

24

NO. 8

ハイティ共和国 地方病院整備計画 事前調査資料

平成 8 年 3 月

JICA LIBRARY



J1154139[8]

無償資金協力調査部

GR
JR

PS 95-12-2

ハイティ共和国地方病院整備計画事前調査資料

平成 8 年 3 月

無償調査部

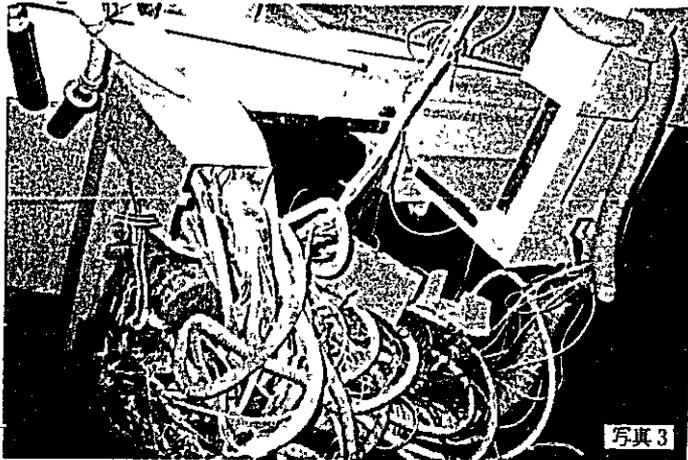
JICA
612
98
GR
BRARY



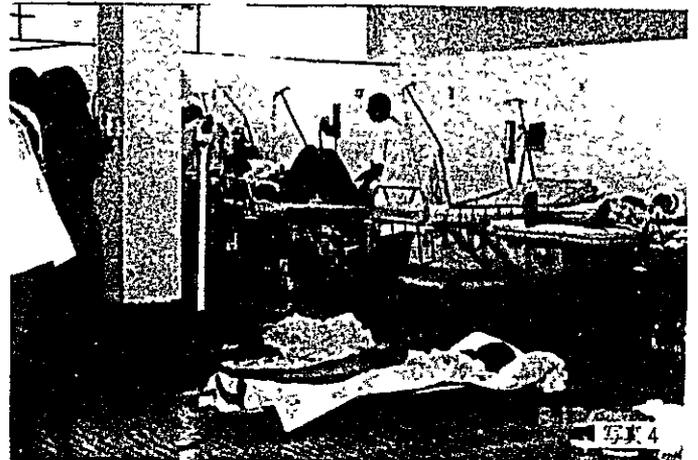
①ハイテイ国立大学病院 ランドリー部門



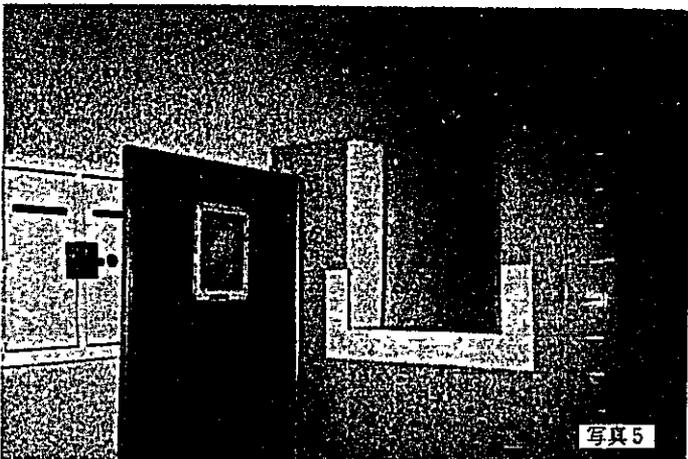
①ハイテイ国立大学病院 救急車



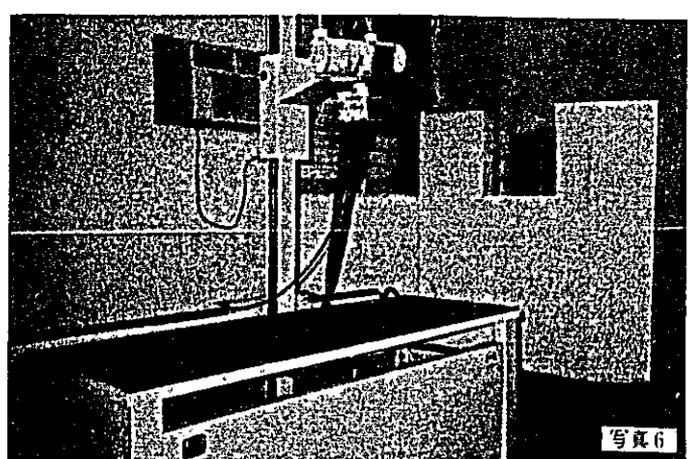
①ハイテイ国立大学病院 X線部門 (単純X線装置(1):組立不可)



①ハイテイ国立大学病院 救急外来



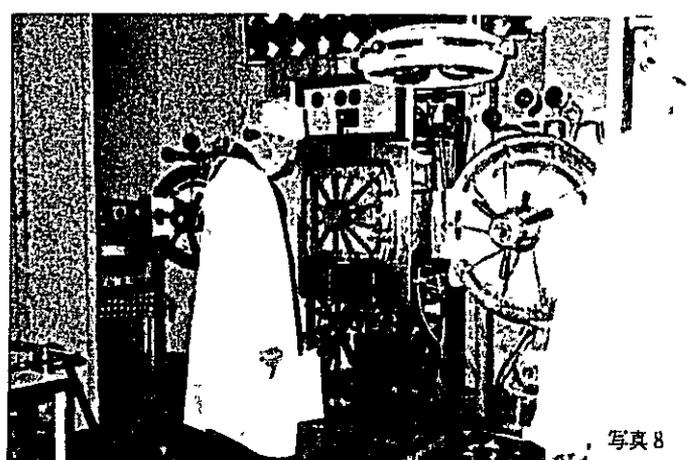
①ハイテイ国立大学病院 X線部門 (操作室用防護ガラスのない設備とスクリーン)



①ハイテイ国立大学病院 X線部門 (単純X線装置(2):稼働可)



①ハイテイ国立大学病院 焼却炉 (84年日本から供与された焼却炉:稼働不可)



①ハイテイ国立大学病院 手術部門 (滅菌室)



1154139 [8]

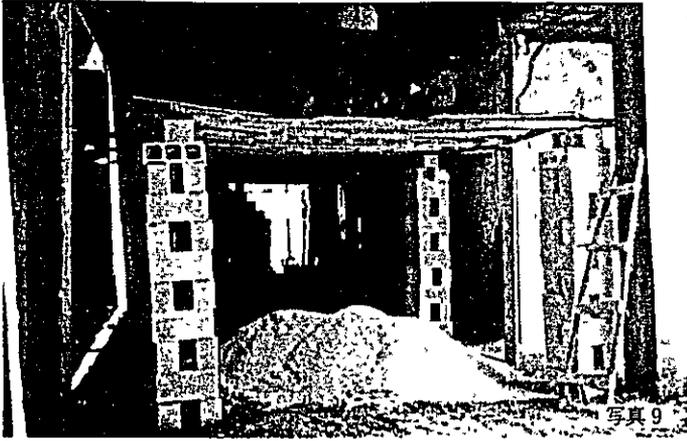


写真9

②イザイジャンティ産婦人科病院 産科部門 (91年の火災後の改修工事の様子)



写真11

②イザイジャンティ産婦人科病院
焼却炉 (94年に設備された焼却炉 (右端)の周辺のゴミ)



写真12

②イザイジャンティ産婦人科病院 産科部門 (分娩室:分娩台)

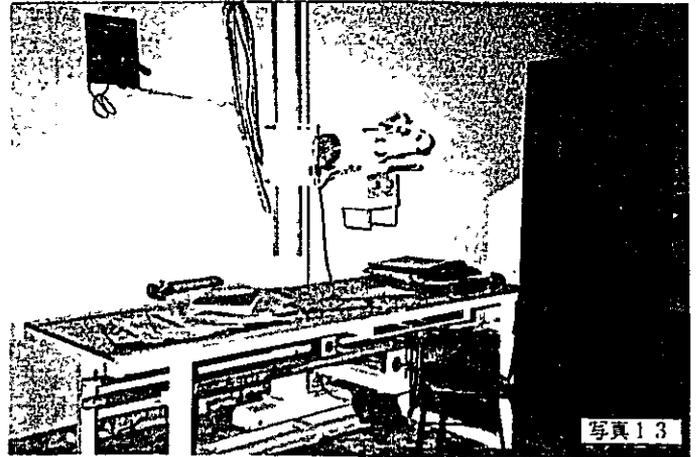


写真13

②イザイジャンティ産婦人科病院
X線部門 (一般診断用X線装置:稼働不可)

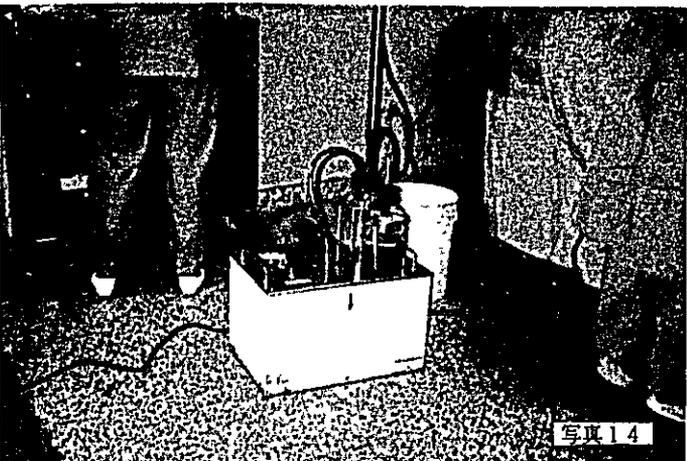


写真14

②イザイジャンティ産婦人科病院 手術部門 (使用中の吸引器)

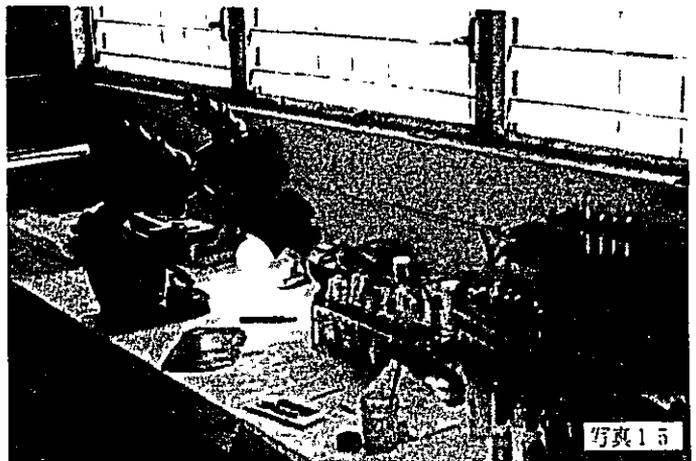


写真15

②イザイジャンティ産婦人科病院 検査部門 (検査室の機材類)

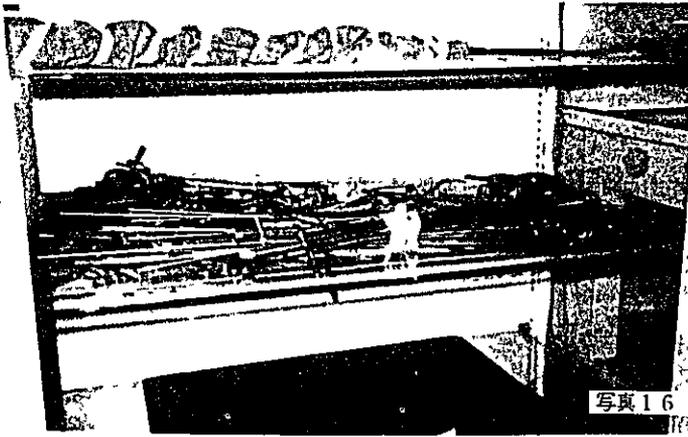


写真16

③ポルトフランス・サナトリウム 内視鏡部門 (剛性内視鏡)

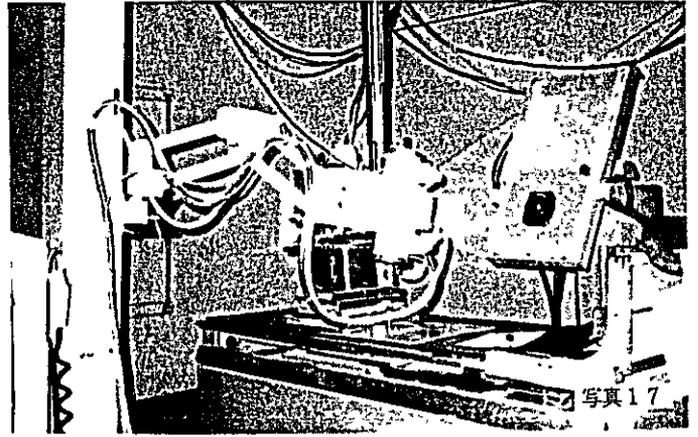


写真17

③ポルトフランス・サナトリウム
X線部門 (稼働不可の左:稼働型X線と右:単純X線装置)

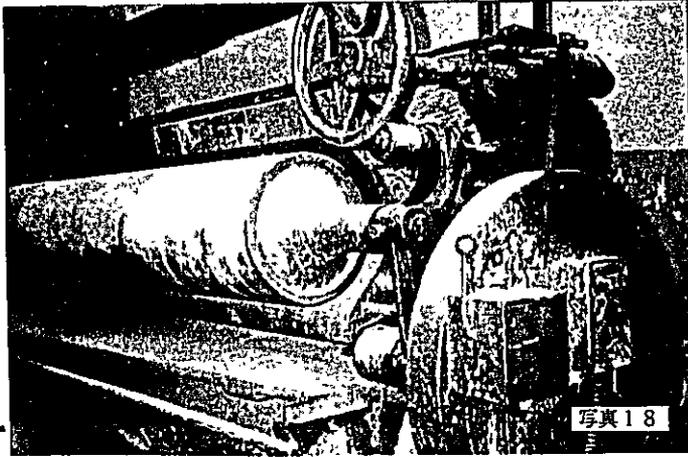


写真18

③ポルトフランス・サナトリウム ランダー部門 (レーザー機)

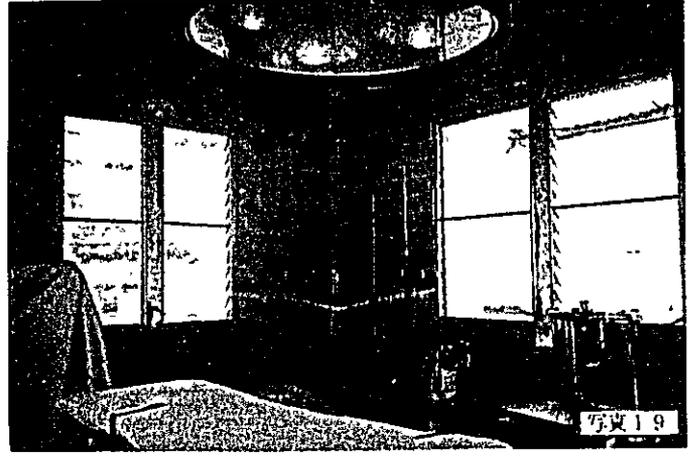


写真19

③ポルトフランス・サナトリウム 手術部門 (手術室の无影灯とジャジー窓)

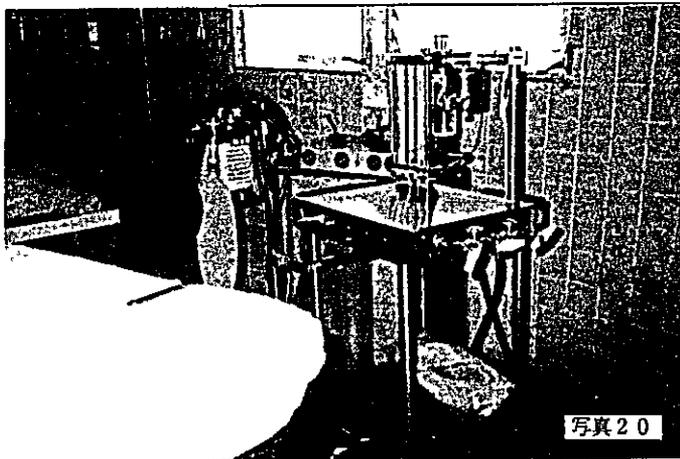


写真20

③ポルトフランス・サナトリウム 手術部門 (手術室のベンレーターと麻酔機)



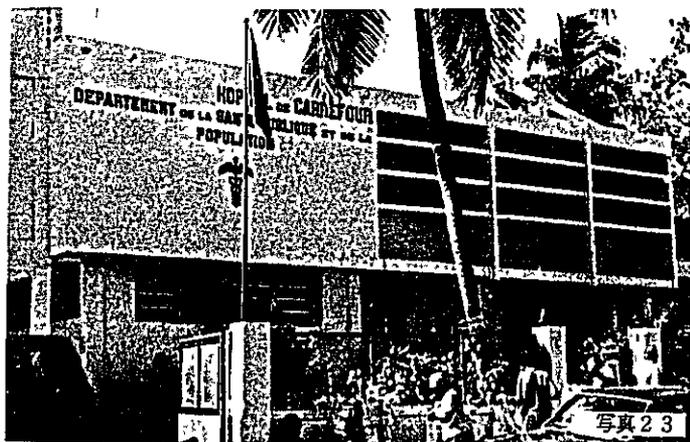
写真21

③ポルトフランス・サナトリウム 手術部門 (滅菌器)

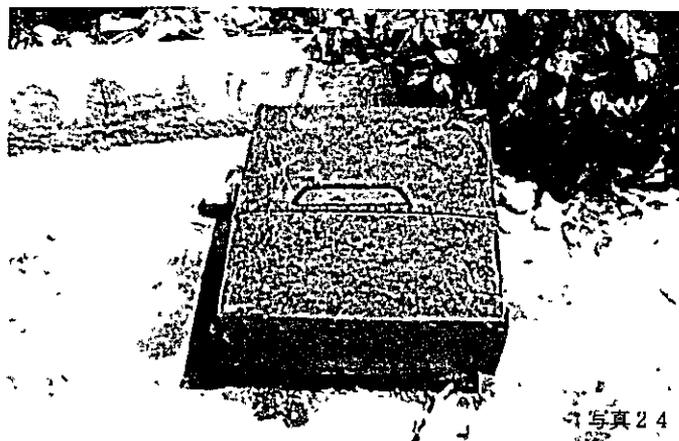


写真22

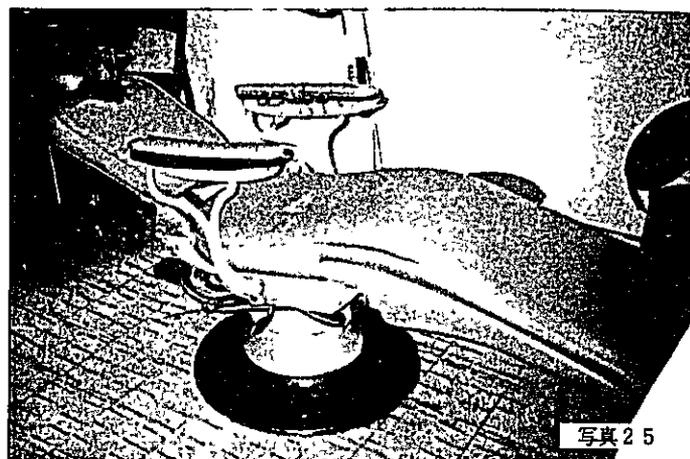
③ポルトフランス・サナトリウム 内視鏡部門 (内視鏡椅子兼歯科エント)



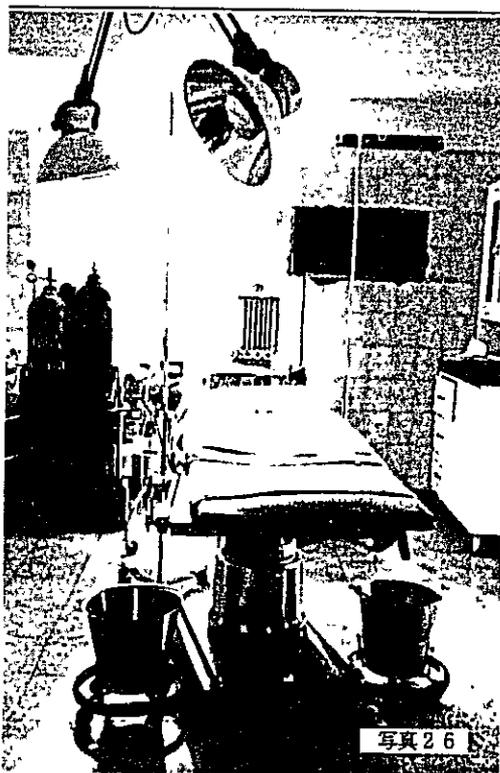
④カルフル産婦人科病院 病院正面入口



④カルフル産婦人科病院 医療固形廃棄物の投棄口



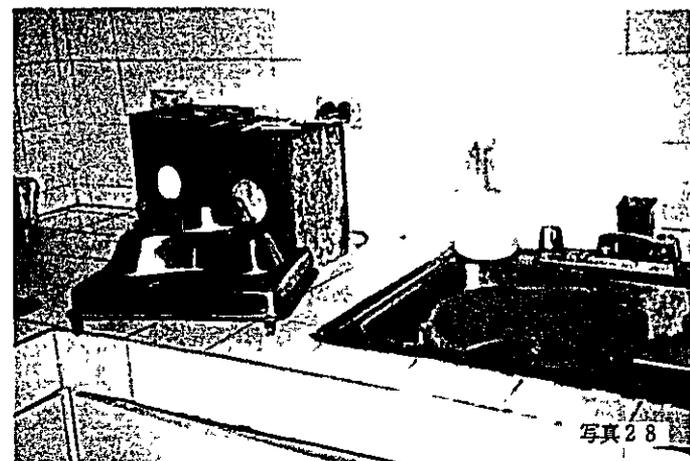
④カルフル産婦人科病院 歯科部門 (歯科室の形骸化した歯科エツト)



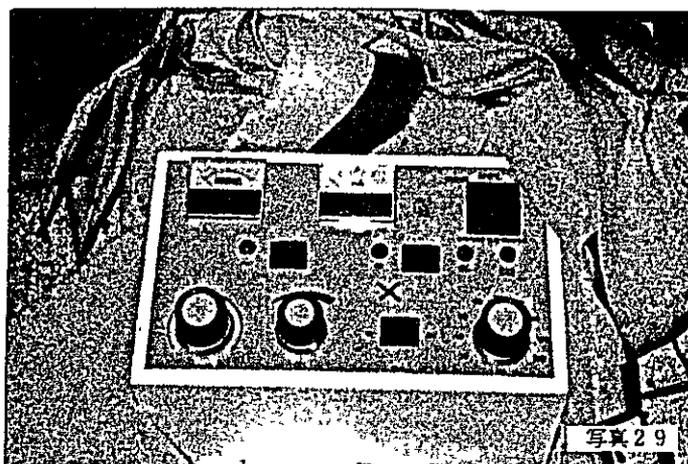
④カルフル産婦人科病院 手術部門 (稼働中の手術室(2))



④カルフル産婦人科病院 手術部門 (使用されていない手術室(1))



④カルフル産婦人科病院 検査部門 (左上は検鏡光源)



④カルフル産婦人科病院 X線部門 (WHO供与のX線装置操作部分)

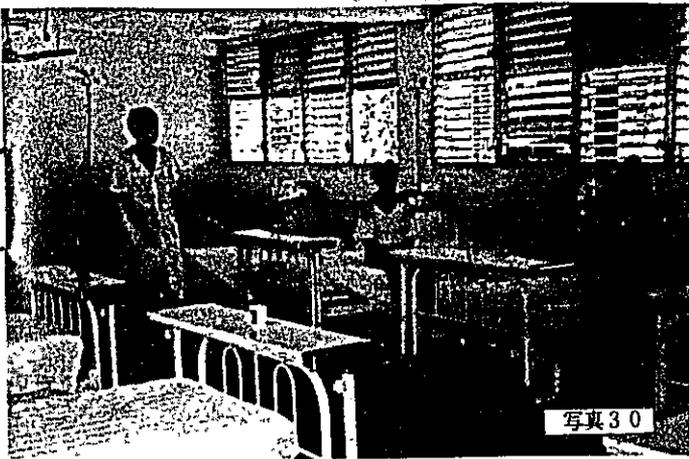


写真30

⑥シグノ・サナトリウム 入院病棟 (女性病棟)

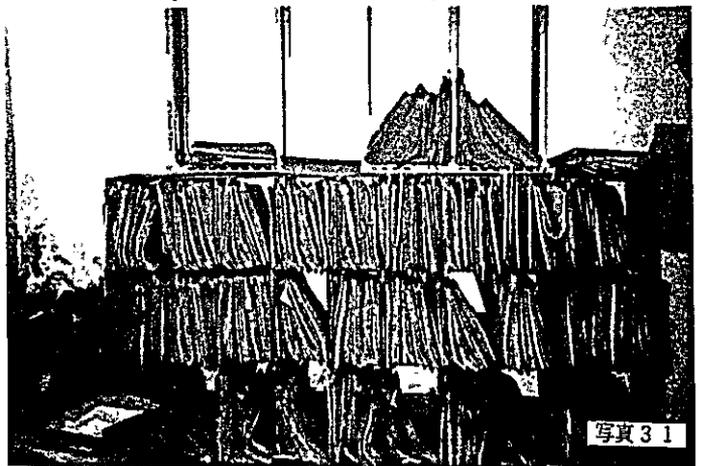


写真31

⑥シグノ・サナトリウム X線部門 (X線フィルムの収納状況)

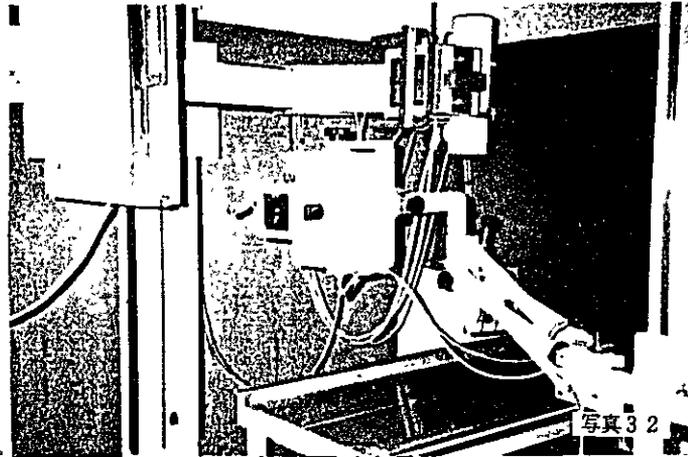


写真32

⑥シグノ・サナトリウム X線部門 (単純X線装置:稼働中)



写真33

⑥シグノ・サナトリウム 検査部門 (検査室)



写真34

⑥シグノ・サナトリウム 診察部門 (整理整頓された診察室)

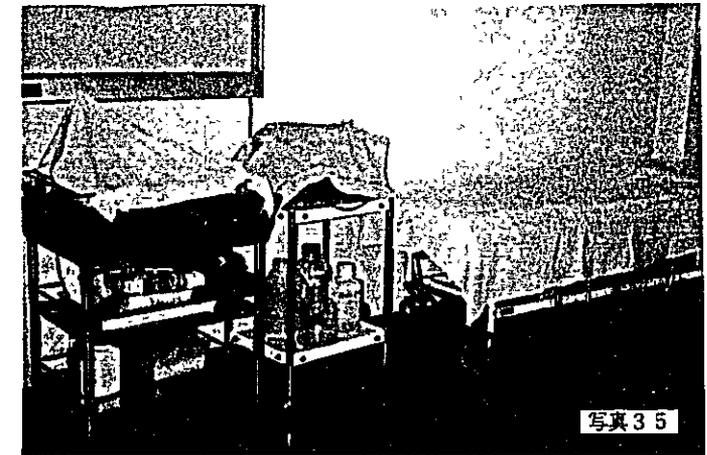
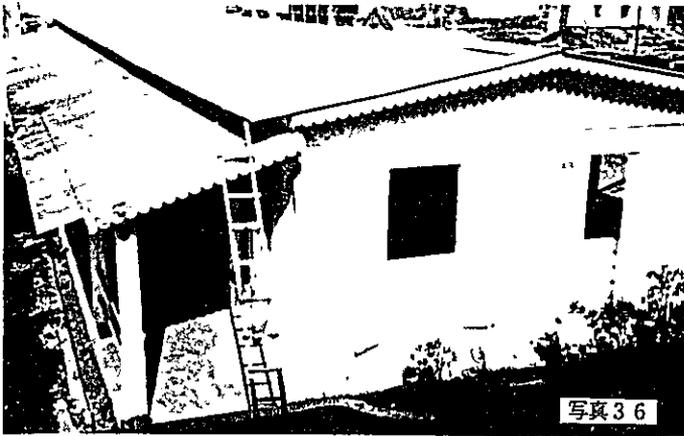


写真35

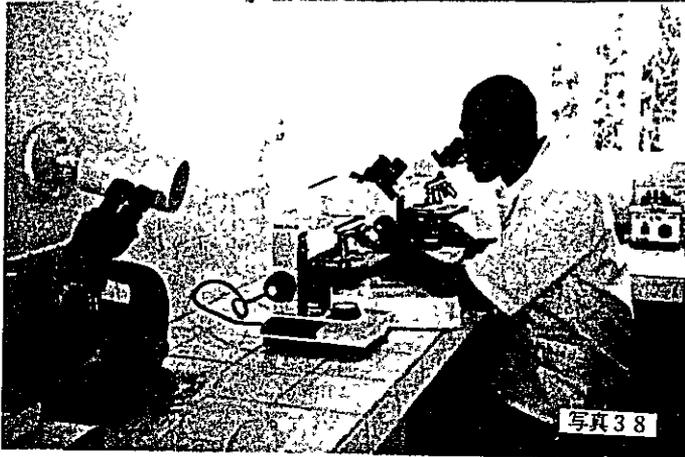
⑥シグノ・サナトリウム 診察部門 (衛生管理良好の診察室)



⑥コンセプション病院 入院病棟（現在改修中の内科病棟）



⑥コンセプション病院 検査部門（検査室：基礎的検査は殆ど行なえる状況）



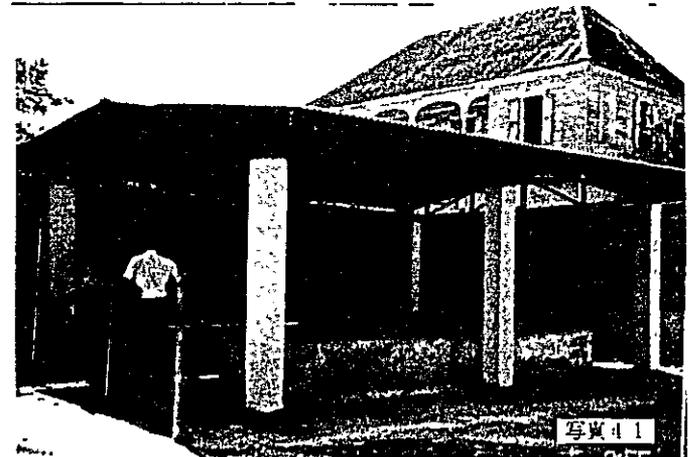
⑥コンセプション病院 検査部門（検鏡中、既存機材は現在全て稼働）



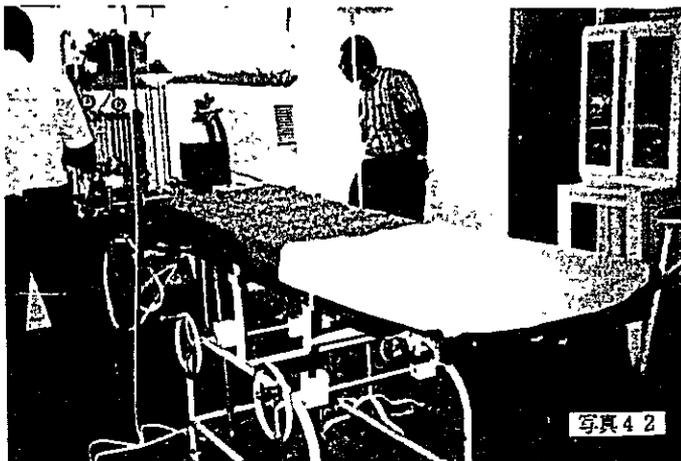
⑥コンセプション病院 敷地内に放置されている廃棄物



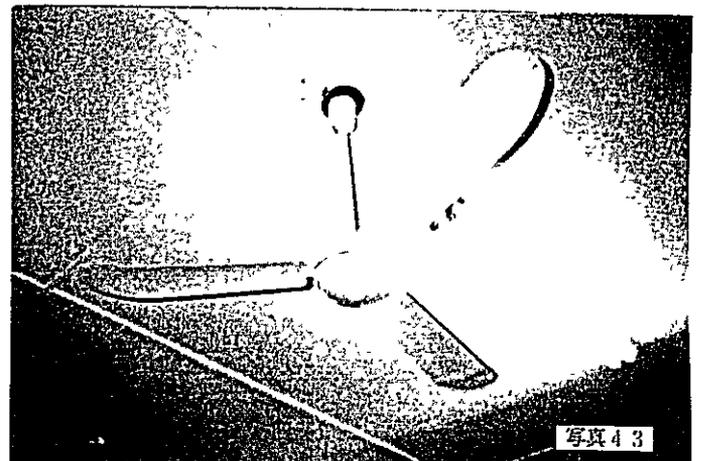
⑥コンセプション病院 敷地内に廃棄されている医療廃棄物



⑥コンセプション病院 ランドリー部門（新設の手洗洗濯場）



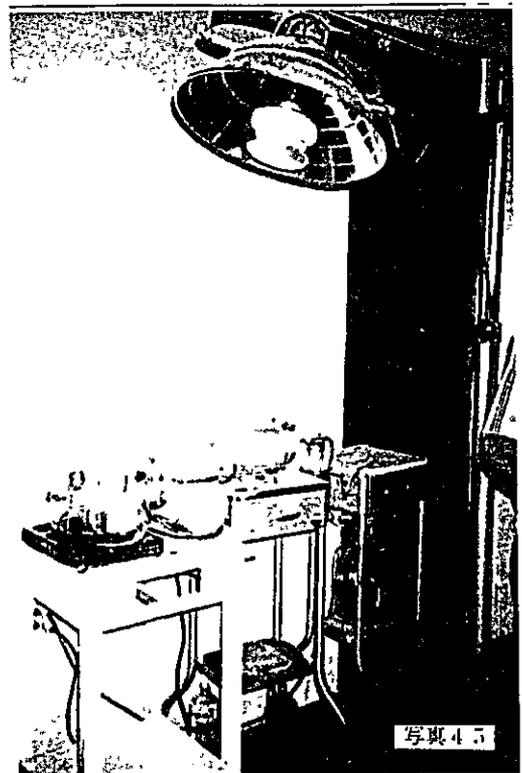
⑥コンセプション病院 手術部門（手術台）



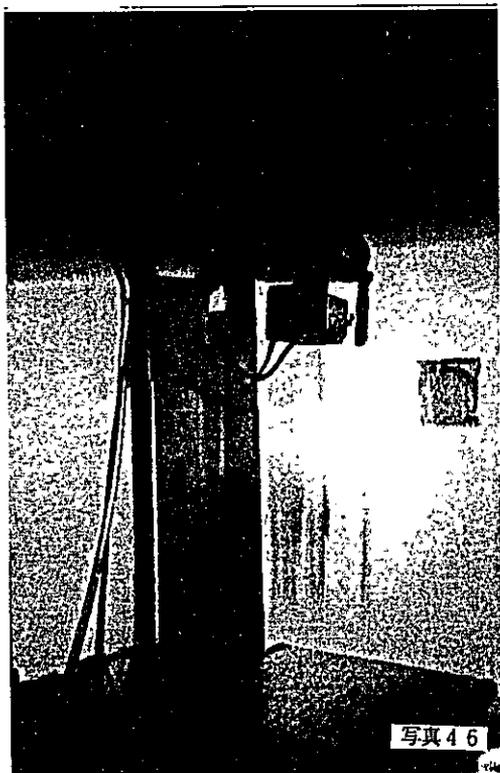
⑥コンセプション病院 手術部門（無影灯がなく蛍光灯と天井扇が取付けられている）



⑥コンセプション病院 歯科部門（歯科エント：椅子のみ使用可）



⑥コンセプション病院 手術部門（移動型手術灯と吸引器）



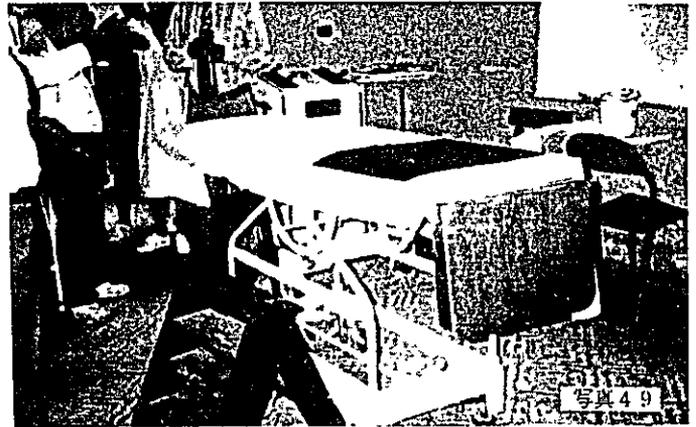
⑥コンセプション病院 X線部門（一般診断装置）



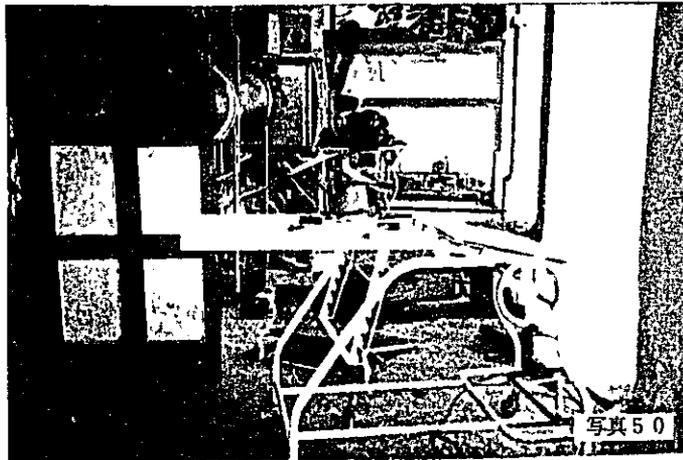
⑥コンセプション病院 X線部門（移動型診断装置）



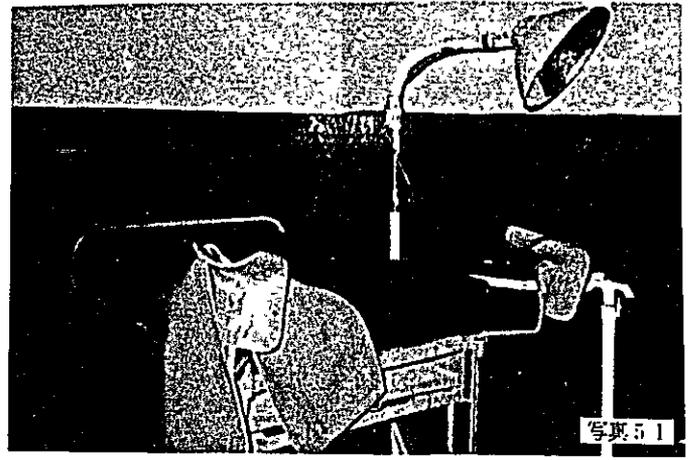
⑦ジョスティニアン病院 病院入口からの全景



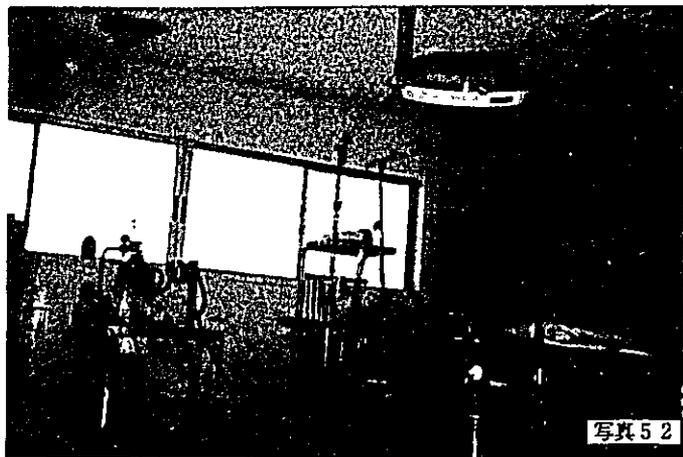
⑦ジョスティニアン病院 産科部門 (分娩台)



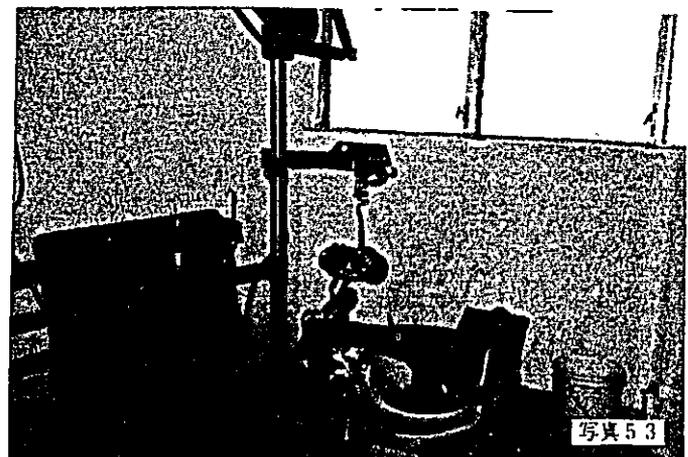
⑦ジョスティニアン病院 修理中の分娩台



⑦ジョスティニアン病院 産科部門 (分娩台)



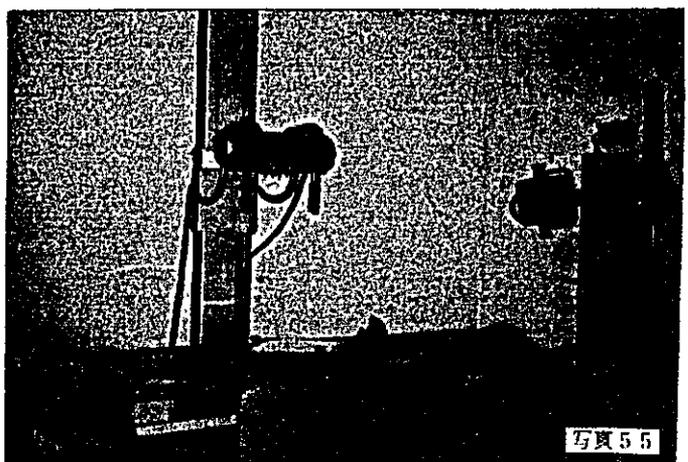
⑦ジョスティニアン病院 手術部門 (主手術室(2))



⑦ジョスティニアン病院 歯科部門 (歯科ユニット(2):稼働不可)



⑦ジョスティニアン病院
ランドリー部門 (稼働不可の洗濯機、脱水器、ドライ機)



⑦ジョスティニアン病院 X線部門 (単純X線装置(1))

事前調査資料 目次

1.	保健医療分野の概況	1
1-1.	一般保健事情	1
1-2.	疾病の状況	2
1-3.	保健医療行政	3
1-4.	保健開発計画	5
1-5.	財政事情	6
1-6.	医療教育状況	8
2.	調査実施に必要な条件	9
2-1.	事業対象計画地の自然条件	9
2-2.	当該セクターに関する技術等の概況	9
2-3.	事業計画に関連する法律・諸基準	10
2-4.	設計・積算に関する条件	10
2-5.	調達、現地医療機材業者について	10
2-6.	環境配慮	11
2-7.	他の援助機関との関連	11
3.	調査実施上の留意点	12
添付資料：	1. 「ハ」国 保健・人口省 保健衛生5カ年計画（1990～2000年）訳文	
	2. 「ハ」国 保健・人口省 保健衛生政策（1995年）訳文	
	3. 本計画対象施設の予算明細書	
	4. 本プロジェクト対象施設における主要機材の状況	
	5. 本計画対象施設の配置図	
	6. 収集資料表	
	7. 基本的医薬品計画機関の内容	
	8. 事前調査団へ提出された要請機材リスト	

1. 保健医療分野の概況

1-1. 一般保健事情

1864年の独立以来、独自の保健医療政策を進めてきた「ハ」国では、当初、伝染病患者や高齢者、貧困者を対象とした収容施設(アジール)が配備され、1900年代前期の米国による軍事統治時代には全国各地に医療施設が配備され、WHOの推奨する”2000年までに全ての国民に健康を”のスローガンのもとPHCの確立に努力してきた。

しかし、うち続く政情の不安や財政の逼迫は、施設・設備・機材の維持管理のみならず、人員の確保及び技術レベルの向上にも悪影響を及ぼし、現時点での医療サービスレベルは中南米の中で最も低いレベルにあると言わざるを得ない。その状況は表I-1に記した基礎保健指数をみても明らかである。

表I-1 「ハ」国の基礎保健指数

項目	「ハ」国の指数	日本の指数	コロンビアの指数
人口	6,764,000人	122,730,000人(90)	
出生時平均余命	55歳	79歳(90)	
乳児死亡率	94人/1000出生	4.8人/1000出生	
5歳未満児死亡率	133人/1000出生		
妊産婦死亡率	457人/出生10万対		
医師数	1.6人/10,000人	16.4人/10,000人(88)	8.7人/10,000人(84)
歯科医師数		5.8人/10,000人(88)	3.6人/10,000人(84)
看護婦数	1.2人/10,000人	327.4人/10,000人(88)	
准看護婦数		275.5人/10,000人(88)	
病床数		157.3床/10,000人(90)	16.4床/10,000人(80)

出典：保健国民省(1996年)

表I-2 「ハ」国の近隣国における社会保健指数

地名	人口 (百万人) 1995	平均人口 増加率(%) 95-2000	都市人口の 割合(%) 1995	合計特殊 出生率 1995	1人当たり GDP 1992 (US\$)	5歳未満の 幼児死亡率 男女 (出生千対)	安全な 水の利用	乳児 死亡率 (出生千 対)	出生時 平均余命 男女(歳)	妊産婦 死亡率 (出生10 万対)	資格者 立会 出産 (%)
世界全体	5716.4	1.5	45	3.04				57	63.7/67.8		
先進工業地域	1166.6	0.3	75	1.71				9	71.2/78.6		
開発途上地域	4549.8	1.8	38	3.38				63	62.4/65.3		
後発開発途上国	575.4	2.7	22	5.59				102	51.5/53.6		
ラテン・アメリカ	482.0	1.7	74	2.96				41	67.2/72.4		
カリブ海	35.8	1.2	62	2.21				38	68.0/72.6		
キューバ	11.0	0.6	76	1.82		15/11	98	11	74.2/78.0	39	99
ドミニカ共和国	7.8	1.6	65	2.94	1,056	54/49	67	34	68.9/73.1	300	92
ハイチ	7.2	2.1	32	4.69	393	160/141	41	77	56.7/60.2	600	78
ジャマイカ	2.4	0.8	54	2.22	1,375	19/15	72	12	72.4/76.8	115	90
プエルトリコ	3.7	0.8	73	2.14	9,489	18/14		9	72.1/79.8	21	99
トリニダード・トバゴ	1.3	1.1	72	2.33	4,249	21/15	96	16	70.5/75.3	89	98
中央アメリカ											

出典：1995年国連人口基金

1-2. 疾病の状況

「ハ」国における出生時平均余命55歳はボリビア、ペルーの59.3歳を下回っており、乳児死亡率94/1000はペルーの75人を上回っている。また、疾病構造、死亡因としては、下痢性疾患、栄養不良、結核、肺炎等であり、いずれも亜熱帯気候に特有な有害動物、微生物による各種の感染症や寄生虫症、呼吸器系疾患が多く、さらにマラリア、デング熱等の風土病も大きな問題となっている。新政府樹立以降ようやく開始された管理組織は統計資料を殆ど有しておらず、本調査には詳細の調査は為し得なかった。下記に1991年の保健・人口省よりの地域別主要罹患原因、死亡原因及び高位順疾病数を表I-3、I-4、I-5にまとめた。

表I-3 「ハ」国における地域別主要罹患原因

番号	北部地域	南部地域	西部地域	トランスパラル地域
1	下痢性疾患	栄養不良	下痢性疾患	下痢性疾患
2	マラリア	腸管寄生虫症	上気道感染症	栄養不良
3	上気道感染症	上気道感染症	腸管寄生虫症	結核
4	梅毒	マラリア	マラリア	栄養不良
5	肺炎	下痢性疾患	結核	腸管寄生虫症
6	結核	腸チフス	気管支肺疾患	マラリア
7	腸チフス	結核	麻疹	百日咳
8	麻疹	百日咳	百日咳	気管支肺疾患
9	百日咳	炭疽		麻疹
10	破傷風	破傷風		上気道感染症

出典：91年保健・人口省

表I-4 「ハ」国における地域別主要死亡原因

番号	北部地域	南部地域	西部地域	トランスパラル地域
1	下痢性疾患	下痢性疾患	下痢性疾患	下痢性疾患
2	栄養不良	栄養不良	新生児破傷風	栄養不良
3	結核	心臓血管病	気管支肺疾患	結核
4	肺炎	破傷風	結核	マラリア
5	エイズ	肺炎	成人破傷風	循環器障害
6	破傷風	結核	梅毒	破傷風
7	髄膜炎	腸チフス	腸チフス	気管支肺疾患
8	腸チフス	マラリア	マラリア	貧血
9	マラリア	髄膜炎		腸チフス
10	梅毒	貧血		

出典：91年保健・人口省

表 I - 5 「ハ」国における高順位疾病数

No.	病 名	1994年	1995年
1	伝染病・呼吸疾患	64,954	44,095
2	下痢	33,991	9,035
3	気管支炎・肺炎	—	3,030
4	腸チフス	6,665	946
5	結核	—	491
6	マラリア	—	1,600
7	梅毒	—	521
8	脳膜炎	—	48
9	はしか	—	42
10	眼球乾燥症	—	7
11	破傷風	—	6

出典：95年保健・人口省

1-3. 保健医療行政

上述医療状況に対し、「ハ」国の保健医療をつかさどる保健・人口省は、大臣の下に総局を設け、その下に5つの局をおき、全国を9ヶ所の医療区に分け、それぞれに病院、ベッド付保健センター、ベッド無し保健センター及び診療所を配し国民の保健医療向上に努めている。しかし、91年末より始まった国連の経済制裁は「ハ」国の社会基盤に大きな影響を及ぼし、保健医療分野においても多くの被害を受けることとなった。

表 I - 6 「ハ」国の公的医療機関数

医療区	中心の町	医療区の人口	医療施設数				
			病院	ベッド付 保健センター	ベッド無 保健センター	診療所	病床数
OUEST	PORT-AU PRINCE	2,302,723	34	10	86	90	2,714
SUD EST	JACMEL	443,847	1	2	6	28	150
NORD	CAP HAITIAN	727,612	1	11	11	25	586
NORD EST	PORT LIBERTE	238,784	1	4	1	21	114
ARTIBONITE	GONAIVE	963,105	4	11	15	52	525
CENTRE	HINCHE	470,275	2	2	10	30	119
SUD	CAYES	631,453	4	8	7	42	423
GRANDE ANSE	JEREMIE	620,673	2	9	5	40	220
NORD OUEST	PORT-DE PRIX	399,528	1	7	4	47	261
合計		6,798,000	50	64	145	375	5,112

出典：1996年 保健・人口省

図 I - 1 「ハ」国の医療システム

医療レベル	大学病院 ハイチ国立大学病院		「ハ」国のトップ・リファラル病院 西地域の地域病院 「ハ」国トップの教育・研究機関
	第三次	専門病院 2施設 産院 2施設 精神病院 2施設	胸部疾患 / 産科 / 精神科 の専門病院
第二次	地方病院 42施設		全国9医療区に配分された 中核病院（このうち南及び 北の2大病院が本計画対象）
第一次	有床保健センター 60施設		デイ・ケア主目的の有床施設
	無床保健センター 139施設		無床施設
	診療所 405施設		医師は居ない

表 I - 7 「ハ」国の医療従事者数

医療区	医師数	医師 10,000対	正看護婦数	正看 10,000対	看護助手	看助 10,000対
OUEST	561	2.4	527	2.3	674	2.9
SUD EST	21	0.5	41	0.9	42	0.9
NORD	31	0.4	52	0.7	178	2.4
NORD EST	15	0.6	11	0.5	67	2.8
ARTIBONITE	69	0.7	33	0.3	218	2.3
CENTRE	14	0.3	9	0.2	105	2.2
SUD	30	0.5	61	1.0	264	4.2
GRANDE ANSE	13	0.2	22	0.4	160	2.6
NORD OUEST	19	0.5	29	0.7	136	3.4
合計	773	1.1	785	1.2	1844	2.7

出典：1996年 保健・人口省

1-4. 保健開発計画

政府の民政化と民族自決を軸とする政策として保健衛生5カ年計画（1996～2000年）を策定しこの中で保健・人口省は下記の項目を保健衛生政策の戦略的最重要ポイントとして掲げている。

1) 国家の権威の確立：国家は全ての国民に生活と健康に対する権利を保障する義務があるとの政策を持って、いまだ確立されていない国民の政府に対する信頼を勝ち得ようとしている。

2) 共同体の参加：

政府の民政化と民族自決を軸とする政策として保健衛生5カ年計画（1996～2000年）を策定しこの中で保健・人口省は下記の項目を保健衛生政策の戦略的最重要ポイントとして掲げている。

(1) 国家の権威の確立：国家は全ての国民に生活と健康に対する権利を保障する義務があるとの政策を持って、いまだ確立されていない国民の政府に対する信頼を勝ち得ようとしている。

(2) 共同体の参加：

(3) 地方分権化：地方分権化はより多くの国民が各種サービスへのアクセスの可能性を高めるとし、下記各レベルでの活動を計画している。

a) 保健衛生共同体単位（UCS）：コミュニティ・レベルでの保健衛生関連事業に参加を促すものとして新設が計画されている。

b) 県レベル：県はUCSの定着と活性化を促し、各種活動の制度的枠付及び評価を行うとともにUCSと中央との連絡調整を行うこととしている。

c) 中央レベル：全国的な調整及び計画策定をその役割とする。

d) 予算面：予算面での分権化は地方レベル（UCS、県）は独自に執行しうる予算を有することとし、その財源は国家予算の交付及び保健衛生分担金からとしている。

(4) 保健衛生地域の合理化：保健衛生施設の遍在化是正をめざすもの

(5) 保健衛生費用の分担の改善：最も恵まれない人々への治療の機会を保障しつつ費用の徴収、分担を進めるもの

(6) 保健衛生セクターの活動とその他のセクターの活動との調整：

(7) 保健衛生事業のセクター間の調整：

(8) 各サービスの統合と最小限の内容を揃えたサービスの設定：予防的・治療的保健衛生活動の総合的アプローチを確立すべく、保健衛生機構の各段階での役割を明確にする事とし、特にUCSレベルでの活動として下記項目を掲げている。

a) 小児のあらゆるケアの引き受け

b) 外科救急医療の引き受け

c) 基本医薬品の供与

- d) 環境の清掃と飲料水の供給
 - e) 出産育児に関わる保健衛生の推進
 - f) 伝染性疾病との闘い
 - g) 基礎的歯科医療
- (9) 保健衛生業務のための稼動資材の改善
 - (10) 医薬品の確保と利用可能性の改善
 - (11) 妥当な人的資源の政策：医学教育と医学関連教育については、先端教育よりもむしろ、「ハ」国の社会的・地理的・疫学的条件に合致した教育を重点すること及び民間セクターで調達可能な人員の考慮を行うこととしている。
また、UCSレベル及び県レベルや病院の経営管理者の養成を優先することも掲げている。
 - (12) 住民に役立つ研究
 - (13) 住民の利益を養護する立法

1-5. 財政事情

「ハ」国における公共投資計画は1995年／96年度分として、229のプロジェクトを抱えている。各プロジェクトは56件の計画から生じており14の部門にまたがっている。融資総額は約71億2,100万8千グルドでその内訳は表I-8の通りである。

表I-8 融資金額及び率

融資源	融資金額	融資率
外国機関（マルチ・バイ）からの無償・借款融資額	651(百万グルト)	0.91
自国財源	61(百万グルト)	0.09
合計	712(百万グルト)	1.00

この中で自国財源は国庫資金と公共企業体（電電公社、首都水道公社、ハイチ電力公社）の自己資金からなっている。

上記融資金を元に公共投資は大別して社会部門、生産部門、社会基盤整備の3グループに向けられている。この中で社会部門は保健、社会事業、行政機構、公共住宅、教育からなり、当該部門だけで92件のプロジェクトを有しており、予算総額の51.9%を占めており、これらは自国財源の59.2%、外国援助の46.1%によってまかなわれている。中でも保健部門はトップで13件のプロジェクトに対し21億6,429万グルドと当該部門の59%を占めている。詳細については表I-9の通りである。

表I-8 1995年度の「ハ」国における公共投資の状況

部門	セクター	融 資			プロジェクト 本数	比率
		自主財源	外国援助	合計		
社会部門	保健	86,980	2,077,252	2,164,232	13	
	教育	78,840	136,577	215,417	21	
	行政	129,943	819,293	949,236	30	
	社会事業	22,000	21,128	43,128	15	
	公営住宅	45,000	231,277	276,277	13	
小 計		362,263	3,285,527	3,648,290	92	51.2%
生産部門	農業・環境	40,150	1,413,664	1,453,814	66	
	鉱業/採石/エネルギー	39,950	432,800	472,750	16	
	商業/工業	3,000	4,950	2,950	3	
	観光	5,000		5,000	2	
小 計		88,100	1,851,414	1,934,514	87	27.2%
社会基盤整備	運輸	25,500	358,907	384,407	9	
	通信	28,362	120,000	148,362	6	
	都市開発	33,554	74,483	108,037	4	
	上水道	13,405	227,383	240,788	31	
小 計		100,821	776,273	881,594	50	12.4%
経済復興計画	事前調査	30,000		30,000		
	公共投資計画	30,000		622,500		
小 計		60,000	592,500	652,500		9.2%

出典：1997年保健・人口省

医療費

「ハ」国における医療費に係る政府予算は増加の途をたどっており、このため政府は従来の無料診療制度を一部改正し、医療費徴収制度を設け、政府負担の軽減を計ることとした。その状況は下記の通りである。実質的には各種別医療施設により徴収方法は異なっており、名目的低料金徴収制度を取っており、現実には私立病院以外は依然として無料診療を行わざるを得ない状況となっている。

(1) 私立病院：

殆どの高額所得者は私立病院にて治療を行い、診察、検査、薬に対して高額な医療費を支払っている。

(2) 公立病院：

低額料金を払うことにより診察、生理学検査、臨床検査を受けることが出来ることとしている。しかし、基本的医薬品の常備システムが整備されておらず、患者はしばしば民間の薬局で高額な薬を購入しなければならないのが実状である。一方、診察によって徴収された料金は機材の保守・管理費用に充てられることとなっている。

(3) 半官半民医療施設：

施設は国有であり、医療従事者の給料は保健省は支払っている。また、これらの施設は政府、他国間、2国間の助成金（非常に低額ではある）を得て運営を行っており、料金徴収は公立病院よりはゆるやかなようである。

(4) NGO関連医療施設：

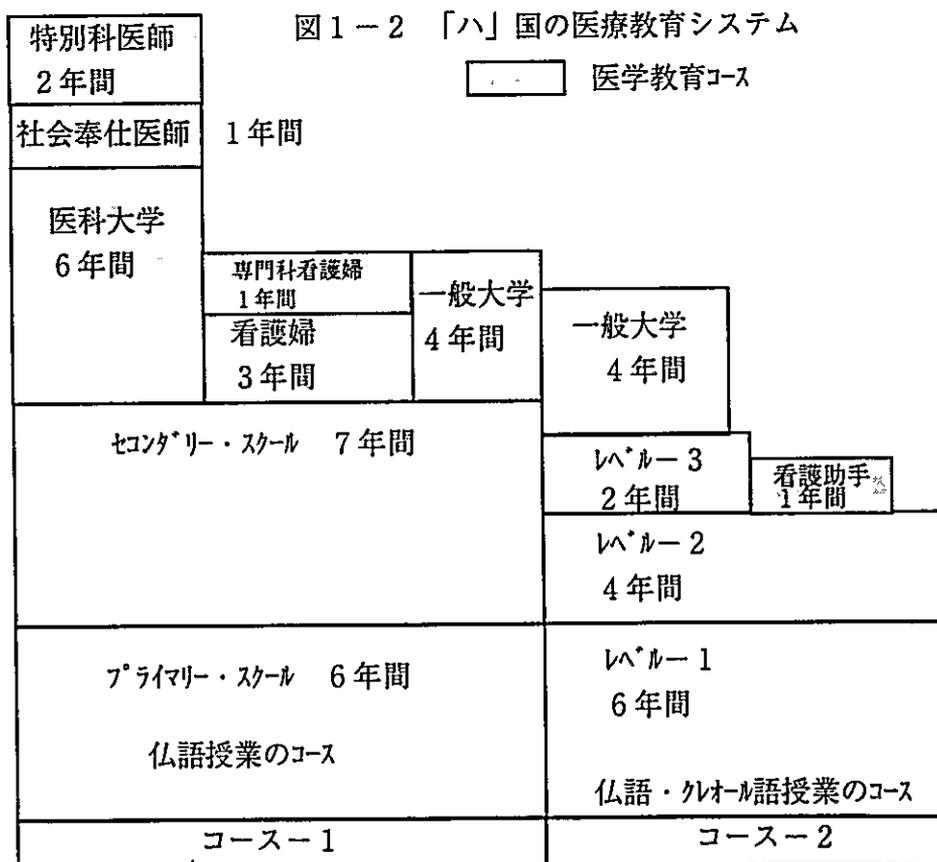
各NGOの組織が独自のシステムによって活動を行っているが、料金徴収は半官半民施設に同じ状況である。

1-6. 医療教育状況

「ハ」国における教育制度一般はフランスの教育制度に準じて実施されており、初等教育（義務教育）は6年間、中等教育は7年間となっている。しかし近年の教育制度の改正により仏語教育のコースと仏語・クレオール語（現地語）授業の2コース制度になり選択制となった。このほかに職業訓練学校もある。「ハ」国の最高学府であるハイチ国立大学は1944年に設立され、このなかで医科、薬科、歯科等の医療教育を行っている。しかし、一般民衆は貧困であり、その子弟を教育する余裕は乏しい状況にある。一方上流階級はハイチでの教育後フランス、カナダ、米国等に留学しているかフランスで教育を受け、米国、カナダ等に勉学をしている。

図1-2の医療教育システムでわかる様にコース-1の仏語コースはセカンダリー・スクール教育後は一般大学（4年間）と医療従事者要請機関である医科大学（6年間）、看護学校（3年間）に進学できる。コース-2の仏語・クレオール語はレベル1（義務教育）は6年間、レベル2は4年間、レベル3は2年間の3段階となり、卒業以後は一般大学に進学が可能とされている。

また、レベル2を卒業した者は各種専門学校に進学が出来る、このなかに看護助手コースが1年間の教育課程で設けられている。しかし、放射線技師については現在資格制度が無く、放射線医師による技術指導のみで技師としての活動が為されている。「ハ」国の教育制度は図1-2の通りである。



2. 調査実施に必要な条件

2-1. 事業対象計画地の自然条件

1) 気候：

「ハ」国の気候は熱帯海洋性気候であり、最高気温の平均は33.4℃、最低平均気温は22.8℃、湿度平均74%である。主要病院が海岸地域にあり、塩害の影響について確認をしておく必要がある。

また、当該国では雨期（4～7／9～10月：雨量平均154mm）と乾期（8／11～3月：雨量平均6mm）がある。公的インフラの未整備及び施設のインフラ未整備が雨期に浸水を受ける施設（イザイ・ジャンティ産婦人科病院）あるいは洪水による浸水を受ける施設（コンセプトン病院）が本計画の対象に含まれているところから、施設側からの情報収集のみにとどまらず、周辺地域の情報収集を含め過去の浸水状況の確認を行う必要がある。

2) 交通：

長年放置されている「ハ」国の道路は未整備の状況にあり、首都ポルトプランズ市内は道路が狭く通勤ラッシュ時には時速3Km程度の交通速度となり、地方に向かう幹線道路はアスファルト舗装がなされているものの陥没部分が多いために平均速度50Kmの車輛走行がやつの状況である。このため、現地調査あるいは実施に当たっては右状況を十分に把握しておく必要がある。

3) 給・排水：

「ハ」国における浄水処理は満足のいくものではなく、硬質であるうえに、海岸地域では上水道に塩分がかなり含まれているところもある。このため、機材計画の中に少なくとも供与機材に係る給水については水処理が出来る限り行われるようにする必要がある。ただし、水処理装置に燃料や消耗品を必要とするものであってはならない。尚、排水についても自然処理が出来る施設の検討をする必要がある。

2-2. 当該セクターに関する技術等の概況

1) 管理技術：

保健・人口省を含む当該セクターの管理技術はいまだ確立されておらず、人的条件も質的・量的に不足が甚だしい。これは昏迷の状況にあった政治的状況からきたものであり、今後の政治的安定が確保されれば、このような状況の改善は為されていくものと推察される。

- 2) 看護技術については、パラメディカル・スタッフの教育制度が未整備であり、看護婦の技術レベルも、助産技術を含め特別科目に対する教育が殆ど為されていない状況である。また、要員数も他国に比してかなり下回っており、ケア・サービスの面でも低いと言わざるを得ない。
- 3) 放射線技師については教育システムは全くなく、欧米で免許を得た技師が現場で教育している状況から、放射線管理の基礎的知識も危険性の認識も乏しく、早急に解決されなければならないゆゆしき問題である。

2-3. 事業計画に関する法律・諸基準

本計画に係る法律・諸基準の問題は今の所無い。

2-4. 設計・積算に関する条件

1) 設計：

本計画における機材計画は下記の条件を満たすことが必要である。

- a) 基本的に現存機材の更新とし、過去に稼動させていた機材の更新については、対象施設側に技術的、人的条件が確保されていることを確認の上計画に含めることとする。
- b) 大学病院を除き各施設での電力確保が困難な状況から、連続給電を必要とする機材は計画に含めない。
- c) 手動で対応可能な機能についてはこれを採用し、たとえ効率が落ちてでも自動機能を計画には含めない。

2) 積算：

現在の「ハ」国における機材の維持管理機能は殆ど働いていないに等しい。しかし、機材の維持管理に最も重要な部分は保守管理、すなわち始業前点検、就業点検清掃、格納管理、定期点検等、専門技術者による維持管理ではなく、使用者・操作者が行わなければならない部分である。このため、据付時に行われるべき操作説明あるいは技術指導のプログラムを出来る限り多く計画する。なお、操作説明・技術指導時には技術者のみならず一般医療従事者にも広く機会が与えられるよう配慮する必要がある。

2-5. 調達、現地医療機材業者

1) 調達：

機材の調達については、日本から遠隔の地であり、現地調達の機材も些少であるところから、米国での第三国調達を計画に含める必要がある。現実的にも「ハ」国における医療機材の調達は米国製が殆どとなっている。

2) 現地医療機材業者：

「ハ」国における医療機材の販売及びサービスを行う業者は1社のみである。医療機材業者はX線診断装置のサービスを主体としており、現在2名の技術者が活動を行っているに過ぎない。このため、保健・人口省を含め私的医療機関もこの業者に頼らざるを得ない状況にある。なお、機材の販売のみに関しては、米国マイアミに在住する個人業者が直接受注を受けて販売に携わっている程度とのものである。

3) 医療技術：

「ハ」国の医師の多くは米国で教育を受けており、それなりの技術を有していると判断されるものの、公的機関の報酬がかなり低額であったために別途収入源を求める風潮となり、その形態が是正されないままにある。このため規定された勤務時間に公的医療機関での業務を全うしない医師が多い。すなわち技術的問題より管理・財政的問題の解決が強く望まれる状況である。

2-6. 環境配慮

本計画による環境への影響については特にないが逆に環境改善に関与した計画を進める必要がある。特に院内感染の防止を主目的とした配慮を行う必要がある。

1) 医療廃棄物：

現地調査時には殆どの対象施設では施設内に医療廃棄物が無作為に放置されており、この状況の改善は必須である。

2) 清潔区域管理：

各施設とも清潔区域管理がかなり不足している。特に手術室、検査室あるいは滅菌室が顕著である。このため、機材計画にて対応可能な資機材を計画に含めると共に「ハ」国側にも必要な措置を行わせる必要がある。なお、施設の改修が「ハ」国側にて行い得ずしかも欠くことの出来ない必要条件であれば、規模にもよるが草の根無償によるバックアップも検討の要がある。

3) 放射線管理：

本計画対象施設の全てにおいて放射線管理は全く行われていない。放射線部門の医療従事者は被曝管理も行ってはおらず、機器の漏洩検査及び施設の漏洩検査も行われていない。このため、放射線診断機器の計画に当たっては被曝管理機材、防護機材の計画を考慮する必要がある。また、基本設計時には計測機器を携行し、機材の更新あるいは施設の改修の必要性を確認する必要がある。

2-7. 他の援助機関との関連

本計画の対象施設には複数の援助者からの協力が入っている。しかし、要請の部門には他の援助者との重複はない。

一方、本計画実施に最も重要な条件の一つとして機材の維持管理体制がある。現在「ハ」国側はこの維持管理体制を組織すべく努力を開始しているが確たるプログラムもいまだ策定されていない。しかし将来計画として保健・人口省は維持管理要員の技術者を10名米国に研修派遣することとしている。機材の維持管理体制については当該セクターに協力をしているWHO、UNICEF、世銀、PROMESS (NGO)等の各機関も頭を痛めており、日本との連携で問題解決の協力を進めたいとの意向を示している。すなわち各材料との連携プログラムが策定されれば、現地に管理・技術の拠点を有し得る機関との協力となり、「ハ」国における維持管理体制の確立が充分見込める事となろう。

3. 調査実施上の留意点

本件の実施にあたっては以下の点を留意すべきと思われる。

- 1) 保健医療システムが未熟であり、先方の計画にも流動的な部分がある上、現在満たすべき基本的機能も発揮されていないのが現状であることから、過剰な将来構想や個々の医師の希望によった計画の策定は避けるべきである。
- 2) 人材の不足、特に各レベルの管理能力のある人材、機材維持管理技術者等が不足しているため、技術指導、管理面での助言が必要である。
- 3) 公的医療機関における衛生観念について（医療廃棄物の処理等）、病院の行政管理責任者も含め、十分でないところも見受けられたところ、医療機材の日常的な手入れ等も含め、先方に対し、医療関係者の意識向上につき改善を求めて行く必要がある。
- 4) プライマリー・ヘルスケア等我が国の援助がカバーしない部分について、他の援助機関（含むNGO等）が援助を行っているところと緊密な意見交換が必要である。
- 5) 各援助機関とのミーティングにおいて最も話題となったのは機材の維持管理である。各援助機関はそれぞれ駐在員をおいて機材の管理（盗難あるいは勝手な持出防止等を含む）、メンテナンス、修理等の指導を実施している。「ハ」国における日本の援助はこの機材管理及びメンテナンスの点が弱いことに憂慮している。特にWHO、UNICEFでは、本計画に係る日本との強調に積極的協力の意を示しており、本計画を含むなんらかの手段で本計画実施以降の機材維持管理監視あるいは指導のシステムを構築の可能性と実施に積極的に調査を行なう必要がある。

- 6) 機材の調達にあたっては、「ハ」国での生産品は殆どなく、輸入に頼っているが、輸入先は殆ど米国である。その理由は、日本あるいは欧州からの調達はサービスが受けにくい為であり、この為、米国（現状ではフロリダ州が最適）に本社あるいは販売/サービス代理店を有する製造者からの調達が好ましいと判断され、基本設計調査においてはこの点の調査も十分に行う必要がある。

なお、「ハ」国には各国の援助機関が参画して基本的医薬品計画機関（PROMESS : PROGRAMME DES MEDICAMENTS ESSENTIELS）が保健衛生分野における人道的援助計画を実施する機関として設立されている。PROMESSは医薬品の適正配布のみならず大型機材を除く医療機器の配布にも関わっており、今後予定されている医療機材の維持管理システムの確立計画も有しているところから、基本設計においてはPROMESSとの協調も考慮し、十分な調査を行う必要がある。

なお、プロメスの内容については添付資料-7を参照のこと。

- 7) コンセプション病院及びイザイ・ジャンティ産婦人科病院においては、雨季における床上浸水被害が発生している。各施設とも医療機材に対する被害は無いとの回答をしているが、実際にはX線装置の被害を現地代理店の情報で得ている。基本設計調査においては、敷地内のレベル差測定あるいは近隣施設における雨季の冠水被害調査等を調査の上、環境条件を詳しく確認する必要がある。
- 8) 「ハ」国における医療機材の修理/メンテナンス体制は殆ど確立されていない。すなわち、現時点で必要な技術を有する技術者は少なくとも政府系の医療機関には全く存在しない。また現地の医療機器のサービス会社は1社（X線装置が専門）のみでありその技術レベルも決して満足のいく状況ではない。

一方保健・人口省は保健省として独自のメンテナンス・システムを作る計画を策定（財務・総務局のロジスティック部が担当している）しつつあり、システム構築を進めると共に現在10人の維持管理要員の技術者を米国に研修させている。しかし、今後この研修生が帰国後どのような組織で活動を行うかもまだ決まっていない。

このため、基本設計段階においては、「ハ」国のみの計画では妥当性の確保はなし得ないものとし、NGOを含む他の援助者との協調、あるいは草の根援助等の他の援助システム等を駆使して「ハ」国の機材の維持管理機能を確立させる必要があると思量される。また、実施段階での技術移転方式も基本設計段階で充分考慮する必要がある。

- 9) 機材の技術的維持管理（保守）は概ね下記図3-1の段階を有するが、機材の寿命を長らえる最も大切な段階は①の日常点検である。

図 3-1 保守管理分類図



この日常点検は通常は技術者によって行われるのではなく、操作者によって行われるべきものであり、この作業が補助者の義務であれば補助者を含め保守管理法方の指導を行う必要がある。特に維持管理技術サービス体制が確立されていない状況での機材計画では欠くことの出来ない条件であり、本計画においても機材据付時の操作説明、保守管理説明及び維持管理の技術的説明段階の時間を十分に計画する必要がある。

- 1 0) 基本設計段階においては、本計画に含まれる機材のO/Mコストを算出し、この結果を「ハ」国側に提示し、「ハ」国側が右必要経費の予算が可能か否かを確認した上で計画を策定する必要がある。この場合、予備品については「ハ」国側の維持管理能力を十分に調査し、「ハ」国側自身が確実に維持管理・修理が可能範囲を確認した上で、右範囲に必要十分な質と量を計画することが必要と思慮される。
- 1 1) 当初要請の機材に一部本計画に含めるには高度な機材があったが、「ハ」国側との協議において右機材は含めないこととなった。一方当初要請機材は各施設の必要性を十分に検討した上で作成されたものではないことを「ハ」国側及び日本側とも認識したために、各施設からの要望を再度検討の上、要請機材リストを本調査団に提出することとした。しかし、遠隔施設との連絡の不通、天候による道路の寸断、あるいは新政府の行政上の理由からすべてのリストの提出は無し得ず、下記の施設からの提出にと止まった。

本調査団の現地調査時に各施設において施設側から提示された要望機材リストを検討したところ、特に問題となる機材は見受けられておらず、そのまま保健・人口省がまとめたものであれば日本側の理解は得られるものであった

この様な状況から、基本設計においては再度「ハ」国側から要請機材リストの提出を求め、本計画に含め得る内容か否かを検討・確認する必要がある。

添付資料

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
ET DE LA POPULATION

POLITIQUE DE SANTÉ

JUIN 1995

TABLE DES MATIERES

- I PRÉAMBULE

- II LA SITUATION SANITAIRE
 - 2.1 Les problèmes de santé
 - 2.2 Le système de santé
 - 2.3 Les causes de la défaillance du système
 - 2.4 Conclusion

- III LES GRANDES ORIENTATIONS DE LA NOUVELLE POLITIQUE SANITAIRE
 - 3.1 Cadre Conceptuel
 - 3.2 Objectifs
 - 3.2.1 Objectif général
 - 3.2.2 Objectifs spécifiques
 - 3.3 Axes Stratégiques
 - 3.3.1 Affirmation de l'autorité de l'État
 - 3.3.2 La participation de la communauté
 - 3.3.3 La décentralisation
 - 3.3.4 La rationalisation de la carte sanitaire
 - 3.3.5 Un meilleur partage des coûts de la santé
 - 3.3.6 La coordination des activités du secteur santé avec celles des autres secteurs
 - 3.3.7 La coordination intrasectorielle santé
 - 3.3.8 L'intégration des services et la mise en place du paquet minimum de services
 - 3.3.9 Une amélioration des moyens matériels de fonctionnement pour les services de santé
 - 3.3.10 L'amélioration de la disponibilité et de l'accès aux médicaments
 - 3.3.11 Une politique de ressources humaines adaptée
 - 3.3.12 Une recherche au service de la population
 - 3.3.13 Une législation défendant les intérêts de la population

I. PRÉAMBULE

La lutte du peuple haïtien contre toute forme d'oppression a atteint un tournant décisif avec le choix politique du 16 décembre 1990. Ce choix représente l'expression d'une volonté, celle de transformer les structures rétrogrades d'un état dictatorial pour permettre l'édification d'une nouvelle société où le droit et la justice sociale deviendront les instruments devant faciliter une pleine participation de toute la population au processus national de développement. Ce choix reflète également le rejet collectif d'un appareil administratif incapable de satisfaire les besoins fondamentaux de la population, notamment dans le domaine de la santé.

Dans le cadre de sa nouvelle politique, l'État haïtien considère que la santé est plus que l'absence de maladie; c'est une capacité d'adaptation physique, mentale et sociale à l'environnement dans lequel l'individu évolue. Il est de la responsabilité du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) de définir les grandes orientations d'une politique visant à améliorer la santé des citoyens, politique axée sur le respect de la personne humaine et l'autodétermination nationale dans un contexte de solidarité et de responsabilité.

Le volet population nécessitant une réponse multisectorielle dépendra dans un très proche avenir d'une entité semi-autonome à laquelle le MSPP apportera son appui technique ainsi que toute autre contribution requise en vue de l'élaboration d'une Politique nationale de population, de l'exécution de programmes et projets appropriés. Il ne sera donc pas inclus dans le présent document.

II. LA SITUATION SANITAIRE

2.1 Les problèmes de santé

La population haïtienne devrait atteindre environ 7,000,000 en 1995. Elle continue à croître à un rythme annuel de 2%. Environ 40% de la population a moins de 15 ans. Malgré un taux d'urbanisation rapide, 70% vit encore dans les zones rurales. Les femmes en âge de procréer représentent environ 25% de la population générale.

Le pays est confronté depuis les années 80 à une profonde crise économique. Le PNB per capita, estimé en 1991 à 380 US\$, est revenu au niveau de 1960. Le chômage et le sous-emploi sont endémiques. Plus de la moitié de la population est analphabète, avec une proportion encore plus élevée chez les femmes. Les problèmes d'environnement, d'assainissement et d'eau potable sont sérieux (l'OPS/OMS estimant même que le réseau d'eau potable a diminué de 30% entre 1991 et 1994). La nutrition est inadéquate tant en qualité qu'en quantité, estimé à 94% des calories nécessaires.

La conséquence en est une situation sanitaire critique. L'insuffisance du système d'information pour la santé ne permet pas une analyse exhaustive du système de santé et de son impact. Cependant, les indicateurs suivants sont généralement acceptés:

Un taux brut de mortalité estimé à 13 pour 1000 (1990);

L'espérance de vie est de 55 ans (contre 67 pour la moyenne des pays latino-américain).

Sur 1000 naissances vivantes, 94 meurent avant l'âge d'un an (contre 39 pour la moyenne des pays latino-américains et des Caraïbes; 12 en Jamaïque et 42 en République Dominicaine). Des mêmes 1000 nouveaux nés, 133 n'arriveront pas à l'âge de 5 ans (contre 50, 14 et 50 pour les mêmes références). La moitié de ces décès sont dûs à la diarrhée et aux infections respiratoires.

Environ 40% des enfants de plus 3 ans sont petits pour leur taille. La malnutrition aiguë varie entre 6% dans les départements du Nord et 3.5% dans le Sud. La prévalence du faible poids des enfants à la naissance estimée à 15%.

Le taux de mortalité maternelle est estimé à 4.6 pour 1000 naissances vivantes (contre 1.2 en Jamaïque et 0.4 à Cuba).

Entre 35% et 40% des femmes ont moins de 11g/l d'hémoglobine.

Les maladies à transmission hydrique, comme les diarrhées (7 épisodes/an/enfant de moins de 5 ans) et typhoïde ont une incidence très élevée.

Le taux d'incidence de la tuberculose est estimé à 5 pour 1000. La moitié des sidéens sont tuberculeux.

La séroprévalence du VIH varie entre 8 et 10% en milieu urbain. En milieu rural, la séroprévalence a augmenté de 1 à 4% depuis la crise politique de 1991. Les femmes sont presque aussi touchées que les hommes. La syphilis est aussi très présente, la séropositivité au VDRL variant entre 6 et 8% de la population en milieu urbain.

La malaria est endémique sur 80% du territoire. Heureusement, la résistance à la chloroquine n'a pas été rapportée à ce jour.

Les épidémies sont fréquentes et répétées (rougeole et typhoïde en 1993; méningococcémie en 1994).

Les bonnes nouvelles sont rares dans ce tableau. On note toutefois l'éradication de la poliomyélite et l'absence du choléra. Dans ce dernier cas, il faut cependant signaler que tous les facteurs pour sa survenue sont réunis.

2.2 Le Système de Santé

Historiquement, le système sanitaire haïtien n'a jamais été accommodé aux besoins de la population, à ses moyens et à son niveau de perception. Avant la Conférence d'Alma Alta en 1978, ce système était essentiellement curatif et basé sur un réseau d'hôpitaux et de centres de santé mal équipés. Les services préventifs étaient peu développés. La stratégie des soins primaires de santé proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé s'est vue appliquée en Haïti par le biais de multiples programmes prioritaires de santé auxquels l'État accordait une importance relative suivant le moment et la disponibilité de fonds, et par l'action non-coordonnée de nombreuses organisations non-gouvernementales. Les résultats n'ont pas répondu aux besoins.

La couverture en personnel est estimée à 1.1 médecin, 1.2 infirmier et 0.4 dentiste pour 10,000 habitants (soit 8 fois moins qu'en République Dominicaine). Ce personnel est de plus très inégalement réparti.

En 1991, 40% au moins de la population ne bénéficiait d'aucun accès aux soins de santé primaires (contre seulement 26% dans les autres pays Latino-américains et de la Caraïbe). Tout porte à croire que la

- couverture sanitaire est encore plus insuffisante actuellement.
- En dépit d'améliorations temporaires par exemple en 1988, la couverture vaccinale est restée basse au cours des 10 dernières années, aux alentours de 30% (contre plus de 75% dans les autres pays de la région).
- Environ 80% des accouchements sont réalisés à domicile.
- Moins de la moitié des tuberculeux commencent un traitement que plus 40% d'entre eux vont abandonner avant la fin.
- A peine 20% des enfants avec une diarrhée vont bénéficier de la réhydratation orale (contre 57% pour la moyenne des pays d'Amérique Latine).
- Les services d'eau potable couvrent seulement 37% de la population de la capitale, 41% des villes secondaires et 23% en milieu rural.
- L'assainissement de base est assuré à 30% en milieu urbain et à 16% dans les zones rurales.

Par ailleurs, les moyens financiers dont dispose l'État sont insuffisants pour répondre aux besoins de la population et inadéquatement utilisés:

- L'effort de l'État pour la santé s'est relâché au cours des dernières années passant de 12.5% du budget global en 1985-1986 à 8.2% en 1992-1993.
- La dépense par habitant de l'État pour la santé reste faible: environ 23 gourdes en 1992.
- Le pourcentage du budget du MSPP consacré au paiement des salaires a augmenté au cours des dernières années pour atteindre 92% en 1993-94.
- De ses dépenses salariales, le MSPP en consacre 33% en rémunération d'agents de l'État affectés aux ONG sur lesquels il n'exerce aucun contrôle réel des activités.

2.3 Les causes de la défaillance du système

La démission de l'État: l'État s'est déchargé de ses obligations en matière de santé envers le peuple haïtien. Il a aussi délaissé son rôle normatif et de

coordination. Il a le plus souvent laissé au secteur privé et à l'aide étrangère le soin d'organiser et de dispenser les services de santé. La majorité de la population s'est donc retrouvée sans encadrement ni ressources pour faire face à ses besoins en santé.

Une législation dépassée: la loi cadre régissant le Ministère date de 1982. Elle ne répond plus à son mandat de protéger la santé de la population et elle ne réagit guère aux mouvements qui ont marqué le pays de 1986 à 1990.

Une politique du personnel de santé inadaptée: la formation du personnel de santé, en particulier celle des cadres a été mal programmée, avec comme conséquence une préparation inadéquate, un manque de motivation pour répondre aux problèmes de santé les plus prévalents, et l'orientation des ressources vers des services spécialisés plutôt que vers les soins de santé primaires. Ceci se traduit par une concentration des ressources humaines en zone urbaine, en particulier à la capitale, et une fuite vers le secteur privé et l'extérieur du pays. L'absence de gestion du système de santé et des ressources humaines, les difficiles conditions matérielles des travailleurs de santé et le manque de soutien surtout en zones rurales accentuent ces tendances.

Le mépris du système traditionnel: le système haïtien de santé, tel que pratiqué encore de nos jours, ne s'est jamais soucié d'associer les tradipraticiens qui ont cependant la confiance de la grande majorité du peuple, dans la lutte contre les problèmes de santé du pays. Face à ce mépris des autorités, les tradipraticiens se sont progressivement repliés sur eux-même en s'accommodant tant bien que mal au système moderne. On a vu l'apparition d'un type de «pseudo-praticien» valorisant une forme pratique rentable utilisant à la fois les techniques modernes et traditionnelles, mais n'étant en réalité ni moderne ni traditionnelle. Quant aux matrones, malgré les efforts récents de formation et d'encadrement dont elles ont bénéficié, elles n'ont pas réellement pu s'intégrer au système et leurs connaissances sont insuffisamment mises à profit.

La séparation des secteurs public et privé de santé: le secteur public s'est fortement dégradé et ne bénéficie plus de la confiance de la population. Parallèlement, le secteur privé s'est constamment développé sans aucun souci d'intégration au système national, cela malgré l'appui que l'État lui consent sous la forme de travailleurs de la santé. Le sous-secteur privé lucratif devient de plus en plus inaccessible financièrement à la grande majorité de la population; tandis que le sous-secteur privé sans profit (ONGs), parfois performant mais, agissant généralement de façon isolée, n'a qu'un impact limité sur l'état de santé général de la population.

Une infrastructure inadaptée: l'infrastructure générale date en grande partie de

1915. Elle a été définie pour un modèle essentiellement curatif et hospitalier. Elle n'a jamais été réellement ajustée aux besoins de la population ni à la modernisation des systèmes de santé et des connaissances.

Une mauvaise allocation et gestion des moyens financiers: la dégradation de l'effort de l'État a conduit ce dernier à n'être plus en mesure de faire face aux besoins essentiels en matière de santé. En n'allouant que 8% du budget du MSPP aux dépenses de fonctionnement, l'entretien des équipements et des infrastructures, la supervision et l'approvisionnement en médicaments ne peuvent plus être correctement assurés. En consacrant une partie relativement importante de ses dépenses aux services hospitaliers, le MSPP se retrouve face à un problème extrêmement grave: les populations, notamment les plus démunies, sont privées de soins de santé primaires.

L'inefficacité du système et l'absence de contrôle systématique des recettes non budgétaires des services de santé rendent difficile la gestion du système de santé et a conduit à une mauvaise utilisation, voire à un gaspillage, des ressources.

2.4 Conclusion

En résumé, le système de santé actuel représente l'aboutissement d'une approche sectorielle de la santé qui a jusqu'à présent favorisé des programmes et des actions cloisonnés non intégrés à une stratégie globale de santé et de développement, amené des solutions le plus souvent ponctuelles et verticales aux problèmes de santé, et qui d'une manière générale a reflété la démission de l'État face à ses responsabilités vis-à-vis des citoyens du pays.

Le potentiel existe cependant pour une amélioration sensible du rendement des ressources humaines. Le Ministère de la Santé Publique et de la Population se doit de redéfinir ses politiques en prenant comme point de repère le principe selon lequel la responsabilité de la santé incombe en tout premier lieu aux familles et aux collectivités. Intégrée dans la politique générale du gouvernement, une politique de santé structurée devra servir de cadre de référence pour aider les individus et les collectivités à prendre ces décisions rationnelles. Ceci implique une politique nettement opposée aux pratiques antérieures, pratiques caractérisées par le centralisme et le caporalisme de l'État dos à dos avec la population.

III LES GRANDES ORIENTATIONS DE LA NOUVELLE POLITIQUE DE SANTÉ

3.1 Cadre conceptuel

La politique de santé doit:

- Traduire dans les faits la volonté de répondre à la requête du peuple haïtien en matière d'équité, de justice sociale et de solidarité;
- Affirmer le droit à la santé de tous les citoyens;
- Mettre en oeuvre des mécanismes visant à la mobilisation de capitaux à investir dans le secteur;
- Permettre l'accès à tous aux soins de santé curatifs et préventifs et aux services d'eau et d'assainissement;
- Favoriser la mise en place de structures permettant la participation communautaire, au niveau de la planification et de l'exécution des activités de santé ainsi que de la gestion des ressources.

3.2 Objectifs

3.2.1 Objectif général

Améliorer l'état de santé de la population par des interventions multisectorielles et par la mise en place d'un système national de santé adapté aux besoins des communautés et accessible à tous.

3.2.2 Objectifs spécifiques

- Réduire la mortalité et la morbidité dues aux maladies qui affligent le plus la population haïtienne, en particulier les maladies transmissibles et les affections des jeunes enfants et des femmes en âge de procréer.
- Agir sur les déterminants de la santé, en particulier l'éducation, l'assainissement du milieu, la lutte contre les habitudes de vie malsaine, l'alimentation et la nutrition en priorité chez les jeunes en croissance et les femmes enceintes.

3.3 Axes stratégiques

3.3.1 Affirmation de l'autorité de l'État

L'État se doit de garantir le droit à la vie et à la santé de tous les citoyens. Il doit, à travers le MSPP en partenariat avec la communauté, définir les priorités de santé, établir les normes et veiller à leur application. Le MSPP doit aussi coordonner l'action des différents acteurs du système de santé. La priorité accordée par l'État à la santé doit se refléter dans le budget qui lui est consacré. Cet effort budgétaire de l'État, déjà amorcé en 1994-1995, doit être poursuivi et amplifié dans les prochaines années.

3.3.2 La participation de la communauté

La participation est une stratégie en même temps qu'un aboutissement. Elle doit donc être constamment recherchée. Les réseaux de participation attachés au secteur santé devront être identifiés et inventoriés avec les autres partenaires et les réseaux de participation communautaire qui leur sont propres. Le personnel de santé, de concert avec les autres secteurs, devra utiliser son expertise pour catalyser ces mécanismes de participation, en particulier la promotion ou la mise sur pied de conseils de santé et de groupes organisés où seront débattus les problèmes locaux et nationaux.

3.3.3 La décentralisation

La décentralisation sera un moyen de favoriser la participation populaire et d'améliorer l'accessibilité des services. Un document spécifique sur la politique de décentralisation, respectant la constitution, sera élaboré avec les grandes lignes suivantes:

a) L'Unité Communale de Santé (UCS): elle représente l'unité de base de la décentralisation. Elle a la responsabilité de planifier et de gérer tout ce qui concerne la santé de la population locale, en étroite collaboration avec elle ou ses représentants. Elle assure la dispensation du paquet de services de base à la communauté. Elle regroupe tous les intervenants locaux dans la santé en assurant leur mise en réseau.

b) Le niveau départemental: c'est la pierre angulaire de la décentralisation. Le département joue un rôle dynamiseur et de coordination dans l'implantation des UCS. Il assure l'encadrement, le suivi et l'évaluation des activités. Il sert de relais entre l'UCS et le niveau central.

Le niveau départemental doit s'assurer que toutes les UCS bénéficient d'un système de référence accessible et fonctionnel. Les UCS et la communauté devront être associées à la définition et à la gestion du système de référence.

c) Le niveau central: il représente le niveau de coordination et de planification national. Il exerce surtout une fonction normative et de support des départements en terme de suivi et d'évaluation. Il assure aussi la mobilisation des ressources.

d) La décentralisation administrative et gestionnaire doit s'accompagner d'une décentralisation budgétaire. Le niveau local (UCS, Départements) disposeront d'un budget à exécution autonome composé tant d'une dotation du budget étatique que de recettes en provenance de la participation financière des populations à la santé. La population participera à la gestion à travers les Conseils d'administration.

3.3.4 La rationalisation de la carte sanitaire

Le MSPP rationalisera la carte sanitaire de façon à atteindre une couverture optimale du territoire national en établissements sanitaires dont la vocation aura été clairement définie, incluant un système de référence adapté et accessible. Les structures du secteur privé seront partie intégrante de cette carte sanitaire et devront obtenir une autorisation de fonctionnement de la Direction départementale. Priorité sera accordée aux zones sous-équipées, en vue de réhabilitation ou de la mise en place de structures sanitaires plus adéquates.

3.3.5 Un meilleur partage des coûts de la santé

Dans le cadre de la participation communautaire et de la décentralisation, sera poursuivie la mise en place du partage des coûts de la santé de façon à assurer une meilleure qualité des services et leur continuité. Toutefois, un accès aux soins doit être assuré aux plus démunis.

Seront soutenues dans le cadre de la décentralisation les expériences mettant en place progressivement des systèmes locaux de partage des risques et de plus grande solidarité, basés sur les réalités de la société haïtienne.

3.3.6 La coordination des activités du secteur santé avec celles des autres secteurs

La santé, étant une problématique inter et transdisciplinaire ne peut être abordée que par la conjugaison d'actions relatives aux divers secteurs de la vie des citoyens et, donc, des collectivités dans lesquelles ils s'inscrivent. Elle est la résultante principale de l'ensemble des processus de développement social et économique des pays en développement.

Aussi les actions, visant à améliorer la santé de l'individu, doivent-elles embrasser l'ensemble suivant aux effets synergiques: la promotion de l'éducation, en particulier des femmes, l'amélioration de l'alimentation et de la nutrition, et le maintien d'un environnement favorable au développement et à l'épanouissement psychomoteur et social du citoyen. Une attention particulière doit être portée sur les programmes d'assainissement et d'eau potable tant en zone urbaine que rurale. Cela nécessite donc une intégration extra-sectorielle des actions sanitaires à tous les échelons de la vie nationale.

3.3.7 La coordination intrasectorielle santé

Afin de permettre un meilleur accès aux services de santé et une meilleure qualité de soins, la coordination entre le secteur public et le secteur privé doit se faire à tous les niveaux, l'UCS étant le lieu privilégié. La coordination est assurée par l'État qui doit appuyer et contrôler le privé. Le secteur privé, lucratif ou non, doit respecter les normes et priorités définies par l'État.

Les relations avec les tradipraticiens ou leur représentants seront facilitées et entretenues. La politique du MSPP visant à promouvoir et à intégrer la médecine traditionnelle au système national de santé, sera élaborée de concert avec les tradipraticiens.

3.3.8 L'intégration des services et la mise en place du paquet minimum de services

Afin d'assurer une approche globale des problèmes de santé, les activités sanitaires préventives et curatives seront dispensées de manière intégrée dans toutes les structures sanitaires et à tous les échelons de la pyramide sanitaire. Au niveau des UCS, les activités de santé seront planifiées de façon à garantir le *paquet minimum de services* qui inclut:

- la prise en charge globale de l'enfant;
- la promotion de la santé de la reproduction;
- la prise en charge des urgences médico-chirurgicales;
- la lutte contre les maladies transmissibles;
- la fourniture des médicaments essentiels;

- les soins dentaires de base;
- l'assainissement du milieu et l'approvisionnement en eau potable.

Quand bien même que les activités curatives ne seront pas négligées, priorité sera accordée à la prévention, en particulier en ce qui a trait à la santé des femmes et des enfants.

Ces priorités trouveront leur traduction dans le budget de l'État où davantage de moyens de fonctionnement (entretien des équipements et des bâtiments, supervision, entres autres) seront alloués aux structures périphériques afin d'assurer la fourniture de services de meilleure qualité.

3.3.9 Une amélioration des moyens matériels de fonctionnement pour les services de santé

Afin de permettre une meilleure qualité dans la prestation des services de santé, notamment au niveau périphérique, un meilleur équilibre entre les dépenses en personnel et les dépenses de fonctionnement devrait être progressivement atteint. A l'instar du budget du MSPP pour 1994-95, cette part des dépenses pour le fonctionnement courant ne devra pas être inférieure à 30%.

3.3.10 L'amélioration de la disponibilité et de l'accès aux médicaments

L'État doit s'assurer que les services pharmaceutiques se font selon la loi, dans l'intérêt de la santé humaine et ce sur tout le territoire national, en particulier le contrôle de la qualité et du prix des médicaments.

L'État veillera à la disponibilité en médicaments, vaccins et matériel en quantité suffisante dans institutions publiques et privées non lucratives. Afin de diminuer le coût des soins, il sera donné priorité aux médicaments sous forme générique. Une attention particulière sera apportée à la pharmacopée traditionnelle. Le personnel sera formé en vue d'une utilisation adéquate des médicaments, une saine gestion des ressources, ainsi que pour l'éducation et l'information de la population.

3.3.11 Une politique de ressources humaines adaptée

La formation médicale et paramédicale sera redéfinie de façon à permettre une réponse adéquate aux problèmes de santé de la population. L'emphase sera placée sur une formation adaptée aux conditions sociales, géographiques et épidémiologiques du pays plutôt que sur une formation de pointe. Priorité sera

donnée à la formation des gestionnaires tant pour les UCS que pour le niveau départemental et pour les hôpitaux. La faculté de Médecine sera réorientée dans le cadre de l'autonomie universitaire. Les curricula des écoles paramédicales devront être uniformisés, et les diplômes reconnus par le MSPP.

Les ressources humaines seront redistribuées de façon à améliorer la couverture des services de santé, et de plus il sera tenu compte du personnel disponible dans le secteur privé. Les tâches seront redéfinies pour tenir compte des nouvelles orientations de la politique de santé. Une politique de formation continue devra être mise en place par le MSPP.

Un meilleur encadrement associé à de meilleures conditions de travail permettra une amélioration de la motivation du personnel de santé. Cependant, une amélioration des conditions financières et de logement sera également nécessaire, en priorité pour le personnel travaillant dans des conditions d'isolement géographique. Un plan de carrière, visant à offrir la promotion et la sécurité de l'emploi sera développé pour le personnel.

3.3.12 Une recherche au service de la population

La recherche sera encouragée, à la condition de présenter des retombées pratiques pour la santé de la population haïtienne. L'État, en la personne du Ministère de la Santé Publique et de la Population, doit être informé des recherches effectuées sur le sol haïtien. Il doit s'assurer de leur caractère éthique et de leur intérêt pour la santé publique haïtienne. En particulier, la protection des intérêts de toute personne volontaire doit être garantie. Les résultats de toute recherche devront être diffusés en Haïti.

3.3.13 Une législation défendant les intérêts de la population

Le Ministère devra, afin de se donner les moyens de sa politique, développer une législation lui permettant de rendre opérationnelles les nouvelles structures telles que définies dans le cadre de la Politique Nationale de Santé. Cette législation devra tenir compte des éléments d'équité, de justice sociale, de décentralisation et de participation communautaire que commandent le nouveau contrat social avec le peuple haïtien. Le nouveau cadre juridique qui devra considérer en priorité les domaines suivants:

- Définition du cadre de la décentralisation et affirmation de la participation communautaire;
- Droits et devoirs des travailleurs de santé;
- Droits et devoirs du secteur privé médical et pharmaceutique;

- **La médecine traditionnelle: application, intégration, recherche;**
- **Cadre éthique de la recherche.**

I 序論			
II 保健衛生状況			
2. 1 保健衛生の諸問題	2. 2 保健衛生システム		
2. 3 システム作動不能の諸原因	2. 4 結論		
III 新保健衛生政策の大きい方向性			
3. 1 概念枠組み	3. 2 諸目標		
	3. 2. 1 一般的目標	3. 2. 2 特殊目標	
3. 3 戦略的重要ポイント			
3. 3. 1 国家の権威の確立	3. 3. 2 共同体の参加		
3. 3. 3 地方分権化	3. 3. 4 保健衛生地図の合理化		
3. 3. 5 保健衛生費用の分担の改善			
3. 3. 6 保健衛生セクターの活動とその他のセクターの活動との調整			
3. 3. 7 保健衛生事業のセクター間の調整			
3. 3. 8 各種サービスの統合と最小限の内容を揃えたサービスの設定			
3. 3. 9 保健衛生業務のための稼働資材の改善			
3. 3. 10 医薬品の確保と利用可能性の改善			
3. 3. 11 妥当な人的資源の政策			
3. 3. 12 住民に役立つ研究	3. 3. 13 住民の利益を擁護する立法		

I 序論 03

あらゆる形態の抑圧に反対するハイチ人民の闘争は、1990年12月16日の政治的選択をもって決定的な転換点に達した。この選択は一つの意志の表明を表している。それは、独裁国家の遅れた諸機構を変革して、法と社会正義がわが国の発展過程への全住民の完全な参加を容易ならしめる道具となるような新しい社会の建設を可能にする、という意志である。この選択はまた、住民の基本的要求とりわけ保健衛生の分野でのそれを満足させることのできない行政機構の集団的な拒否をも反映している。

ハイチ国家は、その新しい政策の一環として、健康は病気の不在以上のものであると考える。それは、個人が進歩していく環境への肉体的・精神的・社会的適応能力なのである。連帯と責任の文脈における人間個人の尊重と民族自決とを軸とする政策としての市民の健

康を改善することをめざす政策の大綱を定めることは、公衆衛生・人口省（MSPP）の責任に属する。

複数セクターにまたがる対応を必要とする人口政策は、きわめて近い将来において、準独立の組織単位に委ねられることになるであろう。MSPPは、わが国の人口政策の策定と妥当なプログラムやプロジェクトの実施のために、この組織単位に対して技術的支援その他必要なあらゆる援助を与えるであろう。それゆえ、人口関連の問題は本文書の扱いの範囲には入らない。

II 保健衛生状況

04

2. 1 保健衛生の諸問題

ハイチ国の人口は1995年度中に約700万人に達するであろう。人口は年率2%のテンポで増加しつづけている。住民のうちの約40%が15歳未満である。急速な都市化率にもかかわらず、70%がいまだ農村地帯で生活している。妊娠可能年齢の女性は総人口の約25%を占めている。

わが国は80年代以来深刻な経済危機に直面している。1991年度には380米ドルと見積もられた一人当たりの国内総生産高は、1960年のレベルに低下している。失業と雇用不足が長期化している。住民の半数以上が文盲であり、女性にあってはこの比率はさらに高い。環境・清掃・飲料水にかかわる諸問題は深刻である（世界保健機構の評価によれば、飲料水配給網は1991年から1994年までのあいだに30%減少さえしている）。栄養摂取は質的にも量的にも不適切であり、必要熱量の94%と見積もられている。

以上の結果は危機的な保健衛生状況である。保健衛生についての情報システムが不足していて、保健衛生システムとそのインパクトの徹底的な分析は不可能である。とはいえ、以下の諸指標が一般的に受け入れられている：

——粗死亡率は13%と見積もられる（1990年度）

——寿命は55年（これに対して南米諸国の平均は67年）。

——生存出生1000件について、一才未満の死亡は94件である（これに対して南米とカリブ海の諸国の平均は39件、ジャマイカでは12件、またドミニカ共和国では42件）。同じく新生児1000人のうち133人が5歳にまで達しない（上記と同じ諸国では該当人数はそれぞれ50人、14人、50人である）。これらの死亡件数の半分が下痢と呼吸器感染に起因するものである。

——3歳以上の小児の約40%に体位の劣性異常がある。重度の栄養障害には、北部の

6%から南部の3、5%までの幅がある。出生時の小児の過少体重の出現率は15%と見積もられている。

—出産時の母親の死亡率は生存出生1000件につき4、6件（これに対してジャマイカでは1、2件、キューバでは0、4件）と見積もられている。

—女性のうちの35%から40%が血液1ℓあたりのヘモグロビンが11g未満である。05

—下痢（5歳未満の小児につき年間7種類の予期せぬ偶発症状）や腸チフスのような06
水性伝染病は極めて高い罹患率を有している。

—結核の罹患率は5%と見積もられている。エイズ患者の半数が結核にかかっている。

—エイズ感染率は都市部で8%から10%である。農村部での感染率は1991年の政治危機以来1%から4%に上昇した。女性の感染率も男性とほとんど同じである。梅毒もまた広く蔓延しており、ワッセルマン反応陽性率は都市部の住民の6%から8%である。

—マラリアは国土の80%に広まっている。幸いなことに、抗マラリア薬のクロロキンへの耐性は現在までのところ報告されていない。

—疫病は頻度が高く繰り返し発生している（1993年には麻疹と腸チフス、1994年には髄膜炎菌敗血症）。

以上の概観には歓迎できるデータはほとんど無い。しかしながら、小児麻痺の根絶とコレラの不在が注目される。とはいえ後者については、その不意の発生のためのあらゆる要因が揃っているということを指摘しておかなければならない。

2. 2 保健衛生システム

歴史的に見て、ハイチ国の保健衛生システムはこれまで一度として、住民の要求・その諸手段およびその感受レベルに適合したことがなかった。1978年のアルマ・アルタの会議以前には、このシステムは本質的に治療を主体とするものであって、設備の劣悪な病院と保健衛生センターのネットワークを基礎としていた。予防サービスはほとんど展開されていなかった。世界保健機構の提案による第一次保健衛生ケアの戦略は、数次にわたる保健衛生関連の優先プログラムを介してハイチ国で適用されたが、国家はこれらのプログラムに対して基金の使用可能性に応じた相対的な重要性を付与した。また、多数の非政府系組織の個々の事業によっても上記戦略は適用された。その結果は要求に対応しうるものではなかった。

—医療人員の配置率は、住民に1000人につき医師1、1名、看護婦1、2名、歯科医師0、4名である（ドミニカ共和国の8分の1に相当）。しかもこの人員数の分布は

きわめて不均等である。

—1991年度には、住民の少なくとも40%が第一次保健衛生ケアをまったく受けられない状態であった（これに対して他の南米・カリブ海諸国では26%にすぎなかった）。あらゆる角度から見て、保健衛生サービスのカバー率は現在ではさらにいっそう不十分であるとさえ考えざるをえない。 07

—たとえば1988年度の一時的な改善にもかかわらず、ワクチン投与率は低位のままであり最近10年間は30%の近傍に滞留している（これに対して、周辺地域の他の諸国では75%を上回っている）。

—分娩のおよそ80%は自宅で行われている。

—結核患者のうち治療を始めるのは半数以下であり、しかもそのうちの40%以上が治療の前に治療を放棄している

—下痢症状のある小児のうち経口再水和処置を受けられるのは20%ほどであるにすぎない（これに対して南米諸国の平均は57%である）。

—飲料水サービスは首都人口の37%、地方都市の41%、また、農村部では23%をカバーしているにすぎない。

—基礎清掃業務は都市部では30%、農村地帯では16%の率で実施されている。

また、国家の保有する財政手段も住民の要求に対応するには不足しており、使用方法も適正ではない：

—保健衛生のための国家の努力は最近においては手薄になっており、1985—1986年度総予算の12、5%から1992—1993年度予算の8、2%へと低下している。

—保健衛生関係の国民一人当たりの国家支出は低い水準が続いており、1992年度は約23グルドであった。

—給与支払いに充当されたMSPPの予算のパーセンテージは最近数年間上昇しており、1993—94年度には92%に達した。

—この給与支払いのうち、MSPPはその33%を、非政府系組織に配属されている国家要員の報酬に充てているが、彼らに対しては国家は活動の実質的な監視をまったく行っていない。

2.3 システム作動不能の諸原因

国家の撤退。すなわち、国家はハイチ人民に対する保健衛生にかかわる責務から自己を解任しているのである。また国家はその規範適役割りと調整者としての役割も放棄してい

る。国家はほとんどの場合、保健衛生サービスを組織しこれに資金助成するという仕事を民間セクターと外国の援助に任せているのである。それゆえ、国民の大多数は保健衛生上の要求に対処するための制度的枠組みも手段もないままになっている。

立法の遅れ。担当省を規制する基本法は1982年に制定されたものである。この法律は現在では国民の健康を守るというその使命に応じえなくなっており、わが国の1986年から1990年までの状況を特徴付けたさまざまな動きに対してほとんど何もしていない。

保健衛生人員の政策が適正でない。すなわち、保健衛生に携わる職員の教育訓練とりわけ幹部職員のそれが無計画的であったので、その結果として、準備が適当でなく、もっとも頻繁に生じる保健衛生上の問題に対応するという動機が欠如しており、また、資金を第一次保健衛生ケアによりむしろ専門的業務に振り向けるということになっている。こうした事態は、人的資源の都市部とりわけ首都への集中と民間セクターおよび国外への逃散に表されている。保健衛生システムと人的資源の管理の不在、保健衛生従事者の困難な物質的条件、および、とりわけ農村部で顕著な支援の欠如は、こうした傾向を一層強めている。

伝統的システムの軽視。今日でもなお実行されているようなハイチ国の保健衛生システムは、大部分の人民からの信頼を得ているにもかかわらず伝統的な医療従事者をわが国の保健衛生にかかわる諸問題との関わりに参加させるという意向を示さなかった。伝統的な医療従事者たちは、行政当局のこうした軽視を前にして次第に屈伏するようになり近代的システムに適応できる者は適応するようになった。近代的技術と伝統的技術を同時に使用するという収益性の高い診療行為を利用する《似非医師》のタイプが出現することになったが、しかし彼らは実際には近代的でも伝統的でもなかった。産婆について言えば、産婆たちがその恩恵を受けてきた教育訓練と身分の明確化のための近年の努力にもかかわらず、産婆たちは実態としてはシステムに自己を統合することができなかったのであり、彼女たちの知識は十分には生かされていない。

保健衛生関連の公共セクターと民間セクターの分離。公共セクターは極度に悪化しておりもはや国民の信頼を受けていない。これと並行的に、保健衛生従事者の形で民間セクターに支援を与えているにもかかわらず、民間セクターは国家システムへの統合ということに全く配慮することなく、着実に発展している。営利目的の民間下位セクターは、大部分の国民にとっては財政的にますます近づきたいものになっている。これに対して、利潤を追求しない民間下位セクター（非政府系組織）は、好成績を上げることもまれではないが、一般的には孤立的に行動しており、国民の保健衛生状態全般に対しては限られたイン

パクトしか有していない。

インフラストラクチャーの不適合性。一般的インフラストラクチャーは大部分が1915年に建設されたものであり、本質的に治療目的で診療を行うモデルとして設定された。それは、国民の要求にも、保健衛生システムと知識の近代化にも本当に合致させられたことは決してなかった。

09

財政資金の配分と管理の不適正さ。国家の努力の悪化により、国家は保健衛生にかかわる本質的な要求に対処することがもはやできなくなっている。MSPPの予算の8%しか運営支出に充当しないので、設備とインフラストラクチャーの保守、監視と医薬品の調達、これらの業務はもはや適正に遂行されえなくなっている。MSPPは、その支出のうちの相対的に大きな部分を診療業務に充てているために、極度に深刻な問題に再び直面している。すなわち、国民、とりわけもっとも恵まれない国民が、第一次保健衛生ケアを剝奪されているのである。

システムの非効率性と、保健衛生業務の非予算的収入の系統的な監督の欠如は、保健衛生システムの管理を困難にし、諸手段の不適切な利用さらには浪費にさえつながっている。

2.4 結論

要するに、現在の保健衛生システムは、保健衛生についてのセクター別のアプローチの最終的な結果を表しているのである。このアプローチは現在まで、保健衛生と開発の全体的戦略に統合されない個別分散的なプログラムと事業に有利に作用し、保健衛生上の諸問題に対して多くは場当たり的で縦割りのような解決策をもたらしてきた。このアプローチは一般的に言って、わが国民に対する責任事項からの国家の撤退を反映していた。

しかしながら、人的資源の収益性の著しい改善のための潜在的可能性が存在する。公衆衛生・人口省は、保健衛生の責任は何といても家族と共同体に帰属するものであるという原則を抛り所として、その政策を再設定しなければならない。政府の全体政策に組み込まれてしっかりした構造を有する保健衛生政策は、個人と団体が合理的な決定を下すのを助けるための参照枠として役立つ筈である。このことは、以前に実行されていたこと、すなわち、国民に背を向ける国家の集権主義と軍事独裁体制を特徴とするやり方に、明確に対立する政策を含意する。

III 新保健衛生政策の大きい方向性

3.1 概念枠組み

保健衛生政策は次のことを行わなければならない：

10

- 公正・社会正義・連帯にかんするハイチ人民の要求に応えるという意志を実行に移すこと
- すべての市民の保健衛生に対する権利を確立すること
- 当該セクターに投資すべき資本の動員をめざした諸機構の稼働
- 治療的および予防的保健衛生ケアならびに飲料水と清掃のサービスが国民すべてに行き届くようにすること
- 保健衛生活動の計画策定と実施ならびに諸資源の管理のレベルで、共同体の参加を可能にする諸機関の設置を推進すること。

3. 2 諸目標

3. 2. 1 一般的目標

複数セクターの介入作業、および、諸共同体の要求に適合して誰にでも利用可能な保健衛生国家システムの設置、によって国民の保健衛生状態を改善すること。

3. 2. 2 特殊目標

——ハイチ国民をもっとも苦しめている諸疾病とりわけ伝染病と小児と妊産婦の疾患に起因する死亡率と罹患率を引き下げること。

——とりわけ教育・環境の浄化・不健全な生活との闘い・第一には発育途上にある若者と妊婦における食料・栄養補給といった、保健衛生状態の決定要因に働きかけること。

3. 3 戦略的重要ポイント

3. 3. 1 国家の権威の確立

国家はすべての市民の生活と健康をに対する権利を保障する義務がある。国家は、共同体との協力関係にあるMSP Pを介して、保健衛生にかかわる優先事項を定め、基準を設定しその適用を監督しなければならない。MSP Pはまた、保健衛生システムの様々な関係者の事業の調整も行わなければならない。国家が保健衛生に与える優先性は、この部門に充当される予算に反映されなければならない。国家のこのような財政的努力はすでに1994—1995年度に開始されているが、今後とも継続し拡大していかなければならない。

3. 3. 2 共同体の参加

参加は戦略でもあり同時に到達点でもある。それゆえ参加は持続的に追求しなければならない。保健衛生セクターに付属する参加のネットワークは、その他のパートナーおよびそれらの独自の共同的参加のネットワークとともに、同定されリストアップしなければならない。保健衛生関係職員は、その他のセクターとの協力の下に、これらの参加メカニズムの触媒となるべくその専門的技能を使用しなければならない、とりわけ、保健相談や組

織されたグループの相談の推進ないしこれらの相談の発足を促さなければならない。こうした相談の機会にそれぞれの土地の問題や全国的な問題が議論されるであろう。

3. 3. 3 地方分権化

地方分権化は、大衆的な参加を促し各種サービスへのアクセス可能性を改善するひとつの手段となるであろう。憲法を尊重した地方分権化の政策にかんする特別な文書が、以下のような大綱をもって作成されることになっている：

a) 保健衛生共同体単位（UCS）。これは地方分権化の基本単位を表している。この単位は、現地住民またはその代表者たちとの密接な協力の下に、現地住民の保健衛生にかかわる一切の事柄を計画化し管理する責任を有している。この単位は共同体に対して基本サービス全般の供与を確実に行う。この単位は、現地で保健衛生関連事業にかかわるすべての者をネットワークにつなぎ取りまとめる。

b) 県レベル。これは地方分権化の礎石である。県はUCSの定着において活性化と調整の役割を演じる。県は各種活動の制度的枠付けと追跡調査および評価を実施する。県はUCSと中央レベルとの連結者として機能する。

県レベルは、すべてのUCSがアクセス可能で機能している基準システムを活用できるように取り計らわなければならない。UCSと共同体は基準システムの設定と管理に協力してあたらなければならない。

c) 中央レベル。このレベルは全国的な調整と計画策定のレベルを表す。それはとりわけ、規範的な機能および追跡調査・評価の面での各県への支援の機能を遂行する。このレベルはまた各種資源・手段の動員も実施する。

d) 行政的・管理的な地方分権化は予算面での分権化を伴わなければならない。地方レベル（UCS、県）は、独自に執行しうる予算を有することとなるであろう。この予算は、国家からの交付予算および国民からの保健衛生分担金を財源とする収入からなる。国民は、経営評議会を通じて管理に参加することになっている。

3. 3. 4 保健衛生地図の合理化

MSP Pは、その使命が明確に定義された保健衛生施設（適合的でアクセス可能な基準システムを含む）が、わが国領土を最適な形でカバーできるように保健衛生地図を合理化することになっている。民間セクターの諸機構もこの保健衛生地図の構成部分に含まれるであろう。これらの機構は各県の担当局から運営の認可を受けなければならない。より適性の高い保健衛生機構を修復または設置するために、設備程度の劣悪な諸地帯が優先的に扱

われるであろう。

3. 3. 5 保健衛生費用の分担の改善

共同体の参加と地方分権化の一環として、各種サービスの質の改善とその継続を確実にできるように、保健衛生費用の分担の実施を追求することになっている。しかしながら、治療を受ける機会をもっとも恵まれない人々に保障されなければならない。

地方分権化の一環として、ハイチ社会の現実に根ざしたリスクの分担とより大きい連帯性をめざす現地のシステムを漸進的に構築する経験に対する支援が行われるであろう。

3. 3. 6 保健衛生セクターの活動とその他のセクターの活動との調整

13

保健衛生は一学科内部の問題であるとともに複数学科に跨がる問題でもあり、市民生活の様々なセクターそれゆえまた市民の属する団体、にかかわりのある諸事業の組み合わせによってはじめて取り組み可能である。保健衛生は、発展途上諸国の社会的・経済的発展過程の総体から出てくる主要な結果である。

それゆえ、個人の健康の改善を目指す諸事業は、次の諸要素の全体を包括し、それらの相乗作用にまたなければならない：（とりわけ女子の）教育の促進、食料供給と栄養補給の改善、および、市民の発展と精神運動的・社会的開花を促す環境の維持。農村部都市部を問わず清掃と飲料水にかんするプログラムに特別の注意を払わなければならない。これはそれゆえ、国民生活の全てのレベルにおける保健衛生事業の超セクター的統合を必要とする。

3. 3. 7 保健衛生事業のセクター間の調整

保健衛生サービスへのアクセスを改善し治療の質を良くすることができるためには、公共セクターと民間セクターの間の調整をあらゆるレベルで行わなければならない。UCSはこのための絶好の場である。調整は民間を支援し監督する任に当たる国家が実施する。民間セクターは、営利を目的とするかどうかにかかわらず、国家の定める基準と優先順位を尊重しなければならない。

伝統的臨床医またはその代表者たちとの関係が容易になり維持されるであろう。伝統医学を推奨しこれを国家の保健衛生システムに統合しようとするMSPの政策が、伝統的臨床医との協力の下に策定されることになっている。

3. 3. 8 各種サービスの統合と最小限の内容を揃えたサービスの設定

予防的および治療的保健衛生活動は、保健衛生問題への総合的なアプローチを確実なものとするために、すべての保健衛生機構とこれらの機構ピラミッドのあらゆる段階において、統合的な仕方で施行されるであろう。UCSのレベルでは、保健衛生活動は最低限の

内容を揃えたサービスを保障するように計画化されることになっている。これには次のものが含まれる：

- ・小児のあらゆる世話の引き受け
- ・出産育児にかかわる保健衛生の推進
- ・外科救急医療の引き受け
- ・伝染性疾病との闘い
- ・基本医薬品の供与
- ・基礎的歯科診療
- ・環境の清掃と飲料水の供給。

14

3. 3. 9 保健衛生業務のための稼働資材の改善

とりわけ周辺部のレベルでの保健衛生サービスの供与における質の改善を可能にするために、人件費と運営費の均衡の改善を徐々に達成しなければならないであろう。1994-95年度のMSPPの予算に倣って、日常的稼働のための予算のこの部分は30%を下回ってはならない。

3. 3. 10 医薬品の確保と利用可能性の改善

医薬品サービスが法律に則り、人間の健康を利するように、しかも、わが国領土全域にわたって行われることを、国家は保障しなければならない。とりわけ、医薬品の品質と価格の監督が重要である。

国家は、公共施設と非営利目的の民営施設に十分な数量の医薬品・ワクチン・資材が常備されているよう、意を用いることとする。診療費用を引き下げするために、一般的形態の医薬品を優先させることとする。伝統的な薬局方に特別の注意を払うものとする。職員の教育訓練は、医薬品の適正な使用、諸資源の健全な管理、ならびに、住民への教育と情報を目的として実施することとする。

3. 3. 11 妥当な人的資源の政策

医学教育と医学関連教育は、住民の健康問題への妥当な対応を可能にするように再定義されることになっている。力点は、先端教育によりむしろ、わが国の社会的・地理的・疫病的条件に合致した教育に置かれるであろう。UCSのレベルについても県レベルや病院についても、経営管理者の養成が優先されるであろう。医学部は大学の自治の一環として再方向づけされるであろう。医学関連学校のカリキュラムを統一化し、卒業資格はMSPPの認定を受けたものとしなければならないであろう。

15

人的資源は保健衛生サービスのカバー状況を改善するように配置換えされるであろう。さらにまた、民営セクターで調達可能な人員も考慮に入れられるであろう。保健衛生政策の新しい方向づけを考慮に入れるために、諸任務も再定義されるであろう。MSPPは生

涯教育の政策を実施するはずである。

より良好な労働条件と結びついた制度的保障の改善により、保健衛生関連職員の動機付けが改善されるであろう。しかしながら、経済的条件と住宅条件の改善も、とりわけ地理的孤立の状態ですらっている職員のために、同様に必要であろう。昇進と雇用の安定を提供することを目的とするキャリア計画が職員を対象として展開されることになっている。

3. 3. 1 2 住民に役立つ研究

ハイチ国民の健康にとっての実際的な影響を提示することを条件に、研究が奨励されるであろう。公衆衛生・人口大臣に代表される国家は、ハイチ国領土内で実施された研究についての情報を受け取らなければならない。国家は、研究が倫理的な性格を有しハイチ国の公衆衛生にとって利益をもたらすことを確実にしなければならない。特に、あらゆるボランティアの利益の保護が保障されなければならない。どの研究についてもその成果はハイチ国内で公表されなければならない。

3. 3. 1 3 住民の利益を擁護する立法

管轄省は、その政策の遂行手段を確保するために、国家保健衛生政策の枠内で定められた新しい諸機構を稼働性のあるものとする立法措置を展開しなければならない。この立法措置は、ハイチ人民との新しい社会契約を支配する公平・社会正義・地方分権・共同体参加という諸要素を考慮に入れなければならない。新しい法的枠組みは次の諸分野を優先的に考慮しなければならない：

- ・分権化の枠組みの設定と共同体参加の確実化
- ・保健衛生関連労働者の権利と義務
- ・民間医療セクターの権利と義務
- ・伝統医学：適用、統合、研究
- ・研究の倫理的枠組み。

