

社会開発調査部報告書

No.

国際協力事業団

ホンデュラス国保健省

ホンデュラス国

全国保健医療総合改善計画調査

最終報告書

要約

平成8年9月

JICA LIBRARY



J1130572 [9]

システム科学コンサルタンツ株式会社

SSS

JR

96-115

ホンデュラス国

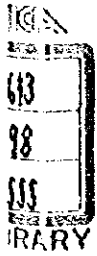
全国保健医療総合改善計画調査

最終報告書

要約

平成8年9月

システム科学コンサルタンツ



国際協力事業団

ホンデュラス国保健省

ホンデュラス国
全国保健医療総合改善計画調査

最終報告書

要約

平成8年9月

システム科学コンサルタンツ株式会社



1130572 (9)

本報告書において、プロジェクトのコストは1996年3月時価で表示し、通貨換算率はUS\$ 1.00=11.00Lempira(Lps.)と仮定した。

序 文

日本国政府は、ホンデュラス共和国政府の要請に基づき、同国の全国保健医療総合改善計画にかかる開発調査を行うことを決定し、国際協力事業団がこの調査を実施いたしました。

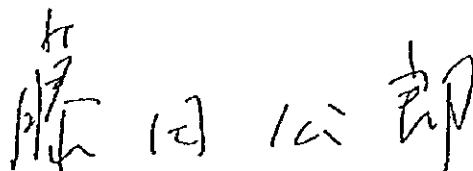
当事業団は、平成7年1月から平成8年7月までの間、5回にわたりシステム科学コンサルタント株式会社の草野干夫氏を団長とする調査団を現地に派遣しました。

調査団は、ホンデュラス国政府関係者と協議を行うとともに、計画対象地域における現地調査を実施し、帰国後の国内作業を経て、ここに本報告書完成の運びとなりました。

この報告書が、本計画の推進に寄与するとともに、両国の友好・親善の一層の発展に役立つことを願うものです。

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

平成8年9月



国際協力事業団
総裁 藤田公郎

伝 達 状

国際協力事業団
総裁 藤田 公 郎 殿

今般、ホンデュラス共和国における全国保健医療総合改善計画調査が終了致しましたので、ここに最終報告書を提出いたします。本報告書は、2000年及び2010年を目標達成年とした保健医療改善のためのマスター・ヘルス・プラン及びそのフォローアップのための日本国政府及びホンデュラス国政府への提言から構成されています。

本調査は、国際協力事業団との契約に基づき、平成7年1月から平成8年9月の期間にシステム科学コンサルタンツ株式会社により実施されたものです。本調査において、調査団はホンデュラス国全国レベルのマスター・ヘルス・プラン及びモデル地域におけるモデル・ヘルス・プログラムから成るマスター・ヘルス・プランの策定を致しました。

ホンデュラス共和国の保健状況の改善は急務であるという認識から、調査団はここに提案するマスター・ヘルス・プランがホンデュラス国において優先課題として実施され、同国国民の保健水準の改善の一助となることを切望いたします。

なお、調査期間中、貴事業団を始め、外務省、厚生省関係者には多大のご理解並びにご協力を賜り、御礼申し上げます。また、ホンデュラス共和国においては、厚生省、企画調整省（SECPLAN）、上下水道公社（SANAA）、天然資源省（RRNN）、環境対策省（SEDA）、教育省（SEP）、社会保険庁（IHSS）、日本大使館、JICA事務所の貴重な助言とご協力を賜ったことにも感謝の意を表します。

平成8年9月



ホンデュラス国全国保健医療総合改善計画調査
調査団長 草野 千夫

ホンデュラス国全国保健医療総合改善計画調査

(概 要)

1. 背景及び調査の方法

ホンデュラス国政府にとって保健医療は最も重要な分野のひとつであり、1990年以來、国家予算の約10%を保健予算として割り当てて同セクターの改善を目指しており、また、国際機関によっても様々な開発援助が行われている。こうした同国政府及び国際機関による努力は、徐々に国民の健康改善につながっている。しかし、同国の既存資源を最大限に活用し、保健及び保健医療サービスを十分に改善していくためには、総合的かつ横断的な開発計画の策定が必要不可欠であることが認識されてきた。

このような状況のもと、ホンデュラス国政府は、日本国政府に対して「ホンデュラス国全国総合保健医療改善計画調査」の実施を要請した。同調査は、2000年及び2010年を目標達成年とし、複数の戦略と計画を統合したマスター・ヘルス・プラン（MHP）の策定を目的とする。

ホンデュラス国は、保健省大臣、副大臣及び事務次官による幹部会議（CONSUMI）及び保健省（MSP）、教育省（SEP）、企画調整省（SECPLAN）、天然資源省（RRNN）、環境省（SEDA）、上下水道公社（SANAA）、社会保険庁（IHSS）の代表者、及びカウンターパートにより構成される調整委員会を設け、調査体制を整えた。CONSUMI及び調整委員会には、調査の各フェーズ毎にプログレス・レポート及びインテリム・レポートが提出され、その同意を得て調査が進められた。

第1フェーズ調査では、関係機関から収集した既存データに基づいて、保健医療及び保健医療関連の現状及び問題点を明確にするための現地調査が行われた。さらに、優先課題の抽出と基本戦略の策定を目的として、ワークショップが開催された。データ収集・分析調査の他、第2フェーズ調査では、世帯及びコミュニティの保健行動様式を明確にし、保健医療機関（病院・保健所）の運営状況を評価し、さらに、保健医療機関を訪れる患者の行動様式の調査を行うことを目的として、フィールド調査が実施された。第3フェーズ調査においては、関係者の合意に基づく地域モデル・ヘルス・プログラムを策定するため、中央及び地域レベルでのワークショップ、各種協議が行われた。

さらに、第3フェーズ調査では、保健省のサービス・ネットワーク担当副大臣及び組織制度開発・セクター政策担当副大臣の主催により、調査団員、カウンター・パート及び保健省担当者の参加を得て、マスター・ヘルス・プラン（MHP）完成のために、毎週、合同会議が開催された。同会合での討議事項は、保健医療サービスへのアクセス、サービス・ネットワークの拡充、問題解決能力の向上、レファラル・システム、施設・機材の維持管理、環境衛

生、労働衛生、水供給及び衛生設備、人的資源開発、保健教育、住民参加、及び保健財政であった。

2. 保健医療分野の優先課題

第1フェーズ調査のワークショップ及び調整委員会との協議において、ホンデュラス国における保健医療分野の優先課題として以下の11の課題が抽出された。

- (1) 高い乳児死亡率 (IMR)
- (2) 高い妊産婦死亡率 (MMR)
- (3) 栄養不良
- (4) 水供給及び衛生設備へのアクセスの悪さ
- (5) エイズ (AIDS) 及び性感染症 (STD) の高い罹患率
- (6) 動物媒介感染症の高い罹患率
- (7) 事故による高い罹患率及び死亡率
- (8) 暴力による高い罹患率及び死亡率
- (9) 慢性疾患による罹患率及び死亡率の増加
- (10) 環境衛生における不十分な活動状況
- (11) 労働衛生における不十分な活動状況

3. マスター・ヘルス・プラン (MHP)

マスター・ヘルス・プランは (MHP)、15の戦略からなる全国レベルのマスター・ヘルス・プラン (NMHP) 及びモデル地域として選定された3つの地域におけるモデル・ヘルス・プログラムから構成される。NMHP 及びモデル・プログラムは、MHPの目標達成のために効果的かつ効率的に相互に補完し合うものとして策定された。

3.1 全国レベルのマスター・ヘルス・プラン (NMHP)

全国レベルのマスター・ヘルス・プラン (NMHP) は、人々の健康状態を決定する要因に関するコンセプト・モデルを構成する3つの基本的側面に分けられ、以下のとおり、15の戦略により成り立っている。

- (1) 外部要因 (コンテキスト) に関連する戦略
 - ・ 貧困対策
 - ・ 食糧へのアクセス及び食糧確保
 - ・ 水及び衛生設備へのアクセス

- ・ 法・制度
- (2) 世帯及びコミュニティの行動様式に関連する戦略
 - ・ 識字率の向上
 - ・ 保健教育の改善
 - ・ 住民参加の推進
 - ・ 出生率の低下
- (3) 保健医療サービスの提供に関連する戦略
 - ・ 保健医療サービスへのアクセス
 - ・ 保健医療施設及び機関の管理運営
 - ・ レファラル・システムの改善
 - ・ 医薬品供給システムの改善
 - ・ 施設・機材の維持管理
 - ・ 人的資源開発
 - ・ 保健財政

3.2 モデル・ヘルス・プログラム

マスター・ヘルス・プラン（MHP）に基づき、地方分権化の下で、地域イニシアティブによる保健医療改善開発プロジェクトを実施するためのモデル・ヘルス・プログラムを策定した。国内の各地域の特性を代表するモデル地域を選定し、それぞれの地域モデル・ヘルス・プログラムを作成した。各モデル・ヘルス・プログラム策定の基本的な考え方と対象地域は以下のとおりである。

(1) 都市型モデル・ヘルス・プログラム

市当局の開発プロジェクトに対する実施及び支援能力に着目し、コミュニティ主導の保健教育及び健康増進の戦略を開発する。

[モデル地域] サン・ペドロ・スーラ市

(2) 農村型/都市型貧困モデル・ヘルス・プログラム

農村及び都市の貧困地域を対象とし、住民参加支援及びリーダーシップ育成を通して地域保健の改善を目指す。

[モデル地域] （農村型） - ラ・エスペランサ地区病院の影響圏

（都市型） - テグンガルパ市周辺人口密集地域

(3) 総合開発型モデル・ヘルス・プログラム

開発の進んでいる地域の保健医療計画の策定及び保健財政の改善に焦点をあて、保健医療分野の公的資金の効果的活用を目指す。

[モデル地域] オランチョ県

4. 実施プログラム

保健省の中央組織の機能は、政策決定、プログラム化、予算作成、設計基準設定、監理及びモニタリング等政策的レベルの機能に特化し、現在、保健省が担当している個々のプログラムやプロジェクトの運営・管理機能は、徐々に各衛生地域事務所及び地方自治体へ移行していくことが期待される。ただし、こうした全国的な保健医療サービス組織の構造改革は、各レベルの関係者との合意形成の無いまま、短期間で進められるべきではない。また、政府内の他省庁やNGO、援助機関との調整システムも、中央及び地域の両レベルで、構築あるいは強化される必要がある。

(1) 短期目標（目標年：2000年）

- ・ 保健関連諸機関との政策対話
- ・ 保健省内の地方分権化のための政策決定及び計画策定
- ・ 保健医療施設の小規模な拡充、及び各機関のマネジメント能力の向上
- ・ モデル・ヘルス・プログラムで示されたプロジェクトの実施

(2) 中期目標（目標年：2005年）

- ・ 全国レベルのマスター・ヘルス・プラン（NMHP）の15の戦略による、各機関のマネジメント能力の向上
- ・ モデル・ヘルス・プロジェクトの費用・効果に関するモニタリング及び評価
- ・ 実施結果からのフィードバックに基づくプロジェクト対象地域の拡大

(3) 長期目標（目標年：2010年）

- ・ マスター・ヘルス・プラン（MHP）の完成

5. フォローアップ行動計画

本マスター・ヘルス・プラン（MHP）の長期目標を達成するために、ホンデュラス国政府による以下のようなアクションを提言する。

(1) マスター・ヘルス・プラン（MHP）実施のための調整委員会の設立

[国家委員会]

機能：中央レベルでの調整

構成メンバー：保健省（MSP）、社会保険庁（IHSS）、上下水道公社（SANAA）、天然資源省（RRNN）、教育省（SEP）、環境省（SEDA）、企画調整省（SECPLAN）、民間セクター

[地域委員会]

機能：地域レベルでの調整

構成メンバー：保健省（MSP）衛生地域事務所、地方自治体（県、市）、民間セクター、住民コミュニティ

[援助機関との調整委員会]

機能：海外援助機関による協力事業の調整

構成メンバー：保健省（MSP）及び援助機関

(2) 長期目標及び緊急ニーズの明確化

保健及び保健関連セクターにおける制度・管理面における構造改革を長期目標とし、現在、実施されているプログラム及びプロジェクトの持続的開発とモデル・ヘルス・プロジェクトの開発を遅滞なく行う。

(3) 緊急ニーズに対応するための短期プログラム及びプロジェクトの実施

[全国レベルのマスター・ヘルス・プラン（NMIIP）]

- 病院の運営管理の改善と施設改修
- 医薬品管理システムの持続的開発
- 病院及び保健所への機材供給
- 水供給及び衛生管理システムの持続的開発

[モデル・ヘルス・プログラム]

- サン・ペドロ・スーラ市におけるエイズ対策を含めた健康増進及び保健情報センター、又は、エイズ予防及び情報センターの基本設計
- インティブカ県の貧困地域における健康農村開発のためのフィージビリティ調査
- 保健医療のデータベース開発

(4) 縦断的アプローチによるフォローアップ調査

本マスター・ヘルス・プラン（MHP）は、保健及び保健関連セクターにおける包括的、横断的調査計画に力点を置いており、動物媒介感染症、歯科保健、結核、研究機能及び災害管理等についての縦断的視点での具体的かつ詳細な計画は作成されていない。本マスター・ヘルス・プラン（MHP）を補完するために、各関連諸機関によるこうした視点での詳細調査及び分析が期待される。

ホンデュラス国全国保健医療総合改善計画調査

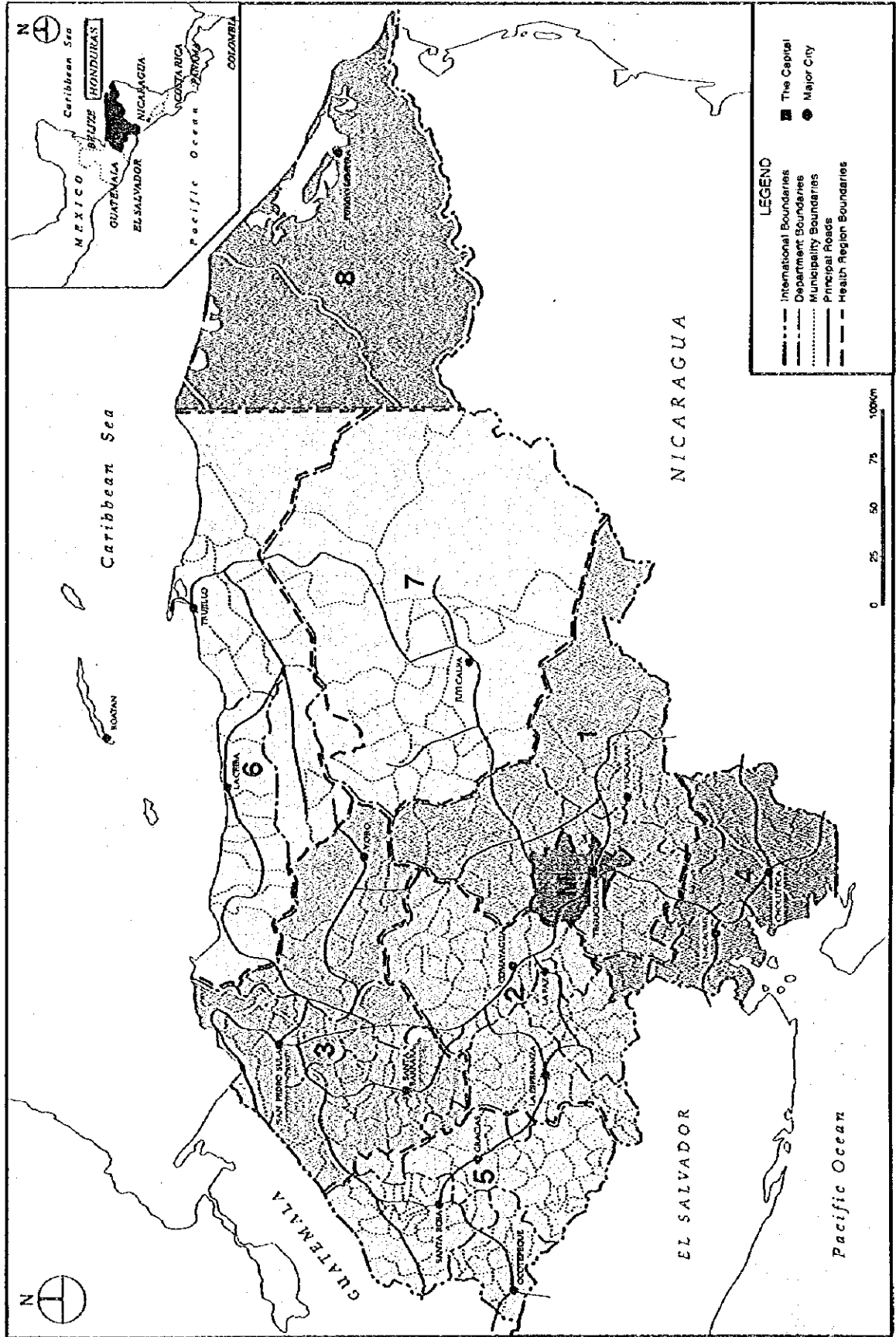
最終報告書
(要約)

本調査の成果を記述した報告書は以下のとおりである。

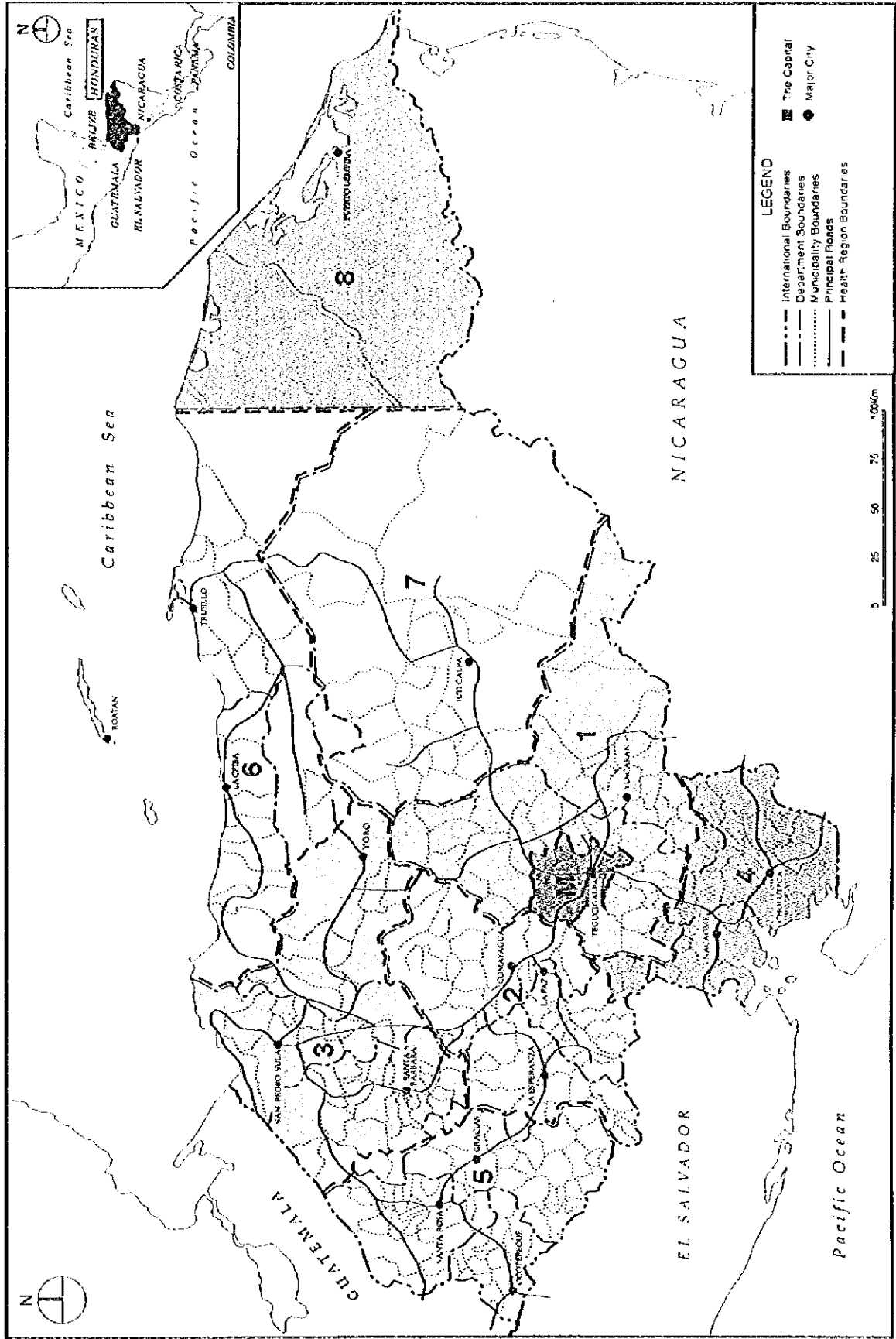
報告書リスト

和文要約 (本報告書)

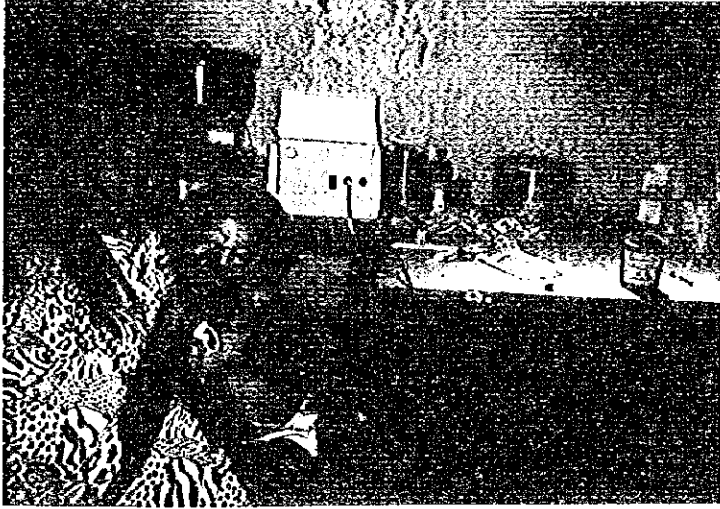
- | | |
|----------------|--|
| Volume I | EXECUTIVE SUMMARY |
| Volume II | MAIN REPORT |
| Volume III | SUPPORTING REPORT
A. Household Survey
B. Institution Survey
C. Exit-patient Interview Survey |
| Volume IV | DATA BOOK
A. Minutes of Meetings
B. ZOPP/PCM Workshop
C. Architectural Information
D. Water and Sanitation
E. Epidemiological Information
(Vector-born diseases and HIV/AIDS)
F. List of Contacts
G. List of Documents |
| Volumen V (S) | RESUMEN EJECTIVO
(Spanish version of Executive Summary) |
| Volumen VI (S) | INFORME PRINCIPAL
(Spanish version of Main Report) |



ホンデュラス国全国地図 (衛生地域区分図)

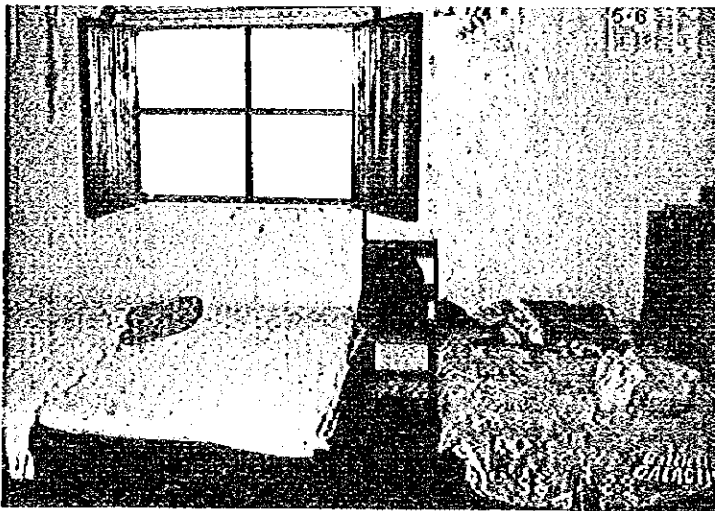


ホンデユラス国全国地図 (衛生地域区分図)



高い乳児死亡率

同国の乳児死亡率には、過去20年でかなりの改善がみられるものの、下痢、呼吸器系疾患等による乳幼児死亡率は近隣諸国に比べて依然高い。



高い妊産婦死亡率

農村部における妊産婦死亡率は高い。危険な出産が予測される妊産婦の出産直前の待機場所としてマタernal・インが、住民参加により各地で地域中核病院に隣接して建設されている。



栄養不良状況

蛋白質の摂取量不足は乳幼児のみならず成人の間でも問題である。農村部の市場には様々な野菜が並んでいるが、価格等の問題により農民の手にはあまり届かない。



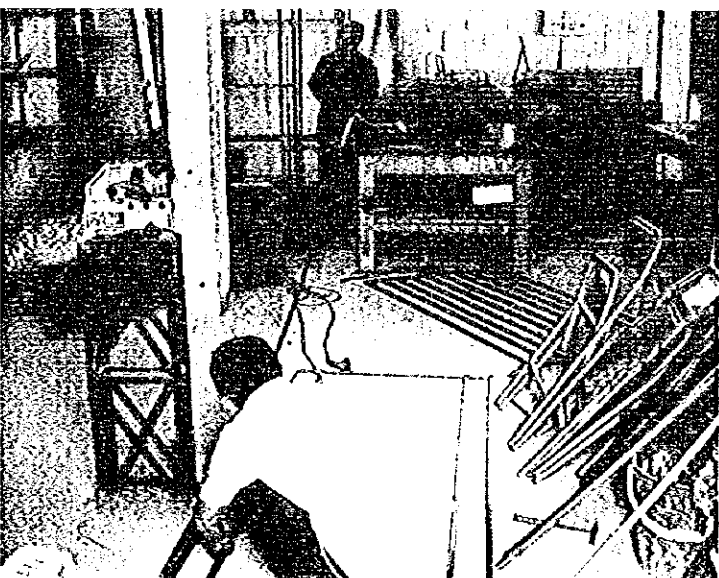
安全な水へのアクセス

安全な水へのアクセスが十分でないことは、全国的な問題である。テグシガルパ周辺の人口密集地域では、公共タンクから水を購入し、各家庭へ持ち帰る子供の姿が見られる。



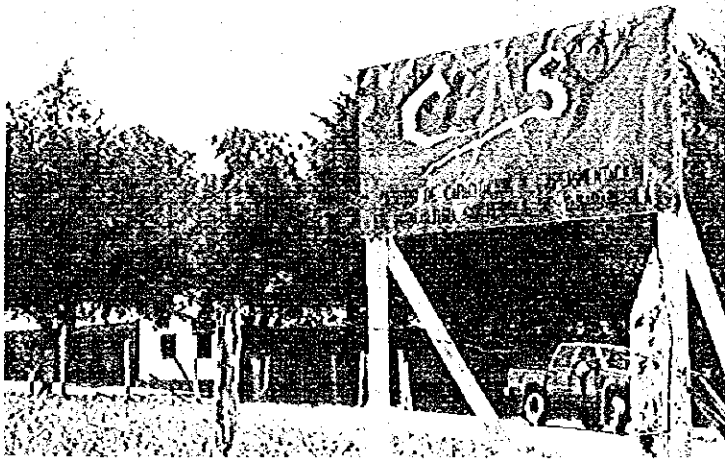
事故による死亡率の高さ

都市部では交通事故等による死亡率が高く、人口増加に伴って国立病院の救急医療サービス部門は需要に対応しきれなくなっている。



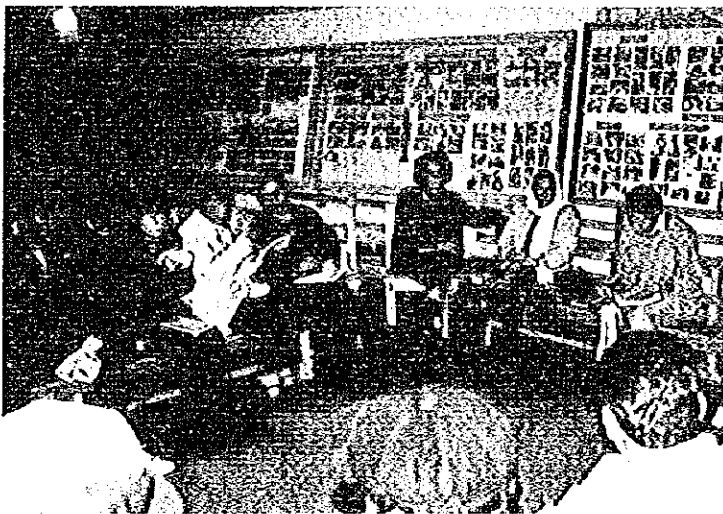
暴力による死亡率の高さ

都市部人口密集地域では交通事故に加え、暴力による死亡事故の発生が深刻である。対応策として、若者を対象とした職業訓練、リクレーション施設提供等のプログラムがNGO、MSP、IHADFAにより実施されている。



貧困対策プログラム

農村部では農業生産技術の向上を目指し、NGOがRRNNと協力して農業訓練を提供するとともに、シード・ファンド等生計向上のためのプログラムを実施している。



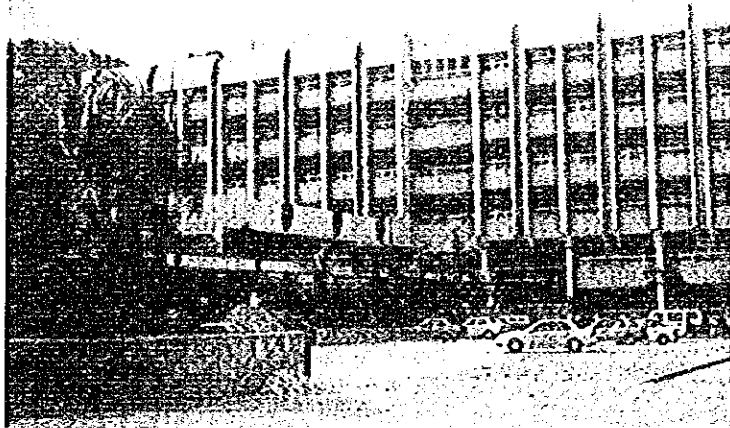
住民参加による健康推進

西部山岳地域では、UNDP等の住民参加推進プログラム実施により住民組織が確立しており、生活改善のための各種活動を実施している。



医薬品ロジスティクス

USAID や OPS の協力により、保健所における医薬品管理システムの改善が図られたが、依然監視指導体制が未整備であり、十分な医薬品が配付されている保健医療施設は少ない。



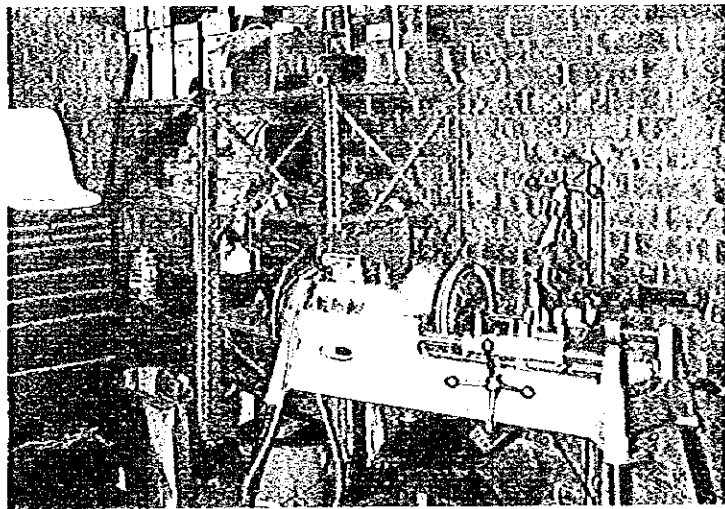
国立病院マリオ・カタリノ リバス

北部地域で唯一の第3次医療施設であり、また同市で出産施設、救急医療サービスを提供する唯一の政府医療機関である。人口増加に伴い、病院の負荷が急激に増大している。



エイズ防止キャンペーン

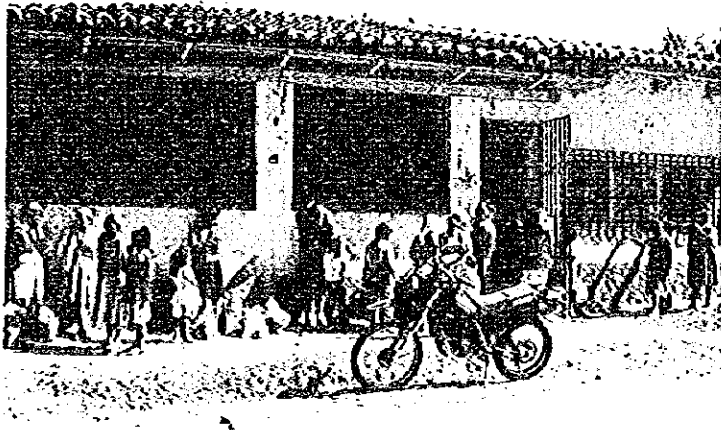
市当局と MSP によるエイズ対策プログラム (COMVIDA) の一つとして、中央公園のキオスクで一般大衆を対象とした広報活動が実施されている。



衛生地域事務所の施設機 材のワークショップ

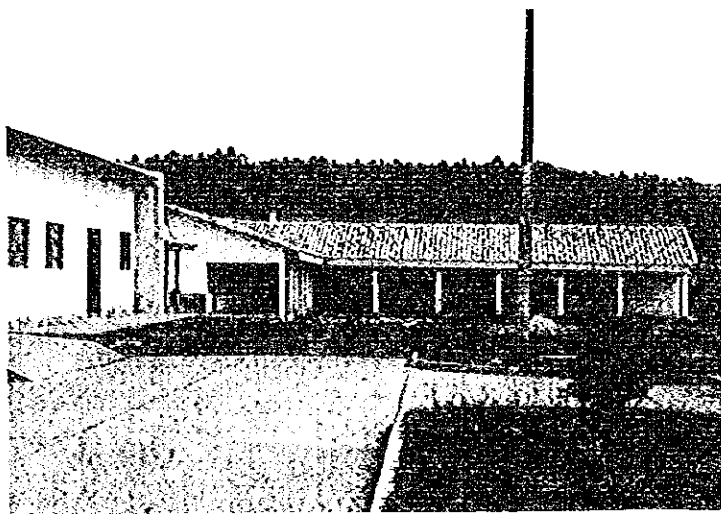
CENAMA による施設機材管理は、予算等が十分でないため地方の医療施設機材の修理及び維持管理指導までは十分に行われていない。

山岳地域農村の保健所



同保健所は、貧困指数が高く、住民の大部分を少数民族が占めるヤマランギラ地域にあり、第1次医療を提供している。遠方の住民には、保健所まで徒歩で5時間近くかかる。

マターナル・インの設置

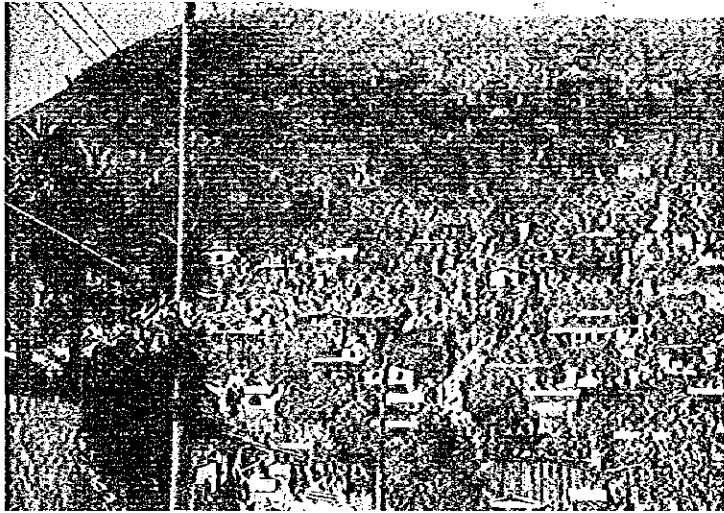


高い妊産婦死亡率を下げるため、地域住民と保健スタッフが協力して、ラ・エスペランサ地域病院の敷地内にマターナル・イン（危険な出産が予測される妊産婦の待機所）を設置した。

ラ・エスペランサ市



同市は西部山岳地域に位置するインティブカ県の中心部であるが、水、電気、道路等のインフラ整備が立ち遅れている。



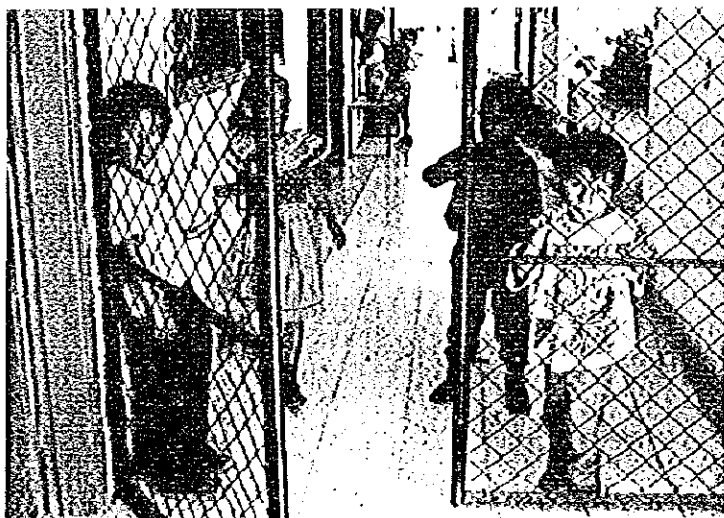
都市周辺部住宅事情

テグシガルバ市周辺の人口密集地域では、地方から流入してきた人々が急峻な山の斜面に住居を建てて住んでおり、このような地域は益々拡大する傾向にある。



困難な安全な水へのアクセス

同地域では SANAA 及び UNICEF による水供給プログラムが実施されているものの、安全な水の確保は未だ十分でない。写真は、壊れた公共水道から、水を持ち帰ろうとする住民。



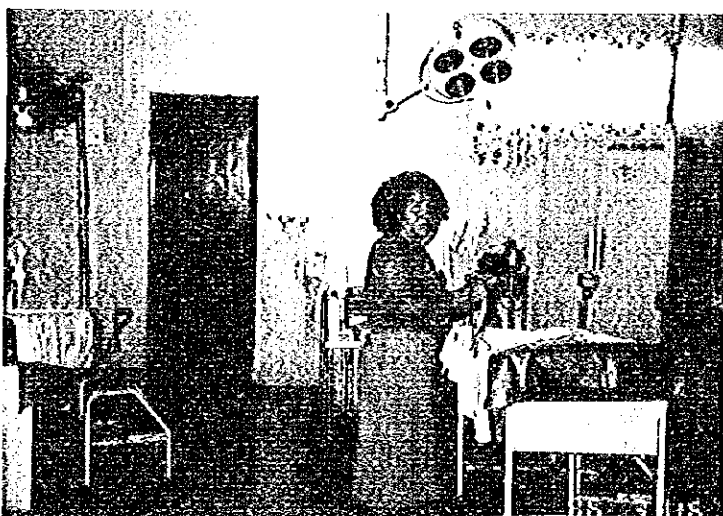
デイ・ケア・センター

母親が仕事につけるよう、またストリート・チルドレンの増加を防ぐために、NGO によりデイ・ケア・センター、インフォーマル教育等のプログラムが実施されている。



活発な農業生産

オランチョ県は、自然環境に恵まれ、また CIDA をはじめとする外国援助プログラムの支援により、豊かな農業生産地域を形成している。



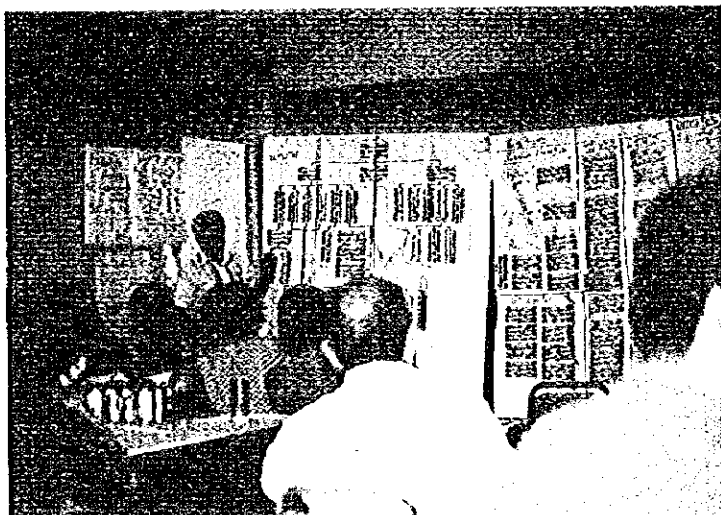
MCH クリニック

オランチョ県の農村部における医療施設へのアクセス改善の一環として、MCH クリニックが設置されているが、運営予算不足のため十分機能しているとはいえない。



サン・フランシスコ病院

適切な運営と維持管理のもと、評価の高い医療サービスを地域住民に提供している地域病院である。



PCM ワークショップ

第1フェーズ及び第2フェーズの現地調査では、同国保健医療分野の問題分析を行い、計画策定の共通認識を確立するために、関係者を集めて PCM ワークショップを開催した。



小グループでの討論

第3フェーズの現地調査では、各モデル地域の保健スタッフ、コミュニティ・リーダーを集めて会合を行い、コンセンサスを得て計画策定を進めた。



地域住民へのヒアリング

第3フェーズでは、少数民族の意見、特に女性の意見を計画に反映させるため、コミュニティに入ってヒアリングを行った。

ホンデュラス国全国保健医療改善計画調査

最終報告書

(要 約)

序 文

伝 達 状

概 要

報告書リスト

ホンデュラス国全国地図 (衛生行政区分図)

現地写真

現地写真 1 : 保健医療分野の現状 (1)

現地写真 2 : 保健医療分野の現状 (2)

現地写真 3 : 保健医療分野の現状 (3)

現地写真 4 : 都市型モデル : サン・ペドロ・スーラ市

現地写真 5 : 農村型貧困地域モデル : インティブカ県

現地写真 6 : 都市型貧困地域モデル : 首都圏周辺地域

現地写真 7 : 総合開発地域型モデル : オランチョ県

現地写真 8 : 現地調査 (参加型計画手法)

目 次

図表目次

略 語 表

目 次

1. 調査背景及び調査方法	1
2. マスター・ヘルス・プラン (MHP) 策定のための基本的な考え方	3
3. 保健医療セクターの現状	4
3.1 保健医療セクターの優先課題	4
3.2 健康水準に影響する要因	8
4. マスター・ヘルス・プラン (MHP) 策定のためのフレームワーク	20
4.1 目標及び目標値	20
4.2 シナリオ	21

5. マスター・ヘルス・プラン (MHP) における戦略	23
5.1 外部要因 (コンテキスト) に関連する戦略	23
5.2 世帯及びコミュニティの行動様式に関連する戦略	26
5.3 保健医療サービスの供給に関連する戦略	28
6. モデル・ヘルス・プログラム	35
6.1 モデル・ヘルス・プログラムの策定	35
6.2 都市型モデル・ヘルス・プログラム	35
6.3 貧困モデル・ヘルス・プログラム	42
6.4 総合開発地区型モデル・ヘルス・プログラム	49
7. 実施計画	53
7.1 保健医療関連組織の段階別改編	53
7.2 人的資源及び財源の適正配置	54
7.3 外国による技術協力及び資金協力	56
7.4 緊急ニーズの高い外国援助プロジェクトの実施計画	56
8. 結論と提言	58
8.1 保健医療セクターの優先課題	58
8.2 全国レベルのマスター・ヘルス・プラン (NMHP)	58
8.3 モデル・プログラム	59
8.4 実施プログラム	60
8.5 フォローアップ行動計画	64

付属資料 (図表)

図表目次

- 図1 地域モデル・ヘルス・プログラムの対象地域の選定
- 図2 都市型モデル地域における15の戦略の効果
- 図3 都市型モデル地域におけるモデル・プロジェクト1 (サブ・プロジェクト型)
オプション(1) 「エイズ予防・情報センター」及び
「サン・ペドロ・スーラ市保健課 健康増進・保健教育活動推進」
- 図4 都市型モデル地域におけるモデル・プロジェクト1 (統合型)
オプション(2) 「サン・ペドロ・スーラ市 健康増進・情報センター」
- 図5 都市型モデル地域におけるモデル・プロジェクト2
「都市部保健所の機能拡充整備」
- 図6 都市型モデル地域におけるモデル・プロジェクト3
「医療施設・機材の維持管理システム改善」
- 図7 農村型貧困モデル地域における15の戦略の効果
- 図8 農村型貧困モデルにおける優先モデル・プロジェクトと
健康農村プログラム開発のためのフィージビリティ調査の対象
- 図9 農村型貧困モデル地域におけるモデル・プロジェクト1
「健康農村 訓練普及センター」
- 図10 農村型貧困モデル地域におけるモデル・プロジェクト2
「山間部農村地域の保健医療サービス・アクセス改善」
- 図11 都市型貧困モデル地域における15の戦略の効果
- 図12 都市型貧困モデル地域におけるモデル・プロジェクト1
「健康増進・情報センター」
- 図13 都市型貧困モデル地域におけるモデル・プロジェクト2
「地域住民の保健医療サービス・ネットワークの効果的利用推進」
- 図14 第7衛生地域における、性別・年齢別・病因別のBurden of Disease (疾病負荷)?
- 図15 保健関連機関の組織編成 (マスター・ヘルス・プラン及び地域モデル・ヘルス・プログラム
が実施されない場合の模式図)
- 図16 保健関連機関の組織編成 (マスター・ヘルス・プラン及び地域モデル・ヘルス・プログラム
が実施される場合の模式図)
- 図17 保健省の予算 (1996-2010年)
-
- 表1 第7衛生地域における、主な病因とその対策の費用効果 (1995年)

略 語 表

ACCESO	:	アクセス改善プロジェクト
AIDS	:	エイズ (後天性免疫不全症候群)
AIDSCAP	:	エイズキャップ
AHMON	:	ホンデュラス地方自治体協会
ASHONPLAFA	:	ホンデュラス家族計画協会
BANADESA	:	国立農業開発銀行
BCIE	:	統合及び経済のための中米銀行
CENAMA	:	国立メンテナンス・センター
CESAMO	:	医師の常駐する保健所
CESAR	:	医師の常駐しない保健所
CMI	:	母子保健クリニック
CODA	:	農業開発委員会
CODECO	:	コミュニティ開発委員会
CODEM	:	市開発委員会
CODEP	:	県開発委員会
CONSUMI	:	保健省大臣、副大臣及び事務次官による幹部会議
COTIAS	:	環境及び保健に関する国際技術委員会
DALY	:	障害調整生存年 (ダリー)
DIMA	:	サン・ペドロ・スーラ市の水道局
FAO	:	(国連) 食糧農業機関
FHIS	:	社会投資基金
GDP	:	国民総生産
GTZ	:	ドイツ技術協力公社
		Zusammenarbeit (German Cooperation Agency)
HIV	:	ヒトエイズウイルス
IHSS	:	社会保険庁
ILO	:	国際労働機関
IMR	:	乳児死亡率
INFOP	:	職業訓練校
JUPSA	:	「健康のために手をつなぐ青少年」
MCH	:	母子保健
MHP	:	マスター・ヘルス・プラン
MMR	:	妊産婦死亡率
MSP	:	保健省
MTPS	:	労働省
NGO	:	非政府組織
NMHP	:	全国レベルのマスター・ヘルス・プラン
PAHO	:	米州保健機構

PHIC	: Primary Health Care	プライマリ・ヘルス・ケア
PIAS	: Investment Plan for Health and Environment	保健及び環境のための投資計画
POSSS	: Proceso de Organización y Simplificación del Sistema de Suministros	医薬品等の供給品の供給システムの組織化及び簡略化プロセス
PRAF	: Programa de Asignación Familiar	家族手当プログラム
PROAGRO	: Agriculture Plan for Field Development	「地域開発のための農業計画」
PRONASSA	: Programa Nacional de Servicios de Salud	国家保健サービス・プログラム
RRNN	: Secretaría de Recursos Naturales	天然資源省
SANAA	: Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillado	上下水道公社
SECOPT	: Secretaría de Comunicación, Obras Públicas y Transporte	公共事業省
SECPLAN	: Secretaría de Planificación, Coordinación y Presupuesto	企画調整省
SEDA	: Secretaría del Ambiente	環境省
SEP	: Secretaría de Educación Pública	教育省
STD	: Sexually Transmitted Diseases	性感染症
CESCO	: Centro de Estudio para el Control de Contaminantes	汚染物質対策調査センター
UNDP	: United Nations Development Program	国連開発計画
UNICEF	: United Nations Children's Fund	国連児童基金（ユニセフ）
USAID	: United States Agency for International Development	米国国際開発庁

1. 調査背景及び調査方法

ホンデュラス共和国は、中米のほぼ中央に位置し、西はグアテマラとエル・サルヴァドル、東はニカラグアと国境を接しており、北はカリブ海、南は太平洋に面している。面積は 11 万 2,088km²で、国土の約 65%は山岳地帯である。中央部から南部にかけて 500~1,500m の高原地帯が位置し、人口の約 70%がこの高原地帯に分布している。

同国の人口は約 546 万人（1995 年推定）で、二大都市である首都テグシガルパと北部のサン・ペドロ・スーラ市に人口の約 3 分の 1 が集中する。これらの都市では、都市貧困層の急増や都市生活者の生活形態の変化などの人口集中及び都市化に伴う様々な問題が生じている。農村地帯では、比較的豊かな土壌と地理的条件に恵まれ、開発の進みつつある地域がある一方、人口流出や不便な交通等による貧困農村地域がある。また、少数民族の多い西部山岳地帯は、同国の中でも最も貧困な地帯として総合的な対策が急がれている。さらに、東部は広大な低湿地帯からなる未開発の地域で、その地区へ通ずる道路もなく、海路や空路によらざるを得ない。小国ながらホンデュラス国には、このような様々な特徴を持った地域が分散しており、国家的政策と共に地域に密着した政策が必要とされている。

その中で、保健医療セクターは同国にとって最も重要なセクターのひとつであり、1990 年以來、国家予算の約 10%を保健予算として割り当てて同セクターの改善を目指しており、国際機関によっても様々な開発援助が行われている。こうした同国政府及び国際機関による努力が成果をあげ、徐々に国民の健康改善につながってきた。しかし、同国の既存資源を最大限に活用し、保健及び保健医療サービスを十分に改善していくためには、総合的かつ横断的な開発計画の策定が必要不可欠であることが指摘されてきた。

このような状況のもと、ホンデュラス国政府は、日本政府に対して「ホンデュラス国全国総合保健医療改善計画調査」の実施を要請した。同調査は、2000 年及び 2010 年を目標達成年とし、複数の戦略と計画を統合したマスター・ヘルス・プラン (MSP) の策定を目的とする。この要請を受け、日本政府は事前調査団をホンデュラス国へ派遣、さらに、両国政府により合意された協議議事録 (S/W) (1994 年 4 月) に基づいて 1995 年 1 月 21 日から本格調査の開始となり、調査団が派遣された。以降、1 年半の調査を経て、1996 年 7 月 24 日にドラフト・ファイナル・レポートが提出された。

同調査は、以下の日程で、システム科学コンサルタンツ株式会社 (SSC) により実施された。なお、調査団には、米国の非営利民間コンサルタントである Management Sciences for Health (MSH) の専門家が参加した。

- 第 1 フェーズ調査： 1995 年 1 月 6 日～3 月 31 日
セクター戦略の策定
- 第 2 フェーズ調査： 1995 年 6 月 12 日～12 月 27 日
マスター・ヘルス・プランの策定

第3フェーズ調査： 1996年1月25日～10月24日

実施計画の作成及びマスター・ヘルス・プランの完成

ホンデュラス国は、保健省大臣、副大臣及び事務次官による幹部会議（CONSUMI）及び保健省（MSP）、教育省（SEP）、企画調整省（SECPLAN）、天然資源省（RRNN）、環境省（SEDA）、上下水道公社（SANAA）、社会保険庁（IHSS）の各代表者、及びカウンターパートにより構成される調整委員会を設け、調査体制を整えた。CONSUMI 及び調整委員会には、調査の各フェーズ毎にプロGRESS・レポート及びインテリム・レポートが提出され、その同意を得て調査が進められた。

第1フェーズ調査では、関係機関から収集した既存データに基づいて、保健医療及び保健医療関連の現状及び問題点を明確にするための現地調査が行われた。さらに、優先課題の抽出と基本戦略の策定を目的として、ドイツGTZにより開発された問題分析手法（ZOPP手法）を用いたワークショップが開催された。

データ収集・分析調査の他、第2フェーズ調査では、世帯及びコミュニティの保健行動様式を明確にし、保健医療機関（病院・保健所）の運営状況を評価し、さらに、保健医療機関を訪れる患者の行動様式の調査を行うことを目的として、フィールド調査が実施された。第3フェーズ調査においては、関係者の合意に基づく地域モデル・プログラムを策定するため、中央及び地域レベルでのワークショップ、各種協議が行われた。モデル・プログラムの策定にあたっては、「地方分権化」及び「住民参加」を主要アプローチのひとつとして調査業務が進められた。

さらに、第3フェーズ調査では、保健省のサービス・ネットワーク担当副大臣及び組織制度開発／セクター政策担当副大臣の主催により、調査団員、カウンター・パート及び保健省担当者の参加を得て、マスター・ヘルス・プラン（MHP）完成のために、毎週、合同会議が開催された。ここでは、調査団から提案されたマスター・ヘルス・プラン（MHP）の各戦略のレビューと、既存の国家プログラム及びプロジェクトの進捗状況報告が行われた。同会議での討議事項は、保健医療サービスへのアクセス、サービス・ネットワークの拡充、問題解決能力の向上、レファラル・システム、施設・機材の維持管理、環境衛生、労働衛生、水供給及び衛生設備、人的資源開発、保健教育、住民参加、及び保健財政であった。

2. マスター・ヘルス・プラン（MHP）策定のための基本的な考え方

同調査では、保健医療セクターにおける成果に大きな影響を与える「外部要因（コンテキスト）」、「世帯及びコミュニティの行動様式」及び「保健医療サービスの供給」という3つの側面に焦点をあて、これらの側面を変化させることによって、ホンデュラス国民の保健水準の向上にとって最適の戦略を導き出すべく、分析が行われた。3つの側面を選択した背景は、以下のとおりである。

健康状態は社会の様々な要因を反映しており、自然条件である地理、人口、社会経済要因等から成る、社会的背景に深く根差している。これらの「外部要因」にかかわる事柄は、死亡、疾病、障害の発生及び流行にかかわる基本的なリスクを形成する。「外部要因」の改善は、保健医療のみならず、すべての社会開発計画にとって最終目標のひとつである。

無知や伝統的行動様式等に起因する「個人及び世帯の行動様式」は、不十分な資源、未整備のインフラ、厳しい地理的条件、及び教育レベルの低さにより引き起こされる影響を、多くの場合、さらに悪化させる。これらの個人及び世帯の行動様式を変容させることにより、根本的に不十分なサービスの供給を必ずしも改善しなくとも、保健水準を改善することが期待できる。

保健医療施設及び機関による「保健医療サービス供給」ネットワークへの十分なアクセスにより、広範な総合的保健医療サービスの利用が可能となる。これにより、保健医療サービスの質及び効果が向上し、前述のリスクに伴う罹患率及び死亡率を最小限にとどめることができる。

3. 保健医療セクターの現状

3.1 保健医療セクターの優先課題

第1フェーズ調査のワークショップにおいて、ホンデュラス国における保健医療セクターの優先課題として以下の11の課題が抽出された。

3.1.1 高い乳児死亡率

ホンデュラス国の乳児死亡率（IMR）はこの20年間に大きく改善した。しかし、国際比較及び中米の標準からみると未だ高いものとなっている（出生1000人当たり49.9、1990年）。また、都市部と農村部の較差は改善されておらず、健康状態において、生活水準による不平等なパターンが広く存在することを反映している。

3.1.2 高い妊産婦死亡率

1990年の妊娠可能年齢の女性（WCBA: Women of Child Bearing Age, 12-50歳）に関する全国調査において、妊産婦死亡率（MMR）の高いことが報告された。これは、ホンデュラス国においては、最近まで認識されていなかった問題であった。全国平均値は221（出生10万人当たり、1990年）であったが、地域ごとの平均値には大きな差があり、WCBAの死亡全数の3分の2、妊産婦死亡全数の3分の2は病院外におけるものである。これは、産科サービスへのアクセスの悪さが重大な問題であることを示唆している。出血は病院外における死亡原因の第1位で、他よりはるかに頻度の高いものである。一方、病院においては、感染症及び高血圧にかかわる問題が主要な死亡原因である。妊産婦死亡の主たるリスク要因は、「35歳以上の妊娠」及び「4回以上の妊娠」である。「妊娠に関する教育水準の低さ」、「農村部の居住」、「独居」といったものも妊産婦死亡のリスク要因であることがわかっている。

3.1.3 栄養不良（栄養不良の蔓延及び不十分な食糧確保）

ホンデュラス国における栄養不良の自然史は比較的よく知られている。子供の成長は4ヶ月までは標準的パターンをとるが、その後の、不十分な離乳食の導入と感染症の蔓延が、成長・発育不良をもたらす。蛋白欠乏性栄養障害は小児に限られた問題ではなく、ホンデュラス国民のカロリー及び蛋白摂取量の双方とも、世界の標準に比較して低い。蛋白-カロリー欠乏に伴って、特殊微量栄養素の欠乏がみられる。貧血は、小児及び妊婦・授乳婦の間に多くみられ、これは、鉄分の摂取量の低さと寄生虫によっている。また、小児及び妊婦・授乳婦では、ビタミンA欠乏症も多く、ビタミンA補足及び強化プログラムが実施されている。ヨード欠乏症は、ホンデュ

ラス国中央及び西部の山岳地域における地域的問題として警鐘されており、ヨード添加塩の普及活動が行われている。

3.1.4 水及び衛生施設へのアクセスの悪さ

1991年のコレラの流行により実施された集中的な教育キャンペーンとインフラ整備の推進に伴い、5歳未満乳幼児の下痢性疾患の発生率は低下した。「乳幼児の開発計画（The Infancy and Childhood Development Plan）」に関連する活動のために、この数年間に安全な水へのアクセスは急速に改善した。しかし、テグシガルパの都市周縁部に居住する住民の多くは、未だにトラックから水を購入しなくてはならない状態にある。

水洗便所の普及率は、農村部では未だに低いですが、近年、都市部では改善されてきている。しかし、污水处理施設がないため、ほとんどの汚水及び尿は直接河川に捨てられている。ゴミ処理機構は主要都市では組織されており、ゴミは土地埋め立てに使用されている。医療廃棄物の焼却処理は一般的ではなく、全ての医療機関に焼却器が整備されている状態ではない。水及び衛生の問題は、今や関連機関においては総合的環境対策問題の一部としてとらえられている。水の管理は、自然史及び動物媒介性疾患対策においても、別の重要な意味合いを持っている。

3.1.5 エイズ及び性感染症の高い罹患率

ホンデュラス国は中米人口のわずか17%をしめる国であるにもかかわらず、中米のエイズ患者総数の57%が報告されている（1985年までに4,142例）。サン・ペドロ・スーラ市における罹患率が最も高く、西暦2000年には、市人口の10~17%がHIVに感染し、毎年3,200人が新たにエイズを発症すると予測されている。

公共及び民間セクター共に教育プログラムを実施してきている。しかし、政府による学校プログラムはまだ検討段階にある。多くのNGOがハイリスク・グループを対象とした総合的予防対策プログラムを開始しており、USAIDは政府のロジスティクス・システムにより公共及び民間セクターに大量のコンドームを提供している。

PAHOは、国家エイズ委員会の設立と運営、安全な血液供給のためのロジスティクスを支援してきてきた。世界銀行と国連は、様々な小規模教育及び研修活動を支援してきてきた。1995年にUSAIDは公共及び民間の両セクターに資金及び技術協力を行ったが、これは1997年8月まで継続される。ホンデュラス国はUSAIDの次期の活動の優先国となっている。

エイズ症例及びエイズによる死亡例の増加は避けられないものとなり、ホスピス、家庭介護、HIV感染者・エイズ患者及びその家族に対する受け入れ拒否を減少させることの必要性が、今後さらに増加すると考えられる。1993年におけるエイズ患者

の治療にかかわる費用は、サン・ペドロ・スーラ市で 600 万レンピラ、テグシガルバ市で 200 万レンピラであったと推定されている。これらの費用は、今世紀末には、サン・ペドロ・スーラ市で 2,100~2,900 万レンピラ、テグシガルバ市で 1,200~3,200 万レンピラになると推定される。

3.1.6 動物媒介感染症の高い罹患率

マラリア、デング、シャーガス及びリーシュマニアは、ホンデュラス国に見られる主要な動物媒介性感染症である。マラリアは、経済的活動人口（特にバナナ、米、砂糖キビ農場における季節雇用者）に対して、頻繁に疾病状態あるいは一時的就労不能状態を引き起こし、経済活動に対する負荷が大きい。近年のマラリアの疫学的プロファイルが解明されており、マラリアの年間感染率は、1,000 人当たり 5~18 であることも解明されている。

過去数年間、デング熱の流行はテグシガルバ、ダンリ、コマヤグア、ラ・セイバ、プエルト・コルテスといった主要都市におけるものであった。出血性デング熱は、1993 年に 2 例が報告されている。1995 年には、18,152 例のデング熱が保健省に報告され、このうちの 2,601 例は、血清学的に確認された例であった。1995 年における供血者の血清学的検査では、政府機関で 1.9%、赤十字及び IHSS で 1.2%の陽性率であった。陽性率は、1992 年以降、1.35%から 1.6%の範囲にある。

3.1.7 事故による高い罹患率及び死亡率

市民統計の死亡届けによると、男性における死亡原因の第 1 位は外傷であり（28%、1990 年）、また、死亡の 3 分の 1 以上は殺人行為（他殺）に関連するものである。妊産婦死亡調査によると、事故、他殺及び自殺は WCBA の 3 大死因である。

交通事故の増加に関連する要因（特に休暇期間中）は、道路標識の欠如（特に夜間運転中）、重量車両の維持管理レベルの低さ、運転規則に対する遵守精神及び交通規則の施行の欠如、運転者及び通行者双方に対する交通教育の欠如、「マチズモ」に関連するある種の宿命論である。しかし、最も大きな要因は、道路交通事故の 80% にのぼると言われる高いアルコール依存症率である。

家庭内事故、特に子供の事故に関しての正確な数字は不明である。

3.1.8 暴力による高い罹患率及び死亡率

家庭内暴力（通常、女性及び子供に対する暴力や仲間に対する暴力である）に関する全国的データは皆無である。しかし、最近の調査は、これらの現象が文化的な原因（「マチズモ」、衝突解決に対処する教育の欠如、アルコール依存症）に深く根ざしていることを明らかにしている。一方、近年の暴力の増加は、重装備の自動

銃を含めたあらゆる種類の銃器が簡単に入手できること、目に見える社会経済的較差の増加により説明される。暴力の特殊な面は、ストリート・チルドレンに関するものである。NGO セクターのものを除いては、この問題に対する制度的な解決策はほとんど何もない。

3.1.9 慢性（退行性）疾患による罹患率及び死亡率の増加

悪性疾患及び慢性心臓脈管系及び内分泌系疾患が保健医療制度に及ぼす負荷は、来る数年間に増加すると考えられる。感染症及び妊産婦死亡は制御され、平均余命が伸びてきている（1998年のセンサスによると現在67歳と推定される）。この分野の疾患に対する関心が増加しており、このことは、慢性疾患の管理及び治療に関する費用を国が支払いえなくなる15年後ではなく、今から予防に対する行動が必要であるという認識によるものである。

悪性腫瘍はWCBAの死因の第4位であり、子宮頸ガンはWCBAの死亡の5%をしめる。心臓脈管系の疾患及び糖尿病による死亡は、1993年の病院における死亡のそれぞれ12%及び2%であった。罹患率及び死亡率にかかわる要因として重要な問題は、座ることの多い行動様式への変化、高所得者及び中産階級の人々の脂肪消費の増加、高いアルコール依存症率及び喫煙依存症率といった、ホンデュラス国の都市部人口に起きている変化である。

3.1.10 環境衛生における不十分な活動状況

1993年に、環境法（“Ley General del Ambiente”）の施行、環境に関する政策の策定、及び国の指定領域にかかわる環境関連活動の調整のために環境省（SEDA）が創設された。世界銀行から融資を受けたホンデュラス環境開発プロジェクトは、組織体制の強化及び市のプロジェクトの支援を目的としている。

保健と環境を関連づける政府の取り組みは、数回のECOSAL会議及び「保健及び環境のための投資計画（PIAS）」を通じ、地域的統合へ向け、進められている。この地域的統合は、環境及び保健に関する国際技術委員会（COTIAS）において協議されている。この委員会は、環境保護・対策、及びヘルス・ケアにおける新しいインフラ及びリハビリテーションのための投資を計画している（ラテン・アメリカ及びカリブ海地域に対して1992年から2004年の期間に2億1700万米ドルまでを投資）。

1986年、ホンデュラス国政府、スイス政府及びPAHOによる10年間の共同出資により、汚染物質に関する対策及び調査センター（CESCO）が設立された。その目的は、汚染物質の調査及び対策のための研究及び行政的な制度組織の開発にあり、統合整理と自己資金調達第3フェーズ（1992-1996年）として予定されている。

3.1.11 労働衛生における不十分な活動状況

ホンデュラス国は、1959年に国際労働機関（ILO）に加入しており、それ以来ILO及びスペイン政府の支援を得ている。1992年10月には、労働衛生に関する国家審理委員会による「国家労働者保健計画」が策定された。経済的活動人口は総人口の31.8%にあたる1,674,650人であると推定されている。

保健省のほかに、労働・社会予測省（MTPS）及び社会保険庁（IHSS）もまた労働衛生活動の実施に寄与している。MTPSは、すべての部署における約160,000人の労働者、IHSSは約180,000人を裨益対象とする。また、IHSSはその裨益対象率を拡大するために、「働く場所における保健サービスの供給（“Salud-empresa”）」のためのモデルを開発してきた。

保健当局は、特に、労働環境に関連する6つの課題に注目している。

- 労働事故
- 労働者の農薬中毒
- 製造業における騒音
- 化学物質の広範な使用
- 女性労働者のリプロダクティブ・ヘルス
- 鬱病及びアルコール依存症等の精神保健

保健セクターにおける、より特殊な問題は、検査・研究所勤務者の感染リスク（HIV及び肝炎の感染）、放射線技師、病院廃棄物担当スタッフ及び精神科病院勤務者のリスクである。これらに関しては、利用できるデータはほとんどない。MTPSにより情報収集が開始されたが、利用可能な組織化されたデータバンクとすることが必要である。

「国家労働者保健計画」には、労働者及び雇用者からの社会保険への寄与増大により調達される資金による国家基金の設立が含まれており、これを労働衛生活動（労働に関連する健康障害に対する年金は含まない）の財源にあてるとしている。

3.2 健康水準に影響する要因

3.2.1 外部要因（コンテキスト）

(1) 自然条件

気候条件は疫学的パターンの広がり、特に北東部の動物媒介性感染症の分布に関して、非常に重要な役割を果たしている。厳しい地理的条件は、西部及び東部に特徴的な保健医療サービスへのアクセスの難しさを説明するものである。

(2) 経済条件

保健における持続可能な改善は、低迷する経済の枠組みの中で実施されることになる。公共セクターの赤字は、短期間に大幅な改善を期待できるものではない。公共部門における過大な雇川、これに伴う給与支払いが公共予算に占める割合は大きく、これらが政治的仕組みの複雑さも加わり、効率よく利用されていない。政府の根本的な構造的な問題に対する短期の解決策はほとんどなく、この現実が本報告書に提案されている行動のインパクト及び実施の両方を限定的にしている。

(3) 社会条件

一人当たり GDP で見ると、ホンデュラス国は、世界の平均に比較して貧困国である。ホンデュラス国の歴史的及び文化的状況が、過去 10 年間の全般的な社会経済条件の悪化と相まって、現在の女性の状況を形成している。それは、「不平等」という言葉により特徴づけられる。

生活水準の悪化及び人口増加は農村部から都市部への人口移動を引き起こし、これは若い女性で特に顕著であり、近年整備された北部の労働集約的なマキラ（“maquilas”：課税免除対象の工業地域）への移動に特徴づけられる。

(4) 地域開発

地方分権化政策が進められているにもかかわらず、二大都市を除き、組織的な地域開発戦略が欠如している。これらの二大都市の開発戦略においてさえも、都市周縁部の人口急増による人口過密状況解決のための、計画的な都市開発が進められていない。

二大都市の人口集中は、既に極限に近い状態に達していると考えられ、公共事業省 (SECOPT) によると、今後はコマヤグア、 Cholulテカ、エル・プログレソ、フティカルバ、ラ・セイバ、トコア、トルヒージョ等の都市をつなぐ、新しい中核都市の形成に力点が置かれている。これらの地域は、より多くの雇用機会とより良い社会サービスを供給することができ、したがって、これら都市周縁部の住民の生活水準は改善されると考えられる。

(5) 食糧へのアクセス

1) 政府の政策

政府から 2 つの政策が発表されている。そのひとつは、企画調整省 (SECPLAN) による「栄養及び食糧確保に関する政策ガイドライン」 (“Lineamientos de Política de Seguridad Alimentaria Nutricional, 1995-1998”) である。もうひとつは、農業開発委員会 (CODA) による「地域開発のための農業計画」 (“Plan Agrícola para el

Desarrollo del Campo, 1995-1998” : PROAGRO) で、マクロ経済的な枠内における農業政策に関連している。

2) 農業開発における現在の活動

UNDP は、「プロジェクトごとのアプローチ」に移行しており、これは、よりよい連携調整を意味し、特に、貧困対策と教育に焦点をあてている。一方、FAO は、本セクターにおける問題解決のために、これまで同様に技術協力方式に力を入れている。

食糧確保の問題解決のために農業開発セクターにおいて活動する多くの二国間援助機関及び NGO は、独立して活動を行っている。ほとんどすべてのプロジェクトは、直接的な農業生産にかかわる内容だけでなく、信用貸しへのアクセス、栄養教育、市場情報システム等の支援内容を含んでいる。このような支援体制が農民の生活水準の向上には非常に重要である。

3) 「食糧確保」に関する現在の活動

現在、主に USAID の資金援助を受ける CARE と、UNDP 及び統合及び経済のための中米銀行 (BCIE) の資金援助を受ける社会投資基金 (PRAF) の 2 つの機関による活動が行われている。両機関とも、食糧確保の戦略に基づく社会補償プログラムの実施により中央政府を支援し、また、保健省と連携して活動を行っている。PRAF は、世帯月収が 400 レンピラ以下の女性世帯主へ「食糧クーポン」を発行している。また、小規模ビジネスの修得及び運営を支援することによる農村女性の生存のための戦略を推進している。

4) 水、衛生及びその他の環境

[水及び衛生設備のマスタートプラン及びアクションプラン]

UNICEF 及び上下水道公社 (SANAA) は、国家レベルにおける地方自治体の水及び衛生に関する計画の準備を開始した。その目的は、コストのあまりかからない技術に基づいた地方自治体の計画を実施するための資金を確保することと、水資源及び財源の適正な使用を促進することである。水プロジェクトのためのインフラ建設は、小規模なコミュニティにおいては保健省により、より大きなコミュニティでは SANAA により行われている。サン・ペドロ・スーラのようないくつかの市では、市がその市自体の水管理システムを有しており、この方針は国家近代化計画のもとに強力に支持されるものである。水管理及びサービスの市への地方分権化を進めるために、貯水、液体廃棄物及び衛生に関する技術者の研修が、既に 35 の市で始まっている。その結果、市が水及び衛生計画を引き継ぎ、管理するに十分な技術者が養成されることになる。

3.2.2 世帯及びコミュニティの行動様式に関連する要因

(1) 文化的及び人類学的側面

1) 民族及び伝統的信念及び習慣

政府により供給される保健サービスについては、文化的抵抗はほとんどなく受け入れられており、むしろ伝統的治療を補完するものとしてとらえられている。もちろん、遠隔地に住む人々は、保健サービスやその供給者のネットワークが十分でないためにアクセスが悪いこと、及び民間の医薬品が高いことを訴えている。興味ある知見として、ラ・エスペランサ等の山岳貧困地域においては、政府及びNGOの保健サービス供給者が、伝統的薬草の使用を推進していることがあげられる。一方、伝統的治療師は患者に投薬するための近代医薬品（西洋医薬）を所持している。

2) 「マチズモ」、女性の地位と性

ホンデュラス国においては、この国独特の男性優位の慣習（マチズモ）があり、ほとんどすべての男性の態度及び行動に反映されているばかりでなく、女性の教育及び意識にも大きな影響を与えている。「マチズモ」は、未だに続く女性の社会的地位の低さ、高い出生率、性及び父性に対する男性の無責任な行動様式、有効な家族計画の利用拡大に対する抵抗、及び性感染症・エイズの流行における最も重要な要因である。しかし、少数民族等における高い出生率が続いていることは、民族維持（生き残り）への懸念の表れであることにも注意する必要がある。

(2) 住民参加

住民参加プログラムは以下の3つのカテゴリーに分類される。

1) カテゴリーA（支援的役割のみを住民参加に求めるプログラム）

住民は外部のプログラム実行者に全面的に依存する。

2) カテゴリーB（自立レベルに達するまで住民を教育するプログラム）

住民は研修を受けるが、意志決定過程には参加しない。

3) カテゴリーC（実際の計画過程に住民が参加するプログラム）

住民はプログラムの理事会（役員会）のメンバーであり、住民自らがその管理及び開発に発言権を有する。

(3) 非識字率及び教育

ホンデュラス国の非識字率は未だに高く、これは以下に示した教育制度の問題によると考えられる。

1) 初等、中等及び高等教育の普及率の低さ

2) 初等教育教師の不足

すべての学年に対して教師が1名しかいない学校が全体の42%であった(1992年)。

3) 中央集権的、非効率的な構造

資源の適正管理が妨げられ、それぞれのレベル間の調整が不足している。

4) 教師の側の制約

履歴及び功勞に基づく昇進の機会がない。社会的地位は低下しており、実質賃金も低下傾向にある(過去10年間で50%の低下)。

5) 教育財源の不均衡な配分

1992年の教育財源は国家社会予算の54%をしめるが、97%は賃金及び運営費であり、残りわずか3%が投資予算であった。しかし、1990年より、本セクターの活動は社会補償プログラム(FHISによる学校建設及び改修)により補完されてきている。また、公共の教育資金の配分には、教育レベル間の根本的な不均衡がみられる(高等教育により多くの資金が配分されている)。

(4) 人口構造及び人口動態

1974年及び1988年のセンサスに基づき、1993年のホンデュラス国の人口は5,173,141と推定される。この間の年平均人口増加率は2.8%であり、人口は26年間で倍増する。死亡率の低下による平均余命の延長は、将来、高齢者人口の割合の増加をもたらす。疾病構造の変化(退行性慢性疾患の増加)、年金制度及び経済活動人口の負荷増大をもたらす。厳格な都市計画が欠落した状況でおきている農村から都市への人口移動の継続は、大都市及び中都市の周縁部人口の増加、及びこれらの地域の保健医療サービスの負荷増大を意味する。

(5) 保健教育

1) 保健省の活動

保健省における保健教育活動は保健教育課が指導を行っている。保健教育課には医療スタッフ及びコミュニケーション・スキルのスタッフの両者がおり、教育資料作成のための視聴覚機器も配備されている。

2) その他の資源

IHSSは、主として出産に関するリスク及び母子保健の考え方に関する教育用ビデオシリーズを開発し、IHSSクリニック及び病院の待合室で放映している。ホンデュラス家族計画協会(ASHONPLAFA)も、また、独自の印刷物を作成している。印刷物の内容については、保健省の技術系スタッフが政策との一貫性を吟味

している。NGOは、独自の資料を利用するより、保健省またはASHONPLAFAの資料、あるいはこれらを改編したものを利用することが多い。健康に関するラジオ及びテレビ放送がわずかだがメディアとして使用されており、保健省及びIHSSから頻繁に人が招かれ、その政策やガイドラインを紹介している。特に、母乳による子供の養育に関する放送は頻繁に行われ、その推進に役立っている。

3) セクター横断的な活動

1989年以来、統合計画が実施されており、学校教師に対して支援教材（自己学習モジュール）が配付されている。また、保健省及び教育省の合同チームにより、方法論及び内容に関する研修活動が組織されている。さらに、最近では、エイズに関する教育活動が、両省の合同アクションとして開始されている。

3.2.3 保健医療サービスの供給に関連する要因

(1) 保健医療政策

保健医療分野の基本方針である「公正」（貧富の差にかかわらず同等のサービスを利用できること）、「効率性」（コストが低いこと）、「有効性」（期待通りの結果が得られること）、及び「地域社会の参加」の理念は、社会開発分野に対して比較的豊富な予算が配分された時代を通じて、また、経済構造調整と連動した困難な時代にも、支持（維持）されてきた。その経済構造調整の状況下で一般的となった「グローバル・オプション」の原則は、「食糧確保」、「安全な水と衛生設備」、「保健サービスへのアクセス」の3つで、その重要な方針となっている。

「国家近代化」プロジェクトは、最近のホンジュラス国政府の新たな政策である。その中心的政策課題は、地方自治体レベルへの、より大きな責任及び資力をともなった権限移譲（地方分権化）である。本政策は、保健医療分野においては、コミュニティにおけるニーズと問題の明確化への、さらには保健医療サービス行政への地域住民の参加を組織・促進することの必要性であるとして、解釈される。1994年6月、ホンジュラスの293名の市長が「国家人間開発計画：乳幼児及び青年」を支持し、各市の計画策定の基本とすることを合意した。さらに、その1年後に「子供に関する条約（“Pacto de la Infancia”）」支持を明言し、これにより、子供のための地方自治体のプログラム、プロジェクトや活動を優先的に実施していくことを明らかにした。

地方分権化の進行は、地域ニーズへの対応及び保健サービスへのアクセスの改善のために、これまで保健省が実施してきた保健戦略であるローカル・プログラミング（地域・地方行政機関、地方自治体、あるいは地域住民による計画策定）の効果を補完し、高めるものである。地方におけるプログラミングは、地域の問題の明確化と資源配分において、下からのアプローチ（Bottom-to-top）とセクター間の連携・

協調を戦略としている。地方におけるプログラミングの方法は、個々の「エスパチオ・ポプラシオン」（各保健サービスの供給機関とその管轄区域）の特質とニーズに基づき、地域の問題点を明確にし、利用可能な人的資源・財源を考慮して優先順位を設定し、実際に達成可能な活動をプログラム化するものである。

(2) 法・制度

健康に関連する法は既に存在するか、もしくは草案されているが、その実際の施行は、行政当局による明確な規制及び対策がないために充分とは言えない。

社会保険料の徴収は、賃金収入の上限を 600 レンピラと設定して行われている（賃金収入が 600 レンピラ以上の場合、保険料はすべて賃金収入 600 レンピラとして算出される。どんなに賃金収入が高くても、保険料はこれ以上増加しない）。社会保障法は、この上限を「越える」ことを認めているが、専門的な手続きの問題や雇用者、組合及び体制側からの抵抗の結果、30 年以上前に設定されたこの上限は変わっていない。

地方自治法は、国家予算の一部を地方自治体へ移管することを制定しているが、実際には移管は限定的である。

医薬品調達システムも改善の必要がある。保健省に特別保健委員会及び特別調達局が設立されたが、これらの組織設立にかかわる 2 つの合意書の解釈が異なるため、医薬品の購入手続きは遅延している。

(3) 保健医療分野における施設及び組織

保健医療分野で活動している施設及び組織の連携・協調が不十分であるため、現存する保健医療の課題を解決するにあたって、利用可能な物資や人材が十分に活用されていない点が問題である。保健省及び社会保険庁（IHSS）は、ともに、重複して PHC サービス及び第 3 次医療サービスを供給している。また、保健省は住民 2,000 人以下のコミュニティ、上下水道公社（SANAA）はそれ以上の大きさのコミュニティへの安全な水供給と衛生設備の整備に責任を持つが、両機関の間の連携・協調が不十分であるために、結果として、希少資源の非効率的利用やサービスの供給不足がおきている。

保健省の関心は、サービスの供給に集中しており、規制・基準の設定及び監督指導に当てる十分な資源を持っていない。営利民間セクターは、主として都市部に集中しており、そのサービス到達範囲は限られたものである。

社会投資基金（FHIS）の活動は、重複していたり、既存の組織の任務を引き継いでいるようにみえる。FHIS、SANAA、及び PRONASSA（保健省の保健施設の建設や維持管理の担当部門）の間の十分な連携・調整が必要である。

(4) 組織及び施設のマネジメント

農村部の保健所、特に準看護婦がひとりしかいない保健所では、この準看護婦の病気や出産による休暇、フィールド活動や研修への参加によって、保健所はたびたび閉鎖される。職員の賃金は労働組合の圧力により上昇するが、保健省の予算は人件費の増加に見合って増加しないため、施設・機材の維持管理費、医薬品を含めた各種備品、指導監督のような非固定費（計上経費）にしわ寄せがきている。

一般的に、危機管理や国家の非常事態は、衛生地域レベル及び地方自治体、コミュニティレベルで予定されていた活動の達成を妨げてしまう。衛生地域事務所及び病院の予算は権限移譲されておらず、計画された活動の達成や必要な際にサービス及び消耗品を購入することが困難であることの原因となっている。機材、車両及び施設設備の予防的維持管理（故障がおきないための日常的な維持管理）に対する予算が限られており、また、この活動の優先度が低いこと、さらに、多くの外国援助機関のプロジェクト機材のスペア・パーツが不足していることが、これら機材・設備の寿命を短くしている。

病院長及び衛生地域事務所長のほとんどは、管理運営やマネジメントに関する経験も研修も受けたことがなく、地域の強力な政治的圧力と直面しなくてはならない。

IHSS における過剰な中央集権は、管理運営の手続きを遅延させている。IHSS の北西支部（サン・ペドロ・スーラ市及びやその周辺地域）は、加入者の増加により全体に大きく貢献しており、IHSS のシステム全体を補完していると考えられる。

費用徴収に関する政策は十分に実施されておらず、設定された料金はインフレーションに追い付いていない。一方、費用徴収免除の政策も必ずしも適切に適用されていない。したがって、費用徴収の動機づけに関する改善を行う必要がある。

現在までの、保健機関の活動への住民参加は、マネジメントや意志決定への住民参加というよりは、むしろ、ほとんどが物質的あるいは金銭的な貢献に関するものである。

(5) レファラル・システム

レファラル・システムの調査によると、通常、所定のレファランス用紙（紹介する患者の出身、特徴、紹介の理由や上位レベルの診断・治療が必要な理由等を記載する）は、患者の第2次医療レベルにおける診療を確実なものにするために記入されているが、カウンター・レファランス用紙（紹介患者を受け入れた施設で、紹介されて来た患者の診断結果、治療及びフォローアップの内容等を記載する）はほとんど記入されていなかった（3ヶ月間に送られた紹介患者の 1.4%しか記入されていなかった）。

保健医療機関と住民の間の人間関係の欠如や、医療機関における患者の受け入れが不適切であることが、しばしば、コミュニティ・ヘルス・ワーカーが患者を保健医療機関に送らないことの原因となっている。また、保健所の医薬品・医療品の在庫切れはすぐ住民の知るところとなり、そのため、患者は紹介された保健所をバイパス（第1次医療レベルに行かずに上位レベルの医療機関を直接受診すること）してしまう。保健所に医師がいないことも、しばしばバイパスの原因となり、患者がCESAR（医師の常駐しない保健所）をバイパスしてCESAMO（医師の常駐する保健所）へ行くことの原因となっている。

衛生地域の主要な都市と二大都市（テグシガルバ及びサン・ペドロ・スーラ）において、第1次医療施設が不足しており、このため、本来、第2次及び3次医療のための施設がその役割をも担っている。その例として、テグシガルバ及びサン・ペドロ・スーラの国立病院の正常分娩や病院医療を必要としない救急患者による産科及び救急部の混雑という特異的な問題が挙げられる。すなわち、これら二大都市では、ローリスクの出産のための産科病棟や夜間救急診療サービスを提供する公共機関がなく、そのために、第3次医療施設が混雑してしているのである。

(6) 医薬品供給ロジスティクス

1) 公共セクターにおける医薬品供給の現状

保健医療セクターにおける最大の問題のひとつは、公共セクターにおける医薬品及び医療品の慢性的な不足である。フィールド調査によると、医療機関を受診して医薬品を処方された外来患者の3分の1しか、同機関から医薬品を入手していない（処方医薬品の一部しか入手していない患者を含む）。受診医療機関で入手できなかった医薬品については、民間の薬局から購入するのが最も一般的である。このような慢性的な医薬品の不足は、保健医療従事者の職務における不満と、公共医療機関に対する利用者の不信を生み出す。IHSSの医薬品供給システムも保健省と同様であり、したがって、その状況も同様である。

2) 医薬品予算

ホンデュラス国政府は、限られた保健予算の中で医薬品予算の確保に努力してきたにもかかわらず、インフレーション、人口増加、医薬品価格の高騰、及び保健医療サービスの拡大という状況下で、国家の需要を満たすに十分な予算を確保することが困難となっている。

3) 医薬品調達システム

保健省管轄下の保健医療施設のための医薬品は、一般入札方式により中央レベルで一括購入される。購入は、以前は国家調達局により行われていたが、この機関は1995年4月に廃止され、7月に保健省内に特別調達部が設置された。この新

しい調達部により、従来の複雑な長期にわたる調達システム及び手続きが簡素化されることが望まれている。

4) 在庫管理及び配送

医薬品の使用計画システムの主な問題点は、その必要量予測の精度が低いことである。システムの改善がヘルス・セクターII プロジェクト（USAID の資金援助による）により進められたが、医薬品マネジメントを効果的に行うためには、衛生地域又は衛生地区事務所の監督指導が非常に重要である。

衛生地域事務所の倉庫から各保健所への医薬品の配送は、衛生地域事務所の責任となっているが、通常、その輸送手段は充分でない。しばしば、その他の目的で事務所に来る車両及び関係者にその輸送を頼らざるを得ない。

5) 医薬品の使用

不適正な医薬品の処方（高価なブランド品の処方、薬理学上不必要な抗生物質等の処方、必要以上の大量処方、同種同効薬の同時処方、等々）による、限られた資源の浪費が頻繁におきていると考えられる。薬剤師には、医師により処方された薬剤を一般名医薬品（Generic name drugs: 有効成分は同一だが、商品名ではなく一般名で販売される、より安価な医薬品）に替える権限を有していない。病院は、「治療に関する委員会（Therapeutic Committee）」において、医薬品の適正使用について協議し、不適正な使用に対処する必要がある。しかし、この点に関しては、通常、医師は非協力的であり、委員会の活動も活発ではない。

(7) 施設及び機材

医療施設及び機材の維持管理が不十分な状況にあることは、ホンジュラス国では周知の問題である。

1) 外国援助による製品に関するサービス・ネットワークの欠如

医療機材の仕様が標準化されていないことが、外国援助による購入機材に統一性がなく、種々の機材があることの原因のひとつとなっている。機材のスเปアパーツ及び技術情報の入手が困難であることが、問題をさらに悪化させている。さらに、国内医療機器市場は小さく、民間セクターからのサービス・ネットワークの発展の障害になっている。

2) 財政的制約

保健省は、その医療機器の維持管理のために民間セクターと契約するだけの財源がなく、したがって、IHSS の病院及び保健所（CESAMO 及び CESAR）を含む公共施設は、費用徴収制度を考慮しても、維持管理、改修や補修作業のための十分な予算を割り当てられていない。

3) 保健省内の行政管轄の問題

現在、国立メンテナンス・センター（CENAMA）と国家保健サービス・プログラム（PRONASSA）という保健省の2つの部門が、施設・機材の維持管理業務を担当している。PRONASSAは、施設設備の改修、補修及び拡充を担当すると共にプロジェクト・マネジメント及び計画策定を担当している。一方、CENAMAは、機材設置の監督指導、教育訓練、書類作成、設備・機材の維持管理・修理を担当している。しかし、これらの2つの部署の業務分担は明確ではなく、その結果、連携及び協力機能が不十分となっている。

4) メンテナンス・スタッフの能力

各公共病院は、それぞれ維持管理のための技術系職員を置いているが、これら職員には、品質管理、予防的維持管理、補修業務に関連する技術及び知識についての再教育が必要である。PRONASSA及びCENAMAの財源及び人材は限られており、ホンジュラス国全国のすべての保健省及びその他の公共医療施設をカバーすることは困難である。

(8) 人材開発、教育訓練及び監督指導

保健省内の保健医療関係職員数は、医師 1067 名、正看護婦 526 名、準看護婦 3764 名、歯科医 100 名、及び検査技師 59 名である（1993 年）。IHSS では、医師 387 名、正看護婦 120 名、準看護婦 600 名、歯科衛生士 19 名である（1993 年）。医師会の報告によると、1994 年現在のホンジュラス国の医師総数は 3961 名であり、その内訳は、専門医 1409 名、一般医 2552 名である。多くの公共医療機関従事者の労働条件（基本給、危険業務手当や過疎地勤務など）は、その経験、地位及び生活費からみても適正な水準にあるとは言えない。

人口に対する医師及び看護婦の割合は非常に低く、特に、ニーズの最も高い農村部での不足は深刻である。また、医師に対する看護婦の割合も低い。専門医の多くは、大都市に残り、管理職を嚮望し、臨床医にはなりたがらない。新卒医師が CESAMO の責任者となるが、保健省の政策や戦略方針を知らない場合が多い。これら医師の研修は、一般的に、治療医学に非常に偏っている。この問題は、衛生地区及びセクターの監督指導にあたる新卒看護婦でも同様である。

中堅職員に職場研修が実施されたが、期待されたようなサービスの質的向上はみられなかった。他の医療従事者については、検査技師が圧倒的に不足している。中でも、医療施設及び機材の維持管理の技術者の不足により、援助による機材物資の寿命が短くなっている。政策支援の欠如（優先活動としていない）と、ロジスティクスの問題のために、支援的監督指導は機能していない。また、監督指導に統一されたモデル及びシステムがないために教育訓練の企画と継続が困難となっている。

(9) 保健財政

すべてのシステムは、赤字予算を反映する不十分な財源と組織制度による制約のもとで運営されている。しかし、公共の保健医療は一貫して公共予算で賄われてきており、保健省は過去 10 年にわたり、国家予算の 9-10%相当分を割り当てられている。これは、ホンジュラス国の GDP の約 2.5%に相当する。この割合は、全国マスター・ヘルス・プランの対象となる期間内では、大幅な増加を期待できないと考えられる。

国民一人当りの保健省予算は、1990 年の 70.9 レンピラから、1995 年の 128.3 レンピラに上昇した。同時期に、保健医療サービスに対する費用の徴収による保健省の収入は、わずかだが、1.18 レンピラから 2.49 レンピラへと伸びており、保健省の財源として期待される。収入源としての有料医療費の占める割合は、組織により異なる。国立病院では、予算の 2.83%に過ぎないが、地域病院にとっては 3.52%、さらに、地区病院にとっては 4.95%となっている。

IHSS は、約 20%の人口をカバーし、主にテグシガルバとサン・ペドロ・スーラ地域住民を対象としている。これにより百万人がカバーされている。その制度は、月額給与の上限を 600 レンピラと設定して算出される保険料で、資金が調達されている。しかし、この上限は、25 年以上前に、この金額がまだ最低賃金の 10 倍の価値があった頃から据え置かれたままである。したがって、現在では賃金の 20%以下程度にしかならず、最低賃金よりも下回っている。このような、IHSS の財政立て直しの遅れは、増加するホンジュラスの人口に包括的なサービスを供給するという当初の目的を果たす能力をほとんど失わせてしまった。

テグシガルバ及びサン・ペドロ・スーラ地域以外では、IHSS は保険業者として役割を担い、公共又は民間の医療サービス機関と契約を結び、保険サービスを供給している。この活動は近年広がりつつあり、将来の IHSS 成長の源となりえるであろう。このような半官・半民方式により、IHSS の契約はより高い給与水準に対しても、保険料として請求でき、IHSS のサービス供給活動と財政の両面で、大きな進展をみることができる。

サービス供給における民間セクターの役割は正確には把握できていないが、その役割は重要である。テグシガルバ及びサン・ペドロ・スーラ地域では、治療のためのサービスの半分以上が、民間で賄われている。全体として、民間機関によるサービスは全体の 45%であり、公共機関の 47%をほんのわずかに下回るだけである。予防においてさえ、利用者全体の 27%を民間がカバーしている。入院においては、民間医療機関の役割は小さく、13.3%に過ぎないが、IHSS によるカバー率 15.7%に比べてわずかに低いだけである。

4. マスター・ヘルス・プラン (MHP) 策定のためのフレームワーク

4.1 目標及び目標値

マスター・ヘルス・プラン (MHP) の目標は、前述の 11 の優先課題の解決と保健医療における成果に影響を及ぼす様々な要因の改善を通して、ホンデュラス国民の健康状態の向上を図ることにある。

ホンデュラス国政府は、1991 年のリージョナル・カンファレンスにおいて合意された「乳幼児と子供のための国家行動計画」のもと、乳児死亡率、妊産婦死亡率、栄養不良、及び安全な水と衛生設備へのアクセスについて 2000 年の目標数値を設定している。しかしながら、他の優先課題については、ベースラインの数値が明らかでないことから、数値目標を設定していない。

マスター・ヘルス・プラン (MHP) の目標及び目標値

保健医療の優先課題	1990 年	1996 年	2000 年	2010 年
1. 高い乳児死亡率 (出生 1000 人当たり)	50	44	33	20
2. 高い妊産婦死亡率 (出生 10 万人当たり)	220	181	110	50
3. 5 歳未満児の栄養不良の状態 (%)	38	--	27	20
4. 安全な水と衛生設備へのアクセス				
(1) 安全な水へのアクセス (世帯数%)	66	--	100	100
1) 都市部	88	--	100	100
2) 農村部	49	--	100	100
(2) 衛生設備へのアクセス (世帯数%)	62	--	100	100
1) 都市部	89	--	100	100
2) 農村部	41	--	100	100
5. エイズ (AIDS) 及び性感染症 (STD)	HIV 感染率の低下			
	a. エイズ発症の沈静化			
	b. 安全な血液の供給			
6. 動物媒介感染症	感染率の低下			
	感染症の流行を回避			
7. 事故	発生の低下			
8. 暴力	発生の低下			
9. 慢性疾患	予防的措置及びスクリーニングの実施			
10. 環境衛生	法的措置による支援の実施			
11. 労働衛生	法・制度の策定、見直し			

出典：(1) 優先課題の 1 から 4 の 2000 年の目標値：「乳幼児と子供のための国家行動計画」1991 年

(2) 1996 年の数値：「全国疫学及び家族保健調査」1996 年

4.2 シナリオ

4.2.1 社会経済及び人口統計

マスター・ヘルス・プラン (MHP) の目標年までの、GDP 成長率、人口増加率、及び人口一人当たり GDP 成長率は、以下のとおりである。

(1) GDP 成長率

GDP 成長率 (%)	実績		将来予測
	1980-1994 年	1994-2000 年	2000-2010 年
ケース 1 (低成長)	3.10	3.10	3.30
ケース 2 (中間値)	3.10	3.50	3.70
ケース 3 (高成長)	3.10	4.00	4.20

(2) 人口増加率

人口増加率 (%)	実績		将来予測	
	1983-1995 年	1995-2000 年	2000-2010 年	
ケース 1 (トレンド型)	2.90	2.90	2.75	
ケース 2 (人口抑制型)	2.90	2.55	2.13	

(3) 人口一人当たり GDP 成長率

人口増加率 (%)	GDP 成長率 (%)					
	ケース 1		ケース 2		ケース 3	
	2000 年	2010 年	2000 年	2010 年	2000 年	2010 年
	(3.10)	(3.30)	(3.50)	(3.70)	(4.00)	(4.20)
ケース 1 (2.90/2.75)	0.20	0.55	0.60	0.95	1.10	1.46
ケース 2 (2.55/2.13)	0.55	1.17	0.95	1.53	1.45	2.07

4.2.2 長期的政策

4 年毎の政権の交代にもかかわらず、過去数年にわたってホンデュラス国政府は以下の項目を主要な政策指針として継続して掲げている。これらの長期的政策指針は、マスター・ヘルス・プラン (MHP) 策定のフレームワークの重要な構成要素として取り上げられている。

- (1) 保健医療政策の基本方針： 公正、有効性、効率性、社会参加
- (2) 国家近代化、地方分権化及び地域による計画策定 (ローカル・プログラミング)
- (3) ハイリスク・グループへのアプローチ及びジェンダー重視
- (4) 地域開発政策
- (5) 財政面での自立発展性
- (6) 社会保障制度の強化

4.2.3 将来の政策

「統合された保健システム」(“Sistema Union de Salud”)についての案が既に作成されており、その中では保健省(MSP)及び社会保険庁(IHSS)の資源はともに唯一の組織に取り込まれることになっている。しかしながら、全国マスター・ヘルス・プラン(NMHP)の期間内における解決には、両方のサービス供給が混在するシステムの継続を考慮した解決策の方が、より現実的であると考えられる。このような観点からは、保健システムが目指す目標は、民間からの資金を徐々に増加させる形となる。その方法は、IHSSのカバー率の増加、民間保険の増加、費用回収機構の改善のいずれによってもよい。

5. マスター・ヘルス・プラン（MHP）における戦略

マスター・ヘルス・プラン（MHP）は15の戦略から成る全国レベルのマスター・ヘルス・プラン（NMHP）と3つの地域モデル・ヘルス・プログラムから構成される。NMHPとモデル・ヘルス・プログラムは、MHPの目標達成のために、効果的かつ効率的に相互に補完し合うものとして作成されている。個々の戦略に対するNMHPの主要コンポーネント、地域モデル・ヘルス・プログラムによる成果及び主要関連機関を以下に記す。戦略は、人々の健康状態とこれを決定する要因の概念モデルを構成する3つの側面、外部要因（コンテキスト）、世帯及びコミュニティの行動様式、保健医療サービスの供給、に分けられる。

5.1 外部要因（コンテキスト）に関連する戦略

5.1.1 貧困対策

(1) NMHPのコンポーネント

- ・ コミュニティ活動推進のための組織制度の整備
- ・ コミュニティ・リーダーのための訓練・普及センターの設立
- ・ 生計向上プロジェクトについての情報の促進

(2) モデル・ヘルス・プログラムによる成果

- ・ 地域開発委員会の組織制度の整備
- ・ 健康増進・情報センターの設立
- ・ 市の開発計画と保健医療計画の統合
- ・ 食糧生産、マーケティング、その他の生計向上活動に関する訓練及び情報サービスの提供
- ・ 住民参加活動の強化
- ・ コミュニティ・ファンド・システム開発の支援

(3) 主要関連機関

保健省、衛生地域事務所、地方自治体（市）、地域開発組織（CODEM、CODECO等）、健康農村訓練・普及センター（農村型貧困モデル）、健康増進・情報センター（都市型貧困モデル）

5.1.2 食糧へのアクセス及び食糧確保

(1) NMHPのコンポーネント

- ・ コミュニティ活動推進のための組織制度の整備
- ・ 政策面での支援

- ・ 低コストの灌漑システム、作物多様性、信用貸し及び技術援助へのアクセス、有機肥料の普及、収穫後処理技術、マーケティング情報及びネットワークの改善
- ・ 保健及び栄養教育を提供するシステムの強化

(2) モデル・ヘルス・プログラムによる成果

- ・ 食糧生産、マーケティング、輸送及び情報システムの改善
- ・ 保健及び栄養教育を提供するシステムの整備
- ・ 調理及び食品保存に関する実習の提供
- ・ 小規模農業プロジェクトの開発と運営についての NGO との連携促進
- ・ 農業及び食糧生産に関する訓練及び情報の改善

(3) 主要関連機関

保健省、衛生地域事務所、衛生地区事務所、地域・地区病院、地域開発組織、市保健課又は健康増進・情報センター（都市型モデル・プログラム）、健康農村訓練普及センター（農村型貧困プログラム）、健康増進・情報センター（都市型貧困プログラム）

5.1.3 水及び衛生設備へのアクセス

(1) NMHP のコンポーネント

- ・ 関係機関による水資源管理の合理化
- ・ 水資源保護及び管理の強化：関連法規のレビュー及び施行
- ・ 水及び衛生設備のニーズ予測を盛り込んだ地域、市レベルの開発計画の支援
- ・ 市当局への水供給・水資源管理能力向上のための技術移転：上下水道公社 (SANAA) による市の水及び衛生管理者の教育
- ・ 費用徴収制度の実施による水及び衛生設備の維持管理体制の強化
- ・ 水及び衛生設備の環境及び保健への影響に関する教育
- ・ コミュニティの水委員会の機能強化支援

(2) モデル・ヘルス・プログラムによる成果

都市型プログラム

- ・ 市の保健計画の策定への市水道局 (DIMA) の参加
- ・ 市水道局 (DIMA) による他の地方自治体への技術移転の促進

農村型貧困プログラム

- ・ 水及び衛生設備プロジェクトの計画策定、実施及び管理における住民参加（市開発委員会の参加）活動の支援
- ・ 水供給プロジェクトのためのコミュニティへの訓練実施及び機材貸出

都市型貧困プログラム

- ・ コミュニティ水委員会の組織強化

(3) 主要関連機関

保健省、SANAA、衛生地域事務所、衛生地区事務所、地方自治体（市）、地域開発組織、市保健課又は健康増進・情報センター（都市型モデル・プログラム）、コミュニティ水委員会、健康農村訓練普及センター（農村型貧困プログラム）、健康増進・情報センター（都市型貧困プログラム）

5.1.4 法制度

(1) NMHP のコンポーネント

- ・ 保健医療法及び社会保障法の関連制度の強化
- ・ 保険料設定にかかわる上限賃金の増加を含めた、社会保険庁（IHSS）のサービス向上及び拡大のための行政機構改編
- ・ 地方分権化のための国家予算の地方自治体への移管を確実にするためのフォローアップ
- ・ サービス管理の地方分権化推進のための地方自治体（市）、地域、セクター間の調整

(2) モデル・ヘルス・プログラムによる成果

都市型プログラム

- ・ 市当局における水及び衛生関連サービスのマネジメントに関する技術移転の強化
- ・ 市当局の保健課の強化

都市型貧困プログラム

- ・ 衛生地域事務所の機能強化
- ・ 地域レベルでの関係機関の間の調整システムの確立
- ・ 市当局における水及び衛生関連サービスのマネジメントに関する技術移転の強化

総合開発型プログラム

- ・ 保健省や民間セクターとの契約による IHSS のサービス供給モデルの開発

(3) 主要関連機関

保健省、IHSS、ホンデュラス国全国地方自治体協会（AHMON）、地方自治体（市）

5.2 世帯及びコミュニティの行動様式に関連する戦略

5.2.1 識字率の向上

(1) NMHP のコンポーネント

- ・ 保健医療及び衛生をカリキュラムに取り込んだ統合型予防教育プログラムの開発
- ・ 教員の生活及び労働環境の改善（特に農村部）
- ・ 「青少年及び成人向け職能開発のための国家教育計画」の実施

(2) モデル・ヘルス・プログラムによる成果

- ・ 保健関連教育・訓練分野の共同活動実施のため教員との連携強化
- ・ コミュニティ・レベルでの保健、栄養、生計向上関連の活動推進
- ・ 成人教育の推進（特に女性グループに対して）

(3) 主要関連機関

保健省、教育省、衛生地域事務所、衛生地区事務所、地方自治体（市）、保健所（CESAMO 及び CESAR）、地域開発組織、健康農村訓練普及センター（農村型貧困プログラム）、健康増進・情報センター（都市型貧困プログラム）

5.2.2 保健教育の改善

(1) NMHP のコンポーネント

保健教育の効率改善

- ・ 保健省の保健教育課、人的資源開発課、住民参加課の共同提案に基づく、保健教育政策、保健教育部門の責任と財源の明確化
- ・ 地域レベルの教材の開発、評価、改善機能の向上
- ・ 教材及びインターパーソナル・コミュニケーションの活用に関するスタッフの教育

健康増進及び疾病予防の社会的素地の開発

- ・ 健康増進の手段の開発
- ・ マルチ・メディア、セクター間の連携、保健スタッフの積極的参加による健康増進活動の推進

保健教育のパートナー開拓

- ・ 教育省との協力：統合型予防教育プログラムの開発（ジェンダー、精神衛生、麻薬等）
- ・ 民間企業や「マキラ（“maquilas”）」との協力（エイズ、労働衛生、リプロダクティブ・ヘルス、事故）
- ・ 女性グループ及び地域組織との協力（母子保健、栄養不良、事故、感染症媒介動物対策）

(2) モデル・ヘルス・プログラムによる成果

全プログラム

- ・ 地域特性にそった保健教育キャンペーンの実施、メッセージ及びメディアのフィールド・テスト
- ・ 保健関連教育・訓練の共同活動実施のため教員との連携推進

都市型プログラム

- ・ 健康増進・情報センター（又は、エイズ予防・情報センター）の設置：教材開発、訓練、カウンセリング
- ・ JUPSA（「健康のために手をつなぐ青少年」）プロジェクトのフォローアップ
- ・ 保健教育メッセージの効果拡大のために適当な事業の特定

農村型・都市型貧困プログラム

- ・ コミュニティ・プロジェクト及び教育活動の開発における女性グループ及び他のコミュニティ組織との連携活動推進

(3) 主要関連機関

保健省、教育省、衛生地域事務所、衛生地区事務所、地域・地区病院、保健所（CESAMO 及び CESAR）、地方自治体（市）、地域開発組織、健康増進・情報センター又は、市保健課及びエイズ予防・情報センター（都市型モデル・プログラム）、健康農村訓練普及センター（農村型貧困プログラム）、健康増進・情報センター（都市型貧困プログラム）

5.2.3 住民参加の推進

(1) NMHP のコンポーネント

- ・ 住民参加の公的プロセスとシステムの強化
- ・ 住民参加育成のための環境整備
- ・ 政府の住民参加活動支援機能の強化

(2) モデル・ヘルス・プログラムによる成果

全プログラム

- ・ 地域レベルでの保健セクターの住民参加推進課の強化（特にセクター間の連携）

都市型及び総合開発型プログラム

- ・ 市の保健計画への住民参加推進

農村型・都市型貧困プログラム

- ・ コミュニティ・リーダー育成と保健サービスに関する情報提供を通じたレファラル機能の強化
- ・ 地域開発組織強化のための教育、訓練及び情報提供、市との協力

(3) 主要関連機関

保健省、AHIMON、衛生地域事務所、衛生地区事務所、保健所（CESAMO 及び CESAR）、地方自治体（市）、地域開発組織、水委員会、市保健課又は健康増進・情報センター（都市型モデル・プログラム）、健康農村訓練普及センター（農村型貧困プログラム）、健康増進・情報センター（都市型貧困プログラム）

5.2.4 出生率の低下

(1) NMHP のコンポーネント

- ・ 人口政策の定期的な見直し及びその他の人間開発関連分野との連携
- ・ 家族計画を希望する個人及びカップルへの情報提供
 - スタッフの訓練及びモチベーション
 - 避妊具・薬の適切な供給
 - 男性への特定のアプローチ

(2) モデル・ヘルス・プログラムによる成果

全プログラム

- ・ 総合的保健医療サービスの一部としての家族計画に関する情報及びサービスの提供

都市型プログラム

- ・ エイズ予防対策の支援戦略の開発

(3) 主要関連機関

保健省、衛生地域事務所、衛生地区事務所、国立・地域・地区病院、保健所（CESAMO 及び CESAR）、母子保健クリニック、救急クリニック、マターナル・イン、市保健課及びエイズ予防・情報センター、又は健康増進・情報センター（都市型モデル・プログラム）、健康農村訓練普及センター（農村型貧困プログラム）、健康増進・情報センター（都市型貧困プログラム）

5.3 保健医療サービスの供給に関連する戦略

5.3.1 保健医療サービスへのアクセス

(1) NMHP のコンポーネント

保健医療機関ネットワークの施設拡充

- ・ コミュニティ・ベースの支援施設の設立：マターナル・イン、コミュニティ産科ホーム、コミュニティ・ヘルス・センター

- ・ 保健医療施設がない地域を対象とした施設の新設（CESAMO、CESAR、CMI）
- ・ 老朽化した地域・地区病院の改修（チョルテカ、ダンリ、ラ・セイバ、トルヒージョ）
- ・ ローリスク妊産婦の産科施設の建設及び改修：国立サン・フェリペ病院（テグシガルバ）、レオナルド・マルチネス病院（サン・ペドロ・スーラ）

問題解決能力の強化

- ・ 一般的な疾病及び問題についての住民によるマネジメント
- ・ コミュニティへの出張診療拡充のための、全 CESAR における保健スタッフの2名配置
- ・ 基本的ヘルス・パッケージの供給
- ・ 一部の PHC レベルの施設の問題解決能力の強化：24時間体制の産科サービス（ローリスク妊産婦の出産）、救急医療サービス、及び臨床検査サービスの提供、歯科診療の提供、
- ・ 地区病院の機能強化：救急医療、外科手術、産科、臨床検査サービスの提供

輸送及び輸送費調達制度の拡充

- ・ アクセスが困難な場所からの緊急輸送ニーズを減少させるための予防管理強化
- ・ PHC 施設までの輸送について、民間セクターまたは保健セクター以外の輸送手段の活用
- ・ レファラル輸送に保健省、IHSS 又は赤十字のシステムの利用

(2) モデル・ヘルス・プログラムによる成果

都市型プログラム

- ・ 統合型保健所にコミュニティ産科施設を設置
- ・ PHC ネットワークの強化、第2次医療レベルの病院における混雑の緩和（保健省プロジェクト）
- ・ 都市周縁部における3ヶ所の統合型保健所の設置

農村型貧困プログラム

- ・ 既存施設のレビューと遠隔地域においての適用
- ・ 出張診療体制強化による、文化的・物理的なアクセス改善
- ・ 人材育成、監督、ロジスティクスの支援：NGO との連携
- ・ 自立意識の啓発

都市型貧困プログラム

- ・ 出張診療体制強化による、文化的・物理的なアクセス改善
- ・ （サン・フェリペ産科病棟の改修及び救急クリニック新設による）産科及び救急レファラル・システムの適切な利用方法の普及

総合開発型プログラム

- ・ PHC サービス・ネットワークの一機関として、また、短期的には地区病院の代替機関としての統合型保健所の設置
- ・ 自立意識の啓発
- ・ 患者の交通・輸送費に関する IHSS 払戻制度の検討

(3) 主要関連機関

保健省、IHSS、衛生地域事務所、衛生地区事務所、国立・地域・地区病院、保健所（CESAMO 及び CESAR）母子保健クリニック、救急クリニック、マターナル・イン、ヘルス・ボランティア、助産婦

5.3.2 保健医療施設・組織の管理運営マネジメント

(1) NMHP のコンポーネント

- ・ 保健医療サービス・マネジメントの地方分権化の実施
- ・ 行政手続きの合理化
- ・ 調査及びトレーニングを通じた患者尊重型運営形態の推進
- ・ 病院における質の確保体制の強化：自己評価及び認定制度の導入等
- ・ 支援的監督の優先
- ・ 情報システムの地方分権化及び地方政策決定者の分析能力強化
- ・ 疫学調査、診断・治療、レファラル支援のための統合型コンピュータ・ネットワーク・システムの導入

(2) モデル・ヘルス・プログラムによる成果

都市型プログラム

- ・ 保健医療サービスの供給及び管理に関する地方自治体（市）の参加モデルの開発
- ・ 保健医療サービス・ネットワークにおける病院の効果的役割分担と質の管理強化による周辺地域との連携強化
- ・ 各種保健医療サービス機関からの情報蓄積による市の医療情報システムの強化

都市型貧困プログラム

- ・ コミュニティ組織の保健医療活動の管理能力強化及び管理意志の強化
- ・ 保健医療サービス網における病院の効果的役割分担と質の管理強化による周辺地域との連携強化
- ・ 各種保健医療サービス機関からの情報蓄積による市の医療情報システムの強化

統合開発型プログラム

- ・ 疫学及び組織関連データに基づく地域プログラム策定のためのモデル開発（DALY モデル）
- ・ 各種保健医療サービス機関からの情報蓄積による市の医療情報システムの強化

- ・ DALY 手法の適用による保健医療情報システムの強化

(3) 主要関連機関

保健省、IHSS、衛生地域事務所、衛生地区事務所、国立・地域・地区病院、保健所（CESAMO 及び CESAR）、母子保健クリニック、救急クリニック

5.3.3 レファラル・システムの改善

(1) NMHP のコンポーネント

- ・ 各レベルの医療機関の機能の見直し
- ・ PHC レベルの問題解決能力の向上
- ・ レファラル患者の適切なマネジメント実施
- ・ 第2次及び第3次医療レベルにおけるケアの改善

(2) モデル・ヘルス・プログラムによる成果

全プログラム

- ・ 地域ニーズ及び住民参加活動支援により強化される機能の明確化（市の保健計画）
- ・ レファラル専門職の開発と支援機材の購入・配分の改善

都市型プログラム

- ・ カウンター・レファレンス（紹介患者を受け入れた施設で、紹介されて来た患者の診断結果、治療及びフォローアップの内容等を記載する）・メカニズムの体系的使用の動機付け及び教育訓練
- ・ ローリスク妊産婦の出産施設の設置と地区病院の機能強化

都市型貧困プログラム

- ・ ローリスク妊産婦のための出産施設と地区病院の機能強化
- ・ 産科及び救急ケアに関するレファラル・システムの効果的利用方法の普及
- ・ 保健省及び IHSS の機材計画の調整

統合開発型プログラム

- ・ ローリスク妊産婦のための出産施設と地区病院の機能強化
- ・ 保健省及び IHSS の機材計画の調整

(3) 主要関連機関

保健省、IHSS、衛生地域事務所、衛生地区事務所、国立・地域・地区病院、保健所（CESAMO 及び CESAR）、母子保健クリニック、救急クリニック、マターナル・イン、ヘルス・ボランティア、助産婦

5.3.4 医薬品供給システムの改善

(1) NMHP のコンポーネント

- 必須医薬品政策の実施
- 国内医薬品産業のアセスメント
- 医薬品調達システムの改善
- 計画策定及び情報システムの拡充：POSSS 強化及び在庫管理システムのコンピュータ化
- 医薬品流通システムの改善
- 医薬品の適正使用の推進
- 医薬品管理への地域住民の参加の拡大

(2) モデル・ヘルス・プログラムによる成果

- コミュニティ・ドラッグ・ファンド支援

(3) 主要関連機関

保健省、IHSS、衛生地域事務所、衛生地区事務所、国立・地域・地区病院、保健所（CESAMO 及び CESAR）、UNICEF、NGO、ヘルス・ボランティア

5.3.5 医療施設・機材の維持管理システム

(1) NMHP のコンポーネント

- 中央レベルでの維持管理システム機能の強化：国家保健サービス・プログラム（PRONASSA）及び国立メンテナンス・センター（CENAMA）の機能の見直し
- 地域の維持管理センターの設置：教育訓練、技術支援、スペアパーツの提供
- 外部との連携による自立発展性強化：地域の維持管理センターの運営への市当局の参加、外部へのサービス提供（有料）、民間保健医療機関への情報及びサービス提供
- 訓練を受けた技術者による自立発展性強化

(2) モデル・ヘルス・プログラムによる成果

全プログラム

- 運営管理合理化のための、施設設備のデザイン及び機材仕様の標準化

都市型プログラム

- 地域の維持管理センターの設立：地域内の病院及び保健所の施設・機材の修理及びメンテナンス・サービス、情報提供及びトレーニング実施
- 外部機関との大型機材メンテナンス契約

都市型貧困プログラム

- INFOP 型トレーニングによるバイオメディカル機器の運用・保守管理に関する訓練実施

統合開発型プログラム

- INFOP 型トレーニングによるバイオメディカル機器の運用・保守管理に関する訓練実施

(3) 主要関連機関

保健省、IHSS、国立・地域・地区病院、PRONASSA、CENAMA、地域の維持管理センター

5.3.6 人的資源開発

(1) NMHP のコンポーネント

- 雇用構造を考慮した人的資源の持続的開発
- 保健医療サービスにおける予防の推進と現場ニーズに対応した人的資源の確保
- 疫学的及び組織的なアセスメントに基づいた地域・地区レベルでの訓練計画策定
- 公衆衛生管理者（保健医療機関及び事務所の責任者）の選定基準の見直し
- 保健システムの末端レベルにおける労働環境の改善

(2) モデル・ヘルス・プログラムによる成果

- 市の保健計画策定の改善による保健スタッフの訓練実施のニーズに対する住民参加活動の強化
- 公衆衛生管理に関するトレーニング実施と適切な訓練者の選定基準の見直し

(3) 主要関連機関

保健省、IHSS、教育省、衛生地域事務所、衛生地区事務所、国立・地域・地区病院、保健所（CESAMO 及び CESAR）、母子保健クリニック、民間医療機関

5.3.7 保健財政

(1) MHP のコンポーネント

- 保健省の費用徴収制度の活動の拡大
- 社会保険庁（IHSS）の賃金限度額の増額と保健医療サービス改善のための組織の見直し
- 既存医療機関との特別合意によるテグシガルバ及びサン・ペドロ・スーラにおける IHSS のサービス・カバー率の拡大

(2) モデル・ヘルス・プログラムによる成果

都市型プログラム

- ・ 保健省の費用徴収制度の実施合理化と他地域へ適用するための条件設定

都市型貧困プログラム

- ・ 保健省の費用徴収制度の実施合理化と他地域へ適用するための条件設定

総合開発型プログラム

- ・ IHSS の保健省または民間医療機関との契約による保健医療サービス提供モデルの開発

(3) 主要関連機関

保健省、IHSS、教育省、衛生地域事務所、国立・地域・地区病院、保健所（CESAMO 及び CESAR）、母子保健クリニック、救急クリニック、民間医療機関