社会開発調査部報告書

No. 2

# ホンデュラス国
# 全国保健医療総合改善計画調査
# 事前調査報告書

平成6年9月

国際協力事業団

社調二
JR
94－108

ホンデュラス国全国保健医療総合改善計画調査事前調査報告書
平成六年九月
国際

613
98
SSS
BRARY

国際協力事業団
28206
J11215415

JICA LIBRARY
1121541 [5]

28206

# 序　　文

日本国政府は、ホンデュラス共和国政府の要請に基づき、同国の全国保健医療総合改善計画にかかる調査を実施することを決定し、国際協力事業団（JICA）がこの調査を実施することといたしました。

当事業団は、本格調査に先立ち、本件調査を円滑かつ効果的に進めるため、平成６年４月９日から４月26日までの18日間にわたり、当事業団社会開発調査部社会開発調査第二課課長　海保誠治を団長とする事前調査団（S／W協議）を現地に派遣しました。

調査団は本件の背景を確認するとともに、ホンデュラス共和国政府の意向を聴取し、かつ、現地踏査の結果を踏まえ、本格調査に関するS／Wに署名しました。

本報告書は、今回の調査をとりまとめるとともに、引き続き実施を予定している本格調査に資するためのものです。

終わりに、調査にご協力とご支援をいただいた関係各位に対し、心より感謝申し上げます。

平成６年９月

国際協力事業団
理事　佐　藤　　清

# HONDURAS

EN LA

# AMERICA CENTRAL

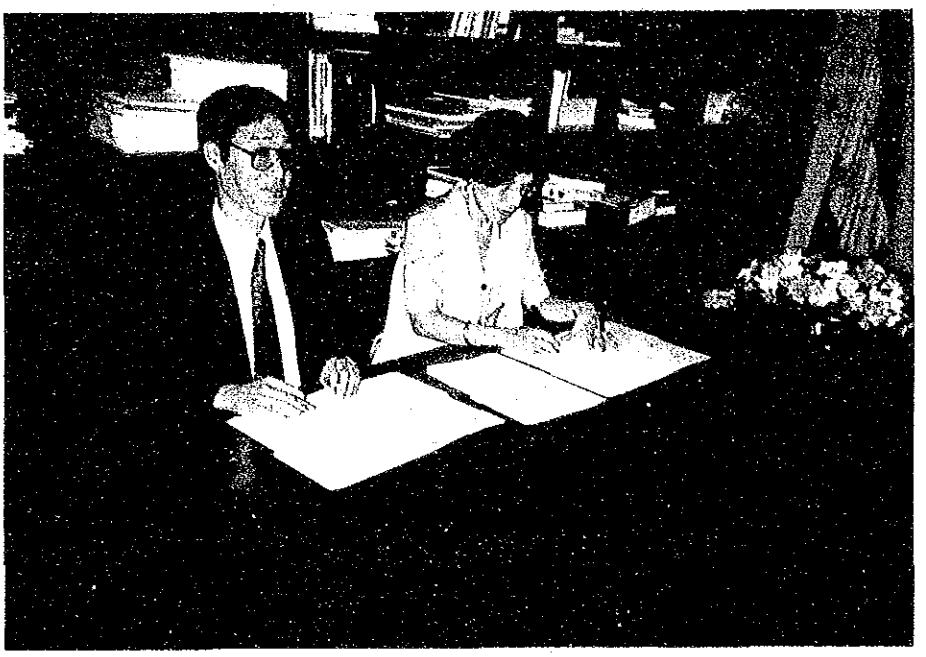
ESCALA 1:5.500.000

0 50 100 200 300 Kilómetros

0 50 100 150 200 Millas Náuticas

▲　ディオス・パレデス保健省次官と海保調査団長との間で
S／W及びM／Mに署名

▲　ディオス・パレデス保健省次官と海保調査団長との間で
S／W及びM／Mに署名

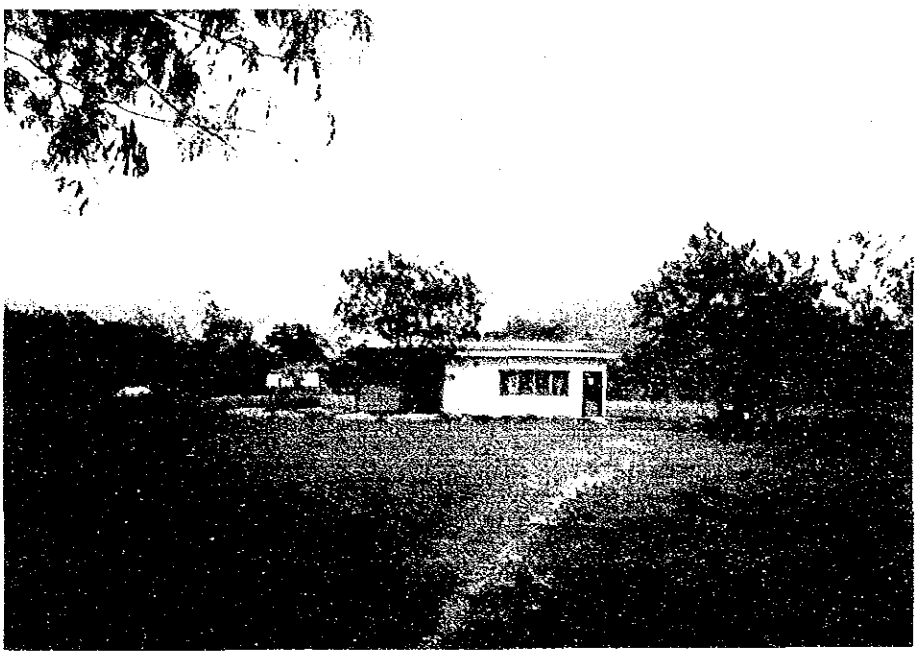


▲　パトレシア・サントス経済企画省次官と海保調査団長との間で
S／W及びM／Mに署名

▲　パトレシア・サントス経済企画省次官と海保調査団長との間で
S／W及びM／Mに署名

▲　保健所（医師が配置されている）では文字が読めなくても色彩で判断できるよう配慮されている。

▲　保健所（医師が配置されている）では毎日数多くの患者が受診に訪れている。



▲　保健所(医師が配置されていない)看護婦が定期的に授業、健康指導を行っている。

▲　医療廃棄物は一応焼却処分されている模様であるが回収・整理されていない。

# 目　　次

序　　文
地　　図
写　　真

第１章　事前調査の概要
１－１　調査の目的 …… 1
１－２　調査団の構成 …… 1
１－３　調査行程 …… 1

第２章　事前調査結果の概要
２－１　調査の背景及び経緯 …… 3
２－２　要請の内容 …… 3
２－３　S／W及びM／M協議の概要 …… 5
２－４　現地調査の結果 …… 6

第３章　調査対象地域の概要
３－１　自然状況 …… 13
３－２　社会・経済状況 …… 14
３－３　社会基盤整備状況 …… 15

第４章　保健医療を取り巻く状況
４－１　人口と保健 …… 18
４－２　環境状況 …… 19
４－３　WID（女性と開発）状況 …… 20
４－４　教育状況 …… 26
４－５　給水状況 …… 33
４－６　食糧・栄養状況 …… 35
４－７　貧困状況 …… 42

第５章　保健サービスの現状と課題


５－１　国家開発計画及び将来計画 …… 48

５－２　医療体制及び医療機関 …… 49

５－３　疾病構造及びその要因 …… 55

５－４　関連インフラの状況 …… 84

５－５　人材養成の状況 …… 85

５－６　外国援助機関の動向 …… 93


第６章　本格調査実施方針


６－１　基本方針 …… 102

６－２　調査項目及び内容 …… 106

６－３　調査工程 …… 116

６－４　報告書 …… 116

６－５　要員計画における留意点 …… 117

６－６　調査用資機材 …… 117

６－７　便宜供与 …… 118

６－８　調査実施上の留意点 …… 118


付属資料


１．T／R …… 119

２．Q／A …… 131

３．S／W …… 143

４．M／M …… 159

５．主要面談者リスト …… 171

６．現地調査経費資料 …… 173

７．援助機関プロジェクトリスト …… 175

８．収集資料リスト …… 189

# 第１章　事前調査の概要

## １－１　調査の目的

本件調査は、ホンデュラス国政府の要請に基づき、同国の国民の健康状況を向上させるための包括的な戦略及び計画を策定するものである。

今回は、本件調査の要請背景及び要請内容の確認を行うとともに、我が国の協力の可能性の検討を踏まえ、実施調査のＳ／Ｗの協議・署名を行うことを目的として事前調査団を派遣した。

## １－２　調査団構成

| | | | |
|---|---|---|---|
| (1) | 海保　誠治 | 総括 | JICA 社会開発調査部社会開発調査第二課　課長 |
| (2) | 中村　安秀 | 保健開発計画 | 東京大学医学部小児科教室　講師 |
| (3) | 立場　正夫 | 調査計画 | JICA 社会開発調査部社会開発調査第二課 |
| (4) | 布施　　淳 | 保健システム | JICA 医療協力部医療協力第二課 |
| (5) | 松山　章子 | 保健衛生 | グローバル・リンク・マネージメント(株) |

## １－３　調査日程

事前調査は平成６年４月９日から４月26日までの18日間の日程にて実施された。調査行程は次頁の表のとおりである。

| 日順 | 月日 | 曜 | 調査日程 | 宿泊地 | 調　査　内　容 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 4月9日 | 土 | 17:55(AA060)21:00<br>東京……マイアミ | マイアミ | ・事前調査団出発 |
| 2 | 10日 | 日 | 11:20(AA953)12:51<br>マイアミ……テグシガルパ | テグシガルパ | ・現地到着<br>・日程打合せ、MSH打合せ |
| 3 | 11日 | 月 | | テグシガルパ | ・午前：JICA事務所表敬・打合せ<br>日本大使館表敬・打合せ<br>・午後：経済企画庁表敬・打合せ<br>IDB打合せ |
| 4 | 12日 | 火 | | テグシガルパ | ・午前：保健省表敬（S／W案提示）<br>・午後：S／W協議<br>天然資源省打合せ |
| 5 | 13日 | 水 | | テグシガルパ | ・午前：環境省、文部省、上下水道公社<br>・午後：USAID、UNICEF、PAHO打合せ |
| 6 | 14日 | 木 | | テグシガルパ | ・午前：教育病院、サンフェリペ病院視察<br>・午後：UNDP、CIDA打合せ |
| 7 | 15日 | 金 | 13:00(AA954)17:24<br>テグシガルパ……マイアミ | テグシガルパ | ・午前：S／W協議<br>・午後：看護プロジェクト打合せ<br>FHIS打合せ |
| 8 | 16日 | 土 | 07:40(AA027)<br>マイアミ…… | テグシガルパ | 現地調査　サンフランシスコ病院視察 |
| 9 | 17日 | 日 | 15:10<br>……成田 | テグシガルパ | 資料収集 |
| 10 | 18日 | 月 | | テグシガルパ | ・午前：S／W、M／M協議<br>・午後：S／W、M／M協議 |
| 11 | 19日 | 火 | | テグシガルパ | ・S／W、M／Mの署名　環境センター打合せ<br>・JICA事務所報告<br>・大使館報告 |
| 12 | 20日 | 水 | 13:00(AA954)21:52<br>テグシガルパ……ワシントン | テグシガルパ | ・資料収集<br>（官側団員帰国） |
| 13 | 21日 | 木 | | テグシガルパ | ・資料収集<br>（官側団員　ワシントンでの調査）<br>（JICA事務所、IDB、PAHOとの打合せ） |
| 14 | 22日 | 金 | 08:50(TW4738)<br>ワシントン…… | テグシガルパ | ・資料収集<br>（官側団員　ワシントンより帰国） |
| 15 | 23日 | 土 | | | （官側団員　12:15(NH009)14:50）<br>ニューヨーク……成田 |
| 16 | 24日 | 日 | 13:02(AA942)21:25<br>サンペドロスーラ…ニューヨーク | | |
| 17 | 25日 | 月 | | | |
| 18 | 26日 | 火 | 14:15<br>……成田 | | ・帰国 |

# 第２章　事前調査結果の概要

## ２－１　調査の背景及び経緯

ホンデュラス国政府は、これまで保健分野を国家の重点セクターとし、国家予算の10%前後を割り当ててきた。その結果、乳児死亡率の低下（1991年現在、62／1000)、末端における保健サービスの整備等において一定の成果をあげてきた。

しかし、住民教育及び人材養成の遅れ、財政管理の不備、環境衛生の未整備、地域中核病院の弱体等解決を要する問題も種々存在している。

同国の保健セクターの改善のため、これまで我が国をはじめPAHO、USAID等多数の援助機関が援助を行ってきたが、それらは個別の問題に対応するものであり、全体計画を踏まえたものでない。したがって、今後、同国の保健セクターに活用可能な資源を有効に利用し、効果的に保健サービスの改善を図っていくためには、国家レベルでの総合的計画が不可欠となっている。

このような状況を背景として、ホンデュラス国政府は平成５年７月、本件調査の実施を我が国に要請してきた。これを受けて、1994年４月に事前調査団を派遣し、S／Wを締結した。

## ２－２　要請の内容

ホンデュラス国政府から提出された要請書（T／R）は付属資料１．のとおりであるが、要請内容の要旨は次のとおりである。

(1)　目　　的

１）保健・医療サービスネットワークを総合的に改善させるためのマスタープランの策定

２）緊急かつ優先的に医療サービスシステムを改善する必要がある地域の選定

３）全国の他地域にも適用可能な医療サービスシステムのモデルを開発し、上記地域におけるフィージビリティ(F／S)を実施調査

(2)　内　　容

１）第一次調査

①　日本国内における事前準備

ア．事前調査団が収集した資料の分析

イ．インセプションレポートの策定

②　現地調査

ア．インセプションレポートの説明・協議

イ．既存データの収集

ウ．現地踏査（プログラム別、地域別）

エ．調査のフレーム・ワーク決定

③　日本国内における解析

ア．収集データの分析

イ．調査手法の決定

ウ．中間報告書１の作成

２）第二次調査

①　現地調査

ア．中間報告書１の説明・協議

イ．既存データ収集と現地実態調査

社会・経済調査

保健ニーズ調査

保健システム調査

保健財政調査

人的資源、医療技術水準調査

組織制度、法制度調査

施設・機材調査

保健関連インフラ調査

国際援助機関調査

生活実態調査

保健需要構造調査

保健サービス利用実態調査

②　日本国内における解析

保健セクターのレビュー：保健サービス、制度及びシステム等

全国マスタープラン策定

ゾーニング（地域別、サブ・セクター別）

モデル地区選定

中間報告書２作成

３）第三次調査

①　現地調査

ア．中間報告書２の説明・協議

イ．既存データの収集と実態調査

社会・経済調査

自然条件調査

生活実態調査

保健需要構造調査

保健サービス利用実態調査

設計条件調査

② 日本国内における解析

地域の現状解析

将来予測

代替案の策定

事業費及び運営費の積算

評価

最終計画案の決定

結論及び提言

最終報告書案の作成

③ 最終報告書案の説明

④ 最終報告書の提出

## 2－3 S／W及びM／M協議の概要

(1) 4月19日、先方保健省サービスネットワーク担当の副大臣並びに経済企画省副大臣と調査団長との間でS／W及びMinutes of Meeting（英文及び西文）に署名・締結した。

(2) 署名したS／Wは、ほぼ日本側で準備した案どおりの内容となった。S／Wに関し、協議した事項は次のとおり。

① 先方から要望の保健医療の総合計画の策定については、保健省のみならず、今回訪問した教育省や環境省もその必要性・意義については十分承知しているとの印象であり、ある国際機関の現地代表によれば、閣内に“SOCIAL CABINET”が形成され“社会セクター”関連大臣間で、同セクターの統合的な事業実施方針等の検討を行っている由であった。特に教育、食糧、環境と保健については統合プログラムが一部試行されていることから、本件総合計画の策定には各省とも期待は大きく、保健省側からも、以下のセクターについても本計画に取り込むよう要望があり、これを取り込むこととした。

住宅：シャーガス病対策の一環としての住宅改善

雇用：貧困対策並びに労働衛生との関連からの検討

通信・輸送：孤立地域（モスキーティア等）への保健医療サービスの確保

② ホンデュラス国政府は、住民参加を事業の全ての局面で推進するとの方針を有している模様であり、このための方法論として住民の知識・態度・実際の行い（Knowledge, Attitude, Practice）の面から検証を得ることを常とする方法を有している。我が方調査もKAPアプローチを採用することとした。

③ ホンデュラス側の手配事項

ア）外国人登録については3か月以上は例外なく適用されるので保健省は手続きにつき側面的支援を行う（実際にはJICA事務所で処理）

イ）調査チームには執務室として病院課内に1室、国際関係協力室に1室を準備する

ウ）調査チーム・カウンターパート（C／P）として保健省及び関係省から要員を配置（調査チームの構成が決定した段階でホンデュラス側に通報）

エ）調査チームへの車両提供は困難

オ）保健省が関係各省との調整のための委員会を設置する

④ その他

ア）調査用機材供与の要請

（パソコン、プリンター、コピー機等）

イ）西文報告書（中間、ドラフトファイナル、ファイナル）の作成

## 2－4 現地調査の結果

### (1) 保健医療セクターの動向

① 一般事情

「ホ」国においては4年ごとの大統領選挙により政権が決定する。現在は1993年1月の選挙に勝利したレイナ大統領が率いる自由党（対立党は国民党）政権下にあり、弱者救済、食糧安定確保、教育、保健医療等の社会サービス向上等を主要政策としており、政権担当期間のその実行計画を策定する段階にある。

（なお、新政権下においては各行政機関で人事が一新されるのが通例である。）

現政権は“社会セクター”重視の政策を掲げていることもあり、他の分野に先んじて保健医療分野の方針を策定し、1994年3月に“SITUACION DE SALUD Y PRIORIDADES 1994-1997”のもとに、これを公表している。

② 現政権が掲げる重点施策

現政権は、前政権時代のマクロ経済重視政策のひずみが“社会セクター”を中心に現れたとの認識のもとに、同セクターの重視並びに同セクターの再建を標榜している。このため保健医療分野は教育、人的開発（Human Development）、雇用創出（Job Development）と並び、現政権が重要視する分野とされている。

イ．母子保健

ロ．病院施設

ハ．栄養、食糧安全保障

ニ．感染症優先対策（HIV、コレラ、結核）、環境衛生対策

ホ．人的開発、教育促進、女性、住民参加

を重点施策とする旨、経済企画省副大臣、保健省副大臣共に発言している。

③ 保健医療分野においては、プライマリヘルスケアなどのコミュニティーレベルの保健サービスの水準は決して悪くはなかった。また、下痢症、急性呼吸器感染症、予防接種などの個別的な感染症対策はAIDSを除いて、一定のレベルに達していると考えられる。また、人材や施設の面では、病院の施設面での問題を除いて、最低限の人材や機材、施設が一応整備されているのではないかと思われた。

問題点は、財政面での資金不足、病院とコミュニティーレベルでの保健サービスのギャップ、病院の施設面での貧弱さなどにあると思われた。

(2) 保健関連分野の現状

① 上下水道公社（SANAA）の重点施策

イ．SANNAの合理化、効率化

総裁は率直にCorruption,Surplus Labourについて語り、“Saneamiento de SANAA”が必要と明言していた。

ロ．Water Supply & Sanitation Sector Reform

WB、IDBと協議のうえ、1994年10月にはSector Reform案を策定、中・長期的な融資を得る予定の由。

ハ．地方分権化促進

テグシガルパ市及びサンペドロスーラ等の大都市から地方の町村にいたるまで全国27,000の給水システムがあるため、これらシステムの拡張、維持、管理等事業の地方自治体への移管促進。

② 環境省の重点施策

イ．環境教育の促進

教員29,000人に対する環境教育を実施。また、農村地域での教育活動を計画するなど環境関連教育に重点を置く。

ロ．森林の保全

木材販売業者への規制を実施している。

ハ．環境基準

環境基準はWHO、EPAの基準を導入している。最近は河川及び都市部での汚染が深刻化している。微量重金属検査、水質検査等の環境モニタリングはCESCO(保健省所管)が実施している。現在、環境関係の人的資源が乏しいことから、外国からの支援を要望している。農薬規制については農業省所管。

③ 天然資源省の重点施策

イ．食糧増産計画

トウモロコシ、豆、米の農業技術改善に重点を置きつつ、畜産生産の向上、蔬菜の生産に努めている。

ロ．農業用水の確保

農業用水不足であるため用水確保が重要である。多目的ダム建設に際しては関係各省と共同で水資源開発を実施する。

ハ．植林計画

水の確保とともに自然保護の観点から植林計画を持っている。植林に際し女性の参加を求めるなど総合的計画の意味あいを持っている。

④ 教育省の重点施策

イ．識字教育

政府は1983年よりNational Literacy Planを実施、1988年には68%までに向上した。現在でも教会やNGOと協力し、識字率向上に努めている。

ロ．成人教育

1986年よりNational Plan for the Implementation of Adult Education (1987～2000)を国民意識の付与、職業教育、倫理等を中心に行っている。

ハ．学校保健

各種キャンペーンの支援

コレラ対策（教員トレーニング、教材の供与）、 ARI対策、Vaccination対策

その他の健康教育

エイズ、飲料水、汚水、衛生

ニ．環境保全に関する教育

環境保全に関する教育用マニュアルを作成、各カリキュラムに環境保全に関する配慮を盛り込むように指導

⑤ CESCO（汚染物質調査管理センター）

水質、大気、食物、海産物（毒素を含むもの)、産業廃棄物、などの測定を行っており、諸外国との環境データの交換も実施している。水質についてはコレラなどの疾病と関係が大きいため、保健省の要請で測定を行っている。測定結果は6か月ごとにレポー

トを出している。

環境基準はWHOのガイドライン及びEPAを使用、統一した基準は持っていない。

⑥ FHIS（社会投資基金）

諸外国からの資金援助を活用し、公共事業の実施を行っている。特に、学校の建設、保健所の建設、井戸・簡易トイレの設置を行っているが、規模的には、さほど大きくない。

今後は環境（植林、環境教育）、生産的プロジェクト（雇用創出、収入創出）、食糧生産（農業、栄養、貧困撲滅等）などに力を入れる予定。

(3) 保健医療施設の現況

① 保健所（CESAMO）Los Pinos, Valle Angels

Los PinosのCESAMOはカトリック教会の寄贈により建設されたパイロット活動をしている保健所であった。人口31,000人を管轄し、5人の医師、2人の正看護婦、8人の准看護婦で構成され、1日150名の患者を診断している。午前8時の診察開始前から受付には長蛇の列ができていた。1回1レンピラの受診料で保健所内の診療投薬は全てカバーされていた。1日60検体の血液検査をこなし（注1）、薬品棚も整理され、健康教育を行うスペースも確保され、文盲の母親にも理解できる教材も用意されていた。（注2）。重症患者は教育病院やサン・フェリペ病院に紹介されるが、実際の件数は月に2～3件という話であった。歯科部門も充実しており、3人の歯科医師と1人の歯科衛生士が勤務し、受診は2レンピラ、抜歯は8レンピラであった（注3）。このCESAMOではmobile teamとしてフィールド活動を行っていたが、歯科保健に関しては保健所内の診療のみであった（注4）。Valle AngelsのCESAMOは予定外の訪問であり、普段の活動状況を知ることができた。休日であったが、保健所職員がイヌに対する狂犬病の予防接種を行っていた（注5）。近所の子供たちが飼い犬を連れてくるだけでなく、車にイヌを乗せて、わざわざ接種会場まで連れてくる人もいた。保健所では、予防接種リスト、薬品棚、カルテ整理などが、きちんと行われていた。

注1：検査室ではマラリアや結核喀痰検査は可能であるが、AIDS検査は衛生試験所に送付するとのことであった。

注2：全国のCESAMOでは、USAIDの協力により、ARI（急性呼吸器感染症）対策として、喘息治療のための吸入器とSalbutanol（吸入薬）の配布と研修が実施されていた。残念ながら、吸入器の使用説明は英語で書かれていた。

注3：なぜか女性と子供は無料であった。ちょうど、視察中に女性患者の抜歯をしていたが、きちんと麻酔を行い、技術的にも問題はなかった。

注４：若い歯科医師は学生時代に研修の一環として学校に出向き歯科の衛生教育を行っていたという。

注５：１年１回、飼い犬は必ず狂犬病の予防接種を受け、野犬は保健所職員が捕まえて接種する。大原レポートによれば、1991年の狂犬病患者はゼロであった。

② 教育病院（Hospital Escuela）

ベッド数1,030、専門医200人、研修医230人、看護婦900人、スタッフ2,000人を抱えるホンデュラス最大の病院である。ホンデュラス自治大学医学部の教育研修機関でもある。内科、外科、小児科、産科、脳外科、皮膚科、整形外科、病理の８科が揃い、放射線科、麻酔科の研修制度が計画中である。精神科、耳鼻科などはホンデュラス国内には研修制度がなく、専門医になるには国外での研修が必要になる。

総じて、医療機材はJICA供与分も含めて非常によく使われており、スタッフの勤務状況も良好であった。病院の片側半分は母子病院（注１）になっており、外来小児患者数は１日400～500人、入院小児数約250人、年間19,000件の出産という膨大な数の患者を扱っている。腫瘍病棟では、白血病小児などに対し米国や青年海外協力隊（JOCV）のボランティアが病棟保母の形で入っていた。成人部門は救急部をはじめ、休日でも活発に診療が行われていた。

注１：WHO／UNICEFからBaby Friendly Hospitalの設定を受けていた。また、未熟児に対して保育器に入れるのではなく、母親がじっと抱いたままでケアをするカンガループログラムも実施されていた。

③ サン・フュリーペ病院（Hospital San Felipe）

110年前に建設されたホンデュラスで最も古い病院であり、市内の広い敷地に平屋建ての病棟が散在していた。眼科、腫瘍科（注１）、リハビリテーション科に関しては最終リファラル病院となっている。373ベッド、医師100人、看護婦300人、スタッフ総数約700人という大きな規模の病院であるが、建築物の老朽化がひどく、廊下や天井が朽ちて使用不可能の状態になっている建物もあった。腫瘍科に関しては篤志家の寄付により改装が行われていたが、リハビリテーション科や給食調理室では機材や設備の老朽化が目立った。

注１：ホンデュラスのガンは、男性では胃ガン、前立腺ガン、肺ガンが多く、女性では子宮頸ガン、乳ガン、卵巣ガンの順序に多いという。

(4) 国際機関及び二国間援助機関の動向

① UNICEF

教育：栄養と教育プログラム、教育財政改革（95%は教員給与）

給水・衛生：技術支援、財政支援

CHILDREN:CHILDREN'CODE

社会セクター重視：1995年には31%予算占有率を35%に向上させる政府方針を支持

② UNDP

栄養と保健（資金はWB融資）：方針策定、医薬品供給システム、無線通信システム、医療廃棄物処理、学校栄養教育、感染症（エイズ）

社会セクター指標計画（UNIS）：UNICEF、SECPLAN（経企省）と合同でUNIDAD DE INDICADOLES SOCIALESを実施。本件は1991年にUNDP主催の中米諸国の首脳を集め各国の社会セクター（保健、教育、栄養）のアクションプランを作成、ここで提示された目標をモニターしていくための指標を示している。

③ WHO、PAHO

計画は各国政府の政権担当機関として1～5年計画

SILOS計画：Systemas Integlados Locaes de Salud　特に、飲料水、生活排水、産業排水と保健の統合計画の推進

Health City：世界各国の各都市からメンバーに加入、中米諸国の都市の参加もある

④ IDB

Economic Assesment

Social Sector Reform：1994年9月ごろに方針決定。「ホ」国にとってもIDBにとっても利益大と考えている。特に、IDBの経営陣の方針としては今後Social Sector重視が続く由

Water Supply & Sanitation：テグシガルパ下水道システム（制度、料金、財政を含む）第3次、第4次地方給水計画等

Policyレベル：B／Pサポート

その他：病院建設、HIV（サンペドロスーラ）、FHIS（社会投資基金）

⑤ 世界銀行（UNDP等からの聴取）

栄養と保健：「ホ」国に対し25百万ドル融資、「ホ」国C／Pファンド25百万ドル。内容は国家政策、無線通信網、医薬品流通、医療廃棄物処理人材養成、児童栄養教育（1995年から実施）、母子保健医療機材

⑥ USAID

USAIDはポンプなど資機材提供を中心にしたWater and Sanitation、プライマリヘルスケアに重点を置き、疾患別の取組みを主体にしたHealth Technology、保健医療Support system(Information,Financing,Training and Decentralization)の強化を図っ

ていた。今後は、子供から母親の健康に重点を移す構えをみせつつ、全体として援助規模は縮小することが予想された。

⑦ CIDA

CIDAはWIDや小規模の水供給やトイレの普及など、ローカルのNGOと協力しつつ、環境や女性問題を考慮した質の高い小規模の援助を行っていた。二国間プロジェクト（森林保全、電力、農業、衛生、水供給）の実施及びカウンターパート基金からのコミュニティー支援、FHISへの資金援助を行っている。

# 第３章　調査対象地域の概要

## ３－１　自然状況

ホンデュラス共和国は中米のほぼ中央、北緯13度～16度32分、西経83度～89度20分に位置し、西はグァテマラとエル・サルヴァドル、東はニカラグァと国境を接しており、北はカリブ海、南は太平洋に面している。面積は11万2,088km²で、我が国の３分の１弱である。

国土の約65％は山岳地帯で、中米の中では最も山地が多い。最高標高は2,850ｍに達し、600～1,500ｍの高原地帯が中央部から南部にかけて位置し、人口の約70％がこの高原地帯に分布している。しかし、北方から南下してグァテマラを通る環太平洋火山帯は、エル・サルヴァドルを通ってニカラグァへ抜けているため、ホンデュラスには全く火山がなく、今のところ中米の中では唯一、地震の少ない国となっている。ただ、北方のカリブ海沿岸はハリケーンに襲われることがあり、低地部では、集中豪雨による水害の発生も多い。

ホンデュラスの東部は広大な低湿地帯からなる未開発の地域で、その地区へ通ずる道路もなく、海路や空路によらざるを得ない、いわば“陸の孤島”であるため、人口も極めて希薄である。この東側のCoco川がニカラグァとの国境となっている。一方、西部はグァテマラと接する山岳地帯であり、ホンデュラスにおけるコーヒーの産地となっている。グァテマラとの国境まで10kmのところにあるCopanの遺跡は、マヤ文化圏の最南端の遺跡として有名である。南部は、首都テグシガルパを流下してきたCholuteca川が太平洋に注ぐFonceca湾に接する地域で、さとうきびやメロンの産地となっている。北部はカリブ海に面する地区で、バナナ、コーヒー、木材等の積出港であるテラ港、ラ・セイバ港、プエルト・コルテス港などがある。北西部はホンデュラスの林業地帯となっている。Chamelecon川がこの地区を北流し沿岸には低平地が発達している。同川の下流部には、スタンダードフルーツ会社とテーラー鉄道会社が、バナナの栽培を行っている。

ホンデュラスの気候は、地勢上大きくみて、(1) 内陸部の高原地帯と、(2) 南・北両海岸部の２つに大別できる。高原地帯は、標高が高いこともあって、年間を通じて日中は30℃を超えることが多いが、平均気温は20～24℃程度で、南北の海岸平野部に比べて冷涼で、しのぎやすい気候である。湿度が年間を通じて70％前後と比較的高いのは、太平洋とカリブ海に挟まれた土地のためである。一方、海岸地方は年間を通じて高温多湿の熱帯性気候である。例えばホンデュラス第二の都市・サンペドロスーラの場合、海抜60ｍであるが、平均最高気温は39.8℃（４月）、平均最低気温は16℃（１、２月）、平均24～28℃程度であり、湿度は年間を通じて80％以上と高い。

降雨量は、内陸部高原地帯では1,000～2,000mm、南部の海岸地方では1,700mm内外であ

るのに対し、北部のカリブ海沿岸は、2,000mm以上と多い。内陸高原地帯では、乾期になると長期間、雨のない日が続くことも多い。

### 3－2　社会・経済状況

ホンデュラス国では、これまで軍事クーデターが相次ぎ、不安定な状態が続いていたが、1982年1月、過去10年間にわたる軍事政権を終了し、民政移管を実現してからは、安定的に推移している。民政移管と同時に新憲法が公布され、移管後の大統領には自由党（Partido Liberal）のスアソ・コルドバが就任した。スアソ政権は前政権時代の過剰な対外借り入れ等により悪化した経済の再建、民主主義の確立に努めた。政権末期、スアソは任期の延長を図ったが、延長工作は失敗し、4年間の任期を終えた。

1985年11月の大統領選挙においては、自由党と国民党（Partido Nacional）の2大政党の間で激しい選挙戦が展開されたが、前回同様、自由党が勝利を収め、1986年1月、アスコナ政権が誕生した。

アスコナ政権は失業対策、教育・保健の向上を政策課題として取り上げ、「国家開発計画（1987～90）」を策定し経済社会開発に取り組むとともに、財政赤字の縮小、国際収支の改善に努めた。しかしながら、財政難はなかなか解消せず、国内では次第にインフレが進み、対外的には債務問題が深刻化して、経済の立て直しを完遂することなく任期を終了した。

1989年11月に実施された総選挙において、国民党のカジェハス候補が大統領に選出され、8年間にわたる自由党政権に終止符が打たれた。この選挙では直接選挙による単純最多得票候補が選出されている。国会は、保守中道右派の国民党が71議席を獲得し、穏建中道派の自由党が55席、革新統一党（Partido de Invoacion Nacionaly Unidad）が2議席を獲得した。ラファエル・レオナルド・カジェハス大統領は、1990年1月に就任し、前政権が為し得なかった経済再建に取り組み、赤字財政の削減、政府補助金の解消などを中心とした新自由主義政策を推し進めていた。また、この構造調整の努力からIMF等との債務交渉も進展をみせた。

1991年7月には恩赦法が成立し、政治犯、土地不法占拠で有罪となっていた農民などが釈放されたが、同時に、旧軍政下の人権侵害事件に関与した疑いのある軍人にも恩赦が適用された。

1993年11月の選挙で野党自由党のカルロス・ロベルト・レイナ氏が当選した。同氏は、1994年1月に就任した。任期は4年である。

一方、経済情勢の推移は1970年代後半には順調であった経済も、1980年からは、国際石油価格の高騰、バナナ、木材などの輸出価格の低落などに見舞われ、また、中米紛争の影響による周辺国への輸出の落ち込みと外貨流入の減少が拍車をかけて、成長率が低下した。しかし、1984年には、コーヒー、バナナ等の輸出価格が上昇し、エル・カホン・ダム建設に伴う

公共投資の増大もあって、経済成長率は持ち直し、その後、1989年まで比較的安定した経済成長を示した。しかしながら、1人当たりの成長率でみると、必ずしもプラスの成長ではなかったこと、この間対外債務が増大したこと、及び1988年後半からインフレが加速し始めたこと、などからわかるように、経済は実質的には悪化していた。

1990年1月に就任したカジェハス大統領は、新たな政策をもって経済を再建しようとしたが、前政権の抱えた財政赤字の影響により、1990年の年間インフレ率は一挙に30%を突破し、経済成長は僅かながらマイナスに転じた。

1991年に入り、新経済政策による構造調整の努力によって、少しずつ改善の方向に動き、1992年現在、インフレはある程度鎮静化しているとみられる。また、建設業やバナナ産業の好調によって経済成長率も回復しているが、コーヒーの国際価格が下落するなど、経済活動はやや低調といえる。

1993年の都市部における失業率は7.5%である。これは1992年の6.7%に比べると増加傾向にある。

また、同国は、中南米の中でも最も経済発展の遅れた国の1つである。しかし1985年以降、GDP成長率は比較的安定した推移をたどっている。時には6%を超える成長を実現したこともあり、1990年には、いったんマイナス成長に落ち込んだものの、1990年の－3.5%から1992年の1.2%まで回復をみせている。

消費者物価上昇率は、1987年までは低率で推移していたものの、1988年以降次第に上昇し、1991年には年率34%に達した。その後若干の改善がみられ、1992年には9%へと鎮静化している。

なお、1992年度の国家予算は歳出が48億3,153万レンピラとなっている。そのうち17億1,070万レンピラは（38%）債務返済に充てられている。1993年9月に発表された1994年度の国家予算は60億5,000万レンピラであった。これは1993年度予算より4%の増加である。このうち、医療及び保健関係に向けた支出率は8%から8.5%に増加している。

### 3－3　社会基盤整備状況

#### (1)　交　　通

1989年の道路総延長は18,629kmで、そのうち舗装道路は2,320kmであった。主要道路は、首都テグシガルパとサンペドロスーラをつなぐ道と、パン・アメリカン・ハイウェーと呼ばれる太平洋沿いの道の2本である。パン・アメリカン・ハイウェーは、ニカラグァやエル・サルヴァドルに通じている。1990年の登録車数は、149,070台であった。

鉄道は北部沿岸地域に996kmあるが、首都テグシガルパとはつながっていない。

国際空港は、テグシガルパ、サンペドロスーラ、ロアタン、ラセイバの4か所にある。

政府は、ソタカノ空軍基地を国内線の飛行場にする計画を立てており、それに伴い、同基地とテグシガルパの間に有料道路を建設する予定である。

国内最大の港は、北部沿岸のプエルト・コルテス港で、この港から全輸出量の半数以上が送り出される。また、北部沿岸にテラ港、プエルト・カスティリャ港、太平洋岸にヘネカン港があるが、取扱量は少ない。

(2) 通　　信

電気通信サービスは、一般電話サービスに加え、ページングサービス、テレックスサービス、パケット交換によるデータ通信、電報、専用線サービスなどがある。電話加入数は、1991年末で92,386回線であり、電話普及率は100人当たり1.88回線であった。電話加入は1991年まで毎年約10%ずつ増加しており、1991年には1985年の電話加入数の2倍となった。

テレビは全て商業放送で、4社ある。ラジオ局は約120局あり、国営ホンデュラス・ラジオ(Radio Nacional de Honduras)が運営する10局と、若干の宗教局以外は商業局である。

主要新聞は、ラトリブナ、エルエランド、エルチエンポである。

(3) 電　　力

電力供給は、1957年に設立されたホンデュラス電力公社（ENEE）により実施されており、近隣諸国へ売電も行ってきた。1991年末現在、約500メガワットが稼働している。電力供給のほとんどを水力に依存し、火力発電は可能な限り運転を止め、外貨流出を防ごうとしている。このためエル・カボン水力発電所の運転を予定よりも増やして対応したことにより、1993年11月には貯水池水位は標高285mまで回復させるべきところ272mまでしか回復しなかった(ENEEでは雨量の少ないことを理由にしている)。

電化は、首都テグシガルパ周辺を中心に西部で進んでおり、最近カリブ海沿いの商工業地帯での需要も増加しているが、東部の農村地帯ではほとんど進んでいない。国全体の電化率は47%（需要家庭は約34万戸）と低く、今後の電化率向上、特に地方の電化が重要な課題となっている。

(4) 住　　宅

首都テグシガルパの周辺に住む人々の70%が極貧層であり、この層に属する人口は約25万人で、37,838世帯、41,500家族となっている。この地域には120の居住地があるが、このうち下水処理施設を持つ居住地は20%、トイレを持つのは87%、安全な飲料水を入手できるのは5%、コミュニティーセンターと学校の両方があるのは45%、保育施設があるのは27%の居住地となっている。

(5) 上下水道

1980年代、ホンデュラス国政府は安全な飲料水の供給を目的として、上下水道整備の大

規模投資を行った。この投資の半分は大都市部に、22%が都市部に、28%が農村部に向けられた。ただ、この投資は人口1,000人以上の地域のみを対象にしていたため、17,000か所以上に上る人口1,000人以下の村落の上水道整備は行われなかった。

ホンデュラスの都市化率は高く、今世紀末までに都市人口は60%上昇するとみられており、工業排水が河川や地下水の水質汚染を引き起こしている。この急激な都市化に、下水道整備は追いついておらず、水質汚染規制のための法整備も十分とはいえない。

(6) ゴミ処理

急激な人口増加に伴い、生活廃棄物の発生量が大幅に増加し、処理できない廃棄物が非衛生的な地区をつくり、大きな社会問題になっている。首都圏の清掃サービスを担当するテグシガルパ市役所は、廃棄物収集のための収集車（コンパクター）17台、ダンプカー14台を保有し、これに対応しているが、その収集能力は、全排出量（1991年）のおよそ70%で、約24万人分のゴミが未回収となっている。また、搬入された廃棄物量に対し処理速度が追いつかないため、スカベンジャー（ゴミ漁り人）の放火による大気汚染や、雨水が廃棄物にかかり、その汚水による河川の水質汚染等の環境問題が懸念されている。今後の人口増加及び1人当たりのゴミの排出量の増加を考慮すれば、2000年には現在の2倍のゴミの排出が予想される。

（参考文献）

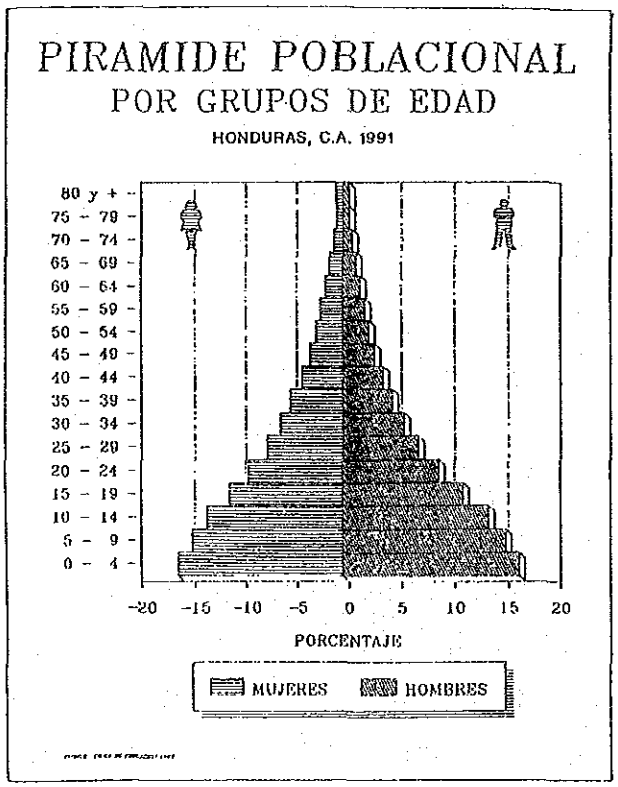

- 『国別協力情報ファイル　ホンデュラス　1993』1993年　国際協力事業団
- 『世界年鑑　1994年』1994年　共同通信
- 『開発途上国技術情報データシート・ホンデュラス』1993年　国際協力事業団
- 『ホンデュラス共和国首都圏清掃サービス改善計画基本設計調査報告書』1993年　国際航業株式会社
- The Situation Analysis of Hondurs Children and Women, 1990 UNICEF

# 第４章　保健医療を取り巻く状況

## ４－１　人口と保健

ホンデュラス国の人口は530万人（1991年）で、人口の多くは高原地帯に居住しており、首都のテグシガルパ市は約63.万人（1991年）である。人口密度は47人／km² である。また、カリブ海沿岸から内陸に入った第二の都市サンペドロスーラは約31.3万人（1991年）と人口が集中している。2000年には同国の推定人口は685万人に及ぶものとみられ、人口増加率は下降するが老齢化が進み、都市への人口集中が起こると推定される。人口構成は１歳未満が全体人口の3.6%、15歳未満が46.5%、50歳以上が9.8%となっている。人口構成は図４－１のとおりである。人種構成は原住民と白人、原住民とアフリカ黒人との混血84%、住民が10%、白人が２%の比率となっている。混血が圧倒的に多く、人種構成上、かなり均質化した社会となっている。主な原住民はガリフナ（250,000人）、ミスキト（35,000人）、レンカ（80,000人）、トルパンセス（18,000人）、チョリティ（2,000人）、ペチ（1,595人）などである。また、黒人はカリブ海岸地方に多く在住している。

図４－１　人口構成



## 4－2　環境状況

ホンデュラスは、国土の大半が山岳地帯であることから、森林資源には比較的恵まれている。過去においては、同国の森林は有効に利用されないまま乱伐が続いていたが、1974年に森林法が制定されると同時に森林開発公社（COHDEFOR）が設立され、森林資源の保護・開発等が行われるようになった。しかしながら、森林資源の不法搾取に対する取り締まりは未だ不十分である。急激な森林破壊は、水資源の減少や表土の流出・侵食を増加させながら、流域の気候を変化させている。

また、同国は科学物質を非常に高いレベルで使用している国の１つであり、固形廃棄物や排水が環境汚染の一原因に挙げられているが、その処理活動はほとんど発達していない。現在、ヨホア湖の重金属汚染についての研修及びエル・カホンダムとその流域の水質保全活動が続けられている。

食品の安全性に関しては、厚生省の食料コントロール局によれば、乳製品をはじめとする食品サンプルの50％が人間の摂取にとって不適切であると示されている。

なお、同国のグィノペ（Guinope）地域では、有機肥料（鶏糞や豆糟）の導入と少量の化学肥料の投入及び伝統的な土壌保全技術を用いた、有機物リサイクリング農法により、水質汚染の低下防止、森林の保全のみならず、収量の増加及び雇用機会の増加といった効果をあげている。

同国における概況は次のとおりである。

① 主要な環境問題

森林資源の枯渇、熱帯広葉樹林帯の急速な減少、河川水・海水の汚染、家庭・産業廃棄物の処理問題、下水処理、農薬、野生動植物の絶滅の危機、土壌エロージョン等

② 環境関係機関

- 環境省 1993年５月27日設立、国家環境委員会から昇格）
- ホンデュラス森林開発公社
- 水道公社
- 天然資源省
- 地方自治体

③ 主要な環境政策

- 森林の再生能力に見合った開発
- 天然資源の合理的利用と保護地区の運営管理
- 土壌回復計画、水管理研修
- 流域における資源管理
- 水資源とエネルギーの合理的利用

④ 環境法令の制定

- 1991年８月、国会は環境の浄化、下水等の最終処理、大気と汚染、固形廃棄物にかかる法律を承認し、廃棄物に一定の制限を加えることとなった。
- 1992年４月、国会は農業分野の開発と近代化法を承認した。この中で森林資源の保全と運営管理に言及している。
- 政府は世界環境の日に際し、債務免責を受けた金額の中から、１億２千５百万レンピーラを環境保護のために支出することを発表した。
- 1993年５月、国家環境委員会を環境省として昇格させるとともに、環境法（Ley General de Ambiente,Decreto No104-93）を制定し、同時に施行した。

## ４－３　WID（女性と開発）状況

### ４－３－１　女性の概況

保健医療、教育、労働などの分野における指標をもとに、ホンデュラスの女性の概況を考察する。

表４－１　女性に関する主な指標

| | ホンデュラス | | 低所得経済国／後発途上国* |
|---|---|---|---|
| | 女性 | 男性 | 女性平均 |
| 保健医療 | | | |
| ・出生時平均余命 | 68歳 | 63歳(1991) | 58歳(1991) |
| ・妊産婦死亡率 | 220 | N.A.(1980-90) | 308（1988） |
| ・避妊普及率 | 17.7% | N.A. | - |
| ・保健医療従事者介助による出産 | 47% | N.A. | - |
| 教育 | | | |
| ・成人非識字率 | 32% | 27%(男女平均) | 52%(1990) |
| ・男性100人当たり女子数（初等） | 98 | 100(1990) | 78　(1990) |
| 労働 | | | |
| ・男性100人に対する雇用割合 | 22 | 100(1990) | 48＊（1990） |
| ・女性雇用セクター内訳（経済的活動年齢女性人口に対して） | | | |
| サービス | 69.5% | | |
| インフォーマル・セクター | 42.6% | | |
| 自営業 | 24.1% | | |
| 商業・販売 | 37.6% | | |
| 工業 | 20.8% | | |
| 農業（賃金労働） | 6.3% | | |
| その他 | | | |
| ・都市における女性の割合 | 41.2% | | |
| ・母子家庭 | 21.7% | | |

出典：Profile of the Honduran Women(CIDA, 1991),World Development Report 1993 (The World Bank,1993),Human Development Report 1993(UNDP,1993)より作成。

注）ただし、労働（雇用）分野における統計・資料は、女性の労働を適切に評価していないことが多いので、数値の解釈に注意を要する。例えば、農業加工・製造を家庭内労働として行っている場合や、家事労働を並行して行わねばならない女性の１日の就労時間が男性に比べて短くなる場合、（潜在的）失業者とみなされているなど、通常女性の労働は過少評価されている。

１）女性の社会的地位と文化的背景

ホンデュラスにおける女性の社会的地位や、男性と女性の関係を規定する重要な概念は「マチスモ（Machismo）」であると言われている。これは、男性を家族の中で意思決定権を握る「家長」として位置付ける一方で、女性は男性に従属する存在であり、その役割は、「家庭」において家事に従事して子供を養育することである、という社会規範の基になっている。

このようなホンデュラス社会のジェンダー概念は、以下の３つの歴史的要因によって形成されている。

① 先住民族インディオと植民地者スペイン人との民族的混合（メスティソ）

スペイン統治時代、インディオの女性は征服者スペイン人男性の掠奪品として扱われ、主人であるスペイン人の妾となることが多かった。このため、（土地の）女性は、スペイン人及びインディオ男性双方から対等に扱われることを拒まれた。この民族的、性的優劣関係は、何世代にもわたり男性と女性の関係を規定するものとして継承されている。

② ローマ・カトリック教会の影響

スペイン人によってもたらされたローマ・カトリック信仰は、女性の社会的役割を、家庭における良き妻、母親として子供を育て保護することとした。女性の美徳は、貞節、謙虚、誠実、などであり、聖なる義務である結婚まで処女であることが重要視された。

③ 自由共和制（Liberal Republic）の設立

ホンデュラスに19世紀末に設立された自由共和制が打ち出した制度的枠組みは国内外に、新たな政治的関係を創立した。新政府は、政教分離政策、農業や畜産の保護、法律の見直し、海外投資の導入、民事婚姻、一般教育、などを施行したが、特に、それまでの女性の従属的立場を変えることに影響を与えたのは、民事婚姻と一般教育の２つの制度である。それまでの宗教上（カトリック）の婚姻では認められていなかった離婚を可能にする民事婚姻と、女性にも教育と就労の機会（特に教職に就く女性が増加）を与える女性の教育の開始は、女性に対して根強く残る伝統的社会規範を変革する契機となった。

主に上記要因の複合的結果として、女性に対する伝統的価値観をはじめ、現在、女性を取り巻く社会的・文化的状況が形づくられてきた。しかし、都市部と農村部では、現状や問題点も異なる。また、農村から都市への移住、女性の労働参加、（輸出用換金作物栽培など）の増加、環境破壊による水汲み、薪収拾という伝統的女性の仕事への影響、経済悪化や母子家庭増加による家族形態の変化など、時代の流れとともに女性の地位や役割も変容している。

2）労働にみる農村及び都市の女性の状況

ホンデュラスは農業国（農業生産部門の国内総生産に占める割合23%、農産物の輸出額は70～80%、農業就業人口約50%）である。農業従事者は、僅かな大・中規模農民（ラティフンディオ）によるバナナ、コーヒーなどの輸出用換金作物農園経営を除くと、ほとんどがトウモロコシ、フィリホーレス豆、米、ソルガムなどを自給生産している零細農民（ミニフォンディオ）か、輸出用作物農園で働く農業労働者である。そのほとんどが低所得者層に集中している。

土地所有に関しては著しい不均衡がみられる。農業人口の約２%が経営する大農場（10ha）が総農地面積の約50%を占めており、10ha以下の小規模零細農場（農業人口の70～80%）の専有面積は約10%（別の資料では16.7%）である。（農村生活改善のための女性の技術向上基礎調査報告書 PP. 129～130）

統計上、ホンデュラスにおける女性の労働参加率は、他の途上国と比較しても低いとされ、農村では、さらに農業に従事している女性は少ないとされている。しかし、一方で、実際には農業労働の大部分は女性が担っている、という認識もある。また、バナナプランテーションでは、女性が多く勤務（ただし、就職するには男性の保証人が必要）している。さらに、逼迫する経済事情のため、都市へ出稼ぎに出る男性が多く、残された女性が家事一般、水汲み、薪収拾、などをすると同時に、農作業にも従事しているケースが多い。

農村では、貧困のために家庭を捨てる世帯主（男性）が増加し、母子家庭が多く存在している。女性世帯主（母子家庭）の割合は、全世帯の21.7%を占めるが、農村では30%といわれている。（UNICEF,Children in Honduras, p.69）

このような農村の状況の中で、1962年から実施されてきた農地改革は農民にとって重要な意義をもつが、過去30年にわたる農地改革プログラムの恩恵を女性はほとんど享受することがなかった。1962年から1986年の間に施行された農地改革によって、農業協同組合2,050が設立され、306,000haが49,540世帯に提供されたが、女性には、従来、土地や生産手段へのアクセスが厳しく制限されていた。1974年の農地改革法は女性が直接の受益者となるのは、独身または子供を扶養している未亡人で、かつ、農耕にたずさわっ

ている場合に限定している。1985年の統計によると、農地改革受益者のうち、女性は僅か3.8%であった。ただし、1992年の法改正により、女性の土地所有が認められるようになった。

このように、農村の女性は実際に農業に従事しながらも、労働参加促進上、多くの阻害要因を抱えている。その一方で、森林伐採や水不足や水質悪化などのために、伝統的な女性の仕事とされる薪集めや水汲みなどにかかる時間や労力は増しており、家事と農作業という二重の労働負担を女性は担っている。

(2) 都市における女性の状況

都市への人口集中が進んでいるホンデュラスでは、現在、都市人口は60%を上回っている（都市全人口のうち女性は41.2%)。貧困を背景とする農村から都市への移住も、都市化の一因とみられている。アジアやアフリカなど他の途上国と異なり、ホンデュラスの農村から都市への人口移動の特徴は、女性の移住者が多いことである。特に、若い女性が都市部に移動し、賃金の低いサービス部門で働くケースが増えている。

1986年には、16の都市における経済活動人口の55.2%は女性（労働可能年齢層に女性の占める割合は42.6%）であった。都市における労働可能人口のうち、実際に就労しているのは45%で、女性に限ると35.1%であった。1987年の統計によると、都市における失業者のうち女性は12.1%を占めている。潜在的失業者の約60%は女性であり、このほとんどが世帯主（母子家庭）として一家の生計を支える立場にあった。例えばテグシガルパの低所得者層における女性が世帯主の割合は33%と高い。

都市における女性の労働に関するもう1つの特徴は、インフォーマル・セクターで働く女性が多いことである(42.6%)。女性は、零細な自営業や、露天商、市場での物売り、工芸品作り、メイドなど、収入が少なく不安定な経済活動に従事している傾向がみられる。このような都市女性の状況は、「貧困の女性化（Feminization of the Poverty)」（UNICEF,）とも呼ばれている。

3）保健医療状況

妊産婦死亡率は、220人（出生10万対）と報告されている。妊産婦死亡の約70%は、病院以外で起きており、このことは、妊娠、出産、産褥期に死亡する女性のうち、病院で処置を受けることができるのは10人に3人しかいない、ということを示唆している。また、妊産婦の死亡の多くが、リプロダクティブ・リスク要素（多出産、妊婦検診の欠如、出産間隔の短さ、若年及び高年出産など）に起因しており、予防可能なものである。妊産婦のハイ・リスク要因に関連するデータとして、以下のものがある。

| | |
|---|---|
| ・高齢（35歳以上）妊娠 | 病院入院の11.8% |
| ・出産間隔2年以下 | 母親の63% |

・妊婦検診を受けない　　妊婦の57%
・妊娠３回以上　　母親の73%
・保健医療施設まで１時間以上に居住　　人口の35%以上
（UNICEF）

中絶も、医学的及び社会的に深刻な問題であり、病院入院理由の第二番目（1986年）である。1984年のデータによると、10代の思春期の少女が妊娠した場合、5.3%は中絶を行っているとされるが、10代の妊娠・出産に関する情報は報告漏れが多いため、実際の割合は更にに高いとみられている。女性の性活動は13歳ごろに始まるといわれているが、宗教的、社会・文化的理由及び保健医療施設へのアクセスが限られていることから、避妊の普及率は低い。

エイズの蔓延に関しては、ホンデュラスは中南米諸国の中でも最もリスクが高い国の１つである。現在、エイズ患者は全国で3,325人であり、これは、人口では中米全体の８%を占めるホンデュラスが、中米における全エイズ患者の20%を抱えていることを意味している。1985年までに報告されたエイズ患者は、全て男性であったが、現在では全体の42%は女性であり、異性間の性交渉によるHIV感染の広がりを示している。

### ４－３－２　女性の状況改善のための行政側の対応

ホンデュラスでの、女性の置かれた状況に対する政治的関心は、1970年代の軍統治時代から文民政府に変換された時期に大きくなっていった。国連によって提唱された「国連女性の10年」（1975～85年）が契機となり、女性の就業、政策決定過程への女性の参加などの機会が増大していった。行政側の取組みとしては、1979年からの４年間にわたる「国家開発計画」において、初めて女性の問題が提起され、改善のための計画が打ち出されたが、実際には大きな成果は得られなかった。

1980年５月、ホンデュラス国政府は、「女性に対する全ての差別の撤廃条約」に調印し、1982年に批准された。また、1985年、ナイロビにおける「女性の地位向上のためのナイロビ戦略」にも調印した。1989年には「女性に関する国家政策（National Policy for Women）1989」が出されたが、この政策の主な目的は以下のとおりである。

① 学校、学校外（インフォーマル）教育、保健医療サービス、雇用における女性の役割の改善と拡充
② 女性に対する、土地や住宅への（男性と）平等なアクセスの保障
③ 食料、住宅保障への女性の参加の強化
④ 女性に対する性差別的イメージを打ち出さないためのメディアへの働きかけ

また、世界銀行・IMFの後押しによる国内経済再建のための「構造調整」を実施してい

るが、このような経済緊縮政策の影響を直接受ける低所得者層、中でも女性や子供に配慮した貧困対策も、政府によって実施されている。この代表的なプログラムであるFHIS（FONDO HONDURENO DE INVERSION SOCIAL：社会投資基金）やPRAF（Programa de Asignacion Familias：家族手当プログラム）に関しては、「４－７　貧困状況」を参照されたい。

ここでは、女性と開発（WID）の問題を配慮したプログラムを実施している天然資源省、農村女性委員会（CIMRA)、農地改革庁、国家社会福祉委員会（JUNTA）の活動について述べる。このほかに、保健省、文部省なども、生活改善のための普及員を抱えて活動を行っており、その対象の多くを女性としている。

１）天然資源省

天然資源省は、農業を中心に畜産、鉱山の開発、農業関係の技術移転、灌漑普及などの管轄機関であり、森林、環境も所掌している。農地改革過程の活性化と支援のために作成された農村開発計画は、WID（女性と開発）の視点も考慮している。

① 農村の女性と青年の開発プログラム

農村女性の訓練、栄養改善、衛生改善、農業生産技術の普及

② 農家の協同組合の開発プログラム

農業協同組合の組織強化、訓練、農地の提供

農地改革法の改正（1992年）によって、女性の土地所有権が認められるようになってから、これらのプログラムの本格的実施が可能となった。

２）農村女性開発委員会（CIMRA）

1992年１月、大統領直轄の組織として、農村女性開発委員会（CIMRA）が設置（事務局は天然資源省内）された。天然資源省、農地開発庁、農業開発銀行などのほかに７つの農業協同組合が参加している。任務は農村女性に農地を提供することであるが、具体的なプログラムとしては、洪水の多発地帯である北部のスラ盆地において、女性たちが土地の提供を受け、バナナ、米、トウモロコシの栽培を行う「女性支援プロジェクト」を実施している。

３）農地改革庁（INA）

農地改革庁には、農民開発、人材開発、土地調達・貸与、管理の４つの部署があり、その中で、農民開発部が女性開発と青年開発を担当している。1981年ごろから女性に関する（WID）プログラムを実施してきた。リーダー研修の方式により、農業生産技術、養殖、識字、保健・衛生改善、栄養改善、住宅改善など広い分野にわたる実習が行われている。女性の組織づくりも行われており、現在、全国に328グループが存在する。

今後、組織改革により、天然資源省に吸収される模様である。

4）国家社会福祉委員会（JUNTA）

大統領直轄の機関であり、法務省、保健省、文部省、天然資源省、労働省と連携をとりながら、①母子計画プログラムと②母子経営プログラムを実施している。対象は、女性世帯主や母子家庭が中心である。

① 母子計画プログラム

0～6歳の子供がいる母子家庭を中心に、栄養改善、保健・衛生指導などの生活改善活動を実施している。母親に対しては、農業、養鶏、養豚、民芸品製作などの生産活動のための技術、さらに、経営、生産、加工、販売に関して指導を行う。

また、地域で女性グループを組織して、子供の面倒を順番にみるよう共同託児などの指導も行っている。栄養改善では、USAIDからの食料援助の窓口として物資を調達したり、家庭菜園を作ったりするだけではなく、母親の収入向上プログラム支援を通して、子供の生活改善を試みる方法の普及指導も行っている。

② 母子経営プログラム

10～16歳の子供を持つ母親を対象に、託児を行いながら、生産、販売、流通の効率化など、経営上の研修を行う。また、セメントなどを提供して、屋根、トイレ、給水などの修繕、改善に資金協力を行う。

5）文部省及び保健省

文部省では識字教育、保健省では、全国各地にある保健所に学生を派遣して衛生教育などを実施している。

### 4－3－3 NGOの取組み

現在、農村や都市の貧困層の女性の現状改善のためにプログラムを実施しているNGOは、全国に約35（そのうち、女性専用NGOは11）あり、トレーニングなどを実施している。その主な内容は、識字教育、組織作り、地域保健、女性の権利と法的立場の改善、生産活動、行政能力の強化などである。

## 4－4 教育状況

### (1) 教育の現状

まず、ホンデュラスの平均就学年数、15歳以上の非識字率、高等教育就学率を中米近隣諸国と比較してみると、表4－2のようになる。

表４－２　平均就学年数、15歳以上の非識字率、高等教育就学率の比較（1990年）

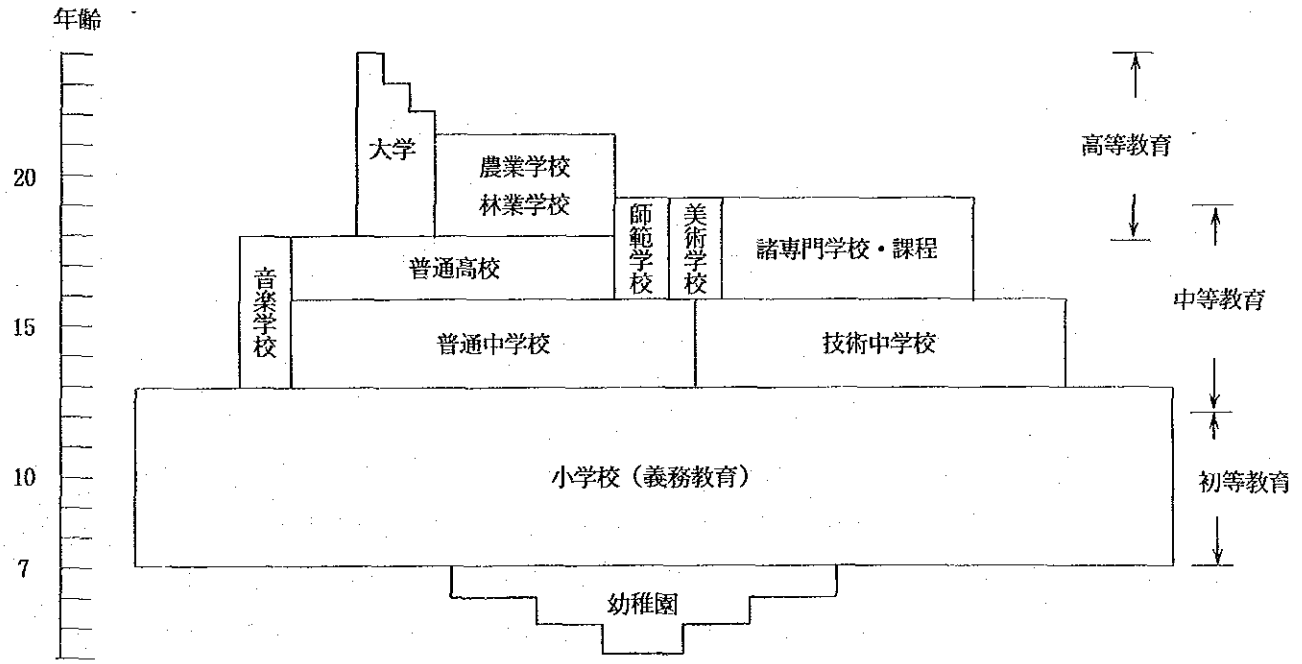
| 指　標　／　国　名 | | ホンデュラス | エル・サルヴァドル | コスタ・リカ | グァテマラ | ニカラグァ | パナマ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 平均就学年数 | （年） | 3.9 | 4.1 | 5.7 | 4.1 | 4.3 | 6.7 |
| 非識字率〔15歳以上〕 | （%） | 29.7 | 27.4 | 5.2 | 45.8 | --- | 12.7 |
| 高等教育就学率 | （%） | 6.4 | 15.5 | 22.9 | 9.9 | 8.1 | 10.0 |

（Propuesta sobre la Modernizacion de la Educacion Nacional,UNAH,1992）

近隣諸国と比較しても、ホンデュラスの教育の現状は満足できる状態ではなく、経済的な発展をも阻害する要因になっている。

ホンデュラスの学制はかなり複雑であるが、簡単に示すと図４－２のようになる。図は就学年数を主に示しており、進路選択の関係を表すものではない。幼稚園は３、４歳から受け入れるところが多い。そして、小学校は６年制で義務教育となっており、普通の中学校は３年、高校は２年間である。公立学校のほかに私立学校もあるが、大都市にあるバイリンガル（英語／スペイン語）で教育を行う一部の学校を除くと、全般には公立学校の方が良い教育条件に恵まれているといえる。大学と国立農業学校、国立林業学校が高等教育にあたるが、これらは文部省の所轄ではない。

図４－２　ホンデュラスの学制（1994年現在）



就学前教育（4～6歳）では、当該年齢人口の12%にあたる約5万人が通園（697園）しており、そのうちの88%が都市部の児童である。

初等教育（7～12歳；14歳まで留年が可能）では、地方の児童数が62.3%を占めるが、これは地方人口の61.8%に非常に近い。このことは、小学校が全国に散在していて、小学生は親元から通っていることを物語っている。しかし、実際に通学している児童数は、後述するように、これより、はるかに少ないと推察される。

中等教育（13～18歳）になると都市での就学率と地方のそれとでは格段の差があり、都市部を中心に行われている傾向が強い。また、都市部には生徒が働きながら学べる夜間学校が盛んであるといった事情をも反映していると思われる。

また、高校レベル（16～18歳）では、在籍者全体の80%が職業学校の生徒である。中でも師範学校（小学校教員養成学校）は入学希望者が多く、全体の19%を占める。卒業後に、社会的ステイタスの高い教員として働きながら大学への進学の道があるためと思われる。現在、師範学校を卒業して教職に就いているのは、その中の約10%程度である。

全国の初等及び中等教育に従事する教員の数は、1985年度でそれぞれ20,328人及び6,496人であるが、初等教員のうち9.4%、中等教員のうち76.4%が無資格といわれている。免許を取得した教師が僻地の学校へ赴任したがらないため、地方に無免許教師が多い。中等における無資格教員は、資格取得に必要な学歴を満たしていない場合より、必要な学歴を有していても、自分の専門以外の学科を教えているために、その学科に関して無資格とされている者が多い。

授業においては、特に数学と自然科学の教育内容と教授法の充実・改善が必要であるといわれている。自然科学に関しては、教員養成学校においても教育資材が不十分、または、有っても使用されていないため、教師が資機材を使用しての授業に慣れていない。初等・中等の学校では資機材が更に少なく、実験機材を用いた理科の授業はほとんど行われていない。他の学科に関しても、効率的な教授法の習得、補助機材の作成やその使用法の習得の必要性が指摘されている。

ホンデュラスの学校数は、就学前教育（幼稚園）697、初等教育（小学校）6,549校、中等教育（各種学校の計）417校である。

初等教育では、全児童の数の62%を占める地方で、学校の数では88%を占める。これは、都市部では比較的大規模校が多いのに対して、地方には2ないし3教室の小規模学校も多く存在しているためと思われる。

中等教育には、中学レベルと高校レベルを含んでいる。また、学校種別では、普通過程（普通中学、普通高校）のほかに職業過程（工業中学－11校、工業高校－3校、林業及び農業学校－3校、師範学校－12校、商業及び秘書学校－多数）がある。これらの学校は、

生徒の集まりやすい都市に集中していて、かつ、働きながら学びたい青少年に機会を与えるために、昼間部、夜間部、及び昼・夜兼用の授業形態をとっている。

設備に関しては、小学校では、電気や水道の設備率（電気15.25%、水道36.8%）が低い。小学校は僻地にも多く散在しているためと思われる。また、教室の窓は、木製の鎧窓で、黒板はモルタルの上に塗料を塗ったものが多く見られる。

高等教育校は、ホンデュラス国立自治大学のほかに私立大学が2校、高等師範学校（フランシスコ・モラサン）、農業学校2校と林業学校1校の、計7校である。

文部省所轄の学校数、教員数、生徒数、就学率をまとめると表4－3のようである。ホンデュラスでは入学制をとっている学校は小数で、多くは登録制である。したがって、学年当初の登録数を便宜的に生徒数として就学率を算出した。また、初等教育と高等教育の間に位置する課程のうち、普通中学校（Ciclo Comun）・普通高校（Bachillerato）・師範学校（Escuela Normal）・音楽学校・美術学校を中等教育として、それ以外を職業教育とした。ただし、就学率は両者を合算したものである。

表4－3　文部省所轄の学校数及び生徒数（1992年）

| 課程 | 学校数 | 教員数 | 生徒数 | 就学率（%） |
|---|---|---|---|---|
| 幼稚園 | 1,022 | 2,024 | 63,103 | 13.7 |
| 初等教育 | 8,074 | 26,420 | 959,466 | 97.6 |
| 中等教育 | 590 | 9,708 | 144,456 | 44.8 |
| 職業教育 | --- | --- | 165,646 | |

（Honduras en Cifras 1990-1992　ホンデュラス中央銀行）

国立自治大学の報告書によると、1985年から1993年では、小学校に入学して卒業できたのは、半数近い42.5%で、平均10.6年間を要している。また、1年生で入学した生徒のうち6年後に卒業するのは21.1%としている。（Propuesta sobre la Modernizacion de la Educacion Nacional,UNAH. 1992）

高等教育に関して、各大学及び学校の学生数と教員数をまとめると表4－4のようである。国立農業学校・国立林業学校・パンアメリカン農業学校は登録制ではなく入学制をとっており、これらの学校の学生数は在籍学生数である。それ以外は学年当初の登録数を学生数とした。ただし、国立教育大学は前期・後期それぞれの登録数の平均である。

表４－４大学及び大学校の学生数と教員数（1992年）

| 大学名 | UNAH | UPNFM | UJCV | USPS | UNITEC | ENA | ENCF | EAP | UCNSS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 学生数 | 38,870 | 6,573 | 409 | 985 | 1,135 | 178＊ | 100＊ | 635＊ | 105＊ |
| 教員数 | 2,512 | 344 | 56 | 253 | 100 | 37＊ | 30＊ | 57＊ | 8＊ |

（Honduras en Cifras 1990-1992　ホンデュラス中央銀行）
＊の数値は1989年のもの（Estadistica del Sistema de Educacion Superior.UNAH.1989）

表４－４の学校順に対応して、スペイン語での正式名称と特徴は次のようである。

UNAH　：Universidad Nacional Autonoma de Honduras（国立自治大学）ホンデュラスで唯一の国立総合大学

UPNFM：Universidad Pedagogica Nacional Francisco Morazan（国立教育大学）元高等師範学校が1989年に教育大学に昇格

UJCV　：Universidad Privada Jose Cecilio del Valle　首都テグシガルパにある総合私立大学

USPS　：Universidad Privada de San Pedro Sula　ホンデュラス第２の都市サンペドロスーラにある私立大学

UNITEC：Universidad Tecnologica Centroamericana　私立工科大学

ENA　：Escuela Nacional de Agricultura　国立農業学校

ENCF　：Escuela Nacional de Ciencias Forestales　国立林業学校

EAP　：Escuela Agricola Panamericana（パンアメリカン農業学校）アメリカの資金で創設された国際的な学校で、全学生のうち７割が留学生で占められている

UCNSS：Universidad Catorilica Nuestra Senora de Suyapa　1992年よりカトリック大学となる。

その他、学校教育外の体系的教育機関として、政府と民間企業が共同で運営している国立職業訓練所（Instituto Nacional de Formacion Profesional. INFOP）がある。これは、１、２年間の就学期間で訓練を実施するもので1992年の生徒数は28,215名＊である（＊Honduras en Cifras 1990-1992　ホンデュラス中央銀行）

また、各教員の養成は次の機関で行われている。

幼稚園教員：国立教育大学の該当学科

小学校教員：全国に12校ある師範学校、または音楽学校・美術学校、大学の教育学部

中学校・職業教育教員：国立教育大学の該当学科

音楽・美術教員：音楽学校、美術学校

(2) 各援助機関の動向

アメリカ合衆国との結びつきが強いホンデュラスでは、米国政府国際開発庁の援助によるプロジェクトが幾つか実施されている。その中で大規模なものは「初等教育効率化プロジェクト」である。これは、小学校1年から6年生までの4教科の教科書（算数、理科、社会、スペイン語）を編集、作成して各生徒に配布している。

日本は青年海外協力隊が教育分野でもボランティア活動を続けているが、'89年無償資金供与により、初等・中等の現職教員の研修を目的とした国立教育実践研究所を建設し、各教科の研修だけでなく、教育調査、研修教材の開発・制作にも協力している。

オランダはユネスコを経由して、上記研究所と共同で、「教育の質的向上のための援助プロジェクト」と「就学前・初等・中等教員のための遠隔研修プロジェクト」の2つのプロジェクトを計画中である。

ドイツはユネスコと協力して、「基礎教育のための教科書と教材作成プロジェクト」を実施している。また、ユネスコは単独で、教員研修の強化、教材開発を目的とした「中米各国辺境地区プロジェクト」を計画している。

(3) 今後の課題

これから徐々に改善を要する教育分野の課題は複数存在するが、図4－3からも明らかなように、識字率の向上、学校教育の充実、そして教員の質の改善が急務となっている。

1）識字率の向上

15歳以上の約3割が読み書きができないとされているが、特に郡部において、この値は著しく高くなっている。識字率向上のために、文部省では成人教育・識字教育局を設け、ラジオ放送や新聞の折込みを利用した識字教育を推進している。

2）学校教育の充実

小学校6年間が義務教育となっているが、実際には、再履修、中途退学が多い。その結果として卒業するまでに多くの時間を必要としたり、義務教育を終えることなく就労することになっている。

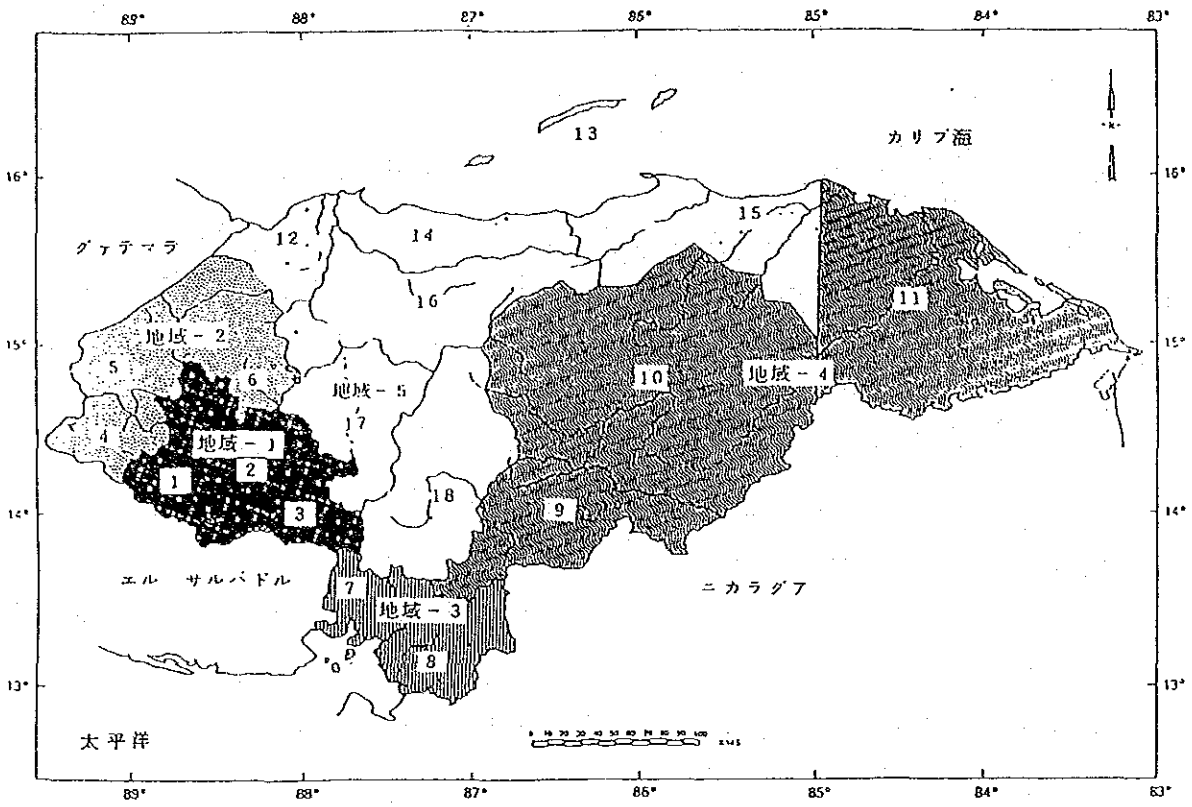
原因としては、親の経済状況や教育に対する理解の低さがあげられているが、特に、ここ数年間、貧困が拡大する状況の中では、なかなか改善できないのが現状である。

3）教員の質の改善

正式な資格を持たない教員が多いことは以前から問題になっていたが、'93年の時点で初等教育においては、無資格教員はほぼいなくなった。しかし、中等教育においては、免許外の教科を担当せざるをえない教員はまだまだ数多く存在している。また資格の問題に加えて、授業案の作成や教授法の知識の欠如、教科内容自体に関する理解の不十分

さなども指摘されている。

図４－３　ホンデュラスの県別識字率




| 地域－1(県) | | 識字率% | 地域－2(県) | | 識字率% | 地域－3(県) | | 識字率% | 地域4 1(県) | | 識字率% | 地域－5(県) | | 識字率% |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | レンピラ | 38.75 | 4 | オコテペケ | 49.73 | 7 | パイジュ | 52.04 | 9 | エル・パライソ | 50.51 | 12 | コルテス | 74.32 |
| 2 | インティブカ | 44.66 | 5 | コパン | 41.01 | 8 | チョルテカ | 51.90 | 10 | オランチ | 50.12 | 13 | I．パイア | 90.46 |
| 3 | ラ・パス | 49.79 | 6 | S　バルバラ | 46.01 | | | | 11 | G．アディオ | 58.51 | 14 | アトランティダ | 70.51 |
| | | | | | | | | | | | | 15 | コロン | 63.54 |
| | | | | | | | | | | | | 16 | ヨロ | 62.53 |
| | | | | | | | | | | | | 17 | コマヤグア | 57.64 |
| | | | | | | | | | | | | 18 | F．モラサン | 73.53 |

出典：ホンデュラス文部省　教育統計（1986年）

## 4－5　給水状況

安全な飲料水の確保、適切な屎（し）尿処理施設、正しい衛生習慣などは、人々の健康状態の改善に大きな役割を果たす。特に、下痢症、コレラをはじめとする水系感染症や、寄生虫疾患を予防するうえで重要であり、それによって乳幼児死亡率を大幅に減少させることが可能である。

### (1)　給　　水

「安全な飲料水と衛生（施設）のための10年（International decade for Safe Drinking Water and Sanitation)」にあたる1980年代、ホンデュラス国政府は、給水分野において積極的な活動を展開し、基礎整備に努めた。10年間の投資総額は、約５億200万レンピラに相当し、このうち38％は政府予算によるもので、残り62％は海外（ドナー）資金援助によるものであった。

しかし、これら総投資額の約50％はテグシガルパ首都圏に対して行われ、22％はその他

表４－５　給水施設整備状況（普及率％）

| サービス普及レベルと対象地域規模 | 1974年センサス | 1988年センサス | 1991年 |
|---|---|---|---|
| 都市部 | | | |
| 自宅内水道 | 75.26 | 79.62 | － |
| アクセス良い | 15.25 | 6.27 | － |
| 何らかのシステムあり | 90.51 | 85.89 | 85.5 |
| 何のシステムもなし | 9.49 | 14.11 | 14.5 |
| 農村部 | | | |
| 自宅内水道 | 12.88 | 38.64 | － |
| アクセス良い | 8.36 | 6.40 | － |
| 何らかのシステムあり | 21.24 | 45.04 | 51.3 |
| 何のシステムもなし | 78.76 | 54.96 | 48.7 |
| 全国 | | | |
| 自宅内水道 | 32.61 | 55.74 | － |
| アクセス良い | 10.54 | 6.34 | － |
| 何らかのシステムあり | 43.15 | 62.08 | 65.2 |
| 何のシステムもなし | 56.85 | 37.92 | 34.8 |

（原典：1974年と1988年のデータに関しては、OPS1990. 1991年のデータの原典は不明）
（出典：1977及び1988年データに関しては、Children in Honduras, UNICEF, 1990.
1991年データに関しては、「ホンデュラス共和国・ヘルス・セクターレビュー」大原久美子）

の都市部へ、そして28%が農村部へという具合に、都市部偏重の傾向がみられる。そのため、現在、人口5,000人以上の居住区には安全な飲料水確保に対する何らかのシステムが整備されており、人口1,000から2,000人のところにおいても飲料水へのアクセアス率は比較的高い。

一方、農村部の人口1,000人以下の地域（コミュニティー総数全国で約17,000）や、テグシガルパやサンペドロスーラの貧困地区では安全な飲料水を確保できる人口は少なく、未だに大きな問題である。公共水道や不衛生な売水、汚染された河川水に頼る家庭も多い。また、テグシガルパでは年々上水道供給は悪化しており、給水時間の制限や乾期における断水の問題が深刻である。売水に頼るテグシガルパ首都圏のスラム街の上水道整備を図るため、近年 UNICEF と上下水道公社（SANAA）の都市スラム地区担当局とによる「Water for All（全ての人に水を）」プロジェクトが施行されている。当プロジェクトは、水道施設建設・管理・運営への住民側の参加を取り入れたものである。

1991年1月、ペルーに端を発したラテン・アメリカにおけるコレラの大流行に対処するため、上水道整備の問題は重要な課題として取り上げられ、これを契機として近年多くの努力がなされている。

(2) 衛生（し尿処理）施設

都市部では、し尿の処理は、一部は下水システム、他は簡易トイレによっている。しかし、下水配管を通して集められた下水は最終的には河川に捨てられるのみであり、テグシガルパの下水は、そのまま南部地方の貧困家庭の生活用水となっている状況で、下水処理施設は同国においては全く存在しない。

また、調査によって、コレラ対策の一環として設置された簡易トイレの多くが、実際には使用されていないことが明らかにされた。また、農村部においては、下水施設の普及率は僅かに10%であり、活動促進への努力が必要とされている。

(3) 問　　題

現在の問題は、①急激な都市化に対するサービス供給の立ち遅れ、②水の枯渇化と水質汚染、である。後者は、森林破壊と人口集中が原因となっている。都市の人口は、現在60%であり、都市近郊スラムを中心に増大する人口に対して適切な給水、衛生施設の整備が追いついていない。また、雨量の減少による河川の水量の低下、人口、産業活動の促進、水資源の規制・管理の不備などによる水質汚染に対して、早急に対策が必要とされている。さらに、コレラなど水系感染症との関連で、上下水の水質検査と管理の問題は、近年、特に注目を集めている。

表４－６　衛生施設整備状況（普及率％）

| サービス普及レベルと対象地域規模 | 1974年センサス | 1988年センサス | 1991年 |
|---|---|---|---|
| 都市部 | | | |
| 自宅内水道 | 41.94 | 52.69 | — |
| アクセス良い | 36.85 | 35.11 | — |
| 何らかのシステムあり | 78.79 | 87.90 | 89.8* |
| 何のシステムもなし | 21.21 | 12.20 | 10.2 |
| 農村部 | | | |
| 自宅内水道 | 1.60 | 8.13 | — |
| アクセス良い | 9.00 | 29.91 | — |
| 何らかのシステムあり | 10.60 | 38.04 | 45.6* |
| 何のシステムもなし | 89.40 | 61.96 | 54.4 |
| 全国 | | | |
| 自宅内水道 | 14.35 | 26.73 | — |
| アクセス良い | 17.81 | 32.08 | — |
| 何らかのシステムあり | 32.16 | 58.81 | 63.6* |
| 何のシステムもなし | 67.84 | 41.19 | 36.4 |

注）＊は、下水施設と簡易トイレに区分され、その詳細は以下のとおり。

| | 都市部 | 農村部 | 全国 |
|---|---|---|---|
| 下水施設普及率 | 54.4％ | 10.2％ | 28.2％ |
| 簡易トイレ普及率 | 35.4％ | 35.4％ | 35.4％ |

（原典及び出典ともに、「給水施設整備状況」の表と同じ）

家庭排水以外の産業排水に関しては、農薬、重金属による汚染に対して幾つかの調査があるが、詳細はわからない。

## ４－６　食糧・栄養状況

### (1)　食糧生産の概況

ホンデュラスの耕地面積は、総国土面積の約16％に相当する17.8万km²（1987年）であり、このうち永年耕作地を含めた既耕作地は約80％、残りの20％が未利用農地である。未利用地も含めた農耕地面積は、過去17年間（1970～87年）に年率0.8％と若干ではあるが増加傾向にある。しかし、牧草地（大部分が自然草地）及び森林面積は年々減少傾向にあ

り、特に森林地帯は、過去17年間の間に３％近く減少している。

1974年の農業センサスによると、国内の総農家数は、約19.5万戸と推定されており、このうちの78％は土地所有面積10ha以下の小規模零細農家層によって占められる。しかしながら、同農家層の総農地面積に占める割合は16.7％にすぎない。一方、所有面積100ha以上の大規模農家は、総農家数の２％にすぎないが、総農地面積の45～50％を占める状況となっている。これら大規模農家層は、換金作物（輸出用）であるコーヒー、砂糖キビ、バナナなどのモノカルチャー栽培を行っているのが特徴である。国内需要を満たすための基礎食料作物は、小規模農家に生産の大部分を依存している。しかし、小規模農家層は生産基盤が未整備なため、単位面積当たりの収量が不安定であるほか、近年の人口増加により１戸当たりの農地の細分化が進んでおり、農家経営の零細性を助長する状況となっている。このような土地利用及び土地所有形態の推移を踏まえた最近の国内における食糧生産と需給状況は、次のように要約される。

① 1980年代の年平均人口増加率は、3.6％（1980～88年）であり、農耕地面積の増加率を大きく上回った。その結果、１人当たりの耕作面積は、1973年の時点で0.57haであったが、1988年には0.37haと縮小した。

② 1979～81年を基調とした１人当たりの食糧生産指数は、１人当たりの耕地面積の縮小とともに、単位面積当たりの収量の不安定性により、1980年の122を最高に1988年には87まで低下している。また、１人当たりの摂取カロリー量は、1969～71年当時の2,150カロリーから、1986年には2,068カロリーまで低下している。

③ 国内における食糧供給力の低下は、基礎食糧品の輸入や諸外国からの食糧援助によって需給バランスが図られている。そのため、小麦を主体とする穀物輸入量は、1974年に約5.2万トンであったが、1988年には14.5万トンに達するとともに、国際機関及び諸外国による穀物の食糧援助量も、同時期に3.1万トンから14.6万トンと大幅に増加した。

（ホンデュラス国別協力情報ファイル p. 3013-3015）

農業生産停滞の原因の１つとして、生産コストの上昇という問題がある。1984～88年の間に、ヘクタール当たりの生産コストは、豆類が81レンピラから532レンピラ、米が239レンピラから1,052レンピラ、トウモロコシが75レンピラから450レンピラと、大幅な上昇をみている。しかし、コストの上昇に伴い生産性が上がっているのは米だけで、豆類とトウモロコシの生産性は、ほとんど上がっていない。一方で、小売り価格は横這い状態で、コストの上昇を補うことができない。（表４－７参照）

表４－７　基礎作物の小売り価格

| 年次 | トウモロコシ | 豆類 | 米 |
|---|---|---|---|
| 1970-80 | 0.22 | 0.74 | 0.68 |
| 80-81 | 0.22 | 0.77 | 0.72 |
| 81-82 | 0.21 | 0.63 | 0.79 |
| 82-83 | 0.22 | 0.51 | 0.77 |
| 83-84 | 0.19 | 0.56 | 0.75 |
| 84-85 | 0.18 | 0.59 | 0.74 |
| 85-86 | 0.23 | 0.57 | 0.74 |

（UNICEF, *Children in Honduras*, p.77）

このような状況のもとで、農家の多くが輸出用換金作物栽培に転換している。政府も基礎作物栽培は非生産的とみなし、農地改革における土地提供に際して、輸出用作物栽培に対するローンの貸出しなどの奨励政策をとり、この傾向を促進している。その結果、基礎作物（穀類）は、輸入と海外からの食糧援助に依存するという体制ができた。

表４－８　主要穀物の需要と供給のバランス（1990年）

| 穀物の種類 | 生　産 | 需　要 | 不　足 |
|---|---|---|---|
| トウモロコシ | 438,056 | 483,300 | 45,244 |
| 豆類 | 23,200 | 47,700 | 24,500 |
| 米 | 35,162 | 45,100 | 9,938 |

（UNICEF, 同上 P.78）

(2)　栄養摂取の状況

経済企画省による1978～79年の世帯調査（Household Survey）によると、国民の１日平均カロリー摂取量は、最低必要量を10％下回っている。農村では、更に状況は悪化し、１日平均1,716カロリーで、20％も下回る。同様に、低所得者層におけるカロリー摂取量は1,560カロリーで、27％下回る。

農村と都市とでは栄養状態に格差があり、同等の現金収入がある家族の場合、農村における１人当たりの摂取カロリーは、小規模都市のそれより122カロリー減少する。タンパク質摂取量に関しても同様の状況である。農村と都市では、現金収入の違いのほかに、文

化的のものに由来する食生活のパターン（摂取する食品の種類）の相違などがあることが考えられる。(UNICEF,同上 P.76)

子供の栄養摂取状況を示したのが、表４－９である。

表４－９　就学前児童の食料摂取

| 食料 | 摂取あり | 摂取なし |
|---|---|---|
| ミルク | 41.9% | 58.1% |
| 肉類 | 60.1% | 39.9% |
| 卵 | 43.9% | 56.1% |
| 豆類 | 24.8% | 75.2% |
| トウモロコシ | 11.0% | 89.0% |
| 米 | 33.1% | 66.9% |
| 小麦 | 51.7% | 48.3% |
| 野菜 | 30.7% | 69.3% |
| 果物 | 71.7% | 28.3% |
| 砂糖 | 10.0% | 90.0% |
| 油 | 15.4% | 84.6% |

（原典：National Nutritional Surveyより）
（出典：UNICEF,　同上 p.45）

子供の約50%は、ミルク、肉類、卵などの動物性タンパク質を、70%は果物類を定期的に摂取していないことがわかる。また、野菜の摂取は比較的高くなっているが、このほとんどは調味料として使用されているとみられる。表４－９で見られる栄養摂取パターンから、平均的な食事は、トウモロコシ、豆類、米、砂糖、油などの栄養的に偏ったものであることがわかる。

栄養失調の子供と家庭環境との関係を示したものが、表４－10と表４－11である。世帯主の職業、教育レベル、給水施設の有無、家屋の床材料などの、衛生環境条件及び経済指標とエネルギー摂取量とに相関関係があることがわかる。これらの社会・経済的要因が栄養失調の直接の原因というわけではないが、栄養失調の子供の置かれた環境を特徴づけるものと考えることができる。

表4－10　エネルギー摂取レベルと雇用及び教育レベルとの関係

| 適切なエネルギー摂取レベルの70%以下 | 変数 | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 世帯主の職業 | | | |
| | Ⅰ | Ⅱ | Ⅲ | Ⅳ |
| | 28.3% | 24.4% | 17.4% | 16.9% |
| | 家族の平均教育レベル | | | |
| | 無し | 初等1－3 | 初等4－6 | 中等1以上 |
| | 28.0% | 25.7% | 15.6% | 14.2% |

Ⅰ　失業中(無職)の主婦　　Ⅲ　自給生産者
Ⅱ　日雇労働者　　Ⅳ　中規模生産者あるいは商売

(原典：National Nutritional Survey Data 1987)
(出典：UNICEF.　同上　p. 46)

表4－11　エネルギー摂取レベルと住宅・衛生環境との関係

| 適切なエネルギー摂取レベルの70%以下 | 変数 | | |
|---|---|---|---|
| | 給水 | | |
| | 家屋内 | 敷地内 | その他 |
| | 18.0% | 17.9% | 26.5% |
| | 家屋の床材料 | | |
| | 土 | その他 | セメント |
| | 25.3% | 18.6% | 17.3% |

(原典：National Nutritional Survey Data 1987)

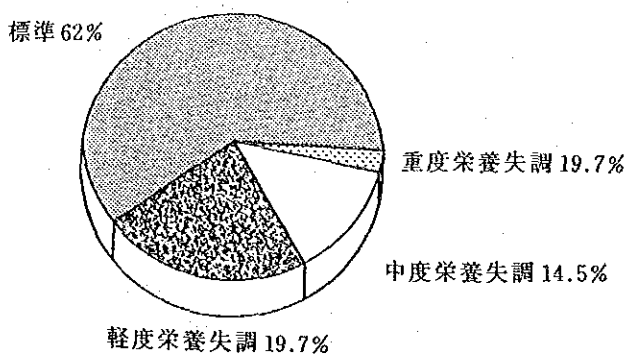
(3)　栄養失調

栄養失調の現状を、子供を中心にみていくと、ホンデュラスでは、タンパク質・エネルギー欠乏症、ビタミンA欠乏症、鉄分欠乏症などが原因で起こる疾病が多い。

①　タンパク質・エネルギー栄養失調（PEM：Protein-energy malnutrition）

1987年の全国栄養調査によると、子供（5歳未満児）の栄養失調（年齢に対する体重で表す低体重）は38%であった。1966年の75%に比べると、改善されている。

図４－４　５歳未満児の栄養状態

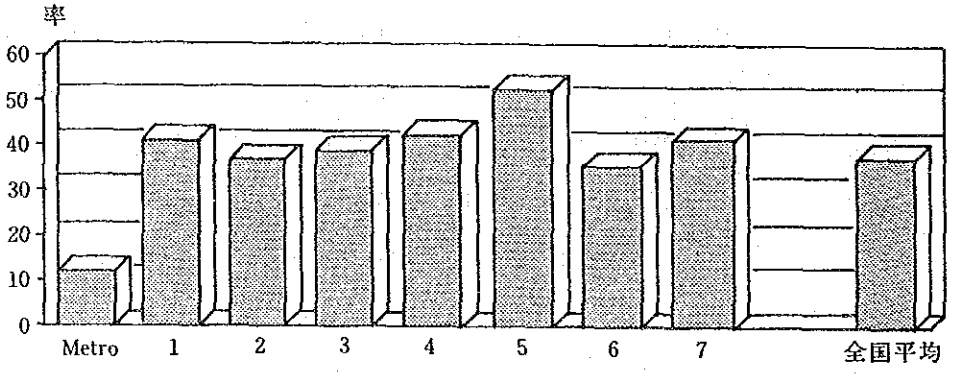



年齢に対する体重

（UNICEF. 同上　p. 43）

地域別にみると、第５衛生地区が栄養失調の子供の割合が最も高く55.2%、次いで第４衛生地区の45.1%、第７衛生地区の43.9%となっている。

図４－５　地域別５歳未満栄養失調状況



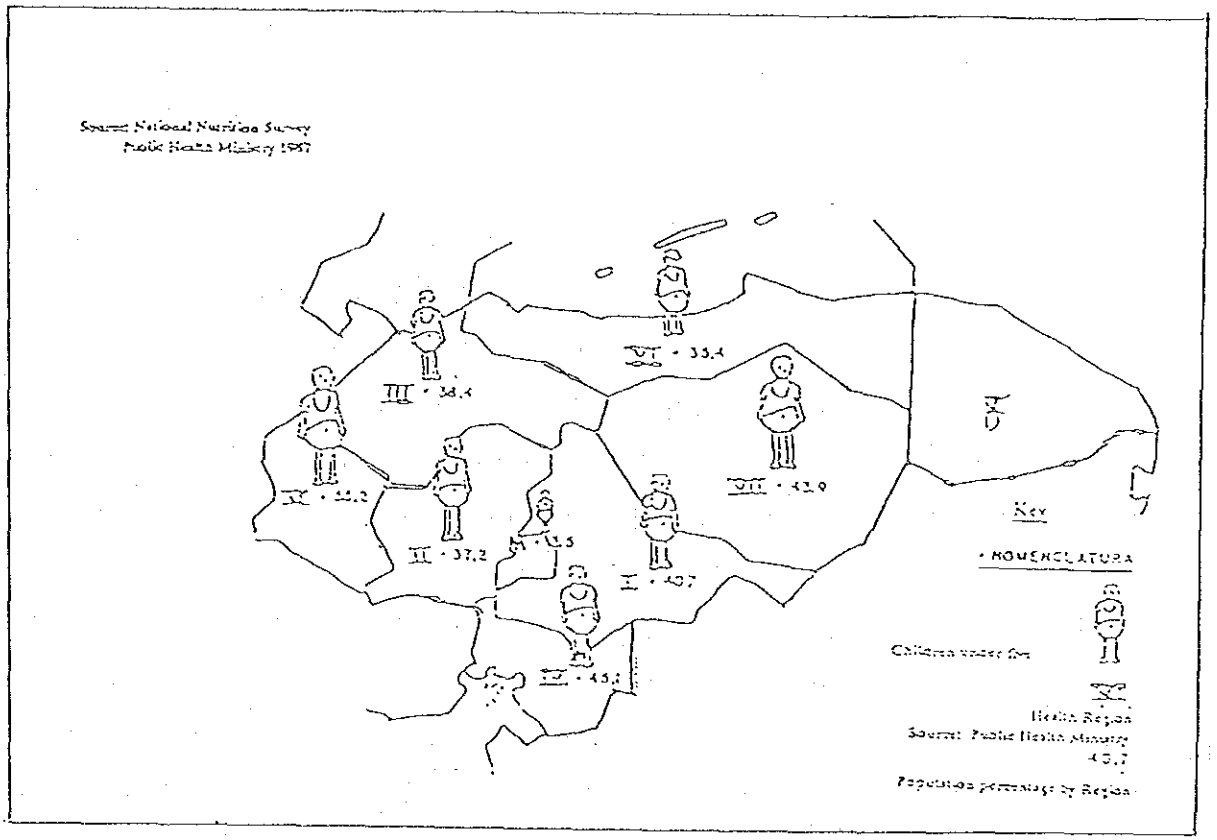

年齢に対する体重

Nati. Nutrition survey 67
（UNICEF. 同上　p. 44）

また、慢性栄養失調の指標である「発育阻害」（年齢に対する身長）有症率と、急性栄養失調を示す「消耗症」（身長に対する体重）有症率は、それぞれ44.7%、と3.9%（1987年、全国栄養調査）であった。

同調査によると、５歳未満の子供たちの58.5%が、１人当たり１日平均カロリー摂取量が1,100カロリー以下（必要量摂取量は1,300から1,499カロリー）であった。４分の１の子供が必要カロリーの半分以下しか摂取しておらず、全体の78%は必要量を満たしていなかった。

図４－６　地域別５歳未満児栄養失調状況




（UNICEF. 同上　p. 44）

タンパク質摂取に関しては、必要量の80％に満たない子供が全体の36.5％、必要量の25％も摂取していないものが36.4％存在した。

② ビタミンＡ欠乏症

ビタミンＡ欠乏症は夜盲症などを引き起こし、症状が悪化すると失明する。最新のデータは存在しないが、1965-67年に行われたビタミンＡ欠乏症に関する調査によると、５歳未満児の有症率（血漿中のretinol濃度が30mcg／100ml以下）は39.5％、1978年に実施された限定地域における調査では、32.5％であった。また、乳児（１歳以下）のビタミンＡ欠乏を示す指標としては、授乳中の母親の欠乏レベル（50mcg／100ml以下）により測ることができるが、母親のビタミンＡ欠乏率は、70.5％という高い数値であった。

③ 鉄分欠乏症

貧血の原因となる鉄分欠乏症は、ヘモグロビンのレベルで測定する。５歳未満児の鉄分欠乏症は、全国で16.5％である。中でも、衛生第５、第６、第７地区では、20％と高率である。

④　ヨウ素欠乏症（甲状腺機能障害）

ヨウ素欠乏によって生じる甲状腺機能障害、クレチン病は、死亡、中絶（流産）、先天的奇形などの原因となっている。1971-87年の調査によると、ヨード塩の普及努力により甲状腺機能障害は減少しており、有症率は９％である。しかし、地域によっては未だに深刻な問題であり、チョルテカ（Choluteca）では12％、エル・パライソ（El Paraiso）では11％、ラ・パズ（La Paz）では14％、カマヤグア（Camayagua）では16％、グラシャス・アディオス（Gracias a Dios）では11％であった。

(4)　食糧保障及び栄養問題に対する行政側の対応

政府の食糧保障や栄養失調対策に関する政策は明確でなく、現在のところ、外国からの食糧援助への依存と、従来の栄養教育及び栄養・食生活に関する行動調査が行われているぐらいである。栄養失調を減少させ状況を改善するための、具体的な目的、戦略、活動方針を設定したプログラムの策定は行われていない。また、食糧生産を管轄する天然資源省と、疾病・栄養失調の予防と対策を扱う保健省の連携は良好に行われていない。

全国ヨウ素欠乏症対策プログラムは、保健省の資源不足や他の関係諸機関（住宅省、中央銀行など）との調整がうまく行われていない、などの理由で、ヨード塩の生産、供給システムが十分に機能していない。そのため、販売されている塩で基準を満たしているのは全体の30％でしかない。

全国ビタミンＡ欠乏症対策プログラムは、資金不足や、砂糖生産者の反対などにより、進展をみせていない。

## ４－７　貧困状況

(1)　貧　　困

1990年の世界銀行報告書によると、ホンデュラスのジニ係数＊は0.62で、所得格差が世界一大きい国となっている。一部の富裕階層が存在する一方で、大多数の国民は貧しく、また、都市と農村の地域格差が大きい。1993年の統計（世界銀行、世界開発報告）によると、国民の（人口）上位10％が国民総所得の47.9％、上位20％が63.5％を所有している。

＊所得格差を現す指標。格差が全くないときは０で、格差最大のときは１である。欧州諸国のジニ係数は0.30から0.35、インドでは0.42である。

図４－７は、全国の貧困状況を示す地図（次ページ）である。ただし、これは各デパートメントの平均値であるので、例えば、テグシガルパなどの大都市では、高所得者層とスラム地区に住む低所得者層など、地域内での格差が大きいことに注意する必要がある。

必要カロリー摂取量に基づいて算出された基礎的食糧購入コストは、表４－12のとおり

である。

表４－12　１世帯の食糧コスト（Lps. レンピラ）

| 食糧 | 地域 | １日１人当たりコスト2.67 | １日１世帯当たり（5、6人）コスト | １か月（30日）１世帯当たりコス |
|---|---|---|---|---|
| 基礎（100%）カロリー | 都市 | 2.67 | 14.95 | 448.50 |
| | 農村 | 1.67 | 9.35 | 280.50 |
| 最低限カロリー（基礎の90%） | 都市 | 2.12 | 11.87 | 356.10 |
| | 農村 | 1.43 | 8.00 | 240.00 |
| 生存ギリギリのカロリー（基礎の83%） | 全国 | 1.33 | 7.73 | 231.90 |
| 1979年調査によると国民の平均的摂取カロリー | | | | |

（原典：INVA 1978）
（出典：Children in Honduras, UNICEF, p.19）

１）農村における所得格差

表４－13は、農村での月平均の収入による社会・経済階層分類を示している。これによると全世帯の92%（人口の93.4%）が低所得者層（月平均収入132レンピラ以下）にあたる。低所得層の中でも極貧層（Extreme poverty）は72%を占め（全体の66%）、人口では76%（全体の71%）となる。極貧層の月平均収入は40レンピラ以下で、必要とされる基礎的食糧の半分も購入することができない。農村において、中・高所得者層に分類される人口は、全体の僅か７%でしかない。

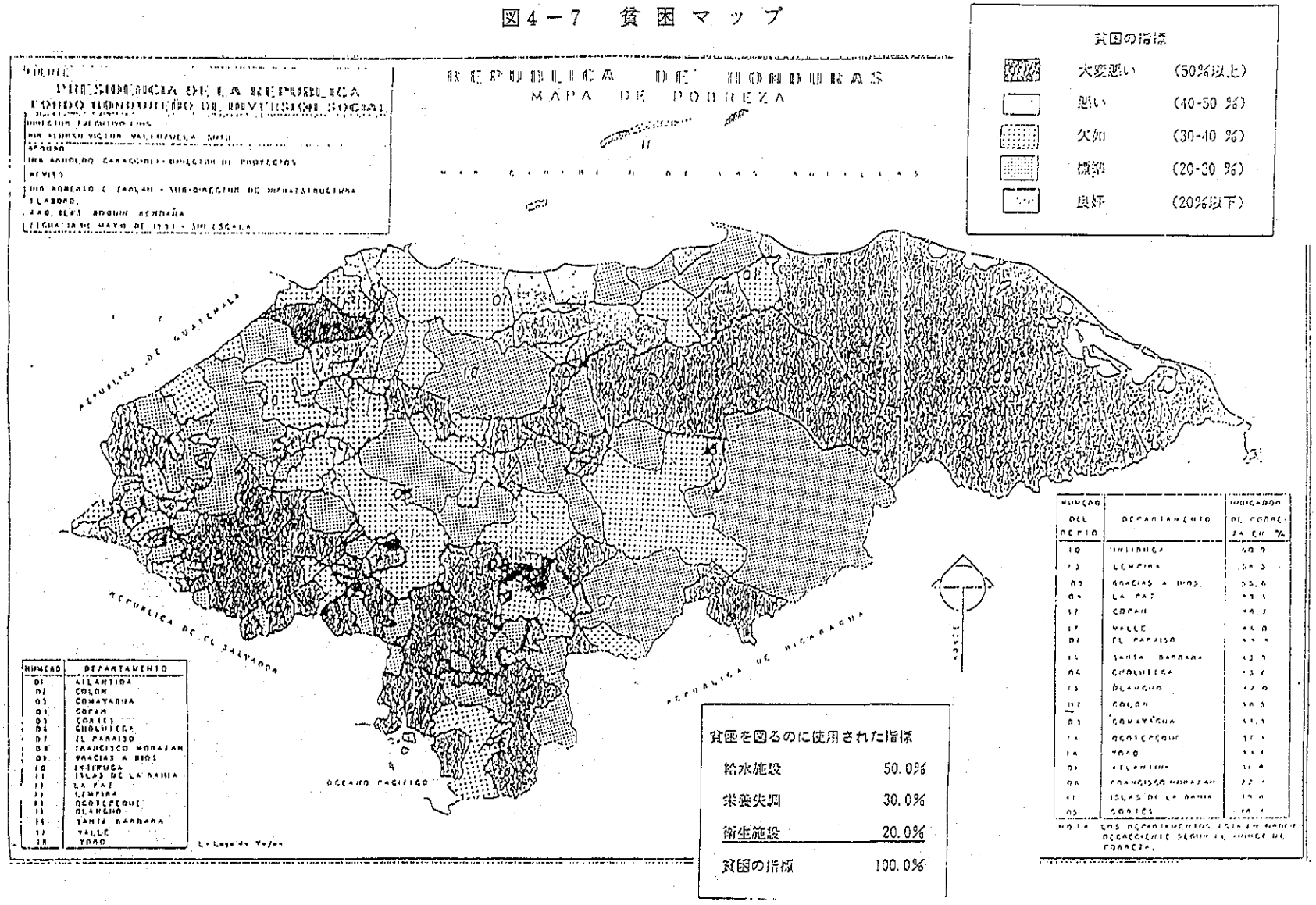
農村において、生存のために最低限必要なカロリー摂取量をとるための食糧購入コストに見合う収入240レンピラを得ている世帯は、3.8%未満である。

２）都市における所得格差

都市における所得分配の状況を示すのが、表４－14である。全世帯の65.3%（人口の71.7%）が低所得者層（月平均収入が165レンピラ以下）に分類される。極貧層（月平均収入50レンピラ以下）は、全世帯の20.8%（人口の25.6%）を占める。

表４－14（必要なカロリー摂取のためのコスト）によれば、都市部において最低限必要なカロリーを摂取するための基礎的食糧購入のためには、356.10レンピラかかり、これだけの収入を得ている家庭は14%に満たない。生存ぎりぎりのラインである231.90レ

# 図4－7　貧困マップ


REPUBLICA DE HONDURAS
MAPA DE POBREZA
貧困の指標
大変悪い (50%以上)
悪い (40-50 %)
欠如 (30-40 %)
標準 (20-30 %)
良好 (20%以下)
REPUBLICA DE GUATEMALA
REPUBLICA DE EL SALVADOR
REPUBLICA DE NICARAGUA
OCEANO PACIFICO
NORTE
貧困を図るのに使用された指標
給水施設 50.0%
栄養失調 30.0%
衛生施設 20.0%
貧困の指標 100.0%

ンピラ（全国平均）を基準にしても、これを満たしているのは、全体の26%ほどでしかない。

表４－13　農村部における社会・経済階層

| 社会・経済階層 | | 1か月の収入(Lps.) | 世帯数 | % | 人口 | % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 低所得 | 極貧 | 0-40 | 269,832 | 66.1 | 1,672,958 | 71.1 |
| | 貧困 | 40.1-88 | 81,030 | 19.8 | 421,356 | 17.9 |
| | 下 | 88.1-132 | 24,392 | 6.1 | 109,764 | 4.4 |
| 中所得 | 中の下 | 132.1-176 | 10,503 | 2.6 | 47,263 | 2.0 |
| | 中 | 176.1-220 | 6,089 | 1.5 | 27,401 | 0.8 |
| | 中の上 | 220.1-264 | 4,047 | 1.0 | 18,211 | 1.1 |
| 高所得 | 高 | 264.1-308 | 2,348 | 0.6 | 10,566 | 1.0 |
| | 非常に高 | 308.1- | 10,101 | 2.4 | 45,045 | 1.7 |
| 合計 | | | 408,251 | | 2,352,564 | 100.0 |

（原典：Instituto Nacional de la Vivienda, Utilizacion de las Encuestas de Hogares de Septiembre de 1986 y 1987）
（出典：Children in Honduras, UNICEF. p.13）

表４－14　都市部における社会・経済階層

| 社会・経済階層 | | 1か月の収入(Lps.) | 世帯数 | % | 人口 | % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 低所得 | 極貧 | 0-50 | 48,305 | 20.8 | 312,285 | 25.6 |
| | 貧困 | 50.1-110 | 66,501 | 28.7 | 373,986 | 30.7 |
| | 下 | 110.1-165 | 36,720 | 15.8 | 187,851 | 15.4 |
| 中所得 | 中の下 | 165.1-220 | 19,634 | 8.5 | 95,849 | 7.9 |
| | 中 | 220.1-275 | 15,483 | 6.7 | 69,243 | 5.7 |
| | 中の上 | 275.1-330 | 12,061 | 5.2 | 49,891 | 4.1 |
| 高所得 | 高 | 330.1-385 | 7,327 | 3.1 | 31,215 | 2.6 |
| | 非常に高 | 385.1- | 25,670 | 11.2 | 99,131 | 8.1 |
| 合計 | | | 132,701 | | 1,219,451 | |

（原典：Instituto Nacional de la Vivienda, Utilizacion de las Encuestas de Hogares de Septiembre de 1986 y 1987）
（出典：Children in Honduras, UNICEF. p.18）

(2) 貧困に対する行政側の対応

1）社会投資基金（FHIS：Fondo Hondureno de Inversion Social）

1990年に実施され始めた構造調整によって、貧困層、その中でも特に女性や子供にそのしわ寄せがきていることが指摘されている。政府は、1991年を、このような緊縮財政によって、保健・医療、教育、福祉など、公共サービスの量的及び質的低下の影響を受けている人々に対する「社会的補償の年」として位置付けた。この流れの中で、1992年、経済建て直し政策の一環として、雇用の創出を目的とした「社会投資基金（FHIS）」が設立された。当機関は、大統領直轄機関として独立しているが、社会福祉省、保健省などの関係諸機関と連携してプロジェクトを進めている。

プロジェクトは、市町村（とコミュニティー）がその実施主体であり、かつ、受益者となる。FHIS設立以来、3年間で約6,000のプロジェクトが行われてきた。プロジェクト策定及び実施の実際の責任者（契約者）は、現地NGO、国際NGO、コミュニティー住人であり、プロジェクトのモニタリングは、FHISスタッフ（現在180人）と契約者双方で行う。今までにプロジェクトが実施されてきた分野は、教育（学校建設、学校設備整備－机や椅子など）、保健・医療（保健所設立）、衛生（給水設備、トイレの設置）、などである。FHISの予算の90％は、このような社会セクター・プロジェクトへの資金援助（グラント）に、残り10％は、中小企業プロジェクトへの融資（ローン）に拠出されている。融資の場合、返済率は95.3％と良好である。

現在、FHISの資金提供は、ホンデュラス国政府から10％、国際機関及び二国間援助機関のドナーから90％である。主なドナーは、世界銀行、スペイン、イギリス、フランス、オランダ、中国、台湾、ドイツ、IDB、カナダ、FAO、ドイツ銀行などである。各ドナーは、援助を行いたいプロジェクトを選定して、個別に資金提供を行っている。

住民は援助されることに慣れてしまっているため、プロジェクトへの参加が少なく、建設された施設の維持・管理が行われない、などの問題点を抱えている。そのため、今後は、学校建設プロジェクトにおいて、学校施設の維持・管理への（子供の）親の参加をプロジェクト策定の段階から取り入れるなどの工夫をする予定である。また、今までは、施設建設などのインフラ整備が主であったが、今後は環境（植林、自然保護教育等）、雇用創出、食糧生産、収入向上、栄養改善、貧困撲滅などの分野まで、プロジェクトを拡充していく方針である。

2）家族手当プログラム（PRAF：Programa de Asignacion Familias）

貧困層、特に母子家庭の母親や子供たちの福祉プログラムを実施することを目的として1990年に設立されたのが、「家族手当プログラム（PRAF）」である。PRAFのプログ

ラムには、以下のものがある。

① 低所得者層の5歳以下の子供、妊婦、授乳中の母親を対象とした援助

保健省と協力して行われるプログラムで、保健所スタッフにより選定された栄養的ハイ・リスク・グループの子供や母親に対して、月20レンピラのクーポンが支給される。クーポンによって食糧を購入するか、もしくは換金もできる。保健所では、同時に栄養改善指導を行う。世界銀行、WFP（世界食糧プログラム－援助食糧を売却して得た資金をPRAFに援助）、ホンデュラス国政府などである。

② 母子家庭の子供への奨学金提供

文部省と協力して行われるプログラムで、母子家庭の優秀な子供が選ばれ、月20レンピラ（年間10か月）の奨学金が提供される。対象となる子供は小学校1年生から3年生までで、一家族最高3人までである。目的は、中途退学率を減少させることにある。

③ 非識字者である母親に対する識字教育

就労経験のない母親に、収入向上プロジェクト、農業プロジェクトなどで働けるように読み書きのトレーニングが行われる。今後、トレーニング修了者が、事業を始められるよう融資（クレジット）による資金的援助も予定されている。

④ ボルソン

子供が学校に行くことを奨励するため、上記①、②、③の援助も届かない遠隔地の貧困層に対して、文房具、教科書などの提供が行われる。

⑤ 老齢者への援助

1994年にカトリック教会によって始められたプログラムで、家族が面倒をみることができない70歳以上の老齢者に、月30レンピラが支給される。

PRAFに対する資金援助は、世界銀行、WFP（援助食糧を売却して得た資金を提供）、ホンデュラス国政府などである。③のプログラムに対しては、EC、④のプログラムに対しては、スペイン、カナダ、中国、韓国などの各大使館などからの援助も受けている。

基本的に、クーポンや資金の支給は母親に対して直接行われるので、家族の他のメンバーが本来の目的以外に使用するというような問題は、ほとんど起きていないようである。しかし、設立当時の1990年と同じ月額20レンピラというのは、インフレや物価の上昇により、現在では、あまりにも小額過ぎる。さらに、財政的には赤字による政府の予算削減のため、全国のニーズから比べると、現行のプログラムがカバーしている対象人口は非常に小さいものである。クーポンの支給を行う学校の教師や保健所スタッフの横領などの問題も、少なからず存在する。

# 第５章　保健サービスの現状と課題

## ５－１　国家開発計画及び将来計画

ホンデュラス国政府の国家開発計画は大統領の任期である４年間ごとの計画が策定されており、今までに第４次までの国家開発計画を終了している。現在、同国政府は国家開発計画を策定していないが、1990年から1994年の総合開発計画として民間部門を主体とする輸出主導型成長を目指し、次のような目標を設定している。

１）新技術を活用した輸出向上

２）輸出可能な新製品の開発

３）新市場開拓に従う国際市場への参入

４）新技術の導入による近代化

５）食物資源の規模拡大のための食物生産向上

また、現在の経済危機が貧困を増大させているとし、この貧困問題の解決抜きに社会・経済発展は望めないという観点から、特に経済危機の影響を受けている低所得階層に対する教育、雇用、保健医療、住宅供給等の社会基盤セクターでの住民サービスの改善が急務であるという認識を示している。その中で保健医療分野の改善計画に取り込む事項として次のことを目標としている。WHOの唱える「西暦2000年までに全ての国民に健康を」を重点スローガンとしている。

１）地区、自治体の開発計画のなかに保健医療開発を取り込み、住民の参加を図る

２）一次保健医療サービス活動を重視する

３）保健医療サービスにおける経営・管理能力の向上及び過度の中央集権化を廃し、他方分権化推進を図る

４）生活環境の改善や、生活の質の向上を図る

５）他のセクターとの政策調整の促進を図る

６）乳幼児、妊婦、勤労者、若年者層への保健医療サービス活動を優先させる

等となっている。

また、1991年11月27日の社会開発調査部門会議で、大統領の承認事項の「人材開発、幼児、青年のためのアクションプラン1990～2000年」において、1990年代における経済構造調整の過程で、最も影響を受ける階層の保護と、これらの生活水準の向上を図る社会計画の実施が緊急の課題であると結論づけられている。

これらの背景を受けて保健医療サービス分野における事業は公平で、かつ効率的に行うべきとされ、そのうえ、社会各層の参加を求め、より有効な保健医療サービス事業としたい旨

の方針を打ち出している。それらのなかで優先的な課題として、保健医療サービス網の拡大と保健医療施設及び機材の再活性事業をあげ、この分野の平均水準を向上させる努力を重ねて、社会サービスが低い水準にある地方を優先することとし、地方と都市周辺部の住民に対する保健医療サービスの質の向上を図り、国全体の水準を均一化したいとしている。

## 5－2　医療体制及び医療機関

### (1)　保健医療ネットワーク

#### 1）保健医療サービス供給体制

ホンデュラスにおける保健医療サービスの供給は、大別すると、保健省及び社会保険庁管轄下の公的医療機関、営利民間（私立）機関、非営利民間（NGO）施設、薬局などの個人経営店、伝統・民間医療によって行われている。

病院数は、全国総数85で、このうち保健省管轄病院が26（30%）、社会保健庁管轄病院が3（4%）、私立病院（病床数3から230床）が56（66%）である。病床数は全国で5,987床を有し、保健省管轄病院、社会保険庁管轄病院、私立病院が、それぞれ全体の65%、12%、23%を占める。これは、人口1,000人対1.2床（私立病院を除けば0.8床）の割合である。

伝統・民間医療は、薬草の利用、食事療法、マッサージ等を行ったり、儀式的なものを伴う療法であり、国民の多くが親しんでいると思われる。(Children in Honduras, UNICEF. 1990)。

ある論文によると、CESAR（医師のいない保健所）に来院する患者の約70%は、同時に伝統医療師の所にも通っているという（Rev.Medica Hondur, Vol.52)。しかし、ホンデュラスにおける伝統・民間医療の包括的な状況は把握されていないようである。

国民の約65%は、公的及び民間医療機関（薬局や伝統・民間医療を除く）のサービスへのアクセスが容易であるとされている。しかし、アクセスがあるということと、実際の利用率とには違いがある。(UNICEF. 同上)。さらに、個々の保健医療活動やプログラムの種類によって、住民側の利用状況も変わってくる点に注意する必要がある。

利用状況に関しては、病院に関してのみデータがあり、表5－1のとおりである。

#### 2）公的保健医療機関

ホンデュラスは、全国9つの衛生地域（Health region）に区分される（衛生地域図参照)。これら衛生地域は、更に衛生地区（Health area）に分けられ、全国に36地区が存在する。衛生地域は、行政地区単位である「県（Department)」とは別の地域割りの単位であり、重複していない。

表５－１　1991年の病院利用指標

| | 国立病院 | 地域病院 | 地区病院 | 合計 |
|---|---|---|---|---|
| 全ベッド数（床） | 2,430 | 652 | 621 | 3,703 |
| 全退院患者数（人） | 79,998 | 48,766 | 44,011 | 172,775 |
| 平均在院日数（日） | 8.8 | 3.7 | 3.5 | 6.0 |
| ベッド占有率（%） | 80.5 | 81.5 | 70.9 | 79.1 |
| ベッド回転指数 | 33 | 75 | 71 | 47 |
| 入院48時間未満の死亡率（%） | 0.7 | 2.3 | 0.9 | 1.2 |
| 入院48時間以降の死亡率（%） | 1.8 | 3.9 | 0.6 | 2.1 |
| 分娩数 | 30,913 | 17,280 | 12,793 | 60,986 |
| 帝王切開の割合（%） | 9.0 | 12.6 | 8.4 | 9.9 |

（「ホンデュラス共和国ヘルス・セクター・レビュー」大原久美子　p.14）

保健省管轄の保健医療機関は、全国に754施設あり（1992年２月現在）、種類別各機関の機能は以下のとおりである。

国立病院　(7)　・・・高度な専門的医療を行うとともに教育病院としての役割を持つものもある。首都テグシガルパに集中しており、結核・胸部疾患専門病院、２つの精神病院を含む。

地域病院　(6)　・・・各衛生地域の中心となる医療機関で、保健所レベルからの転送患者を受け入れる治療機関であると同時に、地域レベルの公衆衛生サービスも施行している。

地区病院　(13)　・・・50床程度の規模を持ち、衛生地域下に属する地区レベルにおける第二次医療機関として治療及び予防活動を行う。

医師のいる

保健所(CESAMO)(196)・医師が常駐し、その他に看護婦やヘルス・ワーカーがいて地域医療の第一線として公衆衛生活動を行う。検査室、歯科治療施設を有するものもある。

医師のいない保健所(CESAR)(532)・・准看護婦のみが常駐する保健所。

このほかの公的医療機関としては、社会保険病院（社会保険庁管轄）がある。首都テグシガルパに２か所、サンペドロスーラに１か所で、総ベッド数は699床である。この病院を利用できる社会保険加入者は、規模の大きな私企業及び政府機関雇用者とその家族に限定されており、これは全人口の17%、経済的活動人口の26%（1990年）にあたる。そのほとんどが、都市部を中心とした中流階級である。(「ホンデュラス共和国ヘルス・セクター・レビュー)

図５－１　衛生地域

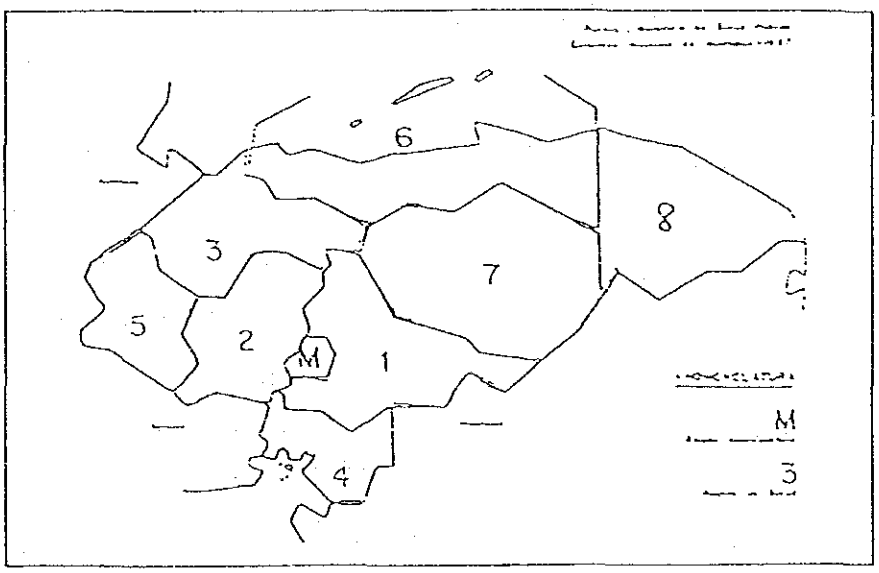



表５－２　公的保健医療機関

| 衛生地域 | 国立病院 | 地域病院 | 地区病院 | 社会保険病院 | CESAMO | CESAR | カバーしている県 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 首都圏（M） | 6 | 0 | 0 | 2 | 15 | 13 | ① |
| 第一(1) | 0 | 0 | 1 | 0 | 24 | 66 | ①② |
| 第二(2) | 0 | 1 | 1 | 0 | 19 | 83 | ③④⑤ |
| 第三(3) | 1 | 1 | 4 | 1 | 46 | 82 | ⑥⑦⑧⑨ |
| 第四(4) | 0 | 1 | 0 | 0 | 20 | 88 | ①②⑤⑩⑪ |
| 第五(5) | 0 | 1 | 2 | 0 | 30 | 80 | ⑦⑨⑪⑫⑬ |
| 第六(6) | 0 | 1 | 4 | 0 | 25 | 58 | ⑧⑭⑮⑯⑰⑱ |
| 第七(7) | 0 | 1 | 0 | 0 | 15 | 50 | ⑰ |
| 第八(8) | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 12 | ⑱ |

＊Children in Honduras, UNICEF と保健省発行のListado Establecimientos Existentes a la Fechaより作成

県
① Francisco Morazan
② El Paraiso
③ Comayagua
④ Intibuca
⑤ La Paz
⑥ Cortes
⑦ Santa Barbara
⑧ Yoro
⑨ Lempira
⑩ Valle
⑪ Choluteca
⑫ Copan
⑬ Octepeque
⑭ Atlantida
⑮ Islas de la Bahia
⑯ Colon
⑰ Olancho
⑱ Gracias a Dios

注）前述どおり、行政区分（県）と衛生地域は重なっていないので、複数の衛生地域が１つの県の異なる地域をカバーしている。そのため、各衛生地域がカバーする人口の詳細は事前調査団入手資料からは不明。

3）リファラル・システム

ホンデュラスにおいては、プライマリー・ヘルス・ケア活動は活発に展開されており、コミュニティーレベルの保健サービス水準は、途上国としては比較的高い方だといえる。また、下痢症、急性呼吸器感染症、予防接種などの個別的な感染症対策は、エイズを除いて一定のレベルに達していると考えられる。さらに、人材や施設に関しては、病院の施設面での問題を除いて、最低限の人材、機材、施設が整備されている。

問題となるのは、農村の保健所を中心に行われているプライマリー・ヘルス・ケア（予防的活動）を中心とした第一次（保健）医療と、中央レベルでの高度な第三次医療の中間をつなぐ第二次医療機関である地域中核病院の機能の脆弱さ、換言するとリファラル・システムが確立されていない点である。住民は保健所レベルで治療ができない時には、たとえそれが第二次医療機関におけるケアで十分な場合でも、より質の高いサービスを求めて第三次医療機関を訪れる。そのため、第三次医療機関は単なる風邪や通常分娩の患者も含めて常時混雑し、重症患者の治療という本来の機能を果たせないでいる。

従来、多くの海外ドナーは、チャイルド・サバイバルなどを中心にプライマリー・ヘルス・ケアに援助を集中し、それなりの効果をあげてきた。また、政府による医療体制整備は、都市部の大病院を中心に行われてきた。そのため、第二次医療機関（地域中核病院）の機能とそれに伴うリファラル・システム整備は、今まで見落とされてきた分野であり、今後効果的な保健医療ネットワークを確立するうえで重要な課題である。

また、保健省管轄の病院や保健所と、社会保険庁管轄の社会保険病院との機能の連結を図る試みも始められている。

(2) 保健医療サポート・システム

1）研究及び検査体制

中央検査室の下に各衛生地域の地域検査室があり、顕微鏡検査、血液、生化学、血清、細菌、寄生虫検査、血液銀行、その他の活動を行っている。例えば、エイズに関しては、地域検査室レベルでエルイサ（Elisa）法は可能であり、ウェスタン・ブロット（Western Blot）法は中央検査室に依頼している。

研究機関については、国立病院及び中央検査室で研究活動がなされているのみであり、特別な研究機関は存在しない。（ホンデュラス共和国ヘルス・セクター・レビュー）

2）保健医療情報管理システム（MIS-Management Information System）

各保健所レベルでの外来患者記録、予防接種状況、届出義務のある疾患、世帯調査（家族センサス）、マラリア・結核・エイズ・その他の特別な疾患、保健医療人材登録、食糧供与管理記録、患者転送記録、狂犬病予防接種記録、などの報告用紙が定められており、毎週、届出義務疾患とコールド・チェーンの状況報告が義務付けられている。そのほか、結核、エイズ、コレラ、ポリオなどを始めとするサーベイランス・システムが確立されている。情報は、まず地区（衛生局）に送られ、次いで地域レベル（衛生局）では、これら報告書の月単位の統計をまとめ、中央へ送る。また、1991年、保健省は、出生、死亡統計の整備のために、市町村を巻き込んだ情報管理システムの整備を開始した。

一般的な問題点として、情報源である保健所における情報利用の不備などが、個々のレベルで指摘される。

情報管理システムのコンピューター化に関しては、USAIDなどの協力のもとに、中央レベル（保健省）及び全ての衛生地域にコンピューターが導入され、各種プログラムが開発され効を奏している。近年、一部の病院に対してもコンピューターが導入され、情報管理システムの改善が図られている。（ホンデュラス共和国ヘルス・セクター・レビュー）

3）プライマリー・ヘルス・ケア活動のためのシステム整備

各保健所レベルでの医薬品管理（在庫目録整備など）、資機材維持管理（カルテ整理なども含む）をシステム化し効果的な監督を促進するためのマニュアルの作成、それに基づくスタッフのトレーニングなどが、USAIDの「ヘルス・セクター・プログラム」の下に行われ、整備が進んだ。

(3) 保健医療財政

1）保健省予算

1993年の保健省の予算は6億1,250万レンピラで、国家全予算中10.5%を占めている。このうち、32.7%にあたる2億20万レンピラは外国援助である。内訳は以下のとおりである。

（単位100万レンピラ）

| | |
|---|---|
| 生活環境衛生及び健康増進 | 26.8（ 4.4%） |
| 感染症対策及び保健所外来診察 | 87.3（14.3%） |
| 病院医療 | 215.4（35.2%） |
| 栄養及び食糧 | 0.4（ 0.1%） |
| 管理・人事 | 34.2（ 5.6%） |
| 保健省各課予算 | 9.8（ 1.6%） |

| | |
|---|---|
| 内外機関への拠出金 | 10.7 ( 1.7%) |
| 保健施設建設 | 61.2 (10.0%) |
| 機材その他 | 17.7 ( 2.9%) |
| 内外機関への拠出資本 | 148.9 (24.3%) |
| 合計 | Lps.612.5 (100 %) |

(出典：「ホンデュラス共和国ヘルス・セクター・レビュー」)

保健省に対して、平均して国家全予算の10%を下らない予算が配分されていることは、相対的には妥当であると考えられるが、一方、1992年の一般購買力は1982年の水準に、また、医薬品購買力に関しては1986年の水準にまで低下している。さらに、病院に対するサービス需要は300%増加しており、これらの諸要因を考慮すると、料金徴収（費用回収制度）の促進とともに、より効率的な予算作成及び実施のための体制整備が求められる。

(「保健省の必要に応じた計画、予算過程を体系的に行うための提案（和訳)」MSH)

このため、USAIDの委託を受けた受けたアメリカの民間組織であるMSH(Management Sciences for Health)は、「ヘルス・セクターⅡ」プロジェクト（1988～95年）の一環として、「保健省のニーズに応じた計画・予算過程の体系的実施案」を打ち出した(1993年9月)。同実施案では、限られた財政資源の有効利用を目的として、優先度別プログラムに基づいた実質予算の作成計画、スタッフのトレーニング、中央及び地方レベルにおける調整、監督などに関する詳細な計画が含まれている。

2）財政問題

保健省は慢性的な財政赤字を抱えており、その解決策として、保健所、病院レベルでの利用料金（Users' Fee）を徴税、確保し、財政管理を強化するための費用回収のシステムが1990年に法律で承認され、推進されている。これに際して、「回収費の取扱いに関するマニュアル（El Manual Para la Administracion de los Fondos Recuperados)」が作成され、回収された資金の現場（保健医療施設）での利用上の規定が明確化されている。1992年度の全施設での費用回収金額は809万レンピラで、これを上記の1993年度の保健省予算と比較すると、その1.3%に相当する。また、保健省予算の59%は、人件費、23%は医薬品その他の供給に用いられている。

この費用回収制度導入のほかに、市町村や経済団体、コミュニティーの民間団体、各種グループからの資金協力を得る努力、病院の手術設備・検査サービスを民間レベルに提供し収入を得るなどの工夫がなされているが、国家予算の増大があまり期待できない状況において、これらは更に強化されるべき方策であると考えられる。さらに、根本的