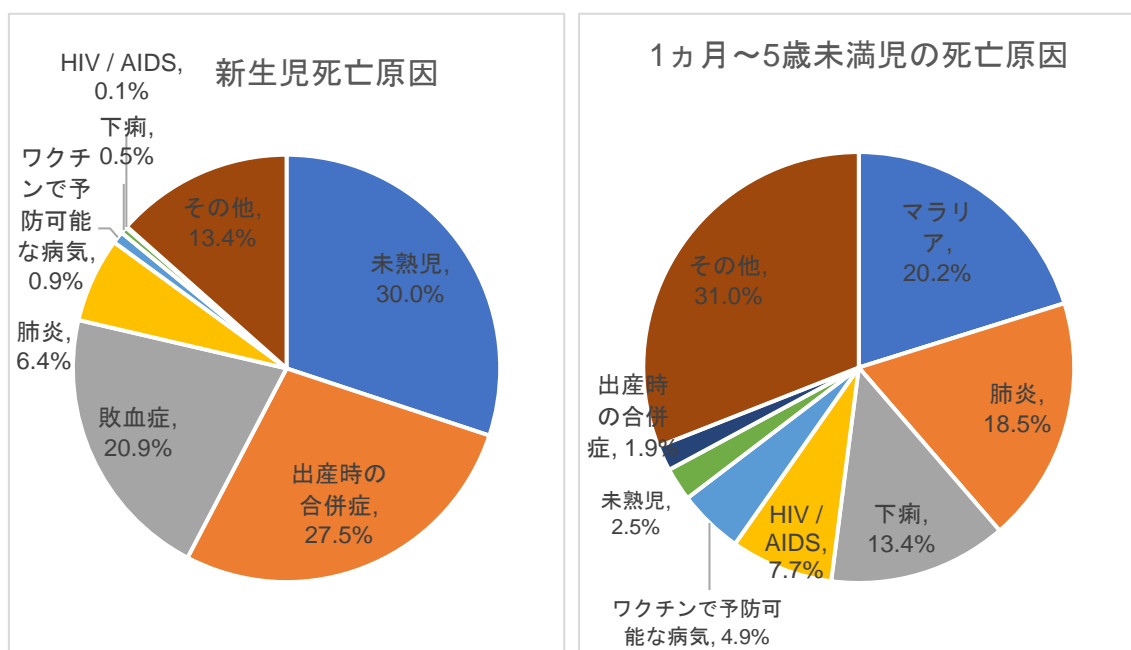


出典：World Bank Open Data

図 6：予防接種を受けた子どもの割合（％）の推移

（5） 新生児・1カ月～5歳未満児死亡の原因

新生児及び1カ月～5歳未満児の死亡原因は、図7のとおり。1カ月～5歳未満児の死亡ではマラリア、肺炎、下痢等での死亡割合が6割以上を占めている。これらの疾患は予防・治療可能なケースが多いが、疾患が疑われたり、症状を呈したりした際に保健サービスが利用されないことが多い。表8に示すとおり、2015年時点で特にニアッサ州とザンベジア州では、発熱時や下痢時の保健サービスの利用率が4～5割に留まっている。また、州別の1歳～2歳児の基本的な予防接種を全て接種した割合は、マプト州では82.8%（2011年、以下同じ）であるのに対して、最も接種割合が低いザンベジア州では49.9%となっており、地域格差が顕在化している。現地有識者によると、国全体の20%以上を占めるほど人口が多い、多い人口をカバーするのに適切な保健施設が設置されていない、人口あたりの医療従事者数が最も少ない州の一つである、などが理由と考えられるとのことであった。



出典：WHO-MCEE Estimates for Child Causes of Death, 2015

図7：新生児及び1カ月～5歳未満児の死亡原因

表8：小児保健に関する主な指標（%：2015年）

地域	州	1歳～2歳児の基本的な予防接種を全て接種した割合 ⁶	5歳未満児の急性呼吸器感染症疑い時の保健サービス利用率	5歳未満児の発熱時の保健サービス利用率	5歳未満児の下痢時の保健サービス利用率
北	ニアッサ	78.0	47.3	45.4	50.3
	カーボ・デルガド	86.2	-	54.7	72.2
	ナンブラ	52.1	-	56.9	54.0
中	ザンベジア	49.9	30.5	47.2	43.4
	デテ	53.1	-	59.2	62.8
	マニカ	65.8	75.1	65.5	60.6
	ソファラ	69.1	-	69.7	69.2
南	イニャンバネ	81.0	-	71.5	53.0
	ガザ	84.8	65.5	70.8	68.6
	マプト州	82.8	-	56.3	-
	マプト市	87.1	-	56.0	55.8
国平均		65.8	56.5	56.5	55.5
地方部		61.7	54.0	53.3	53.0
都市部		77.9	63.8	69.0	63.6
最貧困層		52.7	48.6	47.2	42.4
最富裕層		85.1	59.1	65.8	53.7

出典：Inquérito de Indicadores de Imunização, Malaria e HIV/SIDA(2015)

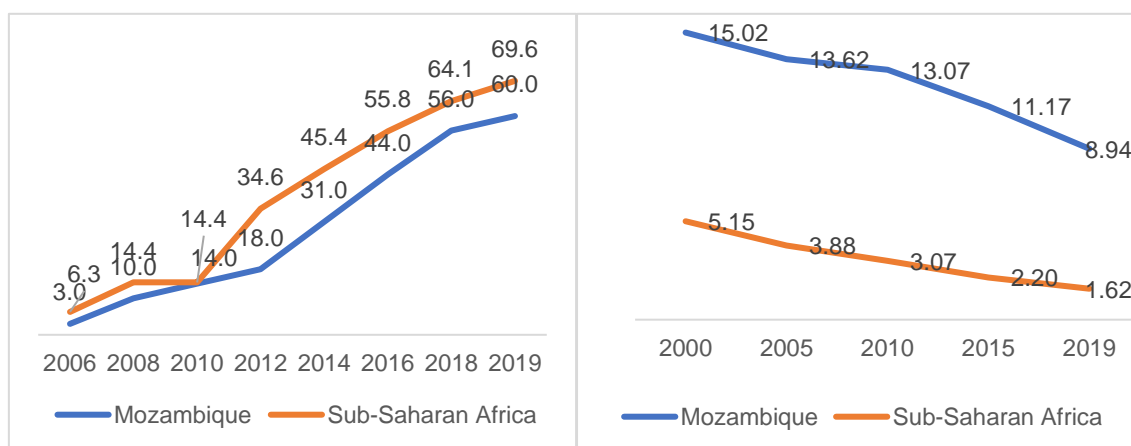
⁶ BCG、麻疹、出生時のポリオを除く、5価及びポリオワクチンの3回投与。

2.1.5. 感染症

(1) HIV/AIDS

モザンビークでの HIV 陽性率（15～49 歳）は、サブサハラアフリカ平均と比べると非常に高いが、年々低下しており、2019 年には 8.9%（15～49 歳の感染していない人口千人対）となっている。地域・州別に HIV 陽性率を見ると、2015 年時点で国平均では 13.0%となっている一方、例えばガザ州では 24.4%となっており、南部における HIV 陽性率が圧倒的に高い。また、富裕層、都市部での陽性率の高さが特徴的である。これは、南部は南アフリカへの出稼ぎに行っている人が多く、出稼ぎに行つて感染している人が多い。HIV の感染と予防に関する知識を持つ割合は、男性 31.5%、女性 29.3%であり、地方部よりも都市部の方が高い割合になっている（表 9）。

また 2014 年に国連共同エイズ計画（UNAIDS）は、HIV の流行を制御する戦略として、2020 年までに 3 つの 90%を達成する目標を掲げた（90-90-90）⁷。つまり、①感染者の 90%以上が診断を受け感染を自覚すること、②診断を受けた感染者の 90%以上が治療を受けること、③治療中の感染者の 90%以上で血中ウイルス量を抑制すること、がグローバル戦略となっている。モザンビークでは、HIV 感染者の抗レトロウイルス薬治療割合は上昇傾向であり、2019 年には 60.0%まで増加したが、サブサハラアフリカ平均 69.6%よりは低い値となっている（図 8）。



出典：World Bank Open Data

図 8：HIV 患者の抗レトロウイルス薬治療割合の推移（左）と 15～49 歳の HIV 陽性率（15～49 歳の感染していない人口千人対）の推移（右）

垂直感染予防に必要な、産前健診における HIV 検査実施率に関しては、2009 年の 44%から 2015 年の 67%へと向上しているが、まだ向上余地は大きい。HIV に感染している妊婦や授乳中の母親のうち 44%が抗レトロウイルス薬治療を行い、HIV 感染している母親から生まれた子どもの 13.1%が HIV に感染しており、改善余地が大きい⁸。

⁷ UNAIDS, 90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic

⁸ Inquérito de Indicadores de Imunização, Malaria e HIV/SIDA(2015)

表 9 : HIV/エイズに関する主な指標 (% : 2015 年)

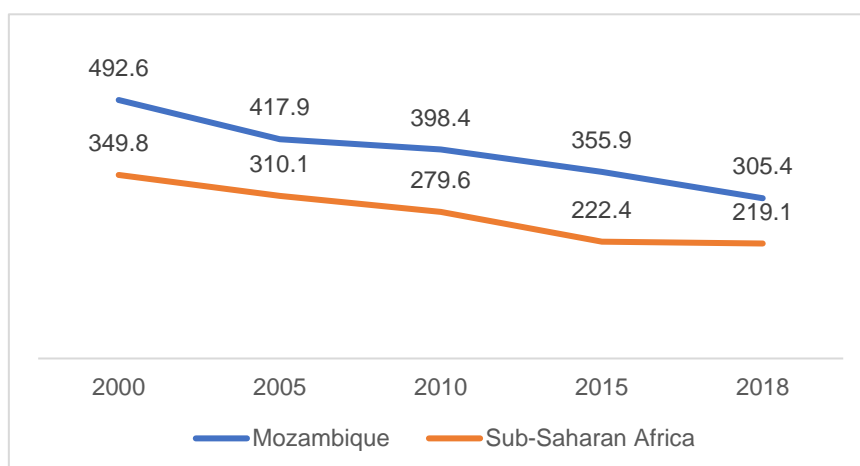
地域	州	HIV 陽性率 (15~49 歳)	HIV の感染と予防に関する知 識を持つ割合 (男性) ⁹	HIV の感染と予防に関する知 識を持つ割合 (女性)
北	ニアッサ	7.8	17.8	33.0
	カーボ・デルガド	13.8	21.0	17.3
	ナンブラ	5.7	21.1	18.0
中	ザンベジア	15.1	28.3	19.6
	テテ	5.2	25.5	46.5
	マニカ	13.5	47.7	29.0
	ソファアラ	16.3	30.3	28.2
南	イニャンバネ	14.1	56.9	60.9
	ガザ	24.4	44.1	27.5
	マプト	22.9	28.3	50.1
	マプト市	16.9	53.4	41.9
国平均		13.0	31.5	29.3
地方部		11.0	26.2	25.3
都市部		16.8	38.9	38.9
最貧困層		9.6	20.2	18.2
最富裕層		16.2	46.4	44.7

出典 : Inquérito de Indicadores de Imunização, Malaria e HIV/SIDA(2015)

(2) マラリア

図 9 に示すように、マラリア感染者数 (人口千人対) は減少しているものの、2018 年には 305.4 となっており、サブサハラアフリカ平均の 219.1 よりも多く、モザンビークの健康課題の 1 つとなっている。マラリア予防のためには殺虫剤で処理された蚊帳の使用が非常に効果的であり、国平均で 45.4% の者が同蚊帳を使用している (2015 年、以下同じ)。また、WHO は妊娠中のスルファドキシシン-ピリメタミンによる間欠的な予防的治療 (IPTp) を最低 3 回受けることを推奨している。しかし、モザンビークでは IPTp を 3 回以上受けた妊婦の割合はわずか 22.4% となっている。「1.1.3. 母子の健康」で述べた通り、モザンビークの約半数の妊婦が 4 回以上産前健診を受けているが、IPTp の割合は低く、毎回の産前健診で IPTp を受けていないことがわかる (表 10)。

⁹ HIV の感染と予防に関する知識とは、性交中にコンドームを一貫して使用し、感染していないパートナーを 1 人持つことで、HIV 感染のリスクを減らすことができることを知っていることを意味する。明らかに健康な人が HIV を患う可能性があることを知っている。そして、HIV の感染または予防に関する 2 つの最も一般的な誤解を拒否する (蚊に刺されて HIV に感染するか、HIV を持っている人と一緒に食事をして感染するか)。



出典：World Bank Open Data

図 9：マラリア感染者数（人口千人対）の推移

表 10：マラリアに関する主な指標（%：2015 年）

地域	州	殺虫剤で処理された蚊帳の下で寝る人口の割合(%)	妊娠中の間欠的な予防的治療（IPTp：3 回以上） ¹⁰	5 歳未満児のマラリア有病率 ¹¹
北	ニアッサ	46.3	13.5	36.3
	カーボ・デルガド	59.5	25.8	29.4
	ナンブラ	51.1	19.2	66.0
中	ザンベジア	44.1	27.5	67.9
	テテ	38.3	6.5	30.4
	マニカ	30.8	21.9	25.5
	ソファアラ	44.8	36.1	31.5
南	イニャンバネ	60.8	17.6	22.8
	ガザ	24.3	37.2	16.3
	マプト	46.3	20.4	2.8
	マプト市	42.7	7.7	2.2
国平均		45.4	22.4	40.2
地方部		43.4	18.8	47.0
都市部		49.8	32.6	19.4
最貧困層		39.7	18.2	60.5
最富裕層		51.4	29.5	7.4

出典：Inquérito de Indicadores de Imunização, Malaria e HIV/SIDA(2015)

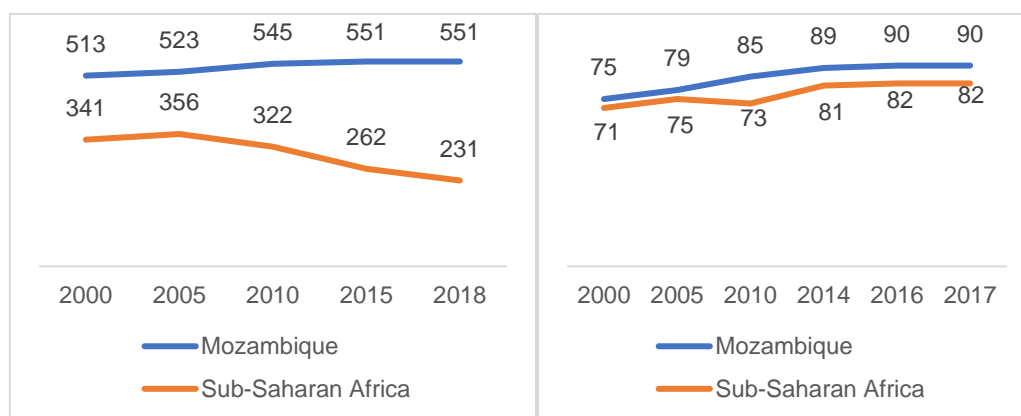
（3）結核

モザンビークの結核有病率（人口 10 万人対）は、2000 年以降微増して 2018 年時点では 551 となっており、サブサハラアフリカの平均である 231 と比べて 2 倍以上に高い。一方で、結核治療の成功率は 90%（2017 年）と、サブサハラアフリカ平均の 82%よりも高い成

¹⁰ SP 合剤 / Fansidar の特定の用量を受け取り、投与された割合。

¹¹ 三日熱マラリアまたは熱帯熱マラリアまたはその両方の割合。

功率で推移している（図 10）。



出典：World Bank Open Data

図 10：結核の有病率（人口 10 万人対）の推移（左）と結核治療の成功率（新規症例の％）の推移（右）

2.1.6. 栄養

WHO が掲げている栄養に関わる 8 つの危険因子¹²をサブサハラアフリカおよび低所得国と比較したものが、表 11 である。データの時期が異なるため厳密な比較は困難であるが、モザンビークでは栄養に関わる主な指標は、同地域や同等の所得がある国々と比較して、悪い値になっている。特に慢性の栄養不良を表す 5 歳未満児の発育阻害（年齢相応の身長基準値に満たない状態）の割合は 42.3%（2015）と、非常に高い割合となっている。栄養改善のためには、6 カ月までの完全母乳育児が推奨されているが、モザンビークにおける生後 6 カ月の完全母乳育児率は 41.0%（2013 年）となっており、保健分野戦略計画（2014-2019）では同値を 50%以上に改善することを目標にしている。

表 11：栄養に関わる主な指標

	モザンビーク	サブサハラアフリカの平均	低所得国の平均
生後 6 カ月の完全母乳育児率(%)	41.0 (2013)	44.9 (2016)	48.0 (2016)
母乳育児の早期開始割合(%)	76.7 (2011)	-	-
低出生体重児出生率(%)	13.8 (2015)	-	-
5 歳未満児の発育阻害率(%)	42.3 (2015)	33.0 (2016)	30.1 (2019)
5 歳未満児の栄養不良率(%)	6.7 (2011)	-	-
5 歳未満児の過体重率(%)	7.0 (2015)	3 (2019)	4.7 (2019)
5 未満児の貧血率(%)	60.2 (2016)	59.9 (2016)	52.2 (2016)
妊婦の貧血率(%)	50.7 (2016)	45.9 (2016)	47.2 (2016)

出典：World Bank Open Data、Instituto Nacional de Estatística. Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. 2013

¹² WHO. Global Reference List of 100 Core Health Indicators. 2018

表 11 の最新のデータよりも時期が古くなるが、5 歳未満児の発育阻害率は 2011 年時点で全国平均 42.6%であったが、都市部 35.0%に対して、地方部では 45.5%とその割合が高くなっている。5 歳未満児の発育阻害率そして貧血率共にカーボ・デルガドとナンブラの 2 州が特に高い値である。

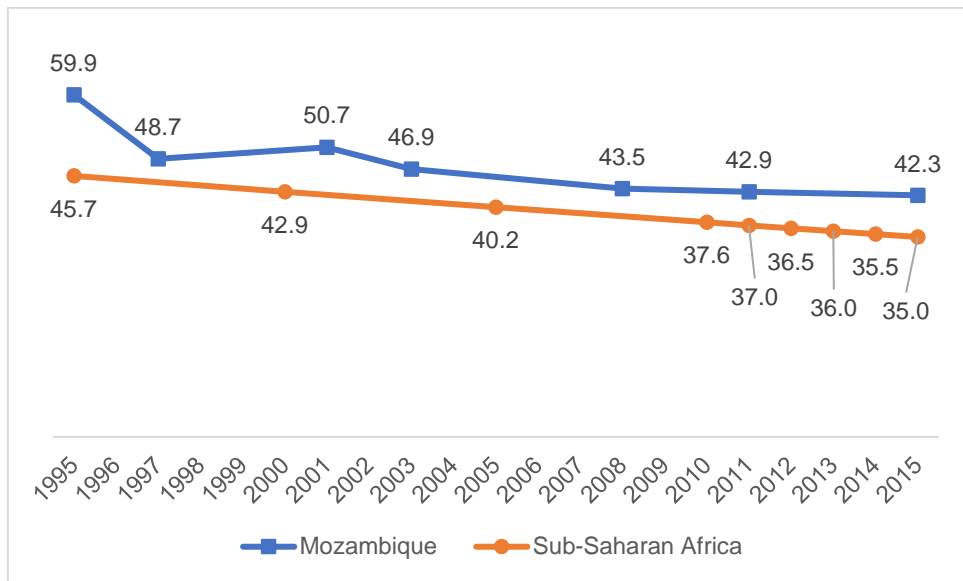
表 12 : 栄養に関する主な指標 (% : 2011 年)

地域	州	5 歳未満児の 発育阻害率	5 歳未満児の 貧血率 ¹³	完全母乳育児の平均期間 (中央値) (単位: 月)
北	ニアッサ	46.8	64.1	0.5
	カーボ・デルガド	52.8	75.8	2.7
	ナンブラ	55.4	72.6	0.6
中	ザンベジア	45.2	79.2	1.4
	テテ	44.2	67.6	2.0
	マニカ	41.9	67.5	0.6
	ソファラ	35.7	62.6	0.7
南	イニャンバネ	36.0	62.1	0.6
	ガザ	26.8	58.9	3.6
	マプト州	22.7	51.7	2.4
	マプト市	23.2	54.5	0.6
国平均		42.6	68.7	1.3
地方部		45.5	72.0	1.1
都市部		35.0	59.7	1.8
最貧困層		51.1	77.8	1.4
最富裕層		24.1	51.5	1.9

出典 : Instituto Nacional de Estatística. Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. 2013

図 11 は、モザンビークとサブサハラアフリカ平均における 5 歳未満児における発育阻害の割合の推移を示したものである。モザンビークでも発育阻害率は徐々に減少しているものの、常にサブサハラアフリカ平均よりも高値であり、モザンビークにおける 2015 年の値である 42.3%は、サブサハラアフリカ平均では 15 年前にあたる 2000 年の 42.9%と同程度である。

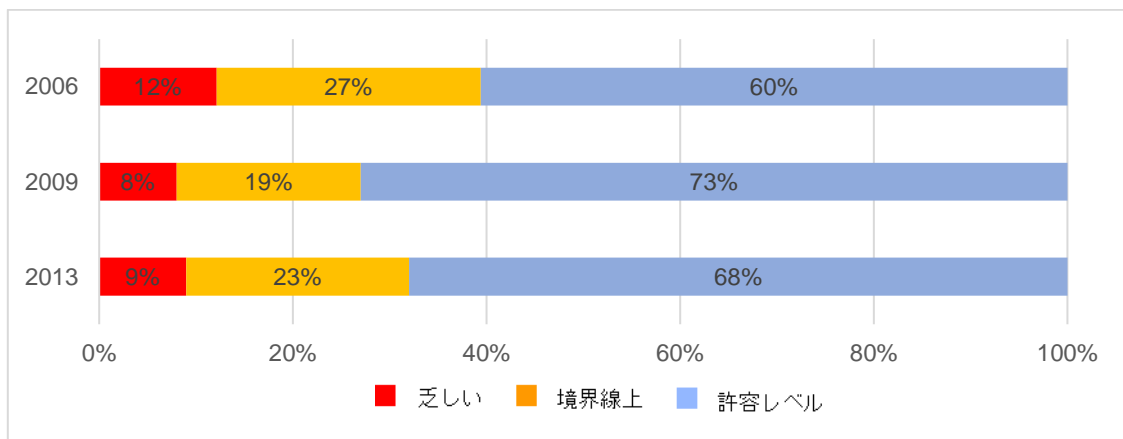
13 ヘモグロビン 11g/dl 以下の割合。



出典：World Bank Open Data

図 11：5 歳未満児における発育阻害の割合の推移

食料消費スコア（Food Consumption Score）¹⁴を見ると 2006 年から 2009 年にかけて国全体の同値に大きな改善が見られ、2013 年にはやや悪化したが 2006 年レベルほどにはならなかった。



出典：WFP: Trend Analysis : Key Food Security & Nutrition Indicators, Mozambique (2016)

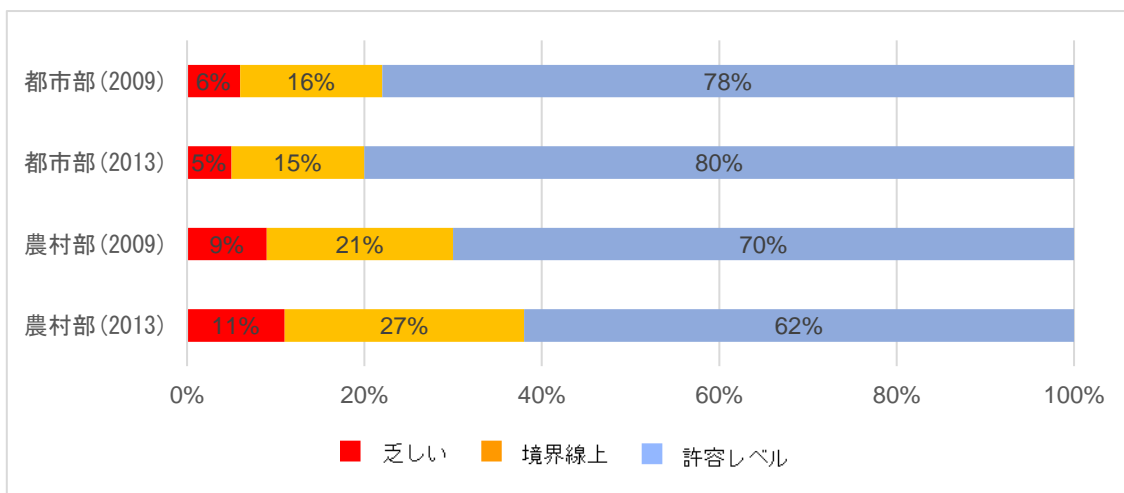
図 12：世帯の食料安全保障状況（2006 年, 2009 年, 2013 年）

農村と都市部を分けてみると、2009 年から 2013 年にかけて都市部ではやや改善したが農村では悪化したことがわかる¹⁵。これについて、WFP の Trend Analysis: Key Food Security & Nutrition Indicators, Mozambique（2016）では「2009 年以降、家計は市場からの食料購入へ

¹⁴ 食料消費スコア（Food Consumption Score）：食品の多様性、各食品群が摂取される日数、食品群の相対的な栄養的重要性を組み合わせて重み付けをしたもので、家庭での食料安全保障を示す優れた指標とされる。

¹⁵ Trend Analysis: Key Food Security & Nutrition Indicator Mozambique (2016), World Food Programme

の依存度を高め、自給率が低下し、貧困層では市場価格が高騰した際に食糧不安に陥りやすくなっている。モザンビークは輸入食品への依存度が高いため、最貧困層の人々は食料価格を上昇させる世界情勢への影響を受けやすくなっている。」と分析している。

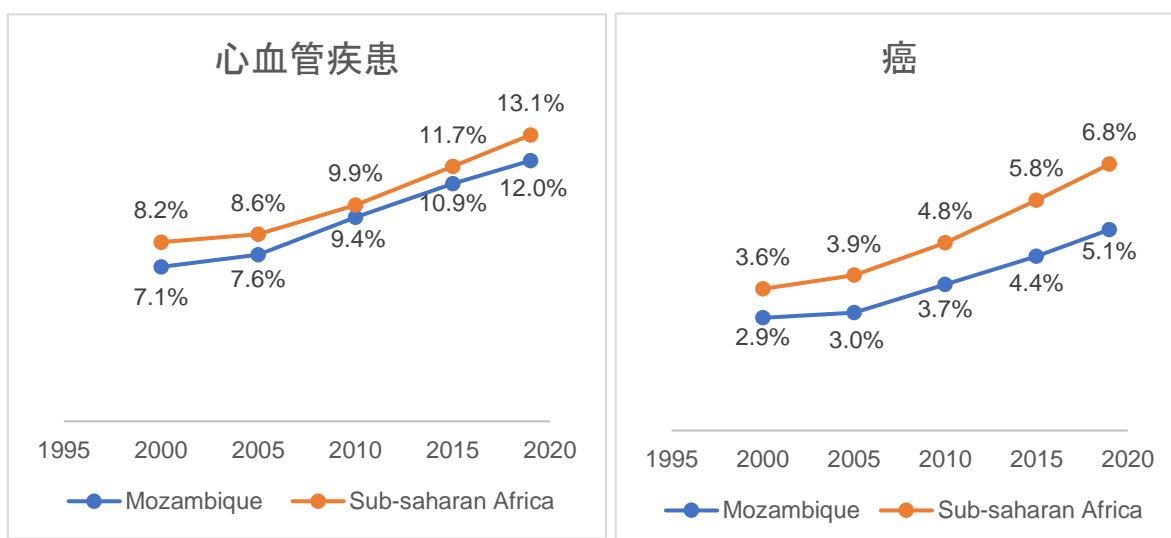


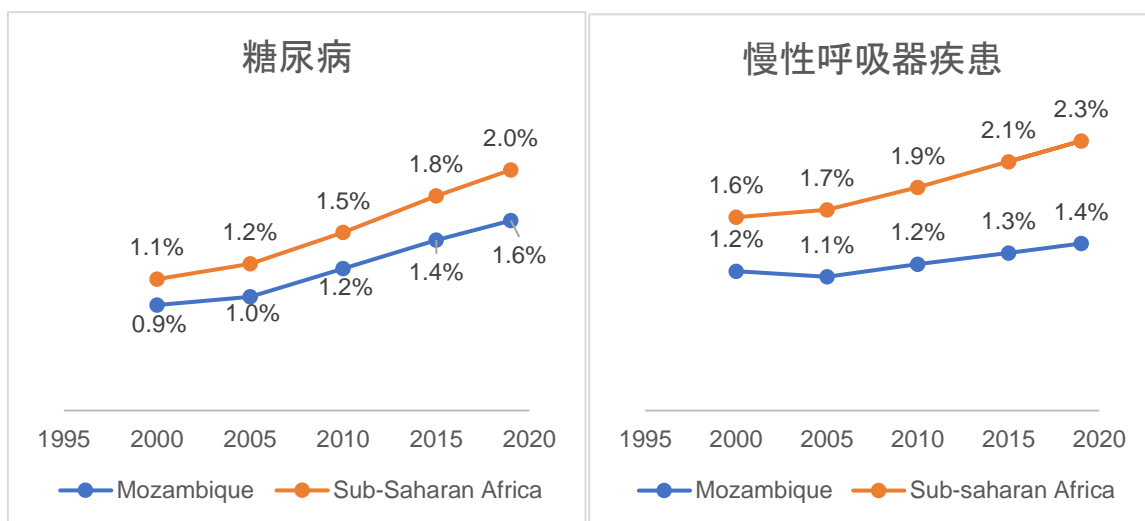
出典：Trend Analysis: Key Food Security & Nutrition Indicators, Mozambique (2016) World Food Programme

図 13：都市と農村の食料安全保障状況（2009 年, 2013 年）

2.1.7. 非感染性疾患

非感染性疾患（NCDs）は、喫煙、運動不足、不適切な食事、有害な量のアルコール摂取等の要因によって引き起こされる。モザンビークでは全死亡原因の 29%が NCDs 関連である。心血管疾患、癌、糖尿病、慢性呼吸器疾患の死亡率の推移を図 14 に示す。いずれもサブサハラアフリカ平均よりも低いが、年々増加傾向を示している。

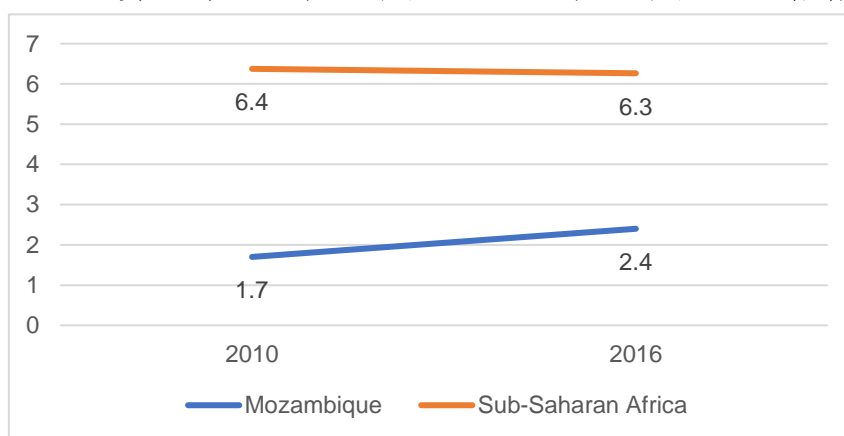




出典 : Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare Data Visualization. Seattle, WA : IHME, University of Washington. Available from <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>. (Accessed 2020.11.20) をもとに調査団が作成

図 14 : 心血管疾患、癌、2 型糖尿病、慢性呼吸器疾患の死亡率の推移

また、NCDs 対策で重要となるアルコール摂取量については、年間（15 歳以上の）1 人当たりのアルコール消費量は、2010 年 1.7L/人から 2016 年 2.4L/人とやや微増している。



出典 : World Bank Open Data

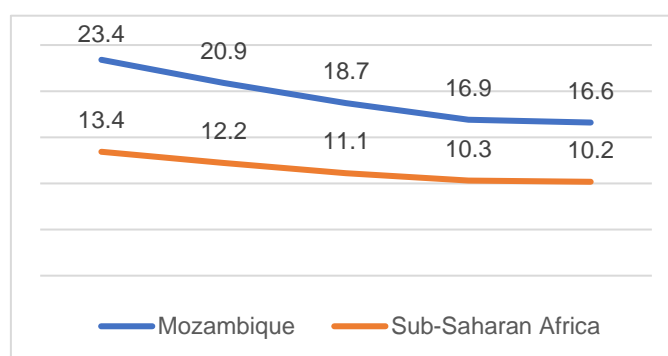
図 15 : (15 歳以上の) 1 人当たりの年間アルコール消費量

モザンビークにおける 15 歳以上 49 歳未満の喫煙率は男性 19.7%、女性 2.9%となっている。男女平均は 16.6%であり、サブサハラアフリカ平均 10.2%と比較すると喫煙率は高い。

表 13 : 男女別喫煙率

阻害要因	国平均	都市部	地方部	最富裕層	最貧困層
喫煙率 (男性)	19.7	14.1	23.1	10.6	24.9
喫煙率 (女性)	2.9	2.2	3.2	0.9	4.9

出典 : Instituto Nacional de Estatística. Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. 2013



出典：World Bank Open Data

図 16：喫煙率（15 歳以上）

2.2. 国家開発計画及び保健セクターにおける関連の政策、計画

2.2.1. 国家開発戦略 2015-2035（Estratégia Nacional de Desenvolvimento 2015-2035）

モザンビークは長期開発計画として「国家開発戦略 2015-2035（Estratégia Nacional de Desenvolvimento 2015-2035）」を策定した。経済の構造変化・拡大・多様化を通じた国民の生活水準向上を目指しており、主に①人的資本の開発、②生産基盤インフラ開発、③研究／イノベーション／技術開発、④制度的な連携と調整の 4 つを柱としている。

2.2.2. 政府 5 カ年計画（Programa Quinquenal do Governo 2020-2024）

モザンビーク政府は、国家開発戦略 2015～2035 と 2019 年 10 月の総選挙での公約を基に、i) 人的資本と社会正義の開発、ii) 経済成長／生産性／雇用創出の促進、iii) 天然資源と環境の持続可能な管理の強化、という 3 つを優先事項として、中期的開発計画として政府 5 カ年計画（Programa Quinquenal do Governo 2020-2024）を策定した。本計画は生活の質を向上させ、社会的な不平等と貧困を減らし、雇用を創出するための強力なインセンティブを備えた平和で調和のとれた平穏な環境を作り出すことを目指し、①平和／民主主義／国家統合の維持、②包括的で持続可能な成長、③社会的・経済的安定、④生産性のダイナミズム化と経済競争力、⑤気候変動、⑥雇用創出、⑦起業家精神と技術革新の促進、⑧グッドガバナンスと地方分権、の 8 つの焦点を掲げている。

また、この政府 5 カ年計画では戦略目標の一つとして「保健サービスへのアクセスの拡大と質の向上」を挙げ、PHC 強化を謳っている。具体的な項目としては以下の通り。

- a) 母性保健サービス利用奨励、施設出産増加。
- b) 基本的な診断／治療推進と、施設内母体死亡率削減
- c) 抗レトロウイルス療法を受ける小児／成人数増加
- d) マラリアの予防／診断／治療／啓発等のサービスを全国で拡大
- e) ワクチンで予防可能な疾病の有病率／死亡率削減
- f) リプロダクティブヘルス・家族計画相談において、25～54 歳女性の子宮頸がん検診推進
- g) 中央病院（マプト、ベイラ、ナンブラ）と地方病院（リシंगा、ペンバ、シモイオ、テテ、イニャンバネ、サイサイ、マトラ）への集中治療室機材投入
- h) 保健施設での医薬品確保（特に母性／リプロダクティブヘルスの分野において）

- i) ナンプラ／ベイラの中央病院での MRI 導入
- j) ケリマネ中央病院での血液透析の導入
- k) プライマリーヘルスケアにおける社会文化的なアプローチを用いるための訓練を伝統的・代替医療プラクティショナーへ実施
- l) 特別スキームの保健医療専門職を増やすことで、対人口あたりの医療者比率を改善。
(注：「特別スキーム」は「既に公務員である者の出向」、「公務員試験を経ない業務委託契約」、「すでに公務員であるものが2つ以上の職務を兼任する」などを指す)
- m) 一般外科、麻酔と蘇生、婦人科と産科、内科と小児科の専門医師の養成
- n) 軍保健施設での医療職確保
- o) 軍保健施設への医薬品の供給確保

2.2.3. 国家開発計画における保健分野の位置づけ

前述の「国家開発戦略 2015-2035」における保健分野への言及は限定的であり、保健分野に関する国の計画としては、前述の「政府 5 カ年計画」と「保健分野戦略計画 (Plano Estrategico do Sector da Saude 2014-2019 : PESS 2014-2019)」が重要である (表 14)。この保健分野戦略計画は当初 2019 年を最終年として計画されていたが、2020 年には、内容に変更はないが期間のみ 2024 年までの延長が決定された。

表 14 : 保健分野戦略計画 (Plano Estrategico do Sector da Saude 2014-2019 : PESS 2014-2019) 概要

上位目標	貧困削減と国家発展の推進
ビジョン	全てのモザンビーク人、特に最も弱い立場にある人々が、可能な限り最高の健康を手頃な費用で享受できるように、UHC を段階的に達成し、貧困との闘いと国家発展の促進に貢献する。
ミッション	個人と国家の発展に向けて生産的な生活を送ることができるように、すべてのモザンビーク人の健康と幸福を最大化するために、パートナーシップを重視した分散型システムを通じて、誰もが利用できる、より多く、より良い基本的な保健サービスの創生と提供を主導する。
上記を達成するための 7 つの戦略的ゴール	<ol style="list-style-type: none"> 1. 保健医療サービスへのアクセスと利用率向上 2. 質の向上とヒューマニゼーション (人間的なサービス) 3. 不公平 (保健医療サービス利用に関する地理的・階層間) の是正 4. 効率性向上 5. パートナーシップ (セクター間、官民間等) の強化 6. 透明性や説明責任の向上 7. 保健システム強化
目標 (具体的指標)	<ul style="list-style-type: none"> • 妊産婦死亡率／新生児死亡率減少 (母体死亡率、新生児死亡率、SBA による出産介助、避妊率) • 子どもの健康／栄養状態の改善 (ワクチン接種率、栄養失調の 5 歳未満の子ども、5 歳未満児死亡率、乳幼児死亡率、低体重出生率) • 主要な疾病の減少 (結核死亡率、エイズ多剤療法継続率、15～24 歳の HIV 感染率、千人あたりマラリア症例数) • 慢性疾患の予防と治療 (有害な水準での飲酒率、喫煙率、子宮頸がん検診受診率) • 保健医療サービスへのアクセスと利用率向上 (垂直感染予防実施率、定期受診している子どもの割合、

	<p>ワクチン接種済みの子どもの割合、人口あたりの母子保健従事者数、施設分娩率、産後健診受診率、コミュニティヘルスワーカーの数及び人口カバー率等)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 質の向上とヒューマニゼーション（人間的なサービス）（急性栄養失調回復率、産前健診利用者のうちマラリア予防を受けている妊婦の割合、産前健診等） • 公平性（保健医療サービス利用に関する地理的・階層間格差是正）（HIV 感染成人のうち、ART を受け取っている数、州、郡毎の人口あたり保健施設数、州、郡毎の人口あたり病床数） • 効率性向上（施設、スタッフ当たりの生産性、DTP1-DTP3 ドロップアウト率、州、郡毎の人口あたり病床数） • パートナーシップ（セクター間、官民間等）強化（結核コントロールプログラム、エイズ多剤療法及び結核治療を受けている HIV 感染者/結核患者、外部資金の割合・削減率、共同管理委員会が設置され機能している保健施設数、割合） • 透明性や説明責任の向上（保健省予算執行率、避妊薬購入予算のうち国家予算で満たされている割合、医薬品サプライチェーン運営、管理、調剤手順が要求されるレベルを満たしている州の割合）
--	--

出典：Plano Estrategico do Sector da Saude 2014-2019：PESS 2014-2019

2.3.モザンビークにおける他開発パートナーの支援状況

2.3.1. 保健セクター予算への国外資金

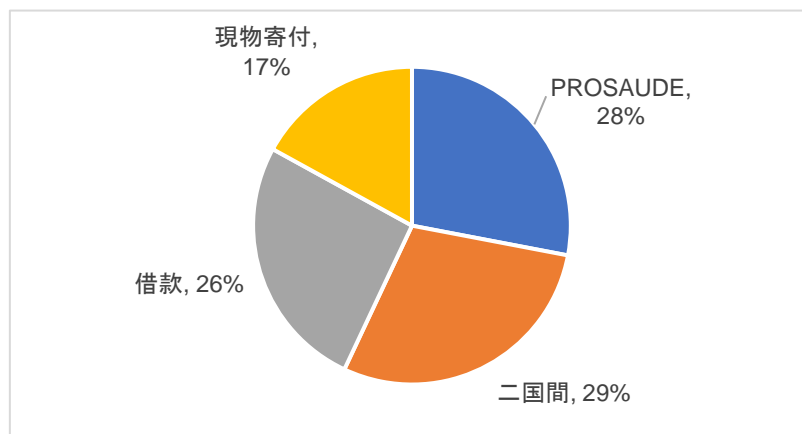
モザンビークの保健セクターの一つの大きな特徴として国外からの資金への依存が挙げられる。2019年の保健セクター予算の79%は国内資金で、残りの21%は国外からの資金であった。ただし、過去の推移を見ると2019年には物価の上昇を取り除いた国内資金の実質額および全体に占める割合の両方が過去最大となっており、国外資金割合が減少していることがわかる。2019年の国内資金シェアが上がった理由は、特に新たな指針が出された様子はなく、保健分野への政府の支出が増加傾向にあったこと（2011年国家予算の5.9%から2017年には11.1%に徐々に増加していた）と後述するようにモザンビーク政府の隠し債務問題と時を同じにして国外資金が大幅に減少したことによると思われる。2019年に国内資金実質額は22%増加したのに対し、国外資金は54%減少した。



出典：UNICEF Budget Brief: Health Mozambique 2019

図 17：保健セクター予算の推移（MZM）

なお、国外資金には PROSAUDE と呼ばれるコモンファンド（モザンビーク政府の資金管理システムを通じて使用されるもの）と、各開発パートナーが直接的に運用管理を行う 2 国間プロジェクト、借款、医薬品等現物寄付に分かれる。2019 年におけるそれぞれの割合は、図 15 のとおり。

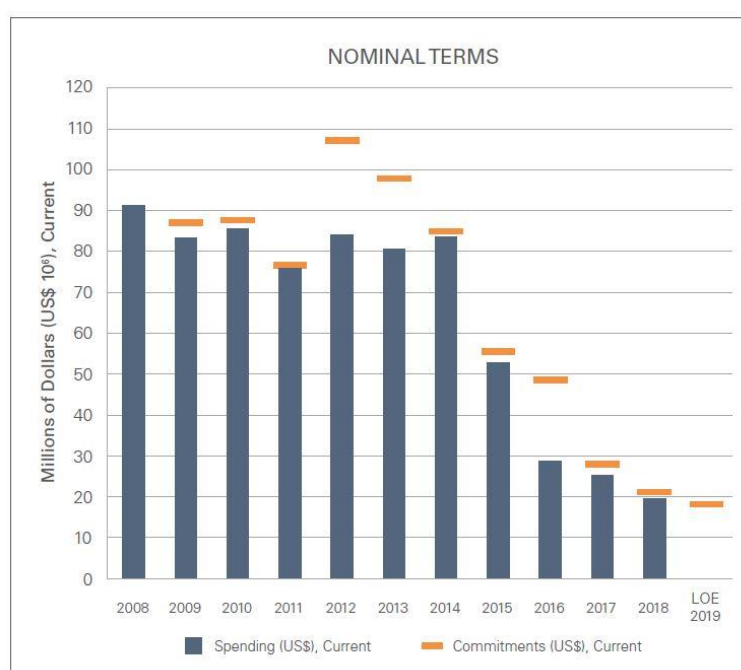


出典：UNICEF Budget Brief: Health Mozambique 2019 データより調査団作成

図 18：保健セクター国外資金の形態（2019 年）

2020年の年次予算執行報告書によれば PROSAUDE への拠出の61%はアイルランドで、以下ベルギー（フランデレン地域）15%、スイス8%、スペイン8%、イタリア4%、ユニセフ3%、UNFPA1%であった。

この PROSAUDE への拠出は2015年頃から急速に減少し、2019年のコミットメント総額は1,820万ドルである。これは2019年以前の過去10年の平均値（7,170万ドル）の約4分の1であり、過去で最も低い金額となった。この減少はモザンビーク政府の隠し債務問題¹⁶を端緒としており、モザンビークの保健財政に大きな影響を及ぼした。JICA モザンビーク事務所からの聞き取りによれば、急減した当時、医療従事者の新規雇用が停止し、また薬品不足、保健関連予算全般の減少が生じたとのことであった。



出典：UNICEF Budget Brief：Health Mozambique 2019

図 19：PROSAUDE への拠出金額の推移

現行のコモンファンド PROSAUDE III¹⁷は資金供与国との間に覚書（Memorandum of Understanding：MOU）を交わして実施されており、同コモンファンドからの資金がモザンビーク政府の単一財務会計システム（CUT：Conta Unica do Tesouro（ポルトガル語）、Single Treasury Account（英語））を通じて分配される。その支出は全て SISTAFE（Sistema de Administração Financeira do Estado）と呼ばれる政府財政管理システムに記録され、政府の報

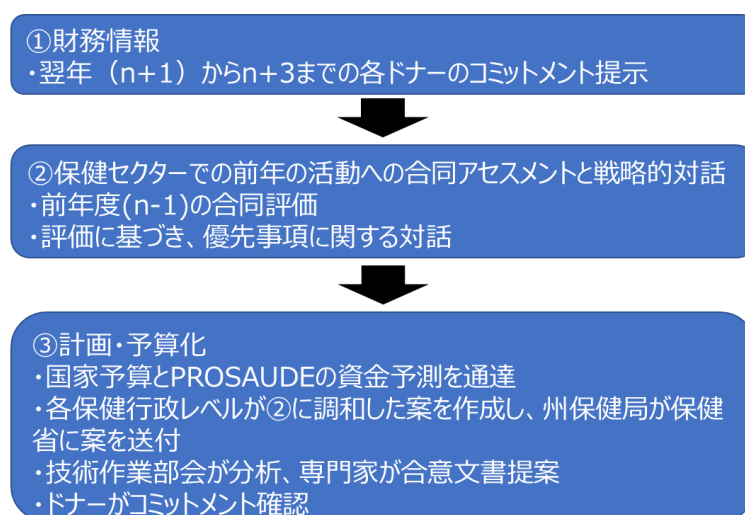
¹⁶ 2013年に国営マグロ公社をダミーとし国が保証する形で8億5,000万ドルのユーロ債が発行され、2014年頃から問題視され始めた。その後、国家情報治安局傘下の ProIndicus 社債務6億2千2百万ドル、Mozambique Asset Management 社債務5億3千5百万ドルが発覚した。これらの融資を用いて不透明な手続きで戦艦や漁船などが購入され、また、多額の使途不明金も発生した。これらを受けて2016年にはIMF、他先進国ドナー等も多くの支援を停止した。

¹⁷ PROSAUDE I：2003年から2008年、PROSAUDE II：2009年から2017年、PROSAUDE III：2018年から現在に実施されている。

告書に報告され毎年監査を受ける。具体的な予算計画策定プロセスは図 20 のとおりで、モザンビーク政府と開発パートナー側の意向をすり合わせており、いずれかが一方的に決めるものではないことがわかる。

なお図 20 で出てくる技術作業部会（ポルトガル語：Grupos Técnicos de Trabalho、Technical Working Group の意味）は保健セクターの開発パートナーと保健省の政府関係者を統合する調整メカニズムの一つである。2000 年代初頭に同技術作業部会が提案され、その目的は、戦略、プログラム、財務の各分野で保健省を支援し、効率化と透明性を確保することであった。

また、図 20 において「専門家が合意文書提案」とあるが、その専門家とは UTP（Unidade Técnica e Programática）の専門家であり、保健省の管理・財政部門から 1 名、企画・協力部門から 2 名の代表者が参加している。

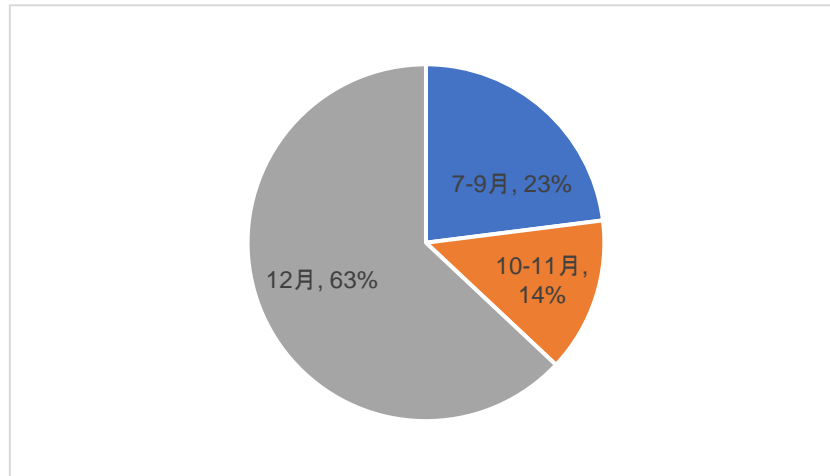


出典：PROSAUDE III MOU 実施プロセスマニュアルより調査団が作成

図 20：PROSAUDE の予算計画策定プロセス

PROSAUDE からの資金は、保健省 20%、州保健局 16%、郡保健・女性・社会活動局 64% という割合で配分される。各州保健局と郡保健・女性・社会活動局へは、人口、作業量、病床数、急性栄養失調数割合、人口密度の逆数を用いた分配率算出式に基づいて計算される。

以上のように PROSAUDE の仕組み自体は整っている。しかし、実際の運用を見てみると、2018 年の PROSAUDE の支出は全て第 3～4 四半期に実施されており、そのうち第 3 四半期に 23%、第 4 四半期に 77%が支出され、12 月だけで総支出の 63%と遅延が深刻である（図 21）。原因については今回の調査の範囲では不明であり、今後追加で調査する必要がある。



出典：UNICEF Budget Brief： Health Mozambique 2019 より調査団が作成
図 21：2018 年の PROSAUDE の支出時期

国外資金のうち 28%は PROSAUDE であり、モザンビーク政府にとっては自国政府予算のように扱える。しかし逆に言えば、ほぼ 4 分の 3 は国庫口座を経由しないため、e-SISTAFE で追跡することができない。とはいえ、隠し債務問題や PROSAUDE における支出遅延問題などを考えれば開発パートナーが PROSAUDE を拡大するよりも、むしろ PROSAUDE 資金を減少させていく可能性が高く、今後の大きな課題となると考えられる。

2.3.2. 援助実績

サブサハラアフリカの保健分野では、2009～2018 年の二国間援助実績総額にて、2 位英国の 42 億ドル、3 位カナダの 24 億ドル、4 位日本の 12 億ドルに比べて、米国が 87 億ドルと突出して大きな実績を誇る¹⁸。モザンビークにおいても、サブサハラアフリカ全体の傾向と同様に、米国が 469 百万ドルで 1 位となっており、2 位であるカナダの 236 百万ドル、3 位であるアイルランドの 167 百万ドルと比較しても、米国の援助実績が圧倒的に大きい。

また、2009～2018 年に国際機関ではグローバルファンドが 114 億ドル、GAVI が 67 億ドル、世銀が 49 億ドルをサブサハラアフリカの保健分野に援助してきた。モザンビークでの援助実績も同様な傾向で、グローバルファンド、GAVI、世界銀行、EU という順位になっている。OECD.Stat が用いる分類方法に基づく、保健政策・行政管理、マラリア対策、感染性疾患対策、基本的保健サービスの支援を行う開発パートナーの数が多く、マラリア対策への援助実績（金額）が多い。また、保健人材育成については、日本、カナダ、ベルギー、英国が支援をしており、基本的保健インフラ支援では韓国の援助実績が大きい。

¹⁸ OECD.Stat

表 15 : 保健分野開発パートナー上位 (2009~2018 年総額)

種別	順位	国名/機関名	金額 (百万ドル)
二国間	1	米国	468.70
	2	カナダ	235.59
	3	アイルランド	167.81
	4	英国	136.59
	5	デンマーク	109.39
	6	韓国	78.62
	7	オランダ	70.49
	8	スペイン	69.37
	9	スイス	67.66
	10	ベルギー	58.54
	11	日本	57.78
国際機関	1	グローバルファンド	448.94
	2	GAVI	219.05
	3	世界銀行	132.00
	4	EU	67.25
	5	UNICEF	24.84
	6	WHO	11.59
民間機関	1	ビル&メリンダ・ゲイツ財団	47.36
	2	Charity Project Ltd	7.95

出典：OECD.Stat より調査団が作成

二国間協力実施にあたっては保健省の国家計画・協力局 (National directorate of Planning and Cooperation) が窓口となり、開発パートナーへの要請書は同局から提出される。事業実施段階では主な CP は国家公衆衛局などの課題担当の部署が担うが、JCC に国家計画・協力局が 1 メンバーとして参加することもある。なお JICA モザンビーク事務所からの聞き取りによれば、二国間のプロジェクトにおいても両者のすり合わせが行われ、開発パートナー側の意向も十分に示すことができるとのことであった。

表 16：モザンビークにおける開発パートナーの協力分野¹⁹
 (2009～2018 年の協力。5 百万ドル程度までを記載。単位：百万ドル。小数点以下四捨五入)

保健政策、行政 管理	医療教育、 研修	保健人材 育成	医療研究	医療サービス	基本的保健 サービス	基本的保健 インフラ	栄養	保健教育	感染性疾患対策	マラリア対策	結核対策
アイルランド：155 WB：79 スイス：52 英国：43 デンマーク：41 スペイン：35 オランダ：29 米国：28 カナダ：28 ベルギー：24 EU：21 日本：18 GF：13 フィンランド：13 イタリア：10 フランス：9 WHO：7 ADF：6	イタリア：15	日本：37 カナダ：13 ベルギー：10 英国：7	スペイン：14 スウェーデン：7	イタリア：8	GAVI：219 カナダ：95 デンマーク：55 オランダ：41 英国：36 米国：21 スイス：15 EU：10 ベルギー：7 ユニセフ：7	韓国：73 カナダ：19 EU：9	米国：104 カナダ：28 WB：22 EU：21 英国：18 デンマーク：13 アイルランド：9 ユニセフ：6	ユニセフ：5	GF：88 カナダ：22 BMGF：21 米国：12 英国：8	GF：289 米国：257 カナダ：23 BMGF：22 英国：21 WB：15 CP：8	GF：57 米国：46 WB：12 ベルギー：7

注：ADF：アフリカ開発ファンド、BMGF：ビル&メリンダ・ゲイツ財団、GF：世界エイズ・結核・マラリア対策基金、WB：世界銀行、WHO：世界保健機構、EU：欧州連合、CP：Charity Project Ltd.

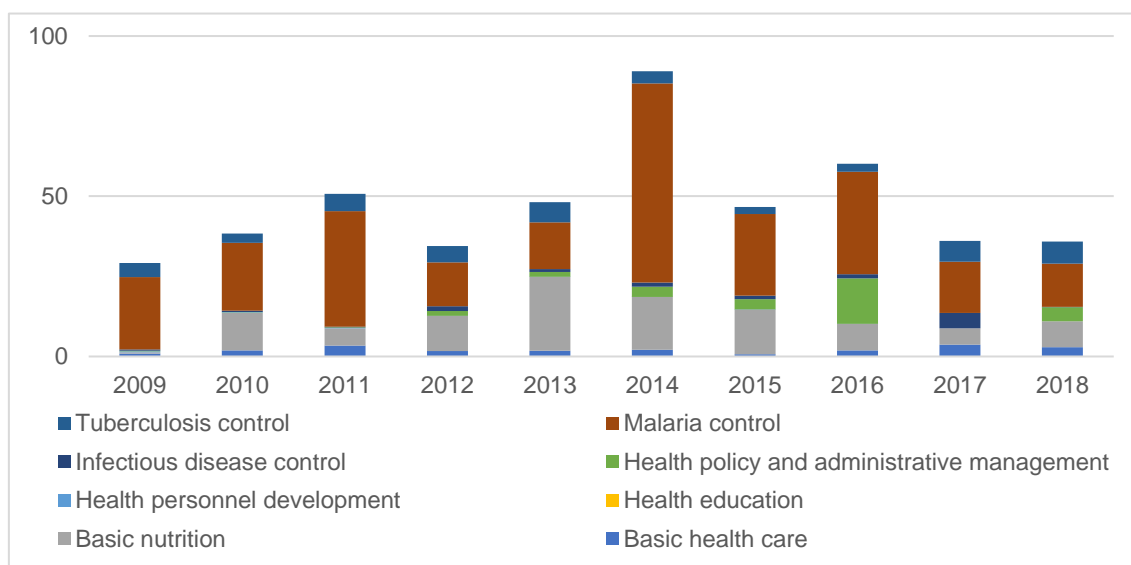
出典：OECD.Stat より調査団が作成

¹⁹ 協力分野の分類は OECD が用いる DAC and CRS code lists に基づく。詳細情報は <http://www.oecd.org/dac/financing-sustainable-development/development-finance-standards/dacandcrscodelists.htm> を参照願う。

(1) 二国間協力 1 位：米国

米国の二国間協力は他国を圧倒する実績となっている。主に、マラリア対策、栄養、結核対策、保健政策と運営マネージメントが中心である（図 22）。米国の主要プロジェクトは、下記の通りである。

- マラリア：Deliver Project for Malaria/Indoor Residual Spraying（2012-2016 年、8,197 万ドル）／Insecticide-Treated Nets (ITNs) to Prevent Malaria（2009-2016 年、1,612 万ドル）
- 栄養：McGovern-Dole Food for Education Program（2013-2015 年、4,010 万ドル）／Commodity Cost of Food Aid under Food for Education Program（2010-2012 年、1,427 万ドル）
- 結核：TB CARE（2011-2014 年、2,299 万ドル）／Challenge Tuberculosis（2015-2018 年、1,397 万ドル）
- 母子保健：Maternal and Child Survival Program（2015-2018 年、1,873 万ドル）



出典：OECD.Stat より調査団が作成

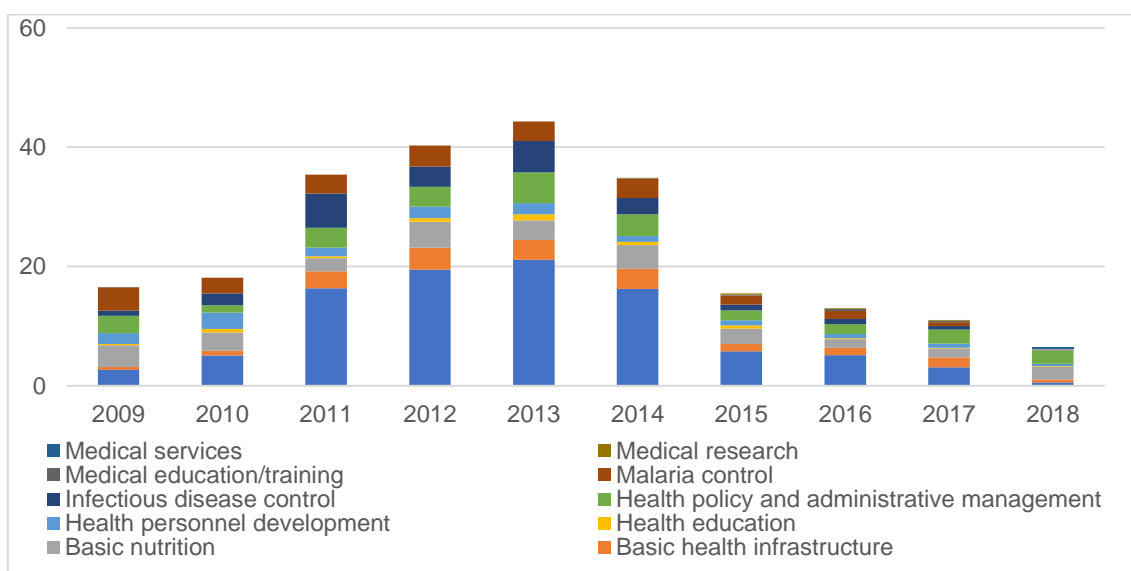
図 22：対モザンビークにおける米国の保健分野支援項目及び支援額（百万ドル）

(2) 二国間協力 2 位：カナダ

2009-2018 年の援助実績でカナダは 2 位ではあるが、2013 年をピークに支援実績が急速に減少している。支援実績が大きかった 2011 年から 2014 年は基本的保健サービス分野への支援が中心であったが、2014 年以降は年々減少した。近年は栄養、保健政策と運営マネージメントが中心となっている（図 23）。主要なプロジェクトは下記のとおり。

- 保健セクターコモンファンド：PROSAUDE（2009-2017 年、1 億 2,156 万ドル）
- 保健システム：Health Service Delivery Program（2010-2014 年、1,375 万ドル）／Integrated Health Systems Strengthening（2009-2012 年、1,110 万ドル）
- 母子保健：High-Impact Intervention for Maternal, Newborn and Child Health（2012-2014 年、986 万ドル）

- マラリア／感染症： Community-Based Treatment of Malaria and Pneumonia/Malaria, Pneumonia and Diarrhea Program（2009-2010年、592万ドル）
- 予防接種： Maximizing the Effectiveness of the Delivery of Vaccines（2013年、467万ドル）
- 栄養： School Feeding Program（2009-2015年、1,671万ドル）



出典：OECD.Statより調査団が作成

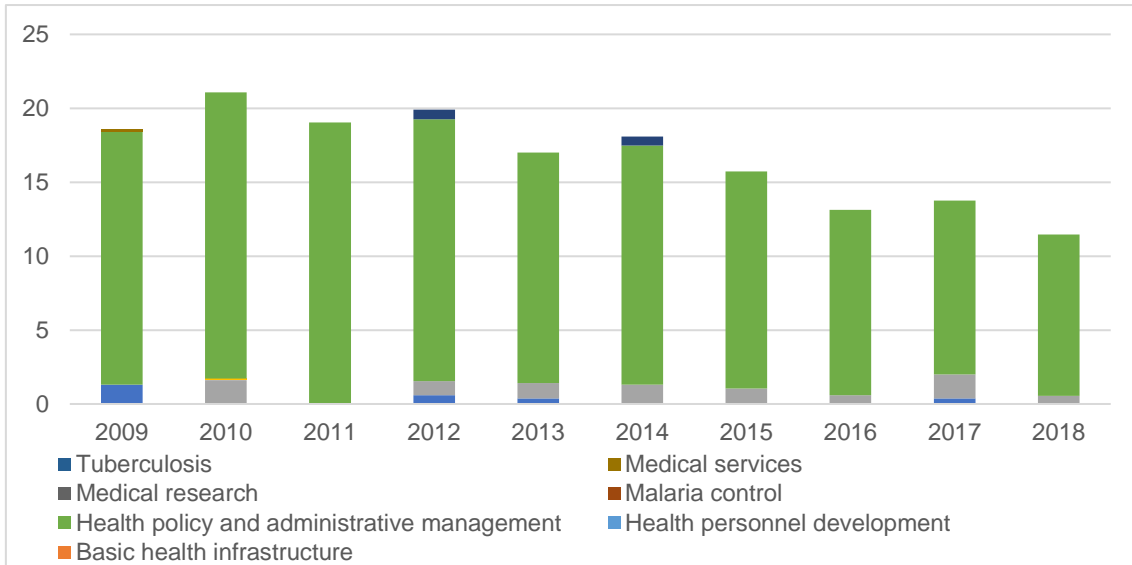
図 23：対モザンビークにおけるカナダの保健分野支援項目及び支援額（百万ドル）

（3）二国間協力三位：アイルランド

一貫して保健政策と運営マネージメントのためのバスケットファンド PROSAUDE への出資が中心となっている（図 24）。援助規模は漸減している。前述のように 2020 年の年次予算執行報告書によれば PROSAUDE への拠出の 61%はアイルランドであり、アイルランドの支出漸減は今後の PROSAUDE の動きに大きく関わってくると考えられる。

主要プロジェクトは以下のとおり。

- 保健セクターコモンファンド： PROSAUDE（2014-2018年、5,286万ドル）

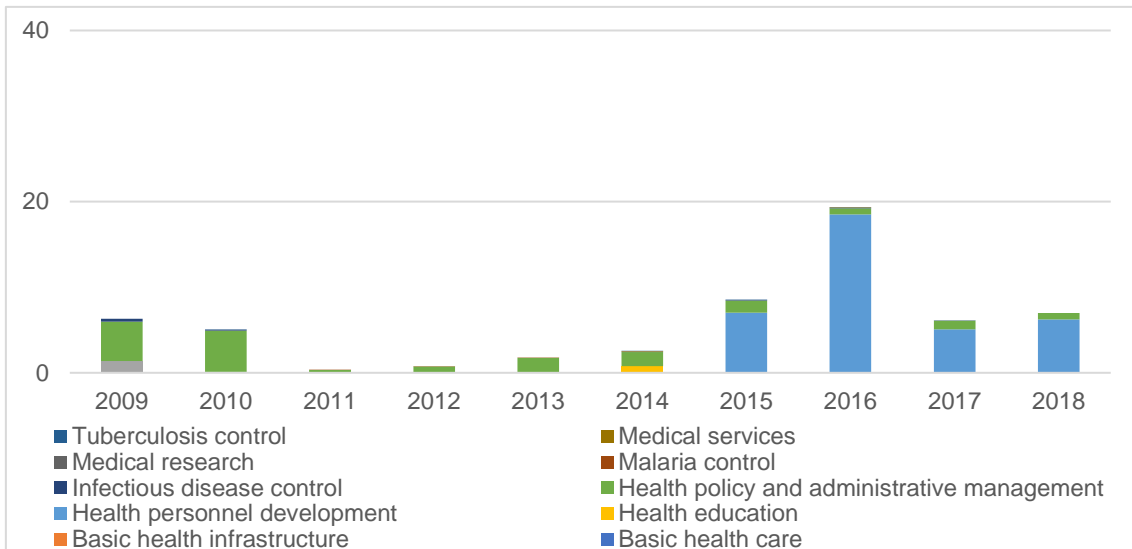


出典：OECD.Stat より調査団が作成

図 24：対モザンビークにおけるアイルランドの保健分野支援項目及び支援額（百万ドル）

（4）二国間協力 11 位：日本

2015 年を境に、支援分野が保健政策と運営マネージメントから保健人材育成中心に変わった（図 25）。主要なプロジェクトは、マプト市、ナカラ市医療従事者養成学校建設プロジェクトである。



出典：OECD.Stat より調査団が作成

図 25：対モザンビークにおける日本の保健分野支援項目及び支援額（百万ドル）

（5）その他の二国間協力：ブラジル

2000 年に日本とブラジルの両政府で締結された JBPP（Japan Brazil Partnership Program）

に基づき、日本とブラジルが共同でモザンビークへの三角協力を実施している。金額的には極めて限られているが、日本の「HIV／エイズ対策システム強化アドバイザー（2015-2018）」において三角協力として正式にナンプラ州エイズ対策局強化プロジェクトを実施した。このプロジェクトではブラジル人専門家派遣経費も日本が負担したが、モザンビーク人研修員をブラジルに派遣した際には航空券など一部経費をブラジル国際協力庁（Agencia Brasileira de Cooperação Internacional：ABC）が負担した。なお、それよりも以前に実施された「ガザ州エイズ対策委員会能力強化プロジェクト（2012-2015）」ではブラジル人専門家派遣はあったものの、コンサルタント契約にしており、ABC を通じた正式な三角協力にはなっていないかった。

「人間のお産」に関する第三国研修（2016 開始。2020 年終了予定だったが COVID-19 禍のため 1 年延長）をモザンビーク、アンゴラ向けに実施し、ソフィア・フェルドマン病院が受け入れをしている。ここでも一部経費を ABC が負担している。

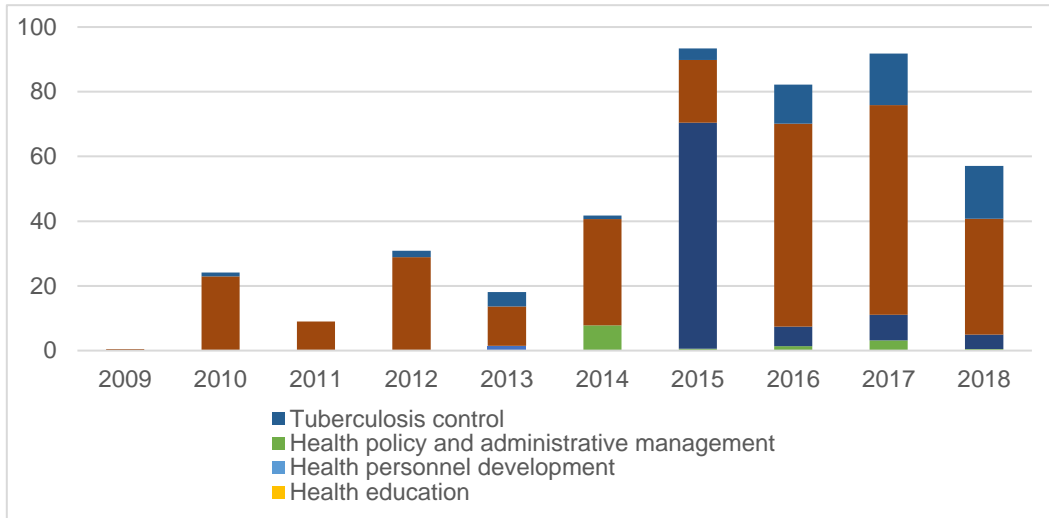
また、2019 年 12 月に ABC とソフィア・フェルドマン病院の評価ミッションが第三国研修の評価のためにアンゴラへ来訪した。この際、「人間のお産」の第三国研修に参加経験のあるモザンビーク人も参加し、JICA アンゴラ事務所が主催した「母子保健セミナー」で、モザンビークでの「人間のお産」の取り組み発表でのメッセージ（「ヒューマニゼーションの研修を全ての保健関連の研修に組み込むこと」や、「州知事や市長等も交えたセミナーを実施する」等の、具体的な案）が他国参加者へ大きな感銘を与えていた²⁰。

（6）国際機関一位：グローバルファンド

マラリア対策が一貫して中心だが結核対策も増えつつある。2015 年に感染症対策が激増したがその後激減している（図 26）。主要なプロジェクトは以下のとおり。

- HIV／エイズ、結核：Reinforcing the collaboration for a better HIV and TB response（2015-2017 年、8,212 万ドル）
- マラリア：Accelerating and Strengthening the quality of Malaria Control interventions（2015-2018 年、8,179 万ドル）

²⁰ アンゴラ「母子健康手帳を通じた母子保健サービス向上プロジェクト」プロジェクト関係者からの聞き取り。

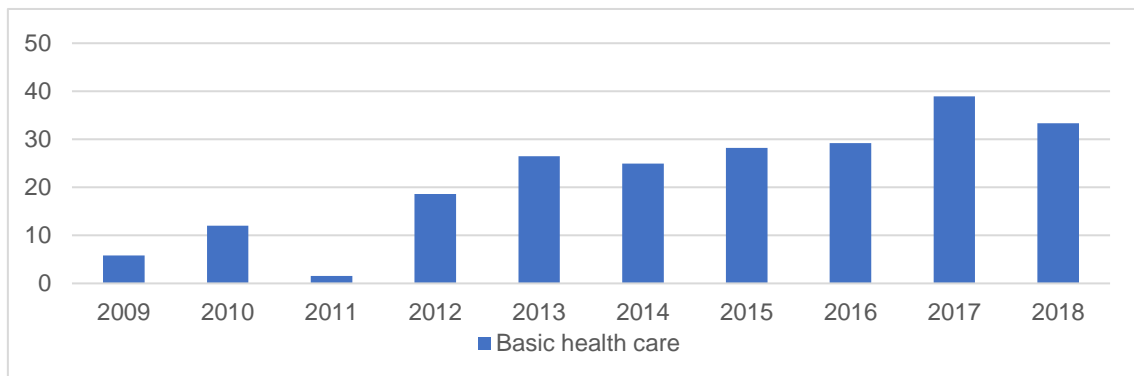


出典：OECD.Statより調査団が作成

図 26：対モザンビークにおけるグローバルファンドの支援項目及び支援額（百万ドル）

（7）国際機関二位：GAVI the Vaccine Alliance（GAVI）

基礎保健ケア（ワクチン接種）の援助を毎年実施している。



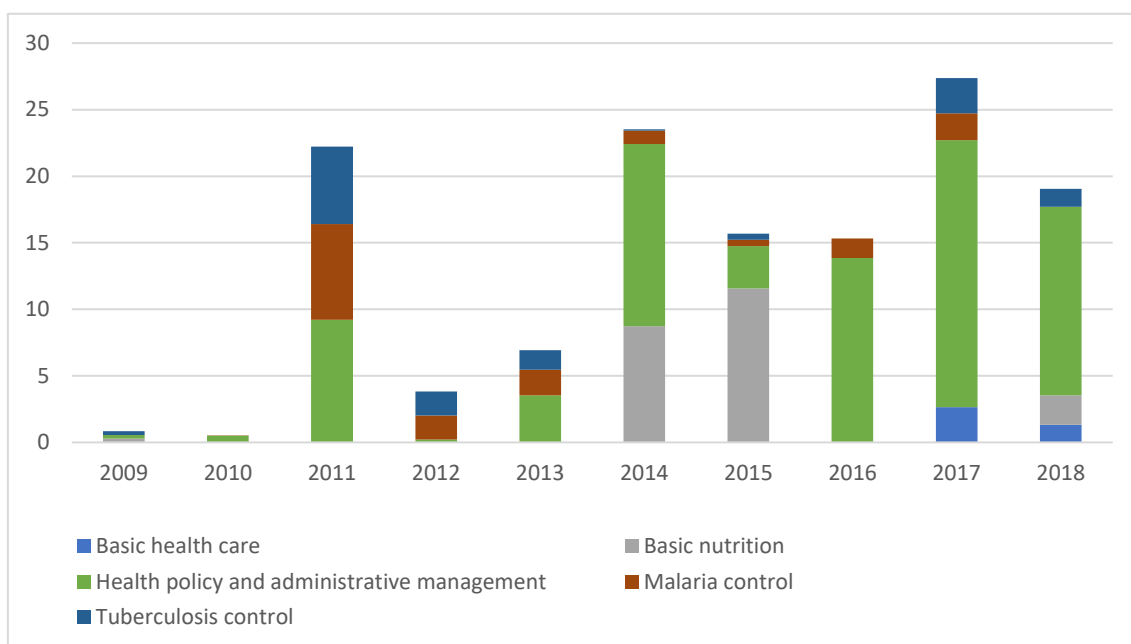
出典：OECD.Statより調査団が作成

図 27：対モザンビークにおける GAVI の支援項目及び支援額（百万ドル）

（8）国際機関三位：世界銀行

一貫して保健政策と運営マネージメントが中心となっている（図 28）。主要なプロジェクトは下記のとおり。

- Mozambique Primary Health Care strengthening Program（2018 年、1,448 万ドル）
- Health Service Delivery（2010-2016 年、3,401 万ドル）
- Public Financial Management Program for Results（2014-2018 年、826 万ドル）

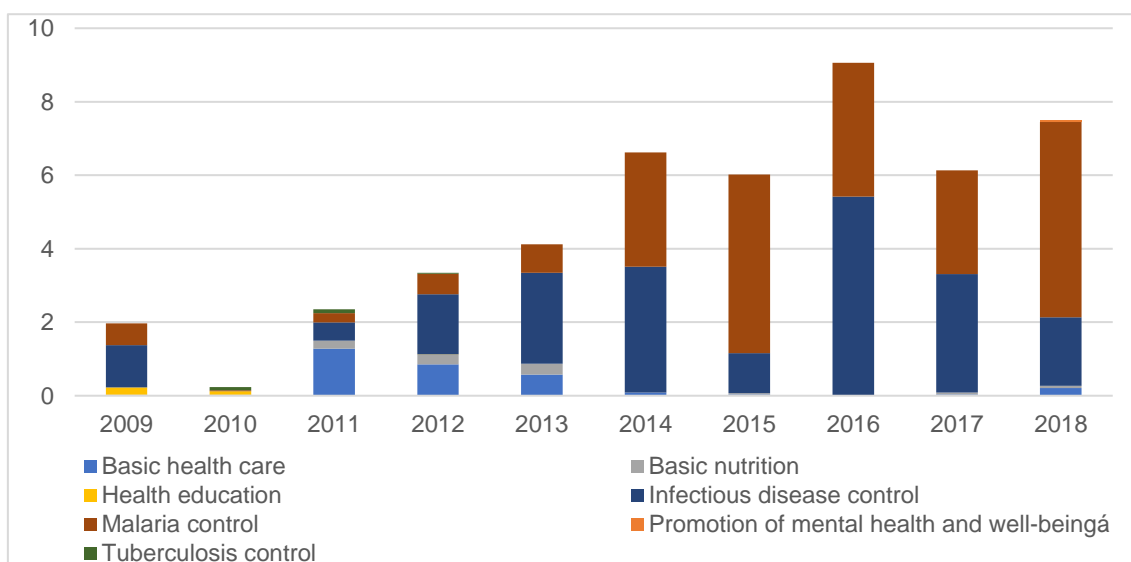


出典：OECD.Statより調査団が作成

図 28：対モザンビークにおける世界銀行の支援項目及び支援額（百万ドル）

（9）民間セクター一位：ビル&メリンダ・ゲイツ財団

援助実績民間セクター第一位はビル&メリンダ・ゲイツ財団である。感染症対策への支援が中心であったが、2014年からはマラリア対策の支援の比率が増加した（図 29）。民間セクターでは圧倒的に支援規模が大きい。



出典：OECD.Statより調査団が作成

図 29：対モザンビークにおける BMGF の支援項目及び支援額（百万ドル）

2.3.3. 支援方針

(1) 世界保健機構 (WHO)

WHO は対モザンビーク協力戦略 (2018-2022) にて、下記 5 つの優先事項を掲げている。優先事項と重点分野は表 17 のとおり。

1. 保健システムの強化
2. 妊産婦、新生児、小児、青少年の疾病率及び死亡率の減少
3. 結核、マラリア、HIV/エイズ、NTDs の疾病負担の減少
4. 非感染性疾患の予防とコントロール、及び健康に貢献する社会的・環境的要因への取り組み
5. 公衆衛生における医療危機管理体制構築

表 17 : WHO 優先事項と重点分野

優先事項	重点分野
保健システムの強化	<ul style="list-style-type: none"> ● UHC 達成に向けたリーダーシップとガバナンス体制の改革 ● 計画策定、予算、報告、モニタリング、評価、研究の促進 ● 適正な医薬品及び医療技術の利用とアクセス
妊産婦、新生児、小児、青少年の疾病率及び死亡率の減少	<ul style="list-style-type: none"> ● SRMNIA と栄養サービスへのアクセス ● 妊産婦、新生児保健サービスの質への改善対応 ● リーチが難しい地域も含むワクチン接種率の向上
結核、マラリア、HIV/エイズ、NTDs の疾病負担の減少	<ul style="list-style-type: none"> ● 結核、マラリア、HIV/エイズ、NTDs の根絶の為の政策、戦略策定 ● 全国民に対する予防、診断、治療へのアクセス ● 抗菌剤耐性や、殺虫剤耐性疾病を含む風土病に関するエビデンス構築
NCDs の予防/コントロール、健康に貢献する社会的・環境的要因への取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ● 健康の社会的・環境的決定要因に対処するためのセクター間・組織内の調整 ● NCDs や外傷の危険因子の予防と対応のための国家的な能力向上 ● 環境リスク要因と気候変動が健康に及ぼす影響への対応
公衆衛生における医療危機管理体制構築	<ul style="list-style-type: none"> ● 国際保健規則に沿った機能強化 ● 統合疾患監視システム ● 国境を越えた管理を含む公衆衛生の緊急事態に対するシステムの対応力と回復力の強化

出典 : WHO, Country Cooperation Strategy at a glance

(2) 世界銀行

世界銀行が公表しているモザンビーク協力戦略は 2015-2019 の 5 年計画から重点項目を選定したパートナーシップフレームワーク 2017-2021 が最新となる。重点項目として、1. 生産性向上の促進、2. 人的資本への投資、3. 持続可能性と回復力の強化が挙げられ、モザンビーク国の優先課題に沿って、特に農業開発、天然資源管理、社会保護、災害リスク管理の支援を行うと言明している。保健分野は 2. 人的資本への投資の部分に位置づけられ、保健サービス提供の質の改善と WASH プログラムの支援が挙げられている。

(3) アメリカ合衆国国際開発庁 (USAID)

USAID は、対モザンビークにて、1. 民主的ガバナンスの強化、2. 強健で広域的な経済成長の促進、3. 教育開発協力戦略 2014-2020 の質改善、4. 対象人口の健康状況の向上の 4 つの開発目標を掲げている。保健分野は、4. 対象人口の健康状況の向上のなかで、取り組む注力項目を 3 つ挙げている (表 18)。

表 18 : 保健分野での開発目標及び注力項目

保健分野での開発目標	注力項目
保健サービス、栄養のインパクト向上	<ul style="list-style-type: none"> ● 質の高い保健サービス利用率の向上 ● 質の高いコミュニティサービス利用率の向上 ● コミュニティと保健施設間での効率的なリファラル体制の構築
健康と栄養に対する知識、行動の啓発	<ul style="list-style-type: none"> ● 個人レベルでの健康的な生活への取り組み向上 ● 小児の殺虫剤処理済みネット下での就寝率の上昇 ● SBCC 介入に関する計画、実施、評価のシステム改善
保健、栄養、社会サービス提供のシステム強化	<ul style="list-style-type: none"> ● 予算管理、戦略計画、予算執行における行政能力強化 ● 地方レベルにも貢献する物資の流通強化 ● 保健分野における市民社会の関与の強化 ● 効果的な意思決定のための保健データの生成、普及、利用の改善

出典：USAID, 開発協力戦略 2014～2020

2.3.4. これまでの日本の協力の実績と現状

日本は、対モザンビーク ODA 基本方針にて、「潜在力を活かした持続可能な経済成長の推進と貧困削減」を大目標として掲げている。重点分野として、1. 回廊開発を含む地域経済活性化、2. 人間開発、3. 防災・気候変動対策、を挙げている。2. 人間開発の分野に保健医療が位置しており、人間開発指数の改善を目指し、保健サービス及び基礎教育へのアクセス改善のための支援、給水施設の整備を通じた安全な水へのアクセス拡充のための支援を行う。これまでの保健セクターにおける主な支援実績は表 19 のとおり。

表 19 : 過去 10 年間の日本の保健分野における主な支援実績

スキーム	協力期間	名称
無償資金協力	2013-2015	マプト市医療従事者養成学校建設計画
	2013-2015	ガザ州エイズ対策委員会能力強化プロジェクト
	2013	マプト市医療従事者養成学校建設計画 (詳細設計)
	2010	保健人材養成機関施設及び機材拡充計画
技術協力プロジェクト	2016-2019	保健人材指導・実践能力強化プロジェクト (ProFORSA 2)
	2013-2017	ニアッサ州持続的給水・衛生改善プロジェクト
	2012-2015	保健人材養成機関教員能力強化プロジェクト
実施協力準備調査案件	2015	ナカラ医療従事者養成学校建設計画準備調査
	2013-2014	マプト市医療従事者養成学校建設計画準備調査
草の根・人間の安全保障無償資金	2018	ソファアラ州ペイラ市における青少年保健相談コーナー建設計画
	2016	マプト市ジンベト女性保健センター建設計画

スキーム	協力期間	名称
	2015	ナカ州市医療従事者養成学校建設計画
	2015	ソファアラ州ベイラ市 X 線画像診断システム整備計画
	2015	イニャンバネ州マシシエ郡妊婦待合棟建設計画
	2014	カーボ・デルガド州キササガ郡衛生環境改善計画
	2013	マプト州マプト市・ナンブラ州ナカラポルト市救急車整備計画
	2012	マプト州マプト市カテンベ地区高齢者向け施設建設計画
	2012	イニャンバネ州ザバラ郡・マシシエ郡妊婦待合室建設計画
	2012	マプト州マトラ市 HIV/エイズ対策センター建設計画
	2010	マプト州モアンバ郡井戸建設計画

出典：外務省政府開発援助（ODA）国別データブック

3. モザンビークにおける保健システムの状況と課題

3.1. 保健人材

3.1.1. 職種と配置

公的セクターで働く保健人材は、主に下記の職種に分類される。

表 20 : モザンビークにおける保健人材の職種と養成コース

<ul style="list-style-type: none"> ● 看護師（母子保健看護師含む） <ul style="list-style-type: none"> ➢ 初等レベルの看護師 Técnicos de nível elementar（7年間の基礎教育+8カ月の専門研修） ➢ 基礎レベルの看護師 Técnicos de nível básico（10年間の基礎教育+18カ月の専門研修） ➢ 中級レベルの看護師 Técnicos de nível médio（12年間の基礎・高等教育+2.5年の専門教育。ただし看護師不足解消のため10年間の基礎・高等教育でも可としている。母子保健看護師含む） ➢ 上級レベルの看護師 Enfermeiros graduados（12年間の基礎・高等教育+4年制大学看護学部。母子保健看護師含む）
<ul style="list-style-type: none"> ● 各種技師 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 中級レベル技師 Técnicos de nível médio（12年間の基礎・高等教育+2～2.5年の専門教育。義肢装具技師、薬剤技師、検査技師、麻酔科技師、病院管理技士、栄養士、放射線技師、歯科技工士、精神科・精神保健技術者、理学療法士・リハビリテーション技師、健康統計技術者、病院設備メンテナンス技術者が存在） ➢ 上級レベル技師 Técnicos de nível superior（12年間の基礎・高等教育+4年制大学各学部。理学療法士、薬剤師、検査技師、機材技師、病院管理技士、栄養士、臨床心理士、整形外科技術、歯科技工、麻酔科技術者、放射線治療技、放射線技、検眼技師が存在。）
<ul style="list-style-type: none"> ● 医師 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 准医師 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 医療技術者 Técnico de Medicina（2～3年の看護専門教育+3年以上の実務経験） ➢ 外科技術者 Técnico de Cirurgia（上記+2年の外科研修+1年のインターン） ➢ 医師（大学医学部での6年間の教育）

出典：Mid-level health workers for delivery of essential health services, Annex 6. Mozambique (Global Health Workforce Alliance, WHO, 2013)、他資料より調査団が作成

国家保健人材育成計画（PLANO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE 2016-2025）によれば、施設レベルが上がるにつれて、より上級レベルの人材を配置することとなっている。

表 21 : レベルごとの主要医療人材配置計画数

施設タイプ	医師	看護師	栄養士
農村部保健センター2型	准医師：2	中級看護師：1 中級母子保健看護師：2	中級栄養士：1
農村部保健センター1型	准医師：5 一般医：2	中級看護師：16 中級母子保健看護師：12 上級看護師：2	中級栄養士：2

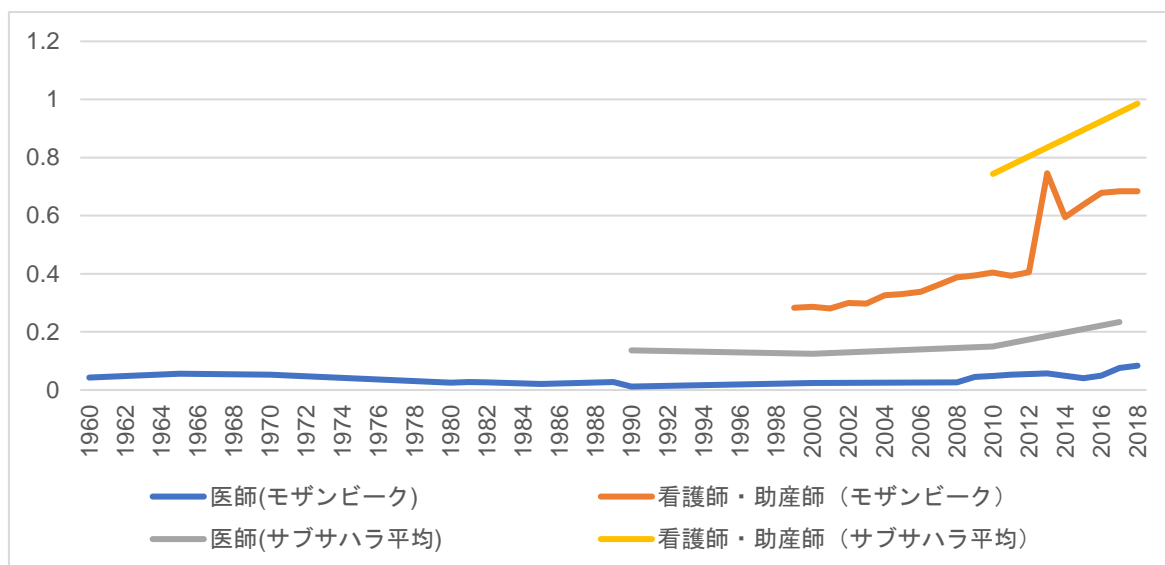
都市部保健センター	准医師：5 一般医：4	中級看護師：4 中級母子保健看護師：8 上級看護師：2	中級栄養士：2 上級栄養士：1
2次病院（郡病院）	准医師：7 一般医：8 専門医：2	中級看護師：42 中級母子保健看護師：20 上級看護師：6 上級母子保健看護師：4	中級栄養士：2 上級栄養士：1
2次病院（一般病院）	准医師：5 一般医：20 専門医：24	中級看護師：100 中級母子保健看護師：45 上級看護師：8 上級母子保健看護師：4	中級栄養士：3 上級栄養士：1
3次病院	准医師：5 一般医：20 専門医：57	中級看護師：100 中級母子保健看護師：45 上級看護師：12 上級母子保健看護師：4	中級栄養士：3 上級栄養士：2
4次病院（中央病院）	一般医：10 専門医：213	中級看護師：500 中級母子保健看護師：90 上級看護師：60 上級母子保健看護師：4	上級栄養士：8
4次病院（マプト中央病院）	一般医：10 専門医：350	中級看護師：1000 中級母子保健看護師：160 上級看護師：101 上級母子保健看護師：4	上級栄養士：10

出典：PLANO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE
2016-2025 より調査団が作成

モザンビークでは、地方部の医療従事者が圧倒的に不足していることが問題となっている。図 30 に示すように、サブサハラ平均と比べても、人口あたりの医師、看護師・母子保健看護師が過去一貫して少ない。これは内戦時に医師らが殺害、誘拐されたことによるもので、また近年になってからは HIV/エイズで死亡した医療従事者も少なくない。またマプト市への医師の集中も問題視されている。古い情報ではあるが、地方部の公的保健施設で働く医療従事者は特別な手当が得られるなど、地方部での人材定着を促進する制度は準備されているが、それらは十分に実施されていないことと指摘されている²¹。特に医師については、他の医療従事者との相互交流、交通手段、そして報酬が不足／少ないことが不満として挙げられた²²。

²¹ Francisco Mbofana. The retention of health workers in rural and remote areas in Mozambique. 2012

²² The World Bank. The Human Resources for Health Situation in Mozambique. 2006



出典 : World Bank Open Data

図 30 : 人口千人あたりの医師、看護・助産師²³

このような現実の中、医師や大卒レベル看護師以外の中級レベルの職種が実際に担当する業務は幅広い。帝王切開を行う能力を持つ上級レベルの看護師または母子保健看護師を地方部に配置し、可能な限り 1 次医療レベルの保健施設（保健センターや保健ポスト）で緊急産科ケアを行うことを保健省は国家保健人材開発計画 2008-2015（Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Saúde 2008-2015）において目指した。看護師に期待される役割を以下に示す（表 22）。

表 22 : モザンビークにおける看護職のレベル要件と役割

レベル要件	役割
初等レベル看護師： 7 年間の一般教育を受け、8 カ月間の専門教育を受け、満 15-17 歳に地方部ヘルスポスト等で研修を受ける。	<ul style="list-style-type: none"> バイタル測定や沐浴、衣服交換など
基礎レベル看護師： 10 年間の一般教育を受け、18 カ月の専門教育を受け、保健施設での研修を受ける。	<ul style="list-style-type: none"> 一般的な保健教育（リプロダクティブヘルスや家族計画を含む） 妊婦や母子の健診 妊娠合併症が見つかった場合、高次保健施設へのリファー ワクチン接種や一般的傷病のケア 妊娠前教育や健康教育
中級レベル看護師： 以前は 12 年間の一般教育を受けていたが、医療従事者不足に対応するため、保健省は教育要件を 10	<ul style="list-style-type: none"> 母乳育児の教育・支援 産前、分娩、産後の女性のケア 流産のケア

²³ 「1.1 国民の健康状態」に記載のとおり、国際比較の世界的に広く使われている Nurse and midwives（看護・助産師）と表すことにする。

レベル要件	役割
年間までに引き下げた。2 年半の専門教育を受け、更に専門的な研修を受ける。 (政府はこれより下の 2 カテゴリーの者をアップグレードして、将来的には初等／基礎レベルを無くす方向で検討している)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 乳幼児ケア ・ 中等レベルから専門分野を持つことができ、母子保健看護師は基礎的な緊急産科ケアを行うことができる ・ 10 年以上の経験を積むと看護師長に昇格することがある。
上級レベル看護師： 12 年間の一般教育（高卒レベル）を受け、4 年制の大学で看護教育を受ける。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 妊娠合併症の診断、治療、モニタリング ・ カウンセリング ・ 総合的緊急産科ケア ・ 地方部の施設で帝王切開を公式に実施し、産科医と同等の治療成績をあげていた。（現状要確認）

出典：Mid-level health workers for delivery of essential health services, Annex 6. Mozambique (Global Health Workforce Alliance, WHO, 2013) より調査団が作成

2016 年の統計によれば国の保健システムに雇用されている看護師総計 7,591、うち上級 750、中級レベル 3,993、基礎レベル 2,341、初等レベル 507 であり、母子看護師総計 5,516、うち上級 62、中級レベル 3,130、基礎レベル 1,878、初等レベル 446 となっており、現在の看護師、母子保健看護師の中心は中級レベル、基礎レベルである。

しかし、同統計によれば、基礎レベル看護コース新規入学者は全体の 10.3%、母子保健看護コースで 14.0%に過ぎず、それ以外は中級以上である。つまり、今後は中級以上が中心になっていくと考えられる。

中級レベル以上の医療教育を受け、十分な実務経験（3 年以上）を持つ医療従事者（看護師・母子保健看護師）は、医療技術者（Técnico de Medicina）育成コースに入学することができる。医療技術者はモザンビーク独立後の深刻な医師不足により作られた職種であり、医師と同等程度の医療行為を行うことができるため、1 次医療レベルの保健施設で重要な役割を果たしている。保健省は今後、この職種に学士号と同等の学位を与えることを検討している。

十分な実力があり、少なくとも 3 年以上の実務経験を持つ医療技術者は、更に上級の外科技術者（Técnico de Cirurgia）育成コースを受けることがある。この職種は、戦時中の緊急治療と外科的治療のニーズから作られた職種であり、人手不足が深刻な郡病院などで緊急帝王切開を含めた緊急手術等を行うことができる。ただし、これらは外科医の支援と監督下においてである²⁴。

表 23：公共保健サービスの主要な保健人材の人数（2019 年）

州	その他治療サービス従事者	医師	看護師	母子保健看護師
ニアッサ	2114	138	545	453
カーボ・デルガド	2521	120	619	465
ナンブラ	4902	294	1253	968

²⁴ Mid-level health workers for delivery of essential health services, Annex 6. Mozambique (Global Health Workforce Alliance, WHO, 2013)

州	その他治療サービス従事者	医師	看護師	母子保健看護師
ザンベジア	4010	212	1150	765
テテ	2545	120	571	550
マニカ	2387	132	658	469
ソファラ	3328	273	919	603
イニャンバネ	2543	154	575	635
ガザ	2158	104	522	399
マプト州	1896	183	411	382
マプト市	3631	826	927	486
合計	32035	2556	8150	6175

出典：Anuário Estatístico de Saúde 2019

3.1.2. 人材育成

保健人材教育は、教育省及び保健省管轄下の教育機関で行われ、大きく3つの種類に分かれる。①大学での医師／上級医療従事者養成²⁵（看護／手術／リハビリ／診断／公衆衛生／栄養／保健施設運営等の学部相当コース、保健教育／健康科学／保健統計・計画等の修士相当コース。②医療従事者養成校（Instituto de Ciências de Saúde : ICS）での中級レベル医療技術者養成（看護師、母子保健看護師、義肢装具技師、薬剤技師、検査技師、麻酔科技師、病院管理技士、栄養士、放射線技師、歯科技工士、精神科・精神保健技術者、理学療法士・リハビリテーション技師、健康統計技術者、病院設備メンテナンス技術者）、③保健従事者養成センター（Centro de Formação de Saúde : CFS）では基礎レベル医療技術者を養成している。

3.1.3. 雇用

地方分権化の進捗に伴って、これまで主に保健省が医療従事者を雇用していたが、現在は様々の保健行政レベルで雇用されている。郡保健・女性・社会活動局は、管轄する第1-2次医療レベルの保健施設で必要とされる保健人材の採用計画をとりまとめ、州保健局に提出する。州保健局は、郡保健・女性・社会活動局から提出された計画に、自身が管轄する第3次医療レベルの保健施設で必要とされる保健人材の採用計画も加えて、保健省へ提出する。保健省はこれらの計画をとりまとめて、国家管理・公共機能省（Ministry of State Administration and Public Function）と調整の後、国会審議などを経て予算が成立する。その後、各保健行政レベルに予算が配分され、各保健行政レベルが採用手続きを開始することになる。しかし、現実的には郡保健・女性・社会活動局が保健施設で働く医療従事者の現状を把握し、必要とされる人数を算出、それらの採用計画を立てることは難しく、特に医師などは州レベルで雇用され郡レベルに配属される。中級レベルの医療従事者の採用手続きは、州保健局や郡保健・女性・社会活動局で行われるが、最終的な採用・雇用権限（後の昇進など含む）は州知

²⁵ 上級医療従事者養成機関としては、Agostinho Neto 大学に統合された上級保健科学院（Instituto Superior de Ciências de Saúde : ISCISA）が挙げられ、Maputo / Quelimane / Beira / Nampula に存在する。同校は元々高等看護学院(Instituto Superior de Enfermagem)として1990年に設立され、2001年にAgostinho Neto 大学に統合、2009年には上級保健科学院として再編成された。他にモザンビークカトリック大学などにも医学部・看護学部・薬学部などがある。

事や郡長が持つ。

3.2. 保健財政

3.2.1. 国民保健医療勘定 (National Health Account)

UHC 推進には政府予算（社会保険を含む）による保健システムへの拠出が欠かせない。2001 年にアフリカ連合は「政府支出に占める政府保健支出の割合を 15%以上にする事」を目標とする「アブジャ宣言」を掲げている。これに対して、モザンビーク政府の同値は 4.7%（2017 年）に留まっており、保健分野への予算配賦が不十分である。

UHC を達成するためには「経常保健医療支出に占める利用者自己負担割合：20%」²⁶、「GDP に占める政府保健支出の割合：5%」や「1 人あたり政府保健支出：86.3 ドル」²⁷、という水準で政府による財政支出が必要だとされている。モザンビークにおけるこれらの値は 7.4%、1.5%、6.3 ドル（いずれも 2017 年）となっている（表 24）。経常保健医療支出に占める利用者自己負担割合は非常に低く抑えられている一方、国内政府保健支出は、GDP に対する割合も 1 人あたりの金額も、サブサハラアフリカ平均と比較して少なくなっている。

²⁶ Xu, K., Saksena, P., Jowett, M., Indikadahena, C., Kutzin, J., & Evans, D. B. Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk, World Health Report; 2010

²⁷ McIntyre, D., Meheus, F. Fiscal Space for Domestic Funding of Health and Other Social Services. Chatham House Centre on Global Health Security Working Group Papers; 2017

表 24 : 主な保健財政指標

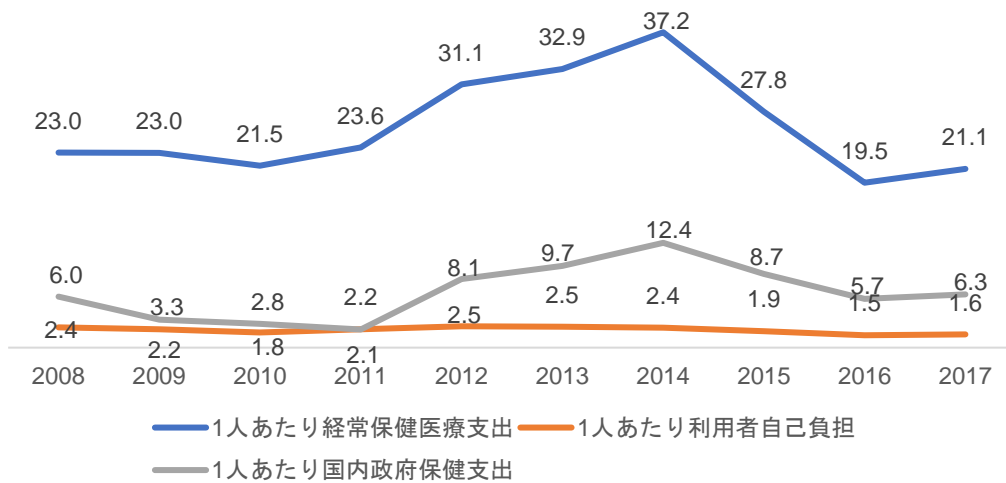
保健財政指標	モザンビーク	サブサハラアフリカの平均	低所得国の平均	日本	国際的な目標
経常保健医療支出 (百万米ドル)	625 (2017)	-	-	531,481 (2017)	-
GDP に占める経常保健医療支出 (%)	4.9 (2017)	5.1 (2017)	5.7 (2017)	10.9 (2017)	-
1 人あたり経常保健医療支出 (米ドル)	21.1 (2017)	83.8 (2017)	44.8 (2017)	4,169.0 (2017)	-
経常保健医療支出に占める国内政府保健支出 (%)	29.9 (2017)	36.1 (2017)	20.1 (2017)	84.1 (2017)	-
経常保健医療支出に占める利用者自己負担 (%)	7.4 (2017)	35.5 (2017)	51.5 (2017)	12.9 (2017)	20%以下*1
経常保健医療支出に占める海外援助 (%)	61.2 (2017)	11.2 (2017)	22.3 (2017)	-	-
GDP に占める国内政府保健支出 (%)	1.5 (2017)	1.9 (2017)	1.2 (2017)	9.2 (2017)	5%以上*2
1 人あたり国内政府保健支出 (米ドル)	6.3 (2017)	30.2 (2017)	9.0 (2017)	3,505.8 (2017)	86.3ドル以上*2
政府支出に占める国内政府保健支出 (%)	4.7 (2017)	-	-	23.6 (2017)	15%以上

*1 Xu, K., Saksena, P., Jowett, M., Indikadahena, C., Kutzin, J., & Evans, D. B. Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk, World Health Report; 2010

*2 McIntyre, D., Meheus, F. Fiscal Space for Domestic Funding of Health and Other Social Services. Chatham House Centre on Global Health Security Working Group Papers; 2017

出典 : World Health Organization Global Health Expenditure database 及び Africa Scorecard on Domestic Financing for Health, 2018 を基に調査団作成

近年、1 人あたりの国内政府保健支出は増加傾向にあり、2014 年には 12.4 ドルであったが、直近の 3 年は減少している。同様に、1 人あたりの経常保健医療支出も 2014 年をピークにその後は減少しているが、1 人あたりの利用者負担は低額に抑えられている (図 31)。

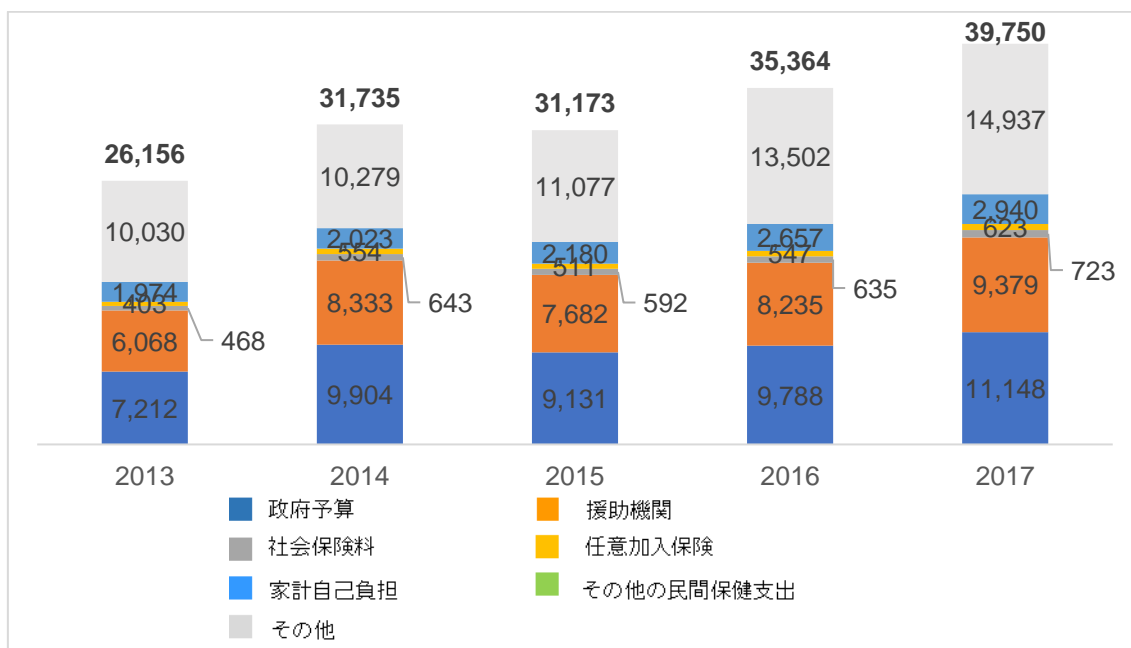


出典： World Health Organization Global Health Expenditure database

図 31：モザンビークにおける国民一人あたり保健支出の推移（単位：米国ドル）

モザンビークにおける保健支出財源では援助機関が占める割合が大きい。表 24 のとおり、モザンビークの「経常保健医療支出に占める外部資金の割合」は 61.2%（2017 年、以下同じ）となっており、サブサハラアフリカ地域平均の 11.2%に比べて非常に高い値であり、ミクロネシア連邦（同 71.5%）と南スーダン（同 68.1%）に次いで、世界で 3 番目に外部依存の度合いが大きい。（なお、表 24 の「海外援助」と図 32 の「援助機関」のように、分類方法が多少異なるために値にも差が生じている）。

UNICEF の Budget Brief（2019）では、過去 10 年間は国内資金 60%、海外資金 40%だったが、2019 年に国内資金 79%、海外資金 21%と述べられており、海外資金の減少と国内資金増加に伴って海外資金割合が激減したことが示されている。前述した「World Health Organization Global Health Expenditure database 及び Africa Scorecard on Domestic Financing for Health, 2018」を基にしたデータと、この UNICEF Budget Brief : Health Mozambique 2019 は若干の齟齬があるが、UNICEF のデータでは「この資金構造にはこれまで追跡が困難であった国家予算管理外の外部資金が考慮されていない」と記載されているので、そこから違いが発生していると考えられる。共通して言えることは、過去のモザンビーク保健予算は外部への依存が大きく、近年減少する傾向にあるものの、未だに依存率は高く、今後の推移を見守る必要があるということであろう。なお、基本的には海外資金は「投資」（施設建設、資機材など）に使われ、保健人材への給与は政府からの予算が当てられている。



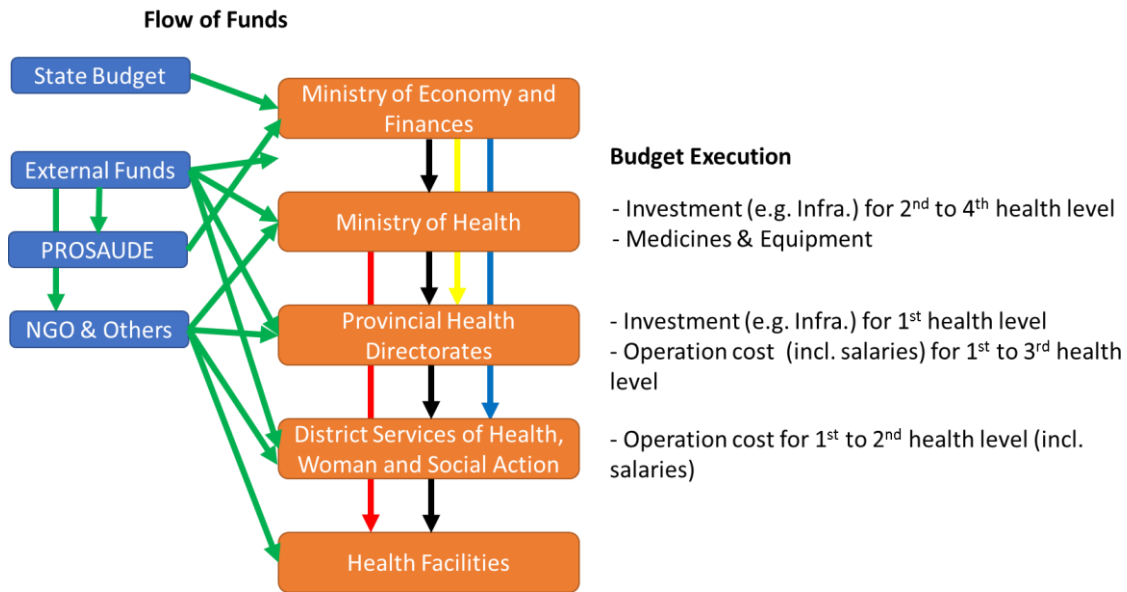
出典： World Health Organization Global Health Expenditure database

図 32：モザンビークにおける経常保健医療支出の財源内訳（単位：百万 MZM）

3.2.2. 保健予算の流れと執行

地方分権化の取組みとして 2020 年に州政府は州知事、州議会、そして州行政という体制になり、各行政レベルにおける保健予算執行の権限も定められた。詳細は施設や医薬品などの個別事項で記載するが、保健省は主に第 2～4 次医療レベルの保健施設整備と医薬品・機材の調達を、州保健局は 1 次医療レベルの保健施設整備と 1～3 次医療レベルの運営費（人件費も含む）を、郡保健・女性・社会活動局は 1～2 次医療レベルの運営費（人件費も含む）を担うこととなった（図 33）。

予算計画は郡保健・女性・社会活動局から始まり、州保健局で各郡の調整をし、州保健局はそれを保健省に送付する。保健省は、中央のニーズと各州からの情報に基づいて、保健セクター予算を作成し、財務省と協議を行い、最終的には国会に提出して最終承認を得る。承認されると、中央レベルと州レベルの両方が、承認された内容に沿って財務省に直接要請することができる。現在のところ、郡保健・女性・社会活動局は財務省に直接資金を要請することはなく、州保健局を通じておこなう。なお現行の体制は 2020 年に開始されており、まだ十分に固まっていなため引き続き情報収集を行う必要がある。



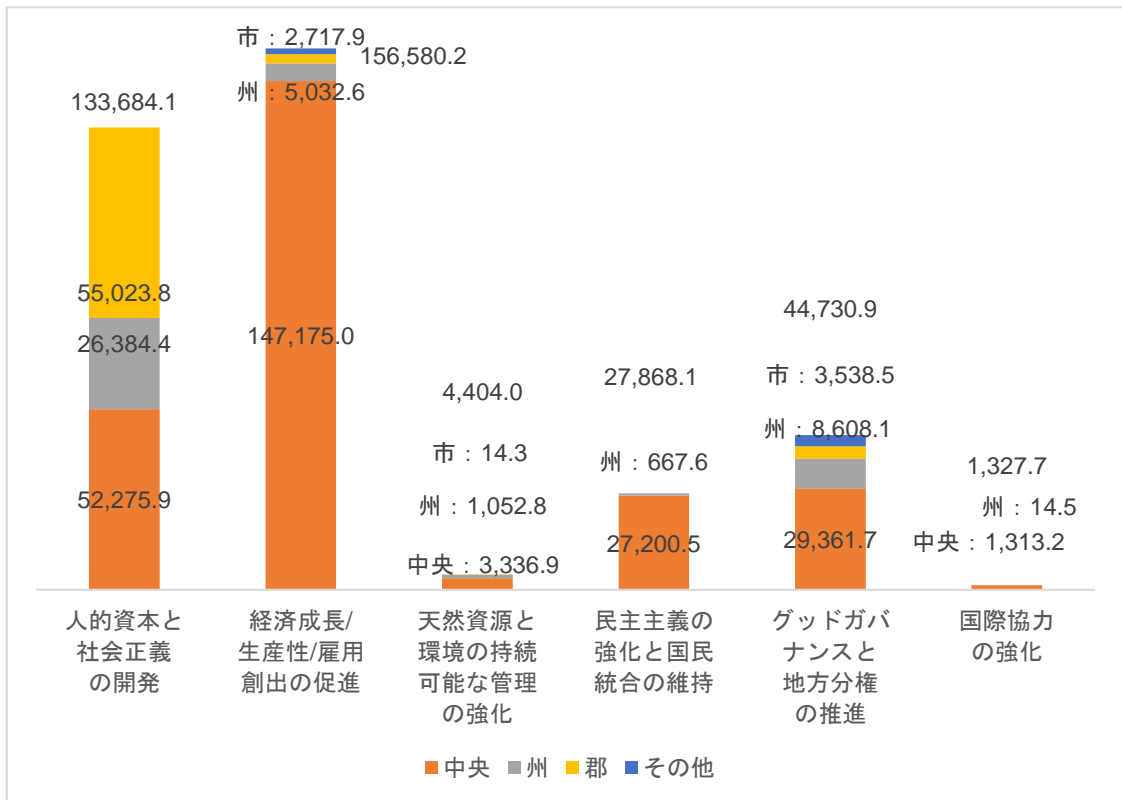
出典：モザンビーク関係者からの聞き取りに基づいて共同事業体が作成

図 33：モザンビークにおける保健予算の流れと執行

3.2.3. 保健関係予算

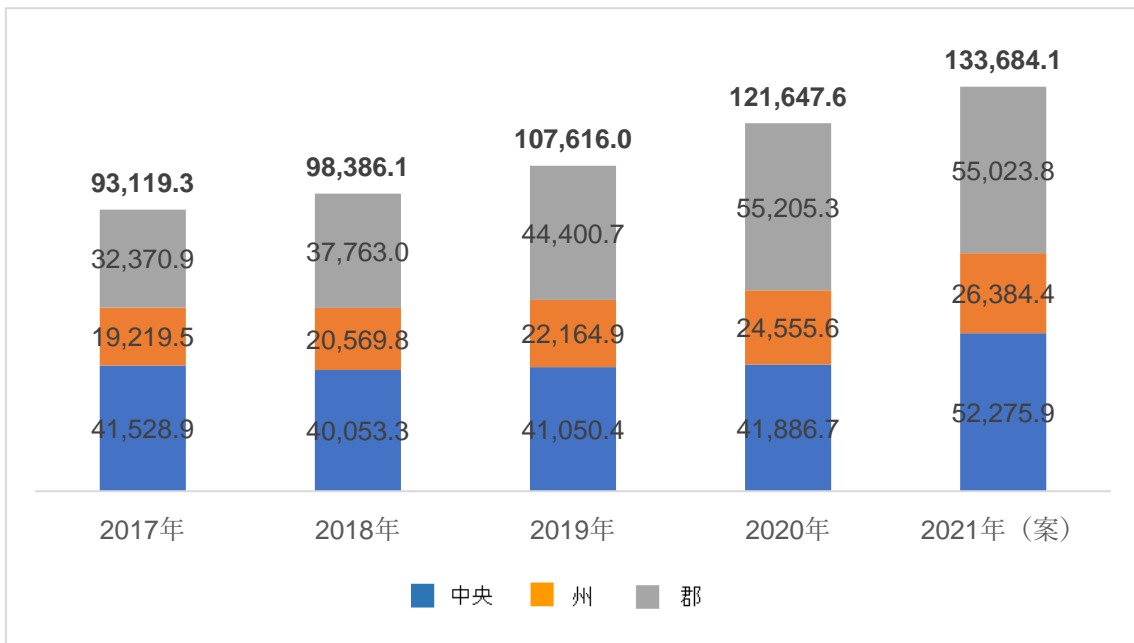
(1) 国家予算

2021 年国家予算（案）の内訳を、政府 5 年計画（Programa Quinquenal do Governo 2020-2024）の 3 つの優先事項と 3 つの柱ごとに示す（図 34）。優先事項 ii) 経済成長／生産性／雇用創出の促進が 1,566 億 MZM（20.7 億ドル）と最多であり、続いて保健や教育セクターが含まれる優先事項 i) 人的資本と社会正義の開発の 1,337 億 MZM（17.7 億ドル）が続く。この優先事項 i) への予算で特徴的な点として、中央レベルが 523 億 MZM（6.9 億ドル：優先事項 i) 総額の 34.3%）である一方、州レベル 264 億 MZM（3.5 億ドル：同 20.2%）、郡レベル 550 億 MZM（7.3 億ドル：同 45.4%）と地方への配布割合が非常に大きい。保健セクターでも他セクターと比較して地方分権が進んでいると考えられる。図 35 では政府 5 年計画の優先事項「人的資本と社会正義の開発」の内訳の推移を示した。2021 年（案）を除き、近年は中央レベルへの配分割合が減少、郡レベルへの配分が増加し、経時的にも地方分権化が進捗している様子が伺える。なお、2021 年（案）は中央レベルへの配分が増加したが、これは中央レベルで新型コロナウイルスへの対応が求められているためである。



出典：モザンビーク経済・財務省 国家予算

図 34：2021 年国家予算（案）の内訳（単位：百万 MZM）

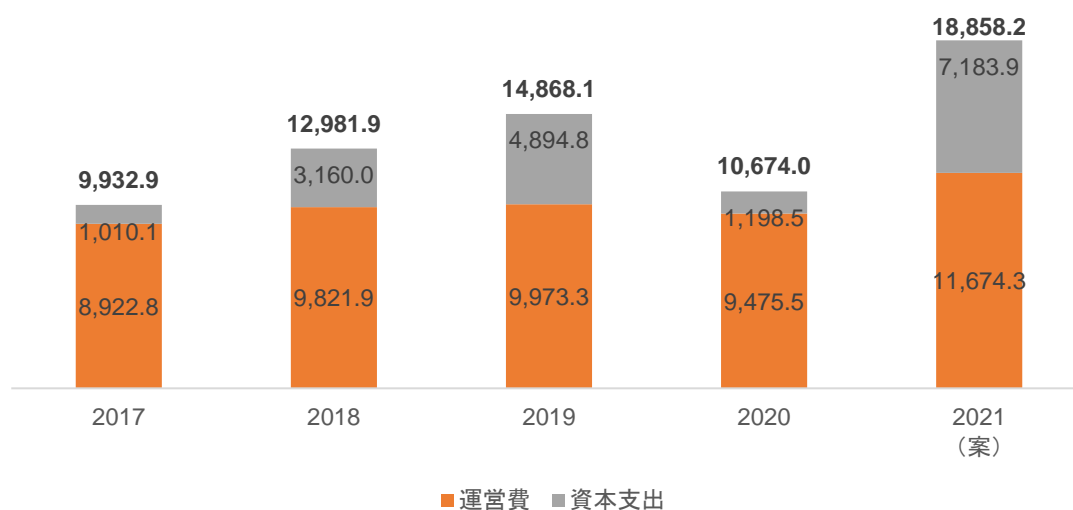


出典：モザンビーク経済・財務省 国家予算

図 35：政府 5 力年計画の優先事項「人的資本と社会正義の開発」の内訳の推移（単位：百万 MZM）

(2) 保健省予算

2021年の保健省予算(案)は189億MZM(2.5億ドル:1MZM=0.01335ドルにて算出。以下、同じ)で、2020年を除き、近年増加傾向にある。予算内訳をみると、運営費が増加している一方、2020年には資本支出が大きく減少した。2017年には運営費が保健省予算総額の9割近くを占めていたが、その割合が減り、2021年には資本支出が占める割合が約4割まで増えた(図36)。保健セクターのコモンファンドとしてPROSAUDEがあり、その用途は資本支出である。しかし、「1.3.1. 保健セクター予算への国外資金」のとおり、2015年頃から開発パートナーから同ファンドへの拠出が減少している。そのため、保健省が資本支出を増加させたと推測される。



出典：モザンビーク経済・財務省 国家予算

図36：保健省予算の内訳(単位：百万MZM)

3.2.4. 財政リスクからの保護

公的保健施設の窓口における自己負担は1ドル以下に抑えられており、また処方される薬剤も公費負担によって低額になっている。そして、貧困層やHIV/エイズ、結核、マラリア、母子保健などの特定の保健サービスは無料になっている²⁸。古いデータであるが、2011年の時点で15~49歳のうち男女ともに2.7%のみが健康保険に加入していた²⁹。全国民を対象にした国民健康保険スキーム(National Health Insurance Scheme: NHIS)の構築が図られており、2019年には公務員を対象にした医療保険の導入が閣僚会議で協議された³⁰。

²⁸ Health Policy Project. Health Financing Profile: Mozambique Available from https://www.healthpolicyproject.com/pubs/7887/Mozambique_HFP.pdf (Accessed 2020.12.06)

²⁹ Instituto Nacional de Estatística. Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. 2013

³⁰ Portal do Governo de Mozambique. Governo projecta sistema de seguro para funcionários do Estado. Available from <https://www.portaldogoverno.gov.mz/por/Imprensa/Noticias/Governo-projecta-sistema-de-seguro-para-funcionarios-do-Estado> (Accessed 2020.12.06)

表 25 : 15～49 歳の健康保険への加入状況（% : 2011 年）

地域	州	女性	男性
北	ニアッサ	2.2	0.6
	カーボ・デルガド	2.0	0.9
	ナンブラ	2.3	3.8
中	ザンベジア	0.9	1.2
	テテ	1.3	2.0
	マニカ	0.1	1.5
	ソファラ	3.4	1.4
南	イニャンバネ	6.0	4.8
	ガザ	2.6	3.0
	マプト州	5.0	5.7
	マプト市	7.4	8.1
地方部		1.8	1.0
都市部		4.3	5.4
最貧困層		1.2	0.0
最富裕層		5.9	8.3
国平均		2.7	2.7

出典 : Instituto Nacional de Estatística. Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. 2013

「1.1.3. UHC の進捗」や「2.2.1. 国民保健医療勘定 (National Health Account)」のとおり、モザンビークでは「家計の支出又は所得に占める健康関連支出が大きい人口の割合」や「経常保健医療支出に占める利用者自己負担割合」は低く抑えられている。そして、表 26 のとおり、医療費自己負担による貧困化発生率について様々な水準でモザンビークは低い値となっている。モザンビークにおけるこれらの指標は 2008～2009 年や 2014～2015 年に実施された Household Budget Survey / Inquérito sobre Orcamento Familiar のデータから算出されている。これまで医療費自己負担額は低く抑えられているが、2008～2009 年に比べて 2014～2015 年は医療費支出（実質額）が 300%以上増加している³¹。同調査は概ね 5 年おきに実施されているため、今後の動向に注意を払う必要がある。

表 26 : 家計の支出又は所得に占める健康関連支出が大きい人口の割合

	医療費自己負担による貧困化発生率		
	絶対的貧困水準		相対的貧困水準
	1 日 1.90\$水準	1 日 3.20\$水準	可処分所得の中央値の 60%水準
モザンビーク (2008 年)	0.2%	0.1%	0.3%
アフリカ地域*1 (2015 年)	1.5%	1.4%	1.6%
低所得国 (2015 年)	1.2%	0.9%	1.5%

*1 : 本報告書で主に「サブサハラアフリカ」の平均値を用いているが、本表で扱う指標について同地域の情報が収集できなかったため、本表では「WHO アフリカ地域」の平均を用いる。

出典 : WHO. Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage : 2019 GLOBAL MONITORING REPORT. 2020

³¹ Alba Llop Gironés. Health care inequalities in Mozambique: needs, access, barriers and quality of care. 2018

3.3. 保健情報システム

3.3.1. 保健サービス及び疾病負担情報システム

国家保健計画協力局内の保健情報部（Departamento de Informação para a Saúde : DIS）の下で、2012年に DHIS2 のシステムを用いた国家モニタリング評価保健情報システム（National HIS for Monitoring and Evaluation System : SIS-MA）の運用が開始された。現在、すべての州・郡で運用されている。

保健施設は毎月記入するフォームを使用し、データを集計・報告する。そして、保健施設のデータは紙媒体で郡保健・女性・社会活動局まで紙で届けられ、同局のデータ管理者が DHIS システムへデータを入力する。しかし、例えば HIV/エイズ対策や母子保健などの各プログラム担当者も並行して紙媒体の報告を保健施設から集約し、サマリーレポートを作成する。2種の報告書に整合性が取れない場合、しばしばデータ管理者の情報が優先され、SIS-MA の情報が書き換えられる。また、異なる郡では、プログラムオフィサーが紙媒体のデータを集約し、その情報を直接システムに入力するケースも存在する。

保健施設では紙媒体に記録するものの、度々紙がなく、現有しているフォームのタイトルを書き直して代用する、もしくは、近隣でコピーをするが、その品質は悪い。また、データの管理方法も確立されたものがなく、情報セキュリティ観点の欠如、専任データ管理者の未配置といった問題が見られる。各プログラムにより異なるフォームが多数存在するため、データ記入に時間がかかり、保健スタッフの負担が増大している³²。

保健省は週次疫学速報（BES, Boletim Epidemiológico Semanal）のシステムを有し、緊急通知の対象となる疾患（HIV/エイズやマラリア等）に関するデータを文書化し、集計し、報告している。他にも保健・人口動態に関わる地域調査システム（Community Surveillance System in Health and Vital Events : SIS-COVE）、ラボ情報システム（Laboratory Information System : SIL）、保健人材台帳（Electronic Staff Registry : e-SIP Saúde）、医薬品情報システム（Information System for Drugs and Medical Commodities : SIMAM）などの情報システムを有しており、これらのシステムの統合や連携が課題となっている。

3.3.2. 人口動態統計

出生登録は、すべての子どもが出生証明書または出生証明書を介して市民権を得る権利を確実に持つことを保証するために、子どもの権利に関する国際条約及びアフリカ憲章（第6条）に定められた基本的な子供の権利である。しかし、モザンビークでは出生登録を持つ5歳未満児の割合は48%（2011年）である³³。出生登録は、法務省民事登記所（Ministry of Justice, Civil Registry Office）³⁴が担当しており、出生120日以内に行うべき法的義務となっている³⁵。登録費用は120日以内に行われた場合には発生しない。出生登録には表27の情報が必要であり、情報の登録・受付方法は、紙媒体で行われており、電子化はされていない。

³² Characterization of the Health Information System in Mozambique, Swiss TPH / SCIH | PHISICC WS3 – Moçambique, 2017

³³ The Centre of Excellence for CRVS Systems Country Profiles, <https://crvssystemscountryprofiles.org/country-profile/mozambique>

³⁴ 民事登記所は全国に170か所ほどある。

<https://www.portaldogoverno.gov.mz/por/Imprensa/Noticias/Governo-quer-melhorar-cobertura-do-registo-de-nascimento>

³⁵ UNICEF Data: Monitoring the situation of children and women

出生統計の収集と公表は、国立統計研究所が実施することになっており、統計用紙を用い、月ごとに手動で行われ、統計分析が行われている。人口統計と市民登録の電子システムは、現在作成段階にあり、電子登録の為の法的枠組みの改正途中である。UNFPA とユニセフは、国立統計研究所が市民登録制度から定期的に出生統計報告書を作成する能力を強化するための支援を行っている。カナダは 2018 年に 7 万 5,000 米ドルを提供し、出生登録に基づく出生統計を作成する同研究所の能力強化を支援している³⁶。

表 27 : 出生登録時に必要な情報

	必要な情報
子ども	名前、性別、生年月日時間、登録日、出生場所、登録場所、出生時の体重及び身長、民族、
子どもの母親	生年月日、民族、両親の名前、居住地、出生地、婚姻状況、婚姻届出日、教育レベル、職業
子どもの父親	同上

出典 : UNICEF. CRVS profiles – Mozambique. Available <https://data.unicef.org/crvs/mozambique/> (Accessed 2020.12.05)

死亡登録の届け出も法務省民事登記所が担当しており、死亡後 48 時間以内に行うべき法的義務となっている。死亡登録は有料であり、料金は、遺言や遺留財産により異なる。死亡登録には表 28 の情報が必要であり、情報の登録・受付方法は、紙媒体で行われており、電子化はされていない。

表 28 : 死亡登録時に必要な情報

	必要な情報、書類
故人について	氏名、国籍、性別、生年月日、年齢、居住地、婚姻状況、死亡証明書、教育レベル、人種、婚姻状況、配偶者名、財産状況、職業、両親名
死亡について	死亡日、発生場所、登録場所、死因、就労中の死か否か、届け出人名

出典 : UNICEF. CRVS profiles – Mozambique. Available <https://data.unicef.org/crvs/mozambique/> (Accessed 2020.12.05)

3.3.3. 国民 ID³⁷

モザンビークにおける身分証明書関連の活動は大統領令 18/2000 に従い内務省管轄下にあり、全国民の ID カードを保証することとされている。新しい ID カードは南部アフリカ開発共同体 (SADC) の基準の準拠しており、マイクロチップが埋め込まれた生体認証 (指紋) ができるスマートカードとなっている。本情報収集の範囲では、普及率についての情報は得られなかった。

³⁶ The Centre of Excellence for CRVS Systems Country Profiles, <https://crvssystemscountryprofiles.ca/country-profile/mozambique>

³⁷ <http://196.3.96.161/mint.gov.mz/images/docs/dic.doc> (2021/03/03 閲覧)



出典 : Semlex Group (<https://www.semlex.com/pt-pt/produtos/produtos-image-11/>)

図 37 : 国民 ID のサンプル

仕様は以下の通り。

寸法 : 国際規格 (ISO) 7810 の ID-I に準拠し 86×54mm

- 内容 : 背景にはモザンビーク共和国の紋章とモザンビークの地図、オレンジと緑のカラーリング、偽造防止のためのセキュリティ印刷がなされている。「モザンビーク共和国」「身分証明書」の表示があり、身分証明書番号、写真、氏名、出生地、性別、生年月日、父母名、婚姻状況、発行地、発行機関、発行日、有効期限、通し番号が印刷されている。
- 内部 : 所有者の情報の暗号化されたコピーを保存するチップが含まれる。

二次元バーコードが付いており、運転免許証の番号、納税者番号、有権者証などとともに社会保障・医療に関する情報も集約する事となっているが、現時点では医療サービスでの有効な活用（個人の医療情報の集約等）には至っていない。

3.4. 保健施設の整備、機材・医薬品等の調達・供給

3.4.1. 保健施設

モザンビークの保健施設は、4つの医療レベルで構成されている。第1次医療レベルは保健ポストと保健センターで構成され、第2次医療レベルは郡病院、地方病院、一般病院で構成される。第3次医療レベルは州病院に該当し、第4次医療レベルとして中央病院、専門病院、軍病院がある。表 29 は、2002 年の保健省令で定められた第1次医療レベルの保健施設の種類及び概要である。都市部保健センターは、A、B、C と 3 タイプが規定されている。

表 29 : 第 1 次医療レベルの保健施設の種類及び概要

施設タイプ	主な保健人材	提供サービス	対象人口規模
都市部保健センター (A)	医師、歯科技工士	都市部保健センター (B) と同様だが、より高度の保健人材を有する	40,000-100,000 人
都市部保健センター (B)	地方部保健センターと同様		18,000-48,000 人
都市部保健センター (C)	保健ポストと同様		10,000-25,000 人
地方部保健センター	医療技術者、中級レベルの看護師、薬剤技師、検査技師	(保健ポストに加えて) HIV/エイズ、マラリア、結核などの感染症対策、ラボ、レントゲン、歯科ケア	16,000-35,000 人
保健ポスト*1	基礎、初等レベルの看護師	健康教育、予防接種、産前・産後健診、家族計画、出産介助等	7,500-20,000 人

*1 出典の資料では地方部保健センター(II)と標記されている

出典 : Publicacao oficial da república de Moçambique. Diploma Ministerial 127/2002

2019 年には 1652 施設から 1674 施設へ 22 施設が新設されたが人口増加のため保健施設あたりの平均住民数は 2018 年の 16,855 人から 2019 年には 17,514 人とむしろ増加している³⁸。第 4 次医療レベルの保健施設 (中央病院、専門病院、軍病院) は 4 州に存在し、北部/中部/南部をカバーしている。3~4 次医療レベルをひとまとめに見れば、全州に 1 つは高度医療施設が存在する。

表 30 : 州別の保健施設数 (2019 年)

州	1 次施設			2 次施設			3 次施設	4 次施設			合計	施設あたりの住民数
	都市部保健センター	地方部保健センター	保健ポスト	郡病院	地方病院	総合病院	州病院	中央病院	専門病院	軍病院		
ニアツサ	15	162	0	2	1	0	1	0	0	0	181	10,682
カーボ・デルガド	12	111	1	1	3	0	1	0	0	0	129	19,032
ナンブラ	29	172	22	4	3	1	0	1	0	1	233	25,906
ザンベジア	26	202	27	6	0	1	0	1	0	0	263	20,639
テテ	8	120	2	1	3	0	1	0	0	0	135	20,839
マニカ	9	106	1	4	0	0	1	0	0	0	121	16,992
ソファラ	13	122	23	1	4	0	0	1	0	0	164	14,566
イニャンバネ	20	111	6	2	2	0	1	0	0	0	142	10,679

³⁸ モザンビーク保健省 Anuário Estatístico de Saúde 2019

州	1次施設			2次施設			3次施設	4次施設			合計	施設あたりの住民数
	都市部保健センター	地方部保健センター	保健ポスト	郡病院	地方病院	総合病院	州病院	中央病院	専門病院	軍病院		
ガザ	9	103	30	1	4	0	1	0	0	0	148	9,708
マプト	13	82	21	1	1	1	1	0	0	0	120	17,762
マプト市	23	7	1	0	0	4	0	1	1	1	38	29,542
全国	177	1,298	134	23	21	7	7	4	1	2	1,674	17,514

出典：モザンビーク保健省 Anuário Estatístico de Saúde 2019

保健施設への物理的アクセスは、表 31 のとおり。全国平均では保健施設あたりの面積は 477.5km²、そして施設への平均移動距離は 12.3km であった。マプト市では保健施設への平均移動距離は 1.6km である一方、ニアッサでは 15.1km、カーボ・デルガドでは 14.3km と、10 倍近くの差が生じている。

表 31：保健施設あたりの面積と施設への平均移動距離

地域	州	面積 (Km ²)	施設数	施設あたり面積 (km ²)	施設への平均移動距離 (km)
北	ニアッサ	129,056	181	713.0	15.1
	カーボ・デルガド	82,625	128	645.5	14.3
	ナンブラ	81,606	227	359.5	10.6
中	ザンベジア	105,008	259	405.4	11.3
	テテ	100,724	134	751.7	15.4
	マニカ	61,661	118	522.6	12.7
	ソファアラ	68,018	159	427.8	11.5
南	イニャンバネ	68,615	140	490.1	12.4
	ガザ	75,709	146	518.6	12.8
	マプト州	26,058	118	220.8	8.3
	マプト市	300	38	7.9	1.6
国全体		799,380	1674	477.5	12.3

出典：保健省、Anuário Estatístico de Saúde 2019

保健施設の整備は医療レベルによって、責任体制が異なる。第 1 次医療レベルの保健施設は、郡保健・女性・社会活動局が整備計画を作成し、州保健局を経て保健省へ提出される。保健省は特に国家保健計画協力局内にあるインフラストラクチャー部がこれらの計画を検討、とりまとめる。承認後の建設や整備は州保健局によって行われる。第 2 次医療レベル以上の保健施設の整備計画（予算編成も含む）は、保健省にて行われる。第 2 次医療レベル以上の保健施設整備の予算源は複数あり、代表的なものとして（保健省を超えた）年間社会・経済計画（Annual Social and Economic plan）や 2019 年に大統領が始めた「各郡に 1 つの郡

病院を」イニシアティブがある。保健省が 2025 年までに各医療レベルの保健施設の数、特に 2 次医療レベルでの保健施設数を増やす計画を立ち上げており、(表 32) 既に目標に達した項目も存在する。

表 32 : モザンビーク保健省が 2025 年までに確保を目標とする保健施設数

保健施設の種類		2006 年時点	目標数 (2020 年現在の状況)
病院	中央病院	3	4 (達成済)
	州病院 (専門病院を含む)	9	10 (7 で未達成)
	郡病院	8	87(23 で未達成)
	地方病院	27	32(21 で未達成)
	総合病院	6	12(7 で未達成)
都市部保健センター		104	142(177 で達成済)
地方保健センター		756	1,466(1298 で未達成)
合計		913	1,753

出典 : Mozambique National Health Account 2004-2006 及び 2008MISAU MPHHRD

公立、民間医療施設の数と割合は、表 33 に示すとおり、公立 : 民間の比が 88 : 12 となっており、9 割近い保健サービスが公立の保健施設を通じて提供されている。また、民間保健施設は一次及び二次医療レベルにのみ存在し、それ以上の医療レベルでは事業展開がされていない。保健分野戦略計画 (2014-2019) にも記載があるように、保健省は保健施設の運営や医薬品のサプライチェーンなどで官民連携の推進に取り組んでいるが、民間の参入は限られている。民間医療機関の開業にかかる厳しい規制があり、また、医薬品などの公共調達には長い時間が必要で、類似の書類や情報を複数回に渡って提出するなどの非効率な手続きとなっている。また、公共調達には 25%の前払いが法令で定められているが、100%の後払いが慣例化しているように、政府からの支払い遅延があることなどが、民間が保健セクターの市場へ参入する際の障壁として報告されている³⁹。

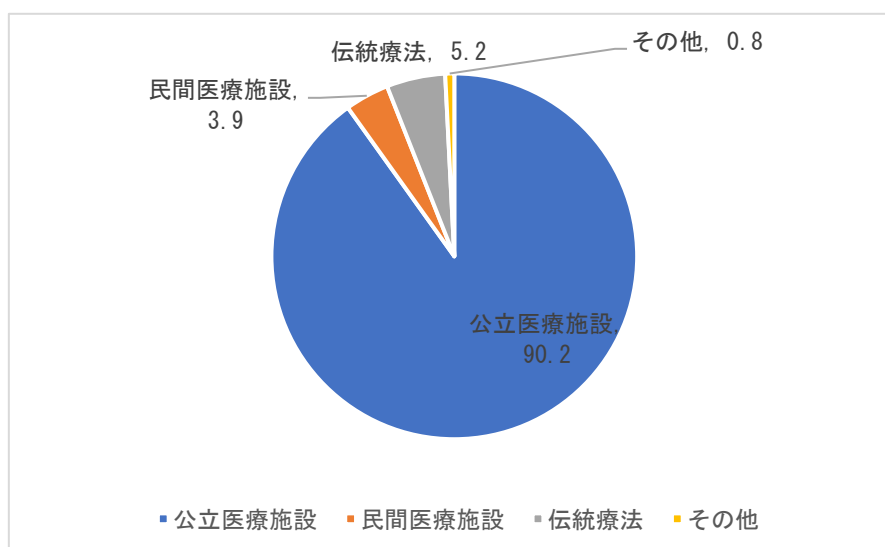
表 33 : 医療レベル別の公立、民間保健施設数

保健施設タイプ	公立	民間	合計	民間の割合(%)
一次医療レベル	1,563	194	1,757	11.0
二次医療レベル	51	30	81	37.0
三次医療レベル	7	0	7	-
四次医療レベル	7	0	7	-
合計	1,628	224	1,852	12.1

出典 : USAID: Overview of Private Actors in the Mozambican Health System and Rapid Assessment of the Supply Chain 2019

³⁹ USAID: Overview of Private Actors in the Mozambican Health System and Rapid Assessment of the Supply Chain 2019

2014～2015年にモザンビーク国民の公立、民間別の保健施設利用割合は、およそ9割が公立保健施設利用となっている。民間を利用した割合は、3.9%にとどまり、それを超える5.2%は伝統療法の利用となっている（図38）。伝統療法の利用率の高さは、モザンビークの特徴の一つでもある。モザンビークでは西洋療法を受ける前に伝統医学の施術者に診てもらうことが慣例的、文化的に行われている。コミュニティ内のプライマリケアの70%が伝統療法によって実施されているという例もある⁴⁰。保健省は伝統療法が人々の健康に貢献していることを認識しており、伝統医学研究所（IMT）を設立し、伝統的代替医療の知識と利用を促進し、プライマリケアサービス提供の向上を目指している⁴¹。



出典：USAID: Overview of Private Actors in the Mozambican Health System and Rapid Assessment of the Supply Chain 2019

図38：保健施設の公立、民間、伝統医療等の割合

エイズ、マラリア、結核対策においては、これらの伝統医療施術者に研修を施し、これらの疾病の特徴を学んでもらい、疑わしい病人がそれらの施術者を訪れた際には伝統医療（祈祷、薬草等）を施した上で保健センターや病院に連れてくるシステムとなっている。これらの伝統的医療者はモザンビーク伝統医協会（Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique：AMETRAMO）という伝統医療施術者協会で組織化されていることが多く、うまく巻き込むことができれば保健医療システムの心強いパートナーとなる。これはTBAも同様である。

また伝統的治療法の一つで、カミソリで傷をつけて身体に様々な文様を刻み、悪霊が入り込まないようにすることが広く行われているが、HIV感染率の高いモザンビークにおいて非常に危険な行為となり、伝統医療施術者にもHIV感染が続出していた。そのため、ガザ州においてはエイズ予防の研修を行い、モザンビーク伝統医協会としてカミソリは使い捨てにするように呼びかけを行い効果があった。同様に南部地域では夫が死亡した場合、残さ

⁴⁰ Plano Estratégico do Sector da Sade 2014-2019

⁴¹ Plano Estratégico do Sector da Sade 2014-2019

れた妻が夫の兄弟と性関係を持つことで穢れを祓う儀式があり、エイズによる死者が続出していた時期に更に感染を広げる原因の一つと見られていたが、保健当局や NGO の働きかけの結果、モザンビーク伝統医協会は「穢れは薬草茶と祈りで祓う」としてこの儀式を主体的に変えていった。また北部地域ではイニシエーション儀式で男児陰茎の包皮切除が行われているが、これもカミソリを使い捨てにする、もしくは保健センターの医療技術者が包皮切除を行うなどすることに伝統医療施術者が協力しているケースがある。北部地域では女兒のイニシエーション儀式（月経が始まった女兒を集めて一定期間共同生活を行い様々な村の礼儀／しきたり／儀式などを教えるが、性交渉を持つことを推奨しているケースが多い）は村の年長女性が行っており、伝統医療施術者と重なっていることも多い。このイニシエーション儀式を行う女性に NGO などが働きかけ、適切なエイズ予防知識を儀式内で伝えるように変更された地域も存在する。

3.4.2. 医薬品

モザンビーク保健省は全国必須医薬品リスト審査委員会を設立し、必須医薬品リストを制定した。本リストは 2010 年に制定され、2017 年に改訂された。また、本リストは、WHO の「全国基礎的薬剤リスト作成方法」を基準として採用している。各必須医薬品は症状や用途に分類されかつ、5 段階の処方レベルが定義されている。処方レベルは、レベル 0：一般の薬局が処方できる薬、レベル 1：医療機関にて看護師が処方できる薬、レベル 2：手術時または特別技術者が使用できる薬、レベル 3：医師が処方できる薬、レベル 4：専門医のみが処方できる薬、と整理されている⁴²。

モザンビークの医薬品や機材などの調達や物流管理は保健省管轄の 2 つの機関を通じて管理されている。医薬品や機材などの調達を担当する中央医薬品・医療機材 (Central Medicine Stores, Central de Medicamentos e Artigos Médicos : CMAM) と、これらの物流を管理するサプライセンター (Supply Centre : SC) である。毎月必要な医薬品の選定と数量検討は、CMAM によって行われている。HIV/エイズやマラリア、結核などの医薬品は疾患の流行状況に、他の基礎医薬品などは過去の消費量に基づいて算出される。つまり、プル方式ではなく、プッシュ方式を採用している。CMAM の配送ルートは州レベルまでであり、その後州の配送センターが郡保健・女性・社会活動局に配送している⁴³。保健施設への配送は郡保健・女性・社会活動局が担っており、2018 年時点ではザンベジアとテテの 2 州のみが民間物流業者が保健施設への配送を委託していた。小児予防接種は予防接種拡大プログラム (Expanded Program on Immunization : EPI) で管理されている⁴⁴。

モザンビーク政府は、2017 年に法律第 12 号にて、国家医薬品規制局 (ANARME) を公的機関として設立した。同局は、国内で使用される全ての医薬品、ワクチンの製造、調達、共有、商業化を規制する役割を担う。また、医薬品の品質保証のためのシステムの確立、国産医薬品の国際標準への整合化、医薬品登録制度の簡素化、価格設定システムの構築、詐欺・偽造・密輸等への制裁の枠組み策定、現行規制の WHO 推奨への順応も同局の責務としてい

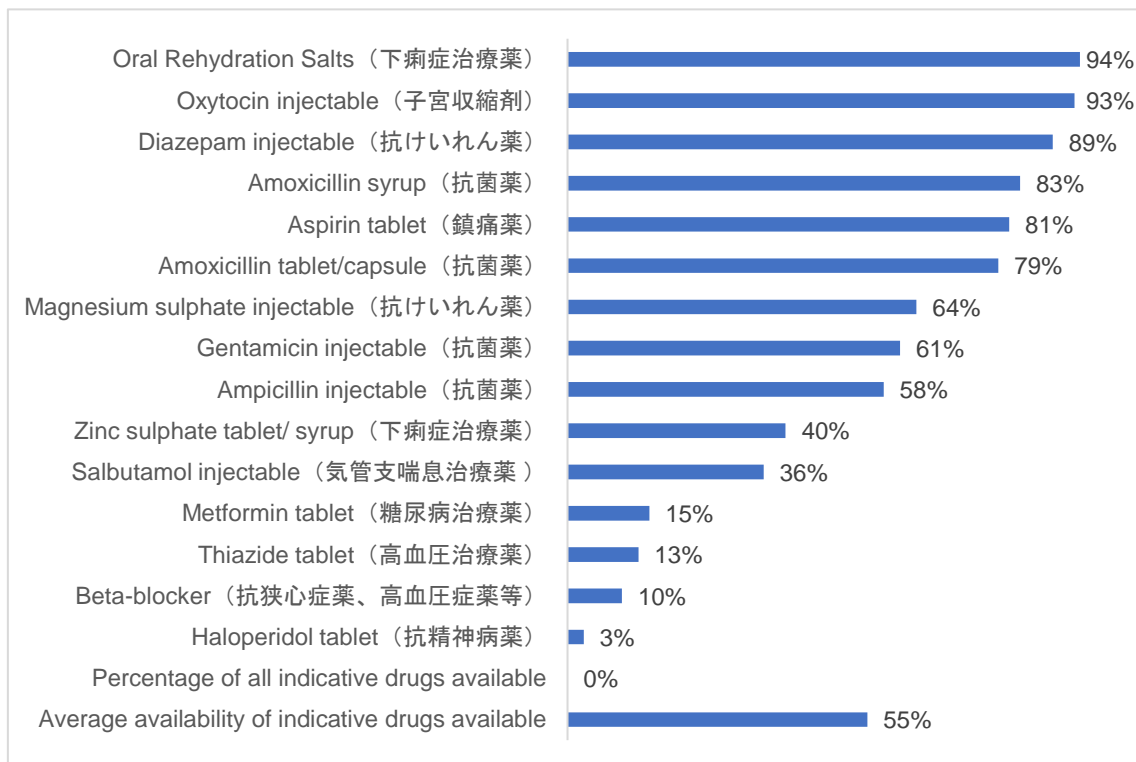
⁴² Lista Nacional de Medicamentos Essenciais 2017

⁴³ 保健分野戦略計画 (2014-2019)

⁴⁴ USAID: Overview of Private Actors in the Mozambican Health System and Rapid Assessment of the Supply Chain 2019

る⁴⁵。

2018年に実施されたSARA (Service Availability and Readiness Assessment) では全国の1,643の保健施設(1次施設:1575、2次施設:54、3次4次施設:7)を対象に各保健施設における基礎医薬品の調査が実施され、結果は以下の通りであった(図39)。経口補水塩や子宮収縮剤などはほとんどすべての保健施設で保有していた一方、評価された15の医薬品すべてを有していた保健施設はなかった。医薬品の平均的利用可能性が55%というのは、15の医薬品のうち平均して8つ程度の医薬品を保有していたことを意味する。

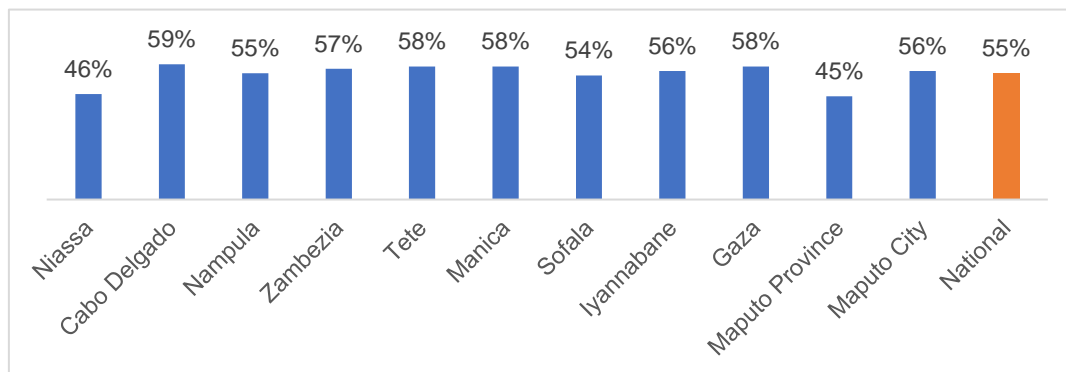


出典: SARA2018 Inventário Nacional

図39: 基礎医薬品の使用可能な施設割合

前述の基礎医薬品の平均的利用可能性を州ごとに比較すると以下の通りで、カーボ・デルガドの平均的な利用可能性が最も高く、マプト州とニアッサで低い(図40)。

⁴⁵ USAID: Overview of Private Actors in the Mozambican Health System and Rapid Assessment of the Supply Chain 2019



出典：SARA2018 Inventário Nacional

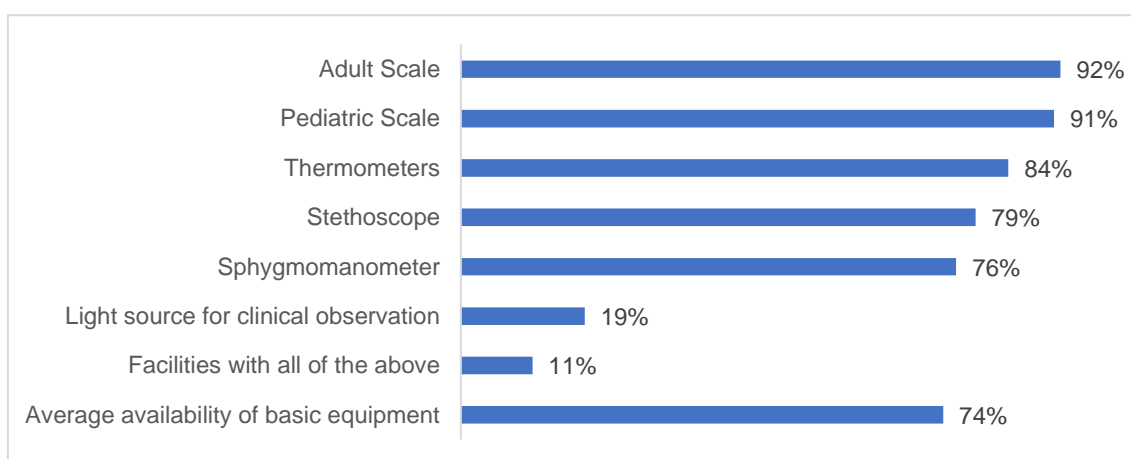
図 40：州ごとの基礎医薬品の平均的な利用可能性

3.4.3. 医療機材

質の高い保健サービスを提供するために最低限の機材として以下の物品があげられている。

- 基礎医療物品：成人用体重計／小児用体重計／体温計／聴診器／血圧計／臨床観察用光源

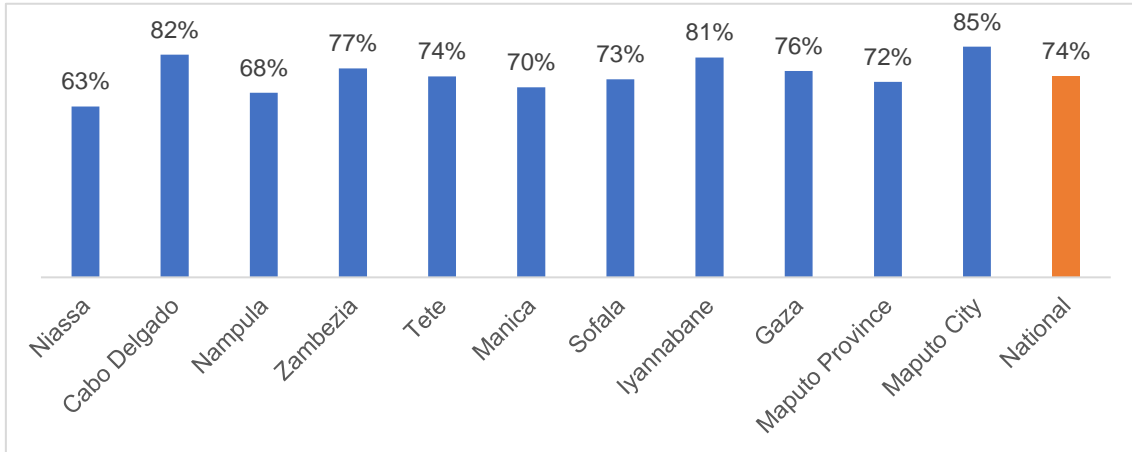
前述の 2018 年に実施された SARA (Service Availability and Readiness Assessment) では全国の 1,643 の保健施設を対象に各保健施設の基本医療機材の調査も実施され、結果は以下の通りであった(図 41)。体重計は比較的壊れにくいいため所持している施設が多いが、体温計、聴診器、血圧計などの壊れやすく定期的な補充が必要な物品は 5 分の 1 の施設では使用できない状態であり、産前健診等の基礎的なサービスにも支障があることがわかる。基本的な医療機材の平均的な利用可能性が 74%というのは、評価された 6 つの装備のうち平均して 5 つ程度の装備を保有していたことを意味する。



出典：SARA2018 Inventário Nacional

図 41：基礎医療機材の使用可能な施設割合

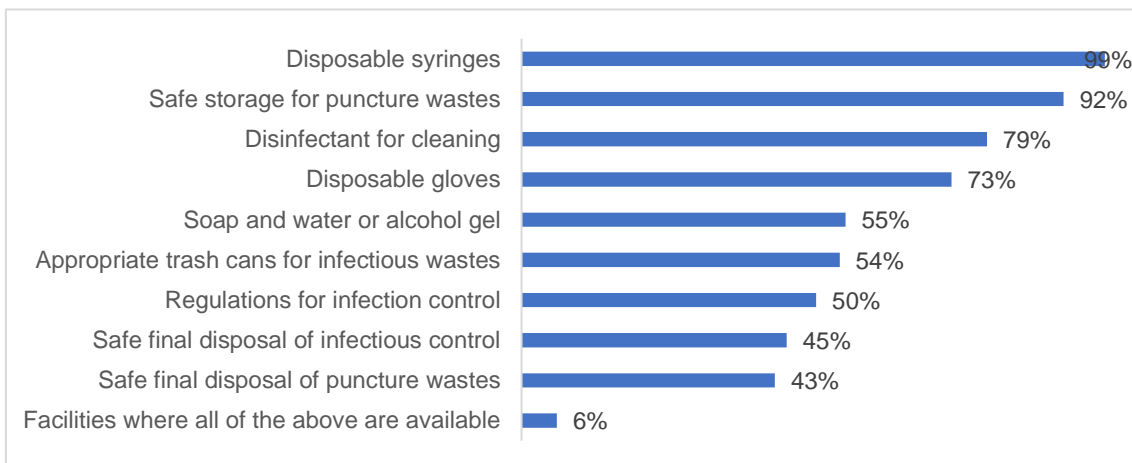
前述の基礎医療機材の平均的利用可能性を州ごとに比較すると以下の通りで、マプト市の平均的な利用可能性が最も高く、ニアッサとナン普拉が低い事がわかる（図 42）。



出典：SARA2018 Inventário Nacional

図 42：州ごとの基礎医療機材の平均的な利用可能性

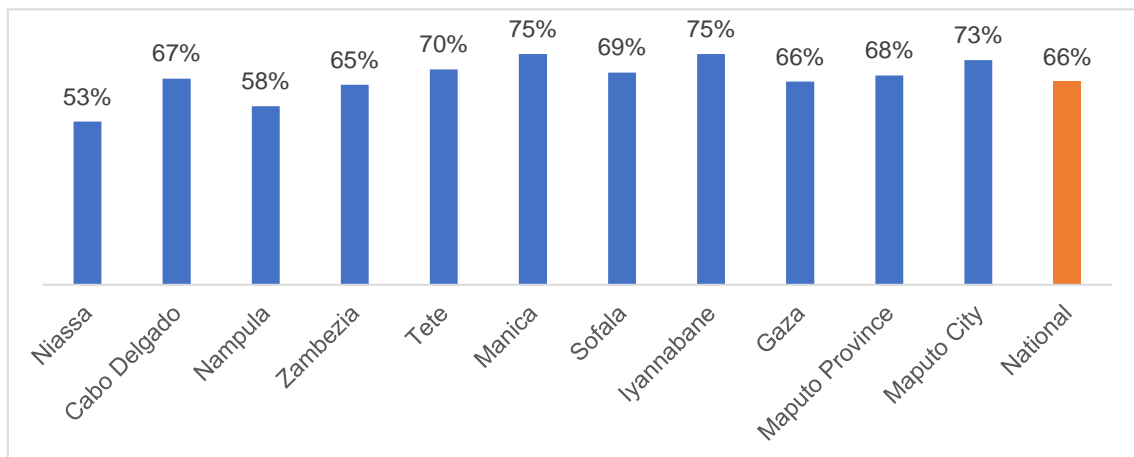
上記 SARA ではバイオセーフティに関する物品／項目が利用可能かどうかも調査されている。結果は図 43 の通り。この結果を見ると、手洗いや手指消毒ができない状況にある施設が半分ほどであり、COVID-19 等の感染症が出てきた時に脆弱であることがわかる。また感染性廃棄物の安全な最終処分ができていない保健施設が過半数であり、バイオセーフティに関する全ての物品／項目が利用可能なのはわずか 6%と危険な状況が続いている。



出典：SARA2018 Inventário Nacional

図 43：バイオセーフティ関連物品／項目の使用可能な施設割合

また、州ごとにバイオセーフティに関する物品／項目利用可能性を比較すると、基礎医療機材と同様、ニアッサとナン普拉で低いことがわかる（図 44）。



出典：SARA2018 Inventário Nacional

図 44：州ごとのバイオセーフティ関連物品／項目の平均的な利用可能性

3.5. 管理・監督機能

3.5.1. 地方分権化の流れ

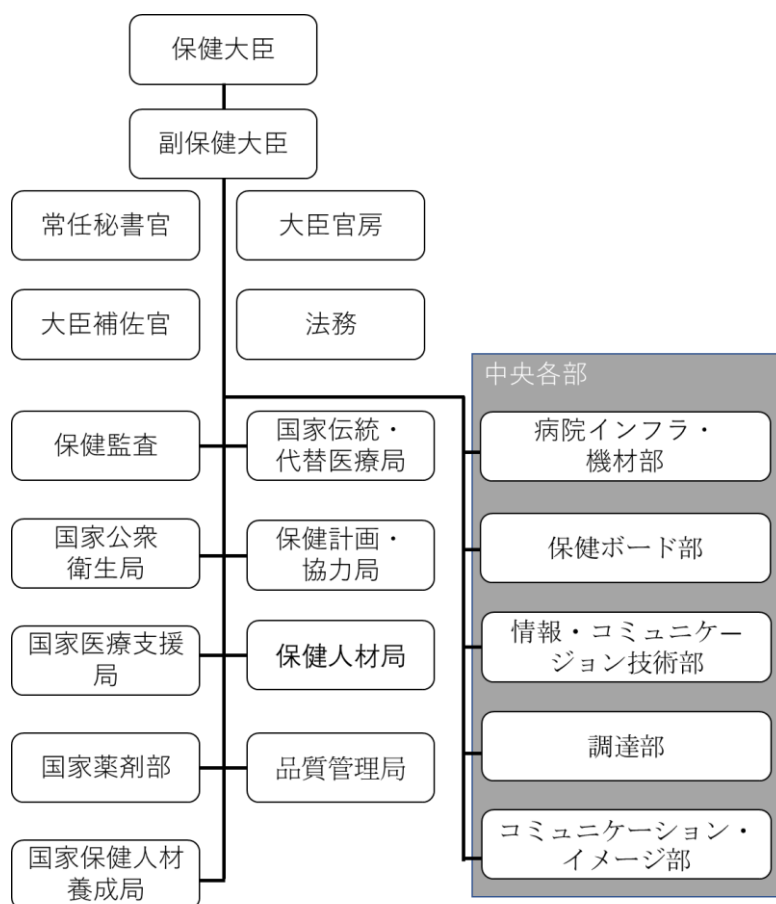
現在、モザンビークでは地方分権化が推進されている。2019 年まで、モザンビークの州政府のトップである州知事は中央政府から任命されて赴任しており、州保健局などの幹部も中央から送られてきた者が中心であった。これはまだ内戦の傷跡が癒えきっていないモザンビークが国としての統一を失い分裂してしまわないように、またネポチズムによって権力者の家族などだけで公務員が占められないようにするための政権党の方針であった。しかし民主化プロセスの中で州知事選挙をおこなうことは避けがたくなり、2019 年末の選挙から、州議会選挙で最も多くの票を獲得した政党の州党首が州知事 (Governador provincial) を務めることとなった。とはいえ、実際には州知事の権限は過去よりも少なくされており、その現れが各州に政府長官 (Secretario do Estado) が中央政府から任命され、各州に置かれる新しい仕組みである。これは行政組織の重複であり、選挙で選ばれた州知事の権限を縮小して中央政府の権限を維持する試みとも言える。しかし実際には政権政党であった FRELIMO が全州での選挙に勝利し、マプト市以外の 10 州州知事は政権政党の者となった。

3.5.2. 保健行政

(中央) 保健省は、政策・計画や規制等の策定、各種プログラムのモニタリングや管理、必須医薬品の調達・配布等を行っている。下図 45 の様に、保健大臣 (Ministro da Saúde) の下に副大臣 (Vice-Ministra)、事務次官 (Secretario Permanente) がおり、大きくは 8 つの局に分かれている (①国家公衆衛生局：Direcção Nacional de Saúde Pública、②国家医療支援局：Direcção Nacional de Assistência Médica、③国家薬剤局：Direcção Nacional de Farmácia、④国家保健人材養成局局：Direcção Nacional de Formação de Profissionais de Saúde、⑤国家伝統・代替医療局：Direcção Nacional de Medicina Tradicional e Alternativa、⑥保健計画・協力局：Direcção de Planificação e Cooperação、⑦国家保健人材局：Direcção de Recursos Humanos、⑧品質管理局：Direcção de Gestão e Garantia de Qualidade)。

各州には州保健局 (DPS：Direcção Provincial de Saúde) が設置され、「2.2.2. 保健予算の流

れと執行」のとおり 1 次医療レベルの保健施設整備と 1～3 次医療レベルの運営費（人件費も含む）予算配分・執行、人材の雇用・管理、モニタリング等を行うが、これは各州知事の監督下であり、州保健局スタッフの給与は州政府から支払われている。州の下には郡保健・女性・社会活動局（SDSMAS：Serviço Distrital de Saúde Mulher e Acção Social）があり、各郡長（Administrador distrital）の監督下で郡内の保健施設の管理運営等を行い、これらのスタッフの給与も郡政府から支払われる。地方分権化の下、医薬品や機材などの調達や物流管理は保健省管轄の機関によって管理されているが、1 次医療レベルの保健施設の整備（予算執行を含む）は州保健局が実施する。また、保健人材の採用・配置も州保健局や郡保健・女性・社会活動局が行うようになった。



出典：Republica de Moçambique. Diploma Ministerial 79/2019

図 45：保健省組織図

3.5.3. マルチセクターの管理・監督機関

保健課題は保健セクターだけで解決できるものではなく、他セクターとの協働が欠かせない。特に HIV／エイズ対策や栄養改善はマルチセクターの取り組みが求められており、保健行政を超えて政策策定や管理・監督機関の設置が行われている。HIV／エイズ対策と栄養改善に関するマルチセクターの取り組みを表 34 と表 35 に示す。

表 34 : HIV／エイズ対策に関するマルチセクターの取り組み

項目	内容
マルチセクターエイズ対策実施体制	<ul style="list-style-type: none"> • Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA (CNCS) は首相直轄のマルチセクターエイズ対策実施機関である。その下、各州に Conselho Provincial de Combate ao HIV/SIDA (CPCS、スタッフ数は数名から 10 名程度) が存在し、更にその下に州内すべての郡に存在する Conselho Distrital de Combate ao HIV/SIDA (CDCS) があり、郡エイズフォーカルポイントと呼ばれる郡のスタッフが通常 1 名いる。これら郡のエイズ対策フォーカルポイントは郡保健・女性・社会活動局 (SDSMAS-Serviço Distrital de Saúde Mulher e Acção Social) のスタッフが兼任しているケースが多く、その場合は片手間に CPCS の指示があった報告を上げるだけ (もしくは報告すらあげない) というケースも少なくない。 • 以前は開発パートナーが抛出するエイズ対策バスケットファンドがあり、その予算を各郡で活動する様々な NGO に分配していたため強力だったが、運営に問題があったことからバスケットファンドがなくなり、モザンビーク独自の予算のみとなって予算面での力が衰えた。 • 郡フォーカルポイントは郡政府各部署、会社/NGO/各種団体を含むプライベートセクターと統制しながらエイズ対策を推進することが期待されている。

表 35 : 栄養改善に関するマルチセクターの取り組み

項目	内容
栄養に関するマルチセクター活動計画	<ul style="list-style-type: none"> • Plano de Acção Multisectorial para Redução da Desnutrição Crónica 2011-2020 Multisectoral Action Plan for the Reduction of Chronic Undernutrition in Mozambique 2011~2020 <ul style="list-style-type: none"> • 事実上栄養セクターの中心的な活動計画 戦略目標： <ul style="list-style-type: none"> • 青少年女子 (10~19 歳) ・妊娠可能年齢女性・2 歳以下の子どもに対する保健・栄養改善対策を強化 • 高栄養価食品へのアクセス及び摂取改善のため世帯への支援を強化 • 人材育成、栄養改善施策実施におけるアドボカシー・調整・管理機能を強化 • 栄養サーベイランスシステムの強化
マルチセクター栄養改善実施体制	<ul style="list-style-type: none"> • Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional (SETSAN) Technical Secretariat for Food and Nutrition Security <ul style="list-style-type: none"> • 2006 年農業省下に栄養に関するマルチセクター調整機構として設立 • 2011 年加盟した SUN のフォーカルポイント • Grupo Técnico de PAMRDC Technical Working Group for PAMRDC <ul style="list-style-type: none"> • SETSAN が主導する、栄養事業に関するマルチセクター技術部会。PAMRDC の計画・実施を調整・促進する。 • 2~3 ヶ月毎に会合を開催 • 参加メンバーは関連省庁、開発パートナー、市民社会など • 全国 11 週に GT-OAMDRC が設立され、SETSAN 担当者が中心となって、州レベルの栄養事業の調整を行う。

項目	内容
	<ul style="list-style-type: none"> • Nutrition Partner Forum <ul style="list-style-type: none"> • 2011 年に設立された栄養関連支援を行う開発パートナーのフォーラム。2 ヶ月に一度程度開催。 • 栄養改善拡充イニシアティブ（Scaling Up Sun Nutrition Movement： SUN）ネットワーク <ul style="list-style-type: none"> • 2011 年に加入。SUN フォーカルポイントは SETSAN 事務局長 • 政府省庁ネットワーク：GT-PAMRDC • 開発パートナーネットワーク：DFID • 市民社会ネットワーク：Association for Food and Nutrition とヘレン・ケラーインターナショナルが Civil Society Platform を主催 • ビジネスネットワーク：WFP/GAIN 支援のもと 2016 年に発足。100 メンバー企業（2019 年時点）
<p>主なマルチセクター栄養事業</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 青少年女子（10～19 歳）の栄養改善 <ul style="list-style-type: none"> ○ 貧血改善、若年妊娠の削減、栄養教育の強化 ○ 保健省、教育省、女性・社会福祉省などが主導・調整 • 妊娠可能年齢の女性に対する保健・栄養改善対策強化 <ul style="list-style-type: none"> ○ 微栄養素欠乏と貧血改善、感染症対策、低栄養・低体重の改善 ○ 保健省や女性・社会福祉省などが主導・調整 • 2 歳以下の子どもに対する保健・栄養改善対策強化 <ul style="list-style-type: none"> ○ 生後 6 カ月の完全母乳育児促進・適切な乳幼児補完食促進 ○ 保健省や女性・社会福祉省などが主導・調整 • 高栄養価食品へのアクセス・摂取改善のための世帯支援強化 <ul style="list-style-type: none"> ○ 高栄養価食品の地方生産力強化及び貧困世帯による摂取促進。適切な食品加工・貯蔵手法に関する能力強化。食料安全保障レベルが低い世帯の社会保障サービスへのアクセス強化。栄養強化食品（特にヨード添加塩）の供給と摂取増加。青少年女子・妊婦・2 歳以下の子どもがいる貧困世帯の基礎的衛生環境改善。 ○ 農業・食料安全保障省、保健省、女性・社会福祉省、経済産業省などが主導・調整 • 学校給食事業 <ul style="list-style-type: none"> ○ 2013 年に開始。7 州の選定された小学校で給食を提供。食材は可能な限り地域の農家から購入。教師や児童の栄養教育も強化。予算不足で全国展開には至っておらず、対象となる児童のカバー率も低いのが現状。 ○ 教育省が WFP の協力のもと実施 • 基礎社会保障事業 <ul style="list-style-type: none"> ○ 貧困世帯への長期的現金給付（子ども手当や障害 手当など含む）を通じた子どもや社会的弱者の低栄養の改善も目的。 ○ 女性・社会福祉省が実施 • 栄養改善事業 <ul style="list-style-type: none"> ○ 北部 2 州（ザンベジア州、ナンブラ州）を対象に 2017 年に開始した 5 年間のプロジェクト。PAMRDC 実施支援を基本理念に、州・町レベルにおける栄養行政の能力強化のほか、水・衛生設備の改善、子ども、青少年、女性を対象にした必須

項目	内容
	<p>栄養パッケージの実施を、農業普及員、APE⁴⁶を巻き込む形で推進している。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ EU 資金拠出、UNICEF 実施支援等 ● レジリエントな農業 市場活動プロジェクト（農業・食料安全保障事業） <ul style="list-style-type: none"> ○ 2016 年に北部 2 州（ザンベジア州、ナンブラ州）で開始。 ○ 環境保全型農業と機械化のための新技術の普及により、農業生産性を向上させ、気候変動への耐性を強化する。また、気候やマーケットなどの農業 関連情報の質と活用を向上させる。これらにより、貧困削減と飢餓対策を強化することが目的。 ○ USAID 実施

⁴⁶ APE : Agente Polivalente Elementar（基礎的多目的活動エージェント）。保健省によって公式に認められているコミュニティヘルスワーカー。主な活動はコミュニティに対するヘルス・プロモーション、疾病予防だが、簡単な治療も行う。

4. モザンビークにおける協力ニーズの特定及び方針への提言

4.1. 保健セクターの課題とニーズ

これまでのモザンビークにおける保健セクターの現状分析で明らかになった課題とニーズは、表 36 のように整理できる。

表 36 : モザンビークにおける保健セクターの課題とニーズ

疾病負担の現状	母子保健や感染症の疾病負担が大きい。	
課題	保健サービスはある程度利用されているが、サービスの質が低い	
考えられる要因	<ul style="list-style-type: none"> 保健人材や医薬品などが不足している 人材の採用・配置、医薬品などの物流管理の能力が弱い 	<ul style="list-style-type: none"> 外部資金への依存が大きい、同資金は減少傾向にある 外部資金が急激に減少した際には医薬品の不足などが生じたといわれる
必要な対策	<ul style="list-style-type: none"> 州・郡保健局の行政能力強化 	<ul style="list-style-type: none"> 国内資金の動員戦略の策定

(1) 疾病負担の現状

感染症や母子保健の疾病負担が大きい

2019 年における全年齢の主な死亡原因を見ると、感染症による死亡が全死亡原因の 54% と、次いで大きな割合である非感染症 (29%) と比べても、突出して大きな割合を占めている。感染症の中でも、特に HIV/エイズと性感染症 (26%)、小児肺炎を含む呼吸器感染症と結核 (14%)、マラリアと顧みられない熱帯病 (NTDs : 8%) による死亡が多い。また、「周産期及び新生児の障害」も全年齢の主な死亡原因の 10% と、4 番目に大きな割合である。妊産婦死亡の原因を見ると、間接的産科的原因が 55% (2014 年) と過半数を占めており、この間接的産科原因の主なものは HIV/エイズ、マラリアであることから「周産期及び新生児の障害」にも感染症が深く関わっていることがわかる。モザンビークの妊産婦死亡率 (出生 10 万人対) は 289 (2017 年) と、サブサハラアフリカ平均 (534) や低所得国平均 (455) と比較して良好ではあるが、産前健診時などに妊産婦に対して適切な感染症対策を行うことで回避できるものが多く、未だ改善の余地は大きい。また、1 カ月～5 歳未満児の死亡でもマラリア (20% : 2015 年)、肺炎 (19%)、下痢 (13%) 等が主な原因であり、これらの疾患もプライマリーヘルスケアにて予防・治療可能なケースが多い。

(2) 課題

保健サービスはある程度利用されているが、サービスの質が低いと考えられる

前述のとおり、大きな健康課題となっている感染症と母子保健の問題は、その多くをプライマリーヘルスで予防・対策することが可能である。基礎的な保健サービスの利用状況を見ると、モザンビークでは近代的な家族計画が利用できる女性の割合は 45% (2015 年)、専門技能者の立会いの下での出産の割合は 54% (2011 年)、三種混合ワクチンの接種率は 88 (2019 年) と、同地域や同程度の所得がある国々との平均と同等、もしくは良好である。

しかし、インプットレバルの指標である保健人材や医薬品などの状況は、改善の余地が大

きい。人口千人あたりの医師の数は 0.08（2018 年）、看護・助産師は 0.68 と、同地域（それぞれ 0.23：2017 年、0.98：2018 年）や同程度の所得がある国々（それぞれ 0.34：2017 年、0.91：2018 年）と比べて極端に低い。また 2018 年に行われた調査では、評価された 15 種類の基礎医薬品すべてを有していた保健施設はなく、保健施設は平均して 8 種類の医薬品を保有していたのみであった。また同調査では基本医療機材の調査も実施され、体温計、聴診器、血圧計などの壊れやすく定期的な補充が必要な物品は 4 分の 1 から 5 分の 1 の施設では使用できない状態であり、産前健診等の基礎的なサービス実施にも支障があることがわかった。

モザンビークにおいては、家族計画や予防接種などの特定の保健サービスの利用についてはサブサハラアフリカや低所得国の平均と比較して良好であるものの、未だ予防・治療できる疾患で亡くなる者が多い。この点から言えることは、保健サービスの利用推進に加えて、サービスの質にも課題があるということである。保健人材や機材・医薬品等が不足している現状からも、サービスの質が低いであろうことが示唆される。

（3）考えられる要因と必要な取組み

考えられる要因①：保健人材や医薬品などが不足

地方分権化によって保健人材の採用・配置の権限が、保健省から州・郡保健局への移行中

地方分権化の進捗に伴って、これまで主に保健省が医療従事者を雇用していたが、現在は様々の保健行政レベルで雇用されることになっている。しかし、現実的には郡保健・女性・社会活動局（以下、郡保健局とする）が保健施設で働く医療従事者の現状を把握し、必要とされる人数を算出、それらの採用計画を立てることは難しく、特に医師などは州レベルで雇用され郡レベルに配属される。中級レベルの医療従事者の採用手続きは、州・郡保健局で行われるが、最終的な採用・雇用権限は州知事や郡長が持つ。地方部の公的保健施設で働く医療従事者は特別な手当が得られるなど、地方部での人材定着を促進する制度は準備されているが、それらは十分に実施されていないと指摘されている。

医薬品などは保健省レベルで調達されるが、保健施設への配送は州・郡保健局が担う

医薬品や機材などの調達は中央医薬品・医療機材（CMAM）にて行われ、それらの物流管理はサプライセンターが担う。これらの機関によって州保健局まで配送され、その後は州の配送センターが郡保健局に配送して、郡保健局が保健施設へ送る。民間物流業者への委託は稀であった。

州・郡保健局の保健行政（採用・配置、物流管理）能力の強化が必要

新たな地方分権体制の下で、保健人材の採用・配置について州保健局が担う役割が大きくなる一方、新たに担うことになった役割に対して州保健局では十分に実施体制が整っていないと考えられる。また、医薬品については、少なくとも保健分野戦略計画 2014～2019 では、国外資金への依存度が高いものの、予算や医薬品そのものの不足よりも、調達手続きの煩雑性や必要量の算出、物流管理が十分にできないことが課題とされている。州・郡保健局が保健施設への「ラスト・マイル」の配送を担うことになっており、保健施設での在庫切れを防ぐためには必要量の算出を含む適切な配布計画が必要である。

考えられる要因②：国内政府保健支出の不足

保健セクターは外部資金に大きく依存しているが、同資金は減少傾向にある

モザンビークの保健セクターの大きな特徴として国外からの資金への依存が挙げられる。UHC 達成には「GDP に占める政府保健支出の割合：5%以上」や「1人あたり政府保健支出：86.3 ドル以上」という水準で政府による財政支出が必要だとされている。しかし、モザンビークにおけるこれらの値は 1.5%、6.3 ドル（いずれも 2017 年）と、サブサハラアフリカ平均（1.9%、30.2 ドル）と低所得国平均（1.2%、9.0 ドル）と比較しても、国内政府保健支出は少ない。国内政府保健支出を補うように、モザンビークの「経常保健医療支出に占める外部資金の割合」は 61.2%（2017 年）と世界で 3 番目に大きく、外部資金への依存度合いが大きい。

しかし、過去 10 年間の保健セクター予算は国内資金 60%、海外資金 40%という割合だったが、2019 年にはその割合は国内資金 79%、海外資金 21%と、国外からの資金が急速に減少する傾向にある。特に 2016 年に多くの開発パートナーが支援を停止した際には医薬品等の不足が顕著になったという。持続可能な保健システムの運営には国内資金の動員が欠かせない。

なお、UHC モニタリング指標にもなっている「家計の支出／所得に占める健康関連支出が 10%、及び 25%以上の人口の割合」はそれぞれ 1.6%と 0.4%（2014 年）と、アフリカ平均（7.3%：2015 年、1.8%：2015 年）と比べて、国民の財政リスクは低く抑えられている。しかし、保健サービス利用にかかる阻害要因として「診療費を用意すること」を挙げた女性が 40%（2011 年）存在したことも事実である。また、2014～15 年に実施された家計調査では、2008～09 年に比べて医療費支出（実質額）が 300%以上増加していることが明らかにされた。そして、2016 年以降は外部資金も急激に減少していることから、近年は財政リスクが上昇していることも十分に考えられる。

国内資金の動員戦略の策定が望まれる

国外資金が減少する中、持続可能な保健システムの運営には国内資金、特に利用者の自己負担ではなく、政府保健支出を増やすことが欠かせない。政府保健支出を増やすためには、政府の財務能力、つまり税収などの公的資金の動員力の向上が前提となる。そして、モザンビークの政策における保健セクターの優先順位の問題もある。政策の優先順位を示す指標として、2001 年にアフリカ連合は「政府支出に占める政府保健支出の割合を 15%以上にすること」を目標とする「アブジャ宣言」を掲げている。しかし、モザンビークの同値は 4.7%（2017 年）に留まっており、保健セクターが優先されているとは言い難い。

政府の財務能力も政策における保健セクターの優先順位も、保健省だけではなく、徴税や予算編成を担う財務省と調整・折衝を行うものであり、そのためには中・長期的な保健財政戦略が欠かせない。保健セクター戦略計画（PESS 2014～2019）でも「適切かつ持続可能な医療サービスの資金調達を確保する」ことを目的に「保健セクターのための資金調達戦略を策定する」ことが挙げられている。しかし、今回の情報収集の範囲では、未だ保健財政戦略の策定は行われていない。

4.2. 今後の協力方針に関する提言

保健セクターの課題とニーズに応えるための方策として、(1) 州・郡保健局の能力強化、(2) 国内資源の動員を図る保健財政戦略の策定支援、という 2 点を提言する。

図 46 は、モザンビークにおける課題と要因の関係を示したものである。詳細は各案にて記載するが、1 次医療／プライマリーヘルスケアの質向上を図るため、技術協力という援助スキームでの取り組みとしては、同サービスの提供に関して予算執行の権限を持つ州・郡保健局の保健行政能力の強化と、予算の源流となる中央レベルにおける国内資金動員の戦略策定が必要と考えられる。

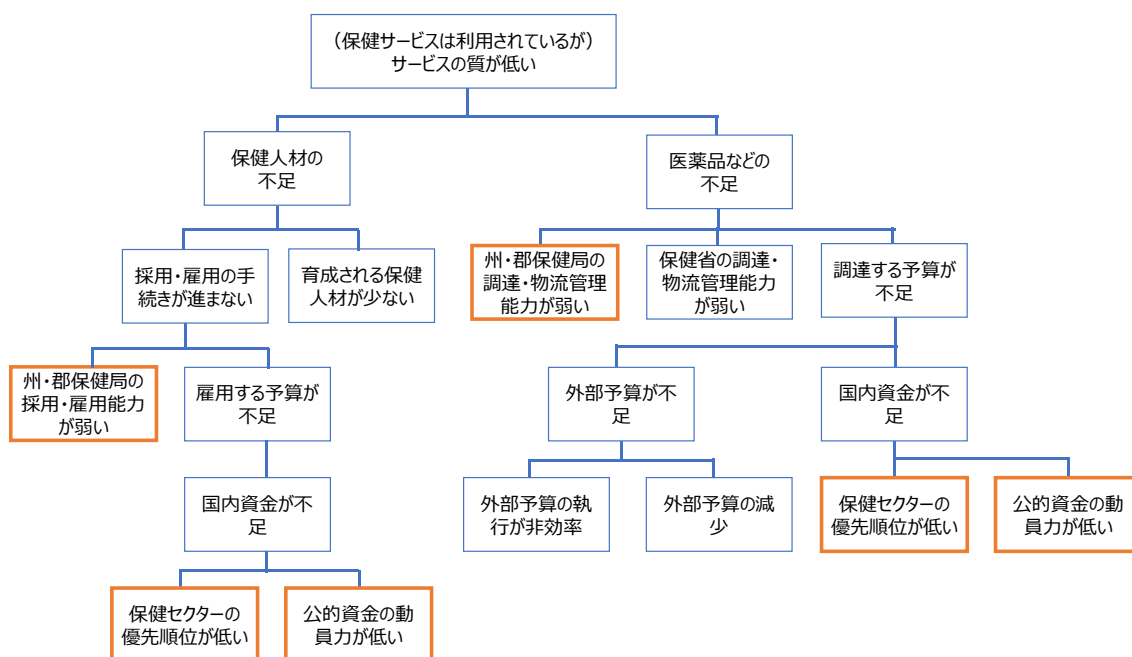


図 46 : モザンビークにおける課題と要因の関係

(1) 州・郡保健局の行政能力強化（特に保健人材の採用・配置、医薬品の物流管理）を通じて、プライマリーヘルスケアの質向上

【背景】新たな地方分権体制の下で、特に保健人材の採用・配置については州保健局が担う役割が大きい。一方、保健人材の不足に対して、技術協力にて予算不足に直接的に関与することは困難であるため、州・郡保健局の採用・雇用能力の強化が望まれる。日本はモザンビークで長年に渡って保健人材育成の支援を行っており、今後の支援においては現場の医療従事者の育成に限らず、育成された医療従事者の採用・配置に取り組むことは、これまでの支援との一貫性という観点からも意義が大きいと考えられる。なお、定着については保健省/局だけではなく、公務員の待遇として日本の人事院に相当する他省庁が管轄する事項も多くなり、技術協力プロジェクトで関与することは困難だと考えられる。

医薬品の不足についても、技術協力にて予算不足に直接的に関与することは困難である。そして、USAID が中央医薬品・医療機材を通じて HIV/エイズ、マラリア、家族計画、母子保健に関わる医薬品や消耗品の調達支援を行っており、中央レベルでの支援は重複が心配される。保健施設への「ラスト・マイル」の輸送は州・郡保健局が担っているこ

とも鑑みて、物流管理に関わる同局の能力強化が望ましい。

【協力対象】 州・郡保健局の保健人材部、薬剤部

【上位目標】 医療従事者の配置や医薬品などの入手可能性が改善し、保健サービス（特にプライマリーヘルスケア）の質が向上する。

【目的】 保健人材の採用・配置計画、そして医薬品など年間活動計画の立案（Plan）、実施（Do）、評価（Check）、改善（Action）という PDCA サイクルの導入・定着を通じて、州・郡保健局の能力が強化される。

【活動】

- PDCA サイクルを含めた年間活動計画策定マニュアルの作成、同マニュアルに沿った指導（州保健局から郡保健局へのカスケード研修を想定）
- 州保健局から郡保健局へのモニタリング・スーパービジョンの実施

【留意事項】 保健人材の採用については、その予算は州財務当局や（中央）保健省、財務省との折衝が必要なものであり、CP として期待される州・郡保健局だけでは定められないことに留意が必要である。同様に、医薬品などの物流管理についても中央レベルで調達、そして州レベルまでの配送が適切になされることが本案の前提となっている。

（２） 国内資源の動員を図る保健財政戦略の策定支援

【背景】 予算不足は、保健人材や医薬品などの不足だけではなく、あらゆる課題の根底にあるものである。しかし、日本による支援として、特に技術協力という援助スキームにて、外部資金の執行効率化や内部予算の増加に関与することは困難である。一方、保健セクター戦略計画（PESS 2014-2019）でも「保健セクターのための資金調達戦略を策定する」ことが挙げられており、保健省も保健財政戦略の必要性を認識している。将来、保健セクターに用途指定した課税の導入・拡大、政策における保健セクターの優先順位を保健省が財務省と調整・折衝する際、保健省は中・長期的な保健財政戦略を根拠することが必要となるであろう。この保健財政戦略が策定されることを長期的な視野に入れて外部資金の減少による影響を調べる取組みが案として考えられる。

【協力対象】 保健省国家保健計画・協力局及び州保健局

【上位目標】 国内資金の動員方法について、中・長期的な展望の議論が促進される

【目的】

地方分権化の下での新しい役割と責務に必要な費用概算／予算計画の策定能力の向上
外部資金減少によるサービス提供側、利用側への影響が明らかになる

【活動】

州保健局向けの費用概算／予算計画策定マニュアルの整備、同マニュアルに沿った指導
外部資金の減少による保健サービスの提供体制への影響や、利用者自己負担の現状とサービスへのアクセスへの影響を調査

【留意事項】 これまでモザンビークでは税方式（ビバレッジ型）にて、外部資金への依存は高いものの、一般財源を主とする体制になっていた。一方、全国民を対象にした国民健康保険スキームの構築が図られており、2019 年には公務員を対象にした医療保険の導入が閣僚会議で協議された。今後、保険料や目的税、さらに保健施設窓口での利用者自己負担などの形で財源を確保していくのか、もし仮にそのような方針となった場合に国民から許容され

るのか、方向性を見守っていく必要がある。

4.3. 今後の確認事項

政府が進める地方分権化や保健セクターへの外部資金の減少など、モザンビークの保健セクターに大きな影響を与える現象が生じている。一方、DHS (Demographic and Health Survey) という世帯調査は2011年、家計調査は2014～15年、そして保健施設の現状調査であるSARA (Service Availability and Readiness Assessment) は2018年に実施されており、これらの調査からは冒頭の現象がどのような影響をもたらしているのか、判断することができない。また、本情報収集確認調査では、調査団が現地にて情報収集へ就くことはできず、再委託を通じての調査であったため、得られた情報にも限りがあった。そのため、協力方針を詳細に検討するためには、更なる情報が必要である。1～2章における記載とも重複するが、表37にて改めて今後の事項をまとめる。

表 37 : 今後の確認事項

地方分権化	<ul style="list-style-type: none"> 2020年から新たな予算編成・執行体制となり、多くの役割・責務が中央レベルから州・郡レベルへ移った。予算編成・執行状況について情報を収集して、特に州・郡レベルが十分にその役割・責務を果たすことができているのか、確認する必要がある。また、今後の地方分権化の移行期間などの動向も追う必要がある。 2019年末の選挙から、州政府における州知事と政府長官の二重体制が発生した。両者の役割分担/権限の違いを確認する必要がある。
保健財政や医療保障の動向	<ul style="list-style-type: none"> 保健セクターに限ったことではないが、政府の財務能力、つまり税金などの公的資金の動員力の向上の取組み、そして、モザンビークの政策における保健セクターの優先順位を巡る動向を確認する必要がある。 これまでモザンビークでは税方式（ビバレッジ型）にて、一般財源を主とする体制になっていた。一方、全国民を対象にした国民健康保険スキームの構築が図られており、2019年には公務員を対象にした医療保険の導入が閣僚会議で協議された。今後、保険料や目的税、さらに保健施設窓口での利用者自己負担などの形で財源を確保していくのか、もし仮にそのような方針となった場合に国民から許容されるのか、方向性を見守っていく必要がある。
開発パートナー	<ul style="list-style-type: none"> 特に PROSAUDE というコモンファンドへの拠出金の減少は今後も続くものであるのか、また現状の PROSAUDE 運営では予算執行の遅れが生じており、その原因と対応策を確認する必要がある。
保健省	<ul style="list-style-type: none"> 保健セクター戦略計画（PESS 2014～2019）でも「保健セクターのための資金調達戦略を策定する」ことが挙げられており、中・長期的な保健財政戦略の策定状況を確認する。
州・郡保健局	<ul style="list-style-type: none"> 地方分権化によって、インフラ整備や保健人材の採用・配置を担うことになったが、予算編成を含む計画・実施・評価の能力アセスメントが必要である。
保健施設	<ul style="list-style-type: none"> 2016年頃から外部資金の減少が続いている。これによって、保健セクター全体では、直接的には資本支出予算、そして間接的には運営費予算が不足していると考えられる。資本支出としてインフラや機材の整備、運営費として保健人材の採用や医薬品などの調達、そしてこれらの入手可能性について保健施設での現状調査が必要となる。前回に行われた現状調査は2018年であり、それ以降、状況が悪化している可能性がある。

世帯	<ul style="list-style-type: none"> 2014-15年に実施された家計調査の結果からは国民の財政リスクは低く抑えられているものの、2008～09年に比べて医療費支出（実質額）が300%以上増加している。2016年から続く外部資金の減少によって、家計自己負担が急増している可能性があり、最新の家計支出調査が望まれる。 2011年に行われた世帯調査では保健サービス利用にかかる阻害要因として、「保健施設への距離」を挙げた女性が最も多く53%であったが、「診療費を用意すること」を挙げた者も40%であった。上記のように家計自己負担が急増している可能性があり、保健サービスへのアクセスへの影響を確認する必要がある。
----	---

以下、（１）州・郡保健局の能力強化、（２）国内資源の動員を図る保健財政戦略の策定支援、という２点において必要な確認事項を整理する。

（１） 州・郡保健局の行政能力強化

本情報収集・確認調査では主に保健システムの現状、そして保健行政の各レベルにおける役割と責務などについて情報収集を行った。協力事業の詳細を検討するにあたり、今後は対象（候補）となる州保健局などの能力アセスメント（職員配置状況を含む）が必要である。また、現在進行している地方分権化の下での各行政レベルの役割と責務、そして州政府における州知事と政府長官との間での権限の違い、そして地方分権化の移行期間などの動向も追う必要がある。

（２） 国内資源の動員を図る保健財政戦略の策定支援

先に述べたように、近年は保健サービスの利用に際して国民が負う財政リスクが上昇していることも考えられる。モザンビーク政府が国内資源の動員へ真剣に取り組むためには、「国民が財政リスクを負っている」というエビデンス（根拠）は大きな検討材料になる。家計調査は概ね５年おきに実施されている一方、前回の調査から既に７年が経っているため、最新の情報が待たれる。上記と同様に、新たな地方分権化体制の下で、保健省や州保健省が費用概算などの予算策定能力をどの程度有しているか、能力アセスメントが必要である。

モザンビーク、アンゴラ、ナイジェリアにおけるSDGsグローバル指標

別添1

グローバル指標名 Global Indicator Name	モザンビーク			アンゴラ			ナイジェリア		
	Value	Year	Rating	Value	Year	Rating	Value	Year	Rating
ゴール1:あらゆる場所のあらゆる形態の貧困を終わらせる	Goal 1: End Poverty in all its forms everywhere								
国際的な貧困ラインを下回って生活している人口の割合	Poverty headcount ratio at \$1.90/day (%)	55.5	2020	21.0	2020		47.6	2020	
国際的な貧困ラインを下回って生活している人口の割合	Population living below the national poverty line(%)	46.1	2014	36.6	2008		46	2009	
ゴール2:飢餓を終わらせ、食料安全保障及び栄養改善を実現し、持続可能な農業を促進する	End hunger, achieve food security and improved nutrition and promote sustainable agriculture								
栄養不足蔓延率	Prevalence of undernourishment (%)	27.9	2017	25.0	2017		13.4	2017	
5歳未満の子供の発育阻害の蔓延率 (WHO子ども成長基準で、年齢に対する身長が中央値から標準偏差-2未満)	Prevalence of stunting in children under 5 years of age (%)	43.1	2011	37.6	2016		43.6	2016	
5歳未満の子供の栄養不良の蔓延率 (WHOの子ども成長基準で、身長に対する体重が、中央値から標準偏差+2超又は-2未満) (タイプ別 (やせ及び肥満))	Prevalence of wasting in children under 5 years of age (%)	6.1	2011	4.9	2016		10.8	2016	
肥満の蔓延率 (成人)	Prevalence of obesity, BMI ≥ 30 (% of adult population)	7.2	2016	8.2	2016		8.9	2016	
ゴール3:あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する	Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages								
妊産婦死亡率	Maternal mortality rate (per 100,000 live births)	289	2017	241.0	2017		917	2017	
専門技能者の立ち会いの下での出産の割合	Proportion of births attended by skilled health personnel	54.3	2011	49.6	2016		40.3	2017	
新生児死亡率	Neonatal mortality rate (per 1,000 live births)	27.8	2018	28.5	2018		36.0	2018	
5歳未満児死亡率	Mortality rate, under-5 (per 1,000 live births)	73.2	2018	77.2	2018		119.9	2018	
非感染者1,000人当たりの新規HIV感染者数 (性別、年齢及び主要層別)	Number of new HIV infections per 1,000 uninfected population, by sex, age and key populations	5.3	2018	1.0	2018		0.7	2018	
抗レトロウイルス薬を利用しているHIVを保有する成人の割合 (%)	People living with HIV receiving antiretroviral therapy (%)	56	2018	27.0	2018		53	2018	
10万人当たりの結核感染者数	Tuberculosis incidence per 100,000 population	551	2018	355.0	2018		219	2018	
発熱した5歳未満児の適切な抗マラリア薬による治療を受けている割合 (%)	Proportion of children under 5 with fever who are treated with appropriate anti-malarial drugs (%)	98.6	2018	76.7	2016		20.6	2017	
10万人当たりのマラリアによる死亡率	Malaria mortality rate (per 100,000 population)	48.9	2018	43.6	2018		48.9	2018	
顧みられない熱帯病に対する予防的な化学療法のカバレッジ (%)	Coverage of Preventive Chemotherapy for Neglected Tropical Diseases (%)	72.8	2018	25.3	2018		64.6	2018	
心血管疾患、癌、糖尿病、又は慢性的呼吸器疾患の死亡率 (30-70歳の成人 %)	Age-standardised death rate due to cardiovascular disease, cancer, diabetes, or chronic respiratory disease in adults aged 30-70 years (%)	18.4	2016	16.5	2016		22.5	2016	
10万人当たりの道路交通事故による死亡率	Traffic deaths (per 100,000 population)	30.1	2016	23.6	2016		21.4	2016	
1,000人当たりの青年期 (15-19歳の女性) の出生率	Adolescent fertility rate (births per 1,000 adolescent females aged 15 to 19)	148.6	2017	150.5	2017		107.3	2017	
サービスカバレッジのユニバーサルヘルスカバレッジ (UHC) 指標	Universal health coverage (UHC) index of service coverage (worst 0-100 best)	46	2017	40.0	2017		42	2017	
10万人当たりの家庭内及び外部の大気汚染による死亡率	Age-standardized death rate attributable to household air pollution and ambient air pollution (per 100,000 population)	110	2016	119.0	2016		307	2016	
WHO推奨のワクチンのうち2種を接種して生存する乳児の割合	Percentage of surviving infants who received 2 WHO-recommended vaccines (%)	80	2018	50.0	2018		57	2018	
出生時平均寿命	Life expectancy at birth (years)	60.1	2016	62.6	2016		55.2	2016	
主観的健康感尺度	Subjective well-being (average ladder score, worst 0-10 best)	4.9	2019	3.8	2014		5.3	2018	
ゴール4:すべての人々への包摂的かつ公正な質の高い教育を提供し、生涯学習の機会を促進する	Goal 4: Ensure inclusive and equitable quality education and promote lifelong learning opportunities for all								
初等教育純就学率 (%)	Net primary enrollment rate (%)	93.9	2018	78.0	2011		64.1	2010	
識字率 (15-24才 %)	Literacy rate (% of population aged 15 to 24)	70.9	2017	77.4	2014		75	2018	
ゴール5:ジェンダー平等を達成し、すべての女性及び女性の能力強化を行う	Achieve gender equality and empower all women and girls								
近代的手法によって、家族計画についての自らの要望が満たされている出産可能年齢 (15-49歳) における女性の割合 (%)	Demand for family planning satisfied by modern methods (% of females aged 15 to 49 who are married or in unions)	55.5	2015	29.8	2016		42.8	2018	
ゴール6:すべての人々の水と衛生の利用可能性と持続可能な管理を確保する	Ensure availability and sustainable management of water and sanitation for all								
安全に管理された飲料水サービスを利用する人口の割合 (%)	Population using at least basic drinking water services (%)	55.7	2017	55.8	2017		71.4	2017	
基本的な公衆衛生サービスを利用する人口の割合 (%)	Population using at least basic sanitation services (%)	29.4	2017	49.9	2017		39.2	2017	

出典:2020 Africa SDGs Index and Dashboards と外務省 Japan SDGs Action Platform

■: Major challenges, ■: Significant challenges, ■: Challenges remain, ■: SDG achieved.

モザンビークとサブサハラ平均における全年齢の主な死亡原因の推移

別添2

モザンビーク		サブサハラ平均	
2010	2019	2010	2019
HIV/AIDS and sexually transmitted infections	27.7%	HIV/AIDS and sexually transmitted infections	26.0%
Respiratory infections and tuberculosis	14.3%	Respiratory infections and tuberculosis	13.8%
Maternal and neonatal disorders	10.0%	Cardiovascular diseases	12.0%
Neglected tropical diseases and malaria	9.8%	Maternal and neonatal disorders	10.0%
Cardiovascular diseases	9.4%	Neglected tropical diseases and malaria	8.0%
Enteric infections	4.9%	Neoplasms	5.1%
Neoplasms	3.7%	Enteric infections	3.9%
Other infectious diseases	3.7%	Other non-communicable diseases	3.3%
Other non-communicable diseases	3.1%	Diabetes and kidney diseases	2.8%
Digestive diseases	2.2%	Digestive diseases	2.7%
Diabetes and kidney diseases	2.1%	Unintentional injuries	2.5%
Unintentional injuries	2.0%	Other infectious diseases	2.3%
Transport injuries	1.8%	Transport injuries	2.0%
Nutritional deficiencies	1.7%	Self-harm and interpersonal violence	1.7%
Self-harm and interpersonal violence	1.3%	Chronic respiratory diseases	1.4%
Chronic respiratory diseases	1.2%	Nutritional deficiencies	1.3%
Neurological disorders	0.8%	Neurological disorders	1.0%
Substance use disorders	0.1%	Substance use disorders	0.1%
Skin and subcutaneous diseases	0.1%	Skin and subcutaneous diseases	0.1%
Musculoskeletal disorders	0.0%	Musculoskeletal disorders	0.1%
Mental disorders	0.0%	Mental disorders	0.0%

出典： Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), GBD Compare Data Visualization, Seattle, WA, IHME, University of Washington, Available from <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>, (Accessed 2020.11.20) をもとに調査団が作成

脚注 番号	参考資料
1	WHO (2018) Global Reference List of 100 Core Health Indicators
3	WHO Regional Office for Africa. Increasing access for child and maternal health care services: the Mozambique experience. 2013
4	保健分野戦略計画 (2014-2019)
7	UNAIDS, 90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic
8	Inquérito de Indicadores de Imunização, Malaria e HIV/SIDA(2015)
12	WHO. Global Reference List of 100 Core Health Indicators. 2018
15	Trend Analysis: Key Food Security & Nutrition Indicator Mozambique (2016), World Food Programme
18	OECD.Stat
19	DAC and CRS code lists (http://www.oecd.org/dac/financing-sustainable-development/development-finance-standards/dacandcrscodelists.htm)
21	Francisco Mbofana. The retention of health workers in rural and remote areas in Mozambique. 2012
22	The World Bank. The Human Resources for Health Situation in Mozambique. 2006
24	Mid-level health workers for delivery of essential health services, Annex 6. Mozambique (Global Health Workforce Alliance, WHO, 2013)
26	Xu, K., Saksena, P., Jowett, M., Indikadahena, C., Kutzin, J., & Evans, D. B. Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk, World Health Report. 2010
27	McIntyre, D., Meheus, F. Fiscal Space for Domestic Funding of Health and Other Social Services. Chatham House Centre on Global Health Security Working Group Papers. 2017
28	Health Policy Project. Health Financing Profile: Mozambique Available from https://www.healthpolicyproject.com/pubs/7887/Mozambique_HFP.pdf (2020/12/06閲覧)
29	Instituto Nacional de Estatística. Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. 2013
30	Portal do Governo de Mozambique. Governo projecta sistema de seguro para funcionários do Estado. Available from https://www.portaldogoverno.gov.mz/por/Imprensa/Noticias/Governo-projecta-sistema-de-seguro-para-funcionarios-do-Estado (2020/12/06)
31	Alba Llop Gironés. Health care inequalities in Mozambique: needs, access, barriers and quality of care. 2018
32	Characterization of the Health Information System in Mozambique, Swiss TPH / SCIH PHISICC WS3 – Moçambique. 2017
33	The Centre of Excellence for CRVS Systems Country Profiles, https://crvssystems.ca/country-profile/mozambique
34	Portal do Governo de mozambique (https://www.portaldogoverno.gov.mz/por/Imprensa/Noticias/Governo-quer-melhorar-cobertura-do-registo-de-nascimento) https://www.portaldogoverno.gov.mz/por/Imprensa/Noticias/Governo-quer-melhorar-cobertura-do-registo-de-nascimento) (2021/03/03閲覧)
35	UNICEF Data: Monitoring the situation of children and women
36	The Centre of Excellence for CRVS Systems Country Profiles, https://crvssystems.ca/country-profile/mozambique
37	Direcção Nacional de Identificação Civil (DNIC) (http://196.3.96.161/mint.gov.mz/images/docs/dic.doc) (2021/03/03 閲覧)
38	モザンビーク保健省 Anuário Estatístico de Saúde 2019
39	USAID: Overview of Private Actors in the Mozambican Health System and Rapid Assessment of the Supply Chain 2019
40	Plano Estratégico do Sector da Sade 2014-2019
41	Plano Estratégico do Sector da Sade 2014-2019
42	Lista Nacional de Medicamentos Essenciais 2017
43	保健分野戦略計画 (2014-2019)
44	USAID: Overview of Private Actors in the Mozambican Health System and Rapid Assessment of the Supply Chain 2019
45	USAID: Overview of Private Actors in the Mozambican Health System and Rapid Assessment of the Supply Chain 2019