

コートジボワール国

コートジボワール国  
女性・子ども・貧困層に向けた  
ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ  
推進のための保健セクター政策に係る  
情報収集・確認調査  
ファイナル・レポート

2022年3月

独立行政法人国際協力機構（JICA）

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社  
株式会社国際開発センター

アフ
JR
22-021

# 目次

第1章	情報収集・確認調査の概要	1
第2章	保健セクターの開発の現状・課題及びJICA支援案の位置付け	3
2-1	保健セクターの開発の現状・課題	3
第3章	COVID-19に係る現状と課題	17
3-1	COVID-19に係る現状、対策措置	17
3-2	ワクチンの充足状況	18
3-3	COVID-19の財源とドナーの動向	20
3-4	コールドチェーンや検査キット等の充足状況	22
3-5	COVID-19の感染拡大が保健セクターに与えた影響	22
第4章	保健セクターにおける開発パートナーの支援動向、JICAの支援概要	24
4-1	開発パートナーの支援動向	24
4-2	JICAの支援概要	33
第5章	保健セクターの政策、予算計画、財政ギャップに係る情報整理と課題分析結果	35
5-1	保健セクター政策	35
5-2	予算計画	41
5-3	保健セクターの資金ギャップ	46
第6章	母子保健に係る情報整理と課題分析結果	50
6-1	妊産婦死亡、死産、新生児死亡、乳児死亡、5歳未満児死亡	50
6-2	母子保健サービス提供状況	54
6-3	母子保健分野の課題	56
6-4	母子保健サービス（帝王切開）の課題と改善	57
第7章	医療保障に係る情報整理と課題分析結果	61
7-1	医療保障制度の概要	61
7-2	医療保障のスキーム	62
7-3	CMUの状況	65
第8章	保健セクターの政策・取り組み案、取り組みの効果を測る指標案	72
8-1	政策・取り組み案	72
8-2	取り組みの効果を測る指標案	72



図 1：2000年および2020年の人口ピラミッド（左2000年、右2020年）	3
図 2：2040年の人口ピラミッド	4
図 3：コートジボワールの障害調整生存年数（DALY）（1990年・2019年比較）	5
図 4：コートジボワールの保健ピラミッド	12
図 5：コートジボワールにおけるCOVID-19感染者数・死亡者数推移	17
図 6：コートジボワールの地域別COVID-19累積陽性率（2020年）	18
図 7：旧保健衛生省組織図（2022年1月現在）	35
図 8：一人あたりの保健支出の推移（グラフ）	43
図 9：予算過程における各計画書の関係	44
図 10：1994年から2018年までの妊産婦死亡率の変化（出生10万人当たり）	50
図 11：2020年保健州で登録された妊産婦死亡率（出生10万人当たり）	51
図 12：2020年保健区で登録された妊産婦死亡率（出生10万人当たり）	52
図 13：2020年保健州別の死産の割合	53
図 14：2020年保健区別の死産の割合	53
図 15：1999年から2016年までの子どもの死亡率の変化	54
図 16：母子保健サービス利用率（2012/2015年・2019年の比較）	55
図 17：母子保健サービス利用率（2019年・2020年の比較）	55
図 18：2020年保健州別の帝王切開の割合	58
図 19：2020年保健区別の帝王切開の割合	59
図 20：CNAM登録者数の推移	66
図 21：CNAM登録者カテゴリー別内訳	66
図 22：雇用・社会保護省 組織図	67
図 23：CNAMの組織図	68

## 表

表 1：COVID-19前後におけるマラリア、HIV/AIDs、結核の各種指標推移 .....	9
表 2：COVID-19前後におけるNTD発生率の推移 .....	10
表 3：医療従事者の保健州別の分布状況（2017年） .....	13
表 4：COVID-19ワクチンの推定必要数 .....	19
表 5：COVID-19ワクチン供給状況 .....	19
表 6：2021年2月制定COVID-19ワクチン供給計画 .....	20
表 7：ワクチン接種キャンペーンの第一次予算内訳 .....	21
表 8：ドナーの財政支援（一部） .....	22
表 9：保健分野におけるJICAの協力実績（2015年以降） .....	34
表 10：主な開発政策・計画 .....	36
表 11：PNDS2021-2025の戦略軸及び期待する成果 .....	37
表 12：PNDS2021-2025のベースライン指標及び目標値 .....	39
表 13：主な保健財政指標(2018年) .....	42
表 14：一人当たりの保健支出の推移（ドル換算） .....	43
表 15：コートジボワール国家予算策定スケジュール .....	45
表 16：政府保健予算（2015年-2019年）（単位：FCFA） .....	46
表 17：コートジボワール政府の財政資金ギャップ（単位：10億FCFA） .....	46
表 18：保健投資計画における必要総額（単位：百万FCFA） .....	47
表 19：母子保健課題に関する聞き取り結果 .....	57
表 20：医療保障スキームの比較 .....	62
表 21：CMU医療保障制度の内容 .....	63
表 22：無料医療プログラム予算（百万FCFA） .....	65
表 23：CNAM財務計画 .....	69

## 略語等一覧

ACT	アルテミシニン誘導体多剤併用療法 (Artemisinin-based Combination Therapy)
AFD	フランス開発庁 (Agence Française de Développement)
AfDB	アフリカ開発銀行 (African Development Bank)
AIIB	アジアインフラ投資銀行 (Asian Infrastructure Investment Bank)
AMD	区メンテナンスワークショップ (Atelier de Maintenance de District)
ANOPACI	Association Nationale des Organisation Professionnelles Agricoles de Côte d' Ivoire
ARV	抗レトロウイルス薬 (Antiretroviral Drug)
AVATT	アフリカ・ワクチン調達タスクチーム (Africa Vaccine Acquisition Task Team)
BEmONC	基礎的緊急産科・新生児ケア (Basic Emergency Obstetric and Newborn Care)
CGRAE	国家職員退職金基金 (Caisse Générale de Retraite des Agents de l' Etat)
CHR	州病院 (Centre Hospitalier Régional)
CHU	大学病院 (Centre Hospitalier Universitaire)
CHW	コミュニティヘルスワーカー (Community Health Worker)
CIRES	Centre Ivoirien de Recherches Economie et Social
CMU	国民皆保険 (Couverture Maladie Universelle)
CNPS	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
CNS	国家安全保障理事会 (Conseil National de Sécurité)
COVID-19	新型コロナウイルス感染症 (Coronavirus Disease 2019)
CSR	農村保健センター (Centre de Santé Ruraux)
CSU	都市保健センター (Centre de Santé Urbain)
DCPEV	予防接種拡大プログラム調整局 (Direction de Coordination Programme Élargie de Vaccination)
DGBF	予算財政総局 (予算国家ポートフォリオ省) (Direction Générale du Budget et des Finances)
DGPS	社会保護総局 (雇用社会保護省) (Direction Générale de la Protection Sociale)
DGS	保健総局 (Direction Générale de la Santé)
DHIS2	地区保健情報システム (District Health Information System)
DHS	人口保健調査 (Demographic and Health Survey)
DPBEP	複数年予算・経済計画書 (Document de Programmation Budgétaire et Economique Pluriannuelle)
EmONC	緊急産科・新生児ケア (Emergency Obstetric and Newborn Care)
ESPC	1次施設 (Établissement Sanitaire de Premier Contact)
FSU	都市保健施設 (Formation sanitaire urbaine)
GAVI	Global Alliance for Vaccine and Immunization
GDP	国内総生産 (Gross Domestic Product)
GFF	グローバル・ファイナンスिंग・ファシリティ (Global Financing Facility)
HAQ	ヘルスケアアクセスと質インデックス (Healthcare Access and Quality Index)
HG	総合病院 (Hôpital Général)
IDE	国家登録看護師 (Infirmier d' État)
IDSR	統合疾病監視・対応 (Integrated Disease Surveillance and Response)
IHME	保健評価研究所 (Institute for Health Metrics and Evaluation)
IHR	国際保健規則 (International Health Regulations)
IMCI	小児疾患統合管理 (Integrated Management of Childhood Illness)
IMF	国際通貨基金 (International Monetary Fund)
INHPP	国立公衆衛生院 (Institut National d'Hygiène Publique)

IPS-CNAM	社会保険機関—国家健康保険基金 (Institution de Prévoyance Sociale - Caisse Nationale d' Assurance Maladie)
IPT	間欠的予防的治療 (Intermittent Preventive Treatment)
ITNs	薬剤浸漬蚊帳 (Insecticide-Treated Mosquito Nets)
JEE	(IHRコア能力の) 外部評価 (Joint External Evaluation)
LLIN	長期残効性防虫蚊帳 (Long-Lasting Insecticidal Net)
LMD	Licence-Master-Doctorat
MBPE	予算国家ポर्टフォリオ省 (Ministère du Budget et Portofuille d' État)
MDA	集団投薬 (Mass Drug Administration)
MDR-TB	多剤耐性結核 (Multidrug-Resistant Tuberculosis)
MEF	経済財政省 (Ministère de l' Economie et des Finances)
MEPS	雇用社会保護省 (Ministère de l' Emoploi de la Protection Sociale)
MMR	妊産婦死亡率 (Maternal Mortality Ratio)
MSHP	保健公衆衛生省 (Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique)
MSHPCMU	保健・公衆衛生・国民皆保険省 (Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et Couverture Maladie Universelle)
NCDs	非感染性疾患 (Non-Communicable Diseases)
NPSP	新公衆衛生薬局 (La Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique)
NTDs	顧りみられない熱帯病 (Neglected Tropical Diseases)
OGD	共済、民間保険などの委託管理機関 (Organismes Gestionnaires Délégués)
PAACA	衛生や環境改善に関するプロジェクト (Projet d' Assainissement et d' Amélioration du Cadre de Vie d' Abidjan)
PANSS	保健安全保障行動計画 (Plan National de Sécurité Sanitaire)
PA-PS Gouv	脆弱層への資金提供プロジェクト (Projet d' Appui au Programme Social du Gouvernement)
PASA	Programmatic Advisory Services and Analytics
PASS	Programme d' Appui aux Strategies Sociales
PCR	ポリメラーゼ連鎖反応 (Polymerase Chain Reaction)
PDRHS	保健人材開発計画 (Projet Développement des Ressources Humaines pour la Santé)
PEPFAR	米国大統領緊急エイズ救援計画 (President' s Emergency Program for AIDS Relief)
PFE	Les Pratiques Familiales Essentielles
PFM	公共財政管理 (Public Financial Management)
PIP	公共投資計画 (Public Investment Program)
PMTCT	母子感染予防 (Prevention of Mother To Child Transmission)
PND	国家開発計画 (Programme National de Développement)
PNDS	国家保健開発計画 (Plan National de Développement Sanitaire)
PNLP	国家マラリア対策プログラム (Programme National de Lutte Contre le Paludisme)
PNS	国家保健政策 (Politique National de Santé)
PRDS	州保健開発計画 (Programme Régional de Développement Sanitaire)
PSGouv	国家社会開発計画 (Programme Social du Gouvernement)
RAM	医療補助スキーム (Régime d' Assistance Médicale)
RGB	一般基本スキーム (Régime Général de la Base)
RR-TB	リファンピシン耐性結核 (Rifampicin Resistant Tuberculosis)
RDT	迅速診断法 (Rapid Diagnostic Test)
SARA	サービス提供体制・状況調査 (Service Availability and Readiness Assessment)
SBA	専門技能を持つ分娩介助者 (Skilled Birth Attendant)
SFDE	国家登録助産師 (Sage-Femme d' État)

SNPS	国家社会保障戦略(Stratégie Nationale de Protection Sociale)
SUCCESS	Scale Up Cervical Cancer Elimination with Secondary Prevention Strategy
TFR	合計特殊出生率 (Total Fertility Rate)
UHC	ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (Universal Health Coverage)
UNFPA	国連人口基金 (United Nations Population Fund)
UNICEF	国連児童基金 (United Nations International Children's Emergency Fund)
UPPH	Unité de Pilotage du Programme Hospitalier
WB	世界銀行 (World Bank)
WHO	世界保健機関 (World Health Organization)

## 第1章 情報収集・確認調査の概要

コートジボワール共和国では、内戦による南北分断の影響により国内における保健医療システムの整備状況に格差が生じている。この結果、2015年の出生10万あたりの妊産婦死亡率645（サブサハラ平均546）<sup>1</sup>、2019年の出生千あたりの新生児死亡率33（サブサハラ平均27）、5歳未満児死亡率79（サブサハラ平均76）<sup>2</sup>と、基本的な保健指標が低く、周辺国に比して低水準となっている。また保健医療に係る政府の予算措置についても課題があり、政府支出に占める保健支出の割合は2018年時点で5.4%に留まっており、2001年のアブジャ宣言の基準である15%に達していない。そのため、当国における保健支出のうち患者による医療費の自己負担の割合は高く、無料医療制度の機能不全や疾病構造の変化による無料医療制度でカバーされない診療の増加等を背景に、近年40%前後で推移している。

当国政府は係る状況の下、国家開発計画（PND、2016-2020）において「人的資本開発及び社会福祉の推進」を重点戦略の一つとし、質の高い保健医療サービスの利用頻度の増加による国民の健康状態の向上や、全国民の医療保険加入を目指す国民皆保険（CMU）の普及による国民、特に脆弱層への社会保障の拡大を目指している。また、これに基づき2018年に制定した国家社会開発計画（PSGouv）では、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）を優先課題と位置付け、妊産婦及び乳幼児の死亡率減少やCMU普及率100%の達成を目標として掲げている。当国政府はこれらの計画に基づき、2012年から実施されている妊産婦及び5歳未満児を対象とした無料医療制度と並行し、2013年12月に国会で可決された国民皆保険法（CMU法）に基づく保険診療を2019年10月から全国700余りの医療施設で開始した。

一方、当国政府は国民、脆弱層に向けた保健医療サービスの提供を段階的に進めているものの、特に貧困層に対して質の高い保健医療サービスを提供できる医療施設及び医療従事者が不足しており、基礎的な医療機材や必須医薬品の供給も十分でないことが依然課題となっている。係る状況を背景に、富裕層の乳児死亡率及び5歳未満児死亡率はそれぞれ出生千あたり39、61であるのに対し、最貧層はそれぞれ出生千あたり83、120と倍近い死亡率を示した<sup>3</sup>。また、無料医療制度による診療に対する還付が十分に行われていないため、全国的に医療施設は資金不足となっており、提供する保健医療サービスの慢性的な質の低下に繋がっている。加えて、CMUの加入者は増加傾向にあるものの、2020年8月時点の加入者数は依然として国民の約12%にあたる253万人に留まっている。インフォーマルセクターや貧困層の加入促進を図ることが課題となっているが、既存の保健医療サービス利用促進制度である無料医療制度とCMUの統合戦略が明確でなく、係る予算計画も策定されていない。当国ではUHCを推進すべく、質の高い保健医療サービスの提供とアクセスの改善が必要となっており、そのための具体的な戦略及び行動計画の策定ならびに十分な関連予算の確保が急務となっている。

加えて、2019年末から現在に至るまで世界で感染流行が続く新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は、当国においても甚大な影響をもたらしており、上述の脆弱な保健システム（保

---

<sup>1</sup> MSHP (2021) Rapport final de l' evaluation externe du PNDS 2016-2020

<sup>2</sup> UNICEF (2021) The State of the World's Children 2021

<sup>3</sup> World Bank (2020) Health Systems Assessment for Côte d' Ivoire Accelerating Reforms toward Universal Health Coverage



健財政含む) をさらに逼迫させるとともに、人々の保健サービスへのアクセスを困難にしている。

#### 業務の概要

本調査では、当国の保健セクターにおける課題を踏まえ、開発政策借款を含む今後の協力案件形成に必要な情報を収集・分析するとともに、JICAとコートジボワール政府側関係機関との協議などを通じて、喫緊の課題であるCOVID-19対策の対応能力の強化、質の高い保健医療サービスへの経済的・物理的アクセスの向上、および保健財政の改善に係る優先度の高い政策アクション策定における活動を支援することを目的とする。

## 第2章 保健セクターの開発の現状・課題及びJICA支援案の位置付け

### 2-1 保健セクターの開発の現状・課題

#### 2-1-1 国民の健康状態

##### (1) 人口構造

コートジボワールの総人口は、下図に示す通り、2000年の1,645万人から2020年の2,638万人へ、20年間で約60%の増加率である。これは、同年間の世界平均成長率である27%よりも高い。また、合計特殊出生率（TFR）は1990年以降低下しているものの、引き続き高い状況が続いている<sup>4</sup>。

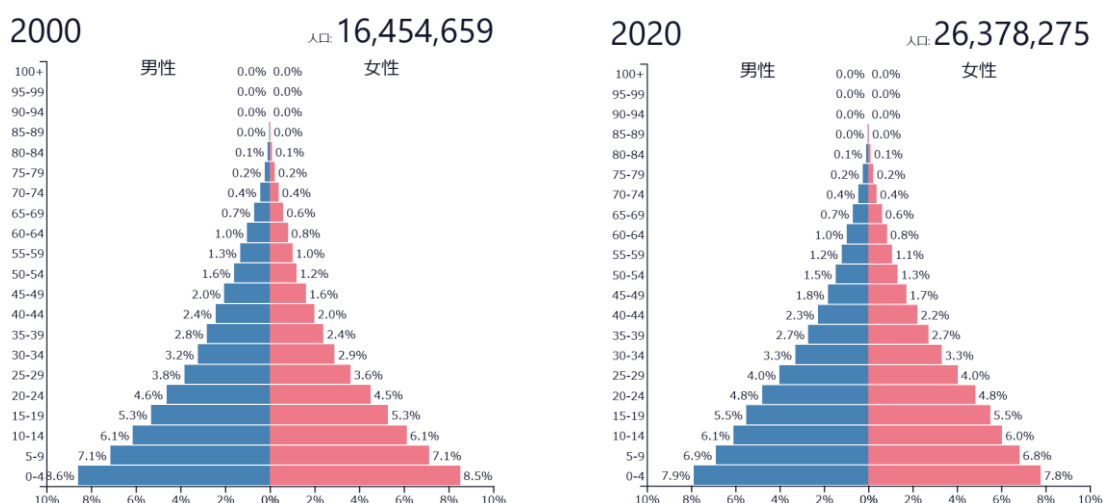


図 1：2000年および2020年の人口ピラミッド（左2000年、右2020年）

また、下図に示す通り、2040年の予想ピラミッドも、引き続き富士山型の形状であり、引き続き人口が増え続けることが予想される。

<sup>4</sup> World Bank (2020) Health Systems Assessment for Côte d'Ivoire Accelerating Reforms toward Universal Health Coverage

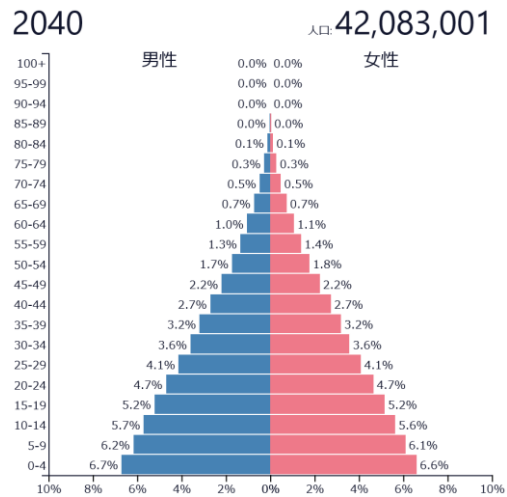


図 2 : 2040 年の人口ピラミッド

出所 : 以上PopulationPyramid.net (2019) 年齢別人口 <https://www.populationpyramid.net/>

## (2) 疾病構造

コートジボワールにおいては、感染症、母子に係る疾病、栄養不良が障害と死亡の主な原因であり、疾病負荷の 63%を占めている。1990 年の 72%と比較すると減少が見られるものの、HIV、結核、マラリアを合わせると年間死亡者数の 24%を占め、感染症は引き続き大きな疾病負荷となっていることが分かる。加えて非感染性疾患（NCD）は都市化の進展や不健康なライフスタイルにより増加しており、二重の疾病負荷となっている<sup>5</sup>。妊産婦死亡率、新生児死亡率、5 歳未満児死亡率等主要保健指標はいずれもサブサハラ平均よりも悪い状況にある。同時に、下表からは、2019 年の死因は、1990 年と比較し、母子保健関連、感染性疾患の割合は減少傾向にあるものの、大きなウェイトを占める構造は変わっていない一方、NCD による死亡も増大してきていることが分かる。

<sup>5</sup> World Bank (2020) Health Systems Assessment for Côte d'Ivoire Accelerating Reforms toward Universal Health Coverage

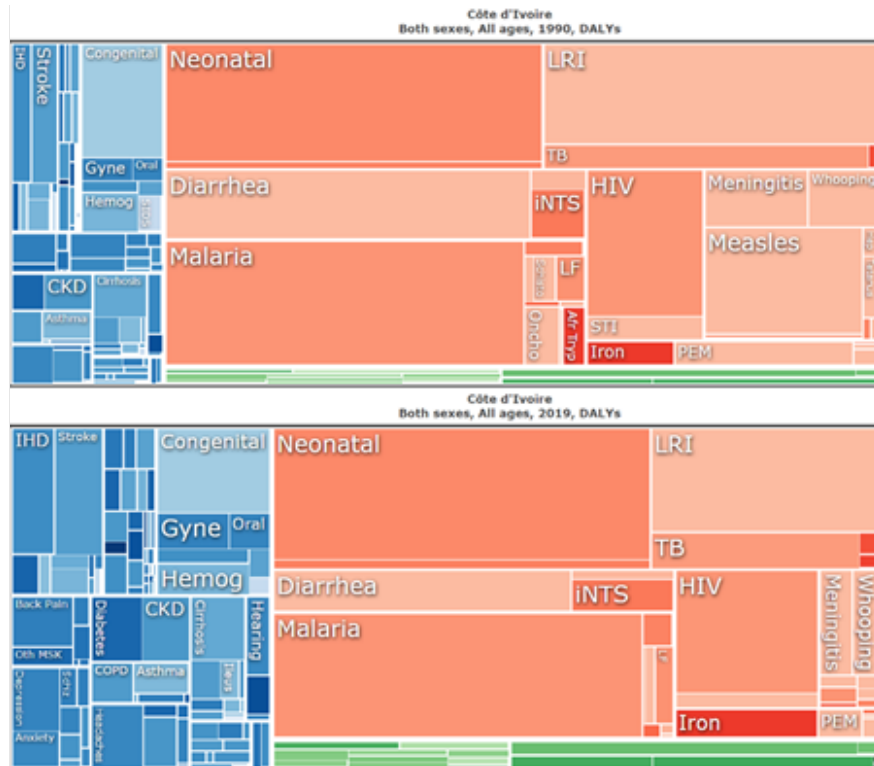


図 3：コートジボワールの障害調整生存年数（DALY）（1990年・2019年比較）

出所：IHME(2019) GDB compare <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

### (3) 母子の健康

母子の健康については、第6章に記載する。

### (4) 栄養

新生児の低栄養は妊婦の栄養状態が悪いことを反映している。出生時の体重が2,500グラム未満の子どもの割合は2019年の10.23%から2020年には9.9%に低下しており、国家目標である12%までの低下は2020年を待たずして達成されている。他方、出生時の低栄養の割合はKabadougou保健区（14.73%）、Bere保健区（13.07%）、Iffou保健区（12.70%）が高いのに対して、Abidjan 1保健区（7.49%）、Abidjan 2保健区（7.49%）、Grands Ponts保健区（7.60%）などは低く、地域格差があることが分かる。また、5歳未満児の重度の急性栄養失調の発生率は2019年の11.7%から2020年の9.39%に低下しているが、Bounkani保健区は31.28%であるのに対し、Agneby-Tiassa保健区では1.19%であるなど、ここでも地域格差が大きい<sup>6</sup>。

また、保健・公衆衛生・国民皆保険省（Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et Couverture Maladie Universelle、以下MSHPCMU）によると、栄養不良、ビタミン及び微量栄養素の不足、過栄養の三重の負担に直面している。保健システムにおける栄養に関する課題は、予防と治療のための保健サービスの利用率の低さであり、これは宣伝や予防活動の

<sup>6</sup> MSHPCMU (2021) Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2020

弱さ、栄養カウンセリングに係る医療従事者のトレーニングの欠如、医療施設における成長モニタリングに必要な機材とガイドラインの不足、栄養介入のための資金不足、縦割り政策によるマルチセクショナルな対応の不足などが指摘されている<sup>7</sup>。また、MSHPCMUによれば、子どもの予防・治療サービスにおいて、ビタミンA補給（53%）、成長モニタリング（63%）、ORS/亜鉛投与（75%）が最も提供されていないサービスであった<sup>8</sup>。

## (5) 感染症

図3に見られるとおり、感染症は引き続き大きな疾病負荷となっている。

### <マラリア>

MSHPCMUによると、マラリアの発生率は2019年の1,000人当たり229例、2020年は173例で24.5%減少した<sup>9</sup>。国家マラリア対策プログラム（PNLP）は2017年から2018年の大規模キャンペーンにおいて約1,600万張の長期残効性防虫蚊帳（LLIN）を配布した。また、妊婦のスルファドキシシン・ピリメタミンの3回目の投与のカバー率は2016年の23%から2019年の53%に増加、5歳未満児のマラリア症例の93%が公的施設においてACT<sup>10</sup>により治療されるなどの改善が見られた。他方、保健医療ピラミッドの1次から3次の各レベルにおける統合的なベクターコントロール<sup>11</sup>により、さらなる成果が得られるとしている<sup>12</sup>。

また、MSHPCMUによれば、マラリア対策サービスは99%の保健施設で提供されているが、間欠的予防的治療（IPT）<sup>13</sup>と顕微鏡によるマラリアの診断の提供が不足している。加えて、すべての保健区において、保健センターのマラリア対策の運営能力9要素（マラリアの診断と治療に関するガイドラインの有無、過去3年間にマラリアの診断と治療に関する研修を受けたスタッフ、IPTに関するガイドライン、IPTに関する研修を受けたスタッフ、マラリア診断能力、少なくとも2種類の第一選択抗マラリア薬の在庫の存在、パラセタモールの入手、殺虫剤処理した蚊帳）の平均スコアは77%である<sup>14</sup>。

### <HIV/AIDS>

コートジボワールにおける2017年のHIV/AIDSの有病率は2.5%（女性3.6%、男性1.4%）であった。近年ではHIVの新規感染者の減少（2010年から2019年の間に54%減）のみなら

<sup>7</sup> MSHP (2021) Rapport final de l'evaluation externe du PNDS 2016-2020

<sup>8</sup> MSHP (2021) Rapport final de l'evaluation externe du PNDS 2016-2020

<sup>9</sup> MSHPCMU (2021) Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2020

<sup>10</sup> WHOは2001年からアルテシニン誘導体とその他の抗マラリア薬を併用するArtemisinin-based combination therapy (ACT) を推奨し、現在はマラリア治療の世界標準となっている。

<sup>11</sup> ベクターとは、昆虫媒介性の疾病を媒介する昆虫(蚊、ハエ、サシガメ等)のことで、これらの昆虫を防除することによって媒介する疾病を減らすこと。マラリアの場合はマラリア原虫を媒介するハマダラカがベクター。

<sup>12</sup> MSHP (2021) Rapport final de l'evaluation externe du PNDS 2016-2020

<sup>13</sup> 妊産婦が産科クリニックを定期的に訪れる際に、当該地域で効果を持つマラリア予防薬を投与して、マラリアの感染を予防する方法。

<sup>14</sup> MSHP (2016) Evaluation de la Disponibilité et de la Capacité opérationnelle des Services de santé (SARA)

ず、死亡は 52%、母子感染は 15.4%減少した。また、若者対象の学校保健プログラムの取り組みも成果を挙げている。しかし、86 の保健区のうち 80 保健区において、有病率が 1%を超え、Key population<sup>15</sup>においては 5%を超えている<sup>16</sup>。国家保健政策 (Politique National de Santé, PNS) 2021-2025 には主な課題として、(1) Key population をカバーすること、(2) 厳格な監督下において人権を尊重しつつ、インデックステストと妊娠の初期における産前健診 (ANC) と HIV、梅毒、肝炎のスクリーニングを促進することが挙げられている。

また、MSHPCMU は、HIV カウンセリングと検査サービスは保健施設の 76%で利用可能であるものの、男性用コンドーム、HIV ケア・サポートサービスはそれぞれ 57%、48%と提供体制が低いこと、特に都市部 (71%) に対し地方部 (32%) が低いことを指摘している。抗レトロウイルス薬 (ARV) 処方サービスまたは治療フォローは、47%の施設で提供されており、これも都市部 (72%) に対して地方部 (31%) が低い。母子感染 (PMTCT) に関するサービスは、保健施設の 68%で提供されている<sup>17</sup>。

#### <結核>

MSHPCMUによると、2020年の結核の届出率は住民10万人当たり74.53である。これは2019年の届出率83より下がっている。また、2020年のHIVとの重複感染は14.65%であった<sup>18</sup>。結核対策を強化するため、政府はGeneXpert<sup>19</sup>の台数を増やし、検査室ネットワークを強化するなどの取り組みを行った。これにより治療の成功率が2016年の81%から2019年の85%に向上した。耐性結核患者の管理は、心電図計とオージオグラムの導入により改善された。また、コミュニティにおいては疑い例の検出とコミュニティヘルスワーカーによる施設への紹介によって強化された。2019年には結核患者の99%がHIV検査を受け、重複感染患者の97%がARV療法を受けた。しかし、コミュニティにおいて診断されていないケースがあること、小児結核の無届出や診断不足、結核患者の高い死亡率、不十分な診断技術、一次抗結核薬の取得の遅れなどが課題として挙げられる<sup>20</sup>。

MSHPCMUによれば、結核対策サービスの提供は保健施設の17% (都市部で26%、地方部で11%) と概して低い<sup>21</sup>。

#### <顧みられない熱帯病 (NTD) >

コートジボワールにおいては、予防的薬学療法により、リンパ系フィラリア症、オンコセ

---

<sup>15</sup>エイズ対策における「鍵となる人々」、すなわち薬物使用者、男性とセックスする男性 (MSM)、セックスワーカーを指す。

<sup>16</sup> MSHP (2021) Rapport final de l' évaluation externe du PNDS 2016-2020

<sup>17</sup> MSHP (2016) Evaluation de la Disponibilité et de la Capacité opérationnelle des Services de santé (SARA)

<sup>18</sup> MSHPCMU (2021) Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2020

<sup>19</sup> 微生物検査技師が不在の施設でも結核菌群遺伝子検査を可能とする装置。操作が簡便であるため、Point of care (PoC) 検査としてWHOが推薦する。

<sup>20</sup> MSHP (2021) Rapport final de l' évaluation externe du PNDS 2016-2020

<sup>21</sup> MSHP (2016) Evaluation de la Disponibilité et de la Capacité opérationnelle des Services de santé (SARA)

ルカ症、住血吸虫症、土壌伝播性蠕虫症、トラコーマの流行をほぼ抑えてきた。また、アフリカトリパノソーマ、ブルーリ潰瘍、ハンセン病を含む NTD は住民 10,000 人あたり 0.92 症例である。コートジボワールにおいては NTD 対策として、無料の集団治療を提供しており、2019 年の治療カバレッジは 73.73%に達するなど、成果を挙げている。他方、診断と早期治療の戦略の拡大、症例管理、サーベイランス、安全な飲料水や衛生に係る行動変容などが課題として挙げられる<sup>22</sup>。

#### <流行の可能性のある感染症>

流行の可能性のある感染症（エボラウイルス病、ジカウイルス感染症、ラッサ熱、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）等）については、早期警戒、症例調査と管理のために定期的にモニタリングされることになっている。サーベイランスや報告システム、サービス提供者や検査室ネットワークの対応能力、ベクターコントロールについては、その強化を図ることが求められている。また、健康安全保障（Health Security）については、国境地帯、アビジャン港及びサンペドロ港における公衆衛生上の緊急事態への計画の不在、州及び保健区レベルのリスクマッピングと公衆衛生資源配分の優先付けの不在、ヒト・動物・環境に係る疾病及び公衆衛生イベントに関し電子通知システムのインターフェースが複数存在すること、抗菌剤サーベイランスの能力不足、イベントベースサーベイランスの能力不足、統合疾病監視・対応（IDSR）にかかる研修の不足などが指摘されている<sup>23</sup>。COVID-19 については第 3 章に詳述する。

国際保健規則（IHR）のコアキャパシティに係る外部評価（Joint External Evaluation）は 2016 年 12 月に実施された。その結果を踏まえ、保健安全保障行動計画（PANSS）が策定された。PANSS は、公衆衛生上のリスクに応じた適切な活動を通じて、感染症の国内外への蔓延の予防、制御、対応を目的としている。2021 年 8 月に IHR により義務付けられている自己評価に基づく年次報告の提出の準備を目的としたワークショップが開催された。しかし、2020 年度の PANSS の総合パフォーマンスが 30%であったのに対し、2021 年度前半は 32%とわずかな改善に留まった<sup>24</sup>。

#### <COVID-19 による三大感染症、NTD 対策への影響>

COVID-19 影響下において医療システムの負荷が増大している中、WHO は基本的医療サービス維持の重要性を指摘している。以下にコートジボワールにおける COVID-19 パンデミック下のマラリア、HIV/AIDS、結核、NTD の現状をまとめた。

マラリアに関しては、薬剤浸漬蚊帳（ITNs）の配布が 75%減少した場合、新規患者は 23.2%増加、死者は 111.4%上昇するとの予測が早期に示された。しかし、政府は蚊帳と迅

<sup>22</sup> MSHP (2021) Rapport final de l' évaluation externe du PND 2016-2020

<sup>23</sup> MSHP (2021) Rapport final de l' évaluation externe du PND 2016-2020

<sup>24</sup> WHO (2021), Atelier d' Evaluation Annuelle des Performances du Plan d' Action National de la Sécurité Sanitaire (PANSS), de la Mise à Jour de la Cartographie des Partenaires Financiers et du Remplissage du Rapport Annuel de Capacité du Pays (SPAR).

速診断キット（RDTs）に係る予算をパンデミック下においても増額し<sup>25</sup>、2020年の蚊帳配布数は12%上昇した。他方、RDTs配布率は25.1%の減少となった<sup>26</sup>。マラリア発生率は229.8%（2019年）から173.43%（2020年）と24.5%減少している<sup>27</sup>。

HIV/AIDSに関しては、スクリーニング施設は2,692拠点（2019年）から2,600拠点（2020年）へと3.4%減少し、診断数、スクリーニング数、HIV陽性者数も減少した<sup>28</sup>。一方で、陽性割合は2.4%（2019年）から3.07%（2020年）へと増加している。

結核に関しては、結核診断・治療施設数は、336施設（2019年）から358施設（2020年）へと6.55%増加したが、結核診断数は83/10万人（2019年）から74.53人/10万（2020年）と10.2%減少した<sup>29</sup>。一方でコートジボワールに限る統計データはないが、アフリカ地域では2020年度の新規結核患者数が減少したが、結核死亡者数が増加しているとの報告もある<sup>30</sup>。このように、パンデミックに起因した受診控えや啓発活動の停滞などにより三大感染症の検査率が低下し短期的には新規患者数が減少したように見えるが、長期的にみると適切な診断治療が受けられなかった人々が増加し死者数が増加する可能性が否定できない。

表 1：COVID-19 前後におけるマラリア、HIV/AIDS、結核の各種指標推移

	指標	2019年	2020年	変化率(%)
マラリア	蚊帳配布数	1,410,391	1,579,505	+12.0%
	RDTs配布数	6,456,625	4,837,781	-25.1%
	マラリア発生数(%)	229.8	173.43	-24.5%
HIV/AIDS	スクリーニング施設	2692	2600	-3.4%
	相談数	12,828,217	12,366,885	-3.6%
	スクリーニング数	1,743,762	1,052,943	-39.6%
	HIV陽性数	42,399	32,354	-23.7%
	HIV陽性割合(%)	2.4%	3.07%	+27.9%
結核	結核診断・治療施設数	336	358	+6.55%
	結核診断数(10万人当たり)	83	74.53	-10.2%

出所：Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2020に基づき調査団作成

NTDに関しては、WHOは2020年4月、NTDに関連するコミュニティベース調査、積極的サーベイランス、集団投薬（MDA）キャンペーンを一時的に停止しCOVID-19への優先的な対応を奨励するガイダンスを発表し、2020年7月までNTD関連の取り組みは延期されていた<sup>31</sup>。

<sup>25</sup> ALMA (2020), Côte d'Ivoire ALMA Quarterly Report Quarter four, 2020

<sup>26</sup> WHO (2021), World malaria report 2021.

<sup>27</sup> MSHPCMU (2021) Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2020.

<sup>28</sup> MSHPCMU (2021) Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2020.

<sup>29</sup> MSHPCMU (2021) Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2020.

<sup>30</sup> WHO website, "COVID-19 pandemic slows progress against tuberculosis", <https://www.afro.who.int/news/covid-19-pandemic-slows-progress-against-tuberculosis>.

<sup>31</sup> Kabore, A., Palmer, S. L., et al. (2021). Restarting Neglected Tropical Diseases Programs in West Africa during the COVID-19 Pandemic: Lessons Learned and Best Practices. The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene.



その後はコートジボワールでも COVID-19 下にも関わらずリンパ系フィラリア症、オンコセルカ症、トラコーマ、住血吸虫症等に対する MDA やレポーティングは再開しているが、一時的な停止や延期の影響もあってか 2020 年の新規患者数はフランペジアを除いて大幅な減少が見られる。

表 2 : COVID-19 前後における NTD 発生率の推移

指標 (10万人当たり)	2019年	2020年	変化率 (%)
ブルーリ潰瘍	4.6	0.88	-80.1%
ハンセン病	0.02	0.015	-15.0%
オンコセルカ症	0.5	0.17	-66.0%
住血吸虫症	0.08	0.07	-12.5%
フランペジア (イチゴ腫)	5.3	5.81	+9.62%

出所 : Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2020 に基づき調査団作成

#### <非感染性疾患 (NCD) >

2000 年の早期死亡のうち NCD は 23%を占めていたが、2016 年には 37%に増加した。主な NCD は、虚血性心疾患、慢性呼吸器疾患、癌、糖尿病、精神疾患である。NCD 増加の要因は、ライフスタイルの変化（運動不足、アルコール依存、喫煙）が挙げられる。NCD はどの給付パッケージにも含まれていないため、NCD に係る支出の 90%以上が自己負担となっている<sup>32</sup>。

MSHPCMU は、NCD による疾病負担を改善するため、保健施設におけるスクリーニングや適切な症例管理の能力強化を行ったり、11 の糖尿病・高血圧統合管理ユニットを州病院 (CHR) に設置したり、放射線療法センターを建設するなどの取り組みを行った。加えて乳癌と糖尿病の薬代を補助することで、これらの疾病の治療費を下げた。さらに、公共の場での喫煙を禁止するなどの措置を取った。しかし、特にプライマリーレベルにおける NCD 対策、予防活動はまだ不十分な状況である<sup>33</sup>。また、NCD 対策は国の医療費を押し上げることにもなる。後述するとおり、フランス開発庁はタバコやアルコールなどに課税 (sin tax) することにより、ライフスタイルの改善を促すとともに、保健財政の強化を支援することを検討している。

MSHPCMU によれば、糖尿病の診断と治療は保健施設の 33%において提供されているが、その施設のタイプによりパーセンテージは異なる（大学病院 (CHU) 100%、ポリクリニック 100%、CHR/総合病院 86%、1 次施設 (ESPC) 29%）。また、地域によってもばらつきがあり都市部では 56%、地方部では 18%である。同様に、虚血性心疾患の診断と治療は保健施設の 44%において提供されているが、地域（都市部 64%、地方部 32%）によって、また施設のタイプ (CHU100%、CHR/GR87%、ESPC41%) によってばらつきがある<sup>34</sup>。

<sup>32</sup> World Bank (2020) Health Systems Assessment for Côte d' Ivoire Accelerating Reforms toward Universal Health Coverage

<sup>33</sup> MSHP (2021) Rapport final de l' évaluation externe du PNDS 2016-2020

<sup>34</sup> MSHP (2016) Evaluation de la Disponibilité et de la Capacité opérationnelle des Services de santé (SARA)

## 2-1-2 保健システムと公的医療サービス

内戦による影響により、国内における保健医療システムの整備状況に格差が生じている。世銀は、特に、①人口増に対応したインフラと適切な人材配置の不足、②熟練した意欲のある人材の不足によるサービスの質の低さ、③消耗品、医薬品、及び機器の深刻な不足、④アビジャンなどの大都市への資源の集中、⑤一部地域の医療施設への物理的アクセスの制限とプライマリケアへの資金不足、⑥受益者コミュニティのオーナーシップと参加の不足、⑦民間部門との限定的な連携、が脆弱な保健システムの主な要因と分析している<sup>35</sup>。

以下、保健システムの要素ごとに現状と課題を整理する。

### (1) ガバナンス

コートジボワールの医療制度は、1次から3次レベルからなる。3次・中央レベルでは、大臣官房と中央レベルの総局が管理を行い、主要なサービス提供者は3次病院で、2次レベル施設からのリファー先であり2次レベルで担えない診断、治療を行う。2次・州レベルでは、33の州保健オフィスがあり、主なサービス提供者は州病院で、1次レベルの施設からの最初のリファー先であり、1次レベルで担えない診断、治療を行う。1次・区レベルでは、保健政策の実施を担当する113の区オフィスがある。主なサービス提供者はESPCで、保健システムのエントリーポイントとなっている。簡易な予防、治療、教育、ヘルスプロモーションサービスを提供する。3つのレベルに4,000を超える公的及び民間施設がある。コートジボワールでは民間部門がケアの提供に重要な役割を果たしているが、その監督に係るガバナンス構造は明確に定義されておらず、十分な規制がなされていない<sup>36 37</sup>。

---

<sup>35</sup> World Bank (2020) Health Systems Assessment for Côte d' Ivoire Accelerating Reforms toward Universal Health Coverage

<sup>36</sup> World Bank (2020) Health Systems Assessment for Côte d' Ivoire Accelerating Reforms toward Universal Health Coverage

<sup>37</sup> JICAコートジボワール事務所によれば、中央レベルでの行政・管理は保健総局の他に大臣室、長官室、中央サービス、保健プログラムが担っていること、また、サービス提供施設として、1次レベルにはESPCが2,988、2次レベルには、総合病院141、地域病院センター17、専門病院センター2か所を含む第二次レファラル施設、3次レベルには第二次リファラル機関である5つの大学病院センター、アビジャン核医学研究所 (IMENA)、アラサン・ワタラ国立放射線治療センター (CNRAO)、国立輸血センター (CNTS)、国立公衆衛生研究所 (LNSP)、新公衆衛生薬局 (等9つの国立専門研究所が存在する。また、民間医療セクターはサービス提供の約40%に寄与しているとのこと。

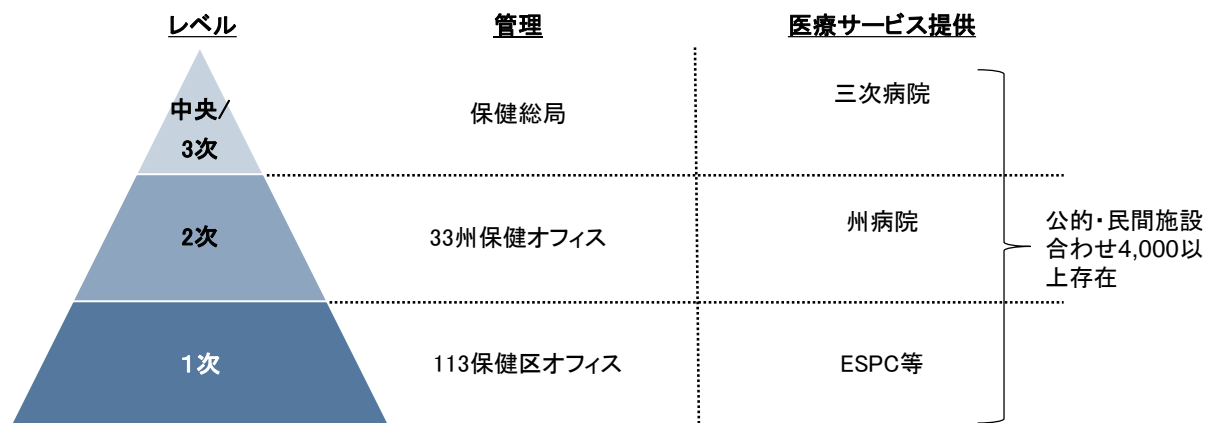


図 4：コートジボワールの保健ピラミッド

出所：世銀（2020）Health Systems Assessment for Côte d’Ivoire に基づき調査団作成

保健システムの分権化プロセスは継続しており、2016年に20保健区において地域のステークホルダーの参加のもと、州保健開発計画（PRDS）が策定されたが、計画の実施には至っていない。いくつかの取り組みが行われたが、保健州・区の運営化は保健セクターの分権化に係る政策文書の未策定、州ディレクターと区ディレクターの制度の調整不足、分権化構造の各レベルにおけるリーダーシップの不足などを理由に十分な実現が見られない。また、保健システムのパフォーマンスのモニタリング・監督は、PNDS2016-2020のモニタリング・評価計画に従って国及び州のメカニズムにより実施されることになっている。しかしそのメカニズムは構築されず、定期的なモニタリングは実施されていない<sup>38</sup>。

## (2) 保健財政

保健財政については第5章に詳述。

## (3) 保健人材

保健人材に関する状況分析により、医療従事者の不均衡な分布、地方部及び遠隔地での定着率の低さ、及び民間医療施設の人材の管理の欠如が浮き彫りになった。MSHPCMUはこの状況を改善するために、全国における保健人材の移動の管理、貧困地域配属のインセンティブ付与、保健人材活用における官民パートナーシップ、保健人材の健康と安全を保証する組織的枠組みの強化等に係る規制枠組みを文書（text）によって強化すべきとしている。

保健人材の配置に関しては、近年の採用により、医師、国家登録看護師（IDE）、国家登録助産師（SFDE）の比率が著しく改善された。しかし、住民1,000人あたりの医療従事者は0.78人で、これは、WHOが推奨する住民1,000人あたり2.3人を下回っている。医療従事者の不均衡については、例えば下表のとおり医師/人口比はCAVALLY-GUEMON、GBOKLE-NAWASAN-PEDRO、PORO-TCHOLO-GO-BAGOUE、HAUT-SASSANDRAといった地域で低くなっている。また、遠隔地での医療従事者の忠誠心と定着率という点では依然として課題があり、強制的措置と

<sup>38</sup> MSHP（2021）Rapport final de l’évaluation externe du PNDS 2016-2020

インセンティブ付与の両方が必要とされている<sup>39</sup>。

表 3：医療従事者の保健州別の分布状況（2017年）

	保健州	各医療従事者1人あたりがカバーする人口の数		
		医師	看護師	助産師 <sup>40</sup>
1	ABIDJAN 1-GRANDS PONTS	7,790	3,332	1,400
2	ABIDJAN 2	5,266	3,300	1,245
3	AGNEBY-TIASSA-ME	8,922	1,992	1,246
4	BELIER	6,817	1,890	1,227
5	BOUNKANI-GON-TOUGO	14,971	2,799	2,185
6	CAVALLY-GUEMON	20,496	4,055	2,380
7	GBEKE	12,828	3,034	1,494
8	GBOKLE-NAWA-SAN-PEDRO	18,765	4,117	2,327
9	GÔH	12,116	2,337	1,368
10	HAMBOL	11,890	2,781	1,603
11	HAUT SASSANDRA	18,032	3,243	1,817
12	INDENIE DUABLIN	9,071	1,809	1,227
13	KABADOUYOU-BA- FING-FOLON	8,831	3,104	1,508
14	LÔH-DJIBOUA	16,472	2,671	1,402
15	MARAHOUÉ	17,623	2,856	1,904
16	N' ZI-IFOU	10,912	2,448	1,643
17	PORO-TCHOLO-GO-BAGOUE	18,760	3,954	2,550
18	SUD-COMOE	5,646	1,605	917
19	TONKPI	15,782	3,203	2,207
20	WORODOU-GOU-BERE	14,518	3,804	2,062
	合計	7,390	2,335	1,333

出所：Plan de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2018-2022  
に基づき調査団作成

また、保健人材開発計画（PDRHS）2018-2022が策定され、この計画に従って、国家保健人材投資計画が策定された。保健人材開発計画は、国民の質の高い医療従事者への公平なアクセスの実現を目指すものであり、医療従事者に関する、①ガバナンスと資金調達の改善、②能力強化、③合理的配置、④定着・保持（リテンション）、⑤人材データの収集・活用を政策の柱としている。また、保健人材投資計画は、保健人材開発計画を具現化するための詳細計画である。しかしこれらの計画は、資金不足により十分な実施に至っていない。

医療従事者の初期教育の一環として、LMD（licence-master-doctorat）システム<sup>41</sup>に対応し INFAS におけるモジュールが改訂された。継続教育に関しては、能力開発プログラムによ

<sup>39</sup> MSHP (2021) Rapport final de l' évaluation externe du PNDS 2016-2020

<sup>40</sup> 出産可能年齢女性に対する人口比

<sup>41</sup> EU諸国等で採用されているLicence（学士）・Master（修士）・Doctorat（博士）の3つの課程で構成される高等教育制度。高等教育科学研究省によれば、LMDシステムは、より高い資格のニーズに応えること、教育の内部効率を高めること、教育の供給を管理すること、生涯学習を発展させることなどを目的としている。

り、1,121人のヘルスマネージャーと医療従事者がトレーニングを受けた<sup>42</sup>。

医療人材の偏在が大きな課題であるため、保健人材管理プロセスの最適化と管理システム（人材の採用と配置、業務とスキルの管理、契約管理、スタッフ管理、トレーニング）の導入が必要としている<sup>43</sup>。

なお、世銀によれば、国の保健人材は、MSHPCMUではなく公務員局によって直接管理されており、保健区及び施設には雇用または解雇の権限がないため、施設レベルでの品質課題への対応が制限されているとのことである<sup>44</sup>。

コミュニティヘルス戦略 2017-2021 では、コミュニティヘルスワーカー（CHW）の役割が定義されており、プロモーションサービス（家族の基本的な健康行動、栄養、衛生、安全な飲料水の使用、家族計画サービス等）、予防サービス（家族の基本的な健康行動、栄養介入、衛生介入、高血圧、糖尿病、HIVなどの慢性疾患の積極的なスクリーニング）、及び治療サービス（新生児と小児の疾患（マラリア、呼吸器感染症、下痢等）の統合管理、及びコミュニティレベルでの結核治療の監視と管理）の提供が含まれている。加えて、同戦略のなかでCHWは感染症の早期警報システムを通じて、コミュニティレベルでの疾病監視を提供することになっている。しかし、現在、この戦略は実施されていない<sup>45</sup>。なお、コートジボワールのCHWは国による有資格者ではない。

#### (4) 保健情報・ICT活用

コートジボワールではICT分野がGDPの7～8%を占め、国民の9割が携帯電話を所有し、インターネット利用が急速に普及している。一方で、公共サービスのデジタル化が遅れ、政府はPND2016-2020の政策として、「国民生活の全ての領域におけるICT利用の統合」を掲げ、保健医療のデジタル化を推進している。

2013年に地区保健情報システム2（DHIS2）のプラットフォームを導入し、現在、すべての保健区・施設で展開されている。1次施設では、紙ベースのフォームを使用してデータを入力し、翌月の15日までに区に送信する。データは区から全国レベルに送られる。しかし、指標が多いため、保健医療従事者の負担となり、データの質に問題がある。

保健情報に関連する課題として、国家保健情報システムが統合されておらず、計画や意思決定に活用できる状態にないことが挙げられる。このため、DHIS2をすべてのESPC、公的施設、民間施設、コミュニティ施設、及び他の省庁の保健施設に拡張、さまざまな保健医療データ管理ソフトウェアの相互運用を可能とすること、また、保健状況年報（国及び地域）とヘルスカードのタイムリーな作成、データとその管理機器を保護するための適切なインフラ整備、などが必要である<sup>46</sup>。

その他、医療従事者のトレーニングや遠隔医療にICTを活用する方針がある。PNDS2021-

<sup>42</sup> MSHP (2021) Rapport final de l' évaluation externe du PNDS 2016-2020

<sup>43</sup> MSHP (2021) Rapport final de l' évaluation externe du PNDS 2016-2020

<sup>44</sup> World Bank (2020) Health Systems Assessment for Côte d' Ivoire Accelerating Reforms toward Universal Health Coverage

<sup>45</sup> World Bank (2020) Health Systems Assessment for Côte d' Ivoire Accelerating Reforms toward Universal Health Coverage

<sup>46</sup> MSHP (2021) Rapport final de l' évaluation externe du PNDS 2016-2020

2025（2021年10月現在のドラフト）によると、ICT活用による医療従事者のトレーニングや、慢性疾患を抱える特定の患者への継続的なサービス提供等で遠隔地域の人々を支援することで、COVID-19による医療への負担軽減ができたと報告がある。WHOは主にCOVID-19対策のため、国立公衆衛生院のeラーニングのプラットフォーム構築を支援している（ヒアリング時点では、2021年9月末ローンチの計画とのこと）。母子保健含む保健人材の研修にも使用され、10日間で10万人の人材にトレーニングを可能としている。

また、保健省は国家遠隔医療計画（Plan National de Telemedecine 2021-2025（PNT2019-2023の後継））を策定し、二次・三次医療機関から一次医療機関への遠隔診療や母子保健・慢性疾患を対象とした継続的なモニタリング、高度遠隔医療の実施（主に緊急時の専門医療行為）等に注力している。一方、社会実装に向けて様々な課題があり、病院やヘルスケアセンター向けのインフラ整備や機器の導入、人材育成、遠隔医療導入後のモニタリング・評価、パイロットプロジェクトの実施などが必要である。

#### (5) 医療施設・機材・医薬品

政府と開発パートナーは、保健インフラの大規模なリハビリテーションプログラムに取り組んでいる。インフラに関しては、2012年から2019年の間に、10の総合病院の建設、22の州病院（CHR）の修復、78の総合病院と233の都市及び地方の保健センターの修復がなされた。ESPCの総数は、2016年の2,023から2017年には2,252、2019年には2,705に増加し、そのうち地方部の施設が73.03%を占めた。ESPCの人口比率は、2017年の人口10,000人あたり0.9から2019年の住民10,000人あたり1.05に増加した。医療サービス利用率（外来受診率）は、2012年の44%から2018年には69%に増加した<sup>47</sup>。

インフラ、機材、及び技術設備の管理と保守には、6つの州機材・材料・メンテナンスセンター（CREMM）、3つの区メンテナンスワークショップ（AMD）、新しく設置された3つのCREMM（Abidjan、Bouaké、及びKorhogo）<sup>48</sup>が関与している。施設機材維持局（DIEM）は老朽化したインフラ及び機材の保守のための予算がなく、またインフラと機材をリアルタイムで管理するためのツールを有していない<sup>49</sup>。なお、DIEMは2021年度内に組織改編を検討した。2022年2月現在、まだ改編は実施されていないものの、任務の変更や新手順の採択がある予定であり、これらに対応した能力強化が喫緊の課題となる。

2017年の調査によると、1次施設と2次施設の45%は電気がなく、35%は水がなく、32%は水と電気両方がない。サービス提供体制・状況調査（Service Availability and Readiness Assessment, SARA）によれば、医療施設の運営能力を5つの分野について評価した調査において、その平均が57%である。内訳は、感染予防81%、基本的機材73%、必須医薬品28%、快適性57%、診断47%とのことである。また、感染防止に必要なすべての物品を備えている施設は22%、診断に必要なすべての機器を備えている施設はわずか4%であった。他方、レベルによって状況は異なり、1次施設の運営能力55%と比較して、3次病院

<sup>47</sup> MSHP (2021) Rapport final de l' évaluation externe du PND 2016-2020

<sup>48</sup> JICAコートジボワール事務所によれば、2022年2月末現在、BouakéのCREMMは未設置、KorhogoのCREMMは未稼働とのこと。

<sup>49</sup> MSHP (2021) Rapport final de l' évaluation externe du PND 2016-2020

は 91%と高い能力を持っていた。また、1 次施設は、2 次施設と比較して、一般的な保健医療サービスの提供能力が低かった（56%対 70%）。医薬品とサプライチェーンは非効率性と在庫切れが顕著であり、政府は十分な管理ができていない。新公衆衛生薬局（La Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique、NPSP）は、医薬品の調達、保管、及びすべての公共施設への配布を行う。必須医薬品リストはジェネリック医薬品を優先し、選択基準は安全性、治療価値、価格に基づいているが、このリストは最近更新されていない。医薬品は民間部門で入手可能であるが、価格が高く、ジェネリック医薬品でさえ、国際基準の 7 倍であった<sup>50</sup>。

#### (6) 保健医療サービスの質

MSHPCMU は、保健医療サービスの質を改善するために国家ケアの質改善政策文書（PNAQS）を採用した。同文書はケアの提供、無料医療の拡大と強化、サービス利用の向上の観点から、サービスの質の向上のためのフレームワークを定義している<sup>51</sup>。

保健評価研究所（IHME）のヘルスケアアクセスと質インデックス（HAQ）によると、コートジボワールは適切なケアがなされていれば避けられる死亡の多さの観点で 195 カ国中 187 位にランクされている<sup>52</sup>。

#### 2-1-3 医療保障制度

医療保障制度については7章に詳述する。

#### 2-1-4 SDG3の進捗

コートジボワールは、保健関連MDGs（目標4、5、6）のいずれも達成することができなかった。このため、MDGsの教訓を踏まえ、SDG3「あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を推進する」を達成するために、具体的な取り組みがPNDS2016-2020、マルチセクター栄養プログラム、地域保健戦略計画2017-2020、職場におけるHIV/AIDS対策、母体及び新生児の死亡の監視とレビューのための戦略計画、保健人材開発計画2018-2022などの政策文書に盛り込まれた。また、評価時における課題への対応として、①国民皆保険の有効性向上、②子どものニーズに合わせた全国児童保健プログラム及び全国栄養プログラムの強化、③拡大予防接種計画の強化、④特に地方における医療サービスの適用範囲と質の改善、⑤保健システムの効率を強化し、貧困、農村、都市周辺、危機の影響を受けた地域の保健センター活用の増加、⑥一人当たりの医師、生殖可能年齢の女性一人当たりの助産師、一人当たりの看護師、村ごとのコミュニティヘルスワーカーの比率の改善、⑦治療分野とHIVの母子感染の予防分野の両方でHIV/AIDSに対する全国的な対応加速、⑧学校での妊娠の減少が挙げられている<sup>53</sup>。

---

<sup>50</sup> World Bank (2020) Health Systems Assessment for Côte D' Ivoire

<sup>51</sup> MSHP (2021) Rapport final de l' évaluation externe du PNDS 2016-2020

<sup>52</sup> World Bank (2020) Health Systems Assessment for Côte D' Ivoire

<sup>53</sup> MOSHP (2021) Rapport final de l' évaluation externe du PNDS 2016-2020

## 第3章 COVID-19に係る現状と課題

### 3-1 COVID-19に係る現状、対策措置

コートジボワールでは、2020年3月に最初の症例を通知以降、国家安全保障理事会（Conseil National de Sécurité, CNS）により対策措置が取られ、2020年3月には非常事態宣言（L'état d'urgence）を発出し、流行の中心である大アビジャン圏の封じ込めを図った。また、13のスクリーニングセンターを大アビジャン圏に設立し、感染者の隔離、治療、フォローアップ体制の構築等の策を講じている。2022年1月28日時点の累計感染者数は80,487人で、累計死者数は782人である<sup>54</sup>。オミクロン株の流行により2021年12月だけで感染者数は約1万人に達した。死者数は12月から2022年1月にかけて約70人と感染人数に比べ割合は低い。なお、CNSの報告によると、2021年8月には、デルタ株による国内第3波の到来、夏季休暇による人流増加等により感染者数が急増し、死者数は8月に112名、9月に181名で2か月の合計死者数は全体の約4割を占める<sup>55</sup>。また死亡者のほとんどがワクチン未接種であった。同年世銀の報告によると、COVID-19のパンデミックは同国の経済に大きな打撃を与え、GDP成長率はCOVID-19前の約7%から現在では1.8%程度と下方修正されている。

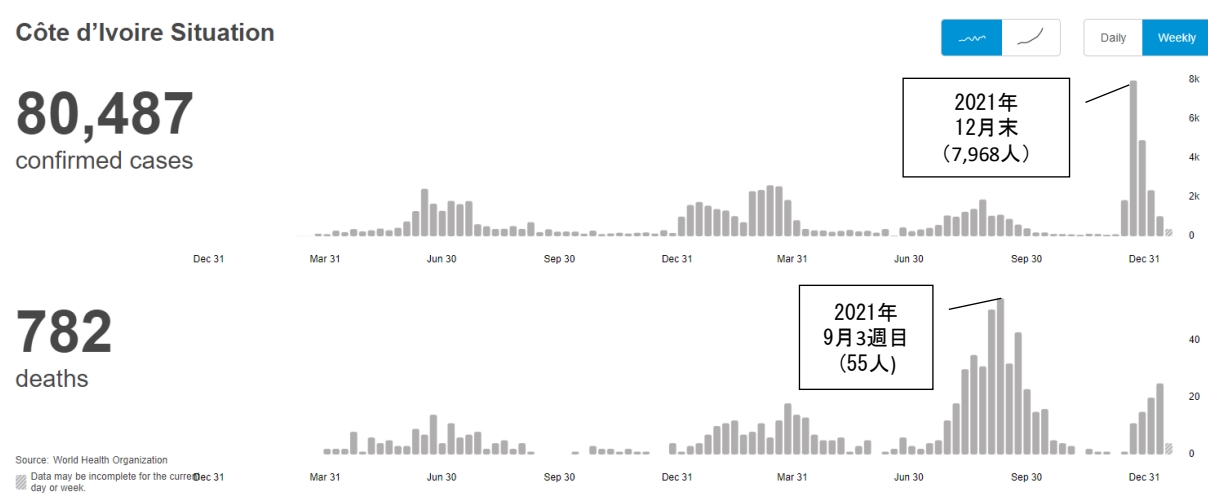


図 5：コートジボワールにおける COVID-19 感染者数・死亡者数推移

出所：WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard

2020年は、113の保健地区の内、43地区（全体の38%）が累積陽性率5%以下であったが、39地区（35%）が累積陽性率10%超であった。

<sup>54</sup> WHO (2021) WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard <https://covid19.who.int/table>

<sup>55</sup> Le Conseil National de Sécurité, Communiqué du Conseil National de Sécurité 9 Sep 2021 : <https://www.gouv.ci/doc/1631215316Communique-du-Conseil-National-de-Securite-jeudi-09-septembre-2021.pdf>



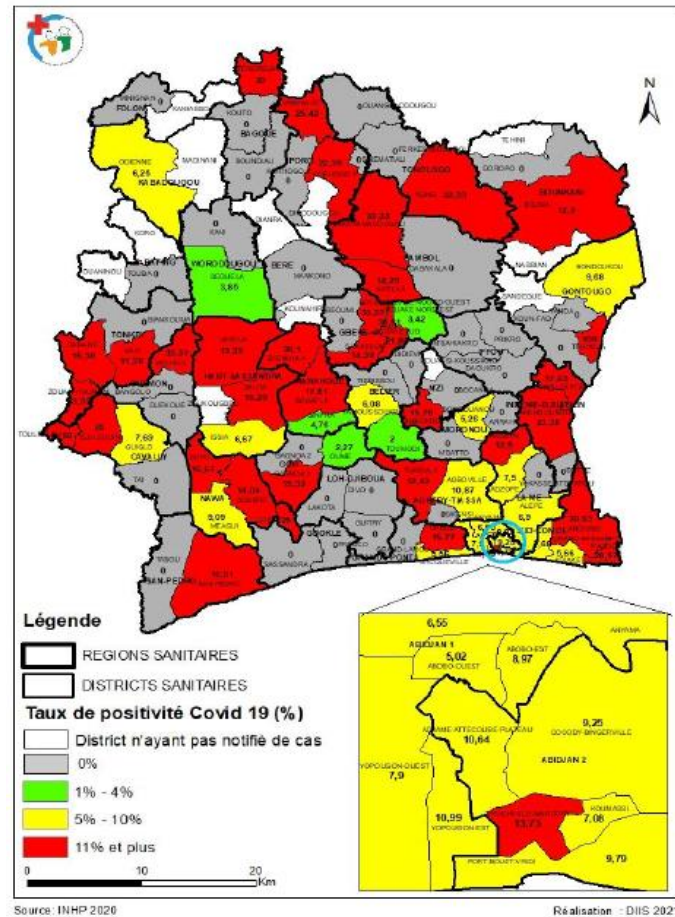


図 6 : コートジボワールの地域別 COVID-19 累積陽性率 (2020 年)

出所 : MSHP (2021) RASS2020

### 3-2 ワクチンの充足状況

MSHPCMUはワクチン接種の国家計画において、対象者は総人口2,835万人の69.3%に当たる約1,965万人と算定し、2回接種で4,367万5,300回分のワクチンを必要としている。2021年末までに各ターゲットの70%のワクチン接種完了を目標に掲げていた。ターゲットは以下の通りフェーズ毎に分かれる。<sup>56</sup>

- 第一フェーズ (総人口の3%) : 医療従事者、治安防衛部隊、教員等
- 第二フェーズ (総人口の17%) : 50歳以上の者、基礎疾患を有する者等
- 第三フェーズ (総人口の49%) : 16~49歳の者

CNSによると、上記ターゲットの内、最もリスクの高い対象者 (医療従事者、治安防衛部隊、教員、司法関係者、飲食業・ホテル業従事者、基礎疾患を有する者、60歳以上の者) に対し、2021年10月15日までに少なくとも1回目のワクチン接種を実行すべく、大規模なワクチン接種キ

<sup>56</sup> MSHP (2021) Plan National de Vaccination et de Deploiement des Vaccins Contre la COVID-19 en Côte d'Ivoire

キャンペーンを実施している。ワクチン入手方法は、COVAXファシリティや世銀からの供与、第三国からの寄付、自国購入である。CNSの報告によると、2021年8月20日にCOVAXファシリティを通じて118万530回分のファイザー製ワクチン、9月2日にAVATTファシリティを通じて10万800回分のジョンソン・エンド・ジョンソン製ワクチン等、これまでに257万7,700回分のワクチンを受領している。1,231万1,030回分の注文に対し受領分は約20%に留まる。全対象者に必要な4,367万5,300回分に対し、約6%のワクチンしか受領していない計算となるが、世銀や新公衆衛生薬局(Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique、NPSP)からの供給計画があり、世銀は2021年10月時点で500万回分のワクチンを購入している。

なお、2022年1月13日のCNS会議報告によると、1月11日時点で国内におけるワクチン投与回数は777万6,722回で、このうち2回接種を受けたのは227万1,771人である。COVID-19症例の95%を占める大アビジャン圏では、住民の55%が初回投与を受け、34%が2回接種済である。ワクチン調達も継続して行われ、これまでに1,650万回分のワクチンを受領したと報告されている。<sup>57</sup>

ワクチン接種の促進を目指し、今後は1回目にアストラゼネカ製、2回目にファイザー製という異なるワクチン接種も認められる。ワクチン接種はコートジボワールの113の保健地区全てで行われている。

表 4 : COVID-19 ワクチンの推定必要数

総人口	ワクチン供給元	対象者数	ワクチン数 (2回接種)
28,349,073人	COVAX : 20%	5,669,815人	12,611,600回分
	その他 : 49.3%	13,976,093人	31,063,700回分
合計	69.3%	19,645,908人	43,675,300回分

出所 : MSHP (2021) Plan National de Vaccination et de Deploiement des Vaccins Contre la COVID-19 en Côte d'Ivoire

表 5 : COVID-19 ワクチン供給状況

供給日	供給元	ワクチン種類	ワクチン数 (回数)
2021年2月26日	COVAX	アストラゼネカ	504,000
2021年4月以降	COVAX	アストラゼネカ	272,250
2021年4月以降	COVAX	ファイザー	100,620
2021年4月以降	インド	アストラゼネカ	50,000
2021年4月以降	中国	シノファーム	100,000
2021年8月20日	COVAX	ファイザー	1,180,530
2021年9月2日	AVATT	ジョンソン・エンド・ジョンソン	100,800
		小計	2,308,200
		不明	269,500
		合計	2,577,700

出所 : CNS, “Communiqué du Conseil National de Sécurité”, Republique de Côte d'Ivoire, “Plan opérationnel de vaccination contre la COVI-19 dans le cadre de la riposte contre la maladie a coronavirus en Côte d'Ivoire”

<sup>57</sup> CNS (2022年1月14日報告), [https://www.gouv.ci/\\_actualite-article.php?recordID=13026&d=1](https://www.gouv.ci/_actualite-article.php?recordID=13026&d=1)

前述のワクチン供給のほか、以下の供給計画の記載あり。1,650万回分の受領済ワクチンの供給元内訳は不明。最新の計画としてワクチン計画2022年-2023年の公表に向け、コートジボワール政府内で最終調整中である。

表 6 : 2021 年 2 月 制定 COVID-19 ワクチン供給計画

日付	ワクチン種類	供給元	供給量	合計供給量
2021年7月	Astrazeneca	NPSP	500,000	768,800
		France (COVAX)	268,800	
2021年8月	Astrazeneca	NPSP	500,000	855,000
		COVAX	355,000	
2021年9月	Astrazeneca	Banque Mondiale	2,000,000	2,000,000
2021年11月	Johnson&Johnson	Banque Mondiale	1,000,000	1,000,000
2021年12月	Johnson&Johnson	Banque Mondiale	1,000,000	1,000,000
2022年1月	Johnson&Johnson	Banque Mondiale	1,000,000	1,000,000
<b>予定総供給量</b>				<b>6,623,800</b>

出所： Republique de Côte d’Ivoire, “Plan opérationnel de vaccination contre la COVID-19 dans le cadre de la riposte contre la maladie a coronavirus en Côte d’Ivoire” を基に調査団作成

### 3-3 COVID-19の財源とドナーの動向

ワクチン接種に関する第一次予算は104,217,888,692FCFA（194,944,816米ドル/約198億円）と見積もられ、その内、約83%がワクチンと関連物資の購入、約17%が運営費に充てられる。COVAXファシリティは、総予算の24%に当たる24,646,708,455FCFA（46,068,614米ドル/約47億円）を支援する。COVID-19戦略的準備・対応計画（SPRP）の一環で、世銀との多段階プログラムによる戦略が進行中で、追加ワクチンと運営費をカバーする資金として、総予算の27%に当たる28,137,568,263FCFA（50,516,281米ドル/約53億円）が支援される。残る総予算の約半分の資金は、AfDB、ADB、ECOWAS、USAID等の機関との連携を通じて補填される予定である。第二次予算は第一次予算の結果を受けて検討される。

表 7: ワクチン接種キャンペーンの第一次予算内訳

	項目	総額 (FCFA)	総額 (USD) ※	総額 (円)
1	プログラム管理・調整	75,955,000	142,078	14,431,450
2	企画・準備	85,839,500	160,567	16,309,505
3	社会的動員・協議	1,812,904,417	3,391,129	344,451,839
4	研修・会議	609,158,317	1,139,461	115,740,080
5	書類作成	364,157,482	681,175	69,189,922
6	人材確保	155,259,000	290,420	29,499,210
7	コールドチェーン設備	6,553,610,350	12,258,859	1,245,185,967
8	実施・監督機関	4,300,178,046	8,043,700	817,033,829
9	ワクチン接種の備品	3,250,963,927	6,081,092	617,683,146
10	廃棄物処理	78,390,858	146,634	14,894,263
11	予防接種副反応の管理	376,975,275	705,151	71,625,302
12	ワクチン購入	86,276,240,869	161,384,059	16,392,485,765
13	ワクチン導入プロセス評価	139,127,825	260,246	26,434,287
14	ワクチン接種インパクト評価	139,127,825	260,246	26,434,287
	合計	104,217,888,692	194,944,816	19,801,398,851

※1USD= 534.602 FCFA、1JPY=5.193FCFA (2021年1月)

出所: MSHP(2021) RASS2020

COVID-19の影響により国内の多くの活動が停滞を余儀なくされ、コートジボワール経済に多大な影響を及ぼしている。2020年3月に現地政府は、COVID-19の保健対策向けに958億8,000万FCFA(約1.7億米ドル/約182億円)の支援策を打ち出し、感染者の管理・隔離体制構築、医療機器購入等に充当した。その後、1兆7,000億FCFA(約30億米ドル/約3,230億円)の経済支援計画により、貧困層や企業支援を策定している<sup>58</sup>。具体的に、経済・社会・人道支援策の3つの柱を軸に、民間企業向け支援金給付、納税や社会保障負担の猶予、電気や水等のインフラ料金の支払期限延長等の政策を実施している。財源不足を補うため、政府は地域金融市場での国債発行やIMF、世銀をはじめとする国際社会から資金調達を進めている。

ドナーとの連携では、2020年4月にIMFはコートジボワールへの8億8620万米ドル(約992億円)の融資、世銀は1,177億FCFA(約224億円)の融資を承認している<sup>59</sup>。2020年6月にはAfDBが7,500万ユーロ(約95億円)の融資を実行している<sup>60</sup>。その他、AFDは150万ユーロ(約2億円)の資金提供でコートジボワール含む5か国を対象に「APHRO-CoVプロジェクト」を行い、COVID-19の早期診断、医療機関間の連携等、リファラルシステムの強化を図った<sup>61</sup>。世銀はこれらの予算内外で、COVID-19に対するサーベイランスやワクチン購入等を支援している。(詳細は第4章4-1(2)世界

<sup>58</sup> 財務省, <https://finances.gouv.ci/actualites/65-contenu-dynamique/actualite/720-point-des-actions-gouvernementales-aux-senateurs>

<sup>59</sup> IMF, Country Report Cote d'Ivoire, <https://www.imf.org/en/Publications/CR/Issues/2020/04/23/Cote-d-Ivoire-Requests-for-Disbursement-Under-the-Rapid-Credit-Facility-and-Purchase-Under-49367>

<sup>60</sup> AfDB, Project Appraisal Report, <https://www.afdb.org/en/documents/cote-divoire-covid-19-response-support-programme-project-appraisal-report>

<sup>61</sup> AFD, APHRO-CoV, <https://aphro-cov.com/le-projet/>

銀行参照。)

表 8：ドナーの財政支援（一部）

項目	総額（各通貨）	総額（USD）	総額（円）
IMF	-	886,200,000	92,164,800,000
世銀	FCFA117,700,000,000	220,160,000	22,363,000,000
AfDB	EUR75,000,000	86,560,125	9,472,500,000
	合計	1,192,920,125	124,000,300,000

※1USD= 104.29JPY、1FCFA=0.19JPY、1EUR=126.3JPY（2021年1月）

出所：各機関ウェブサイト

### 3-4 コールドチェーンや検査キット等の充足状況

ワクチンの保管につき、予防接種拡大プログラム（Direction de coordination programme élargie de vaccination、DCPEV）、国立公衆衛生研究所（Institut National d'Hygiène Publique、INHP）、各地区等が保管場所を設置している<sup>62</sup>。ワクチンのコールドチェーンはDCPEVが統括し、DCPEVと INHPのコールドルームやクーラーコンテナ等は十分にあるが、各地区の冷蔵庫の貯蔵容量の不足が課題である。113の保健地区の内、110地区で保管容量が不足し、追加で1,641台の冷蔵庫（金額にして8,802,057米ドル/約9億円）が必要である。国や地域ではなく地区レベルの医療施設の整備に際し、コールドチェーン設備の強化が課題となっている。

ワクチンの在庫管理は、SMT及びSaH Analyticsというソフトウェアで行われ、破損ワクチンはDCPEVに返却される仕組みである。ワクチン接種運用計画には、接種計画のほかワクチン接種手順、接種トレーニング、安全・リスク管理等が記載されている。

また、CNSによると更なるPCR検査の強化と公立・私立医療機関における無料の抗原検査の強化を目指している。調査団によるDGSへのヒアリングでは、JICAの支援について、PCR検査や抗原検査キットの確保を期待するとコメントがあった。なお、抗原検査キットに関しては、ドイツ経済協力・開発省の支援で、ドイツのダスラボーア（Das Labor）社が、アビジャンの南東30キロにあるグランバッサム市の経済特区にアフリカで初となるCOVID-19抗原検査キットの生産工場を設立した。8月13日に正式に製造の承認を受け操業を開始した<sup>63</sup>。

### 3-5 COVID-19の感染拡大が保健セクターに与えた影響

COVID-19の感染拡大の主な影響として、保健医療サービス利用の低下が挙げられる。MSHPCMUによると、感染が確認された2020年3月から4月にかけて保健医療サービスの利用が50%以上減少した。医療施設が感染の中心と住民に認識されたことや、50人以上の集会禁止で通院が予約制と

<sup>62</sup> CI政府、Plan Operationnel de vaccination contre la COVID-19 dans le cadre de la riposte contre la maladie a coronavirus en Côte d'Ivoire（Février 2021）

<sup>63</sup> JETRO、ビジネス短信（2021年9月3日）

<https://www.jetro.go.jp/biznews/2021/09/6eca4959bcdd304f.html>

なり、診察数の減少が原因だと言われている<sup>64</sup>。このような状況を受け、医療サービスの利用者を安心させるための医療従事者のトレーニングや国民への啓蒙活動等が行われている。

また、脆弱層ではCOVID-19の影響による経済的困窮により、医療費より食費に充当し、COVID-19に関する予防や治療をセルフメディケーションに頼る傾向があった。またMSHPCMUやWHO等の調査では、収入が減少したHIV患者の788人のうち、144人（18.3%）がHIV予防・ケアサービスの利用が困難であったと回答している<sup>65</sup>。このようにCOVID-19の直接的・間接的影響により、保健医療サービスへのアクセスの課題が生じている。

---

<sup>64</sup> CI政府、USAID、UNICEF, Analyse qualitative: Maladie à Coronavirus (COVID-19) en Côte d'Ivoire

<sup>65</sup> MSHP, DIIS, WHO, Fonds Mondial, PEPFAR (2021年6月), Évaluation des effets de la crise sanitaire a COVID-19 sur l'offre et la demande des services VIH en en Côte d'Ivoire

## 第4章 保健セクターにおける開発パートナーの支援動向、JICAの支援概要

### 4-1 開発パートナーの支援動向

ウェブサイトから得られた情報と、2021年12月までにヒアリングにて得た情報を以下にまとめた。

#### (1) 世界保健機関（WHO）<sup>66</sup>

##### 1) 協力概要

カンントリーオフィスは1961年に設立された。コートジボワールのPNDSに沿ってWHOのcountry strategy（5年間）を策定し支援を行っている。主な支援分野は保健システム強化やガバナンス、公衆衛生上の危機（感染症、非感染症含む）、母子保健など。また、開発パートナーと調整し支援の重複を避け、より効果的な協力を促す役割を担っている。

##### 2) コートジボワールにおける主要ドナー

保健財政に係る国際機関（マルチ）のパートナーは世銀、IMFなど、また二国間援助パートナーはフランス、日本など。予防接種ではGAVI、HIV/AIDS/結核/マラリアではPEPFAR、世界基金など、母子保健ではWHO等がサービスの質の改善などを支援している。なお、2018年のドナーマップの共有を数度にわたり求めたが、2月末現在入手できていない。

##### 3) UHCの課題に関する考え

物理的アクセスが最大の課題であるが、貧困層は経済的アクセスがなく、また人口のほとんどは保険に加入していないことも大きな課題。大規模な病院建設をすると人材配置や維持管理が課題となるため、1次レベル施設と3次レベル施設のバランスが重要。

##### 4) 母子保健について

サービスの質の低さが大きな課題とし、人材と施設を増やせば質はついてくる。特に専門医（帝王切開ができる医師や産婦人科医）が不足しており、また都市に偏在しているため、国は専門医を地方に配置してサービスの質を改善し母子の死亡率を下げる努力をしている。

##### 5) UHCモニタリングについて

2015年にWHOの資金援助でUHCを測る指標を決める調査が実施され、現在、UHCの進捗をモニターする調査が計画されており、もうすぐ開始予定<sup>67</sup>。また、次期SARAは2022年早々には開始見込み。

##### 6) COVID-19とICTについて

コロナ対策のために国立公衆衛生院にeラーニングのプラットフォーム構築を支援していることは確認できたが、COVID-19対策へのICT活用に係る考えについては、数度、意見を求めたが、回答は得られなかった。

<sup>66</sup> WHO関係者に対するインタビュー調査（2021年9月28日）

<sup>67</sup> Global Monitoring Report on Financial Protection in Health(2019)に続くものと考えられるが、要確認。

## (2) 世界銀行<sup>68</sup>

### 1) 協力概要

- 現在、世銀が実施している協力のなかで中心となっているのは Strategic Purchasing and Alignment of Recourses and Knowledge in Health Project: (SPARK-HEALTH) であり、母子の死亡率削減に資する質の伴った保健サービス提供を目的に、2019 年から 6 年計画で実施している。予算は IDA から 2 億米ドル（借款）と GFF から 2000 万米ドル（無償）。既に 1 億 1800 万米ドルを支出済。2022 年以降計画している追加予算は CMU 強化に使用される見込み。以下の 4 つのコンポーネントからなる。
  - ① 戦略的購入（Strategic Purchasing）に係る全国スケールアップ：Performance-based financing (PBF)、CMU の促進、改革の支援とキャパシティビルディング。
  - ② ガバナンス向上のためのヘルスシステム強化：施設及び機材のリハビリ、衛生、リプロダクティブ・ヘルスと栄養、保健人材強化、ガバナンス強化。保健人材については、保健人材局が 2020 年に取り纏めた調査結果に基づき、保健人材へのトレーニング（学部レベル）と公平な配置、定着を支援するもの。ガバナンスに関しては保健情報システム強化やデジタル化を支援。電子医療記録（Electronic Medical Record）は全ての州病院と区病院に導入予定であり、一次医療施設への導入も検討している。遠隔医療も同様に検討している。
  - ③ プロジェクトマネジメント
  - ④ 感染症への緊急対応（Contingencies, Emergencies, Respose to Epidemics, CERC）：世銀はすべてのプロジェクトで即時に緊急対応に支出できるコンポーネントとして導入しており、コートジボワールでは COVID-19 への対応として 2020 年 5 月から 2022 年 6 月にかけて 4000 万米ドルの支出を行った。
- COVID-19 への対応は以下のとおりであるが、ワクチン購入およびその配布などの運営費として 1 億 7500 万ドルが必要であり、第 2 回追加融資により資金ギャップは 6100 万米ドル（ワクチン配布のスケールアップ、コールドチェーンシステム（冷蔵庫、インフラ）の構築）となる。
  - ① CERC：初の COVID-19 陽性が出た際には上記 SPARK-HEALTH の④で即時の対応を実施。
  - ② COVID-19 Emergency Preparedness and Response Project (Parent Project)：サーベイランス強化を目的として、2020 年 5 月から 2022 年 6 月までに 3500 万米ドルの支援を実施中。①感染の早期発見、ケースマネジメント、感染予防対策（9360 万米ドル）、②ワクチン忌避に対応するためのコミュニケーションとコミュニティ参加（190 万米ドル）、③プロジェクトマネジメント（440 万米ドル）（ワクチン接種キャンペーンのデジタル化（オンラインプラットフォーム構築）含む。）
  - ③ COVID-19 追加融資（Additional Financing）：ワクチン購入やオペレーションコ

---

<sup>68</sup> 世界銀行関係者に対するインタビュー（2021年10月15日および12月7日）



ストを支援。2021年5月から2022年6月に1億米ドルを予定。560万人（人口の19%）への接種が可能となる。2021年10月現在、500万回分のワクチンを購入済み（5100万米ドル）。COVAXを通じてシノファームのワクチン、アフリカ・ワクチン調達・接種タスクチーム（AVATT）を通じてジョンソン&ジョンソンのワクチンを購入した。

- ④ 第2回 COVID-19 追加融資（2<sup>nd</sup> Additional Financing）：アジアインフラ投資銀行（AIIB）とともに準備中。世銀は14百万米ドル拠出、AIIBは1億米ドル拠出（無償と借款（非譲許）のミックス）予定。ワクチン調達・配布と同時にシステム強化を目的としており、コミュニティ向けワクチンキャンペーンに活用するためのモバイルクリニックの導入、農村部へのルーティン接種サービス、遠隔医療の提供も含む。2022年1月に承認される見込み。

- PASA（Programmatic Advisory Services and Analytics）では、保健サービスの質の向上、リソース動員の増強、保健分野向けの資源の公平で効率的な利用の実現を目的として、技術面及び運営面の支援を実施。2020年10月から3年間で80万米ドルの支援。

## 2) PBF プログラムと CMU の関連

SPARK は、ケアの質の向上、保健施設の裁量（Autonomy）の増強、保健施設スタッフのモチベーションの向上を目的として2016年に開始した。当初は18%の保健区を対象としていたが、60%の保健区へと拡大した。また、保健施設は、銀行口座が開設され、直接資金を受け取ることが可能となるなどの成果を出している。それぞれの保健施設はビジネスプランを作成し、それに従い成果を出すことが求められている。四半期に一度NGOにより保健施設による成果の確認が行われ、その成果に応じた支払いが行われる。支払いの半分はスタッフのモチベーション（ボーナス）、半分は保健施設の強化に使われる。実際にはモチベーションを30~40%に減じ、残りを保健施設の施設強化のために使うといったケースもある。2022年にはPBFを全保健区に広げる予定。現在は、世銀による資金面での支援が大きいですが、将来的には政府が資金を負担する計画。

## 3) CMU の課題に関する考え

Purchasing AgentとしてのCNAMはMEPSの実施機関であるが、保健サービス提供は無料医療サービスであるGratuité Cibléeも含めてMSHPCMUで実施されているように、CMUに関する主な関係者が分かれており、調整されていない。またCNAMは二つのスキームを運営し、リソース管理も規制も担っている。他方で、CNAMはMEPSの外郭機関であり政治的な調整機能は持ち合せていない。かつては首相府が110のステークホルダーを集めたステアリングコミッティを組成したが機能しなかった。MSHPCMU側にもこれまでフォーカルポイントもいかなかった。運営上の課題としては、ベネフィットパッケージが限定的で、予防ケアや糖尿病や高血圧などがカバーされない、真にCMUを必要とする脆弱層のものとなっていない<sup>69</sup>などが挙げられる。このため、世銀としては2022年以降にCMUプログ

---

<sup>69</sup> CMUには公務員、給与所得者、自営業他が加入しているが、支払いは公務員向けが多いことが指摘される。公務員の健康保険はMUGEF-CIという公務員共済組合が、民間給与所得者はCNPS、それ以外はCNAMが担当している。

ラムを再構築するよう促していく予定。

#### 4) デジタルヘルス活用に係る見解

保健大臣が保健分野のデジタル化を優先事項のひとつとしていることもあり、世銀は追加融資によりガバナンス改善の一環でデジタルヘルスを支援。具体的にはデータセンター設立の支援など。PBF、民間施設、CMU のデータがすべて E-Health システムとして統合される予定。

### (3) アフリカ開発銀行<sup>70</sup>

#### 1) 協力概要

保健に特化したプロジェクトはないが、以下の 4 つのプログラム・プロジェクトが保健のコンポーネントを含んでいる。

- ① 衛生や環境改善に関するプロジェクト (Projet d' Assainissement et d' Amélioration du Cadre de vie d' Abidjan 、PAACA) : 水因性疾患への対応やヘルスセンターの建築。
- ② マルチセクターでのプロジェクト (Projet de filets sociaux productifs) : ソーシャルプロテクション (11 のソーシャルセンターの建設含む) や若年雇用、40 のリハビリセンター建設。母子保健に関する医療従事者へのトレーニングや、96 のソーシャルセンターのデータベースを作成するためのフィージビリティスタディも実施。ソーシャルマネジメントに関しては高齢者も対象。支援総額は 11-12 百万ユーロ。
- ③ 脆弱層への資金提供プロジェクト (Projet d' appui au programme social du Gouvernement、PA-PS Gouv) : 世銀のプロジェクトとして開始し、AfDB も支援に加わった。EU や UNICEF も支援している。AfDB の支援総額は 2019 年に 79 百万ユーロ、2020 年に 75 百万ユーロ。10 万世帯が対象。また、Village Saving Association の設立支援も実施しており、学童期の子どもがいる両親を支援しており、トータルでは 25 万世帯を支援している。保健施設については約 40 の ESPC の改修と設備導入を計画している。さらに 2020 年には COVID-19 を受け中小企業への資金提供も開始。UHC とは直接つながらないが、インフラを強化することで、環境整備とキャパシティの強化につながる。
- ④ 経済社会改革支援プログラム (Programme d' appui aux reformes économiques et sociales、Economic and Social Reform Support Programme、PARES フェーズ 1 (2019 年~2021 年) およびフェーズ 2 (2022 年~)) : 一般財政支援で、合意した政策マトリクスに応じて支援を行うプログラム借款。期待される成果のうちコンポーネント 2 のサブコンポーネントとして社会的包摂への強化支援が含まれており、その中で、社会的保護と社会保険運営の強化が求められている。政策マトリクスにおいては病院改革法の採択および自営業者 (個人事業主) 向けの社会保険設立に関する法の採択が入っている。またフェーズ 2 では、現在のところ COVID-19 のワクチンのロールアウトプランの採択、病院改革法の実施細則の推進などを検討している模様。

---

<sup>70</sup> AfDB関係者に対するインタビュー調査 (2021年9月21日および12月7日)

## 2) UHC の課題に関する考え

社会保障省や MSHPCMU 等の各政府組織間の連携、困窮層（治療費が無料になる層）の特定に課題がある。インフラや機材支援、ケアの質の改善も重要。無料医療制度に関し、インフォーマルセクターをどう扱うかにも課題あり。また、地方におけるアクセス改善は重要課題。ニーズを特定し、ヘルスセンター建設地を見極める必要あり。リハビリセンターの建設や医療機材の提供も重要とのこと。地方分権化の流れで保健区が強化されるべき。保健システムの課題としては、医療従事者のトレーニング（デジタルヘルスの活用含む）や必須医薬品へのアクセス改善も課題。また、医療従事者のアカウントビリティも向上させるべき。

## 3) UHC 達成のためのデジタルヘルス活用に係る見解

デジタルヘルスは医療従事者のペーパーワークの軽減につながることで、また、遠隔地の医療従事者へのトレーニングや遠隔医療、患者の処方薬に関するモニタリング、ヘルスサービス利用を促すためのウェアネス向上にも活用できると考えられ、重要との見解。特にコロナ下で重要。ドローンによる医薬品・血液・ワクチンの輸送も求められている。

## 4) 保健を含む借款プロジェクトの指標

ヘルスセンターの建設数や医療従事者のトレーニング数というアウトプット指標はあるが、インパクト指標（ヘルスセンターの利用者数や医療従事者のスキル向上のレベル）まではない。保健はプロジェクトのサブコンポーネントなので、あまり焦点が当てられていない。

## (4) フランス開発庁 (AFD) <sup>71</sup>

### 1) 協力概要

実施中の協力規模は 2 億ユーロ（1 億ユーロは政府向けローン、残りは仏政府のグラント）で、以下 3 つの課題に対応中：

- ① ヘルスケアシステム強化：病院の設立及び改修、血液センター設立（主に北西部）。2022 年までに 4 病院（サンペドロ、スプレ、トエクエ、ギクロ）を改修完成予定、またもともと対象であった 4 病院（オディエヌエ、ティングエラ、ムンドウク、トンダ）のうち政府選出の 2 病院の調査を始めている。さらに、大アビジャン圏の 8 病院向けのコンサルタントを選出予定。JICA が母子保健支援を行っていることは聞いており、AFD が行うヘルスケアサービス強化と連携可能性があるとの考え。
- ② 医薬品セクターの強化：政府の認証機関（IFP, Central Pharmacy, MBSP, DAP, ANSP, National Transfusion Center）の支援
- ③ 保健人材育成：INFAS にてインフラ整備や教育体制の強化、トレーニング支援、ディプロマの整備、病院改革（分権化の反映）

その他、COVID-19 対策として、パスツール研究所と連携して検査対策を強化、財政支援等を実施。また、1 億ユーロ（ローン）のうち、1,800 万ユーロは COVID-19 対策に振り分

---

<sup>71</sup> AFD 関係者に対するインタビュー調査（2021年9月6日）

けられた。

なお、現在、仏政府とコートジボワール政府とで次期支援10億ユーロについて交渉中。

## 2) UHC の課題に対する考え

- ・ ヘルスケアサービスの質の向上：AFD を通じたプロジェクトとともに、プライベートローンのプロジェクト（IPPH）を実施し、各医療施設のヘルスケアサービスの質の向上を図る（特に国民の半分が行く私立病院のレギュレーションがないのでその質の担保）
- ・ インフラ整備・人材育成：病院や医療従事者のトレーニング、国際基準に見合うスキルの強化を支援、国際・国内医療機関の支援（autonomy、medical planning がないのでその支援）
- ・ 地方分権の強化：保健州ごとのヘルスケアのマスタープラン（公的セクター、民間セクター、リファラルシステム含む）がない（保健州において、患者がどの治療をどこで受診すべきかを示すマスタープランがない。どこに病院を建設するかのビジョンもない。PDRS があるのはアニビヤサのみ。）2019 年に一般的な戦略は策定されたがまだ最終化中。人材育成についても地方分権の政策を検討中だが、これから仏政府-現地政府で協議していく段階。
- ・ ドナーと政府の連携が不十分
- ・ 医療従事者の待遇：専門性ある医師の特別給与がない。また、地方（遠隔地）に赴任する医師の手当も不十分。
- ・ UHC のファイナンスモデルの検討：インフォーマルセクターの保険加入料、税（タバコ、アルコール類）などを検討中。

## 3) 母子保健について

病院の施設の老朽化、地域毎の組織がなく医療従事者のトレーニングが不足、財政管理する適切な組織の不在、公的病院と民間病院のサービスの質等が課題である。

## 4) 病院改革（Réforme Hospitalière）について

2019 年に病院改革の実施が決定された。病院毎の連携（大学病院と総合病院・保健州病院と保健施設）などを含む病院運営の改善を目的とするもの。

## 5) 支援ニーズについて

人材育成については支援が足りておらず、政府は 2025 年までに現地大学への投資を期待している。ヘルスケアサービスの質向上を目指すために、人材育成は必要。現状はインフラ投資に見合った人材育成、サービスの質の確保がなされていない状況。

## 6) JICA との連携可能性

インフラ整備（病院リフォーム）や母子保健対策、において JICA と AFD が連携できる可能性はあるとの考え。特に、CHU ブアケの母子棟建設については、保健省が JICA 支援による CHU ココディと同様の施設を希望しているが、金額規模が大きいことから、JICA との共同出資の可能性などにつき相談したいとのこと。

## (5) Expertise France<sup>72</sup>

### 1) 協力概要

Scale Up Cervical Cancer Elimination with Secondary Prevention Strategy (SUCCESS) を通じて子宮頸がん撲滅に取り組んでいる。子宮頸がんは低中所得国で課題になっているがワクチンと早期発見で治癒できる病気。WHO の戦略で 2030 年までに 90% Vaccination, 70% Screening, 90% Treatment に沿って活動している。WHO、Unitaid、JHPIEGO(米国 NGO)、UICC(国際対がん連合) 等と連携。また、SUCCESS はブルキナファソ、グアテマラ、フィリピンでも活動中。検査や治療のコストはプロジェクトが負担している。子宮頸がんが CMU でカバーされるようになるかどうかは未定。

### 2) 保健財政について

WHO が保健財政のワーキンググループを組織しており、2021 年 4 月に開発パートナーとの協議を予定していたが、開催できなかったとのこと。フランス系機関以外に世銀や USAID 等も参加している。政府は UHC を標ぼうしつつも保健財源の強化の道筋を明らかにしていない。保健財政の 4 側面、revenue raising、purchasing、pooling、packaging のいずれについても戦略がなく、政府の取り組みに疑問をもっている。例えば癌の検診は WHO 推薦のとおり基礎パッケージに入っているがよいはずだが入っておらず、人々の望むサービスが現在のパッケージには入っていないのではないかと。また、無料医療制度が並立するなか、CNAM が単一の Purchasing Agent なのかも不明。

### 3) CMU について

実体的に CMU は機能していない。2019 年 11 月に開始されたが、患者の窓口負担は変わらないという話もある。また現在の月 1,000FCFA という保険料だが、全所得層で同額であり不十分ということ、また、逆進性に問題がある。

### 4) インフラ強化について

政府が期待する地域のヘルスケアセンターの強化は必要。ただし施設の現状は十分把握されていない。SARA の最新版が必要。また、医療施設だけではなくヘルスケアシステムの強化も併せて行うべき。UHC 達成は長期的視点で考える必要があり、持続可能な支援とするために、他の資金源との連携も必要。JICA のローンでインフラ支援を行うのであれば、ソフトの面で連携したい。

### 5) ICT 活用の事例

SUCCESS プロジェクトは DHIS2 のトラックシステムを採用。SMS で診断結果、一次・二次スクリーニングのリマインダー等を送信する。コートジボワールでは、SMS の国家当局カバー率は 60% を超え、データの統合に関心あるも、個人情報保護を考慮する必要あり。

## (6) Programme d' Appui aux Strategies Sociales (PASS)<sup>73</sup>

### 1) 協力概要

- ・ PASS はコートジボワールの保健セクターの向上及び UHC 支援のためにアドボカシー活動

<sup>72</sup> Expertise France 関係者に対するインタビュー調査 (2021年9月15日)

<sup>73</sup> PASS 関係者に対するインタビュー調査 (2021年9月24日)

を行っている。具体的には、保健センターをパイロットとして分権化された保健施設によるコミュニティヘルス支援を行っている。公的セクターの保健センターが人材、インフラ施設、質の面で大きな課題を抱えているのに比して、裁量をもった施設が非常にうまく機能することを示している。

## 2) UHC の課題

現在、人口の 10%のフォーマルセクターは医療保険に入っているが、マジョリティである都市・農村双方のインフォーマルセクターは保護がないといってもよい状況。CNAM のメンバーへの加入が始まっているがまだ実際には動いていない。

コミュニティヘルスに関しては CNAM、Association Nationale des Organisation Professionnelles Agricoles de Côte d'Ivoire (ANOPACI)、Centre Ivoirien de Recherches Economie et Social (CIRES)と共同でプラットフォームを立ち上げ、農村部での CNAM メンバー加入促進を進めている。ここには政府も入っており、2020 年 6 月に正式の通達が出て、サトウキビ、パーム油、綿実生産者の 3 グループの CNAM メンバー加入が図られたが、困難だった。一人当たり 1,000FCFA/月の保険料は、世帯メンバーが 7~8 人となると相当の額となる。貧困ラインは約 200,000 FCFA<sup>74</sup> (年間) だが、7 人家族であれば、このうち 84,000 FCFA が保険料となる。次に、上記 3 グループは輸出作物で組織化が簡単だったが、他の食料生産を行っている小規模農家の加入はない。また医療の質の問題も指摘できる。人々は保険料に見合うサービスが受けられないと考えている。ただプラットフォームでは CMU は資金的なツールと考えており、質とアクセスを改善すべきと意見している。

## 3) CMU とヘルスシステムの関係

MSHPCMU のヘルスシステムが約 20 の垂直プログラムで構成されており、保健施設や保健区の裁量がないため、地域の保健ニーズに対応できない。これに対しては地方分散 (Deconcentration)、次に分権化が有効と考えている。現在では区レベルのオフィサーにはほとんど裁量がないが、チーフメディカルオフィサーに対して裁量を与えることで地域のニーズへの対応や僻地での人材の配置などが可能となる。コミュニティヘルスの文脈で、各保健施設をエンパワーすることが決まっているが、リソースについては変わらず裁量がないので、成果は限られる。地方分権を担当する内務省と政策協議を行っている。政府の現在の取り組みとしては、公共財政管理 (PFM) 改革を行っており、保健セクターでも変更がいろいろある。

## 4) インフラ投資について

政府は UPPH (Unité de Pilotage du Programme hospitalier) という病院インフラの巨額のプロジェクトを進めているが、公共の保健施設は裁量がないためガバナンス面が非常に弱い。また人材も派遣されていないか、もしくは常駐していても不在のことが多い。

---

<sup>74</sup> 正確には国際的な貧困ラインは473FCFA/日 (年間172,645FCFA)、コートジボワールが定めた貧困ライン (National Poverty Line) では年間269,075FCFA。これはいずれも2015年のデータで、それ以降の経済成長を考慮すると貧困層は顕著に減少していることが推測されるが、健康保険支出が少なくないインパクトをもたらすことは理解できる。(しかも実際の病気の際にはさらに費用の30%の支払いを窓口で行う。)

信頼がないので、インフラだけ構築しても無駄である。

## (7) グローバル・ファイナンスング・ファシリティ (GFF)<sup>75</sup>

### 1) 協力概要

- ・ 2018 年より同国での活動を開始。リプロダクティブ・ヘルスおよび母子・青少年の健康・栄養の改善を目的に、「女性と子どもの健康のための世界戦略 (Every Woman Every Child) を支援する主要な資金調達プラットフォームである。同国における政策策定・実行を支援し、成果主義に基づいて資金を動員するとともに、マルチステークホルダー・プラットフォームを通じたパートナーシップを推進している。具体的な活動は以下の4つ。
  - 保健セクターのステークホルダーを調整し効果的な活動およびモニタリングを行うためのプラットフォーム「Plateforme Nationale de Coordination du Financement de la Santé (PNCFS)」の運営
  - 保健セクターにおける国内・外部資金を投入するための投資計画の策定
  - 投資計画に沿った保健財政の改革
  - 投資計画の実施モニタリング

### 2) UHC の課題

- ・ 政府の保健支出が年間 7%程度の水準に留まっていることに加え（アブジャ宣言の目標値は 15%）、これらのほとんどが第三次レベルの保健サービスの拡充に費やされている。そのため、一次レベルの保健サービス、特に保健施設の整備が喫緊の課題である。また、保健施設が改修されても、機材がアップデートされておらずサービスが提供できない施設も多い。その他、政府は公共財政管理（PFM）改革に尽力しており、これが成功すれば効率的な財政運営が期待できる。

### 3) PNCFS

- ・ PNCFS は設立した前首相が亡くなって以降、活動が実質休止していた。こうした中、新首相が活動再開を約束しており、2021 年度中には具体的な関連会合が開催される見込みである。PNCFS は保健省、その他関連省庁、民間セクター、市民社会の大きく 4 者で構成されている。

## (8) 国連人口基金 (UNFPA)<sup>76</sup>

### 1) 協力概要

- ・ コートジボワールでは、①リプロダクティブ・ヘルス、②子ども・青少年支援、③女性支援、④コミュニティ支援の 4 領域にて 8 つのプログラムを実施している。具体的には、セクシャル・リプロダクティブ・ヘルスや家族計画の推進、コミュニティへの働きかけ、保健サービスの質の向上に向けた人材育成、若者・青少年への性教育等を行っている。
- ・ 5 ヵ年計画（計画の成果 1：2021-2025 年の性と生殖に関する健康）の具体的な活動は以

<sup>75</sup> GFF関係者に対するインタビュー調査（2021年12月3日）

<sup>76</sup> UNFPA関係者に対するインタビュー調査（2021年11月26日）

下の通り。

- ▶ 家族計画促進：妊娠回数や時期が適切にコントロールされていない。妊産婦死亡率の削減のためにも家族計画を促進している。
- ▶ 助産師への継続教育：助産師のメンタリングを支援している。インターンシップができる場所が限られている点は課題。
- ▶ 医療機関間のネットワーク支援：Center of Excellence 機能を持つ医療機関を作り、そこから他の医療施設をメンタリングできるようにしている。医薬品の配布も同様。

## 2) UHC の課題（主に母子保健分野）

- ・ 医療人材に関する課題は以下の3点。
  - ▶ 医療従事者の不均衡な配置と質の低さ：地方への配置が少ない点は、地方赴任にインセンティブを付与することで解決できると思料。
  - ▶ 医療従事者のキャパシティ強化のための継続学習が不十分：医師や助産師、ラボ人材育成のための専門教育機関はあるが、医療従事者が働き始めてからの継続学習の機会は限定的。
  - ▶ 医療従事者の専門化が進んでいない：総合医はいるが、婦人科医は限られており、妊産婦死亡を防ぐための対応やフィスチュラを治療できる医師は不十分。
- ・ 地方で起きた妊産婦死亡は中央政府に報告されていないケースが多く、国際機関の推定値と保健省が発表する妊産婦死亡率にギャップがある。UNFPA はコミュニティヘルスワーカー（CHW）にトレーニングを提供し、死亡ケースを報告するように伝えている。
- ・ 政府としては、産後 72 時間は医療施設に滞在するよう勧めているが、地方の医療施設にはベッドが 1 つしかなく、分娩が重なると次の産婦にベッドを譲るため 72 時間以内であっても退院を余儀なくされることもある。

## 3) COVID-19 対応

- ・ 2020 年 3 月のパンデミック初期から対応を行っている。当時、医療従事者は自らの感染を恐れて職務を放棄するケースもあったため、彼らにトレーニングを提供し職務を続けるよう促した。医療機関から足が遠のきがちであった住民には医療施設を利用するよう働きかけた。また、コミュニティに影響力を持つ宗教リーダーを活用したコミュニティでの感染予防やワクチン接種の働きかけを行うなど、新規感染者数の制御の貢献している。他方、ワクチンの量は依然として十分ではないとの認識。

## 4-2 JICAの支援概要

2017年7月時点には、「貧困層を含めた女性・子どもが、必要な時に、質の高い母子保健サービス（産前産後ケア・分娩・新生児ケア）を、負担可能な費用で受けられる」状態の達成支援を目的としたプログラムの形成が検討された。同プログラムでは、大アビジャン圏の貧困地域であるアボボ地区を対象とし、ココディ大学病院母子保健センターの建設（無償資金協力）、妊産婦・新生児継続ケア強化の技術協力プロジェクト、医療保障制度支援の技術協力プロジェクト、プログラムアドバイザー派遣、開発政策借款の供与からなり、供給側、需要側の両輪の支援を行うことでUHCに貢献することが目指された。現在も同じ目的のもとに、新産婦・新生児継続ケア



強化技プロが実施中である。

表 9 : 保健分野における JICA の協力実績 (2015 年以降)

実施年度	スキーム	案件名	概要	協力額 (単位： 億円)
2021	無償資金協力	新型コロナウイルス感染症を含む公衆衛生危機に対応するための国境管理能力向上計画 (IOM連携)	主要国際経済回廊である西アフリカ「成長の環」上に位置する国境において、新型コロナウイルス感染症対策を含む公衆衛生基礎施設及び関連機材等を整備	5.44
2019-2024	技術協力	妊産婦・新生児継続ケア改善プロジェクト	コートジボワールにおける妊産婦・新生児ケアのモデルの策定、国家指針への反省、モデルの実践・検証、医療従事者教育への統合を行うことにより、対象保健医療施設の妊産婦・新生児ケアの質の改善と患者による施設利用の増加を図り、対象保健医療施設管轄地域の妊産婦・新生児死亡の減少に寄与	6
2019	無償資金協力	大アビジャン圏母子保健サービス改善のためのココディ大学病院整備計画	ココディ大学病院の産科、新生児科等の拡張及び機材整備	41.63
2018-2020	技術協力	保健省アドバイザー	保健政策、案件形成、他開発ドナーとの調整等に係るアドバイス	NA
2017	NA	貧困同定調査	世界銀行と連携し最貧困層特定調査を実施	NA
2015-2019	技術協力	保健人材広域ネットワーク強化プロジェクト	仏語西アフリカ共通の保健人材管理の本邦研修に参加したメンバーを中心に設立された保健人材管理ネットワーク (Reseau Vision Tokyo 2010、以下RVT) の組織強化やメンバー国の保健人材情報管理システム強化等を行い、メンバー国間のグッドプラクティスの共有を促進し、保健人材管理の改善に寄与	NA

出所：JICAホームページ情報等から調査団作成

## 第5章 保健セクターの政策、予算計画、財政ギャップに係る情報整理と課題分析結果

### 5-1 保健セクター政策

#### <保健行政>

内閣改造に伴い2021年4月、旧保健衛生省は「保健・公衆衛生・国民皆保険省」（以下、MSHPCMU）に名称が変更され、MSHPCMUが国民皆保険（CMU）を所掌することが発表された。通常、組織改編の発表後に責任範囲・組織図に係る関連デクレが公布され、それを持って所掌範囲の移行が行われる。そのため、関連デクレの公布と併せてCMUの所掌部局が組み込まれた再編後の組織図が今後公表されると見られている<sup>77</sup>。なお、2022年1月現在の組織体制は下図のとおり。

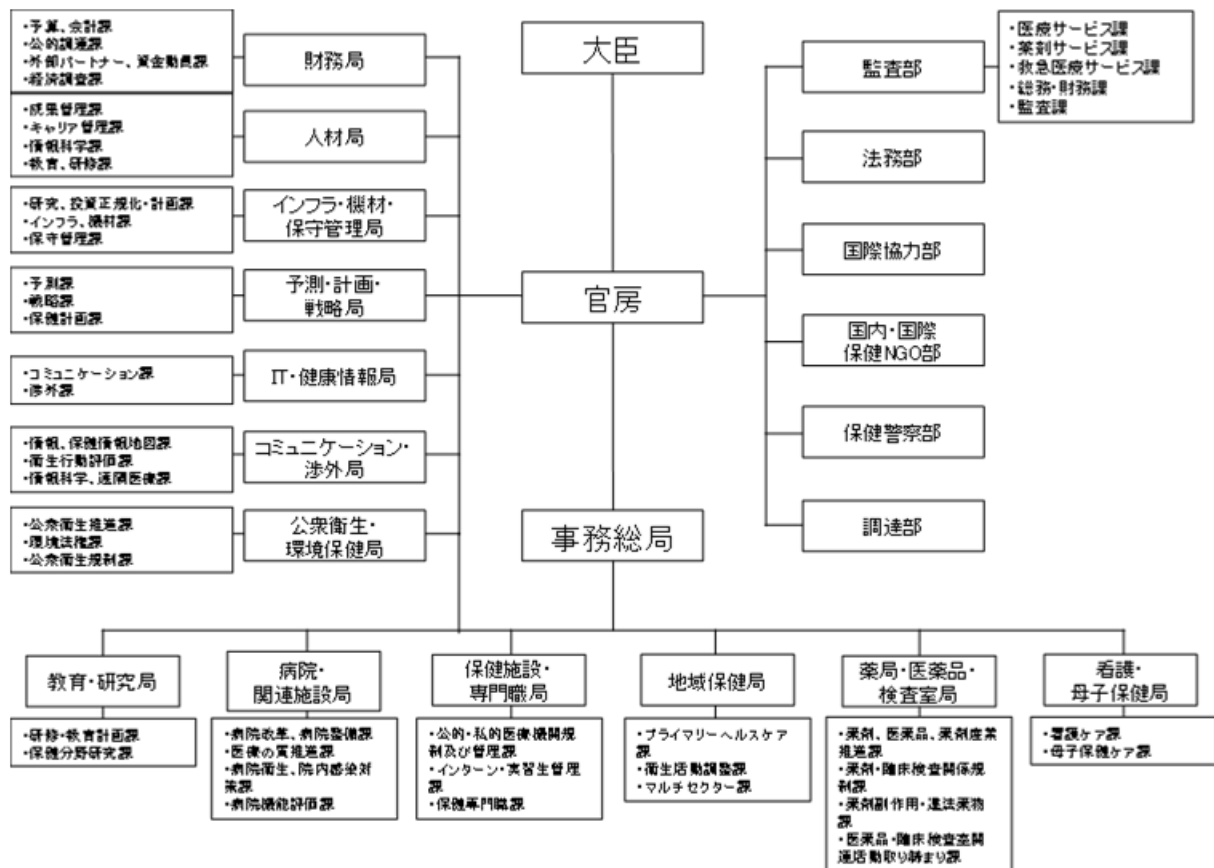


図 7：旧保健衛生省組織図（2022年1月現在）

出所：MSHPCMUのホームページより調査団作成

#### <開発政策・計画>

国家開発計画（PND2016-2020）において「人的資本開発及び社会福祉の推進」を重点戦略の一つとし、質の高い保健医療サービスの利用頻度の増加による国民の健康状態の向上、並びに国民の医療保険加入を目指す国民皆保険（CMU）の普及による国民、特に脆弱層への社会保障の拡

<sup>77</sup> MSHPCMU関係者に対するインタビュー調査（2021年10月1日）

大が標榜された。なお、後継となるPND2021-2025はCOVID-19の影響で策定に遅延が生じており、政府内での承認プロセスにある<sup>78</sup>。また、2018年に制定した国家社会開発計画（Programme Social du Gouvernement 2018-2020, PSGouv）では、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）を優先課題と位置付け、妊産婦及び乳幼児の死亡率減少やCMU普及率100%の達成を目標として掲げている。こうした背景の下、後述する国家保健開発計画2021-2025（PNDS2021-2025）においても脆弱層を対象とした保健サービス・社会保障の拡大の意向が反映される見込みである。その他、主要な開発政策・計画の概要は下表のとおり。

表 10：主な開発政策・計画

開発政策・計画	概要
国家開発計画 (PND 2016-2020)	政策の5つの柱は、①国家機構及びガバナンスに係る質の向上、②人的資本及び社会福祉の発展の加速化、③産業化による経済の構造転換、④調和のとれたインフラ開発と環境保全、⑤域内統合及び国際協力の強化
国家保健開発計画 (PNDS 2016-2020)	政策の6つの柱は、①保健システムピラミッドの統治とリーダーシップ強化、②国内外からの保健システムへの資金供給改善、③質の高い保健医療サービスの提供と利用の向上、④2020年までに主要疾病による死亡と罹患の50%低下、⑤母子保健の改善、⑥公衆衛生・予防の促進
国家社会保障戦略 (SNPS 2013)	脆弱層の能力を強化し、国民がリスク管理できる社会保障システムを段階的に構築することを目的とする。政策の5つの柱は、①最貧困層の生活水準の向上、②基本的な社会サービスへのアクセスと人的資本への投資、③虐待、暴力、搾取、差別、排除の防止、④より高いレベルの社会保障の促進、⑤社会保障の制度的枠組み、行政能力、資金調達強化
保健人材開発計画 (PDRHS 2018-2022)	国民の質の高い医療従事者への公平なアクセスの実現を目指す。政策の柱は医療従事者に関する、①ガバナンスと資金調達の改善、②能力強化、③合理的配置、④定着・保持（リテンション）、⑤人材データの収集・活用
保健投資計画 (Financement de la santé, Dossier d' Investissement 2020-2023)	国家開発計画、国家保健開発計画に基づいた投資計画。主に、保健財政の強化、医療保険制度を通じた経済リスク対策、質の高い妊産婦・新生児・乳幼児サービスのアクセス改善、保健ガバナンスの強化に向けた投資計画を重視

出所：各種資料を基に調査団作成

#### < 国家保健開発計画 2021-2025 (PNDS2021-2025) >

2021年10月現在、MSHPCMUによる国家保健開発計画2021-2025（PNDS2021-2025）は策定プロセスにある。同計画は政府内での承認プロセスにあり、暫定的ではあるものの、概ね下記の内容になる見込みである。ビジョンとして、「効率的で全ての国民がアクセス可能な強靱な保健システムにより、国民の健康と福祉が最大限向上するコートジボワールの実現」を掲げ、全体目標を「国民の健康状態の改善」としている。また、戦略の志向性（中目標）に、①保健ガバナンスの改善、②国民への保健サービスの供給とアクセス強化、③疾病予防とコントロールの強化、を掲げる。戦略軸及び期待する個別成果は下表のとおり。

<sup>78</sup> MSHPCMU関係者に対するインタビュー調査（2021年10月1日）

表 11：PNDS2021-2025 の戦略軸及び期待する成果

戦略軸 1：保健ガバナンス	成果 1：保健システムの中央及び地方の各レベルの関係者が、効率的で包括的なリーダーシップ、管理、資金調達を確保する	成果 1.1：保健システムの関係者が、政策、基準、規制を策定・実施する能力を強化する
		成果 1.2：MSHP が、リーダーシップ、調整、健康ピラミッドのさまざまなレベルにおける規制、並びに民間企業、地方自治体、市民社会、開発パートナーとの効果的な連携に係る能力を有する
		成果 1.3：保健システムの中央及び地方レベルの関係者が財源を効率的に動員・管理する能力を向上させる
	成果 2：保健医療介入策の効果的な実施に係る意思決定のために、計画・監視・評価システムを通じて保健情報が適切に利用される	成果 2.1：中央及び地方レベルの関係者（国、民間、NGO、その他の機関）が、質の高い保健情報を作成・管理するための能力を向上させる
		成果 2.2：保健システムの中央及び業務担当レベルの関係者が、保健医療活動の計画、監視、評価の能力を強化する
		成果 2.3：保健システムの研究・イノベーション開発能力が強化される
戦略軸 2：質の高いサービスの提供	成果 3：保健システムが、国民がアクセス可能な質の高い保健サービスへの十分な投資を確保する	成果 3.1：保健システムは質の高い、公平に配分された意欲的な人材を十分に有する
		成果 3.2：保健システムは健康ピラミッドのすべてのレベルにおいて適切なインフラと設備を有し、これらが良好な状態で維持される
		成果 3.3：十分に質の高い保健医療製品へのアクセスが増加するよう、保健システムの能力が強化される
	成果 4：保健システムが特定の優先グループに対してより良いケアを提供する	成果 4.1：母親、新生児、子どものニーズに適合した総合的なサービスを提供するための保健システムを整備する
		成果 4.2：思春期及び若年層に統合的で適切なサービスを提供するための保健システムを整備する
	成果 5：保健システムが疾病のより良い予防と管理を保証する	成果 5.1：感染症を効果的に管理するための保健システムを整備する
		成果 5.2：非感染性疾患に効果的に対処するための保健システムを整備する
		成果 5.3：顧みられない熱帯病に効果的に対処するための保健システムを整備する
		成果 5.4：医療施設において、感染症対策、医療・医薬品廃棄物管理のための設備を充実させる
成果 5.5：健康ピラミッドのすべてのレベルの関係者が、ケアの質を管理するための能力を向上させる		

		成果 5.6 : 保健システムが質の高い栄養サービスの提供に係る能力を強化する
	成果 6 : 保健システムが、公衆衛生上の緊急事態への効果的な対応を確保する	成果 6.1 : 保健システムが、緊急事態に備え、公衆衛生上の危機を予防するため能力を有する
		成果 6.2 : 保健システムが公衆衛生危機の早期発見と危機への対応能力を有する
		成果 6.3 : 必要不可欠な保健サービスの継続を緊急時に確保する能力が強化された保健システムを有する
<b>戦略軸 3: 保健サービスの利用</b>	成果 7 : 国民、特に最も弱い立場にある人々が、質の高い保健サービスを利用し、健康増進のために適切な行動をとる	成果 7.1 : 個人及びコミュニティが疾病予防のための知識、スキル、リソースを有する
		成果 7.2 : 国民、特に最も脆弱な人々が、強化された質の高い保健サービスへのアクセス能力を有する
		成果 7.3 : 国民、特に最貧層の人々が、病気のリスクに対処し、質の高いケアを利用するための社会的保護の仕組みと手段を有する
		成果 7.4 : 地方自治体（地方政府等）、地域の組織及び保健員が、強化された疾病予防、健康増進、質の高い保健サービスの利用に係る能力を有する

出所：PNDS2021-2025 Version Provisoireに基づき調査団作成

PNDS2021-2025はベースライン指標と目標値を下表のとおり設定している。主要な目標値に関し、CMUのカバー率（全国民に対する被保険者数）が設定されており、2020年のベースライン指標11%に対し、2025年には32%の目標値を掲げている<sup>79</sup>。一方、各指標及び目標値の設定は検討・策定中の項目も看取されるため、確定版のPNDS2021-2025の発行を待って、内容の確認が必要である<sup>80</sup>。

<sup>79</sup> 目標値の経過は14%（2021年）、18%（2022年）、23%（2023年）、28%（2024年）となっている。

<sup>80</sup> 2022年1月現在、確定版の発行は確認されていない。

表 12 : PND2021-2025 のベースライン指標及び目標値<sup>81</sup>

指標	基準年	ベースライン	目標値 (2025年)	指標の引用元
平均寿命	2020	57	62	Profil Pays OMS
妊産婦死亡率 (出生10万対)	2020	614	377	EDS 2012
結核罹患率 (人口千対)	2020	137	96	Rapport d'activité PNLT
5歳未満の急性呼吸器感染症の有病率	2020	3.6	2.3	Rapport d'activité PSME
マラリア発生率 (人口千対)	2020	173	141	RASS 2020
新規HIV発生件数	2020	10,631	3,189	Spectrum 2020
5歳未満児死亡率 (出生千対)	2020	96	60.5	—
5歳未満児の発育障害率	2016	21.6%	18%	EDS/MICS 2016
低出生体重児の割合	—	14%	8.5%	—
思春期・若年層における性感染症の有病率	2020	1.5%	0.56%	Rapport d'activité PNSSU-SAJ
思春期・若年層の妊娠数	2020	5,430	1,779	Rapport d'activité PNSSU-SAJ
<b>成果1 : 保健システムの中央及び地方の各レベルの関係者が、効率的で包括的なリーダーシップ、管理、資金調達を確保する</b>				
保健関連法の制定・施行数	—	—	—	—
MSHP予算の年間増加率	2020	-16%	15%	—
GDPに占める公的保健支出の割合	2018	1.27%	5.32%	CS <sup>82</sup>
保健分野に割り当てられる国家予算の割合	2018	7.43%	8%	CS
医療費に係る家計の直接支出 (家計における医療費の割合)	2018	39.43%	20%	CS
PND2021-2025で特定された保健分野の改革のうち、その適用・実施に係る文書の普及割合	—	—	—	—
保健サービスの予防、促進、利用に関する具体的な活動を含む開発計画を持つ地方自治体の割合	2020	100%	100%	Rapport d'activité DGDDL
<b>成果2 : 保健医療介入策の効果的な実施に係る意思決定のために、計画・監視・評価システムを通じて保健情報が適切に利用される</b>				
保健データの利用スコア	—	—	—	—
PND2021-2025の成果指標のうち、目標を達成した指標の割合	—	—	—	—
PND2021-2025年の出力指標のうち (成果の中目標)、目標を達成した指標の割合	—	—	—	—
<b>成果3 : 保健システムが、質の高い国民がアクセス可能な保健サービスへの十分な投資を確保する</b>				
保健施設から5km以内に住む人の割合	2020	70.17%	80%	RASS 2020
機能的な基準を満たしている病院の割合	—	—	—	—
認定された民間医療施設の割合	2020	—	—	—
医療従事者/居住者の密度	2020	8.57%	11.91%	RASS 2020
<b>成果4 : 保健システムが特定の優先グループに対してより良いケアを提供する</b>				

<sup>81</sup> 表中「—」についてはデータ記載のないもの。ベースライン指標は概ね国際機関・政府統計が引用されている。設定指標はドラフト版のため今後加除修正される可能性がある。

<sup>82</sup> 政府統計

栄養不良から回復した5歳未満児の割合	2020	86%	95%	Rapport d'activité PNN
鉄分と葉酸を補給した妊娠可能年齢の女性の割合	—	—	—	—
妊娠第1期における産前健診（1回目）の割合	2020	33.88%	46.38%	Rapport d'activité PNSME
家族計画サービスの満たされていないニーズの割合	2020	21.5%	13.3%	Rapport d'activité PNSME
医療施設における産科合併症に対する適切なサービス提供の普及率	2020	11.1%	68%	Rapport d'activité PNSME
産後ケア（出産72時間以内）を受けた女性の割合	2020	83.2%	89.1%	Rapport d'activité PNSME
HIVの母子感染率（母乳育児期間を含む）	2020	7.06%	2%	Spectrum
ORS（経口補水液）+亜鉛で治療を受けた5歳未満児の下痢症患者の割合	2018	18%	10%	Plan strategique PNSME, 2021-2025
DTP-HepB-Hibワクチンの接種率	2020	90%	100%	Rapport d'activité DC-PEV
麻疹・流行性耳下腺炎ワクチンの接種率	2020	86%	100%	Rapport d'activité DC-PEV
BCGワクチンの接種率	—	—	—	—
栄養評価を受けた5歳未満児の割合	—	26%	70%	Rapport d'activité PNN
近代的な避妊具の普及率	2020	21%	40.5%	Plan strategique PNSME, 2021-2025
予防接種プログラムにおいて、追跡調査ができなかった1歳未満児の割合	2020	13%	4%	Rapport d'activité DC-PEV
<b>成果5：保健システムが疾病のより良い予防と管理を保証する</b>				
報告期間終了時に自身のHIV感染を知っているHIV感染者の割合	2020	84%	95%	Rapport d'activité PNLS 2020
報告期間終了時に自身のHIV感染を知っている全HIV感染者のうち、ARV治療を受けている子どもと大人の割合	2020	78%	95%	Rapport d'activité PNLS 2020
抗レトロウイルス療法を受けているHIV感染者のうち、ウイルスが検出されなかった人の割合	2020	82%	95%	Rapport d'activité PNLS 2020
結核の新規及び再発例に対する治療成功率（治癒した患者/治療が完了した患者）	2019	84%	90%	Rapport d'activité PNLT
リファンピシン耐性（RR-TB）及び多剤耐性（MDR-TB）の結核患者の治療成功率	2019	74%	84%	Rapport d'activité PNLT
新規及び再発のHIV陽性結核患者のうち、結核治療中に抗レトロウイルス療法を受けた患者の割合	2019	96%	100%	Rapport d'activité PNLT
子宮頸がんの検査で陽性となった25～49歳の女性の割合	2017	0.597	0.7	Rapport d'activité PNLCa
多剤耐性/リファンピシン耐性結核患者数（第2期治療開始）	—	—	—	—
ウイルス性肝炎患者の届出率（ウイルス性肝炎患者の管理に係る指標）	—	—	—	—
屋内残効性噴霧により保護された、リスクのある世帯の割合（感染症対策支援の適用範囲）	—	—	—	—
品質基準の80%以上を満たしている医療	—	—	—	—

機関の割合				
予防的化学療法を受けているNTD患者の数	2020	—	500	Rapport annuel des programmes MTN
臨床管理を必要とし、ケアや治療を受けているNTD患者の割合 (NTD-PCの治療適用範囲)	2020	—	—	Rapport annuel des programmes MTN
患者満足度が60%以上で、品質改善プロセスに従事している医療機関の割合	—	—	—	—
適切に管理されたマラリア患者の割合	—	—	—	—
予防接種拡大計画におけるドロップアウト率	2020	10%	5%	Rapport d'activité CNAM
国民皆保険 (CMU) のカバー率 (総人口に占めるCMUの被保険者数)	2020	11%	32%	Rapport d'activité DC-PEV 2020
<b>成果6：保健システムが、公衆衛生上の緊急事態への効果的な対応を確保する</b>				
国際保健規則 (IHR) における19の必要な能力の水準	2019	19%	70%	Rapport de l'évaluation à travers l'outil Remap
<b>成果7：国民、特に最も弱い立場にある人々が、質の高い保健サービスを利用し、健康増進のために適切な行動をとる</b>				
安全な水にアクセス可能な世帯の割合	2016	8.9%	10.2%	MICS 5
前日に蚊帳を使用して就寝した人の割合	2019	63.2%	80%	Rapport évaluation post campagne
衛生的なトイレを使用している世帯の割合	—	—	—	—
屋外での生活を余儀なくされている人の割合	—	—	—	—
主に母乳で育てられている6カ月未満児の割合	2016	23.5%	72%	Rapport d'activité PNN
対象期間中に一度も期待した給付を受けられなかったCMU被保険者の割合	2020	—	—	Rapport d'activité CNAM
Les Pratiques Familiales Essentielles (PFE)を実施する世帯の割合	—	—	—	—
保健サービス利用に係る未充足ニーズ	2016	—	—	MICS 5

出所：PNDS2021-2025 Version Provisoireに基づき調査団作成

## 5-2 予算計画

### (1) 保健財政の状況

コートジボワール及び近隣国、地域の主な保健財政指標を下表に示す。第1章で述べたように、政府支出における政府保健支出の割合（指標④）は低く、アブジャ宣言の15%に達していない。これは政府支出において、保健セクターの優先度が未だに高くないことを示唆している。経常保健支出（指標①）についてはGDPに占める割合では4%代前半となっている。これは低中所得国の平均とは同等だが、サブサハラ・アフリカ平均やケニアよりは低い値となっている。政府の保健支出も同様の傾向で、指標②、③、④についてはセネガルより高いものの、自己負担率、政府以外からの支出（指標⑤～⑧）は他国より大きいといえる。



なお、JICA のセネガルにおける調査<sup>83</sup>ではUHC 達成の値としては指標⑤が 20%以下（コートジボワールは 39.43）、GDP に占める政府保健支出が 5%以上（指標②、コートジボワールは 1.21）、一人当たり政府保健支出は 86.3 ドル（指標③、コートジボワールは 20.71）となっている。コートジボワールではいずれも満たしておらず、政府の財政動員および保健セクターへの優先付けが必要な状況となっている。

表 13：主な保健財政指標(2018 年)

指標	コートジボワール	セネガル	ケニア	サブサハラ・アフリカ平均	低所得国平均	低所得国平均
①GDP に占める経常保健医療支出 (%)	4.19	3.98	5.17	5.16	4.1	5.23
②GDP に占める国内政府保健支出 (%)	1.21	0.95	2.18	1.92	1.47	1.12
③1 人あたり国内政府保健支出（米国ドルレートドル）	20.71	14.00	37.24	30.25	35.35	7.19
④政府支出における国内政府保健支出	5.07	4.26	8.55	n/a	5.62	n/a
⑤経常保健医療支出に占める利用者自己負担 (%)	39.43	55.89	23.62	33.39	51.23	43.41
⑥経常保健医療支出に占める国内民間保健支出の割合 (%)	58.87	62.50	42.35	51.41	61.15	49.73
⑦経常保健医療支出に占める自発的健康保険支出の割合 (%)	7.49	4.21	9.78	n/a	n/a	n/a
⑧経常保健医療支出に占める海外援助 (%)	12.32	13.72	15.51	12.26	2.66	29.5
⑨社会保険の経常保健支出に占める割合 (%) <sup>84</sup>	1.20	3.52	12.42	n/a	n/a	n/a

出所:①~⑧世界銀行データベース (2022年) <https://data.worldbank.org/topic/health>、⑨WHOデータベース

World Health Organization Global Health Expenditure databaseより調査団作成

コートジボワールでは、政府による保健セクターに対する予算配賦が、過去長期にわたり低いレベルにとどまってきた。内戦が終結したのち、政府は無料医療プログラムや CMU などの取り組みを実施しており、現在は保健支出の増加を試みている。表 14 および図 8 に一人当たりの経常保健支出 (CHE)、国内政府保健支出 (GGHE-D)、自己負担 (OOPS) をそれぞれ一人当たりのドル換算で示した。近年、政府の努力により保健支出は増加し、経常支出も増加しているが、自己

<sup>83</sup> 国際協力機構 (2021) セネガル国UHCに関する情報収集・確認調査 ファイナルレポート (P15) による Xu(2010)、McIntyre(2017) 等の引用

<sup>84</sup> コートジボワールの社会保険の経常保健支出に占める割合は、別途WHOのデータベースから得ることができる「経常保健支出に占める強制加入 (compulsory) 保険の割合」と同値となっている。従い、強制保険のCMU制度は本指標に含まれると推測される。また本指標は2017年のCMUのパイロットが開始された時点で数値が1ポイント上がっていることも指摘できる。

負担の低減はあまり進んでいない状況がわかる。

表 14：一人当たりの保健支出の推移（ドル換算）

指標/年度	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
一人当たりの経常保健支出（CHE）	74.05	74.29	76.09	72.76	80.53	63.51	67.48	69.77	72.17	75.09
一人あたり国内政府保健支出（GGHE-D）	9.85	9.80	12.82	14.24	16.78	15.87	17.33	20.04	20.98	21.84
一人あたり自己負担（OOPS）	43.33	43.99	40.17	40.86	41.19	27.05	27.00	27.36	28.35	28.00

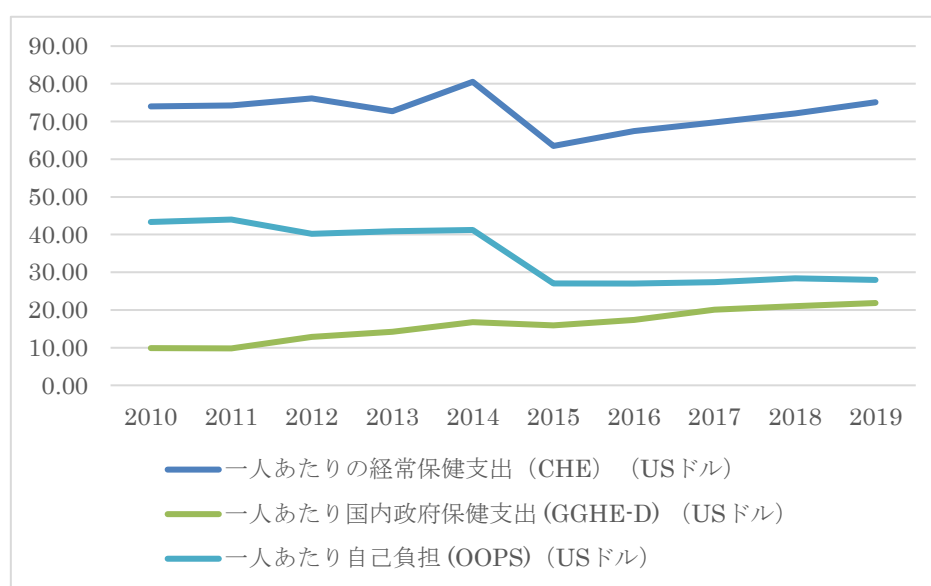


図 8：一人当たりの保健支出の推移（グラフ）

出所：世界銀行データベースより調査団作成

## (2) 中期及び年次予算の作成

5-1で述べた開発政策や計画に対応して、その実現のため資源を動員する必要がある。保健セクターについては、中期的な投資計画である保健投資計画(Financement de la santé, Dossier d' Investissement : DI)は施策の費用見積（コストイング）もその内容に含んでおり、セクター全体での内外の資源動員の道具となっている。

他方で、実際の予算配賦は他省を含めた政府全体のプロセスとして経済財政省（MEF）及び予算国家ポートフォリオ省（MBPE）が主導している。政府全体としては、当該年度の歳入など国内外の資源予想を踏まえたマクロフレームワーク、及びマクロ経済の状況を踏まえた限られた資源の配分の道具としての中期支出枠組みを踏まえて、各省との折衝にあたる。MSHPCMUとしては、この中期支出枠組みを踏まえたローリングプランとしての支出計画書を作成し、中期の観点を持ちつつ、各年の予算を要求することになる。予算過程における各計画書の関係は下図のとおり。

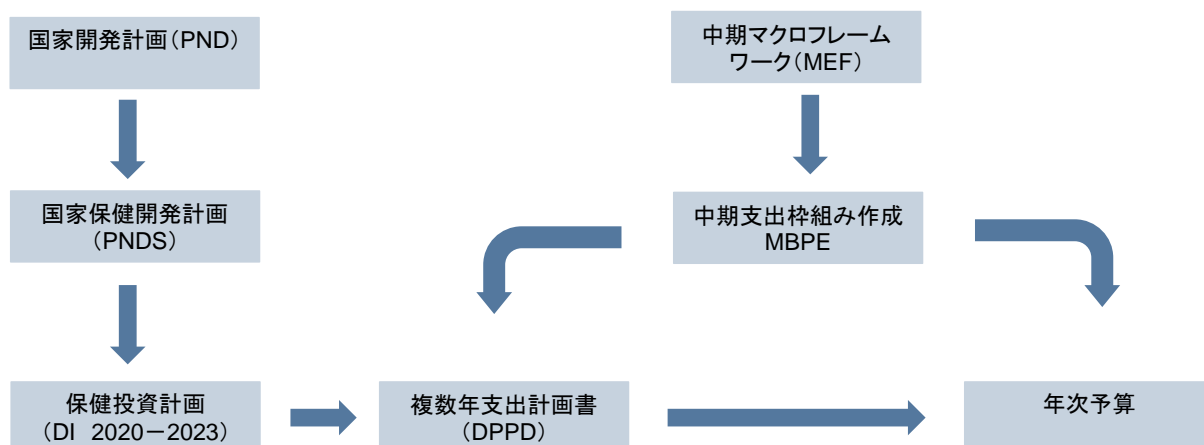


図 9：予算過程における各計画書の関係

出所：予算国家ポートフォリオ省資料等より調査団作成

コートジボワールの予算年度は1月から12月である。予算策定スケジュールは表15のとおり。保健セクター及びUHCに係る施策の予算的裏付けとしては、当該セクター（保健及び社会保障）において中期的な計画（PIP、DPBEP）に位置付けられることが重要であるが、より短期的な次年度の年次予算については、首相からの予算限度にかかるガイダンス発出後、それに従って各省での当該年度及び中期支出計画の作成（表15、項目8の3つのステップ）となる。特に政策アクションについては、次年度、もしくはその後からより明確にこれらの予算書に位置付けられる必要がある。

表 15：コートジボワール国家予算策定スケジュール

項目	予算策定ステップ	スケジュール	担当省庁
1	公共投資計画（PIP）2022-2024 策定	2021年4月30日まで	Ministère du plan et du Développement (開発計画省)
2	中期マクロ経済フレームワーク 2022-2024 年版策定	2021年5月4日まで	Direction Générale de l' Economie, Ministère de l' Economie et des Finances (経済財政省経済総局)
3	中期予算枠 2022-2024 策定	2021年5月18日までに	Direction Générale du Budget et des Finances (DGBF), Ministère du Budget et Portofuille d' etat (MBPE) 予算国家ポートフォリオ省財務予算総局)
4	複数年予算・経済計画書 (DPBEP) 2022-2024 策定	2021年5月27日までに	DGBF
5	閣僚会議における複数年予算・経済計画書 (DPBEP) の検討・採択	2021年6月2日までに	Conseil des Ministres (閣議)
6	予算編成に関する討論会 (DOB) の開催	2021年6月16日までに	MBPE/Parlement (国家予算ポートフォリオ省/国会)
7	首相の枠組み書による予算限度の通知	2021年6月23日までに	Primature (首相府)
8	分野別省庁、機関、地方自治体における検討	2021年7月6日～16日	Institutions et Ministères (各省庁)
	省庁や機関から財務予算省へ複数年の支出計画書 (DPPD) を提出	2021年7月22日	
	地方自治体向け投資予算の割り当て計画の作成と提出	2021年8月16日	
9	予算会議の開催	2021年7月26日～8月27日	DGBF/ Institutions et Ministères (財務予算総局/ 各省庁)
10	閣僚会議の開催 Ministerial conferences	2021年9月6日～17日	MBPE/ Présidents d' Institutions et Ministres (国家予算ポートフォリオ省/ 各省庁の大臣、代表)
11	閣僚会議での予算法案の審査と採択	2021年9月21日～29日	Conseil des Ministres (閣議)
12	予算案の国会提出	2021年10月14日までに	Secrétariat Général du Gouvernement (政府の総合事務局)
13	予算執行	2022年1月10日	DGBF (予算国家ポートフォリオ省財務予算総局)

出所：予算国家ポートフォリオ省ホームページより調査団作成

保健の予算についてはMSHPCMUと、他省（例：軍や教育省）の保健サービスの予算を含んでいる。2015年から2019年までの最終予算は下表のとおり。

表 16：政府保健予算（2015年－2019年）（単位：FCFA）

	2015	2016	2017	2018	2019
保健予算	268,453,473,655	294,514,500,797	321,979,382,445	307,055,182,836	354,561,088,678
前年比	-	110%	109%	95%	115%
MSHPCMU	247,334,649,045	272,990,963,684	305,266,489,763	295,479,029,922	343,904,656,686
(%)	92.13%	92.69%	94.81%	96.23%	96.99%
前年比	-	110%	112%	97%	116%
その他省庁	21,118,824,610	21,523,537,113	16,712,892,682	11,576,152,914	10,656,431,992
(%)	7.87%	7.31%	5.19%	3.77%	3.01%
前年比	-	102%	78%	69%	92%

出所：MSHPCMU財務行政局（DAF）への聞き取り

### 5-3 保健セクターの資金ギャップ

コートジボワール政府は明示的な資金ギャップを明らかにしてはいない。MSHPCMUによると、財政もしくは予算におけるギャップは計画やシミュレーションで出すことは可能であるが、結局は実情と乖離してしまうことを指摘し、また現状の政府の取り組みがすでに予算不足であること、PNDSではオペレーションコストは分析の対象とされていないことから、正確にギャップをだすことは不可能と述べている。しかしながら、本調査では、支援のニーズの確認の方策として、資金のギャップを確認することが必要であり、政府の中期的な計画に対して、政府がどのように資金調達を検討しているのかを検討した。他方で、上記のように現状のアップデートされた政府見解は得られないこと、また本調査では財政を通じた支援も検討の視野に入ることから、1) 一般財政における資金ギャップ、2) 保健セクターにおける予算上の資金ギャップ、3) 特にCOVID-19対策のワクチン等対策における資金ギャップを中心に検討を試みた。

#### 1) 一般財政における資金ギャップ

政府の財政における資金ギャップは、政府の中期財政枠組みなどを参照することにより想定が可能となる。AfDBによると2021年から2023年までの資金ギャップは下表の通りとなっている。

表 17：コートジボワール政府の財政資金ギャップ（単位：10億FCFA）

	2021	2022	2023
収支バランス	- 1,775	-1,583	-1,353
国内資金調達	220	4	192
海外資金調達	1,303	751	703
資金調達ギャップ	244	812	815
世銀、AfDB、二国間ドナーからの財政支援 (予定)	244	0	0
資金ギャップ	0.00	812	815

出所：アフリカ開発銀行からの聞き取り（2021年12月）

2021年には政府の総歳入から総支出を差し引いた収支バランスとしては17,755億FCFAの差が生

じている。これは主に国内借り入れや対外借り入れで賄われるが、その上で2,436億FCFAの資金ギャップが生じる見込みである。これについて、世銀、アフリカ開発銀行、KfW他の二国間ドナーなどが財政支援を予定している。2022年以降、現在のところは8,100億FCFA（1600億円）程度の資金ギャップが予測されており、財政支援の余地は大きい。

## 2) 中期的資金ギャップ

政府の保健セクターの投資計画である保健投資計画 (Financement de la santé, Dossier d' Investissement 2020-2023) では施策に対する必要コストが推計されている。

保健投資計画では、保健分野の優先事項を示したうえで投資案件に必要な総額は、1兆4,130億FCFAと見積もっている。

表 18：保健投資計画における必要総額（単位：百万 FCFA）

投資計画の優先分野	2020年	2021年	2022年	2023年	合計
コミュニティの活性化	12,804	5,070	5,859	8,011	31,745
保健人材の効率的増員・配置	28,074	8,415	1,387	113	37,989
民間セクターの活性化	2,472	1,648	1,621	393	6,134
プライマリーヘルスケアの質の確保	301,212	189,852	189,354	188,634	869,052
質の高い医薬品を安価に提供	130,783	55,967	37,592	36,352	260,694
意思決定に必要なデータの質の向上	52,425	37,187	12,859	13,218	115,690
効率的な医療資源の増加・活用	19,643	14,236	26,191	31,948	92,018
合計	547,413	312,375	274,864	278,669	1,413,321

出所：MSHPCMU (2019) Financement de la Santeより調査団作成

保健投資計画は資金ギャップの算出も行っている。ベースとなるシナリオではコートジボワール政府が継続的に主導的な役割を果たすという仮定に基づき、保健に関する予算が年額5%増加し、さらにそのうち25%が投資案件の優先事項に割り当てられることを仮定し、保健予算で4年間合計で3,540億FCFA投入するとしている。このシナリオでは開発パートナーによる技術面、財政面の支援は予測不可能として考慮していない。この場合、資金ギャップ分析は1兆590億FCFAとなる。これは多くの仮定に基づいたシナリオであり、絶対のものではないが、政府が優先分野を遂行していくためには、政府予算の増額、開発パートナーの継続的な関与と、優先分野における効率化の向上は必須であると考えられる。

なお投資計画では、現状（リファレンス）、現実的、楽観的の3つのシナリオ分析を行っている。第1のシナリオは最初のベースのシナリオ、つまり2019年の作成時の規模の保健予算に年額5%の増額を反映し、4年間で3,540億FCFAとなるとともに、開発パートナーは少なくとも2019年と同等のレベルで保健分野に支援を継続し、4年間で8,420億FCFAを投資計画の優先事項に割り当てることを仮定している。その場合の資金ギャップは2,170億FCFAとなる。

2つ目のシナリオでは、政府が保健に割り当てる国家予算を毎年15%ずつ増加させる約束を反映し、また開発パートナーは2019年と同等のレベルの支援を継続することを想定したもので、投資計画では最も「現実的なシナリオ」としている。現実的なシナリオでは、国の予算から投資を4年間で4,520億FCFAとし、この間、開発パートナーからの投資額は8,420億FCFAを維持する。このシナリオでは、1,180億FCFAのギャップは残る。

第3のシナリオはより楽観的な仮説に立ち、国家予算が毎年25%ずつ増加し、開発パートナーが少なくとも2019年と同等のレベルで保健分野への支援を継続することとしている。この期間における国の拠出金は5,680億FCFA、開発パートナーの拠出金は8,420億FCFAとなる。このシナリオによってはじめて本投資計画の投資ニーズをカバーすることとなる。

他方で本投資計画は2019年4月に発表されたものであり、COVID-19の影響が始まる前のものであることに留意が必要である。また政府は投資計画における資金ギャップの更新は発表していないため、開発パートナーによる支援（資金）の動向を含めた詳細は不明であり、あくまでも示唆的なデータとして理解する必要がある。

### 3) COVID - 19対策を含めた対応

COVID-19によるパンデミックはコートジボワール経済にとっても大きな悪影響となり、実質のGDP成長率が2018年、19年には6%を超えていたが、2020年の成長率は2%と予想されている。<sup>85</sup>また、COVID-19に対応する政府の緊急対策はGDPの1.4%に相応する規模となった。1.4%の内訳は、保健状況のモニタリング等0.3%、緊急経済対策0.9%、税の猶予など0.3%となっているが、いずれにしろ政府の財政資源はCOVID-19対策に少なからずの予算を支出することとなる。この政府の緊急対応による上記の投資計画への影響については、評価を行う必要があるが、政府は現在のところ分析を出していない。

なおワクチンなどの供給に対しては、政府は集団免疫を獲得する人口の70%を目指している。ワクチン供給計画には世銀が関与して支援を行っており、4-1章（2）で述べているように、SPARK-Health Projectの緊急支援コンポーネント、COVID-19緊急対応プロジェクトおよびその追加資金、さらにAIIBとの協調による、再度の追加資金を供与する予定で、世銀の試算によると、人口の70%の支援が可能となる規模になりつつある。他方で、残る30%、若年層へのワクチン、ブースター、新型変異種などへの対応が見込まれていないため、ワクチン供給に限っても資金ギャップは生じる予定となっている。政府による予算情報、ドナーによる支援方策による情報収集を経て、分析を行う必要がある。

---

<sup>85</sup> IMF (2020) p3

#### 4) 長期的展望

コートジボワールの保健財政において、政府予算は中長期的に増額の必要に迫られている。しかしながら、その方策は明らかになっていない。2015年にはMSHPCMU（当時は保健エイズ対策省）によって保健財政戦略が作成された。同戦略では、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを目指す戦略的分野として、①UHCのための十分な資源の動員、②リソースプールによる国民のファイナンスリスクからの保護、③質の高い保健サービスの提供・購入のための資源配分の改善、④質が高くまた公平なサービス提供の可用性の改善、⑤関係者のUHCにまつわるキャパビル、⑥モニタリング・評価を挙げている。特に、①において予算の動員を目指し関係者と問題意識を共有すること、②においてはCMU制度を中心とした制度確立を戦略のコアとしている。

本戦略は2015年に作成されていたため、その後CMU制度のパイロット終了から全国普及、PS-Gouvの実施による社会政策への関心の高まりなどは反映していない。実際MSHPCMU関係者も、本戦略策定から時間がたっているため更改する必要性を認めている。

現在のところ、保健財政の長期的展望を見出すイニシアティブとしては、2019年4月に設立された保健財政にかかる国民プラットフォーム(Plateforme Nationale de Coordination du Financement de la Santé: PNCFS)が挙げられる。PNCFSは保健財政の改善や保健セクターの戦略実施にかかる内外のイニシアティブの調整やモニタリングを目的に、GFFの支援のもと首相の主導によって設立された。首相府を議長とするステアリングコミッティが全体の統括を行い、MSHPCMUが技術的事務局の運営を担当している。その下に、①国民皆保険制度とPBFの促進、②病院改革と保健区の運営開始、③資金調達効率化と内部資金の確保、④モニタリング・評価の4つの技術ワーキンググループが設立されている。またプラットフォームのメンバーはMSHPCMUなど関係省庁、NGO、民間セクター、支援ドナーとなっている。PNCFSは2019年4月に設立され、会合も開始されたが、直後に新型コロナウイルスの世界的パンデミックとなり、しばらく活動が停滞していた。その後、2021年9月に政府側の会合が再開、2021年12月にも会合が開催され、再活性化を通じて、保健財政の長期的な展望の作成、改革の推進などに係るコンセンサス形成に向けた議論が進展することが期待されている。



## 第6章 母子保健に係る情報整理と課題分析結果

### 6-1 妊産婦死亡、死産、新生児死亡、乳児死亡、5歳未満児死亡

同国の妊産婦死亡率（Maternal Mortality Ratio: MMR）は2018年に645（10万出生当たり）であり、依然として高い数字である<sup>86</sup>。一方、MSHP（2021）RASSによると、2020年には697,473人の出生に対し966人の妊産婦死亡が報告されており、出生10万人当たり換算すると138.50人となり、これは2019年の150.10人より減少したという<sup>87</sup>。これは国際機関が発行するMMR推定値よりも大幅に少ない数字となっているが、同報告書にも言及されている通り妊産婦の死亡事例が報告されていない地域もあるためだと考えられる。MSHP（2021）PNDS評価報告書によると、2019年8月に母体死亡のサーベイランスやレビューに関する対応を定めた法令が施行されたものの、中央・地方政府が十分に機能しておらず<sup>88</sup>、実際にコミュニティでのサーベイランスにおける協力が十分に得られなかったため、2019年の母体死亡報告は全体のわずか20%であったとの指摘もある<sup>89</sup>。

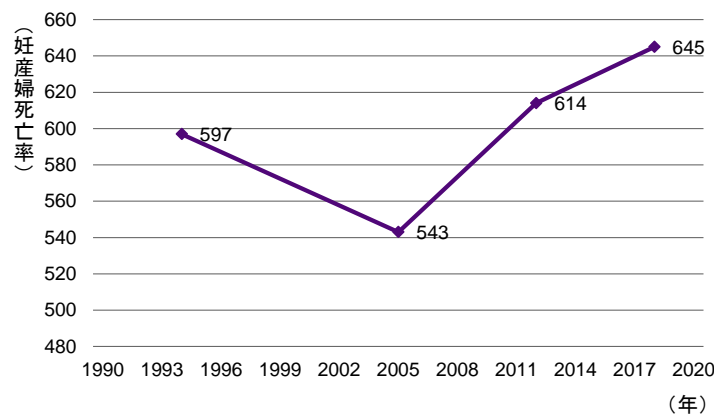


図 10 : 1994 年から 2018 年までの妊産婦死亡率の変化（出生 10 万人当たり）

出所：MSHP（2021）PNDS 評価報告書を基に調査団作成

保健州別で見ると、妊産婦死亡率が高いのは、Kabadougou（出生10万人当たり531.23人）、Gbékê（317.60人）、Bélier（241.54人）である。また、Folon、N’Zi、Worodougouでは、そもそも妊産婦死亡の事例は報告されていない<sup>90</sup>。

<sup>86</sup> MSHP(2021) Rapport final de l’ evaluation externe du PNDS 2016-2020

<sup>87</sup> MSHP(2021) Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2020

<sup>88</sup> JICAコートジボワール事務所によれば、今後リフォームが計画されているとのこと。

<sup>89</sup> MSHP (2021) Rapport final de l’ evaluation externe du PNDS 2016-2020

<sup>90</sup> MSHP(2021) Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2020

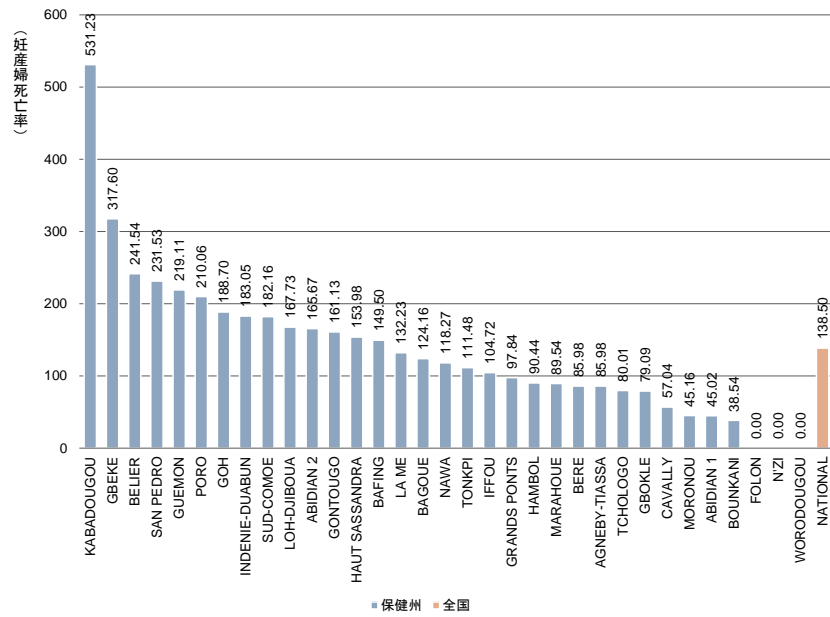


図 11 : 2020 年保健州で登録された妊産婦死亡率 (出生 10 万人当たり)  
出所 : MSHPCMU (2021) RASS2020 を基に調査団作成

保健区別に見ると、妊産婦死亡率が最も高いのは、Bouake 北西部 (出生 10 万人あたり 1833.90 人)、Odienné (669.76 人)、Cocody Bingerville (534.42 人) である。一方、最も低いのは Ouangolodougou (24.37 人)、Guitry (19.36 人)、Méagui (14.56 人) である。28 の保健地区では、2020 年の 1 年間に妊産婦死亡の事例が報告されなかった<sup>91</sup>。

<sup>91</sup> MSHPCMU (2021) Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2020

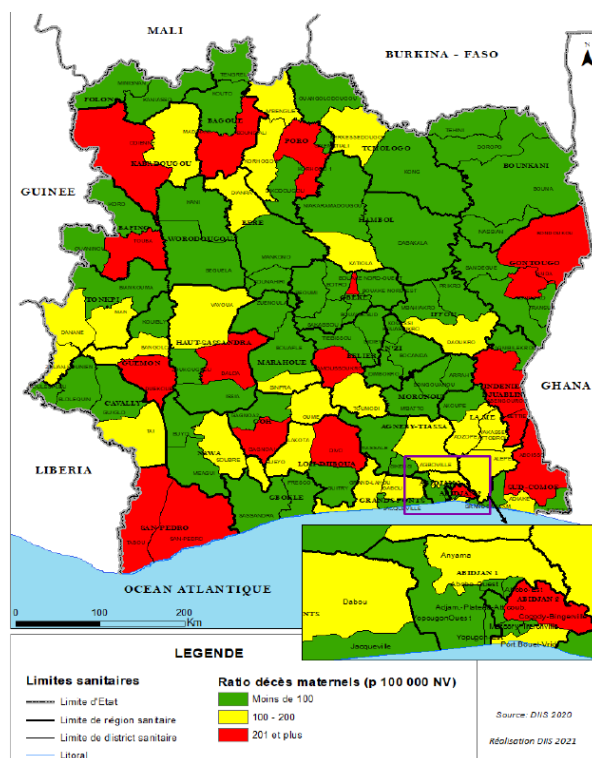


図 12 : 2020年保健区で登録された妊産婦死亡率（出生10万人当たり）

出所：MSHPCMU（2021）RASS2020

死産に関して、2020年公共施設にて登録された697,473件の出産のうち、死産は21,127件でありその割合は3.03%、これは2019年の3.0%とほぼ同じである。死産の割合が最も高い保健州は、Haut Sassandra (4.60%)、Tonkpi (4.52%)、Kabadougou (4.52%)、最も低いのはAbidjan2の1.74%、Gbèkèの1.71%、Abidjan1の1.69%である<sup>92</sup>。これらは前述の妊産婦死亡率の高い保健州とは若干異なる傾向にある。

<sup>92</sup> MSHPCMU (2021) Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2020

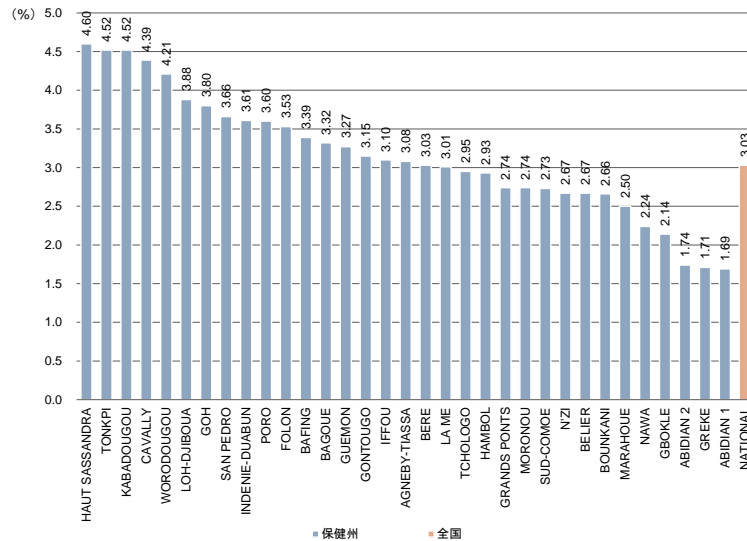


図 13 : 2020 年保健州別の死産の割合

出所 : MSHPCMU (2021) RASS2020を基に調査団作成

死産の割合を保健区別に見ると、最も高かったのは、Guiglo (8.04%)、Man (6.51%)、Daloa (5.47%)、最も低いのは、Tehini (1.06%)、Bouake-sud (1.04%)、Bouake nor-ouest (0.92%) である<sup>93</sup>。

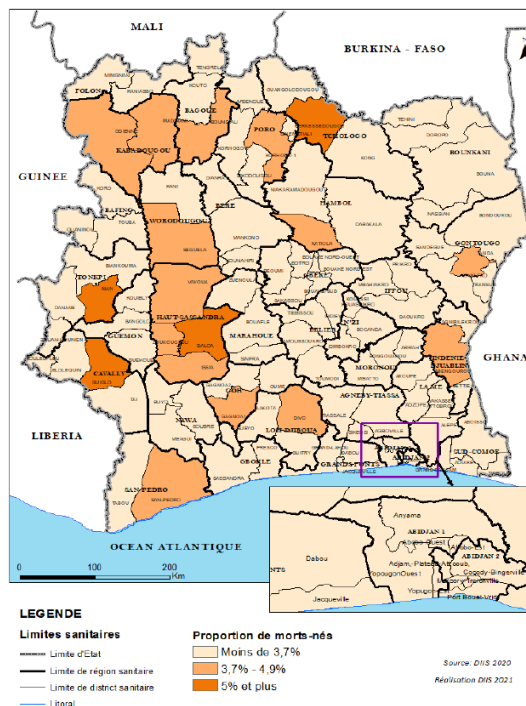


図 14 : 2020 年保健区別の死産の割合

出所 : MSHPCMU (2021) RASS2020

<sup>93</sup> MSHPCMU (2021) Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2020

MSHP (2021) PNDSE評価報告書によるDemographic and Health Surveys (DHS)及びMultiple Indicator Cluster Surveys (MICS) のデータを用いた分析によると、5歳未満児死亡率は1999年の出生1,000人当たり181人から2016年には96人に減少しているが、依然としてサブサハラ・アフリカの平均(78人)を上回っている。乳児死亡率は1999年の112から2016年には60、新生児死亡率は1999年の62から2016年には33に減少している。新生児死亡率は、乳児死亡率の約半分、5歳未満児死亡率の約3分の1を占めていることから、子どもの死亡率全体を削減するためにも、新生児ケアをより強化する必要がある<sup>94</sup>。

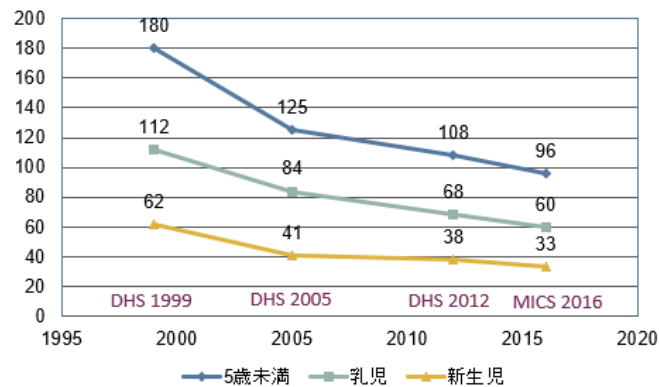


図 15 : 1999 年から 2016 年までの子どもの死亡率の変化

出所 : MSHP (2021) PNDSE評価報告書を基に調査団作成

MSHP (2021) PNDSE評価報告書によると、妊産婦及び5歳未満児の死亡における根本的な原因として、以下の6点が指摘されている。

- (1) 早期妊娠の多さ
- (2) 質の高い家族計画、妊婦健診、産後検診サービスの利用不足
- (3) 非効率なリファラルと産科合併症管理
- (4) 小児疾患統合管理 (IMCI) 及び小児HIVに関するサービスへのアクセス不足
- (5) 質の高い栄養へのアクセス不足
- (6) 安全に管理された水、衛生設備、衛生サービスへのアクセス不足

出所 : MSHP (2021) PNDSE評価報告書

## 6-2 母子保健サービス提供状況

同国では、質を伴った母子保健サービスを母子が十分に利用できていない状況にある。MSHP (2021) PNDSE評価報告書によると、RASS2019において1回目の妊婦健診を妊娠初期に受けた妊婦の割合は33.5%に過ぎないという。また、妊婦健診を4回以上受診した割合は、2015年の38.2%から2019年には40.9%まで増加しているものの、57.7%という高いドロップアウト率(妊婦健診1回目を受診したものの4回目まで継続しない割合)は課題である。ドロップアウト率は地域格差があり、Abidjanの40.9%に比べ、Hambolの70.5%、Kadougou、Folon、Bafingの71.7%、

<sup>94</sup> MSHP (2021) Rapport final de l'evaluation externe du PNDSE 2016-2020

Worodougou Béréの77.4%は高い数字と言える。産後検診受診率は2015年の17.61% から2019年には38.20%まで増加しているものの、同様に地域間の格差は大きい。専門技能を持つ分娩介助者(SBA)による施設分娩率は、2012年の59.4%から2018年には64.1%に増加した。ただし、SBA介助による分娩率は都市部では92.2%であるが、地方部では61.3%であり、とりわけAbidjan は94.4%と高い一方、西部地域では59.4%、また低所得層の女性は48.8%である<sup>95</sup>。

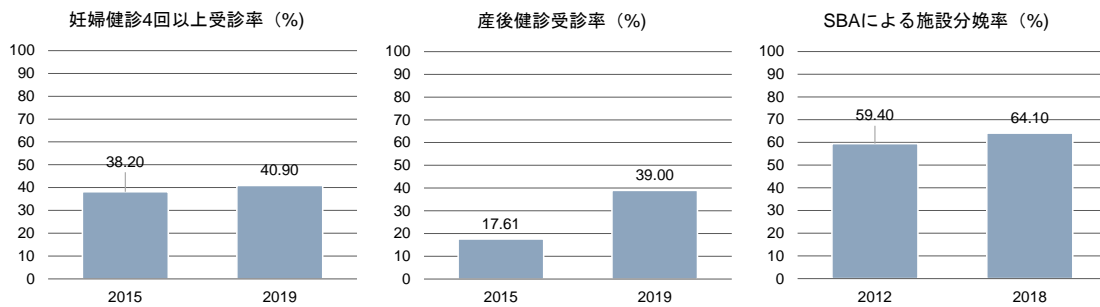


図 16：母子保健サービス利用率（2012/2015年・2019年の比較）

出所：MSHP（2021）PNDS評価報告書を基に調査団作成

COVID-19の感染拡大が母子保健サービスの利用率に与えた影響について、母子保健は政府の優先課題であり各種取組がCOVID-19の発生に関わらず継続されていると考えられ、少なくとも公的に発表されている数字を見る限り、影響は限定的だと考えられる。例えば、パンデミック以後の2020年における妊婦健診1回または4回受診率やSBA介助による分娩率は、COVID-19以前の2019年と比較し、若干ではあるものの増加傾向となっている<sup>96</sup>。一方、援助機関へのヒアリングでは感染を恐れて住民が保健医療サービスの利用を躊躇する場面があるとの声も聞かれており、今後も状況を注視する必要がある。

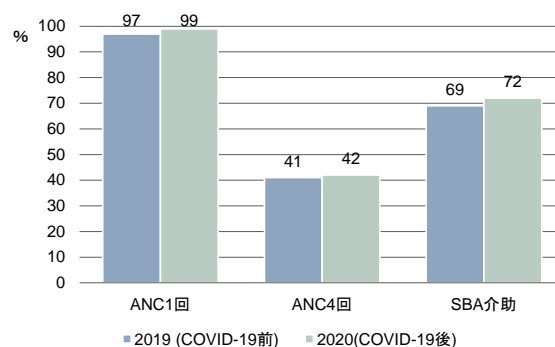


図 17：母子保健サービス利用率（2019年・2020年の比較）

出所：MSHPCMU（2021）RASS2020を基に調査団作成

<sup>95</sup> MSHP（2021）Rapport final de l'evaluation externe du PNDS 2016-2020

<sup>96</sup> MSHPCMU（2021）Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2020

母子保健を担う人材に関しては、1名以上の助産師、州認定看護師、総合診療医がいる保健医療施設はそれぞれ99%、97%、96%と高い数字ではあるが、専門医の配置は高次病院に限られることから、外科医や小児科医がいる施設は13%、産婦人科医がいる施設は22%となっている。また、過去2年間に新生児蘇生法のトレーニングを受けたスタッフは34%に留まっている<sup>97</sup>。

施設において提供可能な保健医療サービスは、家族計画サービス（88%）、妊産婦ケア（88%）、子どもの予防接種（82%）が最も多い。一方、産科の基本的なケア（59%）、産科の総合的なケア（60%）、子どもの予防・治療のためのケア（53%）の提供のために必要な設備を備えている施設の割合は低い傾向にある。Basic Emergency Obstetric and Newborn Care (BEmONC)に限ると、19パッケージのうち最も多く提供されたサービスは、分娩サービス（85%）、臍帯の衛生管理（84%）、早期かつ完全母乳育児（84%）、産後出血予防のための防寒対策・経膣分娩補助・オキシトシン投与（83%）であった。一方、提供されていないサービスは、早産時のコルチコステロイド投与（14%）、新生児の蘇生（21%）、抗けいれん薬の非経口投与（25%）であった。帝王切開及び輸血が可能な割合は、3次医療施設でいずれも100%だが、2次医療施設ではそれぞれ64%と74%である<sup>98</sup>。

### 6-3 母子保健分野の課題

母子保健は政府の優先課題の1つとして認識されており、ヒアリングを行った複数のドナーからも同様の意見が聞かれた。MSHP（2021）評価報告書によると、妊産婦・新生児・子どもの健康の分野における主な課題は以下の通りである。

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"><li>(1) 性と生殖に関する健康に関する法律策定</li><li>(2) 緊急産科・新生児ケア（Emergency Obstetric and Newborn Care : EmONC）、家族計画、産科ろう孔（フィスチュラ）、新生児の管理に関するサービス提供者の能力強化</li><li>(3) 家族計画と母子保健サービス提供を担うコミュニティヘルスワーカー（CHW）へのタスク委任に関する国家政策の運用</li><li>(4) 2020-2023年投資計画の実施</li><li>(5) 妊産婦・新生児・乳幼児死亡率対策委員会の活性化</li><li>(6) 保健センターでの質の高いサービス提供の増加</li><li>(7) 基礎的緊急産科・新生児ケア（Basic Emergency Obstetric and Newborn Care : BEmONC）を国家的優先事項と宣言し、実施規模を拡大</li></ol> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

出所：MSHP（2021）PNDS 評価報告書

JICAの現行「女性・子ども・貧困層に向けたUHC推進プログラム」は、大アビジャン圏を対象地域とし、利用者に過度な負担をかけずに必要な医療サービスが提供できる医療保障制度の効果的・効率的な運営を支援するとともに、妊産婦・新生児の継続ケア確立を中心的課題としながら、コミュニティ及び1次から3次医療施設までのリファラル体制の強化、すべてのレベルにおける

<sup>97</sup> SARA (2016) Evaluation de la Disponibilité et de la Capacité opérationnelle des Services de santé

<sup>98</sup> SARA (2016) Evaluation de la Disponibilité et de la Capacité opérationnelle des Services de santé

保健サービス提供体制強化や利用促進を図り UHC 促進を目指している。同プログラムを通じて、対象地域における UHC 推進のモデルが確立された後は、より取り残されてきた地方部の住民にサービスが届くよう同モデルの地域展開が求められる。その際、都市部のモデルを展開対象の地方部の実状に応じて改変し、持続性可能な形で展開するための道筋を示す。同プログラムの日本人専門家含め、各ドナーへのヒアリング時に挙げられた母子保健に関する課題は以下の通りである。

表 19：母子保健課題に関する聞き取り結果

ドナー/プログラム	母子保健に関する課題
JICA「女性・子ども・貧困層に向けたUHC推進プログラム」	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 各母子保健統合政策がコートジボワールにない</li> <li>・ 活動が縦割りで行われており、予算・活動の全体像が把握しづらい</li> <li>・ 計画されたものがどう執行されているのかが不透明で、ブラックボックス化している</li> <li>・ 予算の執行率だけで評価される状況にある</li> </ul>
世界保健機関 (WHO)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 帝王切開ができる医師や産婦人科医の絶対数が不足している</li> <li>・ 医療従事者が都市に偏在している</li> </ul>
アフリカ開発銀行 (AfDB)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療従事者のアカウントビリティが不十分</li> <li>・ ジェンダー格差がある</li> </ul>
フランス開発庁 (AFD)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病院の施設が古い</li> <li>・ 地域毎の組織がなく医療従事者のトレーニングが不足</li> <li>・ 財政管理する適切な組織がない</li> <li>・ 公的病院及び民間病院のサービスの質</li> </ul>
国連人口基金 (UNFPA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療従事者の不均衡な配置と質の低さ</li> <li>・ 医療従事者のキャパシティ強化のための継続学習が不十分</li> <li>・ 医療従事者の専門化が進んでいない</li> <li>・ 地方で起きた妊産婦死亡が中央政府に正確に報告されていない</li> <li>・ 地方の医療施設ではベッド数が限られており、分娩が重なると72時間以内であっても退院を余儀なくされる</li> </ul>

出所：各援助機関へのヒアリングを基に調査団作成

#### 6-4 母子保健サービス（帝王切開）の課題と改善

コートジボワールでは、2020年の全国統計で、人口1万人あたり医師1.40人、人口5千人あたり看護師2.36人、出産可能年齢の女性3千人あたり助産師3.05人と、WHOの推奨比率(人口1万人あたり医師1人、人口5千人あたり看護師1人、出産可能年齢の女性3千人あたり助産師1人)は満たしている<sup>99</sup>ものの、地域毎の人員配置に大きな格差がある<sup>100</sup>。また、6-2で述べた通り産婦人科医がい

<sup>99</sup> 他方、WHOは2006年に人口1,000人当たり2.3人の医師・看護師・助産師の配置を、更にSustainable Development Goals (SDGs)においては、2030年までに人口1,000人あたり 4.45 人の医師・看護師・助産師の配置を目指すとしている（出所：WHO(2016) Health workforce requirements for universal health coverage and the Sustainable Development Goals. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250330>）。2020年のコートジボワールの全国統計から計算すると、人口千人あたりの医師・看護師・助産師の数は0.85人となり（医師0.14人、看護師0.47人、助産師0.24人（同報告書に従い、出産可能な年齢の女性を総人口22,671,331人の24%として計算））、WHOの基準およびSDGs目標にはまだ届いていないと考えられる。

<sup>100</sup> MSHP (2019) Politique Nationale de Délégation des tâches en Santé de la reproduction/ planification familiale



る病院は全病院の22%に留まっており、特に地方の産婦人科医不足は深刻な状況である。

同国の2020年の帝王切開率は、2019年の3.59%より若干増加したものの、国家目標の4.5%を下回る4.33%である<sup>101</sup>。地域間格差も大きく、帝王切開率を州毎に見ると、国家目標を上回るのは全33州中15州のみであり、上位3州のSud-Comoe (8.20%)、Agneby-Tiassa (7.39%)、Belier (7.10%) と、下位3州のFolon (0.00%)、Bere (0.10%)、Gbeke (0.67%) とでは大きな差がある。特にFolon州においては、手術室がないため帝王切開が全く行われていない状況である。

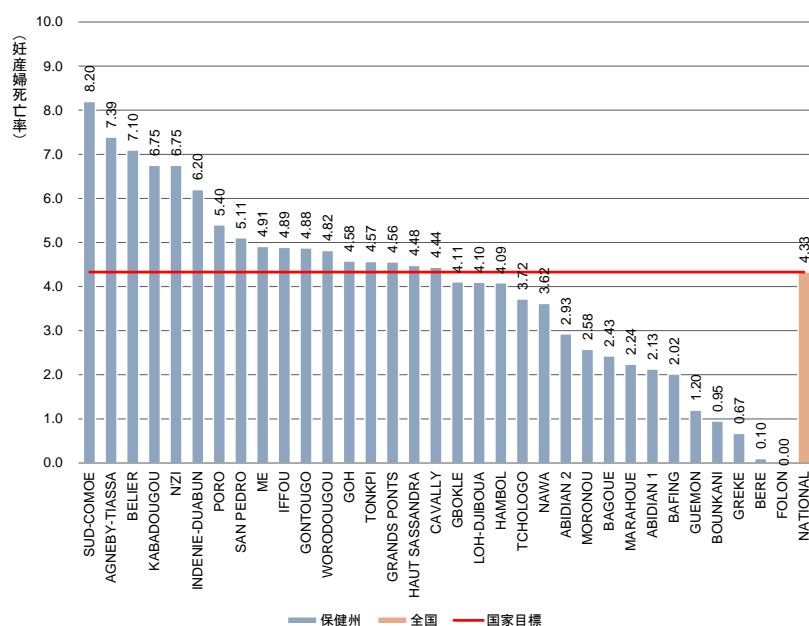


図 18 : 2020 年保健州別の帝王切開の割合

出所 : MSHPCMU (2021) RASS2020 を基に調査団作成

また、帝王切開率を保健区別で見ると、全113保健区のうち国家目標を達成しているのはわずか38保健区に留まる。Dimbokro (16.94%)、Katiola (14.67%)、Anyama (14.44%) 等では高いものの、下位の3区ではBocanda (0.02%)、de Zouan-Hounien (0.09%) et de Mankono (0.18%) と1%にも満たない状況である。

<sup>101</sup> MSHPCMU (2021) Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2020

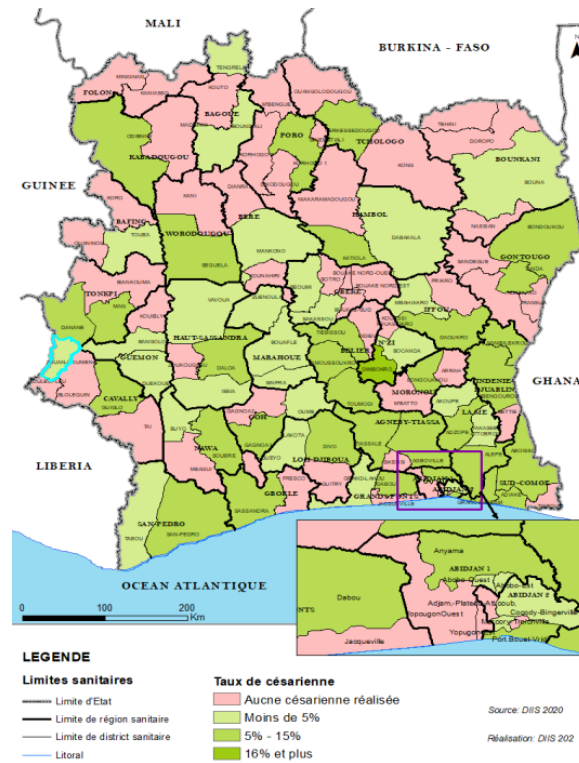


図 19：2020年保健区別の帝王切開の割合

出所：MSHPCMU（2021）RASS2020

WHO（2015）<sup>102</sup>によると、全出産の10%までの帝王切開は妊産婦や新生児の死亡削減に効果があるとされているが<sup>103</sup>、同国の帝王切開率は特に地方部においてこの10%を大きく下回る状況である。その背景には、一般開業医による帝王切開が同国の法律で認められていないことも影響していると考えられ、帝王切開が必要な妊婦が一般開業医しかいない病院に搬送されても帝王切開を受けられず、多くの命が失われているとの指摘が、世銀へのヒアリングにて確認されている。

このような状況を改善すべく、2019年にMSHPCMUが「リプロダクティブ・ヘルス/家族計画の業務委譲に関する国家政策（Politique Nationale de Délégation des tâches en Santé de la reproduction/ planification familial）」<sup>104</sup>を制定、2021年にはMSHPCMUのDIMBA PIERRE N'GOU氏により、政策実施のコミットメントが発表され、2022年-2024年対象の産婦人科の緊急事態の対応整備計画が策定されている。この計画では、専門家（産婦人科医と外科医）の地域間格差を埋めるため、一般開業医による帝王切開やその他の外科的処置の実施等の業務委任を国家政策として行うことを決定している。2024年までに、150人の一般開業医が、産科、婦人科、新生児の緊急事態（帝王切開、心停止）と外科の緊急事態（ヘルニア、虫垂炎）において質の高いサービス

<sup>102</sup> WHO（2015）WHO statement on caesarean section rates

[https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/cs-statement/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/)

<sup>103</sup> ただし、同文献ではあくまで帝王切開の「率」に拘る必要はなく、帝王切開が必要な全ての産婦に提供されるべきだと述べている。

<sup>104</sup> MSHP（2019）Politique Nationale de Délégation des tâches en Santé de la reproduction/ planification familial

を提供することを目標とする。また、業務委任に伴うモニタリングや評価体制の構築も必要となるため、開業医の資格認定に向けた各省庁や関係者の意見交換会やトレーニングプログラムの制定等、様々なアクションが整理されている。

また、MSHPCMUは、2021年に質の高いサービス提供の基準となる「性と生殖・妊産婦・新生児・小児保健の基準およびプロトコル (Normes et Protocoles en Santé sexuelle reproductive, maternelle néonatale et infantile)」<sup>105</sup>を制定している。また、同国では2008年に最初の家族健康政策・基準・手順文書が作成され、継続的に更新されている。2021年の改定版では、リプロダクティブ・ヘルスの課題のアプローチやマニュアル、帝王切開の実行率、妊産婦死亡率の算出方法等の様々な指標が記載されている。

---

<sup>105</sup> MSHP (2021) Normes et Protocoles en Santé sexuelle reproductive, maternelle néonatale et infantile

## 第7章 医療保障に係る情報整理と課題分析結果

### 7-1 医療保障制度の概要

#### (1) 医療保障制度の背景

コートジボワールでは医療保障の観点から、従来医療における患者負担率が高いことが課題となっていた。5章の表13⑤で示した通り経常保健医療支出に占める利用者自己負担は依然として重く、UHC達成のひとつの指標である「家計の支出または所得に占める健康関連支出が大きい人口の割合」に関連し、健康関連支出の割合が10%を超える人口の割合は12.4%（2015年）で、世界平均12.7%（2015年）とほぼ同じであり、アフリカ地域平均7.3%（2015年）を上回っている。また、自己負担医療費による貧困化率も1.90ドル/日の貧困ラインを用いる場合、コートジボワールでは2.25%（2015年）で、世界平均1.4%（2015年）、アフリカ地域平均1.5%（2015年）を上回っている<sup>106</sup>。この家計の負担の縮減、特にリスク軽減および貧困層の費用負担の緩和がコートジボワールの医療保障制度の整備で大きな目標となってきた。

2010年の大統領選の後、無料医療制度導入<sup>107</sup>が試みられていたが、より財政的に持続可能で、さらに広い裨益者層に対する制度が検討されてきた。2011年の大統領の就任スピーチにおけるユニバーサル・ヘルス・カバレッジ導入による貧困削減への言及などもきっかけとして、国民のための健康保険として国民皆保険制度（Couverture Maladie Universelle : CMU）が検討され、2014年に法制化、準備と制度化のパイロットが始まった。2020年の選挙の際にもその成果及び一般普及が大統領の公約、優先施策となっている。

また同時に政府は社会支出に力を入れており、そのビジョンは国家社会開発計画（PS-Gouv）に表されている。PS-Gouvは大統領の政策実施における社会的側面の強化を謳い、①保健・社会保護、②教育、③必要最低限のサービスへのアクセス、④雇用・女性と若年層のエンパワメント、⑤農村地域での生活向上の5分野での改善・開発を進めるプログラムとして、2018年に準備が開始され、2019年から2020年に実施された。医療・社会保護の分野では無料医療プログラムの強化、予防接種拡大計画（EPI）の強化、国民皆保険制度（CMU）<sup>108</sup>の段階的实施、社会的セーフティネットとしての現金給付制度の4つを優先プロジェクトとして進展してきた。2021年のPS-Gouv成果報告書でも、この医療・社会保護の分野で、大きな進展があったことを報告している。PS-Gouvの終了後もCMUの普及、無料医療プログラムの予算措置は継続されている。このように、大きな枠組みでも医療保障及び社会保護を進める動きを強化してきた。

このようにコートジボワールでは医療保障は国民皆保険として社会保険方式で制度が整えられ

---

<sup>106</sup> WHO (2019) Global monitoring report on financial protection in health 2019  
[9789240003958-eng.pdf](https://www.who.int/publications/m/item/global-monitoring-report-on-financial-protection-in-health-2019)

<sup>107</sup> USAID(2014) Measuring and Monitoring Progress Toward Universal Health Coverage: A case study of Cote D' Ivoireによると2011年の政治危機後、無料医療制度が導入されたが、10か月のみの期限限定であった。その後2012年にターゲットへの妊産婦、5歳未満児、全人口のマラリアなどへの無料医療制度が導入されている。

<sup>108</sup> 本報告では仏語のCouverture Maladie Universelle(CMU)に国民皆保険を訳としてあてる。CMUはユニバーサル・ヘルス・カバレッジと訳出されるケースもあるが、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジについては仏語でのCoverture Sanitaire Universelleに相当する語もある。コートジボワールにおけるCNAMの実施するCMUは国民全員への健康保険を目指すものであり、国民皆保険とするのが本報告においては適切とした。

つつある。CMUには困窮層<sup>109</sup>への労働社会保護省（MEPS）による保険料の公費負担や、CMUとは独立して、特定人口グループもしくは処置・疾病を対象とした無料医療プログラムがMSHPCMUの予算で実施されているため、税方式も実体としては一部並立している。しかし、将来的に政府はCMUで統一していく意向をもつため、社会保険方式で進めていく方針を持っている<sup>110</sup>。なお、コートジボワールにはCMUとは別の制度として、公務員の社会保障となるコートジボワール公務員職員相互扶助共済（Mutuelle générale des fonctionnaires et agents de l'État de Côte d'Ivoire：MUGEF-CI）、主に民間の給与所得者の厚生を担う国家民間給与所得者社会保障基金（Caisse Nationale de Prévoyance Sociale：CNPS）などが健康保険として機能している（下表参照「医療保険スキームの比較」参照）。さらに民間の共済組合や保険会社も存在しており、それらの組み合わせで医療保障制度が構成されている。

## 7-2 医療保障のスキーム

コートジボワールにおける医療保障は、7-1章で述べたように複数のスキームが関連する機関で実施されている。主なものの概要を下表の通りまとめる。

表 20：医療保障スキームの比較

スキーム	(1)CMU 一般基本スキーム (RGB)	(2)CMU医療補助スキーム (RAM)	(3)公務員向け健康保険	(4)民間給与所得者等向け健康保険	(5)特定ターゲット無料医療プログラム
対象	全国民、ただし困窮層として別スキーム対象となったものを除く	困窮層（保険料を支払うことが困難と認められた層）	公務員、政府職員	民間給与所得者	妊産婦 5歳未満 マラリア 急患
実施機関	IPS-CNAM	IPS-CNAM	MUGEF-CI	IPS-CNPS	MSHPCMU
財源	保険料	税（MEPS事業費、IPS-CNAM向け補助金）	税と公務員給与	雇用主と給与所得者	MSHPCMU予算
資金プール	CNAMの基金	CNAMの基金	MUGEF-CIが運営するプールおよびCNAM基金	CNPSの運営プールおよびCNAM基金	税
サービスの購入					
パッケージ	パッケージは表21にて記載	RGBと同様	RGBと同様のサービスに加えてMUGEF-CIでの追加サービスが可能	RGBと同様のサービスに加えてCNPSでの追加サービスが可能	産前健診、出産（帝王切開含む）5歳未満の児童の診療、マラリア
提供体制	CNAMの認定した公立および公目的の民間病院および薬局	RGBと同様			公立施設
支払い方式	対象者は窓口で3割負担し、施設がCNAMに7割請求	対象者は無料、保健施設はCNAMに全額請求			窓口負担は無料で施設が保健省に請求

出所：調査団作成

<sup>109</sup> 保険料が支払えない人口層。家計調査などで行われる貧困ラインを下回る層（貧困層）とは別に定義されているため、本報告書では困窮層（Destitute）として報告する。

<sup>110</sup> MSHPUHCおよびMEPSのインタビューより

(1) CMU一般基本スキーム

CMU一般基本スキーム (Régime Général de la Base: RGB) と医療補助スキーム (Régime d' Assistance Médicale: RAM) は双方、IPS-CNAMにより運営されている。一般基本スキーム (RGB) に加入すると月々一人当たり1,000FCFAの保険料を支払う。カードをCNAM認定の医療機関 (公営もしくは公のミッションを持つ民間施設) に持参することによって、対象の医療行為及び治療薬について、政府の公定価格の30%の窓口負担で受診することが可能となる。その際、70%はCNAMから医療機関に支払いが行われる。

CMUのRGBにおける医療行為の内容については下表にまとめる。

表 21 : CMU医療保障制度の内容

対象医療施設	公立保健施設及び公共サービスの目的を持つ民間医療施設 (合計950) 及びCMUの登録薬局 (約950)																						
対象者	全国民。なお現在一般普及化の過程にある。																						
保険料	一人当たり月1000FCFA (約1.5ユーロ)																						
診療内容	<p>① 診療 医療相談、医療処置、(CMUの対象としている病理への) 外科処置、入院、口腔ケアと放射線診断、帝王切開と分娩、経過観察、輸血、医学生物学検査、医療画像検査</p> <p>② 価格 受診料は、以下の通り保健施設が属するカテゴリーに応じて変わる。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>施設の種類</th> <th>一般医 (FCFA)</th> <th>専門医 (FCFA)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>農村保健センター (CSR)</td> <td>100</td> <td></td> </tr> <tr> <td>都市保健センター (CSU)</td> <td>500</td> <td>500</td> </tr> <tr> <td>都市保健施設 (FSU)</td> <td>500</td> <td>500</td> </tr> <tr> <td>総合病院 (HG)</td> <td>1,000</td> <td>2,000</td> </tr> <tr> <td>地域病院 (CHR)</td> <td>1,500</td> <td>2,500</td> </tr> <tr> <td>大学病院 (CHU)</td> <td>5,000</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>医療処置については、2016年の法令No. 2016-865に従って、コートジボワールの医学及び生物学的行為の一般命名法 (La nomenclature générale des actes de médecine et de biologie de Côte d' Ivoire) で定められた範囲の医療行為の料金が定義されている。 入院料金は、保健施設のレベルに応じて定められている。</p> <p>③ 治療薬 CMUの対象となる薬品は以下の通り： 鎮痛解熱剤、ステロイド系抗炎症剤、非ステロイド系抗炎症剤、抗貧血剤、抗喘息剤、抗生物質、抗凝固剤、抗痙攣剤、抗吐剤、抗真菌剤、抗痛風剤、抗出血剤、抗非ヒプトン、抗ヒスタミン薬、抗咳薬、抗高血圧薬、抗マラリア薬、抗寄生虫薬、抗敗血症薬、抗痙攣・筋肉薬、抗潰瘍薬、角膜溶解薬、癬痕形成薬、散瞳薬、輸液薬、交感神経刺激薬。</p>		施設の種類	一般医 (FCFA)	専門医 (FCFA)	農村保健センター (CSR)	100		都市保健センター (CSU)	500	500	都市保健施設 (FSU)	500	500	総合病院 (HG)	1,000	2,000	地域病院 (CHR)	1,500	2,500	大学病院 (CHU)	5,000	
施設の種類	一般医 (FCFA)	専門医 (FCFA)																					
農村保健センター (CSR)	100																						
都市保健センター (CSU)	500	500																					
都市保健施設 (FSU)	500	500																					
総合病院 (HG)	1,000	2,000																					
地域病院 (CHR)	1,500	2,500																					
大学病院 (CHU)	5,000																						

出所 : CNAM(2019) Actes et Tarification de la Couverture Maladie Universelleより調査団作成

なお、MSHPCMUおよびCNAMへの聞き取りによると、CMU対象の範囲は、WHO推奨のエッセンシャル

ルパッケージよりも範囲は狭く、より必要な疾患とコストとのバランスを考え、慢性的な疾患は除外されている。薬品についても同様の範囲と定められている。このCMU対象の範囲は政府や民間、市民の様々な関係者とのコンサルテーションを通じて策定されており、2年に1回改訂されることとなっている。

#### (2) 医療補助スキーム

医療補助スキーム（RAM）は困窮層に対して費用を国から補填する制度である。保険料が支払えない世帯に対しては、困窮層に当てはまるかの確認（Proxy Means Testing）を行ったうえで、認定された場合にRAMの対象となる。RAM対象者は月々の掛け金および窓口での支払いが免除される。受診の際のカバーする範囲は、RGBと同様で受診（コンサルテーション）、処置、処方、投薬を含んでいる。CNAMは困窮層は300万人弱と推測し、その特定と登録を2024年までに行う予定となっている。2021年8月末の段階ではこのターゲットの35%程度の100万人がRAMの対象として特定されている。

#### (3) 公務員向け健康保険

公務員向けスキームは実施機関がコートジボワール公務員等相互扶助（Mutuelle générale des fonctionnaires et agents de l'État de Côte d'Ivoire：MUGEF-CI）で、公務員、地方政府職員、軍・警察関係者とその退職者を対象とする。もともとは薬品、歯科、視力矯正が対象であったが、追加スキームを選択することにより、より範囲の広い医療サービスを受けることが可能となる。

#### (4) 民間の給与所得者向け健康保険（社会保険）

民間の給与所得者には、国家民間給与所得者社会保障基金（Caisse Nationale de Prévoyance Sociale：CNPS）が従来より健康保険として機能している。企業は加入する必要がある、給与所得者を登録し、給与の14%を保険料として基金に支払う。（雇用者：被雇用者の割合は55：45となっている。）2020年の加入者内訳は雇用者39千人、給与所得者863千人。

#### (5) 対象ターゲットに対する無料医療プログラム（Gratuité Ciblée）

CMUが発足する以前の2012年から政府は患者負担軽減と、特定人口層及び特定疾病対策のための無料医療プログラムを実施しており、出産（定期健診、帝王切開含む）や5歳未満児の診療が対象である。またマラリアについてはすべての人に対して診療と治療が無料となっている。しかし、世銀（2020）によると、この無料医療プログラムは非効率的で、実際は機能していない。同報告書では、予算の過少、予算配賦の遅れ、医療資材のストックアウトなどが効率を妨げているとしている。またこの無料医療プログラムによって、1次施設において医薬品のストックアウト等により診療が受けられない患者が、高次の医療施設へリファラルなしに受診し、高次施設の混雑が増すなどの悪影響も報告されている。

また、政府も無料医療プログラムの予算不足は認めている。政府によると無料医療制度の実施には直接費のみで415億FCFA（CMUを除く）と推計しているが、下表の通り過去3年の予算は150億から180億FCFA程度であり、予算配分が過少となっている。また増額のペースも緩慢と言える。

表 22：無料医療プログラム予算（百万 FCFA）

対象	2018	2019	2020	2021	2022
出産経費	4,795	4,850	5,800	5,850	5,850
帝王切開経費	4,644	4,650	5,650	5,650	5,650
マラリア治療経費	4,550	4,800	5,850	5,800	5,800
その他無料医療制度	700	700	700	700	700
合計	14,688	15,000	18,000	18,000	18,000

出所 MSHPCMUからの資料および予算書2021、2022を基に調査団作成

### 7-3 CMUの状況

#### (1) CMU登録の状況

CMU制度の登録者は2021年9月現在、317万5千人となっている。これは人口の12%にとどまり、またそのうち登録カード（CNAMの登録施設でサービスを受ける際、持参・提示するもの）の配布は209万1千人（登録者の70%）、また実際にサービスを受けたものは14万人となっており、サービス提供はあまり進んでいない。

登録者数の推移は図20の通り、また2021年9月末現在のカテゴリー別内訳は、図21の通りとなる。このカテゴリー分類はCNAMの利用している社会職業分類（categories socio-professionnelle）に基づいている。登録数は「インフォーマルな独立自営業（Profession liberale informel）」や学生、他の有資格自由業者（Autre ayant droit）が多く登録している。この社会職業分類の定義などは、残念ながら入手できなかったため、CNAMが説明する農業従事者がどこの分類されているかは不明となっているが、「インフォーマルな独立自営業」、「有資格自営業」のいずれかに入っていると考えられる。また、給与所得者（10%）、公務員（6%）やその家族（主婦、学生）と想定される人口層の登録も進んでいる。なお困窮層は登録者数の2%となっている。

他方で、実際の治療と医薬品の提供の受益者については、主に公務員（薬品購入費用補助の52%および治療行為の35%が公務員向け）となっていることがわかっている。これについては皆保険としての期待と現実との間に齟齬が生じている。

登録が進まない原因はいくつかある。まず、登録に際して身分証明書が必要とされるが、農村部では出生証明などの必要書類の条件を満たせない人口層が多いこと、登録を請け負っている業者による発行の遅延、カード受取の手間などが原因とされている。また登録の際にも、市民にとっては利用できるベネフィットパッケージの範囲が狭いため希望する診療で利用できない、登録施設が少ない、もしくはサービスが悪いなどの状況が報告されている。

また、困窮者向けのRAMスキームに関しては、2021年9月現在で、カード保持者は4万人、実際のサービス受益件数は1,600件にとどまっており、施設での情報が徹底されていないことからカード保持者であってもサービスを拒否されるというケースが散見されている。



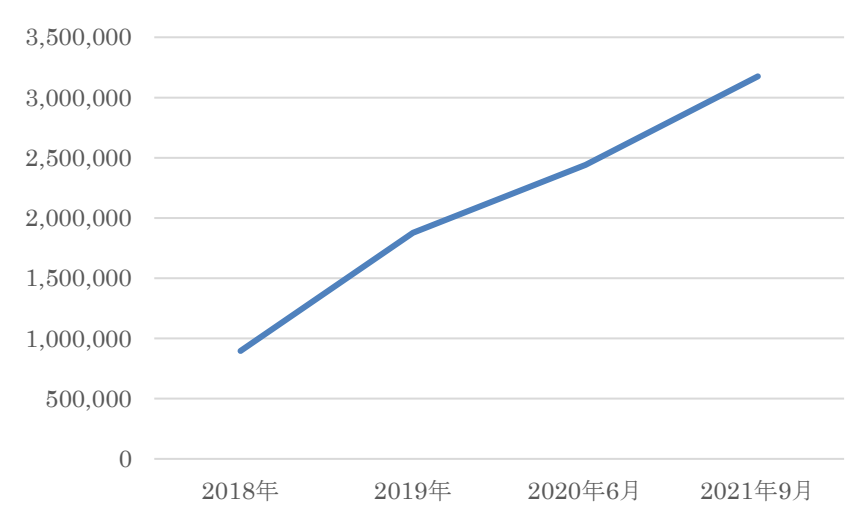


図 20 : CNAM 登録者数の推移

出所：世界銀行によるCNAMへの質問票（2021年9月）をもとに調査団作成

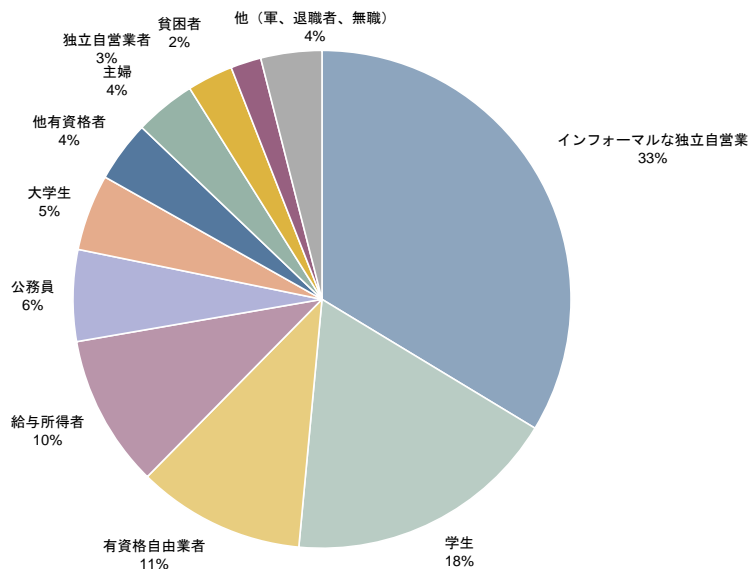


図 21 : CNAM 登録者カテゴリー別内訳

出所：世界銀行によるCNAMへの質問票（2021年9月）をもとに調査団作成

(2) CMUの実施体制

1) 雇用社会保護省

コートジボワールでは医療サービスに係る政策の立案、実施はほぼMSHPCMUが所管しているが、医療保障については、社会保護政策の一環として、CMU制度の実施機関であるIPS-CNAMを所管する雇用社会保護省（MEPS）の社会保護総局（DGPS）が担当している。MEPSの組織図を下に示す。

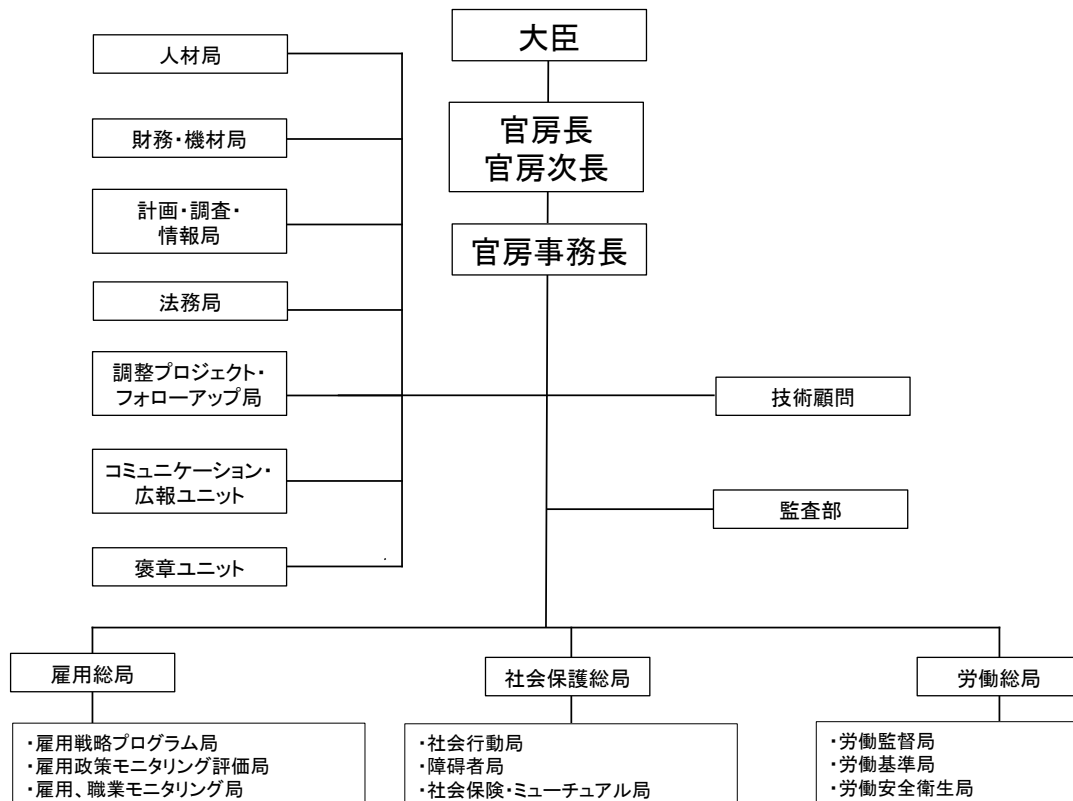


図 22：雇用・社会保護省 組織図

出所：MEPSホームページを基に調査団作成

政府の複数年支出計画およびパフォーマンス予測報告書（Documents de Programmation Pluriannuelles des Depenses Projets Annuels de Performance:DPPD-PAP）では2024年までに関係各省と調整しつつ社会保護総局として、CMUの推進につき、国民への広報活動、登録の実施促進、保険料徴収、基金管理、スキームの整備、困窮層のプログラムの管理、スキーム間の調整などを行うこととして、省内の調整予算（2百万FCFA）の他にCNAM運営の補助金（年間約30億FCFA）およびRAMの運営費（年間127億FCFA）を計上している。

なお、CMUの実施体制の強化という観点から、2021年前半に旧保健公衆衛生省が、保健公衆衛生国民皆保険省として改組されており、CMUに関する行政についてMSHPCMUの担う役割が期待されている（5-1章参照）

## 2) 実施機関IPS-CNAMの組織、所掌内容、ガバナンス、財務状況

国民健康保険基金はCMU法（No. 2014-131）を根拠に発布された2014年6月25日の政令（番号2014-395）に基づき設立された。IPS-CNAMはコートジボワールにおける国民皆保険制度の管理運営・規制を行うことを目的とし、組織の肥大化を防ぎ必要な規模にとどめるために、国家社会保障基金（Caisse Nationale de Prévoyance Sociale、CNPS）国家職員退職金基金（Caisse Générale de Retraite des Agents de l'Etat、CGRAE）、共済、民間保険などの委託管理機関（Organismes Gestionnaires Délégués、OGD）にその機能の一部を委ねている。委任業務は大別して以下の業務と定められている。

①対象者の把握、及びCNAMへの拠出金の返済にのみ関連する機能

②サービスの管理（医療管理、請求書の清算、医療提供者への支払）に関連する機能

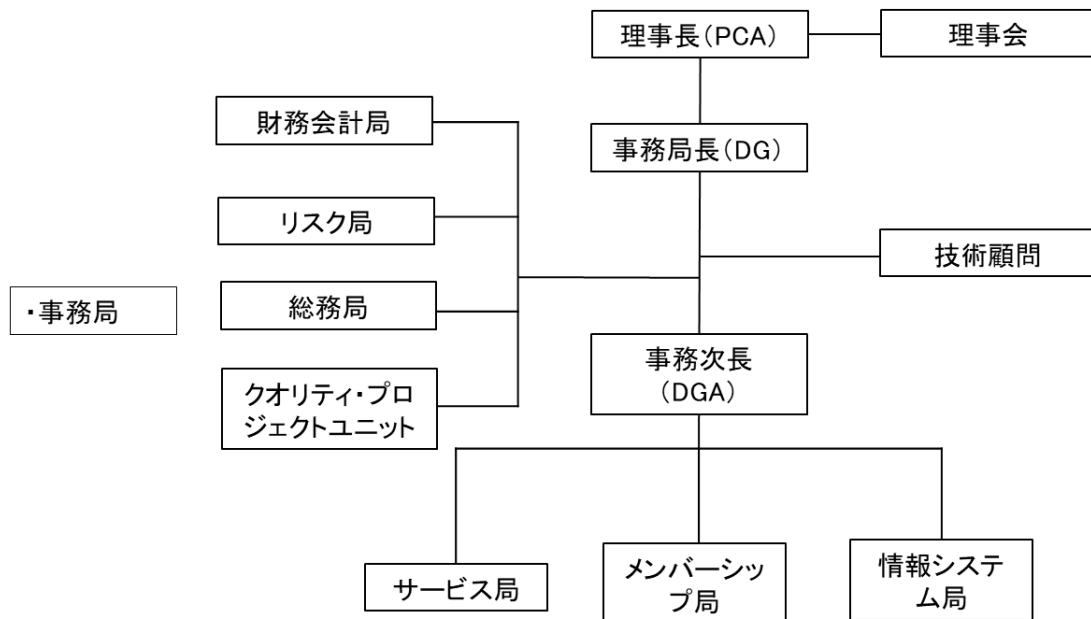


図 23 : CNAM の組織図

出所：IPS-CNAMホームページ

IPS-CNAMの財務状況は公開されていない。政府の運営する社会福祉組織の3組織にかかる収支予測情報は、複数年経済予算計画書（DPBEP）2021-2023および2022-2024から入手できる。その中にIPS-CNAMも含まれているため、方針が確認でき、現状認識についてもある程度の情報を得ることができる。計画では、一般基本スキーム（RGB）の登録促進活動から、順調に伸びるという認識を背景に、保険料収入が伸び、同時に保険金支払いの伸びは比較して大きくないことを予想しているため、余剰は維持できるというのが現時点での政府の見解となっている。ただし、この余剰は後年度については支払いの伸び、インフレなどにより抑制されると予測している。なお、本財務計画は後年度になるほど確度が低くなるため、毎年レビューが必要である。政府のリスク分析においても、現状は余剰金がバランスされており安定しているが、被保険者の支払う保険料に比して医療サービスのコストが高いため、長期的なバランスが崩れるリスクが認識されている。ただし、現状の方策としてはそのリスクは低いとし、一人当たりの保険料を1000FCFAとし、CMUの医療サービスを限定することにより保険金支払いを一定とする方向性を保っている。<sup>111</sup>

<sup>111</sup> GCI(2021) Declaration sur les risques budgétaires 2022-2024, p52

表 23 : CNAM財務計画

10億FCFA

CNAM の財務計画	2020	2021	2022	2023	2024
収入総計	38.6	33.2	44.1	54.8	65.5
保険料収入(C)	33.6	29.3	39.8	50.2	60.6
RGB 保険料収入	26.4	20.6	27.1	33.9	41
RAM 補助金	8.7	8.7	12.7	16.3	19.6
運営補助金	3	3	3	3	3
金融収入	0.5	0.9	1.3	1.6	1.9
支出総計	30.3	20	20.5	33.7	50.1
保険金支払い (P)	23.2	12	12.5	23.7	38
運営費	7.1	8	8	10	12.1
保険金 - 保険料収入 (C-P)	10.4	17.3	27.3	26.5	22.6
収支	8.3	13.2	23.6	21.1	15.3

出所：DPBEP2021-2023および2022-2024より作成

## 3) 医療保障の推進上の課題

医療保障もしくはCMU推進の課題は以下が挙げられる。

➤ CMU 推進の方向性に不明瞭さが残っている

2014年の国民皆保険制度の設置に関する法律（2014-131）及びCNAM設立に関する政令（2014-395）において、国民皆保険（CMU）の所掌はMEPS及びCNAMと定められている。他方で、2021年には旧保健公衆衛生省が名称変更され保健・公衆衛生・国民皆保険省（MSHPCMU）となり、2021年11月末時点では、組織の変更が行われている段階である。また、もともとCMUは前回の大統領選挙における現大統領のコミットメントの一つであることもあり、クリバリ首相が先頭となり、首相府にフォーカルポイントが設けられ調整が行われていたが、首相の逝去に伴い、内閣改変、クリバリ首相のもとでスペシャルアドバイザーとして調整を行っていたカマラ氏が労働・社会保障担当大臣となったことから、「首相府に置く必要がなくなった」ため、このフォーカルポイントも解消されている。よって、首相府において特にCMUを調整する部署は設置されておらず、CMUについては政策の調整を図る省庁が必ずしも明確でない。医療保障及び社会保護の観点から、MEPSの役割は重要であるが、保健省の名称にCMUが付されたことから、よりMSHPCMUの積極的な役割が期待される。他方、MSHPCMUへの聞き取りからは「以前と役割は変わらないが、医療サービスの観点からもCMU推進をより深めるために名称が変更された。」と表現されているように、必ずしもCMU政策をけん引する意思が表現されているわけではないため、今後、省庁間調整をどのように行うのか明確でない。このリーダーシップの課題については世銀も認識しており、今後の支援と政策対話の中でCMU制度の必要な再構築を促すこととなる。

➤ CNAMの加入拡大、地域拡大方針が明確でない

CNAMはRGBおよびRAMの2つのスキームをもっているが、健全な財務をベースとした皆保険制度の確立のためには保険料を支払うメンバーのための通常スキーム（RGB）の拡大が急務となる。学生対象のパイロットを経て、公務員及びフォーマルセクター（給与所得者）の加入を終え、インフォーマルセクターへの拡大を図っている。特定の職能グループ（農家のうちパームヤシ、サトウキビ、綿実生産者）などでの加入も促進している。しかしながら、雇用の多くを占める都市のインフォーマルセクター及び農村部での1次産業従事者の加入は進んでおらず、メンバーの増加速度は期待よりは鈍化している。

MSHPCMUでは、供給側の課題（保健施設が過少であること、サービスの質が伴っていないこと）が主因としつつも、保険料の負担などがボトルネックと考えられている。保健システムの改善は短期的かつ急激な改善は難しいため、加入の拡大方針を明らかにすることが求められている。

➤ 貧困層の加入拡大が遅れている

CMUのもう一つのスキームであるRAMでは、登録者数、受益者数ともに伸び悩んでいる。脆弱層の特定方法は世銀やJICAの支援により開発された。代理資力調査（Proxy Means Testing：一般に資産状況や家族構成など観察できる指標のウェイトを加味した上でスコア化し社会プログラムの対象者を特定する手法）の結果をコミュニティ・リーダーと担当社会センター（MEPSの窓口）で認定した上で特定している。CNAMは2024年までに250万人を特定していく予定で、数量と時間のターゲットを定めている。しかしながら、そもそも脆弱層が約300万人とする根拠が希薄である<sup>112</sup>。また脆弱性や貧困は一時的な性格をもつものであるため、新たに貧困層になるもの、もしくは貧困層から卒業するものなど動的な側面を考慮し、モニタリングする必要がある。この特定にかかるコスト、モニタリングのコストなどが今後の課題となる。さらに一般スキームでも見られるカードの発行と配布の時間的なギャップの問題がRAMでも報告されている。また、前述のとおり農村部では対象者の多くが登録・カード作成のために必要とされる身分証明書や出生証明を持っていない。このため法務省や内務省と連携して、身分証明書と同時にカードが発行できるような方策を進めなければならない、現在取り組み中である。

➤ CNAMは若い組織であり、組織の能力に不安が残る

CNAMは2014年に設立された比較的若い組織である。政府関係省庁や民間関係者から選任された12人の理事と7局に所属する職員で国民皆保険制度の管理運営と規制管理を行いつつ、業務委託を行っている企業・団体の管理も行わなければならない。他方、制度整備や実際の運用も始まったばかりであり、加入拡大のための大々的な普及活動は行われているものの、「CMUで

---

<sup>112</sup> 貧困を計測もしくは貧困層を特定・定義する方法は複数あり、広く使われているのは国際的な貧困ライン（1日1.9ドルの消費）以下を貧困とする場合、貧困率は39.5%（2018年）

(<https://data.worldbank.org/indicator/>)となる。従い貧困ライン以下の人口層はCNAMのRAMの対象より多いことに留意する必要がある。RAM対象外ながら貧困ラインより下の人口層の医療保障をどうするかという議論や方向性は示されていない。

は実際のサービスが受けられない」<sup>113</sup>という認識もあるため、運用が徹底していない可能性が高い。また、健康保険カード発行については、SNEDAI社が受注しており、2015年から7年間カードを発行する契約となっている。2021年末に契約が切れるため更新する必要があるが、政府が直接契約し実施してきたため、IPS-CNAMが予算化の上、継続する必要がある。しかし、IPS-CNAMによるとSNEDAI社から派遣されていた280名の人件費など年間40億FCFAが必要となり、現在の運営予算が年間70-80億FCFAで財務能力も限られているため、カード発行業務の継続が目下の課題となっている。

今後、CNAM加入拡大にともない、組織の運用費、保険料の管理なども大きな課題となってくるが、解決の道筋は明らかでないため、財務面の強化計画が必要となる。現在のところ保険料収入、保険金の支払いに関する情報開示はホームページなどアクセスの容易な方法で行われていない。また、財務情報開示への複数回の要望にも返答がなく、必ずしも情報開示に積極的ではない。信用の構築という意味でも能力強化が必要となる。このように制度的・運営的な課題が残っているため、強化のニーズは高い。

政府は、中期的には、医療サービスの過剰消費のリスク（CNAMからの収入を目当てに医療機関が過剰な診療サービスを行うリスク）やサービスに対する不正請求などのリスクを懸念している。医療機関の監視も必要となり、その方策の検討は喫緊の課題となる。また現在の保険料の妥当性（額とカバーするケアの内容の妥当性、一人当たりの保険料の所得逆進性、ケアのカバー範囲拡大への要望への対処）など技術的、政治的課題への対応が求められるため、組織能力の向上が求められる。

---

<sup>113</sup> 非メンバーである現地住民やドナー職員

## 第8章 保健セクターの政策・取り組み案、取り組みの効果を測る指標案

### 8-1 政策・取り組み案

本調査開始当初は、サービスを支える基盤強化、サービスの質の向上、ガバナンスの向上を図り、強靱な保健システムを構築することでUHCの達成に貢献することを目的として政策・取り組み案の検討に着手したが、2019年末からのCOVID-19の感染拡大による甚大な影響がコートジボワールにも及んでいる状況を受け、急遽、COVID-19対応能力の強化に主眼を置くことに方針を変更した。コートジボワール側は、COVID-19対応における資金ギャップやワクチン忌避の問題、またCOVID-19による保健システムや保健サービス利用への影響等に鑑み、同方針変更に賛同し、COVID-19対応能力の強化を通じて保健システム強化を図ることが重要であるとした。これを受けて、「譲許性の高い財政支援を通じて、保健セクターにおける新型コロナウイルス感染症（COVID-19）への対応能力の強化、質の高い保健医療サービスへの経済的・物理的アクセスの向上、および保健財政の改善に係る政策の円滑な実施による、回復力のある保健システムの実現をはかり、もってコートジボワール国の経済的安定の促進と開発への取り組みに貢献する」ことを目的としたCOVID-19危機対応支援緊急円借款の政策マトリクス案をコートジボワール側と日本側（JICA審査ミッション及びコンサルタント）の度重なるディスカッションを経て合意した。

合意された政策マトリクスは、もともとコートジボワール側の提案であった「疾病対策の強化」、「質の高い保健医療サービスへのアクセスの向上」、「ガバナンス及び保健財政の強化」の3つの柱を維持したうえで、緊急要素を加味したものである。また、これらの柱は、PNDS2021-2025の戦略の志向性（中目標）である、疾病予防とコントロールの強化、国民への保健サービスの供給とアクセス強化、保健ガバナンスの改善と合致している。

「疾病対策の強化」は特にCOVID-19対応能力強化のためのアクションが盛り込まれているが、同時にCOVID-19に限らない他のパンデミックへの対応能力強化を目指すアクションも含まれている。NCDについては、同国において深刻化しており、また、COVID-19重症化を防ぐためにも必須であるとの理由から「疾病対策の強化」の政策分野として盛り込まれた。

「質の高い保健医療サービスへのアクセスの向上」については、特に地方部において保健インフラが劣悪であること、保健人材の質が低いことが大きな課題であり、これらの質の改善及びアクセスの向上が、COVID-19対応能力強化においても必須であると同時に、COVID-19禍においても、通常の保健サービス提供が継続できることが重要であることから、関連する政策分野と対応するアクションが盛り込まれた。特にDIEMについては、組織改編を検討しており、新たな任務や新手順を遂行できる能力強化が課題とのことであった。

「ガバナンス及び保健財政の強化」には、分権化に応じた保健州・区的能力強化、保健財政の強化、医療保障制度の強化が整理され、それらに対応する政策分野とアクションが盛り込まれた。ガバナンスと財政は、上記「疾病対策の強化」、「質の高い保健医療サービスへのアクセスの向上」を支えるうえでも緊急かつ継続的に必要な要素と言える。

### 8-2 取り組みの効果を測る指標案

政策分野「疾病対策の強化」に係る指標については、①新型コロナワクチン接種率、②感染症予防・対策チームへの改訂版研修計画に基づく研修済み保健区数、のふたつが設定された。疾病対策の強化には、COVID-19対応強化だけでなく、COVID-19以外のパンデミックにも対応する能力

が必要であるためである。①については、2021年11月現在の9%を基準値とし、国の目標である70%を目標値としている。②については、基準値をゼロ、目標値を全保健区数113とした。

政策分野「質の高い保健医療サービスへのアクセスの向上」に係る指標については、PNDS2021-2025において、4つの指標が設定されており、うち、「利用可能な保健医療施設から5km以内に住む住民の割合」と「医療従事者/居住者の密度」については、基準値と目標値が設定されている。政策マトリクスは「利用可能な保健医療施設から5km以内に住む住民の割合」を適用、基準値70%、目標値75%とした。目標値は、PNDS2021-2025の目標値80%を5%下回るものである。これはPNDS2021-2025の達成時期が2025年12月であるのに対し、政策マトリクスは2022年12月までに達成することが求められていることに考慮したためである。

政策分野「ガバナンス及び保健財政の強化」に係る指標については、①保健区の標準機能についての研修を受けた保健区チーム数、②政府総予算に占める保健セクター予算割合、のふたつが設定された。①の目標値は全保健区数113とした。②については、基準値6.1%、目標値7.0%であり、PNDS2021-2025の基準値7.43%、目標値8.0%をそれぞれ下方修正している。

なお、本政策マトリクスは2つのトランシェからなる。うち第1トランシェ分の政策アクションの達成手段については、2022年2月末現在、関連資料を取付中である。