

6. モデル・ヘルス・プログラム

6.1 モデル・ヘルス・プログラムの策定

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を目的とするモデル・ヘルス・プログラムを策定した。策定にあたっては、国内の各地域の特性を代表するモデル地域を選定し（図1参照）、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) - テグシガルバ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

経済成長を遂げて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

これらの地域は、地域戦略展開に適切な条件を有し、近い将来、プログラム活動運営責任者が、プログラムの中のプロジェクトを実施する意志及び能力があると認められたため選定された。各地域の施設及び個人は、計画及び優先度の設定に参加し、必要とされる資源を確保する等、実施に向け準備を始めている。

6.2 都市型モデル・ヘルス・プログラム

6.2.1 都市型モデル・ヘルス・プログラムの基本的な考え方

本モデルの目的は、健康都市の設立にある。健康都市では、そのすべての市民は、衛生的で安全な環境に暮らし、公衆衛生及び医療サービスを利用することができ、良質な学校と教育が提供され、活発で多様な都市経済の恩恵を受け、交通機関にアクセスできる。健

康都市は、保健省の衛生地域事務所をはじめとする様々な機関との良好な連携と協力を得て、地方自治体により策定される健康都市計画によって達成される。市民が、その生活、健康、福祉に関連する事柄についての意志決定に参加し、決定権を持つことが、計画の策定及び実施に不可欠である。保健活動に対する活発な地域社会の参加も、また、要求される。

サン・ペドロ・スーラ市の保健セクターの課題とこれに対する戦略のマトリクスを図2に示した（以下、「戦略・課題マトリックス」という）。サン・ペドロ・スーラ市における都市型モデルは、このマトリクスから明らかとなる当該地域の優先課題に焦点をあてながら、優先モデル・プロジェクトにおいて全国レベルのマスター・ヘルス・プラン (NMHP) の戦略を具体化する。また、健康都市実現に対して以下のような戦略を提案する。

- (1) 都市計画の枠組みの中で、都市のニーズ及び需要の変化と増加に対応できるような保健医療サービス計画を策定する。
- (2) 保健医療サービスの供給における地方自治体（サン・ペドロ・スーラ市）の役割と責任として、治療を中心とする保健医療サービスより、予防を中心とする保健医療サービスに重点を置き、健康の増進活動、保健教育を推進することを明確にする。
- (3) 保健サービスの供給、疾病の予防及び治療にかかわる地方自治体（サン・ペドロ・スーラ市）の能力を強化する。
- (4) プログラム・プロジェクトや活動の重複を避けると同時に、限られた資源を効果的かつ効率的に最大限に利用する。
- (5) UNDP プロジェクトで開発された住民参加及び地域社会の参加を推進する。
- (6) サービスへのアクセスの改善を含めて、総合的 PHC の供給を中心とする。
- (7) HIV/エイズ、リプロダクティブ・ヘルス、事故・暴力、労働衛生及び環境衛生など、都市特有の増大しつつある問題にも焦点をあてる。

6.2.2 モデル・プロジェクト

都市型モデル・ヘルス・プログラムは、以下の3つの優先プロジェクトから成り立つ。

1) モデル・プロジェクト1：エイズ予防及び健康増進・保健教育活動の推進

a. 目的

プロジェクトは、サン・ペドロ・スーラ市民を対象とし、連携及び協調のとれた健康増進及び保健教育活動の機構を確立することを目的とする。健康増進、保健教育、疾病予防に携わる関係者の間の連携を図ると同時に、サン・ペドロ・スーラ市保健課の強化を目指す。プロジェクトは、NMHP を構成する戦略のうち、主として「保健教育の改善」及び「住民参加の推進」を主要戦略としており、その戦略を具体化する都市型モデルである。

HIV/エイズは、ホンデュラス国における重大でかつ緊急なアクションを必要とする問題であり、国家 HIV/エイズ政策のもとに都市部の健康増進・保健教育活動における最優先課題として取り上げられる。サン・ペドロ・スーラ市において、この問題はより一層深刻であり、モデル・ヘルス・プロジェクトをサン・ペドロ・スーラ市で開始することの根拠となっている。本モデルは、将来的には、テグシガルバ、コマヤグア、ラ・セイバ等の HIV 感染率の高い都市へ拡大される。

b. 対象地域

- i) 短期的：サン・ペドロ・スーラ市とその周辺地域
- ii) 中・長期：第3衛生地域全域

c. プロジェクト・コンポーネント

- ・ 第3衛生地域、メトロポリタン地区事務所、社会保険庁 (IHSS)、NGO、援助機関、及び他の機関がサン・ペドロ・スーラ市で行っている保健教育及び健康増進（又は、エイズ予防）活動の連携及び調整
- ・ サン・ペドロ・スーラ市における保健教育及び健康増進（エイズ予防）プロジェクトの計画策定と実施
- ・ 保健教育及び健康増進（又は、エイズ予防）活動に携わる機関の職員及びコミュニティ・リーダーの研修と教育の実施、一般大衆への啓蒙及び教育活動の実施、特に、HIV 感染予防、HIV/エイズ感染者及び家族の社会的受け入れの必要性についての教育の実施
- ・ サン・ペドロ・スーラ市の保健（又は、エイズ）情報に関する資料収集、及び保健医療従事者及び市民への情報提供
- ・ HIV 感染の早期診断及びこれにかかわる HIV/エイズ・カウンセリングの提供

d. 管理運営

以下の2つのオプションを提示する。その違いはセンターが HIV/エイズ対策を含めた健康増進及び保健教育の全般のためのものか、あるいは、より HIV/エイズ対策に特化したものであるかである。いずれの場合でも、保健省は政策ガイドラインを示し、技術的支援を行い、監督指導を行う。センターは、保健省及びサン・ペドロ・スーラ市の代表者から構成される役員会 (Junta Directiva) により管理運営されるが、日常の管理運営はサン・ペドロ・スーラ市が行う。また、第3衛生地域事務所、サン・ペドロ・スーラ市、社会保険庁 (IHSS)、NGO、援助機関等からなる調整委員会 (Coordination Committee) も組織される。

i) オプション1：

(図3参照)

[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]

本プロジェクトは、2つのサブ・プロジェクトから成る。ひとつは、「HIV/

エイズ予防・情報センター」であり、他のひとつは「サン・ペドロ・スーラ市の健康増進・保健教育活動の強化」である。前者は、短期的には、市を対象としたプロジェクトであり、プロジェクト後期には第3衛生地域への拡大を伴う。中・長期的には、短期におけるプロジェクトの結果及び新たな資金調達により、他の都市部への拡大を考慮する。後者のサブ・プロジェクトは、サン・ペドロ・スーラ市保健課による住民健康増進及び保健教育活動の強化を目指し、エイズ予防については、同センターとの協力活動を実施する。したがって、前者のサブ・プロジェクトは、全国ニーズに対応するものであり、後者はサン・ペドロ・スーラ市のニーズに対応するものである。

ii) オプション2： (図4参照)

[サン・ペドロ・スーラ市 健康増進・情報センター]

上述のオプション1の2つのサブ・プロジェクトを統合し、「サン・ペドロ・スーラ市健康増進・情報センター」とする。同センターは、サン・ペドロ・スーラ市民のセンターであり、サン・ペドロ・スーラ市において保健教育及び健康増進活動を実施している様々な機関の連携調整のセンターであり、特に、プロジェクト初期には、HIV/エイズ予防及び感染者の家庭介護の普及に焦点をあてる。その後、保健教育及び健康増進活動の対象範囲は、徐々に健康に関係するすべての領域に広げられる。長期的には、本統合プロジェクト・モデルは、他の市(地方自治体)にも拡大される。

e. 効果

i) 政策の基本方針に対する貢献度

本プロジェクトはホンデュラス国の保健セクターにおける政策基本方針を支持するものである。プロジェクトは、予防及び健康増進に関する技術的援助を行うもので、種々の疾患に対する予防活動及び健康増進活動の効果を高めるものである。また、活動機関の調整及び連携は活動の重複を避け、サービスを効率的なものとすると共に、資源を最大限に活用する。住民参加を含めた地域社会の参加は、本健康増進・情報センター(又は、エイズ予防・情報センター)の重要な戦略のひとつであり、本プロジェクトは、関係機関に対する研修と情報提供による技術的支援により住民参加及び地域社会の参加を推進する。

ii) 「戦略・課題マトリックス」に対する貢献度

保健教育及び健康増進活動は、広く保健の優先課題に効果を有する戦略のひとつである。特に、HIV/エイズ及び慢性疾患には、いずれも直接的な原因療法はなく、とのケアにかかわる費用も非常に高い。HIV/エイズは、緊急度の高い課題であるが、慢性疾患は、強力な予防対策を開始することが求められている将来の課題である。事故及び暴力は教育及び防止推進活動により大きな成果の得られる

分野であるが、現在のところ、系統的な活動はほとんどなく、本プロジェクトのこれらの予防強化による成果が期待される。

iii) 資源の適正配分に対する貢献度

周知のとおり、治療サービスは予防サービスに比べ常に費用のかかるものである。本プロジェクトは、対象とするコミュニティでの予防的側面に焦点をあて、強化することにより、治療にかかるコストを削減しようとするものである。エイズを例にとると、エイズ患者の病院治療にかかる費用は、サン・ペドロ・スーラ市で、2000年には2100万から2930万レンピラとなると推定されるが、予防措置が効果的に機能すれば、少なくとも830万レンピラが節減できることになる。また、様々な活動機関の間の連携調整機能の向上は、プログラム及び活動の重複を減少させ、より効率的なものとし、資源を最大限に活用できる。

2) モデル・プロジェクト2：都市部保健所の機能拡充整備

(図5参照)

a. 目的

保健所 (CESAMO) の機能整備・拡充による、サン・ペドロ・スーラ市における PHC サービスの改善と、マリオ・カタリノ・リバス国立病院及び PHC における出産及び救急ケアの質の向上

b. 対象地域

サン・ペドロ・スーラ市及びその周辺地域

c. CESAMO の拡充機能コンポーネント

• 24 時間体制の出産ケアの提供

サン・ペドロ・スーラ都市周縁部の4つの地域セクター (Chamelecon, Cofradia, Calpules 及び Rivera Helnández) において、それぞれの地域の中心となる CESAMO を1ヶ所選定し、正常分娩のための24時間体制を整える。都市中心部の市民に対しては、既にレオナルド・マルチネス地域病院が24時間の出産ケアの提供の準備を進めており、都市中心部では CESAMO にさらに、そのサービス機能を加える必要ないと考えられる。ハイリスク妊産婦は、国立マリオ・カタリノ・リバス病院へ紹介され、検診を受け、出産をする。

• 24 時間体制の第一次救急ケアの提供

先述の都市周縁部の CESAMO 及び都市中心部の CESAMO (Miguel Paz Barahona) において、急患診療を24時間体制で (あるいは夜間の一定の時間まで) 行う。また、PHC レベルで対応できる第一次救急医療のサービスを提供する。

• 基礎的な臨床検査の実施

現在、サン・ペドロ・スーラ市の CESAMO で臨床検査試験ができるのは2ヶ所のみ

である。先述の都市周縁部の CESAMO において、基礎的な臨床検査試験の実施を行う。

- 歯科保健サービスの提供

先述の都市周縁部の CESAMO において、基礎的な歯科診療サービスに必要な医療機器を設置し、歯科診療を行う。

- 救急搬送体制の改善

赤十字社との連携・協力により、急患及び緊急救急患者のための搬送体制を改善する。救急車を増車し、先述の都市周縁部の CESAMO に、無線通信設備を設置する。

- d. 管理運営

第3衛生地域管轄下のメトロポリタン地区事務所及びサン・ペドロ・スーラ市が組織的な連携調整によりその運営に責任を持つ。

- e. 効果

- i) 政策の基本方針に対する貢献度

本プロジェクトは基本的保健サービスへのアクセスを改善する。特に都市中心部から遠い都市周縁部のコミュニティにおいて、コミュニティ内に存在する CESAMO がより幅広いサービスを提供することができるようになる。保健省が実施しているアクセス改善プロジェクト（“ACCESO”）と共に、保健医療サービスへのアクセスを改善し、「公正性」の向上に寄与する。また、出産にかかわる保健サービスにおいては、レファラル・システムを改善することにより、国立マリオ・カタリノ・リバス病院における正常出産による労働負担を軽減し、ケアの質の向上が期待できる。すなわち、このことは、保健サービスの「効果」及び「効率性」の改善につながる。

- ii) 「戦略・課題マトリックス」に対する貢献度

サン・ペドロ・スーラ市及びその周辺地域のマキラ（“Maquilas”：課税免除の工場地域）や工場地帯で働く、若い女性や働く母親の人口が急増しており、そのリプロダクティブ・ヘルスが大きな問題となってきた。本プロジェクトは、レファラル・システムの改善と、母子保健サービスをよりコミュニティに近接させ、アクセスを改善することにより、出産及び周産期ケアを改善すると期待される。また、国立マリオ・カタリノ・リバス病院における負担を軽減し、その産科医療サービスの質を改善することも期待される。

- iii) 資源の適正配分に対する貢献度

プロジェクト初期には、現状のシステムより多くの運営費（人件費を含む）を必要とする。しかし、将来の患者総数、及び CESAMO の機能拡張による国立マリオ・カタリノ・リバス病院の負担軽減、これに伴う病院人件費の削減を考慮すると、将来的には、総運営費はむしろ減少する。

3) 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 6 参照)

a. 目的

医療施設・機材の維持管理システムの改善を目指した地域モデル（保健省の中央機関の機構・機能の改善、及び自主財源確保のシステムを含む）の開発を目指し、長期的には全国的な医療施設・機材の維持管理システムを完成する。

b. 対象地域

第3衛生地域（ただし、システム改善のためには、保健省、PRONASSA 及び CENANA もプロジェクトの対象となる）

c. プロジェクト・コンポーネント

i) メイン・センター：中央レベル（既存の CENANA の維持管理センターの改修による）

- ・ 医療施設の建築・改修計画策定、デザイン、建築・改修にかかわるマネジメントの向上
- ・ 研修担当者の教育訓練
- ・ 保健医療施設の設計
- ・ その他のプロジェクトとの連携・調整
- ・ 情報交換及び提供
- ・ スペアパーツ調達の支援
- ・ 情報調査・整理及び印刷
- ・ 品質管理の計画策定

ii) リージョナル・センター：地域レベル

- ・ 機材設置の監督指導、維持管理及び修理、研修担当者及び職員の教育訓練
- ・ 情報調査・整理
- ・ スペアパーツの調達
- ・ 品質管理の実施
- ・ 維持管理・修理の出張サービス活動

d. 運営管理

サン・ペドロ・スーラ市の、医療施設・機材の維持管理・情報センターは、運営委員会により管理される。委員会は、地方自治体（サン・ペドロ・スーラ市）、第3衛生地域事務所、主たる医療施設（保健省下の）の代表者で構成される。また、運営委員会の下に、PRONASSA 及び CENANA、主たる医療施設（保健省下の）の技術系職員、及びその他の技術機関から成る技術顧問委員会が設置される。PRONASSA 及び CENANA の間の緊密な連携調整が必要であり、両部門の合併が奨励される。

e. 効果

ii) 政策の基本方針に対する貢献度

本プロジェクトは、運営管理マネジメントの効率性と有効性の改善により、医療施設・機材の維持管理システムの改善を目指すものである。具体的には、地域の維持管理センター（リージョナル・メンテナンス・センター）を活動の中心とする地方分権化を柱とし、研修担当者及び職員のエデュケーション、日常の予防的維持管理の推進、医療施設・機材の規格の標準化、PRONASSA 及び CENANA の業務・責任分担の明確化と両者の連携調整、スペアパーツの情報などの維持管理にかかわる情報及び情報提供システムの整備、民間セクターの活用などが実施される。これらの実施により、より効率的な管理体制と維持管理スタッフの技術レベル向上による、システムの改善が達成される。

iii) 「戦略・課題マトリックス」に対する貢献度

医療施設・機材の維持管理システムの改善は、都市部のみ問題ではなく、すべての地域及びケア・レベルにおける、ほとんどすべてのサービスに関連する問題である。

医療施設・機材の維持管理は、病院においてより深刻な問題である。病院では、日常の（予防的な）維持管理がなされていないこと、援助機関からの機材があまりに多種多様であるため維持管理及びスペアパーツの入手が困難であることなどにより、機材の寿命は短く、病院の倉庫には多くの未修理の機材が放置されている。本プロジェクトによるこれらの改善効果は大きい。

iiii) 資源の適正配分に対する貢献度

日常の（予防的な）維持管理及び施設・機材の標準化等に資源を配分することにより、故障にかかわる費用を軽減できる。また、未修理の施設設備や機材を減少させると共に、施設・機材の実質的耐用年数が増加することにより、新規調達も費用も軽減することができる。

6.3 貧困モデル・ヘルス・プログラム

6.3.1 農村型貧困モデル・ヘルス・プログラム

(i) 目標及び対象

農村型貧困モデル・ヘルス・プログラム目標は、住民参加の能力強化と住民の生活水準の向上により、疾病予防に関する住民の意識を高め、「健康農村」モデルを開発することである。これらは、総合的農村開発モデルの一部として推進される。「健康農村」の概念は以下に示した通りであるが、これは、保健セクターだけではなく、生計向上及び保健に関係するインフラストラクチャーをも包含するものである。

健康農村とは、以下のようなものである。

- 住民が衛生的で安全な環境に住み、公衆衛生サービス、基本的な保健医療サービス供給機関、及び初等教育にアクセスすることができる村
- コミュニティの健康増進活動を行う自立的なコミュニティ組織がある村
- 住民が健康の重要性を認識し、コミュニティ全体の健康増進活動に積極的に参加している村
- 住民が、健康増進活動及び生計向上プロジェクトの成果を平等に享受することのできる村

プログラムの主な対象グループは、ラ・エスペランサ地区病院の影響圏（キャッチメント・エリア）に住む住民全体である。本プログラムの裨益者は、人口124,681のインティプカ県の住民となる。ラ・エスペランサ及びヤマランギラの2つの地方自治体（市）が、プログラム実施のためのモデル・プロジェクトの開発のために選定された。

(2) モデル・ヘルス・プログラム開発のコンセプト

- 「戦略・課題マトリックス」（図7参照）により明らかとなった優先度の高い戦略の実施
- 参加型開発の推進
- 「健康農村」の開発への寄与
- 関係諸機関の連携

(3) モデル・プロジェクト

農村型貧困モデル・ヘルス・プログラムは、以下の2つの優先的モデル・プロジェクトから成る。これらの2つのプロジェクトは統合されて、インティプカ県全体に拡大される「健康農村」モデル・プログラムの開発のための中心プロジェクトとして機能する。図8は、「健康農村」モデル・プログラムにおける2つのプロジェクトの位置づけを示す。

1) モデル・プロジェクト1：健康農村 訓練普及センター

(図9参照)

a. 目 標

健康農村訓練・普及センターは、地域開発組織のための制度及び基本的な設備を提供することにより、住民活動を推進し、住民の保健サービスへの文化的側面でのアクセスを改善し、栄養状態及び収入機会を増加させることを目的とする。

b. プロジェクト・コンポーネント

- 既存の委員会の組織強化

- ・ コミュニティ・リーダーに対する保健及び栄養教育の実施
- ・ 水供給プロジェクトの計画策定及び実施に関連する技術移転の実施
- ・ 住民に対する基本的農業知識の普及とその実践活動の実施
- ・ 訓練センターに近接するパイロット・ファーム（実験圃場）の管理運営
- ・ 農業機器・機械の賃貸制度の管理運営
- ・ コミュニティ・ファンドへのアクセスを促進するための住民の組織化
- ・ 品質良好な種苗の提供と農薬及び肥料の使用についての研修の実施
- ・ 小規模食品加工及び食品保存に関する実習の実施
- ・ マーケティング技術の提供及び訓練センターにおける農産物の販売

c. 運営管理

- i) 実施機関：第2衛生地域事務所（第2衛生地区事務所）
- ii) 連携機関：インティブカ県事務所、地方自治体（市）、ホンデュラス国全国地方自治体協会（AHMON）、天然資源省、教育省、上下水道公社（SANAA）、社会投資基金（FHIS）、家族手当プログラム（PRAF）、国立農業開発銀行（BANADESA）、アクセス改善プロジェクト（ACCESO）

d. 効果

i) 地方分権化政策に対する貢献度

市の開発委員会（CODEM）、県の開発委員会（CODEPI）をはじめとする地域開発組織が充分組織され、機能するようになる。このことが、地方自治体及び住民のプロジェクト計画策定及び実施能力を向上させ、地方分権化の推進に寄与する。

ii) 「戦略・課題マトリックス」に対する貢献度

訓練センターの活動をとおして、住民参加が強化されて活動が定着する。保健教育活動の改善については、訓練センターは、その保健教育及びデモンストレーション活動をとおして、実際の地域ニーズに適した、生活環境改善に関する情報を効果的に提供するものとなる。

また、水供給及びそのマネジメント・システムは、訓練センターの研修及び機材の使用により、住民開発委員会（CODEM）が指導する住民活動をとおして改善される。このことにより、地域における、安全な水及び基本的衛生設備へのアクセスが改善される。自家消費及び生計のための農業生産の改善は、貧困対策及び食糧へのアクセス改善に寄与する。

これらの戦略は、限られた人的資源及び財源の有効活用を推進し、農村部の貧困地域における IMR、MMR、栄養不良、水及び基本的衛生設備へのアクセスを改善する。

2) 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 10 参照)

a. 目 標

コミュニティの予防保健に対する意識の向上及び保健サービスへのアクセス改善という目標の達成のため、第2衛生地区、ラ・エスペランサ CESAMO、ヤマランギラ CESAR における、制度及び建物両面のインフラストラクチャーを強化する。

b. プロジェクト・コンポーネント

- 病院から助産婦に至るまでの各保健サービス供給機関及び提供者の組織制度の強化
- 貧困地域及び遠隔地域の住民に対する保健所 (CESAMO 及び CESAR) 職員による出張診療の改善
- 保健医療サービスに対するコミュニティの関心の向上：健康フェスティバル、健康優良コミュニティや健康優良児の表彰、集団検診、など

c. 管理運営

- i) 実施機関：第2衛生地域事務所 (第2衛生地区事務所)
- ii) 連携機関：インティブカ県事務所、地方自治体 (市)、ホンデュラス国全国地方自治体協会 (AHMON)、教育省 (SEP)、社会投資基金 (FHIS)、家族手当プログラム (PRAF)、アクセス改善プロジェクト (ACCESO)

d. 効 果

i) 公平に対する貢献度

保健サービスのアクセスの改善をとおして、本プロジェクトは貧困地域の住民を含めた地域住民の公平と平等に寄与する。

ii) 「戦略・課題マトリクス」に対する貢献度

保健所 (CESAMO 及び CESAR) による推進活動及び出張診療を通じて、コミュニティの保健サービスに対する理解が深められる。出張診療、安全で衛生的な出産の場所が提供されることにより、コミュニティにおけるハイリスク妊産婦が効果的に発見され、適切な施設へ紹介される。その結果、保健サービスへのアクセスが改善され、MMR 及び IMR を低下させることが期待される。

保健所 (CESAMO 及び CESAR) による出張予防活動 (アウトリーチ・プログラム) は、コミュニティにおける効果的なサービス提供の場として役立つ。母子保健サービスにおけるレファラル・システムが推進され、新しい制度設立または建物建築を伴わずに良好に機能する。

6.3.2 都市型貧困モデル・ヘルス・プログラム

(1) 目標

都市型貧困地区プログラムの目標は、第一次医療レベルでの予防及び救急医療へのアクセスの改善にあり、特に、母子保健と救急医療に焦点をあてている。また、住民参加を推進することにより、貧困地区における住民の組織化も促すことができる。本プログラムの裨益対象者はテグシガルバにおける都市型の貧困地区住民であり、対象人口は首都圏衛生地域に住む 733,056 人である。首都圏衛生地域事務所とテグシガルバ市の協力を得て、参加型手法と詳細な情報収集により、対象コミュニティが選定された。

(2) モデル・ヘルス・プログラムの開発コンセプト

- ・ 「戦略・課題マトリクス」 (図 11 参照) により明らかとなった優先度の高い戦略の実施
- ・ 参加型開発の推進
- ・ 既存の住民活動の強化
- ・ 住民への保健サービスネットワークの周知及び活用の徹底
- ・ 関連機関の連携

(3) モデル・プロジェクト

このプログラムは2つのモデル・プロジェクトから成り、所轄機関が同じことから2つは同時に実施することが可能である。また、財務的並びに人的資源が限られていることから、同時実施は、個別に実施するよりも効率的かつ効果的である。

1) モデル・プロジェクト1：健康増進・情報センター

(図 12 参照)

a. 目標

本プロジェクトの目標は、首都圏衛生地域事務所の住民活動課の強化による、コミュニティの住民活動推進のための環境整備と当該地区及び対象コミュニティの保健所 (CESAMO) における活動支援である。

b. プロジェクト・コンポーネント

- ・ コミュニティにおける住民活動の促進及び調整のための首都圏衛生地域の制度的強化
- ・ 首都圏衛生地域における健康増進・情報センターの設立
- ・ コミュニティにおけるプロジェクト基盤としての保健所 (CESAMO) の制度構築
- ・ コミュニティ開発活動の促進のための主要な役割を担うコミュニティの活動推進

者（“Patronato”）及び水管理理事会の強化

c. 運営管理

- i) 実施機関：首都圏衛生地域事務所
- ii) 関連機関：地方自治体（市）、ホンデュラス国全国地方自治体協会（AHMON）、教育省（SEP）、社会投資基金（FIHS）、家族手当プログラム（PRAF）、アクセス改善プロジェクト（ACCESO）
- iii) センター：センター長、開発部長、広報部長、情報システム部長、オペレータ、秘書
- iv) 保健所（CESAMO）における新スタッフ：情報システム担当者

d. 効果

i) 地方分権政策への貢献度

首都圏衛生地域事務所における住民活動を推進する機能は、テグシガルバ市における都市型貧困地区における健康増進・情報センターが運営開始されることによって強化される。その結果、衛生地域事務所の計画策定及び実施の能力を向上させ、また、地方分権化の促進に役立つと考えられる。

ii) 「戦略・課題マトリクス」への貢献度

住民活動はセンター活動を通して推進され、サービス提供者、市、援助機関、NGO 及びコミュニティの間における調整システムもここで開発される。対象コミュニティの保健所（CESAMO）は、この住民活動を側面から支援するために改善される必要があり、また、コミュニティにおいても、その主要な役割を担うコミュニティ活動推進者（“Patronato”）及び水管理理事会の計画・実施能力が強化される。コミュニティの統合も促進され、これは、水及び衛生管理プロジェクトのみならず、住民参加型で持続可能な生活レベル向上のためのプロジェクト実施にも役立つ。本プロジェクトは、新しいシステムを導入せずに、サービス提供者、市、援助機関、NGO 及びコミュニティにおける既存の人材、経験及び施設の活用を促進するものである。

2) 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 13 参照)

a. 目標

本プロジェクトは、開院が予定されている首都圏救急クリニックと国立サン・フェリペ病院産科病棟の、住民による効果的利用を推進することによって、救急医療及び母子保健サービスを改善することを目標とする。これらのサービスの対象者は、主として、テグシガルバ市貧困地区の住民である。

b. プロジェクト・コンポーネント

- 新設される国立サン・フェリペ病院産科病棟及び救急クリニックと従来の国立教育病院の救急及び産科病棟、及び保健所間のレファラル・システムの構築
- 保健所 (CESAMO) スタッフによる、衛生、感染症媒介動物、暴力、事故等にかかわる保健教育並びに母子保健 (出産前、出産後及び新生児ケア) に関する出張 (アウトリーチ) 活動の改善
- 救急医療及び産科サービスの適切な利用方法の住民への普及

c. 運営管理

- i) 実施機関：首都圏衛生地域事務所
- ii) 関連機関：地方自治体 (市)、ホンデュラス国全国地方自治体協会 (AIIMON)、教育省 (SEP)、社会投資基金 (FHIS)、家族手当プログラム (PRAF)、アクセス改善プロジェクト (ACCESO)
- iii) 地域事務所新規スタッフ：保健サービスネットワーク管理者、アシスタント
- iv) 保健所 (CESAMO) 新規スタッフ：保健サービスネットワーク管理者

d. 効果

i) 公平性に対する貢献度

本プロジェクトは、保健サービスへのアクセス改善を通して、地域住民の間の公平性及び平等性を促進する。さらに、テグシガルバにおける都市型貧困地区に新しく導入される救急クリニックを含む保健サービスネットワークの、適切な利用に関する理解と認識を高める。

ii) 「戦略・課題マトリクス」への貢献度

対象コミュニティでは、産科及び救急医療サービスを含めたサービス・ネットワークが構築され、国立教育病院、国立サン・フェリペ病院及び新設の救急クリニックの効果的な利用方法が住民に理解される。その結果、国立教育病院における混雑が緩和され、救急医療及び母子保健サービスが改善することが期待される。また、保健所 (CESAMO) は、母子保健サービスの基盤及びコミュニティにおける保健医療サービス・ネットワークの前線として整備される。すなわち、ハイリスク妊産婦は保健所 (CESAMO) での出産前検診により発見され、国立教育病院に紹介される。

さらに、保健所 (CESAMO) における産科及び第一次医療レベルのサービスも改善される。地域住民は、公共保健医療サービス及びレファラル・システムの効果的な利用についての理解を深め、衛生、栄養及び感染症媒介動物にかかわる教育プログラムも、保健所 (CESAMO) によるアウトリーチ・プログラムにより効果的に提供される。

本プロジェクトは、新システム及び新施設を導入せず、保健所 (CESAMO 及び CESAR) のアウトリーチ・プログラムの強化を通して、保健医療サービスの

アクセスに関する地域住民の理解を促進する。

6.4 総合開発地区型モデル・ヘルス・プログラム

6.4.1 目 標

本モデル・ヘルス・プログラムでは、問題の把握、課題の優先度の設定、及び活動の開始を体系的に行う必要性に言及する。公共の保健医療サービス資源をより効果的に利用するための計画策定の能力を強化することは、全国ヘルス・マスター・プランの目標を達成するための重要な条件である。さらに、地方分権化は中央政府の重要な課題であり、これはプログラムの管理及び実施に加えて、計画策定も地域及び地区へ移管することを含んでいる。

6.4.2 保健問題の優先順位設定

(1) DALY (障害調節生存年) 手法

「疾病負担」(burden of disease) は、「早死(寿命に達する以前の死)」(premature death) や「(疾病等による) 障害」(disability) のために失われてしまった生産的な年数として定義することができる。DALYs (Disability-Adjusted Life Years lost) は、様々な環境における様々な保健問題を原因とする「早死」や疾病によるインパクトを計るためのひとつの方法として開発された。DALY は、単に死亡数や罹患率等を計測する伝統的な手法の代わりに、「早死」と「障害」によってもたらされる、人口の失われた寿命年数を計測するものである。

健康状況を示す指標として DALY (障害調節生存年) を用いることで、「早死」と「障害」の双方をひとつの指標として計ることができ、その結果として、以下のような意志決定に役立てることが可能である

- 種々の保健サービスにおける優先順位の設定
- 健康にかかわる研究における優先順位の設定
- 弱者グループ及び保健プログラムの対象の明確化
- 活動の評価及びモニタリング

DALY (障害調節生存年) は、また、保健セクターにおける様々な機関の間の調整機能を改善することにも貢献することが期待される。

(2) 第7衛生地域への適用

保健の優先課題の順位を設定する基準として疾病の負荷を利用する限界を評価するために、第7衛生地域における概算を行った。「障害」に関するデータは入手できなかったため、中間的目途として、YLL (Years of Life Lost、「早死損失年数」) により「早死」の

かたちで人口にかかった疾病の負荷を示した。死亡率は、性別、年齢別（5歳毎）で原因別に計算し、その原因を主な保健のインターベンション（介入処置）を含む、以下のような主要な3種類に類型化した。1) 感染、母性・分娩関連の原因、2) 非感染型の原因、3) 外傷の3つである。

(3) 結果

YLLにより計測された年齢別、性別及び原因グループ別の疾病の負荷を見ると、感染、母性・分娩関連の原因が全人口に対して最大の影響を持っていることがわかる。両性において幼児期における発生の3分の2がこれにあたる。外傷による疾病の負荷は、12歳から49歳の男性で圧倒的に高い発生率を示している。

このように、疾病の負荷を計る基準として死亡率を利用すると、この地域に対する優先的プログラムは、感染症及び母性・分娩にかかわる原因による乳児死亡率の低下、労働年齢にある男性の負傷・外傷の減少、さらに、主として再生産年齢にある女性の非感染性疾患の減少である。（図14参照）

6.4.3 健康改善のための戦略

(1) プログラム化

第7衛生地域における死亡率の分析結果は、いくつかの主要な問題が「早死」の大半によって説明できることを示している。死亡率を大きく改善させるには、それぞれ異なる原因に対する最大の費用効率を示す活動を選ばなければならない。世界的な疾病の負荷に関する調査は、死亡率を減少させる可能性という意味において、主要なインターベンションのタイプを分析してきた。こうした個別の原因に関するデータは本調査においても活用されている。費用効率のよいインターベンションは、減少した死亡率1年当たりの費用を概算することによって判定される。この情報は、「早死」に対する最大の効果を示す可能性を表すとともに、プログラムの構造を明確にするための基礎にもなっている。このように、これは計画策定及び利用可能な資源が必要な、個別の活動について明かにしている。（表1参照）

(2) 保健計画

本調査で計算された死亡率のデータを計画策定に有効活用するためには、その前に明確にされなければならない多くの問題がある。いくつかの問題を克服する集合体としての類型を見る場合、基本死亡統計の収集及びモニタリングの手法における改善が地域の優先課題である。本地域における初期の調査段階では、調査団及びカウンターパートは既存データの非公式な分析を実施した。加えて、死亡率及び罹患率を含む疫学的な特徴の分布状況を地理的に分析することのできるプログラムであるEPIMAPを地域事務所に整備して、ス

スタッフに対して利用法の技術移転を行った。この活動は継続されるべきであり、これが計画策定過程におけるさらなる分析に活用されていくことが期待される。

さらに、年齢別死亡率の推定値には明らかな変動があり、レビューと改善の必要がある。理想的には、罹患率に関する情報、特に事故、暴力及び感染症に関する情報の収集も必要である。

(3) 保健財政

ここでは、1) 財政構造及び IHSS のサービス・ミックスにおける改善と、2) 保健省の保健医療機関における費用回収率の向上を通じた収入の拡大、という大きく2つの活動を提案する。

全国レベルのヘルス・マスター・プラン (NMHP) は、収入拡大のため、並びに医療費支払い不能者の保護に支払い延期及び免除制度を実施するために、医療費負担の構造を変革することにより現在の費用回収活動を拡大すること、治療の支払い可能な患者のプールを拡大するために IHSS 及びその他を通じて保険普及率の拡大を支持すること、を述べている。

第7衛生地域では、すでにこの勧告のいくつかの要素をとりいれており、オランチョ県では IHSS が 2000 人を越える労働者をカバーしている。本マスター・ヘルス・プラン (MHP) は、第7衛生地域におけるこの施策の拡大はもとより、他地域へのこのモデルの拡大を支持する。さらに、病院及び第7衛生地域におけるサービスでは、徴収費用は比較的低いものの、公式の費用回収プログラムが実施されている。

サンフランシスコ病院と第7衛生地域が、このモデル実施のためのパイロットプロジェクト対象地として選ばれば、既に実施されつつある活動を基礎に、短・中期で経験するであろう経済成長及びサービス需要拡大に対応して、より大きな費用回収策を開発することが可能であると考えられる。

こうした結果は、保健省のシステム全体にとりいられるであろう。また、その場合、医療費やそれによる収入はそれぞれの地域経済の現実に基づいて設定されるものであることが認識されていなければならない。

(4) プログラム・インターベンション

第7衛生地域では、現在のこうしたプログラムに加えて、アルコール規制、産前及び分娩ケア、家族計画、“病気の子供に対する総合的マネジメント” にさらに努力が注がなければならない。こうしたプログラムは、当該地域に固有の疾病の負荷に対する最も費用効率的なインターベンションとして認められるからである。

保健医療サービスの供給システムの最前線施設としての CESAMO と CESAR の上記課題の達成度は、保健スタッフ一人当たりの初診患者数によって計測することができる。これ

は、効率性に大きな相違のあることを示している。4つの衛生地区を比較すると、第三地区における施設のスコアが低いことがわかる。このことは、おそらく、この地区が、地理的及び文化的に保健医療サービスに対するアクセスが困難であることにより充分説明される。しかし、低いスコアの原因として、根底にある条件として次のような点も指摘できる。すなわち、1) マネジメントの地方分権化が法的に明確になっておらず、ACCESO（アクセス改善プロジェクト）の一部としても、地方自治体（市）及び住民に制度化されていない、2) 保健医療サービスに対する文化的障壁と住民活動の未成熟、3) サービスそのものの質の低さ（医薬品、医療機材・機器、医師及び看護婦が少ない）及び道路、通信等の物理的条件の未整備によるサービスへのアクセスの悪さ、があげられる。これに加えて、各衛生地区に一つずつ整備が計画されているCMI（母子保健クリニック）も、カタカマスを除いてほとんど機能していない。この母子保健クリニックの低稼働は、施設側におけるマネジメント能力の低さと住民側のアクセスの悪さに起因するところが大きい。

ACCESOによる支援をもって、市の管理能力を向上させれば、地域及び市レベルでの保健計画策定及びプログラム化の強化のために、プログラムのモニタリングや評価機能を促進することができる。様々な地方の状況を反映する各保健所レベルでの活動を含む実績のレビューは、衛生地域レベルの保健システムの活動に取り込まれるべきであり、特にハイリスク妊産婦の分娩等の、あるレベルの技術や設備を必要とするインターベンションのために活かされるべきである。

7. 実施計画

7.1 保健医療関連組織の段階別改編

全国レベルのマスター・ヘルス・プラン（NMHP）の15の戦略及びモデル・プログラムを推進して行くに当たっては、地方分権の強化が重要となり、従って、保健関連政府機関及び保健医療サービス機関の役割と機能をレビューし、再編成していくことが必要である。表15及び表16は、それぞれ「NMHP及び地域モデル・ヘルス・プログラムにより提案されたプログラム・プロジェクトを実施しなかった場合（Without programs/projects）」と「実施した場合（With programs/projects）」を示すものである。

保健医療セクターにおける国の監督機関は、保健省並びに社会保険庁（IHSS）である。現在、保健省は、中央から、地域、さらに個々の医療機関に至るまで様々なレベルにおける医療サービスの監督業務を行っている。保健省の衛生地域事務所及び衛生地区事務所は、地域住民に対する地域保健の地方行政機関としての機能を果たしている。

公的保健医療サービス機関としては、中央レベルに国立病院、衛生地域事務所の監督下に地域病院、地区病院、さらに母子保健クリニックがある。現在、建設が計画されている救急クリニックも、完成後は保健省の医療サービス機関に組み込まれる。CESAMO及びCESAR等の保健所は、衛生地区事務所によって監督される重要なPHC提供機関である。IHSSも、自らの病院及びクリニックを有し、保健医療サービスを提供している。保健省、IHSS及び保健医療サービス機関に加えて、地方自治体（市）も地域住民の健康改善に当たって重要な役割を果たすが、現在の市の保健医療推進及び保健医療サービス提供に対するインセンティブは、限られたものである。しかし、地方分権化政策及びアクセス改善プロジェクトの実施を通して、市当局は地域住民の健康改善への責任を担い始めている。

上記の保健医療関連機関の構造の改編は、NMHP及び地域モデル・ヘルス・プログラムの実施を通して、以下のように段階的に実施される。

短期計画（目標年：2000年）

- ・ 関係機関の間の政策対話
- ・ 保健省内部における地方分権化推進のための政策及びプログラム策定
- ・ 各機関の管理能力強化（一部、小規模な施設拡充を含む）
- ・ ヘルス・モデル・プログラムで提案するモデル・プロジェクトの計画策定・実施

中期計画（目標年：2005年）

- ・ NMHPの15の戦略のスコープの中で、保健関連機関管理能力拡充プロジェクトについて、モニタリング/評価を実施
- ・ モデル・プロジェクトの費用効果についてモニタリング/評価を実施
- ・ フィードバックに基づいて、モデル・プログラムの改善及び対象地域を拡大

長期計画（目標年：2010年）

- MHPの達成

7.2 人的資源及び財源の適正配置

過去の実績を見ると、コストの大半が人件費及び医薬品等の消費財購入を含む管理運営費に充てられており、保健省予算のうち上下水道公社（SANAA）を除いた投資コストの割合は非常に小さいことがわかる。

ここで、たとえ海外からの援助を含めても、施設拡充や人件費以外に充てる為の財源には深刻な限界があること、並びに施設拡充は整備後の大幅な管理運営費の増加を伴うことに注目しなくてはならない。つまり、地方分権化の推進は保健省の投資コストの不足と同様に、管理運営費の不足も補うものでなければならない。また、これは保健省と地方自治体当局によるモデルの開発を通して初めて可能なものとなる。

マスター・ヘルス・プラン（MHP）の段階的実施の達成のために必要な保健省予算の概算推定値を図17に示した。

7.2.1 全国レベルのマスター・ヘルス・プラン（NMHP）

(1) 国立病院及び救急クリニック

第1次及び第2次医療サービスのレファラル機能拡充により、国立病院の医療サービスについて質的改善が図られる。これにより、地域住民に対する医療サービス機関へのアクセスが改善される。

(2) 地域及び地区保健事務所

市当局の組織体制強化と住民参加実施体制強化のため、衛生地域事務所及び衛生地区事務所による運営管理面、技術面における支援サービスが提供される。

(3) 医薬品倉庫

中央医薬品倉庫及び衛生地域事務所倉庫のレベルにおいて、医薬品管理のコンピュータ・システム化が整備され、長期的には全国をカバーする医薬品管理ネットワーク・システムの構築を目指す。

(4) 施設拡充（PRONASSA）

PRONASSAの計画策定及びモニタリング機能が強化されるとともに、民間セクターとFHISの技術の効果的活用が促進される。さらに、PRONASSAにより民間の入札業者向け

に建築及び機材計画策定マニュアルが開発される。

(5) 施設・機材の運用・保守管理 (CENAMA)

運用・保守管理に関する訓練実施が、衛生地域/地区事務所に移管される。日常的な運用・保守管理は個々の保健所レベルで実施される。CENAMA は、医療施設/機材の運用・保守管理に係る計画・プログラム策定及びモニタリングを実施する。

(6) 水供給及び衛生施設 (SANAA)

SANAA が現在直接監督している水供給システムの管理機能が、市または地域レベルへと移管される。地域レベルの水及び衛生管理組織体制が整備されるのに伴って、地方分権化は一層促進される。

7.2.2 地域モデル・プログラム

(1) 地域レベルの施設・機材メンテナンス、訓練・情報センター

運用・保守管理の主要スタッフが、同プログラムの訓練コースにおいて訓練を受け、民間セクターの技術者も技術的サービスを受けることができる。訓練の対象グループは、CENAMA、病院、衛生地域、市当局、保健所のスタッフ及び住民である。運用・保守管理機能の民営化をにらむと、民間セクターの技術者は将来的には同プログラムの対象グループに含まれる。

(2) CESAMO のサービス改善

医療サービスへのアクセスが、医療スタッフへの訓練実施とコミュニティの人材育成により改善される。病院運営と既存 NGO 活動の密接な連携を通してレファラル・システムの強化を推進するに当たって、訓練実施による効果発現が期待される。CESAMO スタッフによる CESAR への移動相談並びに CESAR への医療スタッフ 2 名配置を実現することにより、第 1 次レベルの医療サービスの質的改善と住民の文化的アクセス向上につながる。

(3) 健康増進・情報センター、訓練普及センター

同センターの役割・機能は、健康都市及び健康農村の実現を支援するものである。同センターでは、以下の対象グループに対して訓練、教育、情報提供を行う。

[都市部センター]

サン・ペドロ・スーラ市の住民、医療サービス機関、市、援助機関、NGO

[農村型/都市型貧困地域におけるセンター]

テグシガルバ周辺人口密集地域及びインティブカ県貧困地域の住民、保健医療サー

ピス機関、市当局、援助機関、NGO

7.3 外国による技術協力及び資金協力

7.3.1 国家レベル

保健省の再編に当たっては、専門家、コンサルタントの派遣、援助国での研修、第三国研修等による技術協力が必要である。NMHP及び地域マスター・プラン実施に向けてのデータ・ベース開発、本調査で提案しているモデル・ヘルス・プログラムに係るフィージビリティ調査及び基本設計調査等を実施する必要がある。

7.3.2 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) 達成のために、病院、救急クリニック、衛生地域/地区事務所、医薬品倉庫、及び PRONASSA、CENAMA 等の関連機関それぞれに外国援助が期待される。

7.3.3 地域モデル・プログラム

地域モデル・プログラムの実施については、スウェーデン及び米国の支援により実施中である ACCESO (アクセス改善プロジェクト)、並びに UNDP、UNICEF、AIDSCAP、NGO のプロジェクトとの調整を図りながら、外国援助を実施する必要がある。また、モデル・プログラムに係る援助プロジェクトは、全国レベルのマスター・ヘルス・プラン (NMHP) の援助プロジェクトとも連携を取られることが必要である。

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

マスター・ヘルス・プラン (MHP) については、中央レベルでは、病院、救急クリニック、医薬品倉庫、機材供給、水供給及び衛生施設等に関する戦略が遂行される。また、都市、貧困地域、統合開発地域モデルについては、各モデル・プログラム及びプロジェクトが実施される。2000年までの外国援助実施計画を次表に示す。

プログラムごとの外国援助の実施計画

	1996	1997	1998	1999	2000
1. 全国レベルのマスター・ヘルス・プラン (NHFP)					
1.1 病院		////	////		
1.2 救急クリニック	■	////			
1.3 医薬品倉庫 (ロジスティクス・システム)	■	////	////		
1.4 医療機材 (病院、保健所 (CESAMO/CESAR))	■	////	////		
1.5 水及び衛生	■	////	////		
1.6 アクセス向上プロジェクト	■	////	////		
2. 地域モデル・ヘルス・プログラム					
2.1 都市型モデル (サン・ペドロ・スーラ)					
(1) 健康増進・情報センター (又は、エイズ予防・情報センター)		////	////		
(2) 都市部保健所の機能拡充整備		////			
(3) 医療施設・機材の維持管理システムの改善		////	////		
2.2 農村貧困型モデル					
(1) 健康資料訓練普及センター		////	////		
(2) 山間部農村地域住民の保健サービスへのアクセス改善		////	////		
2.3 都市型貧困モデル					
(1) 健康増進・情報センター		////	////		
(2) 地域住民の保健サービス・ネットワークの 効果的利用推進		////	////		
2.4 統合型開発モデル			////	////	

注) ■ : 実施中プロジェクト //// : 資金協力 □ : 技術協力

8. 結論と提言

第1フェーズ調査におけるワークショップ及び調整委員会（Coordination Committee）において、保健医療セクターの11の優先課題が抽出された。また、全国レベルのマスター・ヘルス・プラン（NMHP）の構成要素を15の戦略とすることが、第2フェーズ調査期間中のワークショップ及び調整委員会において承認された。さらに、第3フェーズ調査では、NMHPの実施可能性を検証することを目的として、保健関連セクターにおけるそれぞれの地域特性を考慮の上、モデル地域を選定した。

8.1 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
- (2) 高い妊産婦死亡率
- (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) エイズ及び性感染症の高い罹患率
- (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

8.2 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。

(i) 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
- ・ 水供給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供給に関連する戦略

- ・ 保健医療サービスへのアクセス
- ・ 保健医療施設及び組織の管理・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

8.3 モデル・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。

(1) 都市型モデル・プログラム

- ・ 健康増進・情報（又は、エイズ予防・情報）センター設立計画
- ・ 都市部保健所の機能拡充整備計画
- ・ 医療施設機材の維持管理システム改善計画

(2) 農村型貧困地域モデル・プログラム

- ・ 健康農村 訓練普及センター設立計画
- ・ 山岳部農村地域保健医療サービス・アクセス改善計画

(3) 都市型貧困地域モデル・プログラム

- ・ 健康・増進センター設立計画
- ・ 地域住民の保健医療サービス・ネットワークに効果的利用推進計画

(4) 総合的開発地域型モデル・プログラム

8.4 実施プログラム

8.4.1 保健関連組織の段階的構造改革

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・計上、基準設定、監理及びモニタリングに集約され、現在、保健省が担当す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

- ・ 保健関連機関との政策対話
- ・ 保健省内部機能の地方分権化のための政策決定及びプログラム化
- ・ 小規模な保健医療施設の拡充及び各機関のマネジメント能力の向上
- ・ モデル・プログラムとして提案されたプロジェクトの実施

(2) 中期目標

- ・ NMHP の 15 の戦略に照らし合わせ、各機関のマネジメント能力向上プロジェクトのモニタリング及び評価
- ・ モデル・プロジェクトの費用対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

- ・ マスター・ヘルス・プラン (MHP) の完成

8.4.2 人的及び財務的資源の適正配分

(1) 全国レベルのマスター・ヘルス・プラン (NMHP)

1) 国立病院・救急クリニック

- ・ 第1次及び第2次保健サービスにおけるレファラル機能の強化

2) 衛生地域・地区事務所

- ・ 地方自治体の制度強化及び衛生地域・地区事務所の管理及び技術協力による住民活動の促進

- ・ CESAMO における訪問診療サービス強化及び CESAR レベルでの人員強化
- 3) 在庫管理システム (医薬品倉庫)
 - ・ 医薬品管理システムのコンピュータ化
- 4) 施設拡張 (PRONASSA)
 - ・ PRONASSA における計画策定・プログラム化能力及びモニタリング能力の強化
 - ・ 民間セクターの効率的活用
- 5) 施設・機材の維持管理 (CENAMA)
 - ・ 訓練活動の管理・運営の地方移行及び単純な維持管理の保健所レベルでの実施
- 6) 水供給及び衛生 (SANAA)
 - ・ 水供給及び衛生システムの管理機能の地方移行

(2) モデル・プログラム

- 1) 健康増進・情報センター
 - ・ 保健セクターで活動する健康増進活動及び保健教育担当者等の訓練
- 2) CESAMO 機能拡充
 - ・ 保健サービス関連スタッフ及びコミュニティの住民への訓練
- 3) 医療施設・機材の維持管理地域センター
 - ・ 民間部門を含めたキー・スタッフ養成のための訓練

8.4.3 海外援助機関との協力

(1) 保健省機構改革

保健セクターにおける地方分権化を進めるに当たって、保健省及び社会保険庁 (IHSS) の政策、予算、プログラム策定及び調整機能を強化する必要がある。援助機関からの技術協力により、組織制度拡充のためのコンサルタント・グループの派遣が望まれた。

また、保健関連情報のデータ・ベース構築が必要である。これは、本調査の第2フェーズ調査で実施したフィールド調査において保健セクターにおけるデータ収集の手法は確立された。そのサンプル数及び対象地域の範囲が限られていたことから、マスター・ヘルス・プラン (MHP) の具体的アプローチを検討するためには、全国を網羅するフィールド調査を行うことが重要であり、このためには、外国からの技術援助及び資金援助が必要である。フィールド調査の結果を活用するためにも、データ・ベースの構築が望まれる。

財政面において、健全な制度の拡充は、地域・地区病院の改修、統合型保健所の機能拡充等の目に見える形での保健サービスの向上とともに、非常に重要である。また、ユーザー・フィーを厳格に実施することにより、効果的な計画策定が可能となる。これは、貧困層が医療サービスを利用する際の負のインパクトの軽減につながるものと期待される。

(2) 全国レベルのマスター・ヘルス・プラン (NMHP)

1) 病院

施設拡充及び運営機能の強化が、限られた人的資源及び財源を活用して推進される。地域・地区病院のリハビリには、援助機関による技術協力及び資金協力が必要である。病院運営の改善は、病院サービスを改善するに当たって、最も優先度が高い。病院の新設は、HSSの再編、保健省の財政健全化、レファラル機能を推進する事により、中・長期的ペースでは実施可能となる。

2) 救急クリニック

救急クリニックの設置は、保健省の病院再編のための新システム導入の一環であり、その第1として、日本政府の無償資金協力によるテグシガルバ市内の救急クリニック建設が計画されている。同施設の効果的運営を実現するためには技術協力が必要である。技術移転の目的は、新しいクリニック運営体制確立のために技術レベルの高い医療スタッフの確保と人材育成である。

3) 医薬品の供給

医薬品調達には、同国の経済規模、医薬品の在庫管理及び供給システムの効率性から判断して、中央で管理されなければならない。USAIDの援助によるPOSSSプロジェクトにより、地域衛生事務所の倉庫が建設され、在庫管理及び必要量の算定においてコンピュータ化が一部で実施されているが、このシステムを完成させるためにはさらに技術援助が必要である。

4) 機材

医療サービスの質的向上を図るため、医療機材及び医療関連以外の機材を保健省の保健医療サービス機関へ供給する必要がある。なお、機材供与に当たっては、都市型のモデル・ヘルス・プロジェクトと連携を図りながら、機材の運用及び保守管理について技術協力を提供することが重要である。

5) 水供給及び衛生施設

都市部

テグシガルバ都市部においては、援助機関の資金援助及びUNICEFの技術協力により、水供給プロジェクトが実施されている。上下水道公社(SANAA)及びUNICEFにより開発された同プロジェクトの運営システムは、地方分権化政策の一環で市当局及びコミュニティへ移管される。同プロジェクトは、テグシガルバ都市部の健康改善に大きく改善しており、同市の周辺人口密集地域を含む全地域を網羅するために、さらなる資金援助が必要である。

農村部

農村部における水供給システム設置は、本計画で提案する健康農村モデル・プログラムのコンポーネントとして外国援助を受け、実施されることが望ましい。

(3) モデル・ヘルス・プログラム

1) 都市型モデル・ヘルス・プログラム

a. 健康増進・情報（又は、エイズ予防・情報）センター設立計画

持続可能な運営のために技術及び資金協力の両面において国際的合意が不可欠である。

b. 都市部保健所の機能拡充整備計画

一部外国からの技術及び資金援助を受けるが、主な資金源としては、FHIS及びサン・ペドロ・スーラ市当局が考えられる。

c. 医療施設・機材の維持管理システム改善計画

同プロジェクト実施には外国の資金援助が必要であり、技術協力では、サン・ペドロ・スーラ市内及び第3衛生地域内の保健医療サービス機関への運用・保守管理技術の移転が図られる。長期的には、同センターは医療機材の運用・保守管理の人的資源開発を支援する全国レベルの訓練センターとしての機能を持つことが期待される。

2) 貧困地域モデル・プログラム

a. 健康農村 訓練普及センター設立計画 及び 山間部農村地域の保健医療サービス・アクセス改善計画

ボランティア・チームのリーダーが派遣され、プロジェクトの計画策定、実施を通じた技術移転、モニタリング・評価、そしてプロジェクトの運営に至る各段階での住民参加の体制づくりを行い、その実施を徹底する。インティブカ県における健康農村モデル構築に当たっては、フィージビリティ調査を実施することが効果的である。こうした技術援助により、同プロジェクトの普及段階に必要な資金援助、及びボランティア・チームによる技術移転の最適規模及び内容を明らかにする。

アクセス改善に当たっては、ボランティア・チームの活動により地域病院及びマターナルインの効果的利用方法の普及が図られる。医療サービス網拡充の実施可能性については、上記フィージビリティ調査において検証される。

b. 首都圏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計画

サン・フェリペ病院と救急クリニックへの技術協力を提案する。

3) 総合的開発地域型モデル・プログラム

データ収集、データ・ベース開発及びモデルの計画策定について、さらなる調査が必要であり、技術協力が不可欠である。

8.5 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は以下のようなフォローアップ活動を実施することが期待される。

(1) 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、IHSS、SANAA、天然資源省、教育省、環境省、企画調整省、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

[全国マスター・ヘルス・プラン（NMHP）]

- ・ 病院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の供給
- ・ 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（また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調査であるため、特に動物媒介感染症、歯科保健、結核、研究機能及び災害管理等の縦断的視点での具体的な詳細分析はなされていない。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。

付属資料（図 表）

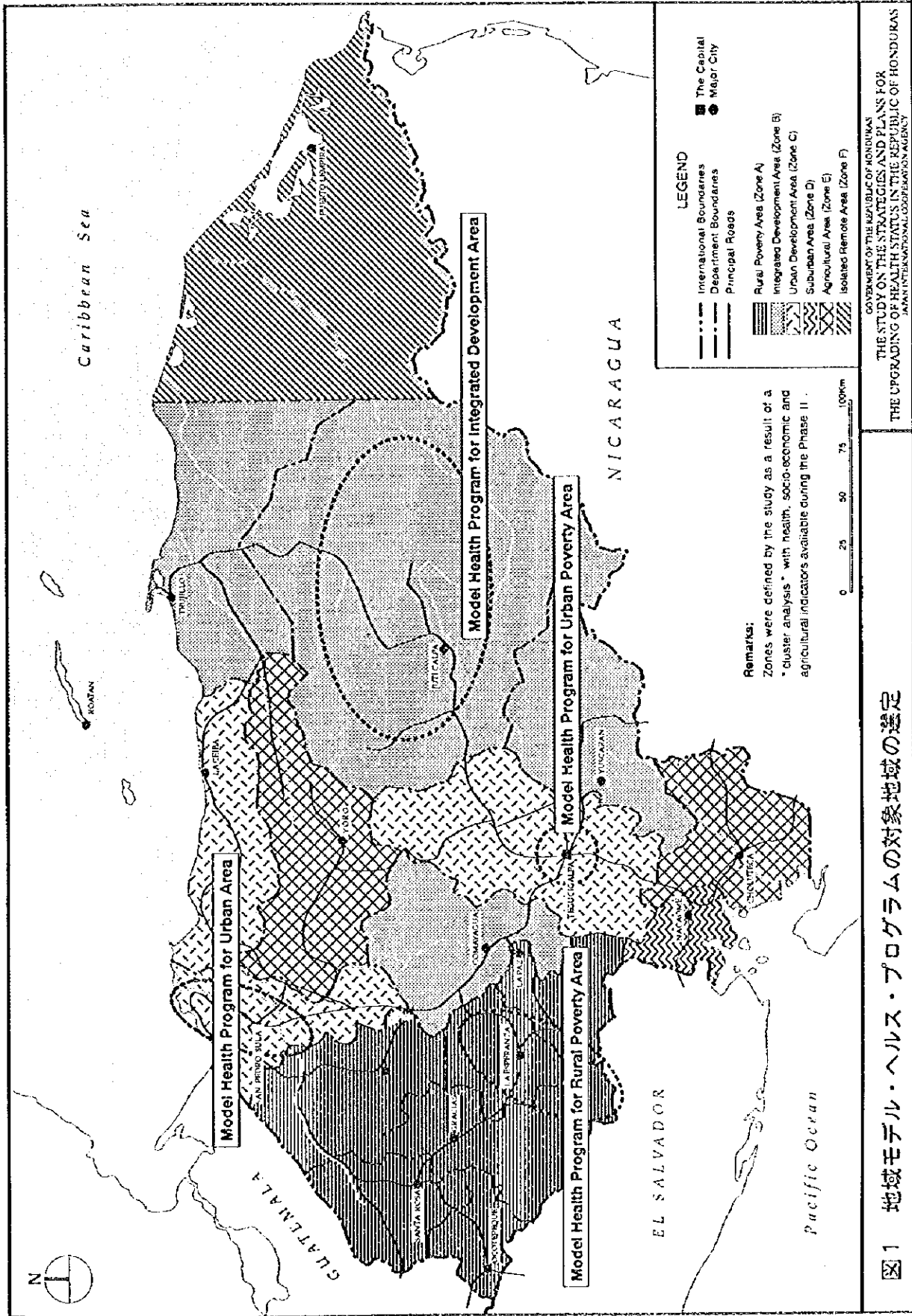


図1 地域モデル・ヘルス・プログラムの対象地域の選定

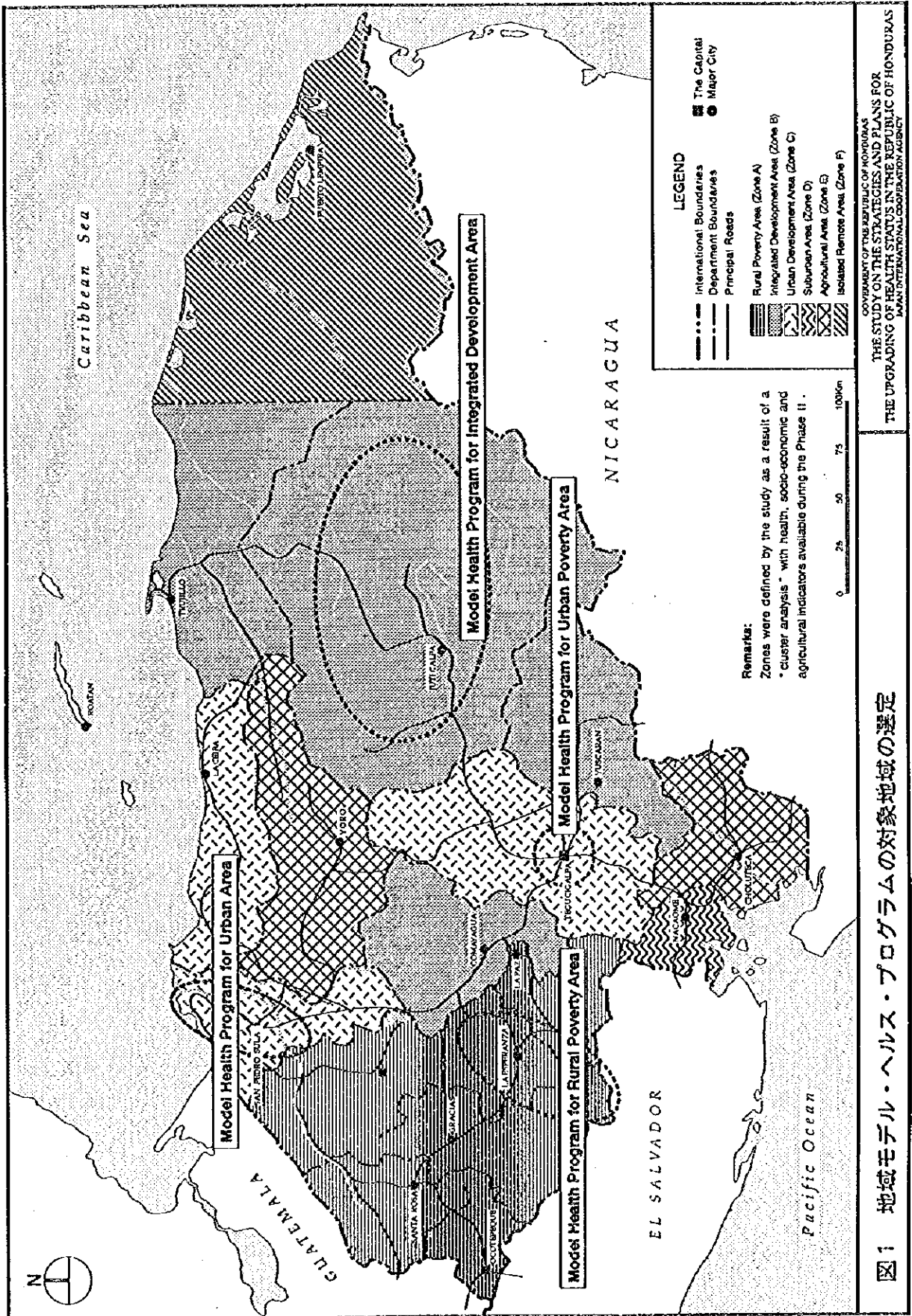


図1 地域モデル・ヘルス・プログラムの対象地域の選定

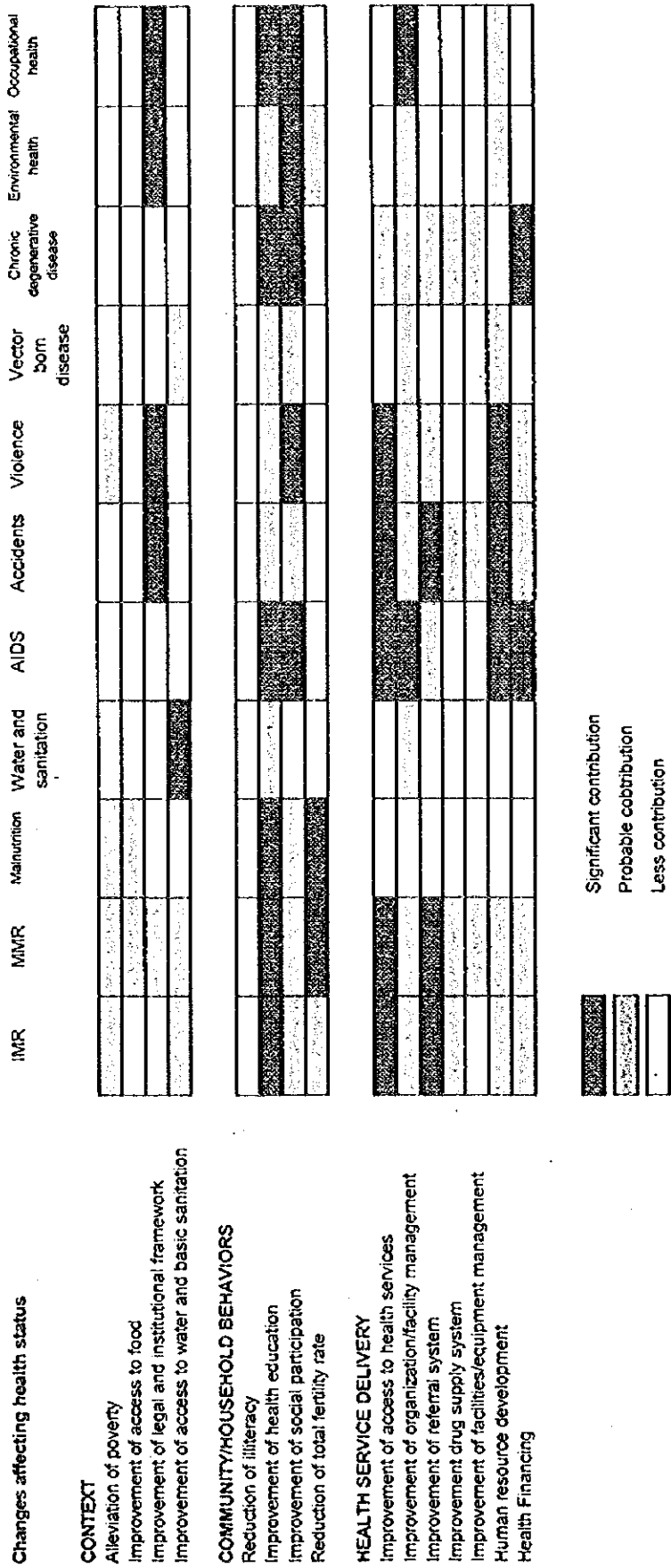


図2 都市型モデル地域における15の戦略の効果

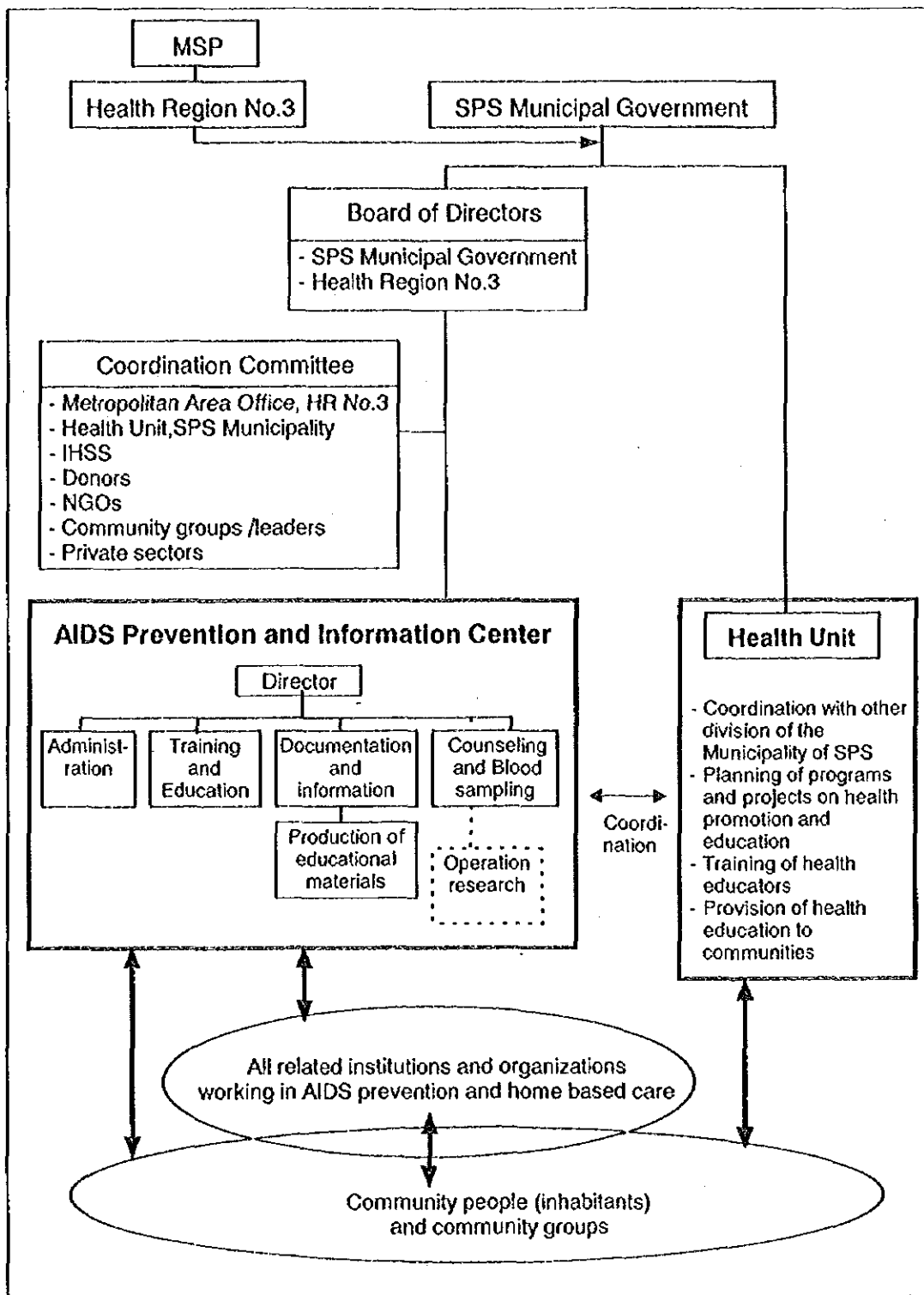


図3 都市型モデル地域におけるモデル・プロジェクト1 (サブ・プロジェクト型)
 オプション(1)「エイズ予防・情報センター」及び
 「サン・ベドロ・スーラ市保健課 健康増進・保健教育推進」

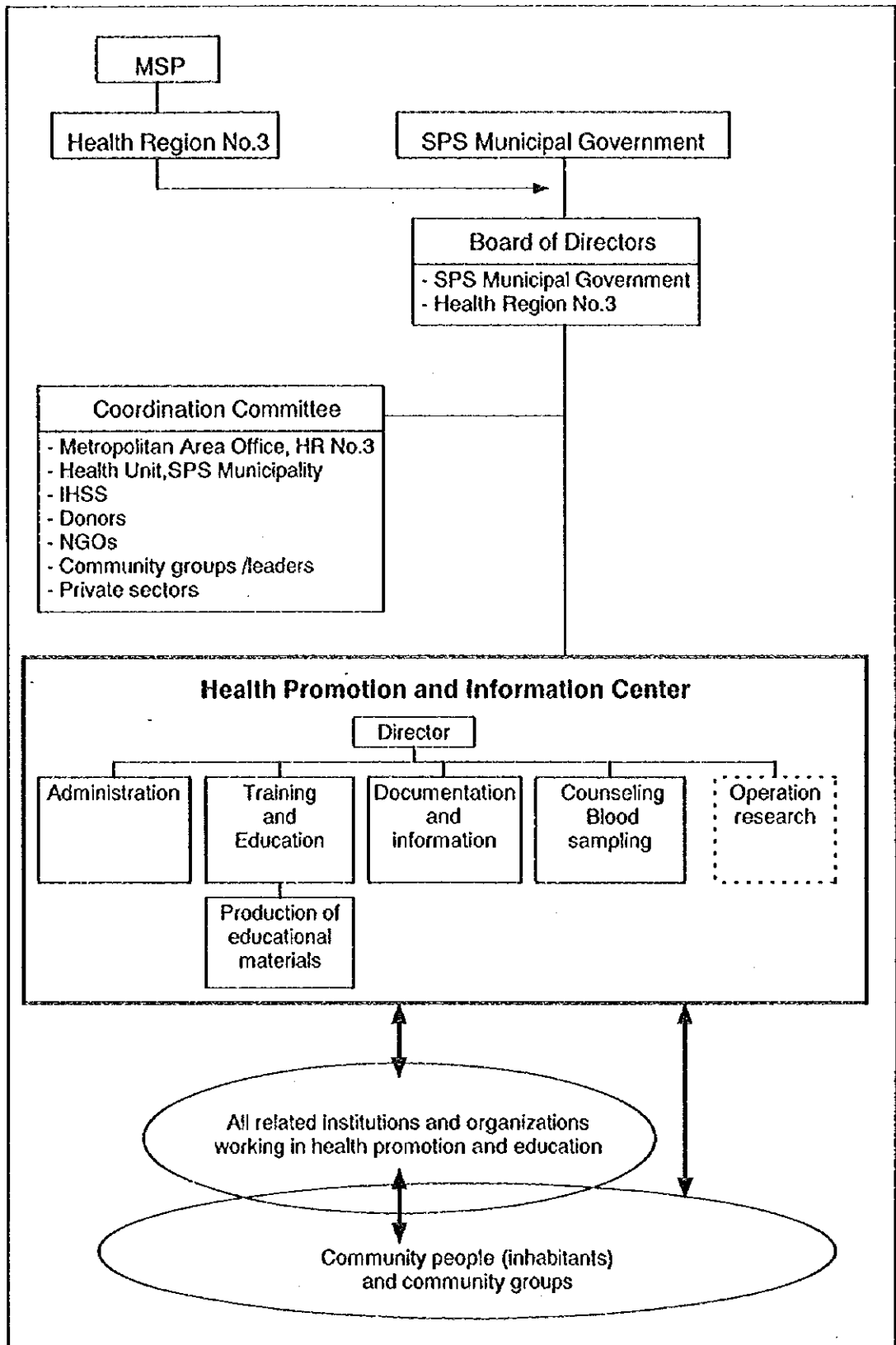


図4 都市型モデル地域におけるモデル・プロジェクト1 (統合型)
 オプション (2) 「サン・ペドロ・スーラ市健康増進・情報センター」

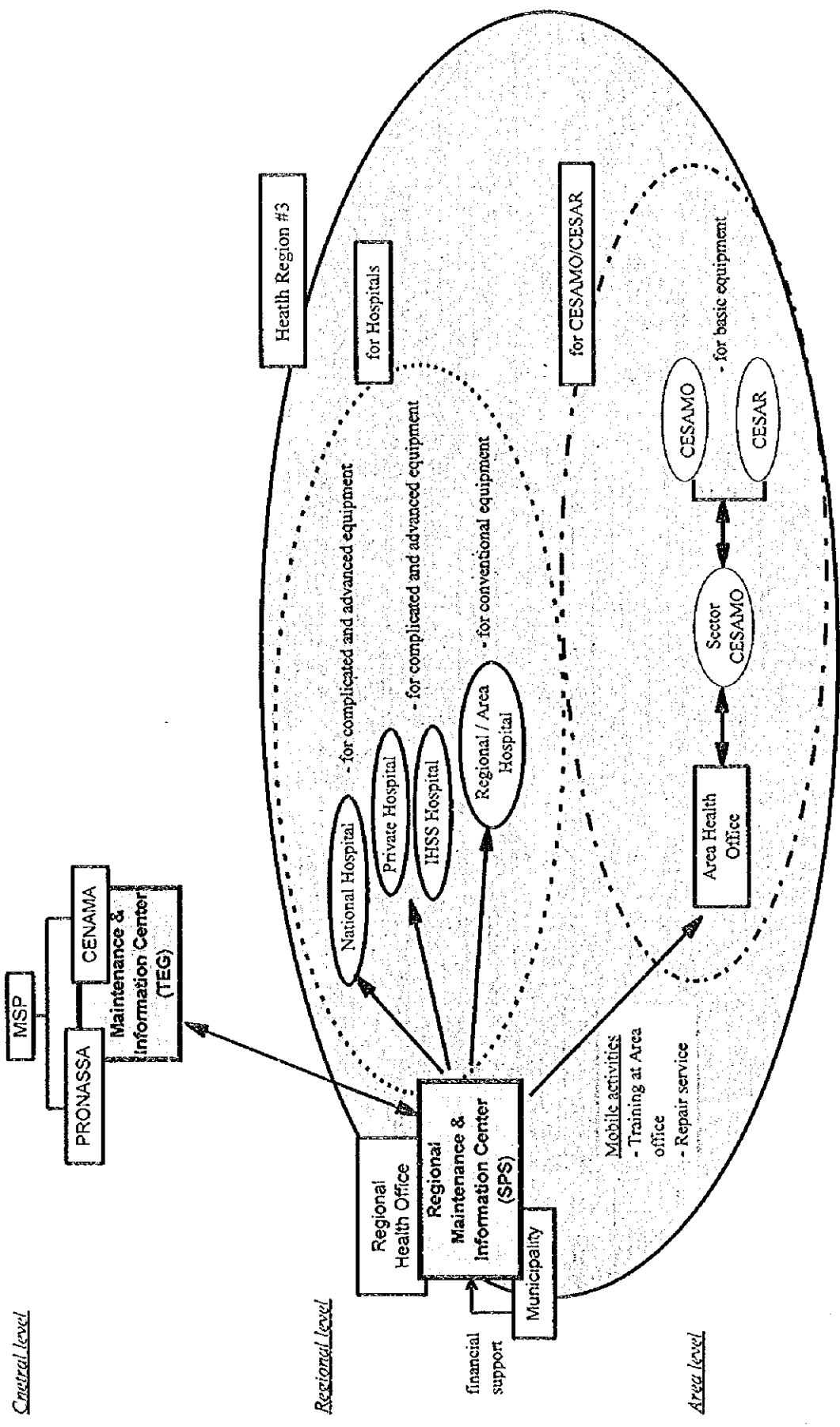


図 6 都市型モデル地域におけるモデル・プロジェクト 3 「医療施設・機材の維持管理システム改善」

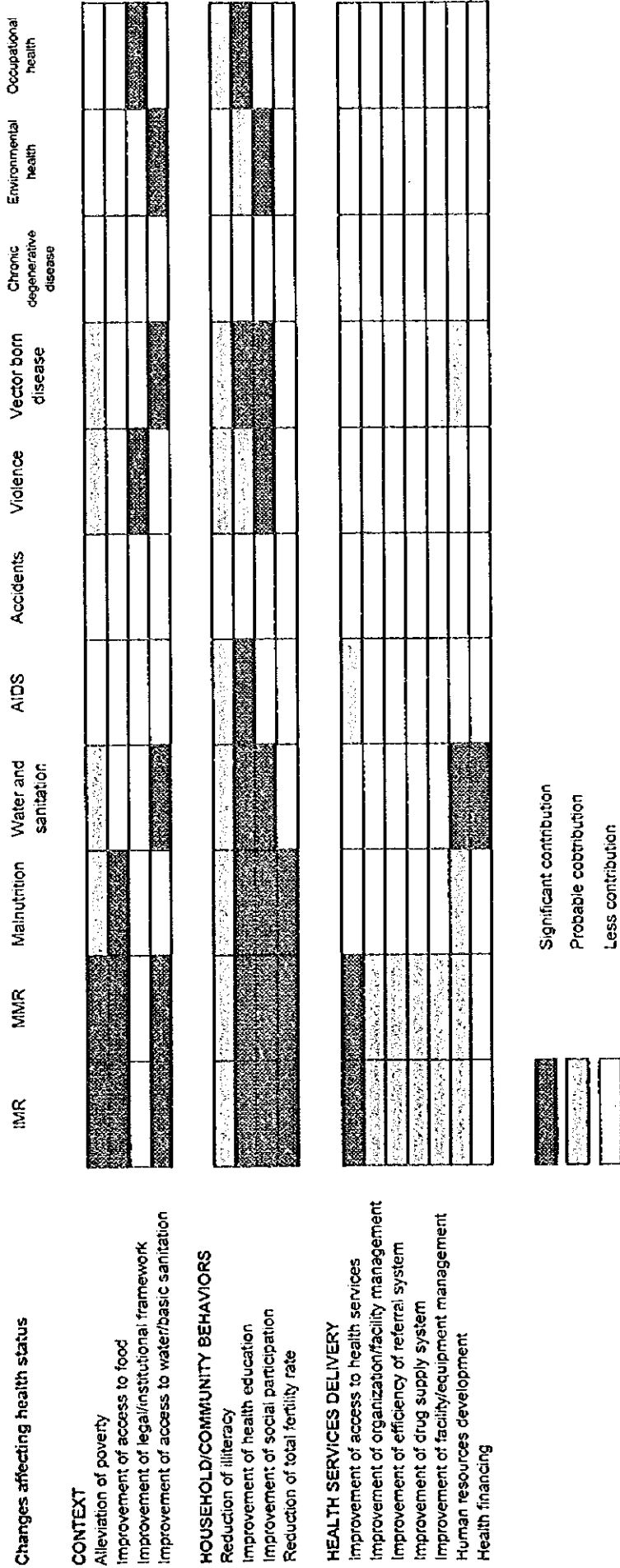


図 7 農村型貧困モデル地域における 15 の戦略の効果

FEASIBILITY STUDY FOR DEVELOPMENT OF HEALTHY VILLAGE MODEL PROGRAM

<p>Improvement of accessibility to health infrastructure</p> <ul style="list-style-type: none"> - Improvement of hospital facilities/equipment - Improvement of CESAMO/CESAR's facilities/equipment - Improvement of maintenance system of facilities/equipment 	<p>Components Common to Project 1 and Project 2</p>	
<p>Improvement of accessibility to health-related infrastructure</p> <ul style="list-style-type: none"> - Improvement of accessibility of water/sanitation - Strengthening of environment protection systems - road conditions - public transportation systems - communication systems - energy supply systems (ex. electricity) 	<p>Components of Project 1 - Training and Extension Center</p>	<p>Components of Project 2 - Accessibility Improvement</p>
<p>Improvement of accessibility to agriculture technology and infrastructure</p> <ul style="list-style-type: none"> - production technology improvement - irrigation systems - promotion of farmers' cooperative activities - Marketing system (collection, transportation, producer's market, consumer's market) 	<p>Community activity promotion</p> <ul style="list-style-type: none"> - Public relations for promoting community activities - Institutional strengthening of community organizations - Provision of information on community activities <p>For health promotion</p> <ul style="list-style-type: none"> - Provision of health and food preparation education - Supporting CESAMO/CESAR /Maternal Inn activities for health promotion activities - Technology transfer and equipment lending for water supply system development <p>For income generation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Basic agriculture training - Demonstration farm - School gardening - Equipment lending - Food processing training - Training on marketing - Community fund - Establishing farmers' cooperatives - Provision on basic environment conservation 	<ul style="list-style-type: none"> - Institution building of health providers mainly for project management - Improvement of CESAMO and CESAR staff's outreach consultations to deprived communities (equipment provision and staff training) - Strengthening of CESAMO and CESAR functions to improve communities' interest in health services through health festivals, healthiest community award, and group medical check-ups etc.
<p>Improvement of accessibility to primary education systems</p>	<p>CORE PROJECTS</p>	
<p>Socio-economic status and KAP survey on inhabitants</p>	<p>Strengthening of women's participation in development activities</p>	<p>Enforcement of health-related institutions</p>

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ェージビリティ調査の対象

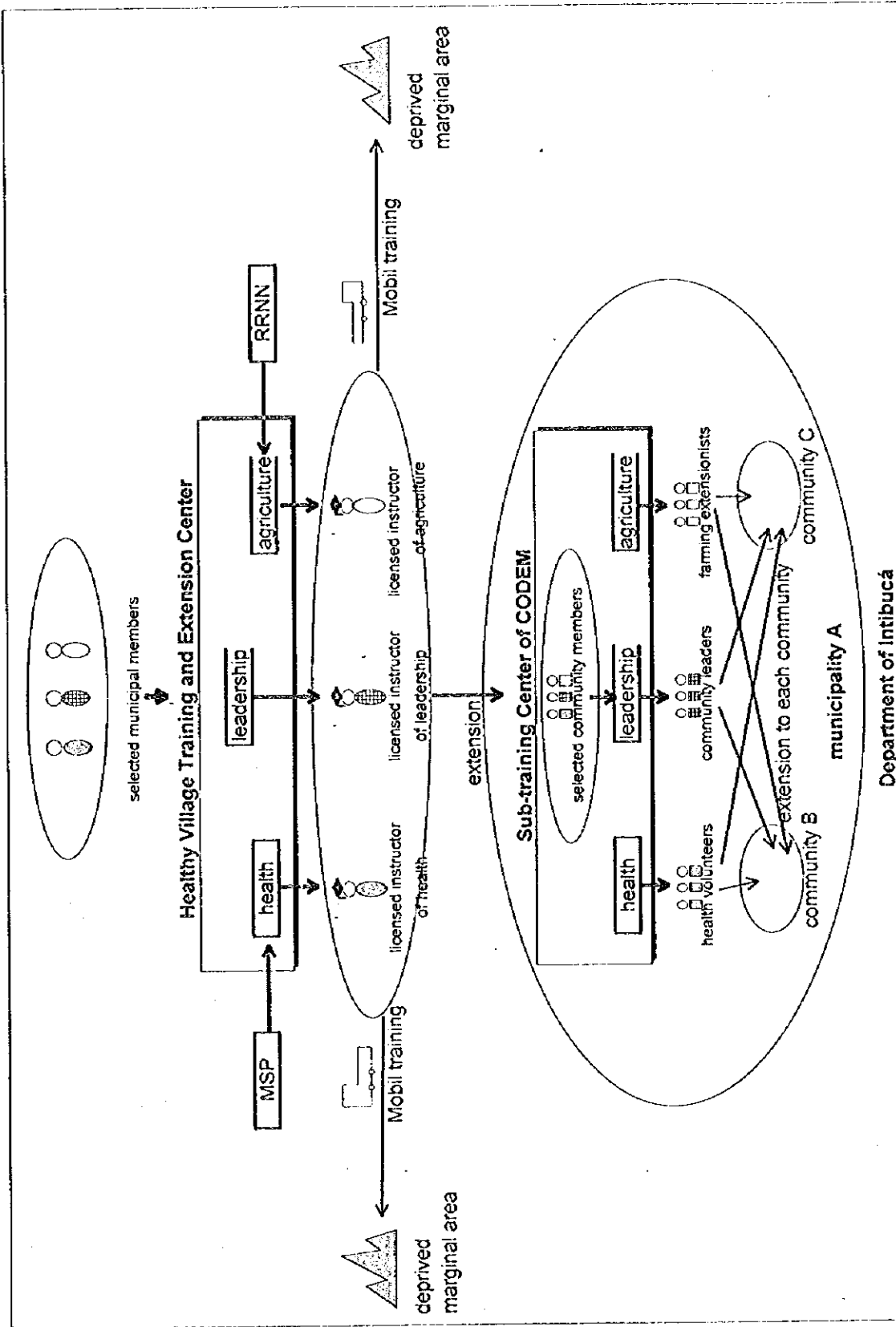
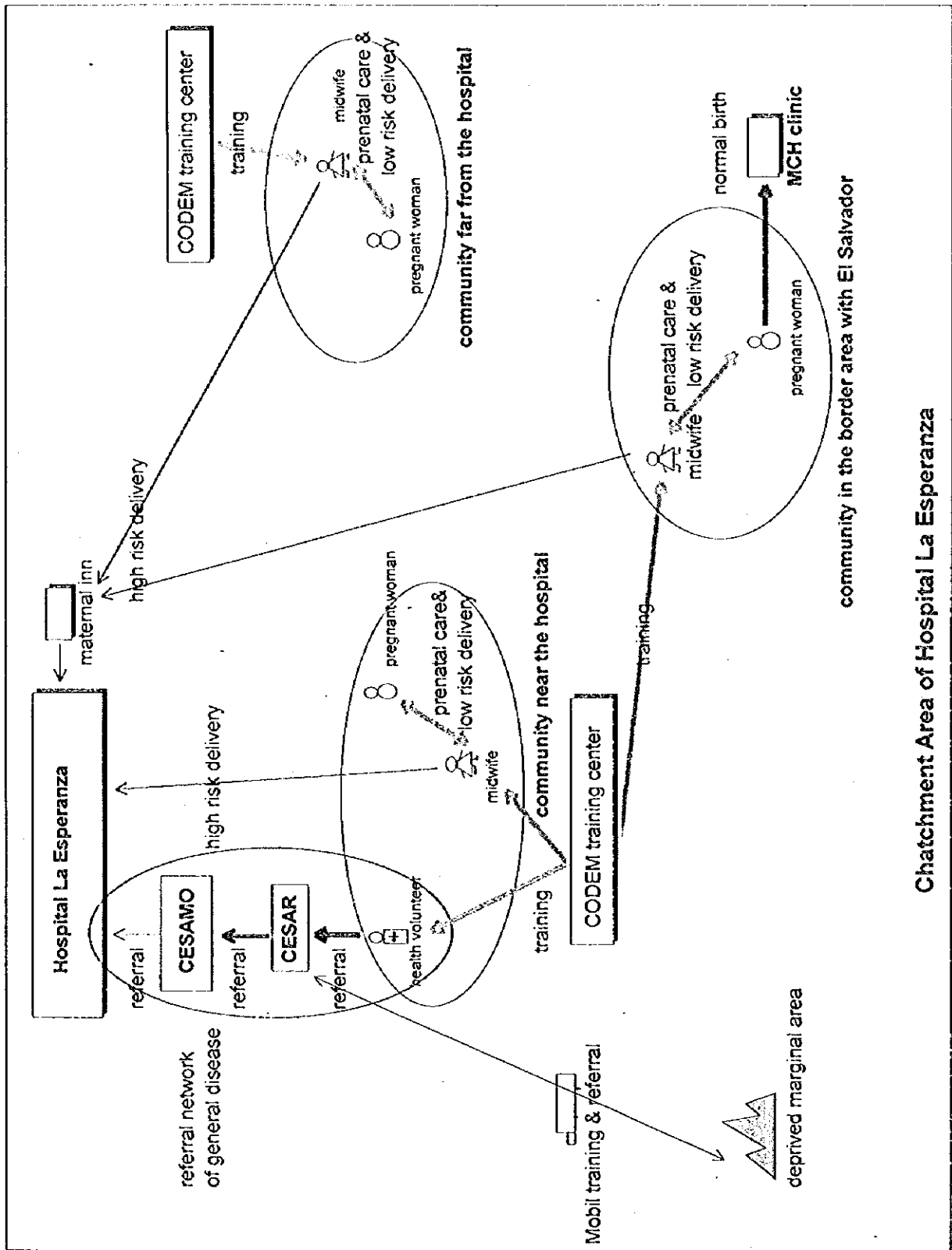


図9 農村型貧困モデル地域におけるモデル・プロジェクト「健康農村訓練普及センター」



Catchment Area of Hospital La Esperanza

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」

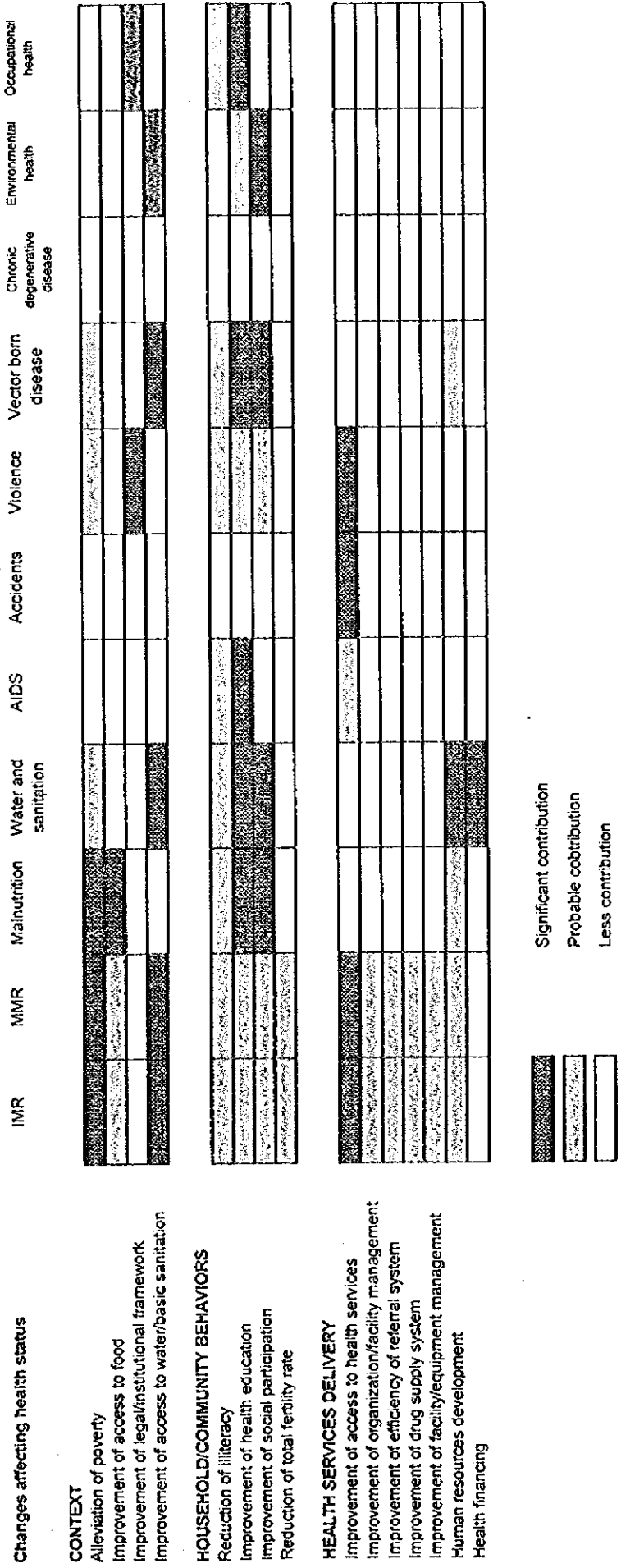


図 11 都市型貧困モデル地域における 15 の戦略の効果

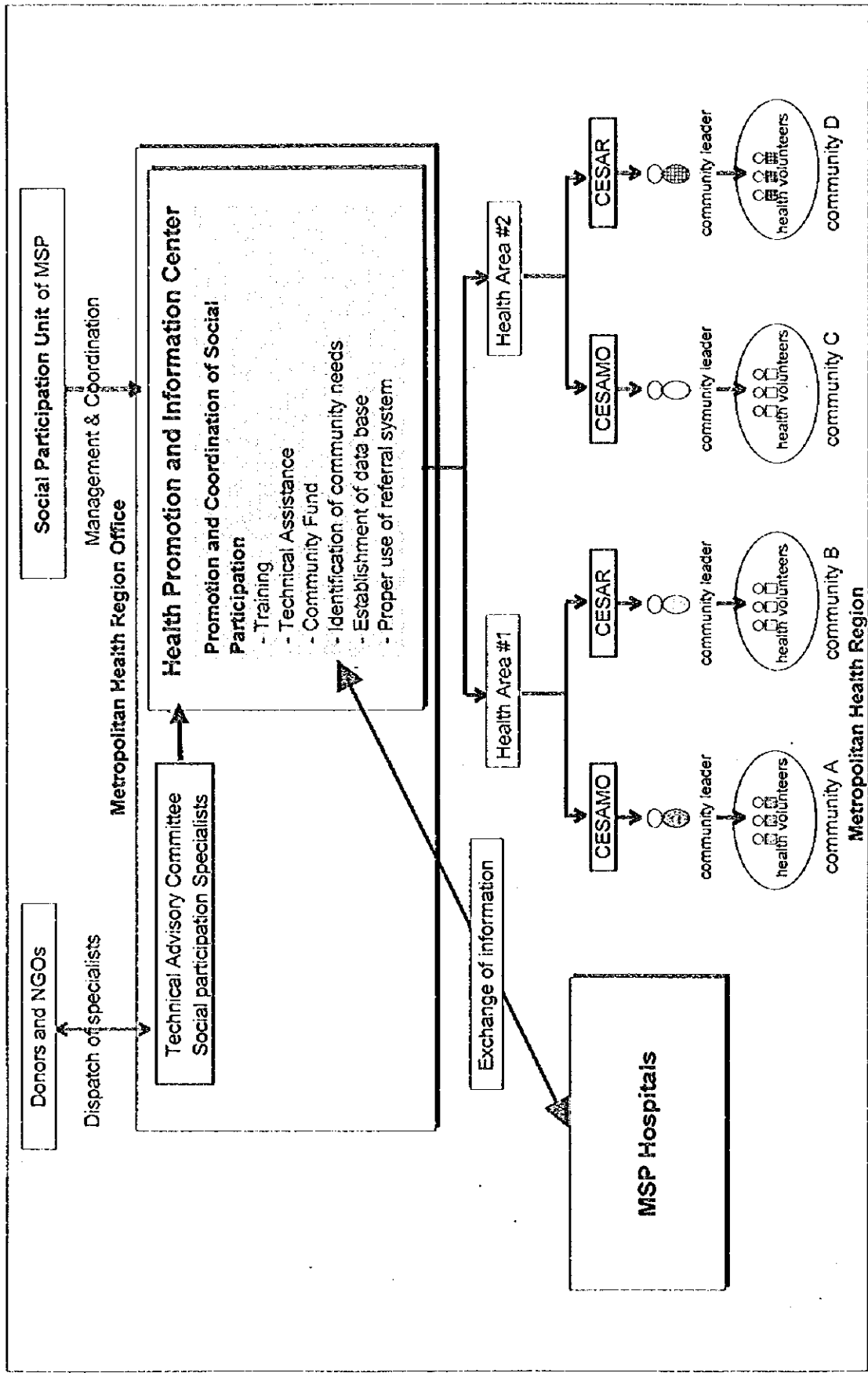


図 12 都市型貧困モデル地域におけるモデル・プロジェクト1「健康増進・情報センター」

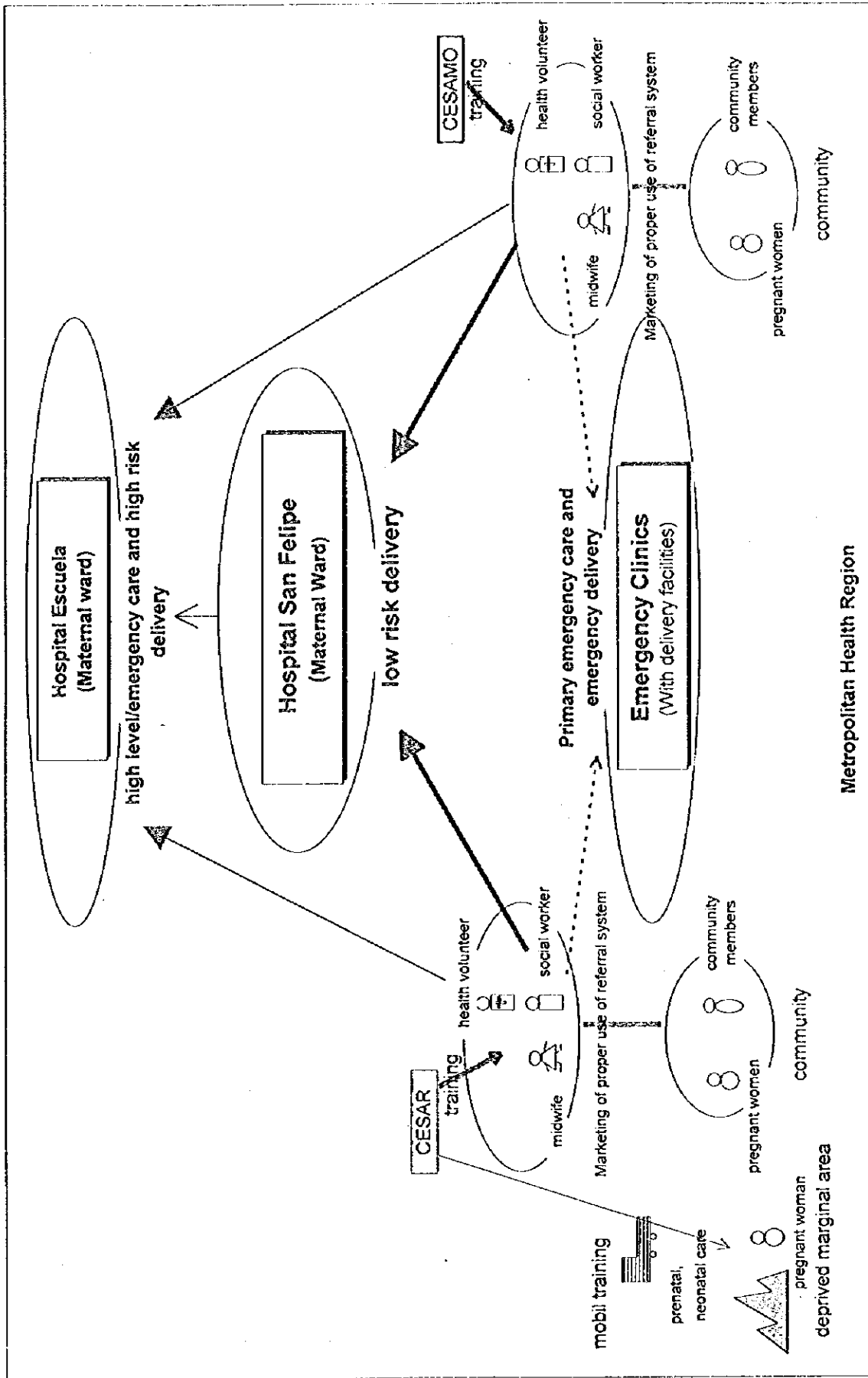


图 13 都市型貧困モデル地域におけるモデル・プロジェクト 2 「地域住民の保健医療サービス・ネットワークの効果的利用推進」

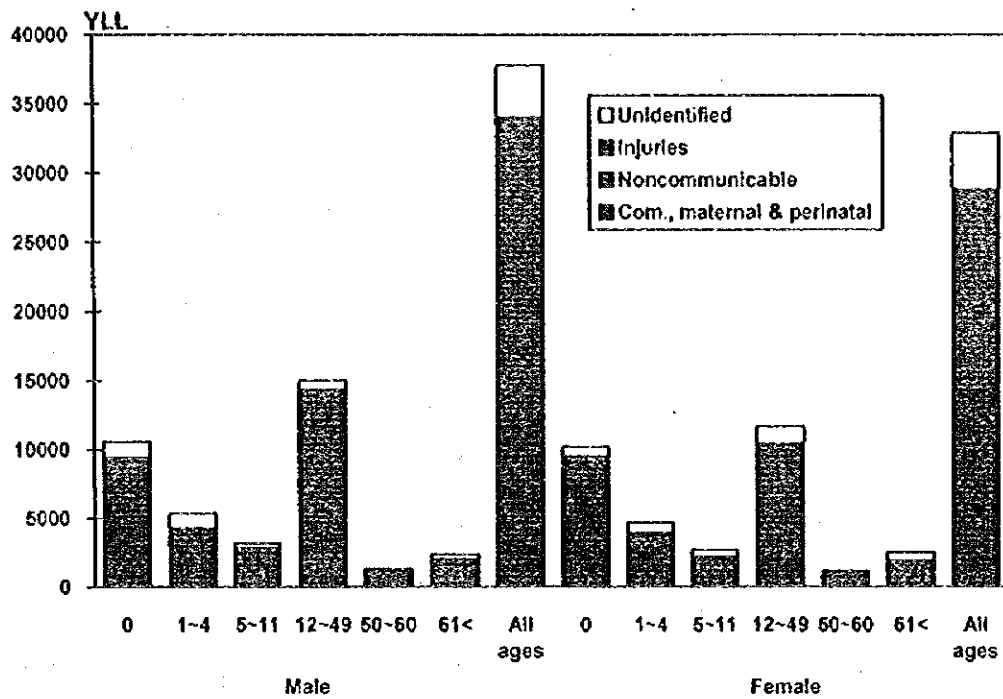
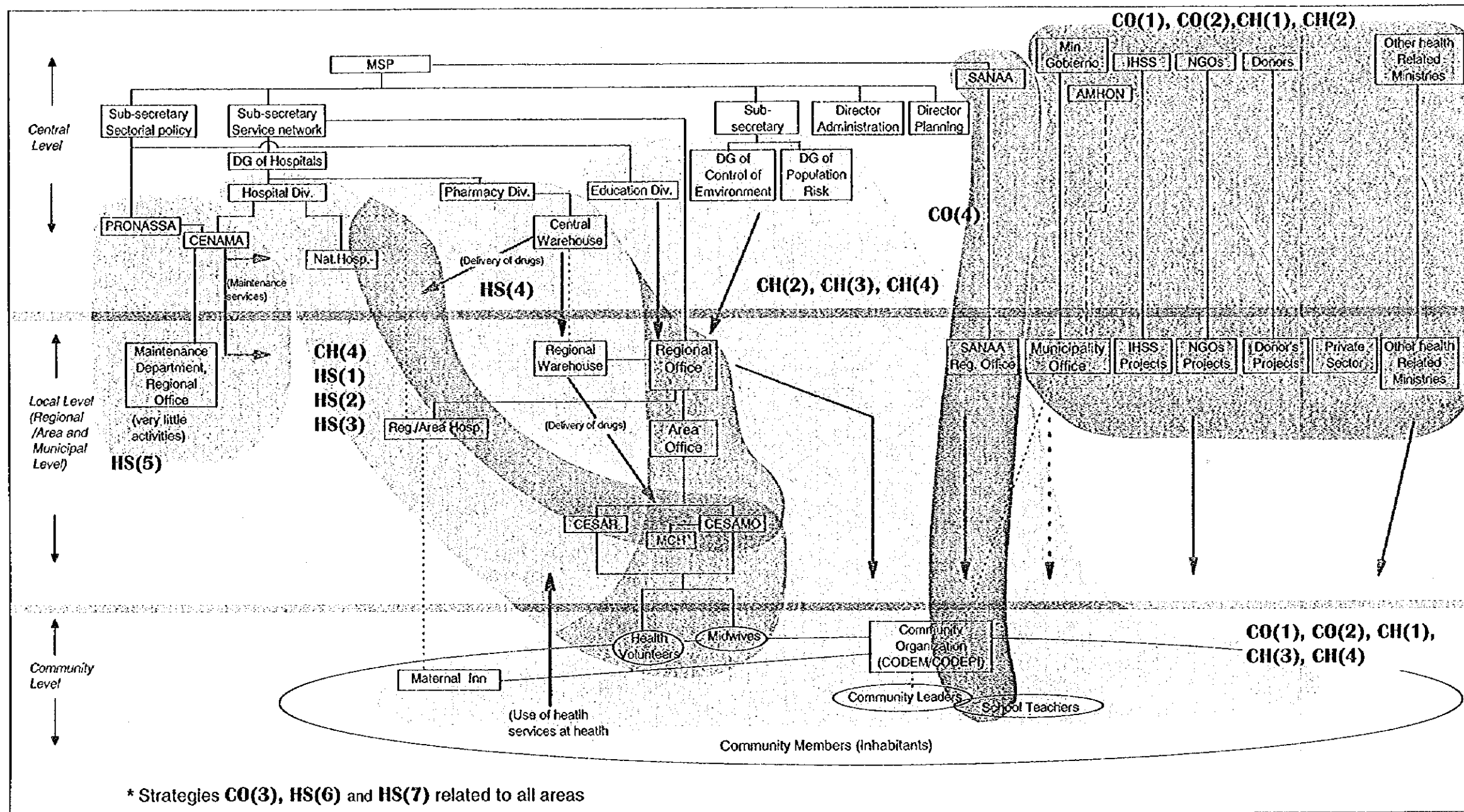


図 14 第 7 衛生地域における、性別・年齢別・病因別の Burden of Disease (疾病負荷値)



NMHP: National Master Health Plan (15 Strategies)

CONTEXT

- CO(1): Alleviation of poverty
- CO(2): Improvement of access to food
- CO(3): Improvement of legal and institutional framework
- CO(4): Improvement of access to water and basic sanitation

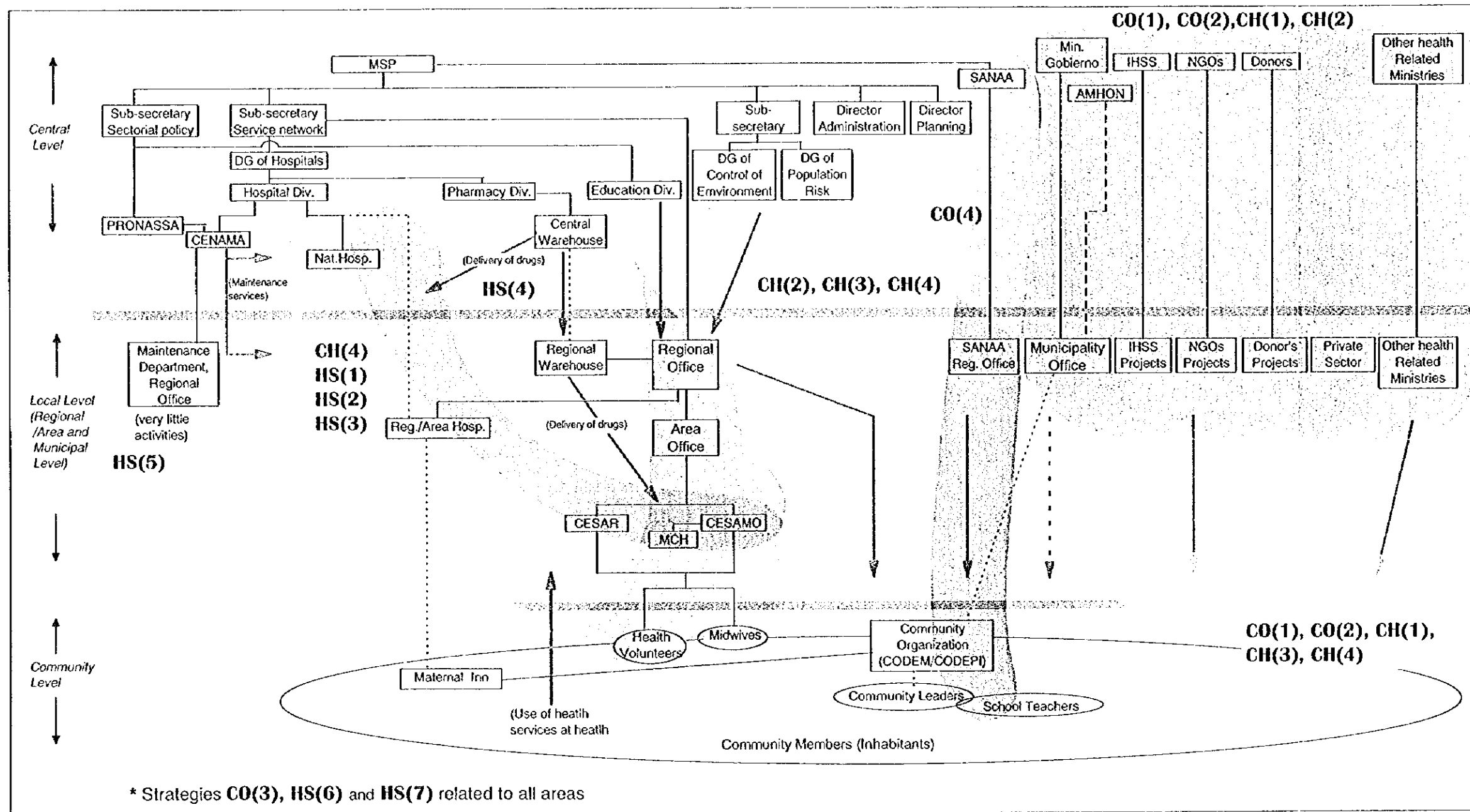
COMMUNITY/HOUSEHOLD BEHAVIORS

- CH(1): Reduction of illiteracy
- CH(2): Improvement of health education
- CH(3): Improvement of social participation
- CH(4): Reduction of total fertility rate

HEALTH SERVICE DELIVERY

- HS(1): Improvement of access to health services
- HS(2): Improvement of organization/facility management
- HS(3): Improvement of referral system
- HS(4): Improvement drug supply system
- HS(5): Improvement of facilities/equipment management
- HS(6): Human resource development
- HS(7): Health Financing

図 15 保健関連機関の組織構成 (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)



NMHP: National Master Health Plan (15 Strategies)

CONTEXT

- CO(1): Alleviation of poverty
- CO(2): Improvement of access to food
- CO(3): Improvement of legal and institutional framework
- CO(4): Improvement of access to water and basic sanitation

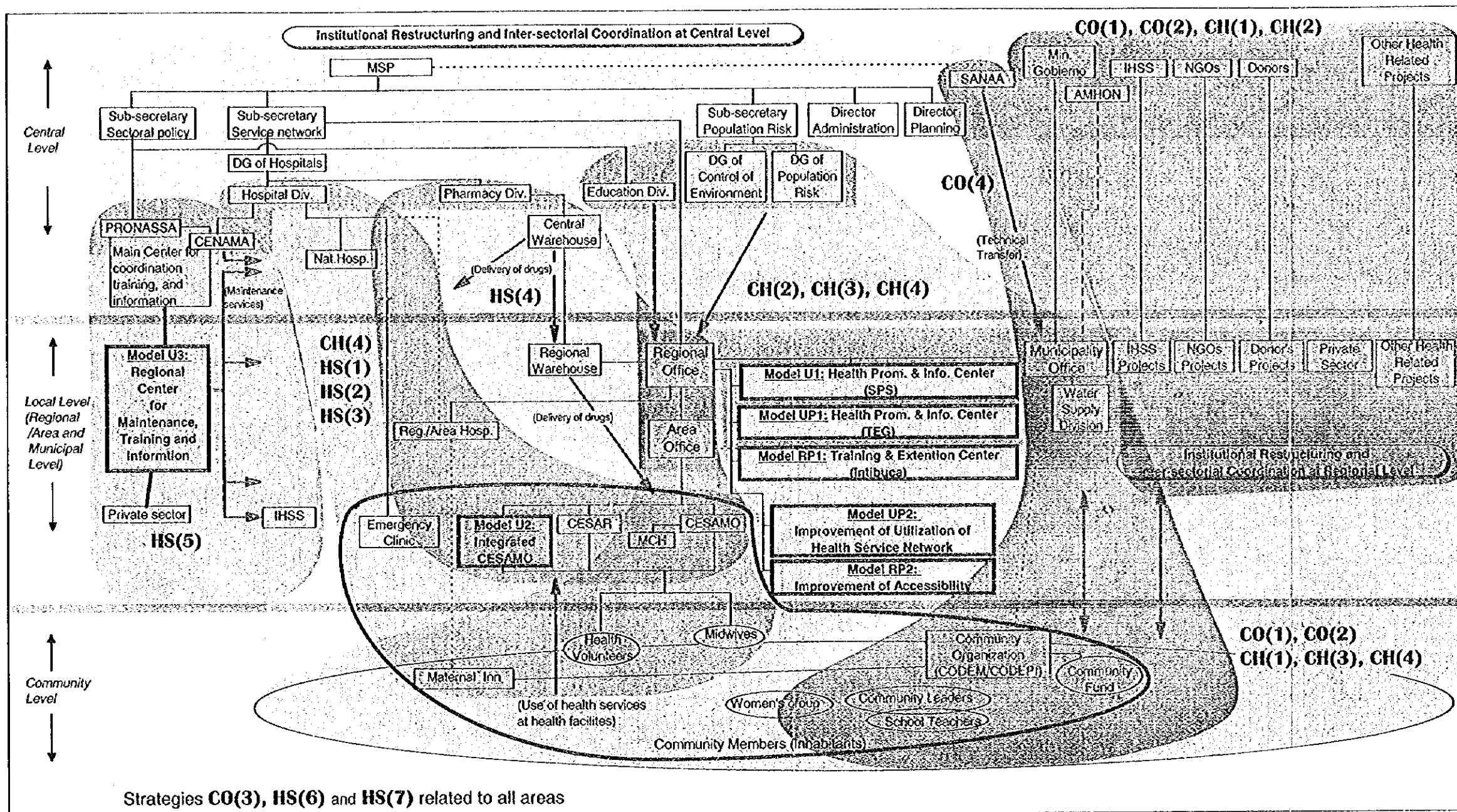
COMMUNITY/HOUSEHOLD BEHAVIORS

- CH(1): Reduction of illiteracy
- CH(2): Improvement of health education
- CH(3): Improvement of social participation
- CH(4): Reduction of total fertility rate

HEALTH SERVICE DELIVERY

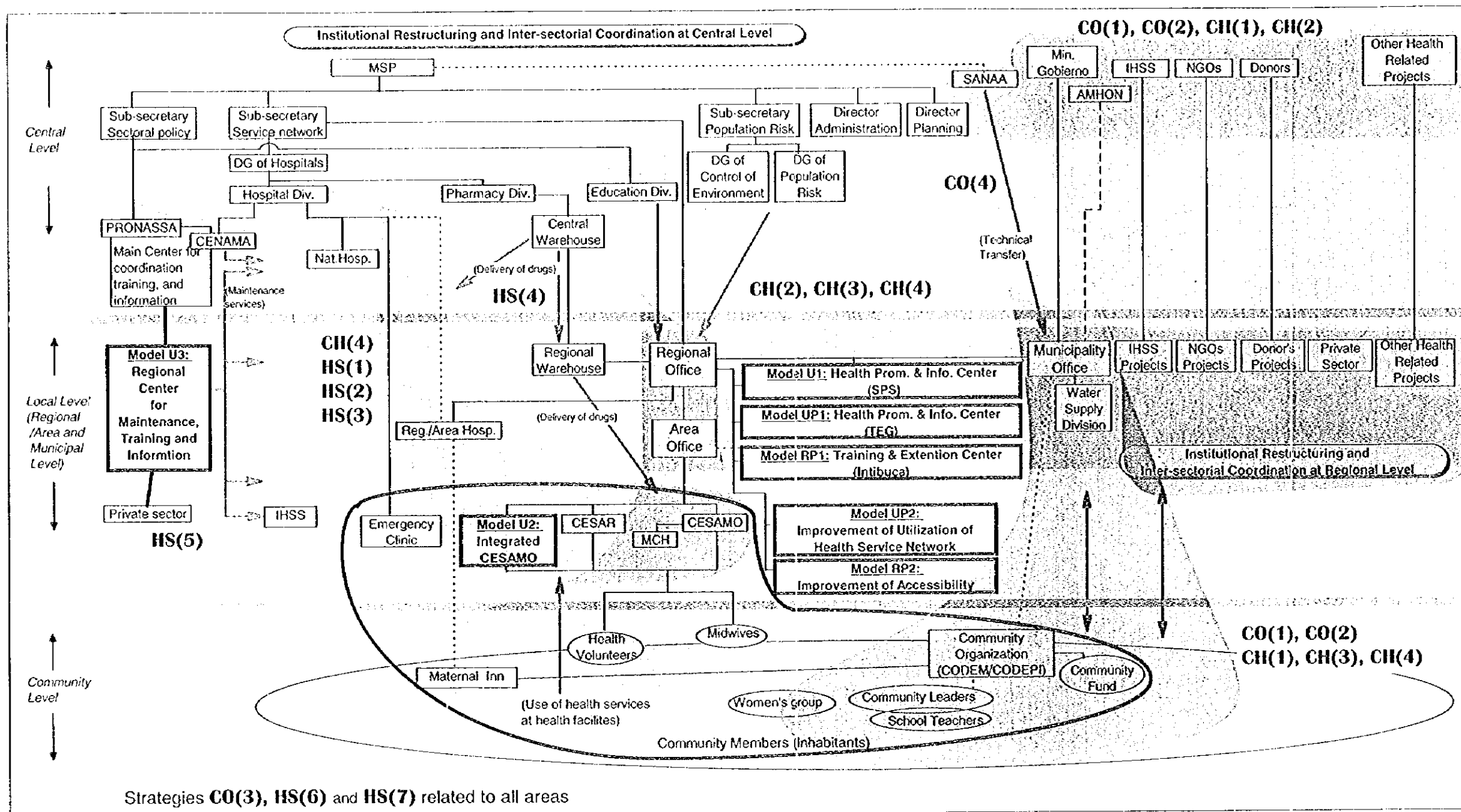
- HS(1): Improvement of access to health services
- HS(2): Improvement of organization/facility management
- HS(3): Improvement of referral system
- HS(4): Improvement drug supply system
- HS(5): Improvement of facilities/equipment management
- HS(6): Human resource development
- HS(7): Health Financing

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)



NMHP: National Master Health Plan (15 Strategies)		Area Model Health Programs (Model Projects)	
CONTEXT	HEALTH SERVICE DELIVERY	MODEL PROJECTS FOR URBAN AREA (in SPS)	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 10px; display: inline-block;"></div> Institutions strengthened and facilities renovated/established in the model projects <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 10px; border-radius: 50%; display: inline-block;"></div> Accessibility to and utilization of health service network will be improved
CO(1): Alleviation of poverty CO(2): Improvement of access to food CO(3): Improvement of legal and institutional framework CO(4): Improvement of access to water and basic sanitation	HS(1): Improvement of access to health services HS(2): Improvement of organization/facility management HS(3): Improvement of referral system HS(4): Improvement drug supply system HS(5): Improvement of facilities/equipment management HS(6): Human resource development HS(7): Health Financing	Model U1: Health Promotion and Information (AIDS Prevention and Information) Center Model U2: Reinforcement of CESAMOs' Function Model U3: Regional Center for Maintenance and Information of Medical Facilities and Equipment	
COMMUNITY/HOUSEHOLD BEHAVIORS		MODEL PROJECTS FOR RURAL POVERTY AREA (in Inatibuca)	
CH(1): Reduction of illiteracy CH(2): Improvement of health education CH(3): Improvement of social participation CH(4): Reduction of total fertility rate		Model RP1: Healthy Village Training and Extension Center Model RP2: Improvement of Community Members' Accessibility to Health	
		MODEL PROJECTS FOR URBAN POVERTY AREA (in Tegucigalpa)	
		Model UP1: Improved Actions to Promote Social Participation Activities Model UP2: Improvement of Awareness and Utilization of the Health Service Network	

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)



NMHP: National Master Health Plan (15 Strategies)

CONTEXT

- CO(1): Alleviation of poverty
- CO(2): Improvement of access to food
- CO(3): Improvement of legal and institutional framework
- CO(4): Improvement of access to water and basic sanitation

COMMUNITY/HOUSEHOLD BEHAVIORS

- CH(1): Reduction of illiteracy
- CH(2): Improvement of health education
- CH(3): Improvement of social participation
- CH(4): Reduction of total fertility rate

HEALTH SERVICE DELIVERY

- HS(1): Improvement of access to health services
- HS(2): Improvement of organization/facility management
- HS(3): Improvement of referral system
- HS(4): Improvement drug supply system
- HS(5): Improvement of facilities/equipment management
- HS(6): Human resource development
- HS(7): Health Financing

Area Model Health Programs (Model Projects)

MODEL PROJECTS FOR URBAN AREA (in SPS)

- Model U1: Health Promotion and Information (AIDS Prevention and Information) Center
- Model U2: Reinforcement of CESAMOs' Function
- Model U3: Regional Center for Maintenance and Information of Medical Facilities and Equipment

MODEL PROJECTS FOR RURAL POVERTY AREA (in Intibuca)

- Model RP1: Healthy Village Training and Extension Center
- Model RP2: Improvement of Community Members' Accessibility to Health

MODEL PROJECTS FOR URBAN POVERTY AREA (in Tegucigalpa)

- Model UP1: Improved Actions to Promote Social Participation Activities
- Model UP2: Improvement of Awareness and Utilization of the Health Service Network

Institutions strengthened and facilities renovated/established in the model projects

Accessibility to and utilization of health service network will be improved

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)

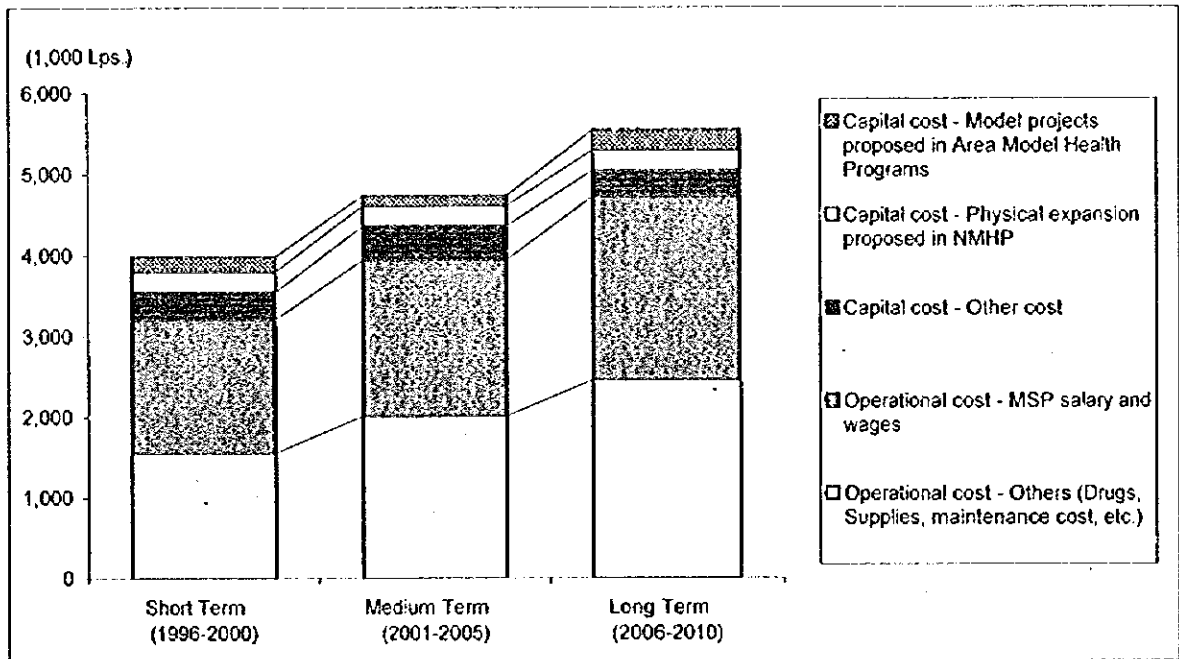


図 17 保健省の予算 (1996-2010 年)

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)

Disease and injuries	YLLs lost	Main Intervention	Cost-effectiveness (\$ per DALY)**
Motor vehicle accidents, homicide and violence	17,669	25.0% Alcohol control programme	35-55
Perinatal morbidity and mortality	8,249	11.7% (a) Prenatal and delivery care (b) Family Planning	30-100 20-150
Diarrhoeal disease	7,524	10.6% IMSC*	30-100
Respiratory infections	7,113	10.1% IMSC*	30-100
Ischaemic heart disease	2,368	3.4% Tobacco control programme	35-55
Protein-energy malnutrition, Vit.A, Iodine deficiency	2,269	3.2% (a) IMSC* (b) EPI-plus (PAI) © Iodine supplementation	30-100 12-30 19-37
Congenital malformation	1,581	2.2% Surgical operations	High (unknown)
Depressive disorders	1,414	2.0% Case management	500-800
Cerebrovascular disease	1,209	1.7% Case management	High (unknown)
Maternal morbidity and mortality	1,136	1.6% Prenatal and delivery care	30-110
Chronic obstructive pulmonary disease	857	1.2% Tobacco control programme	35-55
AIDS/STDs	853	1.2% Condom subsidy plus IEC	3-18
Childhood cluster	243	0.3% EPI-plus (PAI)	12-30
Tuberculosis	177	0.3% Short-course chemotherapy	3-7
Malarija		IMSC*	30-100
Intestinal helminths		School health programme	20-34
Subtotal	52,662	74.5%	
Total YLLs lost	70,651	100.0%	

IMSC*: Integrated management of the sick child
 **, cost required to gain 1 DALY

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)

Disease and injuries	YLLs lost	Main intervention	Cost-effectiveness (\$ per DALY)**
Motor vehicle accidents, homicide and violence	17,669	25.0% Alcohol control programme	35-55
Perinatal morbidity and mortality	8,249	11.7% (a) Prenatal and delivery care (b) Family Planning	30-100 20-150
Diarrhoeal disease	7,524	10.6% IMSC*	30-100
Respiratory infections	7,113	10.1% IMSC*	30-100
Ischaemic heart disease	2,368	3.4% Tobacco control programme	35-55
Protein-energy malnutrition, Vit.A, Iodine deficiency	2,269	3.2% (a) IMSC* (b) EPI-plus (PAI) © Iodine supplementation	30-100 12-30 19-37
Congenital malformation	1,581	2.2% Surgical operations	High (unknown)
Depressive disorders	1,414	2.0% Case management	500-800
Cerebrovascular disease	1,209	1.7% Case management	High (unknown)
Maternal morbidity and mortality	1,136	1.6% Prenatal and delivery care	30-110
Chronic obstructive pulmonary disease	857	1.2% Tobacco control programme	35-55
AIDS/STDs	853	1.2% Condom subsidy plus IEC	3-18
Childhood cluster	243	0.3% EPI-plus (PAI)	12-30
Tuberculosis	177	0.3% Short-course chemotherapy	3-7
Malaria		IMSC*	30-100
Intestinal helminths		School health programme	20-34
Subtotal	52,662	74.5%	
Total YLLs lost	70,651	100.0%	

IMSC*: Integrated management of the sick child
 **: cost required to gain 1 DALY

JICA