に少ない財源を効率的に利用するための財政管理面には未だ問題が多く、管理システムの整備、管理能力の育成が急務である。(ホンデュラス共和国ヘルス・セクター・レビュー)

このような問題への取組みを促進するうえで、財政面の現状を、更に詳しく把握し、分析する必要があり、以下のような項目に関しての情報、データが収集されるべきである。

① 公表予算ではなく、実際に配分されている予算(推定)額

② 私立病院や民間医療、薬局での医薬品の購入などを含めて国民が支出している医療費総額の推定

③ 病院及び保健所における歳入・歳出(料金、機材の修理・維持・管理費も含める)のバランス

5－3 疫病構造及びその要因

5－3－(1) 全般

(1) 死亡原因

報告された死亡原因の第1位は高血圧や虚血性心疾患などの循環器疾患である。続いて下痢やARIなどの腸管及び呼吸器感染症があげられる。ホンデュラスの特徴は、事故あるいは他殺による死亡が、それぞれ6.1%、5.1%と上位を占めていることである。他の途上国と同様に、ガンによる死亡は比較的少ない。報告された死亡の11%のみが医師によって確認されたという最近の評価があり、死亡統計の解釈にあたっては、注意が必要である。

表5－2 死因:総数17,363死亡例の内訳(1988)

	死亡数	%
虚血性・高血圧性疾患		
肺循環疾患、及び他の心疾患	2,901	16.7
腸管感染症	1,477	8.5
呼吸器感染症	1,268	7.3
消化管疾患	1,072	6.2
事故及び傷害	1,063	6.1
他殺	893	5.1
悪性腫瘍	877	5.1
脳血管疾患	785	4.5
神経系疾患	332	1.9
周産器疾患	291	1.7
その他	2,289	13.2
定義不明例	4,177	23.8

表５－３　厚生省病院における院内死亡統計（1990）

	死亡数	%
タンパク・カロリー欠乏症	150	4.2
敗血症	137	3.9
エイズ	122	3.5
気管支肺炎	107	3.0
肺結核	105	3.0
定義されない腸感染症	96	2.7
他の型の栄養失調	91	2.6
不整脈	90	2.5
新生児特有感染症	90	2.5
心不全	82	2.3
その他	2,157	61.1
	3,530	100.0

出典：大原専門家、ホンデュラス共和国ヘルス・セクター・レビュー第２版　p.8

(2)　乳幼児死亡率

乳児死亡率は1970年には113（出生1,000対）で、1988年には67に順調に減少している。同様に５歳未満児死亡率も1970年には168、1988年には96と減少している。地域差が大きく、首都テグシガルパの位置するフランシスコ・モラザン県では59、第二の都市サンペドロスーラの位置するコルテス県では74に対して、トルヒーヨの位置するコロン県では100、最も高いレンピラ県では125である（1980年）。

乳児の死亡原因としてはARI、下痢症が、それぞれ21.8%、19.0%と感染症が多いが、分娩に関する原因、未熟児、先天奇形など新生児医療に関する死因も多い。

図５－２　乳児死亡率と５歳未満児死亡率の推定推移　1970～1988
（出生1,000対）

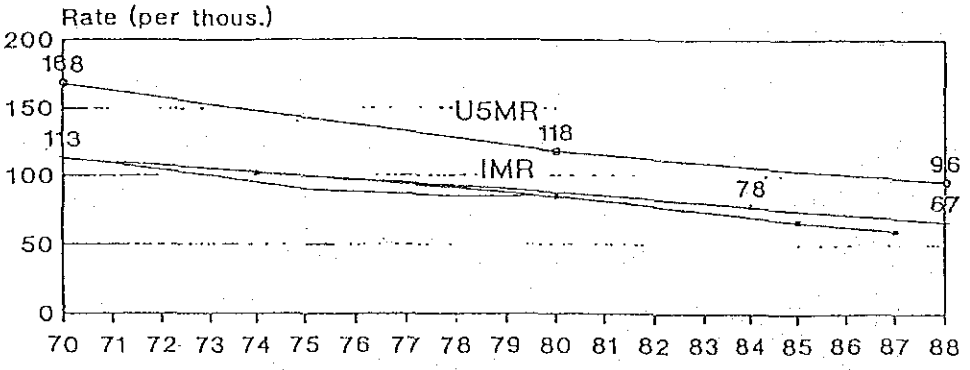
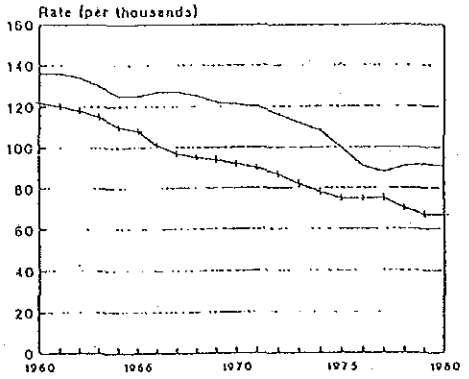


図５－３　都市部及び農村部の乳児死亡率の推定推移　1960～1980

（出生1,000対）



——　農村部　　-+-+-+-　都市部

出典：Children in Honduras, UNICEF. p.34, 35

表５－４　県別乳児死亡率　1980年（1970-80年の減少率別）

	乳児死亡率	衛生地域	減少率%	推定率
最も死亡率高い（100以上）	107		18	88
レンピラ（Lempira）	125	5		120
コパン（Copan）	110	5		98
インティブカ（Intibuca）	102	2		93
グラシャス・アディオス（Gracias a Dios）	101	8		87
オランチョ（Olancho）	101	7		92
コロン（Colon）	100	6		88
オコテペケ（Ocotepeque）	100	5		92
ラパズ（La Paz）	100	2		85
死亡率高い（80-100）	87		25	77
バレ（Valle）	95	4		85
ヨロ（Yoro）	91	3		82
エル・パライソ（El Paraiso）	90	1		80
サンタ・バーバラ（Santa Barbara）	87	3		75
チョルテカ（Choluteca）	82	4		70
アトランティダ（Atlantida）	82	6		71
死亡率低い（80以下）	67		32	57
コマヤグア（Comayagua）	76	2		64
コルテス（Cortes）	74	3		65
フランシスコ・モラザン（Francisco Morazan）	59	1		48

乳児死亡率：出生1,000対
（出典：Children in Honduras, UNICEF. p.37）

図５－４　県別乳児死亡率

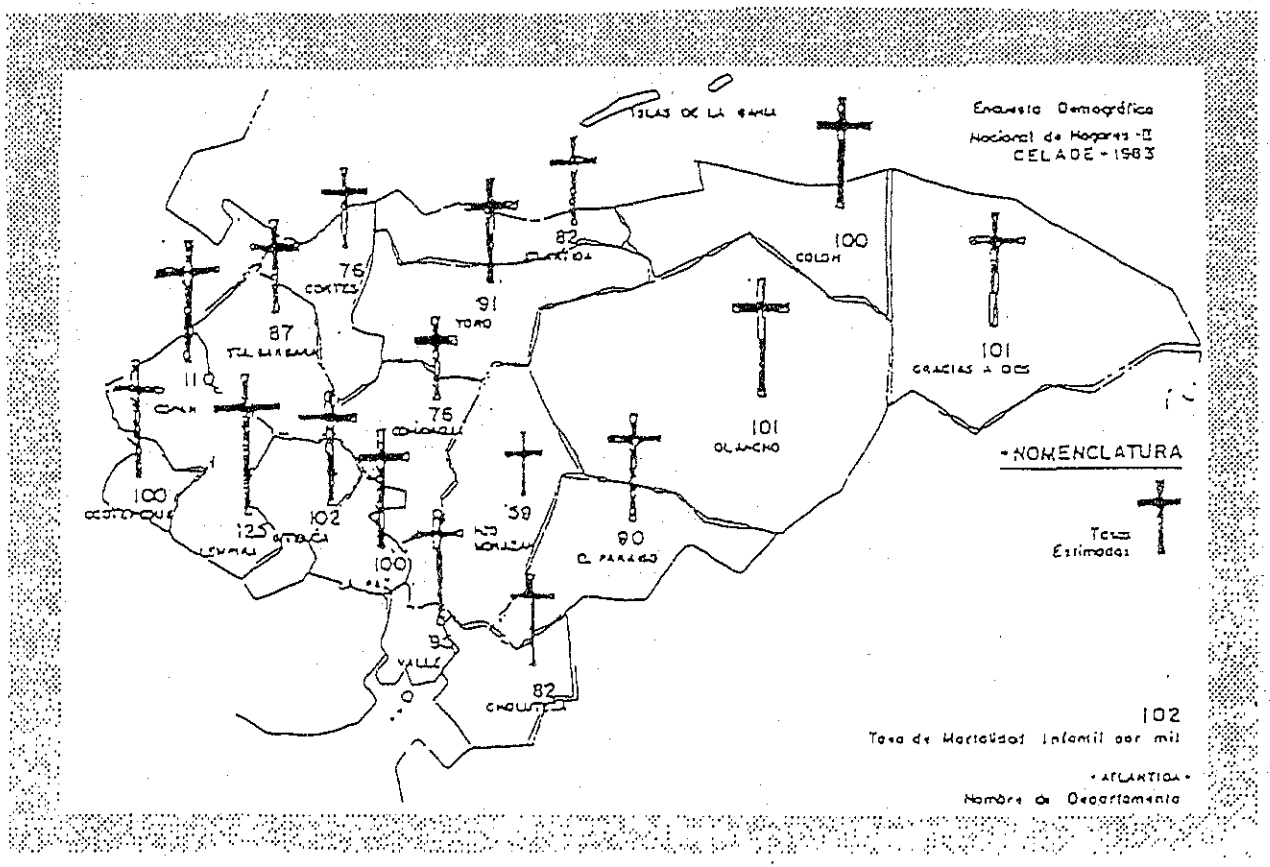

Encuesta Demográfica
Nacional de Hogares -II
CELADE - 1983
ISLAS DE LA BAHIA
100
COLON
101
GRACIAS A DIOS
82
ATLANTIDA
76
CORTES
91
YORO
87
TEGUCIGALPA
110
OLANCHO
101
OLANCHO
76
COMAYAGUA
100
OCOTEPEQUE
125
LEMPIRA
102
SANTA BARBARA
100
LA PAZ
59
EL PARAISO
90
EL PARAISO
82
CHOLUTECA
NOMENCLATURA
Tasa Estimada
102
Tasa de Mortalidad Infantil por mil
ATLANTIDA
Nombre de Departamento

表５－５　乳児死亡原因（1991／92）

急性呼吸器感染症	21.8%
分娩に関する原因（敗血症・仮死など）	20.0
下痢症	19.0
未熟児	11.5
先天奇形	5.4

出典：大原専門家、ホンデュラス共和国ヘルス・セクター・レビュー第２版　p.8

(3)　疫病構造

ホンデュラスの疫病構造の特徴は、開発途上国特有の呼吸器及び消化器系の感染症、熱帯・亜熱帯気候特有の感染症が多い。

これらの疫病は、乳幼児・小児の比率が高く、その結果として乳幼児死亡率が高くなっている。予防接種によって予防可能な疾患は減少している。５歳未満の栄養失調（年齢に対する体重で表す低体重）は、全国栄養調査によると、1966年の43%から1987年の38%へと改善している。

青少年に関する研究は、あまり行われていないが、飲酒、喫煙、薬物依存、精神病が増加する徴候がみられる。成人の間では、暴力・事故が重要な問題である。女性に関しては、1987年の全国栄養調査によると、出産年齢の女性の12.3%が何らかの貧血に罹っていた。また、悪性腫瘍の診断を受けた全患者の38%、女性患者の53%が子宮頸ガンの診断であった。

ホンデュラスでは54歳以上を「老人」と分類しているが、この層は人口の6.5%にすぎない。老人に多い疾患は心疾患、感染症、腫瘍などのほかに、貧困に起因する栄養障害、関節性疾患、視覚障害などが問題になっている。老人の医療ケアは、まだまだ不十分であり、老人や障害者の看護ホームは全国に５つあるにすぎない。

表５－６　人口10万人対罹病率1984-1988

	1984	1985	1986	1987	1988
呼吸器感染症	2,688.6	7,530.5	9,322.1	13,839.4	14,409.6
下痢症	4,373.2	4,462.1	4,732.3	6,210.8	5,965.9
マラリア	645.9	773.7	645.3	410.1	619.3
淋菌感染症	195.7	161.8	144.2	183.4	142.4
梅毒	111.0	98.7	99.4	125.5	85.7
結核	46.0	49.2	77.1	84.7	77.1
感染性肝炎	38.8	37.2	35.4	36.2	38.9
麻疹	118.8	148.1	13.4	30.9	24.1
腸チフス	11.0	4.3	6.1	7.8	10.5
リューシュマニア症	4.1	4.4	8.1	6.5	6.6
デング	8.8	7.0	12.6	4.3	20.0

出典：Health Conditions in the Americas, 1990 Vol.II, PAHO／WHO
原典：Ministry of Public Health and Social Welfare

表５－７　入院疾患：退院患者主要疾病　1985-1987

	1985	1986	1987
正常分娩	32,898	33,032	32,479
流産	5,508	6,151	6,053
他の胎児または胎盤の問題	3,161	4,731	4,801
定義されない腸感染症	4,628	4,485	3,585
喘息	2,051	2,243	2,329
アルコール症	1,893	1,966	2,068
早産		1,910	1,863
鼠径ヘルニア	1,658	1,794	1,681
遷延分娩		1,553	1,592
気管支肺炎	1,768	1,537	2,221
計	120,980	125,911	135,999

出典：Health Conditions in the Americas, 1990 Vol.II, PAHO／WHO
原典：Ministry of Public Health and Social Welfare

表５－８　外来患者の主要疾病　1982-1985

	1982		1985	
	患者数	%	患者数	%
定義されない腸感染症	23,308	8.0	9,642	7.1
腸管寄生虫症	22,682	8.9	9,383	6.9
インフルエンザ	14,606	5.7	5,541	4.1
貧血	15,349	6.0	4,831	3.6
急性扁桃腺炎	5,921	2.3	4,239	3.1
気管支炎	8,929	3.5	3,729	2.7
風邪	6,761	2.7	3,123	2.3
栄養失調	7,707	3.0	3,120	2.3
尿道疾患	7,093	1.6	2,819	2.1
喘息	…	…	2,317	1.7

出典：Health Conditions in the Americas, 1990 Vol.II, PAHO／WHO
原典：デイリー・レポートからの５％ランダム・サンプル、厚生省

5－3－(2) 個々の疾患と対策プログラム

(1) 予防接種拡大プログラム（EPI）

予防接種は1981年から義務化された。予防接種カードの提示がデイ・ケア・センター、政府の保健施設などで求められる。全ての保健サービス施設で活動が行われているほか、年に数回、大規模予防接種キャンペーンが実施される。予防接種率、疫学的サーベイランス・システム、コールド・チェイン等かなり満足できるレベルを維持しており、ポリオ、はしか、破傷風、百日咳、ジフテリアなどワクチンによる予防可能疾患の症例数は順調に減少を続けている。

ポリオに関しては、1984年に主にポリオ・ウイルスＩにより患者が急増し（57例）、しかも42％の患者は、ワクチンを受けており、コールド・チェインの欠陥、他のエンテロ・ウイルスによる腸内介入が懸念されたが、その後は、1987年に13例、1988年に５例と着実に減少した。結局、PAHOを中心とするアメリカ大陸全体のポリオ根絶計画の成功により、1990年度以降、症例数はゼロになっている。

厚生省は、年に１回の全国予防接種キャンペーンを実施し、接種率の向上に努めている。また、各保健所レベルで、予防接種など種々の保健施策の基本台帳にも使える『予防接種リスト』（村落単位の全ての１歳以下の乳児をカバーしたリスト）が導入されている。ワクチン供給は比較的良好に機能しているが、灯油冷蔵庫を利用している保健所を除いて、中央・地域レベルでは保管に電気冷蔵庫を利用しており、頻発する停電によって品質に影響を受ける懸念もある。

	ポリオ（%）	はしか（%）	DPT（%）	BCG（%）
１歳未満予防接種率（1991）	93	86	94	106
５歳未満予防接種率（1991）	86	94	82	86

	ポリオ	はしか	百日咳	ジフテリア	破傷風
届出症例数（1991）	0	95	89	0	18
罹　病　率（1991）	0	1.96	1.83	0	0.37

（人口10万対）

(2) 下痢症対策（CDD）プログラム

従来、乳児死亡原因の１位を占め、現在も保健所外来診療の１位の罹病率を占める疾患であり、厚生省母子保健課の中でも重点項目である。社会、経済、環境的因子が発病と密接にかかわり、特に住居条件、親の教育、育児行動（母乳、離乳、出産の間隔等）が下痢の罹病率に影響している。厚生省は脱水症状を防ぐORS（Oral Rehydration

Solution: 経口補液）の普及に努めているが、最近の教育病院におけるスタディで、医師が下痢症に対し不必要な抗生物質投与を頻繁に行っているといった問題点が指摘された。厚生省は、下痢症治療に対するガイド・ラインの改正、及びスタッフの再教育、経口補液普及の拡充、住民教育などに力を入れている。近年のコレラ問題の影響で、住民の関心と予防対策、ORSの普及率などが改善している。

罹病率（1991）：急性下痢症・・・6,629
腸チフス・・・・　2.7　（人口10万対）

(3) 急性呼吸器感染症（ARI）対策プログラム

最近のデータでは、ARI（Acute Respiratory Infection）は乳幼児において最も重要な疾患とみなされており、1991／92の全国疫学家族保健サーベイでは乳児死亡原因の第1位を占めていた。社会・経済的状況がARIの罹病率、死亡率の違いに大きく影響している。雇用や教育の機会がより多く、生活条件、保健サービスへのアクセスにより有利な都市部では農村部より低く、また、水道、水洗トイレの有無、料理に使用する燃料、住居の建築材料も関連している。厚生省では、USAIDの協力のもとでARI治療に対するガイド・ラインの改定、スタッフの再教育、各保健所へのネブライザーの供与、母親教育キャンペーンの実施計画などに努力を払っている。

罹病率（1991）：軽症・・・・8,795
中等症・・・9,461
重症・・・・　331　　（人口10万対）

表5－9　下痢症及び急性呼吸器感染症の5歳未満児の有病率　1987
（インタビュー前15日以内についての母親の記憶による）

	衛生地域								全国
	M	1	2	3	4	5	6	7	
下　痢　症	22.9	26.9	30.1	29.7	23.4	27.1	28.3	38.2	28.0%
急性呼吸器感染症	69.0	70.3	74.5	63.7	75.4	69.4	70.9	75.1	69.6%

出所：全国栄養調査1987

(4) その他の感染症プログラム

a) 結核

結核対策は、予防・診断・治療とフォロー・アップからなり、サーベイランス・システム、治療完了率など比較的よく実施されてきた。1993年に実施された国レベルの新患者のコホート分析では、治癒率88.0%、中断は3.8%であった。しかし、現在はエイズに関連して患者数が増加し、新たな関心が持たれている。1986年から1993年10月の間に814ケースのエイズ患者の結核例が報告されているが、これは同期間に結核の診断を受けたケースの2.5%にあたる。また、この814ケースは、同期間に報告されたエイズ患者3,193の25.5%にあたる。

罹病率（1991）肺結核・・・・・89

その他の結核・・ 5　（人口10万対）

死亡率（1991）： 3　（人口10万対）

表5－10　新患者のコホート分析による治療評価　1988－1992

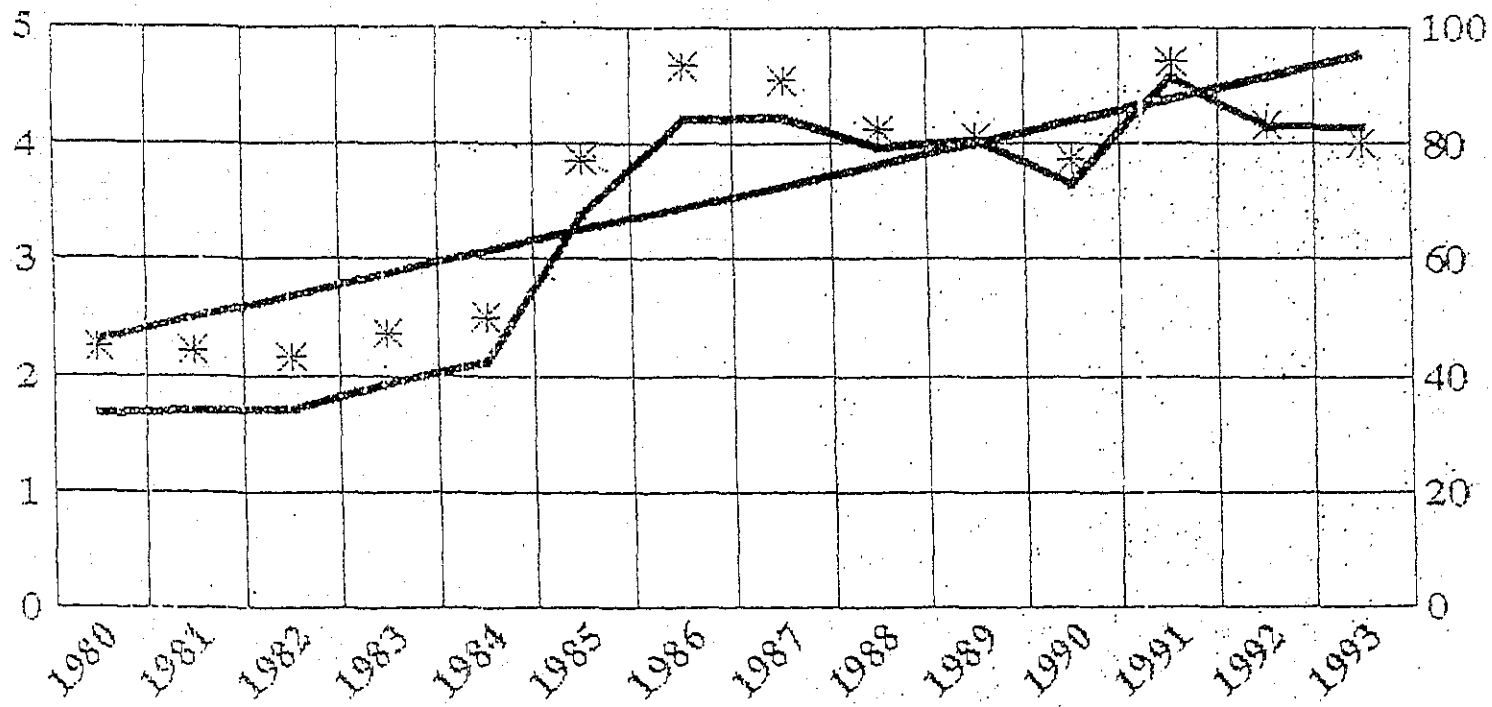
年	1988	1989	1990	1991	1992
治癒率	68.6	71.3	74.1	87.2	88.0
中断率	9.4	10.6	8.2	4.5	3.8

表5－11　結核とエイズの関係

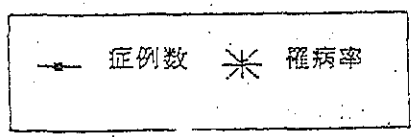
	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
結核ケース	4213	4307	3962	4026	3647	4560	4155	4144
結核＋エイズ	5	40	47	54	94	119	231	2 24
%	0.1	0.9	1.2	1.3	2.6	2.6	5.6	6.5
エイズケース	13	103	189	256	596	497	734	799
エイズ＋結核	5	40	47	54	94	119	231	224
%	38.5	38.8	24.9	21.1	15.8	23.9	31.4	28.0

出典：厚生省、Informe de las Principales Actividades Realizadas en el Programa Control de la Tuberculosis durante el Ano 1993.

図５－５　ホンデュラスにおける結核の推移（症例数と罹病率）　1980-1993

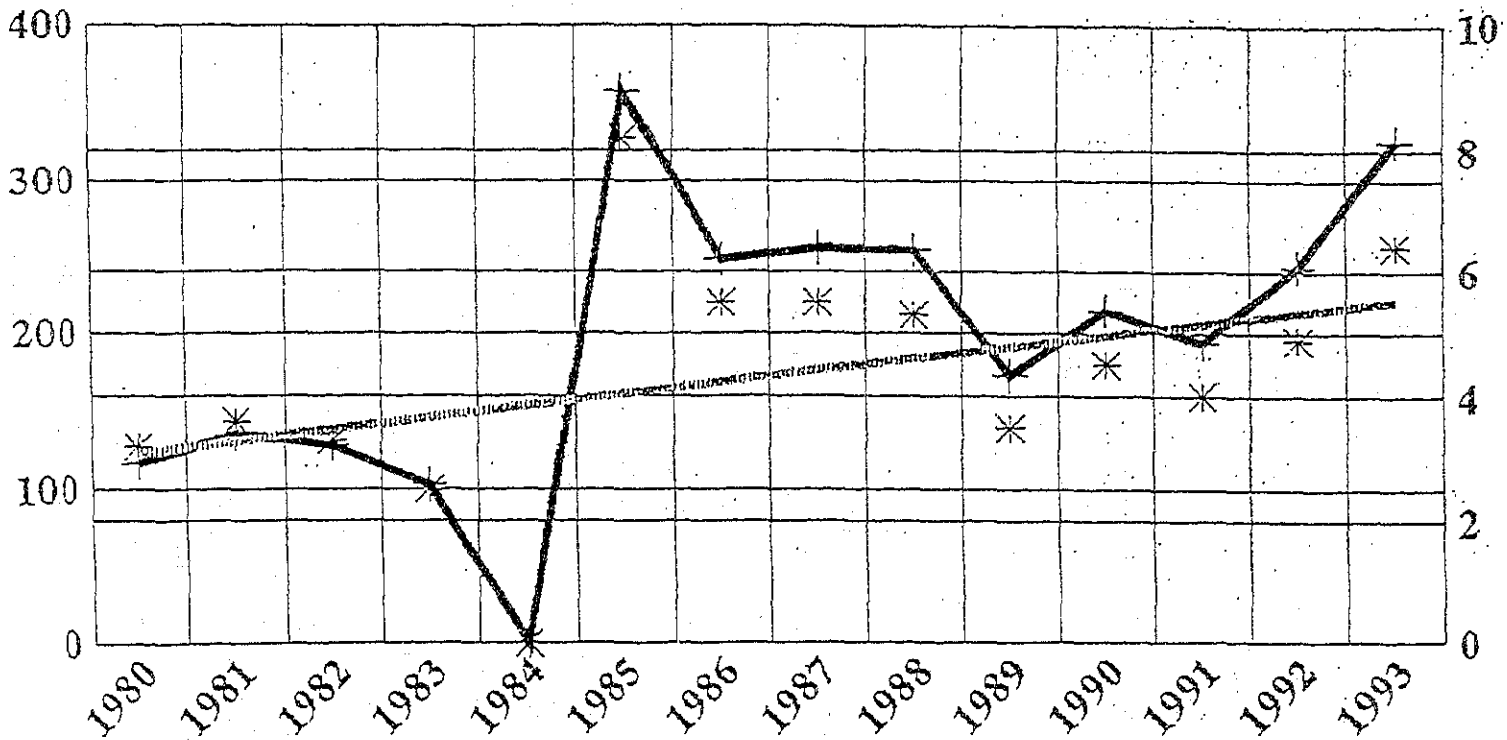


症例数	1.674	1.696	1.714	1.935	2.12	3.377	4.213	4.227	3.962	4.026	3.647	4.56	4.155	4.144
罹病率	45	44.4	43.3	47.3	50.1	77.2	93.3	90.8	82.5	81.3	77.3	94	83.3	80.1



出所　：PROGRAMA CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

図５－６　ホンデュラスにおける結核による死亡率の推移　1980-1993



死亡数	117	136	129	103	0	358	248	255	254	173	215	194	243	326
死亡率	3.2	3.6	3.3	2.5	0	8.2	5.5	5.5	5.3	3.5	4.5	4	4.9	6.4

＋ 死亡数　✳ 死亡率

出所　：PROGRAMA CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

b）エイズ

ホンデュラスにおける初のエイズ患者は1985年に確認されたが、その後、症例数は増加の一途をたどり、現在患者数は中米の全症例の半数以上を占め、非常に重大な問題となっている。1993年8月末日までに報告された患者総数は3,003例であり、感染経路としては性行為によるものが92.1%（異性間79.3%、ホモセクシュアル4.3%、バイ・セクシュアル8.5%）、輸血・血液製剤によるもの1.3%、母子感染によるもの3.8%、麻薬注射によるもの0.1%、不明が2.8%であり、男女比は男性が67.1%であった。年齢層では20歳代が41.7%、30歳代が29.8%で両者で全体の71.5%を占めている。HIV抗体陽性者は4,549人であるが、実際は3万人を超えているだろうともいわれている。

保健地区別では、サンペドロスーラ市のある第三地区が患者の52.6%を、首都圏地区が15.1%を占めている。都市別では、サンペドロスーラに40.3%、首都テグシガルパに17.5%の患者が集中している。第二の都市であるサンペドロスーラ市においては患者数は人口10万人あたり259.4人であり、抗体陽性率の調査では、妊婦3.6%（1991）、売春婦35%（1990）、ホモセクシュアル46%（1990）という非常に高い結果が出されている。

また、同市に位置する国立病院の1つである、マリオ・カタリノ・リバス病院の1992年度の院内死亡疾病原因の第1位は、エイズによるものであった。

1989年まで、エイズ対策は性行為感染症コントロール・プログラムのもとに行われていたが、同年エイズ・コントロール国家プログラムが設置され、エイズ国家委員会（COMSIDA）が再編成された。1993－1995年の国家計画では、次の3点を目標にあげている。

1．HIV感染の予防

2．HIV感染の個人あるいは社会へのインパクトの軽減

3．国及び国際エイズ対策努力の動員と統合

活動としては患者・抗体陽性者に対する取扱い方を中心にしたヘルス・スタッフの教育、思春期層・女性にターゲットを置いた教育キャンペーン、コンドーム普及、厚生省内及び他の公的・私的機関、国外の協力機関との資源の調整に重点を置いている。

検査体制は、中央試験所を中心に、レファレンス試験所、衛生地域の試験所、地区病院と、4レベルの試験所があり、検査の品質管理を行っている。

表５－12　1985－1993年、８月の年別及び性別エイズ症例数

年	男性	(%)	女性	(%)	合計
1985	4	100.0	0	0.0	4
1986	9	69.2	4	30.6	13
1987	67	65.0	36	35.0	103
1988	122	64.6	67	35.4	189
1989	166	64.8	90	35.2	256
1990	384	64.4	212	35.6	596
1991	347	69.8	150	30.2	497
1992	513	69.9	221	30.1	734
1993	401	65.8	208	34.2	609
合計	2013	67.1	988	32.9	3001

注）不明であった２人の男性患者がおり、合計は3,003であった。

出所：Programa de Control de SIDA, Division de Epidemiologia

表５－13　1985－1993年、８月の年別及び衛生区別エイズ症例数

	1985	(%)	1986	1987	1988	1989	1990	(%)	1991	1992	1993	(%)	Total	(%)
Mero	1	25.0	2	18	22	27	94	15.8	80	117	93	15.3	454	15.1
	-	-	-	-	6	10	15	2.5	6	21	20	3.3	78	2.6
Region#1	-	-	1	2	9	8	46	7.7	38	32	48	7.9	184	6.1
Region#2	3	75.0	10	62	118	148	311	52.2	255	436	345	56.7	1688	56.2
Region#3	-	-	-	4	3	7	20	3.4	27	23	22	3.6	106	3.5
Region#4	-	-	-	3	12	28	38	6.4	42	48	43	7.1	214	7.1
Region#5	-	-	-	14	18	25	66	11.1	38	40	32	5.3	233	7.8
Region#6	-	-	-	-	1	3	5	0.8	10	14	1	0.2	34	1.1
Region#7	-	-	-	-	-	-	1	0.2	1	3	3	0.5	8	0.3
Region#8	-		-	-	-	-	-	0.0	-	-	2	0.3	2	0.1
TOTAL	4	100.0	13	103	189	256	596	100.0	497	734	609	100.0	3001	100.0

出所：AIDS CONTROL PROGRAM, DIVISION OF EPIDEMIOLOGY

表5－14　1985－1993年、8月の年別及び都市別エイズ症例数

	1985	(%)	1986	1987	1988	1989	1990	(%)	1991	1992	1993	(%)	Total	(%)
San Pedro Sula	2	50.0	5	41	82	115	216	36.2	183	309	255	41.9	1208	40.3
Tegucigalpa	1	25.0	2	18	22	24	88	14.8	76	113	90	14.8	434	14.5
La Ceiba	-	-	-	5	7	7	16	2.7	9	9	8	1.3	61	2.0
El Progreso	1	25.0	1	6	7	5	20	3.4	17	16	12	2.0	85	2.8
Comayagua	-	-	-	-	2	5	27	4.5	13	8	29	4.8	84	2.8
Puerto Cortes	-	-	3	3	3	4	9	1.5	3	20	4	0.7	49	1.6
Santa Rosa Copan	-	-	-	1	6	5	13	2.2	7	15	8	1.3	55	1.8
Tela	-	-	-	3	3	2	11	1.8	10	11	9	1.5	49	1.6
Choluteca	-	-	-	1	-	4	8	1.3	7	6	4	0.7	30	1.0
Choloma	-	-	-	4	2	2	7	1.2	6	16	20	3.3	57	1.9
Santa Barbara	-	-	-	1	2	2	2	0.3	1	17	5	0.8	30	1.0
La Entrada	-	-	-	-	-	5	4	0.7	5	2	8	1.3	24	0.8
Trujillo	-	-	-	2	-	3	3	0.5	4	2	1	0.2	15	0.5
Siguatepeque	-	-	1	-	4	-	4	0.7	8	2	7	1.1	26	0.9
Viilanueva	-	-	-	-	3	4	5	0.8	8	3	10	1.6	33	1.1
San Marcos Oc.	-	-	-	-	1	2	3	0.5	2	1	-	0.0	9	0.3
Porerillos	-	-	-	2	3	1	6	1.0	-	5	3	0.5	20	0.7
Olanchito	-	-	-	-	1	1	3	0.5	2	1	3	0.5	11	0.4
La Florida	-	-	-	1	-	2	4	0.7	1	4	2	0.3	14	0.5
El Porvenir	-	-	-	-	1	1	-	0.0	-	-	2	0.3	4	0.1
Cotrada	-	-	-	-	2	2	3	0.5	-	8	5	0.8	20	0.7
La Lima	-	-	1	1	4	4	9	1.5	9	6	9	1.5	43	1.4
Yoro	-	-	-	-	-	1	2	0.3	1	4	5	0.8	13	0.4
Danli	-	-	-	-	-	-	2	0.3	2	3	4	0.7	11	0.4
El Paraiso	-	-	-	-	-	1	1	0.2	-	5	5	0.8	12	0.4
La Paz	-	-	-	1	-	-	1	0.2	3	4	1	0.2	10	0.3
Juticalpa	-	-	-	-	-	-	2	0.3	3	7	1	0.2	13	0.4
San Lorenzo	-	-	-	-	-	-	1	0.2	4	3	8	1.3	16	0.5
Gracias Lempira	-	-	-	-	-	-	1	0.2	2	1	1	0.2	5	0.2
Catacamas	-	-	-	-	-	1	1	0.2	2	1	-	0.0	5	0.2
Ocotepeque	-	-	-	-	-	-	-	0.0	3	4	1	0.2	8	0.3
Nacaome	-	-	-	-	-	-	-	0.0	1	-	1	0.2	2	0.1
Amapala	-	-	-	-	-	-	-	0.0	-	1	1	0.2	2	0.1
San Nicodas Copan	-	-	-	-	-	-	1	0.2	-	2	-	0.0	3	0.1
Macuehzo	-	-	-	-	-	-	-	0.0	-	-	4	0.7	4	0.1
他の都市	-	-	-	13	33	52	122	20.5	100	125	79	13.0	524	17.5
不明	-	-	-	-	1	1	1	0.2	5	-	4	0.7	12	0.4
Total	4	100.0	13	103	189	256	596	100.0	497	734	609	100.0	3001	100.0

出所：AIDS CONTROL PROGRAM, DIVISION OF EPIDEMIOLOGY

表５－15　年別献血者中のHIV抗体陽性率

年	陽性率（%）
1987－88	1.08
1989	0.41
1990	0.34
1991	0.40
1992	0.57
1993	0.71

出所：AIDS CONTROL PROGRAM, DIVISION OF EPIDEMIOLOGY

c）媒体動物コントロール（マラリア・デング・シャーガス・リューシュマニア症）

罹病率（1991）：

マラリア・・・・・	1,511	
デング熱	121	
デング出血熱	0.08	
リューシュマニア症	41	（人口10万対）

Verticalに行われてきた活動を他のプライマリー・ヘルス・ケア・プログラムとの統合によるhorizontalなものにするため、媒体動物コントロール課の再編成・再検討、マニュアル作成が試みられている。また、より効果的なサーベイランスのための地域レベルへのコンピューター導入によるシステム改善がなされている。現在、同課では1992年10月のWHOのマラリア・コントロールに関する世界会議の結果も考慮し、住民教育の強化と住民参加による個人防御・住環境の改善、及びインパクトを考慮した選択的な殺虫剤投与を対策の中心に掲げている。

c－1　マラリア　Malaria

マラリアはARI、下痢症についで第3位の罹病率を占める重要な疾患である。1956年に殺虫剤の使用を中心として始められたマラリア撲滅プログラムは、予算の削減と一部媒体蚊の殺虫剤耐性の問題から1979年にマラリア・コントロール・プログラムに改められた。マラリアはホンデュラス国内に広く分布しており、マラリア危険地は全国の88.6%、マラリア危険地に居住する人口は総人口の66.2%に及ぶ。過去5年間の症例数は増加しており、1991年には73,352人であった。増加は特に衛生区Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳで顕著で、1991年の全国発生件数の86%は、この4区で発生している。Ⅲ、Ⅳ区では農業開発地域への人口の移動が原因としてあげられる。季節的には、雨季の始まる7月から増加する。性別では男性にやや多く、年齢的には、5歳から49歳までに多い。

対策としては、患者の適切な診断と治療、殺虫剤の屋内散布、水溜まりの除去等の衛生環境改善、殺虫剤による蚊の幼虫対策があげられているが、その実施は技術的、政治的、社会文化的、経済的要因により不定期的になりがちで、成果をあげるまでには至っていない。

表5－16　1987－1991マラリア症例数

年	マラリア人口	検査サンプル数	陽性数	P.VIVAX	P.FALC.	混合	API
1987	4,325,169	388,509	19,095	18,352	546	197	4.41
1988	4,474,208	421,774	29,737	29,332	369	36	6.65
1989	4,620,333	394,510	46,177	45,810	326	41	9.99
1990	4,717,296	418,513	53,099	52,440	632	27	11.26
1991	4,853,196	168,811	73,352	71,621	1,644	87	15.11

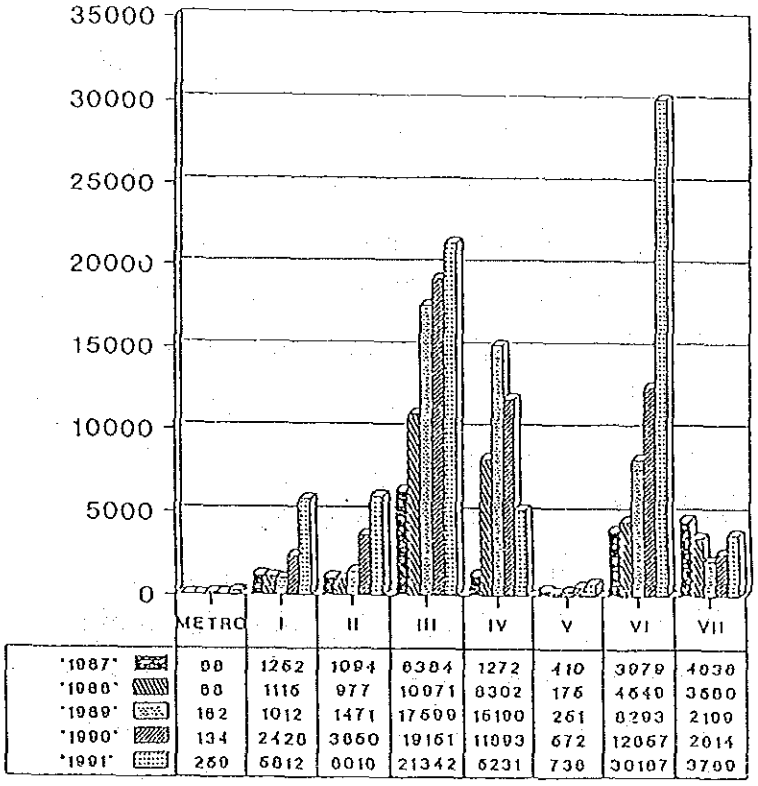
API＝検査陽性例／マラリア人口×1,000

表5－17　年齢グループ別マラリア症例数　1987－1991

年	合計症例数	年齢グループ別症例数					年齢・性別不明
		～1	1～4	5～14	15～49	50～	
1987	19,095	230	2,981	6,457	9,289	…	138
1988	29,737	307	4,108	10,621	14,495	…	208
1989	46,177	433	6,201	17,382	19,652	2,068	441
1990	53,099	535	6,543	19,900	23,068	2,391	362
1991	73,352	818	9,770	26,947	31,774	3,430	613

出所：DEPT. OF STATISTICS, D.E.T.V.

図５－７　衛生区別マラリア症例数　1987-1991



出所：DEPT. OF STATISTICS, D.E.T.V.

c－2　デング熱　Dengue fever

デング熱は、毎年数十から400例の発生を見、タイプ1、2、4型ウイルスが存在する。デング熱はシマカAedesが媒介するウイルス性疾患である。東南アジアを中心に多数の患者が発生する。小児の反復感染例などでは、ショック症状を伴うデング出血熱も見られ、致命率は高い。最近、中南米でも報告は増えてきている。ホンデュラスでは、1991年は都市部を中心に流行が認められ、デング出血熱症例も確認された。

c－3　シャーガス病　Chagas

シャーガス病は、アメリカトリパノソーマ症American trypanosomiasisともいい、吸血性昆虫であるサシガメにより媒介される。原虫が体内に入り、急性症状として発熱、リンパ節腫脹、肝脾腫などをきたす。慢性になると心筋炎や巨大結腸、巨大食道などをきたす。

ホンデュラスにおけるシャーガス病は今世紀初めから知られていたが、最初の患者が発見されたのは1960年であった。1983－84年に厚生省がWHO及びPAHOの支援を受けて全国レベルの調査を行い、その結果から全国的には、感染者約30万人、感染の危険のあるもの約120万人という推定がなされた。また、1991年に様々な疫学調査の一環として行われた血清検査では、複数の流行地の住民18,843人のうち4,321人（23%）が陽性であった。主な感染経路は、媒介昆虫（主にTrypanosoma cruzi)、輸血、先天性の3つである。

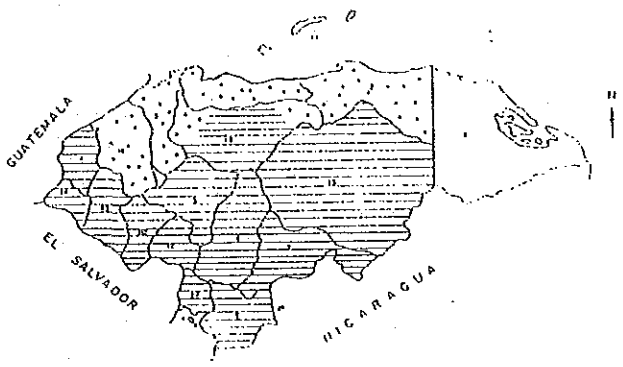
輸血による感染は、媒介昆虫による感染に次いで重要であり、特に近年流行地から都市への人口移動の増加に伴い、ますます対策が重要視されている。輸血による感染対策は、1987年に厚生省中央試験所のシャーガス及びリューシュマニア課で始められ、1987年のコントロール前と後の1990年の国レベルの献血者の検査の比較では、血清陽性率は11.60%から2.10%に下がっている。

1993年より、第二衛生地区に置いて、住民教育と住環境の改善に焦点を置いたパイロット・プロジェクトが開始されている。

表5－18　シャーガス病有病率研究　1984

ゾーン	昆虫学的研究			血清学的研究		
	検査した住居	媒介虫のいた住居	%	検査人数	陽性者	%
A	2,428	367	15.12	1,382	216	15.62
B	3,640	131	3.60	2,236	98	4.40
C	955	0	0.00	460	1	0.21
合計	7,023	498	7.50	4,078	315	7.72

図５－８　地区別シャーガス病有病率　1984



ゾーンA

ゾーンB

ゾーンC

出典：Ministerio de Salud Publica, PAHO, WHO
Serie de Diagnostico No.6 1992

c－4　リューシュマニア症　Leishmaniasis

鞭毛虫であるリューシュマニア原虫によって生じる疾患。貧血や白血球減少をきたす内臓型（別名カラアザール）、皮膚に結節や潰瘍を生じる皮膚型、鼻口腔に病変をきたす皮膚粘膜型の３型に分類される。ホンデュラスにおけるリューシュマニア症は、皮膚、及び皮膚粘膜リューシュマニア症がほとんどであり、幾つかの特定の地域で重要な問題であるが、治療が非常に高額である困難さに加え、基本的データは不足している。

c－5　狂犬病

狂犬病は本国においては大きな問題ではなく、1983年以降の患者数は毎年一桁のみである。厚生省は1992年３月、700,000頭の犬に予防接種を行うといった狂犬病予防キャンペーンを施行した。

症例数（1991）：	0例
犬にかまれた人数：	4,172
予防接種を受けた犬：	344,786
犬における症例数：	45
他の動物における症例数：	3

(5)　栄養改善プログラム

栄養問題は過去20年間あまり改善をみておらず、多数の食糧供給プロジェクトが行われているが、これらは、かえって住民の依存性を生み出しているといわれている。

a）栄養状況

ホンデュラスの栄養問題はタンパク質・エネルギー欠乏によるものと、ビタミンA、ヨード、鉄分の欠乏によるものに大きく分けられる。

1966年及び1987年に実施された全国栄養調査によると、５歳未満児のタンパク質・エネルギー欠乏による栄養失調は、以下のとおりであった。

指　　標	1966	1987
年齢に対する体重	43%	38%
年齢に対する身長（慢性栄養失調）	60%	44.7%
身長に対する体重（急性栄養失調）	4.7%	3.9%
サンプル数	657	3,412

出生時の体重は母親の妊娠時、また、それ以前の栄養状態によるところが大きく、母親の栄養状態の間接的指標になり、また、出生後の成長・発達をある程度予測する材料になる。ホンデュラスの低体重児（2.5kg未満）の割合は、1987年の調査では9.2%、1990年には9.7%であった。また、ある妊婦死亡の調査では、出産年齢の女性の死亡の5.7%が栄養失調の診断を受けていたという報告がある。

学童のプロテイン・エネルギー栄養失調については、6～9歳児の「年齢に対する身長」の指標を用いた調査では、1986年に39.8%、1991年に34.9%に発育障害があり、両調査とも12%に著しい発育障害が見られた。

表5－19　小学校1年次生徒（6～9歳児）の発育障害の比率（年齢に対する身長）
1986年及び1991年全国調査

	1986		1991	
	子供の数	比率（%）	子供の数	比率（%）
合　　計	170,299	100.0	191,889	100.0
正　　常	102,561	60.2	127,907	65.1
発育障害	67,738	39.8	66,982	34.9
軽い発育障害	46,949	27.6	43,889	22.9
重い発育障害	20,789	12.2	23,083	12.0

1987年の全国食品消費調査によると、73%の家庭のビタミンA摂取量は、必要量の半分に満たない。農村部では、さらに、86%の家庭において不足しており、必要量を摂取している家庭は僅か10%にすぎない。

鉄分欠乏症は、5歳未満児と出産年齢の女性に多く見られる。1987年の栄養調査では、出産年齢（10～44歳）の女性の12.9%にヘモグロビン欠乏、10.9%にヘマトクリット欠乏が見られた。

表5－20　衛生区別出産年齢（10～44歳）の女性のヘモグロビン・ヘマトクリット欠乏
1987全国栄養調査、厚生省

衛生区	ヘモグロビン欠乏	ヘマトクリット欠乏
M	8.20	5.90
I	14.00	7.00
II	9.70	8.20
III	15.70	14.00
IV	10.00	6.30
V	11.40	9.90
VI	16.70	13.50
VII	11.30	6.80
全国	12.90	10.90

栄養問題を左右する要因には食糧のAVAILABILITY、消費（教育・食習慣・食糧へのアクセスが関係する）、保健・衛生面がかかわり、効果的改善のためには多くの問題の解決が必要である。厚生省によって栄養失調児を持つ母親に対する家庭菜園や母親グループにおける健康教育、保健所単位での体重計の整備、CAREなどのNGOによる食糧供給、母親の栄養改善、及び成長モニタリングに対するマス・メディア・キャンペーンの実施計画が行われ、成長モニタリングは外来を訪れたあらゆる乳幼児に対するルーチン業務とするよう試みられている。

(6) 母子保健

ホンデュラスの母子保健は、農村・準農村地域にPHCサービスを拡大するため、十数年にわたって努力を払ってきた。都市部と準農村部に設置され、医師を置く保健所CESAMOは、1979年の74か所から1988年には156か所に増設された。同じ期間に、看護婦を置く農村地域保健所は357か所から524か所になった。また、伝統的助産婦（TBA）をヘルス・ケア・ネットワークに組み込む努力も行い、それらのTBAは、妊婦のケア、保健所へのリファーラル、分娩介助について研修を受けている。また、保健所へのリファーラルと同時に妊婦に最低1回は医療機関で診察を受けるよう勧めることも指導される。1987年時点では、全国の6,941人のTBAが研修を受けていたが、1,708人は未だ研修を受けていなかった。現在活動中の伝統的助産婦の数は、1991年で4,928人、伝統的助産婦による妊婦検診は全体の33.3%、伝統的助産婦による分娩は全体の53.8%といわれている。

厚生省国家計画の目標は、妊産婦ケアに関して以下の4点を掲げている。

1）周産期ケアの受診率を80%に上げる

2）全てのハイ・リスク妊婦の把握と治療

3）初産の女性に破傷風の予防接種を2回、また、2回目以降の女性にも、5年おきに、更に受けるよう推進する

4）自宅分娩のケアの向上及びハイ・リスク分娩に対する病院でのケアの向上

乳児の『予防接種リスト』と同様、各村落単位における妊産婦のリスクの早期発見、検診状況のモニター、破傷風トキソイド摂取状況などを記録する、『妊婦リスト』が全国レベルで試みられている。

1987年にUSAIDのサポートのもと、厚生省、ASHONPLAFA（ホンデュラス家族計画協会）ほかによって行われた疫学と家族保健調査（Epidemiology and Family Health Survey）によると86%の女性が最近の妊婦の際に何らかのケアを受けたと答えている。そのほぼ3分の2が保健医療機関で、54%がTBAからケアを受けたと答えている。都市

部では保健医療機関で、農村部ではTBAからケアを多く受けている。妊娠中破傷風の予防接種を受けた女性は46%、2回受けたのは、その半分であった。

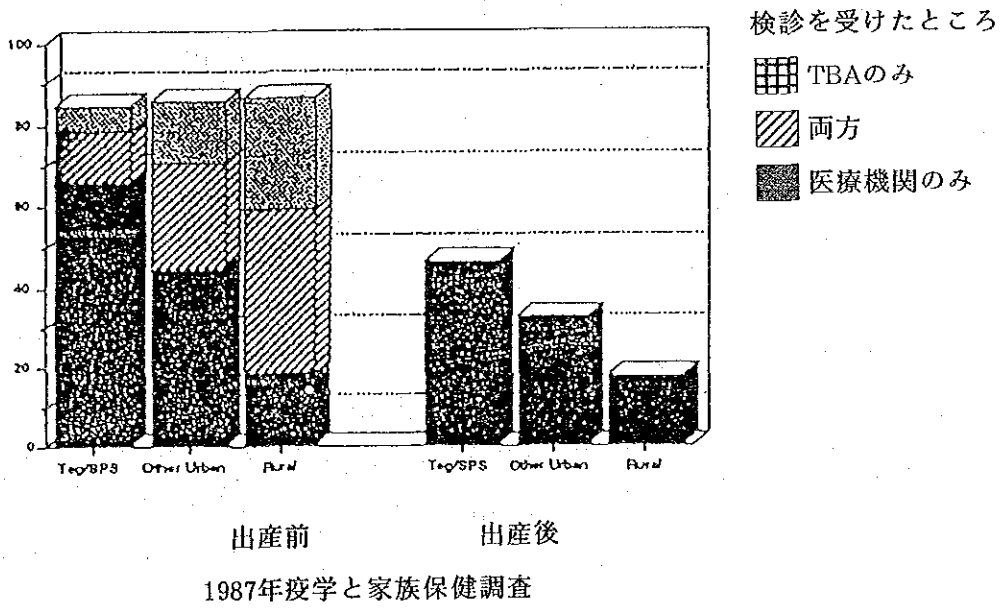
自宅分娩の割合は国全体で60%、テグシガルパ／サンペドロスーラで11%、その他の都市部で36%、農村部で79%であった。

出産後検診を受けた女性は26%にすぎなかったが、82%の母親は、生まれた子供を検診に連れて行っている。

母乳は平均17.3か月与えているが、生後2か月以内母乳のみ与えたのは28%であった。妊産婦死亡率に関しては、正確には把握されていない。UNICEFの推定では妊産婦死亡率は人口10万人対で約220（1980－90年）であった。主な死因は出血と感染であり、70%の死亡は病院外でおこるといわれている。また、多くの妊産婦死亡はリスク要因（3回以上の妊娠、妊婦ケアを受けていない、出産間隔2年未満）に関連しており、予防、診断、適切な治療によって容易に回避できるものだと考えられている。

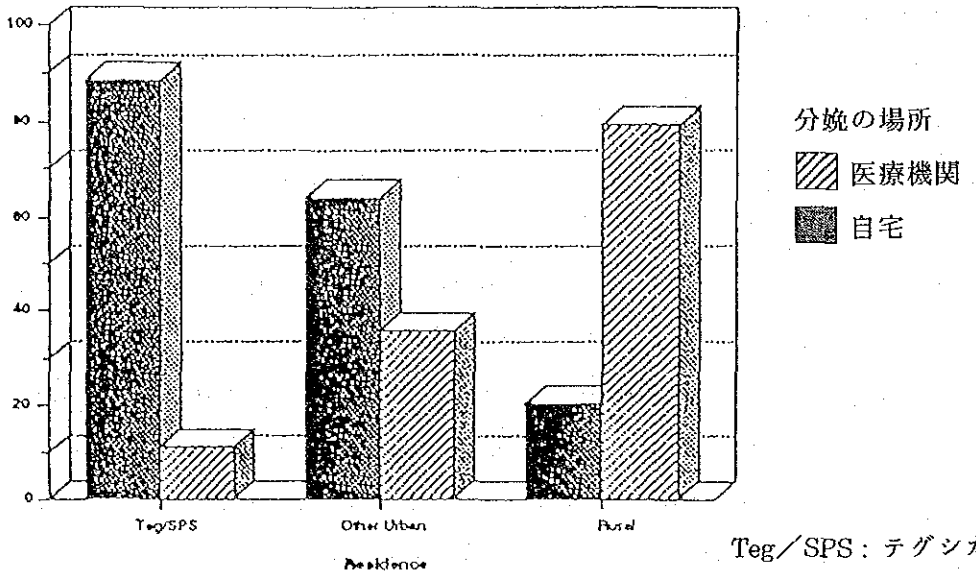
子供の保健に関しては、予防接種拡大、下痢症及び急性呼吸器感染症対策が優先事項である。

図5－9　出産前・出産後の検診を受けた場所



1987年疫学と家族保健調査

図5－10　居住地別による分娩の場所　1982－1987



Teg／SPS：テグシガルパ
サンペドロスーラ

1987年疫学と家族保健調査

Other urban：その他の都市部

Rural：農村部

(7) 家族計画

ホンデュラスにおいて初めて家族計画サービスを供給した組織は、ホンデュラス家族計画協会（ASHONPLAFA）であり、1963年に活動が開始され、3つのクリニックをベースにした不妊手術、IUD、経口避妊薬の供給、家庭訪問、国レベル、コミュニティー・レベルのリーダーを対象とした情報の開発などを行った。1983年、保健省は母子保健課の機能の1つとして家族計画プログラムを始めた。ホンデュラスの政策決定者は家族計画を個人が望ましい子供の数を決める権利としてとらえており、同時に母子保健向上のための手段と考えている。プログラムの目的は以下のとおりであった。

1）妊産婦及び乳幼児の死亡率・罹病率を下げるため、家族計画サービスを推進し、供給する。

2）IEC（Information, Education and Communication）プログラムを開発し、避妊に貢献する。

3）家族計画の利用を増やすことにより、非合法な妊娠中絶を減らす。

家族計画サービスは、地区・地域病院、保健所で行われており、またコミュニティー・レベルでは幾つかの手段と教育活動が行われている。経口避妊薬及びコンドームは、あらゆる保健所の常備薬に含まれ、授乳期に適する新経口避妊薬も導入されている。birth spacing普及キャンペーンの実施計画段階である。カソリックの国ではあるが、宗教上の家族計画に対する障害は、あまり重大ではない。

国連人口基金（UNFPA）の世界人口白書によれば、ホンデュラスでは家族計画実行者の割合は41%（1975－91年）である。

1987年に行われた疫学と家族保健調査（Epidemiology and Family Health Survey）によると、最も最近の妊娠について、60%の女性が望んでいたものであったと答え、20%は望んでいたが、もっと後で欲しかった、残り20%は望んでいなかった、と答えている。15歳から44歳の婚姻関係にある女性の41%が何らかの避妊をしていた。避妊法の実行は、首都テグシガルパと第二の都市サンペドロスーラでは高く（63.4%）、農村部では低かった（29.9%）。最もよく使われている避妊手段は経口避妊薬と女性の不妊手術であった。都市部では経口避妊薬が最もよく使われ、農村部では不妊手術が最もよく使われてていたが、その差は小さかった。

家族計画で使われた経口避妊薬の半分以上をASHONPLAFA関連機関が供給しており、プライベート・セクターが21%（病院、クリニック、薬局等）、厚生省の病院・保健所などが16.7%であった。

不妊手術を受けた女性の44%は、前回の出産のため入院した際に受けていた。90%の女性は、不妊手術を受けたことに満足している、と答えている。

女性が初めて性行為を持つ平均年齢は、テグシガルパ及びサンペドロスーラで19歳、農村部では17歳であった。

表５－21　婚姻関係にある女性の居住地別避妊手段
1987年疫学と家族保健調査

現在使用手段	合計	居住地		
		テグシガルパ サンペドロスーラ	その他の都市部	農村部
経口避妊薬	33.2	31.0	33.3	34.7
女性の不妊手術	31.1	31.5	35.0	29.4
男性の不妊手術	0.4	0.6	0.2	0.4
子宮内装具（IUD）	10.6	17.5	10.5	5.4
コンドーム	4.5	5.1	6.1	3.5
注射薬	0.8	0.9	1.2	0.5
膣錠	0.6	0.3	0.7	0.9
伝統的手段	18.3	12.9	15.6	24.6
その他	0.4	0.2	0.5	0.5

出典：MPH, ASHONPLAFA, MSH, Family Health International, Epidemiology and Family Health Survey Honduras 1987 Final Report, 1989.

(8)　精神保健

特にアルコール中毒・麻薬・てんかん患者などに関しての対策が、各衛生地域におけるメンタル・ヘルス部門、患者協会などを中心に施行されている。厚生省管轄下の精神病院は、国立の急性期・慢性期２病院のみであり、特に慢性期精神病院のベッド占有率は100％以上の需要過剰状態である。国内に39人しかいない精神科医は、ほとんどこれらの機関に集中しており、主要な入院診断名はアルコール中毒、精神分裂症、てんかんである。1993年、国立精神病院と地域における精神保健の再定義、連携の見直し・強化を目的にワークショップが開かれ、２つの精神病院の再構築、精神科医の専門性を有効に活用するための、一般医のてんかんやアルコール中毒などの精神疾患への対応能力の強化、及び精神科レジデント制度の導入などが提案された。

(9)　歯科保健

歯科保健は他のヘルス・プログラムの中で軽視されがちな部門であり、小児の虫歯罹病率98％、40歳になると国民は平均約３分の２の歯を失っているという推定にもかかわらず、

対策が遅れている。しかし1992年、中米で初めての小学校児童を対象にした内科・精神科などの検診を含めた総合的な歯科検診を実施する『小児歯科検診センター』が、PAHOなどの協力により首都に設立され、サービスを実施している。

(10) 食品衛生

約35,000の食品関係施設のうち、80%が登録されている。保健省食品コントロール課によると、食品サンプルのうち50%が消費に不適当だという結果が出ている。約6,580の流通食品のうち、45%がコントロール下にあるのみである。しかし、近年のコレラ対策の一環として、市場や路上販売を対象とした清掃、衛生教育事業などが全国レベルでなされ、多少の改善をみている。

参考文献

1) 大原専門家、ホンデュラス共和国ヘルス・セクター・レビュー第2版 (1993)
2) Direccion General de Salud, Division de Epidemiologia, Ministerio de Salud Publica, INFORME DE LAS PRINCIPALES ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PROGRAMA CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DURANTE EL ANO 1993 (1993)
3) Ministerio de Salud, OPS, LA MALARIA EN HONDURAS (1992)
4) Honduras Ministry of Public Health, Management Science for Health, Family Health International, FOLLOW-UP SURVEY OF PREGNANT WOMEN AND WOMEN WITH INFANTS, HONDURAS, 1988 (1990)
5) Ministry of Public Health, Association for Family Planning in Honduras, MSH, Family Health International, EPIDEMIOLOGY AND FAMILY HEALTH SURVEY HONDURAS 1987 FINAL REPORT (1989)
6) Ministerio de Salud Publica, Family Health International, Management Science for Health, ENCUESTA NACIONAL DE SALUD MATERNO INFANTIL DE HONDURAS 1984 (1986)
7) Ministerio de Salud, LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN HONDURAS (1992)
8) Ministerio de Salud, EL SIDA EN HONDURAS (1992)
9) Ministerio de Salud, SITUACION ALIMENTARIA EN HONDURAS (1992)
10) Ministerio de Salud, PAHO, Spanish Government, PROPUESTA DE PROYECTO DE FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA APLICADO DE INMUNIZACIONES PROGRAMA NACIONAL DEL DENGUE Y PROGRAMA NACIONAL DEL SIDA EN EL COMPONENTE DE LABORATORIO CENTRAL DE VIROLOGIA II EAPA (発行年不明)
11) UNICEF, SECPLAN, Children in Honduras (1990)
12) PAHO, WHO, HEALTH CONDITIONS IN THE AMERICAS 1990 EDITION VOL. II (1990)

5－4　関連インフラの状況

(1)　医薬品及びワクチン供給

ホンデュラス全体での医薬品年間消費量は、約１億レンピラと推定される。1989年の保健省による医薬品の購入高は1,400万レンピラで、このうち23％が国内生産の医薬品である。年間の医薬品輸入高は約4,000万米ドルである。

医薬品の製造に携わっている機関としては、政府に優遇価格で製品を供給しているPANI（半官半民）のほかに、約30の私企業がある。国内生産を行っている場合も、原料は、容器のキャップに至るまで全て輸入している。

ホンデュラスでは、お金さえあれば、薬局で処方箋なしで薬を購入することができる。国公立の病院や保健所では、薬は診察料１レンピラに含まれているので、処方されれば基本的に無料で入手できるのであるが、末端の保健医療施設では医薬品不足が悪化しており、薬を手に入れることが難しくなっている。ホンデュラスにおける薬価は、他の中米諸国と比較しても高額である。

供給システムは、テグシガルパにある中央薬品庫（Central Ware House）から、全国28の病院（うち国立病院６を含む）には直接、保健所（SESAMOとSESAR）には、衛生地区の衛生局を通じて、地域薬品庫（Regional Ware House）から地区薬品庫（Area Ware House)、保健所という調達ルートを経て供給される。在庫目録システムが整備されており、３か月ごとに各病院及び衛生局（保健所の担当）が、医薬品の消費と在庫状況を中央薬品庫に報告し、それに基づいて中央薬品庫から上述のルートを通じて医薬品が補充される。病院や衛生局の予算の20％は、独自の医薬品購入に充ててよいことになっている（ただし、その分は倉庫から補充されない)。

保健所から病院に至まで、慢性的な医薬品供給不足がみられる。外貨不足による不十分な予算執行、購入に際しての非合理的な官僚的処理、車両の維持・管理が良好でないため、あるいは職員の手当て不足のため、医薬品の調達・供給に支障をきたしている。さらに、供給、分配、貯蔵、処方の一連のシステムの監督不備による遅滞、不必要な損失、盗難、横領、期日切れの製品の使用などが起きている。保健省は、中央薬品庫、地域薬品庫における医薬品管理にコンピューター・システムを導入し、その改善に努めている。

医薬品供給不足の問題の根は深く、組織的な盗難や横領が行われており、政府高官がこれに関与している可能性も関係者によって指摘されている。また、医薬品は、政治家にとって、有権者の票集めの手段としても悪用されており、政治的キャンペーンとして医薬品が寄与されたりする。しかし、これの医薬品がどういうルートで調達されるかは、不明である。

ワクチンは、UNICEFからの援助を除いて、全て輸入である。コールド・チェーン・システムは、テグシガルパの国立中央生物研究所（Central National de Biologico）から、

地域倉庫（Regional Ware House)、保健所へという流れである。ワクチン供給は、医薬品に比べて比較的良好に機能している。しかし、灯油冷蔵庫を利用している保健所を除いて、中央、地域レベルでは、ワクチンの保管に電気冷蔵庫を利用しているので、頻発する停電によって影響を受けるものと懸念される。

全国で年間1億レンピラにあたる医薬品が必要と見積もられているが、財政赤字を反映して、医薬品調達のための政府予算は3,600万レンピラである。医薬品を援助しているドナーは、カナダ、マルタ、アメリカ（避妊用経口ピル、コンドーム）などである。

(2) 医療関連機材、備品、消耗品

保健省管轄病院の医療機材の多くはアメリカの援助で導入されたもので、機材の種類、数量も不足しており、実際に使用されているものも、その多くは10～20年経過している。中古品の贈与も多く各機材の老朽化が進み、使用困難あるいは使用不可能な状況にある。二次及び三次医療機関である地域病院、地区病院、保健所では、基本的な聴診器、血圧計といった機材も整備されておらず、これは保健省の予算不足、機材や物資に関する維持・管理システム、スタッフ教育などに問題があること、などが原因である。

医療機材の維持・管理に関しては、保健省営繕課が技術的支援を行っているが、人材不足やスタッフの技術的レベルの低さが問題である。特に、医療機材に関しては専門教育を受ける施設が国内になく、外国に留学するか、あるいは短期の訓練コースに散発的に参加するしかない状況である。また、出張費の予算不足のために、各病院への技術的支援の提供は大きく制限されている。現在、保健省管轄病院をも含めた機材の維持・管理サービスを行う民間組織が活躍を始めている。（ホンデュラス共和国ヘルス・セクター・レビュー）

5－5　人材養成の状況

1991年の国連統計の中米の医療従事者指標によれば、1984年調査時のホンデュラス国人口1万人当たりの医師数は6.6人であり、近隣の各国と比較すると、ほぼ同様な状況にある。ちなみに日本では1991年現在で約201人である。中米の医療従事者を下表に掲載。

表5－22　中米の医療従事者指標

	調査年	医師数	1万人当たりの医師数	歯科医師数	薬剤師数	看護婦数
コスタ・リカ	1984	2,539	10.1	790	702	5,400
エル・サルヴァドル	1984	1,664	3.4	599	597	5,033
グァテマラ	1984	3,544	4.7	810	411	9,093
ホンデュラス	1984	2,900	6.6	614		6,300
メキシコ	1984			3,207		87,398
ニカラグァ	1984	2,110	6.9	250		5,917
パナマ	1984	2,167	10.4	410		5,475

出典：1991年　国連人口部

ホンデュラス国の医師は毎年60〜70名増えるが、病院の数は増加しないために、常に約700名が医療に専従することができない状況になっている。一方、正看護婦は教育年数の長い割には、他の職種に比べ収入が低いので、従事者が不足気味である。

保健省管轄の医師数は、1,067名（1991年）であり、正看護婦は526名、看護補助員は3,764名となっている。厚生省所轄の保健医療従事者の数は下表のとおり。

表５－23　保健省の人的資源（1991）

カテゴリー	人　　数
医　者	1,067
（参考）	
＊登録されている医者の数	3,312（1992. 2）
歯科医	100
微生物学者	59
看護婦	526
（参考）	
＊登録されている看護婦の数	1,221（1992. 2）
看護補助員	3,764
普及員	291
技　師	661
その他	4,283

＊契約職員は含まない。
社会保健病院及び私立病院の人的資源は把握できない。

医師、歯科医師、正看護婦養成の教育機関としては、総合大学である国立ホンデュラス自治大学医学部が唯一の機関である。この大学での医師養成は、High School卒業後、７年間の医学教育に引き続いて１年間の社会奉仕が義務付けられており、その後、報告書を提出し、医師の資格を得ることができる。医学部には毎年約1,500〜2,000人の入学があり（入学選抜試験はない）、最終的に医師になるのは10分の１の約150〜200人である。医師資格取得後の専門医資格に関しては、ホンデュラス国内で取得が可能な診療科は、内科、一般外科、小児科、産婦人科、眼科、皮膚科、脳神経外科、臨床病理学であり、他は外国に留学せざるをえない状況である。レジデント資格も保健省予算の都合上、非常に限定されており、専門医は給与、社会的地位、待遇全てにおいて一般医と格段の差がある。また、1992年度より公衆衛生修士コースが開始されている。

看護婦養成機関としては、正看護婦養成学校が３校（テグシガルパ、サンペドロスーラ、チョルテカ）、看護補助員養成学校が３校あり、正看護婦は３年、看護補助員は10か月の教育後、１年間の社会奉仕が義務付けられている。看護補助員は日本における准看護婦の位置

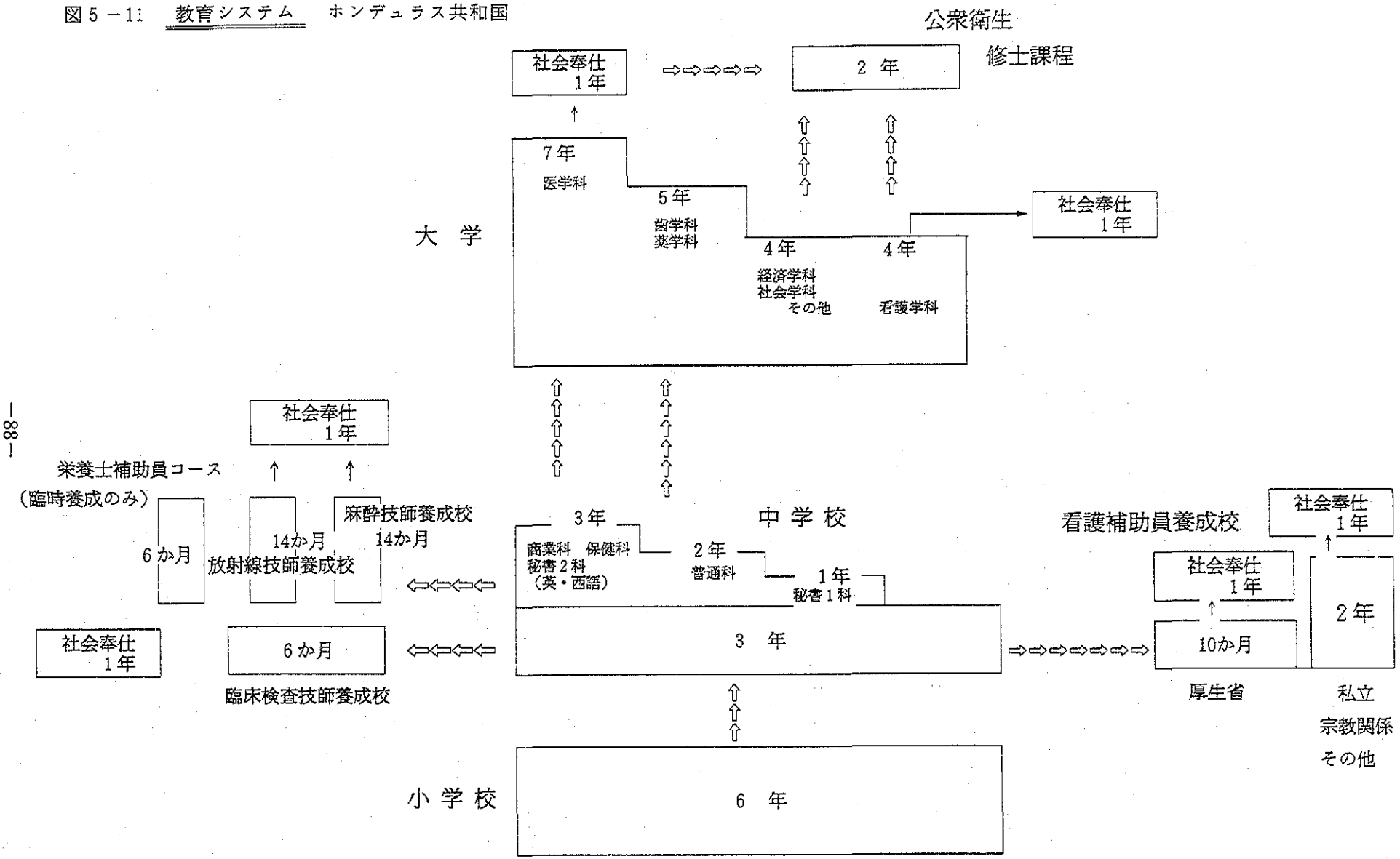
付けとは異なり、著しく低い。例えば、看護補助員養成学校の入学資格は正規には中学校の3年課程終了が前提であるが、実際には、その資格に達していないケースの散見される。正看護婦は通常、保健省の地方行政機関や地域のスーパーバイザー等のポストにつき地域保健の強化に大きく貢献している。ただし、農村部では未だに正看護婦が不足しているにもかかわらず、都市部では職に就けない者が多いというような矛盾もある。1991年には新しい地区病院の開設に際して緊急に看護補助員の養成が必要になり、地方に3校の臨時看護補助員養成校がUSAIDの援助で開設された。毎年約60〜70名の正看護婦、600名の看護補助員が養成されている。看護婦の職業としての地位は依然として社会的に低いが（正看護婦で平均月収は2,000レンピラ、約5万円程度）が、徐々に、その役割が見直されてきつつある。ちなみに、国立テグシガルパ中央養成学校において看護婦教育強化プロジェクトが実施中であり、日本人専門家の指導のもと、ホンデュラス国の看護婦養成機能強化に大きく貢献している。今年度内に自治大学、保健省及び看護協会からの協力を得、正看護婦の活動状況に関するアンケート調査を実施する予定である。その他の医療従事者についてもテグシガルパ中央養成校が唯一の養成機関となっている。レントゲン技師、麻酔技師は年間20〜30名程度の養成、臨床検査技師及び栄養士補助員は必要に応じた臨時養成を行っている。

表5－24　医療従事者養成期間の内容

	大学における基礎学科 インターン1年含む	大学レベル 専門課程	実習ソーシャル サービス	観　察
医　師	7　年	3　年	1　年	
看護婦	4　年	1　年	1　年	
准看護婦	10か月		1　年	
助産婦	1　週			毎月研修がある
X線技師	1.5年		1　年	
検査技師	0.5年		1　年	

出典：保健省資料

図５－11　教育システム　ホンデュラス共和国

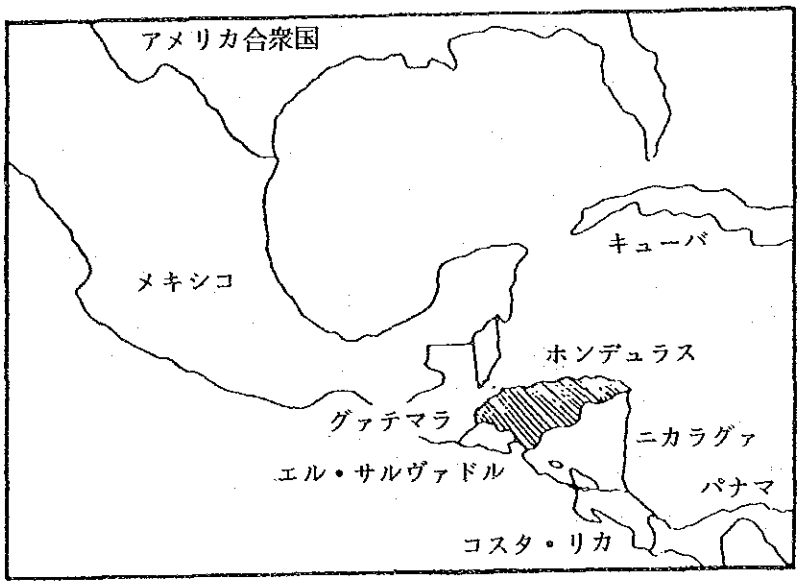


5－5　人材養成の状況

【はじめに】

ホンデュラス共和国は中米に位置し、面積11万2,088km²と日本の約3分の1の大きさで、人口5,079.2万人（1992年）＊の農業国である。そして、国民はスペイン系白人と原住民の混血が9割を占めており、スペイン語を母国語とするカトリック教徒である。1人当たりのGNPは3,475レンピーラ（1992年）＊、約600ドルである。産業は農林業を中心に、バナナ、コーヒー、とうもろこし、砂糖きびなどが栽培されており、特にバナナ、コーヒーは、かなりの量が輸出に向けられている。（＊ Honduras en Cifras 1990-1992　ホンデュラス中央銀行）

図5－12　ホンデュラスの位置



(1)　教育の現状

歴代ホンデュラス国政府は、慢性的な財政赤字、対外収支状況の悪化等の問題を抱えながらも、社会・経済発展の基礎づくりに、教育を重点課題として取り組んできた。近年、文部省は環境教育に力を入れるとともに、教育の質的向上、学校教育と学校外の教育活動の統合、教育システムの最適化と教育・科学・文化の振興を基本方針とした教育の近代化政策を掲げ、特にコースの多様化、科学技術の促進、教員の専門性の向上に努めている。

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5－25のようになる。

表５－25　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）

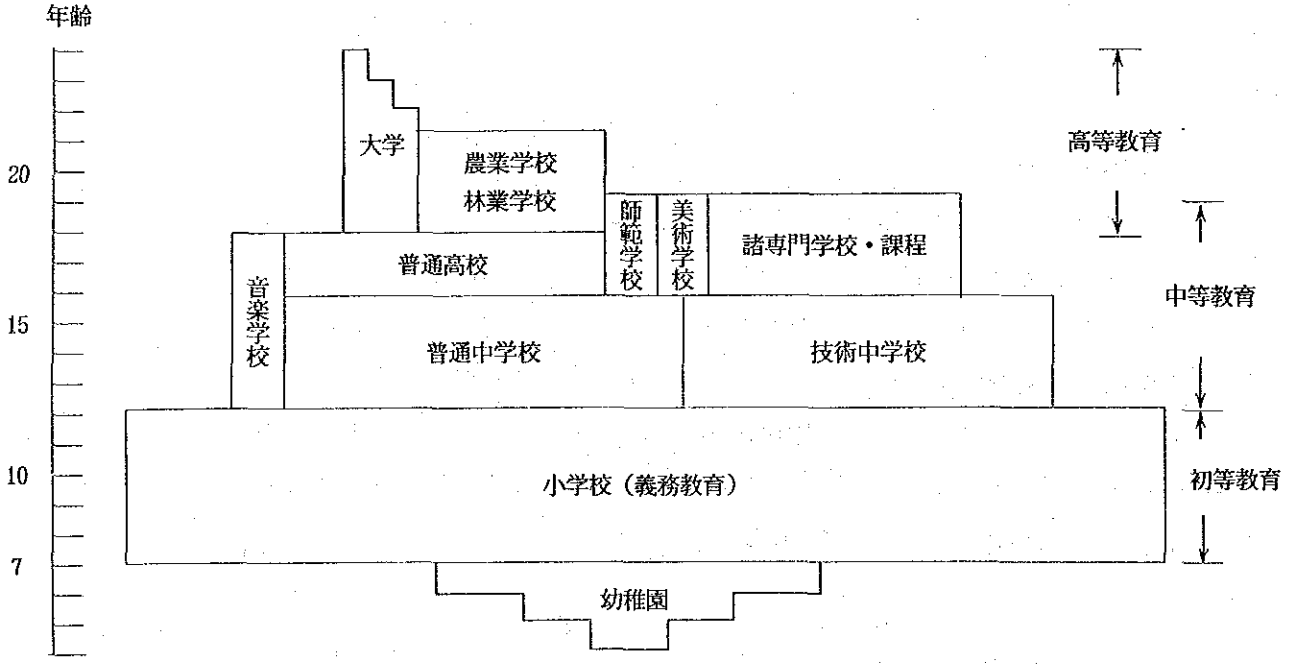
指　標　／　国　名		ホンデュラス	エル・サルヴァドル	コスタ・リカ	グァテマラ	ニカラグァ	パナマ
平均就学年数	（年）	3.9	4.1	5.7	4.1	4.3	6.7
非識字率〔15歳以上〕	（%）	29.7	27.4	5.2	45.8	---	12.7
高等教育就学率	（%）	6.4	15.5	22.9	9.9	8.1	10.0

（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５－13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５－13　ホンデュラスの学制（1994年現在）



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5－26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5－26　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5－27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5－27　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３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　ホンデュラス第二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）

なお、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)　各国の教育援助

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年生から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、1989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、表5－25からも明らかなように、識字率の向上、学校教育の充実、そして教育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挙げられているが、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、1993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。

5－6　外国援助機関の動向

ホンデュラスへの技術援助総額は1988年1億720万ドル（UNICEF、EECからの援助額含まず）、1989年1億5,130万ドル（UNICEF、EECからの援助額含まず）、1990年2億3,670万ドル、1991年3億3,220万ドル、1992年1億500万ドル（推定値）となっている。この伸び率

は1988～89年41.2%、1989～90年56.4%、1990～91年40.3%となっており、2年間隔で倍増している。

1991年の技術援助総額3億3,220万ドルのうち、国際機関からの援助は1億8,930万ドル(56%)、外国政府からの援助は1億3,730万ドル(41%)、NGOからの援助は530万ドル(2%)であった。同年の国際機関からの援助額を国際機関名別に分けると、経済統合中央アメリカ銀行(BCIE)からが6,840万ドル、米州開発銀行(IDB/BID)からが5,560万ドル、世界銀行からが4,620万ドル、世界食糧計画(WFP)からが700万ドル、世界保健機関(WHO)からが350万ドル、国連開発計画(UNDP)からが340万ドルを占めた。また、外国政府からの援助額を国名別に分けると、米国からが8,740万ドル、イタリアからが1,870万ドル、カナダからが950万ドル、日本からが870万ドル、オランダからが420万ドル、スイスからが320万ドル、デンマークからが210万ドルを占めた。援助額の多いNGOはカナダのDeloitte & Touche Inc.の130万ドルと英国のSave the Children Fundの120万ドルであった。同年の技術援助総額の主な割当分野とその金額及び割合は、経済管理に9,410万ドル(28%)、農林水産業に5,180万ドル(16%)、運輸に4,520万ドル(14%)、社会開発に3,490万ドル(10%)、保健医療に2,530万ドル(8%)となっている。

ホンデュラスに対して保健医療分野で援助を行っている主な外国援助機関の動向を以下に要約する。

(1) 米国国際開発協力庁(USAID)

米国政府からの援助額は1988年にはホンデュラスが受けた援助総額の60%、1989年には59%、1990年には71%を占めており、米国はホンデュラスにとって最大のドナー国であった。しかし、米国のホンデュラスへの援助額は1990年の1億6,710万ドルから、1991年の8,740万ドルへと48%減少し、この援助額縮小傾向は1992年以降も続く傾向をみせており、米国に代わりIDB、BCIE、世銀といった国際金融機関が最大のドナーになる見通しである。

USAIDがホンデュラスで行ってきた(あるいは現在行っている)保健医療に関するプロジェクトはホンデュラス国政府の合意のもと、幼児死亡率と疾病率の減少を目指して、チャイルド・サバイバル(子供の生存)に力点が置かれている。これらプロジェクトは大別すると上下水道整備を含む「保健医療技術(Health Technology)」、「食糧」、「人口」の3分野になる。ただ、USAID自身は、これらプロジェクトの運営には携わっておらず、USAIDに委託されたNGOやコンサルタント会社が実際に活動を展開している。

保健医療技術に関するプロジェクトは1980年から2000年までの20年間にわたり、3つのフェイズに分けて行われている。ヘルス・セクターⅠは1980年に始まり1988年に終了した。ヘルス・セクターⅡは総予算8,330万ドル(うちUSAIDのグラントは5,730万ドル)

で1988年に始まり1995年に終わる予定（1998年まで延長される計画あり）である。ヘルス・セクターⅢは1995年に始まり2000年まで行われる計画である。

ヘルス・セクターⅠはホンデュラス国民の健康状態改善を目指して、具体的には1990年までに平均余命を1年伸ばし、1985年までに乳幼児死亡率及び一般死亡率を15%減少させることを目標として実施された。このプロジェクトは米国の民間コンサルタント会社Management Science for Health（MSH）の技術協力のもとに行われ、その活動は1993年に終了するまで以下に述べる8分野にわたり実施された。

① 資機材調達：
医薬品の調達・管理・保存に関する各種マニュアルの作成。

② プログラム計画：
人口分布に応じた地方レベルでの適切なプログラム策定、管理、モニター能力開発。

③ 中央レベルにおける行政・管理：
保健省（Ministerio de Salud Publica／MSP）の行政・管理能力の強化。

④ 資機材維持管理：
保健省が管轄する保健医療施設・関連機材・施設の維持管理。

⑤ 人材育成：
准看護婦と技術専門員の養成を主な役割とする保健省人材養成部（the Division of Human Resources／DHR）の効率化。

⑥ 保健医療情報管理システム（MIS）：
保健医療に関する統計の収集・処理にあたる保健省生物統計課（the Department of Biostatistics）の情報システム管理能力の向上。

⑦ 母乳哺育／家族計画：
家族計画及び母乳哺育課（The Department of Family Planning and Breastfeeding）及び、妊産婦ケア課（the Woman's Health Care Department）の新設による、家族計画と母乳哺育の普及。

⑧ オペレーション・リサーチ：
保健省の調査業務を担当する科学技術班（the Science and Technology Unit）の新設。

1980～86年までの6年間に得られたこのヘルス・セクターⅠの成果は以下のようになっている。

① 下痢症による死亡の40%の減少

② 5歳未満の小児のポリオ・はしか・DPTの予防接種率80%以上

③ 1981年に比してマラリア症例数の40%の減少

④　乳児死亡率1980年の90人より1985年70人（推定）への減少

⑤　1981～84年に既婚女性の避妊普及率27%から35%へ改善

⑥　医薬品単価の低下

⑦　保健省管轄下の医療施設における外来患者数の増加

⑧　都市部での平均授乳期間の１か月の延長

⑨　国レベルの下痢症、家族計画、母乳栄養プログラムの作成

⑩　（予防接種拡充プログラムにおける）コールド・チェイン機能の改善

ヘルス・セクターⅡはヘルス・セクターⅠ（1980～88年）に引き続く第２フェーズとして、1988年６月から1995年10月までの７年間にわたり、ホンデュラス保健省と上下水道公社（SANAA）をカウンターパートとした全国レベルの保健衛生プロジェクトである。ホンデュラス国民、特に妊産婦と５歳未満の子供の健康状態改善を目指して、1995年のプロジェクト終了時までに乳児死亡率を1,000人当たり70人から40人に引き下げ、平均余命を62歳から68歳に引き上げることを目標として実施されている。ヘルス・セクターⅡはヘルス・セクターⅠで改善された中央レベルにおけるプログラム運営・管理システムを地域レベルで強化しようというものである。重点項目としては資機材調達、ローカル・プログラミング（制作決定及びプログラム運営・管理の地方分権化）、保健医療情報管理システム、人材訓練、資機材の維持・管理、IEC（情報普及・教育）があげられる。保健医療財政再建に関しても、その重要性が強調されるようになり、また、ヘルス・セクターⅠで実施されることになっていた栄養及び急性呼吸器感染症への対策、加えて僻地における給水と衛生の整備も引き続き大きな課題である。プライマリー・ヘルス・ケア（PHC）、及び給水・衛生の分野で活動するNGOの支援も、このプロジェクトの重点項目としてあげられている。ヘルス・セクターⅡは「チャイルド・サバイバル・プログラム」と「僻地の給水・衛生プログラム」に大別され、さらに、チャイルド・サバイバル・プログラムはサービス供給に必要な「持続可能な支援システム（Sustainable Support System）」と「チャイルド・サバイバル関連の保健医療技術」の２つに分けられる。

①　チャイルド・サバイバル・プログラム

ア．持続可能な支援システム

(ア)　ローカル・プログラミング：

各保健所レベルでの医薬品管理、情報管理、資機材維持管理をシステム化し、効果的な監督を促進するためのマニュアル作成、車両の供与。

(イ)　資機材調達・行政：

医薬品・物資の合理的な購入・分配・使用を図るため、地区レベルへの保管倉庫の建設、医薬品供給システムのコンピューター化、中央レベルでの合理的購入・分

配システムの整備。

(ウ) 維持管理システム：

必要物資供与によるコールド・チェイン・システムの整備、保健所の改善、コンピューターの維持管理。

(エ) 保健医療情報管理システム（MIS）：

中央及び地域レベルでの保健医療情報管理の改善のための、コンピューター供与・ソフト開発・人材育成、全国的疫学及び家族保健調査の施行。

(オ) 人材開発：

准看護婦のレベルアップのための自己教育教材の開発と、僻地における准看護婦養成。

(カ) 保健医療財政：

中央レベルでの財務計画、及び分析システムの整備、保健所レベルでの地域回転資金の普及・効果的管理、僻地でのコミュニティー薬局の設備設計。

(キ) 情報普及・教育システム：

EPI、下痢症対策、急性呼吸器感染症対策、出産間隔延長、栄養などのプログラム遂行のための生涯教育、キャンペーンの実施、教材の供与。

イ．保健医療技術

(ア) 下痢症と経口補水療法（ORT）：

下痢症対策ガイドラインの改定及びスタッフの再教育、ORS（経口補水塩普及の拡充、住民教育）。

(イ) 予防接種で予防可能な疾病：

EPI拡充、予防接種の機会を逃した子供への対策。

応性呼吸器感染症：

ARI治療ガイドラインの改定及びスタッフの再教育、ネブライザー供与、母親教育キャンペーンの実施計画。

(ウ) 出産間隔延長：

経口避妊薬やコンドームの供与、出産間隔延長普及キャンペーンの実施計画。

(エ) 母乳哺育、発育観察、栄養：

母親の栄養改善、母乳栄養及び発育観察に関するマスメディア・キャンペーンの実施計画、体重計贈与、食糧供与。

(オ) その他：

—媒介動物コントロール：

プログラムの統合化に向け、課の再編統合に関しての見直し、サーベイランス・

システム改善、幼虫コントロールの機材供与。

—結核：

検査機材・材料の供与。

—エイズ：

コンドーム及び検査機材・材料の供与、教育キャンペーンの実施、サーベイランス・システム改善。

(カ) 民間非営利組織：

5つの民間非営利組織によるチャイルド・サバイバル、3つの民　間非営利組織による僻地の給水・衛生に関する活動を支援。

② 僻地の水・衛生プログラム

給水システム、井戸、簡易トイレの建設。これら施設の維持・管理活動へのコミュニティー参加、住民の衛生教育、水管理の自治権を地域に広げるためのシステム改革、及びヘルス・プロモーターの活動強化がある。

以上のプログラムのうち、チャイルド・サバイバル・プログラムに関する技術支援を、アメリカの民間非営利コンサルタント会社であるManagement Science for Health（MSH）が請け負っている。スタッフは5人のホンデュラス人と7人の外国人の計12人（うち医師は5人）より構成され、エコノミストであるチーフ以下、5人の中央レベルのアドバイザー（資機材調達、財政、情報システム、母子保健、人的資源の各分野）、及び6人の地域アドバイザーで構成されている。

ヘルス・セクターⅡプロジェクトにおける7年間の総予算薬8,330万ドルのうち、USAIDの贈与分は約5,730万ドル（68.8%）であり、残りの約2,600万ドルをホンデュラス政府が負担する。

ヘルス・セクターⅢは1995〜2000年の実施期間で、ヘルス・セクターⅠとヘルス・セクターⅡで得た成果を定着させることをねらいとしている。引き続き資機材調達、保健医療情報管理システム（MIS）、ローカル・プログラミング及び財政運営の強化を通じ、乳幼児に対するヘルスケアと地方の給水及び衛生面の改善が図られる。

食糧に関するプロジェクトには平和のための食糧供給Ⅱがある。このプロジェクトは1991年度予算730万ドルで学童・妊婦・授乳中の母親に対する栄養失調改善を目的として1974年から1991年まで行われた。

人口に関するプロジェクトには人口プログラムⅡ及び、人口プログラムⅢ（1995〜2000年の期間で実施予定）がある。人口プログラムⅡはIPPF傘下のNGOである家族計画協会（Asociacion Hondurena de Planisicacion Familiar／ASHONPLAFA）の活動を通じ、避妊の普及を目的とし、総予算1.7百万ドルで1989年に始まり1995年に

終了することになっている。どれほど使用されているかは不明であるが、年間300万個のコンドームを全国400の薬局と200の雑貨屋を通じて配布している。これら雑貨屋の女性店主に対しカウンセリングや動機付けなどのトレーニングを行い、コンドームの売上げの一部を分け与えている。

(2) カナダ国際開発庁（Canadian International Development Agency／CIDA）

CIDAによるホンデュラスへの援助は健康及び栄養状態改善、天然資源の有効活用、構造調整支援の3分野に大別される。健康及び栄養状態改善分野では飲料水と衛生施設の供給を目的とする「農村給水システムプロジェクト（Rural Water Supply System Project)」と母子の健康状態改善を目的とする「母子保健クリニックプロジェクト（Mother-ChildHealth Care Clinics Project)」の2つが現在実施されている。「農村給水システムプロジェクト」では予算450万ドルでCAREカナダがホンデュラス国家水道局（SANAA）と協力して、75のコミュニティーで水道設備の建設と、衛生学、ヘルスケア及び、河川流域保護管理に関するトレーニングを行っている。「母子保健クリニックプロジェクト」では予算240万ドルでHorizons of Friendship-Canada（NGO）がホンデュラスのAsociacion Apostol dela Salud（NGO）と協力して、14の地方ヘルス・ケア・センターに医療機器と薬品の供給及び、専門技術指導を行っている。この3分野のほかにもCIDAはマラリア撲滅運動とデング熱媒介昆虫退治を行っているPAHOへの4万ドルの供与や、女性の権利・意識化のためのラジオ番組を行っている女性の権利センターへの支援を行っている。

資金面ではCIDAはカウンターパート基金とカナダ基金を設けてホンデュラスを支援している。カウンターパート基金の財源はCIDAがカナダで購入した物資、資機材などをホンデュラスの企業家に売却し、その収益で賄われる。この基金はカナダ・ホンデュラス合同委員会を通してNGO、政府、コミュニティーが提出する企画案件から選定されたプロジェクトの資金援助になっている。これまでにこの基金により、サンペドロスーラの貧困地域に家屋600戸建設、給水、簡易トイレ設置や、教育施設の充実、教師トレーニングなどが行われた。カナダ基金は20万カナダドルを有し、コミュニティー開発のインセンティブとして、組織化されていないコミュニティーに直接資金提供を行っている。

(3) 国連児童基金（UNICEF）

UNICEFはホンデュラスにおいて子供と女性に関する問題について技術的及び政策的支援を行ってきた。保健医療に関する援助ではEC、イタリア、ノルウェーとの協調のもと1991年度予算120万ドルで予防接種、下痢対策、母子保健、及び各種プログラム（1990～1995年）の援助を行っている。

給水に関する援助ではSANAAが実施している給水プログラム（1980～2015年）にスウェーデン政府と共に資金協力を行っている。このプログラムは首都テグシガルパ周辺の貧困者居住地域を対象として、井戸掘り、給水車を使っての水売り、都市中心部から各周辺コミュニティー貯水タンクへのパイプラインを通じての送水、雨水の安全利用の研究、及びコミュニティー住民に対する公衆・環境衛生教育を実施している。

小児に関する援助では1991年度予算30万ドルで、困難な状況下に置かれている子供（ストリート・チルドレン、児童労働など）に対するプログラム（1990～95年）を行っている。

栄養改善プログラム（1991～95年）では1991年度予算20万ドルで、僻地における食糧生産、栄養教育の援助を行っている。

政府の「家族手当（PRAF)」に対する援助は栄養不足の女性や子供を保護する目的で1994年（更に続く可能性あり）まで実施されることになっている。1990年から1992年には1,600万ドルの予算が割り当てられ、食糧配給切符や雇用機会創出により、すでに274,000人の女性や子供が恩恵を受けている。

1994年には5,400万ドルの予算で、ヘルススタッフ、コミュニティー労働者、母親を対象として、適切な離乳／補助職促進に焦点を絞った栄養教育プログラムである栄養保健プロジェクトを始める。

家族計画に関する援助では1993年に技術援助や物資の供給を通じて、トレーニング・ワークショップの支援を行った。ワークショップでは家族計画、多産に伴う危険性、母乳哺育に関する助産婦300人のトレーニングと教育が実施された。

HIV感染及びエイズプロジェクトではコンドームの使用推進を行っている。

UNICEFは資金面と技術面の両方でホンデュラス社会投資基金（Honduran fund for Social investment／FHIS）に協力しており、この基金から総額9,400万ドルが4,890件の各種プロジェクトに出資され、そのうちの27%がヘルス・プロジェクトに割り当てられた。

(4) アメリカ地域事務局／世界保健機関（PAHO／WHO）

母子保健及び栄養についてはホンデュラスだけでなく中央アメリカ全体で援助を行っている。疫学についてはジャガース病、マラリア、デング対策に加え、特にエイズ対策に力を入れている。環境衛生については上下水道及びトイレ整備、労働衛生、関連機材の修繕に取り組んでいる。このほか、必須医薬品プログラム、及び保健所、社会保障病院のヘルスサービスとネットワークの強化を実施している。

(5) 国連開発計画（UNDP）

国連機関の中ではUNDPが各機関のコーディネーターとしての役割を担い、定期的に会

議を開いて情報交換と業務の調整を行っているが、国連機関以外の全援助機関を含んだ定期的なドナー・ミーティングが行われたことはない。1992年から1993年に保健、栄養に関する世銀の借款プロジェクト準備のための補助を行った。経済企画庁（SECPLAN）及びUNICEFと共に社会セクター指標計画（UNIS）を実施し、また、世銀融資による栄養と保健に関するプロジェクトでは医薬品供給システムの改善と方針策定を行っている。このほか、医療廃棄物処理、学校栄養教育、エイズ対策にも力を入れている。

(6) 米州開発銀行（IDB／BID）

IDBは経済調整プログラムと社会セクター改革を2つの柱にホンデュラスを支援している。1961年から1993年までにホンデュラスに対し合計87件、総額14億8,700万ドルのローンを行ってきた。この期間、環境及び公衆衛生分野には1億9,330百万ドル（総額の13%）のローンを実施した。近年では、サンペドロスーラ市における下水道整備（1981～95年）に2,400万ドル、地方の水道整備（1986～92年）に2,400万ドル、4都市における上水道整備（1986～92年）に1,640万ドル、首都テグシガルパの上水道整備及び下水道マスタープラン作成（1988～94年）に5,400万ドル、経済調整に伴う貧困層補助（1992～94年）に860万ドルのローンを行っている。

第６章　本格調査実施方針

６－１　基本方針

(1)　「ホ」国においてはPAHO、UNICEF、UNDP等の国際機関の協力を得て中期計画が策定されており、事業面においても、これら国際機関に加え、WB、IDB、USAID、CIDA等が独自の方針のもとに協力を展開し、同国での活動が長いコンサルタントによれば150の組織が保健医療分野で活動している由である。保健省が、これらの活動を統括調整しているとは言い難く、国としての中・長期的な全体計画を策定し、整合性のある計画策定、事業実施を図る必要があり、本計画は、そうした目的達成のための努力の現われであり、時宜を得た計画といえる。

(2)　政権の担当期間を超える中期計画については、従来、政府独自で策定することはほとんどなく、国際機関の協力のもとに策定されてきている。国際機関の協力・連携は配慮されているが、計画策定作業はコンサルタントの知見によって為されるため、行政担当者自身が計画策定に参加しているとの認識が薄いこと、並びに計画実行のための方法（機構、人材養成、財政）が必ずしも明快に示されていないため実施し難いとの印象を持たれていることが、指摘されている。したがって本計画は、その策定の過程で、また、成果としても、こうした指摘点を克服した内容を備えることが不可欠である。

(3)　「ホ」国においては現存の短期・中期計画はほとんどが分野統合的なアプローチに基づき策定されており、現政府も“保健サービスネットワーク”、“環境衛生”、“家族の健康”の調和のもとに保健医療事業を達成するとの方針を示している。具体的には、例えば保健省と教育省との合同事業として小学校でのプログラムに栄養教育調査、環境衛生（し尿、排水、廃棄物）教育を取り込み、これを実施したり、また、ルベオラ、サランピオン等の小児感染症やコレラ、HIVなどの感染症についても小学校施設を用いて両省合同事業として対策キャンペーンを実施している。また、環境省との協力によるPANES-2000計画（PLAN DE ACCION NACIONAL EN ECOLOGIA Y SALUD PARA EL ANO 2000）実施に向けての機構づくりも検討中の模様である。

これらは、いずれも国際機関のイニシアティヴによる事業であり、このほかに現在実施中または実施予定の統合的／総合的なプログラムとして次のものがある。

Nutrition and Health	(WB)
PRAF (FHIS)	(IDB)
UNIS	(UNDP、UNICEF)
Social Sector Reform	(WB、IDB)

Systemas Integrados Locales de Salud（PAHO、WHO）

そして、これらに共通しているのは住民参加、女性の地位向上等が配慮されなければならないとの点で、現在の世界の潮流に沿っている。

しかしながら、これらの計画を効果的・効率的に実施するための基本的な枠組みが存在しないことも事実であり、特にSocial Cabinetと生活の場であるコミュニティーの中間の行政機構（Nacional Regionalレベル）間で、どのような枠組みを形成していくのか模索中の模様である。

したがって、本計画は、分野統合的、総合的計画として、現在の「ホ」国が模索する試みに対し一定の回答となることが必要であり、このためには保健関連分野の保健への貢献・影響をアセスメントする方法を示すことと併せて、総合計画を作成、実施、評価する仕組みにつき、これを提示することが必要である。特に、本計画の第1段階に位置する2000年及び2010年に向けての基本戦略の策定においては保健関連分野の保健への貢献を定量的に評価し、また、第2段階のマスタープランにおいては、全国9つに分割される保健医療行政区ごとに総合的な目標と達成のための投入量を示す必要がある。保健関連分野のうち、どの分野が取り込まれることになるかは、疫学的な背景から評価のうえ決定されることになるが、栄養状態や飲料水普及、環境衛生施設普及、労働などの分野は、欠かせない関連分野と考えられる。

(4) 保健医療サービスの財政は一般的には世界の全ての政府が直面する難問であり、「ホ」国においても、困難な課題となっている。

予算の計画と実際の相違、本セクターにおける民間事業の位置付けが為されていないこと、管理費、維持費の無視、料金制度・保険制度と財源問題が政治問題であるために行政の対象外に置かれること等々、本計画策定にあたっても最も扱いの困難な課題が多いテーマである。しかしながら、財政的面からの検討を欠いた計画は、計画として不備であるので、細心の配慮を払いつつ、財政面での計画策定を行うこととする。

(5) 人材育成計画

国立自治大学付属病院医局長によれば、現状においても500名以上の医師が就業機会を与えられず、そのままの状況が推移すれば、医学教育に重大な影響が出るとの懸念を表明していた。保健省との協議においては人材育成が重要との指摘、コメントは数多く為されていたが、保健医療サービスの需要に即した人材養成計画を策定することが重要であり、したがって、リファラルシステムの形成等と併せて本計画は策定されるべきである。

(6) 保健医療サービス体制の確立

① リファラルシステム

地域（農村）の保健所サービスと地域中核病院・中央（第三次）病院とのサービス内

容の格差が大きいため、よりサービスの充実した施設に患者が集中し、バランスのあるサービス提供が困難となっている現状にある。この格差の縮小をどのように図るか、換言すればリファラルシステムの確立が本計画の主要課題の1つである。

② 医薬品供給体制

「ホ」国においては一時的に医薬品が国内から消失する時期があり、保健省も医薬品の安定供給を緊急の課題として掲げているが、医薬品の供給には政府要人のCorruptionが介在していることも噂されている。医薬品の安定供給は財政問題のみならず現状の供給体制にも問題があることをうかがわせており、調査や計画策定においては取り扱いが難しい面が多々あるも、安定供給はリファラルシステムの形成と同時並行して形成・確立される必要があるので、注意深く取組みを行う必要がある。

③ 農村保健医療サービス体制

「ホ」国においては、特定の地域にあっては保健医療サービスが全く届かない孤立地帯があり、こうした地域へのサービスの確保が重要な課題となっていること、また、農村地域においては低栄養、貧困等に苦しむ人口が多いこと、等から農村、地方村落への保健医療サービスの拡大計画を策定する必要がある。特に、サービスの目標達成のためのInter Sectoral (Institutional) な機構づくりに配慮した計画が必要と考える。

④ 効率性の確保策

Social Sector ReformではSocial Sector重視という含意と併せてSocial Sectorでの効率的な制度構築・改革が求められているとの印象が強い。公平で効率的、効果のあがる保健医療サービスを提供するには、現行制度の改革が必要との考えは、特に新政権の発足当初との事情はあるとしても、各行政官庁で例外なく聞かれた意見であった。また、こうした認識のもとにSocial Cabinetが形成されたり、各官庁間での合同事業が試みられているとの印象であった。

したがって、本件計画の第二段階が策定されるマスタープラン及び第三段階での実行計画においては、財源、人材、設備等の制約のなかで最もEfficiency、Efficacy及びEquityの高い機構・制度整備を提示する必要がある。

(7) 本格調査概要

① 既存資料データ

既存の統計資料やデータは主に3種類に分類される。1つは、保健省をはじめとするホンデュラス側の各省庁が持っている統計資料であり、広範囲にわたるデータを収集しているが、いまひとつ信頼性に欠ける（しかしインドネシアやパキスタンに比較すると、ホンデュラスの方が優れていて信頼度は高い）。次に、国際機関やドナー援助機関を中心に蓄積されてきた疫学的調査が膨大に残されている。特にプライマリ・ヘルス・ケア

分野では十分な基礎調査が行われており、新たな調査の必要性は非常に乏しいと思われた。他分野との協調の面でも近年、活発な調査が実施されていた。本格調査の際には、グローバルな視点から、これらの既存の調査結果を見直すだけで十分であると思われる。ただ、これらの資料の多くがスペイン語で書かれているために、かなりの量の翻訳作業が必要になると思われる。最後にホンデュラスの場合、種々の学術論文が資料として使用可能である。下痢症対策、ストリート・チルドレン、森林破壊と疫病構造の変化など種々の視点から数多くの学術論文がホンデュラスを舞台に作成されている。その多くは、アメリカ合衆国の研究者が関与しているものであり、LANCETをはじめとする英文の学術雑誌に掲載されているものも少なくない。これらの資料を系統立てて収集し、分析を行うことにより、プロジェクトとして実施される以前の研究段階における課題が明らかになり、ホンデュラスの保健医療の将来の課題や問題点を予測するのに寄与すると思われる。

② 実　　査

本格調査の段階で新たに調査すべき項目としては次のようなものが考えられた。

イ．住民や医療関係者に対する受診行動に関するKAP調査

住民が熱や下痢などの疫病時に医療機関をどのように利用しているのか、民間療法に対する信頼度はどうか、医療機関での医療に満足しているのかどうか、コストや医療レベルに不満ないのか、など住民サイドと医療関係者サイド双方に対するKAP調査を行う。日本では小児医療分野で愛知県が総合的な基礎調査を行っているので参考になろう。

ロ．財政検討調査

財政面で明らかにしなければならない問題点は最低限次の3点に絞られる。1つは公表予算ではなく本当に配分されている予算額を知る（あるいは推定する）ことである。次に市立病院や民間療法をも含めて国民が支払っている医療費総額を推定することである（小規模でもいいからサーベイが必要かもしれない）。第3点は、病院あるいは保健所における収入と支出（ユーザー・フィーや機材の修理メインテナンス・コストも含めて）のバランスを明らかにすることである。

ハ．保健医療関係者の人的資源調査

病院や保健所の医師、看護婦などが、実際に何時間労働を行い、診療、訪問活動、会議、報告書作成などにどれくらいの時間をかけているのか、を知る必要がある。また、どのような職種が何人いて、教育歴、就職後の研修歴、保健医療水準についても把握したい。

ニ．人類学的調査

疫病観、健康観などについて、ホンデュラス人がどのような考えを持っているのか知っておく必要がある。下痢症に関しては、医療人類学の立場からの日本語の報告もある。

ホ．リファラルシステムの前方視的調査

大原レポートの継続調査である。病院と保健所の乖離の実態を明らかにして、その対策を講じるためには、実際のリファラルケースに対する実態調査が必要である（数箇月間で十分であろう）。

6－2　調査項目及び内容

調査は次の３つのフェーズから成る；

Ⅰ　第１フェーズ　保健向上総合戦略の策定

Ⅱ　第２フェーズ　保健医療向上総合計画（マスタープラン）の策定

Ⅲ　第３フェーズ　実施計画の作成

保健医療向上総合計画の目標年次は2010年とし、
経過的に2000年を中期目標年次とする

Ⅰ　第１フェーズ　保健向上総合戦略の策定

地域住民の健康状態と社会・経済的な背景、保健関連分野の状況及び保健サービスの状況との関連を概略的に評価し、住民の保健向上を図るために必要となる保健関連分野と保健サービスの協調の意義並びに課題を明らかにし、保健分野での重点施策、保健関連分野の重点施策及び総合的な保健向上施策を策定する。

このため以下の項目、内容につき既存資料を収集分析する。

１．調査対象地域のゾーニング

地域住民の保健状況を把握するための調査対象地域を、ホ国の保健医療行政区分に従い９つの保健リージョン（Region）に区分し、更に各保健リージョンを同様に保健エリア（Area）に区分する。保健医療及び一部の保健関連データについては保健エリア及び保健リージョン毎に収集可能であるが、他方地域の社会・経済データ及び保健関連分野のデータについては保健医療行政区分とは異なる行政区分のもとに収集がなされている。このため各種データ収集・分析の基礎的な行政単位を予め調整・決定の上作業を行う必要がある。また保健リージョンあるいは保健エリア内で都市と部落に分けて各種データが入手可能な場合には、可能な限り両者を区分する。

以上にもとづき調査対象地域をゾーニングし、次の項目に関する資料・データを入手

し、集計する。

(1) 保健医療分野データ

① ヘルスステータス指標関連

未熟児出生数・率、乳幼児死亡数・率、乳幼児罹患数・率、出生数・率、特定疾患死亡率、平均寿命等

② 保健サービス指標関連

保健医療施設数、保健医療従事者、医薬品・ワクチン供給、保健医療財政・支出、保健医療情報システム等

③ プライマリー・ヘルス・ケア関連

情報・教育内容、栄養・食糧促進、飲料水衛生、母子保健、予防接種、感染症対策、一般治療、医薬品供給、リファラルシステム、従事者数等

(2) 保健関連分野データ

① 環　境

森林伐採、水質汚濁、農薬・重金属汚染等

② 食糧・栄養

食糧生産、カロリー摂取量、ヴィタミン摂取量、ヨード摂取量等、栄養失調・欠乏症人口

③ 人　口

人口密度（面積、人口）、戸数、世帯規模、男女別・年齢別人口、少数のエスニシティー等

④ 飲料水・衛生

水因性疾病、施設普及率、寄生虫病等

⑤ 教　育

就学率、卒業率、教育費用、保健教育等

⑥ 貧　困

貧困人口、生業、所得水準、栄養摂取量等

⑦ 労　働

平均労働時間、労働年齢人口、労働衛生（農薬禍）等

⑧ 女　性

寡婦人口、家事労働時間、生業等

⑨ 住　宅

構造、平均㎡、ホームレス（またはストリートチルドレン）人口、チャガス病罹患人口等

⑩ 交　　通

交通アクセスのない人口、緊急時医療サービスの受けられない人口等

(3) 保健政策関連データ等

① 保健政策

② 財源等配分

③ 保健行政組織・制度

④ 外国援助

(4) 社会・経済

人口増加、GDP、GHP、所得配分、識字率、労働実態、産業構造、インフォーマルセクター、都市居住人口

なお、以上のデータ等のホ国での入手可能性及び指標としての妥当性を検討しつつ、その採否を決定することとする。また、適宜WHO等の関連文献、ガイドラインを参考としつつ指標の選択を行うものとする。

2．保健状況の評価（アセスメント）

以上で集計したデータを疫学的な観点、栄養学的な観点及び風俗・習慣生活様式の観点（社会・人類学的観点）から以下の項目につき分析、両者の関連及び保健状況への影響を概略評価する：

(1) 人口と保健

(2) 環境と保健

(3) 飲料水と保健

(4) 衛生と保健

(5) 女性と保健

(6) 教育と保健

(7) 食糧・栄養と保健

(8) 貧困と保健

(9) 住宅と保健

(10) 労働と保健

(11) 交通と保健

3．保健状況評価指標の検討・設定

以上の概略評価にもとづき保健状況に多大な影響があると判断される保健関連分野の指標化を検討し、決定する。指標化を検討する基本項目は次のとおりとするが、データ

の存否や現状に照らしての指標としての妥当性を勘案し、必要であれば変更するものとする。

(1) 健康水準指標

死亡率、出生率、標準化死亡率、乳幼児死亡率、乳幼児罹患率等

(2) 健康決定諸因子指標

① 人口指標

人口密度、年小人口割合、人口増加率、老齢人口割合等

② 食糧・栄養、貧困指標

食糧自給率、食事回数、カロリー摂取量、栄養摂取量、栄養失調・欠乏症人口等

③ 社会基盤整備指標

ラジオ・テレビ普及率、電話普及率、電力普及率、交通カヴァー等（孤立地域数）等

④ 飲料水・衛生指数

水因性疾病罹患率、施設普及率、水使用量、水価、一人当たり衛生費支出等

⑤ 教育指標

就学率、卒業率、教員当たり生徒数、保健教育時間数等

⑥ 労働指標

失業率、産業別従事者数、農園労働者数、平均労働時間、労働災害発生数等

⑦ 家庭・女性指標

平均家族人数、子供数、母子家庭数等

⑧ 保健サービス指標

医師数、看護婦・保健婦、ヘルスワーカー数、病院数、保健所数、ベッド数、アクセス時間等々

4．保健状況図の作成と課題の抽出

以上の作業結果をとりまとめ、保健エリア毎またはリージョン毎に、保健水準指標と健康決定諸因子指標にもとづく、総合的な保健状況の評価を行い、保健現況図を作成する。

評価は3～5段階区分とし、各段階の保健状況の特徴並びに保健向上にあたっての課題を抽出する。この際には“FONDO HONDORENO DE INVERSION SOCIAS (FHIS)”で採用し、“MAPE DE POBREZA”を作成した方法等を参考にする。

5．保健活動の現況

次の項目につき既存資料をもとに全国レベルでとりまとめ、課題、問題点を把握する。

(1) 保健政策・方針・目標

(2) 保健財源

(3) 保健行政組織・制度

(4) 外国援助

(5) 既往疾病調査

(6) 進行中、予定の活動プログラム

(7) 孤立地域、貧困グループに対する支援活動

(8) 保健サービス・医薬品・ワクチンサービス

(9) 保健教育・人材養成

(10) Inter-Sectoral Institutionalな活動及び調整機構

6．保健向上総合戦略の策定

保健向上総合戦略を策定する。

総合戦略の策定にあたっては次の項目につき十分検討の上、「ホ」国の行政機関が政策決定を行う際のガイドラインとなりうる内容、構成、特徴を備えるものとする。

(1) 健康都市プロジェクトのアプローチの整理と適用の可・否の検討

世界保健機構（WHO）が展開している健康都市プロジェクトにおいて採用されている都市部の新公衆衛生活動のための方法論を資料収集の上整理し、本件構想策定に適用可能か否かを検討する。また村落をはじめ基本的なニーズやサーヴィスが満たされていない地域についてはプライマリー・ヘルス・ケアのアプローチの妥当性を検討する。

(2) 既存の総合計画の整理と本件計画への総合検討

各種国際機関の主導の下に策定された次の各種活動計画の内容、実施体制を整理し、進捗・問題点を確認し、保健向上総合基本戦略への取り込みを検討する。

① Nutrition and Health

② Programa de Asignacion Familias (PRAF)

③ Fondo Hondureno de Inversion Social (FHIS)

④ Plan de Accion Nacional en Ecologia y Salud para el ano 2000 (PANES 2000)

⑤ Systemas Integrados Locales de Salud (SILOS)

⑥ Unida de Indicadoles Sociales

⑦ Los Serviciosde Agaa y Saniamiento en Honduras-Necesidales de Cobertura y de Inversion para la Decada

⑧ Desarrollo Humano, Infancia y Jovenfud-Primer Informe de Seguimiento y Evaluacion del Plan de Accion Nacional Honduras

⑨ その他　学術論文も含む関連報告書等

(3) 保健向上総合戦略の基本方針の樹立

以上でとりまとめた課題、各種の保健活動のプログラムの効果、保健政策等の妥当性を評価し、保健医療向上総合計画策定するに際しての基本方針をとりまとめる。

方針として考慮すべき原則は次のものとする；

① 健康公正原則

保健の効果的・効率的な達成原則

(4) 保健向上総合戦略

以上をとりまとめ保健向上総合戦略を策定する。

保健向上総合戦略は、保健状況に応じたアプローチに十分配慮することとし、特に次の観点からの配慮を行う。

① 基本的な健康ニーズの充足（食糧、栄養、飲料水、衛生等）

② 基本的な保健サービスの充足（予防接種、母子保健、家族計画、感染症対策等）

③ 特定医療・福祉サービスの充足（各種疾患、風土病等）

④ 基本的な健康関連の社会的ニーズの充足（交通アクセス、就業、所得、教育、情報アクセス等）

Ⅱ．第２フェーズ　保健医療向上総合計画（マスタープラン）の策定

第１フェーズの検討結果を踏まえ、2000年及び2010年を目標年次とする保健医療総合計画を策定する。保健医療総合計画は、各種の補足的実査による特定目的のデータ作成、社会経済フレーム並びに達成目標や需要予測を複数のシナリオの下で設定し、設定された目標・需要を達成するための各種計画を作成し、概略の事業費を積算する。

このため、以下の項目・内容につき調査・分析・検討を行う。

１．補足調査

(1) 住民や医療関係者に対する受診行動に関するKAP調査

住民が熱や下痢などの疾病時に医療機関をどのように利用しているのか、民間療法に対する信頼度はどうか、医療機関での医療に満足しているのかどうか、コストや医療レベルに不満はないのか、など住民サイドと医療関係者サイド双方に対するKAP調査を行う。日本では小児医療分野で愛知県が総合的な基礎調査を行っているので参考になろう。

(2) 保健医療関係者の人的資源調査

病院や保健所の医師、看護婦などが、実際に何時間労働を行い、診療、訪問活動、会議、報告書作成などにどれくらいの時間をかけているのかを知る必要がある。またどのような職種が何人いて、教育歴、就職後の研修歴、保健医療技術水準についても把握する。

(3) 人類学的調査

疾病観、健康観などについて、ボンデュラス人がどのような考えを持っているのか知っておく必要がある。下痢症に関しては医療人類学の立場からの日本語の報告もある。

(4) リファラルシステムの前方視的調査

大原レポートの継続調査である。病院と保健所の乖離の実態を明らかにして、その対策を講じるためには、実際のリファラルケースに対する実態調査が必要である(数箇月間で十分であろう)。

(5) 栄養・貧困調査

全国の国公立病院及び各リージョンの代表的な保健所において外来者を対象に調査票にもとづき栄養状態、所得や労働の現況を把握するための聴き取り調査を行う。

(6) 保健財政

既存の資料、データ、調査報告書等をレヴューし、また関係者からも聴取し、保健財政全体の現況と問題点を把握する。また保健財政の実情を把握するために、リファラルシステムの第一次、第二次、第三次レベルの保健医療機関のうちモデルを各々1か所選定し、調査票にもとづくアンケート調査を行い、全体現況と問題点の確認を得るための補完とする。

現況調査は以下の項目を含むものとする。

年間保健医療費の規模、過去5年間に亘り、

① 公的規模に関し、補助金(予算)、料金、保健、外国援助、寄附、その他

② 民間医療活動に関し、医薬品販売額、医療費

年間保健医療費支出内容、過去5年間／3年間に亘り

① 公的保健医療機関の施設・機材費、医薬品、人件費、維持管理費、その他

② 民間保健医療機関の施設・機材費、医薬品、人件費、維持管理費、その他

保健財政の現況

年間保健医療費の収支を把握する。

収入については、政府予算、料金、保健、外国援助、寄附、その他毎に集計する。

支出については、施設費、機材費、医薬品費、人件費、維持管理費、各種補助金、その他。例えば事業計画ごと等に集計する。

モデル保健・医療機関での実態調査

保健予算の編成・執行・管理の現況

保健予算調査についてはManagement Sciences for Health（アメリカ）が調査報告書を作成しており、改革の提案を行っているので当該報告書をレヴューするとともに、提案の実施如何につき聴取し、未実施の場合には理由を把握する。

保健財政の問題点の抽出

以上の項目をとりまとめ、保健財政が抱える問題点を抽出する。特に財源問題は保健医療サービス体系を形成する上で最も重要な要素であり、また同国においては最も深刻な問題と認識されてきているところ、新規財源確保の方法も課題の抽出と併せて検討する。

2．社会・経済フレーム

ホ国政府の2000年目標の各種方針、開発政策、及び長期経済見通し並びに世界銀行や米州開発銀行等の経済予測（アセスメント）等を参考に2000年及び2010年の社会・経済のフレームを設定する。

指標は次のとおり；

(1) 人　　口：全国、リージョン別

(2) 産業構造：GDPの産業別割合、就業人口割合、特にインフォーマルセクターの就業人口

(3) 経済活動：GDP、GNP、所得構造

3．課題及び目標・需要設定

課題については定量化可能な項目と定量化が困難な項目に分け、定量化項目については社会・経済フレームに沿い需要を予測し、また定量化が困難な項目については達成すべき目標も設定する。

以上２、３の検討結果、2010年の目標・需要につき高い経済成長率と保健分野への積極的な施策が実施されるケースとそれ以外のケースのシナリオを描くこととする。

予測需要、目標は次の項目とする。なお、保健目標や保健関連の幾つかの項目の目標については、上記のいずれのシナリオにおいてもWHOが挙げている2000年目標の“Health for All”に定めることは達成すべく需要・目標の設定を行うこととする。

(1) 保健需要・目標

平均寿命、死亡率、乳児死亡率、妊産婦死亡率、未熟児出生率、栄養欠乏病、特定疾患罹患率、疾病構造等

(2) 保健関連需要・目標

飲料水普及人口、衛生施設普及人口、出生率、就学率、低栄養・貧困撲滅目標、森林・湖沼・水資源保全目標等

(3) 全般的事項

政府財政支出、目標グループ、GDP目標、外国・NGO支援機関の位置付け、保健教育、衛生教育等

4．保健医療総合向上計画（マスタープラン）の策定

上述の目標・需要を達成するため次の計画から成る保健医療向上総合計画を策定する。

(1) 基本的な保健ニーズ目標達成のための計画

栄養向上計画

飲料水供給計画

衛生整備計画

環境整備計画

(2) 基本的な保健サービス目標達成のための計画

プライマリー・ヘルス・ケア整備計画

家族計画、保健・衛生教育計画

感染症対策計画

医薬品・ワクチン供給計画

(3) 特定医療・保健サービス目標達成のための計画

特定疾患対策計画（HIV等）

精神衛生対策計画

労働衛生対策計画

(4) 制度的調整、法制備等体制整備計画

保健行政整備計画

政府の役割と民間活動育成のための措置等

保健財政

リファラルシステム

保健医療施設計画

人材養成計画

総合計画実施のための機構と必要な措置

住民参加、地方分権

(5) 投資計画

マスタープラン実施に要する事業費を概略的に積算する

(6) 最適計画

以上(1)〜(5)の組合せによる代替案数案を評価、検討し、最適な計画を作成する。

Ⅲ 第3フェーズ 実施計画

第2フェーズで策定した保健医療向上総合計画（最適計画）にもとづき、2000年目標の中期計画を中心に各種計画からなる優先事業実施計画を策定する。

1．優先事業実施計画は以下の内容からなる。

(1) 基本方針

(2) 保健医療向上のための総合的なアプローチ

(3) 優先事業実施計画の作成

① 保健行政整備計画

② リファラルシステム整備計画

③ 保健医療施設整備計画

④ 人材養成計画

⑤ 保健医療対策計画

⑥ 統合的対策計画

⑦ 概略事業費積算

なお、最優先事業実施計画は以下の諸点に十分配慮されたものであること。

(1) 財政負担力と負担の仕組みが明確であること

(2) 統合的対策実施のための調整機構が明確であること

(3) 対外援助調整の必要性と仕組みが明確であること

(4) リファラルシステムと人材養成計画及び施設計画が一体的に計画されていること

(5) 優先保健リージョンが明確であること

(6) 優先特定疾患対策、感染症対策等保健医療対策プログラムが明確であること

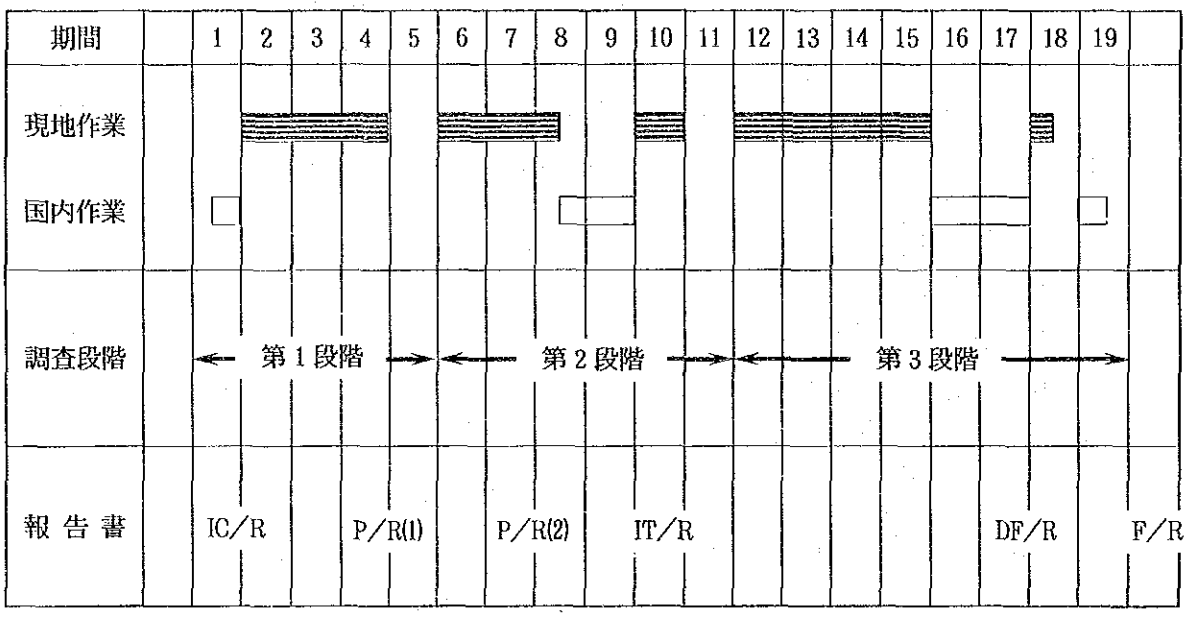
(7) 優先施設計画が明確であること

2．提　言

3．保健医療総合向上計画策定方法のとりまとめ

6－3　調査工程

本件調査はホンデュラス国内での現地作業、及び、日本国内で行われるとりまとめ作業、とで構成される。現地作業は都合11か月間を予定し、国内作業は4.5か月間程度を予定しており、調査全体の期間は、おおむね19か月間が見込まれる。



IC／R　：インセプション・レポート
P／R　：プログレス・レポート(1)
P／R(2)：プログレス・レポート(2)
IT／R　：インテリム・レポート
DF／R　：ドラフト・ファイナル・レポート
F／R　：ファイナル・レポート

6－4　報告書

以下の報告書を作成し、先方政府に提出のうえ説明・協議を行う。

(1)　インセプション・レポート

英文30部、ホンデュラスでの調査開始時に先方政府へ提出

(2)　プログレス・レポート(1)

英文30部、調査開始後4か月以内に提出

(3)　プログレス・レポート(2)

英文30部、調査開始後8.5か月以内に提出

(4)　インテリム・レポート

英文30部及び西文30部、調査開始後10か月以内に提出

(5)　ドラフト・ファイナル・レポート

英文30部及び西文30部、調査開始後18か月以内に提出

ホンデュラス政府はドラフト・ファイナル・レポート受領後、1か月以内にコメントをJICAに提出

(6) ファイナル・レポート

英文50部及び西文50部、ドラフト・ファイナル・レポートに対するコメントを得てから1か月以内に提出

6－5 要員計画における留意点

(1) 本件調査は保健に関するセクター調査であり、総合的な視野が必要なことから国際保健（International Health）の分野での学位（修士または博士）取得者で、当該分野での計画立案の経験のある者を含めることが不可欠である。

(2) 保健機関利用状況を把握するために保健サービス供給側及び需要側の双方に対する意識調査を行う必要があると考えられるところ、それぞれの疫病、健康などに対するどのような考えを持っているかを人類学的側面から把握するため、人類学者を含めることが望ましい。

(3) 健全な医療システムを構築するには特に適正な医療財政を確立する必要がある。その意味で国家予算における医療予算の適正度、国民の医療費負担能力の把握、及び医療機関の適正な予算執行という観点から調査を進めることが肝要であり、その領域での知識・経験に豊富な人材を配置する必要がある。

(4) 保健医療を改善させるには同分野と密接な関係にある環境、人口、教育などの社会セクターを分析したうえで、相互の改善を図る必要があるため、要員の配置にあたっては、これら保健関連領域をカバーする人材を取り込む必要がある。

(5) 本調査では現地調査、実態調査、意識調査など住民と密着した調査が中心となるため、十分な西語能力を有する団員の配置が望ましい。配置が不可能な場合は西語通訳を現地傭上し、西語での意思疎通のできる体制を整える必要がある。

6－6 調査用資機材

	種類		数量	現地調達可	値段
①	IBM コンパック	デスクトップ	5	可	$1,800
②		ラップトップ	2	可	$3,980
③	プリンター		7	可	$350
④	ワード・パーフェクト		1	可	$500
⑤	ロータス1－2－3		1	可	$700
⑥	ハーバード・グラフィク		1	可	$650

⑦	エプ・インフォ	1	不可	
⑧	MSドス	1	可	Lps.741
⑨	日本語用ワープロ	2	不可	－
⑩	コンピューター用紙			
	手紙サイズ（A4より小）	500枚		Lps.23.75
	オフィシャル・サイズ（A4より大）	500枚		Lps.29.30
⑪	スタビライザー	4－7	可	不明
⑫	変圧器	4－7	可	不明
⑬	コピー機	2	可	Lps.39,000
⑭	オーバーヘッド・プロジェクター	1	可	Lps.6,240
⑮	オーバーヘッド・プロジェクター用紙		可	Lps. 3（1枚）
⑯	スライド・プロジェクター	1	可	Lps.3,120
⑰	FAX	1	可	Lps.15,600
⑱	車両 4WD 傭上（車両代のみ）	1	可	Lps. 600／日
	運転手	1		Lps. 150／日
	ガソリン代			Lps. 10.10／ガロン

注）対ドル現地通貨（レンピラ）交換レート　$ 1 ＝Lps. 7.80

6－7　便宜供与

便宜供与内容はS／W及びM／Mのとおりである。

6－8　調査実施上の留意点

(1) 既存資料及びデータは各分野によって行政区分または独自に設定した範囲で行われているので、各種資料及びデータの活用にあたっては、相互の整合性など十分留意すること。

(2) 保健医療分野ではPAHO、UNICEF、UNDPなど国際機関及び二国間の外国援助が数多く実施されていることから、これらの援助機関の動向を十分に把握したうえで調査を進めることが必要である。

(3) また、保健関連分野での重点政策及び実施・計画中のプロジェクトなど、その状況を踏まえることが必要である。

付 属 資 料 1. T／R

Términos de Referencia (modificado)

COOPERACION TECNICA
POR EL GOBIERNO DEL JAPON

SOLICITUD

Por el Gobierno de: Honduras

para un Estudio de Desarrollo sobre:

Mejoramiento y Desarrollo de los Servicios Básicos del Nivel Hospitalario
-Desarrollo Integral del Sector Salud a Nivel Nacional-

-l Gobierno del Japón.

---

(1) Justificación del Estudio

El sector de salud en Honduras siempre ha sido considerado uno de los asuntos más importantes de la política del país y el presupuesto del Ministerio de Salud Pública (MSP) ha asignado casi 10% del presupuesto nacional. El gobierno actual defina salud como uno de los aspectos esenciales dentro del proceso integral de desarrollo del pueblo Hondureño. Según el dato más reciente, la mortalidad infantil ha mejorado hasta 50 por 1,000 nacidos vivos y la expectación de vida es 66 años.

Hasta ahora el MSP y varias agencias de cooperación internacional han enfocado en atención primaria de salud y muchos proyectos han sido implementados en el sector de salud en Honduras. Pero no se ha visto la colaboración efectiva entre (:as agencias, coordinado por el MSP con un plan integral bien dirigido. Se observa que el PAI (Programa Ampliado de Inmunización) es un ejemplo importante que estas colaboración y coordinación han tenido éxito. Al contrario, el problema de los servicios básicos en el nivel hospitalario es un ejemplo que varios proyectos han implementado esporádicamente sin análisis global de los problemas asociados ni coordinación integral entre varias agencias.

Para fortalecer el desarrollo de atención primaria y mejorar el nivel de salud del país, es necesario mejorar los servicios hospitalarios estatales de la red en forma eficaz, los cuales resuelven problemas que no son solucionados en las comunidades ni en los Centros de Salud. Recientemente varios nuevos hospitales han sido inaugurados y se observa que el aspecto de construcción y equipamiento presenta un nivel adecuado de avance, y el nuevo enfoque del mejoramiento de los servicios hospitalarios se gerencian en forma efectiva y la integración de la red han sido

1

muy importantes en el sector salud con una planificación nacional de desarrollo.

Con el propósito de mejorar el funcionamiento de los hospitales, el MSP dirigido por la División de Hospitales, ha ejecutado el Programa de "Garantía de Calidad" como Autoevaluación, Acreditación, Autogestión y Desarrollo del Servicio Farmacéutico desde el año 1990. A través de estos esfuerzos del fortalecimiento del aspecto gerencial y capacitación del personal, los gerentes de hospitales llegan a analizar la problemática de salud y buscar las soluciones que dan respuesta a la misma. Se señalan también la implementación de manuales y normas, motivación del personal de salud, mejoramiento de comunicación y coordinación intra y extra hospitalaria en varios hospitales estatales. Para fortalecer estos proyectos, es necesario obtener dicho Plan Maestro de desarrollo en el sector salud.

En el aspecto institucional, reglamentario y legal, hay varios obstáculos para mejorar la eficiencia del servicio de salud. Recientemente la política de "Modernización del Estado" ha propuesto, por ejemplo, la decentralización, coordinación interinstitucional y la privatización del servicio. Para gestionar estas propuestas, es necesario aclarar y analizar aspectos institucionales y legales junto con asuntos administrativos y financieros del sector salud.

Otro aspecto importante es él de la infraestructura en relación con salud. En Honduras se puede observar que el Producto Nacional Bruto (PNB) per cápita es de US $590 anuales y que el 68% de la población está por debajo del nivel de pobreza. Los problemas de vivienda, agua y saneamiento y pobreza en general, junto con la limitada accesibilidad a los servicios de salud debido a las deficiencia de comunicación, conforman obstáculos significativos para proporcionar los servicios mencionados en forma eficaz y eficiente. Se debe considerar una infraestructura junto al problema de salud y planificar estrategias que contribuyen a mejorarlos. Para establecer una red eficiente, es necesario fortalecer la coordinación de cada nivel de atención de salud y definir los funcionamientos propios y específicos.

Es esencial tener un Plan Maestro, considerándose el aspecto socioeconómico e infraestructural para analizar globalmente la problemática de salud y planificar proyectos en forma coordinada, eficiente y eficaz. A través de este Plan Maestro, es necesario llevar a cabo una zonificación del país, definir áreas modelos y sub sectores, los que se necesitan con la intervención urgente y enfocada, y realizar un Estudio de Factibilidad en el área modelo. Este tipo de estudio nunca ha sido implementado en este país y se considera muy significativo para contribuir un desarrollo integral del país.

(2) Objetivos del estudio:

-Realizar un Plan Maestro nacional para mejorar la red de servicios de salud en forma integral.
-Seleccionar un área que necesita intervención urgente y prioritaria para fortalecer el sistema del servicio de salud.
-Desarrollar un modelo de sistema del servicio, y hacer un Estudio de Factibilidad en este área. Este modelo debería ser aplicable a todo el nivel nacional.

(3) Areas de estudio:

Plan Maestro: todo el país
Estudio de Factibilidad: área modelo

(4) Organismo ejecutor: Ministerio de Salud Pública

(5) Alcance de estudio:

1) Primera fase

A) Preparación preliminar en Japón:

Análisis de los datos coleccionados por la misión preliminar
Preparación del Informe Inicial

B) Estudio de campo:

Explicación y discusión del Informe Inicial
Recolección de los datos existentes
Estudio de campo (cada programa y cada región sanitaria)
Determinación del marco del estudio

C) Análisis en Japón:

Análisis de los datos coleccionados
Decisión de la metodología del estudio
Preparación del Informe Intermedio 1

2) Segundo fase (Plan Maestro Nacional)

A) Estudio de campo:

1. Explicación y discusión del Informe Intermedio 1
2. Recolección de los datos existentes e investigación de campo
   2.1 Estudio del aspecto socio-ecomónico
   2.2 Estudio de las necesidades de salud
   2.3 Estudio del sistema de salud

2.4 Estudio del aspecto financiero de salud
2.5 Estudio de los resursos humanos y nivel de tecnología médica
2.6 Estudio institucional, reglamentario y legal
2.7 Estudio de planta física y equipos
2.8 Estudio de infraestructura relacionada con la salud
2.9 Estudio de las actividades de agencias de cooperación internacional
2.10 Investigación de la situación de vida
2.11 Investigación de la estructura de la demanda de salud
2.12 Investigación de la utilización del servicio de salud

B) Análisis en Japón:

1. Revisión del sector salud:
servicios de salud, institución y sistema, infraestructura relacionada con la salud, etc.
2. Preparación del Plan Maestro Nacional
3. Zonificación (por área y por sub sector)
4. Selección de una área modelo
5. Preparación del Informe Intermedio 2

3) Tercera fase (Estudio de Factibilidad en área modelo)

A) Estudio de campo:

国際協力事業団

1. Explicación y discusión del Informe Intermedio 2
2. Recolección de los datos existentes e investigación de campo
2.1 Estudio del aspecto socio-económico
2.2 Estudio de la condición natural
2.3 Investigación de la situación de vida
2.4 Investigación de la estructura de la demanda de salud
2.5 Investigación de la utilización del servicio de salud
2.6 Estudio de condiciones de diseño

B) Análisis en Japón:

1. Análisis de la situación del área
2. Proyección del futuro
3. Preparación del plan alternativo
4. Estimación del costo de inversión y operación
5. Evaluación
6. Determinación del plan definitivo
7. Conclusiones y recomendaciones
8. Preparación del Informe Borrador Final

C) Explicación del Informe Borrador Final

D) Preparación y envío del Informe Final

(6) Cronograma de estudio:

Sep. 1993 : Envío del Equipo de Estudio Preliminar
Decisión del Alcance de Trabajo

Estudio de Primera fase:
estudio de campo : 1 mes
análisis en Japón: 1 mes

Estudio de Segunda fase:
estudio de campo : 3 meses
análisis en Japón: 4 meses

Estudio de Tercera fase:
estudio de campo : 3 meses
análisis en Japón: 4 meses

(7) Especialidades del equipo de estudio (15 áreas/ 12 personas)

1. Jefe (administrador del proyecto)
2. Salud I (preventivo)
3. Salud II (curativo)
4. Planificación regional
5. Estudio institucional y organizacional
6. Administración hospitalaria
7. Logística (administración de insumos médicos)
8. Educación y capacitación
9. Investigación sociológica
10. Infraestructura
11. Saneamiento ambiental
12. Construcción y instalación física
13. Mantenimiento de equipo
14. Economista de proyecto
15. Evaluación del impacto ambiental y WID (Mujeres en Desarrollo)

Firma:

Cargo:

El nombre del Gobierno de: Honduras

Fecha:

5

補足説明

（１）申請の前歴

昨年度、地方中核病院が直面している問題点・必要性に対し統合的・包括的な分析を行い、近い将来の対策案を計画すると共に、後述する現行のプロジェクトを強化するための「全国中核病院機能改善計画」マスタープラン作成の開発調査の実施が要請された。今回修正案として、保健を取り巻く関連インフラストラクチャーを踏まえた、全国のマスタープラン作成のための調査、その後の特定地域におけるフィジビリティー・スタディーの要請が提出された。

（２）第三国・国際機関との経済・技術協力関係

今回の調査案件は日本政府にのみ申請されている。しかし、下記の政府医療機関機能改善に関するプロジェクトは、汎アメリカ保健機構（ＯＰＳ）の協力のもと、厚生省病院課を中心に近年開始されている。

1) AUTOEVALUACION（1990 ～　実施中）

地域中核病院機能改善を図るため、病院内部のスタッフ自身による、連続的・客観的評価システムを実施することにより、各病院単位における成果を評価し、優先される問題点の同定、政策への応用、改善計画の策定に役立つ情報源とする。

2) ACREDITACION（1990 ～　実施中）

地域中核病院機能改善を図るため、各病院に付き短期間（一週間）の外部調査団による機能評価システム。

3) AUTOGESTION　（1990 ～　実施中）

人材登用と医療サービスの最大効果を得るために、自己評価の方法を用いて地域中核病院機能における問題点と、その改善に関与する直接担当者及び中間管理職の生涯教育システムを実施する試み。

4) 母子保健における病院管理教育（1991 ～　実施中）

AUTOGESTION のひとつであり、母子保健における医療サービスの改善を図るため、担当者を主体とする参加型の管理面改善のプロセスを促し、同定された問題の解決にむけての管理能力を強化する。

5) 薬局サービス改善プロジェクト（1989 ～　実施中）

医薬品の供給・処方・調剤に関する改善。

6) 工学及びメンテナンス強化・改善プロジェクト（第二期 1990 ～ 1992）

保健サービスの安全性・機能性・適切性を保証するため、メンテナンス機構を確立し、修理のみでなく、予防的保守システムの施行を目指す。

（３）日本の経済・技術協力と本案件との関係

1) 無償資金協力

a) テグシガルパ母子病院機材整備計画（1984年）

首都圏市民の母子医療サービスの向上を図るための医療機材供与。

b) 地域中核病院医療機材整備計画（1988年）

全国の９地域中核病院の医療機材整備及び施設の拡充。

c) 病院網整備計画（1992年）

新設された３地区病院及び一部教育病院への医療機材の供与。

2) 技術協力

a) 看護教育強化計画（プロジェクト方式技術協力　1990年９月～1995年８月）

保健状況の改善に寄与する重要な要素のひとつである准看護婦のレベルアップを図るため、看護教育スタッフに技術移転を行い、准看護婦教育の強化を目指す。

b) 医療保険サービス開発計画専門家の派遣（1991年３月～1994年３月）

インハウス・アドバイザーとして、厚生省と日本との間の調整役となり、保健分野におけるＪＩＣＡプロジェクトのフォローアップ、及び新たなプロジェクトの発掘・計画作りに助言する。

上記のように過去において日本政府は医療分野の改善に寄与すべく三つの無償協力を実施した。地域中核病院であるサン・フランシスコ病院の建設と、合計１３か所の病院に対する機材供与を内容とするこれらのプロジェクトは、病院サービスにおける重要な必要条件に答えたものであるが、総合的・包括的に問題解決への要求にこたえるものではない。すなわち、機材の不足に加えて各病院は物資供給の不足、メンテナンス機能の不備、保健情報の不備、スタッフに対する生涯教育の不足など、多くの問題を抱えている。これらの問題点の解決なくしては機材供与や病院新設のプロジェクトの成果が十分に発揮されるとは言いがたい。

また、ホンデュラス国への保健セクターにおける無償資金協力として、1982年から 1989 年にかけて５回にわたるマラリア・デング熱抑制計画、1990年及び1991年の二期にわたるコマヤグア生活用水整備計画等の協力が実施されている。

全国保健医療総合改善開発計画

<TOR 修正案>

ホンデュラス政府からの日本政府に対する標記プロジェクト
（修正前プロジェクト名：地域中核病院機能改善計画）に関する開発調査要請

(1) 背景（プロジェクトの必要性）

ホンデュラス国における保健・医療セクターは常に国家政策の最重点項目のひとつとされ、厚生省（M.S.P.）予算は国家予算全体の10% 前後を占めてきた。現政権においても保健・医療はホンデュラス国の総合的発展に欠かすことのできない分野として定義付けされている。最新のデータによれば乳幼児死亡率は 50(出生 1000 対)、平均寿命は 66 才と大きく改善されてきている。

従来より、ホンデュラス国の保健・医療分野においてはプライマリー・ヘルス・ケアに焦点をあてた数多くのプロジェクトが、厚生省と様々な国際援助機関の手で実施されてきた。しかしながら総合的に立案された計画の下で、厚生省が調整機関として機能し、各種援助機関が効果的に連係することはほとんど行われなかった。その中で「予防接種拡大計画」は協力と調整が成功した際立った一例であるが、反対に、病院レベルでの基本的医療サービスの改善に関しては、関連する様々な問題を総合的に分析することなく、また、各種援助機関の間の全体的調整もなしに、いくつかのプロジェクトが対処的に実施されてきた。

プライマリー・ヘルス・ケアをより発展させ、国の保健・医療のレベルアップを図るためにはコミュニティー・地域の保健所では解決できない問題に対処する国立医療機関網のサービスを、より効果的に機能するよう改善する必要がある。近年いくつかの新病院が開設されたことで、病院建設、機材整備というインフラ面はかなりの改善が見られるが、医療・保健分野における国家計画に添った形でのより効果的な医療サービス改善への努力、医療ネットワークの統合が必要とされている。

各医療機関の機能を改善する目的で、厚生省は病院課が中心となり Autoevaluacion(自己評価)、Acreditacion(外部評価)、Autogestion(内部改善・教育)、薬局改善等の「サービスの質を保証」するためのプログラムを1990年より実施している。各医療機関の管理者は、これらの運営改善、スタッフ教育等の努力を重ねる過程で保健・医療分野における問題点を分析し、それを解決するための解答を捜すようになってきている。また、これらの医療機関の中には、サービスのマニュアル化・標準化を進める、スタッフの意欲を向上させる、内部及び外部機関との調整を図る等の活動を行っている例もある。

保健・医療サービスの効率を改善するには、制度的・法律的側面から考えるとまたいくつかの障

害がある。最近の国家近代化政策では、例えば、「地方分権化」「縦割り行政からの脱皮」「政府機関の民営化」が提案されており、この政策が実施される過程においては保健・医療分野における制度的・法律的側面と運営管理、財政面とを合わせて問題を明確にしそれを分析する必要がある。

また、保健・医療に関連するものとしてインフラストラクチャーの不備がある。ホンデュラスは一人あたり国民総生産が年間 590 USドル であり、国民の 68%が貧困以下の状態に置かれている。住宅、上・下水道、及び貧困に係る様々な問題は、道路・通信網の不備に起因する保健・医療サービスへのアクセスの困難さと合わせて、これらの保健・医療機関が効率的・効果的に機能する上で大きな障害となっている。

上記の理由からインフラの整備を保健・医療の問題と合わせて考慮し、改善への戦略を計画する必要がある。また、効率的な保健・医療ネットワークを構築するためには各レベルでの調整を強化すると共に、その各々の機能・役割を明確にする必要がある。

以上の必要性に対応し、保健・医療における様々な問題点を総合的に分析し、効率的なプロジェクトの連係、統合的計画を立てるために保健・医療を取り巻く経済・社会的側面、インフラストラクチャーなどをもを考慮したマスタープランが是非とも必要とされている。

さらに、このマスタープランを基に国全体のゾーニングを行い、緊急かつ重点的に整備を必要とするモデル地域、及びサブセクターを決定しフィジビリティー・スタディーを実施する必要がある。

このような総合的な調査はホンデュラスにおいては過去一度も実施されておらず、その結果は将来の国家の総合開発に大きく寄与するものと思われる。

(2) 調査の目的

- 保健・医療サービスネットワークを総合的に改善するためのマスタープランの作製
- 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
- 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Ｆ／Ｓを実施
  （このモデルは全国の他の地域にも適用可能なもの）

(3) 調査地域

マスタープラン	：	全国
フィジビリティースタディー	：	モデル地域

(4) 実施機関

厚生省 (MINISTERIO DE SALUD PUBLICA)

(5) 調査内容

1) 第一次調査

A) 日本国内における事前準備

・事前調査団が収集した資料の分析

・インセプションレポートの作製

B) 現地調査

・インセプションレポートの説明と協議

・既存データの収集

・現地踏査（プログラム別、地域別）

・調査のフレーム・ワーク決定

C) 日本国内における解析

・収集データの分析

・調査手法の決定

・中間報告書 1、の作製

2) 第二次調査

A) 現地調査

1、中間報告書 1、の説明と協議

2、既存データ収集と現地実態調査

2. 1. 社会・経済調査

2. 2. 保健ニーズ調査

2. 3. 保健システム調査

2. 4. 保健財政調査

2. 5. 人的資源、医療技術水準調査

2. 6. 組織制度、法制調査

2. 7. 施設・機材調査

2. 8. 保健関連インフラ調査

2. 9. 国際援助機関調査

2.10. 生活実態調査

2.11. 保健需要構造調査

2.12. 保健サービス利用実態調査

B) 日本国内における解析

1、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、関連インフラ等

2、全国マスタープラン作製

3、ゾーニング（地域別、サブ・セクター別）

4、モデル地区選定

5、中間報告 2、作製

3) 第三次調査（モデル地区におけるフィジビリティー・スタディー）

A) 現地調査

1、中間報告書 2、の説明と協議

2、既存データの収集と実態調査

2.1. 社会・経済調査

2.2. 自然条件調査

2.3. 生活実態調査

2.4. 保健需要構造調査

2.5. 保健サービス利用実態調査

2.6. 設計条件調査

B) 日本国内における解析

1、地域の現状解析

2、将来予測

3、代替案の作製

4、事業費及び運営費の積算

5、評価

6、最終計画案の決定

7、結論及び提言

8、最終報告書案の作成

C) 最終報告書案の説明

D) 最終報告書の提出

(6) 調査スケジュール

1993年 9 月 ： 事前調査団派遣、 S／W作製

第一次調査	:	現地調査	:	一カ月
		日本国内解析	:	一カ月
第二時調査	:	現地調査	:	三カ月
		日本国内解析	:	四カ月
第三時調査	:	現地調査	:	三カ月
		日本国内解析	:	四カ月

(7) 調査団員の専門分野　(15分野／12名)

1、 団長 (総合開発)
2、 保健 1 (予防)
3、 保健 2 (治療)
4、 地域計画
5、 制度・組織・法制度
6、 病院運営管理
7、 ロジスチックス
8、 教育・訓練
9、 社会調査
10、 インフラストラクチャー
11、 環境衛生
12、 建築・設備
13、 機材維持管理
14、 プロジェクトエコノミスト
15、 環境アセスメント及び WID

国際協力事業団

付 属 資 料 2. Q／A

ホンデュラス政府保健省への質問票

参照

1. 一般状況

1.1. 自然環境

(1) 地勢

(2) 気候

特に国民の健康・衛生状況に影響を与える要因について

1.2. 人口・民族・言語

民族別保健衛生状況の相違などを含む

人口の詳細に関しては、「2.2. 人口動態」を参照

1.3. 政治的状況

国際政治状況の影響（ドナーの動向）なども含む

1.4. 経済的状況（最新データの入手）　国別協力情報ファイル

(1) 一人当たりＧＮＰ　Ｗ．Ｂ．レポート

(2) ＧＤＰ実質成長率　ＵＮＤＰ

(3) 消費者物価上昇率　ＵＮＩＣＥＦ

(4) 失業率

(5) 貿易（貿易収支、輸出額、輸入額など）

(6) 経常収支

(7) 対外債務残高

(8) 債務返済比率

(9) 外貨準備高

(10)産業別生産高（農業、漁業、林業、鉱業

製造業、建設、商業、サービスなど）

(11)産業別雇用者数

1.5. 教育　ＵＮＩＣＥＦ

地域格差、男女格差などに注目　ＵＮＤＰ

(1) 識字率　Ｗ．Ｂ．

(2) 就学率、（小学校終了以前でのドロップ・アウト率）

(3) 教育システム

1.6. 宗教・風俗

宗教や社会的慣習が人々の保健・衛生に関する知識・態度・行動に与える影響

2. 保健医療サービスの需要側の状況

2.1. 保健衛生指標——国際比較　UNICEF

（直）乳児死亡率、5歳未満児死亡率、妊産婦死亡率　PAHO

人口増加率、出生時の平均余命、粗出生率　W. B.

粗死亡率、人口、合計特殊出生率など　UNDP

（間）GNP、カロリー摂取量、識字率、上下水道普及率

2.2. 人口動態　UNFPA

(1) 人口（年齢層別、性別）

(2) 人口増加率

(3) 合計特殊出生率

(4) 都市人口、都市化率

(5) 避妊実施率

2.3. 疾病・死亡　UNICEF

年層別疾病・死亡状況　PAHOなど

地域別疾病・死亡状況

季節変動

個々の疾病

(1) 下痢性疾患、コレラ

(2) 急性呼吸器感染症

(3) マラリア

(4) デング熱

(5) シャガース病

(6) リューシュマニア症

(7) 性行為感染症

(8) エイズ

(9) 結核

(10)ハンセン病

(11)子供の感染症（予防接種対象疾病）

(12)栄養失調

(13)妊娠・出産関連（周産期疾患、先天奇形）

(14)成人病（心疾患、糖尿病、悪性新生物など）

(15)事故・傷害

(16)その他

2.4. 衛生環境　　UNICEF

(1) 飲料水（上水道普及率、飲料水源など）

(2) トイレ、し尿処理施設

(3) ゴミ処理

(4) 公害（大気汚染、水質汚染など）

3. 保健医療サービスの供給側の状況

3.1. 衛生行政　　国家開発計画

(1)国家開発計画の中における保健医療計画の位置付け

(2)中央衛生行政機構と保健医療政策・計画　　保健省機構図

(3)地方衛生行政機構と保健医療政策・計画　　地方保健行政機構図

3.2. 保健医療分野財政状況

(1)予算

(2)歳入及び歳出

(3)医療保険制度

(4)財政再建への取り組み

3.3. 保健医療サービスの利用状況

保健医療サービス提供側の分類

(1) 公的保健医療セクター（保健省管轄）

(2) 民間保健医療セクター（プライベートNGO）

(3) 企業（産業）系保健医療セクター

(4) 伝統医療セクター

上記各セクターのサービス内容及び質、利用状況（アクセス、待ち時間）

入院状況、病床稼働率、記録の管理状況など

3.4.　（保健省管轄）保健医療施設

(1) 施設の種類と数

(2) 施設・機材の整備状況

(3) 地域分布状況

＊もしあれば、他セクターの保健医療施設の情報も

3.5.　（保健省管轄）保健医療従事者

(1) 従事者の種類（技術水準を含む）と人数

(2) 配置状況

(3) 養成状況（教育内容及び期間、頭脳流出、などを含む）

＊もしあれば、他セクターの保健医療施設情報も

3.6.　ボランティア

(1) 人数、種類

(2) 給与、インセンティブの有無

(3) 仕事の内容

(4) 養成状況（期間・内容など、地域差も含めて）

3.7.　労働衛生

3.8.　対策プログラム

(1) 予防接種拡大プログラム（ＥＰＩ）

(2) 下痢症対策（ＣＤＤ）プログラム

(3) 急性呼吸器感染症（ＡＲＩ）対策プログラム

(4) その他の感染症プログラム

結核、ハンセン病、性行為感染症、エイズ

マラリア、狂犬病など

(5) 栄養改善プログラム（発育観察、給食プログラムなど）

(6) 母子保健プログラム

(7) 家族計画プログラム

(8) 精神保健プログラム

(9) 歯科保健プログラム

(10)食品衛生

(11)健康教育プログラム

(12)給水・衛生対策プログラム（し尿・ゴミ処理など）

3.9.医薬品・医療器具・衛生材料

(1) 生産、流通、調達・供給システム

国内生産、輸入状況など

(2) 供給状況

(3) 必須医薬品の供給状況

3.10. 緊急医療システム

3.11. 試験研究機関

3.12 情報管理システム（ＭＩＳ:Management Information System)

3.13 保健医療関連法制度の整備状況

4．保健医療協力

4.1. ドナーとの協力関係

(1) 各プログラムのドナーのプログラム活動と予算

4.2. 政府及びドナー間の協力調整状況

5．現地業者に関する情報

5.1. 開発調査に協力可能な組織及び人材リスト

(1)大学、研究機関

(2)民間コンサルタント

(3)その他

5.2. 業務コスト

6．その他留意事項

・コミュニティー参加（Community Participation)の状況

・他の関連セクター（環境、農業、交通、通信など）との協調はどうなっているか

・保健医療サービス活動（プログラム）に対する評価活動

・貧困層に対する福祉プログラムの有無

・女性と開発（ＷＩＤ）プログラムの有無

QUESTIONNAIRE TO THE MINISTRY OF HEALTH, HONDURAS

1. General Background

1.1. Natural Environment

Focusing on the factors contributing to health and hygiene of the populace.

(1)Geography

(2)Climate

1.2. Population, Race, and Language

Differences by race and regions

1.3. Political Situation

Including the international situation influencing the donors' policy

1.4. Economic Situation---updated data/information

(1)GNP per capita

(2)Real growth rate of GDP

(3)Consumer price index (for 10 years)

(4)Unemployment rate

(5)Trade (balance of payment and import & export)

(6)Central government revenue & expenditure

(7)External debts

(8)Payment rate of the external debts

(9)Foreign currency reserves

(10)Production by industry (agriculture, industry, manufacturing, services)

(11)Labour force by industry

1.5. Education

Paying attention to the regional and gender gap

(1)literacy rate

(2)Enrollment rate (including drop rate at the primary level)

(3)Educational system

1.6. Religion and Custom

Religious, cultural, and customary factors influencing the people's knowledge, attitude, and practice relating to health and illness.

2. Demand Side of the Health Services

2.1. Health Indicators

(D)IMR, U5MR, MMR, population growth rate, life expectancy at birth, crude birth rate, crude death rate, population, total fertility rate, etc

(I)GNP, daily per capita calorie intake, literacy rate, access to water and sanitation services, etc

2.2. Demography

(1)Population (age, sex)

(2)Population growth rate

(3)Total fertility rate

(4)Urban crowding

(5)Contraceptive prevalence rate, etc

2.3. Diseases and Death

Differences by age groups, regions, and seasons

(1)Diarrhoeal diseases

(2)Acute respiratory infections

(3)Malaria

(4)Dengue fever

(5)Chagas disease

(6)Leishmania

(7)Sexually transmitted diseases

(8)AIDS

(9)Tuberculosis

(10)Leprosy

(11)Childhood infectious diseases (EPI preventable)

(12)Malnutrition

(13)Maternal and perinatal diseases (diseases during pregnancy, delivery, and perinatal period)

(14)Adult diseases (cardiovascular diseases, diabetes, malignant neoplasm, etc)

(15)Accidents

(16)Others

2.4. Hygiene and Sanitation

(1)Drinking water (access to safe drinking water services, water resources)

(2)Latrine and other sanitary facilities

(3)Waste disposal

(4)Environmental pollution (air, water, etc)

3. Supply Side of the Health Services

3.1. Health Administrative Organization

(1)Health sector in national development plan

(2)Central health administrative organization (organizational chart of the MOH) and health policy/plan

(3)District health administrative organization and health policy/plan

3.2. Health Care Financing

(1)Budget

(2)Revenue and expenditure

(3)Health insurance scheme

(3)Financial reform in health sector

3.3. Usage of the Health Services

Categorization of the health service providers

(1)Public sector (under MOH)

(2)Private sector

(3)NGO

(4)Industry sector

(5)Traditional medicine

activities, service quality, usage (population covered, access, waiting time, etc), bed occupancy rate, record keeping, etc

3.4. Health Facilities (under MOH) ---under other categories, if possible

(1)Type & numbers

(2)Physical conditions of the facilities and equipments

(3)Regional distribution

3.5. Health Human Resource Development(under MOH)---under other categories, if possible

(1)Type (level of expertise) & numbers

(2)Regional distribution

(3)Education system and training (curriculum, duration), including post-training situation (e.g. brain drain)

3.6. Health Volunteer (Community-level)

(1)Type & numbers

(2)Paid or unpaid, any incentives?

(3)Activities

(4)Training (curriculum, duration)

3.7. Occupational Health

3.8. Control Programs

(1)Expanded program on Immunization (EPI)

(2)Control of diarrhoeal diseases (CDD) program

(3)Acute respiratory infection (ARI) program

(4)Other infectious diseases control programs

AIDS, T.B., Leprosy, STD, Malaria, Rabies, etc

(5)Nutrition program

(6)Maternal and child health (MCH) program

(7)Family planning program

(8)Mental health program

(9)Dental health program

(10)Food hygiene

(11)Health education (may be included in each program)

(12)Water supply and sanitation program

3.9. Medicine, Equipments, and Other Medial Materials

(1)Production, procurement, and distribution

domestic and import system

(2)Supply situation (stock, etc)

(3)Essential drug program

3.10. Emergency Medical System

3.11. Laboratory and Research Institutes

3.12. Health Management Information System (MIS)

3.13. Medical & Health related Laws and Regulations

4. International Cooperation in Health Sector

4.1. Relationship with Donors

Health programs of various donors & budget

4.2. Coordination among Donors and with the Government

5. Information Related to Local Consultants

5.1. The list of Organizations or Personnel (potential cooperators for the project)

(1)Universities & research institutions

(2)private consulting firms

(3)Others

5.2. Cost

6. Other Important Points

- Information on community participation

  e.g. Evaluation on a pilot project, if any.

- Intersectoral cooperation

  e.g. Environment, education, agriculture, transportation, and communication, etc.

- Monitoring/evaluation activities for health services
- Welfare programs for the low-income group
- WID (Women in Development) programs

付 属 資 料 3. S／W

SCOPE OF WORK

FOR

THE STUDY

ON

THE STRATEGIES AND PLANS FOR THE UPGRADING OF HEALTH STATUS

IN

THE REPUBLIC OF HONDURAS

AGREED UPON BETWEEN

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

AND

JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY

TEGUCIGALPA, APRIL 19, 1994

Mr. Seiji KAIHO
LEADER
PREPARATORY STUDY TEAM
JAPAN INTERNATIONAL
COOPERATION AGENCY

Dr. Juan De Dios PAREDES
VICE MINISTER OF SERVICE NETWORK
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

Ms. Rebeca Patricia SANTOS
VICE MINISTER
MINISTRY OF PLANNING, COORDINATION
AND BUDGET

I. INTRODUCTION

In response to the request of the Government of the Republic of Honduras, (hereinafter referred to as "the Government of Honduras"), the Government of Japan decided to conduct a study on the Strategies and Plans for the Upgrading of Health Status in the Republic of Honduras (hereinafter referred to as "the Study") in accordance with the relevant laws and regulations in force in Japan.

Accordingly, the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA"), the official agency responsible for the implementation of the technical cooperation programmes of the Government of Japan, will undertake the Study in close cooperation with the authorities concerned of the Government of Honduras.

The present document sets forth scope of work with regard to the study.

II. OBJECTIVE OF THE STUDY

The overall objective of the study is to develop integrated strategies and plans for upgrading health status in Honduras, with medium-term target year of 2000 and long-term target year of 2010.

The specific objectives are:

(1) to develop inter-sectoral strategies for the upgrading of health status of the populace,
(2) to formulate an integrated master plan for the improvement of health and health-related services, and
(3) to specify action plans for the components/regions identified to be essential in the master plan.

III. STUDY AREA

The Study area will cover the whole territory of the Republic of Honduras.

IV. SCOPE OF THE STUDY

In order to achieve the objective mentioned above, the Study will cover the following items.

Phase I :Strategy Study

1. Collection and review of existing data and documents on;
   - (1) general issues,
     - a. socio-economic conditions
     - b. national social and economic development plans and policies
   - (2) health sector,
     - a. previous studies and plans on health sector and health services
     - b. present and future studies and plans on health sector and health services
     - c. existing and on-going projects on health
     - d. present health status of the populace and health services
     - e. health administration and financing
     - f. health service systems and institutions
     - g. human resource development in health

(3) sectors and issues related to health
a. demography
b. environmental conditions
c. water supply and sanitation
d. WID (women in development)
e. education
f. food and nutrition
g. poverty
h. others

2. Examination of current conditions with regard to
(1) social and economic conditions,
(2) existing health service institutions and facilities,
(3) existing education institutions for health professionals,
(4) existing facilities for water supply and sanitation,
(5) knowledge, attitudes and practices, and
(6) institutional set-up for co-ordinating health-related services.

3. Assessment of current health status and sectors/issues influencing health status, and identification of problems to be solved.
Sectors/issues to be assessed are as follows;
(1) demography and health,
(2) environment and health,
(3) water supply, sanitation and health,
(4) women and health,
(5) education and health,
(6) food, nutrition and health,
(7) poverty and health, and
(8) other sectors related to health.

4. Setting goals and targets for the upgrading of health status
(1) medium-term goals and targets, and
(2) long-term goals and targets.

5. Inter-sectoral strategies for achieving the goals and targets such as;
(1) strategies specific to health sector,
(2) strategies in health-related sectors/issues that lead to the upgrading of the health status of the populace, and
(3) integration of strategies in health and health-related sectors.

Phase II : Integrated Master Plan Study on Health and Health-related services

1. Supplementary data collection.

2. Supplementary field surveys.

3. Confirmation of planning framework:
(1) socio-economic framework in 2000 and 2010
(2) demand forecast for health services in 2000 and 2010
(3) services in health-related sectors/issues to be incorporated into health planning

4. Formulation of an integrated master plan for the improvement of health services:
(1) basic policies

a. goals and targets in 2000 and 2010 and their priorities
b. target groups of population that need special attention and their priorities

(2) strategies for components such as;
a. *health administration and legal framework*
b. health financing
c. health service systems and intitutions including referral systems
d. curative programs
e. preventive/promotive programs
f. private and voluntary health service institutions
g. knowledge, attitudes and practices and education on health
h. human resources development in health
i. health facilities and equipment
j. drug and vaccine supply system
k. water supply and sanitation facilities
l. institutional set-up and co-ordination
m. other factors related to health

(3) preliminary cost estimation

(4) formation of action plans

(5) identification of essential action plans

Phase III : Formation of action plans

1. In-depth data collection

2. In-depth field surveys

3. Confirmation of planning framework:
(1) target year
(2) specific socio-economic framework
(3) demand forecast for specific health services

4. Formation of action plans:
(1) basic policies
a. specific goals and targets
b. specific target groups
(2) comparison of alternatives in health service systems and institutions
(3) selection of the best alternative
(4) organization and management plan
(5) facility plan
(6) human resources development plan
(7) *rough cost estimation*
(8) financial plan
(9) evaluation
a. financial evaluation
b. social and economic evaluation
c. assessment of the impact on WID
d. environmental impact assessment, if necessary
(10) implemention plan

V. WORK SCHEDULE

The Study will be carried out in accordance with the attached tentative work schedule.

VI. REPORTS

JICA shall prepare and submit the following reports in English to the Government of Honduras

1. Inception Report:
   Thirty (30) copies at the commencement of the work in the Honduras.

2. Progress Report(1):
   Thirty (30) copies within four(4)months after the commencement of the Study.

4. Progress Report(2):
   Thirty (30) copies within eight and half(8.5)months after the commencement of the Study.

5. Interim Report:
   Thirty (30) copies within ten (10)months after the commencement of the Study.

6. Draft Final Report:
   Thirty (30) copies within eighteen (18)months after the commencement of the Study.
   The Government of Honduras will submit their commens to JICA within one (1) month after the receipt of the Draft Final Report.

7. Final Report:
   Fifty (50) copies within one (1) month after JICA's receipt of said comments on the Draft Final Report.

VII. UNDERTAKING OF THE GOVERNMENT OF HONDURAS

1. To facilitate smooth conduct of the Study, the Government of Honduras shall take necessary measures:

(1) To secure the safety of the Japanese Study Team (hereinafter referred as "the Team"),

(2) to permit the members of the Team to enter, leave and sojourn in Honduras for the duration of their assignment therein, and exempt them from foreign registration requirements and consular fees,

(3) to exempt the members of the Team from taxes, duties and any other charges on equipment, machinery and other materials brought into and out of Honduras for the conduct of the Study;

(4) to exempt the members of the Team from income tax and charges of any kind imposed on or in connection with any emoluments or allowances paid to the members of the Team for their services in connection with the implementation of the Study;

(5) to provide necessary facilities to the Team for remittance as well as utilization of funds introduced into Honduras from Japan in connection with the implementation of the Study,

(6) to secure permission for entry into private properties or restricted areas for the implementation of the Study,

(7) to secure permission for the Team to take all data and documents (including maps and photographs) related to the Study out of Honduras to Japan, and

(8) to provide medical services as needed. Its expenses will be chargeable on members of the Team;

2. The Government of Honduras shall bear claims, if any arises, against the members of the Team resulting from, occurring in the course of, or otherwise connected with, the discharge of their duties in the implementation of the Study, except when such claims arise from gross negligence or willful misconduct on the part of the members of the Team.

3. Minisry of Public Health (hereinafter referred to as "MOPH") shall act as a counterpart agency to the Team and also as a coordinating body in relation with other governmental and non-governmental organizations concerned for the smooth and effective implementation of the Study.

4. MOPH shall, at its own expense, provide the Team with the following, items, in cooperation with relevant organizations concerned:

(1) available data and information related to the Study,
(2) counterpart personnel,
(3) suitable office with necessary equipment and furniture,
(4) credentials or identification cards, and
(5) appropriate number of vehicles with drivers.

VIII. UNDERTAKING OF JICA

For the implementation of the Study, JICA shall take following measures,

1. to dispatch, at its own expense, the Team to the Republic of Honduras, and

2. to pursue technology transfer to the Republic of Honduras counterpart personnel in the course of the Study.

IX. CONSULTATION

JICA and MOPH will consult with each other in respect of any matter that may arise from or in connection with the Study.

TENTATIVE WORK SCHEDULE

MONTH / DESCRIPTION	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
WORK IN HONDURAS																			
WORK IN JAPAN																			
REPORTS	Phase 1					Phase 2						Phase 3							
	△ IC/R			△ P/R(1)				△ P/R(2)			△ I/R							△ DF/R	△ F/R

IC/R : Inception Report

PT/R : Progress Report

IT/R : Interim Report

DF/R : Draft Final Report

F/R : Final Report

ALCANCE DEL TRABAJO

PARA

EL ESTUDIO

SOBRE

LAS ESTRATEGIAS Y PLANES PARA EL MEJORAMIENTO

DE LAS CONDICIONES DE SALUD

EN

LA REPUBLICA DE HONDURAS

ACORDADAS ENTRE

EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

Y

LA AGENCIA DE COOPERACION INTERNACIONAL DEL JAPON

TEGUCIGALPA, 19 DE ABRIL DE 1994

Sr. Seiki KAIHO
JEFE
EQUIPO DE ESTUDIO
PREPARATORIO
AGENCIA DE COOPERACION
INTERNACIONAL DEL JAPON

Dr. Juan de Dios PAREDES
VICE MINISTRO DE REDES DE
SERVICIO
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
REPUBLICA DE HONDURAS

Lic. Rebeca Patricia Santos
VICE MINISTRO
SECRETARIA DE PLANIFICACION,
COORDINACION Y PRESUPUESTO
REPUBLICA DE HONDURAS

I. INTRODUCCION

En respuesta a la solicitud del Gobierno de la República de Honduras (de aquí en adelante denominado "El Gobierno de Honduras"), el Gobierno de Japón decidió conducir un estudio sobre las Estrategias y Planes para el Mejoramiento de las Condiciones de Salud en la República de Honduras (de aquí en denominado "El Estudio") de acuerdo con las leyes y reglamentos relevantes vigentes en Japón.

En conformidad, la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (de aquí en adelante denominada "JICA"), la agencia oficial responsable de la implementación de los programas de cooperación técnica del Gobierno del Japón, emprenderá el Estudio en estrecha cooperación con las autoridades interesadas del Gobierno de Honduras.

El presente documento expresa el alcance de trabajo con respecto al estudio.

II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

El objetivo general del estudio es el de desarrollar estrategias y planes integrados para el mejoramiento de las condiciones de salud en Honduras, con una mira a medio plazo para el año 2000 y una mira a largo plazo para el año 2010.

Los objetivos específicos son:

(1) Desarrollar estrategias inter-sectoriales para el mejoramiento de las condiciones de salud del pueblo.
(2) Formular un plan maestro integral para el mejoramiento de la salud y los servicios relacionados, y
(3) Especificar planes de acción para los componentes/ regiones identificados como esenciales en el plan maestro.

III. AREA DE ESTUDIO

El área de Estudio cubrirá todo el territorio de la República de Honduras.

IV. ALCANCE DEL ESTUDIO

A fin de lograr los objetivos antes mencionados, el Estudio cubrirá los siguientes aspectos.

Fase I : Estudio Estratégico

1. Colección y revisión de los datos y documentos existentes sobre:
   - (1) Temas generales
     - a. Condiciones socio-económicas
     - b. Planes y políticas nacionales de desarrollo social y económico
   - (2) Sector Salud
     - a. Estudios y planes previos sobre el sector salud y servicios de salud
     - b. Estudios actuales y futuros sobre el sector salud y servicios de salud
     - c. Proyectos de salud existentes y en ejecución
     - d. Condiciones actuales de salud y servicios de salud

e. Administración y aspectos financieros de salud
f. Sistemas e instituciones de servicios de salud
g. Desarrollo de recursos humanos en salud

(3) Sectores y temas relacionados con salud
a. Demografía
b. Condiciones del medio ambiente
c. Abastecimiento de agua y saneamiento básico
d. WID (Mujeres en Desarrollo)
e. Educación
f. Alimentación y nutrición
g. Pobreza
h. Otros

2. Comprobación de las condiciones actuales con respecto a:
(1) Condiciones sociales y económicas
(2) Instituciones y facilidades existentes de servicios de salud
(3) Instituciones de educación existentes para los profesionales de salud
(4) Facilidades existentes para el abastecimiento del agua y saneamiento básico
(5) Conocimiento, actitudes y prácticas de salud (CAPS)
(6) Establecimiento institucional para la coordinación de los servicios relacionados con salud.

3. Evaluación de las condiciones de salud actuales y sectores/temas que influyen sobre las condiciones de salud, y la identificación de los problemas a ser resueltos.
Los sectores/temas a ser evaluados:
(1) Demografía y salud
(2) Medio ambiente y salud
(3) Abastecimiento de agua, saneamiento básico y salud
(4) Mujeres y salud
(5) Educación y salud
(6) Alimentación, nutrición y salud
(7) Pobreza y salud, y
(8) Otros sectores relacionados con salud.

4. Definición de metas para el mejoramiento de las condiciones de salud
(1) Metas a medio plazo, y
(2) Metas a largo plazo.

5. Estrategias inter-sectoriales para el logro de las metas:

(1) Estrategias específicas para el sector salud
(2) Estrategias de los sectores/temas relacionados con salud que contribuyan al mejoramiento de las condiciones de salud del pueblo, y
(3) Integración de las estrategias de salud y sectores relacionados.

Fase II : Estudio del Plan Maestro Integrado sobre Servicios del Sector Salud y sectores relacionados con salud

1. Colección de datos suplementarios
2. Estudios de campo suplementarios
3. Confirmación del marco de planificación:
(1) Marco socio-económico en los años 2000 y 2010
(2) Pronóstico de demanda para servicios de salud en los años 2000 y 2010

(3) Servicios de los sectores/temas relacionados con salud a ser incorporados en el planificación de salud

4. Formulación de un plan maestro integrado para el mejoramiento de los servicios de salud:
   (1) Políticas básicas
      a. Metas en los años 2000 y 2010 y sus prioridades.
      b. Grupos de poblaciones que necesitan atención especial y sus prioridades

   (2) Estrategias para los componentes como:

      a. Administración de salud y marco legal
      b. Aspectos financieros de salud
      c. Sistemas de servicios de salud e instituciones incluyendo sistema de referencia
      d. Programas curativos
      e. Programas de prevención/promoción
      f. Instituciones privadas y voluntarias de servicios de salud
      g. Conocimiento, actitudes, prácticas de salud (CAPS) y educación sobre salud
      h. Desarrollo de recursos humanos en salud
      i. Facilidades y equipos en el sector salud
      j. Sistema de suministro de medicamentos y vacunas
      k. Facilidades de abastecimiento de agua y saneamiento básico
      l. Definición y coordinación institucional
      m. Otros factores relacionados con salud

   (3) Estimación de costos preliminares

   (4) Formación de los planes de acción

   (5) Identificación de los planes de acción esenciales

Fase III : Formación de los planes de acción

1. Colección profunda de datos

2. Estudios profundos de campo

3. Confirmación de la planificación del marco:

   (1) Año meta
   (2) Marco socio-económico específico
   (3) Pronóstico de demanda para servicios específicos de salud

4. Formación de los planes de acción

   (1) Políticas básicas

      a. Metas específicas
      b. Grupos específicos

   (2) Comparación de alternativas en los sistemas e instituciones de servicios de salud
   (3) Selección de la mejor alternativa

(4) Plan de organización y gerencia
(5) Plan de Facilidades
(6) Plan de desarrollo de recursos humanos
(7) Estimación de costo aproximado
(8) Plan financiero
(9) Evaluación

a. Evaluación financiera
b. Evaluación social y económica
c. Evaluación del impacto sobre WID
d. Evaluación del impacto ambiental, si es necesario

(10) Plan de Implementación

V. PROGRAMA DE TRABAJO

El Estudio se llevará a cabo de acuerdo con el programa tentativo de trabajo adjunto.

VI. INFORMES

JICA preparará y presentará los siguientes informes en Inglés al Gobierno de Honduras.

1. Informe Inicial:

Treinta (30) copias al comienzo del trabajo en Honduras.

2. Informe de Progreso (1):

Treinta (30) copias dentro de los cuatro (4) meses después del comienzo del Estudio.

3. Informe de Progreso (2):

Treinta (30) copias dentro de los ocho meses y medio (8.5) después del comienzo del Estudio.

4. Informe Intermedio:

Treinta (30) copias dentro de los diez (10) meses después del comienzo del Estudio.

5. Informe del Borrador Final:

Treinta (30) copias dentro de los diez y ocho (18) meses después del comienzo del Estudio

El Gobierno de Honduras presentará sus comentarios a JICA dentro de un (1) mes después de recibir el Informe del Borrador Final.

6. Informe Final:

Cincuenta (50) copias dentro de un (1) mes después de que JICA reciba dichos comentarios sobre el Informe del Borrador Final.

VII. COMPROMISOS DEL GOBIERNO DE HONDURAS

1. Para facilitar la ejecución armoniosa del Estudio, el Gobierno de Honduras tomará las siguientes medidas necesarias:

   (1) Garantizar la seguridad del equipo de estudio Japonés.

   (2) Permitir a los miembros del equipo entrar, salir y permanecer en Honduras durante el tiempo asignado a este trabajo, y eximirlos de los requisitos de registro de extranjeros y tarifas consulares.

   (3) Eximir de impuestos a los miembros del equipo de estudio, de derechos arancelarios y otros cargos sobre equipo, maquinarias y otros materiales traídos a Honduras para la ejecución del Estudio.

   (4) Eximir del impuesto sobre renta y otros gravámenes de cualquier tipo sobre o en conexión con los emolumentos o viáticos pagados a los miembros del equipo de estudio, por servicios relacionados con la ejecución del Estudio.

   (5) Facilitar al equipo la remisión y uso de los fondos introducidos en Honduras del Japón en relación con la ejecución del Estudio.

   (6) Garantizar el permiso de ingreso a propiedades privadas o áreas restringidas para la ejecución del Estudio.

   (7) Garantizar al equipo de estudio el permiso de llevar de Honduras al Japón, datos y documentos (incluyendo fotografías aéreas y mapas) relacionados con el Estudio.

   (8) Proporcionar los servicios médicos, cuando sean necesarios, cuyos gastos serán pagados por los miembros del equipo de Estudio.

2. El Gobierno de Honduras se hará cargo de los reclamos, si se presenta alguno, contra los miembros del equipo, que pudieran surgir de, ocurrir en el transcurso de, o durante la ejecución del Estudio, excepto cuando tales reclamos se originen por grave negligencia o mala conducta intencional de los miembros del equipo.

3. El Ministerio de Salud Pública (de aquí en adelante denominado "MSP"), actuará como agencia de contraparte del equipo de estudio y también como coordinador de las relaciones con otras organizaciones gubernamentales y no-gubernamentales para facilitar la ejecución del Estudio.

4. El MSP proporcionará, a su propio costo, en cooperación con las organizaciones pertinentes, lo siguiente:

(1) Datos e información disponibles relacionados con el Estudio,
(2) Personal de contraparte
(3) Oficinas adecuadas con el mobiliario necesario,
(4) Credenciales ó tarjetas de identificación, y
(5) Un número apropiado de vehículos con motoristas.

VIII COMPROMISOS DE JICA

JICA para la ejecución del Estudio, tomará las siguientes medidas:

1. Enviar a Honduras al equipo de estudio, a su propio costo, y

2. Procurar la transferencia de tecnología al personal hondureño de contraparte, durante la ejecución del Estudio.

IX CONSULTAS MUTUAS

JICA y MSP se consultarán mutuamente con respecto a cualquier asunto que pudiere surgir de, ó en conexión con el Estudio.

X IDIOMA DE DOCUMENTO

Este documento está preparado en inglés y español. En caso de ambiguedad o conflicto entre las versiones, prevalecerá la versión en el inglés.

TENTATIVE WORK SCHEDULE

MONTH / DESCRIPTION	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
WORK IN HONDURAS																			
WORK IN JAPAN																			
REPORTS	Phase 1					Phase 2						Phase 3							
		△ IC/R			△ P/R(1)				△ P/R(2)		△ I/R							△ DF/R	△ F/R

IC/R : Inception Report

PT/R : Progress Report

IT/R : Interim Report

DF/R : Draft Final Report

F/R : Final Report

付 属 資 料 4. M／M

Minutes of Meeting
On
Scope of Work
for
The Study
On
Strategies and Plans for The Upgrading of
Health Status
In
The Republic of Honduras
Agreed Upon between
Ministry of Public Health
and
Japan International Cooperation Agency

The Japanese Preparatory Study Team (the Team), organized by Japan International Cooperation Agency (JICA) visited Honduras from 10th to 23rd April, 1994, during which the Team had a series of meetings with officials of the Ministry of Public Health (Ministry of Health), Ministry of Planning, Coordination and Budget, Ministry of Natural Resources, Ministry of Environment, Ministry of Public Education and of other public organization like National Autonomus Aqueduct and Sewerage Service (SANAA), and of some other International Organizations such as Inter American Development Bank, UNICEF, UNDP. List of the officials of the Ministries is hereto attached in annex 1.

Through the exchange of opinions and discussions, the Team and the Ministry of Health with the Ministry of Planning reached to an agreement on the Scope of Work, which is also attached herewith for reference.

Items discussed in the series of meetings are summarized in the following;

1. Objective of the Study

(1) Ministry of Health and other Ministries emphasized the significance of an integrated master plan and its implications on the concepts, methodology, procedures and practices of the Health and Health related services in the country. The Team agreed upon it since many efforts are being made in trial at various levels for integration of the services.
In this connection, Ministry of Health indicated that the term "sub-sectors" be replaced by "components" to clarify the characteristics of the plan. The Team accepted.

2. Scope of the Study

(1) As to the item (3).1.Phase I. IV. "sectors and issues related to health", Ministry of Health stressed that housing for preventing endemic diseases, employment for the impoverished and in connection with labor environment, and communications/transportation for accessing isolated areas/communities be assessed as well as other sectors/issues taken up for assessment. The Team recognized the importance of these sectors for health and accepted it by adding "others" as "h." in (3),1,phase I, item IV.

(2) As to the "social awareness on health", Ministry of Health proposed that Knowledge, attitude and practice (KAP) should be adopted, for the purpose of better understanding, and which also indicate the significance of social participation of the people into planning, implementing and evaluating processes. The Team accepted the proposal, and which be applicable to phase I. 2.(5) and phase II. 4.(2). g.

3. Undertaking of the Government of Honduras

(1) As to (2).1.VII. Ministry of Health pointed out the fact that foreign registration requirement be applied to all those staying more than three months in the country without exception, as legal practice.

(2) As to the provision of the offices to the Japanese Study Team, Ministry of Health notified the Team that two offices (one in the Hospital Division in the Ministry of Health and other in the International Relation Unit) be arranged for the use of the Study Team.

(3) As to the counterpart personnel to the Study, the Team pointed out that personnel in the fields of health; health policy and planning, health administration, health education, economic/financial analysis, Human resources development, etc. be assigned by the Ministry of Public Health and if necessary other personnel from other ministries, for the purposes of smooth and effective implementation of the Study.

(4) As to the provision of vehicles to the Japanese Study Team, Ministry of Health requested that JICA should provide the Study Team with trasnport as the present conditions would not allow the Ministry to do so in terms of the number of the vehicles and funds available.

(5) As to the set up of a committee to coordinate various inter-ministerial participation and cooperation, the both sides agreed that Ministry of Health is to take an initiative

towards Ministries of Planning, Coordination and Budget, Natural Resources, Public Education, Environment, SANAA, etc.

4. Others

(1) As to the timing of initiation of the Study the Team suggested that it would be September 1994, with a duration of nineteen (19) months.

(2) Ministry of Public Health requested the Team that various data be processed by computer to assure the further continuity of conscequent updating in the Ministry even after the completion of the Study. The Team replied that data processing would be computarized owing to its variety and quantity as well.

(3) Ministry of Public Health requested the Team that reports should be prepared not only in English version but also in Spanish version for the circulation to the various ministries concerned. The Team replied that Spanish version would be prepared for Interim Report, Draft Final Report and Final Report, although English version prevail during the course of the Study.

TEGUCIGALPA APRIL 19, 1994

MR. SEIJI KAIHO
LEADER
PREPARATORY STUDY TEAM
JAPAN INTERNATIONAL
COOPERATION AGENCY

DR. JUAN DE DIOS PAREDES
VICE MINISTER OF SERVICE
NETWORK
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
REPUBLIC OF HONDURAS

LIC. REBECA PATRICIA SANTOS
VICE MINISTER
MINISTRY OF PLANNING, COORDINATION
AND BUDGET
REPUBLIC OF HONDURAS

3

ANNEX I

List of Attendants

Honduras Side

I Ministry of Public Health

(1) Dr. VIRGINIA ESPINOZA
Vice Minister of Population Risk

(2) Dr. JUAN DE DIOS PAREDES
Vice Minister of Service Network

(3) Mr. LUIS ALONSO LOPEZ
Vice Minister of Sectorial Policies and Institutional Development

(4) Dr. DESIREE PASTOR
Chief of International Relation Unit (MOPS)

(5) Ms. GLENDA RUIZ
Planner Direction of Planning

(6) Dr. VICTOR MELENDEZ
Chief of Hospital Division

II Ministry of Planning, Coordination and Budget

(1) Dr. GUILLERMO MOLINA CHOCANO
Minister

(2) Ms. REBECA PATRICIA SANTOS
Vice Minister

(3) Mr. MARIO LIZARDO
Director of Strategies and Politics

(4) Ms. GUADALUPE HUNG PACHECO
Director of International Technical Cooperation

(5) Mr. FRANCISCO ESCOTO
Substitute of Director of Public Investment

(6) Ms. PATRICIA BOURDETH
Adviser International Cooperation

(7) Mr. MANFREDY MONCADA R.
Technical Strategic Planner

III Ministry of Environment

Dr. CARLOS A. MEDINA
Minister of Environment

IV Ministry of Public Education

Ms. ZENOBIA RODAS DE LEON GOMEZ
Minister

V Ministry of Natural Resources

Dr. RAMON VILLEDA BERMUDEZ
Minister

VI National Autonomus Acueduct and Sewerage Service (SANAA)

Mr. MAX VELASQUEZ
Director

Japanese Side

I Study Team

(1) Mr. SEIJI KAIHO
Leader

(2) Dr. YASUHIDE NAKAMURA
Health Development Plan

(3) Mr. ATSUSHI FUSE
Health System

(4) Mr. MASAO TATEBA
Study Planning

(5) Ms. AKIKO MATSUYAMA
Health and Sanitation

II JICA Honduras Office

Mr. YOSHIKAZU KOIKE
Deputy Director

III JICA Experts

(1) Dr. KUMIKO OHARA
Expert, Ministry of Public Health

(2) Mr. TOSHIHIRO NOZAWA
Expert, Ministry of Planning, Coordination and Budget

Minuta de Discusiones

Sobre

Alcance del Trabajo

Para

El Estudio

Sobre

Las Estrategias y Planes para El Mejoramiento

de Las Condiciones de Salud

en

La República de Honduras

Acordadas Entre

EL Ministerio de Salud Pública

Y

La Agencia de Cooperación Internacional del Japón

El Equipo de Estudio Preparatorio Japonés (el Equipo), organizado por la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA) visitó Honduras del 10 al 23 de Abril de 1994, durante el cual el Equipo tuvo una serie de reuniones con oficiales del Ministerio de Salud Pública (Ministerio de Salud), Ministerio de Planificación, Coordinación y Presupuesto, Ministerio de Recursos Naturales, Secretaria del Medio Ambiente, Ministerio de Educación Pública y de otras organizaciones públicas como Servicio Nacional Autónomo de Acueductos y Alcantarillado (SANAA), y de algunas otras Organizaciones Internacionales como el Banco Interamericano de Desarrollo, UNICEF, PNUD. La lista de los oficiales se adjunta en el anexo 1.

El Equipo y el Ministerio de Salud con el Ministerio de Planificación, llegaron a un acuerdo sobre el Alcance del Trabajo, mediante el intercambio de opiniones y discusiones, lo cual también se adjunta para referencia.

Los asuntos discutidos en la serie de reuniones son resumidos a continuación;

1. Objetivo del Estudio

(1) El Ministerio de Salud y otros Ministerios enfatizaron el significado de un plan maestro integrado y sus consecuencias en los conceptos, metodología, procedimientos y prácticas de la Salud y los servicios relacionados con Salud en el país. El Equipo acordó sobre ello, ya que muchos esfuerzos se están poniendo a prueba en varios niveles operacionales para la integración de los servicios.
En conexión a esto, para aclarar las características del plan, el Ministerio de Salud indicó que el término "sub-sectores" sea reemplazado por "componentes". El Equipo aceptó.

2. Alcance del Estudio

(1) En cuanto al inciso (3).1 Fase I, IV. "Sectores y Temas relacionados con salud", el Ministerio de Salud acentuó que sea evaluada la vivienda para prevención de enfermedades endémicas, empleo para los empobrecidos y en conexión con el medio ambiente en trabajo, y comunicación/transporte para el acceso a las áreas/comunidades aisladas, así como otros sectores/temas que se tomarán para evaluación. El Equipo reconoció y lo aceptó, adicionando "otros" como "h." en (3).1, Fase I, IV.

(2) En cuanto a "Consciencia social sobre salud", el Ministerio de Salud propuso que se adoptara para un mejor entendimiento, Conocimientos, actitudes y practicas (CAP), lo cual indica el significado de la participación social de la gente en los procesos de planificación, implementación y evaluación. El Equipo aceptó la propuesta, la cual será aplicable en Fase I 2.(5) y Fase II, 4.(2).g.

3. Compromisos del Gobierno de Honduras

(1) En cuanto a (2).1.VII, el Ministerio de Salud señaló el hecho de que los requisitos de registro de extranjeros son aplicados como práctica legal, a todos aquellos que permanecen en el país por más de tres meses, sin ninguna excepción.

(2) En cuanto a la provisión de las oficinas para el Equipo Japonés de estudio, el Ministerio de Salud notificó al Equipo que dos oficinas (una en la División de Hospitales en el Ministerio de Salud y otra en la Unidad de Relaciones Internaconales) serán dispuestas para el uso del equipo de estudio.

(3) En cuanto al personal de contraparte del estudio, el Equipo señaló que personal en los campos de salud; politicas y planeamiento de salud, administración de salud, educación sobre salud, análisis económico/financiero, desarrollo de recursos humanos, etc. deberán ser asignados por el Ministerio de Salud, y si fuese necesario otro personal de otros ministerios para una implementación armoniosa y efectiva del estudio.

(4) En cuanto a la provisión de vehículos para el Equipo Japonés de estudio, El Ministerio de Salud solicitó que JICA proporcionara el medio de transporte al Equipo de estudio, ya que las presentes condiciones no permitirían al Ministerio hacerlo, en términos del número de vehículos y los fondos disponibles.

(5) En cuanto a la creación de un comité para coordinar varias participaciones y cooperaciones inter-ministeriales, ambas partes acordaron que el Ministerio de Salud debe tomar una iniciativa hacia los Ministerios de Planificación, Coordinación y Presupuesto, Recursos Naturales, Educación Pública, Medio Ambiente, SANAA, etc.

4. Otros

(1) En cuanto a la fecha de inicio del estudio, el Equipo sugirió que sería en Septiembre 1994, con una duración de diez y nueve (19) meses.

(2) El Ministerio de Salud solicitó al Equipo que los diversos datos fuesen procesados por computadora para asegurar más adelante una continuidad en la actualización consecuente en el Ministerio aun después de la finalización del Estudio. El Equipo respondió que el procesamiento de los datos será computarizado debido a su diversidad así como también a su volumen.

(3) El Ministerio de Salud Pública solicitó al Equipo que los informes deberían ser preparados no solo versión inglesa sino también versión española para la circulación hacia varios ministerios concernientes. El Equipo contestó que serían preparados versión española el Informe Intermedio, Informe del Borrados Final y el Informe Final, sin embargo la versión en inglés prevalecera durante el curso del Estudio.

(4) Este documento está preparado en inglés y español. En caso de ambiguedad o conflicto entre las versiones, prevalecerá la versión en el inglés.

TEGUCIGALPA 19 DE ABRIL DE 1994

SR. SEIKI KAIHO
JEFE
EQUIPO DE ESTUDIO
PREPARATORIO
AGENCIA DE COOPERACION
INTERNACIONAL DEL JAPON

DR. JUAN DE DIOS PAREDES
VICE MINISTRO DE REDES DE
SERVICIO
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
REPUBLICA DE HONDURAS

LIC. REBECA PATRICIA SANTOS
VICE MINISTRO
SECRETARIA DE PLANIFICACION
COORDINACIÓN Y PRESUPUESTO
REPUBLICA DE HONDURAS

ANNEX I

List of Attendants

Honduras Side

I Ministry of Public Health

(1) Dr. VIRGINIA ESPINOZA
Vice Minister of Population Risk

(2) Dr. JUAN DE DIOS PAREDES
Vice Minister of Service Network

(3) Mr. LUIS ALONSO LOPEZ
Vice Minister of Sectorial Policies and Institutional Development

(4) Dr. DESIREE PASTOR
Chief of International Relation Unit (MOPS)

(5) Ms. GLENDA RUIZ
Planner Direction of Planning

(6) Dr. VICTOR MELENDEZ
Chief of Hospital Division

II Ministry of Planning, Coordination and Budget

(1) Dr. GUILLERMO MOLINA CHOCANO
Minister

(2) Ms. REBECA PATRICIA SANTOS
Vice Minister

(3) Mr. MARIO LIZARDO
Director of Strategies and Politics

(4) Ms. GUADALUPE HUNG PACHECO
Director of International Technical Cooperation

(5) Mr. FRANCISCO ESCOTO
Substitute of Director of Public Investment

(6) Ms. PATRICIA BOURDETH
Adviser International Cooperation

(7) Mr. MANFREDY MONCADA R.
Technical Strategic Planner

III Ministry of Environment

Dr. CARLOS A. MEDINA
Minister of Environment

IV Ministry of Public Education

Ms. ZENOBIA RODAS DE LEON GOMEZ
Minister

V Ministry of Natural Resources

Dr. RAMON VILLEDA BERMUDEZ
Minister

VI National Autonomus Acueduct and Sewerage Service (SANAA)

Mr. MAX VELASQUEZ
Director

Japanese Side

I Study Team

(1) Mr. SEIJI KAIHO
Leader

(2) Dr. YASUHIDE NAKAMURA
Health Development Plan

(3) Mr. ATSUSHI FUSE
Health System

(4) Mr. MASAO TATEBA
Study Planning

(5) Ms. AKIKO MATSUYAMA
Health and Sanitation

II JICA Honduras Office

Mr. YOSHIKAZU KOIKE
Deputy Director

III JICA Experts

(1) Dr. KUMIKO OHARA
Expert, Ministry of Public Health

(2) Mr. TOSHIHIRO NOZAWA
Expert, Ministry of Planning, Coordination and Budget

付 属 資 料 5．主要面談者リスト

別紙

面会者リスト

(所　属)	(氏　名)	(職　位)
保健省	Dr. VIRGINIA ESPINOZA	保健次官
	Dr. JUAN DE DIOS PAREDES	保健次官
	Ms. LUIS ALONSO LOPEZ	保健次官
	Dr. DESIREE PASTOR	国際協力室長
	Ms. GLENDA RUIZ	企画課
	Dr. VICTOR MELENDEZ	病院課長
経済企画省	Dr. GUILLERO MOLINA CHOCAND	経済企画大臣
	Ms. REBECA PATRICIA SANTOS	経済企画次官
	Mr. MARIO LIZARDO	政策局長
	Ms. GUADALUPE HUNG PACHECO	国際技術協力局長
環境省	Dr. CARIOS A MEDINA	環境大臣
文部省	Ms. ZENOBIA RODAS DE LEON GOMEZ	文部大臣
天然資源省	Dr. RAMON VILLEDA BERMUDEZ	天然資源大臣
上下水道公社	Mr. MAX VELASQUEZ	副所長
教育病院	Dr. CESAR A. CACERES MENDOSA	副院長
サン・フェリペ病院	Dr. ERIETH GIRON	院長
	Dr. MARCO ROSA	副院長
CESCO	Mr. JORGE A AGURCIA	副所長
USAID	Dr. DAVID J. LOSK	人口保健担当官
UNICEF	Mr. BEMARDO CAMERATTI	事務所長
CIDA	Mr. RAMON SERNA	事務所長
IDB	Mr. CARLOS RAFAEL RAMIREZ P.	事務次長
UNDP	Dr. JOSE RAFAEL DEL CID	保健担当
PAHO	Mr. RODOLF SAENZ	人口保健担当
MSH	Dr. PETER CROSS	コンサルタント
日本大使館	浜野美智夫	大使
	三浦　春吉	二等書記官
JICA事務所	長瀬　　威	所長
	小池　芳一	次長
日本人専門家	大原久美子	保健省所属
	野沢　俊彦	経済企画省所属