保健セクター情報収集・確認調査

ホンジュラス共和国
保健セクター分析報告書

平成 24 年 10 月
(2012 年)

独立行政法人国際協力機構（JICA）

株式会社コーエイ総合研究所

株式会社タック・インターナショナル

人間
JR
12-139

保健セクター情報収集・確認調査

ホンジュラス共和国
保健セクター分析報告書

平成 24 年 10 月
(2012 年)

独立行政法人国際協力機構（JICA）

株式会社コーエイ総合研究所

株式会社タック・インターナショナル

外国為替交換レート

1 米ドル＝79.45 円

1 ホンジュラス・レンピラ＝4.254 円

（2012 年 7 月 JICA 精算レート）

本報告書の内容は、対象各国における保健セクターの現状、課題やその要因、当該国の政策的優先課題等を各国個別及び総合的に分析することにより、今後の JICA による同セクターの協力の可能性に対する提言を行い、同セクターにおける JICA の協力の戦略性や質の向上を図ることを目的にまとめられたものです。各国保健セクター全般についての調査を行ったことや、原則現地調査を行わずに文献調査によりまとめられたものであることから、本報告書の実際の活用にあたっては各国特有の事情も勘案することが必要である点ご留意ください。

はじめに

＜本調査の背景＞

途上国における保健セクターを取り巻く環境は、2000 年に入って大きく変化してきている。各途上国のミレニアム開発目標（MDGs）達成に向かって、「マクロ経済と健康[1]」等の提言により、援助各国からの保健セクターへの投入が大きく増え、2001 年に 109 億米ドルだった政府開発援助が、2007 年には 218 億米ドルと 2 倍に増えている[2]。また、ローマ（2003 年）、パリ（2005 年）、アクラ（2008 年）において行われた援助調和化のためのハイレベルフォーラムにより、援助の調和化に関する各国共通の枠組みを作って支援していく体制が整えられた。

こうした途上国の保健セクターにとっては、好ましい環境の変化が起こっているのにもかかわらず、特にサハラ以南のアフリカにおいては、2015 年までのミレニアム開発目標 4（子どもの死亡削減）、5（妊産婦の健康状態の改善）及び 6（HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病のまん延防止）の達成見通しが立たないなど、期待された成果が見えていない国や地域が多く存在する。これらのことから、途上国の保健セクターの新たな課題として、資金投入を増やして全ての人が医療サービスを受けることが出来るユニバーサルカバレッジ[3]を達成させると同時に、経済的に困窮しない資金投入の仕組み（More Money for Health[4]）への継続的な取り組みのみならず、保健セクターへの投入レベルで、いかに保健サービスのカバレッジや質や成果のレベルを向上させるか（More Health for Money[5]）についても重視されてきている。

以上のような途上国の保健セクターの環境の変化の中、JICA において国全体のマクロ分析とセクター分析を行う国別分析ペーパー（Analytical Work）の作成を進めており、JICA の協力のより明確な方向性を示して行こうとしている。本調査は、このセクター分析に貢献するものとの位置づけである。これまでにも、JICA は、特定の国の特定の課題を中心に分析し協力内容を進めてきたが、これまでの同セクター情報は既存の協力案件の周辺情報に特化する傾向があるため、改めてより一層の幅広い情報を収集する機会が必要であると認識された。

＜本調査の目的＞

保健セクター分析は、国ごとの保健状況やその決定因子の理解、及び保健セクターの実施能力についても理解するのに役立ち、また、問題の分析に基づいた優先度の高い介入プログラムやプロジェクトの形成、また実施に必要な政策策定や計画策定に貢献することが出来る。逆説的には、ニーズに即し、インパクトや優先度の高いプログラムやプロジェクトを形成し、それらの実施により高い効果を得るためには、質の高いセクター分析が一度のみならず、定期的に行われる必要があるということである。こうした状況や理解を踏まえ、対象 23 か国における保健セクターの現状、課題やその要因、当該国の政策的優先課題等を国別及び総合的に分析することにより、今後の JICA による同セクターの協力の方向性に対する提言を行い、JICA の協力の戦略性や質の向上を図ることを目的として、この保健セクター調査が行われた。

＜報告書の構成＞

この報告書は、第 1 章で、各国の社会経済的な概況を分析し要約した。第 2 章では、国の保健セクター強化の取り組みを示した国家開発政策や計画の中身を精査した。第 3 章では、国民の健康状況を経年的に分析し、”Where are we now?”を明らかにした。第 4 章と第 5 章では、保健セクターのサービス及びシステムを、セクターの機能ごとに効率性、質、平等性の観点から分析を試みた。第 4 章では、医療サービス供給機能、第 5 章では、保健人材開発、保健情報、保健医療施設・機材・医薬品供給、保健財政、及び管理・監督などの機能における現状把握と分析を行った。第 6 章では、ドナーの協力状況を把握し、上記分析の結果を踏まえ、第 7 章で JICA に対し保健セクターへの支援・協力の可能性を示した。

---

1 2000 年 12 月に WHO が発表した”Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development” において提唱された保健･医療問題の改善を貧困削減と社会経済開発の中心的介入ととらえ、マクロ経済的分析を通じて開発における保健セクターの役割の重要性を提唱したもの。（http://www.who.int/macrohealth/en/）

2 Ravishankar N., Gubbins P. Cooley J. R. et al.; June 2009, Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007, the Lancet 373: 2113-2132.

3 WHO によると「すべての人々が、十分な質の保健サービス（増進、予防、治療、リハビリテーション）に、必要に応じて、かつ経済的に大きな負担となることなくアクセスできるようにすること」と定義されている。（http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/index.html）

4 World Health Report 2010 (WHO) において、国家政策における優先順位を上げる、税収や保険制度、その他財源の創出など、保健セクターへの財源を増加させる手段を講じる必要性が提唱されている。

5 同レポートにおいて、保健システムを効率化することによって保健セクターへの投入効果を効率的に発現させ、サービスを拡大させることの必要性が提言されている。

用語集

略語	英語あるいは西語	日本語
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo	スペイン国際開発庁
AIEPI	Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia	小児疾患統合的管理
AIN-C	Atención Integral a la Niñez en la Communidad	コミュニティにおける包括的小児診療
ARＴ	Anti-retroviral Therapy	抗レトロウイルス療法
CABEI	Central American Bank for Economic Integration	中米統合経済銀行
CAMDI	Central America Diabetes Initiative	中米糖尿病対策イニシアティブ
CLIPER	Clinica Periférica	郊外型緊急クリニック
CESAMO	Centro de Salud con Médico y Odontólogo	保健センター（医師・歯科医駐在）
CESAR	Centro de Salud Rural	農村部保健センター（他の国の保健ポストに相当）
CIDA	Canadian International Development Agency	カナダ国際開発庁
CMI	Clínica Materno Infantíl	母子クリニック
CONE	Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales	基礎的産科・新生児処置
COTISAN	Comité Técnico Interinstitucional de Seguridad Alimentaria y Nutricional	食糧安全保障と栄養対策技術委員会
DAIA	Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos	避妊具の配布
DOTS	Directly Observed Therapy Short-course	直接監視下における短期化学療法
DV	Domestic Violence	配偶者・パートナーからの暴力
EU	European Union	欧州連合
ENDESA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud	国家人口保健調査
ENSAN	Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional	食糧安全保障と栄養対策国家戦略計画
EPI	Expanded Programme on Immunization	予防接種拡大計画
G16	Grupo 16	現地ドナー会合
GDP	Gross Domestic Product	国内総生産
HIPC	Heavily Indebted Poor Country	重債務貧困国
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウイルス
IDB	Inter-American Development Bank	米州開発銀行
IEC	Information, Education and Communication	情報・教育・コミュニケーション
IHSS	Instituto Hondureño de Seguridad Social	ホンジュラス社会保険庁

略語	英語あるいは西語	日本語
IPCA	Iniciativa de los Países de América Central para el Control de la Transmisión Vectorial, Transfusional y la Atención Médica de la Enfermedad de Chagas	シャーガス病対策中米イニシアティブ
INE	Instituto Nacional de Estadística	（ホンジュラス）国家統計局
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人国際協力機構
JOCV	Japan Overseas Cooperation Volunteers	青年海外協力隊
LLIN	Long-Lasting Insecticide-Treated Net	長期残効型殺虫剤処理済蚊帳
MDGs	Millennium Development Goals	ミレニアム開発目標
MSM	Man having sex with man	男性と性交渉をもつ男性
NGO	Non-Governmental Organization	非政府組織
NPO	Non Profit Organization	非営利団体
NTD	Neglected tropical diseases	顧みられない熱帯病
PAHO	Pan American Health Organization	汎米保健機構
PEEDH	Plan estratégico para la prevención, atención, control y eliminación de enfermedades infecciosas desatendidas en Honduras	ホンジュラスにおける顧みられない熱帯病の予防対策計画
PHC	Primary Health Care	プライマリヘルスケア
PHS	Primary Health Service	プライマリヘルスサービス
PNM	Política Nacional de Medicamentos	国家医薬品政策
PPP	Public Private Partnership	官民連携
PRD	Pruebas Rápidas de Diagnóstico	簡易検査キットを用いた迅速診断
PRSP	Poverty Reduction Strategy Paper	貧困削減戦略文書
PSAN	Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional	食糧安全保障と栄養対策政策
RAMNI	Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez	妊産婦及び乳児死亡の減少促進
SEPLAN	Secretaria de Planificación y Cooperación Externa	国家計画・国際協力省
UNAH	Universidad Nacional Autónoma de Honduras	ホンジュラス国立自治大学
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS	国連合同エイズ計画
UNDP	United Nations Development Programme	国連開発計画
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNICEF	United Nations Children’s Fund	国連児童基金
USAID	United States Agency for International Development	米国国際開発庁
WFP	World Food Programme	国連世界食糧計画
WHO	World Health Organization	世界保健機関

出典： http://www.freemap.jp/blankmap/（2012 年 2 月 16 日アクセス）

ホンジュラス共和国

要約

1. ホンジュラスでは、1998 年のハリケーン・ミッチの被災、また、2009 年の政変による国際社会からの一時的な孤立や 2008 年からの経済不況等によって停滞していた経済成長は、回復の兆しを見せている。しかし貧困削減対策は遅れており、少数民族や都市部と農村部の間や男女間の格差等、取り組むべき課題は多い。政府は地域間格差是正のため、地方分権化を進めており、市や幾つかの市が連合した地方自治体間協力組織（Mancomunidad）がこれを担っている。

2. 2010 年に発表された「国家計画 2010-2022」において、保健セクターに関しては、リプロダクティブヘルスと母子保健及びマラリア対策を優先分野としている。これに沿って策定された「国家保健計画 2010-2014」においては、保健セクター改革（Reforma del Sector Salud）への取り組みの強化を掲げ、サービスの質とアクセスの向上、地域保健モデルの導入などによって、母子保健や感染症に係る指標の改善を目指すとしている。

3. 非感染性疾患（NCD）による死亡の全死亡に占める割合は 74%で、非感染症型の疾病構造となっていることが推察される。ミレニアム開発目標（MDGs）となっている乳児死亡率や妊産婦死亡率の改善が進んでいるとは言えず、HIV/エイズの脅威もある。水や衛生環境等に起因する感染症も問題となっている。母子の健康については、特に農村部における状況が悪く、子どもの栄養については、これに加えて母親の教育レベルや家庭の経済状況との関連がみられる。また、殺人や暴力も人々の健康を脅かす要因となっている。

4. 保健サービス供給の面では、都市部に比べて農村部、特に先住民の居住率の高い地域においては PHC へのアクセスが困難な地域も多いが、これらの地域をカバーするだけの基礎的保健サービス提供のための資源が絶対的に不足している。基礎的保健サービスの供給と拡大について、保健省では、保健セクター改革によって、住民にもっとも近い行政単位である市レベルでの分権化を進めている。規模の小さい市においては複数の市が地方自治体間協力組織（Mancomunidad）として保健医療施設を共有するなど、分権によって市が主体的に保健サービスを提供することが期待されている。レンピラ県などでは分権化が進み、母子保健の長期プログラムである「妊産婦及び乳児死亡の減少促進（RAMNI）」の実践などによってプライマリヘルスケア（PHC）へのアクセスが拡大した地域もみられる。なお、子どもの栄養対策においては、セクターワイドな「食糧安全保障と栄養対策政策（PSAN）」に沿って活動が進められている。

5. 保健セクター改革の基本構想は、保健省の行政能力の強化、新たなプライマリヘルスケア（PHC）の構築を戦略とする地方分権化による保健事業の実施、及び財源の確保の 3 本柱である。PHC サービスの実施にあたり、RAMNI や感染症対策など、課題別プログラムを包括する保健モデルの策定が急務となっている。ハリケーン・ミッチによる被災後に急速に増えたドナー支援が継続しており、保健省はこれらの支援を活用しながらモンテビデオ宣言（2005 年）の潮流に沿った新たな保健モデルの導入を検討している。

   保健人材については、農村部でサービスを提供するための医師が不足している。看護師は公的セクター、民間セクターともに育成数のすべてを受け入れられておらず、就職難であることに加え、正看護師と准看護師との間に技量の差がある等の問題もある。

サービス提供については、保健省管轄、ホンジュラス社会保険庁（IHSS）及び民間セクターが行っているが、相互の連携は弱く、医薬品もそれぞれ独自に調達している。

6. 援助協調においては、汎米保健機構（PAHO）の主導の下、ドナーと保健省が共同で保健セクター改革ドナー会合を定期的に開催し、保健セクター改革への支援を検討している。

7. JICA も援助協調の流れを考慮しつつ、母子保健や地方保健行政支援の経験を活用しながら PHC モデルの政策支援をすでに実施しているが、県レベルでの政策実施能力強化等についても支援を継続することが望ましい。

保健セクター情報収集・確認調査
保健セクター分析報告書
ホンジュラス国

目次

はじめに
略語表
地図
要約

第 1 章　一般概況 1-1
第 2 章　開発政策 2-1
2.1　国家開発政策 2-1
2.1.1　国家ビジョン 2010-2038 2-1
2.1.2　国家計画 2010-2022 2-1
2.2　保健セクター開発計画 2-2
2.2.1　国家保健計画（Plan Nacional de Salud）2021 2-2
2.2.2　国家保健計画（Plan Nacional de Salud）2010-2014 2-2
第 3 章　国民の健康状態 3-1
3.1　概況 3-1
3.2　母子保健の状況 3-2
3.2.1　母親の健康 3-2
3.2.2　子どもの健康 3-3
3.3　感染症の状況 3-4
3.3.1　HIV/エイズ 3-4
3.3.2　結核 3-5
3.3.3　マラリア 3-5
3.3.4　デング熱 3-5
3.3.5　シャーガス病 3-6
3.4　子どもの栄養と健康 3-6
3.5　その他の課題 3-6
3.5.1　非感染性疾患の状況 3-6
3.5.2　殺人 3-8
第 4 章　サービス提供の状況 4-1
4.1　地方分権化によるプライマリヘルスケア（PHC）の展開 4-1
4.2　母子保健対策の現状 4-2
4.2.1　母子保健プログラム 4-2
4.2.2　妊産婦のためのサービス提供と利用の状況 4-2
4.2.3　子どものためのサービスの提供と利用の状況 4-3
4.3　感染症対策の現状 4-4
4.3.1　性感染症・HIV/エイズ対策 4-4
4.3.2　結核対策 4-4
4.3.3　マラリア対策 4-4

4.3.4 デング熱対策 4-5
4.3.5 シャーガス病対策 4-5
4.3.6 その他の顧みられない熱帯病（NTD）対策の状況 4-5
4.4 非感染性疾患の対策 4-6
4.5 栄養対策 4-6
第 5 章 保健システムの状況 5-1
5.1 保健セクター改革 5-1
5.2 保健人材 5-1
5.2.1 現状 5-1
5.2.2 保健人材育成 5-2
5.3 サービス提供体制及び保健医療施設 5-2
5.3.1 リファラルシステム 5-2
5.3.2 保健医療施設 5-3
5.3.3 サービスへのアクセス 5-4
5.4 保健財政 5-5
5.4.1 概況 5-5
5.4.2 健康保険 5-6
5.5 保健情報システム 5-6
5.6 機材・医薬品供給機能 5-7
5.6.1 医療機材 5-7
5.6.2 医薬品供給 5-7
5.7 管理・監督機能 5-8
5.7.1 保健行政 5-8
第 6 章 ドナーの協力状況 6-1
6.1 援助協調の枠組み 6-1
6.2 ドナー協力実績 6-1
6.2.1 国連機関 6-1
6.2.2 汎米保健機構（PAHO） 6-1
6.2.3 米州開発銀行（IDB） 6-2
6.2.4 米国国際開発庁（USAID） 6-2
6.3 日本の協力実績と現状 6-2
6.3.1 対ホンジュラス協力方針と保健セクターの位置づけ 6-2
6.3.2 保健セクターにおける日本の協力 6-2
第 7 章 保健セクターにおける優先課題と提言 7-1
7.1 ホンジュラスの保健セクターにおける優先課題 7-1
7.1.1 国民の健康課題における重要問題 7-1
7.1.2 背景にある要因 7-1
7.1.3 問題に対するホンジュラス政府、ドナーの取り組み 7-2
7.2 日本の協力の可能性 7-2

添付資料
添付 1： 保健分野主要指標
添付 2： 参考文献リスト

図表目次

図 3-1　疾病構造の推移－主要死因（左：1995 年、右：2010 年）.....3-1
図 3-2　県別の周産期死亡率（2010）.....3-3
図 3-3　母親の教育レベル別 5 歳未満児死亡率及び乳児死亡率.....3-4
図 3-4　県別乳児死亡率（2010）.....3-4
図 3-5　非感染症による死因の内訳（2010）.....3-7
図 3-6　主要非感染性疾患の死亡率（人口 10 万対）の県別比較（2010）.....3-7
図 4-1　PHCの地方分権化における保健省と実施者の関係.....4-1
図 4-2　予防接種率（2008-2010）.....4-3
図 5-1　保健医療施設のリファラルシステム.....5-3
図 5-2　保健サービスのカバー率（2000-2005）.....5-5
図 5-3　保健省組織図.....5-8
図 7-1　ホンジュラスの保健セクターにおける問題とその背景要因.....7-1

表 1-1　ホンジュラスの主要指標.....1-1
表 2-1　国家計画 2010-2022 優先分野と主な指標.....2-1
表 2-2　国家保健計画 2010-2014 の優先課題と主な指標.....2-3
表 3-1　MDGs 4、5、6 の達成予測状況.....3-2
表 3-2　5 歳未満児死亡率の推移と居住地域別死亡率（出生千対）.....3-3
表 3-3　県別HIV/エイズ新規感染者数（2005-2009 年）.....3-5
表 4-1　妊産婦死亡と乳児死亡の低減促進（RAMNI）2008-2015 目標.....4-2
表 4-2　保健施設別妊産婦ケア及び家族計画の利用率（2009）.....4-3
表 5-1　公的セクターにおける保健人材の配置（2006-2008）.....5-2
表 5-2　保健医療施設概要（2008）.....5-4
表 5-3　保健医療施設の診療実績の割合（%）（2009）.....5-4
表 5-4　保健財政指標の推移.....5-5
表 5-5　保健財政財源（2008）.....5-6
表 6-1　保健セクターでの日本の支援実績・予定（終了年度が 2010 年度以降のもの）.....6-3

第1章　一般概況

ホンジュラス共和国（以下、ホンジュラス）は4年任期の大統領制である。人口は760万人で、その約半数を18歳未満が占めており、人口の半数以上は都市部に集中している。

ホンジュラスでは、国民の3分の1が被災した1998年のハリケーン・ミッチの被災によって、国の開発計画や貧困削減対策の実施を遅らせることとなった。また、2009年6月の政変によって国際社会から孤立状態となったが、同年 11 月の統一選挙で誕生したロボ政権の、国内融和と国際関係の修復への尽力により、国際社会への復帰を果たした。一方で、経済的には2008年から2009年にかけての世界的不況、及びそれに伴う食糧及び燃料価格の上昇、2008 年 10 月の大型熱帯低気圧の直撃による被害などの影響を大きく受けたが [1] 2010年には国内消費の回復と国際環境の改善により、国内総生産（GDP）成長率は2.8%、2011年には3.2%と回復の傾向をみせている [2]。

表1-1に主要な指標を示す。

表 1-1　ホンジュラスの主要指標

指標（単位）	データ値	データ年次
人口（人）	7,600,524	2010
人口増加率（%）	2.0	2010
出生時平均余命（年）	73	2009
粗出生率（人口千対）	27	2009
粗死亡率（人口千対）	5	2009
一人あたりの GDP（名目・米ドル）	2,026	2010
経済成長率（%）	2.8	2010
初等教育就学率（%）	97.2	2010
人間開発指標*	0.625	2011
1日1.25ドル未満で生活する人口の割合**（%）	23.3	2000-2009

出典：World Data Bank, Development Indicators Online (March 2012) [3], *: UNDP, Human Development Report (2011) [4]

ホンジュラスには先住民及びアフリカ系住民など、大きく分けて 8 の少数民族が計百万人以上いるが、その半数以上は貧困層で、自給自足に近い生活を営んでいる。保健や教育等の基本的なサービスへのアクセスは限られ、社会参加の機会もあまり与えられないなど、他の住民との間に大きな格差が生じている。民族間格差に加え、都市部と農村部に見られる地域間格差、さらに女性の社会的立場や識字率等のジェンダー間格差も大きい。また、女性を世帯主とする世帯の割合（2000-2005年：28.2%）が増加傾向にあるのも特徴的である [5]。

ホンジュラスの人間開発指標は187カ国中121位で中位国に位置づけられるが、国全体の約6割が貧困層にあり、最貧困層が36%を占める。所得格差を示すジニ係数は57.0[6]（2009年） [3] と高く、所得区分において上位2割の富裕層が63%の所得を占めている [5]。こうした経済状況や公共サービスへのアクセスの格差、麻薬取引などにより犯罪や暴力が多発しており、2010年の殺人件数は人口 10 万人あたり82.4件で、世界でも最悪の数値を記録し [1]、国民の安全確保が喫緊の開発課題とされている。

[6] 100が最も格差が大きい状態。

労働市場を見ると、非正規雇用は全国平均で 33.2%、農村部においては 44.7%であり、こうした状況が出稼ぎ労働者を大量に生み出す要因の一つとなっている。海外からの仕送りは家計収入において 12%、GDP 全体では 9.0%を占めている [5]。

ホンジュラスでは 2001 年に貧困削減戦略文書（PRSP）が策定され、政府は、市民社会の参加の下、地方分権化に取り組んでいる。

ホンジュラスには 18 の県（departamento）と 298 の市（municipio）が存在する。県には国の保健省はじめ各省の地方出先機関があるものの、地方自治体として県民への行政サービスを直接実施する機能は持たず、県下の自治体である市の行政監督者としての機能を有するのみである。従って、住民への実質的な行政サービスは、市や幾つかの市が協働する地方自治体間協力組織（mancomunidad）が担っているが、一般に自治体としての市の規模は小さく、人材面や財政面が脆弱である。

第2章　開発政策

2.1 国家開発政策

ホンジュラスにおいて長期開発指針を示す基本文書は、「国家ビジョン（Visión de País）2010-2038」及び「国家計画（Plan de Nación）2010-2022」であり、現ロボ政権発足直後の 2009 年 11 月に目標の一部が発表され、翌 2010 年 1 月に正式に施行された。

2.1.1 国家ビジョン 2010-2038

「国家ビジョン 2010-2038」は、2001 年 10 月に策定された貧困削減戦略文書（PRSP）で掲げている目標への取り組みをさらに強化するべく、その一部を盛り込んだ内容となっている。以下に示す 4 つの国家目標と、各目標に対する具体的な 22 のゴールを設けている。

1. 極度の貧困状態がなく、国民が等しく教育と健康を享受できる、社会的弱者に配慮した国家
2. 民主的で安全な、暴力のない国家
3. 資源や環境に配慮した持続可能な開発を進め、且つ、国民の雇用機会を生み出す生産的な国家
4. 現代的で責任感があり、競争力を備えた国家

保健セクターに関しては、上記 1. の 4 番目に「保健システムのあらゆる段階において、サービスのカバー率 95%を達成する」が挙げられている。

2.1.2 国家計画 2010-2022

「国家計画 2010-2022」は、2022 年までに達成すべき目標を設定しているもので、11 の優先分野と、各優先分野に対応する合計 58 の指標が示されている。保健に関係する指標として、「優先分野 1. 持続的な人口構造」においては若年層の妊娠率の低下が、「優先分野 5. 健康状態の改善」では母子保健及びマラリアへの対策が、それぞれ取り組むべき課題として掲げられている（表 2-1）。

表 2-1　国家計画 2010-2022 優先分野と主な指標

優先分野	指標と目標（2022 年）	ベースライン（2009 年）
1 持続的な人口構造	**若年層の妊娠率（15-19 歳の女性千人対）を 12.7 へ**	**22**
2 民主主義、市民権、ガバナンス	国家保健計画の予算情報システムへの国民のアクセス数を 75,000 件へ	-
3 貧困対策、機会均等	極貧世帯の割合を 21.0%へ	36.2%
4 教育・文化を通じた自由な社会	初等教育の第 2 課程修了率を 100%へ	92.5%
5 健康状態の改善	**5 歳未満児死亡率（出生千対）を 16.0 へ**	**32**
	妊産婦死亡率（出生 10 万対）を 27.0 へ	**108**
	マラリア発症件数を 1,500 件へ	**3,742**
6 治安維持	殺人発生率（人口 10 万対）を 33.0 へ	57.9
7. 地域開発、天然資源、環境	地域開発計画の 75%が承認・実施される	0%
8 経済成長のためのインフラ整備	国の住宅改善プログラムが 75%実施される	0%
9 マクロ経済の安定	国内総生産（GDP）成長率 7%へ	4%
10 競争力強化、生産セクターの発展	官民連携（PPP）投資額 3 百万 US$へ	0 米ドル
11 気候変動への対応	（明記なし）	

出典：ホンジュラス政府. 国家計画 2010-2022 (2010) [6]を基に調査団作成

また、同計画の中では、上記保健セクターの目標を達成するために以下の取り組みを行うとしている。

1. 保健省、ホンジュラス社会保険庁（IHSS）、及び民間企業の連携による健康保険制度を改善する。
2. 社会的に困難な状況にある国民に対し、効果的で質の高い保健サービスを提供するため、健康に関する構造的・社会的な課題に取り組む。
3. 保健に関する目標を達成するため、公的セクターと民間セクターの連携等、国の組織的・構造的な課題に取り組む。

2.2 保健セクター開発計画

2.2.1 国家保健計画（Plan Nacional de Salud）2021

「国家保健計画 2021」は、保健省が国内リソースと国際協力の協調の下で計画立案、戦略策定、政策実施を進めていくための、ホンジュラスで初の長期的な保健計画である。2005 年に策定された同計画は、特に公衆衛生に重点を置き、基礎的な保健サービスへのアクセスが困難な人に配慮した形で保健セクター改革（Reforma del Sector Salud）を進めていくことによって、ミレニアム開発目標（MDGs）及び PRSP の目標を達成するとしている。

保健セクター改革については、PHCの改革に照準を合わせている[7]。これは汎米保健機構（PAHO）主導によって、中南米地域における保健システムを基盤とする新たなPHCの方向性について採択されたモンテビデオ宣言（2005 年）の潮流[8]に沿ったものである。

2.2.2 国家保健計画（Plan Nacional de Salud）2010-2014

「国家保健計画 2010-2014」は、「国家ビジョン 2010-2038」、「国家計画 2010-2022」及び「国家保健計画 2021」に沿った、保健セクターにおける中期計画である（表 2-2）。同計画は、現ロボ政権が注力する保健セクター改革への取り組みを強化するもので、保健セクターにおける戦略は同改革を念頭において策定されている。

[7] 詳細は「4.1 地方分権化によるプライマリヘルスケア（PHC）の展開」を参照。
[8] PHC の初めての国際宣言であるアルマアタ宣言の 25 周年にあたる 2003 年に PHC に関する国際会議が開催された。同会議が契機となり、中南米地域においては PAHO 主導の作業部会活動を通じて、PHC の地域全体の見直しがなされた結果、2005 年にモンテビデオ宣言が国際会議において採択された。

表 2-2　　国家保健計画 2010-2014 の優先課題と主な指標

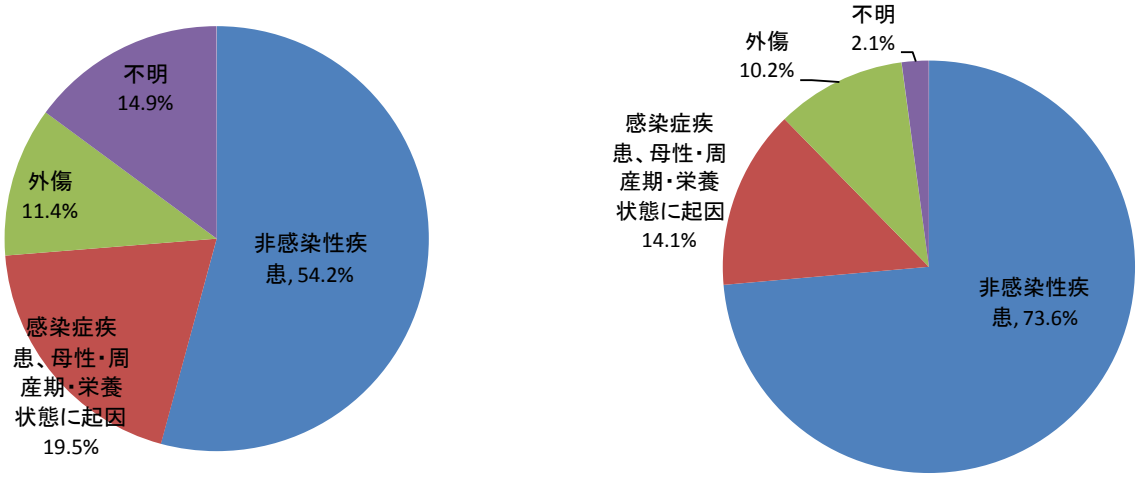
1. 保健セクター課題 • 妊産婦死亡率が低下する：108→60（出生 10 万対） • 乳児死亡率が低下する：23→15（出生千対） • 5 歳未満児死亡率が低下する：30→19（出生千対） • HIV 感染/エイズ発症率が低下する：0.68→0.5%（全人口）、12%→8%（ハイリスクグループ） • 蚊やハエなどを介した感染症やその他感染症に関して効率的なコントロールができる • 慢性疾患患者、高齢者、障害者、少数民族、女性、若者、未就学児等、疾病等の健康問題に対して脆弱なグループに対し健康に関する問題への優先的な対応が行われる
2. 保健システム改革 • 質の高い保健サービスへのアクセスが増える • 保健システムに関する新統合モデル（保健省の機能分化・強化、保健サービス提供者による連携）が実施される • 公的保険システムが機能する • 新構造のもとで保健省の保健セクターを統括する役割が強化される • 保健サービスのネットワークが改善される • 新しい地域保健モデルが実施される • 質の高い国家保健システムが構築される

出典：保健省. Plan Nacional de Salud 2010-2014 (2010) [5]を基に作成

第3章　　国民の健康状態

3.1　概況

図 3-1 に示す通り、1995 年と 2010 年の主要死因を比較すると、非感染性疾患の占める割合は 54.2%から 73.6%へと大幅に増加しており、感染症を中心とする疾病構造から、非感染症型への疾病構造にすでに移行していると推察される。一方で、感染症及び母性・周産期・栄養状態に起因する死因の割合は 19.5%から 14.1%と、若干の減少がみられる。



出典：PAHO, Mortality Distribution by Groups of Causes of Deaths [7]

図 3-1　　疾病構造の推移－主要死因（左：1995 年、右：2010 年）

感染症については、安全な水や衛生施設へのアクセスが悪い等の要因がその背景にある。非感染性疾患のなかでも生活習慣病や悪性新生物については、農村部から都市部への移住による食生活の変化、生活環境の変化や貧困などによるストレスの増加、及びそれらによるアルコールの不適切な摂取や喫煙の増加などの要因が背景にある [5]。

一方で、表 3-1 に示した通り、ミレニアム開発目標（MDGs）の達成状況に関しては、目標 4、5、6 共に、達成される可能性は低いとみられている。特に、目標 4 においては乳児死亡率、5 は妊産婦死亡率、また 6 については HIV 感染率において、改善が進んでいない。

表 3-1　　MDGs 4、5、6 の達成予測状況

MDGs	MDGs の指標	1990	2000	最新	Targets in 2015	達成状況*1
4	5 歳未満児死亡率（出生千対）	48 (1991-96)	44 (1996-2001)	30 (2001-06)	16	速い
	乳児死亡率（出生千対）	35 (1991-96)	34 (1996-2001)	23 (2001-06)	12	遅い
	1 歳未満の麻疹の予防接種率（%）	90	98	95 (2008)	100	遅い
5	妊産婦死亡率（出生 10 万対）	182	119	-	46	退行
	助産専門技能者による出産介助率（%）	35.0	61.7 (2001)	67.0 (2006)	-	遅い
6	15-49 歳における HIV 新規感染率（%）	0.2	1.2	0.7 (2007)	*2	退行
	結核有病率（人口 10 万対）	-	65.7	37.6 (2009)	-	速い
	マラリア登録数	74,346	9,216 (2000)	-	-	達成済

注：　*1　達成状況は「達成済」「速い」「遅い」「変化なし」「退行」の 5 段階評価
*2　ハイリスクグループの目標のみが示されている
（男性と性交渉をもつ男性（MSM）　13%、セックスワーカー11%、奔放な個人 8%、ガリフナ族 8.4%）

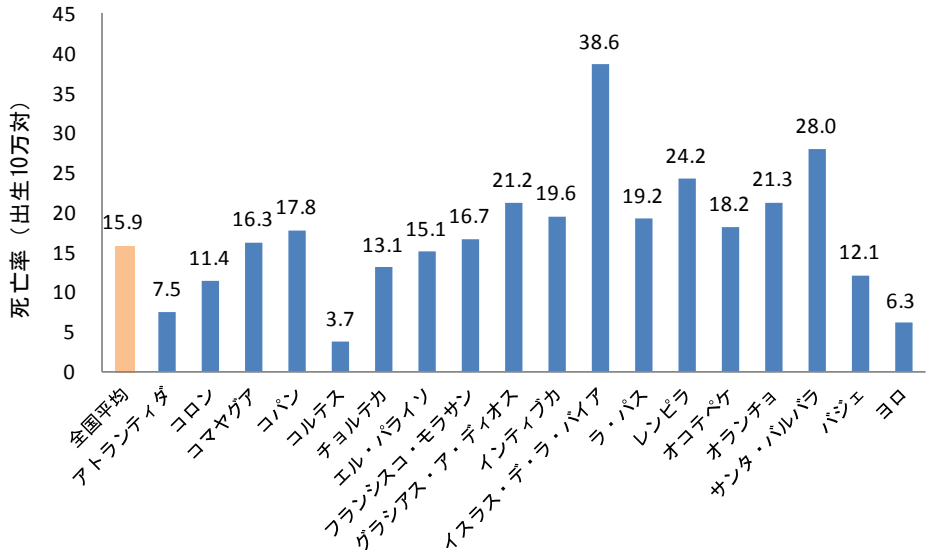
出典:　Sistema de las Naciones Unidas en Honduras, Objetivos de Desarrollo del Milenio Honduras 2010. Tercer Informe de País, Sinopsis. (2010) [8]
*1 UNDP, MDG Report Observatory for HONDURAS (2010) [9]
*2 PAHO, Perfil del Sistema de Salud de Honduras (2009) [10]

3.2　母子保健の状況

3.2.1　母親の健康

15 歳から 19 歳の女性の年齢層別妊娠率は、1993-1995 年の間は 136（人口千対）、1998-2000 年の間は 137 であったが、2003-2006 年の間は 102 にまで減少している。しかし「国家計画 2010-2022」の中で目標としている 12.7 に対して依然として高い数値を示している。一方で、施設分娩の割合は、1993-1995 年の 53.8%から 2000-2006 年には 66.9%へと上昇している。この 66.9%のうち、63.9%は医師による介助で、残りの 3%は看護師による介助と報告されている。しかし、地域別にみると、施設分娩の割合は都市部においては 90%であるのに対して、農村部では 50%であり、都市部と農村部の間に大きな格差がある。自宅分娩の割合については、35 歳以上の妊産婦の 42%、また 6 人以上の出産経験のある妊婦の 58%が自宅分娩である。こうしたことから、農村部における高年齢層の出産については、自宅分娩が多く助産専門技能者による介助が少ない傾向が強く、農村に住む母親の健康に関するリスクは高い状況である [10]。

周産期死亡率を県別に見ると図 3-2 のようになる。全国平均の死亡率が 15.9（出生千対）であるのに対して、イスラス・デ・ラ・バイア県は 2 倍以上（38.6）と高く、次いでサンタ・パルパラ県（28.0）、レンピラ県（24.2）の順に高い死亡率となっている。



出典：ホンジュラス保健省. Indicadores Básicos 2011 (2012) [11]を基に調査団作成

図 3-2　　県別の周産期死亡率（2010）

汎米保健機構（PAHO）による 2009 年の報告 [10]では、妊産婦死亡の 50%が出産及び出産直後に発生している。その主要な死因である、産褥出血（全体の 47.1%）、高血圧（19.4%）、感染（15.2%）などは、産前健診や周産期ケアの過程などにおいて兆候をとらえて高次保健医療施設へ事前にリファーし、分娩時の異常に関しては緊急産科ケアを提供する等、適切な対処を行うことによって予防できる可能性もある。

3.2.2　子どもの健康

ホンジュラス国家統計局（INE）の「国家人口保健調査（ENDESA）[9] 2005-2006」に基づき、5 歳未満児の各成長段階における死亡率（出生千対）の推移と 2006 年時における死亡率を地域別に示したものが表 3-2 である。全体的に子どもの死亡率は経年的に減少してきているが、新生児においては改善の度合いが低い。地域別でみると、都市部に比べて農村部での死亡率が高い。

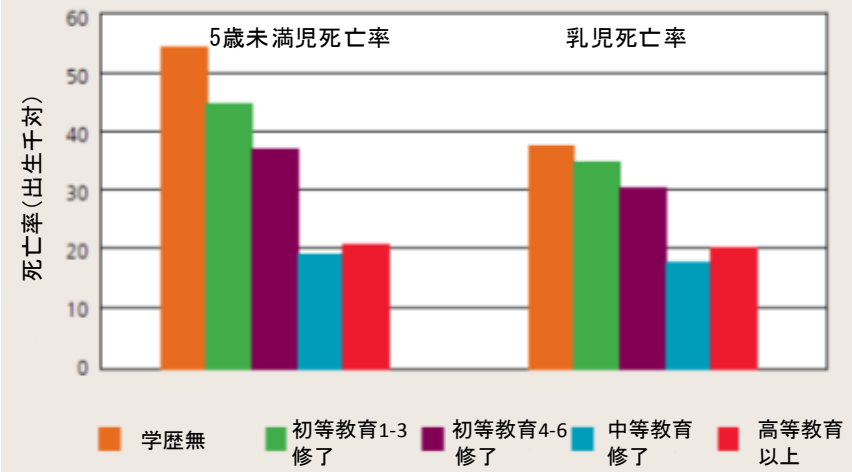
表 3-2　　5 歳未満児死亡率の推移と居住地域別死亡率（出生千対）

	新生児（出生 28 日まで）	出生 28 日から 11 ヵ月まで	乳児（出生 11 ヵ月まで）	1 歳から 4 歳まで	小児（出生 12 から 59 ヵ月まで）
1991-1995	19	17	36	13	49
1996-2000	19	15	34	11	45
2001-2006	15	10	25	7	32
地域別(2006)					
都市部	16	8	24	6	29
農村部	20	13	33	11	43

出典：INE, ENDESA 2005-2006 [12]

また、図 3-3 に示す通り、母親の教育レベルとの関係では、「学歴なし」から「中等教育修了」まではレベルが高くなると子どもの死亡率は低い。

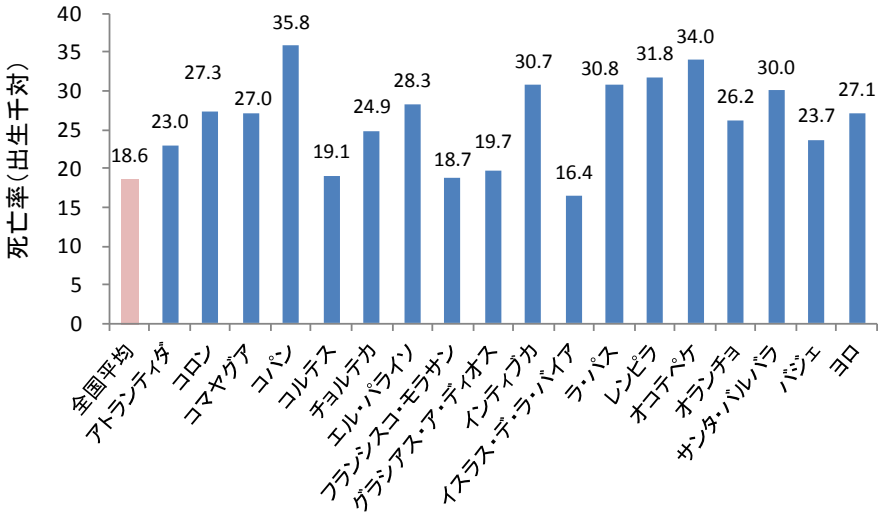
[9] 最新の国家人口保健調査である ENDESA 2012 は現在取りまとめ中である。



出典：Sistema de las Naciones Unidas en Honduras. Objetivos de Desarrollo del Milenio Honduras 2010, Tercer Informe de País, Sinopsis. (2010) [8]

図 3-3　　母親の教育レベル別 5 歳未満児死亡率及び乳児死亡率

乳児死亡率に関しては、図 3-4 に示す通り、先住民の居住率の高い地域であるコパン県、オコテペケ県、レンピラ県などグアテマラとエルサルバドルとの国境地帯の県で高い。



出典：ホンジュラス保健省. Indicadores Básicos 2011. (2012) [11]を基に調査団作成

図 3-4　　県別乳児死亡率（2010）

3.3　感染症の状況

3.3.1　HIV/エイズ

HIV/エイズの感染率は、1990 年の 0.2%から 1995 年の 0.45%、2000 年には 1.2%、2005 年には 1.5%と増加してきたが、2007 年になって 0.7%へと減少に転じている。新規感染率は、1990 年の 19.1（人口 10 万対）から 1995 年には 29.0 へと増加しているが、その後 2000 年に 18.9 へと減少に転じ、2005 年に 13.8、2009 年には 11.7 と減少傾向が続いている。しかし、感染者数でみると 1990 年の 1,681 件から 1995 年には 8,258 件へと急増し、2009 年には 27,712 件が記録されている。この、2009 年の感染者数は、1990 年の 16.5 倍となっている [8]。

表 3-3 は、2005 年から 2009 年までに報告された HIV／エイズの新規感染者数を示したものである。大都市のあるアトランティダ県、コルテス県及びフランシスコ・モラサン県が突出している。これは農村部から都市部への人口の流入を含めた人口増加や生活様式の変化に関係していると推察される。なお、都市の感染率は高い順に、サン・ペドロ・スーラ市（9.7%）、テグシガルパ市（5.7%）、ラ・セイバ市（4.8%）となっている [13]。

表 3-3　　県別 HIV/エイズ新規感染者数（2005-2009 年）

県	新規感染者数
全体	510
アトランティダ	76
コロン	6
コマヤグア	14
コパン	7
コルテス	133
チョルテカ	39
エル・パライソ	19
フランシスコ・モラサン	141
グラシアス・ア・ディオス	19
インティブカ	0
イスラス・デ・ラ・バイア	10
ラ・パス	3
レンピラ	0
オコテペケ	0
オランチョ	7
サンタ・バルバラ	12
バジェ	3
ヨロ	21

出典：ホンジュラス保健省. Anuario Estadístico 2009 [13]

3.3.2　結核

2011 年の新規結核患者数は 3,178 人で、2007 年の報告数 2,961 人から増加している。発症は人口密度が高い大都市テグシガルパ市とサン・ペドロ・スーラ市が位置するフランシスコ・モラサン県及びコルテス県に多く、両県を合わせた結核患者の報告は全件の半数に上る。また、HIV/エイズとの重複感染者も増加傾向にあり、2007 年においては結核患者の 14%が重複感染者であった [14]。

3.3.3　マラリア

マラリアの発症は 1996 年から 2009 年にかけて 90%減少し、ミレニアム開発目標（MDG）は既に達成している。しかしながら、大西洋側に位置するグラシアス・ア・ディオス県、コロン県、アトランティダ県、イスラス・デ・ラ・バイア県などでは、発症が集中している [8]。

3.3.4　デング熱

年によって変動は大きいものの 2006 年から 2011 年にかけて、年平均 10 名程度がデング熱によって死亡している [15]。2010 年に保健省が実施した、デング熱の疫学監視強化のためのキャンペーンの期間中の報告数は 27,677 件で、発症率は 342（人口 10 万対）であった。また、この期間中に確認された出血性デング熱による死亡数は 31 人であった [8]。こうしたキャンペーンによって診断の精度や頻度を上げ

ことによって、通常の報告以上の数が把握されることから、報告されない患者数や死亡数が多いものと推察される。

3.3.5 シャーガス病

中米 7 カ国の推定患者総数は 80 万人以上で、有病率は 2.0%である。PAHO の報告によれば、ホンジュラスでは人口の約 3%にあたる約 22 万人がシャーガス病に感染しているとされる。保健省ではシャーガス病について、貧困、住居環境、媒介虫であるサシガメの生息密度、生活習慣、感染リスク地域での感染者住民数など多くの原因分析が必要と認識している [15]。

3.4 子どもの栄養と健康

国家人口保健調査（ENDESA）2005-2006 によると、生後 12 ヵ月から 59 カ月の子どもの 20%以上が発育阻害[10]であり、中でも 36-47 ヵ月と 48-59 ヵ月の子どもにおけるこの割合は、それぞれ 29%と 31%、そのうち重度とされたのはいずれも 9%以上であった。母親の教育レベル[11]でみると、「学歴無し」と「初等教育 1-3 年修了」の母親を持つ子どもの半数近くが発育阻害の状況である。また、5 段階に分けた家庭の貧困度でみても、貧困度が高い家庭の子どもほど、この割合が高い結果となっている。地域別では、都市部（13.7%）に比べて農村部（32.0%）は 2 倍以上の割合となっている。県別では、レンピラ県（49.5%）、インティブカ県（47.0%）が高く、先住民の割合が高い地域と合致している。

低体重[12]は、12-17 ヵ月の子どもにおいてその割合が高く（14.6%）、出生時に低体重である子どもほどその後も低体重となる割合が高い。なお、母親の教育レベル、家庭の貧困度、居住地域との関連性や県別での状況には、発育阻害と同じ傾向がみられた。

消耗症[13]は、18-23 ヵ月の子どもにおいてもっとその割合が高いが（2.4%）、全体的にその割合は低く、重度の割合も 0.3%程度である。

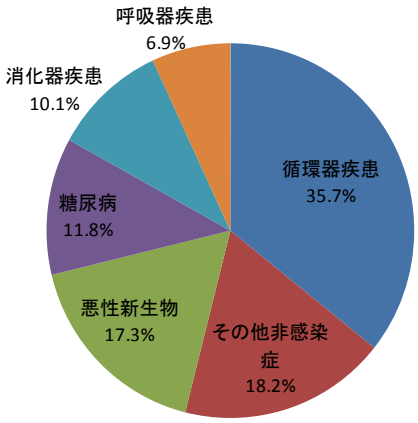
3.5 その他の課題

3.5.1 非感染性疾患の状況

(1) 生活習慣病の状況

図 3-5 に示す通り、非感染性疾患における主要死因を見ると、循環器疾患、悪性新生物、糖尿病が 6 割以上を占める。

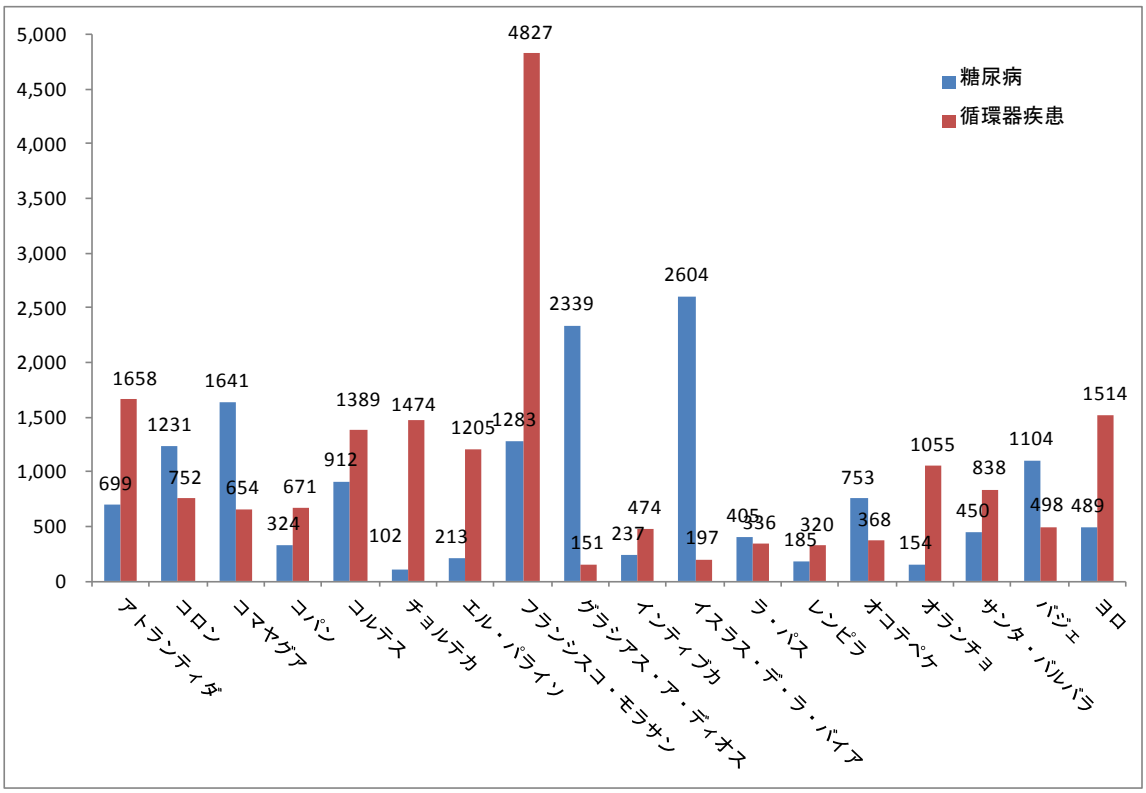
[10] WHO の“WHO Child Growth Standards”の基準による年齢（生後 0 ～59 ヵ月）相応の身長を持つ基準集団の身長の中央値からの標準偏差がマイナス 2 未満である状態。慢性的な栄養失調の状態を表す。
[11] 母親の教育レベルは、「学歴無し」、「初等教育 1-3 年修了」、「初等教育 4-6 年修了」、「中等教育修了」、「高等教育以上」の 5 段階で分けている。
[12] WHO の“WHO Child Growth Standards”の基準による年齢（生後 0～59 ヵ月）相応の体重の中央値からの標準偏差がマイナス 2 未満（中度）/マイナス 3 未満（重度）である状態。
[13] WHO の“WHO Child Growth Standards”の基準による身長相応の体重を持つ基準集団（生後 0～59 ヵ月）の体重の中央値からの標準偏差がマイナス 2 未満（中度）/マイナス 3 未満（重度）である状態。急性栄養失調の状態を表す。



出典：PAHO, Mortality Distribution by Groups of Causes of Deaths [7]

図 3-5　　非感染症による死因の内訳（2010）

糖尿病、循環器疾患の県別の死亡率（人口 10 万対）を図 3-6 に示す。循環器疾患については、大都市をかかえる首都圏が突出して高い。糖尿病については大西洋側のイスラス・デ・バイヤ県、グラシアス・ア・ディオス県、コロン県などが全国の平均値である 776 より高くなっている。このように、非感染性疾患については、都市化が進んでいない、あるいは農村地域が多い県においても、疾患によっては高い死亡率が示されている。



出典：ホンジュラス保健省. Indicadores Básicos 2011 (2012) [11]を基に作成

図 3-6　　主要非感染性疾患の死亡率（人口 10 万対）の県別比較（2010）

(2) 配偶者・パートナーからの暴力（DV）

ホンジュラスでは、女性が犠牲となる配偶者・パートナーからの暴力（DV）が深刻であり、過去 5 年間で、女性への暴力は 125%増加し、女性が被害者となった殺人率も 2005 年の人口 10 万対 4.8 から、2010 年の 10.8 へと増加している [12]。ENDESA 2005 によると、女性の 15%は過去 12 ヵ月の間に少なくとも一度は何らかの暴力行為の被害者となっている。

教育水準は DV を受ける割合と負の相関関係にあり、教育を全く受けていない女性のうち 20%は生涯において少なくとも一度は暴力を受け、一方で中等教育修了以上の教育レベルの女性におけるその割合は 12%となっている [1]。

3.5.2 殺人

ホンジュラスでは近年、治安の悪化が著しい。国家警察の統計によると、2010 年の殺人率は 2005 年の 2 倍以上の 82.1（人口 10 万対）と、世界各国の最新データとの比較において最も高い値を示しており [16]、一日あたり約 20 人が殺害されていることになる。とりわけ殺人率の高いラ・セイバ県では 181.5、第 2 の都市であるサン・ペドロ・スーラ市では 166.4、首都テグシガルパ市では 99.9 となっている [11]。

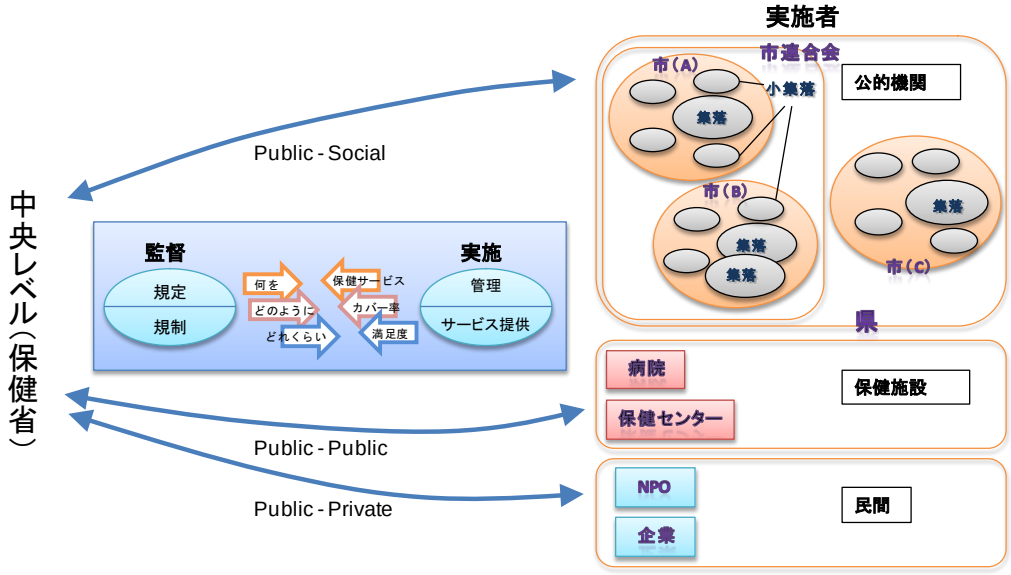
第4章　サービス提供の状況

4.1　地方分権化によるプライマリヘルスケア（PHC）の展開

保健システムを基盤とする新たなPHCの方向性について採択されたモンテビデオ宣言の主旨に沿って、保健セクター改革[14]（Reforma del Sector Salud）」が進められている [17]。

同改革においては、新たな PHC の展開として、母子保健サービス及び健康増進の普及活動を拡充する戦略が示されている。特に、コミュニティレベルの PHC の実施を市等の地方自治体に自主運営させ、住民参加を促進することによって地方分権化を推進し、保健省の負担を軽減することを目指している。

地方分権化によって PHC を展開する実施者（Gestor）は、民間セクターである非営利団体（NPO）や企業と保健省が協定を結ぶ Public-Private の形態と、地方自治体（市：Munincipio）との協定である Public-Social の形態がある（図 4-1）。Public-Social の形態の場合、幾つか市が連合した地方自治体間協力組織（Mancommunidad）が保健省と協定を結ぶ場合もある。尚、保健省管轄下にある病院など保健医療施設が実施者となる場合には、Public-Public 形態と呼ぶ。



出典：現地調査結果を基に作成

図 4-1　PHC の地方分権化における保健省と実施者の関係

PHC の実施者に対しては、妊産婦検診や乳幼児健診等、母子保健プログラムを中心とするサービスの内容によって、住民一人あたり年間 9 から 22 米ドルの実施費用が保健省から支給される。現在、保健省では汎米保健機構（PAHO）や JICA と共に実施モデルの見直しを検討している。また、保健省の組織能力強化と病院サービスの実施モデル策定に関しては、米国国際開発庁（USAID）が支援を行っている。

先住民の割合が大きく保健サービスの供給面で格差の大きい地域に位置するレンピラ県は、PHC の実施に関して最も地方分権化が進んだ県であり、人口の 7 割が分権化によって PHC サービスを受けられるようになった。同県ではこれによって、施設分娩のカバー率 80%を達成したコミュニティもある。

[14] 現行の保健システムの問題の解決を主眼としていることから詳細は「第 5 章 保健システムの状況」に記載する。

4.2 母子保健対策の現状

4.2.1 母子保健プログラム

母子保健サービスは、「妊産婦及び乳児死亡の減少促進（RAMNI）2008-2015」という長期プログラムに沿って実施されている。RAMNI で設定された 2015 年までの目標を表 4-1 に示す。妊産婦死亡率や新生児死亡率などは地域間格差の是正を考慮した目標値となっている。

表 4-1　　妊産婦死亡と乳児死亡の低減促進（RAMNI）2008-2015 目標

項目	目標（2015 年）	ベースライン（2010 年）
妊産婦死亡率	45（出生 10 万対）	60（出生 10 万対）
	90 以上の県を 0 に	-
新生児死亡率	15（出生 1 千対）	18（出生 1 千対）
	34 以上の県を 0 に	-
乳児死亡率	7（出生 1 千対）	11（出生 1 千対）
	10 以上の県を 0 に	-
5 歳未満児死亡率	4（出生 1 千対）	5（出生 1 千対）
	7 以上の県を 0 に	-
世帯あたりの子どもの数	3 人	3.1 人
	4 人以上の県を 0 に	-
避妊具使用率	75%	70%
施設分娩率	85%	80%
3 種混合ワクチン接種率	98%	95%
母子サービスの満足度	80%	70%

出典：ホンジュラス保健省. Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez 2008-2015 (2008) [18]

RAMNI は以下の 3 つのコンポーネントから成る。

1. エビデンスに基づくモニタリング・評価を重視した戦略的計画の立案提供するサービスの量的拡大と質の担保を掲げており、同計画の実施においては、保健情報システムを活用した妊産婦及び小児死亡のモニタリング・評価や避妊具の配布（DAIA）等が含まれている [19]。

2. 立案された計画に基づく、効率的かつ効果的なサービスの提供
   家族計画の実施、若年層妊娠への対応、基礎的産科・新生児処置（CONE）の促進、小児疾患統合的管理（AIEPI）の充実、予防接種の拡大、病院における母子サービスの提供を挙げている。

3. 予防としてのヘルスプロモーション
   施設分娩や小児急患のリファラルなどを啓蒙する「国民・家族・コミュニティとの連携」、病院や母子クリニック（CMI）等に隣接して設置する宿泊施設「妊産婦の家（Hogares Maternos）」 [15]、情報・教育・コミュニケーション（IEC）活動を通じた「母子保健におけるコミュニケーション」、2 歳未満児をコミュニティの参加を通じてモニタリングを行う「コミュニティにおける包括的小児診療（AIN-C）」、そして母乳育児などが含まれる。

4.2.2 妊産婦のためのサービス提供と利用の状況

表 4-2 に示すように、産前・産後のケアと家族計画指導を受ける者の半数近くは、医師及び歯科医師が駐在する保健センター（CESAMO）を利用している。分娩については、保健センターでは助産専門技能

者の介助による分娩サービスは受けられないため、施設分娩の大半は病院で行われる。つまり、分娩と産前・産後ケアではサービスを提供する施設が異なっている。「3.2.1 母親の健康」で記載したように、妊産婦死亡の低減には、農村部における施設分娩のサービス拡大と共に、病院における緊急産科ケア施設の拡充や病院と保健センターとの間のリファラル体制の強化も課題である。なお RAMNI では、最低 6 箇所の病院で包括的緊急産科ケアが提供できるよう、設備の強化を行うとされている [18]。

表 4-2　　保健施設別妊産婦ケア及び家族計画の利用率（2009）

施設	ケア			家族計画
	出生前	助産専門技能者の介助による出産	産褥期	
	%	%	%	%
国立病院	3.02	21.30	2.60	0.24
地域病院	5.52	37.94	2.41	1.12
地区病院	9.09	37.05	6.30	11.58
保健センター（CESAMO）	48.25	-	51.32	46.08
農村部保健センター（CESAR）	27.29	-	30.20	37.90
母子クリニック（CMI）	5.67	3.71	6.75	2.82
郊外型緊急クリニック（CLIPER）	1.17	-	0.43	0.26
合計	100.00	100.00	100.00	100.00

出典：ホンジュラス保健省. Anuario Estadístico 2009 [13]

4.2.3　子どものためのサービスの提供と利用の状況

13 種のワクチン接種を国家プログラムとして設定している。子どもの予防接種に関しては図 4-2 に示すように、2010 年の実績で、1 歳未満児の BCG ワクチン、生後 12 ヵ月から 23 ヵ月の小児の 3 種混合ワクチン、1 歳未満児の 5 種混合ワクチン及びポリオワクチンの接種率において 100%を達成した。

出典：Resumen Ejecutivo de los Programas que ejecuta la Dirección General de Promoción de la Salid 2011 [15]

図 4-2　　予防接種率（2008-2010）

保健省ヘルスプロモーション部の発表によると、ワクチンで予防可能な 13 の感染症について、撲滅に関する国際基準の 80%以上を満たしている状況にあり [15]、1990 年のポリオ撲滅、1997 年の麻疹撲滅、また 2004 年の風疹撲滅と、感染症予防への効果は発現している。

4.3 感染症対策の現状

感染症対策のプログラムには、前述の予防接種拡大計画（EPI）のほか、マラリア対策、デング熱対策、シャーガス病対策、リューシュマニア症対策、性感染症・HIV/エイズ対策、及び結核対策などがあり、保健省ヘルスプロモーション部[15]が担当している。

4.3.1 性感染症・HIV/エイズ対策

国家性感染症・HIV/エイズ対策プログラムにおける主な活動内容は以下の通りである。

- 抗レトロウイルス療法（ART）の実施
- 胎児への感染防止のための避妊具使用率の向上（目標：80%）
- HIV と結核の重複感染者のモニタリング強化と治療の保障
- ハイリスクグループを対象とした予防活動の強化

4.3.2 結核対策

直接監視下における短期化学療法（DOTS）戦略は 1998 年に導入され、2007 年にはDOTS普及率[16]が 100%となっている。また、世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）の報告[17]によると、2009 年の治療完了率は 86%であった。一方、2008 年に 84%であった新規登録患者の治療完了率が 2011 年に 82%と状況が後退している現状を鑑み、世界基金の支援によって、48 の優先する市連合体を対象として 2011 年 6 月から結核対策強化プログラムが開始された。検査の質や保健医療施設からの報告書提出などの状況は改善しているが、多剤耐性結核への対応や刑務所における感染予防対策などが課題とされている。

保健省による結核対策プログラムの活動内容は以下の通りである。

- 「ストップ結核（Alto a la Tuberculosis）」による感染率の低下
- 住民組織や地方行政を巻き込んだコミュニティ参加型ヘルスプロモーションの強化
- 「世界食糧プログラム（Programa Mundial de Alimentos）」の結核患者治療への活用
- 「国家民族プログラム（Programa Nacional de Etnias）」を活用した先住民への感染症予防に関する啓発活動
- リスク地域での技術研修

4.3.3 マラリア対策

マラリア対策として、2010 年に、検査室のサービスやコミュニティボランティアの強化、小学校教師への研修を通じた児童に対する教育の推進、マラリア蔓延地域における長期残効型殺虫剤処理済蚊帳（LLIN）の普及、簡易検査キットを用いた迅速診断（PRD）等が実施された。また 2011 年には、グラシアス・ア・ディオス県、コロン県、オランチョ県、イスラス・デ・ラ・バイア県及びアトランティダ県の中で特にマラリア発症率の高い 20 市を選択して集中対策を実施している [15]。

[15] 母子保健、栄養などのプログラムもヘルスプロモーション部が実施している。
[16] （保健省などの）管轄下の人口のうち DOTS サービスにアクセスできる割合。WHO でも、2007 年のホンジュラスの DOTS 普及率は 100%としている（WHO Global Tuberculosis Control 2011, WHO）。
[17] Grant Performance Report, External Print Version, Last Updated on 07 June 2012, Honduras, the Global Fund to fight with AIDS, Tuberculosis and Maralia

4.3.4 デング熱対策

保健省は、デング熱の患者が生産年齢人口に比較的多いことを経済損失に関わるものと認識し、殺虫剤噴霧器等の機材や殺虫剤・医薬品等の資材整備、また、医師・看護師・検査技師及び環境衛生助士の特別雇用等の対策を講じている。2010 年には、ベクター（蚊）発生 4 サイクルに亘る約 150 万世帯の害虫駆除を実施し、デング熱が疑われた患者に対して 66,285 件、及び出血性デング熱が疑われた患者に対して 11,890 件（うち 3,266 人が出血性デング熱と確定診断）の処置を、それぞれ行った。2011 年にデング熱あるいは出血性デング熱が疑われた数は、前年比でそれぞれ 74%及び 88%の減少がみられた。

保健省は、長期的なデング熱対策が効果を挙げているため、今後は費用の高いベクター駆除中心の現行の対策から継続性の高いセクターワイドな体制構築へとシフトしなければならないとしている [15]。

デング熱は広域の課題として捉えられており、中米 8 カ国[18]が参加して 2011-2015 年の 5 年間にデング熱罹患率の 50%削減を目標とした「メソアメリカ デング熱包括的予防・コントロール戦略（Estrategia Mesoamericana para la Prevención y Control Integrado del Dengue）」が策定されている。

4.3.5 シャーガス病対策

1997 年に PAHO の主導のもとで、中米 7 カ国が参画するシャーガス病対策中米イニシアティブ（IPCA）が発足したのを機に、シャーガス病は関係者間で中米全体の広域課題であると認識されるようになった。この動きに沿って、ホンジュラスでは 2007 年に「国家シャーガス病・リーシュマニア症対策戦略計画 2008-2015」が立案された。同戦略計画の目的は、地方分権化された PHC サービスを通じた対策組織能力の強化、データに基づく実施計画策定と評価・モニタリング機能の確立及び住民と対策実施者のための情報・教育・コミュニケーション（IEC）活動の継続、としている。同戦略計画は、保健省の管理・監督の下、JICA を始めとする国際協力機関、他政府機関及び国内外の非政府組織（NGO）の協働を通じて実施中である。

2009 年度の実施内容と結果は以下の通りである。

- サンタ・バルバラ県内 8 市をパイロット地域に 5,500 件の簡易診断を実施
- 全国 12 県、60 市、500 地区において計 20,980 件のELISA検査[19]を実施
- 計 129 人の 15 歳未満児の治療を実施

4.3.6 その他の顧みられない熱帯病（NTD）対策の状況

前述のシャーガス病対策を含み、NTD については、「ホンジュラスにおける顧みられない熱帯病の予防対策計画（PEEDH）2012-2017」に疾病毎の対策プログラムが記されており、ヘルスプロモーション部及び疫学サーベイランス部が管轄している。疾病は以下の 3 グループに分類されている [20]。

- グループ 1 : 継続的な監視措置とコントロールを伴う意図的または計画的な活動により、ある地域での罹患率がゼロに等しい状況にできると考えられるNTD[20]。

[18] ベリーズ、ニカラグア、メキシコ、ホンジュラス、グアテマラ、エルサルバドル、コスタリカ、パナマ
[19] 抗体スクリーニング検査法
[20] リンパ管フィラリア、回旋糸状虫症、トラコーマ、アメリカトリパノゾーマ症、エスパニョーラ島とメソアメリカにおけるマラリア、狂犬病、新生児破傷風、ペスト、ハンセン病、先天性梅毒

- グループ 2：
  罹患率を大幅に下げるか、一定のコントロールを行うことが可能と思われるNTD[21]。
- グループ 3：
  未だ有効な治療法が確立されておらず、コントロールのための戦略やツールを開発することが必要とされるNTD[22]。

4.4 非感染性疾患の対策

糖尿病など非感染性疾患への対策として、不適切なアルコール摂取など危険因子となる生活習慣の予防やヘルスプロモーションを実施している。非感染性疾患の増加は都市部の病院、特に首都圏の基幹病院におけるサービス供給を圧迫している。2009 年に首都のテグシガルパ市民を対象にした「糖尿病、高血圧及び慢性疾患調査」が実施されているが、現状及び背景要因等を分析するための、より広範な疫学調査が必要であると考えられる。なお、糖尿病対策に関しては、PAHO の主導による、ホンジュラスを含む中米諸国全体の「中米糖尿病対策イニシアティブ（CAMDI）」が、2000 年より開始されている。

4.5 栄養対策

栄養対策は、2006 年に公表された「食糧安全保障と栄養対策政策（PSAN）」に基づき、大統領府直轄の「食糧安全保障と栄養対策技術委員会（COTISAN）」が中心となって、保健省を含む公的機関や、民間セクターあるいは国際機関が参加したセクターワイドな枠組みの中で実施されている。現行の戦略計画である「食糧安全保障と栄養対策国家戦略計画（ENSAN）」によれば、実施計画のモニタリング・評価の指標には、発育阻害、低体重、貧血等の指標が含まれている。

[21]住血吸虫症、土壌を介して感染する寄生虫症
[22] リーシュマニア症、嚢虫症、包虫症（エキノコックス症）等

第5章　保健システムの状況

5.1　保健セクター改革

保健セクター改革の推進によって解決をするとされている、保健システムに係る課題は以下の通り [21]。

- 保健省の管理・監督能力の脆弱さ：保健省の計画策定や活動実施能力の不足、住民の社会参加のメカニズムの欠如、計画担当部局と実施担当部局との連携不足等が原因として挙げられている。
- 保健システムの分断：保健省とホンジュラス社会保険庁（IHSS）との連携がないこと等が原因として挙げられている。
- 保健システムの実施能力の不足：具体的には、保健活動の質の確保や、合理的な保健人材及び保健医療施設の配置に問題があるとしている。
- 保健財源の不足
- 保健セクターにおける住民や社会参加の欠如

保健省では上記の課題解決のため、保健行政のリーダーシップを強化し、保健サービスモデルの再定義、新たな資金獲得方式の確立、支出の合理化、地方分権化等により、保健サービスのカバレッジを拡大し、持続性のある保健セクター改革の達成を目指している。

5.2　保健人材

5.2.1　現状

表 5-1 に示す通り、公的セクターにおける保健人材は 2 万人以上雇用されており、その内、医師が 2,794 人、看護師は正看護師と准看護師合わせて 8,153 人である。民間セクターの保健人材を除くと、人口千人あたりの医師数は 0.3 人、看護師は 1.0 人である [22]。一次施設に医師を配置する余裕はなく、農村地域では、社会奉仕の一環として 1 年間配置される医学部の学生に頼っている状況である。一方、大都市部では保健省施設の医師が、IHSS 施設或いは民間施設で兼業するのが一般的であり、医師を地方へ異動させることが困難となっている。

以上の状況に鑑み、保健省はセクター改革によるプライマリヘルスケア（PHC）の拡大に向けて効率的に保健人材を活用するため、巡回診療する家庭保健チームの導入を目指している。

表 5-1　公的セクターにおける保健人材の配置（2006-2008）

	保健省	IHSS	計
医師	2,323	471	2,794
正看護師	1,242	244	1,486
准看護師	5,975	692	6,667
技師	882	318	1,200
環境衛生師	685	0	685
ヘルス・プロモーター	394	0	394
事務職	4,946	588	5,434
他保健職	317	1,539	1,856
計	16,024	4,121	20,145

出典：PAHO, Perfil del Sistema de Salud de Honduras [10]

5.2.2 保健人材育成

主な保健人材養成機関として、ホンジュラス国立自治大学（UNAH）及び私立のカトリカ大学（Universidad Católica de Honduras）が医学部を設置しており、2013 年には私立大学の一つが新規に医学部を開設予定である。医学部教育では、一般医の養成に加え、高度医療に従事する専門家の養成も優先課題とされている。

私立の看護学校は 32 校、保健省傘下の看護学校は 5 校あり、毎年多くの卒業生を輩出しているが、私立の看護学生は 300 人から 400 人が毎年卒業しているのに対し、給与面等の課題から公的保健医療施設に就職するのは 3 割程度となっている。民間セクターの受入にも限界があり、看護師の就職難も課題となっている。また、正看護師が実習勤務を含めて 5 年間の課程[23]で育成されるのに対し、准看護師の育成期間は実習を含めて 2 年間となっており、両者の技能の差は大きい。加えて、正看護師は管理職に進み、保健サービスの現場にとどまらない傾向がある。

国家の重要課題として栄養対策が挙げられているが、栄養士を養成する機関はなく、保健セクター改革やシステムの改善等に貢献するような研究者の養成を担う機関やプログラムはなく、国家のニーズに沿った保健人材の育成が今後の課題である [10]。

5.3 サービス提供体制及び保健医療施設

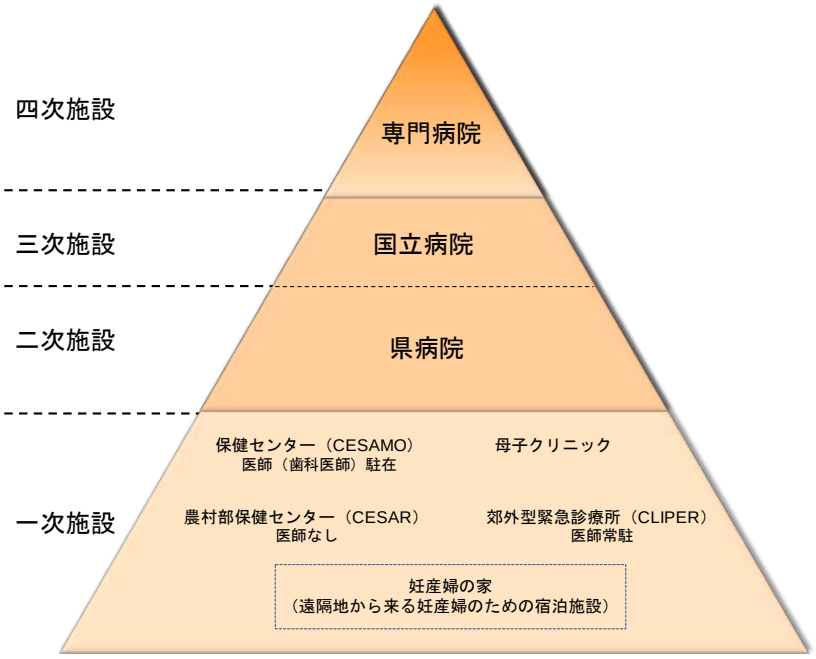
保健サービス提供者は、保健省、IHSS 及び民間セクターの三者となっている。保健省は、保健セクター全体を監督し、第二次、第三次、第四次の病院等を運営・管理するとともに、一次レベルにおいては、主に社会保険に未加入であったり、地理的にアクセスが困難な地域に住んでいたりする国民に対してサービスを提供している。IHSS は、雇用者・被雇用者からの保険料の徴収及び運用を行い、社会保険加入者を対象として保健サービスを提供している。

5.3.1 リファラルシステム

保健医療施設のリファラルシステムを図 5-1 に示す。もっともコミュニティに近い保健医療施設は保健省によって設置されており、一次施設である農村部保健センター（CESAR）及び保健センター（CESAMO）などが配置されている。また、分娩施設のある CESAR や CESAMO の近くには遠隔から来院する妊産婦のための家を整備するよう保健省のガイドラインで定められている [19]。地方分権化が進んでいる地域

[23] スペイン語の licenciatura。学士に相当する。

においては、これら一次施設の管理・運営や保健人材の確保及び新たな施設の増設を実施者側で行うことになっている。



出典：ホンジュラス保健省提供資料及び聞き取りを基に作成

図 5-1　保健医療施設のリファラルシステム

ホンジュラスにおける新たなプライマリヘルスケア（PHC）の構想[24]では、一次施設が重要なサービス供給者と位置付けられている。よって、同構想の下で一次施設間の連携は構築できるものと考えられる。課題は、一次施設と二次以上の施設との間のリファラル体制の強化である。保健省では、新たなPHCは母子保健を重点課題としており、病院レベルにおける出産介助の集中を軽減して、図 5-1 に示したようなピラミッド型リファラル体制を確立するためには、一次施設における産科ケアの強化と、病院レベルでの基礎的及び包括的緊急産科ケアの整備が重要であるとしている。

5.3.2　保健医療施設

表 5-2 は、各レベルの保健医療施設数及び病床数を示したものである。保健省直轄の病院は、専門病院、国立病院及び県病院の 3 つのカテゴリーに分類される。県病院は、基礎的なサービスを提供し、入院（内科、外科、小児科、産婦人科）、一般外来、緊急外来に対応することになっている。

IHSSは 2 大都市であるサン・ペドロ・スーラ市とテグシガルパ市に病院を設けているが、設備が不足しているため、保健省と契約を結び、保健省管轄の病院[25]も利用している。しかし、資金繰りが厳しいため、利用に係る保健省への支払いが遅延する傾向にある。

[24] 「4.1 地方分権化による PHC の展開」参照
[25] 県病院以上のレベルのみ。

表 5-2　保健医療施設概要（2008）

区分	施設	管轄	施設数	人口千対	床数	人口千対
病院	病院	保健省	28	0.003	5,059	0.642
	病院	IHSS	2	0.0002	916	0.116
	病院	民間（営利／非営利）	60	0.007	151	0.019
診療所	クリニック	民間（営利／非営利）	1,079	0.136		
	母子クリニック（CMI）	保健省	57	0.007		
	保健センター（CESAMO）	保健省	380	0.048		
	農村部保健センター（CESAR）	保健省	1,018	0.129		
	郊外型緊急クリニック（CLIPER）	保健省	4	0.0005		
	郊外型クリニック	IHSS	8	0.0008		
その他	歯科センター	IHSS	1	0.0001		
	理学療法・リハビリセンター	IHSS	2	0.0002		
	高齢者センター	IHSS	1	0.0001		
	ファミリーカウンセリングセンター	-	14	0.001		
	コミュニティ運営・妊産婦の家*	保健省	9	0.001		
	コミュニティ運営・妊産婦の家	IHSS	1	0.0001		
	妊産婦宿泊所*	保健省	8	0.001		

*現在の「妊産婦の家」と推測される。

出典：PAHO, Perfil del Sistema de Salud de Honduras (2009) [10]を基に作成

CESAMO が各市に、CESAR が各集落に、それぞれ配置されることになっている。表 5-3 に示すように、これらの一次施設は、他のカテゴリーの保健医療施設に比べて診療件数が多い。

表 5-3　保健医療施設の診療実績の割合（%）（2009）

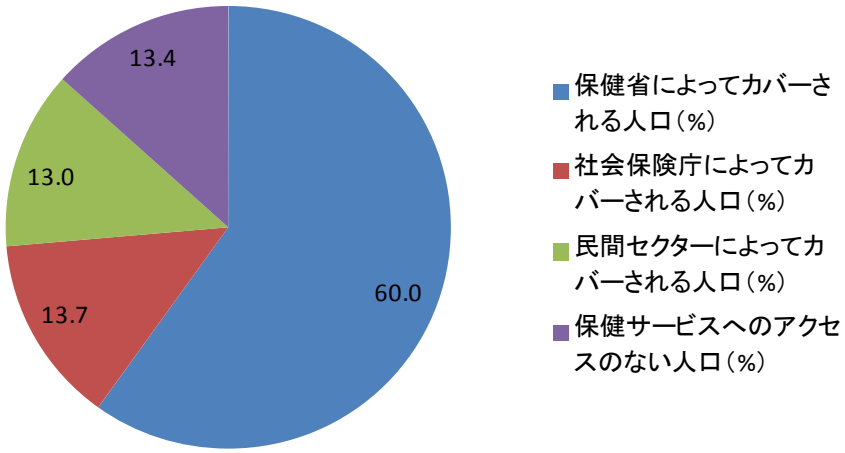
国立病院	県病院.	地域病院	CESAMO	CESAR	CMI	CLIPER
12.9	6.2	10.5	38.3	29.6	2.3	0.3

注：合計は 100.1%となるが、これは四捨五入の都合による

出典：ホンジュラス保健省. Anuario Estadístico 2009 [13]

5.3.3　サービスへのアクセス

図 5-2 に示すように、全人口の 6 割近くは保健省によってカバーされており、約 27%は主に都市部にある IHSS 或いは民間のサービス提供者によってカバーされているが、約 13%はいずれのサービス提供者にもカバーされていない。この背景には、農村部において CEAR の配置が、財政や人材等の不足などから十分に行われていないことや、民間セクターが農村部には進出しない傾向があること等が考えられる。



出典： PAHO, Perfil del Sistema de Salud de Honduras (2009) [10].

図 5-2 保健サービスのカバー率（2000-2005）

5.4 保健財政

5.4.1 概況

表 5-4 は、保健財政指標を示したものである。国内総生産（GDP）対する総保健支出、国家支出に占める公的保健支出の割合は共に増加している。また、総保健支出における援助等外部資金の割合は 2010 年時点で 6.3%である。

表 5-4 保健財政指標の推移

	2000	2010
国内総生産に対する総保健支出の割合（%）	5.4	6.8
総保健支出における公的支出の割合（%）	56.7	65.2
総保健支出における民間支出の割合（%）	43.3	34.8 (2009)
民間支出のうち患者の自己負担の割合（%）	86.9	89.4
公的保健支出の国家支出全体に占める割合（%）	15.3	17.4
総保健支出における外部資金の割合（%）	3.1	6.3
公的保健支出における社会保障支出の割合*（%）	-	33.8 (2009)
一人あたりの保健支出（米ドル）	62.05	136.9
一人あたりの公的保健支出*（米ドル）	35	67 (2009)

出典：Health Nutrition and Population Statistics [23]
*Global Health Observatory Repository (GHO) [24]

表 5-5 に 2008 年の保健財源の内訳を示す。無償資金協力と債務帳消の合計で 1 割近くに及んでいる。

表 5-5　保健財政財源（2008）

	Lempira	米ドル換算額*	%
国内財源	6,183,113,710	327,148,874	83.45
借款	486,550,726	25,743,425	6.57
無償資金協力	62,928,500	3,329,550	0.85
パリ・クラブ：債務帳消	209,934,300	11,107,635	2.83
重債務貧困国（HIPC）：債務帳消	466,395,300	24,677,000	6.30
計	7,408,922,536	392,006,484	100.00

*当時平均レート US$1=L18.9 で換算

出典：PAHO, Perfil del Sistema de Salud de Honduras. (2009) [10]を基に作成

2008 年の保健省予算においては、65%が保健セクターの職員の給与となっており、次いで医薬品及び保健医療施設における資機材の投入費用が多く、施設及び機材等の維持管理やサービスの提供に十分な予算を分配できていない [10]。

5.4.2　健康保険

公的な健康保険は IHSS によって運営されており、自営業や正規雇用者を対象とした保険に加え、妊産婦や高齢者など特定のグループを対象とした保険が存在する。IHSS による外来診療数は 1990-1994 年の 1,345,722 件から 2000-2005 年には 2,035,517 件と 1.5 倍以上増えている [10]。

民間の健康保険会社は銀行系など計 11 社があり、その運営状態と信用力は国家銀行・保険委員会が監視・監督しているが、診療報酬は各企業が任意に設定している。民間の健康保険は、個人契約あるいは企業契約であり、保健サービスを提供するほか、契約内容に応じて労災保険を設けていることもある。支払いは年毎が主流で、月毎、3 ヵ月毎の場合もある。民間の健康保険に関する公式な統計は確認できていないが、加入数は徐々に増加していると言われる [10]。

5.5　保健情報システム

一般的な保健にかかる統計や情報システムは保健省統計課が統括し、県病院、国立病院及び専門病院が同課にデータを定期的に送付している [25]。保健センターのデータは県病院に集約される。原則としてデータは毎月提出されることになっているが、実際は 3 ヵ月毎に取りまとめを行っている。電子データで送られてくることもあるが、大半はハードコピーの状態で提出される。

保健省では、計画立案や政策策定に役立てるべく、毎年、統計年鑑を発行している。同年鑑は、保健に関するあらゆるデータが県、年毎にまとめられている。ただし、保健省では病院等から提出される元データを単純に集計するに留まっており、前年比など傾向の分析が無い。特に近年は、2010 年以降のデータがあるにも関わらず、印刷費の予算が取れないことにより、こうした統計資料が出版物として発行されておらず、ヘルスプロモーション部など保健サービスの実施部署が、予算編成や計画策定等にこうした情報を活用することも少ない。

ホンジュラス国家統計局（INE）では、保健情報を含むあらゆる統計資料を管理しており、毎年、複数年に亘る情報を統計年鑑として編纂している。なお、同局の下で数年に一度行われる国家人口保健調査（ENDESA）の最新版は、2013 年初旬に発行予定である。

5.6 機材・医薬品供給機能

5.6.1 医療機材

病院における医療機材に関するガイドラインはない。保健省が把握している現状は以下の通りである[10]。

- 87%の病院において、機材台帳などが整備されていない。
- 53%の病院において、医療機材の欠陥が確認されている。
- 50%の病院において、運営に必要な最低限の医療機材が整備されていない。

このような状況を改善するため、病院では民間団体と協力して支援委員会を設けている。

5.6.2 医薬品供給

(1) 概況

医薬品の供給については、2001 年に改訂された国家医薬品政策（PNM）、及び活動・責任範囲・予算・活動スケジュールを定めた実施計画が存在する。

保健省は、製薬会社、医薬品卸会社、及び輸出入業者の活動に加え、医薬品の処方と薬局の運営を規制しており、医薬品登録手数料を徴収して財源に充てている。法律により、保健省及び IHSS 直轄の全レベルの保健医療施設に付属する薬局及び民間の医薬品販売の場において、薬剤師による対応を義務付けている。また、1990 年より、国立病院においてはジェネリック薬の処方が義務付けられている。

医薬品の価格は規定されておらず、規定されているのは輸入業者及び小売業者の利幅のみである。医薬品の利幅の規定に関しては消費者保護法が適用されており、保健省製造・消費局の監督の下、産業・流通・観光省が規制している。

(2) 医薬品供給システム

保健省は、2003 年に改訂された必須医薬品リストを使用している。同リストには、国家特別委員会により選定された 397 種類の医薬品が挙げられている。IHSS は、臨床結果に基づいて更新された独自の必須医薬品リストを有しており、3 つのレベルに応じた臨床ガイドラインを備えている。

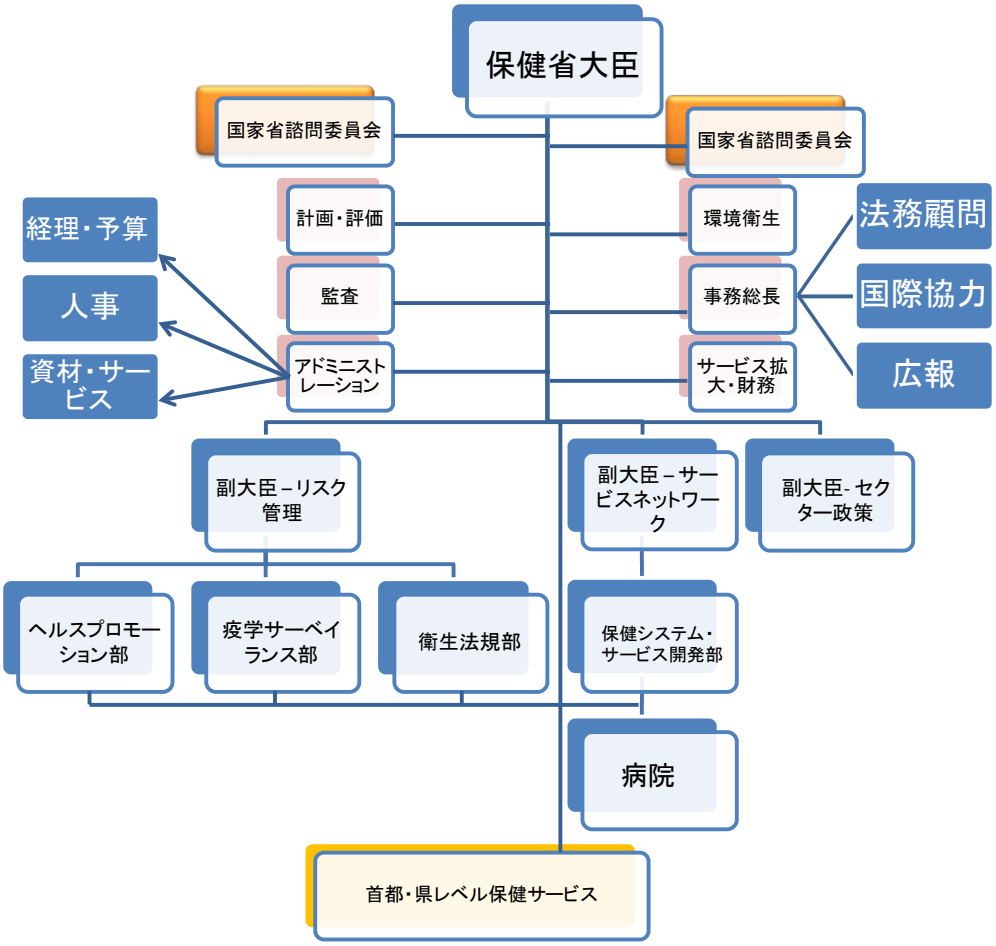
保健省は、政府系技術機関及び民間団体と連携しつつ、中央で一括して医薬品を調達して、国立病院及び県病院に供給している。医薬品の調達は、2006 年後半に大統領令によって発足した多機関医薬品委員会を通じて行われており、このメンバーには、国家統一フォーラム（Foro de Convergencia Nacional）、カトリック教会、国家汚職防止会議、国家エイズフォーラム、ホンジュラス医師会が含まれる。一方、IHSS は独自に調達を行っている。

医薬品の調達は、国家契約法に従い、一般入札の形で行われる。なお、保健省は域内の調達メカニズムとして 2002 年に設立された、汎米保健機構（PAHO）の医薬品回転資金を通じて医薬品を購買している。

5.7 管理・監督機能

5.7.1 保健行政

保健省では大臣の下、政策策定のためのセクター政策担当、保健事業の実施のサービスネットワーク担当、及び保健事業を管理・監督するリスク管理担当の 3 つの部署に分かれており、それぞれに担当副大臣が配置されている。サービスネットワーク担当部署は病院も管轄しており、この病院の中には県病院も含まれる。従って、分権化した地域においても県病院のサービスは保健省の管轄下にある。また、リスク管理担当部署の一つであるヘルスプロモーション部[26]の下に、各プログラム及び包括的ファミリーヘルス課が存在する（図 5-3)。



出典：ホンジュラス保健省提供資料を基に作成

図 5-3　　保健省組織図

[26] ヘルスプロモーション部のもとには、ヘルスプロモーションプログラム、国家ジェンダープログラム、メンタルヘルスプログラム、国家性感染症/エイズ対策プログラム、デング熱対策プログラム、マラリア対策プログラム、シャーガス病・リーシュマニア症対策プログラム、国家 HIV/エイズプログラム、国家少数民族プログラム、国家食糧安全保障プログラム、EPI プログラム、国家歯科プログラム、国家結核対策プログラム、国家悪性新生物対策プログラム、及び包括的ファミリーヘルス課（女性対応プログラム、小児対応プログラム、青少年対応プログラム、男性対応プログラム、高齢者対応プログラム）がある。

第6章　ドナーの協力状況

6.1　援助協調の枠組み

ホンジュラスにおける援助協調は、1999 年に開催された中米の復興支援にかかる支援国会合（ストックホルム宣言）以降、本格的に始まった。ハリケーン・ミッチによる被災後に急速に増えた援助は、2004 年には保健セクターの予算の約 3 割を占めるまでとなった [8]。援助国会合などで貧困削減戦略文書（PRSP）に沿った援助の実施に関する合意が行われるなど、ドナー間での援助の協調・調和化への流れが確立しつつある [26]。近年、援助グループを中心とした枠組みであるG16[27]においては、教育、保健、市民の安全、食糧保障におけるプログラムを拡充あるいは新規に開始することで合意している。

国家計画・国際協力省（SEPLAN）は、公共投資の優先課題や目標を設定して実施中のプロジェクトモニタリングを行う機関であり、国際協力に関しても同様に、政策及び戦略を策定して、ドナーとの対話及びモニタリングを担っている。保健セクターにおけるプログラムやプロジェクトも政府中期計画に沿って SEPLAN が選択・立案・評価することになっている [1]。

保健セクターにおいては、ドナーと保健省が共同で保健セクター改革ドナー会合[28]を毎月開催している。PAHOが主導し、保健セクター改革に係る方向性について協議する他、ドナー間の情報交換の場として機能している。

6.2　ドナー協力実績

6.2.1　国連機関

国連開発計画（UNDP）、国連人口基金（UNFPA）、国連世界食糧計画（WFP）、国連児童基金（UNICEF）の 4 者が合同で UN による 5 ヵ年の援助フレームワーク（2012-2016）を SEPLAN へ提出している。これによれば、社会保障、民主化、生産性の向上の 3 つの分野で国連機関全体の支援戦略を取りまとめており、保健セクターへの支援は「戦略分野 1：社会保障」に含まれる。本戦略分野の 5 ヵ年の援助額は 1,483 万米ドルである。

6.2.2　汎米保健機構（PAHO）

PAHO では、保健システムの強化、母子保健、健康な生活習慣への改善、感染症対策に関するプロジェクトを実施している。保健システム強化においては、地方分権化推進のための保健事業モデルの策定支援を中心に支援している。なお、PAHO が定期的に各国の保健状況を取りまとめ、分析している「米州保健事情（Salud en las Améticas）」のホンジュラス版は、2012 年 7 月時点において、まもなく最終稿が完成予定とのことであった。

[27] フランスを議長とする、国際通貨基金（IMF）、 世界銀行、米州開発銀行（IDB）、中米統合経済銀行（CABEI）、国連システム、欧州連合（EU）、スペイン、米国、ドイツ、カナダ、スウェーデン、オランダ、イタリア、スイス、日本の計 16 の二国間・多国間ドナーグループ（Grupo 16）。

[28] メンバーは、スペイン国際開発庁（AECID）、カナダ国際開発庁（CIDA）、米州開発銀行（IDB）、世界銀行、欧州連合（EU）、イタリア外務省開発協力総局、国際協力機構（JICA）UN Women、PAHO、国連合同エイズ計画（UNAIDS）、国連世界食糧計画（WFP）、国連開発計画（UNDP）、国連児童基金（UNICEF）、国連人口基金（UNFPA）、米国国際開発庁（USAID）

6.2.3 米州開発銀行（IDB）

以下の 3 つのプログラムを支援している。

① 保健サービスの地方分権化強化（4 年間で計 75 百万米ドルの有償資金協力）

2003 年より保健セクターにおける地方分権化実施モデルが推進されており、受益者 1 人あたり 20-22 米ドルを拠出する計画である。推定受益者数は 35 万人、目標は 100 万人（人口の 15%に相当）である。

② 病院改善プログラム

資機材導入と、適切な運営の下でサービス提供が確実に行われることを目的とした財団を設立し、インティブカ県、レンピラ県、バジェ県においてパイロット病院を運営している。これらの病院のこれまでの運営状況は比較的良好である。

③ メゾアメリカ保健イニシアティブ

ビル&メリンダ・ゲイツ財団等の支援により、メキシコからパナマにかけて母子保健サービスの向上を目的としたプログラムが実施されている。総予算は 15 百万米ドルで、そのうち対ホンジュラス支援額は 4 百万米ドルである。

6.2.4 米国国際開発庁（USAID）

保健セクターに関しては、以下の 2 つのプログラムを中心に支援している。

① 地方分権化支援

地方において保健サービスを提供・運営する人材の選定・契約プロセスの強化を中央レベルで支援する。

② 家族計画支援

2012 年が最終年であるが、技術協力として、国のガイドラインに沿った母子保健の支援を継続予定である。

6.3 日本の協力実績と現状

6.3.1 対ホンジュラス協力方針と保健セクターの位置づけ

我が国の「対ホンジュラス国別援助方針（2012 年）」における援助の基本方針（大目標）は、地方活性化施策を中核とした持続的な社会経済開発への支援である。重点分野（中目標）は、①地方開発、②防災対策の 2 点であり、保健セクターは、①の開発課題（小項目）、保健システムの強化に該当する。同分野においては、他国や国際機関による支援と連携しつつ支援の実施に努めるという立場を示している [26]。

6.3.2 保健セクターにおける日本の協力

保健セクターにおける我が国の対応方針は、我が国の「国際保健政策 2011-2015」を踏まえて母子保健やリプロダクティブヘルスの強化、感染症対策を含む包括的な保健システムを構築し、保健関連の人材育成や施設整備等に取組み、ミレニアム開発目標（MDGs）達成に向けた支援を行う一方で、顧みられない熱帯病（NTD）対策にも貢献するとしている [26]。

表 6-1 に近年の支援実績及び当面の予定を示す。

表 6-1　保健セクターでの日本の支援実績・予定（終了年度が 2010 年度以降のもの）

プログラム名	プログラム概要	プロジェクト名	スキーム	2010以前	2011	2012	2013	2014	2015	支援額(億円)
保健医療サービス改善プログラム	母子保健・リプロダクティブヘルスといった個別課題への支援を行いつつ、包括的な保健医療システム強化への支援を実施し、保健医療へのアクセス向上を図る。	中米カリブ地域/看護基礎・継続教育強化プロジェクト	技プロ	━	━					2.9
		人口・家族計画及び母子保健医療器材計画	マルチ		●					
		オランチョ県思春期リプロダクティブヘルス強化プロジェクト	技プロ	━	━					3.3
		エル・パライソ県母子保健向上支援事業フェーズ 2（AMDA）	草の根技協	━	━					
		シャーガス病対策プロジェクトフェーズ 2	技プロ	━						2.2
		総合的保健医療モデル実施能力強化プロジェクト	技プロ			╌	╌	╌	╌	
		シャーガス病対策/保健行政アドバイザー	個別専門家			╌	╌	╌		
		保健医療分野サービス改善支援ボランティア派遣(10 名)	JOCV/SV	━	━	━				
		保健医療に関する課題別研修（4 件）	課題別研修	━	━					
		子どもと青年の改革基金（HIV/エイズ）	マルチ	●						
その他		CBR 戦略向上のための能力強化	第三国専門家			╌	╌	╌		
		障がい者支援ボランティア派遣（3 名）	JOCV/SV	━	━	━				
		障がい者支援に関する課題別研修（2 件）	課題別研修	━	━					

出典：日本国外務省.対ホンジュラス共和国 国別援助方針(2012) [27]

なお、実施済み案件の実績として、以下が挙げられる。

- オランチョ県思春期リプロダクティブヘルス強化プロジェクト：
  ピア活動及びその成果は、現在作成されている思春期妊娠減少戦略の中に含まれる予定となっている。
- シャーガス病院対策プロジェクト：
  シャーガス病のリスクを低減し、2011 年のシャーガス病対策中米イニシアティブ（IPCA）の年次総会で発表された感染中断に貢献した。
- 中米カリブ地域／看護基礎・継続教育強化プロジェクト：
  域内全域の看護教育の指導者育成に貢献した。

第7章　保健セクターにおける優先課題と提言

7.1　ホンジュラスの保健セクターにおける優先課題

1 章から 6 章までにまとめてきた、ホンジュラスの保健セクターの状況から、その課題と背景要因を図 7-1 に整理すると共に、以下に記述する。

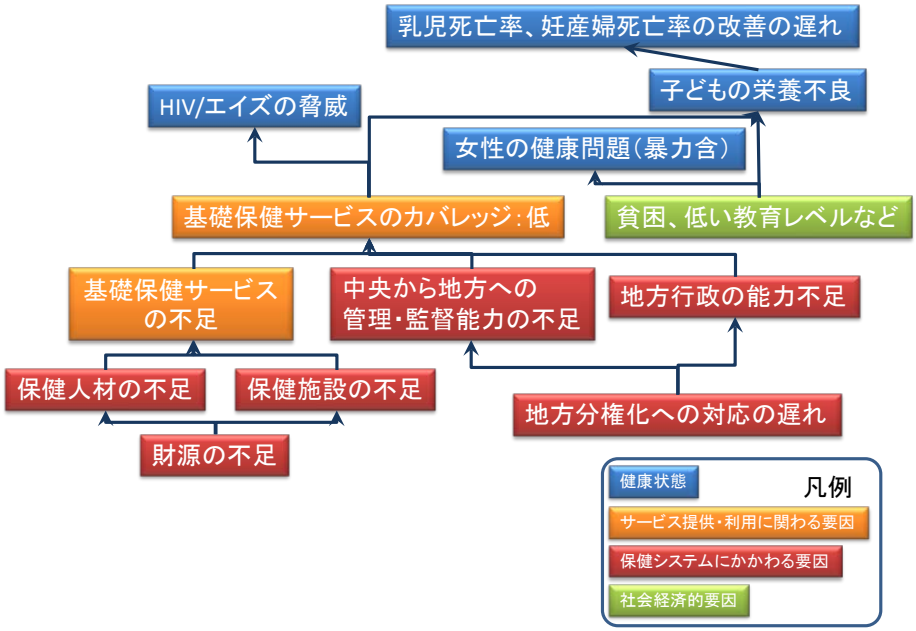


図 7-1　ホンジュラスの保健セクターにおける問題とその背景要因

7.1.1　国民の健康課題における重要問題

疾病構造上では非感染症型へと移行しているが、ミレニアム開発目標（MDGs）である乳児死亡率や妊産婦死亡率の改善が進んでいるとは言えず、また HIV/エイズの脅威も依然として残っている状況である。また、セクターワイドな課題として特に子どもの栄養問題や女性の生命や健康に関わる暴力の脅威もある。

保健サービス供給の面では、都市部に比べて農村部、特に先住民の居住率が高い地域においては、プライマリヘルスケア（PHC）へのアクセスが困難な所も多く、基礎的保健サービスの供給が絶対的に不足していること等のためにこれらの地域にサービスを行き渡らせることができず、保健サービスへのアクセスにおいて地域間の格差が生じている。

7.1.2　背景にある要因

基礎的保健サービスの絶対的不足の直接的な要因として、保健人材、保健医療施設、及び財源の不足が挙げられる。PHC サービスにおいては、地方の一次施設にも医師を配置し、分娩施設を有する母子クリニック（CMI）を拡充する必要がある。間接的もしくは技術的な要因としては、保健省の県保健局に対する管理・監督能力の不足、県保健局の行政能力の不足が挙げられる。後者の要因は、ホンジュラス政府が地方分権化政策をとっているにも関わらず、保健セクターにおいては長年に亘って地方分権化が進められてこなかったことの弊害ともいえる。

母子保健においては、課題別プログラムを中心にしたこれまでの保健施策の実施を見直し、PHC に統合してサービス提供を強化すべきとの意見が保健省内部からも挙がっている。また、PHC サービスの拡大においては、ホンジュラス社会保険庁（IHSS）や民間セクターとの連携が課題であるとの指摘もあるが、IHSS は保険加入者に対してサービスを提供しており、民間セクターも採算性の観点などから農村部へのサービス拡大は容易ではないと考えられる。

7.1.3 問題に対するホンジュラス政府、ドナーの取り組み

ホンジュラス政府にとって、教育や保健など社会セクターへの取り組みは最優先課題の一つである。保健省では、保健セクター改革の流れの中で、住民にもっとも近い行政単位である市及び市連合体レベルにおける分権化を進めている。また、保健セクター改革そのものが保健セクターの中心課題であり、保健を支援するどの主要ドナーもこの流れに沿った活動を進めている。米州開発銀行（IDB）と米国国際開発庁（USAID）は、保健セクターでの地方分権化活動費の直接支援も実施しており、IDB は既に分権化が進んでいる地域での活動費支援の継続をコミットしたばかりである。

分権化が進んでいる市もしくは地方自治体間協力組織では、カバーする住民の数に応じて活動費が保健省から支給されている。支給にあたっては、保健省が活動を評価するという形をとっており、効率性や公平性の面では単純かつ明解な取り組みと考えられる。分権化によって PHC サービスの提供を地元の非営利団体（NPO）や企業が担うようになってきており、これに加えて市や地方自治体間協力組織による実施も促進されれば、保健セクターにおける住民参加もより一層進展すると考えられる。一方、持続性に関しては財源の確保の問題が懸念される。また、PHC の質の確保という意味では、保健人材や保健医療施設の確保に加えて、サービス内容の標準化を確立する必要があると考えられる。

7.2 日本の協力の可能性

日本は、母子保健分野における中央及び地方保健行政を取り込んだオランチョ県及びエル・パライソ県における技術協力の実績がある。現在、保健省及びドナー間で検討されている PHC の保健事業モデルにおいては、母子保健サービスが重要項目として取り入れられる方向になっており、上記の経験を活かしつつ、保健省の PHC 事業モデルの実施を、県レベルで支援することが可能であると考えられる。また、直接的に PHC 事業を展開することのみならず、事業モデルを現場で検証した結果を保健省へフィードバックし、モデルの標準化やガイドラインの策定にも寄与できる。加えて、地方保健行政における計画策定・実施能力の向上などにも貢献できると考えられる。

過去に実施した、無償資金協力によるサン・フェリペ病院整備計画や、域内全域に実績がある保健インフラ整備への支援の実績を活用し、IDB の「病院改善プログラム」と内容を共有しながら病院整備に係る協力について検討することも可能である。

添付資料

添付１　保健分野主要指標
添付２　参考文献リスト

添付1：保健分野主要指標（ホンジュラス共和国）

国名：ホンジュラス共和国（Republic of Honduras）口					MDGs	Sources	1990	2000	Latest	Latest year	Latest in Region	(Latest year)	Region
0 基礎情報	0.1 人口動態	0.1.01	人口	Population, total		WDI	4,889,311	6,218,151	7,600,000	2010	582,551,688	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		0.1.02	人口増加率（直近10年間の平均）	Population growth (annual %)		WDI	2.8	2.1	2.0	2010	1.1	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		0.1.03	出生時平均余命	Life expectancy at birth, total (years)		WDI	66.3	70.4	72.8	2010	74.1	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		0.1.04	粗出生率	Birth rate, crude (per 1,000 people)		WDI	38.4	31.6	26.7	2010	18.5	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		0.1.05	粗死亡率	Death rate, crude (per 1,000 people)		WDI	6.7	5.3	4.9	2010	5.9	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		0.1.06	都市人口率	Urban population (% of total)		WDI	40.3	44.4	48.8	2010	79.3	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
	0.2 経済・開発状況	0.2.01	一人あたり国民総所得	GNI per capita, Atlas method (current US$)		WDI	700	940	1870	2010	7,741.1	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		0.2.02	経済成長率	GNI growth (annual %)		WDI	(3.3)	6.7	2.6	2010	6.4	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		0.2.03	初等教育就学率	Total enrollment, primary (% net)	2.1	WDI		88.8	97.2	2010	95.1	(2009)	Latin America & Caribbean (developing only)
		0.2.04	初等教育就学率における男女比	Ratio of female to male primary enrollment (%)	3.1	WDI	100.9	101.1	100.0	2010	96.7	(2009)	Latin America & Caribbean (developing only)
		0.2.05	成人識字率	Literacy rate, adult total (% of people ages 15 and above)		WDI			83.6	2007	91.1	(2009)	Latin America & Caribbean (developing only)
		0.2.06	人間開発指標	Human Development Index		HDR	0.47	0.64	0.63	2011	0.73	(2011)	Latin America & Caribbean
		0.2.07	人間開発指標の順位	Human Development Index (rank)		HDR	101 /160	116 / 173	121 / 187	2011			
		0.2.08	1日1.25ドル未満で生活する人口の割合	Poverty gap at $1.25 a day (PPP) (%)		WDI	22.4		9.4	2009	3.3	(2008)	Latin America & Caribbean (developing only)
	0.3 水と衛生	0.3.01	安全な水を使用する人口の割合	Improved water source (% of population with access)	7.8	HNP Stats	76	82	87	2010	94.2	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		0.3.02	改善された衛生設備を使用する人口の割合	Improved sanitation facilities (% of population with access)	7.9	HNP Stats	50	64	77	2010	78.7	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
1 受益者の健康の状況	1.1 疾病構造	1.1.01	感染症、周産期および栄養の状態などにより死亡する年齢調整死亡率	Age-standardized mortality rate by cause (per 100,000 population) - Communicable		GHO			152	2008	72	(2008)	Americas
		1.1.02	非感染性疾患で死亡する年齢調整死亡率	Age-standardized mortality rate by cause (per 100,000 population) - Noncommunicable		GHO			729	2008	455	(2008)	Americas
		1.1.03	負傷で死亡する年齢調整死亡率	Age-standardized mortality rate by cause (per 100,000 population) - Injuries		GHO			61		63	(2008)	Americas
		1.1.04	感染症、周産期および栄養の状態などにより死亡する率	Cause of death, by communicable diseases and maternal, prenatal and nutrition conditions (% of total)		HNP Stats			23.1	2008	16.4	(2008)	Latin America & Caribbean (developing only)
		1.1.05	非感染性疾患で死亡する率	Cause of death, by non-communicable diseases (% of total)		HNP Stats			68.6	2008	72.0	(2008)	Latin America & Caribbean (developing only)
		1.1.06	負傷で死亡する率	Cause of death, by injury (% of total)		HNP Stats			8.3	2008	11.6	(2008)	Latin America & Caribbean (developing only)
		1.1.07	感染症による余命損失	Distribution of years of life lost by broader causes (%) - Communicable		GHO			42	2008	20	(2008)	Americas
		1.1.08	非感染性疾患による余命損失	Distribution of years of life lost by broader causes (%) - Noncommunicable		GHO			43		59	(2008)	Americas
		1.1.09	負傷による余命損失	Distribution of years of life lost by broader causes (%) - Injuries		GHO			14		21	(2008)	Americas
	1.2 母子保健	1.2.01	妊産婦死亡率	Maternal mortality ratio (modeled estimate, per 100,000 live births)	5.1	MDGs	210	160	110	2008	85.5	(2008)	Latin America & Caribbean (developing only)
		1.2.02	青年期（15~19歳）女子による出産率	Adolescent fertility rate (births per 1,000 women ages 15-19)	5.4	MDGs		107.3	88.8	2010	71.9	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		1.2.03	5歳未満児死亡率	Mortality rate, under-5 (per 1,000)	4.1	MDGs	58.1	37.4	24.0	2010	23.3	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		1.2.04	乳児死亡率	Mortality rate, infant (per 1,000 live births)	4.2	MDGs	45.1	30.5	20.3	2010	18.1	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		1.2.05	低体重児出生率	Low-birthweight babies (% of births)		HNP Stats			10.2	2006	8.2	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		1.2.06	合計特殊出生率	Fertility rate, total (birth per woman)		HNP Stats	5.1	4.0	3.1	2010	2.2	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
	1.3 感染症	1.3.01	15~24歳のHIV感染率（男性）	a) Prevalence of HIV, male (% ages 15-24)	6.1	MDGs			0.3	2009			
			15~24歳のHIV感染率（女性）	b) Prevalence of HIV, female (% ages 15-24)	6.1	MDGs			0.2	2009			
		1.3.02	マラリア有病率	Notified cases of malaria per 100,000 population	6.6	MDGs Database			335	2008			
		1.3.03	マラリアによる死亡率	a) Malaria death rate per 100,000 population, all ages	6.6	MDGs Database			0	2008	1	(2009)	Latin America and the Caribbean
				b) Malaria death rate per 100,000 population, ages 0-4	6.6	MDGs Database			0	2008	3	(2009)	Latin America and the Caribbean
		1.3.04	結核有病率	Tuberculosis prevalence rate per 100,000 population (mid-point)	6.9	MDGs Database	180	155	65	2010	58	(2009)	Latin America and the Caribbean
		1.3.05	結核罹患率	Incidence of tuberculosis (per 100,000 people)	6.9	MDGs	125	116	51	2010	43	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		1.3.06	結核による死亡率	Tuberculosis death rate (per 100,000 people)	6.9	MDGs	16	13	5.2	2010	3.3	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		1.3.07	15~49歳の推定HIV感染率	Prevalence of HIV, total (% of population ages 15-49)		HNP Stats	1.1	1.3	0.8	2009	0.5	(2009)	Latin America & Caribbean (developing only)
		1.3.08	AIDSによる推定死亡数	AIDS estimated deaths (UNAIDS estimates)		HNP Stats	1,000	3,600	2,500	2009			
		1.3.09	HIV新規感染率	HIV incidence rate, 15-49 years old, percentage (mid-point)		MDGs Database							
		1.3.10	GFによる優先度スコア（HIV）	Paritial Prioritization Score by the Global Fund (HIV)		GF			7	2012			
			GFによる優先度スコア（マラリア）	Paritial Prioritization Score by the Global Fund (Malaria)		GF			5	2012			
			GFによる優先度スコア（結核）	Paritial Prioritization Score by the Global Fund (TB)		GF			7	2012			
	1.4 栄養不良	1.4.01	5歳未満児における中・重度の低体重の比率	Prevalence of wasting (% of children under 5)		HNP Stats			1.4	2006			
2 サービス提供の状況	2.1 母子保健対策	2.1.01	助産専門技能者の立会による出産の割合	Births attended by skilled health personnel, percentage	5.2	MDGs Database			66.9	2006	88.0	(2009)	Latin America and the Caribbean
		2.1.02	帝王切開率	Birth by caesarian section(%)		GHO			13	2006	35.2	(2011)	Americas
		2.1.03	避妊具普及率	Contraceptive prevalence (% of women ages 15-49)	5.3	MDGs			65.2	2006	74.7	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		2.1.04	産前健診（1回以上）	Pregnant women receiving prenatal care (%)	5.5	HNP Stats			91.7	2006	96.5	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		2.1.05	産前健診（4回以上）	Pregnant women receiving prenatal care of at least four visits (% of pregnant women)	5.5	HNP Stats		58.6	80.8	2006	88.2	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		2.1.06	家族計画の必要性が満たされていない割合	Unmet need for family planning, total, percentage	5.6	MDGs Database			16.9	2006	9.9	(2008)	Latin America and the Caribbean
		2.1.07	麻疹の予防接種を受けた1歳児の割合	1-year-old children immunized against: Measles	4.3	Childinfo	90	98	99	2010	93	(2010)	Latin America and Caribbean
		2.1.08	結核の予防接種を受けた1歳児の割合	1-year-old children immunized against: Tuberculosis		Childinfo	70	99	99	2010	96	(2010)	Latin America and Caribbean
		2.1.09	ジフテリア・百日咳・破傷風３種混合ワクチンの初回接種を受けた乳児の割合	a) 1-year-old children immunized against: DPT (percentage of infants who received their first dose of diphtheria, pertussis and tetanus vaccine)		Childinfo	94	98	99	2010	96	(2010)	Latin America and Caribbean
			ジフテリア・百日咳・破傷風３種混合ワクチンの予防接種を３回受けた乳児の割合	b) 1-year-old children immunized against: DPT (percentage of infants who received three doses of diphtheria, pertussis and tetanus vaccine)		Childinfo	84	94	98	2010	93	(2010)	Latin America and Caribbean
		2.1.10	ポリオの予防接種を受けた1歳児の割合	1-year-old children immunized against: Polio		Childinfo	87	88	98	2010	93	(2010)	Latin America and Caribbean
		2.1.11	B型肝炎の予防接種を３回受けた乳児の割合	Percentage of infants who received three doses of hepatitis B vaccine		Childinfo		94	98	2010	90	(2010)	Latin America and Caribbean

添付1：保健分野主要指標（ホンジュラス共和国）

国名：ホンジュラス共和国（Republic of Honduras）□					MDGs	Sources	1990	2000	Latest	Latest year	Latest in Region	(Latest year)	Region
	2.2 感染症対策	2.2.01	最後のハイリスクな性交渉におけるコンドーム使用率（男性）	Condom use with non regular partner, % adults (15-49), male	6.2	MDGs							
		2.2.02	最後のハイリスクな性交渉におけるコンドーム使用率（女性）	Condom use with non regular partner, % adults (15-49), female	6.2	MDGs			20.2	2006			
		2.2.03	HIV/エイズに関する包括的かつ正確な情報を有する15~24歳の割合（男性）	Men 15-24 years old with comprehensive correct knowledge of HIV/AIDS, percentage	6.3	MDGs Database							
		2.2.04	HIV/エイズに関する包括的かつ正確な情報を有する15~24歳の割合（女性）	Women 15-24 years old with comprehensive correct knowledge of HIV/AIDS, percentage	6.3	MDGs Database			29.9	2005			
		2.2.05	10~14歳のエイズ孤児でない子どもの就学率に対するエイズ孤児の就学率	Ratio of school attendance of orphans to school attendance of non-orphans aged 10-14 years	6.4	MDGs Database			1.08	2006			
		2.2.06	殺虫剤処理済みの蚊帳を使用する5歳未満児の割合	Use of insecticide-treated bed nets (% of under-5 population)	6.7	HNP Stats							
		2.2.07	適切な抗マラリア薬により治療を受ける5歳未満児の割合	Children under 5 with fever being treated with anti-malarial drugs, percentage	6.8	MDGs Database			0.5	2006			
		2.2.08	DOTSのもとで発見され治療された結核患者の割合	Tuberculosis treatment success rate under DOTS, percentage	6.10	MDGs Database		86	85	2008	77	(2008)	Latin America and the Caribbean
		2.2.09	抗レトロウイルス薬による治療を受ける感染者の割合	Antiretroviral therapy coverage (% of people with advanced HIV infection)	6.5	MDGs			33.0	2009			
		2.2.10	HIV検査・カウンセリングを受けた15歳以上の割合	People aged 15 years and over who received HIV testing and counselling, estimated number per 1,000 adult population		GHOr			68.2	2010			
		2.2.11	人口10万人あたりのHIV検査・カウンセリング施設数	Testing and counselling facilities, estimated number per 100,000 adult population		GHOr			19.1	2010			
		2.2.12	HIV検査を受けた妊婦の割合	Pregnant women tested for HIV, estimated coverage (%)		GHOr			62	2010			
		2.2.13	HIV陽性妊婦のうちARTを受ける割合	Percentage of HIV-infected pregnant women who received antiretroviral drugs to reduce the risk for mother-to-child transmission (Mid point)	6.5	MDGs Database							
		2.2.14	結核患者発見率	Tuberculosis case detection rate (all forms)		HNP Stats	60.0	89.0	74.0	2010	80	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		2.2.15	結核治療成功率	Tuberculosis treatment success rate (% of registered cases)	6.10	MDGs		86.0	86.0	2009	77	(2009)	Latin America & Caribbean (developing only)
	2.3 栄養不良対策	2.3.01	５歳未満児に対するビタミンA補給率	Vitamin A supplementation coverage rate (% of children ages 6-59 months)		HNP Stats			40.0	2005			Latin America & Caribbean (developing only)
		2.3.02	ヨード添加塩使用世帯の割合	Consumption of iodized salt (% of households)		HNP Stats					84.2	(2000)	Latin America & Caribbean (developing only)
	2.4 質とカバレッジ	2.4.01	公的セクターによるサービスカバレッジ	Estimate of health formal coverage		ILO			65.2		46.7		Countries of high vulunerability
		2.4.02	財源不足のためにカバーされない割合	Population not covered (%) due to financial resources deficit		ILO			62.5		61.1		Countries of high vulunerability
		2.4.03	人材不足のためにカバーされない割合	Population not covered (%) due to professional health staff dificit		ILO			56.2		43.2		Countries of high vulunerability
3 保健システムの状況	3.1 保健人材	3.1.01	人口10万人あたりの医師数	Physicians (per 100,000 people)		HNP Stats	0.70	0.57			1.8	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		3.1.02	人口10万人あたりの母子保健看護師数	MCH Nurses (per 100,000 people)		HNP Stats			0.03	2001			
		3.1.03	人口10万人あたりの看護師数	Nurses (per 100,000 people)		HNP Stats		1.29					
		3.1.04	人口10,000人あたりの歯科医師数	Dentistry personnel density (per 10,000 population)		GHO		2.1			12	(2005)	Americas
		3.1.05	人口10,000人あたりの薬剤師数	Density of pharmaceutical personnel (per 10,000 population)		GHO		1.4			6.9	(2005)	Americas
	3.2 保健財政	3.2.01	国内総生産における保健支出の割合	Health expenditure, total (% of GDP)		HNP Stats		5.4	6.8	2010	7.7	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		3.2.02	保健支出全体における公的支出の割合	Health expenditure, public (% of total health expenditure)		HNP Stats		56.7	65.2	2010	50.2	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		3.2.03	保健支出全体における民間支出の割合	Health expenditure, private (% of total health expenditure)		HNP Stats		43.3	34.8	2010	49.8	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		3.2.04	民間支出のうち家計による直接負担の割合	Out-of-pocket health expenditure (% of private expenditure on health)		HNP Stats		86.9	89.4	2010	74.5	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		3.2.05	公的保健支出の国家支出全体に占める割合	Health expenditure, public (% of government expenditure)		HNP Stats		15.3	17.4	2010	9.0	(2004)	Latin America & Caribbean (developing only)
		3.2.06	保健支出における外部資金の割合	External resources for health (% of total expenditure on health)		HNP Stats		3.1	6.3	2010	0.2	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		3.2.07	公的保健支出における社会保障支出の割合	Social security expenditure on health as a percentage of general government expenditure on health		GHO			33.8	2009	72	(2009)	Americas
		3.2.08	一人あたりの保健支出	a) Health expenditure per capita (current US$)		HNP Stats		62.0	136.9	2010	670.2	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
				b) Per capita total expenditure on health (PPP int. $)		GHO		135	230	2009	3,346	(2009)	Americas
		3.2.09	一人あたりの公的保健支出	Per capita government expenditure on health at average exchange rate (US$)		GHO		35	67	2009	1,566	(2009)	Americas
	3.3 施設・機材・医薬品等	3.3.01	必須医薬品：ジェネリック医薬品の入手可能状況	a) Median availability of selected generic medicines (%) - Public		GHO							
				b) Median availability of selected generic medicines (%) - Private		GHO							
		3.3.02	必須医薬品：ジェネリック医薬品の平均価格	a) Median consumer price ratio of selected generic medicines - Public		GHO							
				b) Median consumer price ratio of selected generic medicines - Private		GHO							
		3.3.03	人口1,000人あたりの病床数	Hospital beds (per 1,000 population)		HNP Stats	1.0		0.8	2010	1.9	(2009)	Latin America & Caribbean (developing only)

WDI: World Development Indicators & Global Development Finance (http://databank.worldbank.org/ddp/home.do) (Accessed 08/2012)
HDR: Human Development Reports (http://hdr.undp.org/) (Accessed 08/2012)
HNP Stats: Health Nutrition and Population Statistics (http://databank.worldbank.org/ddp/home.do) (Accessed 08/2012)
GF: Global Fund eligibility list for 2012 funding channels, the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (http://www.theglobalfund.org/en/application/applying/ecfp/) (Accessed 08/2012)
GHO: Global Health Observatory Country Statistics (http://www.who.int/gho/countries/en/) (Accessed 08/2012)
GHOr: Global Health Observatory Repository (http://apps.who.int/ghodata/) (Accessed 08/2012)
MDGs: Millennium Development Goals (http://databank.worldbank.org/ddp/home.do) (Accessed 08/2012)
MDG database: Millennium Development Goals Indicators (http://mdgs.un.org/unsd/mdg/) (Accessed 08/2012). Regional data is available on The Millennium Development Goals Report Statistical Annex 2011 (United Nations).
Childinfo: Childinfo UNICEF (http://www.childinfo.org/) (Accessed 08/2012)
ILO: World Social Security Report 2010/11: Providing coverage in times of crisis and beyond. International Labour Office Geneva: ILO 2010.

1.3.10 Partial Prioritization Score is composed of the income level score for the country and the disease burden score for the particular disease in the country. The minimum score is 3 and the maximum score is 12.

2.4.01 Estimate of health formal coverage is indicated as percentage of population covered by state, social, private, company-based, trade union, mutual and other health insurance scheme.

2.4.02 Population not covered (%) due to financial resources deficit (based on median value in low-vulnerability group of countries) uses the relative difference between the national health expenditure in international $ PPP (excluding out-of-pocket) and the median density observed in the country group with low levels of vulnerability as a benchmark for developing countries. The rate can be calculated using the following formula:

Per capita health expenditure not financed by private households' out-of-pocket payments (PPP in int. $) [A]
Population (in thousands) total [B]
Total health expenditure not financed by out of pocket in int. $ PPP (thousands) [C = A x B]
Population covered by total health expenditure not financed by out-of pocket if applying Benchmark* (thousands) [D = C ÷ Benchmark]**
Percentage of the population not covered due to financial resources deficit (%) [F = (B - D) ÷ B x 100]
*Benchmark: Total health expenditure not financed by out-of-pocket per capita = 350 international $ PPP.
**This formula was partially modified from the original in the source to suit an actual calculation.

2.4.03 Population not covered (%) due to professional health staff dificit uses as a proxy the relative difference between the density of health professionals in a given countries and its median value in countries with a low level of vulnerability. The rate can be calculated using the following formula:

Total of health professional staff [A = B + C]
Number of nursing and midwifery personnel [B]
Number of physicians [C]
Total population (in thousands) [D]
Number of health professional per 10,000 persons [F = A ÷ D x 10]
Total population covered if applying Benchmark* (thousands) [E = A ÷ Benchmark x 10]
Percentage of total population not covered due to health professional staff deficit [G = (D - E) ÷ D x100]
Benchmark: 40 professional health staff per 10,000 persons.

添付 2：参考文献リスト（ホンジュラス共和国）

引用番号	資料名	発行元	URL など	発行年
1	Country Partnership Strategy for the Republic of Honduras for The Period FY2012-2014	The World Bank	http://siteresources.worldbank.org/INTGENDER/Resources/CASHondurasNovember2011.pdf	2011
2	Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe 2011	CEPAL		2011
3	World Development Indicators (WDI) and the Global Development Finance (GDF) databases	World Data Bank	http://databank.worldbank.org/ddp/home.do?Step=2&id=4&DisplayAggregation=N&SdmxSupported=Y&CNO=2&SET_BRANDING=YES	
4	Human Development Report	UNDP	http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2011/	2011
5	Plan Nacional de Salud 2010-2014	ホンジュラス保健省	http://www.salud.gob.hn/documentos/upeg/publicaciones/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SALUD%202010-2014.pdf	2010
6	国家開発計画 2010-2020	ホンジュラス政府		2010
7	Mortality Distribution by Groups of Causes of Deaths	PAHO		
8	Objetivos de Desarrollo del Milenio Honduras 2010, Tercer Informe de País, Sinopsis	Sistema de las Naciones Unidas en Honduras	http://www.undp.un.hn/ODM2010/SinopsisEspanolODM2010/SinopsisEspanolODM2010.pdf	2010
9	MDG Report Observatory for Honduras (2010)	UNDP	http://www.regionalcentrelac-undp.org/images/stories/POVERTY/hondurasmdgol.pdf	2010
10	Perfil del Sistema de Salud de Honduras	PAHO	http://new.paho.org/hss/dmdocuments/Perfil_Sistema_Salud-Honduras_2009.pdf	2009
11	Indicadores Básicos 2011	ホンジュラス保健省	http://www.google.co.jp/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fnew.paho.org%2Fhon%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D253%26Itemid%3D211&ei=KxuSUMTgOKfqmAWr_YDoBg&usg=AFQjCNFVKR8x02f2JeUmQvPD3ogC4lnMLg&sig2=tF8XEgf54RpkVKewczFldw	2012
12	ENDESA 2005-2006	INE		
13	Anuario Estadístico 2009	ホンジュラス保健省		2009
14	Situatión Epidemiológica Tuberculosis		http://www.portalsida.org/repos/Situacion_Epidemiologica_Tuberculosis.pdf	2011
15	Resumen Ejecutivo de los Programas que ejecuta la Dirección General de Promoción de la Salid			2011
16	Observatorio de la Violencia	ホンジュラス政府他		2012

添付 2：参考文献リスト（ホンジュラス共和国）

引用番号	資料名	発行元	URL など	発行年
17	Renewing Primary Health Care in the Americas	PAHO	http://www.paho.org/english/AD/THS/PrimaryHealthCare.pdf	2007
18	Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez 2008-2015	ホンジュラス保健省		2008
19	Hogares Maternos: Lineamientos para su implementación y desarrollo en Honduras	ホンジュラス保健省		2008
20	Plan estratégico para la prevención, atención, control y eliminación de enfermedades infecciosas desatendidas en Honduras (PEEDH) 2012-2017	ホンジュラス保健省		2012
21	Marco Conceptual Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud	ホンジュラス保健省	http://www.salud.gob.hn/documentos/upeg/publicaciones/Marco%20Politico%20reforma.pdf	2009
22	Sistema de salud de Honduras	Salud Pública de México		
23	Health Nutrition and Population Statistics	World Data Bank	http://databank.worldbank.org/ddp/home.do?Step=2&id=4&hActiveDimensionId=HNP_Series	
24	Global Health Observatory	WHO	http://apps.who.int/ghodata/	
25	Sistema de Información en Salud (SIS)	ホンジュラス保健省		
26	Country Cooperation Strategy at a glance -Honduras-	WHO	http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_hnd_en.pdf	2006
27	対ホンジュラス共和国 国別援助方針	外務省	http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/seisaku/hoshin/pdfs/honduras.pdf	2012