



平成11年度
特定テーマ評価
(ホンデュラス保健医療)

平成 13 年 3 月

国際協力事業団
企画・評価部

| |
|---------|
| 企 評 |
| J R |
| 01 - 32 |

ホンデュラス共和国地図

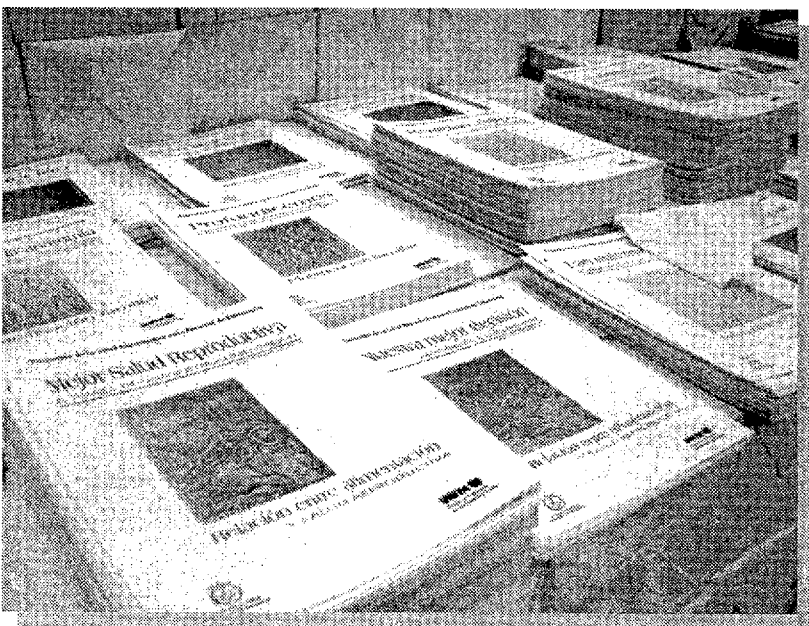




保健省次官にインタビュー
する調査団



<看護教育強化プロジェクト>
プロジェクト終了後も、ホンデュ
ラス側により深く尊敬されている、
プロジェクト国内委員会委員長の
写真と感謝の言葉。看護教育研究セ
ンターにて。



<看護教育強化プロジェクト>
プロジェクト終了後も、看護教育研
究センターにて継続製作されてい
るテキスト。センターの活動は高く
評価され、様々なドナー機関から
の資金協力を得られるようになった。
これは国連人口活動基金（UNFPA）
の協力によるもの。



<サン・フランシスコ病院>

1988年日本の無償資金協力により建設された。現在も、非常によく整備され、大切に使用されている。患者も多く、地域中核病院として重要な役割を担っている。



<救急クリニック>

教育病院救急治療科の混雑緩和のため、日本による基本計画で提案され、1998年の無償資金協力により建設された。救急患者の多くは子供が占めている。



<サン・フェリペ病院産科>

教育病院産科の混雑緩和のため、日本による基本計画で提案され、1998年の無償資金協力により建設された。清潔な病室は多くの新生児でにぎわっている。利用者は「サービス・技術が良い」と非常に満足している。

要 約

要 約

1．評価調査の経緯と目的

中米・カリブ諸国においては、乳幼児の主要な死亡原因である下痢症や急性呼吸器感染症に加え、マラリア、コレラ、デング熱等の感染症対策が課題となっている。ホンデュラス共和国（以下、「ホンデュラス」と記す）は中米諸国のなかで最も経済開発が遅れている国の1つであり、我が国は同国の保健医療分野に対して、プロジェクト方式技術協力、開発調査、単独機材供与、無償資金協力、青年海外協力隊派遣などにより、様々な協力を実施してきた。

近年、ホンデュラスでは、政府の同分野への積極的な取り組みや我が国を含む他のドナーからの援助などにより、乳児死亡率等の基礎的な保健指標については改善がみられるものの、衛生施設等の基礎保健サービスへのアクセスの改善、サービスの質の向上については依然として重要な課題として残されている。

我が国は1996年(平成8年)に打ち出された橋本首相(当時)の「世界福祉イニシアティブ」に基づき、保健医療分野の協力を積極的に取り組んでいくこととしており、保健医療サービスの向上をホンデュラスの国別事業実施計画における援助重点分野の1つに位置づけ、積極的な協力を実施していくこととしている。

このような背景の下、国際協力事業団(JICA)がホンデュラスにおいて過去に実施した保健医療分野の協力を総合的に評価し、その協力効果を明らかにするとともに、今後同国の保健分野への協力を効果的に実施していくための教訓を導き出すことを目的として、本評価を実施した。

2．評価対象案件

ホンデュラスにおけるJICAの保健医療分野の協力全般(プロジェクト方式技術協力、無償資金協力¹⁾、専門家派遣、研修員受入れ、青年海外協力隊等)を対象とする。

ホンデュラスにおける日本の過去17年間にわたる保健医療協力の概要は表1のとおりである。

3．調査団構成

団長・総括：山形 洋一 国際協力事業団国際協力専門員
計画評価：唐澤 拓夫 国際協力事業団企画・評価部評価監理室
効果分析：和田 知代 グローバル・リンク・マネジメント(株)

1) 無償資金協力については、外務省が主管しており、JICAは事業実施前の調査(予備調査、基本設定調査)と事業の実施促進を担っている。

表1 日本のホンデュラスでの保健医療分野の協力実績

| 援助形態 | プロジェクト名 / 指導科目 | 協力期間 |
|------------------|--|------------------------|
| 無償資金協力 | マラリア・デング熱抑制計画 | 1982～1989 |
| | テグシガルパ母子病院（IHSS）機材整備計画 | 1986 |
| | 地域中核病院整備計画 | 1988 |
| | 病院網強化計画 | 1992 |
| | 首都圏病院網拡充計画（開発調査モデルプランに基づく） | 1996 |
| | 子供の疾病対策計画 | 1999 |
| | サン・ペドロ・スーラ市病院網整備計画 | 2002(計画中) |
| 単独機材供与 | 歯科診療用機材 | 1989 |
| | 医療特別機材 | 1992 |
| プロジェクト方式 技術協力 | 看護教育強化プロジェクト | 1990～1995 |
| | 看護教育強化プロジェクト（アフターケア協力） | 1998～2000 |
| | 第7保健地域リプロダクティブ・ヘルス向上プロジェクト | 2000～2005 |
| 開発調査 | 全国保健医療総合改善計画調査 | 1995～1996 |
| 個別専門家 | 医療保健サービス | 1991～1994 1994～1996 |
| 青年海外協力隊 | 医師、看護婦(士)、助産婦、保健婦(士)、マラリア・風土病、公衆衛生、養護、理学療法士、作業療法士、栄養士、医療機器、保育士、診療放射線技士、歯科衛生士 | 毎年 |
| シニア海外ボランティア | 栄養改善 | 1995～1998 |
| 研修員受入れ | 公衆衛生、看護教育、医療機保守管理、早期胃ガン、病院薬学、結核対策、血液由来感染症、熱帯医学開発計画、保健行政、大災害医療、救急、エイズ等 | 毎年 |

4．調査団派遣期間（調査実施時期）

1999年10月23日～1999年11月8日

5．評価方法

本評価では、評価対象案件を基本計画（マスタープラン）策定、看護人材育成、医療施設・機材整備に対する協力を大別し、それぞれについて評価5項目の観点から評価を行ったうえで、ホンデュラスにおけるJICAの保健医療協力を総合的に評価した。なお、各協力の評価においては、以下の視点を重視した。

(1) 基本計画（マスタープラン）策定

開発調査「全国保健医療総合改善計画調査」で作成されたマスタープランが、現在までにどのように活用され（他のドナーからの援助やホンデュラス側の自助努力による事業化等）ホンデュラスの保健医療分野の開発に貢献しているかを検証した。

(2) 看護人材育成

プロジェクト方式技術協力により強化された看護人材育成活動の現状（看護教育教員の訓練、正看護婦や看護補助員等の看護に携わる人材の質的・量的向上等）、育成された看護人材に対する就職先の評価、周辺の中南米諸国への波及状況などを、現地コンサルタントを活用し調査を実施した。

(3) 医療施設・機材整備

首都圏病院網拡充計画、病院網強化計画、地域中核病院整備計画を本分野の代表事例として取り上げ、無償資金協力によって現地の医療にどのような質的・量的改善がみられたか、どのような波及効果があったかを調査した。特に、地域住民等の受益者に対するインパクト（効果）を検証するため、現地コンサルタントを活用して受益者への聞き取り調査を実施した。

6. 評価結果

(1) 基本計画（マスタープラン）策定

1) 効率性

日本側調査チームの調査能力は高く、調査手法も適切であったと評価される。

ホンデュラス側の関連政府機関、幹部と日本側チームとのコミュニケーションも非常によくとれており、マスタープラン策定の全課程を通してホンデュラス側の参加・協力が得られた。

2) 目標達成度

マスタープランのなかで提案された「11の中心課題」は、そのままホンデュラス保健省の保健政策5か年計画に盛り込まれ、同国の保健政策立案に貢献する内容であったと評価できる。病院を中心とした医療施設の設備や保健サービスの改善について部門横断的で具体的な計画を提示したことが、特に地方レベルでの保健政策の立案に役立っている。

一方、同マスタープランはマクロ的かつ政策的視点に欠けており、全体として目標 政策 戦略 事業という論理的な関係性が必ずしも明確でないため、他のドナー機関などからは使いにくいとの指摘もある。

3) 効果

マスタープランのなかで提案された首都テグシガルパでの救急クリニックとサン・フェリペ病院産科の建設は、日本の無償資金協力「首都圏病院網拡充計画」によって実現し、他の地方都市でもマスタープランで提案された事業計画が進行中である。「救急クリニック」というホンデュラスでは新たな保健医療サービスシステムについても、保健省が全国

50か所に拡大していく計画を立案中である。

ただし、他のドナーには、マスタープランの「調査データ」の部分については参考資料として利用されているが、「計画」の部分については上記2)の「目標達成度」の項で述べた理由によりほとんど利用されていない。

4) 妥当性

関係機関間の連携によるプログラムの実現を提唱している同マスタープランは、「保健政策改善のためには部門横断的な連携が重要である」と唱えているホンデュラスの保健政策と整合している。

しかし、1998年にホンデュラスを襲ったハリケーン・ミッチの影響で、基本計画が策定された1996年とはホンデュラスの保健政策の優先度等の状況が変わったため、マスタープランのなかで提案されたすべての事業を実施することは困難な状況である。

5) 自立発展性

ホンデュラスの財政事情を考えると、マスタープランで提案された事業のすべてをホンデュラス側が単独で実現できる見通しはほとんどない。加えて、ハリケーン・ミッチの襲来により保健分野における政府の優先順位が変わったため、実現の見通しが不透明になっている事業計画もある。

しかし技術面については、救急クリニックやサン・フェリペ病院産科棟など、現在までに実現された基本計画のなかの事業は問題なくホンデュラス側の力で運営されており、今後も問題なく運営される見込みが強い。

(2) 人材育成（看護教育強化）

1) 効率性

ホンデュラス側は、日本人専門家の技術・意欲の高さを評価している。カウンターパートの日本研修や機材供与も計画どおりに実施され、ホンデュラスにおける看護教育の質の向上に貢献したことから効率性は高いと評価される。

カウンターパートの能力、本プロジェクトに対する意欲が非常に高かったことも、効率性を高めた一因である。

2) 目標達成度

本プロジェクト方式技術協力によって、看護教育教員たちの教育技術のみならず、看護教育に対する問題意識や責任感なども向上した。本プロジェクトが実施された看護教育研究センターでは、看護教育テキスト・ビデオを作成するようになり、この面からも看護教育の質は確実に向上している。

看護教育の充実の結果、短期間で資格を取得できる看護補助員の数は増加しており、彼

らの知識・技術力も向上している。一方、正看護婦については、ホンデュラスでは正看護婦の給与が低いため、北部工業地帯などではより待遇の良い仕事に卒業生を取られてしまい、正看護婦の数は近年あまり増加していない。

3) 効果

本プロジェクトによって、ホンデュラス国内に看護補助員養成校及び養成コースが増加した。また、国際協力庁が窓口となり、「看護教育開発委員会」が設立された。さらに、本プロジェクトで開発・作成された教材がパラグアイやエル・サルヴァドルでも販売されるなど、近隣諸国へも効果が広がっている。

なお、本プロジェクトに続き、エル・サルヴァドルにおいても看護教育に関するJICAプロジェクトが開始され、本プロジェクトの経験が生かされている。

4) 妥当性

本プロジェクトは、看護婦の深刻な量的・質的不足の解消というホンデュラス側のニーズに完全に合致していた。ただし、教育内容について、看護補助員養成校テグシガルパ校での教育の内容はコミュニティでのプライマリー・ヘルスケア(PHC)に重点が置かれているため、その分病院等の医療機関での患者ケアに関するトレーニングが欠けているとの卒業生からの指摘もある。

5) 自立発展性

プロジェクト終了後も、看護補助員養成校テグシガルパ校をはじめとする養成校は順調に運営され、看護教育研究センターを中心とした保健医療従事者に対する継続的なトレーニングも各地で順調に実施されている。

看護教育研究センターでも、教科書の制作・販売などにより経済的自立が確立された。さらに、そのような活動実績によって他のドナー等からの資金援助を得られやすくなるなど、連携活動も促進されている。

(3) 医療施設・機材整備

1) 効率性

日本の協力によって整備された施設・機材の質は高く、耐用年数も長く、必要な物が選定されており、ホンデュラス側からの評価は高い。医療施設の建設工事が短期間で協力どおり完了したことも、ホンデュラス側からの評価を高めている。また、一部の機材について現地での修理や部品の調達が不可能であるなどの問題があるが、日本の機材はメーカーが保証期間中のアフターケアを誠実に行っており、信用も高い。

2) 目標達成度

日本は、数次にわたる無償資金協力によって、病院・病棟の新設・拡充、医療機材の整

備を行ってきた。首都テグシガルバのサン・フェリペ病院は、完成から2年目の現在、当初計画（月平均722出産）に比べて70～80%の出産を取り扱うようになっており、3年目には計画値に達する見込みである。同じく首都に建設された3か所の救急クリニック（CLIPER）は、患者数は当初計画（月平均766人）を上回っているかそれに近い値であるが、出産数は当初計画（月平均70出産）の10%に満たない。教育病院に対しては、新生児集中治療用機材の導入により、処置を受けた児童数が協力前の年間60児から現在は300児にまで増加し、集中治療室の新生児死亡率も33%から21%へと減少した。ただし、外科病棟の救急室は、看護婦不足のため機能していない。

日本は、地方の保健医療サービスの向上にも協力している。オランチョ県にあるサン・フランシスコ病院を拡充した結果、診断技術、救急治療サービス、内視鏡検査技術など、地方の中核病院として同病院の医療サービスの質は大いに向上した。

3) 効果

CLIPERは、それまで患者数が飽和状態であった教育病院の救急患者の一部を吸収し始めている。これまで教育病院に一極集中していた患者がそれぞれの病状に合わせてCLIPERやサン・フェリペ病院産科棟等の医療機関に分散し、教育病院の混雑緩和が進むことにより、今後、より適切かつ迅速な医療サービスが住民に提供されていくことが期待される。

4) 妥当性

サン・フェリペ病院産科棟及びCLIPERの建設は、「教育病院の混雑を緩和することにより、教育病院本来の研究病院としての機能を取り戻す」という政策に合致するものである。しかし、CLIPERの運営については、国立病院又は地域病院の管轄下に置いて保健医療サービスの強化を図ろうとしているため、これまで汎米保健機構（PAHO）の指導で進められてきた保健システムの地方分権化政策と矛盾する面もあり、CLIPERの位置づけについて、考え方を整理する必要がある。

5) 自立発展性

財政的にみると、例えばサン・フランシスコ病院は、患者からの料金に加え社会保険庁から補助金を得ており、病院の財政は維持されている。一方、CLIPERについては国立病院の監督下に属しているため、各CLIPERが患者から徴収した治療費を自由に使える権限がない。このため、薬剤を含む消耗品の購入や医師の確保がCLIPERの裁量で必要に応じ迅速に行うことができない。

技術・人材面については、施設・機材を使用するうえでは支障がない。しかし機材の保守管理については、保健省の維持管理部門から各医療施設に技術者が定期的に派遣されることになっているが、ホンデュラスでは保守管理技術者の絶対数が少なく、また技術者を養成する教育システム・機関もないことから、実際には計画どおりには派遣されていない。

医師や看護婦の不足も深刻な問題である。病院では患者数の増加に対し看護婦の数が十分でなく、また24時間体制のCLIPERでは、3交代制のローテーションを組むと常駐の医師が1名しかいない状態になるなど、患者への十分な対応が難しい状況である。さらに、ハリケーンによって大きなダメージを受けた機材についても、修理に多額の費用を要するため、壊れたまま放置されているものが多い²⁾。このように、慢性的な予算不足により、施設・機材の維持管理が十分にはできていない状況である。

(4) 総括

1) 相手国側からの日本の協力への評価

日本の協力はホンデュラスの保健医療関係者に非常に好意的に受け入れられ、深く感謝されており、特に以下の点について高く評価されている。

- a) ホンデュラスにおいて、日本は病院設備の充実に協力する数少ないドナーである。近年、国際保健におけるPHC政策により、ドナーの協力は、保健所等の地方保健サービスの充実に集中している。この結果、病院が何年にもわたり事実上放置され多くの問題が顕在化してきていることを考えると、日本のこのような協力は重要である。実際、病気や怪我の際に、適切に処置できる保健医療機関が存在するということはPHCと同様に重要であり、そのような保健医療機関の存在なくしては、PHCも含めた保健システムは全体として十分に機能しない。
- b) 日本はホンデュラス政府の要請に基づいて、「条件項目（コンディショナリティ）」を付けない、かつ押し付けではない協力を実施している。
- c) 他のドナーは、既に本国で策定された計画をそのまま現地に持ち込もうとする傾向が強い。しかし日本の協力は、日本国内で計画を策定し、専門家や調査団が現地に来てからもホンデュラス側の意見や状況を丁寧に把握・理解し、その結果を計画に反映させるよう努めている。常に相手国のニーズに耳を傾けて柔軟に対応することで、ニーズに合致した協力が実施されている。
- d) 日本の協力には、協力終了後も必要に応じアフターケア等の継続的支援がある。他のドナーでは、終了後のフォローがない場合が多い。
- e) 日本の協力によって整備された施設・機材は質が高く、耐用年数も長い。「保証期間中のアフターケア」についても、他国メーカーは保証期間中であってもいろいろと理由をつけて無料に対応してくれない場合があるが、日本の医療機材メーカーは常に誠実に対応してくれるので、信頼されている。

2) ハリケーン被災による医療機器の故障については、無償資金協力フォローアップ事業による修理も検討されたが、被害状況が重く修理による対応が困難であると判断された。

2) 今後の協力へのホンデュラス側からの要望

日本の保健医療分野への協力について、ホンデュラス側から以下のような要望が出された。

- a) 開発調査によって策定されたマスタープランは非常に高く評価されているが、同マスタープラン策定後のハリケーンの襲来によって、国の状況が策定当時から変わってしまった。「ハリケーン後の保健医療総合計画」という意味で、マスタープランの改訂に対する希望がある。
- b) 台風や地震等の自然災害の多い日本から、災害時の救急医療システム、伝染病コントロール、災害後の心理的後遺症などに関する技術協力を希望する。
- c) 緊急性の高いニーズについては、できるだけ短期間に要請に応えてほしいとの希望がある。

3) 今後の協力における課題

ホンデュラスに対する協力では、ホンデュラス政府の行政能力が低いことが障害となっている半面、比較的实施体制の整った部門への投資は、小国のために効率が良いという場合もある。今回評価調査を行った看護教育、地域中核病院、CLIPERなどはいずれも、ポイント的援助の成功例と呼ぶことができよう。

ただし、長期的視野に立てば、ポイント援助の成果を国家保健開発政策に反映させる努力が主要ドナーとして要求される。そこで、このような肯定的な評価を前提にしながらも、ポイント的成功で見過ごされがちな課題に言及してみる。

a) 基本計画（マスタープラン）策定

日本の開発調査には、一般に2つの目的が認められる。第一はセクターの開発計画すなわちマスタープランの作成、第二は日本からの投入計画の調整である。インフラ（基幹施設）部門で日本の無償資金協力が大きなシェアを占める国や分野では、この二目的は同時に満たされることになるが、保健のようなソフト面が重視される分野では、分けて考える必要が生じる。ホンデュラスの保健分野における開発調査は、この2つの目的を同時に満たそうとして、投入計画の調整では実績を得たものの、マスタープランの提示という点では不徹底な結果となった。

日本からの投入計画の整備という点に関しては、開発調査は所期の目的を果たしたといえる。無償資金協力によって建設されたサン・フェリペ病院産科病棟及びCLIPERの建設は、教育病院の混雑を軽減するという国レベルの目標にも合致している。オランチョ県におけるサン・フランシスコ病院も、運営・利用ともに満足のいく状態にある。

マスタープランの提示という点に関しては、同マスタープランで提示された課題がそのままホンデュラスの保健政策5か年計画に盛り込まれたとはいえ、「同開発調査をマ

スタープランと呼ぶには、構想、構造ともに不十分である」という意見も特に他のドナー関係者からしばしば聴取された。開発調査で策定されたマスタープランの内容のうち国家保健計画（Nueva Agenda）に反映されたのは、評価時点では優先課題の選抜及びCLIPERの整備計画だけである。批判の内容は、基本計画に必要な論理的構造、例えば目標 政策 戦略 事業が明確でなく、様々な階層の問題をゴールとして並列していること、政策や事業計画としての提言が明確でなく、実施上の障害となる人材・財政・薬剤等の手当が論じられていないこと、計画段階で関係者の参加が不十分だったため、調査終了後、ホンデュラス側によって責任のあるフォローがなされなかったこと、などである。

日本が二国間援助の一環として行う「開発調査」と相手国が期待する「マスタープラン」との間に目的や構造に関する不整合があることが、今回の評価調査で明らかとなった。今後同様の協力を行うにあたっては、「開発調査」の目的にどこまで「マスタープラン」を含めるのか、あらかじめ方針を固めておく必要がある。

b) 看護人材育成

看護教育プロジェクトは、日本がホンデュラスに対して行ってきた保健医療分野の協力のなかでも際立った成功例との意見が優勢である。プロジェクト終了後にカウンターパートが行ってきた活動が、「持続性」の域を越えて「自立発展」に至ったことは特筆すべきである。成功要因として、看護人材育成に対するニーズの高さ、カウンターパートに優れた人材を得たこと、文化移転があげられる。

ホンデュラス側からは、プロジェクト終了後の自立発展を支える最大の要因はニーズの高さである、という声が強かった。看護婦及び看護助手は地域保健や診療にかかわる人材のなかでも層が厚く、受益者に最も近い位置にある。その人数と業務の多様性からみても、彼（女）らへの研修の必要性は明らかである。同プロジェクトのニーズの高さは、協力開始当初から広く認められていた。教材や教程の作成という具体的な成果を通じて看護教育研究センターの存在が全国の看護学校に認められたことは重要で、教材の売り上げによる回転資金の確保についても、自立発展をさせる要素として見逃せない。

プロジェクトリーダーとして参加したリリアナ・メヒア氏の貢献が際立っていたことも調査の過程でしばしば聞かれ、それらは報告書類によっても確認された。

最後に、「同プロジェクトでは協力が単なる技術の移転に終始せず、看護における心構えや価値観を含めた“文化移転”がなされた」というカウンターパート側のコメントは傾聴に値する。日本人専門家の業務態度や日本での研修で見た看護婦の職業モラルの高さに、多くのカウンターパートが感銘を受けたという。このような形で効果が現れることは日本の技術協力にとって理想に近いものといえる。押しつけではなく、同プロジ

エクトにおいて、日本人専門家が指導を急がず、現状観察・分析に十分な時間をかけたことは重要である。例えば、日本人専門家がスペイン語の習得に熱心であったことをカウンターパート側は高く評価していた。また、看護という分野が比較的古くから国際的に確立され、制服や教育法などが共有されてきた点も無視できない。加えて、日本人チームの和がよく保たれたことも、このような「文化移転」を進めるうえで見逃せず、国内支援体制がよく機能した結果でもあったと考えられる。

c) 医療施設・機材整備

保健医療分野に対する日本の無償資金協力に関して、ホンデュラス側関係者の意見はおおむね好意的であった。特に、無償資金協力ゆえに条件項目（コンディショナリティ）がないこと、実施に先立って繰り返し調査を行っていることなどへの評価は高い。調達された医療機材に関しては、耐久性に優れるとする反面、CLIPERにおいては保守管理の困難が恒常的な問題としてあげられた。

CLIPERについては、今後その数を増やしたいとする保健省の計画に対しスペイン政府が援助を申し出るなどインパクトがみられた。しかし、特にCLIPERの運営管理について、従事者の勤務ローテーション、薬剤の確保、診療費の回転など様々な課題が残されている。CLIPERの利用状況もCLIPERの所在場所によってまちまちで、広報努力が必要である。また、CLIPERが国立病院・地域病院の管轄となっていることもあり、「救急クリニック」という概念そのものがこれまでPAHOの指導で進められてきた保健システムの地方分権化に整合しないこと、治療行為のみで予防に貢献しないことなどの批判も出ており、国全体の保健システムのなかでのCLIPER位置づけについて、関係者間での十分な検討と対話が必要である。

7. 教訓・提言

(1) 保健システムにおけるCLIPERの位置づけ

保健システムにおけるCLIPERの位置づけはいまだに十分なコンセンサスを得ていない。1980年代から中南米で進められてきた保健の地方分権化構想は、PHCの精神に基づき農村への平等なサービスの提供をめざして計画されたものであった。これに対してCLIPERは、人口の集中した都市における迅速なサービスをめざしている。首都の教育病院における混雑の緩和に対して、CLIPERは具体的解決策として高く評価できる半面、その運営に必要な人的、経済的資源を確保するために農村が犠牲になっている、という議論も起こるのであろう。CLIPERにかかわる費用対効果を「貧困緩和」という文脈のなかで評価し、関係者の合意を得ることが必要となろう。そのためには、農村へのサービスについても理論だけでなく現状を正確に把握することが重要である。オランチョ県で計画されているプロジェクト方式技術協力「第

7保健地域リプロダクティブ・ヘルス向上プロジェクト」のなかでそのような調査活動を行うことも考慮に値する。

(2) 施設整備面での援助について

1980年代から1990年代にかけての国際援助動向において、日本の開発援助が得意としてきた施設の建設や機材の整備についての他ドナーの優先度が低下したため、ハード中心の日本の援助は孤立する傾向にあった。しかし、米州開発銀行（IDB）の最近の報告書などでは、セクター投資だけでは現実に効果があがらないことへの反省から、ハード復権の兆しがみられる。ハード面の充実は診療の質を高め、ひいては保健省の信頼回復にもつながるであろう。ただし、ハードを効果的に運用するための人材の手当や資材、資金の確保は必須条件であり、限られた予算の配分という文脈のなかで議論されねばならない。日本がハードという資源をもつ強みを生かしソフト面での対話に参加することが、今後のあるべき援助戦略ではなからうか。ホンデュラスは国家の規模が大きすぎず、これまでの日本の援助実績も少なくないことから、このような戦略を試行する場として適している。

(3) 協力終了後の運営体制について

看護教育研究センターの機能を維持するための経費は、前述の教材販売のほかに、国連児童基金（UNICEF）や国連人口活動基金（UNFPA）等の国際機関や他のドナーからのプロジェクトで賄われているのが現状である。日本の援助理念である「自助努力」では、二国間の関係に立って、日本の援助の成果を受益国が協力終了後にはすべて肩代わりすることを目標としているが、ホンデュラスのような経済状況にある国では実現性が小さい。したがって、成果を持続させるために日本が継続的に支援するのとなければ、第三の機関からの支援に頼らざるを得ない。日本の協力が終了したのちに、第三者機関が関心をもつであろう活動やノウハウ・経験などをプロジェクトが確保することが、現実的な立場からの「自立発展性」の解釈であり、特に医学研究部門のプロジェクトではそのような例が少なくない。日本からの支援を完全に中断すれば、それまでに育成された人材を含め、協力の果実を第三者機関に収穫されてしまう危険性は十分考えられる。広報を重視する立場からも、大いに効果をあげたプロジェクトについては何らかの支援を続けるのが得策と考える。

保健医療分野は、最も地域差の少ないセクターであるといえる。実際、これまでアルマ・アタ宣言（1978年）³⁾ や保健セクター投資など、基本的な処方箋が国際的に共有されてきた。

3) 1978年9月、世界保健機関(WHO)とUNICEFの呼びかけにより、旧ソ連のカザフスタン共和国の首都アルマ・アタに世界140か国以上の代表が集結し、国際会議が開催された。この会議において、「西暦2000年までにすべての人に健康を」という目標が定められ、そのための戦略として、PHCが重視された。

これは、日本人専門家の経験の蓄積という視点からは、ある国における深い経験を他の国で役立てることが比較的容易である、ということの意味する。一方、地域的な視点からみると、中南米諸国は言語・習慣がほぼ共通であることから「地域専門家」の育成が比較的容易であり、青年海外協力隊員や専門家の経験者を中南米地域の専門家養成の地盤として確保するための方策が必要である。具体的には、隊員や専門家をできるだけ政策対話に携わる部署に配属し、国際会議や地域会議への出席を通じ人脈や知識を広げさせるなどの処置が有効であろう。

目 次

地 図
写 真
要 約

| | |
|----------------------------------|----|
| 第 1 章 調査の概要..... | 1 |
| 1 - 1 調査の背景・目的..... | 1 |
| 1 - 2 調査の対象..... | 1 |
| 1 - 3 調査団の構成..... | 1 |
| 1 - 4 調査日程..... | 2 |
| 1 - 5 主要面談者..... | 4 |
| 1 - 6 評価調査方法..... | 5 |
| 第 2 章 ホンデュラスの保健医療事情..... | 7 |
| 2 - 1 ホンデュラスの社会経済概要..... | 7 |
| 2 - 2 保健医療の政策・行政機構..... | 12 |
| 2 - 3 保健医療の現状・課題..... | 19 |
| 第 3 章 ホンデュラスの保健医療分野に対する援助動向..... | 27 |
| 3 - 1 JICAの協力実績・手法・方針..... | 27 |
| 3 - 2 USAIDの協力実績・手法・方針..... | 29 |
| 3 - 3 UNICEFの協力実績・手法・方針..... | 30 |
| 3 - 4 PAHOの協力実績・手法・方針..... | 32 |
| 3 - 5 その他ドナー機関の協力実績・手法・方針..... | 32 |
| 第 4 章 JICAの協力の評価..... | 33 |
| 4 - 1 基本計画策定への協力の評価..... | 33 |
| 4 - 2 人材育成（看護人材育成）への協力の評価..... | 40 |
| 4 - 3 医療施設・機材整備への協力の評価..... | 48 |
| 第 5 章 教訓・提言..... | 58 |

付属資料

| | |
|--|----|
| 1 . 用語・略語の説明 | 63 |
| 2 . ローカルコンサルタント委託調査概要及び調査票 | 64 |
| 3 . キーインフォーマントインタビュー：調査対象者 | 74 |
| 4 . ホンデュラスにおける最近17年間のプロジェクト方式 技術協力・無償資金協力実績及び計画一覧 | 76 |
| 5 . 参考資料 | 79 |
| 6 . 日本政府による主な協力実績 | 81 |

第1章 調査の概要

1 - 1 調査の背景・目的

- (1) 中米・カリブ諸国においては、乳幼児の主要死亡原因である下痢症や急性呼吸器感染症のほか、マラリア、コレラ、デング熱等の感染症対策が問題となっている。ホンデュラス共和国（以下、「ホンデュラス」と記す）は、中米諸国のなかで最も経済開発が遅れている国の1つであり、我が国は同国の保健分野に対して、プロジェクト方式技術協力、開発調査、単独機材供与、無償資金協力、青年海外協力隊派遣などにより、様々な協力を実施してきた。
- (2) 近年、ホンデュラスは、同分野への政府の積極的な取り組み、日本を含むドナーの援助等により、乳児死亡率等の基礎的な保健指標については改善がみられるものの、衛生施設等の基礎保健サービスへのアクセスの改善、サービスの質の向上が依然として重要な課題となっている。また、我が国は、1996年（平成8年）に打ち出された橋本首相（当時）の世界福祉イニシアティブに基づき、保健医療分野の協力を積極的に取り組んでいくこととしており、国際協力事業団（JICA）においても、国別事業計画において、保健医療サービスの向上をホンデュラスにおける援助重点分野の1つに位置づけ、積極的な協力を実施していくこととしている。
- (3) このような背景の下、今般、JICAがホンデュラスにおいてこれまで実施してきた保健分野の協力を総合的に評価し、その協力効果を明らかにするとともに、今後、同国の保健分野に対する効果的な協力を実施していくうえでの教訓を導き出すこととした。

1 - 2 調査の対象

ホンデュラスにおけるJICAの医療分野の協力全般（プロジェクト方式技術協力、無償資金協力、専門家、研修員、青年海外協力隊等）を評価対象とする。

1 - 3 調査団の構成

- | | | |
|-----------|-------|--------------------|
| (1) 団長・総括 | 山形 洋一 | 国際協力事業団国際協力専門員 |
| (2) 計画評価 | 唐沢 拓夫 | 国際協力事業団企画・評価部評価監理室 |
| (3) 効果分析 | 和田 知代 | グローバルリンクマネジメント㈱ |

1 - 4 調査日程

1999年（平成11年）10月23日（土）～11月8日（月）（17日間）

| 日順 | 月日(曜) | 行 程 | | |
|----|----------|--|------------------|------|
| | | 山形団長 | 和田団員 | 唐沢団員 |
| | 10/19(火) | 東京発、ニューヨーク着 | | |
| | 10/20(水) | ニューヨーク発、ニカラグア着 | | |
| | 10/21(木) | PAHO主催国際会議 (中米シャーガス病対策)出席 | | |
| | 10/22(金) | PAHO主催国際会議 (中米シャーガス病対策)出席 | | |
| 1 | 10/23(土) | PAHO主催国際会議 (中米シャーガス病対策)出席 | 東京発、メキシコシティ着 | |
| 2 | 10/24(日) | ニカラグア発、ホンデュラス着 | メキシコシティ発、ホンデュラス着 | |
| 3 | 10/25(月) | 国際協力庁、JICAホンデュラス事務所表敬 | | |
| 4 | 10/26(火) | サン・フェリペ病院、保健省 | | |
| 5 | 10/27(水) | 教育病院、看護教育プロジェクト（看護教育研究センター） | | |
| 6 | 10/28(木) | 第7衛生地域（オランチョ県：サン・フランシスコ病院） | | |
| 7 | 10/29(金) | 救急クリニック（ラスクルシタス、エルアト、エルシティオ） | | |
| 8 | 10/30(土) | 資料整理 | | |
| 9 | 10/31(日) | 資料整理 | | |
| 10 | 11/ 1(月) | ローカルコンサルタント、保健省 | | |
| 11 | 11/ 2(火) | UNICEF、PAHO、看護教育プロジェクト(看護教育研究センター)、日本大使館 | | |
| 12 | 11/ 3(水) | ローカルコンサルタント、自治大学看護学部、看護婦協会 | | |
| 13 | 11/ 4(木) | 社会保険庁、USAID、サン・フェリペ病院、教育病院 | ホンデュラス発、ロサンゼルス着 | |
| 14 | 11/ 5(金) | 国際協力庁、保健省報告、JICAホンデュラス事務所、日本大使館報告 | ロサンゼルス発 | |
| 15 | 11/ 6(土) | 資料整理 | ホンデュラス発、メキシコシティ着 | 東京着 |
| 16 | 11/ 7(日) | 資料整理 | メキシコシティ発 | |
| 17 | 11/ 8(月) | USAID主催国際会議 (HIV対策)出席 (於、サン・ペドロ・スーラ) | 東京着 | |

| | | |
|----------|--|--|
| 11/ 9(火) | USAID主催国際会議 (HIV対策)出席 (於、サン・ペドロ・スーラ) | |
| 11/10(水) | USAID主催国際会議 (HIV対策)出席 (於、サン・ペドロ・スーラ) | |
| 11/11(木) | USAID主催国際会議 (HIV対策)出席 (於、サン・ペドロ・スーラ) | |
| 11/12(金) | USAID主催国際会議 (HIV対策)出席 (於、サン・ペドロ・スーラ) | |
| 11/13(土) | ホンデュラス発、 グアテマラ着 | |
| 11/14(日) | 資料整理 | |
| 11/15(月) | 保健医療事情調査 | |
| 11/16(火) | 保健医療事情調査 | |
| 11/17(水) | 保健医療事情調査 | |
| 11/18(木) | 保健医療事情調査 | |
| 11/19(金) | 保健医療事情調査 | |
| 11/20(土) | 保健医療事情調査 | |
| 11/21(日) | グアテマラ発、 ニューヨーク着 | |
| 11/22(月) | UNAIDS主催国際会議 (中米HIV対策)出席 | |
| 11/23(火) | UNAIDS主催国際会議 (中米HIV対策)出席 | |
| 11/24(水) | ニューヨーク発 | |
| 11/25(木) | 東京着 | |

1 - 5 主要面談者

(1) ホンデュラス側

1) 国際協力庁

Lic. Guadalupe Hung 次官

2) 保健省

Dr. Plutarco Castellano 大臣

Dr. Victol Mnuel Melendez Colindras 次官

Dr. Hector Escoto 第7衛生地域長

3) 国立教育病院

Dr. Carlos Huezco 院長

4) サン・フェリペ病院

Dr. Mario Soto Carbajal 院長

Dr. Cesar A. Banegas Avila 産科部部長

古崎 佳代 青年海外協力隊員（作業療法士）

5) サン・フランシスコ病院

Dr. Abel Cerrato 院長

6) 救急クリニック

Dr. Gustavo Valeriano ラスクルシタス院長

Dra. Ivonne de Lizardo エンメディオ院長

Dra. Patricia Falleto エルシティオ院長

7) 看護教育研究センター

Lic. Liliana Mejia 所長

Lic. Alba Luz de Mahoudeau オーディオビジュアル・コーディネーター

Lic. Rosa Haydée Arge al Corradeo トレーニング・コーディネーター

8) 自治大学

Lic. Alfonsina de Abarca 看護学部部長

9) 看護婦協会

Lic. Dalila Calix 会長

Lic. Marilia Jereda 会員

Lic. Nelly Franco 会員

Lic. Celina Marina Ulloa 会員

10) 社会保険庁

Lic. Miguel A. Alberto Castillo 計画・プロジェクト課

(2) 国際機関

1) UNICEF

Dr. Luis Roberto Escoto

保健・栄養担当

2) PAHO

Dr. Miguel Eduardo Mahuca

人材開発・宣伝担当顧問

3) USAID

Dr. John Rogosch

人材開発室室長

Ms. Meri Sinnitt

保健・人口・栄養部部長

(3) 日本側

1) 在ホンデュラス日本大使館

伊藤 昌輝

特命全権大使

山内 隆弘

二等書記官

2) JICAホンデュラス事務所

野口 優秀雄

所長

安藤 孝之

次長

丹原 一広

所員

1 - 6 評価調査方法

(1) 評価の視点

評価対象案件を、マスタープラン策定（保健医療総合改善計画調査等）、人材育成（看護教育強化等）、医療施設・機材整備（無償資金協力等）に対する協力を大別し、それぞれ評価を行ったうえで、ホンデュラスにおけるJICAの保健医療協力を総合的に評価する。

1) 基本計画策定

開発調査（全国保健医療総合改善計画調査）による提言が、現在までにどのように活用され（ドナー援助による事業化、ホンデュラス側の自助努力等）、ホンデュラスの保健医療分野の開発に貢献しているか検証する。

2) 人材育成

プロジェクト方式技術協力により強化された看護人材育成の現状、プロジェクト方式技術協力を通じ育成された看護人材に対する就職先の評価、中米地域等への波及状況等を調査する。あわせて、ローカルコンサルタントを活用し、プロジェクト方式技術協力の受益者（卒業した看護人材、各種研修参加者）へのインタビュー調査を実施する。

また、プロジェクト方式技術協力の実施プロセスをレビューし、看護婦育成における円

滑かつ効果的アプローチについても検討する。

3) 医療施設・機材整備

ホンデュラスにおける医療施設を、1次医療、2次医療、3次医療と階層別に分類し、それらに対してJICAがどのような協力を実施し、どのような協力効果があったのかを調査する。特に、地域住民等の受益者に対するインパクトを検証するため、ローカルコンサルタントを活用して受益者へのインタビュー調査を実施する。

第2章 ホンデュラスの保健医療事情

2 - 1 ホンデュラスの社会経済概要

近隣の内戦諸国との間に長い国境線をもちながら、その戦火の飛び火を受けることなく戦いを避けてきたホンデュラスは、中米地域では比較的治安が良いことで知られていた。しかし、1998年10月の大型ハリケーン・ミッチの被害を受け、事情はかなり変わってしまった様子である。ハリケーン被害後約1年たった現在、首都テグシガルパは、一見すると本来の都市機能が回復され、住民もハリケーン前の生活を取り戻しているかのように見受けられた。しかし、街の様子を注意深く観察すると、ハリケーンの爪痕は市街のあちこちでまだ深く残っているのが目に入ってきた。川沿いの地区では多くの住宅が倒壊したまま、資金不足から復旧の目処も立たずに、数ブロックにわたるストリートごとほぼゴースタウン化している所など数箇所見られ、これら地区の元住民たちが今も暮らす仮設住宅群も、町外れに何箇所も見受けられた。

以下、ホンデュラスの一般的社会経済概要について記述する。

(1) 歴史

「ホンデュラス」とは、スペイン語の航海用語で、「深い淵」を意味する。ホンデュラスは1502年、コロンブスによる第4回目のアメリカ航海の際に発見され、そのあとスペインに征服され植民地となった。1537年、先住民族レンカ族の族長レンピーラは、スペイン植民地者に対する抵抗の戦いを組織・支持したが、やがてスペイン軍により殺された。レンピーラはホンデュラスの通貨単位としても名を残している。

そのあと、1821年にスペインから独立を果たした旧グアテマラ総督府は、ただちに中米連邦共和国を結成するが、この初代大統領の指導力が弱かったため、首都テグシガルパ出身で今も英雄として親しまれている、フランシスコ・モラサンが軍隊を結成して大統領を追放し、自ら二代目大統領に就任した。しかしモラサンの統治は短く、グアテマラの反連邦主義者カレーラ将軍との戦いに敗れる。連邦崩壊後のホンデュラスの歴史は、他の中米諸国と同様、独裁的な大統領が交互に国を専制支配する状態が続き、その間に富の偏在化が進み、民衆の多くは貧困にあえいだ。

現在カリブ海沿岸地帯に広大なバナナ農園が広がっているが、そこを管理運営するのは19世紀末にホンデュラスに進出してきた米国資本のフルーツ会社である。そのバナナを運搬するため、米国企業は道路、鉄道、電話、電信、発電所から電力会社までつくり、現在のホンデュラス社会基盤の基礎を築いた。フルーツ会社が進出してくる前も、国内で産出する銀の総輸出量の約半分を米国資本の鉱山会社が独占しており、ホンデュラスは長い間、米国経済の強い支配下にあった。

今日でもそうした事情は根本的に変わっておらず、1980年代にはニカラグアのサンディニスタ政権に対する反政府武装組織コントラの侵攻基地を、米国の要請で提供していたことは有名である。しかし、ホンデュラスは周辺諸国が陥った内戦という最大の不幸を経験することなく今日に至っており、国は貧しく、不平等な状態が存在することは事実だが、先進諸国からの経済援助はそれなりに有効に生かされて、道路網等の社会基盤整備も行われている。

(2) 地 理

1) 地 理

ホンデュラスは中米のほぼ中央に位置し、北はカリブ海に面し、西はグアテマラとエル・サルヴァドル、東はニカラグアと国境を接している。面積は11万2,090km²で、国土の約65%を占める山岳地帯と、海岸に沿った細長い平地から成り立っている。中央部から南部にかけて500～1,500mの高原地帯があり、人口の約70%がこの高原地帯に居住している。首都は、国の中南部に位置し、人口約100万を擁するテグシガルパである。しかし狭い盆地の首都のテグシガルパは、空港が夜間利用できないなど、あらゆる意味で動脈硬化の状態にある。現在、首都に代わって経済基盤は、カリブ海沿岸の第二の都市で、人口約32万を擁するサン・ペドロ・スーラに移行されつつある。

2) 気 候

内陸の高原地帯と、カリブ海沿岸及び太平洋沿岸地帯とでは大きく気候が異なる。首都テグシガルパのような高原地帯は、日中は30℃を超えることもあるが、沿岸地帯から比べればしのぎやすく、雨期や朝晩には冷えこむ。第二の都市サン・ペドロ・スーラのようなカリブ海沿岸地帯では、年間を通じて30℃を下回ることはほとんどなく、湿度も高い。

3) 自然災害

カリブ海に面した北部沿岸地方や島部は、度々ハリケーンの被害にあっている。しかし、今回のハリケーン・ミッチのように内陸高原地帯である首都を襲った大型ハリケーンについては、過去にあまり例がなかった。また、地震については、小規模なものが度々発生しているようである。

(3) 政治体制

1) 国家政治制度

大統領を元首とする立憲共和国制をとっている。大統領は国民の直接選挙により選ばれ、国家と政府の首長としての権限を有し、任期は4年で再選はない。国会は一院制で、国会議員は128議席である。政党としては自由党 (Partido Liberal de Honduras : PLH) 及び国民党 (Partido Nacional de Honduras : PN) が2大政党で、それぞれ国会議員議席の53%、42%

を占める。

各省庁は、大統領府、内務・法務省、外務省、防衛・治安省、経済・商業省、大蔵・公的貸付省、政府調達省、文部省、保健省、文化省、労働・社会保障省、通信・公共事業・運輸省、天然資源省、経済企画庁より成り、大統領は閣僚を任免する権利を有する。

選挙権は18歳以上で、被選挙権は21歳以上である。

2) 地方行政制度

18の地域(Departamento)と首都テグシガルバを中心とした中央連邦区(Distrito Central)及びその下にある289の地区(Municipio)が主な地方行政単位となっている。近年の各セクターでの地方分権化政策により、中央の権限はこれら、Departamento、Municipioレベルに移行されていっている。

3) 法制度

ローマノスペイン民法に根差した法制度が敷かれている。最高裁判所長官及び判事は国会によって選出され、任期は4年である。

4) 軍隊

軍隊は、陸軍、海軍、空軍があり、国防費は3,300万ドルで、GDPの0.6%を占める。兵役は徴兵制により、18歳以上で24か月の任務期間である。

(4) 民族・宗教・言語

1) 民族

国民は、メスチソ(ヨーロッパ系白人と先住民の混血)が90%を占め、先住民族が7%、ガリフナ(黒人と先住民族の混血)が3%、白人が1%を占める。先住民族の多くは山岳地帯に居住し、7つの主な種族が存在する。

2) 宗教

ローマ・カトリックが97%を占め、次にプロテスタントが続く。宗教の自由は憲法で保証されている。

3) 言語

スペイン語が公用語であるが、少数先住民族は固有の言語を話す。

(5) 教育

教育状況については、表2 - 1のとおりである。表から明らかなおり、成人識字率、初等教育就学率、及び中等教育就学率に関して、ラテンアメリカ・カリブ地域全体と比較するとやや低めであるが、男女間の差はほとんどなく、逆に中等教育就学率についてはむしろ女子の方が良い。

表 2 - 1 ホンデュラス及び中米・カリブ諸国・他地域の教育状況

| | 成人識字率 (%) | | 初等教育総就学率 (1990-1995) (%) | | 小学校 1 年に進学した者が 第 5 学年に在学する率 (%) | 中等教育就学率 (%) | |
|-------------------|-----------|----|-----------------------------|-----|------------------------------------|----------------|----|
| | 男 | 女 | 男 | 女 | | 男 | 女 |
| ホンデュラス | 73 | 73 | 111 | 112 | ----- | 29 | 37 |
| グアテマラ | 63 | 49 | 89 | 78 | ----- | 25 | 23 |
| エル・サルヴァドル | 74 | 70 | 79 | 80 | 58 | 27 | 30 |
| ニカラグア | 65 | 67 | 102 | 105 | 47 | 40 | 47 |
| ラテンアメリカと カリブ諸国 | 88 | 85 | 107 | 105 | 74 | 52 | 56 |
| 後発開発途上国 | 60 | 38 | 78 | 62 | 58 | 22 | 13 |
| 開発途上国 (中国除く) | 79 | 62 | 105 | 92 | 75 | 52 | 41 |
| 先進工業国 | 98 | 96 | 105 | 104 | 99 | 98 | 99 |

出典：UNICEF、世界子供白書、1998年

(6) 人 口

1) 人口統計

人口に関するデータは表 2 - 2 のとおりである。表から明らかとおり、中米・カリブ諸国のなかでは、グアテマラと並んで合計特殊出生率が比較的高く、これは表 2 - 6 の避妊実践率の低さと何らかの関連性があるものと推察できる。

表 2 - 2 ホンデュラス及び中米・カリブ諸国・他地域の人口統計指標

| | 人口増加率 (%) | 死亡率 (対1,000) | 出生率 (対1,000) | 平均余命 | | 合計特殊 出生率 (%) | 都市人口 (%) |
|-------------------|--------------|-----------------|-----------------|------|----|-----------------|-------------|
| | | | | 男 | 女 | | |
| ホンデュラス | 2.8 | 6 | 33 | 66 | 71 | 4.4 | 44 |
| グアテマラ | 2.9 | 7 | 37 | 63 | 68 | 5.1 | 38 |
| エル・サルヴァドル | 2.3 | 5 | 29 | 67 | 73 | 3.6 | 50 |
| ニカラグア | 3.2 | 6 | 38 | 63 | 68 | 3.9 | 63 |
| ラテンアメリカと カリブ諸国 | | 6 | 24 | 66 | 73 | 2.9 | 73 |
| 開発途上国 (中国除く) | 2.0 | 9 | 29 | 60 | 63 | 3.8 | 40 |
| 先進工業国 | 0.1 | 10 | 11 | 71 | 79 | 1.5 | 75 |

出典：Population Reference Bureau, World Data Sheet 1999

2) 人口構成

ホンデュラスの総人口は、1999年7月の見積りで599万7,327人である。この内訳は以下のとおりで、ピラミッド型になっている。

- a) 0～14歳：41%
- b) 15～64歳：55%
- c) 65歳以上：4%

男女比は同等であるが、表2 - 2の平均余命の違いから明らかとなり、65歳以上では女性の占める割合がやや高くなる。

(7) 経 済

ホンデュラス国民1人当たりGNPは740ドルであり、中米・カリブ諸国（GNP平均3,950ドル）のなかで比較すると、グアテマラと並んで最も経済開発が遅れた状態にあり、インフレ率も14.5%（1998年）である。だがまだ、1998年10月のハリケーン・ミッチ以前のホンデュラスの経済状況は、それまでの経済改革により、かなりの経済成長を成し遂げていた。ところがハリケーンがすべての状況を変えてしまった。ハリケーンによる被害は総額30億ドルといわれ、これにより1999年のGDPが2%減少するであろうと予想されている。特に、農業セクターでのダメージは深刻である。これらの結果、1999年の貿易赤字は4.45億ドル程度に膨らむであろうといわれている。

しかしながら、かなり大きな額の国際無償・有償資金援助が動いて、ホンデュラスの再建を支えていることも事実である。いずれにせよ、ホンデュラスを「ミッチ以前」の状態まで戻すには、更なる財政援助が必要とされるところと考えられている。

1) 産 業

ホンデュラスの主な産業は農業であり、労働人口の37%を占めている。主要生産品はバナナ、コーヒー、トウモロコシ、木材等であり、主要輸出品目はバナナ、コーヒー、エビ、木材である。

工業は、労働人口の24%を占め、主にサン・ペドロ・スーラを中心とする北部のカリブ海沿岸地域に集中している。その他、サービス業に従事する人口は39%である。

2) 通貨・為替

レンピラ（Lps.）。1926年から長期間にわたり、1.00ドル＝2.00レンピラと固定されていたが、1990年3月より変動相場制になり、そのあと徐々に、貨幣価値が下降している。1999年11月現在の1.00ドル＝約14.00レンピラである。

3) 貧 困

ホンデュラスでは、貧困ライン以下の人口が全国民の50%程度であると見積られ、中米・カリブ諸国のなかでも貧富の差が大きいといわれている。また、国内での国民間経済力の違いを比較すると、全人口のうち収入が上位10%にあたる階層が国全体の消費の42.1%を占めているのに対し、収入が下位10%にあたる階層が占める消費は国全体のわずか1.2%

である。

4) 失業率

1997年のデータによると、完全失業率は6.3%、潜在的失業率は30%である。

(8) 社会基盤

1) 道 路

中央アメリカを縦断するパン・アメリカン道路が、北部から西部の主要都市を結んでいる。国全体では、舗装道路の割合が22%、残り80%近くは未舗装である。幹線道路に関しては、比較的道路状況も良かったが、ハリケーン・ミッチの被害により、いまだ完全に復旧していないところもある。

2) 電気・通信

電気通信に関しては、中米・カリブ諸国でも最も遅れた部類に属し、電話サービスの状態も不十分である。1997年のデータで、電話普及率は2.4%（100人当たり）、テレビは100人当たり8台と少なく、逆にラジオは1,000人当たり408台と比較的高い普及率であり、国民の主な情報源となっていることが分かる。

(9) 主な国際問題

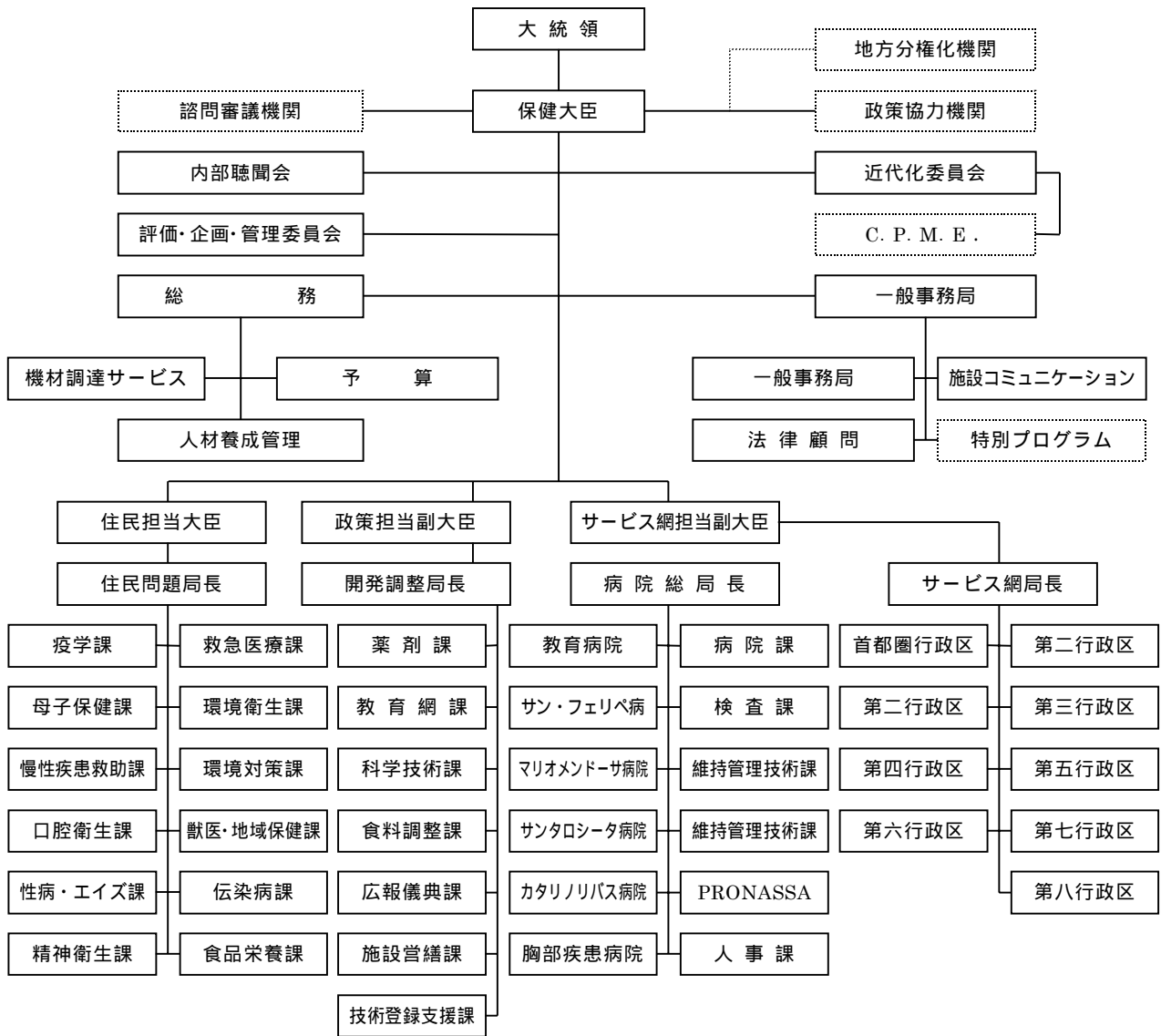
エル・サルヴァドルとの国境紛争は、1992年、国際司法裁判所の決定により、一応の解決がされたものの、細かなセクションの国境線についてはまだ完全に解決されていない。またエル・サルヴァドル、ホンデュラス、ニカラグアの三者間によるフォンセカ湾海域問題についても、完全に解決されていない。

2 - 2 保健医療の政策・行政機構

(1) 保健行政

ホンデュラスは、1998年1月に政権交代により保健省の新組織が編成された。新組織は図2-1のとおりである。保健省は、保健大臣の下に住民担当副大臣、政策担当副大臣、サービス網担当副大臣が配置されている。新政権では地方分権化を推進する政策を試みており、保健大臣の諮問機関として地方分権機関がある。また、近代化委員会や評価・企画・管理委員会も設置されている。

地方保健行政は、国レベルで新規に設置されたサービス網局が担当し、全国を首都圏と8つの地域の合計9衛生地域に分け、各衛生地域事務所が保健サービスを管理運営している。



出典：ホンデュラス保健省資料

図 2 - 1 保健省組織図

(2) 保健政策

ホンデュラスでは、1998年に新政権の下で出された「新保健政策1998～2002年 (La Nueva Agenda en Salud : 1998-2002)」のなかで、「新5か年計画 (La Nueva Agenda para la Salud)」の保健政策として、表 2 - 3 のような12の中心課題を発表し、また、それら課題解決のための、8つの達成目標を設定した。これら中心課題と達成目標設定は、日本政府の協力による基本計画策定で立案されたものがそのまま取り入れられた形になっている。なお、日本による基本計画では、結核は中心課題として入っていなかったが、そのあとの状況の変化により、特にエイズ患者との深い関係において、保健省新保健政策に盛り込まれた。

表 2 - 3 保健省新保健政策(1998～2002年)における保健政策中心課題と達成目標

| 12の保健政策中心課題 | 8つの達成目標 |
|-------------|--|
| 1．乳幼児死亡 | 1．乳児死亡率を35/1,000未満に引き下げる。 |
| 2．妊産婦死亡 | 2．妊産婦死亡率を110/100,000未満に引き下げる。 |
| 3．栄養不良 | |
| 4．安全な水と衛生設備 | 3．上水道の整備率を95%に、し尿処理施設の整備を90%に引き上げる。 4．コレラによる死亡率を1%未満に引き下げる。 |
| 5．性感染症とエイズ | 5．エイズ/HIVの増大を抑制する。 |
| 6．動物媒介感染症 | 6．マラリア・デング熱罹患率を現在の50%に引き下げる。 |
| 7．事故 | |
| 8．暴力 | 7．反暴力と反戦に寄与する。 |
| 9．慢性疾患 | |
| 10．環境衛生 | |
| 11．労働衛生 | |
| 12．結核 | 8．結核の増大を抑制する。 |

しかし、上記「新保健政策」が出されたあと、ハリケーン・ミッチと保健大臣の交代があったことにより、1998年の「新保健政策」に補足する形で、「国家復興における保健セクターの変革1991～2001年(Transformación del Sector de Salud en la Reconstrucción Nacional: 1991-2001)」という保健政策が1999年に出された。この保健政策のなかでは、ハリケーンで打撃を受けた国家再建のために以下の目標を達成することが重要とうたっている。

- 1) 保健省を含む、国の保健分野で活動する諸機関、及び諸々地方行政機関との連携を強化・改善することにより、国家保健システムを刷新する。
- 2) 保健省の能力向上のために組織を再構築する。

(3) 保健医療サービス供給システム

保健医療サービスは、保健省管轄の国立病院や保健センター、社会保険庁管轄の保険庁病院、そして私立系病院やクリニック等により提供される。保健省による保健医療サービス・カバー率は、全国民の約60%となっている。その他、社会保険庁系保健医療施設が10～12%、残りは私立系保健医療施設（私立病院・クリニック、NGO、伝統的治療師等）によりカバーされている。

表2 - 4は、各種保健医療サービスの外来患者による利用状況と世帯収入との関係を示したものである。表から明らかなおり、保健省によるサービスは、低所得層の70%近くが利用していることが分かる。しかしながら、低所得層の間でも、私立医療機関利用が30%近くある。富裕層の間では、保健省医療機関の利用率は落ち、私立医療機関と社会保険庁医療機関の利用が増す。

表 2 - 4 保健医療サービス種類別外来患者利用状況と世帯収入レベルとの関係

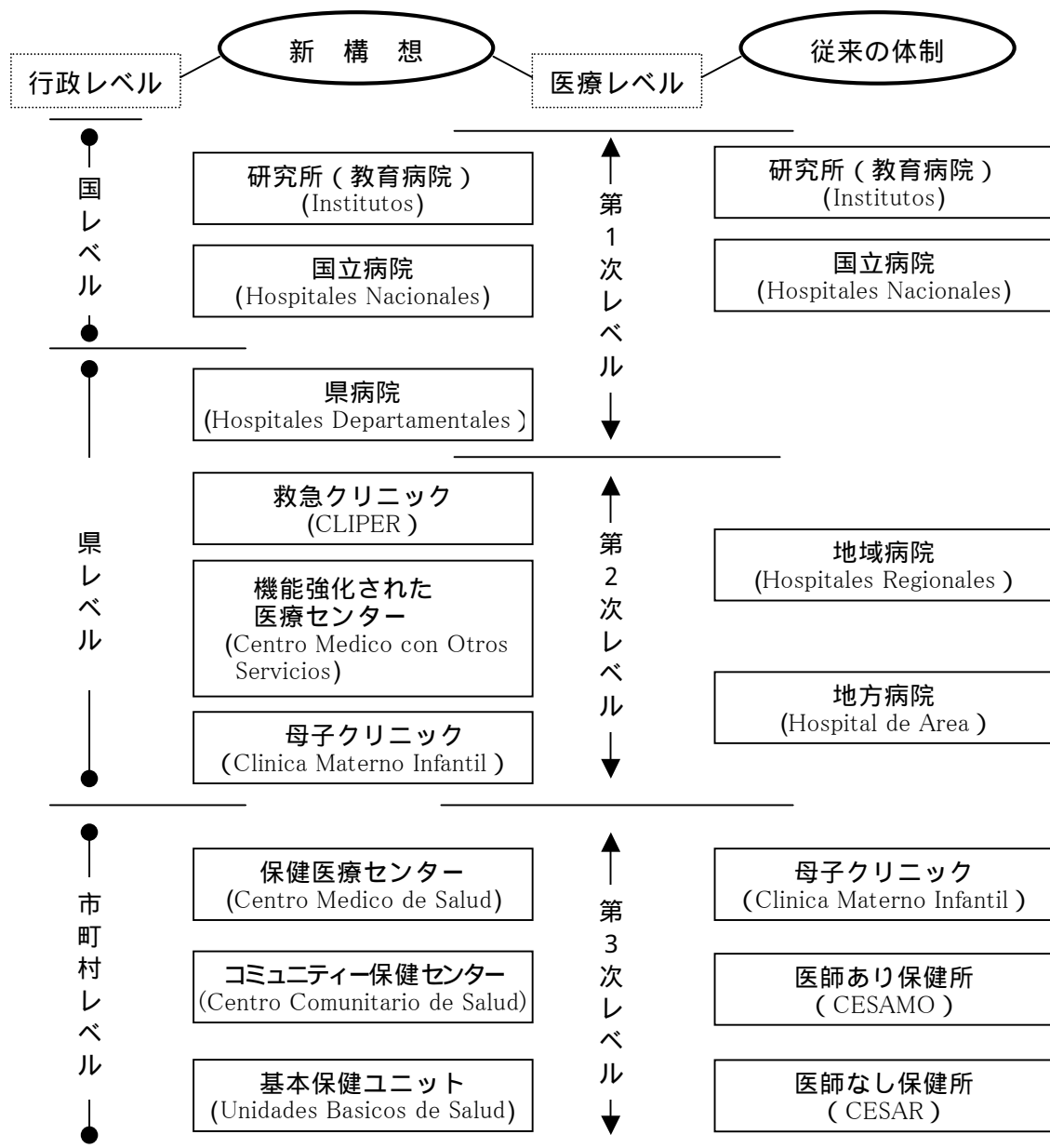
| | 最低所得層 ←-----→ 最富裕層 | | | | |
|--------------|--------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 保健医療サービスの種類 | 1レベル (%) | 2レベル (%) | 3レベル (%) | 4レベル (%) | 5レベル (%) |
| 1. 保健省系施設 | 68 | 69 | 50 | 41 | 18 |
| 2. 社会保険庁系施設 | 2 | 1 | 8 | 8 | 12 |
| 3. 私立系施設全体 | 30 | 29 | 42 | 51 | 70 |
| - 私立病院・クリニック | 22 | 24 | 36 | 45 | 63 |
| - NGO | 8 | 5 | 5 | 4 | 5 |
| - 伝統的治療師 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |

出典：The World Bank, Honduras Towards Better Health Care for All, 1998

保健省による従来の地方保健サービス供給体制は、3段階のレベルで実施されている。第1次レベルは医師あり保健所（CESAMO）、医師なし保健所（CESAR）から成り、プライマリーヘルス・ケア（PHC）や内科、外科、産科等の診療が実施される。第2次レベルは地方病院や地域病院から成り、地域の中核的な医療機関としての役割を果たしている。第3次レベルは専門医療と教育的な役割をもつ医療機関で、国のトップリファレルとなっている。

しかし、1998年に発表された新保健政策では、図2-2のとおり、従来の体制を再構築し、「救急クリニック」と、「マタernalクリニック等の機能を付加した新しいCESAMO」という新たな施設を統合した新保健サービス供給体制が計画されている。特に、「救急クリニック」については、日本政府による基本計画及び無償資金協力により既に実現化が始まり、首都テグシガルパに3つ建設された。今後も、ホンデュラス第二の都市であるサン・ペドロ・スーラに建設が予定されている。この「救急クリニック」について、保健省では今後更に全国レベルに展開することを希望しており、このため、スペイン政府等からも資金援助を要請している。

「マタernalクリニック等の機能を付加した新しいCESAMO」については、まだ実現化されてはいないが、JICAプロジェクトによるプロジェクト方式技術協力「第7保健地域リプロダクティブ・ヘルス向上プロジェクト」でその実現が計画されている。その他従来体制との大きな違いは、図2-2からも明らかとおり、医療レベルによる体制と同時に、地方分権化に伴って保健施設を地方行政単位で管理運営しようとしている点である。



出典：ホンデュラス保健省、La Nueva Agenda en Salud 1998-2002等

図2 - 2 保健省地方保健サービス供給体制・新構想と従来の体制との比較

(4) 保健財政

1996年の保健省予算は、総額10億3,000万レンピラであり、これら保健予算の内訳は表2-5のとおりであった。なお、ホンデュラスにおいては、保健省による保健医療サービス総支出額のうち、保健省自身の予算によるものは60%程度であり、残り40%は患者による負担、多国間銀行、国際援助機関、NGO等の外部からの資金でまかなっている。これら、外部からの資金援助は、主としてPHCサービス充実のために使われている。¹

1 The World Bank, Honduras Toward Better Health Care for All, 1998

表 2 - 5 ホンデュラス保健省予算内訳

| 項 目 | 割合(%) |
|--------------|-------|
| 1 . 環境保健 | 5.2 |
| 2 . 感染症 | 26.9 |
| 3 . 病院 | 35.1 |
| 4 . 栄養・食事 | 0.1 |
| 5 . 中央管理予算 | 4.5 |
| 6 . 通常サービス予算 | 13.3 |
| 7 . 機材 | 14.9 |
| 合 計 | 100.0 |

出典：仲佐保・江頭祥子、ホンデュラス国第7衛生地域
保健総合開発計画短期調査報告書、1999年9月

(5) 保健従事者

1998年の世界銀行データによると、ホンデュラスでは、合計で、3,300人の一般医、1,400人の専門医、1,400人の正看護婦、そして約1万人の資格のある補助看護婦がいる。

1) 医 師

ホンデュラスにおける医師養成大学は、国立自治大学1校のみである。医師には一般医(Médico General)と専門医(Médico Especialista)があり、一般医は高校卒業後、7年間の大学医学教育を受け、引き続き1年間の社会奉仕という名目の、主として僻地での保健センター勤務を果たし、晴れて一般医になる。専門医になるには、一般医の資格取得後、更に3年(脳神経外科は5年)のレジデントを経て各専門医資格を取得する。しかし、ホンデュラス国内で取得可能な専門医分野は、内科、一般外科、小児科、産婦人科、眼科、皮膚科、脳神経外科、臨床病理学のみであり、他の分野については諸外国に留学せざるを得ない状況である。

2) 看護婦

ホンデュラスの看護職には、正看護婦(Licenciada de Enfermería)、看護補助員(Auxiliar de Enfermería)及び看護アシスタント(Ayudante de Enfermería)の3種類がある。また、ホンデュラス国内には大学の正看護婦養成学部が3校、看護補助員養成校が国内に5校ある。その他、看護補助員養成については、5校のほかに、各地域で短期集中養成コースが開設されて、不足している看護補助員の数の増加を図っている。

正看護婦になるには、高校卒業後、4年間の大学教育を受け、引き続き1年間の社会奉仕が義務づけられている。看護補助員は、小学校～中学校卒業程度の学歴で、養成校での10か月間の専門教育を受けたあと、1年間社会奉仕として、主に僻地での保健センター勤務を果たす。看護アシスタントは小学校卒業程度の学歴で、医療機関での実地トレーニング以外の特別な教育は受けていない。

ホンデュラスには、正看護師が資金を出し合って運営する「看護師協会 (Colegio Enfermera)」があり、国内で大きな影響力をもつ。以下のような活動を通して国内看護の問題・課題に対応している。

- ・ 看護師の労働問題
- ・ 看護師増加のための活動
- ・ 看護教育研究センターや大学と協力しての教材開発、研修の計画・実施
- ・ 看護師の法整備
- ・ 看護師のステータス向上
- ・ 看護師の役割の検討
- ・ 看護に関する国内諸機関や近隣諸国とのネットワークの構築

(6) 保健医療機材・備品

保健省管轄病院の医療機材の多くは米国の援助で導入されていたが、現在はスペインや日本の協力により機材供与が行われている。近年、日本政府による無償資金協力により、保健省管轄26病院のうち、12の病院に対して保健医療機材の供与がなされた。ホンデュラスとしては、その厳しい財政事情のために自費で機材を購入することは難しく、今後ともドナーに頼る状況は続くものと推察される。

(7) 医薬品・ワクチン供給システム

ホンデュラス国内での医薬品供給（調達）システムは年間の計画書を基に、保健省の特別保健委員会と特別調達部から購入計画が策定される。そのあと、国内外の薬品販売会社に発注されて首都テグシガルパの中央薬品倉庫に納められる。

保健省の薬品保管に倉庫は中央倉庫〔米国国際開発庁（USAID）の支援により建設された〕とワクチン中央保管施設ナショナル・ワクチン・センターの2つがある。医薬品は年1回入札が行われ、国家予算で購入される。購入された薬品や供与された薬品が中央倉庫に保管され、ここから全国の病院と衛生地域へ分配される。地域衛生局を通じて地域薬品倉庫から地区薬品庫、CESAMOやCESARへと配送される。薬品の供給は3か月ごとに実施され、各病院や衛生局から医薬品の消費と在庫状況の報告を受け、薬品請求に基づいて中央倉庫から再び末端の保健センターに補充される。

予防接種ワクチンと特別薬品は中央保管施設のナショナル・ワクチン・センターに直接入り、コールドチェーンで地域薬品倉庫へ配送され、衛生地区あるいは保健センターへと分配される。ナショナル・ワクチン・センターは1994年に汎米保健機構（PAHO）とスペインの協力で設立された。同センターでは、保健省母子保健課の拡大予防接種計画部が管理を担当す

る。保健所では、冷蔵庫の温度チェックが義務づけられている。

医薬品地域基金（Fondos Comunales de Medicamentos：FCM）は国連児童基金（UNICEF）の支援によりコミュニティにおける医薬品の回転資金を導入した、コミュニティ単位の小規模薬局である。現在は、NGOのPRODIM（Programa para el Desarrollo de la Infancia y la Mujer）が薬品購入から教育まで一貫して指導している。

医薬品の調達方法はPRODIMの中間倉庫を介し、小規模ネットワークを通じて行われている。FCMは中間倉庫からのみ調達を行うので、一方的で閉鎖されてシステムを形成するが、これが安全で確実な市場となっている。PRODIMでは、大量の買い付けが可能で、そのため地域の供給者に対し、低価格で調達できる。FCMの販売員は月末に在庫のチェックを行い基金委員会で終始決算を提出し、売上金を収入役に渡し、収入役が次回の注文を行う。このようにして、調達のシステムは完結し毎月繰り返される。

保健省はFCMの薬品管理に関する法令を1996年に制定した。規約では医薬品地域基金の役割と薬剤の安全な使用、指導、コントロールなどについて述べている。規約によれば、使用できる薬品は、鎮痛剤／解熱剤、制酸剤、抗生剤、駆虫剤、トリコモナス治療薬、抗痙攣剤、消毒液、鎮痛塗布剤、収斂剤、体外寄生虫薬（のみ、ダニ等）、貧血治療薬、点眼薬、経口補水、ビタミン剤となっている。なお、16種類の治療薬のなかで、全26薬剤がFCMで認められている。

このFCMのシステムは、医薬品の慢性不足問題を抱えるホンデュラスにとって、問題改善の一助になるものとして、政府よりその将来が期待されている。

(8) 保健情報システム

保健情報管理のため、保健センターのルティーン業務活動状況（予防接種の件数、蛍光補液の配布数、診療件数）などを記録して、地区衛生局に報告するシステムがある。また、エイズや結核の感染症については、検査リファレルとして、保健省管轄下の臨床検査室から報告されるシステムになっている。出生と死亡に関しては市町村へ報告している。

情報システムのコンピューター化に関しては、USAID等の協力の下に、保健省及びすべての衛生地域にコンピューターが導入されて情報収集の効率化が行われている。近年では病院に対してもコンピューターが導入され、情報システムの改善が図られている。

2 - 3 保健医療の現状・課題

ホンデュラスにおける主な保健指標を他の中米・カリブ諸国及び他地域と比較すると、表2 - 6のとおりになる。表から明らかなおと、5歳未満児死亡率及び妊産婦死亡率は他の近隣国より高く、避妊実施率はグアテマラに次いで低い。高い妊産婦死亡率と、低い避妊実施率、及び表

2 - 2 の高い合計特殊出生率は、なんらかの因果関係があると推察される。

保健サービスでは、国民の約70%がサービスにアクセスできない状態にある反面、安全な水、適切な衛生設備の普及状況は都市部・農村部とも比較的良い。ただし、これらはハリケーン・ミッチ以前のデータであり、ホンデュラス国内で多くの上下水道設備が被害を受けたハリケーン後の状況に関する正確なデータはない。

表 2 - 6 ホンデュラス及び中米・カリブ諸国・他地域の主な保健指標

| | 5歳未満児死亡率 (対1,000) | 乳児死亡率 (対1,000) | 妊産婦死亡率 (対10万) | 保健サービスがカバーする人口 (%) | 安全な水が入手できる人の比率 (%) | | 適切な衛生施設をもつ人の比率 (%) | | 避妊実施率 (%) | |
|-----------------|----------------------|-------------------|------------------|-----------------------|-----------------------|------|-----------------------|------|--------------|--------|
| | | | | | 都市 | 農村 | 都市 | 農村 | 近代的な方法 | すべての方法 |
| ホンデュラス | 97 | 35 | 143 | 69 | 96 | 79 | 97 | 78 | 41 | 50 |
| グアテマラ | 74 | 56 | 100 | 57 | 76 | 78 | 95 | 74 | 27 | 31 |
| エル・サルヴァドル | 88 | 40 | 63 | 40 | 85 | 46 | 91 | 65 | 54 | 60 |
| ニカラグア | 57 | 44 | 139 | 83 | 81 | 27 | 34 | 27 | 57 | 60 |
| ラテンアメリカとカリブ諸国 | 43 | 35 | ---- | ---- | 88 | 46 | 81 | 41 | 59 | 68 |
| 後発開発途上国 | 171 | 109 | ---- | ---- | 78 | 48 | 66 | 28 | 37 | 44 |
| 開発途上国 (中国除く) | 97 | 66 | ---- | 80 | 88 | 61 | 78 | 23 | 49 | 55 |
| 先進工業国 | 7 | 6 | ---- | ---- | ---- | ---- | ---- | ---- | 59 | 72 |

出典：PAHO/WHO, Situación de Salud en las Américas, Indicadores Básicos 1999
 Population Reference Bureau, World Data Sheet 1999
 UNICEF, 世界子供白書、1998年
 UNDP, Human Development Report, 1997

以下、ホンデュラスの保健医療の現状・課題について、現地での聞き取り調査の際、関係者が特に強調した事柄について、項目ごとに記述する。

(1) ハリケーン・ミッチと保健衛生状況

ハリケーン後、ホンデュラスでは、肝炎、皮膚病、呼吸器感染症、下痢症等の感染症が増加した。これらは、ハリケーンによる、国中至る所での上下水道設備の破壊とも大きく関係しているといわれ、早急な対策が必要とされている。

また、多くの保健省管轄病院・保健所がダメージを受け、地域での保健サービス提供が困難になった。医療施設における冷蔵庫の故障やアイス・ボックスの破損等により、ワクチン

の“コールド・チェーン”が適切に機能しないことなどもその1つである。これらについては、ハリケーン後の1年間で、ホンデュラス側が自力で対処したり、ドナーによる援助等により、かなり復旧してきてはいるものの、完全にハリケーン前の状態に戻すには、まだ時間と資金を要するといわれている。

(2) 保健政策の課題

1) 地方分権化

人材・資材・資金など、限られた資源を効果・効率的に活用していくために、ホンデュラスでは、今後一層保健システムの地方分権化を進めていく方針である。「新5か年計画」では「県(Departamentarización)」への権限の委譲の重要性を中心に唱えている。しかし、地方では、「県(Departamento)」単位よりも更に小さな「市又は行政区(Municipio)」へと、地方保健サービス供給システム決定権を委譲することで、初めて「各地域特有のニーズに基づいた保健サービス」を供給できると考えているようである。

2) 他機関とのコーディネーション

「新保健政策1998～2002年」を補足するものとして新たに就任した保健大臣により、ハリケーン・ミッチ後に出された「国家復興における保健セクターの変革1991～2001年」において、「関係諸機関との連携」の重要性がうたわれている。この「連携の重要性」が重要課題となってきている背景には、地方分権化政策同様、「人材・資材・資金など、限られた資源を効果・効率的に活用したい」と願うホンデュラス政府の切実なニーズがある。このニーズは、ハリケーンによって国が大きなダメージを受けたあとで、より一層強くなったといえる。

保健省と関係諸機関との連携のなかで、最も重要なものが、保険庁病院との連携である。同じ公的保健機関として、社会保険庁が抱える問題・課題は以下のとおりであり、保健省が抱える問題とほとんど同じであるといっていよい。

- ・ユーザー負担金の見直し
- ・病院の施設・機材整備整備
- ・病院網の整備
- ・母子保健施設の整備
- ・インフォメーション・システムの整備
- ・救急医療体制の強化
- ・保健省との連携

現在のところ、保健省と社会保険庁が実際に連携している具体例は少ないが、例えば、近い将来JICAプロジェクトが計画されている第7衛生地域の、日本政府の無償資金協力に

より建設されたサン・フランシスコ病院は、保健省と社会保険庁とのコーディネーションが成功している、貴重な例といえよう。

第7衛生地区では、社会保険庁による大きな病院施設がないが、社会保険ユーザーは存在する。したがって、社会保険庁では、サン・フランシスコ病院の施設を社会保険ユーザーが利用できるという、フレキシブルなシステムを確立した。このシステムでは、社会保険ユーザーは、ユーザーとしての通常の権利を失うことなしにサン・フランシスコ病院を利用することができる。その見返りとして、社会保険庁はサン・フランシスコ病院に協力金を拠出し、これがサン・フランシスコ病院にとって貴重な収入となっている。社会保険庁にとっては、自らの病院施設を建設・運営するより、サン・フランシスコ病院に協力金を支払う形の方がはるかに低コストで、組織の健全財政に寄与する。サン・フランシスコ病院と社会保険庁は、社会保険ユーザーの受入れ及び協力金の拠出のみならず、社会保険庁所属の医師がサン・フランシスコ病院で働くなどの連携も実施している。

現実には、このような保健省と社会保険庁によるモデル的な連携事例が存在するものの、残念なことに、この事例の評価・モニタリングはされておらず、他地域へ同様モデルを普及する具体的計画もない。今後、こういった成功事例を体系的に研究し、他地域へ波及することは、保健省・社会保険庁の重要な課題であるといえる。

(3) 保健医療サービス供給システムの課題

ホンデュラスの保健医療サービス供給システムの大きな問題点として、以下の2つのものがある。

- 1) ホンデュラスの保健・医療システムでは、「地区病院」の下が「CESAMO」になっているが、この2つの施設の対応能力が大きすぎるため、「地区病院」と「CESAMO」との中間的能力を備えた保健医療施設のニーズがあった。
- 2) 特に大都市において、主要病院（首都テグシガルパの場合は教育病院）の救急治療科及び産婦人科に、病院の能力を超えた数の患者が集中し、主要病院本来の機能が果たせなくなっている。患者のなかには、より低レベルの医療施設で十分対応できる、軽度の患者も多い。

そこで、上記問題点解決のため、1998年に発表された新保健政策で、「救急クリニック」という新たな保健施設の設置が計画され、日本政府による基本計画及び無償資金協力により実現化が始まった。現在のところ、首都テグシガルパに3つ建設されており、今後も、ホンデュラス第二の都市であるサン・ペドロ・スーラに建設が予定されている。保健省では、今後更に全国レベルで救急クリニックを広げることを希望している。

しかし、新しい施設である救急クリニックには、表2-7のような長所がある反面、短所

及び課題点も山積しているため、その全国展開については、慎重に対応することが必要である。

表 2 - 7 救急クリニックの長所・短所・課題

| | |
|----|--|
| 長所 | <p>1. 「救急クリニック」ということで、入院設備が必要でないため、「医師あり保健所（CESAMO）」よりは充実した医療設備をもちながら、「病院」よりも運営コストがかからないという経済的利点がある。</p> <p>2. 主要病院の救急患者のうち、軽度症状の患者を吸収することに成功しており、主要病院の対応能力を超えた混雑緩和に貢献している。</p> |
| 短所 | <p>1. 救急クリニックの設置は、必ずしも地方行政区画と一致しておらず、保健省の推進する地方分権化政策と矛盾する。</p> <p>2. 24時間救急クリニックを運営するには、それなりの数のスタッフが必要である。しかし、ホンデュラスには深刻な保健医療人材不足問題があり、救急クリニックの全国展開が他保健医療施設の人材整備に負の影響を及ぼす可能性がある。</p> <p>3. 主要病院から「産科患者を吸収」することについては、救急クリニックで対応できる妊産婦が「出産が非常に差し迫った正常出産」のみなので、ニーズが少なく、当初計画していたほどの利用がない。</p> |
| 課題 | <p>1. 救急クリニックは、保健システムのなかで、どこの管轄になるのかという点がはっきりしていない。首都テグシガルパの場合は、当初、行政区（Municipio）が管轄するという計画であったが、今は教育病院が管轄している。しかし、救急クリニック・教育病院のどちらも、この暫定的状況に満足していない。</p> <p>2. 上記1とも関連するが、暫定的にせよ教育病院の管轄下にあるため、財政も教育病院に管理されており、ユーザー負担によるクリニックの収入はすべて教育病院に上げなければならない。消耗品の購入など、自由になる資金がない（教育病院に上げた一部は戻ってくることになっているが、現実には約束された額は戻ってこない）。</p> <p>3. 保健省の慢性的医薬品不足は、救急クリニックでも問題になっており、このため、地域住民に対して積極的なクリニックの宣伝を控えている（宣伝することで、患者が多く押し寄せたところに、十分な医薬品がないと、信用を失うことを保健省はおそれている）。</p> <p>4. 救急患者のみに対応する施設であるため、患者記録のシステムが未整備で、特別なケアが必要な患者（結核等）のフォローができない。</p> |

(4) 保健医療施設・機材

保健省保健医療施設は、老朽が激しく、特に上下水道管の老朽の状態は、緊急な対応を必要としている。また、国の最高位病院の位置づけにある保健省教育病院は、本来なら設備・施設・スタッフとも国の保健医療施設として最高の状態にあるべきだが、実態は設備・機材

ともに非常に古く、これらを整備する資金もない。さらに悪いことには、ホンデュラスの保健医療供給システムが抱える矛盾のしわ寄せで、病院の対応能力を超える数の患者が全国から殺到している。例えば、出産についてみても、本来は年間5,000ほどの難産に対応するよう計画されているにもかかわらず、現実には正常分娩も多く含んだ年間2万ほどの出産を扱っている。

これら患者から徴収する負担金は無料に等しい額であるため、患者負担金による病院収入はほとんどなく、多くの患者に対応すればするほど、病院経営を悪化させるという矛盾を引き起こしている。対応能力を超えた患者数を扱うことは、施設・機材の耐用年数を待たずして老朽化させてしまうことにもつながっている。

保健省管轄医療施設の、医療機材メンテナンスの問題も重要かつ深刻である。国内で、医療機材メンテナンスが適切にできる技術者の数が絶対的に不足しており、また、技術者を養成する教育システム・機関もない。保健省内の機材管理部門が、定期的に医療施設を巡回して機材の保守にあたるシステムは存在するが、適切に機能していない。その結果、適切なトレーニングを受けていない病院の機材管理スタッフは、経験だけで整備・修理にあたるため、機材が十全に保守管理されず、耐用年数を待たずして壊れてしまうこともしばしばあるようである。

この問題に対処するため、保健省では、日本政府による協力を切望している。具体的には、日本人の医療機器整備専門の専門家あるいは青年海外協力隊等を病院に派遣してもらい、ホンデュラス技術者の技術の向上をしてもらいたいと考えている。

(5) 保健従事者

1) 正看護婦不足

ホンデュラスにおける医師の数は、人口1万人当たり8.6人であり、先進国と比較すれば少ない数であるものの、ホンデュラスの経済状況をかながみれば、8.6/1万という医師の数は決して悪くない数字といわれている。また、医師の数は、毎年8.6%の割合で増加しており、これは、国の人口増加率である2.8%よりも大きい。

これとは対比的に、ホンデュラス保健医療分野において、正看護婦不足の問題は非常に深刻なものがある。表2-8からも明らかとなり、ホンデュラスは人口1万人当たりの正看護婦数が2.6人と、中南米地域でも最も状況の悪いグループに属する。

表 2 - 8 ホンデュラス及び中南米諸国における、人口 1 万に対する医師・正看護婦数

| 国 名 | 医師数 / 人口 10,000 | 正看護婦数 / 人口 10,000 |
|-----------|-----------------|-------------------|
| ホンデュラス | 8.6 | 2.6 |
| ハイティ | 1.6 | 1.3 |
| ボリヴィア | 5.1 | 2.5 |
| ペルー | 7.3 | 4.9 |
| ドミニカ共和国 | 7.7 | 2.0 |
| ニカラグア | 8.2 | 5.6 |
| グアテマラ | 9.0 | 3.0 |
| エル・サルヴァドル | 9.1 | 3.8 |
| メキシコ | 10.7 | 4.0 |
| チリ | 10.8 | 4.2 |
| コスタ・リカ | 12.6 | 9.5 |
| ヴェネズエラ | 19.4 | 7.7 |
| アルゼンティン | 26.8 | 5.4 |

出典：The World Bank, Honduras Towards Better Health Care for All, 1998

このように、正看護婦の数が絶対的に少ない理由として、以下の 2 つがあげられる。

- ・正看護婦になるには、大学 4 年まで終了しなければならないが、そのような高学歴を収めるために投資する教育資金・時間の割には、ホンデュラスにおける正看護婦の給料、社会的地位は低く、ホンデュラス国民の間で「割にあわない」とする思いが強い。よって、大学看護学部への入学者が少ない。
- ・大学看護学部へ入学する数少ない正看護婦候補生も、卒業後すべて看護婦になるわけではなく、北部工業地帯での、正看護婦より待遇の良い仕事に就いてしまうことが少なくない。

そこで、看護協会及び大学看護学部では、正看護婦獲得のため、以下のような方策をとっている。

- ・正看護婦数を増やすため、看護補助員から正看護婦になれるシステムを構築する。
- ・看護教育教授技術を改善するための、マスターコースを開設する。
- ・正看護婦数を増やすため、正看護婦の社会奉仕生が地方の農村部で活動する際に、地元の若者に対して、「看護婦にならないか」というプロモーション活動をする。

上記のうち、「看護補助員から正看護婦になれるシステム」については近年開始され、正看護婦増加のためのオルタナティブとして各方面から大きな期待を寄せられている。これは、JICAによる「看護教育強化プロジェクト」により提案されたシステムである。

「看護補助員から正看護婦になれるシステム」では、看護補助員として働きながら、中等教育を終了して大学看護学部に入學できるもので、看護補助員がこれを希望する場合、職場は全面的に協力しなければならないというものである。また、大学看護学部終了後の

1年間の社会奉仕は、看護補助員養成校時代に既に終了していることが認められて、免除される。今回の現地調査で、看護補助員養成校卒業生にインタビューしたところ、11名中6名が、このシステムを利用し、正看護婦になる道をめざしていると答えた。

看護補助員は正看護婦よりも簡単になれること（中学校卒業後、養成校において10か月のトレーニングと1年間の社会奉仕をする）と、また、JICAによる「看護教育強化プロジェクト」の成果もあって、ホンデュラスにおいて看護補助員の数は増加している。

2) 既存の医療施設における人材不足

前述の正看護婦の問題以外にも、「既存の保健医療施設で人材が増やせない」という、別の人材不足の問題がある。ホンデュラスでは、国全体で、絶対的に保健医療従事者が不足しているという状況のなか、新規に採用される医師・看護婦等は、新規に設立される地方の保健所等を中心に配属されてしまい、既存の保健医療施設において新規職員を獲得することは困難な状況になっている。この結果、主として、以下2つの問題が発生している。

- ・スタッフが高齢化し、スタッフの馴れ合い、モチベーションの低下が起こる。
- ・ドナー機関により、新たな医療機材を供与されても、スタッフ不足で機材が十分活用できないことがある。

上記のうち、特に医療機材供与とスタッフ増強の問題は、日本政府による協力問題にも深く関係している。今回の現地調査の際、多くの病院において供与機材は問題なく使用されていることを確認したが、いくつかの病院においてはこのスタッフ不足のために、機材が十分に利用されていないケースもあった。今後、ホンデュラスに対して保健医療機材を供与していく際、それに伴う必要スタッフの確保については、更に強調していかなければならない。

第3章 ホンデュラスの保健医療分野に対する援助動向

3-1 JICAの協力実績・手法・方針

ホンデュラスにおける日本の過去17年間にわたる保健医療協力概要は、表3-1のとおりである。表から明らかとなり、無償資金協力及び単独機材供与では「病院施設・機材充実」を中心とした活動が中心である。プロジェクト方式技術協力では「看護教育強化」のみであったが、現在、「第7保健地域リプロダクティブ・ヘルス向上プロジェクト」が計画されている。また、1995年から1996年にかけては、「全国保健医療総合改善計画調査（略称：基本調査）」が実施された。個別専門家派遣としては、医療保健サービス分野で2名派遣されている。その他、保健分野における青年海外協力隊・研修員受入れの分野は、多岐にわたって実施されている。

表3-1 過去17年間にわたる、日本政府によるホンデュラスでの保健医療協力実績

| 協力形態 | 活動又は分野 | 年 |
|-------------------|--|-------------------------|
| 無償資金協力・ 単独機材供与 | 1. マラリア・デング熱抑制計画 | 1982-1989 |
| | 2. テグシガルパ母子病院(IHSS)機材整備計画 | 1986 |
| | 3. 地域中核病院整備計画 | 1988 |
| | 4. 歯科診療用機材 | 1989 |
| | 5. 医療特別機材 | 1992 |
| | 6. 病院網強化計画 | 1992 |
| | 7. 首都圏病院網拡充計画（開発調査モデルプランに基づく） | 1996 |
| | 8. <計画段階> 子供の疾病対策計画 | 1999 |
| | 9. <計画段階> サン・ペドロ・スーラ市病院網整備計画 | 2002 |
| プロジェクト方式 技術協力 | 1. 看護教育強化プロジェクト | 1990-1995 |
| | 2. 看護教育強化プロジェクト（アフターケア協力） | 1998-2000 |
| | 3. <計画段階> 第7保健地域リプロダクティブ・ヘルス向上プロジェクト | 2000-2005 |
| 開発調査 | 全国保健医療総合改善計画調査 | 1995-1996 |
| 個別派遣専門家 | 医療保健サービス | 1991-1994、 1994-1996 |
| 青年海外協力隊 | 看護婦（士）、助産婦、保健婦（士）、マラリア・風土病、公衆衛生、養護、理学療法士、作業療法士、栄養士、医療機器、保育士、診療放射線技士、歯科衛生士等 | 毎年 |
| シニア海外ボランティア | 栄養改善 | 1995-1998 |
| 研修員受入れ | 公衆衛生、看護教育、医療機保守管理、早期胃ガン、病院薬学、結核対策、血液由来感染症、熱帯医学開発計画、保健行政、大災害医療、救急、エイズ等 | 毎年 |

今回の現地調査により、ホンデュラス側保健関係者の全体的な印象として、日本による協力活動は非常に好意的に受け入れられ、深く感謝されているという印象を受けた。特に、以下の点において、日本による保健医療分野の援助は高く評価されている。

- ・ホンデュラスにおいて、日本は病院設備充実に協力する数少ないドナーである。近年、国際保健におけるPHC政策により、ドナーの協力は地方保健サービス（保健所等）の充実だけに集中してしまった。この結果、病院は何年にもわたり、事実上放っておかれた状態にあったため、今多くの問題がでてきている。PHCは基本であり、大切であるが、実際、病気や怪我になってしまったとき、適切に処置できる保健医療施設が存在するということが、非常に重要である。そうでなければ、PHCも含めた保健システムは全体として十全に機能しない。
- ・日本はホンデュラスの要請に基づいて、無条件の、押し付けではない協力を実施している。
- ・日本による協力は、本国で策定された計画に基づいてなされているが、現地に来てからも、ホンデュラスの意見、状況を丁寧に把握するよう務めている。常に相手国のニーズに耳を傾けて、柔軟に対応することで、質の高い協力が実施されている。他のドナーは、既に本国で策定された計画そのままを現地に持ち込もうとする傾向が強い。
- ・日本による協力は、活動実施後のアフターケア等の継続的フォローがある。他のドナーによる活動は、あとのフォローがない場合が多い。
- ・日本からの供与による施設・機材は質が高く、耐用年数も長い。日本の医療機材メーカーの「保証期間中のケア」については、常に誠実に対応してくれるので信頼されている（他国メーカーは、「保証期間中」であってもいろいろと難癖を付けて、無料保証してくれない場合がある）。

また、日本政府による保健分野への協力について、ホンデュラス側から今回以下のような要望が出された。

- ・日本による基本計画は非常に高く評価されたが、基本計画後にハリケーンが起これり、国の状況が変わってしまった。今後は、できれば、「ハリケーン後の保健医療総合計画」という意味で、基本計画の修正をしてほしい。
- ・台風・地震など、自然災害の多い日本から、災害時の救急医療システム、伝染病コントロール、災害後の心理的後遺症等に関する技術協力を期待する。
- ・日本には日本のシステムがあり、保健分野での協力活動を決定するまでに踏まなければならない様々なプロセスがあることは十分理解するが、ホンデュラス側の緊急性の高いニーズについては、できるだけ短期間に要請に応えてほしい。

以上のとおり、ホンデュラスにおける保健医療分野での日本の協力に対する評価は高く、今後の期待も大きい。しかし、このような実績がありながら、日本による協力の宣伝が十分でないため、協力実績の大きさほどには現地で認知されていない実態も明らかになった。

例えば、1998年に無償資金協力により建設されたサン・フェリペ病院産科と救急クリニックにおいて、今回、患者に対して出口調査を行った結果、サン・フェリペ病院産科利用者のうち「日本が供与した施設」と知っていたのはわずか8%、救急クリニックでは35%であった。これら事実を踏まえ、今後とも更に広報宣伝活動に力を入れていく必要がある。

3 - 2 USAIDの協力実績・手法・方針

USAIDは、1998～2003年の保健戦略として、200万人以上の低所得層の女性及び子供をターゲットに、「家族の健康 (Family Health)」を活動の上位目標に掲げて協力を行っている。この上位目標の下、「家族計画を含めたリプロダクティブ・ヘルス・サービスの充実」、「保健改革による子供の健康増進」、「性感染症及びエイズの予防」、「家庭の食物確保」を4つの中間目標として、以下の具体的な活動を実施している。

(1) 家族計画を含めたリプロダクティブ・ヘルス・サービスの充実

- ・ ホンデュラス家族計画協会による持続的なリプロダクティブ・ヘルス・サービス供給
- ・ 保健省及びピースコーによる農村地域におけるリプロダクティブ・ヘルス・サービスの供給

(2) 保健改革による子供の健康増進

- ・ 公共セクターにおけるPHCの質の改善
- ・ PHCへの公平なアクセス実現のための保健政策の改善
- ・ PHCのための公共・私有資源の増加

(3) 性感染症及びエイズの予防

- ・ 性感染症 / エイズ予防サービスの改善、及び性感染症ケアプログラムの増加

(4) 家庭の食物確保

- ・ 生産の安定した、非伝統的食物の導入
- ・ 食物へのアクセス改善
- ・ 食物利用の改善
- ・ 食物管理能力の改善
- ・ コミュニティーと家庭の生計向上

USAIDは、以上のような活動を実施するにあたり、ホンデュラス保健省及び各関係省庁と協力

しつつ、以下のようなアメリカ系及びホンデュラス系組織と連携して行っている。

1) アメリカ系組織

CARE, Management Sciences for Health, Family Health International, Population Council, University Research Corporation and Center for Human Services, Abt. Associates, John Snow Inc., Future Group, Johns Hopkins University, Center for Disease Control and Prevention (CDC), Partnership for Child Health, 及びSave the Children

2) ホンデュラス系組織

Honduras Family Planning Association (ASHONPLANA), Health Promotion Foundations (FFS), 及びthe Program for the Development of Women and Children (PRODIM)

上記から明らかなとおり、USAIDのホンデュラス保健分野における協力はPHCを中心としたもので、保健医療機関への機材供与等はない。例外的に、「救急産科」や「救急小児科」の分野において、CESAMOや一部病院に対して機材供与を行っている。

3 - 3 UNICEFの協力実績・手法・方針

UNICEFでは、1996～2000年の保健戦略として、主として子供をターゲットに、「子供の権利」、「保健と栄養」、「水と衛生」、「教育」、「平等・ジェンダー」という5つの戦略を立て、ホンデュラスの各省庁及び関係諸機関と協力して、活動を実施している。

(1) 子供の権利

- ・子供の権利に関する政策実施
- ・子供の権利に関する法整備
- ・子供の権利に資する、国や社会組織の能力改善
- ・子供の権利意識普及のための地方行政レベルでの働きかけ
- ・コミュニティー開発活動を実施する青少年グループに対する協力

(2) 保健と栄養

- ・予防接種カバー地域持続
- ・下痢症疾患のコントロール
- ・急性呼吸器疾患のコントロール
- ・乳幼児発達コントロール、栄養教育
- ・ビタミン欠乏症のコントロール
- ・安全な母性
- ・基本的医薬品の確保（医薬品地域基金）

- ・ 青少年及び児童に対する保健教育とエイズ予防

(3) 水と衛生

- ・ 選択された辺境地や農村部に居住する約30万人の人々のために、住民参加による水・衛生衛生設備システムを整備・構築する。また、彼らに対し衛生教育を実施する。

(4) 教 育

- ・ 初等教育落第生徒率の高い地域における、就学前教育のカバー率拡大及び質の改善
- ・ 女性の就労率が高い工業地帯における乳幼児デイケアサービスの実施
- ・ 将来コミュニティー福祉のために活躍する青少年に対する市民教育の充実

(5) 平等・ジェンダー

- ・ 男女平等のための法制度整備
- ・ 女性組織に対する援助

前述のとおり、UNICEFの活動は行政区（Municipio）レベルでのコーディネーションによる、コミュニティーをベースとしたPHCが中心となっている。特に、「医薬品地域基金(医薬品回転基金)」には力を入れており、地元NGOであるPRODIMによる活動も高く評価している。その他、伝統的助産婦、ボランティアがキーパーソンとなっている「コミュニティーお産家」プログラム等もある。

地域として、UNICEFがホンデュラスで特に力を入れている県は、国内で最も貧しいといわれる、「ラパス」、「インティブカ」、「サンタバルバラ」、「レンピラ」の4県である。その他、ハリケーン・ミッチの影響で大きな被害を受けた「 Cholteca 」、「バジェ」、「ヨロ」、「コパン」、「アトランティコ・コロン」もプライオリティーを置いている。

UNICEFでは、NGOとの連携について、ホンデュラスにおけるNGOの特徴を考慮して活動を実施している。UNICEFによれば、一般的にいて、ホンデュラスNGOには以下のような特徴があると思われる。

- ・ 長期的持続性が必要とされる開発プロジェクト型の活動には不向き。
- ・ 既に政府の保健サービス等が到達しているエリアで、ある程度型の決まった活動を実施することは得意。
- ・ 新しいモデル的な活動を、狭いエリアで試行するのには向いている。

3 - 4 PAHOの協力実績・手法・方針

PAHOでは、近年、「マラリア対策」と「禁煙プログラム(特に若年喫煙者をターゲットにした)」に政策の中心が置かれつつある。

最近のホンデュラスにおける具体的な活動としては、以下のものがあげられる。

- ・ハリケーン・ミッチにより打撃を受けた、保健インフォメーション・システムの再構築
- ・看護教育研究センターと協力しての、地方での看護補助員養成プログラムの実施
- ・薬剤マネージメントプログラム

3 - 5 その他ドナー機関の協力実績・手法・方針

「救急クリニック」について、その全国展開のためにホンデュラス保健省はスペイン政府による援助を要請しており、スペイン政府はこれについて検討中である。

第4章 JICAの協力の評価

4 - 1 基本計画策定への協力の評価

(1) 目標達成度

| 評価項目 | 評価小項目 | 結 果 |
|---------|--|--|
| 成果の達成度 | 国内政策立案状況 | <p>基本計画はホ国の保健政策立案に影響を及ぼした。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・基本計画のなかの「11の中心課題」はそのまま保健政策5か年計画に盛り込まれた。 ・基本計画のなかで、病院を中心とした医療施設の整備や保健サービスの改善についてインターセクトラルで具体的な計画を提示したことが、特に地方レベルでの保健政策立案に役立っている。 <p>基本計画のなかのモデルプランをホ国が単独で実現するのは、技術的に可能でも財政的に無理。</p> <p>基本計画は日本によるホ国に対する保健医療協力の指針となった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・基本計画をベースにした「首都圏病院網拡充計画」が日本政府により具体化された。 ・基本計画をベースにした「第7保健地域リプロダクティブ・ヘルス向上プロジェクト」が日本政府により具体化されようとしている。 ・基本計画をベースにした「サン・ペドロ・スーラ市病院網整備計画」が日本政府により具体化されようとしている。 <p>基本計画「調査データ」部分は、他のドナー機関の間で立案の参考資料として使われている。</p> <p>基本計画「計画」部分は、他のドナー機関の間では使われていない。</p> |
| | 国内政策実施状況 | <p>基本計画をベースにして、日本政府の援助によるプログラムが実施された。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・基本計画を基に、「首都圏病院網拡充計画」が実施され、サン・フェリペ病院（以下、「サ」病院と記す）産科棟・救急クリニック（以下、「救ク」と記す）が建設された。 ・基本計画で提案された「ゴミ収集プログラム」が実施に移された。 <p>基本計画のホ国の手による実現はホ国の現在の経済状況では難しい。</p> |
| 達成の阻害要因 | <p>ハリケーン・ミッチによる被害で、ホ国の財政がより厳しくなり、国の保健政策のプライオリティーも変わってしまった。</p> <p>基本計画はマクロなビジョンやポリシーに欠けている。全体として、目標 政策 戦略 活動というロジカルな連携がはっきりせず、他のドナー機関等が使いにくい。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・基本計画はマクロなビジョン・ポリシーが読み取りにくい。 ・基本計画では対処療法的な問題分析が行われたただけであったので、全体として新しさに欠ける戦略しか導きだせなかった。例えば、「暴力」の問題はとても複雑で、問題分析も単純ではなく、階層化された深い分析が必要となるのに、実際に行われた分析は極めて表面的であった。 <p>他のドナー機関は既に、それぞれ自分たちの基本計画をもっており、日本政府とホ国保健省による基本計画を使うニーズは他ドナーの間で存在しなかった。</p> | |

(2) 波及効果

| 評価項目 | 評価小項目 | 結 果 |
|-------|---|--|
| 直接的効果 | 国内政策立案への波及 | <p>「救ク」のシステムは、ホ国保健省が全国50か所に拡大していく計画を立てている。</p> <p>・「救ク」の建設を中心とした病院網整備構想は効果的であると認められ、国の北部海岸地域（サン・ペドロ・スーラ市）においても、同様の計画が実施されようとしている。</p> |
| | 国内関係諸機関による基本計画具体化の支援体制 | <p>基本計画策定中は、異なる機関によるサポート体制（ホ側調整委員会）があったが、策定後はこの委員会は解散した。そのあとは、基本計画のモデルプログラムのターゲットとなった組織を除いては、基本計画とのかかわりはない。</p> <p>・基本計画については、病院等のレベル（教育病院・「サ」病院）になると、その存在について認知している人がほとんどいなかった。</p> |
| | 日本政府によるプロジェクト方式技術協力、無償資金協力、青年海外協力隊、研修員等への波及 | <p>日本政府の援助による病院網整備計画（「救ク」と「サ」病院産科の建設）が首都で実現され、他の大都市でも計画中である。</p> <p>・基本計画をベースに、「首都圏病院網拡充計画」が実施され、「サ」病院産科棟及び「救ク」が建設された。</p> <p>・「救ク」のシステムは、国の他地域（サン・ペドロ・スーラ市）でも日本政府の無償により実施が計画されている。</p> <p>日本政府の援助による地域総合開発が第7衛生地域で計画中である。</p> <p>・「第7保健地域リプロダクティブ・ヘルス向上プロジェクト」も日本政府により具体化されようとしている。</p> <p>日本政府の援助による「第7保健地域リプロダクティブ・ヘルス向上プロジェクト」に青年海外協力隊を活用していくことが計画されている。</p> <p>・日本政府の援助による「第7保健地域リプロダクティブ・ヘルス向上プロジェクト」に青年海外協力隊を活用していくことが計画されている。</p> <p>看護教育が基本計画に参加し、影響を与えた。</p> <p>・基本計画の問題分析、基本計画立案に参加した。</p> <p>・基本計画で提案されたように、看護教育の分野では、看護補助員が正看護婦になれるシステムを確立するために、大学看護学部と協議・調整を進めている。</p> <p>・基本計画で提案された、「CESARに看護補助員を2名置く」という計画を実現すべく、看護補助員を増員するため、地方レベルで、テンポラリーな看護補助員集中養成コースを開催中。</p> <p>・看護補助員、正看護婦等の待遇改善（給料値上げ）について、以前から要求があったが、このたび、基本計画でも取り上げ、重要改善点として主張してもらえたため、近日、実現された。これにより、月給は100%以上値上げされた（正看護婦：6,000レンピラ、看護補助員：4,000レンピラ、1ドル＝14レンピラ）。</p> |

| | | |
|--------------|------------------------------|--|
| <p>間接的効果</p> | <p>他ドナー機関・NGOによる政策立案への波及</p> | <p>「救ク」のシステムについてはスペイン政府が興味を示しており、全国50か所に拡充する予定のホ国保健省が援助を要請中。</p> <p>基本計画の「調査データ」の部分については他のドナーも参考資料として利用している。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・他のドナー（世銀、IDB、USAID、UNICEF）も、基本計画のデータは参考資料として利用している。 ・USAIDから、「ホンデュラスにはこういった総合的な保健セクター調査が行われてこなかったため、唯一の質の高い調査として、我々にも役に立っている」という評価を受けている。 ・世界銀行による「1998年ホンデュラス カントリー・スタディ・レポート」のなかの「国家保健会計に利用されたデータ」として、基本計画の調査の部分が「JICAにより実施されたホンデュラス国の保健医療消費動向調査」として、調査手法、サンプル数等のデータとともに紹介された。 <p>基本計画の「計画」の部分については、他ドナーはほとんど使っていない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・他ドナーはそれぞれの計画をもっており、日本政府とホ国保健省による基本計画を使うというニーズはなかった。 ・基本計画はマクロなビジョンやポリシーに欠けている。全体として十分統合された形になっていないために、他のドナー機関等が使いにくい。 |
|--------------|------------------------------|--|

(3) 効率性

| 評価項目 | 評価小項目 | 結 果 |
|-------------------|---------|---|
| 投入の質・量・ 時期の妥当性 | 日 本 側 | <p>日本側調査チームの質・調査手法は質が高く、適切であったと評価されている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健省のみならず、他の関係諸機関を取り込んで広く意見を聴取していた日本側調査チームの手法は高く評価されている。 <p>調査期間については、もう少し短くしてホ国の保健政策のニーズに迅速に対応できれば更に理想的であった。</p> <p>基本計画に参加した米国NGO、Management Sciences for Health (MSH) については、ホ側から賛否両方意見があった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・MSHは能力も高く経験もあり、日本側チームとのチームワークも良かった。 ・MSHについては、ホ国保健省等も過去に何度か利用したことがあるが、高い料金を要求する割に費用効果が認めらず、また、昔から同じ理論・手法で進展がない。そのようなMSHと組んで基本計画は策定されたため、結果として、新しさに欠ける戦略になったのではないかという批評が聞かれた。 |
| | ホンデュラス側 | <p>基本計画の全課程を通して、ホ側（保健省及び関係機関）が完全に参加して協力したため、ホ側のオーナーシップは強く、そのために、本年保健大臣が変わっても、基本計画は尊重されている。</p> <p>ホ側として幹部会議（保健大臣、副大臣、事務次官）と調整委員会（保健省、教育省、企画調整省、天然資源省、環境省、上下水道公社、社会保険庁）を設立し、日本側チームと常に話合いの機会をもったため、コミュニケーションは非常に良かった。それぞれの機関は、担当主任と副主任を任命し、調査実施期間を通して協力した。保健省がこれら機関の取りまとめをした。</p> <p>地方レベルの基本計画立案に際しては、地方自治体の関係者を入れてディスカッションすることができたならば、より理想的であったと思われる。</p> |

(4) 妥当性

| 評価項目 | 評価小項目 | 結 果 |
|--------------|-----------------------|--|
| 基本計画の 妥当性 | 国家政策との整合性 | <p>1998年のハリケーン・ミッチの影響で、基本計画が策定されたころ（1996年）とは国の保健政策のプライオリティーなど状況が変わったため、基本計画で策定されたことすべてを実施することは困難になった。</p> <p>様々な機関のコーディネーションによるプログラムの実現を提唱している基本計画は、「保健政策改善のためにはインターセクトラルなコーディネーションが重要である」と唱えているホ国の保健政策と整合している。</p> <p>「救ク」は、政治制度的に、衛生地域（Región Sanitaria）に属しておらず、教育病院に直属している。これは、国家が進めている地方分権化政策に相反する。</p> |
| | 実施機関ニーズとの整合性 | <p>基本計画が実施されていた当時の保健大臣の関心と、基本計画でめざしていたものとの間にズレがあった。</p> <p>・基本計画策定当時の保健大臣の主たる興味の対象は、スウェーデン政府が実施がしていた「保健サービスアクセス改善プロジェクト」であり、日本の基本計画もそれを補強するために使えると期待していた。しかし、日本の基本計画の意図がそうではないことを知ってから、日本の基本計画に対してあまり協力的でなくなった。</p> <p>ホ国の保健セクターでは絶対的な人材不足問題に関する刷新的な対策が必要だが、基本計画のなかではこれについて十分議論していない。</p> <p>他のドナー機関は、「救ク」を全国50か所に広げた場合、ホ国の限られた人材（医師・看護婦）で十分に対応していけるのか疑問視している。</p> |
| | 受益者ニーズとの整合性 | <p>基本計画では、世帯及びコミュニティの行動様式に関連する要因からホ国における保健の問題を分析して戦略を立てている。よって基本計画全体に、受益者ニーズに基づいた保健サービスを提供しようとする基本ポリシーが存在しており、評価できる。</p> |
| | 資源の公平配分 (ジェンダー・平等) | <p>基本計画では、農村型・都市型貧困モデル・ヘルス・プログラムを設けるなど、社会的平等に配慮していると評価できる。</p> |

(5) 自立発展性

| 評価項目 | 評価小項目 | 結 果 |
|-------|----------------------|--|
| 組織的側面 | 政府の支援 | <p>基本計画策定後に起こったハリケーンのため、保健分野の国のプライオリティーが変わった。このため、基本計画の実現も一部困難になっている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ハリケーン後、保健省は新しい保健大臣の下、「5か年計画（Nueva Agenda en Salud 1998-2002）」以外に「国家再建のための保健政策ガイドライン（Transformación del Sector Salud en la Reconstrucción Nacional）」を公表した。このガイドラインでは「保健状況改善のための、インターセクトラルな調整の重要性」が強調されている。 「救ク」システムは保健省により全国50か所に拡充される計画が立てられている。 ・基本計画により策定された「救ク」システムは、ホ国保健省により全国箇所に広げられる予定で、ホ国は日本以外の国からも援助を要請している。 |
| | 運営管理能力 | <p>「救ク」についてはまだ始まって間もない新しいシステムであり、その管理・運営体制についてはホ側もまだ検討を重ねている段階である。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「救ク」の予算、メカニズム等、今後検討していかなければならない課題が多い。本年11月末に「救ク」関係者が集まって、今後の対策を練る会議を開く（会議開催はIDBの資金援助による）。 ・「救ク」は教育病院の管轄下にあるが、このシステムはまだ十分に機能していない。 <p>基本計画で推奨されているインターセクトラルなコーディネーションについても、まだ実例が少なく、今後の検討を要するが、関係者の期待は高い。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地方分権化政策のなかで、特に、行政区(Municipio)レベルと協力して保健省が活動することは、非常に効果、効率的であると考えられており、この意味でも日本政府による「第7保健地域リプロダクティブ・ヘルス向上プロジェクト」はホ国保健省のみならず、他のドナー機関からも注目されている。 |
| 財政的側面 | 予算の見通し | <p>ホ側が財政的に単独で基本計画を実現できる見通しはほとんどないというのがホ側及びドナー機関の一致した意見。さらにハリケーン・ミッチの影響により、財政難は深刻である。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ハリケーン・ミッチの影響で、国土の70%が被害を受けた。この復興が国のファースト・プライオリティーであり、したがって基本計画実現にまわす予算は十分ない。 |
| 技術的側面 | カウンターパートの技術レベル（活動内容） | <p>「救ク」、「サ」病院産科棟など、現在までに実現化された基本計画によるプログラムは技術的には問題なくホ側により運営されており、今後も問題なく運営される見込みが強い。</p> |

(6) 効果発現促進・阻害要因

| 評価項目 | 結 果 |
|----------|---|
| 効果発現促進要因 | <p>基本計画策定の全課程を通して、ホ国保健省と関係諸機関による調整委員会が主体となっ てかわり、異なった機関の意見・ニーズをくみ上げることができたため、ホ国保健省 がめざしていたインターセクトラルな性格の強い、またホ側のオーナーシップの強い基本 計画を策定することができた。</p> <p>基本計画実現のために、日本政府が資金援助をした。</p> |
| 阻害要因 | <p>ハリケーンにより、基本計画が策定されたことと現在とではホ国の状況が変わり、保健 政策のプライオリティも変わってしまった。</p> <p>ホ側が財政的に実現可能な範囲を十分考慮することなく基本計画は策定されたため、ド ナーの援助が期待できない計画については、その実現が非常に困難である。ハリケーン後 の現在は更に財政的に困難な状況にある。</p> <p>基本計画の「計画」の部分はマクロなビジョンやポリシーに欠けている。全体として十 分統合された形になっておらず、目標 政策 戦略 活動というロジカルな連携がはっき りみられない。</p> <p>他のドナー機関は既に、それぞれ自分達の「基本計画」をもっており、日本政府とホ国 保健省による「基本計画」を使うというニーズは存在しなかった。</p> |

4 - 2 人材育成（看護人材育成）への協力の評価

(1) 目標達成度

| 評価項目 | 評価小項目 | 結 果 |
|--------|---------------------|---|
| 成果の達成度 | 看護教育の現状 (看護教育教員) | <p>看護教育教員の技術が著しく向上した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護教育教員たちは以前よりはるかに問題意識をもつようになり、問題解決のために、様々な調査を実施するようになった。 ・看護補助員養成校（以下、「CENARH 等」と記す）卒業生とのインタビュー・インタビュー結果から、卒業生は一様に、「教師たちの教育技術は質が高く、良い意味で非常に厳しく、時間に正確で、責任感が強く、生徒に対して親身になって指導してくれた」と満足していることが分かった。 ・プロジェクトは「参加型」という考えを徹底し、看護教育教師のメンタリティを変えた。 <p>看護教育教員のモチベーションが向上した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日本人専門家から「自尊心」、「他人を尊敬する」、「他人の人生を尊重するなら時間を厳守しなければならない」、「物事に対してポジティブであること」等を学んだ。 ・特に時間を尊重することの大切さについて、セミナー実施等を通じて、非常によく学んだ（予定時間内に、自分の授業を終えることの大切さ）。大学看護学部の教室には、自分たちでお金を出して、壁掛け時計を置くようにした。 ・ホ国カウンターパートが何かの困難にポジティブに立ち向かおうとしてお互いを勇気づけようとするとき、「あのとき日本人が言ったように…」という言葉が誰の口からともなく出ることが今でもよくある。 <p>看護教育の質が著しく向上した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護教育研究センター（以下、「CCIE」と記す）で看護教育テキスト・ビデオが作成されるようになった（以前はホ国において、看護教育のビデオおるかテキストさえ存在しなかった）。 ・CCIE で看護教育テキストを作成できるようになったことにより、看護を学ぶ人々が、テキストを安価に手に入れられるようになった。 <p>ホ国看護教育に関係する諸機関が有機的につながり、「看護教育開発委員会（Comité de desarrollo de Enfermería）」としてまとめ、大きなダイナミズムを生み出した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・あまり密接な関係がないまま活動していたホ国看護教育関係諸機関が、プロジェクトによって有機的につながり、ホ国における看護教育の世界に大きなダイナミズムを生み出した。これにより、例えば以前は「別のレベルの看護婦を養成する、全く異なった機関」として、ほとんどコミュニケーションがなかった CENARH 等と大学看護学部が、現在ではホ国の看護教育向上のために、協力して活動している。教科書共同作成・各種セミナー共同開催はその1つである。 |

| | | |
|----------------|----------------------------|--|
| | <p>看護技術の現状 (看護補助員)</p> | <p>看護補助員の質が向上した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・プロジェクト開始以降に養成された看護補助員はより深い知識を有しており、またよく訓練されている(「サ」病院婦長)。 ・プロジェクトにより養成された看護補助員は「物事を批判的にみて改善の余地があるかどうか検討する」という態度が身に付いている(「救ク」婦長)。 ・看護補助員が農村部医療機関で行う社会実習の技術・知識が高まった。 ・プロジェクトは「参加型」という考えを徹底して学生のメンタリティを変えた。 |
| | <p>看護婦の量的確保</p> | <p>看護補助員の数は増えている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・プロジェクト修了後、CENARH等が2校増設された。 ・地方での看護補助員養成集中養成コースが増えた。 ・看護補助員の数は増えている。職先は病院、CESAMO、CESARなどいろいろである。 <p>正看護婦の数は近年あまり増えていない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・正看護婦の給料があまりに安いとため、北部工業地帯でのより給料の良い仕事に、卒業生を取られてしまう。 |
| <p>達成の阻害要因</p> | | <p>正看護婦の給料が安いとため、北部工業地帯でのより給料の良い仕事に、正看護婦養成大学卒業生を取られてしまう。</p> |

(2) 波及効果

| 評価項目 | 評価小項目 | 結 果 |
|-------|-----------------|--|
| 直接的効果 | 国内でのプロジェクト効果の波及 | <p>日本の無償協力で建設された医療施設の看護スタッフに対するトレーニングがCCIE等により実施されている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「サ」病院産科棟建設に際し、CENARH等とCCIEとの協力により、看護婦・看護補助員に対して「母性看護」に関するトレーニングが行われた。 <p>プロジェクトにより、国際協力庁が窓口となり、「看護教育開発委員会(Comité de desarrollo de Enfermería)」が設立された。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護教育にかかわる異なった団体が「看護教育の発展」という同じ目的のために有機的につながって活動し、ホ国の看護教育改善のために大きく貢献している。今では、教科書作り、セミナー開催、教育制度改正など、看護教育に関する活動はほとんどこの委員会を通して決定され、実施されている。 <p>CENAPH等、養成コースが増えた。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・プロジェクト後、1998年に新たなCENAPH等が2校開校された。 ・地方における看護補助員養成集中コースが増設された。 <p>いったん看護補助員になった者が、仕事をしながら勉強を続けて、将来正看護婦になれる制度がつけられた。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・養成校卒業生で看護補助員をしている生徒にインタビューしたところ、11人中6人が、将来正看護婦になるために、仕事の傍ら中等教育を受けていることが明らかになった。 <p>医療従事者に対する継続的トレーニングがCCIEにより実施されている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護補助員養成のためだけでなく、既に医療従事者として働いている人材に対する継続的教育がCCIEを中心に実施されている。これらセミナーには、医師・正看護婦・看護補助員が参加しており、「セミナーから多くを学ぶことができ、非常に良い刺激になった」と評価されている。 |
| 間接的効果 | 近隣諸国への効果の波及 | <p>近隣諸国へプロジェクトの効果が広まっている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・プロジェクトをモデルとして、エル・サルヴァドルに同じ同様のJICAプロジェクトが始まり、ホ側カウンターパートとエル・サルヴァドル側カウンターパートの交流が始まっている。 ・プロジェクトで作成されたテキストは、パラグアイ、エル・サルヴァドルでも販売されている。 ・中米カリブの看護婦グループ(コスタ・リカ、キューバ、ドミニカ共和国、エル・サルヴァドル、グアテマラ、ニカラグア等)との交流が盛んで、様々な催しがある折、このプロジェクトの成果について発表している。他国関係者も当プロジェクトについて詳しく知りたがっている。 ・中米全体で、「看護教育教授法」を充実させることについて、話し合っている。この際、JICAプロジェクトの経験のあるホ国が中心になっている。 ・スペインでの看護教育の会議でプロジェクトの経験が発表された。他機関との連携により、プロジェクト効果が近隣諸国へ波及されている。 ・現在CCIEで作成中の新しいテキストは、JICAと「国境なき医師団」の財政援助を受けて、中南米すべての地域で使用されることになっている。 ・AMDA(日本のNGO)とJICAとCCIEが協力して、地方の保健ワーカーをトレーニングするプログラムを計画中である。 |

(3) 効率性

| 評価項目 | 評価小項目 | 結 果 |
|---------------|-------|--|
| 投入の質・量・時期の妥当性 | 日 本 側 | <p>日本人専門家は技術・モチベーションとも非常に高かったと評価されている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日本人専門家は技術だけでなく、「勤勉さ」という労働精神も教えてくれたと評価されている（日本人専門家は、ホ側関係者の、仕事に対する考え、責任感、取り組みについて、良い意味で徹底的に洗脳し、強く動機付けすることに成功した）。 ・日本人専門家は、メンバー同士の仲も良く、とても結束が固かった。 ・言葉のハンディについては、ほとんどの日本人専門家は、ある程度のスペイン語能力をもってホ国に来たため、特に問題ではなかった。 ・最初の半年くらいは、日本人専門家、ホ国看護教師、社会実習生（看護補助員） JICA事務所、保健省幹部と、頻繁に話し合いの場をもち、日本人専門家はホ側の事情、やり方を理解し、また個人的なレベルでもホ側カウンターパートとの相互理解、信頼関係を深めていった。 ・日本人専門家によるすべての活動は、参加型で行われた。例えば教科書作成の際にもホ国の異なったレベルの関係者（看護協会、看護学校教師、地方で働く看護補助員等）を作成チームに入れて広く意見を取り入れ、ホ国の人々によるホ国の実状に合った、ホ国のための教科書となるよう配慮していた。 ・両国の看護教育の状況について、相互に学習した。「看護」というテーマは、国際的に共通することが多く、理解しやすかった。日本の看護の実際を紹介してもらったことが、とても役に立った。 ・専門家の派遣期間は、特定テーマなら2か月程度の短期でもよいが、通常はやはり年単位の長期の方が良い。 <p>日本側国内委員会による指導が効果的に行われた。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日本側国内委員会は、プロジェクト期間中を通して同じ委員長がその任を務め、またこの委員長は毎年の定期的スーパーバイズでプロジェクトを訪問して的確な指導をするなど、非常熱心にかかわり、「日本側専門家チーム」「ホ側関係者」両方のモチベーションを高めた。この委員長に対する賛辞の言葉を刻んだ銅プレートが、委員長の写真とともにCCIEのホールの壁に飾られていることが、ホ国の彼女に対する尊敬の念を非常によく表わしている。 <p>機材が効果的に供与され、教育の質の向上に貢献した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・供与された機材は、適切なもので、現在も問題なく作動している。機材の選択については、日本人専門家とカウンターパートとで、時間をかけて協議したため、適切な選択ができた。 ・マネキンなど実習用の教材は、お産の実際等を学ぶのにとても効果的であったと、卒業生も評価していた。 ・供与機材によりCCIEで作成されたビデオも、効果的に学ぶのに役立ったと卒業生は評価していた。 <p>多くの書籍が供与され、教育の質の向上に貢献した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・書籍についても、多くの書籍がそろえられ、教育効果を高める補助となり得た。 ・しかし、卒業生とのインタビューから、一部の書籍については、情報が古くて使えず、調査等の際、外部に資料を求めに行かなければならないことがあった。この際、教師はどこにいけば資料が手に入るか指導してくれた。 <p>日本でのカウンターパート研修は効果的に実施された。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日本でのカウンターパート研修はホ国の人材にとって、日本側の考え、システムの違いを学ぶ貴重な機会となった。 |

| | | |
|-------------|------------------------------------|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ・日本でのカウンターパート研修で、ホ国により看護教育教師養成の重要性が認識され、養成のためのマスターコース設立へと発展していった。 |
| | ホンデュラス側 | <p>ホ側カウンターパートたちは非常に優秀な人材であったと評価されている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ホ側カウンターパートは、質・動機とも非常に高く、このプロジェクトを成功させた重要なカギのひとつとなった。 ・ホ側カウンターパートは日本人専門家の努力に応え、非常によく学び、よく活動した。 |
| プロジェクトの支援体制 | 国内関係諸機関による支援体制 | プロジェクトにより、国際協力庁が窓口となり、「看護教育開発委員会(Comité de desarrollo de Enfermería)」が設立され、プロジェクトを全面的にサポートした。 |
| 他関連活動との連携 | 無償資金協力(医療施設・機材整備)、青年海外協力隊、研修員等との連携 | <p>JICA基本計画に参加した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・基本計画の問題分析、基本計画立案に参加した。 ・基本計画で提案されたように、看護教育の分野では、看護補助員が正看護婦になれるシステムを確立するために、大学看護学部と協議・調整を進めている。 ・基本計画で提案された、「CESARに看護補助員を2名置く」という計画を実現すべく、看護補助員を増員するため、地方レベルで、テンポラリーな看護補助員集中養成コースを開催中。 ・看護補助員、正看護婦等の待遇改善(給料値上げ)について、以前から要求があったが、このたび、基本計画でも取り上げ、重要改善点として主張してもらえたため、近日、実現された。これにより、月給は100%以上値上げされた(正看護婦:6,000レンピラ、看護補助員:4,000レンピラ、1ドル=14レンピラ)。 ・「救ク」の設立時に協力した。 ・「救ク」を始めるにあたり、「救ク」で働く看護婦を対象として、「救急看護」についてのトレーニングを実施した。今も、「リプロダクティブ・ヘルス」等の研修を継続している。 ・「救ク」開始半年後、CENARH等の学生とともに、授業の一環として「救ク」について評価活動を実施した。この際、「救ク」宣伝のためのチラシ等も学生とともに作成し、地域の学校や職場で宣伝活動をした。 ・「サ」病院産科など設立時に協力した。 ・日本の無償による「サ」病院産科棟設立に際し、CCIEが主体となって、「母性保健」について、看護スタッフをトレーニングした。 ・「第7保健地域リプロダクティブ・ヘルス向上プロジェクト」との連携を計画中。 ・看護婦を地元で確保するため、「第7保健地域リプロダクティブ・ヘルス向上プロジェクト」のなかで、CENARH等をつくる計画をしている。養成した看護補助員が都市へ流れないように、CESARのある僻地から候補者を養成し、養成後は、その地元のCESARに就職してもらおうという構想。 |
| | 他国援助機関・NGOとの連携 | <p>農村僻地で活躍する保健ボランティアに対するトレーニングを、センターが中心となって、AMDA(日本のNGO)とともに実施することを計画中。</p> <p>OPSからの資金協力により、テキストを作るなどの活動が継続発展している。</p> <p>AMDAとJICAとCCIEが協力して、地方の保健ワーカーをトレーニングするプログラムを計画中である。</p> |

(4) 計画の妥当性

| 評価項目 | 評価小項目 | 結 果 |
|------------------|-----------------------|---|
| プロジェクト 目標の妥当性 | 国家政策との整合性 | <p>プロジェクトはホ国における看護婦の深刻な（量的及び質的）不足問題というニーズに完全にマッチしていた。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療施設、医療組織で既に働いている保健・医療ワーカーをトレーニングしようとするプログラムは多いが、この看護教育プロジェクトは、保健ワーカーを養成しようとするプロジェクトであり、高く評価された。 |
| | 受益者ニーズとの整合性 | <p>看護教育カリキュラムの改善のために、受益者ニーズが調査された。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・コミュニティにおける保健サービス向上に関するカリキュラム・テキスト開発の際、受益者ニーズの把握のための調査を実施しその結果に基づいた戦略が立てられた。 |
| | 実施機関ニーズとの整合性 | <p>プロジェクトが実施された時期と、ホ側の看護補助員のカリキュラム改正時期が一致した。</p> <p>大学看護学部では、JICAプロジェクトが入る前は、OPSの指示の下に看護教育を進めていたが、最終的にJICAプロジェクトの考えが受け入れられていった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・JICAプロジェクトが始まる前までは、主としてOPSからの影響を受けて活動しており、OPSが提唱する「コミュニティレベルでの保健サービスの改善」という、どちらかというと抽象的な概念を中心として活動していた。しかし、プロジェクトが始まってからは「患者ケアサービスの改善」というより具体的な考えが日本人専門家チームにより提唱され、大学としてどちらに活動の中心を置くか多少混乱した。結果としては、より具体的であった、「患者ケアサービスの改善」というJICAプロジェクトの考え方を大学側は指示した。 <p>CENARH等が実施している教育内容はどちらかというと、コミュニティでのPHCに重点が置かれ、その分病院など大きい医療施設での患者ケアに関するトレーニングがやや欠けていると、CENARH等の卒業生により批評されている。</p> |
| プロジェクト 計画の妥当性 | 資源の公平配分 (ジェンダー・平等) | <p>先住民の居住する地区や僻地での看護補助員養成のため、これらの地域において、テンポラリーな集中養成コースを開催している。</p> |

(5) 自立発展性

| 評価項目 | 評価小項目 | 結 果 |
|-------|---------------|--|
| 組織的側面 | 政府の支援 | <p>プロジェクトはホ国において、「大成功を収めたプロジェクト」として、プロジェクトをよく知る保健省、国際協力庁スタッフにより強くサポートされている。</p> <p>しかし政権交代により、保健省の首脳部が変わると、プロジェクトについて知識のない新しいトップのなかに、CCIEの建物を他の目的に使いそうな動きができることがある。</p> |
| | 運営管理能力 | <p>プロジェクト終了後も、CENARH等の養成校は順調に運営されている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・プロジェクト終了後、養成校は2校増設された。 ・CCIEを中心とした、保健・医療従事者に対する継続的トレーニングも各地で順調に開催されている。 ・「継続的トレーニング」にはCENARH等の卒業生ではなく、地方医療サービス提供者（医師、看護婦等）が参加している（各地における「継続的トレーニング」はプロジェクト開始以前からあったが、プロジェクトにより、その活動が活発化された。テキスト、ビデオ等の教材が充実し、講師の質も高くなった）。 <p>プロジェクトにより、始まった「看護教育開発委員会」は、プロジェクト終了後も発展し続けている。</p> |
| 財政的側面 | 予算の見通し | <p>教科書製作・販売によりCCIEの経済的自立性が確立された。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・CCIEで「教科書を製作・販売する」という機能が確立されたことにより、センターが現金収入を得ることができるようになり、CCIEの自立性の一助になっている。 <p>CCIEの実績により、他ドナーとの効率的連携が確立されて、資金援助を受けやすくなった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・国際協力庁を窓口として、OPS等のドナーから資金協力を得てテキストを開発するなどの連携が確立された。 |
| | 機材管理の見通し | <p>プロジェクト期間中に供与された機材のうち、ほとんどの物についての管理は財政的な問題なく行われている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・プロジェクト終了1年以上前から、プロジェクト終了後を見通した、供与機材の保守整備について日本側とホ側で話し合いをもって対処したため、プロジェクト後の機材整備についても大きな支障は出ていない。 ・供与された機材のうち、一部（コピー機とパソコン）が故障し、技術と資金不足で修理できないでいる。 |
| 技術的側面 | カウンターパートの活動内容 | <p>ホ国カウンターパートは、プロジェクト終了後も、更に活動を発展させている。今後も活発な活動が展開されると見込まれる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・近年の動きとして、CENARH等を終了した意欲のある看護補助員で、将来正看護婦をめざしたいと希望すれば、看護補助員として働きながら中学・高校を終了し、大学看護学部に入學でき、その際、CENARH等で取得したの1年間の単位が大学の単位として認められ、「2年生」として入學できるサポートシステムが確立されつつある。 ・近い将来に、より質の高い、看護教師養成のための、マスターコースを設立するプロジェクトを計画している。 ・農村僻地で活躍する保健ボランティアに対するトレーニングを、CCIEが中心となって、AMDA（日本のNGO）とともに実施することを計画している。 ・プロジェクトによって設立された「看護教育開発委員会」が中心となって、セミナー、ビデオ作成、テキスト作成、及び必要な調査を関係機関が分担して実施し、ホ国看護教育の質の向上に努めている。 |
| | 施設・機材の維持管理体制 | <p>プロジェクト期間中に供与された機材のうち、ほとんどの物についての管理は技術的な問題なく行われている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実習用のマネキンは時々壊れることもあるが、CCIEで修理できる。 |

(6) 効果発現促進・阻害要因

| 評価項目 | 結 果 |
|----------|---|
| 効果発現促進要因 | <p>「ホ国における看護補助員不足の解消」、「看護教育カリキュラムの改善」という、ホ国の保健ニーズにプロジェクトの目的がぴったり合致した。</p> <p>「看護」という分野は、先進国・開発途上国を問わず、国境・時間を越えた普遍性があり、「現在の日本の看護技術・看護精神」が、それほど形を変えることなく現在のホ国にそのまま理解・移転されることが可能であった。</p> <p>プロジェクトが良い成果を生み出したことで、プロジェクトの評判が高まり（関係者が動機付けされた）、多くの人々が興味をもって集まるようになり、これが更なる発展へとつながった。</p> <p>CCIEの設立により、国際開発庁とCCIEが媒介となって、ホ国に既に存在していたリソース（看護補助員養成校、大学看護学部、看護婦協会、保健省、国際協力庁等）を有機的につなげ、大きなダイナミズムを生み出した。</p> <p>日本側専門家チームは、言葉の問題を含めた技術・モチベーションとも非常に優秀で、指導を急がず、現状観察・分析に十分時間をかけた。</p> <p>日本側国内委員会によるサポートが非常に熱心かつ質の高いものであった。</p> <p>専門家・国内委員会ら日本人関係者による「看護教育技術移転」のみならず、「勤勉性」、「責任感」、「チャレンジ精神」といった「日本人による労働精神の移転」が理想的に行われた。</p> <p>ホ側カウンターパートの中心となった人材が非常に優秀かつ熱心であった。</p> <p>CCIEが教科書製作・販売によって所得を産めるようになったことで、ある程度の経済的自立性が確立された。</p> <p>日本におけるカウンターパート研修が効果的に実施された。</p> <p>JICAホンデュラス事務所によるサポート体制がしっかりしていた（ホ国におけるプロジェクト方式技術協力が少ないので、物理的・心理的にサポートしやすかった）。現在も、JICA事務所とCCIEとは、非常に良い関係にあり、コミュニケーションを絶えずもっている。</p> <p>小国ゆえに比較的小さな投入で全国レベルのインパクトが得られた。</p> <p>プロジェクト終了後も自分たちの力で他のドナー機関の資金協力を獲得できる“商品（教科書製作能力等）”生産能力が開発された。</p> |
| 阻害要因 | <p>ホ国における正看護婦については、正看護婦になる大変さ（大卒）に比較して給与等の待遇が非常に悪いため（小学校卒業＋1年のCENARH等でなれる看護補助員とそれほど給与は変わらない）、大学看護学部に来る生徒そのものが少なく、またせっかく大学看護学部を卒業しても、給与の良い商工業セクターに就職してしまうことが多い。</p> |

4 - 3 医療施設・機材整備への協力の評価

(1) 活動の目標達成度

| 評価項目 | 評価小項目 | 結 果 |
|---------|----------------|--|
| 成果の達成度 | 計画が予定どおり実施されたか | <p>首都圏病院網拡充計画</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「サ」病院産科1年目の取り扱い出産数は当初計画(月平均722出産)の50%であったが、2年目の現在は予定の70～80%の出産を取り扱っており、このまま順調に伸びれば3年目には予定の100%を達成できる見込み。 ・3か所の「救ク」のうち2か所において、建設2年目での患者数は、当初計画(月平均766患者)の140%を上回っている。残り1か所では予定の90%程度の患者数でやや利用率が低い。主たる患者は子供である。 ・3か所の「救ク」での出産数は当初計画(月平均70出産)の8%と極めて低い。平均出産数は月5～7件である。 <p>病院網強化計画(教育病院)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新生児集中治療室用の機材のおかげで、年間60児にしか対応できなかったのが、年間300児に対応できるようになった。 ・新生児中治療用機材のおかげで、集中治療室の新生児死亡率が33%から21%へと大幅に下がった。 ・日本の機材が入った外科病棟の救急室は看護婦不足のため、いまだに機能できないでいる。 <p>地域中核病院整備計画(サン・フランシスコ病院)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院サービスの質を改善することが大きな目標であった。この成果は十分達成された。特に診断技術、救急治療サービス、内視鏡検査技術等が向上した。 ・住民にも非常によく受け入れられており、3年前にアンケートを行ったところ、80%以上の住民が「病院のサービスに満足している」と答えた。 ・患者は当初予定よりも増加し、特に産婦人科、小児科は飽和状態になっている。 ・供与機材が壊れると修理できないことが多く、サービスが提供できない。 |
| 達成の阻害要因 | | <p>人材不足</p> <ul style="list-style-type: none"> ・公共セクターにおける人員整理が国家政策の重要項目の1つであるため、医療機関における人材不足の問題は基本的に解決が難しい。 ・人材不足のため、十全に使われない機材がある。 ・新しく養成された人材は、地方や、新しく設立された医療施設を中心に送られてしまい、既存施設にはなかなか派遣されない。 ・供与機材を十全に保守管理できる人材が少ない。 <p>宣伝不足</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「救ク」は、患者数は順調に伸びているものの、まだ宣伝が十分でないため、ターゲットになっている人口に十分利用されているとはいえない。「救ク」の存在、及び「救急」という定義についても住民はまだ十 |

| | | |
|----------------|--|--|
| <p>達成の阻害要因</p> | | <p>分理解していない。出口調査結果では教育病院産科利用患者のうち87%が、CESAMOでは80%が「救ク」について知らなかった。知っていた人のうち、大多数は「知人親類から聞いた」と答えた。これについては、新しい「救ク」が物質的・制度的に適切に確立するまで、公に対する大々的な宣伝は控えるよう保健省により指示されていることが主な原因と考えられる。</p> <p>資金不足</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 供与機材のうち、修理が高額であるものは、資金不足により修理できない。 ・ ハリケーン被害により資金不足は更に深刻になった。 <p>施設の不備</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 1か所の「救ク」の立地場所及び建設計画の問題により、クリニックが道路から目立ちにくかったり、クリニック周辺が暗くて、職員が強盗に襲われたりしたことがあった。1つのクリニックにおいて、アプローチの整備を実施中（保健省と日本政府が折半する？）。 <p>ニーズ把握の不備</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「救ク」で対応できる「切迫した正常出産」のニーズが、予定されていたよりも低かった。 |
|----------------|--|--|

(2) 活動の波及効果

| 評価項目 | 評価項目 | 結 果 |
|-------|-----------------------|--|
| 直接的効果 | 相手国が掲げる保健医療へ改善へのインパクト | <p>首都圏病院網拡充計画</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「『サ』病院産科棟の建設により、教育病院に集中しすぎていた産科患者が吸収され始めている」という証言を「サ」病院・教育病院をはじめいくつかの医療機関、政府機関で得た。しかし「サ」病院で正常出産を終えた産婦に対する出口調査結果によれば、「『サ』病院産科棟ができる前は教育病院を利用していた」と答えた患者は3%のみで、大多数は「初産であった(44%)」及び「母子クリニックを利用していた(38%)」であった¹。また、教育病院で正常出産を終えた産婦に対する出口調査では、「サ」病院産科棟の存在を知っている割合は67%であった。これら結果から、現時点において、「サ」病院産科棟建設が教育病院産科患者を吸収できているかどうかについて断定するのは時期尚早であると考えられる。 ・「『救ク』建設により教育病院に集中しすぎていた救急患者を吸収されている」という証言を「救ク」より得た。そして「救ク」での出口調査結果によっても、「救ク」利用患者のうち、20%が「『救ク』ができる前は、今回と同症状であれば教育病院を利用していた」と答えたことから、「救ク」が教育病院救急患者をある程度吸収していることがうかがえる。しかし残りの「救ク」出口調査対象者のうち、20%は「『救ク』ができる前は開業医を利用していた」、残りは「保健所・その他の保健省病院を利用していた」と答えた。また、教育病院での産婦に対する出口調査では、「『救ク』を知っている」と答えた産婦が2%しかいなかった。これら結果から「救ク」は教育病院救急患者を一部吸収し始めているが、まだ十分ではないということがいえる。 ・「救ク」において「切迫したお産に対処し、教育病院の産科患者を吸収する」とい効果は現時点であまり認められない。 |
| 間接的効果 | 国内の保健医療に対するインパクト | <p>地域中核病院整備計画</p> <ul style="list-style-type: none"> ・社会保険庁の病院が地域にないため、社会保険庁と調整して、保険庁病院ユーザーにもサン・フランシスコ病院で対応している。このため保険庁から補助金が入り、病院収入の5%くらいを占め、病院経営に役立っている。また、保険庁病院の医師も契約で派遣されている。ホ国ではまれなケース。しかしこの連携は正に今ホ国に必要とされているコーディネーションである。 |

1 全サンプル数39の小規模調査であるため、これら数値が統計的に有意であるとは断定できない。

(3) 投入に対する成果の効率性

| 評価項目 | 評価小項目 | 結 果 |
|---------------|-------|--|
| 投入の質・量・時期の妥当性 | 日 本 側 | <p>無償資金協力全般</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日本からの供与による施設・機材の質は高く、耐用年数も長く、最も基本的かつ必要な物が選定されていて、評価が高い（特に内視鏡の評価が高い）。 ・日本製の機材はメーカーが保証期間を最大限尊重するので、信用が大きい。 ・日本による医療施設建設は工期どおり完了するので、信用が大きい。 ・機材について故障しても現地でパーツが手に入らないなどの問題がある。 <p>首都圏病院網拡充計画</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「サ」病院の工期が予定どおり完了したことは評価されている。しかし細かい部分については、既に問題が発生している箇所がいくつかあり、早急な対応が要求される。 ・「サ」病院産科での出産費用は教育病院よりは高額（約4倍）であるにもかかわらず、その質の高い施設・サービスにより、患者数は増加している。「サ」病院産科で正常出産を終えた産婦に対する出口調査でも、親類知人から「『サ』病院産科はサービスの質が高い」と勧められて来た人が70%近くおり、実際に出産を終えてみて、自身も「スタッフも親切で、サービスに全く不満を感じなかった」と答えた人が9割を超えた。 ・「救ク」での出口調査で、「救ク」を選んだ理由で2番目に多かった答えが「知り合いの推薦（55%）」、2番目は「近くにある（37.5%）」、3番目は「早い対応（22.5%）」であった。これらのことから、「救ク」におけるサービスの質に患者は満足していることがいえる。 ・「救ク」の機材のうち、特にハリケーン後に罹患率が増加した呼吸器系の感染症治療のためネブライザーの利用頻度が高く、フィルター等の消耗パーツが早く疲弊する。しかし、これらパーツは本国になく隣国グアテマラでも問い合わせているが、入手困難。 ・3か所の「救ク」のうち2か所のヘマトクリット遠心分離機が供与時点から壊れている。 ・「救ク」にはクリニック長の部屋がないため、診察室の一部に机をおいでカーテン等で仕切って使っている。事務室は患者のカルテ等と事務職員の机を置いしまうと一杯で、クリニック長の居場所がない。 ・「救ク」の倉庫はメインビルディングの外にある。しかし、物資によってはメインビルディング内にストックしておく必要のあるものもある。しかし、これら物資のための倉庫スペースがないため、事務室が半分倉庫がわりに使用されていて、事務室は非常に狭くなっている。 |

| | | |
|-------------|-------------------------------------|--|
| | | <p>地域中核病院整備計画</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サン・フランシスコ病院は十全に機能している。病院、供与機材ともよく機能し、地域にしっかり受け入れられている。メンテナンス状態も良好である。 ・サン・フランシスコ病院では、当初建設された倉庫スペースが狭いので、病院敷地内に、倉庫を別に建設する予定を立てている。 ・サン・フランシスコ病院の救急室が狭い。 ・サン・フランシスコ病院には、建設当初、リハビリ室はなかったが、4年前から病院としてサービスを始めた。したがって、既存の病室をとりあえず使っているが、もともとリハビリ用でないので、狭い。 |
| | ホンデュラス側 | <p>無償資金協力全般</p> <ul style="list-style-type: none"> ・供与された施設・機材は、適切な担当スタッフにより十全に使用されている。 ・一部の機材について、ホ側の技術・資金不足により十全に使用されていないものがある。 |
| プロジェクトの支援体制 | 国内関係諸機関による支援体制 | <p>社会保険庁とのコーディネーション</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サン・フランシスコ病院では、保険庁病院とのコーディネーションにより、保健省が進める「インターセクトラル・コーディネーション(地域におけるリソースの効率的活用)」が理想的に行われている。 |
| 他関連活動との連携 | プロジェクト方式技術協力(看護教育) 青年海外協力隊、研修員等との連携 | <p>プロジェクト方式技術協力との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ・無償により建設された医療施設スタッフのトレーニングに、CCIEが深くかかわっている。 |
| | 他国援助機関・NGOとの連携 | <p>他ドナー機関との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「救ク」を全国50か所に拡充する計画をもつホ国保健省はスペイン政府に対し援助を申請中であり、スペイン政府も関心を示している。 |

(4) 計画の妥当性

| 評価項目 | 評価小項目 | 結 果 |
|------------------|-------------|--|
| プロジェクト 目標の妥当性 | 国家政策との整合性 | <p>「サ」病院産科棟、「救ク」建設は、「教育病院の混雑緩和をすることにより、教育病院本来の研究病院としての機能を取り戻す」という目的に合致していた。</p> <p>「救ク」は、国立病院・地域病院の管轄になる形で保健サービスの強化を図ろうとしており、国家が進めている地方分権化政策と矛盾する。</p> |
| プロジェクト 計画の妥当性 | 受益者ニーズとの整合性 | <p>整合しているポイント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「救ク」は、以前滞在したJICA日本人専門家（保健サービス）が教育病院を利用する救急患者を対象として行ったスタディにより、救急患者が多く発現する地区にプライオリティーをおいて、建設地を選択した。このため、救急クリニック利用患者は、3つのクリニックのうち2か所において、予定の140%の患者が利用している。1か所は予定の85%の患者が利用している。「救ク」利用患者のうち、20%は、「以前同じ目的であれば教育病院の救急サービスを利用していた」と答えた¹。 ・「救ク」での出口調査で、「救ク」を選んだ理由で1番目に多かった答えが「知り合いの推薦（55%）」、2番目は「近くにある（37.5%）」、3番目は「早い対応（22.5%）」であった。これらのことから、「救ク」におけるサービスの質に患者は満足していることがいえる。 ・「サ」病院産科と教育病院産科での出口調査結果で、正常分娩患者が「サ」病院産科で診察を受けるまでの平均待ち時間は2.4分であったのに対し、教育病院産科では平均2時間23分であることが分かった。また医療従事者にアテンドされた時間を比較したところ、「サ」病院産科では平均3時間であったのに対し、教育病院産科では平均1時間であった。さらに、「不満に感じた点」については、「サ」病院産科では90%以上が「不満は何もない」と答えたのに対し、教育病院産科では15%近くの患者が「スタッフが不親切・失礼」と答えた。これらからも、「サ」病院産科では「質の高いサービスを受けたい」と願う受益者のニーズが満たされていることが分かる。 ・サン・フランシスコ病院ではそのサービスの質の高さが住民に評価され、遠方の住民も3時間以上もかけてやってきたりするケースがある。「最寄保健所でもある程度同じサービスが受けられる」と説明しても、「同じサービスでも、ここサン・フランシスコ病院の方が満足する」と言う。 <p>整合していないポイント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・教育病院で正常出産した産婦に対する出口調査で、約3割の産婦が、「『サ』病院での出産費用は高額であるため（サ：300レンピラ、教育病院：75レンピラ）『サ』病院産科について知っていても、高くして利用できない」と答えた。 ・「救ク」の産科サービスは利用が低い。これは、現時点では、「救ク」において「切迫した正常分娩」しか扱えないことになっており、この需要が計画の際予定した数よりも少なかった。 |

| | | |
|--------------|---------------------------|--|
| プロジェクト計画の妥当性 | 実施機関ニーズ・人的、財政的キャパシティとの整合性 | <p>整合しているポイント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・多くの施設、供与機材は、ホ側の人的・財政的キャパシティにより十全に機能している。 ・「サ」病院での出産費用は教育病院よりも確かに高額ではあるが、病院が施設・機材を自力で保守整備するなど、自助努力をしていくために、300レンピラという額を出産費用として徴収するのは、決して法外な額とはいえない。個人開業医では更に高額の出産費用を徴収している。逆に、教育病院では、患者徴収費用は格安であるが、それゆえ、施設・機材をメンテナンスする資金に欠け、病院・機材が劣悪な状態にあるという慢性的問題を抱えている。 <p>整合していないポイント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・機材メンテナンスの技術が非常に低く、トレーニングを受けた技師がいない。皆、経験だけで機材メンテナンスにあたっているため、機材が十全に整備されない。 ・日本の無償資金協力による施設建設・機材供与に対して、保健省が必要な数の職員を補充できない場合がある。例えば、教育病院成人外科棟の救急手術室は、日本による供与機材がそろえられたが、看護婦が足りないため、十全に使われていないという状況にある（保健省及び教育病院について評価したUSAIDによれば、教育病院スタッフのモチベーションが低いと、職員数はいても、仮病で病欠したりサボったりしている職員が非常に多いということだそうである）。 ・「救ク」では、正常分娩しかアテンドしないのに、母子看護専門の看護婦が配置されている。逆に、教育病院では、ハイリスク分娩が多く、母子看護専門の看護婦が多数必要なのに、数が不足している。 |
| プロジェクト計画の妥当性 | 資源の公平配分(ジェンダー・平等) | <p>「救ク」は都市周辺部の比較的貧しい地域からのアクセスが良い。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「救ク」での出口調査で、「救ク」を選んだ理由で2番目に多かった答えが「近いから(37.5%)」であった。「救ク」は首都の周辺部のどちらかという貧しい地域にあり、そのような地域住民の救急医療施設へのアクセスがよくなったと評価できる。「救ク」利用患者(出口調査)の学歴分布と、基本計画による人口集中都市(テグシガルバ市、サン・ペドロ・スーラ市)での世帯調査による学歴分布はほぼ一致しており、このことから、「救ク」は異なった社会層の受益者に公平なアクセスを提供しているといえる。また、同じ出口調査で、患者の25%が「徒歩」で「救ク」へ行っているということも明らかになった。 <p>「サ」病院産科の出産費用は教育病院に比べて高いため、最も貧しい層の人々が利用しにくい傾向にある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「サ」病院産科は出産費用が教育病院の4倍(300レンピラ VS 75レンピラ)である。教育病院で出産した産婦に対する出口調査で、3割の産婦が「『サ』病院は費用が高くて出産できない」と答えた。また、「サ」病院産科・教育病院産科利用者(出口調査)の学歴分布と、基本計画による人口集中都市(テグシガルバ市、サン・ペドロ・スーラ市)での世帯調査による学歴分布を比較すると、「サ」病院産科利用者の学歴がやや高い傾向にあり、教育病院利用者の学歴分布は基本計画の結果とほぼ同一であった。開発途上国においては、一般的に学歴と経済状況は比例するという事実から「サ」病院産科利用者は平均よりやや裕福な階層であることが分かる。また、シングルマザーの割合を比較しても、「サ」病院産科利用者の場合全体の7%程度であったのに対し、教育病院産科利用者の場合は全体の20%と、「サ」病院産科利用者の倍以上であることが分かった。このことから、同様のことがいえる。 |

(5) 自立発展性

| 評価項目 | 評価小項目 | 結 果 |
|-------|--------|--|
| 組織的側面 | 政府の支援 | <p>保健セクター予算の増額</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 近日、保健と教育セクターにおける予算を増額する政策が発表され、今後保健セクターで人員が増やせることになった(10月末に発表された)。 <p>保健省による機材保守管理体制の不備</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 保健省のメンテナンス部門から、週3回、毎回2時間ずつ機材保守整備技術者が主な病院へ送られ、機材のメンテナンスにあたることになっているが、技術者不足で、現実にはなかなか予定どおり実施されない。 |
| | 運営管理能力 | <p>「サ」病院産科</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「サ」病院産科は、クライアント数が確実に伸びており、近い将来、既存のスタッフ数では患者に対応できなくなる(これには、「救ク」において、産科患者をあまり吸収できないでいることも影響している)。 ・ 病院側は、機材の保守整備のため、保健省側が看護婦、医療機材メンテナンス技術者など、必要な人材を補充してくれるよう要請しつづけている。いかに保健省を説得するかということに関し、要請書の効果的な書き方について研究している。 <p>救急クリニック</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「救ク」の運営について、当初は衛生区及び行政区(Municipio)の管轄になる予定であったが、衛生区事務所は昼間しか開いておらず、24時間体制である「救ク」において、夜間何か起こったときに対応できない。このため、「救ク」は形としては教育病院直属になった。しかし、実質的には保健省が直接管理しており、教育病院には人事等の決定権限が与えられていない。 ・ 住民側に混乱があって、「救ク」の性格を正しく理解しておらず、普通の保健所だと考えて、救急でない患者が来てしまう。来た患者はすべていったん受け入れ、診察するが、救急でない人については、患者のカルテがあり、病歴や予防接種実施記録が分かる、最寄保健所で診察手当を受けるよう、指導している。保健所の時間外、及び休日は救急でなくても受け入れている。 ・ 「救ク」の1つの問題として、情報システムが整備されていないことがある。例えば、破傷風やライ病の患者など、適切な追跡ケアが必要な患者が来た場合も、「救ク」という一時的な医療システムであるという性格から、患者の追跡ケアができないでいる。 <p>サン・フランシスコ病院</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院開設当初は問題なかったが、患者の需要が想像以上に増え、特に産婦人科と小児科で患者の飽和状態が起きている(スペースの問題)。 ・ 患者数の増加により、看護婦の数が十分でなくなり、入院患者のケアが十分できない。病院設立当初は、少し看護婦を増員してくれたが、十分な数ではなかった。しかし、保健省と大蔵省の方針では、既存の病院への職員増加は難しいため(CESAMO、CESAR等の新しく建てられる施設に看護婦、医師は優先的に回される)、今後の対策が必要(入院患者が看護婦のケアを受けられる時間は、1人1日6分程度)。 ・ 社会保険庁の病院が地域にないため、社会保険庁と調整して、保険庁病院ユーザーにもサン・フランシスコ病院で対応している。このため社会保険庁から補助金が入り、病院収入の5%くらいを占め、病院経営に役立っている。また、保険庁病院の医師も契約で派遣されている。 |

| | | |
|-------|---------------|---|
| 財政的側面 | 予算の見通し | <p>教育病院・「サ」病院</p> <ul style="list-style-type: none"> 施設・機材メンテナンスのための財源として、国内慈善団体(「医師の妻の会」「病院援助協会」「小児ガン援助協会」)からの寄付と、病院自身もつメンテナンス用予算である。しかし、いずれも十分でない。 <p>救急クリニック</p> <ul style="list-style-type: none"> ホ国には、保健所以上の能力をもつ医療施設が必要であるが、ホ国にこれ以上病院を増やす予算はない。その点「救ク」は、「入院」、「給食」といった付帯サービスが必要ないため、病院よりも低いコストで運営でき、現在のホ国の実状に沿っている。 「救ク」に自治権はなく、教育病院の管轄になっているので、患者から徴収する治療費はすべて教育病院に収めなくてはならない。その7割を、クリニックに再び還元してくれることになっているが、実際はそれほど戻ってきていない。クリニックとしては、財政については、各クリニックの独立採算制にしてもらい、クリニックが自由に財源を使用できるようにしてほしいと望んでいる。そうすれば、消耗品も自由に購入できるし、契約ベースの医師の数も増やせる。今は11人の医師しかいないので、3交代制のローテーションを組むと、各時間帯にいるのは1人の医師だけになってしまい、十分な対応ができない。また、医師が休みをとることも難しい(常に2人の医師が24時間いる状態にするためには、合計24人の医師が必要)。 <p>サン・フランシスコ病院</p> <ul style="list-style-type: none"> 予算は十分ではないが、社会保険庁からの補助金があるので、少しは余裕がある。また、患者から徴収する料金も、重要な収入の一部。この社会保険庁からの補助金と、患者収入が、病院歳入全体の9%程度を占めている。これら歳入で、なんとか病院財政をまかなっている。 |
| | 施設・機材管理の見通し | <p>予算不足とハリケーンのダメージ</p> <ul style="list-style-type: none"> ハリケーンにより大きなダメージを受けた機材は修理に大きな費用を要するため、壊れたまま放っておかれているものが多い。 慢性的予算不足により、施設・機材メンテナンスが十分できない。 |
| 技術的側面 | カウンターパートの活動内容 | <p>無償による施設・機材一般はカウンターパートの技術レベルに合わせた適切な選択がされた。</p> <ul style="list-style-type: none"> 無償による施設・機材一般の持続的利用について、全体としては、現在カウンターパートの技術レベルで対応することに問題はなく、施設・機材の選定は適切であったと評価できる。 「救ク」ではカウンターパートの技術を養成中である。 「救ク」各部署の職員は「救急治療」ということについて、全員が特別なトレーニングを受けているわけではないので、まだ十分なサービスを提供できていない。今後、何が問題なのかを明らかにし、サービスの向上に努める必要がある。このため、国家専門職養成研究所(Intituto Nacional de Formación Profesional: INFOP)が作成した、「スタッフトレーニングのための、組織内の問題発見アンケート」を実施する計画が立てられている。 クリニック内に、小さな図書コーナーを設け、スタッフが能力向上できるようにする計画がある。 |
| | 施設・機材の維持管理体制 | <p>無償による多くの施設・機材はほぼ問題なく使用され、保守・管理も適切にされている。</p> <p>一部の機材、施設の保守管理について、十分な技術をもつ専門家がホ国で絶対定に不足しているため、一度壊れると対応できない場合がいくつかある。</p> |

(6) 効果発現促進・阻害要因

| 評価項目 | 結 果 |
|----------|---|
| 効果発現促進要因 | <p>日本政府により質の高い施設建設・機材供与が行われ、実施機関・受益者の双方に高く評価されて受け入れられた。</p> <p>他のドナー機関が近年ほとんど手を付けていない分野（医療施設建設・医療施設への機材供与）であったため、ホ側の強いニーズがあった（他のドナーは近年PHCの活動が中心）。日本政府による施設建設・機材供与の選択が適切で、実施機関・受益者のニーズに合致していた。</p> <p>他の日本政府による援助スキーム（看護教育等）と無償による施設建設が有機的に結びついた。</p> |
| 阻害要因 | <p>人材不足</p> <ul style="list-style-type: none"> ・公共セクターにおける人員整理が国家政策の重要項目の1つであるため、医療機関における人材不足の問題は解決が難しい。新しく養成された人材は、地方や、新しく設立された医療施設を中心に送られてしまい、既存施設にはなかなか派遣されない。 ・供与機材を十全に保守管理できる人材が少ない。 <p>宣伝不足</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「救ク」はまだ宣伝が十分でないため、十分利用されていない。これについては、新しい「救ク」が物質的・制度的に適切に確立するまで、公に対する大々的な宣伝は控えるよう保健省により指示されている。 ・「サ」病院産科棟でも、患者数は伸びてはいるものの、必ずしも教育病院産科の患者を吸収しているわけではない理由として、「サ」病院の出産費用が教育病院より高額（4倍）であること、及び「サ」病院産科棟がまだ十分知られていないことがあげられる。出口調査では教育病院産科利用者の67%、CESAMO・「救ク」ではともに55%が「サ」病院産科について知っていた。 <p>資金不足</p> <ul style="list-style-type: none"> ・供与機材のうち、修理が高額であるものは、資金不足により修理できない。 ・ハリケーンのダメージで資金不足はより深刻になった。 <p>施設の不備</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1か所の「救ク」の立地場所及び建設計画の問題により、クリニックが道路から目立ちにくかったり、クリニック周辺が暗くて、職員が強盗に襲われたりしたために、夜間診療はしていたものの、戸は閉めていた時期があり、住民はこれを「『救ク』は24時間サービスを止めてしまった」と誤解したことがあった。1つのクリニックにおいて、アプローチの整備を実施中（保健省と日本政府が折半）。 <p>ニーズ把握の不備</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「救ク」で対応できる「切迫した正常出産」のニーズが、予定されていたよりも低かった。 |

第5章 教訓・提言

第4章で述べた日本政府による保健医療協力活動のインパクト評価の結果、以下のような提言・教訓が導きだされた。

(1) 基本計画

| | |
|-----|--|
| 提 言 | <p>「ハリケーン後の現在の状況に合わせて、基本計画を修正したいが、予算がなく実現できないので日本政府に協力してほしい」という要望がホ国から強く出ている。これについて、日本側として協力を実施することにより、基本計画が効果的に利用される可能性が更に高まるといえる。</p> <p>基本計画には、いろいろな可能性が詰まっているが、まだその一部しか利用されていない。今後より有効利用されるために、例えば日本人専門家をホ側に配置して、プラン実用化のためのアドバイスを長期的に行うことができれば理想的である。基本計画はできたが、ホ国にはこれを十分実用化していく力に欠けるため、更なる実用化に向けて、ホ国保健省とともに、インターセクトラルな会議を継続的に開催するなどの、日本側によるコミットメントが望まれている。</p> <p>基本計画から始まった「救ク」は、医療施設を充実する必要があるホ国にとって、保健所よりは整備された機能を持ち、病院よりは運営コストの低い施設として、今後全国レベルに広げられようとしており、大きな期待が寄せられている。しかし管理・運営方法についてはまだ十分確立されておらず、これについて十分な検討がされたあと、全国展開することが望ましいといえよう。</p> |
| 教 訓 | <p>基本計画全体についているいろいろな機関から「使えるところ、使えないところがある」という批評が出てきている。これは、基本計画立案時に、「基本計画の利用者が誰であるか」について十分に検討することなしに活動が開始されたことが主な原因と考えられる。予想される利用者として以下a、b、cがあげられるが、基本計画立案前に、利用者が以下のいずれであるのか特定されるべきであった。</p> <p>a. 日本政府（日本政府によるホ国に対する保健セクター援助の指針として利用する。この場合、日本政府として援助可能な範囲に計画は限定されるべき）</p> <p>b. ホ国保健省（ホ国の保健状況改善のために利用する。この場合、財政的・技術的にホ国自身で基本的にも実現可能な計画である必要がある）</p> <p>c. 日本を含むドナー機関（基本計画をドナー機関が利用する。この場合、ドナー側に「現状調査」のニーズがあるのか、「基本計画」のニーズがあるのかどうか事前に十分検討されるべき）</p> |

(2) 人材育成

| | |
|------------|---|
| <p>提 言</p> | <p>当該プロジェクトのように、大きな成功を収め、プロジェクト終了後もその効果を「持続」ならず、「自立発展」しつづけているようなものについては、日本政府としても可能な限りの積極的なフォローを続けていくべきである。成功を収めたプロジェクトについて継続的フォローをすることにより、ホ国における日本政府の存在・活動について内外ともに印象づけることができると同時に、ホ国プロジェクト関係者のモチベーションを更に高めてプロジェクトの持続発展的效果を生み出す(これには、当プロジェクトの本拠地であるCCIEが、保健省トップの交代により、保健省内で他の目的に使われてしまわないよう監視するという役割も含んでいる)。</p> <p>当該プロジェクトの効果を波及していくために、JICAの他スキームによる活動と有機的に結びつけていくことはそれぞれのプログラムの効果を高めるのに有効である。無償資金協力やプロジェクト方式技術協力による医療施設のスタッフトレーニング、また第三国研修の開催による近隣諸国関係者との交流・意見交換等を通して、プロジェクトの効果を波及していくことができる。</p> |
| <p>教 訓</p> | <p>当該プロジェクトから学べる「プロジェクト方式技術協力を成功に導く教訓」として、前項であげた効果発現要因の内なるべく多くを満たす努力をすることが重要であるといえる。</p> <p>相手国ニーズを的確に把握する。</p> <p>先進国・開発途上国を問わず、できるだけ国境・時間を越えた普遍性ある協力テーマを選択する。</p> <p>プロジェクトが被援助国既存のリソースを有機的につなげ、大きなダイナミズムを生み出していけるよう、媒介者としての働きをする。</p> <p>言葉の問題を含めた、技術・モチベーションとも優秀な日本側専門家をリクルートする。</p> <p>日本側専門家チームは指導を急がず、現状観察・分析に十分時間をかける。</p> <p>継続的サポートが可能な、モチベーションの高い日本側国内委員会を選定する。</p> <p>優秀かつ熱心なカウンターパートをリクルートする。</p> <p>プロジェクト本体が何らかの現金収入を得られ、自立発展していける一助となるよう計画する。</p> <p>カウンターパートのニーズと、日本におけるカウンターパート研修を合致させる。</p> <p>現地JICA事務所による継続的サポートを実施する。</p> <p>プロジェクト終了後も自分たちの力で他のドナー機関の資金協力を獲得できる“商品生産能力開発”をプロジェクトの重要なコンポーネントとして入れる。</p> |

(3) 医療施設・機材整備への協力の評価

| | |
|------------|---|
| <p>提 言</p> | <p>無償による施設・機材保守管理</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ホ国の公立医療施設において、機材メンテナンスの問題は重要かつ深刻である。国における技術者の数が絶対的に不足しており、また、技術者を養成する教育システム・機関もない。これについて、日本政府による以下のような協力の可能性がホ国・日本側関係者により提案された。 <ul style="list-style-type: none"> a.日本人の医療機器整備専門の青年海外協力隊等を病院に派遣し、ホ国技術者の技術、及び日本人の労働精神をホ国職員に移転し、職員の技術・モチベーションを高める。 b.日本の外務省のなかで、供与機材予算の何%かを「機材パーツ費」として、メンテナンスにまわすという構想を実現する。 c.ホ国では機材整備の能力がまだ低いというに、ハリケーンによる財政難に苦しんでいるという現実を踏まえ、同じ医療施設に「第2回目の無償プログラム」という形で、機材供与をフォローアップする。そうしないと、最初の無償で発生した裨益効果が継続しなくなってしまう。 <p>「救ク」の今後について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「救ク」を全国レベルに拡充していく前に、「救ク」システムの発足と深いかわりのある日本政府として、「救ク」の管理・運営方法がどのように確立されるのかについて、ホ側の動きを監視する。 <p>第7保健地域リプロダクティブ・ヘルス向上プロジェクト</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サン・フランシスコ病院では、小児科、産婦人科患者が増えて飽和状態にある。第7衛生地域で、CESAMOをアップグレードした医療施設を建設し、サン・フランシスコ病院の患者を一部吸収するという活動を「プロジェクト方式技術協力・第7保健地域リプロダクティブ・ヘルス向上プロジェクト」で検討してもらう(病院の40%は産婦人科患者、30%は小児科患者)。 |
| <p>教 訓</p> | <p>無償資金協力と実施機関人材不足の問題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ホ国における保健セクターの絶対的な人材不足は深刻な問題であるが、国の政策としてホ国公共セクターにおける人材削減が実施されている現在、保健セクターだけ人材を増加させるということは基本的に困難である。近日、ホ国政府が保健・教育セクター人材増加のための特別予算を発表したが、これがどの程度ホ国保健セクターの人材不足問題解消につながるのかまだ実態ははっきりしない。こういった厳しい状況ではあるが、今後ホ国に対して日本政府による無償資金協力が実施される場合、建設される施設、供与される機材について、それらを使用して十全に保健サービスが実施できる人材について、その数・質を保健省に保証してもらったうえで協力を進めることが非常に重要であると考えられる。 |

付 属 資 料

- 1．用語・略語の説明
- 2．ローカルコンサルタント委託調査概要及び調査票
- 3．キーインフォーマントインタビュー：調査対象者
- 4．ホンデュラスにおける最近17年間のプロジェクト方式
技術協力・無償資金協力実績及び計画一覧
- 5．参考資料
- 6．日本政府による主な協力実績

1. 用語・略語の説明

| | |
|-------------------------|---|
| AMDA | : Association of Medical Doctors of Asia (アジア医師連絡協議会) |
| Auxiliar de Enfermer a: | : 看護補助員 |
| Ayudante de Enfermer a | : 看護アシスタント |
| CCIE | : Centro de Capacitaci n e Investigaci n en Enfermer a (看護教育強化センター) |
| CENARH | : Centro Nacional de Adiestramiento de Recursos Humanos (看護補助員養成校 テグシガルパ校) |
| CESAMO | : Centro de Salud con Medico (医師の常駐する保健所) |
| CESAR | : Centro de Salud Rural (医師の常駐しない保健所) |
| Enfermera Profesional | : 正看護婦 |

2. ローカルコンサルタント委託調査概要及び調査票

以下、3つの調査を、ホンジュラスのローカル・コンサルタント（ESA）に依頼実施した。以下、その調査概要について記述する。

- ・医療施設における出口調査
- ・看護補助員養成校 テグシガルバ校卒業生とのインデプス・インタビュー
- ・看護教育強化センター（CCIE）でセミナーを受講した保健医療従事者とのインデプス・インタビュー

1. 医療施設における出口調査

(1) 方法

1) サンプル数合計：149

調査日数に制約があり、5 間ですべての調査を終えなければならなかったため、5 日間で採取できるサンプル数を下記の各医療機関に割り当てた。従って、サンプル数算出に関して、統計的に有効となるプロセスは取られていない。

- ・ サンフェリペ病院産科 正常分娩を終えた産婦 39 名
- ・ 国立教育病院 正常分娩を終えた産婦 30 名
- ・ 保健所（CESAMO） 利用患者 40 名
- ・ 救急クリニック 利用患者 40 名

2) 質問票

日本側調査団がオリジナルの英語版を作成し、これをローカルコンサルタントがスペイン語訳した。

3) 調査実施者

ローカル・コンサルタントが担当した。

(2) 結果要旨

1) サンフェリペ病院（以下「サ病院」と略して表記）産科利用者の回答

- ・ サ病院産科利用産婦のうち、「サ病院産科棟ができる前は教育病院を利用していた」と答えた者は 3%のみで、大多数は「初産であった（44%）」及び「母子クリニックを利用していた（38%）」であった。
- ・ サ病院産科利用産婦のうち、「親類知人から“サ病院産科はサービスの質が高い”」と進められ来た人が 70%近くを占めた。
- ・ サ病院産科利用産婦のうち、「スタッフも親切で、サービスに全く不満を感じなかった」と答

えた人が 90%を超えた。

- ・サ病院産科利用産婦が、診察を受けるまでの平均待ち時間は 2.4 分であった
- ・サ病院産科利用産婦が医療従事者にアテンドされた時間は平均 3 時間であった
- ・サ病院産科は正常分娩費用が平均 Lps.300.00 である。
- ・サ病院産科利用産婦のうち、シングルマザーの割合は 7% 程度であった

2) 教育病院産科利用者の回答

- ・教育病院利用産婦のうち、「サ」病院産科の存在を知っている者は 67%であった。
- ・教育病院利用産婦のうち、救急クリニックを知っている者は 2%であった。
- ・教育病院産科利用産婦が診察を受けるまでの平均待ち時間は平均 2 時間 23 分であった。
- ・教育病院産科利用産婦が医療従事者にアテンドされた時間は平均 1 時間であった。
- ・教育病院産科利用産婦が「病院サービスで不満に感じた点」について、15%近くの患者が「スタッフが不親切・失礼」と答えた。
- ・教育病院産科は正常分娩費用が平均 Lps.75 である。
- ・教育病院利用産婦のうち 30%が「サ病院は費用が高くて出産できない」と答えた。
- ・教育病院利用産婦のうちシングルマザーの割合は 20%であった。

3) 救急クリニック（以下「救ク」と略して表記）の回答

- ・「救ク」利用患者のうち、20%が「『救ク』ができる前は、今回と同症状であれば教育病院を利用していた」と答えた。残り 20%は「開業医」、その他は「保健所・その他の保健省病院」を利用していたと答えた。
- ・「救ク」利用患者のうち、「救ク」を選らんだ理由で 1 番目に多かった答えが「知り合いの推薦 (55%)」、2 番目は「近くにある (37.5%)」、3 番目は「早い対応 (22.5%)」であった。
- ・「救ク」利用患者のうち 25%は「徒歩」で「救ク」へ行っているということが明らかになった。
- ・「救ク」利用患者のうち 55%が「サ」病院産科について知っていた。

2. CENARH 卒業生とのインデプス・インタビュー

(1) 方法

1) サンプル数合計：11

| 医療施設 | 看護補助員養成校卒業年度 | 人数 |
|-----------|--------------|----|
| 保健所 | 1994 | 1 |
| | 1996 | 1 |
| | 1997 | 1 |
| | 1998 | 1 |
| サン フェリペ病院 | 1998 | 2 |
| | 1999 | 3 |
| 救急クリニック | 1997 | 1 |
| | 1998 | 1 |
| 合計 | | 11 |

2) 質問票

日本側調査団がオリジナルの英語版を作成し、これをローカルコンサルタントがスペイン語訳した。

3) 調査実施者

ローカル・コンサルタントが担当した。

(2) 結果要旨

- ・学習したことは、とても実践的で、現在保健所で働くの十分応用できて満足している。(3名)
- ・特にコミュニティレベルでの健康管理、母子保健、リプロダクティブヘルスという観点において、養成所で学んだことは有用であった。(3名)
- ・しかし、「疾病の診断」という点については、もう少し深く学ぶことができればよかった。これに関する知識が足りないと感じる。(2名)
- ・「新生児ケア」「出産」「母乳栄養」についてもっと学びたかった、なぜならこの時期の子どもの疾病についての知識がなく、保健所において患者に十分対応できない。(1名)
- ・「患者リファーマ」についてもっと学ぶ必要があった。(2名)
- ・「性感染症」については、学んだことをあまり役立てることができない、なぜなら保健所で「性感染症患者」に対応している看護婦は一名だけであるから。(1名)
- ・CENARH の教師は大変質が高く、教授法もしっかりしていた。難しい問題を質問しても適切に答えられた。生徒との信頼関係も強かった。皆時間を厳守し、責任感が強かった。皆、養成所の決まりを厳守し、生徒を一人の人間として尊敬して接してくれた。非常に厳しかったけど、でも看護について学習するのに必要な厳しさだった。(7名)
- ・一部の教師に特定の生徒を差別していつも厳しい態度を強要する人がいた。(1名)
- ・図書館の書籍について、数や種類はたくさんあったが、十分ではなく、また古くて現状にそぐわない内容

のものもいくつかあったため、調査プロジェクト等をするときには、外部機関の文献を参照しなければならないケースが多くあった。(3名)

- ・ビデオ等の教育教材、実習のための機材はとても質が高く、教育効果をあげるのに役だっていたと思う。これら教材をうまく使って、理論と実践をコンビネーションした教育を行っていた。満足している。特に出産の実際についてマネキンを使って学習したことは非常に効果的であった。(3名)
- ・将来は正看護婦を目指しており、そのために中等教育を続けている。(6名)
- ・最近まで、正看護婦になるために、遠隔中等教育を受講していたが、色々考えた末、正看護婦になるには色々な面、特に財政的負担が重すぎるという結論に達し、やめることにした。(3名)
- ・正看護婦になるということは、看護婦としての長になることだが、これら部下に命令することが仕事である長は嫌われることが多いので、自分としては、さほどなりたいとは思わない。(1名)

3. 看護教育強化センター（CCIE）でセミナーを受講した保健医療従事者とのインタビュー

(1) 方法

1) サンプル数合計：14

| 医療施設 | 役職 | セミナー内容 | 人数 |
|----------|-------|-----------------|----|
| 保健所 | 医師 | リプロダクティブヘルス | 3 |
| | 正看護婦 | リプロダクティブヘルス | 1 |
| | 看護補助員 | リプロダクティブヘルス | 2 |
| サンフェリペ病院 | 正看護婦 | リプロダクティブヘルス | 1 |
| | 看護補助員 | 機材の取り扱いと職場の人間関係 | 1 |
| 救急クリニック | 正看護婦 | リプロダクティブヘルス | 2 |
| | 看護補助員 | リプロダクティブヘルス | 2 |
| 合 計 | | | 12 |

2) 質問票

日本側調査団がオリジナルの英語版を作成し、これをローカルコンサルタントがスペイン語訳した。

3) 調査実施者

ローカル・コンサルタントが担当した。

(2) 結果要旨

- ・リプロダクティブヘルスの中の家族計画・子宮ガン等について非常に重要なことを学んだ。女性に対する家庭内暴力、青少年に対するリプロダクティブヘルス等、現場で役立つ、非常に有用なセミナーだった。(10名)
- ・いくつかのテーマについては、所属先医療機関では応用できないものであった。救急患者に対するアテンションについてもっと学びたかった。(2名)
- ・講師がこのテーマについて熟知していなかったためか、一部十分教えることができなかったようだ。
- ・テーマが多すぎて、消化不良気味だった(1名)
- ・参加者が均質でなかったため(医師・看護婦・補助看護婦)、特に医師にとっては必要のない、基本的すぎるテーマがあったりした。(1名)
- ・気分転換の時間が長すぎた。(1名)
- ・セミナーの時間が長すぎた(7時半から4時半まで)。(2名)

JICA—ESA CONSULTORES
SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA MEJORAMIENTO RED UNIDADES MEDICAS
ENTREVISTA DE SALIDA EN LAS UNIDADES MEDICAS

CONTROL DE LA ENTREVISTA

No. boleta |_____| |_____| |_____| Tipo: _____ |_____| Nombre: _____

| CONTROL DE RESULTADO | CONTROL DE ENTREVISTA | PERSONAL PARTICIPANTE |
|-----------------------------|-----------------------|---|
| 1 Realizada 2 Incompleta | Fecha: Hora: | Encuestador _____ Supervisor _____ Codificador _____ Digitador _____ |

Introducción: Como está usted?... Mi nombre es _____. Vengo de la Secretaría de Salud, y le agradezco mucho que me concediera unos minutos para contestar algunas preguntas acerca de los servicios de salud que recibió este día. La información está siendo recogida para entender mejor que piensan los pacientes sobre los servicios que reciben aquí. La entrevista será anónima y las respuestas que nos dará serán confidenciales. Acepta usted que le haga las preguntas?

SECCION 1
DATOS GENERALES

1. Sexo del entrevistado

1. Hombre
2. Mujer

2. Cuántos años tiene usted?

1. Menos de 20 años
2. 20 a 29 años
3. 30 a 39 años
4. 40 a 49 años
5. 50 a 59 años
6. 60 a 69 años
7. 70 años o más
9. No responde

Nota: Si el entrevistado es quien recibió la consulta **IR A PREG. 6**

3. ¿Cuál es su relación con el paciente?

1. Padre/Madre
2. Abuelo/Abuela
3. Hermano/Hermana
4. Otro pariente
5. Amigo o vecino
6. Otro
9. No responde

4. Sexo del paciente

1. Hombre
2. Mujer

5. ¿Cuántos años tienen el (la) paciente?

1. Menos de 5 años
2. 5 a 9 años
3. 10 a 19 años
4. 20 a 29 años
5. 30 a 39 años
6. 40 a 49 años
7. 50 a 59 años
8. 60 a 69 años
9. 70 años o más
99. No responde

6. ¿Cuál es su nivel más alto de educación?

1. No fue a la escuela
2. Curso de alfabetización
3. Primaria (1 a 3er grado)
4. Primaria (4 a 6to grado)
5. Secundaria
6. Universidad
7. Post-universitario
9. No responde

7. ¿Cuál es su ocupación?

1. Ama de casa
2. Agricultor
3. Empleado pagado
4. Auto-empleado
5. Estudiante
6. Otro. Especificar _____
99. No responde

8. ¿Cuál es su estado civil?

1. Soltero/a
2. Casado/a

3. Unión libre
4. Separado/a
5. Divorciado/a
6. Viudo/a
9. No responde

9. ¿Qué medio de transporte utilizó para llegar aquí?

Respuesta múltiple

1. Caminando
2. Bus
3. Bicicleta
4. Taxi
5. Carro particular
6. Motocicleta
7. Otro especificar: _____

10. ¿Cuánto gastó en transporte para llegar aquí?

Lps. _____

SECCION 2
INFORMACION SOBRE LA CONSULTA

11. ¿Cuál fue el problema de salud por el que vino a consulta a este centro el día de hoy?

12. ¿Hay distinto tipo de centros de salud como los hospitales públicos, centros de salud o clínicas privadas, etc. Por qué escogió usted venir hoy a este lugar en lugar de ir a otro centro de salud u hospital? *Respuesta múltiple*

13. ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar desde que llegó hasta que lo (la) atendieron?

_____ horas

_____ minutos

14. Sin contar el tiempo de espera ¿Cuántos minutos duró su consulta?

_____ horas

_____ minutos

15. En total ¿cuánto pagó por los servicios de salud que recibió este día?

Lps. _____

16. ¿Le dieron medicinas el día de hoy?

1. Sí
2. No

17. ¿Qué es lo que le gusta de los servicios de salud que brindan en este centro u hospital? *Respuesta múltiple*

18. ¿Qué es lo que no le gusta de los servicios de salud que brindan en este centro u hospital? *Respuesta múltiple*

Entrevistados Hospital Escuela **IR A PREG. 19**
Entrevistados/as CESAMOS **IR A PREG. 20**
Entrevistados/as CLIPER **IR A PREG. 21**
Entrevistados Hospital San Felipe **IR A PREG. 22**

19. ¿Por qué no fue al Hospital San Felipe para tener su bebé?

20. ¿Ha oído usted acerca de la nueva Sala de Maternidad del Hospital San Felipe?

1. Sí
2. No } **IR A PREG. 22**

21. ¿Ha oído usted acerca de la nueva Sala de Maternidad del Hospital San Felipe?

1. Sí
2. No } **IR A PREG. 23**

22. ¿Ha oído acerca de las nuevas clínicas de emergencia (CLIPER)?

1. Sí
2. No

PARA ENTREVISTADOS HOSPITAL ESCUELA Y CESAMOS —
FINALIZAR LA ENTREVISTA

23. ¿Cómo supo de los servicios de esta clínica (hospital)?

24. Estas instalaciones son relativamente nuevas. A donde acostumbraba a ir anteriormente para el tipo de consulta por el que vino hoy?

25. Sabe usted que organización don estas instalaciones de salud?

1. S
2. No sabe/No responde—**FIN ENTREVISTA**

26. Me puede decir el nombre de la organización?

FIN DEL CUESTIONARIO

Muchas gracias por su cooperación. Sus opiniones serán de gran ayuda para nosotros.

<CENARH 卒業生とのインデプス・インタビュー 質問票>

II. ENTREVISTA DE PROFUNDIDAD:

Preguntas para ex-estudiantes del CENARH

(dirigido a Auxiliares de Enfermería)

Como está usted? Mi nombre es _____ Pertenezco al Equipo de Evaluación de la Agencia de Cooperación Internacional (JICA), la cual apoya el Centro de Capacitación e Investigación (CCEI). Le estaríamos agradecidos si usted toma unos minutos de su tiempo para responder algunas preguntas respecto a la educación que usted ha recibido del CENARH. La información está siendo recogida para comprender mejor la situación del CENARH. No registraremos su nombre y su respuesta será totalmente confidencial. Aceptaría contestar algunas preguntas?

Categoría y Nombre del establecimiento Hospitalario:

En qué año finalizó en CENARH:

Dentro de las clases que usted tomó, cuáles encontró útiles y por qué?

Dentro de las clases que usted tomó, cuáles encontró menos útiles y por qué?

Qué tipo de temas le hubiese gustado aprender más para mejorar sus habilidades y por qué?

Cuál fue su impresión de los instructores en CENARH?

Qué pensó acerca de los materiales educativos del CENARH, tales como textos, videos y otros equipos para prácticas, y por qué?

¿Está usted planeando ser una enfermera licenciada en el futuro? Si es así, ¿va a continuar estudiando ahora en la escuela secundaria o preparatoria para serlo?

Muchas gracias por su cooperación. Sus opiniones serán de gran ayuda para nosotros.

<看護教育強化センター（CCIE）でセミナーを受講した

保健医療従事者とのインデプス・インタビュー 質問票>

III. ENTREVISTA DE PROFUNDIDAD:

Preguntas para ex-participantes de los seminarios realizados en el Centro de Capacitación e Investigación de Enfermería

(dirigido a médicos, enfermeras y auxiliares)

Como está usted? Mi nombre es _____ Pertenzo al Equipo de Evaluación de la Agencia de Cooperación Internacional (JICA), la cual apoya el Centro de Capacitación e Investigación (CCEI). Le quedamos agradecidos si usted toma unos minutos de su tiempo para responder algunas preguntas respecto al seminario en el cual participó en el Centro antes mencionado. La información está siendo recogida para comprender mejor como se sintió con el seminario del CCEI. No registraremos su nombre y su respuesta será totalmente confidencial. Aceptaría contestar algunas preguntas?

Categoría y Nombre del establecimiento Hospitalario:

Título del entrevistado (médico, enfermera o auxiliar):

En qué año participó en el seminario de CENARH?

Cuál fue el principal tema del seminario en el cual participó?

Dentro del seminario en el que participó, qué temas encontró útiles para mejorar sus habilidades? Por qué?

Dentro del seminario en el que participó, qué temas encontró menos útiles para mejorar sus habilidades? Por qué?

Qué temas le hubiera interesado aprender para mejorar su habilidad para trabajar en este centro de salud u hospital? Por qué?

Muchas gracias por su cooperación. Sus opiniones serán de gran ayuda para nosotros.

3. キーインフォーマントインタビュー：調査対象者

対象者数：28名

| 月 日 | 組 織 | 役 職 | 氏 名 |
|--------------------|------------------|---------------------|-----------------------------------|
| 10月25日、11月5日 | 国際協力庁 | 次官 | Lic. Guadalupe Hung |
| 10月26日 | サンフェリペ病院 | 院長 | Dr. Mario Soto Carbajal |
| 〃 | | 産科部長 | Dr. Cesar A. Banegas Avila |
| 〃 | | 青年海外協力隊 | 古崎佳代 |
| 11月4日 | | 看護婦長 | Lic. Albertina D az de G mez |
| | | 内科医（元派遣研修員） | Dr. Guillermo Perez Muguia |
| 10月26日、11月1日、11月5日 | 保健省 | 次官 | Dr. Victol Melendez Colindras |
| 10月27日 | 国立教育病院 | 院長 | Dr. Carlos Huezo |
| 〃 | 看護教育研究センター | ディレクター | Lic. Liliana Mejia |
| 〃 | | オーディオビジュアル・コーディネーター | Lic. Alba Luz de Mahoudeau |
| 〃 | | トレーニング・コーディネーター | Lic. Rosa Haydie Arge al Corraedo |
| 〃 | JICA ホンジュラス事務所 | 次長 | 安藤 |
| 10月28日 | サンフランシスコ病院 | 病院長 | Dr. Abel Cerrato |
| 〃 | 第7衛生地域 | 地域長 | Dr. Hector Escoto |
| 10月29日 | 救急クリニック・エル クルシタス | クリニック長 | Dr. Gustavo Valeriano |
| 〃 | 救急クリニック・エンメディオ | クリニック長 | Dra. Ivonne de Lizardo |
| 〃 | 救急クリニック・エル シティオ | クリニック長 | Dra. Patricia Falleteo |
| 11月2日 | UNICEF | コーディネーター | Dr. Luis Roberto Escoto |
| 〃 | PAHO | 地域ディレクター | Dr. Miguel Eduardo Mahuca |
| 〃 | 日本大使館 | 二等書記官 | 山内隆弘 |
| 11月3日 | ホンジュラス自治大学 看護学部 | 学部長 | Lic. Alfonsina de Abarca |
| 〃 | ホンジュラス看護婦協会 | 協会長 | Lic. Dalia Calix |

| | | | |
|-------|-------|---------------------|---------------------------------|
| ◇ | | メンバー | Lic. Marilia Jereda |
| ◇ | | メンバー | Lic. Nelly Franco |
| ◇ | | メンバー | Lic. Marina Ulloa |
| 11月4日 | 社会保険庁 | 計画プロジェクト課長 | Lic. Miguel A. Alberto Castillo |
| ◇ | USAID | 人材開発オフィス・ ディレクター | Dr. John Rogosch |
| ◇ | | 保健・人口・栄養部長 | Lic. Meri Sinnitt |

4. ホンデュラスにおける最近17年間のプロジェクト方式技術協力・無償資金協力実績及び計画一覧

1. プロジェクト方式技術協力

| 名称 | 目的 | 期間 | 供与額 | 場所 | 活動内容 |
|--|------------------------------------|----------------------|-------|--|--|
| 看護教育強化プロジェクト | 看護教師の教育技術の向上 | 1990年9月1日～1995年8月31日 | 5.3億円 | 保健省所管看護補助員養成校（テグシガルバ、 Cholteca、 サンペドロスーラ）国立自治大学所管看護婦養成学部（テグシガルバ、 サンペドロスーラ、 ラセイバ） | <ol style="list-style-type: none"> 1. 緊急に対応が必要な分野における看護教育の理論及び方法の改善 2. 看護教育カリキュラムの改善 3. 農村及び都市周辺部における実践教育技術の改善及び強化 4. 看護教育技術の改善 5. 看護教育用のテキストの開発及び改善 |
| 看護教育強化プロジェクトアフターケア協力 | 移転技術の再活性化 | 1998年4月～2000年3月 | 4.5億円 | 看護研修研究センター、プロジェクト対象校6校及び新規看護補助員養成校（ラ・セイバ養成校、 グラシアス養成校） | <ol style="list-style-type: none"> 1. 短期専門家派遣とその内容 <ol style="list-style-type: none"> 1) 既に作製されたテキストや未作成分野のテキスト作成についての助言 2) 大学及び看護補助員養成校で開発・実施されてきたカリキュラムの評価と教育方法の改善 3) 母性保健に関する教育内容の強化 2. 供与機材 製本機（テキスト作製）、人体解剖モデル、血圧計、パソコン、スベアパーツ類 3. 研修員派遣 |
| <計画> 第7衛生地域保健総合開発プロジェクト（リプロダクティブヘルス強化プロジェクト?） | 妊産婦死亡の減少（リプロダクティブヘルスに関する問題解決能力の改善） | 未実施 | 4.5億円 | 第7衛生地域 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 情報センターの確立 2. サンフランシスコ病院と母子クリニック間のリファラルシステムの確立 3. 人材養成（准看護婦、看護婦、医師、伝統的助産婦） 4. コミュニティ参加 5. プロモーション活動 6. 女性のケアの改善 7. 事務諸管理の改善 |

2. 無償資金協力

| 名称 | 目的 | 期間 | 分類 | 供与額 | 場所 (レベル-地区) | 施設・機材の概要 |
|-------------------------------------|---|----------------|-----------|-------------|---|--|
| マラリア・ デング熱抑制計画 | マラリアの抑制 | 1982年 (署名日) | 一般・ 機材 | 5.3 億円 | 全国 | 1. 殺虫剤等 (フェニトロチオン) 2. 散布用防具 (マスク、メガネ、手袋、 スプレイヤー、スプレー) 3. 散布用車両 4. 検査器具 (小型顕微鏡) |
| | | 1984年 (署名日) | 一般・ 機材 | 4.5 億円 | 全国 | 1. 殺虫剤等 (フェニトロチオン 400t) 2. 散布用車両 4 台 |
| | | 1985年 (署名日) | 一般・ 機材 | 4.5 億円 | 全国 | 1. 殺虫剤等 (フェニトロチオン 400t) 2. 散布用防具 (ヘルメット、マスク、 ゴーグル、ゴム手袋、ゴム長ぐつ) 3. 車両 (ピックアップトラック 2 台) 4. 検査器具 (顕微鏡 10 台) |
| | | 1987年 (署名日) | 一般・ 機材 | 5.0 億円 | 全国 | 1. 殺虫剤 (フェニトロチオン 440t) 2. 散布用防具 (ヘルメット 125 個、マ スク 3,000 個、ゴム手袋 800 個、ゴ ム長ぐつ 500 足) 3. 散布用車両 (ピックアップトラック 5 台) |
| | | 1989年 (署名日) | 一般・ 機材 | 5.48 億円 | 全国 | 1. 殺虫剤 (フェニトロチオン 40WP : 400t、フェニトロチオン 50BC : 15kl、 フェニトロチオン L-100 : 9.5kl) 2. 散布用防具 (ヘルメット、マスク、 ゴム手袋) 3. 散布用車両 (ピックアップトラック 15 台、ステーションワゴン 4 台) |
| テグシガル バ母子病院 (IHSS) 機材 整備計画 | 財源不足により必要 な医療機材整備が困 難な母子病院への機 材整備 | 1986年 (完工日) | 一般・ 機材 | 5.24 億円 | テグシガルバ母 子病院 (IHSS) | 1. 医療機材 (レントゲン機器、超音波 診断装置、保育器、救急車) |
| 地域中核病 院整備計画 | サービスの立ち遅れ ている地方都市、農 村部での保健医療サ ービス体制強化し、 地域中核医療サービ スレベルを向上させ る。 1. 地域の基本的医 療インフラストラク チャー構築 2. 地域内治療件数 増加による首都 の国立病院への 移送減少による 国立病院の混雑 緩和 3. 医療の質向上と 初期診断機会増 加による地域医 療への寄与 4. 診療科目増加と 診療可能患者数 増加による地域 医療への寄与 | 1988年 (署名日) | 施設・ 機材 | 16.42 億円 | 教育病院 (HN- M)、サンフラン シスコ病院 (HR-7)、サンフ ェリペ病院 (HN-M)、ガブ リエラ・アルバ ラート病院 (HA-1)、M.J. ス ピラナ病院 (HA-2)、スル病 院 (HR-4)、オク シデンテ病院 (HR-5)、アトラ ンティダ病院 (HR-6)、テラ病 院 (HA-6) | 1. 施設 (本棟 5,562 m ² 、付属棟 242 m ²) 2. 機材 (人口呼吸器 15 台、手術台 16 台、レントゲン装置 8 台、レントゲ ン装置<ポータブル>) 7 台、その 他) |

| 名称 | 目的 | 期間 | 分類 | 供与額 | 場所 (レベル・地区) | 施設・機材の概要 |
|--------------------------------------|--|----------------|-----------|-----------------|--|--|
| 歯科診療用機材 | 虫歯予防活動充実のための機材整備 | 1988 (供与年) | 機材 | 8.8 百万 円 | テグシガルバ (国立社会福祉 院歯科局) | 1. 歯科治療用ユニット6、歯科治療用ユニットスベアパーツ 6、デンタルオイルレスコンプレッサー 6 |
| 感染症対策機材 | 1988年に実施された日本政府による感染症対策調査結果に基づく機材供与 | 1989年 (供与年) | 機材 | 13.8 百万 円 | | 1. ワクチン輸送用オートバイ 66台 2. ヘルメット 66個 3. コールドボックス 2,000個 |
| 医療特別機材 | 地方病院の整備、遠隔地域居住者の定期検診充実、疾病の早期発見に必要な機材整備 | 1992 (供与年) | | 30.0 百万 円 | テグシガルバ地方病院(第7衛生地区?) | 1. 耳鼻科診断器セット 20、ワクチン用冷蔵庫 5、遠心分離器 5、双眼顕微鏡 5、チェアマウントユニット 3、往診用器具一式 6 |
| 病院網強化計画 | 医療環境の劣悪な地方医療施設を改善、初期医療サービスの充実、人口急増している首都圏教育病院に対して緊急不可欠な医療機材を整備、患者搬送車の整備し病院間の患者移送サービスの改善を。 | 1992年 (署名日) | 機材 | 10.67 億円 | 教育病院(HN-M)、オランチート病院(HA-6)、サンロレンソ病院(HA-4)、トコア病院(HA-6) | 1. パソコン、厨房機材、患者搬送車、リネン類、ベッド、焼却炉、ランドリー機材 2. 電気メス、歯科ユニット、滅菌装置、診察用ランプ、従量式人口呼吸器、モニター、心電計、総合診察用レントゲン装置、便器消毒器、移動式装置、分娩監視装置、分光光度計、分娩台、炎光光度計、无影灯、遠心分離器、保育器、麻酔器、自家発電装置、手術台 |
| 首都圏病院網拡充計画 (開発調査モデルプランに基づく) | 首都圏における救急・産科医療サービスの充実 | 1996年 (署名日) | 施設・ 機材 | 9.98 億円 | テグシガルバ(サンフェリベ病院)、3つの救急クリニック:アトデエンメディオ、エルシティオ、ラスクルシタス) | 1. 産科棟建設(サンフェリベ病院) 2. 救急診察、検査、分娩、薬局の建設(3つの救急クリニック) 3. 医療機材(分娩台、保育器、滅菌器、救急車等) |
| <計画> 子供の疾病 対策計画 | ・乳幼児死亡率の低下 ・妊産婦死亡率の低下 ・5歳以下児のワクチン接種率 95%以上の維持 | 1999年 (署名日) | 機材 | 2.95 億円 | 緊急性の高い9県(コバン、レンピラ、チョルテカ、バジェ、ロヨ、コロン、アトランティダ、オランチヨ、グラシアスアディオス)の13病院及び510の診療所 | 呼吸器疾患用の必須医薬品を主体とした19品目、及び呼吸器疾患用機材、器具7種類 |
| <計画> サンペドロ スーラ市病 院網整備計 画 | a. 産科サービス体制強化 b. 24時間救急医療サービスアクセス向上 c. 国立病院(マリオカタリノリバス)の混雑(産科・救急)の緩和 d. レファラルシステム機能向上 | | 施設・ 機材 | | レオナルドマルティネス病院母子棟 救急センター(5ヶ所) | a. レオナルドマルティネス地方病院:母子棟(60床、分娩台4台、帝王切開用手術室の建設、救急車一台、及び母子棟への機材整備) b. 救急クリニック(5箇所):正常分娩(主に救急分娩)、救急医療サービスの二つを活動内容とし、24時間体制が可能な施設の建設、及び機材整備。救急車は各一台設置 |

HN= Hospitales Nacionales(国立病院), HR= Hospitales Regionales(地域病院), HA= Hospitales Areas(地区病院)

5. 参考資料

- CDC (Centers for Disease Control and Prevention) : Encuesta Nacional de Epidemiologia y Salud Familiar, 1996
- CIA: The World Factbook 1999, Honduras (Internet)
- EDICIONES RAMSES: CALDO-MAPAS CONTINENTE AMERICANO
- Honduras Secretaria de Salud : La Nueva Agenda en Salud 1998-2002
- JICA 無償資金協力部：ホンジュラス・マラリア制圧計画 フォローアップ調査報告書、昭和 60 年
- JICA, SYSTEM SCIENCE CONSULTANTS INC. : ESUDIO SOBRE LAS ESTRATEGIAS Y PLANES PARA EL MEJORAMIENTO DE LA SITUACION DE LA SALUD EN LA REPUBLICA DE HONDURAS, INFORME FINAL VOLUMEN V (S) RESUMEN EFECUTIVO, 1996
- JICA, SYSTEM SCIENCE CONSULTANTS INC. : ESUDIO SOBRE LAS ESTRATEGIAS Y PLANES PARA EL MEJORAMIENTO DE LA SITUACION DE LA SALUD EN LA REPUBLICA DE HONDURAS, INFORME FINAL VOLUMEN VI (S) INFORME PRINCIPAL, 1996
- JICA, SYSTEM SCIENCE CONSULTANTS INC. : THE STUDY ON THE STRATEGIES AND PLANS FOR THE UPGRADING OF HEALTH STATUS IN THE REPUBLIC OF HONDURAS, FINAL REPORT VOLUME II MAIN REPORT, 1996
- JICA, SYSTEM SCIENCE CONSULTANTS INC. : THE STUDY ON THE STRATEGIES AND PLANS FOR THE UPGRADING OF HEALTH STATUS IN THE REPUBLIC OF HONDURAS, FINAL REPORT VOLUME III SUPPORTING REPORT, 1996
- JICA, SYSTEM SCIENCE CONSULTANTS INC. : THE STUDY ON THE STRATEGIES AND PLANS FOR THE UPGRADING OF HEALTH STATUS IN THE REPUBLIC OF HONDURAS, FINAL REPORT VOLUME IV DATA BOOK, 1996
- JICA 医療協力部：エル・サルバドル国 看護教育強化プロジェクト 計画打ち合わせ調査団報告書、平成 10 年
- JICA 医療協力部：エル・サルバドル国 看護教育強化プロジェクト 実施協議調査団報告書、平成 9 年
- JICA 医療協力部：ホンジュラス共和国 看護教育強化プロジェクト アフターケア調査団報告書、平成 10 年
- JICA 無償資金協力部：サンペドロスーラ病院網整備計画 予備調査結果報告書、1999
- JICA 無償資金協力部：ホンジュラス共和国 子供の健康無償（子供の疾病対策）に関わる基本構想・基本設計調査業務概
- JICA 無償資金協力部：ホンジュラス共和国 首都圏病院網整備計画 終了時評価、平成 11 年
- JICA、システム科学コンサルタンツ株式会社：ホンジュラス国全国保健医療総合改善計画調査 最終報告書 要約、1986
- JICA、株式会社 第一医療施設コンサルタンツ：ホンジュラス共和国 病院網強化計画 基本設計調査報告書、平成 4 年
- JICA、株式会社 梓設計：ホンジュラス共和国 首都圏病院網整備計画 基本設計調査報告書、1996
- JICA：プロジェクト形成調査：中米感染症対策、1998
- JICA：ホンジュラス共和国 地域中核病院医療整備計画 基本設計調査報告書、昭和 63 年
- JICA：ホンジュラス国医療機材整備計画 基本設計調査報告書、昭和 59 年
- JICA：ホンジュラス国看護教育強化プロジェクト 総合報告書、1995
- JICA 医療協力部：エル・サルバドル国 看護教育強化プロジェクト 事前調査団報告書、平成 8 年
- JICA 医療協力部：グアテマラ、ホンジュラス、コスタ・リカ、エクアドル国感染症対策協力調査団報告書、1990
- JICA 医療協力部：ホンジュラス共和国 看護教育強化プロジェクト 終了時評価報告書、1995

JICA 医療協力部：ホンジュラス国看護教育強化協力事業 事前調査団派遣報告書、平成元年

PAHO : Informaci n para la salud, Informe Annual del Director, 1998

PAHO : Situaci n de Salud en las Am ricas, Indicadores B sicos 1999

PROYECTO DE FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACION EN ENFERMERIA : INFORME FINAL DE ACTIVIDADES, 1990-1995

Population Reference Bureau : World Data Sheet 1999

Population Reference Bureau : World Data Sheet 1999.

Republica de Honduras, Secretaria de Salud: La nueva Agenda en Salud 1998-2002

Secretaria de Salud Publica, Sub-Secretaria de Pol tica Sectoral : 20 A OS DE COOPERACION HONDURAS — JAPON (RESUMEN DE PROYECTOS EN SALUD), 1995

The World Bank: Honduras Towards Better Health Care for All

UNDP, Human Development Report, 1997

UNICEF: An lisis de Situaci n Infancia, Mujer, y Juventud, Honduras 1998

UNICEF: SUCINTO RESUMEN DEL PROGRAMA DE COOPERACION DEL UNICEF A HONDURAS PERIODO 1996- 2000, 1998

UNICEF、世界子供白書、1998

USAID: Congressional Presentation HONDURAS, 1999 (Interne

USAID: Congressionla Presentation, Central American Regional Programs, 1999 (Internet)

USAID: LAMINAS DE PRESENTACION, Reuni n sobre Estrategias de Acci n para el Proyecto HS-II entre la Secretar a de Salud y la USAID, 1999

USAID: USAID HONDURAS STARATEGIC PLAN (FY 1998-2003)

青年海外協力隊（ホンジュラス派遣保健隊員 平成3年～10年）：隊員報告書

大原久美子：ホンジュラス共和国 ヘルス・セクター・レビュー、1993

仲佐保・江頭祥子：ホンジュラス国 リプロダクティブヘルス強化プロジェクト 事前短期調査結果、1999

仲佐保・江頭祥子：ホンジュラス国 第7衛生地域保健総合開発計画 短期調査報告書、1999

6. 日本政府による主な協力実績

地理的にみた日本政府による主な協力実績

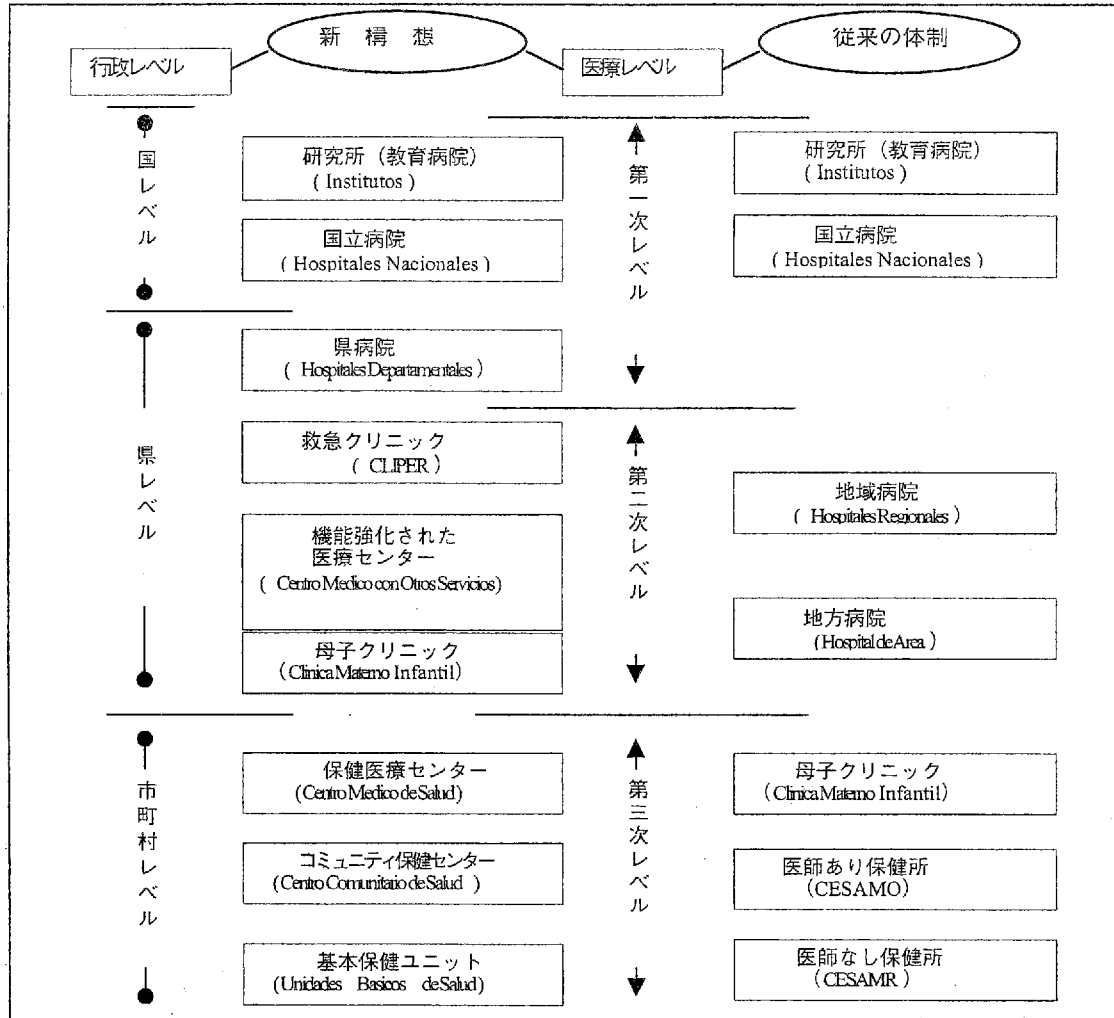
(地図中の○番号は、地図下にある表の案件番号を意味する。なお、案件「①マラリア・デング熱抑制計画」、
「⑤感染症対策機材」、「⑩全国保健医療総合改善計画調査」は、全国レベルで行われ、地域が特定されてい
ないため、下地図にも記されていない。)



| 協力形態 | 活動または分野 | 年 |
|-------------------|----------------------------|-----------|
| 無償資金協力・ 単独機材供与 | マラリア・デング熱抑制計画 | 1982-1989 |
| | テグシガルバ母子病院(IHSS)機材整備計画 | 1986 |
| | 中核病院整備計画 | 1988 |
| | 歯科診療用機材 | 1989 |
| | 感染症対策機材 | 1989 |
| | 医療特別機材 | 1992 |
| | 病院網強化計画 | 1992 |
| プロジェクト方式 技術協力 | 首都圏病院網拡充計画（開発調査モデルプランに基づく） | 1996 |
| | 看護教育強化プロジェクト | 1990-1995 |
| 基本計画 | 看護教育強化プロジェクトアフターケア協力 | 1998-2000 |
| | 全国保健医療総合改善計画調査 | 1995-1996 |

保健サービス供給レベルでみた日本政府による主な協力実績

(下図中の○番号は、図下にある表の案件番号を意味する。なお、「①マラリア・デング熱抑制計画」「⑤感染症対策機材」は、全国レベルで行われ、保健サービス供給レベルが特定されていないため下図中にも記されていない。「②テグシガルバ母子病院(IHSS)機材整備計画」は社会保険庁の医療施設であるため、下図中には記していない。)



| 協力形態 | 活動または分野 | 年 |
|-------------------|-----------------------------|-----------|
| 無償資金協力・ 単独機材供与 | マラリア・デング熱抑制計画 | 1982-1989 |
| | テグシガルバ母子病院(IHSS)機材整備計画 | 1986 |
| | 中核病院整備計画 | 1988 |
| | 歯科診療用機材 | 1989 |
| | 感染症対策機材 | 1989 |
| | 医療特別機材 | 1992 |
| | 病院網強化計画 | 1992 |
| | 首都圏病院網拡充計画 (開発調査モデルプランに基づく) | 1996 |
| プロジェクト方式 技術協力 | 看護教育強化プロジェクト | 1990-1995 |
| | 看護教育強化プロジェクトアフターケア協力 | 1998-2000 |
| 基本計画 | 全国保健医療総合改善計画調査 | 1995-1996 |

時系列でみた日本政府による主な協力実績

(下図中の○番号は、図下にある表の案件番号を意味する。)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|-----------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|----|----|----|----|----|----|
| | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 199 | 19 | 19 | 19 | 19 | 20 | |
| | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 4 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 00 |
| 無償・機材 | ←—————→ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| プロ技 | ←—————→ ←—————→ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 基本計画 | ←—————→ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 協力形態 | 活動または分野 | 年 |
|-------------------|----------------------------|-----------|
| 無償資金協力・ 単独機材供与 | マラリア・デング熱抑制計画 | 1982-1989 |
| | テグシガルバ母子病院(IHSS)機材整備計画 | 1986 |
| | 中核病院整備計画 | 1988 |
| | 歯科診療用機材 | 1989 |
| | 感染症対策機材 | 1989 |
| | 医療特別機材 | 1992 |
| | 病院網強化計画 | 1992 |
| | 首都圏病院網拡充計画（開発調査モデルプランに基づく） | 1996 |
| プロジェクト方式 技術協力 | 看護教育強化プロジェクト | 1990-1995 |
| | 看護教育強化プロジェクトアフターケア協力 | 1998-2000 |
| 基本計画 | 全国保健医療総合改善計画調査 | 1995-1996 |