No.

ホンデュラス国
第七衛生地域保健総合開発計画
事前調査団報告書

平 成 11 年 3 月

国 際 協 力 事 業 団
医　療　協　力　部

医 協 二
J　R
00 - 38

序　　文

ホンデュラス国の保健医療指標は、５歳未満児死亡率45対1000（1997年)、出生時平均余命70歳（1997年）と、この30年あまりの間に大きく改善されましたが、妊産婦死亡率が220対10万(1997年）を記録するなど、依然として中南米諸国の中では低い保健水準にあります。

かかる背景のもと、同国政府は保健セクターを最重要セクターのひとつと位置づけ、保健セクターの既存資源を有効活用し保健サービスの改善を図るべく、わが国に開発調査「全国保健医療総合改善計画調査」を要請しました。同調査は1995年１月から1996年８月まで実施され、地域モデル・ヘルス・プログラムとして、①都市型、②農村／都市貧困型、③総合開発型、の３つのモデルが提示されました。同調査の結果を受けてホンデュラス国政府は、「総合開発型」モデルの実現を図るべく、報告書においてモデル地域とされた第７保健地域（オランチョ県）におけるプロジェクト方式技術協力を要請しました。

これを受け、国際協力事業団はプロジェクト方式技術協力による第七衛生地域保健総合開発計画実施の可能性について調査すべく、1999年２月１日から２月14日までの日程で、国立国際医療センター国際医療協力局派遣協力課、新崎康博氏を団長とした事前調査団を派遣しました。

本報告書は、同調査団が実施しました調査および先方政府等との協議結果などを取りまとめたものです。ここに本件調査にご協力いただきました関係各位に対しまして、深甚なる謝意を表しますとともに、本件プロジェクト実施に向けて、今後ともご指導、ご鞭撻をお願い申し上げます。

平成11年３月

国際協力事業団
理事　阿部　英樹

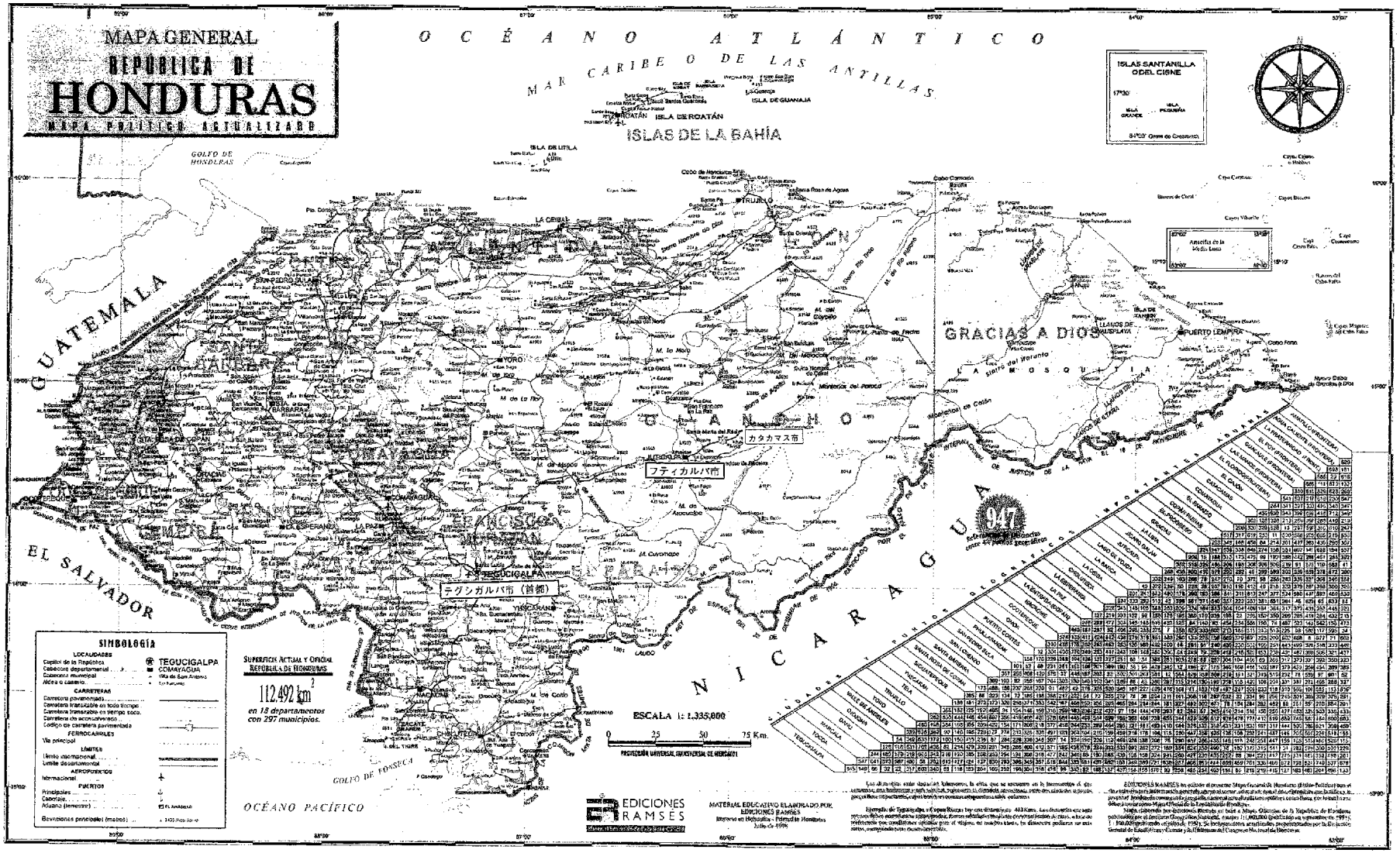

MAPA GENERAL
REPUBLICA DE
HONDURAS
MAPA POLITICO ACTUALIZADO
OCÉANO ATLÁNTICO
MAR CARIBE O DE LAS ANTILLAS
ISLAS DE LA BAHÍA
ISLA DE ROATÁN
ISLA DE GUANAJA
ISLAS SANTANILLA O DEL CISNE
GOLFO DE HONDURAS
GUATEMALA
EL SALVADOR
NICARAGUA
GRACIAS A DIOS
LA MOSQUITIA
カタカマス市
フティガルパ市
テグシガルパ市（首都）
SIMBOLOGIA
LOCALIDADES
Capital de la República
Cabecera departamental
Cabecera municipal
Aldea o caserío
TEGUCIGALPA
COMAYAGUA
CARRETERAS
Carretera pavimentada
Carretera transitable en todo tiempo
Carretera transitable en tiempo seco
Carretera de acceso difícil
Código de carretera pavimentada
FERROCARRILES
Vía principal
LIMITES
Límite internacional
Límite departamental
AEROPUERTOS
Internacional
PUERTOS
Principales
Cabotaje
Aduana (terrestre)
Elevaciones predominantes (metros)
SUPERFICIE ACTUAL Y OFICIAL
REPUBLICA DE HONDURAS
112.492 km²
en 18 departamentos
con 297 municipios.
ESCALA 1: 1.335.000
0 25 50 75 Km.
PROYECCIÓN UNIVERSAL TRANSVERSA DE MERCATOR
EDICIONES RAMSES
MATERIAL EDUCATIVO ELABORADO POR EDICIONES RAMSES
Impreso en Honduras - Primera Edición
Julio de 1996
OCÉANO PACÍFICO
GOLFO DE FONSECA

写真１
サン・フランシスコ病院での協議

写真２
協議議事録署名
（着席者左から、林JICA事務所長、MELENDEZ次官、CASTELLANOS保健大臣、新崎団長、平賀団員）

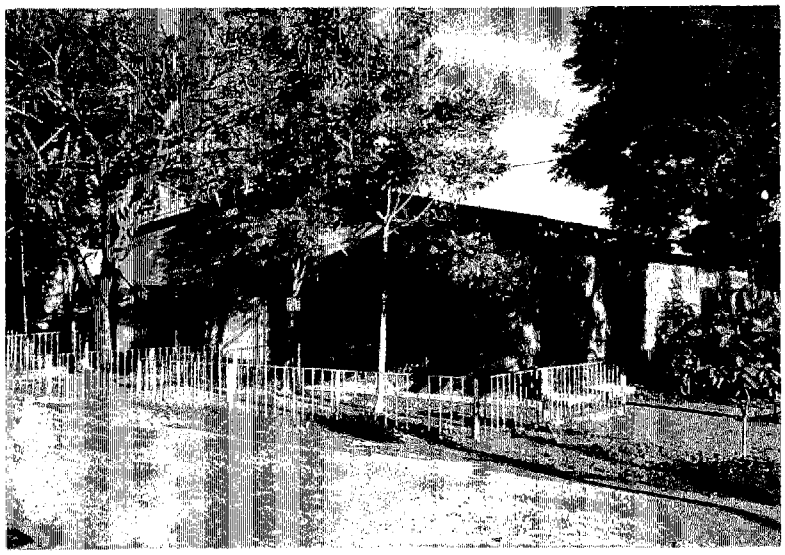


写真３
保健省第七衛生地域事務所
（管理棟）

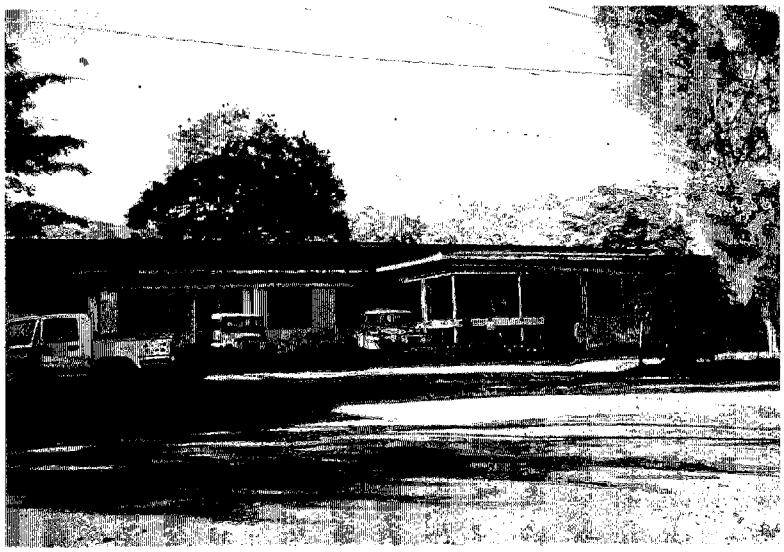


写真４
保健省第七衛生地域事務所
（業務棟）

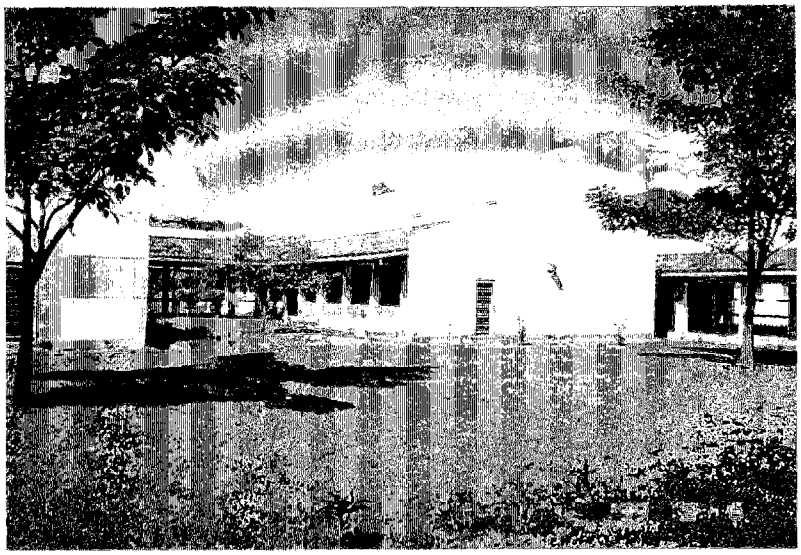


写真５
サン・フランシスコ病院外観
（日本の無償資金協力により1991年
に完工）

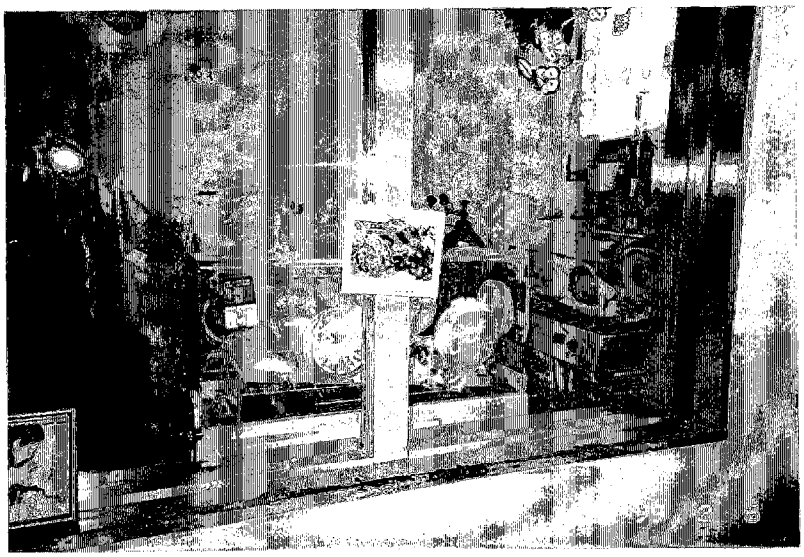


写真６
サン・フランシスコ病院産科

写真７
医師あり保健所外観
【サン・フランシスコ・デ・
ラパス市】

写真８
医師あり保健所事務室
(左の棚に見えるのは患者カルテ)
【サン・フランシスコ・デ・
ラパス市】

写真９
医師なし保健所外観
【サン・フランシスコ・デ・
ラパス市】

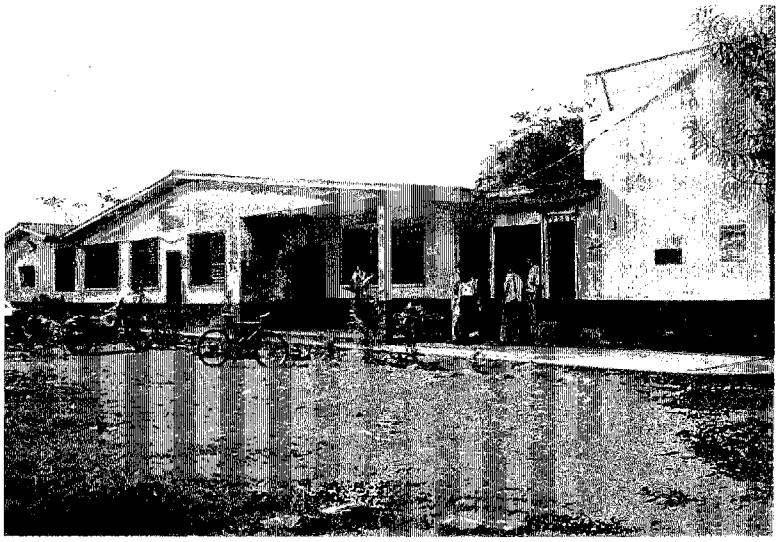


写真10
医師あり保健所外観
(母子保健所併設)
【カタカマス市】

写真11
医師あり保健所診療状況
【カタカマス市】

写真12
母子保健所内部の様子
(医師あり保健所に併設)
【カタカマス市】

写真13
サラマ市中心部の様子

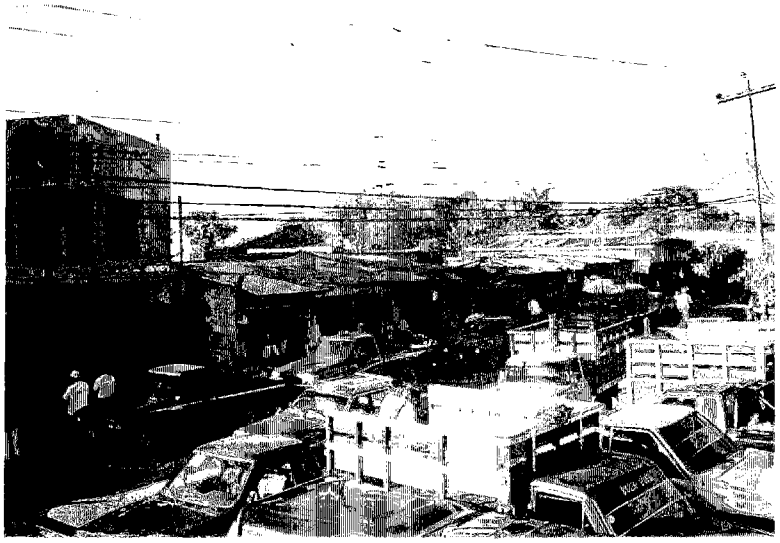


写真14
フティカルパ市の様子
市場に面した通り

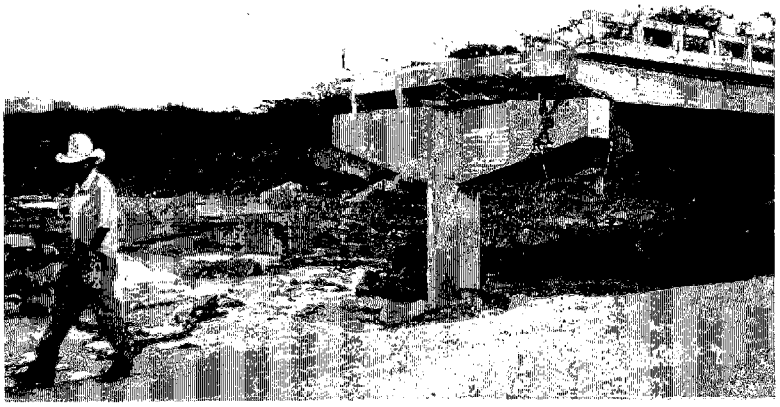


写真15
首都テグシガルパからフティカルパ市へ向かう途中の橋
(ハリケーン・ミッチの影響により崩壊したもの)

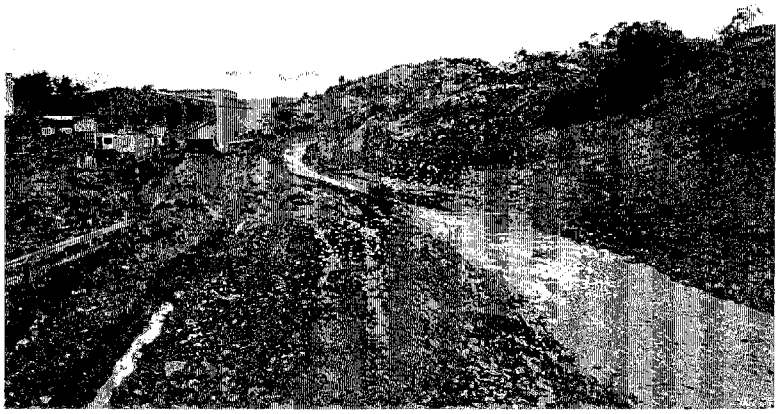


写真16
首都テグシガルパの市内を流れる川
(所々にハリケーンの爪痕が残る)

目　　次

序　文
地　図
写　真

１．事前調査団派遣 …… 1
　１－１　調査団派遣の経緯と目的 …… 1
　１－２　調査団の構成 …… 2
　１－３　調査日程 …… 3
　１－４　主要面談者 …… 4

２．要　約 …… 6

３．要請の背景 …… 7
　３－１　開発調査 …… 7
　３－２　プロジェクト方式技術協力の要請 …… 7
　３－３　「日本政府に対する無償技術援助要請の枠組みにおける必要な措置」 …… 8

４．開発計画の現状と関連 …… 10
　４－１　国家保健計画の概要 …… 10
　４－２　国家保健計画の現状認識（保健医療に関する問題) …… 11
　４－３　国家保健計画の現状認識（保健・医療制度) …… 12
　４－４　国家保健計画の目標 …… 13
　４－５　国家保健計画の進捗 …… 13
　４－６　ハリケーン・ミッチの国家保健計画に対する影響 …… 13

５．第七衛生地域（オランチョ県）の現状と問題点 …… 14
　５－１　第七衛生地域 …… 14
　５－２　サン・フランシスコ病院（地域中核病院) …… 15
　５－３　地域保健所 …… 16
　５－４　保健関連指標 …… 18

６．他国援助機関の協力概要 …… 19
６－１　米州保健機構（ＰＡＨＯ） …… 19
６－２　米国国際開発庁（ＵＳＡＩＤ） …… 19
６－３　米州開発銀行（ＩＤＢ） …… 19

７．プロジェクト実施計画 …… 20

８．相手国のプロジェクト実施体制 …… 21
８－１　保健省第七衛生地域事務所 …… 21
８－２　保健省本省 …… 21

附属資料
①　協議議事録 …… 25
②　プロジェクト要請書 …… 31
③　日本政府に対する無償技術援助要請の枠組みにおける必要な措置 …… 47
④　調査団からの事前照会関連資料 …… 58
⑤　現地収集資料 …… 90
⑥　協議記録 …… 116

１．事前調査団派遣

１－１　調査団派遣の経緯と目的

ホンデュラス共和国（以下、ホンデュラス）は人口600万人、１人当たりのＧＮＰは600ドルの低所得国であり、中南米諸国の中でも最も開発の遅れた国のひとつである。同国の保健医療指標は、５歳未満児死亡率45対1000（1997年)、出生時平均余命70歳（1997年）と、この30年あまりの間に大きく改善されたものの、妊産婦死亡率が220対10万（1997年）を記録するなど、依然として中南米諸国の中では低い保健水準にあるといえる。

このような状況下、ホンデュラス政府は保健医療セクターを最重要セクターのひとつと位置づけ、1990年以降、国家予算の約10％を同セクターに割り当ててきたが、1993年７月に保健セクターの既存資源を有効活用し、保健サービスの改善を図るべく「全国保健医療総合改善計画調査」をわが国に要請した。わが国は1994年４月に事前調査団を派遣しスコープ・オブ・ワーク（Ｓ／Ｗ）を署名後、1995年１月より本格調査を開始し、1996年７月に調査報告書を作成した。同報告書においては３つの地域モデル・ヘルス・プログラム（①都市型モデル、②農村型／都市型貧困モデル、③総合開発型モデル）が策定されている。

今般ホンデュラス政府は上述の開発調査結果に基づき、総合開発型モデル・ヘルス・プログラムの実施を図るため、わが国にモデル地域である第七衛生地域（オランチョ県）におけるプロジェクト方式技術協力を要請してきた。

同要請の内容は、第七衛生地域における保健財政の改善、保健サービスへのアクセス改善、保健医療施設・組織の管理運営マネジメントの向上、医療施設・機材の維持管理システムの強化、人的資源（保健従事者）開発等のための協力となっていた。

わが国は同要請に対して、1999年２月１日から２月14日まで、以下を目的として事前調査を実施した。

（１）ホンデュラスの要請内容を確認するとともに、ホンデュラスおよび第七衛生地域の保健医療状況を調査したうえで、わが国の協力の可能性を検討する。

（２）ホンデュラスのプロジェクト実施体制および負担すべき事項（予算、カウンターパートの配置、施設・機材等）を調査する。

（３）上記（１）および（２）を踏まえ、実施段階におけるプロジェクトの枠組みについて協議し、議事録を作成する。

１－２　調査団の構成

	担　当	氏　名	所　　属
団長	総括・地域医療	新崎　康博	国立国際医療センター国際医療協力局派遣協力課医師
団員	地域看護	平賀　恵子	国立国際医療センター国際医療協力局派遣協力課 厚生技官・看護婦
団員	協力計画	松本　明博	国際協力事業団医療協力部医療協力第二課課長代理
団員	業務調整	岡村　昭夫	国際協力事業団医療協力部医療協力第二課職員
団員	通　　訳	樋口　安紀	日本国際協力センター

１－３　調査日程

日順	月日	曜日	移動および業務
1	２／１	月	17：20　成田発 → 9:50　ロサンゼルス着（JL062） 23：59　ロサンゼルス発（TA521）
2	2	火	7：25　サン・サルヴァドル着 8：30　サン・サルヴァドル発 → 9:10　テグシガルパ着（TA390） 14：00　ＪＩＣＡ事務所表敬 15：00　日本大使館表敬 19：00　ＪＩＣＡ事務所業務打合せ
3	3	水	9：30　保健省訪問・協議 14：00　国際協力庁（ＳＥＴＣＯ）訪問 15：00　米州保健機構（ＰＡＨＯ）訪問
4	4	木	8：30　米国国際開発庁（ＵＳＡＩＤ）訪問 10：00　フティカルパ市へ向け移動 14：00　保健省第七衛生地域事務所
5	5	金	8：30～第七衛生地域内保健所、母子診療所訪問
6	6	土	8：30　サン・フランシスコ病院訪問 15：00　テグシガルパへ向け移動
7	7	日	資料整理
8	8	月	9：00～保健省との協議（第七衛生地域事務所、サン・フランシスコ病院関係者を含む）
9	9	火	8：30　協議議事録に関する協議 14：00　米州開発銀行（ＩＤＢ）訪問 --- 松本団員・岡村団員 7：25　テグシガルパ発 → 8：05　サン・サルヴァドル着（TA210） エル・サルヴァドル国看護教育強化プロジェクト訪問 18：35　サン・サルヴァドル発 → 22：15　ロサンゼルス着（TA520）
10	10	水	10：00　ＪＩＣＡ事務所報告 11：00　ＳＥＴＣＯ報告 11：30　日本大使館報告 14：30　協議議事録署名 --- 松本団員・岡村団員 11：40　ロサンゼルス発（JL061）
11	11	木	資料収集 --- 松本団員・岡村団員 16：15　成田着
12	12	金	11：45　テグシガルパ発 → 12：30　サン・サルヴァドル着（TA153） 18：35　サン・サルヴァドル発 → 22：15　ロサンゼルス着（TA520）
13	13	土	11：40　ロサンゼルス発（JL061）
14	14	日	16：15　成田着

１－４　主要面談者

（１）ホンデュラス側

１）保健省（本省）

Plutarco Castellanos	大臣
Victor Melendez	次官
Norma Paguda	対外協力部長
Gustavo Flores	サービス・ネットワーク部長
Lilliana Mejia	看護研修研究センター長

２）保健省（第七衛生地域）

Hector Escoto	第七衛生地域事務所長
Margarita Calix	計画・モニタリング・評価担当
Eda Calix	疫学担当

３）サン・フランシスコ病院

Abel Cerrato	病院長
Carlos Rodriguez	事務管理部長
Lerry Funez	カルテ部長
Hostilo Medina	人事部長
Ana Ferguson	看護部長

４）国際協力庁（ＳＥＴＣＯ）

Guadalupe Pacheco	管理渉外部長

（２）その他機関

１）米州保健機構（ＰＡＨＯ）

John Pages	ホンデュラス事務所長

２）米国国際開発庁（ＵＳＡＩＤ）

John Rogosch	ホンデュラス事務所　保健人口栄養部長

３）米州開発銀行（ＩＤＢ）

Juan Pablo Severi	Especialista en Desarrollo Social
Jorge Orlando Torres	Especialista Sectorial

（３）日本側

１）在ホンデュラス日本国大使館

伊藤　昌光	大使
山内　隆弘	二等書記官

２）ＪＩＣＡホンデュラス事務所

林　　和範	所長
安藤　孝之	次長
高田　宏仁	職員

２．要　約

本調査団は1999年２月３日に保健省を訪問して要請内容の確認を行ったが、保健省メレンデス次官より、1998年１月に新政権が発足後、新保健アジェンダを作成しこの実現を優先としている、このため日本への要請を「日本政府に対する無償技術援助要請の枠組みにおける必要な措置」に変更したい、との申し出があった。

同変更要請は医療モデルの編成（サン・フランシスコ病院の混雑を緩和するため、オランチョ県内に３カ所の二次医療病院を設置する等）を実現するための技術的支援（計画、設計、疫学評価）が内容であった。

調査団は、プロジェクト方式技術協力の説明を行い、病院建設を直接の達成目標とすることはできないこと、現存の施設を活用しての協力しかできないことを述べた。先方はこれを了解し、技術協力の枠内における協力を求めた。

調査団は２月４日から６日までオランチョ県フティカルパ市を中心に同市内の第七衛生地域事務所、サン・フランシスコ病院、ならびに近隣の保健関連施設を視察・調査し、第七衛生地域事務所幹部と意見交換を行った。

２月８日、保健省において再度メレンデス次官等と協議を行い、技術協力の枠組みについて合意を得たので、２月10日カステリャーノ保健大臣との間で以下内容の協議議事録に署名した。

・プロジェクト名：　オランチョ県保健医療強化プロジェクト

・プロジェクト目標：保健サービスへのアクセスと質の向上

・成　果：　（１）保健医療施設の運営とサービスの質の改善
　（２）プロジェクト目標の達成に必要な人材の育成
　（３）レファラルおよびカウンター・レファラルシステムの改善
　（４）コミュニティにおける健康教育強化

・プロジェクト期間：５年間

上記のとおり、プロジェクトの枠組みについては合意が得られたものの、詳細計画の策定にまでは至らなかった。個別具体的な活動計画を策定するためには、さらなる調査を行い、ホンデュラス側と十分な協議を重ねることが必要である。

３．要請の背景

３－１　開発調査

ホンデュラス政府は、1993年７月に保健セクターの既存資源を有効活用し、保健サービスの改善を図るべく「全国保健医療総合改善計画調査」をわが国に要請した。これを受け、わが国は1994年４月に事前調査団を派遣しＳ／Ｗを署名後、1995年１月より本格調査を開始し、1996年７月に調査報告書を作成した（「開発調査」)。

開発調査においては３つの地域モデル・ヘルス・プログラム（①都市型モデル、②農村型／都市型貧困モデル、③総合開発型モデル）が策定されており、この中の総合開発型モデル・ヘルス・プログラムの実施を図るため、モデル地域とされる第七衛生地域におけるプロジェクト方式技術協力を、1996年８月に要請してきた。

開発調査が提示する総合開発型モデル・ヘルス・プログラムは、開発の進んでいる地域の保健医療計画の策定と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めざすものとされる。一方、オランチョ県は地域戦略展開に適当な条件を有し、近い将来に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および能力を有すると判断されたことから、総合開発型モデル・ヘルス・プログラムのモデル地域であるとされた。

開発調査は障害調節生存年（Disability-Adjusted Life Years lost：ＤＡＬＹ）の考え方に基づき、第七衛生地域に対する優先的プログラムを以下の３点であるとしている。

（１）感染症および母性・分娩にかかる原因による乳児死亡率の低下

（２）労働年齢にある男性の負傷・外傷の減少

（３）主として出産可能年齢にある女性の非感染症疾患の減少

さらに開発調査は、モデル・ヘルス・プログラムの具体的な活動に関して、死亡率を大きく改善させるために、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ぶ必要性を指摘し、ＤＡＬＹを１単位（１年）改善するための各インターベンションの費用を概算で算出している。

３－２　プロジェクト方式技術協力の要請

上記開発調査を受け、ホンデュラス政府は以下内容のプロジェクト方式技術協力を要請した。

（１）全体目標：　第七衛生地域における保健状況の向上

（２）個別目標：

１）感染症、妊産婦疾患のコントロール（特に小児感染症）

２）(12～49歳の男性を中心とした）暴力（およびその健康への悪影響）の減少

３）出産可能年齢にある女性の非感染症の予防

（３）プロジェクト内容：

１）財源向上（医療財政制度改善、保健区と社会保険庁との統合にかかる新制度の促進）

２）地方分権化（コミュニティ活動促進、教育等他セクターとの連携促進）

３）計画、分析および評価についての機能向上（保健情報システムおよび疫学評価の強化）

４）保健へのアクセス改善（保健所・母子クリニック強化、救急医療改善、人材育成強化等）

この要請内容は開発調査が提唱した総合開発型モデル・ヘルス・プログラムに則したものであるが、その内容をすべてカバーしようとすることで、ＪＩＣＡのプロジェクト方式技術協力とするにはあまりにも広範なものとなっており、かねてより協力内容の絞り込みが必要であると指摘されていた。

３－３　「日本政府に対する無償技術援助要請の枠組みにおける必要な措置」

1999年２月３日の保健省との会議において、ホンデュラス側より要請内容を1998年１月に発足した新政権が策定した新保健アジェンダに沿った「日本政府に対する無償技術援助要請の枠組みにおける必要な措置」に変更したい旨の申し出があった。書面および協議により確認した内容は以下のとおりである。

（１）「第七衛生地域保健総合開発計画」の目的を以下の３点と位置づける。

１）サン・フランシスコ病院の混雑解消

２）保健教育の充実

３）保健モデル近代化のためのモデル作成

（２）上記（１）に関連し、以下の政策を有する。

１）サン・フランシスコ病院と保健所との間に中間的な医療施設を設置（既存保健所を集約し格上げ）することで、当該医療施設に第二次医療施設としての役割を担わせるとともに、サン・フランシスコ病院の混雑緩和ならびに第三次医療施設としての機能強化を図る。

２）中間的な医療施設の候補地は現在４カ所（サラマ、シリカ、ラ・ウニオン、カタカマス）あり、うち３カ所を選定する。

（３）日本の技術協力に関しては、第１フェーズとして１年間、以下を目的とする調査分析を期待する。

1）（第七衛生地域の中で）優先すべき対象住民の選定

2）（第七衛生地域の中で）優先すべき課題の明確化

3）保健医療サービスの再適正化と開発の必要性の明確化

4）保健財政と管理面の問題の明確化

４．開発計画の現状と関連

４－１　国家保健計画の概要

（１）1998年に誕生したフローレス政権は、新たに国家保健政策を策定し、“LA NUEVA AGENDA EN SALUD 1998-2002”(新保健アジェンダ）として発表、①現状、②新政策策定の理由、③希望および目標、④新政策の基本的構成、⑤新政策の積極的戦略、⑥財政確立と行政改革、の６章からの説明を加えている。

（２）新保健アジェンダの中心は以下の２点である。

１）衛生地域の県単位化（departamentalizacion）

２）保健医療機関の再編（reorganizacion del modelo de atencion）

（３）衛生地域の県単位化は、現在18の県に対して９の衛生地域が対応しているが、これを18に増やして、１県１衛生地域とし、さらに首都テグシガルパと第２の都市サン・ペドロ・スーラの都市衛生地域を加えた20の衛生地域を設置するものである。

これにより、保健省の政策策定、監督・指導能力を強化し、地方分権の流れに沿った衛生地域の機能を強化することがねらいである。

今回のプロジェクトの対象とされるオランチョ県は23の市町村から構成されるが、そのうちの22の市町村が第七衛生地域を構成していることから、衛生地域の県単位化によるプロジェクトへの影響はほとんどないと考えられる。

（４）保健医療機関の再編は、以下の諸点を含む。

１）現在２次レベルの病院を３次レベルの病院に引き上げる。

２）１次レベルの医師あり保健所（ＣＥＳＡＭＯ）の統廃合を通じて、２次レベルに引き上げる。

３）１次レベルの保健医療機関の整理

４）個々の保健医療機関の診療レベルを向上させる。

５）飲料水の安全確保や環境衛生の問題などに取り組む姿勢を強化する。

上記３）の１次レベルの保健医療機関は以下の組織からなるとされる。

① 基本的保健サービス群（Unidades Basicas de Salud）

以下を含む活動を通じて健康の増進と教育を行う。

・コミュニティにおける母子への総合的サービス

・分娩コミュニティハウス

・薬品コミュニティ資金

・家庭内保健医療係（ＨＯＧＡＳＡ）

・コミュニティ経口補液所（ＵＲＯＩＣ）

・基本サービスパックの配布

・コミュニティでの肺炎管理

② コミュニティ・ヘルスセンター（Centros de Salud Communitario）

補助看護婦と衛生技師、ボランティアが駐在、保健活動と簡単な医療を行う。

③ 診療所

保健医療機関の再編に関してはホンデュラス側からの支援要請があったが、今回のプロジェクトとしては、ホンデュラス側による再編実施の状況を踏まえつつ、適性技術、自立発展性等の視点から住民への裨益が最大になるよう慎重を期さなければならない。

４－２　国家保健計画の現状認識（保健医療に関する問題）

（１）新保健アジェンダは、母子死亡率を問題の第一としてあげている。乳児死亡率は1996年に出生数1000に対し42であり、これは1989年の50に比べると減少を示している。

この減少は新生児期後（生後28日以上、１年未満）の死亡率の減少によるものであり、その結果、新生児（生後29日以前）死亡率が乳児死亡率の半分以上を占めるようになっている。

新生児死亡の主要な原因は、未熟児、新生児性窒息、敗血症、産科的外傷、および呼吸障害である。

（２）妊産婦死亡率は、1997年には出生数10万に対して168であった。1989／90年には221であり、著明な減少を示しているものの、域内の他の国々に比べると高いし、予防、コントロール可能な原因が残存しているのが問題である。

主要死因は出血、妊娠に伴う高血圧症および感染症で、主要なリスクファクターは多産、若年および高齢出産、出産と出産の間隔の短さ、等である。

妊産婦、乳児死亡の70％が家庭で起こっている。田舎で過疎地域であるということがあり、大部分の死亡が分娩時またはその後の24時間以内に起こっている。

（３）次に問題とされているのはベクターによって伝播される疾病、特にマラリア（1997年に９万3000例)、デング熱（1997年に１万1305例）である。シャーガス病も問題であり、約20万人の住民に影響を与えている。

（４）エイズも増加しており、1998年１月にはＨＩＶ陽性が１万731を数え、これに伴う日和見感染症としての結核も増えている。

（５）５歳以下で一番問題なのは呼吸器疾患であり、次に栄養不良、腸管疾患である。1996年の調査では、受診者の39.2%が急性呼吸器感染症、19.3%が下痢症であった。予防接種の普及率は高く、その対象疾患はよくコントロールされている。

（６）コレラは、1995年、1996年に比べれば、1997年には減少している。しかし再流行の防止のための努力は継続すべきである。

（７）暴力（特に家庭内)、住居・交通・労務事故、麻薬中毒、薬物依存等の問題も増加している。特にコルテスとフランシスコ・モラサンの両県でそうである。

（８）慢性疾患も増加してきており、次の新たな世紀には解決を迫られる問題となるであろう。

（９）上水道設備、下水、屎尿、塵芥処理等の問題も山積しており、外国からの援助で解決を図りたい。健康上安全な住居も必要である。

４－３　国家保健計画の現状認識（保健・医療制度）

（１）1995年の保健関連国家予算は２億8700万米ドルであり、国民総生産の7.2%であった。1997年には保健予算の30%が外国からの援助であった。

（２）公的医療機関は基本的に保健省の管轄下にあり、医療の60%をカバーしている。社会保険庁が10～12%であり、以下、より小規模であるが、軍医療機関、社会保障局、労働省職業衛生安全局医療部が公的医療を担っている。

保健省による公的医療サービスは６つのレベルで行われているが、レファラルシステムが機能していない。行政的には保健省の管轄は９つの衛生地域に分けられ、さらに41の保健区に分けられている。これらの保健区、衛生地域は行政区には一致していない。

1998年には、保健省の医療網には1050の医療施設があり、その内訳は病院28、母子診療所８、医師あり保健所（ＣＥＳＡＭＯ）213、医師なし保健所（ＣＥＳＡＲ）796である。これらの施設の60%はまったく荒廃している状態にあり、社会保険局の医療施設も同様である。病院機能としては、公立施設が入院患者の約70%を取り扱っている。

保健省管轄の医療施設の入院患者の少なくとも70％は成人患者である。妊娠、出産、産褥が46.1％を占め、次に呼吸器疾患が8.62％、外傷が8.28％である。

1996年の入院患者の死亡率は、第１位がエイズで死亡合計の５％、第２位が外傷で4.5％であったが、外傷の内訳ははっきりしない。

（３）私立医療施設は56前後の病院（病床数合計1400以上）と不特定多数の診療所からなり、その中のいくつかは宗教団体が運営している。

４－４　国家保健計画の目標

（１）乳幼児死亡率を出生数1000に対し35以下に引き下げる。
（２）妊産婦死亡率を出生数10万に対し110以下に引き下げる。
（３）マラリアおよびデング熱による死亡率を半減させる。
（４）５歳未満児の予防接種率を95％以上に上げる。
（５）コレラの致命率を１％以下にする。
（６）上水供給率を95％に、屎尿の適切な処理率を90％に上げる。
（７）ＨＩＶ／エイズ問題の増大を抑制する。
（８）暴力に対する戦いに努力する。

４－５　国家保健計画の進捗

新保健アジェンダについては中央レベルで会議が開催されている程度であり、衛生地域の県単位化、保健医療機関の再編、のいずれについても具体的な進捗はみられない。

４－６　ハリケーン・ミッチの国家保健計画に対する影響

1998年11月に中米一帯を襲ったハリケーン・ミッチにより、ホンデュラスでは水害のため6000人以上が死亡、人口の約３分の１の200万人以上が影響を受け、保健インフラも被害は少なくないが、新保健アジェンダの掲げる政策そのものは、そのまま維持されるとのことである。

５．第七衛生地域（オランチョ県）の現状と問題点

５－１　第七衛生地域

オランチョ県はホンデュラス中央部やや東に位置し、総人口39万6574人（ホンデュラス全体の6.9%)、総面積２万3905km²（ホンデュラス全体の21.2%）を有するホンデュラス最大の県であり、23の自治体から構成されている。第七衛生地域は行政的にはオランチョ県に属する地方自治体Esquipulas del Norteを除く22の自治体をカバーしており、地域的にはおおむねオランチョ県と同義であるといえる。中心都市は首都テグシガルパから約170kmのフティカルパ市（人口約７万7000人）である。

第七衛生地域には３～８の地方自治体でまとめられた４つの保健区があり、フティカルパ、カタカマス、サラマ、サン・フランシスコ・デ・ラパスにそれぞれ事務局を設置している。

第七衛生地域内の公共医療施設としては、病院１、医師あり保健所（ＣＥＳＡＭＯ）25、医師なし保健所（ＣＥＳＡＲ）98、母子診療所（ＣＭＩ）４（ただし実際に機能しているのは１カ所のみ）の、計128の施設がある。

医療従事者には、医師、正看護婦、准看護婦、技師（麻酔、検査、レントゲンなど）がいる。医師はホンデュラス国立自治大学における７年間の就学に加え、農村地域における１年間の社会奉仕を行うことで、医師としての資格が与えられる。准看護婦の場合は、10カ月のコースを受講後、１年間の社会奉仕を行うことで、准看護婦としての資格が与えられる。技師は国立人材養成センター（ＣＥＮＡＲＨ）において養成されている。また伝統的産婆（ＴＢＡ）については、保健省主催の地域におけるコース（６日間）が実施されており、さらに毎月の会合への参加を促したり、看護婦がＴＢＡを訪問するなどのフォローアップが行われている。

地域保健局は、環境、感染、総務、母子保健、人事、計画、教育広報の７つの部署に分かれている。地域保健局の考える保健医療に関する問題点としては、以下があげられた。

（１）医療サービスへの住民のアクセスの低さ
（２）医療サービスや施設に関する管理能力不足
（３）レファラルシステムの機能不足
（４）重要な基本資材の供給不足
（５）施設の老朽化、および機材の整備不良
（６）人材の再教育と監督の不足
（７）医療部門に関する資金繰りの赤字

５－２　サン・フランシスコ病院（地域中核病院）

第七衛生地域の地域中核病院であるサン・フランシスコ病院は、1991年に日本の無償資金協力「地域中核病院医療整備計画」により改築された85床の総合病院である。それまでのサン・フランシスコ病院とは敷地を替えて改めて建築されたものであり、実質的には完全な新築と同様である。

サン・フランシスコ病院の利用者数は近年、以下のように推移している。病院規模を勘案すれば利用度は非常に高いといえるが、反面その混雑が問題点として指摘されている。

表５－１　サン・フランシスコ病院　患者数推移

	1996年	1997年	1998年
一般外来患者	75,046	81,244	89,025
（うち歯科）	(4,501)	(3,736)	(3,301)
（うち精神科）	(36)	(215)	(659)
救急患者	21,455	22,908	21,278
入院患者	7,225	8,540	8,777
（うち産科）	(3,807)	(4,315)	(4,526)

以下に示すのはサン・フランシスコ病院の分娩数の推移であり、正常分娩の比率が常に60%を超えていることがわかる。また正常分娩のうちでもフティカルパ市以外の在住者の割合が50%を超えており、出産については地元の保健所を素通りして直接サン・フランシスコ病院を訪問する傾向がみられる（サン・フランシスコ病院長によれば、他の疾病等についても住民が直接サン・フランシスコ病院を訪問する傾向があるとのことであった)。

表５－２　サン・フランシスコ病院　分娩数推移

	1996年	1997年	1998年	同左（フティカルパ市以外在住）
正常分娩	2,351	2,639	2,674	1,486
難産	590	650	938	538
帝王切開	599	664	615	308
合計	3,540	3,953	4,227	2,332

供与機材についてはおおむね良好に利用されていることが確認されたが、サン・フランシスコ病院は改築後８年を経過しており、更新時期を迎えている機材に関してホンデュラス側の自助努力のみでは更新が容易でないこともうかがえた。

５－３　地域保健所

（１）ＣＥＳＡＭＯ

第４保健区の事務局が併設するサン・フランシスコ・デ・ラパス（人口１万2182人）のＣＥＳＡＭＯを訪問。そこには、医師２名、正看護婦１名、准看護婦１名、検査技師、薬剤師各１名が常時勤務しており、保健プロモーター２名、保健ボランティア10名、マラリアボランティア20名、ＴＢＡ16名を管轄している。

外来患者数は60人／日前後、診察費は３レンピーラ（Lpr）である。主な業務は、①外来診療、②乳児や妊婦に対する予防接種、③家族計画指導（ピル、コンドーム）や避妊リング（ＩＵＤ）挿入、④下痢・脱水の治療（ＯＲＳ、輸液)、⑤創処置（軽傷の場合)、⑥尿検査・細胞診・マラリア顕微鏡検査、などである。主な疾患は、小児の場合、呼吸器疾患、下痢、皮膚病など、女性では、膣炎、マラリア、デング熱などで、老人には、高血圧、尿路感染症、マラリア、デング熱などが多い。

難産、脳炎などの重症患者が受診した場合には、車で約40分ほどのサン・フランシスコ病院へ患者転送表とともに転送している。しかし、救急車がないため、50Lprを支払って赤十字から借用するか、そうでなければ知人の車や公共のバスを利用するしかない状況である。このような例は月に15例程度発生しているとのことである。また、近くのＣＥＳＡＲから同様のケースが送られてくることもある。

家族計画、下痢、マラリア、エイズ・性病などへの対策についての講習会が看護婦、保健プロモーターによって週に３回程度実施されている。患者待合所でビデオ教材を放映することもあるが、訪問した時点ではテレビが故障しており、使用できていない状態であった。

分娩はほとんどがＴＢＡの介助によって自宅で行われているが、要請があれば准看護婦が出張している。分娩前後の異常時（分娩困難、分娩後発熱など）にはＣＥＳＡＭＯに運ばれてくるため、処置、処方、時には分娩介助も行っている。ＴＢＡはほとんどが老人であり、なかには問題の多いＴＢＡもいる。そのため、ＴＢＡトレーニングを実施したり、住民に対して利用しないように説明することもあるが、住民からの信頼が厚いため問題は解決されていない。

常備している薬品は主に抗生物質で、３カ月ごとに保健局に請求することにより、不足なく補給されている。患者には５日分の薬を処方しているが、医師によってはそれ以上処方してしまうことがあり、薬品の不足につながってしまう。

勤務時間であるにもかかわらず医師が不在であったことから正看護婦に問題点を聞いたところ、教育用機材、滅菌機、ＩＵＤ挿入器具、薬品などが不足していて、業務に支障があるとのことであった。

（２）ＣＥＳＡＲ

サン・フランシスコ・デ・ラパスにあるＣＥＳＡＲを訪問。管轄人口は６村、4200人。

准看護婦１名が常時勤務しており、保健プロモーター１名、保健ボランティア９名、ＴＢＡ３名を管轄している。診療費は２Lpr。診療時間は午前７時30分から午後３時30分までであり、時間外には患者が直接准看護婦の自宅に来ることもある。主な業務は、①外来診療と簡単な処方（看護婦ができる範囲のもの)、②予防接種、③妊婦の体重測定、などであるが、２週間ごとに６つの村を訪問し、健康相談や予防接種なども行っている。その際の移動手段は、ロバか保健プロモーターのオートバイ（国から供与されている）に乗せてもらっているようである。

外来患者の主な疾患は、風邪、肺炎、皮膚病、森林伐採時の外傷、などである。医師がいないため、常備薬の抗生物質を処方したり、軽い外傷であれば縫合なども行っている。対応できない患者の場合は、近くのＣＥＳＡＭＯまでは１時間かかるため、公共バスで45分のサン・フランシスコ病院へ転送することが多い。その際にも患者転送表を利用している。

勤務している准看護婦に問題点を聞いたところ、縫合セット、子供用体重計、血圧計、薬品の不足をあげていた。

（３）母子診療所（ＣＭＩ）

第２保健区の事務局が併設するカタカマスのＣＭＩを訪問。ここはオランチョ県内にある４つのＣＭＩのうち、唯一機能しているところである。管轄人口は３自治体の11万2000人。

医師（一般医）１名、正看護婦１名、准看護婦２名が常時勤務しており、ＴＢＡ18名を管轄している。診療時間は、医師は午前７時から午後３時までであり、それ以降は拘束体制のために電話での呼び出しを受ける。准看護婦は24時間体制で勤務している。１日の分娩件数は３～４件である。

診療費は４Lprであるが、妊娠が明らかになった場合は、検査、歯科診療などがすべて無料となる。

施設内には分娩台１台、陣痛・産褥用ベッド10床があり、主な業務は、①妊産婦に対する外来診療、②分娩介助、③家族計画指導やＩＵＤ挿入、④妊婦検診などを行っている。妊婦検診は、妊娠４～５カ月は月１回、６～７カ月は２週間に１回、分娩予定前４週間は毎週行うこととなっており、血液・尿検査、マラリア検査、血圧・児心音・腹囲測定、内診、細胞診などを行っている。

常勤している医師は一般医であるため、重症な妊娠中毒症（高血圧、弛緩発作など)、新生児に異常があった場合などにはサン・フランシスコ病院へ転送している。多いときは１日当たり約３件だが、平均すると１月当たり約30件である。しかし、救急車がないため、患者が自分で車を手配したり、公共のバスを利用している。

５－４　保健関連指標

多くの保健衛生関連指標で、第七衛生地域はホンデュラスの平均を下回っていることが明らかになっている。

（１）乳児死亡率：出生数1000に対し48

ホンデュラス全体では、出生数1000に対し42。

死亡原因は、肺炎23%、未熟児20%、気管支敗血15%、腸感染症11%の順である。

（２）妊産婦死亡率：出生数10万に対し210

ホンデュラス全体では、出生数10万に対し155。

第七衛生地域における1998年の出産件数は１万4983件（サン・フランシスコ病院28.2%、保健所・ＣＭＩ5.0%、ＴＢＡの立ち会いによる家庭分娩24.0%、未報告42.8%)であり、母親の死亡は21件とされる。しかしながら妊産婦の死亡については統計の精度が高くないことも指摘されている（特に家庭分娩に関連して死亡した妊産婦の統計もれ)。

（３）医療従事者数：医師58、看護婦323、保健ボランティア3722

特に医師、看護婦についてはオランチョ県の中でもフティカルパやカタカマスといった都市部に集中している様子である。

（４）水道普及率：30.2%

ホンデュラス全体について、都市部では89.0%、農村部では52.7%。

（５）適切な屎尿処理設備の普及率：44.2%

ホンデュラス全体について、都市部では94.0%、農村部では57.0%。

（６）非識字率：40.6%

ホンデュラス全体では20.1%。

６．他国援助機関の協力概要

６－１　米州保健機構（ＰＡＨＯ）

ホンデュラスにおける保健医療の弱点は、①感染症対策（マラリア、デング熱、下痢、呼吸器疾患、結核などの感染症予防、病院における院内感染対策、臨床試験場などの感染症対策)、②母子保健、③老人性慢性疾患（高血圧、糖尿病、眼科疾患など）対策、④上下水道整備、の４点であるとの認識のもと、地域レベルで保健医療システム改革、感染症対策、上下水道整備等のプロジェクト支援を行っている。

また、他の援助機関との調整役を担っており、定期的な会議を設けている。

６－２　米国国際開発庁（ＵＳＡＩＤ）

ホンデュラスの保健医療に関する最も大きな問題は妊産婦死亡率の高さであり、家族計画やリプロダクティブヘルスに関する支援が求められているとの認識である。問題の原因として女性の多産ならびに出産間隔の短さにより、貧血などになりやすいことや、ＨＩＶ／エイズの感染率の高さなどをあげている。またＨＩＶ／エイズ以外の感染症（結核、デング熱、マラリアなど）の対策や下痢症対策、また上下水道・トイレの改善も重要である、としている。

現在実施しているプロジェクトは以下の３つのプロジェクトであるが、個別の具体的活動状況は明らかにはならなかった。

（１）ヘルスセクターⅡプロジェクト

ホンデュラス政府とともに、母子保健、家族計画、リプロダクティブヘルス、ＨＩＶ／エイズ、安全な水の供給、疾病コントロール等について取り組む。

（２）プライベートセクタープロジェクト

母子保健・家族計画関連の５つの非政府組織に対して資金援助を実施する。

（３）食料供給支援プログラム

６－３　米州開発銀行（ＩＤＢ）

1999年に入り、ホンデュラス全国レベルでの保健医療アクセスプロジェクトを開始した。投入規模は４年間で400万米ドルである。このプロジェクトは、保健省、病院などの保健医療機関の組織強化や健康教育を通じて、地域住民の医療へのアクセス強化を目的とするものであるが、訪問した時点では計画策定の段階であり、具体的にどの地域にどの程度の人材や資金を投入するかは未定である。

ＪＩＣＡが実施するプロジェクトと一部の内容が類似することが予想されたため、双方の協力が必要不可欠であることが同意された。

７．プロジェクト実施計画

1996年８月にホンデュラス政府より提出された本プロジェクトの要請書の内容はきわめて広汎なものであり、また本調査団到着後に提出された「日本政府に対する無償技術援助要請の枠組みにおける必要な措置」についても、保健システム改善に向けた意識は認められたものの、ホンデュラス側が期待する具体的なプロジェクト計画については明確なものではなかった。

このような状況下、事前調査団はホンデュラス側に改めてプロジェクト方式技術協力のスキームについて説明し、ホンデュラス側との議論を重ねた結果、プロジェクトの枠組みを以下とすることで合意した。

・プロジェクト名：　オランチョ県保健医療強化プロジェクト

・プロジェクト目標：保健サービスへのアクセスと質の向上

・成　果：　（１）保健医療施設の運営とサービスの質の改善

（２）プロジェクト目標の達成に必要な人材の育成

（３）レファラルおよびカウンター・レファラルシステムの改善

（４）コミュニティにおける健康教育強化

・プロジェクト期間：５年間

このようにプロジェクトの基本的枠組みについては一応の合意が得られたものの、たとえば各々の成果について具体的に何をどこまで向上、改善するのかは明確になっておらず、詳細活動計画や指標についても決定するには至らなかった。

今後はプロジェクト開始に向けて以下事項を確認するため、さらなる調査を実施する必要がある。

（１）プロジェクト目標に関連した現状の問題分析

（２）プロジェクトの実施により達成可能な状況の確認

（３）プロジェクト目標の実現に向け必要となる活動の把握

（４）（１）（２）（３）を踏まえたプロジェクト・デザイン・マトリックス（ＰＤＭ）の作成

８．相手国のプロジェクト実施体制

８－１　保健省第七衛生地域事務所

詳細活動計画は策定されていないが、本調査団により合意されたプロジェクトの基本的枠組みの中でプロジェクトを計画・実施した場合、ホンデュラス側の主たる実施機関は保健省第七衛生地域事務所（組織図の上ではその傘下となるサン・フランシスコ病院と各保健区職員を含む）となることが見込まれる。

８－２　保健省本省

ホンデュラスは地方分権化政策を掲げているが、衛生地域事務所の県単位化は実際には進捗していないうえ、各衛生地域事務所の予算については依然として保健省本省から配分される形となっている。このような状況下においては、プロジェクトの円滑な実施のために保健省本省の協力は不可欠であり、合同調整委員会のメンバーに保健省本省を含める等の工夫により、理解と協力を得ることが重要である。

附　属　資　料

①　協議議事録

1　英語版

2　西語版

②　プロジェクト要請書

1　原文（西語）

2　日本語訳

③　日本政府に対する無償技術援助要請の枠組みにおける必要な措置

1　原文（西語）

2　日本語訳

④　調査団からの事前照会関連資料

1　質問項目

2　回答（西語）

3　回答（日本語要約）

⑤　現地収集資料

1　ホンデュラス国　衛生地域区分

2　オランチョ県　地方自治体区分（保健区別）

3　オランチョ県　地方自治体区分（人口１万人当たり医師数）

4　オランチョ県　地方自治体区分（保健サービスネットワークとＮＢＩ指数）

5　オランチョ県　社会経済データ

6　第七衛生地域　公共保健サービス網

7　オランチョ県　地方自治体区分（人口）

8　オランチョ県　保健衛生状況

9　第七衛生地域　保健予防プログラムへの投入予算

10　第七衛生地域　地方自治体別　保健医療関連予算（1997年）

11　オランチョ県　地方自治体別　社会指標

12　第七衛生地域　地方自治体別　医療従事者配置状況

13　第七衛生地域　地方自治体別　ボランティア・伝統的産婆数

14　オランチョ県　死亡関連データ

15　第七衛生地域　年齢層別　死亡比率（1998年）

16　第七衛生地域　乳児死亡原因（1998年）

17　第七衛生地域　男女別　死亡割合（1998年）

18　第七衛生地域　死亡原因（1998年）

19　第七衛生地域　地方自治体別　死亡率（1998年）

20　第七衛生地域　地方自治体別　乳児死亡件数（1998年、ハリケーン前）

21　第七衛生地域　地方自治体別　保健所対応件数（1998年）

22　第七衛生地域　地方自治体別・場所別　分娩件数

23　第七衛生地域　各保健区組織図

24　第七衛生地域　健康委員会の機能

25　第七衛生地域　伝統的産婆のための研修内容

26　家庭健康調査　調査表様式

⑥　協議記録

１　保健省（２月３日）

２　国際協力庁（２月３日）

３　米州保健機構（２月３日）

４　米国国際開発庁（２月４日）

５　保健省第七衛生地域事務所（２月４日）

６　サン・フランシスコ病院（２月６日）

７　保健省（２月８日）

①－１　協議議事録【英語版】

MINUTES OF DISCUSSIONS
BETWEEN
THE JAPANESE PRELIMINARY STUDY TEAM AND
THE AUTHORITIES CONCERNED OF THE GOVERNMENT OF THE REPUBLIC OF HONDURAS
ON
THE JAPANESE TECHNICAL COOPERATION
FOR
THE PROJECT FOR IMPROVING HEALTH SERVICES IN OLANCHO
IN
THE REPUBLIC OF HONDURAS

The Japanese Preliminary Study Team (hereinafter referred to as "the Team") organized by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") and headed by Dr. Yasuhiro ARASAKI, Medical Doctor, Bureau of Internal Cooperation, International Medical Center of Japan, visited the Republic of Honduras (hereinafter referred to as "Honduras") for the purpose of making the study on the proposed technical cooperation for the Project for Improving Health Services in Olancho (hereinafter referred to as "the Project").

During its stay in Honduras, the Team exchanged views and had a series of discussions with the authorities concerned of the government of Honduras (hereinafter referred to as "Honduran Authorities").

As a result of the study and the discussions, the Team and the Honduran Authorities came to an provisional agreement in the matters referred to in the document attached hereto.

Tegucigalpa, Honduras
February 10, 1999

Dr. Yasuhiro ARASAKI
Leader,
Preliminary Study Team,
Japan Interenational Cooperation Agency

Dr. Plutarco Castellanos
Minister,
Ministry of Health,
The Republic of Honduras

1. NAME OF THE PROJECT

The Project for Improving Health Services in Olancho

2. PROJECT PURPOSE

To fascilitate the access to and quality of health services

3. OUTPUTS

a. Improving the management system of the health service fascilities as well as of the level of health services

b. Training of such health personnel as required by the purpose of the Project

c. Improving of the referal and counter referal system.

d. Strengthening of health promotion and education in the community

4. DURATION OF THE PROJECT

The duration of the Japanese Technical Cooperation would be five (5) years from the date determined later in the Record of Discussions (R/D).

5. JAPANESE TECHNICAL COOPERATION

a. The Honduran Authorities has understood the system of the Japanese Project-Type Technical Cooperation as explained by the Team. The Japanese Project-Type Technical Cooperation will be implemented through;

(1) dispatch of Japanese experts according to the agreement
(2) training of the Honduran counterpart personnel in Japan, and
(3) provision of the equipment and materials necessary for the Project

b. The Project is expected to receive the following Japanese experts;

(1) Team Leader
(2) Experts in the fields required for the purpose of the Project
(3) Coordinator

c. Some Honduran counterpart personnel will be trained in Japan.

d. The Government of Japan will provide equipment and materials necessary for the implementation of the Project.

6. ADMINISTRATION OF THE PROJECT

a. The Ministry of Health, Honduras, shall have overall responsibility for the preparation and implementation of the Project, taking the measures as mentioned in the following clause.

b. The Deputy Minister of Health, Honduras, in Service Network, as the Head of the Project, will be responsible for administrative and managerial matters of the Project.

c. The Regional Director of Health Region Seven will be responsible for the Project on the local level.

d. Other related personnel should be selected as necessary for the smooth implementation of the Project.

e. Contribution of Japanese Experts

(1) The Japanese Team Leader will provide necessary recommendations and advice on technical and administrative matters concerning the implementation of the Project.

(2) The Japanese Experts will give necessary technical guidance and advice for the implementation of the Project.

7. MEASURES TO BE TAKEN BY THE HONDURAN SIDE

The Government of Honduras will agree to take the following measures to make the Project succesful;

a. to provide sufficient number of personnel as advised by visiting Japanese experts and/or trained in Japan, and to assure that such personnel will continue to work for the implementation of the Project,

b. to provide sufficient number of personnel for the implementation and the maintenance of the functions of the Project,

c. to provide necessary working fascilities and spaces for the installation of equipment,

d. to assure the budget for the implementation of the Project, and

e. others mutually agreed upon as necessary.

8. OTHERS

a. The Project is expected to contribute to the implementation of the model health plan for Integrated Development Areas, which is one of three Model Health Programs, defined in the Study on the Strategies and Plans for the Upgrading of Health Status in the Republic of Honduras (Health Master Plan) in September, 1996.

b. Before R/D Mission (Agreement for the Project implementation), JICA may dispatch short-term expert(s) to formulate a well-defined design of the Project.

①－２　協議議事録【西語版】

Minuta de Discusiones
entre
la Misión de Estudio Preliminar de Japón
y
las Autoridades Correspondientes del Gobierno de la República de Honduras
sobre
la Cooperación Técnica Japonesa
para
el Proyecto para Mejorar los Servicios de Salud en el Departamento de Olancho
en
la República de Honduras

La Misión de Estudio Preliminar de Japón (en adelante referida como "la Misión") organizada por la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (en adelante referida como "JICA") y encabezada por el Dr. Yasuhiro ARASAKI, doctor médico de la Oficina de Cooperación Internacional del Centro Médico Internacional del Japón, visitó la República de Honduras (en adelante referida como "Honduras") con el propósito de realizar el estudio sobre la cooperación técnica propuesta para el Proyecto para Mejorar los Servicios de Salud en el Departamento de Olancho (en adelante referido como "el Proyecto").

Durante su estadía en la República de Honduras, la Misión intercambió opiniones y sostuvo una serie de discusiones con las autoridades correspondientes del Gobierno de Honduras (en adelante referido como "las Autoridades Hondureñas").

Como resultado del estudio y las discusiones, la Misión y las Autoridades Hondureñas llegaron a un acuerdo provisional sobre los asuntos referidos en el documento adjunto.

Tegucigalpa, Honduras
10 de febrero de 1999

Dr. Yasuhiro ARASAKI
Jefe
Misión de Estudio Preliminar
Agencia de Cooperación Internacional
del Japón

Dr. Plutarco Castellanos
Secretario de Estado
en el Despacho de Salud
República de Honduras

1. Nombre del Proyecto
   Proyecto para Mejorar los Servicios de Salud en el Departamento de Olancho

2. Objetivo del Proyecto
   Contribuir a mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud.

3. Resultados esperados
   a. Mejorar el sistema administrativo y operativo de la red de servicios de salud y el nivel de atención.

   b. Capacitar el personal de salud requerido para alcanzar el objetivo.

   c. Mejorar el sistema de referencia y contrareferencia.

   d. Reforzar la promoción y la educación de salud en la comunidad.

4. Duración del Proyecto
   La duración de la Cooperación Técnica del Japón será de cinco (5) años a partir del día definido posteriormente por el Registro de Discusiones (R/D).

5. Cooperación Técnica del Japón

   a. Las Autoridades Hondureñas han entendido el sistema de la Cooperación Técnica Japonesa del Tipo Proyecto explicado por la Misión. La Cooperación Técnica del Tipo Proyecto del Japón será implementada a través de:

      (1) Envío de expertos japoneses conforme con el acuerdo.
      (2) Capacitación del personal contraparte hondureño en Japón y,
      (3) Provisión de los equipos y materiales necesarios para el Proyecto.

   b. El Proyecto preverá recibir los siguientes expertos japoneses:

      (1) Jefe del Equipo.
      (2) Expertos en los campos requeridos para cumplir el objetivo del Proyecto.
      (3) Coordinador.

   c. Algunos contrapartes hondureños serán capacitados en Japón.

   d. El Gobierno de Japón proveerá los equipos y materiales necesarios para la implementación del Proyecto.

6. Administración del Proyecto
   a. La Secretaría de Salud de la República de Honduras asumirá la totalidad de la responsabilidad para la preparación e implementación del Proyecto, tomando las medidas mencionadas en los apartados siguientes.

   b. El Subsecretario de Red de Servicios de la Secretaría de Salud de Honduras, como representante del Proyecto, será responsable de los asuntos administrativos y directivos del Proyecto.

c. El Director de la Región Sanitaria No. 7 será responsable del Proyecto en el nivel local.

d. Otras personas relacionadas serán seleccionadas según sea necesario para la ejecución sin dificultades del Proyecto.

e. Contribución de expertos japoneses

(1) El Jefe del Equipo Japonés dará recomendaciones y asesoramientos necesarios sobre los asuntos técnicos y administrativos relacionados con la ejecución del Proyecto.

(2) Los expertos japoneses darán los consejos y asesoramientos necesarios para la ejecución del Proyecto.

7. Medidas a ser tomadas por la parte hondureña
El Gobierno de Honduras acordó tomar las siguientes medidas para que el Proyecto sea exitoso.

a. Proveer un suficiente número de personal que será asesorado por los expertos japoneses visitantes y/o será formado en Japón y asegurar que este personal siga trabajando para el desarrollo del Proyecto.

b. Proveer suficiente número de personal para el desarrollo y continuación del Proyecto.

c. Proveer las necesarias facilidades de trabajo y espacios para instalar los equipos.

d. Asegurar los presupuestos para la implementación del Proyecto y,

e. Asegurar otras medidas acordadas mutuamente según sea necesario.

8. Otros

a. Se espera que el Proyecto contribuya a la implementación del Plan Piloto de Salud para las Areas de Desarrollo Integral, el cual es uno de los tres Programas Piloto de Salud, definido en el Estudio sobre las Estrategias y Planes para el Mejoramiento de la Situación de la Salud en la República de Honduras (Plan Maestro de Salud) en septiembre de 1996.

b. Antes del envío de la Misión de R/D (Acuerdo sobre la Implementación del Proyecto), JICA podrá enviar experto(s) de corto período de permanencia para elaborar un diseño bien definido del Proyecto.

②－１　プロジェクト要請書【原文（西語）】

PROYECTO DE DESARROLLO INTEGRAL

PARA LA

REGION SANITARIA #7

Agosto de 1996

LA SECRETARIA DE SALUD PUBLICA

REPUBLICA DE HONDURAS

TERMINO DE REFERENCIA

SOLICITUD DE COOPERACION TECNICA DE TIPO PROYECTO

I. Nombre y Organismo Receptor del Proyecto.

1. (1) Nombre del Proyecto:

(Espanol) Programa de Dessarrollo Integral para la Region Sanitaria #7
(English) Program of Integral Developement for the Health Region #7

(2) Campo de Acción

Region Sanitaria #7 en el Departamento de Olancho

2. Nombre del Organísmo Hondureño Receptor de la Cooperación y Ubicación de Base de la Cooperación:

(Español)
- Oficina de la Región Sanitaria #7 (RS7), Sub-Secretaria de Red de Servicios, El Ministerio de Salud Pública (MSP)
- Dirección Médica Nacional, Instituto Hondureño de Seguro Social (IHSS)

(English)
- The Office of the Health Region #7, Sub-Secretary of Service Network The Ministry of Public Heatlh
- National Medical Direction, Honduran Institute of Social Security

3. Resumen en las Actividades de la organización:

Organización Gubernamental rectora y ejecutora de Politicas de Salud Pública.

Presupuesto del Ministerio de Salud Pública:

Lps. 612.5 millones (1993, Lps. 7.1 = $ 1)

Lps. 645.0 millones (1994)

Lps. 1,071.5 millones (1995, Lps. 9.1 = $1)

Lps. 1,103.0 millones (1996, Lps.12.2 = $1)

Presupuesto de la Región Sanitaria #7:

Lps. 6.2 millones (1995)

Lps. 8.9 millones (1996)

Presupuesto del Hospital San Francisco (por MSP)

Lps. 7.9 millones (1995)

Lps.10.3 millones (1996)

4. Fecha y forma de solicitud:

Agosto de 1996, primera vez

II. Objetivos y Contenido del Proyecto

1. Objetivo y contenido de la solicitud de cooperación:

=Objetivos

- Objetivo General

El mejoramiento de condiciones de salud en la Región Sanitaria #7

- Objetivos Especificos

1) Controlar la incidencia de enfermedad transimisibles y de causas maternas y perinatares, especialmente durante la infancia.
2) Disminuir los indices de violencia y sus efectos sobre la salud especialmente en poblacion masculina de 12 - 49 años.
3) Controlar la prevalencia de enfermedades no transimisibles especialmente en población femenina en edad reproductiva.

=Contenidos:

I. Maximizar los recursos financieros:

1) Mejoramiento del sistema de financiamiento de salud de la Region, y del proceso de planificacion, ejecucion, y evaluacion.
2) Fortalecer el nuevo sistema de integración Región / IHSS.

II. Descentralización

1) Fortalecimiento de descentralización a los gobiernos municipales aumentando la relacion con sector salud y municipalidad.
2) Fomentar las actividades comunitarias a través de la capacitación y educación de lideres comunitarios.
3) Mejoramiento de la colaboración con otros sectores como educación.

III. Mejorar la función de evaluación, analisis y planificación

Fortalecimiento de los sistemas informativos de salud (estadistica) y evaluación epidemiológica.

IV. Mejorar la accesibilidad a la salud.

1) Fortalecimiento de los CESAMOs, CESARes y Clinicas Materno Infantiles, aumentar su calidad de atencion y proceso de prevencion.
2) Mejoramiento de atención de emergencia del Hospital San Francisco.
3) Mejorar el sistema de referencia y contrareferencia.
4) Fortalecimiento de los recursos humanos, promoción de la funcion de supervision y la investigación de campo, capacitacion continua para enfermeras auxiliares, y demas personal de salud.
5) Refuerzo al sistema de suministro de medicamentos, ya existente.
6) Fortalecimiento de la administración de los hospitales, UPS, y la RS7 (Recursos Humanos para la gerencia).

7) Coordinación con sector privado.
8) Normatizacion de reglamentos, normas tecnicas, normas administrativas, elaboración, divulgación, y capacitación.
9) Control de calidad de la atención.
10) Promoción de medio ambiente.

2. Periodo deseado de la cooperacion:

5 años

1° año : Planificación, Diseño, y Evaluacion epidemiologica.
2 - 3° año : Implementacion
4° año : Evaluacion
5° año : Ampliación / Aplicación a otras regiones

3. Número y campo de actividad de los expertos a ser requeridos:

Largo plazo : 5 personas

Lider (Salud Publica)
Coordinador
Enfermera de Salud Pública (Educacion y Capacitacion)
Partera (Atencion Prenatal / Partos / Planificación Familiar)
Desarrollo Comunitario (Participación Social)

Corto Plazo : 5 por año

Estadístista (Sistema de Información Salud)
Epidemiólogo (Sistema de Información Salud, Análisis de magnitud)
Economista
(Recuperación de fondos / Promocion de integración MSP / IHSS)
Ingeniero de Mantenimiento de Equipos Médicos
Farmaceutico (Sistema de suministro de medicamentos)
Médico General (Sistema de Referencia / Normatización)
Pediátra (Sistema de Referencia / Normatización)

Cirujano (Sistema de Referencia / Normatización)
Gineco-obstétra (Sistema de Referencia / Normatización)
Administración (UPS)
Administración (Desarrollo de Gobiernos Locales)
Psiquiátra (Alcoholismo / Violencia)
Agrónomo (Manejo de Plaguicidas) / Ingenieria Sanitaria
Especialista de Salud Ocupacional
Rehabilitación

4. Numero y campo de capacitacion de los becarios a ser requeridos.

4 personas por año
Atencion Prenatal / Partos
Dessarrollo Comunitario
Financiamiento de la Salud
Estadística
Epidemiología
Mantenimiento de Equipos Médicos
Sistema de Suministro de Medicamentos
Administración de Hospitales
Desarrollo de Gobiernos Locales
Control de Alcoholismo
Tecnologia Diagnostica Laboratorial

5. Articulos principales deseados y su costo total (CIF).

Lista de los articulos principales: Ver lista adjunta. (ANEXO 1)
Costo total: $2.0 millones

6. Si se ha solicitado la cooperación financiera no reembosable acerca de este proyecto, ¿cuanto es su monto total US$ _____?
No se ha solicitado.

7. Si no se acepta esta cooperación financiera no reembolsable, ¿pueden Ustedes preparar los equipos y edificios por su propia cuenta para este proyecto?
N/A

III. Medidas tomadas por el Gobierno de Honduras y otros datos

1. Estado de preparación del edificio o terreno escogido para ejecucion del proyecto. (Senalar si hay un edificio o no para la ejecucion de este proyecto.)

La oficina de la RS7 actualmente tiene infraestructura que encluye terrenos y edificios, pero no éxiste suficiente espacio para que trabajen los expertos y sus contrapartes y para hacer capacitación. Es mejor construir un edificio de un Centro de Prevencion y Capacitacion de Salud para centralizar las actividades del proyecto.

2. Medidas presupuestarias ya tomadas y/o a ser tomadas. Asignacion de la contraparte y presupuesto para ejecutar este proyecto.

Las contrapartes serian el jefe de Región Sanitaria #7, los jefes de las areas y UPS, el director del Hospital San Francisco, el administrador de la región de IHSS, y Sub-Secretaria de Red de Servicios. El presupuesto se definira al momento de iniciar el proyecto.

3. Relación con las cooperaciones japonesas ya existentes y/o a ser solicitadas

La cooperación japonesa en salud ha sido muy importante en area de hospitales, equipamiento, programa de prevencion de malaria, proyectos de agua y capacitacion de enfermeria. El Hospital San Francisco, el Hospital Regional de la RS7, fue re-construido por la cooperación financiera no-reembolsabre, en 1990. Tambien ya esta terminando el estudio sobre las estrategias y planes para el mejoramiento de las condiciones de salud, el cual dara pautas para las prioridades de la cooperación técnica

y de inversión, para los proximos 15 años. El Gobierno de Honduras solicita dicho proyecto según el resultado de este estudio.

En la Escuela Nacional Agricola de Catacams se tiene el proyecto porcino por el gobierno de Japón, en el periodo de 1993 - 1998. Para distribución de cerdos, el proyecto tiene un componente del estudio de cisticercosis, que es epidemica en el departamento de Olancho. Esto tendria la interacción con el dicho proyecto solicitando y tendrian juntos un mayor impacto.

En el ano 1995 se solicitó un proyecto del abastecimiento de agua en la zona rural de la RS7, a la cooperación financiera no-reembolsable, el cual aun esta pendiente de aprobacion por parte del gobierno de Japón.

4. Existencia de igual asistencia por parte del tercer país y/o el organismo internacional. En caso afirmativo, indicar su idea general y contenido.

No hay igual asistencia. Gobierno Sueco, OPS, y USAID estan cooperando con el programa de mejoramiento del acceso de salud en varios lugares, tambien en el área 1 de la RS7.

5. Como se considera el proyecto dentro del plan nacional de desarrollo.

En el marco de la prioridades de salud publica en su politica de acceso a los servicios de salud para el período de 1994 -1997. Además, el dicho proyecto es considerado prioritario dentro de la politica de salud, por ser uno de los proyectos modelo resultado del estudio de desarrollo ' mejoramiento de la situacion de la salud en Honduras' .

6. Prioridad de cada proyecto presentado en el plan.

Este proyecto es la única prioridad para el gobierno en el campo de salud, para ano fiacal 1997 - en el area de asistencia técnica.

IV. Efecto esperado con la realización de la cooperación.

Contribuir al mejoramiento de la situación de la salud de la población ubicada en la RS7, la cual es de 380,000 habitantes, y crear condiciones que favorezcan al desarrollo integral de la Región.

El impacto mas grande sería la promoción de la salud, a través de reformas importantes como ser el mejoramiento de sistema de referencia, capacitacion de personal de salud, y el mejoramiento del sistema de financiamiento de salud, através de promocion de la coordinacion con la Región, Municipalidad e IHSS. Con lo cual se espera bajar las tasas de mortalidad infantil y materna, disminuir la morbi-mortalidad por violencia y accidente, y controlar la prevalencia de otras enfermedades no transmisibles.

Otro impacto importante del proyecto seria establecer un modelo de reforma de salud y de las politicas de salud del gobierno de Honduras. Este proyecto se ampliara y se aplicara a otras regiones (con similares características) como programa modelo de mejoramiento de salud, de acuerdo al Plan Maestro de Salud 1995 - 2010.

EQUIPOS DEL PROYECTO DE DESARROLLO INTEGRADO PARA LA REGION DE SALUD N°7

PARA LA OFICINA DE LA REGION DE SALUD N° 7

Remodelación: Según Plano adjunto

EQUIPO DE OFICINA	N°	EQUIPOS MEDICOS DE DIAGNOSTICO	N°
Pick up doble cabina (Plan.Mon.y Eval.)	1	PH Meter con sus Electrodos (medidor de ph)	1
Pick up ban (Epidemiología)	1	Encubadora (p/crecimiento de cultivos)Laboratorio	1
Microbus (10–12 personas) Supervisión.	1	Espectofotometro(Lab:Clinico y de Alimentos)	2
Fax (Admón y Epimiología)	2	Autoclave Cámara mediana (tipo horno seco)	2
OHP (proyector de acetatos)	2	Refrigerador peq.(mantenedor) reactivos y cultivos	1
Escritorio y Silla	12	Microscopio Electronico (Cap.de 10/40/y 100)	1
Computador y Printer (Impresora)	6	Cronómetro	5
Proyector de Filminas (Epidemiología)	1	Baño Maria (Laboratorio C. Alimentos)	1
otocopiadora (Admón.Epidemiología y Plan.)	3	Horno Microonda (P/medios de Cultivo lab.alimentos)	1
Intercomunicador (sistema)	1	Balanza granataria	1

PARA EL HOSPITAL REGIONAL.SAN FRANCISCO

EQUIPO DE OFICINA	N°	EQUIPOS MEDICOS DE DIAGNOSTICO	N°
Pick up ban	1	Ultracentrifuga (sorafuge)(para cruces de sangre)	1
Ambulancia	1	Espectofotometro de Galvánometro	1
Fax	1	Autoclave horno seco cámara mediana	1
Computador y Printer(impresora) p/estadistica	2	Mamografo	1
Archivador metalico	2	Refrigeradora de Banco de Sangre(mentenedor)	1
		Centrifuga para separa componentes sanguineos	1
		Mantenedor de Plaquetas	1
		Campana	1
		Electrocardiógrafo	1
		Agujas para Monitor Fetal	6
		Nebulizador Ultrasónico(3 de adulto y 3 de niños)	6
		Reanimador (resucitador)Péditrico	3
		Bombas de Infusión	4
		Monitor Cardio–respirador	1
		Respirador Automático (artificial)	1
		Autoclave de Vapor con Cámara grande	1
		Foco para lámpara de álogena	50
		Aspiradores (succionadres de vacio)	1
		Doppler	1
		Electroencefalograma	1
		Colposcopio	1

EQUIPOS DEL PROYECTO DE DESARROLLO INTEGRADO.PARA LA REGION DE SALUD N°7

PARA SEDES DE AREA

EQUIPO DE OFICINA	N°	EQUIPOS MEDICOS DE DIAGNOSTICO	N°
Pick up doble cabina 4X4	4	Espectofotometro	6
Ambulancia (puntos extratégicos/gob.local)	4	Autoclave horno seco cámara mediana	6
Fax (area 1,2 y 4)	3	Refrigerador peq.(mantenedor reactivos y muestras)	6
OHP (proyector de acetatos)	2	Centrifuga pequeña: para 24 tubos	3
Computador y Printer (impresor) p/ area 4 y 3	2	Compresor de aire (unidad odontologica)	3
T V y video	3	Lámpara Dental Alógena	1
Fotocopiadora (una para cada area)	4		
Escritorios y Silla (area 4)	4		

PARA UPS : CESAMOS.CESARES Y CLINICAS MATERNO–INFANTILES

EQUIPO DE OFICINA	N°	EQUIPOS MEDICOS DE DIAGNOSTICO	N°
Pick up ban	3	Refreigerador para biologicos(electrogas/kerosene/solar)	30
Ambulancia	3	Nebulizador	30
Fax	1	Weighing machine and scale (balanza con escala)	75
OHP (proyector de acetatos)	1	Oto–oftalmoscopio(set de examen)	50
Computador y Printer (impresora)	1	Tanque de Oxigeno y Manómetro	6
T V y video	3	Equipo de Cirugia Menor	20
Equipos de educacion para la salud	4	Encubador para Bebé	3
		Doppler	2
		Esterilizador pequeño(p/instrumental Odontológico)	3
		Pieza Dental de alta velocidad (odontológica)	3
		Set de Cirugía Dental	2
		Camillas de exámen fisico	50

②－２　プロジェクト要請書【日本語訳】

プロジェクト方式技術協力　要請書

Ⅰ　プロジェクトの名称及び要請機関

1　プロジェクト名：第七衛生地域総合開発計画
プロジェクトサイト：オランチョ県（第七衛生地域）

2　ホンデュラス側要請機関及び協力拠点
第七衛生地域、保健省サービス網局、社会保険庁国民医療部

3　要請機関の活動概要
保健政策を統括、実施する政府機関

保健省予算	1993	612.5 百万レンピラ（約 86 百万米ドル）
	1994	645.0 百万レンピラ
	1995	1,071.5 百万レンピラ（約 118 百万米ドル）
	1996	1,103.0 百万レンピラ（約 90 百万米ドル）
第七衛生地域予算	1995	6.2 百万レンピラ
	1996	8.9 百万レンピラ
サンフランシスコ病院予算	1995	7.9 百万レンピラ
	1996	10.3 百万レンピラ

4　要請日
1996 年 8 月（初回）

Ⅱ　プロジェクトの目的及び内容

1　協力要請の目的及び内容

(1)　全体目標
第七衛生地域における保健状況の向上

(2)　個別目標
1)　感染症、妊産婦疾患のコントロール（特に小児感染症）
2)　（12～49 歳の男性を中心とした）暴力（及びその健康への悪影響）の減少
3)　生産年齢にある女性の非感染症の予防

(3)　プロジェクト内容

1)　財源の向上
①　第七衛生地域における医療財政制度の改善、及び計画・実施・評価のプロセス（プロジェクトサイクル）の改善
②　保健区と社会保険庁との統合に関する新制度の促進

2) 地方分権化

① 市・郡に対する分権化を強化し、市・郡と保健セクターとの関係を強化する。

② コミュニティの指導者に対する教育・訓練を通してコミュニティの活動を促進する。

③ 教育等の他のセクターとの連携を促進する。

3) 計画、分析及び評価についての機能向上

保健（統計）情報システム及び疫学評価を強化する。

4) 保健へのアクセスの改善

① （医師の常駐する／常駐しない）保健所及び母子クリニックを強化し、予防及び臨床についての質の向上を図る。

② サンフランシスコ病院の救急医療の改善を図る。

③ レファレンスシステム及びカウンターリファレンスシステムを改善する。

④ 准看護婦その他保健従事者の継続的育成、及び、フィールド調査・監督機能の向上等、人材育成を強化する。

⑤ 既存の医薬品供給システムに対する支援を行う。

⑥ 各病院、ＵＰＳ及び第７保健区の運営管理能力の強化（運営管理の人材養成）

⑦ 民間機関との調整

⑧ 法規、技術基準及び管理基準の標準化、策定、普及

⑨ 医療サービスのＱＣ

⑩ 環境保全

2 協力要請期間

５年間

１年目	：計画、プロジェクトデザイン、疫学評価
２年目及び３年目	：プロジェクトの実施
４年目	：プロジェクトの評価
５年目	：他の地域への拡大、適用

3 要請予定の専門家の人数及び活動分野

(1) 長期専門家：５名

1) チーフアドバイザー（公衆衛生）

2) 業務調整員

3) 保健婦（教育・訓練）

4) 助産婦（妊産婦ケア、分娩、家族計画）

5) 地域開発（社会参加）

(2) 短期専門家：５名／年

1) 統計（保健情報システム）
2) 疫学（保健情報システム、量的分析）
3) 経済（資金回収、保健省と社会保険庁との統合促進）
4) 医療機器保守管理
5) 薬剤師（薬剤供給システム）
6) 医師（レファレンスシステム、標準化）
7) 小児科医（レファレンスシステム、標準化）
8) 外科医（レファレンスシステム、標準化）
9) 産婦人科医（レファレンスシステム、標準化）
10) 保健行政（ＵＰＳ）
11) 保健行政（地方自治体）
12) 心理学（アルコール依存、暴力）
13) 農学（害虫管理、衛生工学）
14) 労働衛生
15) リハビリテーション

4 要請予定の研修員の人数及び研修分野

(1) 人数　　４名／年

(2) 研修分野

1) 妊産婦ケア及び分娩介助
2) 地域開発
3) 医療財政
4) 統計
5) 疫学
6) 医療機器保守管理
7) 薬剤供給システム
8) 病院管理
9) 地方行政
10) アルコール依存コントロール
11) 臨床検査技術

5 要請予定の主な機材及び価格（ＣＩＦ）

(1) 主要機材リスト　　別添

(2) 総額　　200万ドル

6 無償資金協力要請

要請予定なし

7 無償資金協力要請不採択の場合の独自資金確保の可能性

該当せず

Ⅲ　ホンデュラス政府の取るべき措置

1　プロジェクト実施のための土地あるいは建物の確保状況

第七衛生地域オフィスは土地・建物を含むインフラを保有しているが、専門家とC／Pが働くため、また訓練を実施するために十分なスペースではない。プロジェクトの活動拠点となる公衆衛生・予防センター棟の建設が望ましい。

2　既に確保済みまたは今後確保予定の予算措置

/ プロジェクト実施のための人員及び予算の確保状況

カウンターパートは第七衛生地域長、第七衛生地域内の各地区及びＵＰＳの長、サンフランシスコ病院院長、社会保険庁の第七衛生地域担当官、及び医療サービス網局の担当官、で構成される。予算はプロジェクトの開始の際に確保される。

3　既存或いは今後要請予定の日本の協力との関係

保健分野の日本の協力は病院建設、機材供与、マラリア予防プログラム、給水及び看護教育の各分野で非常に重要な役割を果たしてきた。第七衛生地域の地域中核病院であるサンフランシスコ病院は、1990年に日本の無償資金協力により建設された。また今後15年間の技術協力及び投資計画の優先順位を規定するための開発調査「全国保健医療総合改善計画調査」も終了間近である。ホンデュラス政府はこの調査結果を踏まえ本プロジェクトを要請するものである。

国立カタカマス農業学校では1993年～1998年の間、日本政府による「養豚開発計画」プロジェクトを実施中である。このプロジェクトはオランチョ県で流行している嚢虫症の研究をプロジェクトの活動の要素の一つに含めており、今回要請するプロジェクトと相互に連携することで、より大きな成果が期待される。

1995 年には第七衛生地域の農村地域における給水計画についての無償資金協力を要請し、採択・不採択については日本側で検討中である。

4　第三国または国際機関による同様の協力の有無。　有の場合、協力目的及び内容

同様の協力はない。スイス、米州保健機構及びＵＳＡＩＤが第七衛生地域の第1地区を含む様々な地域で、医療サービスへのアクセス改善プログラムに協力している。

5　国家開発計画における本プロジェクトの位置づけ

公衆衛生の優先分野の中でも、1994年～1997年の間は医療サービスへのアクセスに関する優先度が高い。さらに、このプロジェクトは、「全国保健医療総合改善計画調査」の結果として提案されたモデルプロジェクトの一つであることもあり、保健政策の中でも優先度が高い。

6　他案件との比較による優先度

本プロジェクトは1997年に向けた技術協力としては保健分野で唯一のものである。

Ⅳ　協力実施により期待される成果

第七衛生地域の住民およそ 38 万人の健康状態の改善に寄与すること、および当該地域の総合開発の条件整備に資することが期待される。

最大の効果は、レファレンスシステムの改善、医療従事者の訓練、第七衛生地域と市・郡および社会保険庁との関係調整による医療財政システムの改善、等により健康を促進することである。これらの結果として、乳児死亡率及び妊産婦死亡率の低下、暴力・事故による疾病率・死亡率の低下、及びその他非感染症のコントロール、等が期待される。

プロジェクトによるもう一つの重要な効果として、ホンデュラス政府の保健政策・医療制度改革のモデルを確立することがあげられる。このプロジェクトは 1995 年－2010 年の保健マスタープランに基づいて、保健向上のモデルプログラムとして、（同様の特性を有する）他の保健区にも拡大、適用される予定である。

以　上

③－１　日本政府に対する無償技術援助要請の枠組みにおける必要な措置【原文（西語）】

GOBIERNO DE HONDURAS, C.A.
SECRETARIA DE SALUD

PREVISIONES NECESARIAS EN EL MARCO DE LA
Solicitud de Cooperación Técnica No Rembolsable al GOBIERNO DE JAPON

PROGRAMA:
DESARROLLO INTEGRAL PARA LA REGION SANITARIA No.7

Preparado por:
Región Sanitaria #7 con el apoyo de la
Unidad de Cooperación Externa y Planeamiento
Coordinación: Sub-Secretaría
de Redes y Servicios

PREVISIONES NECESARIAS EN EL MARCO DE LA
SOLICITUD DE COOPERACION TECNICA
NO REEMBOLSABLE AL GOBIERNO DE JAPON

RESUMEN

I.- IDENTIFICACION DEL PROYECTO

TITULO DEL PROYECTO :

Programa de Desarrollo Integral de la Región Sanitaria N0. 7

INSTITUCION SOLICITANTE : Secretaría de Salud, Región Sanitaría No7 Redes/Servicio

SECTOR : Social

LOCALIZACION GEOGRAFICA: Departamento de Olancho

DURACION : 1 año

BREVE DESCRIPCION

El presente proyecto se conceptualiza como un complemento de apoyo y asistencia técnica a la Secretaría de Salud en el marco del **Proyecto Político Prioridades y Estrategias de la Nueva Agenda en Salud 1998-2002**, contemplado en la agenda social del Gobierno de la República de Honduras.

En este sentido, se readecuó el perfil original del proyecto: **Programa de Desarrollo Integral de la Región Sanitaria N0. 7** presentado y recién aprobado por el Gobierno de Japón en el marco del programa de Cooperación técnica tipo proyecto para el año fiscal 1998, con el propósito de complementar acciones que permit implementar el proceso de **Reorganización del Modelo de Atención** a nivel departamental desde el punto de vista administrativo y de prestación de servicios.

El **Programa de Desarrollo Integral de la Región Sanitaria N0. 7** tiene como objetivo realizar un estudio para modernizar el modelo de atención a fin de descongestionar la emergencia y consulta del Hospital Departamental San Francisco de Asís desde el punto de vista de la atención y además desarrollar cambios de educación y promoción de la salud. La prestación de servicios comprenderá tres (3) centros estratégicos de contención, se seleccionarán los municipios de: Salamá, Silca, La Unión ó Catacamas.

La asistencia técnica del gobierno de Japón se concretizará en la primera fase del programa que comprende la: Planificación, diseño y evaluación epidemiológica de la región No. 7

II.- JUSTIFICACION DEL PROYECTO:

Antecedentes

Honduras, tiene una extensión territorial de 112,492 klm2 una población aprox. de 5.6 millones de habitantes dividida en 18 departamentos de los cuales, el departamento de olancho es el más extenso y significativo para la producción agrícola, su población es de aprox. 360,988 habitantes.

En aspectos sociales y específicamente por el lado de salud, el sistema nacional de salud actualmente esta clasificado en regiones sanitarias. El departamento de olancho comprende la Región Sanitaria No. 7 dividida en 4 áreas de salud, con servicios hospitalarios en la ciudad más grande (Juticalpa) dado que es la única región que cuenta sólo con un hospital regional, la red de servicios esta provista de 96 UPS.

En materia de salud se han logrado grandes progresos aunque las tasas de mortalidad infantil y materna, desnutrición, violencia, ETV aparecen como los principales problemas en el área urbano-rural.

El estudio del Plan Maestro-Japón indica la necesidad de facilitar un nivel de servicios más alto para complementar y descongestionar la atención del unico hospital ubicado en juticalpa, ya que se debe reconocer la presencia de algunas limitantes en cuanto a cobertura, su ubicación geografica e infraestructura existente ete.

El actual Gobierno en su nueva agenda, contempla la concertación de esfuerzos y voluntades aprovechando las experiencias del pasado y unificando fuerzas productoras de servicios con miras a ampliar cobertura de atención de servicios, acceso, calidad, reducir indices de pobreza, desnutrición, violencia, analfabetismo, inflación ete.

Problema a Intervenir

Con el propósito de intervenir sobre las causas del problema, el proyecto pretende desarrollar una estrategia institucional contemplada en la nueva agenda en salud para Reorganizar el Modelo de Atención y fortalecer la educación y promoción de la salud en el departamento de olancho, con el apoyo y la asistencia técnica del Gobierno de Japon.

III.- LA PROPUESTA

Objetivos Generales

- Mejorar las condiciones de vida de la población especialmente de los más desposeídos
- Lograr los cambios de comportamiento de riesgo para la salud y promover comportamientos saludables en la población
- Incrementar el acceso a los servicios con equidad, calidad y oportunidad.

Actividades

- Actualizar el estudio de estratificación de la población a nivel municipal según condiciones de vida
- Análisis de los comportamientos de riesgos de la población en los estratos
- Analizar la situación de salud en los estratos de población según NBI
- Analizar los factores de riesgos de la población en adolescentes y adultos (Alcoholismo, Violencia ete)
- Analizar los servicios de los servicios de salud y los sistemas administrativos y epidemiológicos(revisando convenios de IHSS-RSNo.7, ONG'S-RSNo.7)

Resultados Esperados del Análisis

⇒Los grupos poblacionales prioritarios(los más necesitados) cuantos son y donde están.

⇒Los problemas de Salud prioritarios

⇒Las necesidades de readecuación y desarrollo de los servicios dentro del marco del proceso de reforma del sistema de salud:

*Red Municipal y Departamental
*Centros Médicos Intermedios
*Reorganización del Modelo de Atención

⇒Los problemas en los esquemas de captación monetaria y en el ámbito administrativo.

Identificada la problemática se espera :

◊ La identificación de estrategias intersectoriales e institucionales de intervención.

◊ Los lineamientos del plan departamental de desarrollo de la Región de Salud Nº. 7.

◊ Las orientaciones necesarias para la formulación de planes, programas y proyectos de acuerdo a los problemas y estratos por municipio ó grupos de municipios.

◊ La identificación de nuevos esquemas de captación monetaria para la sostenibilidad financiera y de los procedimientos administrativos que agilicen la obtención de los Recursos Humanos y Materiales.

◊ Identificación de necesidades de :

⇒ Asistencia técnica a diferentes plazos.
⇒ Formación , capacitación y dotación de recursos humanos
⇒ Diseño de Sistemas de Información gerencial.
⇒ Remodelación, ampliación y construcción de la infraestructura física y del equipamiento necesario según la capacidad de resolución definida y normatizada para las unidades de nivel intermedio de la red.

PREVISIONES

- Constitución de grupo técnico de nivel Central y Departamental con el objetivo de tomar las previsiones necesarias para el desarrollo de la primera etapa del Proyecto; este grupo está integrado por las siguientes personas:

  * Lic. Norma Paguada, Directora Unidad de Cooperación Externa
  * Dr. Sergio Carías, Jefe de Planificación y c. Gerencial de la SSP.
  * Dr. Alirio Cruz por la Unidad de Proyectos de Planificación de la SSP.
  * Dr. Hector Luís Escoto, Director Departamental de Salud.
  * Dra. Eda Sofía Cálix, Epidemiólogo Regional
  * Margarita Cálix, Coordinadora de Planificación, Monotipia y Evaluación.

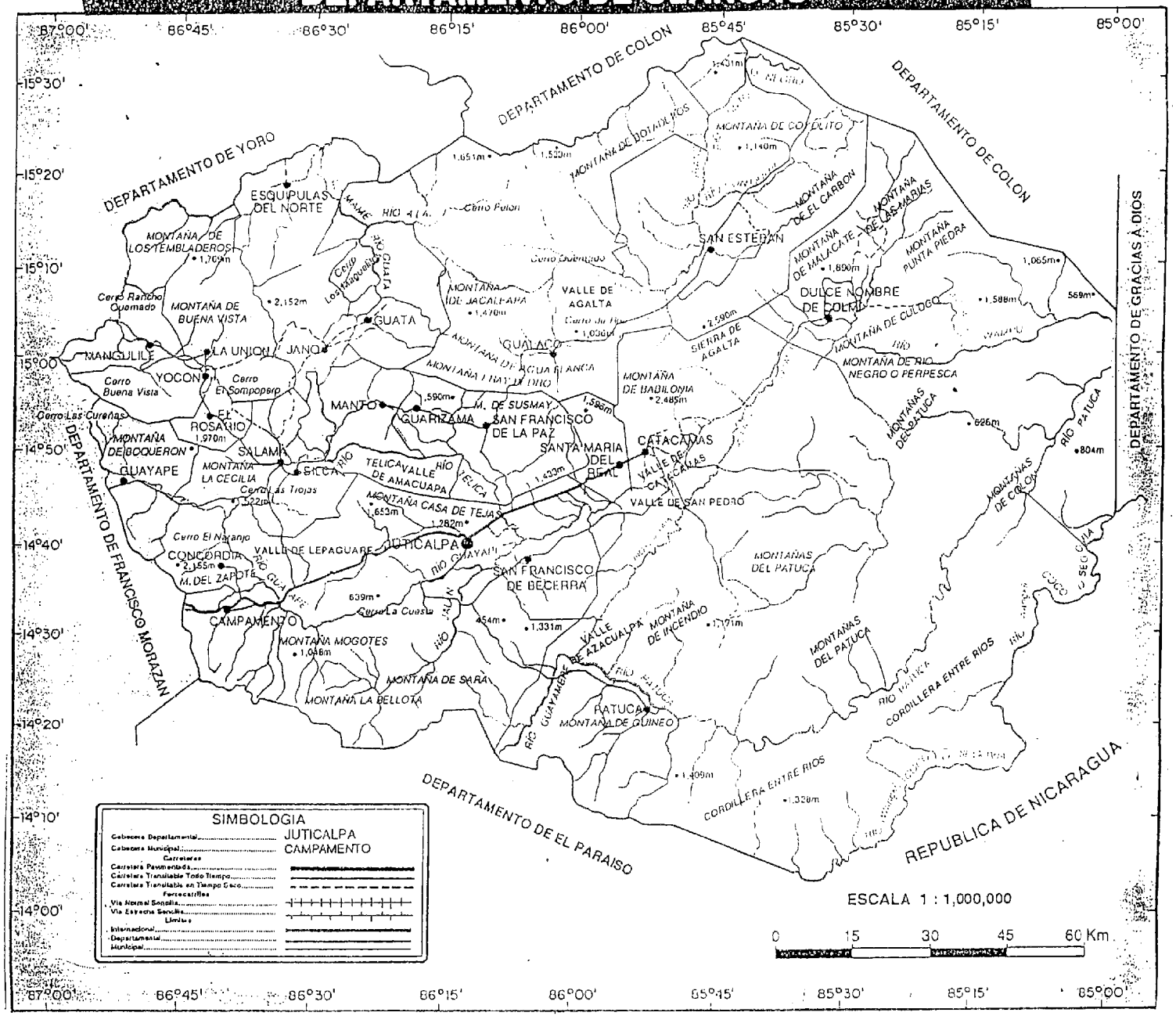
- Entendimiento de la naturaleza del producto del proyecto objeto de estudio.

- Elaboración de Términos de Referencia para la implementación de la primera etapa del proyecto objeto de estudio.

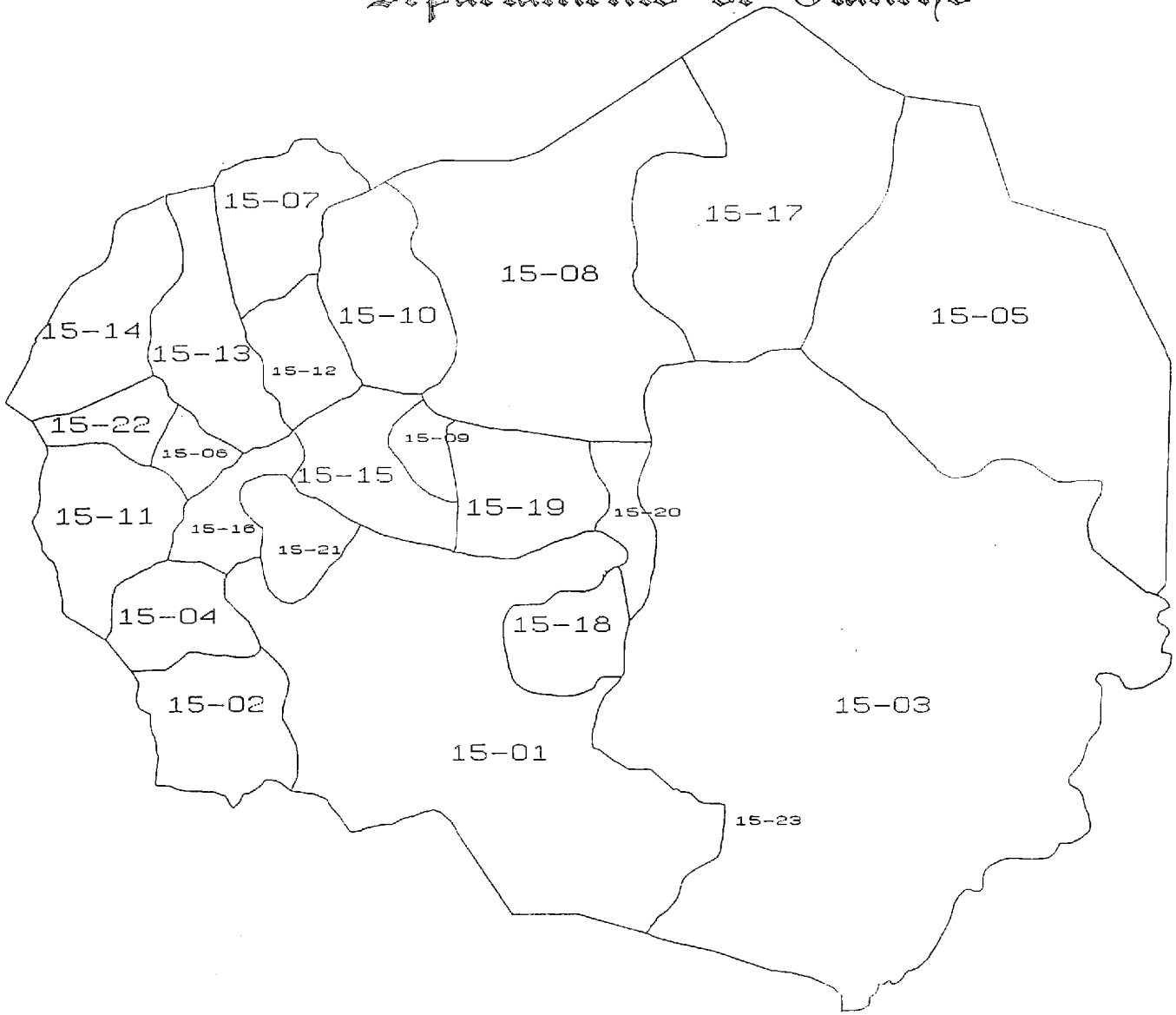
- Constitución de la Unidad ejecutora del Proyecto:

  * Espacio físico (ubicada en la Región de Salud Nº 7)
  * Asignación de Recurso técnico operativo.

DEPARTAMENTO DE OLANCHO



Departamento de Olancho



Nomenclatura

15-01 Juticalpa
15-02 Campamento
15-03 Catacamas
15-04 Concordia
15-05 Dulce Nomb. de Culmí
15-06 El Rosario
15-07 Esquipulas del Norte
15-08 Gualaco
15-09 Guarizama
15-10 Guata
15-11 Guayape
15-12 Jano
15-13 La unión
15-14 Mangulile
15-15 Manto
15-16 Salamá
15-17 San Esteban
15-18 San Fco. de Becerra
15-19 San Fco. de la Paz
15-20 Sta. Maria del real
15-21 Silca
15-22 Yocón
15-23 Patuca

③－２　日本政府に対する無償技術援助要請の枠組みにおける必要な措置【日本語訳】

中央アメリカ　ホンジュラス政府　保健省
日本政府に対する無償技術援助要請の枠組みにおける必要な措置
計画名：第七衛生地域総合開発計画
作成：対外協力計画局の支援により第七衛生地域部が作成
調整：ネットワーク・サービス次官室
テグシガルパ、中央特別行政区
１９９８年８月

日本政府に対する無償技術援助要請の枠組みにおける必要な措置

概要
Ｉ．プロジェクトの内容
プロジェクト名：第七衛生地域総合開発計画
要請機関：保健省、ネットワーク・サービス次官局、第七衛生地域
分野：社会
地理的位置：オランチョ県
期間：一年間

説明概要
本プロジェクトは、ホンジュラス共和国政府社会アジェンダに含まれている、1998-2002 年新保健アジェンダの優先戦略政策プロジェクトの枠組みのなかで、保健省への支援および技術援助を補足するものとみなされている。

この意味から、「第七保衛生地域総合計画」プロジェクトの本来の概要が調整された。この計画は、管理およびサービス提供の観点から、県レベルの保健モデル再編成プロセスを実行するための活動を補足する目的で提出され、1998 会計年度のプロジェクト方式技術協力の枠組みのなかで日本政府が最近承認したものである。

第七衛生地域総合計画は、医療サービスの観点から、サンフランシスコ・デ・アシス県病院の緊急及び外来医療の混雑を削減し、保健に関する教育とプロモーションの改革を実行し、保健モデルの近代化を計る調査をおこなうことを目的としている。３ヶ所の戦略的な医療施設にて医療サービスを提供することを考えており、サラマ、シリカ、ラ・ウニオン又はカタカマスの自治体のなかから選ぶ予定である。

日本政府の技術援助の第一フェーズでは、弟七地域の計画、設計、疫学評価を含むプログラムを実施する。

II．プロジェクトの正当性

背景

ホンジュラスは、面積112,492平方キロメートル、人口約560万人、18の県から成っている。これらの県のなかでは、オランチョ県は最も面積が広く、農業生産にとり重要な県であり、人口は約360,988人である。

社会面、特に保健面では、現在の国家保健制度は衛生地域に分けられている。オランチョ県は、四つの保健地区から成る第七衛生地域を形成し、最も大きな町（フチカルパ）にのみ病院がある。地方レベルの病院が一つしかない唯一の県であり、保健サービス・ネットワークは９６のUPS（サービス生産ユニット）から成っている。

保健分野では大きな進展がみられたが、母子死亡率、栄養失調、暴力、性行為感染症が都市部及び農村部の主な問題となっている。

日本によるマスタープラン調査では、フチカルパにある唯一の病院における医療サービスを補足し混雑の解消をおこなうために、より高い水準のサービス提供の必要性が指摘されており、サービスの範囲、地理的位置、既存のインフラ等に限界があることを認識しなければならない。

現政権は新しいアジェンダのなかで、サービスの提供範囲、アクセス、質を拡大するとともに、貧困指数、栄養失調、暴力、非識字率、インフレ等を減少させるため、過去の経験を活かし、サービスの生産力を結集しながら、努力と決意を結集するものである。

対処すべき問題

問題の原因に対処するため、本プロジェクトは、保健モデルの再編成をおこなうための新保健アジェンダに盛り込まれている制度的な戦略を発展させ、日本政府の支援及び技術協力により、オランチョ県における保健教育及び保健プロモーションを強化することを意図するものである。

III．提案

全般的な目的

＊住民、特に貧しい住民の生活条件を向上させる。

＊健康に危険のある生活習慣を改め、住民の健康的な習慣を推進させる。

＊公正で、質が高く、機会均等なサービスへのアクセスを向上させる。

活動

＊生活条件による、自治体レベルの住民の階層化に関する調査を更新する。
＊階層別住民の健康に危険のある習慣を分析する。
＊NBI（満足されていない基本的必要指数）による、住民階層別健康状況を分析する。
＊青少年や成人のリスク・ファクター（アルコール中毒、暴力等）を分析する。
＊保健サービス、管理疫学的体制を分析する（社会保険庁 RS-No.7 及び NGO-RSNo.7 の協定の見直し）。

分析により期待される結果
＊優先的な住民グループ（最も必要としている住民）の数と場所がわかる。
＊優先的な保健問題がわかる。
＊保健システム改革プロセスの枠組みのなかにおける、サービスの再適正化及び開発の必要性がわかる。
●自治体及び県のネットワーク
●中間医療施設
●保健モデルの再編成
＊資金調達スキーム及び管理分野の問題。

問題が確認されると以下のことが期待される。
＊関係するセクター間及び機関間の戦略がわかる。
＊第七衛生地域発展のための県レベルの計画の枠組みが形成される。
＊問題や自治体及び自治体のグループに応じた、プラン、プログラム、プロジェクト形成のために必要な方向づけがなされる。
＊財政的に維持可能な新しいスキームや、人材や資材取得を迅速にする管理手続きの新しいスキームが発掘できる。
＊以下の必要性が確認できる。
●さまざまな期間にわたる技術援助
●人材の教育、訓練、充当
●総合情報システムの設計
●ネットワークの中間レベルのユニットのために決定され標準化された解決能力に応じた、インフラや必要な機材の刷新、拡張、建設

措置
＊プロジェクト第一フェーズ推進のために必要な措置をとるための中央及び県レベルの技術グループの設立。このグループは以下のメンバーから成る。
●ノルマ・バグアダ、対外協力ユニット長
●セルヒオ・カリアス、計画一般調整室長
●アリリオ・クルス、計画プロジェクト・ユニット
●エクトル・ルイス・エスコット、第七衛生地域部長

●エダ・ソフィア・カリックス、第七衛生地域疫学課長

●マルガリータ・カリックス、計画、モニタリング、評価コーディネータ--

＊調査対象となるプロジェクトの成果の性質を理解する。

＊調査の対象となるプロジェクトの第一フェーズ実施のためのＴ／Ｒを作成する。

＊プロジェクト実行ユニットを設立する。

●物理的スペース（第七衛生地域に設置）

●実施技術要員の指定

④－１　調査団からの事前照会関連資料【質問項目】

ホンジュラス　第７保健区総合開発計画　事前調査
調査前の質問項目

保健省

1. ホンジュラス政府の組織図（保健分野を中心に）
2. 保健政策の有無とその内容
3. ホンジュラス、第７保健区の保健分野における現状、問題点とその対策
4. 今後の課題
5. 医療従事者の種類とその教育ｼｽﾃﾑ（医師、看護婦、准看護婦、TBA、他）……看ゴ婦、准看ゴ婦は把握していますが便宜上入れてあります。
6. CESAR においては准看護婦が診断と治療を行っているようだが、法律的な規制はないのか

第７保健区地域事務所

1. 業務内容と人員
2. サンフランシスコ病院、CESAMO、CESAR、CMI の役割と４施設の関係
3. 各施設における医療従事者とその教育ｼｽﾃﾑ
4. 第７保健区における保健分野における現状、問題点とその対策
5. 第７保健区住民の生活レベル
6. 平成 10 年５月の調査団の際に今後の課題として、以下の４つが挙げられているが、これらに結びつく現状、問題点を現す具体的ﾃﾞｰﾀとそのアセスメント、また地域事務所として行っている対策とその進み具合
   1) 外傷による死亡が多く、救急医療の強化
   2) 地域病院、保健所での治療技術の向上
   3) CESAMO、CESAR の機能と連携強化等の保健ｼｽﾃﾑの強化
   4) 感染症対策強化

保健所(CESAMO)

1. 役割、業務内容と人員、役割分担
2. 現状、問題点とその対策
3. 施設内での教育ｼｽﾃﾑはあるか
4. TBA 指導などを行っているようだが、その具体的方法と頻度、現在の問題点
5. 地域巡回の方法とその頻度、現在の問題点
6. 救急車の不足を強く訴えているが、救急車が必要なのはどのような時か。これまで、救急車の不足の為にどのような問題、事故が起こっているか
7. 救急患者の内訳

保健所(CESAR)

1. 業務内容と人員
2. 担当住民数、年齢・性別構成
3. どのような患者が多いのか
4. 看護婦では対応できないような患者が来た場合にはどうするか。
   それはどのような症例か
5. CESAMO、病院とはどうやって連絡をとっているか
6. 住民の健康状態はどのようにして把握しているか
7. 問題点、困っていることは何か。それをどのようにして解決する予定か

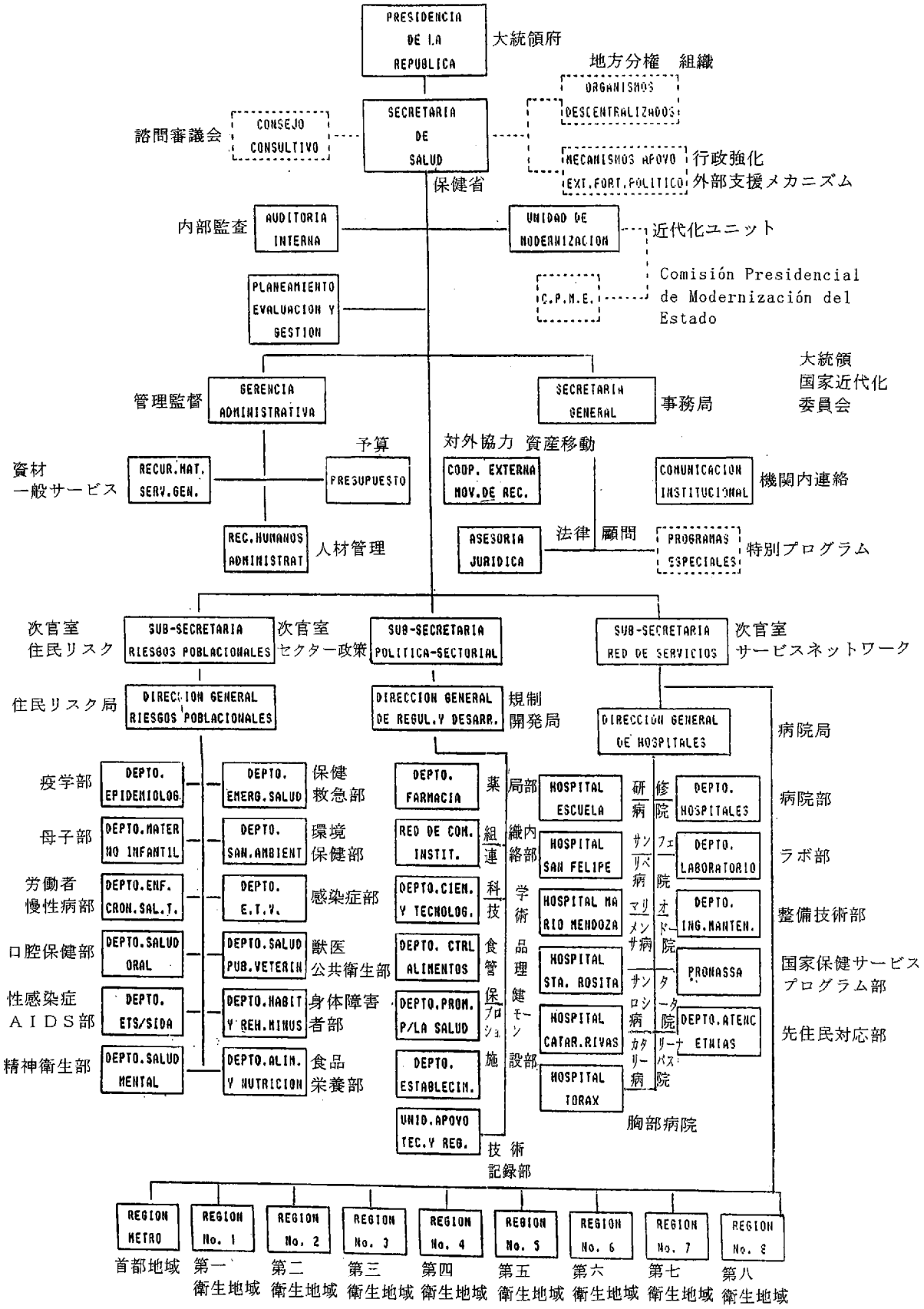
母子診療所（CMI）

1. 業務内容と人員
2. 分娩数（正常分娩数、異常分娩数）
3. CMI での分娩を介助するのは誰か
4. 異常分娩の時はどうするか
5. 産前検診を行っているか。行っている場合、その頻度と内容
6. 産後検診を行っているか。行っている場合、その頻度と内容
7. 自宅分娩には誰がかかわっているか。
8. CMI としては自宅分娩にどのようにかかわっているのか
9. これまでに、担当地域の妊婦が死亡したことがあるか
10. その原因は何か
11. 新生児の場合はどうか
12. どのような避妊方法を指導しているか
13. 家族計画を行う場合、どのような物品が不足しているか

サンフランシスコ病院

1. 看護部について
   1) 看護職員数と各病棟への配置数
   2) 看護職員の学歴
   3) 勤務時間と勤務体制
   4) 看護部が参加している病院内の会議は何か
   5) 院内教育ｼｽﾃﾑはあるか（内容と頻度）
   6) 管理上の問題点とその対策
2. 救急システムとその問題点

④－２　調査団からの事前照会関連資料【回答（西語）】



2.- SI EXISTE O NO ALGUN PROYECTO SOLICITARIO.- SI EXISTE ESPECIFICARLO.
NO EXISTE OTRO PROYECTO DE ESTA NATURALEZA PARA LA REGION SANITARIA No.7

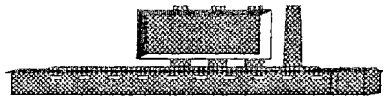
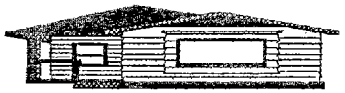
PROBLEMAS EN EL SISTEMA DE LA ATENCION MEDICA.

- Bajo acceso de la poblacion a los servicios de atención médica.
- Deficiente Capacidad Gerencial de los Gerentes de Servicios y Establecimientos.
- Mal funcionamiento del Sistema de Referencia de pacientes.
- Déficit de suministro de insumos critico (medicamentos,equipo, alimentos, combustible)
- Deterioro de instalaciones físicas y mal mantenimiento de equipo.
- Necesidad de Reorientacion , Capacitación y Gerencia del Recurso Humano.
- Déficit de Financiamiento de la Salud.

SISTEMA DE SALUD

SITUACION ACTUAL DE LA REGION N°7

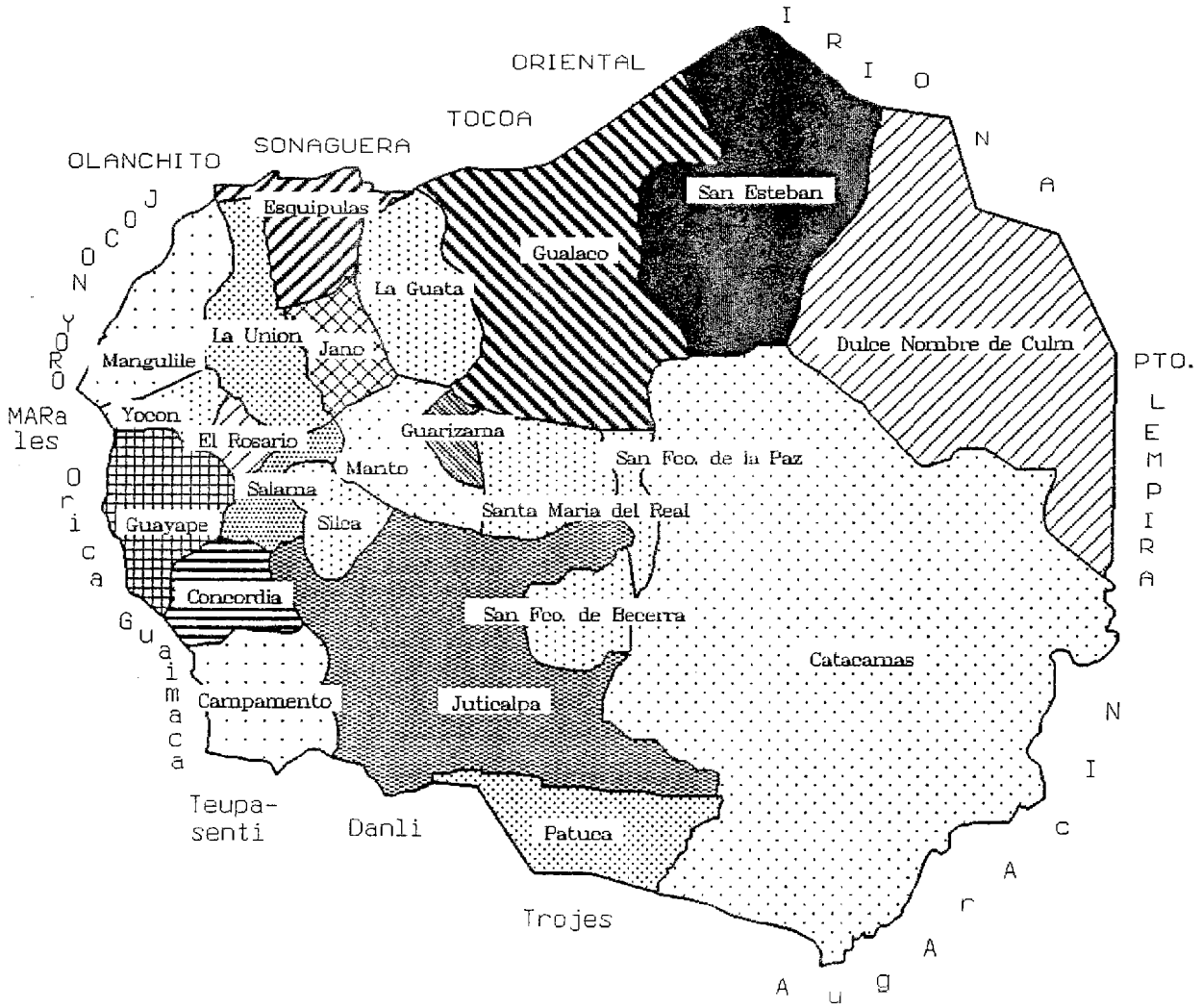
- **RED DE SERVICIOS PUBLICOS**

- HOSPITAL: 1 
- CESAMOS: 25
- CESARES: 98 
- CLINICAS MAT-INF.: 4

TOTAL: 128

REGION DE SALUD Nº 7,

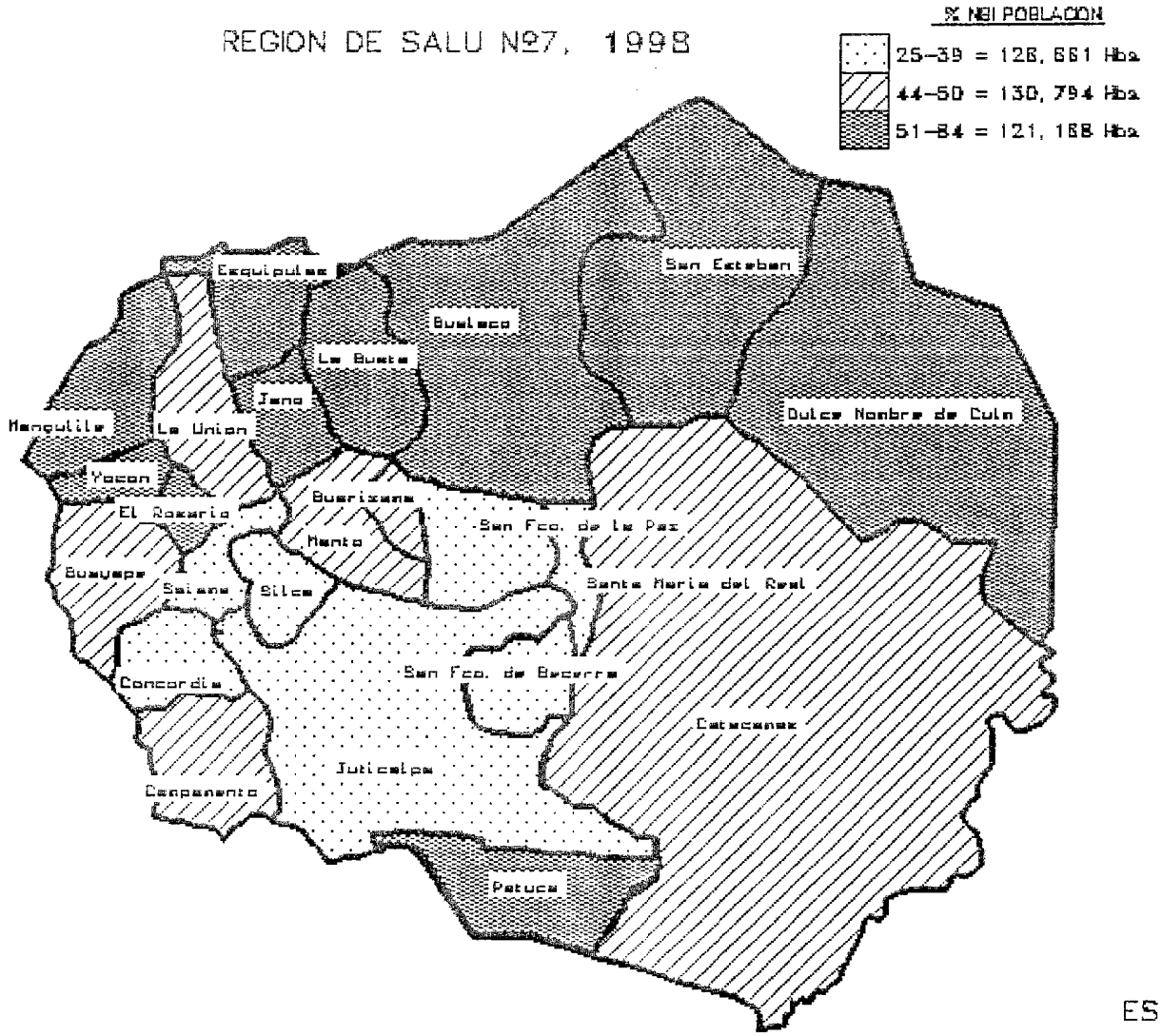
UNBICACION GEOGRAFICA Y SUS MUNICIPIOS



OLANCCHO Y LA ESTRATIFICACION DE MUNICIPIOS

POR LAS CONDICIONES DE VIDA: SEGUN NBI

REGION DE SALU Nº7, 1998



ESTRATIMAP

Tipo de Personal de Salud

El personal de salud es de carácter multidisciplinario, integrado por diferentes categorías a nivel universitario, técnico y auxiliar.

El personal médico es formado por la Universidad Nacional Autónoma de Honduras con siete(7) años de formación académica más un año de Servicio Social obligatorio, el cual realizan con mayor énfasis en áreas rurales.

La Enfermeras Profesionales también son egresadas Universitarias con 4 años consecutivos de formación en la Universidad más un año de servicio social con énfasis en las áreas rurales.

El personal técnico y auxiliar es formado por la Secretaría de Salud a través del Centro Nacional de Adiestramiento de Recursos Humanos CENARH, se forman Técnicos en Anestesia, Laboratorio y Rayos X y según necesidades citotecnologos con una formación de 14 meses en promedio, actualmente la Universidad Nacional Autónoma en convenio con la Fundación Teletón esta formando el técnico en rehabilitación.

A nivel Auxiliar la Secretaría forma únicamente Auxiliares de Enfermería a través de un curso de 10 meses de duración mas un año de servicio social en diferentes instituciones del estado.

En el caso de las parteras tradicionales la Secretaría las identifica y las capacita en sus comunidades a través de jornadas de 6 días de duración inicial, posteriormente se les da seguimiento y capacitación a través de reuniones mensuales y visitas en sus hogares.

Todo personal después de egresar de los centros formadores tiene acceso a oportunidades de capacitación en su mayoría convocados por la secretaría para reforzar y actualizar conocimientos en diferentes componentes vinculados a la atención y a los problemas de salud de la población con el propósito de mejorar la calidad de atención.

Las actividades de capacitación se realizan a nivel nacional regional y local contando para ello con financiamiento nacional y el apoyo de organismos internacionales.

6.- A PESAR DE QUE ORIGINALMENTE CUANDO SE CREO EL CESAR TENIA COMO FUNCIONES ESPECIFICAS LAS DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD, (PREVENTIVA), CON EL TIEMPO Y POR DEMANDA COMUNITARIA SE LES PERMITIO REALIZAR ACTIVIDADES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO, PREVIO A LA CAPACITACION

ACTUALMENTE NO EXISTE REGLAMENTACION QUE IMPIDA ESTAS PRACTICAS.

SECRETARIA DE SALUD

REGION DE SALUD Nº7

JUTICALPA, OLANCHO

RESPUESTAS DE INTERROGANTES SOBRE EL DISTRITO SANITARIO Nº 7

A LA OFICINA DEL SEPTIMO DISTRITO SANITARIO .

1. **Sus actividades y su personal.**

   R. Las principales actividades están encaminadas a la Planificación, Monitoria y Supervisión de las estrategias de los diferentes Programas de salud, así como también a la distribución equitativa y administración de los Recursos Humanos, materiales y financieros.

   El Personal esta conformado por un equipo de trabajo que incluye además del Director Regional a Epidemiologo, Estadigrafa, supervisor del Programa de Control de vectores, Ingeniero ambiental, supervisor de Promotores de Saneamiento Básico, Microbiologo Regional, Supervisor de Control de alimentos, Educador, Técnico Materno Infantil, Supervisora de enfermería, Administrador regional y Gerente de Personal.- Cada uno de ellos cuenta con un equipo mínimo de Recursos Humanos en sus oficinas para el funcionamiento.

2. **Sus Función y sus relaciones entre el Hospital San Francisco, Cesamo, Cesar y CMI.**

   R. La función principal consiste en interpretar e implementar en todo el Departamento de Olancho las políticas de salud vigente, además de conducir y Gerenciar las actividades de los diferentes programas de salud en los deferentes Niveles Gerenciales y de atención.

   El Hospital San Francisco (el Director) depende directamente de la Dirección Regional y es el nivel de atención superior responsable de recibir y atender la referencia de los CESAMOS, CESAR Y CMI.

3. **Personal de sanidad en cada Institución Hospitalaria y su sistema de Capacitación.**

R. La única unidad Hospitalaria con que cuenta la Región de Salud Nº 7, es el Hospital San Francisco y cuenta el siguiente personal.

- Médicos	34	
- Licencias en Enfermería	19	
- Microbiologos	2	(1 SERV.SOC.Y 1 Contrato)
- Técnicos Rayos " X "	5	
- Técnicos de Anestesia	4	
- Técnicos de Laboratorio	8	
- Personal administrativo	94	
- Personal servicio de apoyo	32	
- Auxiliares de Enfermería	96	
	254 Total	

El sistema de Capacitación a Médicos y Enfermeras es a través de plan de capacitación continua que anualmente elabora la dirección del Hospital, otro tipo de capacitaciones se dan de acuerdo a lo que planifican los diferentes programas de Salud a Nivel Central.

4. **Situación Sanitaria actual del distrito Nº 7 en cuestión sobre sus problemas y sus posibles Soluciones.**

R. La morbilidad mas frecuente en toda la población es la trasmitiva por vectores tal es el caso de la malaria y el Dengue pero en la población menor de 5 años las infecciones respiratorias agudas y las diarreas, así como la desnutrición ocupa los primeros lugares..Para cada una de ellas existen soluciones que se encuentran plasmadas en las estrategias ya definidas para cada problema enfatizandose en la promoción y educación para la Salud así como también el fortalecimiento de la participación Comunitaria y la cogestión de los Servicios de salud. La atención primaria de la Salud es la estrategia fundamental.

5. **Nivel de Vida de los Habitantes del Distrito en cuestión.**

R. La Población se ha estratificado por Municipio en 3 estratos según sus condiciones de vida valorado según 5 indicadores:

* Disponibilidad de agua
* Disposición de excretos
* Escolaridad
* Carga Económica
* Tipo de Vivienda.

Observar el cuadro titulado

" OLANCHO Y LA ESTRATIFICACION DE MUNICIPIOS POR LAS CONDICIONES DE VIDA SEGÚN NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas)"

6. Durante la visita previa del equipo de investigación realizada el pasado mes de mayo se localizaron los cuatro siguientes temas a solucionar. ¿ Como está la situación actual de este distrito en relación con los cuatro temas de abajo ? ¿ se han obtenido algunos datos concretos que indiquen la gravedad de los problemas mencionados ? ¿ se ha realizado su evaluación o se han tomado algunas medidas por parte de la Oficina del distrito y se han conseguido los logros ?

1). Fortalecer la atención primaria, ya que se observa un alto índice de fallecimientos por lesiones.

2). Mejorar el tratamiento en Hospitales Regionales y Centro de Sanidad.

3). Fortalecer el sistema sanitario mejorando el funcionamiento del CESAMO y el CESAR e intensificando las relaciones entre ellos.

4). Fortalecer las medidas contra las enfermedades infecciosas.

R. Durante 1998 se creo una nueva política de salud llamada " LA NUEVA AGENDA EN SALUD " , la cual se basa en dos estrategias fundamentales como lo es:

a). Proceso de Departamentalización / Municipalización
b). Reorganización del Modelo de Atención.

Con lo anterior se pretende fortalecer las medidas contra las enfermedades y el fortalecimiento de la atención primaria de la salud estableciendo en la Región de salud Nº 7. (Proximante será la Región Departamental de Olancho) tres niveles de atención:

a) Primer nivel conformado por las unidades básicas de salud en cada comunidades, los Centros de salud Comunitarios anteriormente llamados CESAR y los centros de Salud con Médico anteriormente llamados CESAMOS.

b) El Segundo nivel conformado por Centros de Salud con Médicos y otros Servicios y las Clínicas Materno Infantil de los cuales durante 1998 se abrieron tres, en los municipios de Patuca, san Esteban y Guayape bajo la modalidad de atención de parto normal por auxiliar de enfermería para lo cual se creo una escuela Emergente especialmente para formar los recursos humanos que trabajan en estas clinicas.

También para fortalecer este segundo nivel de atención a la Región Nº7(Región Departamental) tiene propuesta la apertura de clinicas periféricas de Emergencia (Cliper) en lugares estratégicos del Departamento de Olancho como ser Catacamas, San Francisco de la Paz y Salamá previo estudio de factibilidad y viabilidad, pero como un paso para ir creando las condiciones se han asignado algunos recursos medicos adicionales durante 1998 como en el casa de Catacamas.

c) El Tercer nivel de atención será el hospital San Francisco el que adquirirá la categoría de Hospital Departamental por lo que dentro del Plan se contempla la apertura de Centros de salud con Médico periféricos estratégicamente ubicados en uno o más barrios de la ciudad de Juticalpa sede del hospital y de esta manera disminuir la alta carga de pacientes de consulta externa del hospital que en loas condiciones actuales consume muchas recursos humanos , financieros y que corresponden un segundo nivel de atención el cual estaría desconcentrado en los centros perifericos propuestos y el Hospital utilizará los recursos para atender lo que corresponde a un verdadero tercer nivel.

Durante 1998 para lograr el objetivo de la Departamentalización / Municipalización y la reorganización del modelo de atención se ha socializado la " Nueva Agenda en Salud " a la mayoría del personal institucional con el objeto de que la comprendan y ayuden a operativizarla para 1999 se tiene planificado inplementarla en todo el Departamento.

AL CESAMO:

1. **Sobre la función de esta institución Sanitaria . Sus actividades y su personal y también la asignación de tareas.**

R. Su función brindar atención en la prestación de los Servicios de Atención Ambulatoria, cirugía menor, actividades de promoción y educación en el ámbito municipal.

Personal cuenta con un médico, 1-2 Auxiliares de Enfermeria, 1 - 2 trabajadores de Atención al medio (promotores y trabajadores en el control d enfermedades transmitidas por Vectores) un encargado de farmacia y odontólogo en 5 cesamos.

Personal total:

- medicos : 22
- Enfermeras : 1 en servicio social San Esteban
- Auxiliares de Enfermeria 52,de estas 4 están serv.Soc.
- Odontólogos: 5
- Técnicas en Laboratorio : 7

Los responsables Administrativos del Centro Medico serán los encargados de la coordinación técnica y Administrativa de todos los Servicios Comunitarios.

2. **La Situación actual Sobre sus problemas y sus posibles soluciones.**

R. Su Problema Básica identificado en este nivel es la escasa capacidad resolutiva en la atención curativa, por el poco equipamiento, ya que en promedio un Cesamo cuenta con : un esfignomanómetro, uno estetoscopio, camilla Ginecológica, balanza pediátrica, balanza para adulto, especulo vaginal, termómetro, guantes, un nebulizador y un equipo de sutura y curación.
Una posible solución es la de fortalecer este nivel con la creación de Centros Medicos con servicio de apoyo y clinicas perifericas de emergencia.

3. **¿ Se dispone de algún sistema de capacitación dentro de la institución.**

R. Capacitación, existe la educación modular individualizada para los problemas más prevelentes: Malaria, diarreas, intoxicación por plaguicidas.

4. **Dicen que se realiza la capacitación de TBA. ¿ De qué forma y con qué frecuencia ? º se detecta algún problema en este momento ?**

R. La formación de técnicas en atención Ambiental quedo en proyecto, la que está realizando es una capacitación empírica aprender haciendo, con bajo nivel académico.

5. **¿ De qué formase realiza la visita sanitaria en el Distrito? ¿ y con que frecuencia ? ¿ Se detecta algún problema en este momento.**

R. La visita Sanitaria se ha llamado " ENTREGA DE PAQUETE BÁSICO) es una estrategia de atención acelerada de la accesibilidad a los servicios de salud, se ha llevado a comunidades altamente postergadas y de difícil acceso y tiene aceptación social por la población, las visitas se realizan por lo menos una vez cada trimestre, cuatro visitas al año, para asegurar únicamente las coberturas de vacunación y seguimiento al personal comunitario voluntario.

6. **Dicen que estan muy necesitados de ambulancias. ¿ Concretamente cuándo se necesita la ambulancia? ¿ y hasta este momento que tipo de problemas o accidentes han ocurrido por falta de ambulancias ?**

R. Planteamos las necesidades de las ambulancias básicamente para disminuir la mortalidad Materna, facilitando la atención del parto institucional, que ha mantenido en los ultimos 5 años un promedio de 28 %, el segundo problema que emérita traslado son las neumonias en menores de 5 años, traumatismos por arma Blanca, Arma de fuego y las mordeduras de serpientes, específicamente ha acurrido muertes Maternas por no haber forma de trasladarlas o traslado tardías.

7. **Especificar el tipo de pacientes ingresados en urgencias.**

R. El tipo de pacientes ingresados a la urgencia del Hospital: en un 46 % mujeres en trabajo de partos, insuficiencia respiratoria en menores de 5 años,apendicitis aguda y traumatismo con herida penetrante.

AL CESAR:

1. **Sus actividades y su personal.**

   R. Realiza actividades de promoción y educación para la Salud, atención ambulatoria de enfermedades diarreicas, Infecciones respiratorias, Desnutrición , Malaria , Leishmanisis , vacunaciones, control de embarazadas y referencias de pacientes al Centro Médicos, el personal con que cuenta son 95 Auxiliares de Enfermería permanentes y 17 Auxiliares de Enfermería en Servicio Social. Algunos Cesares cuenta además con Promotor de Salud y Trabajador de Control de Vectores.

2. **Los Habitantes que estan bajo su responsabilidad. Edades comprendidas y su sexo.**

   R. Población asignada 142,000 habitantes, lo que significa el 36 % de la población total distribuida de la siguiente manera:

* Menores de 1 Año	5,396	3.8 %
* 1 - 4 Años	19,454	13.7 %
* 5 - 14 Años	37,630	26.5 %
*15 - 49 Años	64,752	10.4 %
*50 - y mas	14,768	

   Este nivel atiende el 33 % de las atenciones total del segundo nivel.

3. **Que tipos de Pacientes son los más frecuentes.**

   R. Morbilidad atendida, Infecciones respiratorias agudas,Enfermedades diarreicas, Desnutrición, Parasitismo en el menor de cinco años y tuberculosis Pulmonar y síndrome convulsivo en los mayores de 15 años, Leishmaniasis cutánea y mucocutaneas en zonas endémicas, Malaria.

4. **¿ Si viene un paciente cuya enfermedad está fuera de la capacidad de atención de las enfermedades, qué de Hace ? ¿ y que tipos de enfermedades son éstas ?.**

   R. Las enfermedades que no tienen capacidad de atender son referidas al CESAMO O HOSPITAL; y son hernias, traumatismos, Artritis, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, *Intoxicaciones.*

5. **¿ Como se pone en contacto con el Cesamo y con los Hospitales ?**

R. El Contacto con el CESAMO y HOSPITAL se hace a través de una referencia escrita, no existe otro medio de comunicación.

6. **¿ Que se hace habitualmente para tener conocimiento de la Salud de los habitantes ?**

R. El conocimiento de las Salud de los habitantes se realiza solo por análisis de la demanda atendida, qué esta limitada a la capacidad de oferta.

7. **¿ Qué problemas existen actualmente ? ¿ Qué van a hacer para solucionarlos.**

R. El problema principal en este nivel es la falta del recurso de enfermeria auxiliar, trabajador control de Vectores y Promotores de salud, que por el grado de ruralidad, postergación y bajos salarios no se ocupan las plazas disponibles.

La solución formulada es fortalecer el Nivel comunitario organizando unidades básicas de salud implementando estrategias operativas como: Unidades gestoras de atención de salud, manejo Comunitario de las neumonias, manejo comunitario de las diarreas, fondos comunales de medicamentos.

AL CMI.

1. **Sus actividades y su personal.**

R. Se brinda atención directa (Atención Prenatal Puerperal, Atención del Parto y Planificación Familiar y Lactancia Materna.

Se hace captación de embarazadas de alto riesgo y es necesario se refiere al nivel inmediato superior.

Seguimiento de la Partera Tradicional Capacitada para garantizar un parto limpio y alumbramiento seguro.

Coordinación inter y extrasectorial (Alcaldías Municipales y otros Instituciones) para realizar actividades en Salud Reproductiva.

Se realiza las actividades educativas en los componentes de Salud Reproductiva a la población en general.

Se brinda atención de emergencia en caso necesario en las CMI.

personal asignado a la CMI

Patuca cuenta con 6 auxiliares de enfermeria por egresar del servicio social.

Guayape. 4 auxiliares de enfermeria en servicio social.

Catacamas: 10 auxiliares de enfermeria 2 en servicio social y 8 permanentes.

San Esteban: 9 auxiliares de enfermeria todas en servicio social.

2. **Número de partos realizados (alumbramiento regulares e irregulares)**

R. CMI Patuca = 37 Partos
CMI Guayape = 114 "
CMI Catacamas = 571 "
CMI San Esteban = 46 Partos

Total de partos de las CMI = 768 Normales (de bajo riesgo).

3. **¿ En el CMI quién es auxiliar en el Parto.**

R. Es la auxiliar de enfermeria no existe otra persona que sirva de circulante durante el parto.

4. **En caso de un alumbramiento irregular, ¿ qué medida se toma ?**

R. Se llama el Médico en Servicio social o en su defecto al Médico Municipal y en caso de no poder resolver el problema se refiere a la madre de manera inmediata para el nivel superior (Hospital mas cercano).

5. **¿ se realiza análisis previo al parto ? de ser así, ¿ que se hace y con qué frecuencia ?**

   R. Se realiza una evaluación previa al ingreso se busca su historial perinatal para conocer antecedentes y saber y la parturienta estuvo en control prenatal y si no se llena la historia perinatal, una vez que esta en internamiento, se hace frecuencia cardíaco fetal como mínimo casa hora, se llena el partograma en la mayoria de CMI, también se le toma la presión arterial a la madre y se le controla las contracciones uterinas.

6. **¿ Se realiza análisis posterior al parto? de ser así, ¿ que se hace y con qué frecuencia ?**

   R. Se hace evaluación postparto inmediato al parto y posteriormente se realiza vigilancia estricta durante los primeros ocho horas postparto cada hora en caso necesario se hace cada 30 minutos, tambien se aprovecha para realizar el apco o precoz al niño a partir en adelante se le da el alta, se brinda orientación sobre la importancia del control puerperal en los primeros y días y el segundo a los 42 dias.

7. **¿ Quien interviene en el parto si el alumbramiento tiene lugar en casa ?**

   R. La Partera tradicional Capacitada en caso de no poder la PTC, el esposo, madre de la parturienta, suegra o ellas se auto atiende.

8. **¿ De qué forma está relacionado el CMI con el alumbramiento en casa.**

   R. En caso que ocurra una dificultad y que hacer accesibilidad a la casa de donde se esta atendiendo el parto la persona que atiende el mismo solicita ayuda al personal medico, enfermera profesional o auxiliar de enfermeria y estos se desplazan para resolver el problema o si es muy alejado refieren a la madre a la CMI para ser atendida por el personal Institucional.

9. **¿ Ha fallecido alguna mujer embarazada en el Distrito hasta la fecha ?**

   R. Si han fallecido (4 personas)

10. **¿ Cual ha sido la Causa ?**

   R. Hemorragia (shock hipovolemico)

11. **¿ Ha fallecido algún bebé en el Distrito ? ¿ Cual ha sido la causa. ?**

R.

12. **¿ Que medidas de planificación recomienda ?**

R. Se brinda orientación sobre los factores de riesgo de la mujer, antes y después del embarazo y la vez se le recomienda algún método de planificación familiar para que posponga o evite un futuro embarazo.

13. **¿Qué falta para llevar a cabo una planificación Familiar ?**

R. Falta hacer un trabajo fuerte sobre la implementación de la planificación Familiar con otros actores intra y estrasectorial y tambien involucrar la sociedad civil y a la vez a los hombres que participen activamente en las actividades de Salud Reproductiva.

Fortalecer la Salud Reproductiva a través de todas medios de comunicación para reducir las tasas de morbilidad y mortalidad Materna Perinatal.

AL HOSPITAL SAN FRANCISCO:

1. **Sobre la Sección de Enfermeria.**

1).Número de personal de enfermeria y número destinado en cada especialidad.

R. Enfermeras Profesionales 19
Auxiliares de enfermeria 96

Especialidades en que estan ubicadas.

Especialidades	Enf. Profesionales	Aux. Enfermeria
Pediatría	5	23
Ginecobstetricia	5	24
Cirugia	4	25
Medicina	5	24

2).Estudios del Personal de Enfermeria.

R. a). Nivel Profesional : estudios Primarios, Educación Media y estudios universitarios, egresa como bachiller Universitaria en enfermeria o como Licenciada en enfermeria.

b). Nivel Auxiliar de Enfermeria: Primaria o ciclo común de preferencia, 10 meses curso Auxiliares de enfermeria Técnico Práctico y un año en Servicio social.

3). El horario y sistema laboral

R. Turnos rotativos de 8 horas
Turnos A entrada a las 6 am y salida a 2.pm
Turnos B entrada a las 2.pm y salida a 10 pm
Turnos C entrada a las 10 pm y sale a 6 am.

El sistema laboral esta bajo el régimen de servicio civil.

4). ¿ a que tipo de reunión asiste la sección de Enfermeria.

R. Reuniones Administrativas, docentes y comunitarias.

5). ¿ Hay sistema de Capacitación interno ? (su contenido y frecuencia)

R. Si hay un sistema establecido de capacitación programado trimestral mente, los contenidos se enfocan a las necesidades y vacíos del personal.

6).Problemas administrativos y sus posibles soluciones.

R. a).Falta de recursos Humanos (para cubrir los tres turnos.
b).Falta de Medicamentos.
c).Falta de mantenimiento tanto el equipo como al inmueble.

2. Sistema de Urgencias y sus Problemas.

R. Existe el Servicio de emergencia las 24 horas del día, atendiéndose las cuatro especialidades Básicas.

Problematica logística diferente, escaces de insumos, falta de recurso humano.

④－３　調査団からの事前照会関連資料【回答（日本語要約）】

質問状の回答（要約）

医療システムの問題

＊　医療サービスへの住民のアクセスが低い。
＊　医療サービス管理者や医療サービス施設の管理能力が低い。
＊　患者のレファレル・システムの機能不良。
＊　重要な基本資材の供給不足（薬品、機材、食料、燃料）。
＊　施設の老朽化、機材の整備不良。
＊　人材の再指導、教育、監督の必要性。
＊　医療費の赤字。

医療制度

第７保健区の現状

地域医療（公共サービスネットワーク）

＊	病院	１
＊	CESAMO（医師の常駐する保健所）	２５
＊	CESAR　（医師の常駐しない保健所）	９８
＊	CMI　（母子保健クリニック）	４
	（合計）	１２８

第７保健区の位置と市町村図

オランチョと市町村の階層化　生活条件による　ＮＢＩ（満たされていない基本必要項目）による地図

医療従事者の種類

保健医療従事者はさまざまな分野をカバーし、大学卒、専門学校卒、助手等さまざまなカテゴリーの人材から成っている。

医師はホンジュラス国立自治大学で養成され、７年間の就学に加え、農村地域に重点をおいた義務的な社会サービス実習を１年間おこなう。

看護婦は４年制の大学を卒業後、１年間農村地域に重点をおいた社会サービスの実習をおこなう。

技術者や助手は保健省の国立人材養成センター（ＣＥＮＡＲＨ）で養成され、麻酔技師、検査技師、Ｘ線技師が養成されるとともに、細胞検査技師が必要な場合には、現在、国立自治大学で平均１４ヵ月で養成され、リハビリ技師はテレトン財団との協定により養成されている。

助手に関しては、現在保健省は準看護婦のみを養成しており、１０ヵ月のコース終了後、国内のさまざまな機関で１年間社会サービス実習をおこなう。
伝統的産婆については、保健省は６日間の地域での養成をおこなった後、毎月の会合や家庭訪問により、フォローアップしながら養成する。
養成機関を卒業したスタッフは全て、その能力を向上し、医療や住民の健康問題に関する知識を強化更新するため、主に保健省が主催する研修に参加できる。
研修は全国レベル、地域レベル、市町村レベルでおこなわれ、国家予算がつき、国際機関によるプロジェクトもある。

質問２の回答
第７保健地区には、このような性格のプロジェクトは他に存在しない。

質問６の回答
本来ＣＥＳＡＲはプライマリヘルスケア（予防）のために設立されたが、時間が経過するにつれ要望が増えたので、事前に研修をおこない、診断や治療をおこなうことを許されるようになった。
現在、診断や治療行為を阻止する規制は存在していない。

質問状の回答
１．保健省の業務および人材
主な業務は、保健に関するさまざまな計画戦略の立案、モニタリング、監督、および、人材、資材、資金を平等に分配し管理することである。
人材は、地域局長、伝染病専門家、統計専門家、ベクター管理計画監督官、環境技師、基本衛生推進監督官、地域細菌学専門家、食品管理監督官、教育担当官、母子技術員、看護職員監督官、地域監督官、人事部長から成り、それぞれがその任務を果たすため、その事務所に必要最低限の人材を有している。

２．保健省の機能および保健省とサンフランシスコ病院、CESAMO、CESAR、CMI との関係
主な機能は、オランチョ県全体に現在の保健政策を広め実施するとともに、さまざまな監督レベルや医療レベルで各種の保健計画を行い監督することである。
サンフランシスコ病院（院長）は地域局に直属し、CESAMO、CESAR、CMI からの紹介を受け対応する上位医療機関である。

３．それぞれの医療機関の医療スタッフおよび教育制度
第７保健区にある唯一の医療機関はサンフランシスコ病院であり、以下の人材を有す。

医師	３４人
看護学士	１９人
細菌学専門	２人（社会サービス実習生１名、契約職員１名）
Ｘ線技師	５人
麻酔技師	４人
検査技師	８人
事務職	９４人
補助職員	３２人
準看護婦	９６人
合計	２５４人

医師および看護婦の研修は、現在病院が計画している連続研修制度をつうじておこなっている。別の制度として、全国レベルで計画されるさまざまな研修プログラムがある。

４．第７保健区における現在の医療状況、問題と解決策

住民全体に頻繁に発生する病気は、マラリアやデング熱のようなベクターによる伝染病であるが、５歳以下では特に急性呼吸器感染症、下痢、栄養不良が多い。それぞれの病気に対する対策は確立しており、特に、保健の推進と教育、地域社会の参加の強化、医療サービスの共同実施に力を入れている。プライマリ・ヘルスケアが基本戦略となっている。

５．第７保健区における生活レベル

住民の生活レベルは５つの指標を使い、市町村ごとに３つの階層に区分されている。

水が使えるか
排便処理
就学率
経済的負荷
住居の種類

これについては、「オランチョおよびＮＢＩ（満たされていない基本必要項目）による市町村の階層化」の図を参照のこと。

６．平成１０年５月の調査団の指摘した課題について　１）外傷による死亡が多い、２）緊急医療の向上、３）CESAMO　CESAR の機能と連携強化、４）感染症対策

１９９８年に新しい医療政策「新しい医療アジェンダ」ができ、これは以下の２つの基本的な戦略に基づいている。

１）県担当化プロセスおよび市町村担当化プロセス
２）医療モデルの再編成

これについては、第７保健区（今後はオランチョ県地域となる）に３つのレベルの医療を

整備し、患者に対する対策の強化およびプライマリ・ヘルスケアの強化をおこなう計画がある。

1）第１のレベルは、それぞれのコミュニティにある基本医療ユニット、以前は CESAR と呼ばれていた医師の常駐しない保健所、以前 CESAMO と呼ばれていた医師の常駐する保健所からなる。

2）第２のレベルは、医師の常駐する保健所およびその他のサービス並びに母子診療所から成る。母子診療所については、１９９８年新規に、パトゥカ、サン・エステバン、グアヤペの３ヶ所に開設され、準看護婦が正常分娩に対応しているが、こうした診療所で働く人材養成のための学校が新設された。

また、第７保健区（県地域）におけるこの第２レベルの医療を強化するため、事前にフィジビリティ調査や検討をおこない、カタカマス、サン・フランシスコ・デ・パス、サラマ等、オランチョ県の戦略的地点に周辺緊急診療所（クリッパー）の開設を提案している。次第に条件が整うよう、１９９８年にはカタカマスの例のように、追加的な医療資源が提供されている。

3）第３の医療レベルはサンフランシスコ病院である。この病院は県レベルのカテゴリーの病院となっている。したがって、計画のなかでは、病院の本部のあるフティアパ市内の１つまたは複数の地区に医師の常駐する周辺保健所を戦略的に配置して開設し、現在のように人材や資金を多く消費することになる、本来は第２レベルに相当する外来患者の数を低減させ、この周辺保健所に患者を分散させ、サンフランシスコ病院は本来第３レベルに相当する資産が使えるようにする。

県担当化および市町村担当化計画を実施し医療モデルの再編成をするため、１９９９年に実施することを計画しているこの計画が、すべての県でこの年に実施できるよう、医療機関のスタッフの多くを対象とした新しい医療アジェンダが１９９８年に発表された。

CESAMO（医師の常駐する保健所）について

1. CESAMO の機能、活動、人員、役割について

この機能は、外来患者への対応、小規模な手術、市町村レベルでの普及や教育をおこなうことである。

人員は、医師１人、准看護婦２～３人、医療補助員（ベクター感染症管理の促進や作業担当者）１～２人、薬局担当１人。５ヶ所の CESAMO には眼科医がいる。

総員は、

医師	２２人
看護婦	？人（サン・エステバンには社会サービス実習生）
準看護婦	５２人（このうち４人は社会サービス実習生）
眼科医	５人

検査技師　　７人

医療センターの管理担当者が、全てのコミュニティ・サービスの技術および監督面での調整を担当する。

２．現状、問題点、対策

このレベルでの基本的な問題は、機材不足から治療能力に欠けることである。平均的なCESAMO にある機材は、脈拍計１台、聴診器１、産婦人科診察台、小児科用体重計、成人用体重計、膣鏡、体温計、手袋、ネブライザー１台、縫合治療器１台である。

この解決策は、支援サービスができる医療センターの開設および緊急周辺診療所の開設により、このレベルを強化することである。

３．施設内での教育制度

マラリア、下痢、農薬中毒等、最も頻繁にみられる症状の個別教育はある。

４．ＴＢＡの指導

環境に対する技術的な教育はまだ計画段階である。現在おこなっているのは、専門的レベルの低いＯＪＴによる経験的な教育である。

５．地域巡回について

医療巡回は「基本パッケージの引き渡し」と呼ばれており、医療サービスへのアクセスを早く改善する戦略として、非常に辺鄙なところにあるコミュニティやアクセスの難しいコミュニティでおこなわれており、住民から社会的に認められている。巡回は少なくとも四半期に一度、年間四回おこなわれているが、予防接種をおこなうこととコミュニティのボランティアのフォローアップのみが実施されている。

６．救急車の不足について

救急車を必要とするのは、まず、医療施設で出産することにより妊産婦の死亡を減少させるためである。この５年間医療施設での出産率は平均２８％に維持されている。次に搬送が必要となるのは、５歳以下の児童の肺炎、刃物や火器による外傷、蛇にかまれた場合である。特に、搬送手段がない場合や搬送が遅れた場合、妊産婦が死亡している。

７．緊急患者の内訳

緊急患者の内訳。出産する女性４６％、５歳以下の呼吸不全、急性虫垂炎、凶器による外傷。

CESAR（医師の常駐しない保健所）について

１．業務内容と人員

保健の推進および教育、下痢、呼吸器感染、栄養失調、マラリア、リューシュマニア等の外来患者の対応、予防接種、妊婦の検診、医療センターへの患者の紹介をおこなっている。人員は、常駐准看護婦９５名、社会サービス実習准看護婦１７名である。CESAR のなかには、保健推進員やベクター管理員がいるところもある。

２．担当住民数、年齢、性別構成

１４２，０００人を担当している。これは人口の３６％に相当し、以下のように分けることができる。

１歳未満	５，３９６人	３．８％
１～４歳	１９，４５４人	１３．７％
５～１４歳	３７，６３０人	２６．５％
１５～４９歳	６４，７５２人	１０．４％
５０歳以上	１４，７６８人	

このレベルは、第二レベルの医療サービ全体の３３％を担当している。

３．どのような患者が多いのか

対応している疾患は以下のとおり。急性呼吸器感染症、下痢性疾患、栄養失調、５歳以下の回虫症、肺結核、１５歳以上のてんかん症、風土病のある地域の皮膚又は粘膜性リューシュマニア、マラリア。

４．看護婦が対応できない病気

CESAMO 又は病院で対応できない病気は、ヘルニア、重度の外傷、糖尿病、高血圧、中毒症である。

５．CESAMO と病院との連絡

CESAMO と病院の間の連絡は、紹介文書によっておこなっており、他の通信手段はない。

６．住民の健康状態の把握方法

住民の健康状態は、診察の際の検査に限られているので、医療把握能力は制限されている。

７．現在の問題点

このレベルの主な問題は、准看護婦、ベクター管理員、健康推進員の不足であり、田舎で辺鄙なところにあり、給与が安いことから、空席がふさがらない。

解決策は、医療基本ユニットを組織し、以下のような実践的な戦略をたて、地域社会レベルでの強化をおこなうことである（医療作業ユニット、肺炎の地域社会での管理、下痢の

地域社会での管理、地域社会の薬品の資金)。

CMI（母子診断所）について

1．業務内容と人員

直接的な対応（出産前、周産期、分娩、家族計画、授乳期）をしている。
ハイリスクの妊婦の確認や、必要な場合には、すぐ上位の機関に紹介している。
清潔で安全な出産ができるよう、助産婦のフォローアップをおこなっている。
リプロダクティブ・ヘルスの活動ができるよう、セクター内およびセクター間の調整（市役所、町村役場やその他の機関）をおこなっている。
一般の住民を対象に、リプロダクティブ・ヘルスの教育活動をおこなっている。
CMI 内で必要な場合には、緊急治療をおこなっている。
CMI の人員
パテゥカには、社会サービス実習を終えた准看護婦６名が在職。
グアヤペには、社会サービス実習中の准看護婦４名がいる。
カタカマスには、社会サービス実習中の准看護婦２名、常駐の准看護婦８名、合計１０人の准看護婦がいる。
サン・エステバンには、社会サービス実習中の准看護婦９名がいる。

2．分娩数（正常分娩、異常分娩）

パテゥカ CMI	分娩件数	３７件
グアヤペ CMI		１１４件
カタカマス CMI		５７１件
サン・エステバン CMI		４６件

CMI での分娩総数＝７８６件の正常分娩（リスクの低い分娩)。

3．CMI で分娩を介助する人

准看護婦。他に分娩中に介助する要員はいない。

4．異常分娩時の対処

社会サービス実習医を呼ぶ。実習医がいない場合は、市町村の医師を呼ぶ。問題が解決できない場合には、直ちに上位の病院（最も近くにある病院）に紹介する。

5．産前検診

入院前に診察し、以前の経過がわかるよう周産期の記録を捜す。妊婦が産前に診察を受けていたか確認し、周産期の記録がない場合には周産期記録に記入する。入院後少なくとも１時間に一度胎児の心拍数を測り、ほとんどの CMI では分娩記録に記入し、妊婦の血圧

を測り、陣痛を監視する。

６．産後検診

分娩直後に産後の検診をおこない、分娩後８時間は１時間ごとに厳密に観察し、必要な場合には３０分毎に観察する。この際、新生児が未熟児であるかどうかも観察する。その後退院となり、産褥期の検診と４２日後の二回目の検診の重要性を説明する。

７．自宅分娩に関わる人

助産婦。助産婦がいない場合は、妊婦の夫、妊婦の母親、妊婦の夫の母親、でなければ妊婦一人で出産する。

８．CMI の自宅分娩への関わり方

問題が発生した場合、自宅分娩の家にアクセスできるときには、分娩に立ち会っている者が医師、看護婦、准看護婦に助けを求め、自宅分娩の家に来てもらう。非常に遠いところの場合には、妊婦を CMI に紹介し対応してもらう。

９．これまでに担当地域で妊婦が死亡した例

ある（４人）。

１０．その原因

出血（多血症ショック）

１１．新生児の死亡例

回答なし。

１２．どのような計画を奨めているか

妊娠前後の女性の危険要素を説明するとともに、将来の妊娠を遅らせるまたは避けるため家族計画の手段をとるよう奨めている。

１３．家族計画をおこなう場合何が不足しているか

セクター内や異なるセクターとの間で強力な家族計画を実施する必要があり、住民の参加を求めるとともに、リプロダクティブ・ヘルスの活動に男性が活発に参加する必要がある。母子の罹病率や死亡率を少なくするため、できる限りのコミュニケーション手段を使い、リプロダクティブ・ヘルスを強化する。

サンフランシスコ病院

１．看護部について

１）看護職員数とその専門

数

看護婦　１９人

準看護婦　９６人

その専門

専門	看護婦	准看護婦
小児科	５人	２３人
産婦人科	５人	２４人
外科	４人	２５人
薬科	５人	２４人

２）看護職員の学歴

看護婦。小学校、中等学校、大学。看護学専攻大学卒業生または看護学士として卒業。

准看護婦。小学校または共通優先学習終了。看護助手実践技術士のコースを１０ヵ月履修し、社会サービス実習を１年間おこなう。

３）勤務時間と勤務体制

８時間の交代制。

シフトＡ　６：００～１４：００

シフトＢ　１４：００～２２：００

シフトＣ　２２：００～６：００

労働条件は公務員と同じ。

４）看護部が参加する会合

管理会、講習会、地域社会の集まり。

５）内部の教育制度はあるか

四半期におこなう教育制度がある。研修内容は、必要な事項や不足している人材をカバーすることに焦点をおいている。

６）管理上の問題と対策

人材不足（３交代をカバーするため）。

薬品の不足。

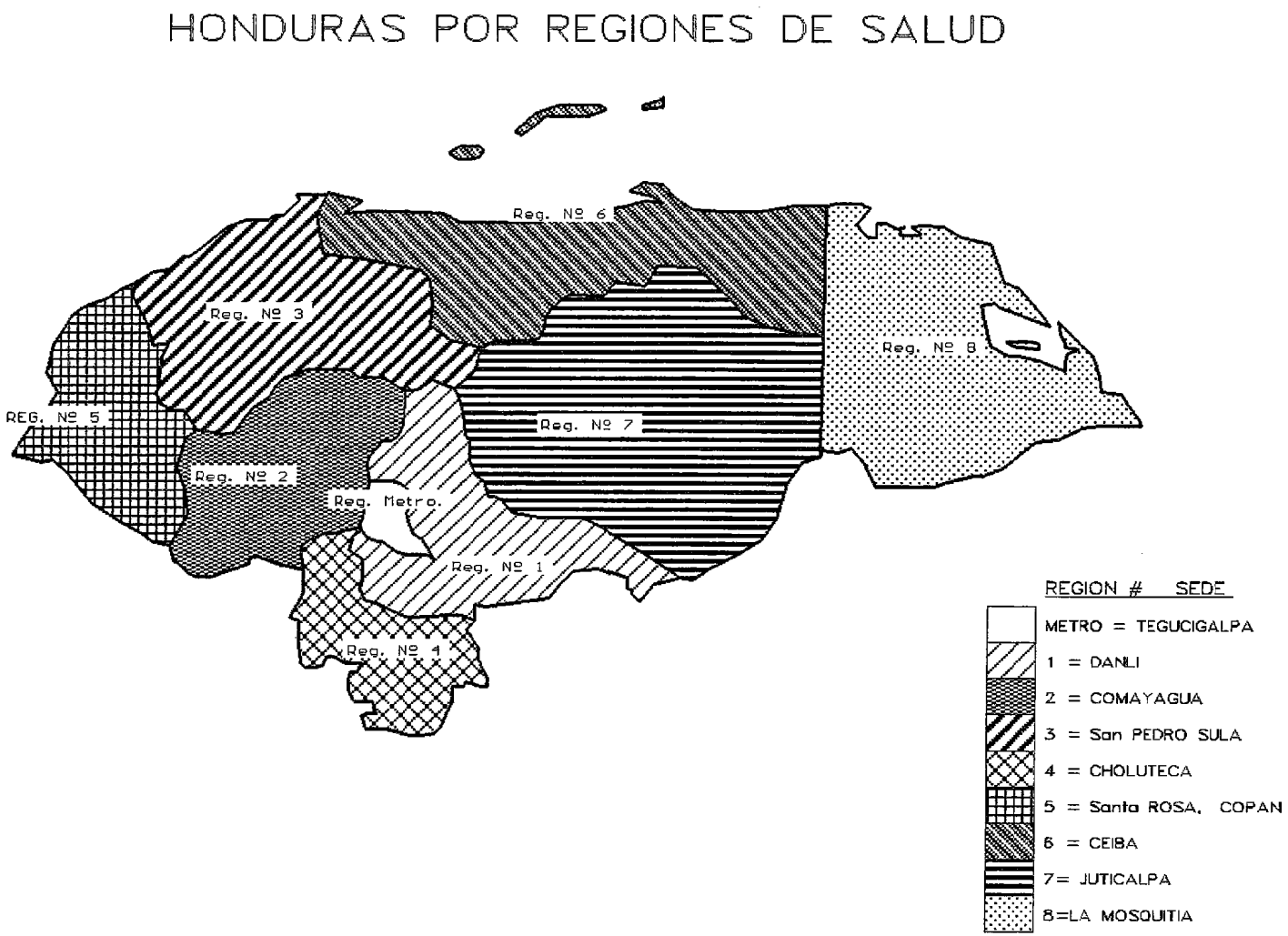
機材や建物のメンテナンス不良。

２．緊急システムとその問題点

２４時間体制の緊急サービスがあり、基本的な４分野に対応している。

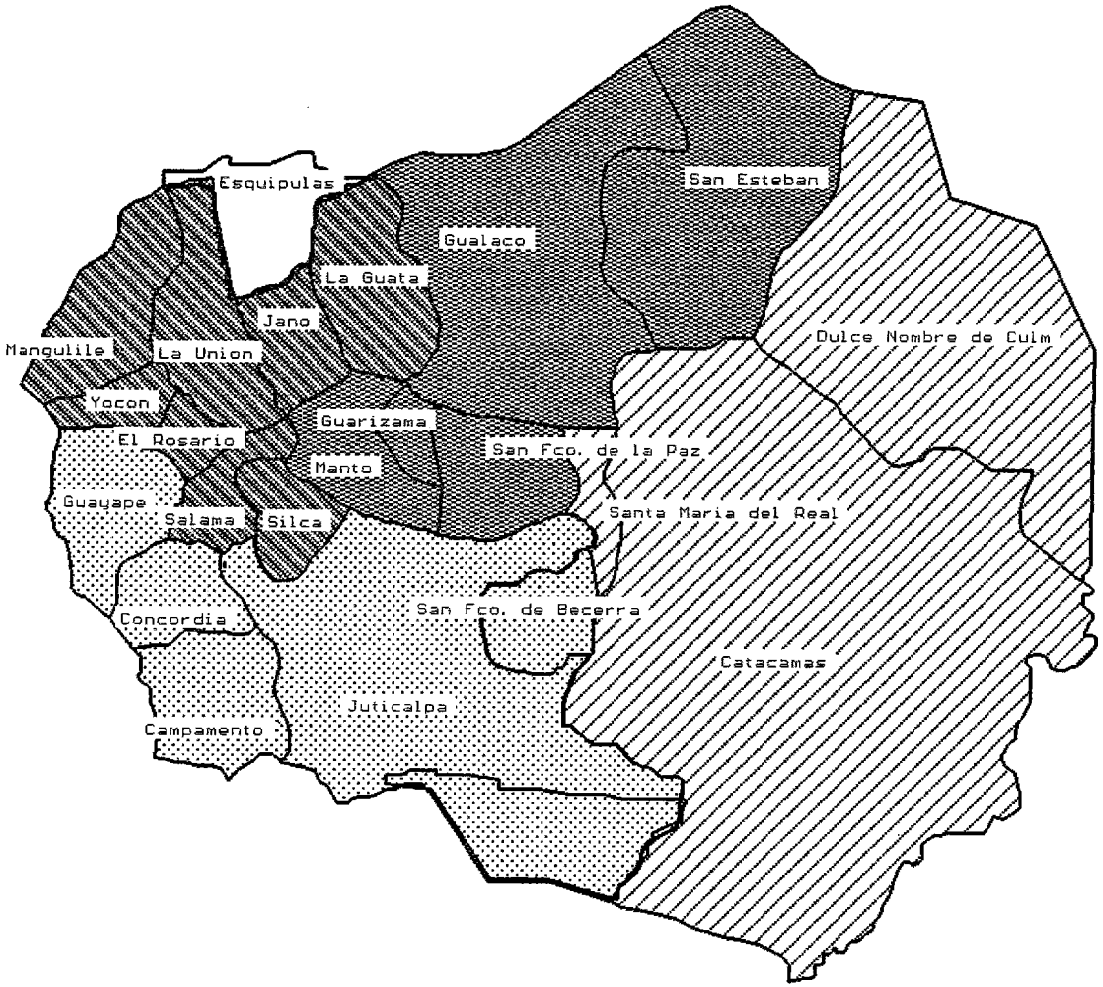
さまざまな支援体制の問題。資機材の不足。人材不足。

⑤－1　現地収集資料【ホンデュラス国　衛生地域区分】



OLANCCHO Y SU DIVISION ADMINISTARTIVA

POR AREAS DE SALUD



NºAREA SEDE

1 = JUTICALPA.

2 = CATACAMAS.

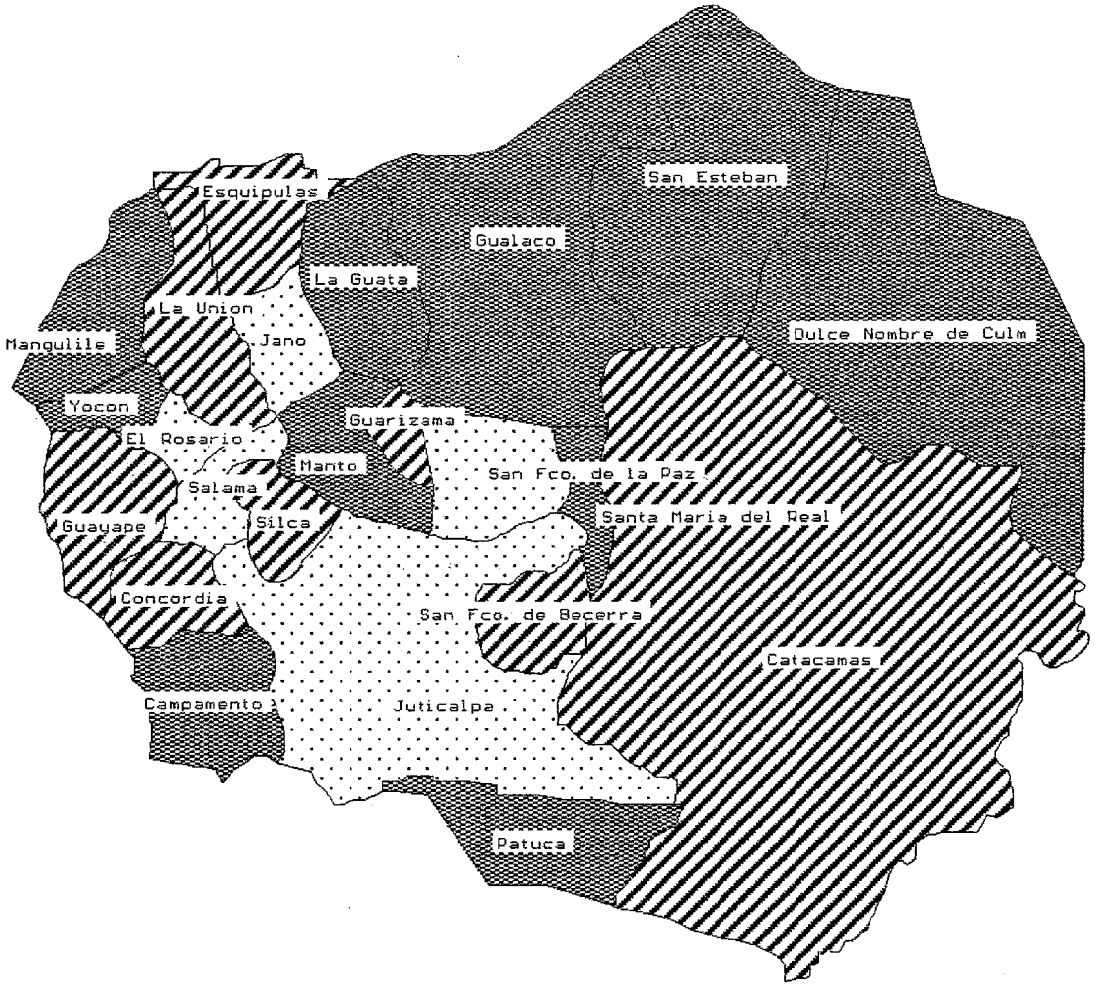
3 = SALAMA

4 = S.FRANCISCO la P.

6= REGION 6 （第六衛生地域）

ESTRAT.MAP

RELACION DEL RECURSO MEDICO POR 10, 000 HABITANTES POR MUNICIPIOS, DEPARTAMENTO DE OLANCHO



RH Med.x 10, 000 h.

0.00 - 0.99

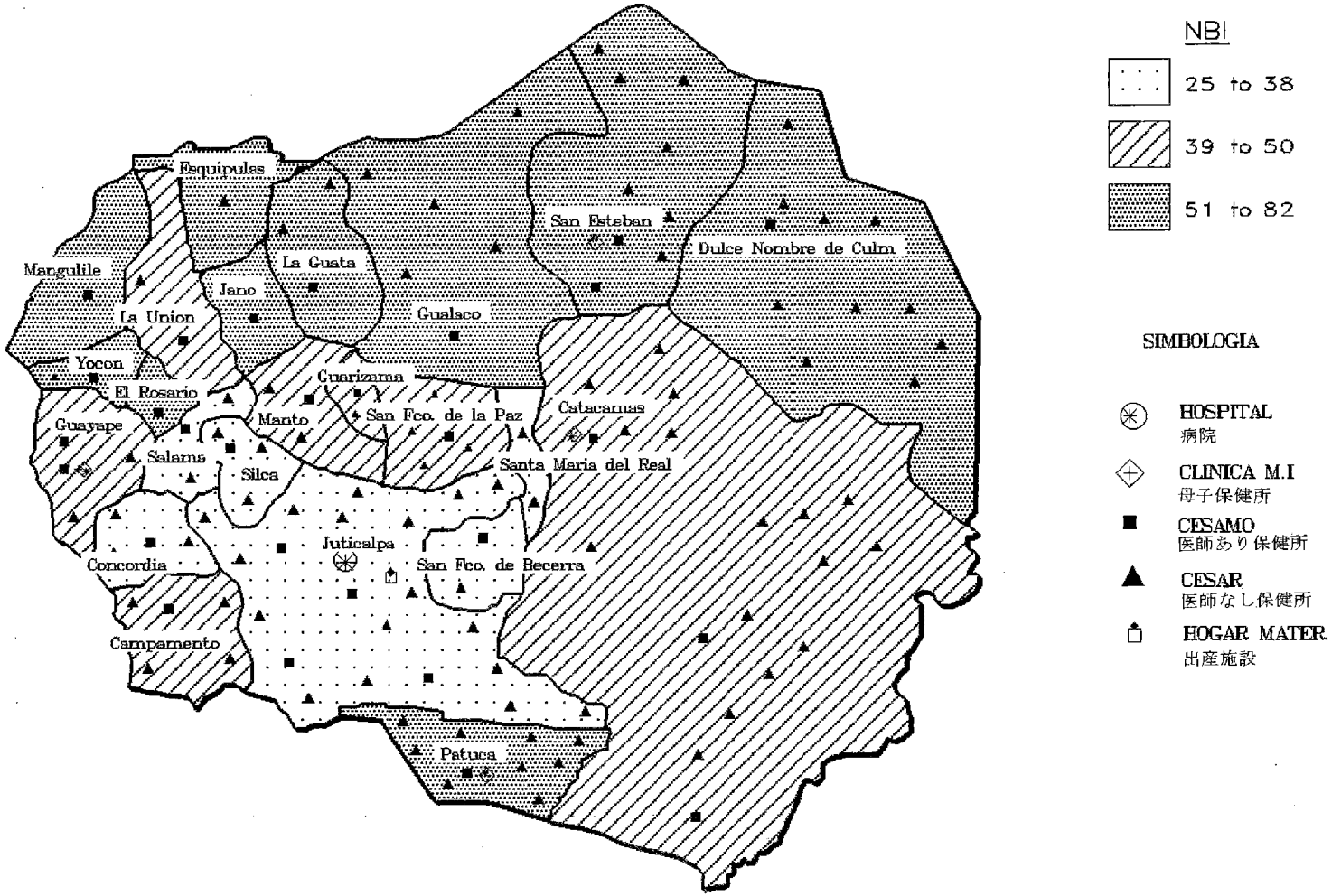
1.04 - 1.68

2.19 - 2.95

EL INDICADOR EN C.A

ES DE 1x 10, 000

RED DE SERVICIO Y DISTRIBUCION DE LA POBREZA SEGUN NBI, REGION DE SALUD Nº 7, 1998



SITUACION ACTUAL OLANCHO
AÑO 1998

CONTEXTO SOCIO ECONÓMICO

- **POBLACIÓN TOTAL: 396,574 HABITANTES**
  総人口
- **TASA DE CRECIMIENTO : 3.5 %**
  成長率
- **POBLACIÓN MENOR DE 15 AÑOS: 45 % (178926)**
  15歳未満の人口
- **POBLACIÓN RURAL:(Muy Dispersa): 75 %**
  農村部の人口
- **DENSIDAD POBLACIONAL: 16 x Km2**
  人口密度
- **ANALFABETISMO : 40 %**
  非識字率
- **HOGARES CON 3 y+ NBI(Neces. básicas insatisfechas): 46%**
  ３人以上で構成される家族のＮＢＩ指標

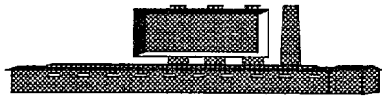
サービスの欠如：(水道、トイレの不存在、厚紙の家、未就学等)
- **(NBI) = Sin servicios de: agua,letrinas, casa de cartón, escolar(s) sin ir a escuela, etc.**

SISTEMA DE SALUD

SITUACION ACTUAL DE LA REGION Nº7

- **RED DE SERVICIOS PUBLICOS**

- **HOSPITAL:** 1
  病院



- **CESAMOS:** 25
  医師あり保健所

- **CESARES:** 98
  医師なし保健所

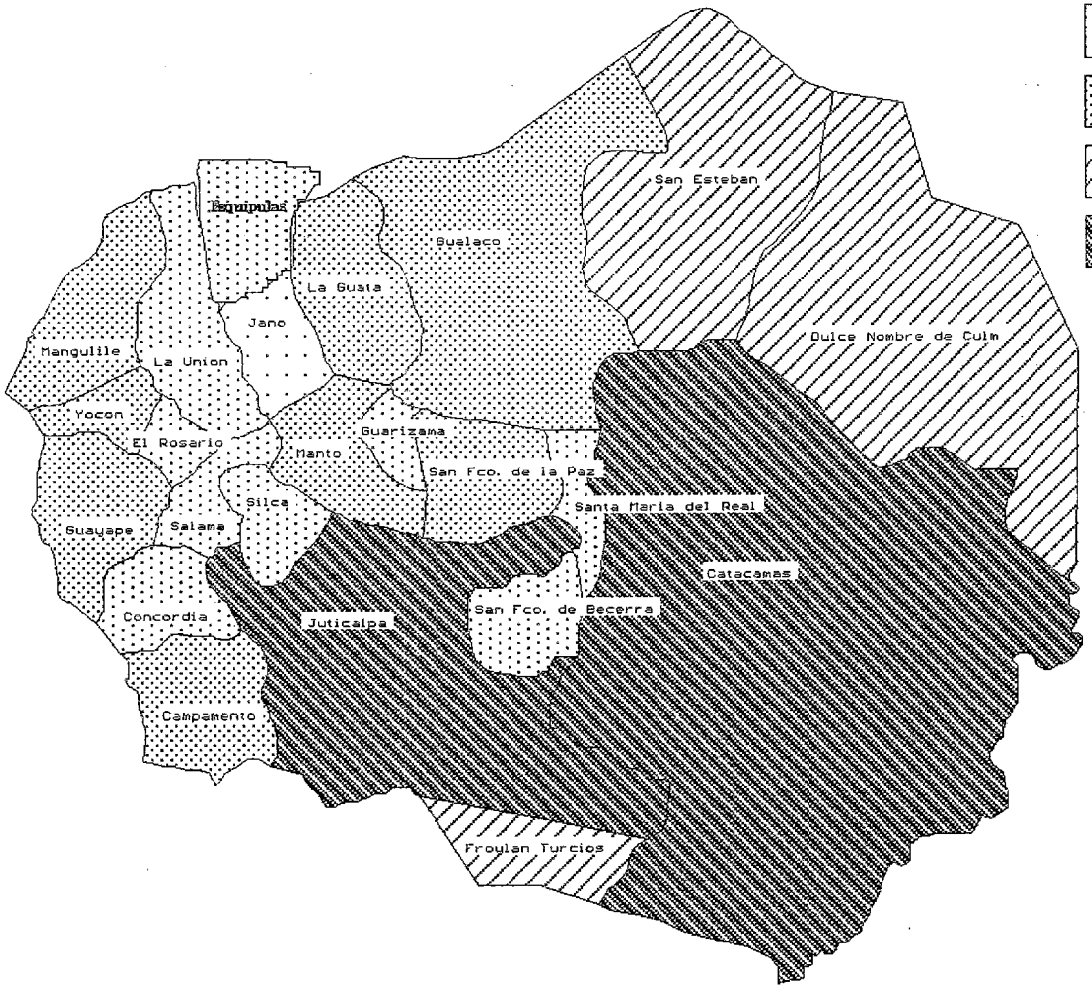
- **CLINICAS MAT-INF.:** 4
  母子診療所

TOTAL: 128

⑤－7　現地収集資料【オランチョ県　地方自治体区分（人口）】

CANTIDAD DE POBLACION SEGUN MUNICIPIO

REGION DE SALUD Nº 7, OLANCHO

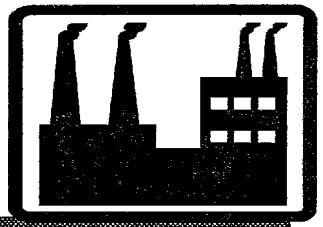


POBLACION 人口

- 1 to 3999
- 4000 to 9999
- 10000 to 19999
- 20000 to 49999
- 50000 to 78000

SITUACION ACTUAL

SALUD AMBIENTAL



CALIDAD DE AGUA:

90% DE LA POBLACION RURAL NO CUENTA CON CONEXIONES INTRADOMILCILIARES

農村部の90%の世帯に水道がない

85% DE LAS FAMILIAS; CUBIERTA CON LETRINAS QUE NO TIENEN ACEPTACION

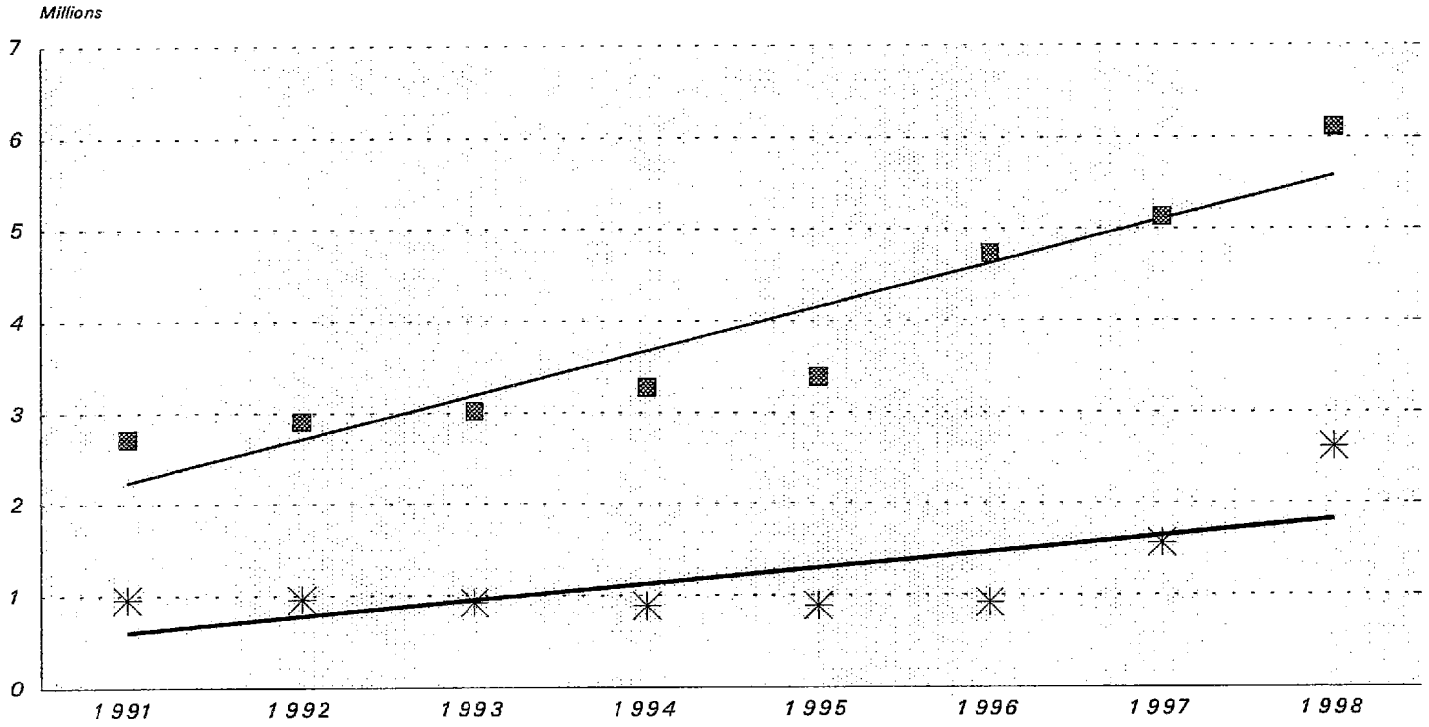
85%の世帯のトイレ施設が不適切

DESEHECHOS SOLIDOS

オランチョ県にはごみ処理場がない

EN OLANCHO NO EXISTE NINGUN SISTEMA DE TRATAMIENTO DE BASURAS

TENDENCIA DE LA INVERSION EN SALUD EN LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS SEGUN PRESUPUESTOS DE LA SECRETARIA POR EJECUCION DE PROGRAMAS AÑOS 1991-1998, REGION DE SALUD Nº 7



	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
S. AMBIENTAL	0.959079	0.959079	0.925054	0.885383	0.885383	0.918668	1.568872	2.617243
C.ENF.TRANSM	2.719239	2.908312	3.020188	3.279838	3.391596	4.735787	5.1362	6.111234

AÑOS

✳ S. AMBIENTAL 環境衛生 ▩ C.ENF.TRANSM 感染症

(NO SE TOMA EN CUENTA SALARIOS SOLO GASTO EN COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS)

INFORMACIÓN SOBRE SISTEMA DE ORGANIZACIÓN DE LA SALUD, OLANCHO 1997

					GASTO PÚBLICO EN SALUD							
					RECURSOS				GASTO EN SALUD - (Lempiras)			
REG.	ÁREA	DEPT.	MUNICIPIO	NBI	基本資材 INSUMOS	人件費 RECURSOS HUMANOS 給与 SALARIO	日当 VIÁTICOS	CUOTA DE 回収 RECUPERACIÓN INGRESO	1人当り歳出 GASTO PERCA-PITA	医療1件当り GASTO POR ATENCIÓN	1人当り回収 RECUPER. PERCA-PITA	TOTAL GASTO
7	1	15	JUTICALPA	33	1,905,370.00	8,483,700.00	64,000.00	59,985.75	154.33	70.60	0.40	10,513,055.75
7	1	15	CAMPAMENTO	47	261,786.00	490,900.00	18,740.00	2,034.00	50.97	90.68	0.24	773,460.00
7	1	15	CONCORDIA	37	131,721.00	210,000.00	13,500.00	1,766.00	46.75	70.16	0.35	356,987.00
7	1	15	GUAYAPE	46	276,000.00	342,600.00	17,360.00	1,643.00	39.85	61.12	0.16	637,603.00
7	1	15	Sn. FRANCISCO de BECERRA	37	118,369.50	210,000.00	13,020.00	2,703.00	50.14	61.64	0.48	344,092.50
7	1	15	PATUCA	51	422,711.25	406,000.00	20,285.50	2,315.00	34.74	55.31	0.15	851,311.75
7	1		TOTAL ÁREA 1 (6)		3,115,957.75	10,143,200.00	146,905.50	70,446.75	97.45	69.49	0.36	13,476,510.00
7	2	15	CATACAMAS		1,292,111.25	2,190,380.00	75,000.00	18,110.00	47.74	73.11	0.37	3,575,601.25
7	2	15	DULCE NOMBRE de CULMÍ	64	384,192.00	621,000.00	31,895.00	5,240.00	46.80	51.44	0.26	1,042,327.00
7		15	Sta. MARÍA del REAL	25	141,588.00	128,800.00	13,765.00	900.00	34.73	36.51	0.12	285,053.00
			TOTAL ÁREA 2 (3)		1,817,891.25	2,940,180.00	120,660.00	24,250.00	46.52	63.70	0.32	4,902,981.25
7		15	EL ROSARIO	75	77,280.00	136,000.00	5,000.00	2,797.00	49.35	52.83	0.67	221,077.00
7		15	LA GUATA	74	212,571.75	151,946.00	10,000.00	2,581.00	30.60	44.57	0.31	377,098.75
7		15	JANO	67	56,631.75	93,393.00	5,175.00	2,294.00	47.97	48.97	0.71	157,493.75
7		15	LA UNIÓN	45	99,394.50	123,151.00	7,500.00	2,666.00	40.39	46.97	0.54	232,711.50
7		15	MANGULILE	77	175,001.25	210,342.00	9,000.00	2,677.00	39.13	46.17	0.31	397,020.25
7		15	SALAMÁ	32	145,590.00	357,400.00	25,000.00	8,807.00	63.60	65.35	1.07	536,797.00
7		15	SILCA	32	136,706.25	182,171.00	4,500.00	-	40.80	53.97	-	323,377.25
7		15	YOCÓN	82	175,863.75	213,500.00	7,200.00	2,850.00	39.18	88.15	0.63	399,413.75
0			TOTAL ÁREA 3 (8)		1,079,039.25	1,467,903.00	73,375.00	24,672.00	42.28	54.93	0.51	2,644,989.25
7		15	GUALACO	64	275,327.25	307,000.00	17,080.00	3,014.00	37.74	48.92	0.24	602,421.25
7		15	GUARIZAMA	45	127,926.00	186,600.00	11,250.00	2,154.00	44.22	60.46	0.40	327,930.00
7		15	MANTO	46	198,978.75	216,400.00	13,500.00	2,917.00	37.43	42.40	0.29	431,795.75
7		15	San. ESTEBAN	57	335,029.50	589,900.00	27,000.00	3,508.00	49.19	41.77	0.15	955,437.50
7		15	Sn. FRANCISCO de la PAZ	39	311,414.25	576,600.00	41,000.00	2,598.00	51.60	56.17	0.16	931,612.25
			TOTAL ÁREA 4 (5)		1,248,675.75	1,876,500.00	109,830.00	14,191.00	44.89	48.22	0.21	3,249,196.75
			TOTAL REGIÓN		**7,261,564.00**	**16,427,783.00**	**450,770.50**	**133,559.75**	**64.11**	**62.81**	**0.35**	24,273,677.25

NOTA ACALARATORIA:

¤ Se incluye el presupuesto del Hospital San Francisco; así como los egresos hospitalarios y los egresos del servicio de observación, los cuales proceden de todo el Departamento; también se sumaron los egresos de parto de las Clínicas-Materno infantil; queda sin incluir las atenciones de Clínicas del Servicio de odontología y la producción de la red de Laboratorio.

¤ Del Presupuesto queda excluida la partida 400 que es equipo médico y de oficina así como las bombas de los proyectos de agua.. Del Hospital Sn. Francisco no se incluye la contrapartida que el S. S. aporta para la atención de sus derecho Habientes..

ALGUNOS INDCADORES SOCIALES
DEPARTAMENTO DE OLANCHO 1998

ESTRATO	MUNICIPIO	N B I	POBLA-CIÓN 人口	ANALFA-BETISMO > 10 años 非識字率	DISPONIBILIDAD de AGUA 水道	DISPONIBILIDAD de LETRINAS トイレ	LOCALIZACION INDUSTRIAL 工場の数	LUZ ELECTRICA SOLO EN LA CABECERA (*) 中心地の電化割合
I	SUB TOTAL ESTRATO	25/39	131,370	%	%	%	64	
	Sta. María del Real	25	8,466	30.1	66.7	71.6	2	25%
	Salamá	32	8,703	33.4	58	56.4	1	21%
	Silca	32	8,175	34.4	100	74.8	1	21%
	Juticalpa	33	72,451	33.1	60	60	55	21%
	Concordia	37	7,876	47	45.5	45	1	21%
	Sn. Francisco de Becerra	37	7,078	32	57.1	52.2	1	21%
	Sn. Francisco de la Paz	39	18,621	36.8	53.8	52.1	3	21%
II	SUB TOTAL ESTRATO II	45-47	135,005				31	
	La Unión	45	5,943	38.2	20	42.3	3	21%
	Guarizama	45	7,650	36.7	51	37.3	1	21%
	Catacamas	46	77,261	34.7	46.7	48.7	22	21%
	Guayape	46	16,600	59.6	10	36.7	2	21%
	Manto	46	11,898	40.7	40	44.2	1	21%
	Campamento	47	15,653	35.1	20	53.6	2	21%
III	SUBTOTAL ESTRATO III	51-82	124,254				10	
	Patuca	51	23,087	SI	SI	SI	2	0
	San Esteban	57	20,033	41.5	36.4	30.9	2	21%
	Gualaco	64	16,463	47.9	16.7	17	2	21%
	Dulce Nombre de Culmí	64	22,973	43.2	25.9	23.8	3	0
	Jano	67	3,386	59.6	12.5	17.3	1	21%
	La Guata	74	12,711	66.4	16.7	18.4	0	21%
	El Rosario	75	4,621	54.4	25	12.1	0	21%
	Mangulile	77	10,464	70.1	12.5	15.3	0	21%
	Yocón	82	10,516	66.4	11.1		0	15 %
	Esquipulas del Norte	84		87.8	0	14	SI	SI
	TOTAL DEPARTAMENTO	25-82	390,629	40.6	30.2	44.2	105	35%

FUENTE: LIBRO Q. ENCUESTA DE SALUD Y EPIDEMIOLOGIA 1996 Y EVALUACION 1998 R.7

(*) CABECERA MUNICIPAL = LA CIUAD PRINCIPAL O CAPITAL DE CADA MUNICIPIO

DEPARTAMENTO DE OLANCHO
NUMERO DE RECURSOS POR MUNICIPIO, CATEGORIZADO POR TIPO Y ESTRATOS SEGUN NBI 1998

ESTRATO	MUNICIPIO	N B I	POBALCIÓN 人口	RECURSOS HUMANOS						
				MEDI-CO 医師	PERS ENF 看護婦	ATEN. M/AMB	ODON TOLGO 歯科	LABORA-TORIO 臨床技師	OTRO APOYO その他	TOTAL RR HH
I	**SUB TOTAL ESTRATO**	**25/39**	**131,370**	**33**	**178**	**37**	**4**	**7**	**68**	**327**
	Sta. Maria del Real	25	8,466	0	3	2	0	0	0	5
	Salamá	32	8,703	2	6	6	1	1	3	19
	Silca	32	8,175	1	4	2	0	0	0	7
	Juticalpa (*)	33	72,451	24	149	19	4	4	60	258
	Concordia	37	7,876	1	3	1	0	0	0	5
	Sn. Francisco de Becerra	37	7,078	1	4	2	0	1	1	9
	Sn. Francisco de la Paz	39	18,621	4	9	5	1	1	4	24
II	**SUB TOTAL ESTRATO II**	**45-47**	**135,005**	**14**	**72**	**41**	**3**	**3**	**9**	**142**
	La Unión	45	5,943	1	4	1	0	1	0	7
	Guarizama	45	7,650	1	4	2	0	0	0	7
	Catacamas	46	77,261	8	40	32	1	1	9	91
	Guayape	46	16,600	2	12	2	1	0	0	17
	Manto	46	11,898	1	5	2	0	0	0	8
	Campamento	47	15,653	1	7	2	1	1	1	13
III	**SUBTOTAL ESTRATO III**	**51-82**	**124,254**	**11**	**73**	**25**	**0**	**0**	**0**	**109**
	Patuca	51	23,087	1	19	4	0	0	0	24
	San Esteban	57	20,033	2	23	9	0	0	0	34
	Gualaco	64	16,463	1	9	3	0	0	0	13
	Dulce Nombre de Culmí	64	22,973	2	11	3	0	0	0	16
	Jano	67	3,386	1	1	1	0	0	0	3
	La Guata	74	12,711	1	3	1	0	0	0	5
	El Rosario	75	4,621	1	1	2	0	0	0	4
	Mangulile	77	10,464	1	3	2	0	0	0	6
	Yocón	82	10,516	1	3	0	0	0	0	4
	TOTAL DEPARTAMENTO	**25-82**	**390,629**	**58**	**323**	**103**	**7**	**10**	**78**	**579**
	Esuipulas del Norte	82	5,643	1	es atendido por el area de Olanchito, Yoro					

(*) incluye personal del hospital 病院の人員を含む

(**) otro es personal secretarial, motoristas, vigilantes conserjes, encargadas de farmacia

⑤－13　現地収集資料【第七衛生地域　地方自治体別　ボランティア・伝統的産婆数】

DEPARTAMENTO DE OLANCHO
NÚMERO DE RECURSOS VOLUNTARIOS POR MUNICIPIO
Y ESTRATOS SEGÚN NBI; EVALUACIÓN DE 1998

ESTRATO	MUNICIPIO	N B I	POBLACIÓN 人口	ボランティア VOLUNTARIOS todos	伝統的産婆 Nº DE PARTERAS	INDICADOR POR 1,000 HABITANTES
I	SUB TOTAL ESTRATO	25/39	131,372	1570	151	12.0
	Sta. María del Real	25	8,466	107	20	12.6
	Salamá	32	8,705	196	24	22.5
	Silca	32	8,175	94	15	11.5
	Juticalpa	33	72,451	634	39	8.8
	Concordia	37	7,876	130	19	16.5
	Sn. Francisco de Becerra	37	7,078	140	8	19.8
	Sn. Francisco de la Paz	39	18,621	269	26	14.4
II	SUB TOTAL ESTRATO II	45-47	135,005	1138	306	8.4
	La Unión	45	5,943	105	18	17.7
	Guarizama	45	7,650	80	9	10.5
	Catacamas	46	77,261	505	205	6.5
	Guayape	46	16,600	123	24	7.4
	Manto	46	11,898	100	31	8.4
	Campamento	47	15,653	225	19	14.4
III	SUBTOTAL ESTRATO III	51-82	124,554	1014	370	8.1
	Patuca	51	23,087	176	32	7.6
	San Esteban	57	20,033	116	93	5.8
	Gualaco	64	16,463	95	46	5.8
	Dulce Nombre de Culmí	64	22,973	115	82	5.0
	Jano	67	3,386	76	10	22.4
	La Guata	74	12,711	120	30	9.4
	El Rosario	75	4,621	86	17	18.6
	Mangulile	77	10,464	110	21	10.5
	Yocón	82	10,464	120	39	11.5
	TOTAL DEPARTAMENTO	25-82	390,931	3722	827	9.5
	Esquipulas del Norte	82	SIN INFORMACION			

SITUACION DE SALUD
EN EL DEPARTAMENTO DE OLANCHO

MORTALIDAD

- **MORTALIDAD INFANTIL: 48 x 1,000 NAC. VIVOS**
  乳児死亡率
- **MORTALIDAD MATERNA : 210 x 100,000 Nacidos vivos**
  妊産婦死亡率

PRINCIPAL CAUSA DE MUERTE (EN TODOS LOS MUNICIPIOS)　主な死亡原因

#1 **HERIDAS Y TRAUMAS, EL 90 % DE LAS CUALES SON POR VIOLENCIA.**「傷」「外傷」
(VIOLENCIA= Pleitos, agresiones producto del alcohol la mayoria)　原因の90%は暴力

OTRAS CAUSA DE MUERTE:　その他の死因

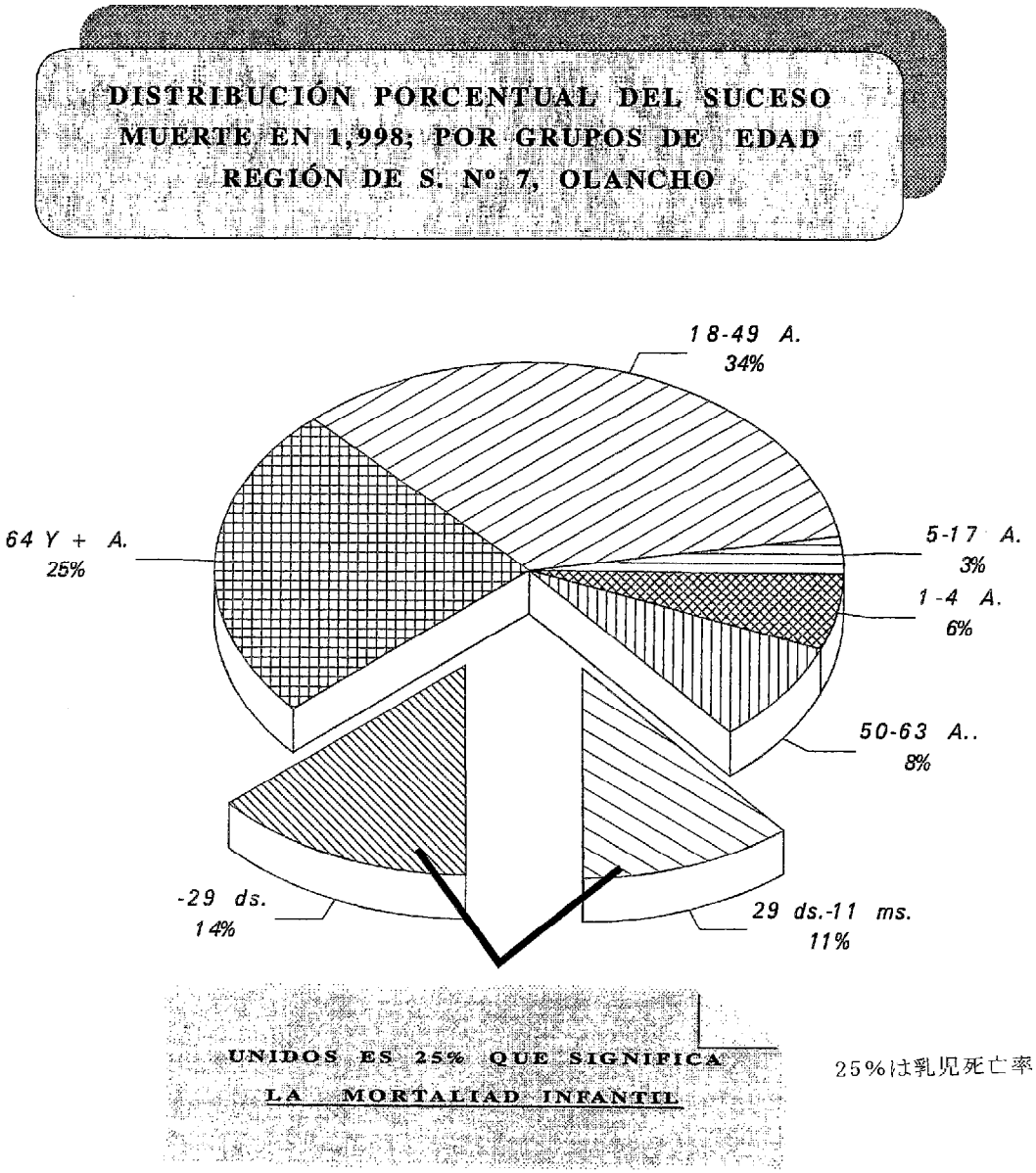
1 **PERINATALES y NEONATALES**　周産期死亡と新生児死亡
2 **NEUMONIAS**　肺炎
3 **ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS (*)**　原因不明
4 **DESHIDRATACIóN POR PROBLEMAS DE DIARREA.**　下痢症による脱水
5 **TUMORES MALIGNOS Y NO ESPECIFICOS**　悪性腫瘍

CAUSA PRINCIPAL DE ENFERMAR　主な病気

- **MALARIA**

(*) ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS:(Todo Diagnóstico que en la boleta de defunción no está biuen identificada la causa de muerte.)

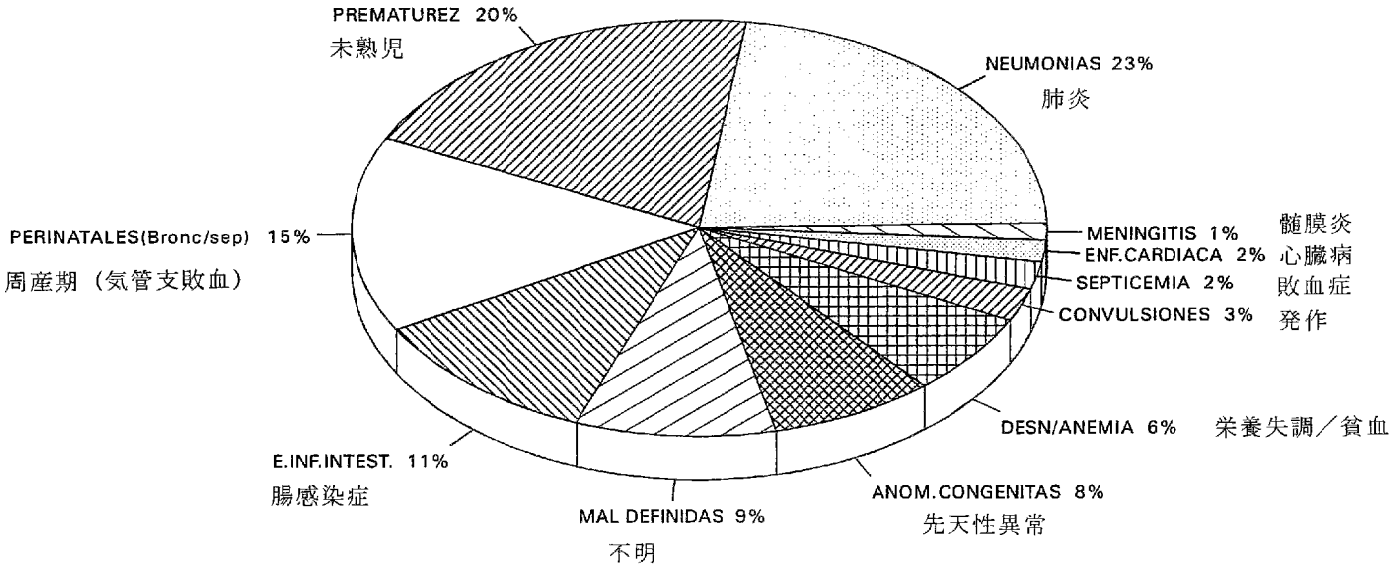
⑤－15　現地収集資料【第七衛生地域　年齢層別　死亡比率（1998年）】



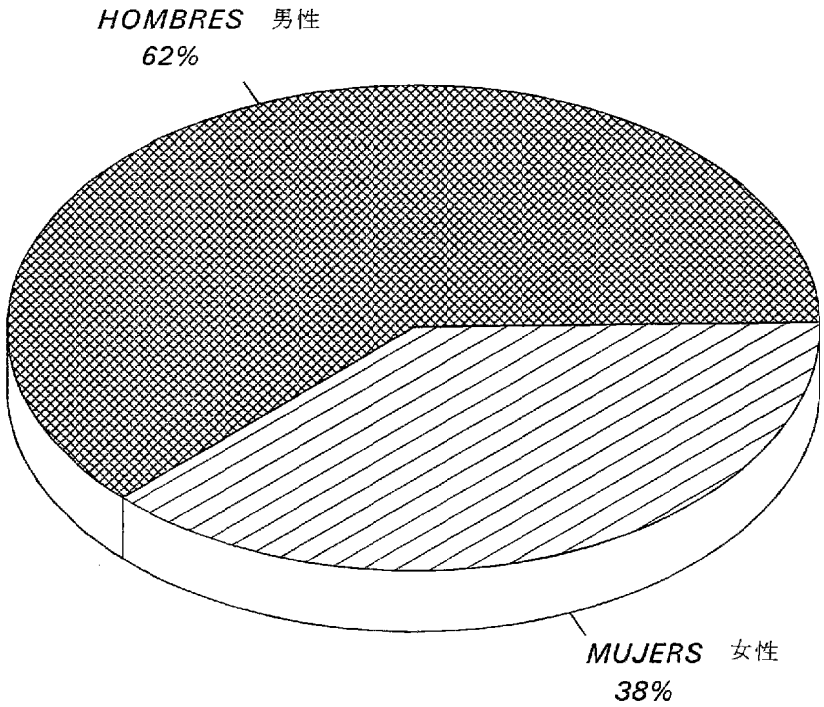
25%は乳児死亡率

CAUSAS DE LA MORTALIDAD INFANTIL
DISTRIBUCION PORCENTUAL; EVALUACION 1,998
REGION DE SALUD Nº 7,JUTICALPA.O

乳児死亡原因



MORTALIDAD GENERAL SEGUN GENERO
EVALUACION 1998, REGION Nº7, OLANCHO



⑤－18　現地収集資料【第七衛生地域　死亡原因（1998年）】

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS CAUSAS DE MORTALIDAD

AÑO: 1998

REGION DE SALUD No. 7

No.	CAUSA	No. CASOS	%	
1	CAUSAS EXTERNAS(heridas quemads, intoxicaciones, etc)	364	28.03	外因
2	AFECCIONES del PERIODO PERINATAL	150	11.52	周産期疾患
3	ENF. SISTEMA CIRCULATORIO	163	12.52	循環器病
4	SINTOMAS NO CLASIFICADAS	129	9.91	分類不可
5	ENF. SISTEMA RESPIRATORIO	121	9.29	呼吸器病
6	TUMORES(malignos y no especificos)	105	8.06	腫瘍
7	ENF. INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	88	6.76	感染症、寄生虫病
8	ENF. SISTEMA DIGESTIVO	49	3.76	消化器病
9	ENF. ENDOC., NUT. Y M.	40	3.07	
10	ENF. de LA SANGRE Y ORG. HEMAT.	25	1.92	
11	ENF. SISTEMA NERVIOSO	22	1.68	
12	MUERTE MATERNA	21	1.61	
13	MALFORMACIONES CONGENITAS	14	1.08	
14	ENF. SISTEMA GENITO URINARIO	6	0.46	
15	ENF. de la PIEL Y TEJ. SUBCUTANEO	4	0.31	
16	TRASTORNOS MENTALES	1	0.04	
		1302	100.0	

⑤－19　現地収集資料【第七衛生地域　地方自治体別　死亡率（1998年）】

APROXIMACIÓN DE TASA DE MORTALIDAD GENERAL POR MUNICIPIOS
DATOS DE SITIOS CENTINELA DE ENERO - NOVIEMBRE 1,998
REGIÓN DE SALUD Nº 7, OLANCHO

MUNICIPIOS	NUMERO DE MUERTES (死者数)	POBLACIÓN (人口)	TASA (比率)
BECERRA	39	7078	5.51
CAMPAMENTO	35	15653	2.24
CATACAMAS	167	77261	2.16
CONCORDIA	35	7876	4.44
DULCE N. DE CULMÍ	64	22973	2.79
EL REAL	53	8466	6.26
GUALACO	59	16463	3.58
GUARIZAMA	34	7650	4.44
GUATA	75	12711	5.9
GUAYAPE	29	16600	1.75
JANO	21	3386	5.91
JUTICALPA	221	72451	3.05
MANGULILE	57	10464	5.45
MANTO	46	11898	3.87
PATUCA	52	23087	2.25
EL ROSARIO	35	4621	7.57
SAN ESTEBAN 18	64	20033	3.19
SALAMÁ	48	8705	5.51
Sn. FRANCISCO de la P.	73	18621	3.92
SILCA	30	8174	3.67
LA UNIÓN	31	5943	5.22
YOCÓN	51	10515	4.85
TOTAL	1319	390629	3.38

TASA POR 1,000 HABITANTES

NOTA 1 : LAS TASAS NACIONALES SON : 5.03 EN 1,993; 4, 87 1994,; 4, 71 1995,; 4.55 1996 SIN INFORMACIÓN 1,997 Y 1,997.

NOTA 2: LOS MUNICIPIOS QUE TIENEN MUY BAJA TASA ES POR TENER MAS ALTO INDICE DE SUBREGISTRO NO PODEMOS TENER MORTALIDAD MAS BAJA QUE LA NACIONAL

⑤－20　現地収集資料【第七衛生地域　地方自治体別　乳児死亡件数（1998年、ハリケーン前）】

RESUMEN DE LA MUESTRA DE MUERTES INFANTILES POR MUNICIPIO, DEL AÑO 1,998 ANTES DEL MITCH DEPARTAMENTO DE OLANCHO				
	死亡件数		出生数	乳児死亡率
	Nº DE MUERTES		NACIMIEN-	TASA
MUNICIPIOS	< 29 dias	29 ds-11ms	TOS	MORT-INF
BECERRA	2	1	36	**83.3**
CAMPAMENTO	5	3	165	**48.5**
CATACAMAS	17	15	1249	**25.6**
CONCORDIA	5	3	120	**66.7**
DULCE N. DE CULMI	8	15	323	**71.2**
EL REAL	2	4	170	**35.3**
GUALACO	6	3	209	**43.1**
GUARIZAMA	5	2	80	**87.5**
GUATA	8	6	220	**63.6**
GUAYAPE	4	0	101	**39.6**
JANO	1	3	56	**71.4**
JUTICALPA	21	15	463	**77.8**
MANGULILE	5	7	231	**51.9**
MANTO	5	0	115	**43.5**
PATUCA	7	6	258	**50.4**
EL ROSARIO	3	1	76	**52.6**
SAN ESTEBAN	15	6	318	**66.0**
SALAMA	2	2	133	**30.1**
S. FCO. DE LA PAZ	4	3	130	**53.8**
SILCA	2	2	130	**30.8**
LA UNION	2	2	174	**23.0**
YOCON	8	3	253	**43.5**
	137	**102**	**4,929**	**48.5**
nota: es una muestra por metodologia de sitios centinelas informantes representativa pues cubre un 45 % de localidades representativas				

⑤－21　現地収集資料【第七衛生地域　地方自治体別　保健所対応件数（1998年）】

ATENCIONES POR ESTRATO, MUNICIPIO SEGUN CESAMO Y CESAR DEPARTAMENTO OLANCHO, 1,998

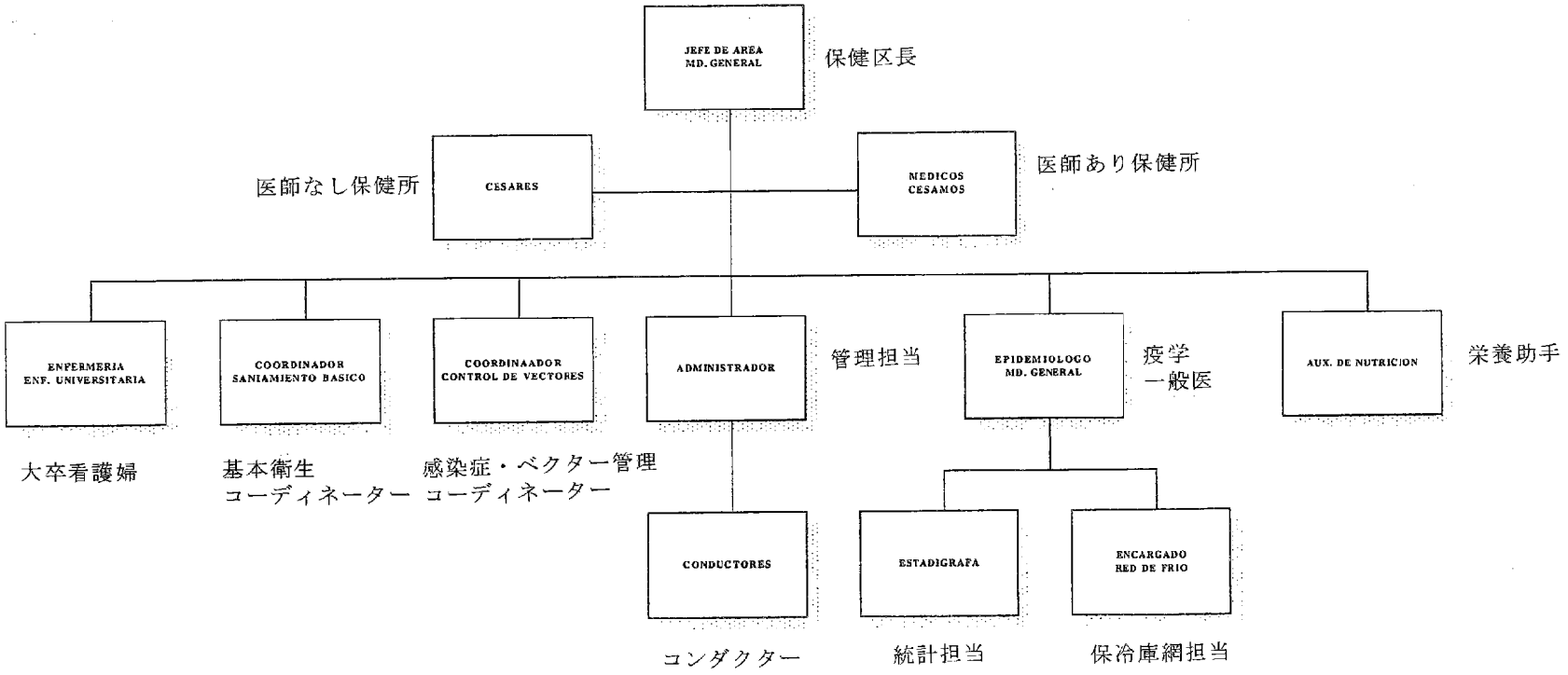
STRATO	MUNICIPIO	診療件数 ATENCIONES		TOTAL
		CESAMO	CESAR	TOTAL
	JUTICALPA	115241	27944	143185
	Sta. MARIA DEL REAL	0	7446	143185
	SALAMA	5586	2791	286370
	SILCA	2677	2427	5104
	CONCORDIA	3733	2138	5871
	San FRANCISCO DE LA PAZ	9740	8451	18191
	San FRANCISCO BECERRA	5481	867	6348
	TOTAL ESTRATO I	142458	52064	608254
	LA UNION	4947	499	5446
	GUARIZAMA	3819	951	4770
	CATACAMAS	27480	30316	57796
	GUAYAPE	8500	3055	11555
	MANTO	6150	4227	10377
	CAMPAENTO	5885	4570	10455
	TOTAL ESTRATO 2	56781	43618	100399
	PATUCA	5800	13922	19722
	SAN ESTEBAN	14842	6338	21180
	GUALACO	6965	6871	13836
	CULMI	10688	10808	21496
	JANO	22595	0	22595
	GUATA	3620	3824	7444
	EL ROSARIO	3690	0	3690
	MANGULILE	6895	0	6895
	YOCON	4237	988	5225
	TOTAL ESTRATO	79332	42751	122083
	TOTAL REGION	278571	138433	41704

PARTOS POR PROCEDENCIA AÑO 1,998
DEPARTAMENTO DE OLANCHO

ESTRATO	MUNICIPIO	N B I %	POBLACIÓN 人口	TOTAL PARTOS CAPTADO	MUERTES MATERNAS 母親死亡	サン・フランシスコ病院 HOSPITAL SAN FRANCISCO TOTAL PARTOS	NORMALES 正常分娩	DISTOCICOS 難産	CESAREAS 帝王切開	保健所 LOCAL CESAMO O CMI TOTAL PARTOS	NOR-MALES	DISTO-CICOS	CESA-RIA	家庭分娩 報告されない TOTAL PARTOS DOMICILIO**	分娩 PARTOS NO IN-FORMADO	PARTOS ESPERADOS
I	**SUB TOTAL ESTRATO**	**25/39**	**131,370**	**3,304**	3	2709	1725	591	393	0	0	0	0	**595**	**2,599**	**5,903**
	Juticalpa	33	72,451	2149	3	1895	1188	400	307	0	0	0	0	254	2,035	4,184
	Santa María del Real	25	8,466	190	0	133	86	38	9	0	0	0	0	57	1	191
	Salamá	32	8,703	131	0	65	43	14	8	0	0	0	0	66	55	186
	Silca	32	8,175	120	0	84	56	21	7	0	0	0	0	36	81	201
	Concordia	37	7,876	82	0	39	29	7	3	0	0	0	0	43	93	175
	San Francisco de Becerra	37	7,078	163	0	127	92	26	9	0	0	0	0	36	44	207
	San Francisco de la Paz	39	18,621	469	0	366	231	85	50	0	0	0	0	103	290	759
II	**SUB TOTAL ESTRATO II**	**45-47**	**135,005**	3116	5	1109	696	261	152	685	685	0	0	1322	1111	4,227
	La Unión	45	5,943	124	1	33	20	11	2	0	0	0	0	91	182	306
	Guarizama	45	7,650	123	0	84	59	19	6	0	0	0	0	39	48	171
	Catacamas	46	77,261	2028	2	722	425	186	111	571	571	0	0	735	2	2,030
	Guayape	46	16,600	256	1	5	2	2	1	114	114	0	0	137	407	663
	Manto	46	11,898	210	0	100	70	20	10	0	0	0	0	110	114	324
	Campamento	47	15,653	375	1	165	120	23	22	0	0	0	0	210	358	733
III	**SUBTOTAL ESTRATO III**	**51-82**	**124,254**	**2,153**	13	409	253	86	70	69	69	0	0	**1,675**	**2,700**	4,853
	Patuca	51	23,087	377	4	29	16	7	6	37	37	0	0	311	809	1,186
	San Esteban	57	20,033	382	2	70	39	17	14	32	32	0	0	280	439	821
	Gualaco	64	16,463	309	0	102	65	21	16	0	0	0	0	207	337	646
	Dulce Nombre de Culmí	64	22,973	379	6	73	42	18	13	0	0	0	0	306	468	847
	Jano	67	3,386	53	0	7	6	1	0	0	0	0	0	46	60	113
	La Guata	74	12,711	175	1	54	37	9	8	0	0	0	0	121	257	432
	El Rosario	75	4,621	74	0	37	25	8	4	0	0	0	0	37	78	152
	Mangulile	77	10,464	91	0	4	3	0	1	0	0	0	0	87	240	331
	Yocón	82	10,516	313	0	33	20	5	8	0	0	0	0	280	12	325
	TOTAL DEPARTAMENTO	**25-82**	**390,629**	**8,573**	**21**	**4227**	**2674**	**938**	**615**	**754**	**754**	**0**	**0**	**3,592**	**6,410**	**14,983**
	Esquipulas del Norte	84	5,945	SIN INFORMACION						fuente: estedistica regional						
	TOTAL=====	====	**396,574**	(total de todo el departamento)												

**DOMICILIO= ES EL PARTO ATENDIDO EN EL HOGAR POR LA PARTERA TRADICIONAL DEL PUEBLO

ORGANIGRAMA DE AREA 1998
REGION DE SALUD Nº7 OLANCHO



FUNCIONAMIENTO DE COMITES DE SALUD

DEPARTAMENTO DE OLANCHO

- EXITEN DOS CLASES DE COMITES
- ■ COMITES COMO JUNTAS ADMINISTARTIVAS
  ■ COMITES DE SALUD PARA TRABAJAR CON LA COMUNIDAD EN SOLVENTAR PROBLEMAS DE SALUD
- LOS QUE FUNCIONAN COMO JUNTA ADMINISTRQATIVA MANEJAN FONDOS QUE SON GENERADOS POR EL COBRO DE LA CONSULTA Y SIRVEN GENERALMENTE PARA:
- 1.- PAGO DE UN RECURSO QUE AYUDA EN LA LIMPIEZA
  2.- EN LA COMPRA DE ALGUNOS MEDICAMENTOS
  3.- MATERIALES DE LIMPIEZA
  4.- COMPRA DE KEROSENE PARA REFRIGERADOR
  5.- PEQUEÑAS REPARACIONES PARA MANTENIMIENTO DEL INMUEBLE
- LA DIFRENCIA ES QUE UNO MANEJA FONDOS Y OTRO NO

⑤－25　現地収集資料【第七衛生地域　伝統的産婆のための研修内容】

CONTENIDO DE LA CAPACITACION DE PARTERAS DEPARTAMENTO DE OLANCHO

- CONOCIMIENTOS GENERALES DE:

- 1.- FISIOLOGIA DE LOS ORGANOS DE REPRODUCCION
  2.- FISIOLOGIA DEL PARTO
  3.- PRINCIPIOS DE HIGIENE Y SALUD
  4.- PROCEDIMIENTOS DE HIGIENE Y LAVADO DE MANOS
  5.- HIGIENE Y LIMPIEZA PARA ATENDER UN PARTO

- HIGIENE Y CUIDADOS DEL EMBARAZO

- 1.- SIGNOS DEL EMBARAZO EN SU PRIMER TRIMESTRE
  SINTOMAS Y SIGNOS DE ALARMA(peligro) EN ESA ETAPA
  2.- IMPORTANCIA DEL CONTROL MEDICO PRENATAL
  3.- DESARROLLO Y CRECIMIENTO DEL FETO
  SIGNOS Y SINTOMAS DE PELIGRO EN LOS OTROS MESES
  4.- ALIMENTACION,ROPA,VACUNA E HIGIENE DE LA EMBARAZADA

- EL PARTO SU FISIOLOGIA

- 1.- SIGNOS Y SINTOMAS DEL PARTO (Normales y de alerta)
  2.- CUANDO REFERIR UNA EMBARAZADA EN TRABAJO DE PARTO
  3.- CUIDADOS E HIGIENE PARA ATENDER EL APRTO
  4.- QUE PACIENTES EN TRABAJO DE PARTO NO DEBEN ATENDER
  5.- CUIDADO Y USO DEL EQUIPO Y MATERIALES DEL MALETIN

- PUERPERIO
  1.- HIGIENE DURANTE ESTE PERIODO
  2.- SIGNOS DEINFECCION DE UNA PUERPERA
  3.- IMPORTANCIA DE SU VISTA MEDICA DE CONTROL

- CUIDADO DEL BEBE RECIEN NACIDO
  1. HIGIENE Y CUIDADO DEL OMBLIGO
  2. IMPORTANCIA DE SU PRIMER CONTROL MEDICO

- SALUD REPRODUCTIVA
  1.- SEXUALIADAD
  2.- HIGIENE Y SIGNOS DE ALERTA EN LA MUJER
  3.- AUTOCUIDADO(MAMAS, PRUEBA DEL CANCER)
  4.- ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL
  5.- METODOS ANTCONCEPTIVOS

- SISTEMA DE REFERENCIA

REGION DE SALUD Nº 7
JUTICALPA,OLANCHO

ASIS- 1.1

CENSO FAMILIAR DE SALUD

(FICHA FAMILIAR POR VIVIENDA)

COMUNIDAD CENSADA:_____ FECHA:_____/_____/_____/ ¿A QUE CENTRO de SALUD ACCEDE? _____ TIPO: CESAR [ ] CMO. [ ] HOSP. [ ]
(Aldea,caserio,barrio,colonia)

DISTANC. AL C.de SALUD:EN Kms. =_____Y EN TIEMPO =___hrs.___min. TRANSP.MAS USUAL:_____

VIVIENDA Nº_____ MANZANA Nº_____,CALLE:_____ BARRIO/COL.:_____

VIVIENDA:*CERRADA[ ] *HABITADA[ ] -DESHABIT.[ ] -EN CONSTRUCCION [-NO INFORMAN [ ]

± NACIMIENTOS ±

¿CUANTOS NIÑOS (bebés) (VIVOS Y MUERTOS) NACIERON EN LOS ∃ LTIMOS 12 MESES? R:[.....]

± + . M U E R T E S . + + ±

¿CUANTOS BEBÉS (tiernos) SIN CUMPLIR SU 1er. AÑO DE VIDA, HAN MUERTO ESTE AÑO? (período) R.:[.....]

N I Ñ O S DE 1 - 4 (SIN CUMPLIR 5 AÑOS) ¿ HAN MUERTO EN LOS ULTIMOS 12 Ms.?(período) R.:[.....]

Nº	NOMBRE Y APELLIDOS DE CADA PERSONA (ESTRUCTURA FAMILIAR) (INICIAR POR EL MAYOR)	SEXO M	SEXO F	EDAD	ACCESO ESCOLAR DE: 7 - 12 AÑOS MATRICULó SI	MATRICULó NO	ASISTE SI	ASISTE NO	ESCOLARIDAD (Mayores) >12 AÑOS AÑOS APROBADOS PRIM.	SEC.	UNIV.	ADULTOS (+18 A.) APORTANDO AL GASTO FAMILIAR SI	NO	DISCAPACIT. NO R.HAB.	SERVICIO DE AGUA POR LLAVE IN TRADOM.	LLAVE PÚBLICA. en EL Solar	LLAVE PÚBLICA. A + d 100 ms	POZO C.BOMBA DOMICILIAR	POZO C.BOMBA COMUNAL DIST. A + 100 -100	pozo malo SIN bomb	RIO Qda. etc, Símil	com prada todo TIPO	DISPOSICION de EXCRETAS S.SANIT.a: Alcantarilla F.Sept	RIO, QDA. Etc.	LETRINA ^ni LA-VA-BLE	FOSO SIM-ple	Ning. A ras suelo	Nº DE PERROS
1																											
2																											
3																											
4																											
5																											
6																											
7																											
8																											
9																											
10																											
11																											
12																											
13																											
14																											
15																											
16																											
17																											
18																											

ALGUNAS CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

PARED DE :		TECHO DE :		ALUMBRADO	
= =		5.00		*	
=LADRILLO / BLOQUE	[ ]	TEJA	χ- [ ]	ELECTRICO	[ ]
=ADOBE	[ ]	ASBESTO	χ- [ ]	KEROSENE (GAS)	
=BAHAREQUE (EN PALOS ENREJADO SIN EMBUTIR)	[ ]	LAMINA	χ- [ ]	- LAMPARA	[ ]
				- CANDIL	[ ]
=MACHIMBRE	[ ]	MADERA	χ- [ ]	OTRO	
=PALMA /PAJA (hojas)	[ ]	PALMA /PAJA	χ- [ ]	-CANDELA	[ ]
=DESPERDICIOS (LATAS V,CARTON,PLASTIC.,ETC.)	[ ]	DESPERDICIOS (CARTON,PLASTIC.,Etc)	χ- [ ]	-OCOTE	[ ]

PISO DE: κ MOSAICO [ ] υ LADRILLO RAFON [ ] TIERRA [ ]

MEDICION DE HACINAMIENTO

¿ NUMERO DE CUARTOS (PIEZAS) QUE TIENE LA VIVIENDA ? /_____/

¿ CUANTOS CUARTOS SON UTILIZADOS PARA DORMIR ? /_____/

¿CUANTOS ADULTOS Y NIÑOS + de 1 Año DUERMEN EN c/ CUARTO? /____/

¿ O DUERMEN Y TIENEN TODO EN UN SOLO AMBIENTE ? /_____/

* COCINA EN : - MISMO AMBIENTE DE DORMIR [ ] -SEPARADA ó APARTE [ ] *Y SI HAY FOGON ES D = CON CHIMINEA [ ] = SIN CHIMIMEA[ ]

* NOMBRE DEL RESPONSABLE QUE LEVANTA CEFASA _____ TIPO DE RECURSO : _____

⑥－１　協議記録【保健省（２月３日)】

ホンデュラス国　第七衛生地域保健総合開発計画　事前調査団
「ホ」国保健省との打合せ①

日時：1999年２月３日（水）ＡＭ９：50～ＰＭ０：15
場所：「ホ」国保健省会議室
「ホ」国側出席者：Dr. Victor Manuel Melendez Colindres（保健省　次官）
Lic. Norma Paguda（保健省　対外協力部長）
Dr. Hector Luis Escoto（保健省　第七衛生地域事務所長）
Dr. Gustavo Flores（保健省　サービスネットワーク部長）
日本側出席者：　事前調査団（新崎団長、平賀団員、松本団員、岡村団員、樋口団員）
林　ＪＩＣＡホンデュラス事務所長

協議内容

団長）(メンバー紹介)
松本）(本調査団の経緯および役割を説明)
ハリケーン・ミッチによる被害が第七衛生地域における技術協力という「ホ」国側要請内容に影響を及ぼしていないかを確認したい。

ＧＦ）今回の第七衛生地域のプロジェクトのためにすでに準備グループが存在しており、その上に技術コーディネーターとしてメレンデス氏がいる。

ハリケーン・ミッチの被害は国全体でUS$50億といわれているが、第七衛生地域についてはインフラの被害があるものの、その被害自体が技術協力の要請に影響を及ぼすものではない。

しかしながら、昨年１月のフローレス新政権の樹立に伴い作成した新保健アジェンダの考え方に則し、より将来のビジョンを見据えた形で要請内容の変更を行いたいと考えている。

具体的には、以下４つの理由から保健医療モデルの再構築を行いたいと考えており、日本の指導をお願いしたい。
① 医療サービスの改善
② 緊急医療体制の充実
③ 地域中核病院であるサン・フランシスコ病院の混雑緩和
④ 健康に関する教育の充実

ＶＭ）自分は日本の協力により行ったマスタープランの作成（開発調査）に関し、コーディネーションを行った。新保健アジェンダ作成についてもマスタープランの提言が数多く取り入れられている等、大変役立っている。

マスタープランにおいてパイロット・プランとされているサン・ペドロ・スーラ（都市型モデル）およびテグシガルパ（都市型貧困モデル）については、以下の対策が実施・検討中である。

テグシガルパ	サンフェリペ病院産科病棟の建設、および３つの地域医療センターの建設が完了。
サン・ペドロ・スーラ	病院網の整備に関し、日本からのミッションが予定されている。

総合開発型については、マスタープラン作成後政権が代わってはいるが、第七衛生地域から開始するのがやはり適当であると考えている。第七衛生地域の代表も、今回のプロジェクトが地域に恩恵を与えるものとして期待しているし、保健省としてもそれを支援したいと考えている。

ハリケーン・ミッチによる被害も、逆に地域保健を強化するべきとの考え方を後押ししている側面がある。

団長）われわれの経験からいうと、プロジェクト型技術協力は「援助」ではなく「協力」としての意味合いが強い。「助ける」というよりも「一緒に問題を考える」というスタンスである。

「ホ」国側がわからないことは教えるが、日本側がわからないことは逆に教えてもらう。一方的なものではなく、ギブ＆テイクの関係であり、それが双方にとってよいことであると考える。日本の保健医療システムにも問題は存在する。

ＶＭ）私は日本に研修で訪れたこともあり、日本の保健医療システムが秀でていること、日本がこの40年の間にどれだけそのシステムを改善させたかも理解している。日本の協力から学ぶところは非常に多いと期待している。

「ホ」国には日本にない病気や貧困の存在があり、そのような観点からは日本が学ぶことができるかもしれない。準備チームの知識は日本の皆さんと分け合える。

第七衛生地域は比較的進んだ地域であり、限られた期間でもシステムの改善が達成できるのではないかと期待している。地域住民も日本の無償資金協力で建設されたサン・フランシスコ病院の存在から日本の援助はよいことであるという認識があるし、またコミュニティの関係も良好である。

このプロジェクトがインフラを建設する類のものではないことは理解しているし、協力して第七衛生地域の保健医療状況を改善するものであると考えている。

ＨＥ）今の次官のコメントが第七衛生地域住民の期待を表している。

われわれが直面する問題のひとつとして、医療サービス網が十分に機能していないということがあり、保健医療モデルの再構築を検討中であるが、それがフィージブルなものであるかどうか、検討、協力をお願いしたい。

第１次レベルとしてのＵＰＳにおいては、健康に関する教育を強化したい。第３次レベルとしてのサン・フランシスコ病院については、非中央集権化を図り混雑を緩和すると同時に設備等を充実・有効活用することにより、真の意味における第三次医療を施せるようにしたいと考える。

ＶＭ）中間レベルの再編成として「スーパーＣＥＳＡＭＯ」の設置を検討している。現在保健所（ＣＥＳＡＭＯ、ＣＥＳＡＲ）は全国に1100カ所存在しているが、孤立した所の医療従事者が意見交換の不足等から勉強しなくなる、というような問題が生じている。

この問題を解決し、またサン・フランシスコ病院の混雑解消を図るため、複数のＣＥＳＡＭＯを戦略的な場所に集約する。人々が集まりやすく、電気や電話が通じている場所にラボラトリー、放射線、救急の機能をもたせ、アクセスのよさを生かして医者の巡回、手術スケジュールの機動的な設定等行えるようにしたい。

「ホ」国全体で20カ所の設置を見込んでいるが、第七衛生地域内の３カ所を手始めとし、それが上手くいけば全国に広げたい。必要な資金についてはスペインからの援助を活用する予定であり、US$40百万を要請したうち、US$20百万が承認されている。また地域住民からも一部負担させる方向で考えている。

保健医療モデルの再構築については、大統領の指示により保健省が住民のニーズを踏まえ検討作業を行っている。大きな規模の作業であり、全国的な作業が完了するまでには数年を要するものと思われる。

地区によっては現時点では医者がいるにもかかわらず、保健医療システムの変更によりいなくなるところも出てくるため、合意が円滑に得られるかも問題である。すでに一部マスコミには否定的な論調もみられる。

日本にはまず状況調査についての協力をお願いしたい。

松本）機材のメンテナンスの問題や人材育成の問題ではなく、レファラル、アクセスの改善が最大関心事なのか？

ＶＭ）どれが重要であるかということは一概にはいえない。

第１次レベルのＵＰＳでは建物がなくてもコミュニティとともに教育・啓蒙に注力し、予防が大切であることを教えられるようにしたい。また保健所のなかには放置されているものがあり、本当に重病の人だけが病院に行くように改善したい。

他方、治療ということを考えるとやはり医療施設の充実は必要であり、また医師、正看護婦、准看護婦、保健環境技術員（ＵＳＡＩＤの支援により８～10週間の研修を受けた保健省の役人）等の教育も重要である。

岡村）衛生地域については現在の９地域から18地域に分割する構想があるとのことであったが、現在の進捗状況は？

ＶＭ）衛生地域については、より行政の「県」に合わせた形で改編する構想であったが、この１月に就任した保健大臣の指示で作業が停止している。

だが、第七衛生地域はほとんど行政単位としてのオランチョ県と同義であり、衛生地域改編がこのプロジェクトに与える影響はないものと考える。

以　上

⑥－２　協議記録【国際協力庁（２月３日）】

ホンデュラス国　第七衛生地域保健総合開発計画　事前調査団
「ホ」国国際協力庁との打合せ

日時：1999年２月３日（水）ＰＭ２：00～ＰＭ３：00
場所：「ホ」国国際協力庁　会議室
「ホ」国側出席者：Guadalupe Hung Pacheco（国際協力庁　管理渉外部長）
日本側出席者：　事前調査団（新崎団長、平賀団員、松本団員、岡村団員、樋口団員）
　　林　ＪＩＣＡホンデュラス事務所長

協議内容

ＧＰ）初めに国際協力庁の長官がハリケーン後の国家再建委員会の活動のため、どうしてもこのミーティングに出席できないことをお詫びする。

国際協力庁は他国への協力要請の審査を担当しており、第七衛生地域のプロジェクトについても内容を承知している。保健医療分野は「ホ」国政府にとってプライオリティーの高い分野であり、大変意義深いものと考えている。

松本）(本調査団の経緯、役割およびプロジェクト方式技術協力のスキームを説明)

ＧＰ）私は国際協力庁での20年の勤務経験から、マスタープランの作成（開発調査)、サン・フランシスコ病院の建設等、日本の援助についてはよく知っている。

今回のプロジェクトもマスタープランにおけるモデルとしてオランチョ県が取り上げられたが、保健医療システムの改善だけでなく、特に人材育成が重要な課題であると考えている。

松本）第七衛生地域におけるプロジェクトは、「ホ」国における医療分野での２回目のプロジェクト方式技術協力となる。前回の看護教育強化プロジェクトは双方にとって有益なものであったが、今回はより地域住民に直接的に裨益するものになると考えている。早い時期に実現したいと考えているので、国際協力庁の協力をよろしくお願いする。

ＧＰ）プロジェクトの成功のために、資料の提供等できる限りの協力をしたい。
今回の調査団によい結果を出してほしい。
ハリケーン・ミッチの関連での日本の援助、特に自衛隊の援助については、感染症流行の危機を未然に防止するものとして感謝している。

以　上

⑥－３　協議記録【米州保健機構（２月３日）】

ホンデュラス国　第七衛生地域保健総合開発計画　事前調査団
米州保健機構（ＰＡＨＯ）との打合せ

日時：1999年２月３日（水）ＰＭ３：00～ＰＭ４：00
場所：米州保健機構　ホンデュラス事務所
ＰＡＨＯ側出席者：Dr. John Antonio Pages（ＰＡＨＯホンデュラス事務所所長）
日本側出席者：　　事前調査団（新崎団長、平賀団員、松本団員、岡村団員、樋口団員）

協議内容

団長）ＰＡＨＯからみた「ホ」国保健医療の問題は？

ＪＰ）まず組織面では、地域住民の医療サービスへのアクセスおよび質を向上させるため、保健医療の地方分権化が必要である。「ホ」国の新保健アジェンダでも、新しい医療モデルの構築、病院施設の充実ともにその必要性が指摘されている。昨日、新保健大臣と話し合う機会をもったが、彼も組織改革には意欲を示していた。

また保健医療政策の主体については、保健省だけでなく、社会保険庁、私立病院、ＮＧＯにまで拡大して考えていくべきである。

保健財政面については、病院でのサービス改善を達成するためにも治療費の負担方法を改革する必要がある。

特定のプログラムについていえば、特にマラリア、デング熱、下痢症、結核等の感染症予防体制が弱い。その他の問題としては、妊産婦の死亡率、避妊対策の不足、適切な上下水設備の不足、老人対策の不足、生活習慣病の増加等がある。

ＰＡＨＯはこれらの問題に関し、主に以下の対応を行っている。
①「ホ」国政府の保健医療システム改善への支援
② 感染症対策
③ 上下水対策
④「保健医療総合対策」の策定（予算：US$５百万）

ＰＡＨＯのホンデュラス事務所には現在９人の専門家がおり、内訳は環境関連技師(３人)、エコノミスト（２人)、伝染病対策（２人)、薬剤師（１人)、災害対策（１人)である。

団長）ＰＡＨＯの地域医療改善の実績は？

ＪＰ）ＰＡＨＯは東部地域に重点を置いており、３つの保健所の建設（US$65千／１棟)、看護婦・ＴＢＡの教育、トイレの整備等を行っている。

第七衛生地域ではフティカルパおよびカタカマスにおいて、トイレおよび上下水道の整備といった環境のプライマリ・ケア関連で、予算US$80千の支援を行っている。

地域医療の改善に関しては、コミュニティのレベルで存在する健康プロモーターにＰＡＨＯの専門家が指導をする場合があるが、その場合若干の金銭的インセンティブを与えることがある。

団長）ドナー間の協調は実際どの程度行われているのか？また将来の可能性についてはどのようにお考えか？

ＪＰ）定期的にドナー間協議を開催しており、ＰＡＨＯは事務局的役割を果たしている。だがこの協議については、よりシステマティックに行うよう改善していきたいと考えている。

日本が第七衛生地域でプロジェクトをやるのであれば、環境関連の部分で何か一緒にできるかもしれない。

平賀）「ホ」国でプロジェクトを行うことに関し、何が難しいか？

ＪＰ）予算の少なさ、運転資金の少なさ、である。
サスティナビリティーの観点からも多額の機材を単に供与するやり方は疑問だ。結局は人材育成、教育が最も効率のいい投資ということになるのではないかと考える。

以　上

⑥－４　協議記録【米国国際開発庁（２月４日）】

ホンデュラス国　第七衛生地域保健総合開発計画　事前調査団
米国国際開発庁（ＵＳＡＩＤ）との打合せ

日時：1999年２月４日（木）ＡＭ８：30～ＡＭ９：30
場所：米国国際開発庁　ホンデュラス事務所
ＵＳＡＩＤ側出席者：John Rogosch（ＵＳＡＩＤホンデュラス事務所保健人口栄養部長）
日本側出席者：　　事前調査団（新崎団長、平賀団員、松本団員、岡村団員、樋口団員）

協議内容

団長）日本は第七衛生地域における技術協力を検討しているが、「ホ」国政府だけでなく、外部の見解も知りたいと考え訪問した。

ＪＲ）日本が第七衛生地域での協力を考えているということは知っている。
ＵＳＡＩＤではＮＧＯ（ＰＲＥＤＩＳＡＮ、World Relief、ＰＲＯＤＩＭ）を通じたコミュニティをベースにした家族計画、母子の健康のための食糧支援、サン・ペドロ・スーラ市でのエイズ対策等を実施している。

都市よりも地方に注目しており、データを見れば地方では治療よりも予防活動を中心とすべきであることは明らかである。なかでも、第一、第二、第三の各保健地域に重点を置いているが、これらの地域には人口の25％が居住し、貧しい人々の割合が多い。

ＵＳＡＩＤは「ホ」国の保健医療分野の援助に、以前は200百万米ドルを注ぎ込んでいたが、最近は数、量とも減少傾向にある。政治的な理由もあるが、そもそも「ホ」国の人口はそれほど多くなく、乳幼児死亡率（100→40）等の指標が改善していることも影響している。

以　上

⑥－５　協議記録【保健省第七衛生地域事務所（２月４日）】

ホンデュラス国　第七衛生地域保健総合開発計画　事前調査団
第七衛生地域　地域事務所での打合せ

日時：1999年２月４日（木）ＰＭ２：00～ＰＭ５：00
場所：「ホ」国保健省　第七衛生地域事務所会議室
「ホ」国側出席者：Dr. Eda Sofia Calix（保健省　第七衛生地域　疫学担当）
Margarita Calix（保健省　第七衛生地域　計画・モニタリング・評価コーディネーター）
Abel Cerrato（サン・フランシスコ病院　院長）
日本側出席者：　事前調査団（新崎団長、平賀団員、松本団員、岡村団員、樋口団員）

協議内容

ＭＣ）(第七衛生地域概要説明)
オランチョ県（１つの村を加えれば第七衛生地域と同義）は面積的にホンデュラス全体の25%を占め、人口は約40万人（約6.9%）である。

第七衛生地域の中には４つの衛生区があり、各々にチーフがいる。
オランチョ県は保健省の業務のバックアップは行うが、保健のプログラムはすべて保健省の所管である。

①非識字率、②水供給・排泄物処理の状況、③住居のタイプ、④１つの住居への密集合い、⑤1世帯当たり何人が収入を得ているか、の５つの基準により算出したＮＢＩ指標によれば、北部の状況が悪い。

第七衛生地域の都市部以外の地域の90%は水道がなく、85%は適切なトイレがない。

全国レベルより比率が悪いのはデング熱、マラリア（14000～15000／年)、シャーガス病、リーシュマニア、下痢症であり、暴力の問題も深刻である。

1998年の年次報告によれば、第七衛生地域の乳幼児死亡率は48／1000、妊産婦死亡率は210／100000である。妊産婦の死亡についてはＣＥＳＡＲ、ＣＥＳＡＭＯ経由、保健ボランティアからの報告により把握しているが、レポートシステムは完全とはいえない。1993年以降に妊産婦死亡率が増えているが、レポートシステムの整備が進んだことも理由である。患者情報の記録・分析に用いる情報システムは存在するが、入力項目が多すぎて使われていない。

妊娠中毒、弛緩、出血による妊産婦の死亡は依然多い。第七衛生地域内には名目的に４つの母子診療所があるが、機能しているのはカタカマスのものだけであり、運送システムに問題がある。今後緊急周辺病院（ＣＬＩＰＰＥＲ）を整備することで状況の

改善を図りたい。

第七衛生地域内のＮＧＯの活動としては、カタカマスの近辺の保健所をベースにＰＲＥＤＩＳＡＮ（米系）が、「医師の旅団」としてサンタ・マリア・デル・レアルをベースにEL BUEN PASTOR（米系、宗教関連）が、またサン・エステ・バンをベースにHONDURAS OUTREACH（米系）が外科分野で活動している。

団長）(プロジェクト方式技術協力スキーム概要について説明)
当初の要請書を見ると（供与機材の量が多く）一方的な寄付のようであるが、プロジェクト方式技術協力は現地のカウンターパートとともに仕事をして問題の解決を図るもので、ＣＬＩＰＰＥＲを建設するというようなことはできない。

ＭＣ）われわれは技術協力だと理解しており、皆さんの経験から学ぼうとしている。
単に「建物、機材をくれ」と言っているのではない。

ただ第七衛生地域の人材は中等教育程度であり、やる気はあるがレベルは決して高くない。またプロジェクトに提供する場所が用意できるかも心配だ。

松本）どこにプロジェクトの重点を置くべきと考えるか？

ＡＣ）問題は多く、われわれは日本側に指導してもらい、何をやったらいいかを探し出したいと考えている。

医療サービス、効率の向上も課題であるし、僻地に住む人々への対策も必要である。女性や乳児については他のドナーでも一部対応しているが、子供たちの健康の優先順位が一番高いといえるかもしれない。また分野を絞るべきであるのかもしれない。

以　上

⑥－６　協議記録【サン・フランシスコ病院（２月６日）】

ホンデュラス国　第七衛生地域保健総合開発計画　事前調査団
サン・フランシスコ病院での打合せ

日時：1999年２月６日（土）ＡＭ９:00～ＰＭ１:30
場所：「ホ」国保健省会議室
「ホ」国側出席者：Dr. Hector Luis Escoto（保健省　第七衛生地域事務所長）
Margarita Calix（保健省　第七衛生地域　計画・モニタリング・評価コーディネーター）
Eda Sofia Calix（保健省　第七衛生地域　疫学担当）
Abel Cerrato（サン・フランシスコ病院　院長）
Carlos Rodriguez（サン・フランシスコ病院　事務管理部長）
Lerry Funez（サン・フランシスコ病院　カルテ部長）
Hostilo Medina（サン・フランシスコ病院　人事部長）
Ana Maria Ferguson（サン・フランシスコ病院　看護部長）
日本側出席者：　事前調査団（新崎団長、平賀団員、松本団員、岡村団員、樋口団員）

協議内容

ＡＣ）（ＯＨＰを用い、サン・フランシスコ病院の組織・運営状況にかかる概要を説明）

ＨＥ）われわれはサン・フランシスコ病院が新保健アジェンダに基づき真の３次レベルの病院になってほしいと願っている。より専門的なものについては中央の国立病院に任せるほかはないが、ある程度の専門分野の研究ができる施設としたい。

ＡＧ）今回の日本の協力内容が上手く把握できない。
われわれは何を準備すればよいのか？

松本）われわれ調査団は、３年前の「ホ」国政府からの要請に基づき、その内容に関して協力できる可能性があるかどうかを確認するために派遣された。

当初の要請書の内容は非常に広範囲であり、どれが最も必要性や緊急度合いが高いか、またそれにＪＩＣＡが協力できるかを確認するために来た。

しかしながら、先日保健省を訪問した際に違う要請書が提出された。この新しい要請書は、１年間で医療モデルの再編成のための疫学的調査をするとされているが、２年目以降の活動のイメージは？

ＨＥ）最初の要請は前の政権の時代に作成されたものであるが、新しい要請書は今回地域レベルで考え、作成された。１年目は保健状況を調査し、２年目以降に日本やその他の国の援助も受け、医療モデルの再編成を行おうとするものである。

必要なインフラ整備については「ホ」国社会投資整備基金から拠出されるものもあると思われ、他国からの援助にインフラ整備が含まれるかどうかは不明である。

松本）われわれはプロジェクト方式技術協力の枠の中で達成できる目標を設定する必要がある。今エスコット氏が述べられた２年目以降についてのお話しはインフラ整備を意味するものであると思われるが、プロジェクト方式技術協力でこれを行うことは困難である。

メレンデス次官は、協力する部分はたくさんあるので、いろいろな可能性をみてほしい、とおっしゃったが、われわれ調査団は皆さんとその方向で議論したい。

これから皆さんと考えていくプロジェクトは、５年間で達成できる目標を設定する必要がある。日本側は日本国民から得た貴重な税金を投入するのであり、明確な結果が必要である。

「ホ」国側はここにいる方々がカウンターパートになる。一緒に活動するためには「ホ」国側も予算を配分する必要がある。

ＨＥ）インフラ整備がプロジェクト方式技術協力のスキームにおいては適切なものでないことはわかる。インフラ整備が必要になった場合は他のファンドの活用を検討するので、今回のプロジェクトについてインフラ整備を要請するつもりはない。

５年間経過した後の目に見える形での成果については、日本側と議論して何か具体的な指標を設定するようにしたい。

ＭＣ）医療財政を強化することで薬剤の供給不足を解消し、その結果死亡率を引き下げる、ということもひとつの指標の案。

松本）医療機材を供与することはできるが、その後のサスティナビリティーが課題となる。

ＭＣ）ある一定の住民層を対象に、保健水準を改善するというのもひとつの考え方。たとえば予防接種に関して、一番貧しい地区の５歳以下の接種率は60～70％にとどまっており、これを改善するというのもある。

ＥＣ）医療指標として入院に関する指標は使えないだろうか。入院者の比率が３人対1000人であるのを、10人対1000人にするとか。

ＨＥ）今言っていることは、あくまでも例にすぎないが。

ＡＧ）人材育成や薬剤を含む資機材の調達の改善もある。

団長）人材育成という観点からは、麻酔ができる人材を増やすというようなのもひとつの例である。

ＡＧ）オランチョは乳ガンが多い。マンモグラフィーを使える人材を増やしたい。また子宮頸ガンも多い。

平賀）インフラの整備はできないけれども、地域住民への医療サービスの向上のために既存の医療従事者の仕事の質を改善することで協力はできると思う。単純に数を増やせばいいというのではなく、われわれとしても何ができるか考えていきたい。

団長）当初要請書には第一に母子の死亡率が高いことが書かれていた。分娩時の出血が原因として多いとされていたが、多分そのとおりなのであろう。これについても病院の受入体制の改善、運搬体制の改善等を通じて、対処することもできるように思う。

また暴力が多いということに関しては、われわれは暴力そのものを減らすことはできないが、外傷に関して応急手当技術について指導することは可能である。

（この後、「ホ」国側、日本側各々で議論し、保健省における次回の会議で改めて検討することで、合意した）

以　上

⑥－７　協議記録【保健省（２月８日)】

ホンデュラス国　第七衛生地域保健総合開発計画　事前調査団
「ホ」国保健省との打合せ②

日時：1999年２月８日（月）ＡＭ９：30～ＰＭ３：00（途中昼休み１時間）
場所：「ホ」国保健省会議室
「ホ」国側出席者：Dr. Victor Manuel Melendez Colindres（保健省　次官）
Lic. Norma Paguda（保健省　対外協力部長）
Dr. Gustavo Flores（保健省　サービスネットワーク部長）
Dr. Hector Luis Escoto（保健省　第七衛生地域事務所長）
Margarita Calix（保健省　第七衛生地域　計画・モニタリング・評価コーディネーター）
Eda Sofia Calix（保健省　第七衛生地域　疫学担当）
Abel Cerrato（サン・フランシスコ病院　院長）
Lilliana Mejia（保健省　看護研修研究センター　センター長）
日本側出席者：　事前調査団（新崎団長、平賀団員、松本団員、岡村団員、樋口団員）
高田　ＪＩＣＡホンデュラス事務所職員

協議内容

松本）(調査活動報告）
サン・フランシスコ病院が中核として機能しており、有効に活用されていることを確認した。(サン・フランシスコ病院が完成した）10年前に比べても質の高い医療への要望があると理解した。また保健所の改修、救急病院の設置等を内容とする医療モデルの再編が優先課題であることも確認した。

一方では、サン・フランシスコ病院でも保健所でも、薬品や人材の不足が問題として存在していることも理解した。

しかしながら、医療モデルの再編の必要性については理解できるものの、プロジェクト方式技術協力の規模・性格を考えると、建物建設等はできず、その旨は第七衛生地域の皆さんにはご説明した。与えられた制約の範囲内でのプロジェクト方式技術協力が可能かどうか第七衛生地域の皆さんと話し合ったうえで、日本側の協力内容案を考えた。

ＶＭ）プロジェクト方式技術協力では建物や機材の供与が中心ではない技術面での協力であることは理解している。医療関係の日本の無償資金協力についてはすでに他の地区のものを要請している。オランチョ県については地下水関係のものが懸案となっている。(オランチョ県における）医療関連施設の建設についてはスペイン、ＩＤＢ、ＰＡＨＯ等による援助も考える。

松本）プロジェクト方式技術協力は、専門家派遣、日本における研修、若干の機材供与の組み合わせで１つの目的の達成をめざすものである。保健医療関係のプロジェクト方式技術協力としては看護教育強化プロジェクトに次ぐ２度目のものであり、スキームについては理解されているものとして話をしたい。

ＶＭ）新政権の発足に伴い新保健アジェンダの作成等保健行政の方向性が変わったが、このプロジェクトの重要性は変わらない。皆さん「援助」という言葉は嫌いなようなので「協力」という言葉を使うが、「ホ」国側と日本側の各技術グループが１つの目標の達成に向け協力する、ということで考える。

松本）たとえば暴力についての協力は困難であり、それを無くすことを大きな目標とすることは避けたい。われわれは新保健アジェンダに沿った形で何ができるかを考えた。

これからお見せするのはあくまでも日本側の案であり、ひとつの叩き台として議論したい。変更は可能であるのでその点は理解していただきたい。「援助」ではなく「協力」という話があったが、主役は皆さんである。皆さんがやりやすい形にするべきであると考える。

（協議議事録のドラフトを呈示）

団長）(協議議事録にプロジェクト目標として記載した）適切な医療サービスへのアクセスという言葉は、病気になった人が遅滞なく医療サービスを受けられるという意味であり、難しい治療の場合もあるし、簡単な治療の場合も考えられる。ＪＩＣＡのプロジェクト目標は１つしか記載できないため、住民に関してさまざまな対応が可能となるよう包含できる書き方をする必要がある。

われわれは問題がどこにあるかを考え、アクティビティーをつくることはできるが、強調したいのは問題を実際に解決するのは皆さんであるということだ。

例えば、サン・フランシスコ病院の麻酔科には技師しかいないが、手術によっては技師では済まない場合もある。予算の範囲内で器具を入れて使い方を指導し、麻酔を使える医師を育てることも考えられる。

また保健所では薬品が不足している。ＪＩＣＡで薬品を買うことはできないが、薬品の供給システムの問題点、解決策を考えることはできる。

成果（OUTPUTS）はプロジェクト目標を達成するためのものである。実際の活動はもっと細かく、１つの成果に関して10以上の活動が存在することが見込まれる。それは第七衛生地域地域事務所長のエスコットさん等と協議して決めていくことになるだろう。

また目標の達成を評価するために（今後）指標を設定する必要がある。難しい場合もあるが、できるだけ数量で表せるようにしなければならない。先程の医薬品の例であ

れば、現状はどの程度不足しているが、プロジェクト後はそれがどの程度改善しているか、といったようなことである。

ＧＦ）ドラフトの内容は新保健アジェンダの考え方にも沿ったものだと思う。
指標については子供たちへの対策に関して、ＷＨＯとＰＡＨＯの指導に基づいて導入したこともある。

～その後、協議議事録の文言につき議論～
主な変更点は以下のとおりである。

（１）プロジェクト名を開発調査のものと統一（総合開発）し、あわせてパイロット・プログラムであることを明記すべき、との「ホ」国側の意見に対し、日本側は本件プロジェクトは開発調査にある総合開発型モデルの一部を担うにすぎないとした。結果的には「その他」の項に「本件プロジェクトはマスタープランの総合開発型モデルの実現に資することが期待される」旨の文言が追加されることとなった。

（２）成果（OUTPUTS）の項に記載された「保健医療施設の運営とサービスの質の強化」（(a)）と「レファラルおよびカウンター・レファラルシステムの強化」（(b)）について、「ホ」国側の要請を入れ「強化（Strengthening)」を「改善（Improving)」に変更。

松本）本件プロジェクトの協力内容をさらに検討するために５月か６月に１カ月から２カ月のまとまった期間、調査を実施したい。
またプロジェクトの実施を取り決める実施協議調査団を12月までには派遣し、来年の４月ぐらいには専門家を派遣し、プロジェクトを開始するようなスケジュールを考えている。

「ホ」国側には来年度にプロジェクトが開始されるという前提で予算を確保しておいてほしい。

ＨＥ）予算については６月か７月に確保する必要があるが、日本との公式な文書と金額が必要になる。文書がないと「そのプロジェクトのため」という予算要求はできず、別の形での予算確保を考えなければならない。

松本）たとえば日本から車を調達するとなると相当の時間がかかるが、それまでは日本人専門家の活動のために何とか車の確保をお願いしなければならない。

ＬＭ）看護教育強化プロジェクトにおいても、２年目からは日本に供与された車を使ってもらったが、１年目は「ホ」国側が便宜供与した。

以　上