

ハイチ共和国

保健セクター情報収集・確認調査報告書

平成 25 年 7 月
(2013 年)

独立行政法人
国際協力機構 (JICA)

共同企業体
株式会社国際テクノ・センター
株式会社エス・プランニング

人間
JR
13-071

ハイチ共和国
保健セクター情報収集・確認調査報告書

平成 25 年 7 月
(2013 年)

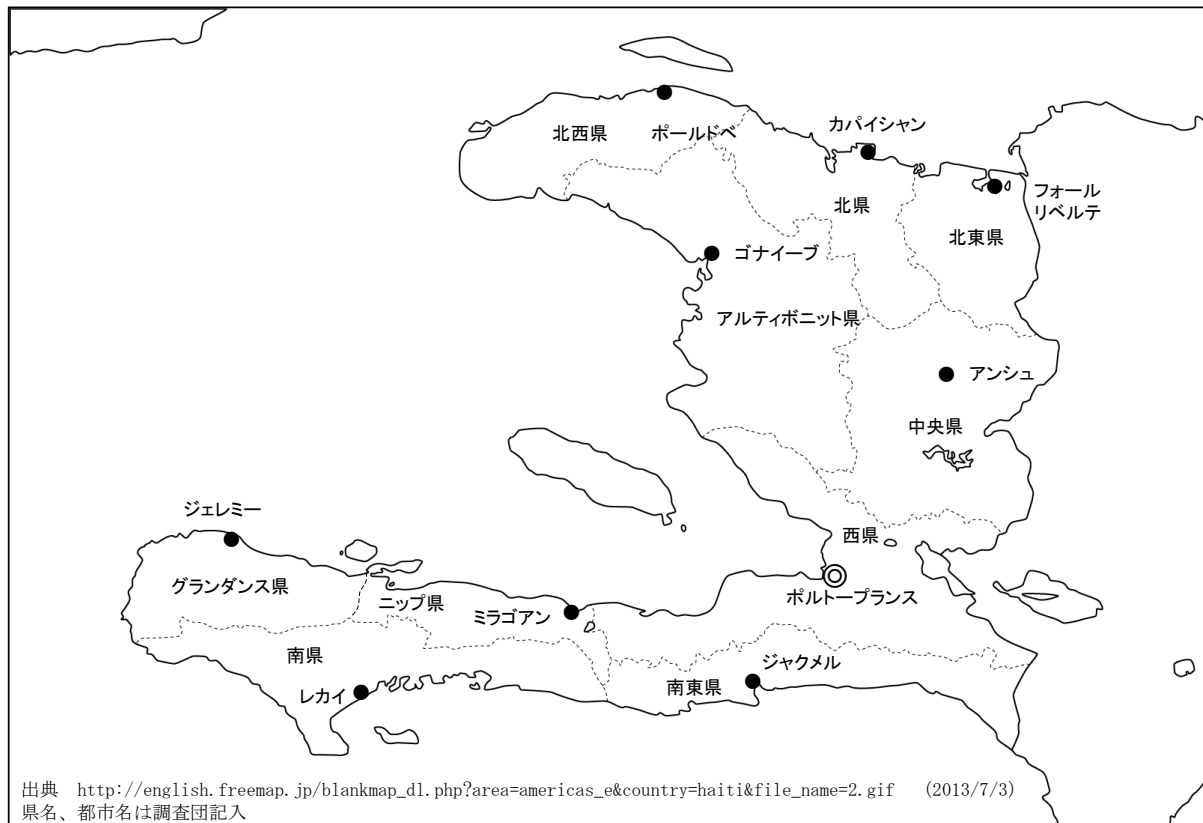
独立行政法人
国際協力機構 (JICA)

共同企業体
株式会社国際テクノ・センター
株式会社エス・プランニング

用語集

略語	仏語	日本語
AFD	Agence Française de Développement	フランス開発庁
CAL	Centre de Santé avec Lit	ヘルスセンター（有床）
CHU	Centre Hospitalier Universitaire	教育病院
CSL	Centre de Santé sans Lit	ヘルスセンター（無床）
DAB	Direction de l'Administration et Budget	（保健省）総務・財務局
DELR	Direction d'Épidémiologie, de Laboratoires, de Recherche	（保健省）疫学・検査局
DOSS	Direction d'Organisation des Service de Santé	（保健省）保健サービス局
DOTS	Directly Observed Treatment, Short-course	直接監視下短期化学療法
DRH	Direction Des Ressources Humaines	（保健省）人材局
DSF	Direction de la Santé de la Famille	（保健省）家族保健局
DSI	Direction des Soins Infirmiers	（保健省）看護局
DSNCRP	Document de Stratégie Nationale pour la Croissance et pour la Réduction de la Pauvreté 2008-2010	（貧困削減戦略ペーパー） 成長と貧困削減に向けた 国家戦略文書
EMMUS	Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services	疾病・死因・保健サービス 利用に関する調査
GNI	Gross National Income	国民総所得
HCR	Hôpital Communautaire de Référence	（市レベルのリファラル 病院）地域病院
HD	Hôpital Départemental	県病院
HR	Hôpital de Référence	リファラル病院
HUEH	Hôpital de l'Université d'État d'Haïti	ハイチ国立大学附属教育 病院
MDG	Millennium Développement Goals	ミレニアム開発目標
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population	保健省
UCS	Unité Communale de Santé	（保健省）市保健部
UPE	Unité de Planification et d'Évaluation	（保健省）評価・計画局
PAHO	Pan American Health Organization	米州保健機関
PARDH	Plan d'Action pour le Relèvement et le Développement d'Haïti	ハイチ国家復興開発行動 計画
PBF	Performance Based Funding	パフォーマンスベースド 型資金援助
PDS	Plan Directeur de Santé	保健行動計画
PHC	Primary Health Care	プライマリヘルスケア
PNS	Politique Nationale de Santé	国家保健政策
PSDH	Plan Stratégique de Développement d'Haïti	ハイチ開発戦略計画
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS	国連エイズ合同計画
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
WHO	World Health Organization	世界保健機関

ハイチ共和国位置図



要 約

- 1 ハイチでは独立以来の政治的混乱が続いたが、2004年に国連ハイチ安定化ミッションが発足して、政情の安定化が期待された。しかし、2010年に大地震が発生して甚大な被害をもたらした。2010年3月のハイチ支援国会合では、日本からの支援約1億ドルも含めて、国際社会による約53億ドルの支援が表明された。現在、ハイチは中南米地域における最貧国で、2012年の人間開発指数順位は186か国中の161位であった。
- 2 2007年に、ミレニアム開発目標の達成に主眼をおいた貧困削減戦略ペーパー（2008～2010年）が策定されたが、大規模な自然災害等の影響で目標はあまり達成されなかった。震災後に、長期的な開発へ向けたハイチ国家復興開発行動計画が策定され、その実施工程を具体化したハイチ開発戦略計画が2012年に策定された。同計画では、全国をカバーする必要最低限の保健サービスの提供がうたわれている。保健セクターでは2012年に国家保健政策が策定され、これに基づく行動計画が2013年中に策定される予定である。
- 3 基礎保健指標の値は悪く開発の遅れを反映している。感染症、妊娠/出産合併症、栄養不良等が重要な問題となっている。特に妊産婦死亡率についてはミレニアム開発目標の達成は難しい。妊産婦では高血圧症、子癇、分娩合併症が主要な死因で、子どもの死因は下痢症、肺炎等が多くを占める。HIV感染率は2.2%で近年大きな変化はないが、女性の感染率が上がり、男性の感染率が下がる傾向にある。40歳未満の世代では女性の感染率が男性を上回る。マラリアは全国でみられる。結核は、新しく発見された肺結核患者の治療成功率は82%であるが、患者発見率は予想される結核患者総数の62%にとどまっており、患者総数の70%を発見しその85%の治療を成功させる、という世界目標にとどいていない。
- 4 子どもの予防接種は、政府統計では三種混合3回目の実施率を86%と算出しているが、UNICEFの推計では59%とされている。産前健診は27万件の1回目受診数が報告されているが、妊娠期間後半になってからの受診が多く、2回目になると受診数が半減する。保健施設が把握している出産は13万件（施設分娩7万件、自宅分娩6万件）、出産の多くを把握できていない。家族計画サービスは保健施設から報告されている年間の新規利用者が45万人おり、延利用者は300万人、避妊方法は注射が半分以上を占める。
- 5 保健行政の主管庁である保健省は総局長直轄の部局が多くあり、分権化はすすんでいない。県保健局、市保健部は、保健省の地方支所である。市保健部は郡レベルの支所に引き上げられる予定である。保健施設は、教育病院、県病院、地域病院、ヘルスセンター等がある。開発政策では、開発拠点3都市に教育病院、県都等の地域開発拠点14都市にリファラル病院、郡ごとに地域病院等の設置をうたっているが、現状において、保健施設は量、質ともに足りていない。保健人材は慢性的に不足しており、海外流出等も深刻な問題となっている。
- 6 ドナー支援のうち、特に、パフォーマンスベースド型の資金援助、コミュニティヘルスワーカーの育成は重要な位置づけにある。パフォーマンスベースド型資金援助は、産科診療の無料化等の効果があった一方、プログラム終了後の資金調達に困難が生じている。人口千人あたり1人を目標とするコミュニティヘルスワーカーの育成への支援も、給与や活動費も含めたプログラムの終了後の持続性が懸念されている。サービス提供能力の

向上のため、保健施設の建物・機材等を支援するドナーもいる。

- 7 現状において、サービス提供、保健人材、保健財政など課題は多い。妊産婦の健康改善を含めた母子保健の向上には **PHC** サービス全般の強化が必要で、既存の **PHC** サービスの効果を高め、保健人材計画をたてて長期的に取り組む必要がある。また、開発政策上も重点事項となっているリファラル病院の整備に関し、既存の県病院を強化してリファラル病院とし、これをベースとして県内の病院機能を整えることが最も重要と考えられる。また、保健人材について、看護師の国家試験の受験者および合格率等を含めた基礎情報の整備、保健人材の国内および地方への定着への取り組みが重要な課題である。このほか、現状における課題には、保健施設における保健サービス運営の安定化、県保健局・郡保健部への権限移譲と能力向上も含まれる。
- 8 今回の調査では各県におけるフィールド調査を実施した。フィールド調査は、地域開発拠点都市へのリファラル病院の整備に関し、実施済み・実施中のドナー支援状況も踏まえつつ、既存の県病院を対象とした改善ニーズが見込める県のなかから、**JICA** 事業の運営において今後の調査団の派遣や在外拠点からのモニタリングの難易性も考慮のうえ、中央県、ニッポ県、南県、南東県を対象とした。4 県の県都およびその近郊の保健施設の視察等を行った。
- 9 調査の結果から、保健サービス体制の強化とカバー率の向上を中心に将来的な支援の方向性を検討していくことが妥当と考えられる。地方における保健サービス体制強化を目的とする既存の保健施設の強化、保健施設の運営能力の向上を目的とする研修・活動を協力の方向性として検討していくことが提案される。

ハイチ共和国 保健セクター情報収集・確認調査 報告書

目 次

用語集	
ハイチ共和国位置図	
要 約	
第1章 一般概況	1
第2章 開発政策	3
2.1 国家開発政策	3
2.2 保健セクターの開発政策	5
第3章 国民の健康状態	6
3.1 概況	6
3.2 母子の健康状態	7
3.2.1 母の健康状態	7
3.2.2 子どもの健康状態	7
3.3 感染症の状況	8
3.3.1 HIV/エイズ	8
3.3.2 マラリア	10
3.3.3 結核	10
3.3.4 栄養不良	11
第4章 保健サービスの利用状況	12
4.1 住民の受診状況	12
4.2 子どもの予防接種	12
4.3 妊娠・出産	13
4.4 家族計画サービス	15
第5章 保健システムの状況	16
5.1 保健行政	16
5.2 保健施設	17
5.3 サービス提供体制	18
5.4 保健人材	20
5.5 保健情報の報告状況	22
第6章 ドナーの協力状況	23
6.1 概要	23
6.2 パフォーマンスベースド型資金援助	24
6.3 コミュニティヘルスワーカーの育成	24
6.4 その他の動向	25
第7章 保健セクターにおける現状の課題	26
7.1 サービス提供体制	26
7.2 保健人材	27
7.3 保健財政および行政	28
第8章 各県での調査結果	30

8.1 フィールド調査の対象とした県	30
8.2 訪問先とした施設	31
8.3 各県での調査結果	32
8.3.1 中央県	32
8.3.2 ニップ県	35
8.3.3 南県	38
8.3.4 南東県	41
8.3.5 首都の施設	42
第9章 日本の支援の可能性	45

付属資料

- 1 調査団員氏名
- 2 調査行程
- 3 関係者リスト
- 4 参考文献リスト
- 5 保健分野主要指標

図表リスト

表1 ハイチの主要指標	1
表2 県別人口（2011年）	2
表3 性別年齢別人口構成（2011年）	2
表4 貧困削減戦略 2008～2010 での保健分野の主な目標	3
表5 ハイチにおける保健関連 MDG の達成状況	3
表6 ハイチ開発戦略計画における4つの柱	4
表7 保健セクター改革戦略計画 2005～2010 での目標	5
表8 PDS で予定されるコンポーネント	5
表9 ハイチおよび周辺国の主要保健指標	6
表10 栄養指標	11
表11 保健サービスの受診数（2011年）	12
表12 子どもの予防接種実施状況（2011年）	13
表13 産前健診の受診者の報告数（2011年）	14
表14 妊産婦に対する栄養剤の投与および破傷風予防接種の報告数（2011年）	14
表15 種類別、所有形態別保健施設数	18
表16 ハイチおよび他の保健人材危機国における医師数、看護師数	20
表17 県別医療従事者数（2011年）	21
表18 保健施設からの月間報告の状況（2011年）	22
表19 主な援助機関の重点支援分野と重点地域	23
表20 現地調査における対象県の検討	30
表21 フィールド調査での訪問先	32
表22 中央県の県病院の概要	33
表23 ニップ県の県病院の概要	36
表24 南県の県病院の概要	39
表25 南東県の県病院の概要	41
表26 ハイチ国立教育病院の概要	42

図 1 年齢別人口比（2010 年）	2
図 2 主な死因（全年齢）	6
図 3 妊産婦死亡率の推移（1990～2010 年）	7
図 4 子どもの死亡率の推移（1990～2011 年）	7
図 5 5 歳未満児の死因（2004 年）	8
図 6 性別、都市・地方別の HIV 感染率（2012 年）	9
図 7 性別、年齢別の HIV 感染率（2012 年）	9
図 8 県別マラリア診断数（2012 年）	10
図 9 結核有病率および死亡率の推移	11
図 10 結核の患者発見率と治療率の推移	11
図 11 性別、年齢別の新規塗抹陽性結核患者数（2011 年）	11
図 12 分娩報告数の内訳（2011 年）	15
図 13 家族計画サービスの新規利用者と延利用者（2011 年）	15
図 14 保健省組織図	16
図 15 PSDH 第 1 次 3 か年計画でのリファラル病院の整備予定	19
図 16 保健サービス体制－開発構想と現状	20

第1章 一般概況

ハイチ共和国（以下、ハイチ）は、西インド諸島のイスパニョーラ島の西側に位置し、北海道の約1/3程度の面積（27,750km²）に人口1,025万人が暮らす。ハイチの東側はドミニカ共和国と国境を接し、海を隔てて北西にキューバ、西にジャマイカが存在する。人口の約9割はアフリカ系で、宗教はキリスト教、ブードゥー教等があり、フランス語、クレオール語がともに公用語となっている。

1804年の独立以来、常に政治的混乱が続いたが、2004年に国連ハイチ安定化ミッションが発足し、政情も安定に向かうことが期待された。しかし、2010年に、首都ポルトープランス郊外を震源とする大地震が発生して甚大な被害をもたらした。コレラのアウトブレイクも生じて多数の死者が出た。地震発生直後から復興支援が始まり、2010年3月のハイチ支援国会合では、日本からの支援約1億ドルも含めて、国際社会による約53億ドルの支援が表明された。日本は、2005年にハイチとの技術協力協定を締結しており、2013年4月に対ハイチ援助基本方針として「大震災からの復興と基礎社会サービスの確立」及び援助重点分野として「保健・衛生環境の改善」及び「教育振興」を策定し、ハイチ政府と合意している。JICAは震災からの緊急復興リハビリ事業の一環として、2010年の大地震で甚大な被害を受けた南東県のジャクメル病院の再建及び西県レオガン市における道路・給水インフラ整備等を支援する他、本邦及び第三国（隣国のドミニカ共和国、仏語圏アフリカ諸国）での研修の提供を中心に、教育、保健、農業を支援している。

ハイチは中南米地域における最貧国であり、近隣諸国の平均寿命が70年を超えるのに対してハイチは62.4年であり人間開発指数もハイチのみが0.5に満たず、2012年の人間開発指数順位は186か国中の161位であった。

表1 ハイチの主要指標

指標	数値	単位	年
人口	10,123,787	人	2011
人口増加率	1.3	%	2011
出生時平均余命	62	年	2011
粗出生率	26.3	人口千対	2011
粗死亡率	8.9	人口千対	2011
1人あたり国民所得	700	米ドル	2011
経済成長率	4.1	%	2011
成人識字率	48.7	%	2006
人間開発指数 186か国中のランク	161	位	2012

出典：World Development Indicators, World Bank

ハイチの行政区分は、10県（北東県、北県、北西県、アルティボニット県、中央県、西県、南東県、ニップ県、グランダンス県、南県）で、県の下には郡（全国42郡）、市（全国140市）があり、首都ポルトープランスは西県に位置する。本書では、行政区分の名称

は、便宜上、県 (département)、郡 (arrondissement)、市 (commune)、町村 (section communal) との邦訳を用いる。

表 2 県別人口 (2011 年)

県	人口	都市人口	農村人口	性比 ¹
西県	3,783,586	2,933,735	849,851	93.46
北県	1,001,998	465,331	536,667	96.44
北東県	383,653	170,995	212,658	100.46
北西県	684,295	175,786	508,509	97.78
アルティボニット県	1,622,014	638,825	983,189	98.12
中央県	702,415	131,142	571,273	109.01
南東県	591,217	82,906	508,311	106.82
南県	727,643	152,395	575,248	104.21
ニップ県	321,604	53,720	267,884	110.08
グランダンス県	439,699	95,407	344,292	99.28
計	10,258,126	4,900,265	5,357,861	98.08

¹ 女性人口を 100 とした男性人口の割合

出典 Rapport Statistique 2011, Unité de Planification et d'Évaluation (UPE), Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP)

保健省による 2011 年の統計 (Rapport Statistique 2011) での推計によれば、2011 年の総人口は 10,258,126 人で、このうち 4 割近くは首都ポルトープランスが所在する西県に集中する。国全体としての都市人口比率は 47.8%で、西県以外の県では、国内北部 (北県、北東県、北西県、アルティボニット県) に比べて、中央県および南部 (南県、南東県、ニップ県、グランダンス県) では都市人口比率が低い。2011 年の政府の人口統計では、1 歳未満児を 2.7%、1~4 歳児 11.5%、15~49 歳の女性 25%、妊産婦 4%として、性別年齢別人口を推計している。

国連の人口推計 (World Population Prospects: The 2012 Revision) では、2010 年のハイチの年齢別人口比は 15 歳未満人口 36.1% (5 歳未満 12.5%)、15~64 歳 59.45、65 歳以上 4.5%と推計されている。

表 3 性別年齢別人口構成 (2011 年)

区分	人口	推計の比率
総人口	10,258,126 人	
男性	5,079,349 人	
女性	5,178,777 人	
1 歳未満	276,969 人	2.7%
1~4 歳	1,179,684 人	11.5%
15~49 歳女性	2,564,531 人	25%
妊産婦数	410,325 人	4%

出典 Rapport Statistique 2011, Unité de Planification et d'Évaluation (UPE), Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP)

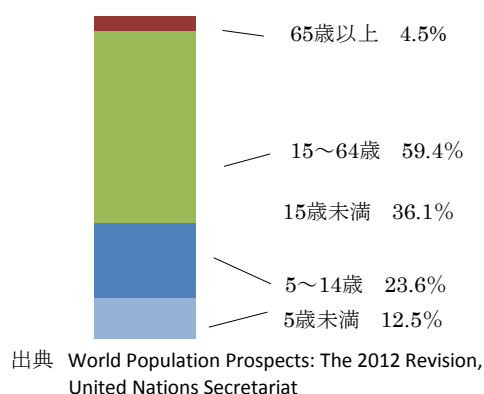


図 1 年齢別人口比 (2010 年)

第2章 開発政策

2.1 国家開発政策

ハイチでは、ミレニアム開発目標（Millennium Development Goals, MDG）達成を主眼として、2007 年 11 月に最初の貧困削減戦略ペーパー（Document de Stratégie Nationale pour la Croissance et pour la Réduction de la Pauvreté 2008-2010, DSNCRP）」が策定され、このなかで保健分野については以下の目標が掲げられた。

表 4 貧困削減戦略 2008～2010 での保健分野の主な目標

目標
<ul style="list-style-type: none"> ・保健分野の制度の強化 ・保健施設の改修、建設、アップグレード ・市保健部¹（Unité Communale de Santé, UCS） ・優先疾病に関するケアの利用の増大 ・病院における廃棄物処理の改善 ・住民にとっての基礎薬品へのアクセスの確保 ・妊産婦死亡率の低減 ・避妊普及率の向上

¹保健省の市レベルの支所（第5章 5.1 参照）

出典 Document de Stratégie Nationale pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté, DSNCRP (2008-2010), République D'haiti, Novembre 2007

しかし、DSNCRP の計画期間は、政情不安定、悪天候、大震災という極端な阻害要因が続いたため目標はほとんど達成されず、MDG 達成も極めて困難となっている。2011 年にハイチ政府が発表した DSNCRP 実施の最終報告書（Final Report on the Implementation on the First National Growth and Poverty Reduction Strategy Paper, Apr. 2011）によれば、ハイチにおける MDG 達成状況は下表のとおりであった。

表 5 ハイチにおける保健関連 MDG の達成状況

目標	指標	1990	1995	2000	2005	2008/9	2015	進捗状況	ギャップ
4 乳幼児死亡率の削減	出生千対乳児死亡数	105	98	78	62	57	36.7	遅い	大きい
	出生千対 5 歳未満児死亡数	152	98	109	84	76	60		
5 妊産婦の健康状態の改善	出生 10 万対妊産婦死亡数	457	474	520	630		114	悪化	重大
	産前健診受診率	71%	68%	79%	85%	85%			
	避妊普及率 (15-49 才の女性)	10%	18%	28%	32%	32%			
6 HIV/エイズ、マalaria、他の疾病の蔓延防止	肺炎の診察及び治療率	-	2%	19%	44%	49%			
	HIV 罹患率		5.0%	5.5%	2.2%	2.2%	1.5%	早い	わずか
	麻疹予防接種率 (12-23 か月児)	31%	49%	55%	58%	58%		遅い	大きい

出典 Final Report on the Implementation of the first National Growth and Poverty Reduction Strategy Paper 2008-2010, Ministry of Planning and External Cooperation, Government of Haiti, April 2011

国際社会から多くの支援がプレッジされた 2010 年 3 月のハイチ支援国会合では、ハイチ政府による国家復興開発行動計画（Plan d'Action pour le Relèvement et le Développement d'Haiti, PARDH）が提示され、震災後の復旧だけでなく、長期的な開発へむけた国土開発、経済発展、社会開発、制度改革の開発理念が示された。PARDH は DSNCRP をもとに策定されたものであり、方向性は大きく変わらない。ただし、大地震では都市に人口が集中していたことが甚大な被害を招いたことから、PARDH では、地方分権化/首都一極集中緩和の方針も打ち出されている。震災後の保健セクターの復興について、PARDH では、被災した 3 県の病院再建、県病院の整備が不可欠とされた。

その後 2012 年に、PARDH の実施工程を具体化し、2030 年までに新興国となることを目指したハイチ開発戦略計画（Plan Stratégique de Développement d'Haiti, PSDH）が策定された。PSDH では首都ポルトープランス市、北県カパイシャン市、南県レカイ市を開発の重要拠点とし、全国の県都 10 市に中央県ミラバレ市、アルティボニット県サンマルク市を加えた 12 市を地域開発拠点とした。また、PARDH で示された復興 4 分野（国土、経済、社会、制度）を PSDH でも開発の 4 つの柱としており、このうち社会開発において、全国をカバーする必要最低限の保健サービスの提供がうたわれている。

表 6 ハイチ開発戦略計画における 4 つの柱

国土	被災地の復興、経済インフラ（道路、エネルギー、通信）の整備等
経済	農業の近代化、輸出品の開発、畜産・水産、食糧の安全保障、建設業の育成、耐震構造等の規則制定、製造業の促進、観光開発
社会	平等な教育機会、職業教育および大学教育の促進、 <u>全国をカバーする必要最低限の保健サービスの提供</u> 、弱い立場にある人口層の保護
制度	政府の基本機能の復旧、復興のための体制固め、汚職防止と透明性、説明責任の明確化

出典 Strategic Plan for the Development of Haiti, Government of the Republic of Haiti, 2010

PSDH は、7 次にわたる 3 か年計画による長期計画で 2012 年から 2033 年までを計画期間としていたが、政府の事務手続きの遅れから、開始時期が 2013 年 10 月、最終年が 2034 年に修正されている。

初回の 3 か年計画では、全国をカバーする必要最低限の保健サービスの提供を実現するための具体策として、以下の事項があげられている。

- ・保健サービス体制の最上位にあたる教育病院を、開発拠点 3 都市に配置する
- ・リファラル病院を、地域開発拠点および他の 2 市を加えた 14 の市に整備する
- ・地域病院を、郡レベルに整備する
- ・ヘルスセンターを整備する
- ・疾病対策の質をあげるためにラボラトリを強化する
- ・学校保健を強化する
- ・障害者に対するケアを改善する

2.2 保健セクターの開発政策

DSNCRP 以前に策定されていた国家保健セクター改革戦略計画（Le Plan Stratégique National de Réforme du Secteur Santé 2005/2010）では、MDG 達成を主眼として、以下を目標としていた。同計画では、基礎保健サービスへのアクセスを有するのは国民の 53%のみで、同じく国民の半数は必須医薬品を入手できない状況にあるとして、保健施設の拡充と保健サービスの拡大を優先課題としていた。

表 7 保健セクター改革戦略計画 2005～2010 での目標

目標
<ul style="list-style-type: none"> ・ 妊産婦死亡率を 50%以上低減する ・ 乳児死亡率、5 歳未満児死亡率を 50%以上低減する ・ HIV 感染率を 30%削減する ・ HIV/エイズによる死亡を 30%削減する ・ HIV の母子感染を 10%削減する ・ 結核発症率を 30%削減する ・ マラリアによる死亡を 50%削減する ・ フィラリア、破傷風、ポリオ、麻疹の発症を抑える

出典 Strategic Plan for the Development of Haiti, Government of the Republic of Haiti, 2010

その後 2012 年に国家保健政策（Politique Nationale de Santé, PNS）が定められ、これをもとに具体的な行動計画（Plan Directeur de Santé 2012-2022, PDS）の策定がすすめられている。PDS は、以下をコンポーネントとして最終版が策定される予定である。

表 8 PDS で予定されるコンポーネント

	PNS 要点	組織・制度の強化	サービス提供
個別目標	サービス提供体制	・ヘルスケアと資源のマネジメント強化	・サービスの質の向上
	インフラ	・保健施設の整備と強化	・レベルごとの保健施設の整備
	保健人材	<ul style="list-style-type: none"> ・保健人材の合理的資源管理 ・管理/監督の強化 ・市レベルの保健行政組織の強化 ・医療専門家の倫理面の向上等 	<ul style="list-style-type: none"> ・連続性のあるサービス ・ネットワーク作り ・搬送システムの強化
	サプライ	・薬剤等の合理的な管理	
全体目標	保健財政	<ul style="list-style-type: none"> ・保健投資の見直し ・業績に基づいた契約、投資 	
	支出の管理	<ul style="list-style-type: none"> ・投資のマネジメントと管理 ・保健省内内部監査機関の設立 ・安全で透明性の高い資源管理 	
横断事項	ガバナンス	<ul style="list-style-type: none"> ・保健システムの制度化、標準化 ・国際協定、条約に沿った運営 ・国境問題の共同管理（ハイチ・ドミニカ共和国） 	選択エリア 1 母子保健、2 青少年の健康 3 傷病対策、4 栄養 5 健康増進
	統合	<ul style="list-style-type: none"> ・保健セクター行動計画の統合 ・サービス提供のモニタリング 	・基礎保健必須パッケージの導入
	情報/モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> ・保健情報システム強化 ・根拠に基づく意思決定 ・疾病のモニタリング/災害マネジメント ・調査の促進 	
	社会保障	・社会保障の構築	
	横断的事項	・パートナーシップの強化	

出典 Plan Directeur de Santé 2012-2022, Draft Mars 2013, Ministère de santé publique et de la population et la Population (MSPP)

第3章 国民の健康状態

3.1 概況

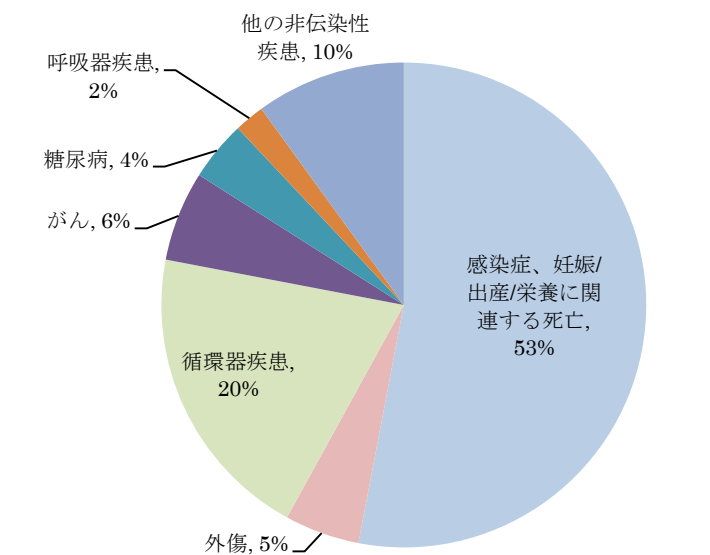
ハイチの保健指標はすべて中南米地域の平均よりも悪く、子どもと妊産婦の死亡率が近隣国に比べて著しく高いなど、開発の遅れを反映している。成人識字率および1人あたり国民所得（Gross National Income, GNI）の値は、教育水準、所得水準とも近隣地域において相対的にかなり低いことを示している。

表9 ハイチおよび周辺国の主要保健指標

	出生時 平均余命 (年) 2010	乳児死亡率 (出生千対) 2010	5歳未満児 死亡率 (出生千対) 2010	妊産婦 死亡率 (出生十萬対) 2008	発育阻害 (%) 2006-2010	成人識 字率 (%) 2005-2010	1人あた り GNI (米ドル) 2010
ハイチ	62	70	165	300	29	49	650
ボリビア	66	42	54	180	27	91	1,790
ドミニカ共和国	73	22	27	100	18	88	4,860
グアテマラ	71	25	32	110	48	74	2,740
ホンジュラス	73	20	24	110	29	84	1,880
ニカラグア	74	23	27	100	22	78	1,080
中南米平均	74	18	23	85	15	91	7,859

出典 The State of the World's Children 2012, UNICEF

世界保健機関（World Health Organization, WHO）の推計では、ハイチにおける死因は感染症、妊娠/出産合併症、栄養不良等が半分以上を占める。



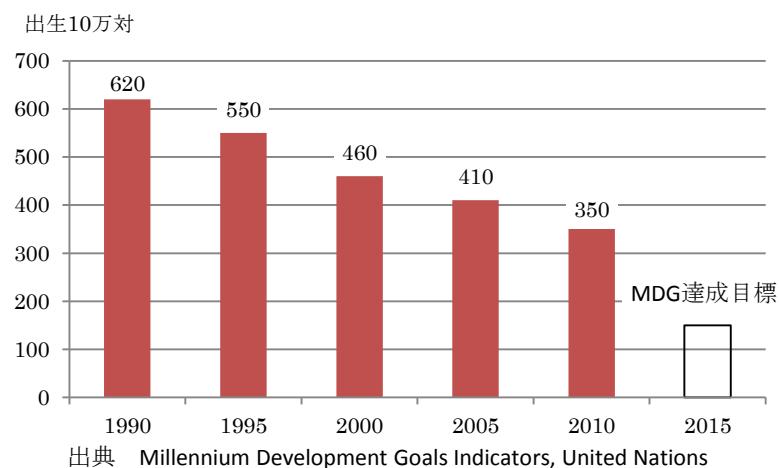
出典 Noncommunicable Diseases, Country Profiles 2011, Haiti, WHO

図2 主な死因（全年齢）

3.2 母子の健康状態

3.2.1 母の健康状態

1990 年から 2010 年にかけて、ハイチの妊産婦死亡率は出生 10 万対 620 から 350 まで半減したものの、2015 年までの MDG 達成（1990 年水準の 4 分の 1 まで削減）は難しいと考えられている。米州保健機関（Pan American Health Organization, PAHO）によれば、ハイチでの妊産婦死亡の主な原因は、高血圧症および子癇、分娩合併症とされている。



注 妊産婦死亡率は WHO/UNICEF/UNFPA/世銀による調整値で、政府報告（表 5）と値が異なる

図 3 妊産婦死亡率の推移（1990～2010 年）

3.2.2 子どもの健康状態

子どもの死亡率は、全体的に改善傾向にあるものの、やはり MDG 達成は容易ではないと考えられている。なお、2010 年は、大震災の影響を強く受けて 5 歳未満児死亡率は出生千対 160 を超えたが、翌年には同 70 まで戻っている。

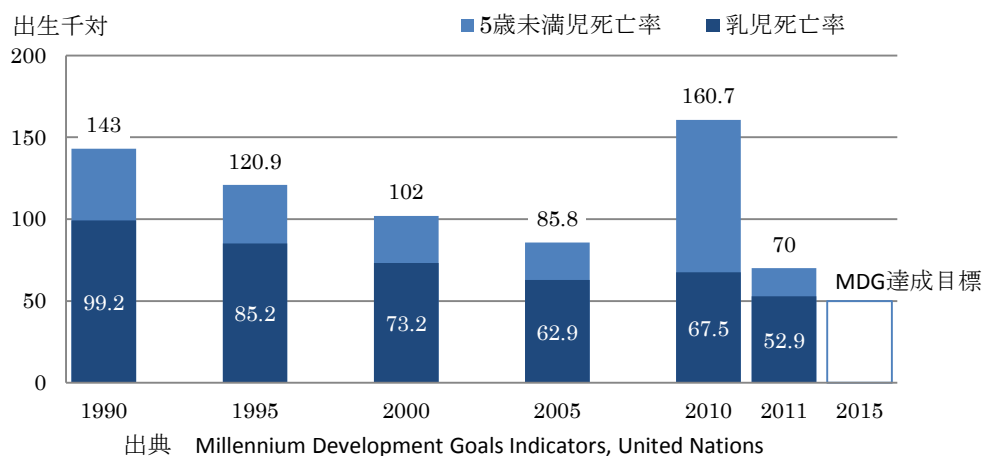
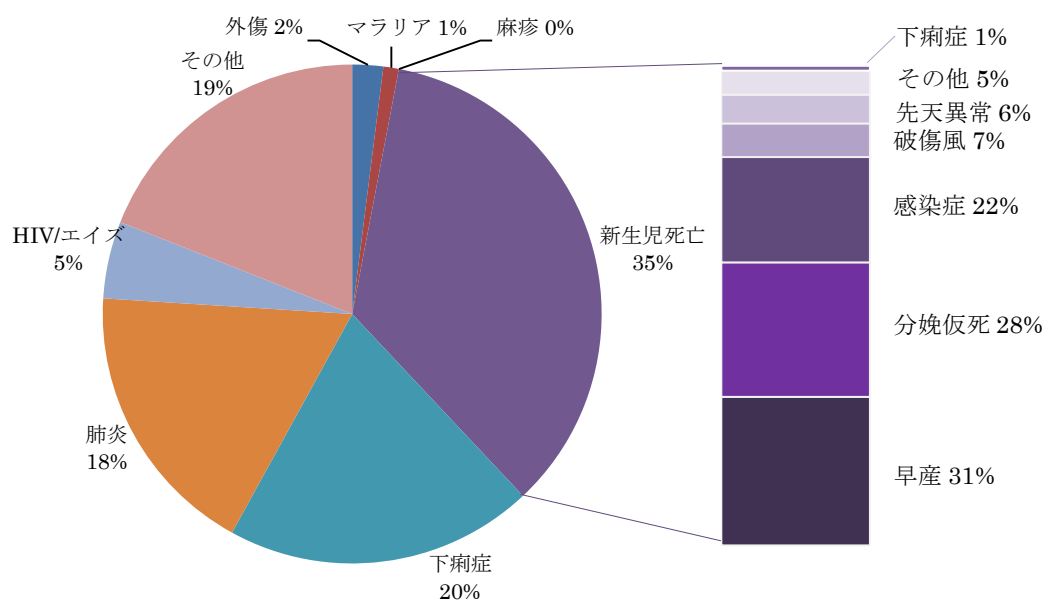


図 4 子どもの死亡率の推移（1990～2011 年）

国連児童基金（United Nations Children's Fund, UNICEF）による子どもと女性に関するモニタリング（Monitoring the Situation of Children and Women）におけるハイチのカントリープロファイルでは、5歳未満児の死亡は、全体の3割以上を早産、分娩仮死、感染症、破傷風による新生児死亡（生後1か月未満の死亡）が占め、次いで、新生児期以降の下痢症（20%）、肺炎（18%）が多い。



出典 Monitoring the Situation of Children and Women/Statistical Country Profiles/Haiti, UNICEF

図 5 5歳未満児の死因（2004年）

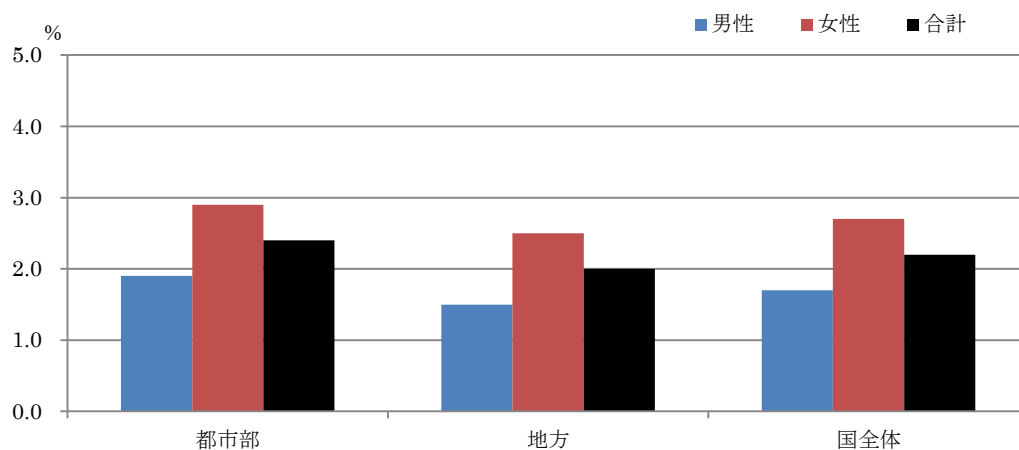
保健省資料では、2011年の分娩130,359件（保健施設報告数）のうち、出生は104,925件で、出生体重別内訳は2,500g以上65,638（59.70%）、2,500g未満9,036（8.61%）、不詳33,251（31.69%）と報告されている。実際には、低出生体重の割合はさらに大きいと推測される。不詳が3割を超えることから、出生体重の適切な測定はできていないと考えられる。

3.3 感染症の状況

3.3.1 HIV/エイズ

2012年に実施されたハイチでの疾病・死因・保健サービス利用に関する調査（Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, EMMUS-V）の結果では、成人（15～49歳）のHIV感染率は2.2%で、男性（1.7%）よりも女性（2.7%）で高かった。全体で2.2%という感染率は前回調査時（EMMUS-IV 2005/6年）から変わっていないが、サハラ以南アフリカ地域平均4.9%（2011年、世銀）と中南米・カリブ地域平均0.4%（同）の中間に位置する。なお、前回（EMMUS-IV）から今回（EMMUS-V）への男女別の変化をみると、女性は2.3%から2.7%に漸増し、男性は2.0%から1.7%へ漸減している。

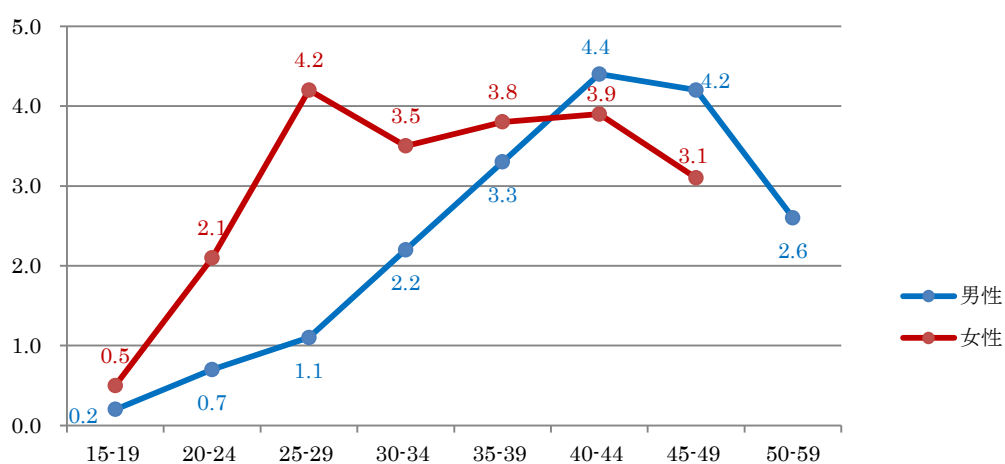
地域別の HIV 感染率は、地方 (2.0%) の方が都市部 (2.4%) より低く、女性 (地方 2.5 %、都市部 2.9%)、男性 (地方 1.5 %、都市部 1.9%) とともに同様の傾向がみられた。



出典 Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services EMMUS-V HAITI 2012, Rapport Préliminaire, Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) / MEASURE DHS / ICF International, Septembre 2012

図 6 性別、都市・地方別の HIV 感染率 (2012 年)

男女の HIV 感染率を年齢別にみると、女性では 15～19 歳の 0.5% から 25～29 歳の 4.2% まで若い世代で感染率が急上昇し、20 代後半では女性の感染率は男性の 4 倍に近くなる。40 歳未満の年齢層では常に女性の方が感染率は高い。男性では 15～19 歳の 0.2% から 40～45 歳の 4.4% まで上昇し、45 歳以上の世代では感染率は低くなっている。



出典 Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services EMMUS-V HAITI 2012, Rapport Préliminaire, Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) / MEASURE DHS / ICF International, Septembre 2012

図 7 性別、年齢別の HIV 感染率 (2012 年)

3.3.2 マラリア

PAHO によれば、ハイチでは毎年 30,000 件のマラリア患者が報告されている。実際の患者数はさらに多いとされているが、正確な統計はない。マラリアは全国にみられるが、WHO による World Malaria Report 2012 によれば、2012 年のマラリア診断数は南県（10～50）で他県（10 件未満）よりも多かったとされている。



図 8 県別マラリア診断数（2012 年）

EMMUS-V（2012 年）では調査対象世帯の 21%が蚊帳を保有しており、都市部（31%）の方が地方（14%）よりも蚊帳を保有する世帯の割合は高かった。薬剤浸潤蚊帳を保有していた世帯は全体の約 2 割であったが、都市部（26%）、地方（13%）、被災者キャンプ（29%）によって保有率が異なった。EMMUS-V 調査実施の前日、就寝時に蚊帳を使っていた子どもの割合は全体で 14%、やはり都市部（24%）、地方（8%）、被災者キャンプ（27%）で状況がことなった。同調査実施前の 2 週間に熱を出した 5 歳未満児のうち、抗マラリア薬の投与を受けていたのは 3%弱で、発熱した日のうちの投薬は 1%未満であった。

3.3.3 結核

ハイチにおいては WHO 推奨の直接監視下短期化学療法（Directly Observed Treatment, Short-course, DOTS）を戦略とする結核対策が 1990 年代から開始されている。しかし、大震災前から全国の保健施設のうち結核サービスを提供しているのは 4 割程度でカバー人口も全体の 7 割程度とされてきた。

WHO の Global Tuberculosis Report 2012 によれば、ハイチの結核有病率は 2000 年から 2010 年にかけて、人口 10 万対 391 から 316 へ減少し、この間に結核による死亡率も人口 10 万対 41 から 30 へと減少した。DOTS による治療成功率は、新規塗抹陽性患者で 82%、再治療患者で 74%であるが、予想される総結核患者のうち、実際に発見されているのは 62%にとどまり、肺結核患者総数の 70%を発見し、その 85%の治療を成功させる、という世界目標にはとどいていない。2011 年には、新規塗抹陽性患者 8,011 人が報告されており、男女とも 10 代後半から 30 代前半の割合が高く、男性は 25～34 歳（1,342 人）、女性は 15～24 歳（1,282 人）が最も多かった。

大震災後は、密集した生活、低栄養、公衆衛生インフラの悪化、治療の中断などによる結核の増加が懸念されているが、これについて詳細な資料はない。

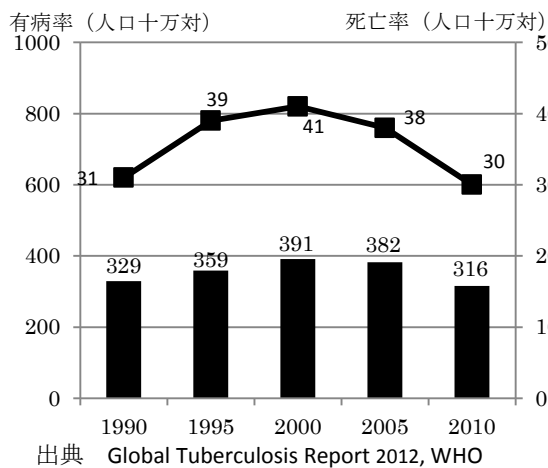


図 9 結核有病率および死亡率の推移

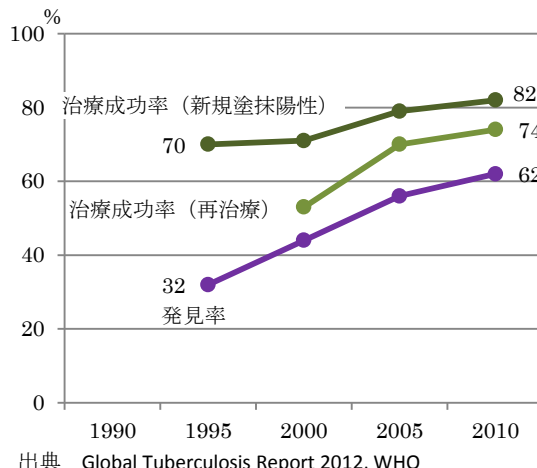


図 10 結核の患者発見率と治療率の推移

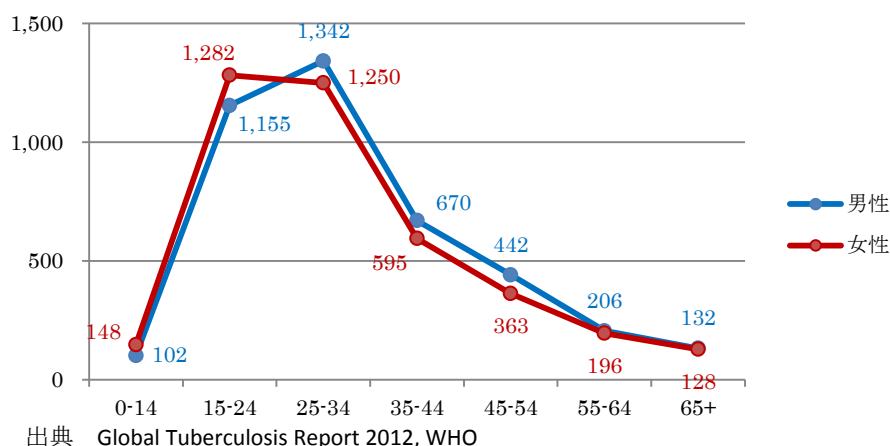


図 11 性別、年齢別の新規塗抹陽性結核患者数 (2011 年)

3.3.4 栄養不良

一般に、子どもの死亡はその 3 分の 1 以上の背景に栄養不良があるとされており、ハイチでも子どもと女性の栄養状態は重要な問題であるが、正確な統計は少ない。UNICEF の資料では、ハイチでの 5 歳未満児の栄養指標の値には悪化の傾向がみとめられる。

表 10 栄養指標

	1995-2003	2003-2009
5 歳未満児の低体重児の比率 (中度・重度)	17	18
5 歳未満児の低体重児の比率 (重度)	4	6
5 歳未満児の消耗症の比率	5	10
5 歳未満児の発育障害の比率	23	29

出典 State of the World's Children 2005, State of the World's Children 2011, UNICEF

第4章 保健サービスの利用状況

4.1 住民の受診状況

保健省による統計（Rapport Statistique 2011）では、2011年に国内の保健施設を受診した延患者数は約580万件（国民1人あたり0.57回）であった。この値は保健情報システムにおいて国内の保健施設から県保健局をとおして保健省へ報告された受診数であるが、後述するように、保健施設から規定どおりの月間の報告が行われているのは6割程度と推測され、実際の受診数は580万件を上回ると考えられる。

報告されている580万件のうち、受診の理由が確認できるのは約490万件で、内訳は子どもの受診（27.3%）が最も多く、次いで家族計画サービスの利用（21.5%）、妊産婦の受診（12.1%）で、複数のサービスを受診したものや再診が3割以上であった。

表11 保健サービスの受診数（2011年）

	総数	小児	妊産婦	家族計画	歯科	その他 ¹
西県	1,192,474	405,907	167,087	166,981	23,483	429,016
北県	499,613	151,232	59,245	94,222	13,911	181,003
北東県	380,465	109,935	36,524	174,886	1,006	58,114
アルティボニット県	891,494	246,880	110,269	166,562	9,213	358,570
北西県	188,015	47,684	19,185	61,344	1,952	57,850
グランダンス県	267,390	59,207	33,112	73,347	1,419	100,305
南県	341,155	83,763	45,265	81,642	5,402	125,083
中央県	737,641	122,966	74,377	146,053	188,863	205,382
ニップ県	176,114	43,487	15,891	44,260	1,003	71,473
南東県	188,883	55,275	26,082	34,031	673	72,822
計	4,863,244 (100%)	1,326,336 (27.3%)	587,037 (12.1%)	1,043,328 (21.5%)	246,925 (5.1%)	1,659,618 (34.1%)

¹ 複数のサービスを受診、再診等。

出典 Rapport Statistique 2011, Unité de Planification et d'Évaluation (UPE), Ministère de la Santé Publique (MSPP)

4.2 子どもの予防接種

政府統計では、保健施設から報告のあった1歳未満児および1～4歳児の予防接種の実施件数、1歳未満および1～4歳の推計人口から、予防接種の実施率を算出している。これによれば、次表のように1歳未満児の238,876人（推計人口の86.25%）が三種混合3回目、219,426人（79.22%）がポリオ3回目、162,030人（58.5%）が麻疹、234,848人（84.79%）がBCGの予防接種を受けている。また、満1歳までにこれら予防接種を受けていなかった1～4歳児の109,240人が三種混合、102,531人がポリオ3回目、138,929人が麻疹、6,196人がBCGの予防接種を受けている。

UNICEFのThe State of World's Children 2013ではハイチでの1歳児の予防接種のカ

バー率（2011 年）は、三種混合 3 回目、ポリオ 3 回目、麻疹がいずれも 59%、BCG が 75%と推計されている。

表 12 子どもの予防接種実施状況（2011 年）

県	1 歳未	三種混合 3 回目		ポリオ 3 回目		麻疹		BCG	
	満児数	接種数	%	接種数	%	接種数	%	接種数	%
西県	102,157	89,493	87.6	83,601	81.84	56,068	54.88	78,120	76.47
北県	27,054	24,857	91.88	19,396	71.69	15,258	56.4	25,239	93.29
北東県	10,359	10,570	102.04	10,216	98.62	9,204	88.85	9,348	90.24
アルティボニット県	43,794	31,941	72.93	27,525	62.85	28,230	64.46	38,880	88.78
北西県	18,476	15,133	81.91	14,697	79.55	9,273	50.19	12,773	69.13
グランダンス県	11,872	10,594	89.24	10,486	88.33	8,635	72.73	11,969	100.82
南県	19,646	16,795	85.49	16,013	81.51	9,579	48.76	17,079	86.93
中央県	18,965	19,007	100.22	17,623	92.92	11,409	60.16	22,955	121.04
ニップ県	8,683	7,916	91.17	7,795	89.77	5,984	68.92	7,848	90.38
南東県	15,963	12,570	78.74	12,074	75.64	8,390	52.56	10,637	66.64
計	276,969	238,876	86.25	219,426	79.22	162,030	58.5	234,848	84.79

県	1～4	三種混合 3 回目		ポリオ 3 回目		麻疹		BCG	
	歳児数	接種数	%	接種数	%	接種数	%	接種数	%
西県	435,112	45,956	10.56	46,264	10.63	56,112	12.9	1,346	0.31
北県	115,230	11,477	9.96	6,911	6	10,365	9	1,487	1.29
北東県	44,120	1,886	4.27	1,841	4.17	3,339	7.57	16	0.04
アルティボニット県	186,532	13,081	7.01	11,880	6.37	25,825	13.84	2,151	1.15
北西県	78,694	10,909	13.86	10,079	12.81	9,118	11.59	328	0.42
グランダンス県	50,565	3,610	7.14	3,573	7.07	5,594	11.06	0	0
南県	83,679	4,860	5.81	4,907	5.86	6,279	7.5	289	0.35
中央県	80,778	6,433	7.96	6,327	7.83	9,344	11.57	189	0.23
ニップ県	36,985	2,444	6.61	2,475	6.69	3,028	8.19	312	0.84
南東県	67,990	8,584	12.63	8,274	12.17	9,925	14.6	78	0.11
計	1, 179,684	109,240	9.26	102,531	8.69	138,929	11.78	6,196	0.53

5 歳未満児計 95.51 87.91 70.28 85.32

出典 Rapport Statistique 2011, Unité de Planification et d'Évaluation (UPE), Ministère de la Santé Publique (MSPP)

4.3 妊娠・出産

2011 年の政府統計では、産前健診の 1 回目の受診者数（保健施設からの報告数）は 27 万人で、妊産婦の推計総数の 7 割近くが産前健診を 1 回以上受けているが、2 回目になると同推計総数の 3 割にあたる 13 万人まで減少する。また、妊娠 3 か月までに受診しているものは 1 回目の受診者の 31.8%に過ぎず、妊娠期間の後半になってから受診するものが多い。

保健施設による妊産婦に対する栄養剤の投与状況をみると、鉄剤・葉酸に比べてビタミンA剤の投与は少なく、また、破傷風の予防接種はさらに少ない。

表 13 産前健診の受診者の報告数（2011 年）

県	妊産婦 数推計	産前健診受診数				1 回目受診者の妊娠月数		
		1 回	2 回	3 回	4 回以上	～3 か月	4～6 か月	7～9 か月
西県	151,343	71,013	31,628	29,934	26,728	24,399	28,381	18,233
北県	40,080	26,875	14,243	10,524	12,960	9,146	12,244	5,485
北東県	15,346	26,115	8,736	6,873	6,244	16,438	7,018	2,659
アルティボニット県	64,881	50,481	26,041	16,093	17,095	14,110	24,347	12,024
北西県	27,372	8,871	4,422	2,693	2,567	3,050	3,709	2,112
グランダンス県	17,588	12,282	7,511	6,154	6,736	3,611	5,636	3,035
南県	29,106	16,904	9,970	9,270	8,097	2,968	10,737	3,199
中央県	28,097	38,114	18,751	13,752	13,648	8,434	12,428	17,252
ニップ県	12,864	6,137	3,322	2,799	3,463	1,576	2,673	1,888
南東県	23,649	15,027	6,729	5,115	3,532	2,752	7,185	5,090
計	410,325	271,819	131,353	103,207	101,070	86,484	114,358	70,977
		66.2%	32.0%	25.2%	24.6%	31.8%	42.1%	26.1%

出典 Rapport Statistique 2011, Unité de Planification et d'Évaluation (UPE), Ministère de la Santé Publique (MSPP)

表 14 妊産婦に対する栄養剤の投与および破傷風予防接種の報告数（2011 年）

県	妊産婦数推計	鉄剤・葉酸投与		ビタミンA投与		破傷風トキシノイド	
西県	151,343	98,905	65.35%	55,175	36.46%	17,006	11.24%
北県	40,080	50,209	125.27%	16,362	40.82%	4,605	11.49%
北東県	15,346	22,645	147.56%	6,162	40.15%	4,383	28.56%
アルティボニット県	64,881	63,285	97.54%	23,805	36.69%	7,058	10.88%
北西県	27,372	14,462	52.84%	5,130	18.74%	2,970	10.85%
グランダンス県	17,588	27,377	155.66%	8,071	45.89%	3,215	18.28%
南県	29,106	19,359	66.51%	7,243	24.88%	4,210	14.46%
中央県	28,097	58,550	208.39%	12,282	43.71%	15,858	56.44%
ニップ県	12,864	9,427	73.28%	4,190	32.57%	3,937	30.6%
南東県	23,649	24,062	101.75%	4,502	19.04%	2,699	11.41%
計	410,325	388,281	94.63%	142,922	34.83%	65,941	16.07%

出典 Rapport Statistique 2011, Unité de Planification et d'Évaluation (UPE), Ministère de la Santé Publique (MSPP)

保健施設からの報告では、2010 年の分娩数は 130,359 件で、妊産婦数推計 41 万人の 4 分の 1、年間出生数の推計 266 千人 (The State of the World's Children 2013, UNICEF) の半分でしかない。保健省は、基礎保健サービスのアクセスの悪さが、国内の出産の多くを保健施設で把握できていないことの最大の原因としている。

保健施設から報告のあった 130,359 件では、施設分娩が 7 万件、自宅での分娩が 6 万件で、施設分娩の 9 割近くが正常分娩であった。保健施設で把握できていない分娩は自宅分娩と考えられる。年間出生数の推計と保健施設からの報告を比較すると、結論として、国

内の全出産の少なくとも 7 割は自宅分娩であることがわかる。この点は、2012 年のハイチにおける施設分娩率 25%、訓練を受けた保健員による出産介助率 26%、帝王切開率 3% との UNICEF による The State of the World's Children 2013 での記載(値は 2007～2012 年までの至近年)とも符合する。子どもの死因の多くを占める分娩・分娩直後の問題は、保健施設によって把握されていない自宅分娩により多いものと考えられる。

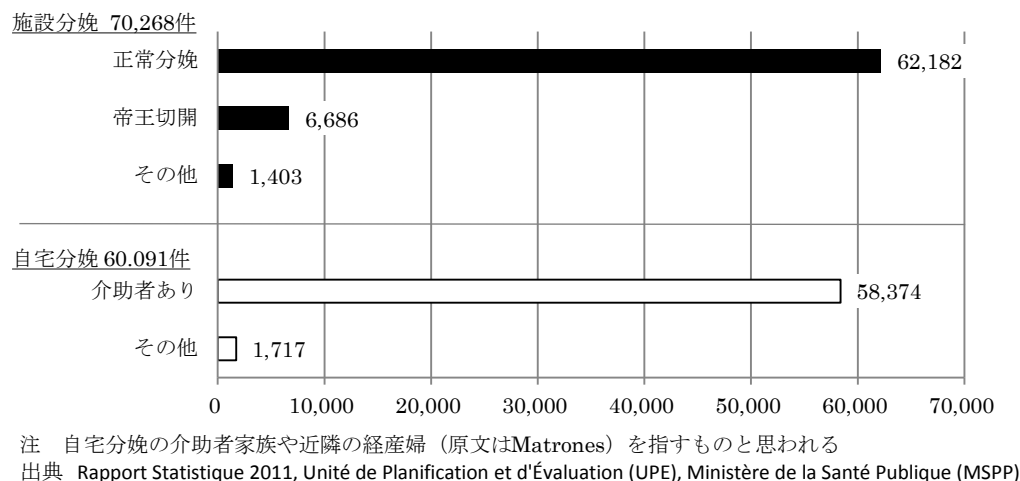
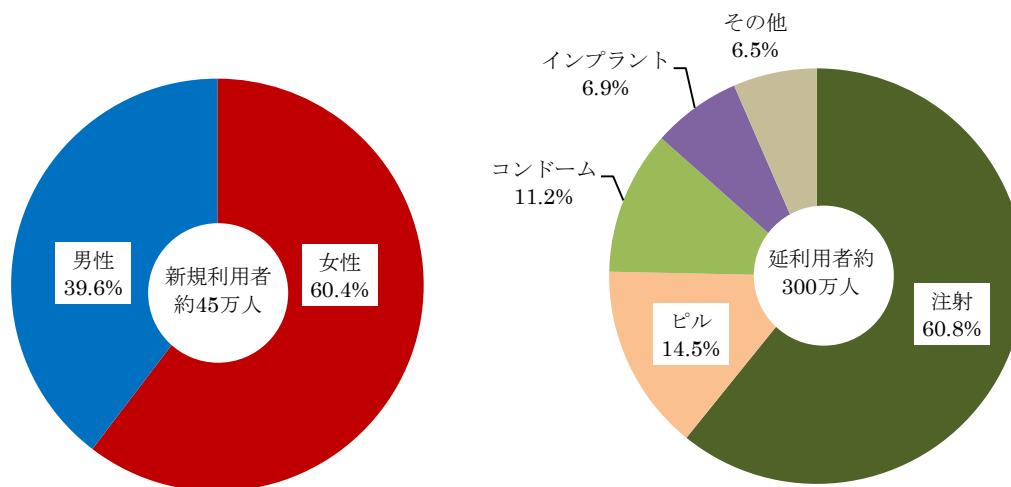


図 12 分娩報告数の内訳 (2011 年)

4.4 家族計画サービス

2011 年の保健施設からの報告では、家族計画サービスの新規利用者は約 45 万人で、60.4%が女性であった。同年の延利用者数は約 300 万人で、避妊手段別の内訳は、注射 (60.8%) が最も多く、次いで、ピル (14.5%)、コンドーム (11.2%)、インプラント (6.9%) であった。



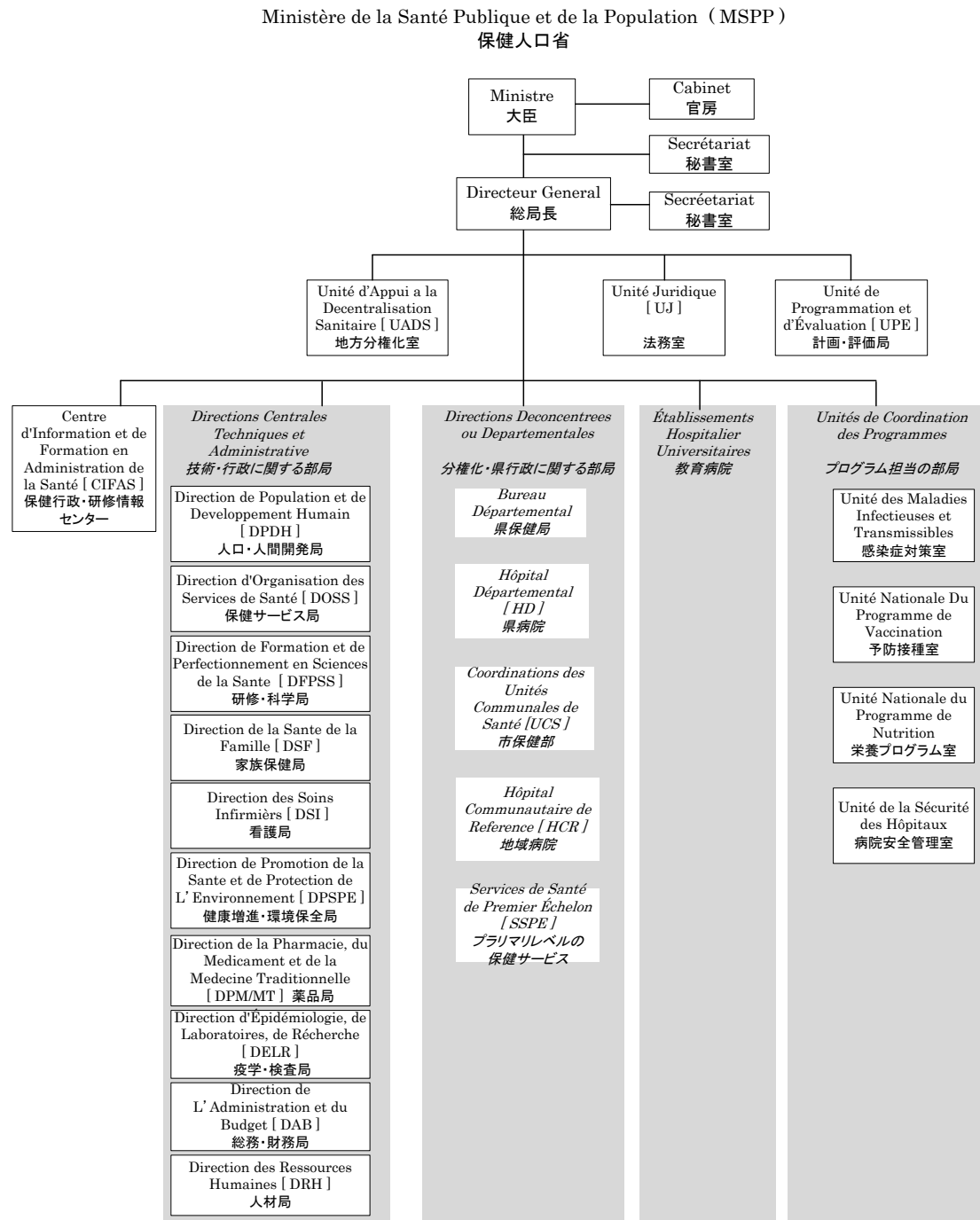
出典 Rapport Statistique 2011, Unité de Planification et d'Évaluation (UPE), Ministère de la Santé Publique (MSPP)

図 13 家族計画サービスの新規利用者と延利用者 (2011 年)

第 5 章 保健システムの状況

5.1 保健行政

ハイチの保健行政の主管庁は保健省（Ministère de la Santé Publique, MSPP。名称は保健人口省の意であるが、本書では「保健省」と表記）で、組織構成は以下のとおり。



出典 ハイチ保健省Web <http://www.mspp.gouv.ht>

図 14 保健省組織図

保健省の中央レベルの局は多数あり総局長が直轄する。保健開発計画等は計画・評価局 (Unité de Programmation et d'Évaluation, UPE)、保健予算・支出等は総務・財務局 (Direction de l'Administration et Budget, DAB)、保健施設等は保健サービス局 (Direction d'Organisation des Service de Santé, DOSS)、母子保健は家族保健局 (Direction de la Santé de la Famille, DSF)、保健人材は人材局 (Direction Des Ressources Humaines, DRH)、看護師に関する事項は看護局 (Direction des Soins Infirmiers, DSI)、死因・疾病統計等は疫学・検査局 (Direction d'Épidémiologie, de Laboratoires, de Recherche, DELR) が担当している。予防接種や栄養プログラムは当該プログラムの担当室 (Unité) がある。

地方分権化はすすんでおらず、県保健局、市保健部 (Unité Communale de Santé, UCS) は、日本でいう県庁や市役所の保健担当部署ではなく、中央保健省の支所にあたる。PSDH では、このうち市保健部を郡の支所に引き上げて、郡を保健行政の基本単位としていく方針が示されている。

5.2 保健施設

ハイチにおける保健施設は、教育病院 (Centre Hospitalier Universitaire, CHU)、県病院 (Hôpital Départemental, HD)、地域病院 (Hôpital Communautaire de Référence, HCR。名称は市レベルのリファラル病院の意であるが、本書では「地域病院」と表記)、有床のヘルスセンター (Centre de Santé avec Lit, CAL)、無床のヘルスセンター (Centre de Santé sans Lit, CSL) に大別される。診療内容、人員体制、推奨図面、機材リストについて、HD、HCR、プライマリレベルのサービス (Services de Santé de Premier Échelon, SSPE) を担当するヘルスセンターごとのガイドラインを保健省 DOSS がとりまとめている。これらガイドラインは許認可の基準等ではなく、特段の拘束力を持つものではない。

2011 年現在、ハイチ国内には 908 の保健施設がある。このうち、106 施設が病院で、病院種別の詳細な内訳は不明であるが、公立の CHU、HD、HCR 等以外に、小規模な民間病院が多数存在すると推測される。ヘルスセンターは CAL 92 施設、CSL 233 施設が存在し、簡易な診療所であるディスペンサール 470 施設は、ヘルスセンターへの格上げあるいは統合が予定されている。

病院やヘルスセンターごとの所有形態別内訳は不明であるが、保健施設総数 908 施設のうち、民間施設が 416 (45.8%) で公立 278 施設 (30.6%) を上回る。また、このほかに、公立施設と民間施設が複合した施設も 211 施設 (23.2%) ある。民間施設は小規模なものが多く、416 施設の半数にあたる 211 施設が西県に集中する。

表 15 種類別、所有形態別保健施設数

県	種類別施設数						所有形態別施設数				
	病院	CAL	CSL	デ・イスペ ンサル	不詳	計	公立	民間	公立民 間複合	不詳	計
西県	56	44	146	63	7	316	60	211	42	3	316
北県	8	6	21	50	0	85	19	37	29	0	85
北東県	2	4	6	23	0	35	14	7	14	0	35
アルティボニット県	11	5	13	93	0	122	34	59	29	0	122
北西県	5	3	9	65	0	82	19	38	25	0	82
グランダンス県	3	3	4	45	0	55	36	10	9	0	55
南県	11	16	10	46	0	83	34	18	31	0	83
中央県	5	3	10	36	0	54	22	23	9	0	54
ニップ県	4	4	1	20	0	29	10	3	16	0	29
南東県	1	4	13	29	0	47	30	10	7	0	47
計	106	92	233	470	7	908	278	416	211	3	908

出典 Rapport Statistique 2011, Unité de Planification et d'Évaluation (UPE), Ministère de la Santé Publique et la Population (MSPP)

5.3 サービス提供体制

PSDH における長期的な開発計画の構想では、全国を網羅する保健サービス提供体制づくりとして、階層的な保健施設の整備がうたわれている。具体的には、首都、北部、南部に CHU を各 1 施設、地域開発拠点 12 市に他の 2 市を加えた 14 市にリファラル病院 (Hôpital de Référence, HR)、郡、市、町村に地域病院、CAL、CSL をそれぞれ 1 施設設置する方針が示されている。

母子保健や感染症の状況から、プライマリヘルスケア (Primary Health Care, PHC) を提供するヘルスセンターは重要であるが、既述のとおり現状における施設数は CAL 92 施設、CSL 233 施設であり、実際の充足度はそれぞれ 7 割、5 割弱程度に過ぎない。

郡を保健行政の基本単位としていく施策において、HCR の整備も重要であるが、現状においては、まったく HCR の無い郡がある一方でひとつの郡に複数の HCR があり、診療内容にもばらつきが大きいとされる。保健省の説明によれば、県病院よりも規模の小さい公立病院は全国に 60 施設程度と推測されるものの詳細は把握できていない。

上位の病院に関し、CHU は、現状において、ポルトープランスにハイチ国立教育病院 (Hôpital de l'Université d'État D'Haiti, HUEH) がある。HUEH は震災による被害が大きく、復旧できていない部分も多い。2013 年 6 月現在、改築中の北県の HD (カパイシャン市) が CHU として位置づけられているが、他方、南県にはそのような動きはなく、南部の CHU 開設の見込みはたっていない。HR は、既存 HD の強化、その他の病院の格上げ等によって整える方向にあり、PSDH の構想では、初回の 3 か年計画 (2013 年 10 月開始予定) において、HR の整備を図 15 のように予定している。HCR、CAL、CSL は 3 か年において 10% 程度の施設を改善していくとされている。



出典 Plan Stratégique de Développement d'Haiti, Tome II Le Programme Triennal d'Investissement 2012-2015, Document de Consultation Publique, Ministère de la Planification et de la Coopération Externe をもとに作図

図 15 PSDH 第 1 次 3 か年計画でのリファラル病院の整備予定

PSDH に示された国の保健サービス体制は、住民にとってのファーストコンタクトである CAL および CSL、郡ごとに地域の基本的な病院サービスを提供し PHC への後方支援としての役割も果たす HCR、県レベルのリファラル施設にあたる HR、国のトップリファラル施設で研究、教育機能も有する CHU によって構成される。この構想においては、各レベルの保健施設がそれぞれ以下のような内容のサービスを提供することが必要と考えられるが、現状において、保健施設は量、質ともに足りていない。

- | | |
|--------------|---|
| ・教育病院 | 専門的な診療ができる。研究機能、教育機能を有する。 |
| ・リファラル病院 | 外科、内科、小児科、産婦人科に加えて、眼科、耳鼻科、歯科等があり、地域病院ではできない検査、手術ができる。各県でのリファラル施設。 |
| ・地域病院 | 外科、内科、小児科、産婦人科があり、帝王切開等の基礎手術ができる。PHC への後方支援の役割も果たす。 |
| ・ヘルスセンター（有床） | プライマリヘルスケア。正常分娩、施設内で急患の経過観察（2～3 日程度）できる。 |
| ・ヘルスセンター（無床） | プライマリヘルスケア（妊産婦ケア、予防接種、一般傷病の治療、応急処置、栄養指導、その他） |

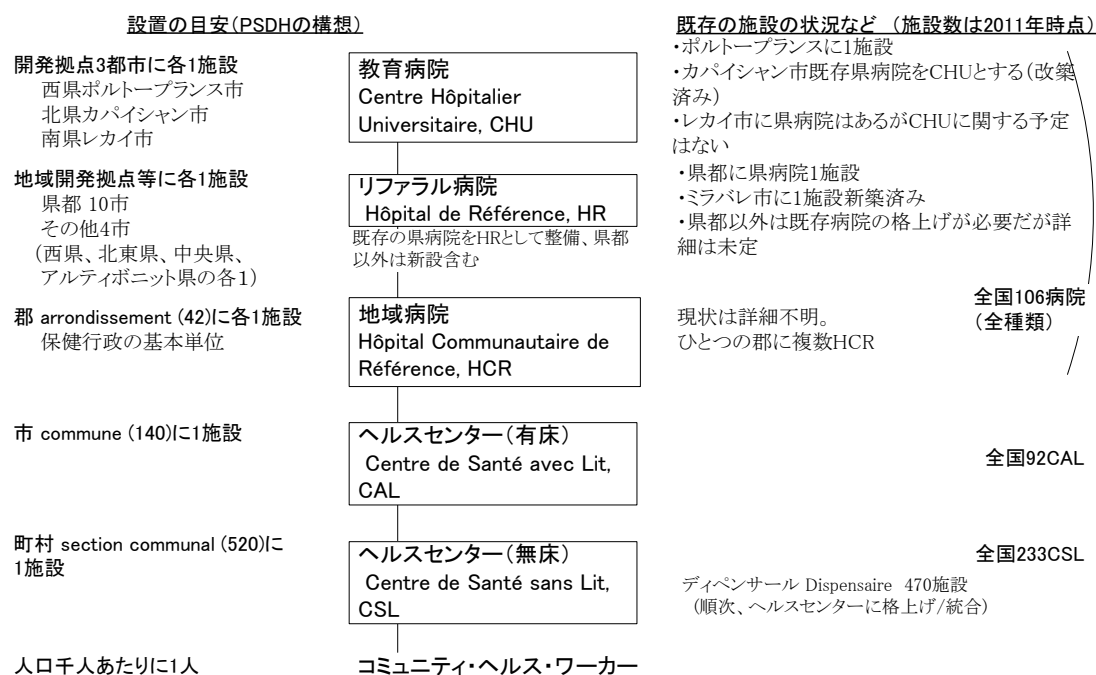


図 16 保健サービス体制－開発構想と現状

5.4 保健人材

ハイチは、WHO が、2006 年の年次報告書で保健人材危機を取り上げた際に、保健人材の不足が危機的状況にあると認めた 57 か国の 1 つであった。57 の保健人材危機国には、中南米地域ではハイチ以外にもニカラグア、ホンジュラス、ペルー、エルサルバドルも含まれた。これら 4 か国と比較しても、ハイチは医師、看護師の不足の度合いが大きい。

表 16 ハイチおよび他の保健人材危機国における医師数、看護師数

	医師			看護師			助産師		
	人数	人口千対	年	人数	人口千対	年	人数	人口千対	年
ハイチ	1,949	0.25	1998	834	0.11	1998			
ニカラグア	2,045	0.37	2003	5,862	1.07	2003			
ホンジュラス	3,676	0.57	2000	8,333	1.29	2000	195	0.03	2000
ペルー	29,799	1.17	1999	17,108	0.67	1999			
エルサルバドル	7,938	1.24	2002	5,103	0.8	2002			

出典 World Health Report 2006, WHO 看護師は、看護師、准看護師、看護・助産師等を含む

保健人材の育成について、医科大学は HUEH（ポルトープランス）、看護学校は公立 5 校（ポルトープランス、レカイ、カパイシャン、ゴナイーブ、ジェレミー）および私立約 40 校、助産学校は公立 1 校（ポルトープランス）がある。既述のとおり、HUEH は震災の被害が大きく、安定的な医師の育成のためにも順調な復旧が望まれる。助産学校が少ないことの背景は、産科医や看護師が分娩を介助していたため助産師のニーズが少なかった

こととされる。既存の1校は2000年に初めて開設されたもので看護師資格保有者を対象としている。ハイチの教育機関は、元来、民間の機関が多く、保健人材も、特に看護教育は上述のように多くを私立学校に依存している。看護師は、卒業後に国家試験に合格して資格を取得するが、国家試験の受験者数や合格率等は把握されていない。また、国家試験に向けて私立学校でも国が定めたガイドラインに沿った教育を実施しているとされるが、私立学校での教育内容や卒業生数などを保健省では把握できていない。

また、公立の保健施設の職員はすべて国が雇用する公務員であり、保健省から給与をうける正規職員の雇用は、他のセクターでの雇用とあわせて、すべて財務省で決定される。このため、保健省が各県や保健施設の希望をもとにとりまとめた保健職員の雇用も、財務省での検討の結果として、必ずしもすべてが認められるわけではない。

雇用後の保健人材の状況をみると、首都圏への人材の集中傾向がみとめられる。下表のように、医師では総数の65%にあたる899人が西県に勤務し、県別にみた人口千対医師数は西県(0.24人)が他県(0.05~0.11)を上回る。同じく看護師では53%にあたる1,240人、人口千対0.33人が西県に勤務する。一方、准看護師は、西県よりも基準人口に対する人数が多い県が複数ある。

地方での保健人材不足の第一の原因は、住居や子どもの学校なども含めた生活環境の悪さとされる。地方に配属されている医師や看護師も首都に自宅を有するものが多い。特に、医師の場合は、住居だけでなく個人のクリニックを保有するものもいるとされる。

表 17 県別医療従事者数 (2011 年)

県	医師	看護師	准看護師	歯科医	薬剤師	括弧 () 内は人口千対人数		
						臨床検査技師	放射線技師	文書担当
西県	899 (0.24)	1,240 (0.33)	740 (0.20)	20	41	511	42	80
北県	79 (0.08)	180 (0.18)	196 (0.20)	6	6	134	5	12
北東県	41 (0.11)	70 (0.18)	74 (0.19)	1	0	31	1	2
アルティボニット県	98 (0.06)	187 (0.12)	348 (0.21)	6	8	107	13	35
北西県	48 (0.07)	148 (0.22)	256 (0.37)	5	8	40	6	124
グランダンス県	19 (0.04)	119 (0.27)	110 (0.25)	3	3	45	1	4
南県	80 (0.11)	197 (0.27)	251 (0.34)	3	7	105	6	19
中央県	72 (0.10)	121 (0.17)	288 (0.41)	4	8	63	11	57
ニップ県	29 (0.09)	50 (0.16)	40 (0.12)	2	3	27	2	7
南東県	27 (0.05)	29 (0.05)	34 (0.06)	1	1	22	3	10
計	1,392 (0.14)	2,341 (0.23)	2,337 (0.23)	51	85	1,085	90	350

注 人口千対人数は県別人口(表2)から調査団算出

出典 Rapport Statistique 2011, Unité de Planification et d'Évaluation (UPE), Ministère de la Santé Publique et la Population (MSPP)

ハイチでは保健人材の海外流出の問題も指摘されている。たとえば看護師や助産師の場合、公立施設に勤務した場合の給与は21,800 グールド(49,500 円相当)、私立で概ね3~4 万グールド(68,000~91,000 円相当)とされ、公的セクターにおける給与の低さから人

材が民間セクターへ流出し、流出の規模について正確な統計はないが、都市の民間セクターからさらに海外へ流出するものも多いとされている。

これについては、中央政府で決定される保健セクターの正規職員の雇用数が少ないために、結果として、医科大学や看護学校の毎年の卒業生の多くが公的セクターでの職を得ることができず、このような公的な雇用機会の少なさも国内で育成した人材が海外へ流出することの一因とされている。

保健省は、これまでも、人材不足と海外流出への対策として 1) 健康保険 2) 年金（勤続 25 年で給与の 60%が支給される） 3) 給与前借り制度（9 カ月分の給与を前借りでき低利で返済）などを実施しているが、あまり効果はあがっていないとされる。新たな対策として、地方の保健施設に職員宿舎を整備することを検討している。

5.5 保健情報の報告状況

全国の保健施設からの月報は県保健局を経て中央へ送られる。重要疾病対策の展開においても、保健人材計画の立案においても、その根拠となるべき疾病報告や保健サービスの利用についての情報は重要であるが、現状において、正確な情報を収集できているとはいえない。保健省は、保健情報システムの報告を行うべき施設として登録されている施設は 793 施設あり、理論上、年間の月報は延 9,516 施設分（793 施設×12 か月）であることに對して、実際の延月報数は 5,645、すなわち、6 割程度の報告でしかないとしている。この原因について詳細は不明であるが、地方での交通・通信手段も含めたインフラの悪さ、末端の保健施設における処理能力の不足、登録施設における人材不足や活動の停滞など種々の要因が推測される。

表 18 保健施設からの月間報告の状況（2011 年）

県	登録保健施設数 ¹	月間報告予測数 ²	実際の月間報告数 ³	報告率 ⁴
西県	271	3252	1,146	35.24%
北県	61	732	658	89.89%
北東県	28	336	306	91.07%
アルティボニット県	109	1,308	1,204	92.05%
北西県	78	936	458	48.93%
グランダンス県	46	552	422	76.45%
南県	70	840	541	64.40%
中央県	56	672	174	25.89%
ニップ県	26	312	295	94.55%
南東県	48	576	441	76.56%
計	793	9,516	5,645	59.32%

¹ 保健情報システムに登録された保健施設総数 ² 保健施設総数×12 か月

³ 月間報告予測数に対する実際の報告数の割合

出典 Rapport Statistique 2011, Unité de Planification et d'Évaluation (UPE), Ministère de la Santé Publique et la Population (MSPP)

第6章 ドナーの協力状況

6.1 概要

ハイチの保健セクターでは多くのドナーが支援し、支援内容は震災被害からの復興、人材育成、保健施設の整備、医薬品供給、保健サービス運営に関する資金援助など多岐にわたる。主要ドナーとしては、PAHO、UNICEF、世界銀行、国連人口基金（United Nations Population Fund, UNFPA）、国連合同エイズ計画（Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, UNAIDS）等の国連機関、フランス、アメリカ、カナダ、スペイン、ブラジル、キューバ、ベネズエラ等の諸外国政府、国境なき医師団やセーブ・ザ・チルドレンなどの著名な国際 NGO 等があげられる。また、世界エイズ・結核・マラリア対策基金に代表される主要な国際イニシアティブもハイチを対象国にしている。地理的な条件から中南米諸国からの支援も多く、ブラジルとキューバ、ベネズエラとキューバの政府が共同のプログラムを実施していることや、キューバ政府の援助としてキューバ人医師が派遣されていることなどもハイチ保健セクター支援の特徴といえる。かかる状況下、ポルトープランスに駐在する主要ドナー機関の担当者からは、ハイチでは他の途上国に比べてドナー間の調整メカニズムがあまり機能しておらず、ドナー間での協議がオープンである一方、協調が少ないとの声もきかれる。また、一部には、これまでの多額の投入に対して十分な成果があらがないとの焦燥感をもつドナーもいる。現地調査期間中に面談したドナーの主な支援分野と対象地域は以下のとおりである。

表 19 主な援助機関の重点支援分野と重点地域

	水と衛生	子供の健康	女性の健康	栄養	結核・マラリア	HIV/エイズ	人材	PHC/地域保健	施設・器材	病院 リハビリシステム	重点地域
PAHO		○	○				○	○		○	南東、ニッブ°、アルティボ°ニット
世銀							○	○	○		
CIDA		○	○				○	○	○	○	
UNICEF	○	○	○	○			○	○			北、北東
USAID						○	○	○		○	
UNFPA			○				○	○			
AFD		○	○						○	○	西、中央、南東、ニッブ°、北東

出典：ドナー聞き取り結果より調査団作成

ハイチ保健セクターの現状において、ドナーのプログラムが占める比重は大きく、特に、パフォーマンスベースド型資金援助（Performance Based Funding, PBF）、コミュニティヘルスワーカーの育成にかかる援助は重要な位置づけにある。

6.2 パフォーマンスベースド型資金援助

PAHO、カナダ等の協調で2年前から開始した全国17の病院対象のプログラムが2013年7月までを期間として実施されている。プログラムでは、個々の病院ごとに所定の目標（乳幼児の受入数、分娩数等）を設定し、毎月の目標達成度に応じて資金を提供する。病院側はその資金を自由に使うことができる。プログラム開始時に、病院長等に対するトレーニングも実施している。PAHO等は、プログラムの実施によって、対象病院の保健スタッフが増員され、病院における分娩数、帝王切開の割合が増加した等の一定の成果があったと評価している。対象となっているHD等では、PBFの良い影響として、院内を清潔に維持し、患者への対応を改善するなど、業績を上げるための努力の姿勢もみとめられる。

一方、2013年6月時点において、翌月のプログラムの終了以降の資金調達の見込みがたっていない。PAHOは、プログラムがすすめてきたPBFの制度を保健省が引き継ぐことを要請しているが、保健省側はそのための財源を確保できていない。対象病院では、PBF資金を活用して保健スタッフの増員を図るなどしており、資金が継続しなければ、人員およびサービスの縮小を余儀なくされる可能性もある。

PBFのアプローチが用いられた背景としては、分権化が進まず中央集権的な保健行政でありながら中央政府からの予算割り当てが少ないこと、保健施設は診療報酬を独自の収入として使えるものの診療費を支払えない患者が多いこと、母子保健サービスが有料であるために産前健診や施設分娩が進まないとされてきたことがあげられる。この文脈において、確かにPBFによる成果があがっているものの、現実の問題として、政府の側が、予算上も、行政能力上も、業績連動資源配分システムによる財政立て直しを実行できる段階に至っていないことが懸念される。

2013年7月で終了するPAHO等によるプログラムとは別に、世銀が母子保健サービスの無料化に関する支援としてPBFプログラムを開始する。世銀のプログラムは、北東県、北西県、中央県のヘルスセンター（CAL, CSL）から対象を選定し、5年間で9000万ドルの支援を行う予定でいる。また、PAHO、世銀のプログラム以外にも、主要ドナーからの資金を得て小規模なプログラムでPBFを実施しているNGOも少なくない。世銀、USAID、一部NGOの間ではプログラムで使用するスタッフ向けのマニュアルを統一化するなどの動きもあるが、資金の一本化や資金額・支援先の調整等の本格的な協調への動きは少ない。

6.3 コミュニティヘルスワーカーの育成

保健省のイニシアティブで、コミュニティヘルスワーカーの育成がすすめられており、UNICEF、UNFPA、ブラジル政府等がそれぞれ支援している。ドナー支援の全容は不明であるが、トレーニングの費用、人件費も含めた活動費がドナーのプログラムで賄われている。2年ほど前に開始したプログラムであるが、すでに育成されたコミュニティヘルスワーカーが活動を開始している地域もある。

コミュニティヘルスワーカーは、コミュニティにおいて基礎的な保健活動（血圧測定、妊産婦の健康や栄養のモニタリング、ビタミンA剤の配布等）を行う。保健人材としては、

コミュニティにおいて育成されるいわば地元のスタッフであることから、他の土地や海外へ流出する可能性は低い。看護師等の海外流出による人材不足が深刻で、結果として、PHCサービスのカバー率をあげることが極めて困難となっているハイチの現状において、コミュニティヘルスワーカーには大きな期待が寄せられる。しかし、育成後の給与支払いまでを含むドナー支援が数年間のプログラムであることに変わりはなく、プログラム終了後もコミュニティヘルスワーカーに対する保健省による給与支払いが継続するかどうか懸念されている。

6.4 その他の動向

震災被害の有無にかかわらず、国内の保健施設のほとんどが物理的環境に大きな問題を抱えており、主要ドナーも病院の改築等を支援している。特に地震被害が大きかった首都のCHUはフランス開発庁（Agence Française de Développement, AFD）と米国国際開発庁（United States Agency for International Development, USAID）が共同で支援している。他の地域においても、アルティボニット県ゴナイーブ市のHDはカナダ政府、北県カピシャン市のHD/CHUはUSAIDが改築および機材整備を支援している。

また、AFDは、母子保健強化の支援としても、中央県、ニップ県、南東県、北東県の保健施設の建物の改修に600万ユーロの資金を投入し、2012年の開始から2013年前半までの間に予算の半分程度を実行している。AFDは、施設インフラの支援にあたって、資金やソフト面は他のドナーがついているものの、保健サービス改善のためには、インフラ整備も不可欠との見解を示している。この場合も、援助効果の持続性という意味において、病院の予算措置は重要な論点となる。AFDおよびUSAIDは、予算額（の増額）もさることながら、保健財政の運営にかかる能力向上が重要であるとし、CHUへの支援の条件のひとつとして、予算能力向上を目的とする横断的でハイレベルな委員会の設立をハイチ側に求めている。

第7章 保健セクターにおける現状の課題

7.1 サービス提供体制

(1) 母子保健サービスにまつわる課題

MDG達成が困難とされる妊産婦の健康改善に関し、出産の7割程度を占める自宅分娩、さらにその大半を占めるところの、住民から保健サービスへのアクセスが悪く、保健施設の側からも状況を把握することが困難な地域において、より妊産婦死亡のリスクが大きいと考えられる。つまり、国内の出産の多くにおいて、清潔と安全が確保されておらず、貧血、高血圧、栄養不良などの妊娠中に何らかの対処も可能であるはずのリスクも見いだせない状況にあることが、現状における最大の課題といえる。新生児死亡の多くが早産、分娩仮死、感染症（出産の清潔が維持されていないことに起因する敗血症と思われる）によることも出産ケアにまつわる問題の大きさを示している。このような母子保健の状況については、PHCサービスの強化と充実が望まれることは論を俟たず、サービスアクセスを改善し、マラリア対策や栄養指導なども含めてPHCサービス全般の質向上が必要といえる。

一方、2011年時点において末端の保健施設であるCSLの充足度が5割に満たないことは、国家保健セクター改革戦略計画が開始した2005年時点での国民の半分以上が保健サービスへのアクセスを持たないという状況からほとんど改善がないことを意味する。PHCサービス強化の最大の阻害要因は深刻な保健人材不足、特に地方の末端施設への人員配置の難しさと考えられ、単純にヘルスセンターの数を増やしてサービス提供のカバー率をあげるというアプローチをとることは難しい。当面は既存のPHCサービスの効果を最大限に高め、中長期的な保健人材計画をたてて、PHCサービスの充実と拡大に努めていくことが現実的な対処であると考えられる。既存のPHCサービスについては、ヘルスセンターの活動能力の向上、現在育成中のコミュニティヘルスワーカーの活動持続性の維持、ヘルスセンターやコミュニティヘルスワーカーに対する郡保健部および地域病院による運営面および臨床面での支援体制の強化も重要である。

(2) 県レベルの病院機能とリファラル体制

PSDHが示す保健サービス体制の構想に関し、現状において、CHU、HR、HCRなどの病院も十分に整備された状況とはいえず、施設、機材が不十分である場合が多い。HRは既存のHDの機能が強化され、また、県都以外の拠点都市では当該地の既存病院が格上げされてHRと位置付けられていく方向にある。他方、HCRは行政区ごとの有無と施設数、各施設の活動内容にばらつきが多いことから、全国42郡へのHCRの設置は長期的な取り組みとなることが必至といえる。HCRの整備は、各県において、特にHRへのアクセスの悪い郡を優先するなど、地域的なニーズの大きさ、県内におけるサービス提供体制としての効果を考えて、計画的にすすめることが重要といえる。

HCRには、基本的な診療科（内科、外科、産婦人科、小児科等）における外来診療、入院加療、手術などの臨床機能が求められる。国民の健康状態のニーズに応える意味で、

保健行政の基本単位である郡において、帝王切開、肺炎や下痢症等の重症児の治療、その他一般傷病の治療を確実にこなすことは極めて重要である。これらは PHC レベルからの連続性のある臨床サービス（例 ヘルスセンターでの産前健診とリスクの発見→地域病院での帝王切開→ヘルスセンターでの産後ケア）として提供されることが望まれる。

PSDH による保健サービス提供体制の構想に関し、PHC レベルから HCR までの量的な不足の度合いが高い現実において、既存の HD は極めて重要な存在といえる。HD において安定した病院サービスを提供できるよう、施設インフラ、医療機器を整え、臨床活動、運営状況を安定させて HR とすることは、つまり、既存の病院をベースとして県の保健サービス提供能力の向上に取り組む重要な一歩といえる。HR は、基本的な診療科（内科、外科、産婦人科、小児科等）および整形外科、耳鼻咽喉科、眼科、歯科などの診療を行えることが望ましい。専門的な診療が必要な特殊な症例を除いて、県内の下位のレベルでは対応できない症例は HR で対応できるべきであり、検体検査、画像診断、生理機能検査等の診断能力もリファラル施設としての必須機能といえる。

現状において、HD の多くが医科大学や看護学校の学生を受け入れて実習教育を行っている。開発拠点 3 都市に CHU が整備されたのちも、特に、看護学生の実習教育は、当該県出身の学生を優先して HR で受け入れるなどして、少しでも保健人材の地方の定着を高めていくことが必要と考えられる。さらに、HR は、特に地方の保健人材に対する現任教育の場としての機能を有することも望まれる。HR における実習教育や現任教育は、当該県の医師や看護師の人的ネットワークの機会としても活用でき、県内に適切なリファラル体制を整えていくための環境づくりに貢献することも期待できる。

7.2 保健人材

PSDH の基本構想であるところの全国的な保健サービス提供体制には、一定の労働力が確保されなければならない。公務員として採用される正規職員の雇用は決定権が保健行政の範囲外にあるが、保健政策として、保健人材に関する的確な現状評価と将来へむけた保健人材計画をたてることが重要と考えられる。特に、人材不足が最も深刻とされる看護師については、国内の看護学校の学生数、国家試験の受験者数および合格者数などの情報を把握して基礎情報を整えることが喫緊の課題といえる。

保健人材の定着について、地方定着の以前に国内への定着も課題であることがハイチの現実には他ならない。保健省は、公立の医科大学、看護学校の卒業生に数年間の国内勤務を義務付けることを検討しているが、実際に新卒者全員を雇用できるかどうかは明らかではない。この点が担保されるならば、入学の際に各県ごとの定員枠を設け、学生の出身地の県病院等で実習教育を行い、当該県での卒後勤務義務を設定するなど、新しい人材を国内に確保するだけでなく、保健人材の地方定着の観点からも効果の見込める制度づくりが可能となる。

特に、地方での保健人材の不足については、職員宿舎の整備、既存施設の労働環境の改善、地方レベルにおける支援的指導の促進等、地方の既存の人材の定着を高めて人材不足の問題の緩和を図るための努力が求められる。これに関し、特に HD の院長等には病院の業績を上げようとする意欲がみられ、院内の労働環境改善や職員宿舎の確保、労務管理などに一定の意識がある。現地調査で訪問した HD のなかには、院長が率先して、事務職員のユニフォームの刷新、中間管理職（部門長、医局長、師長）に対する院内でのリーダーシップ研修の実施、施設改修における職員宿舎への優先度設定、5S/TQM の考え方に近い院内の整理・整頓などに取り組んでいる施設もあり、人件費、運営費の制約は極めて大きいものの、労働環境の改善、労務管理の向上に取り組む姿勢が窺えた。HD にみられるこの傾向は、PAHO の PBF プログラムが 17 病院（主に HD）を対象として実施されたことの良い結果であったと受け止められる。HD におけるこのような成果は、HCR やヘルスセンターも含めた当該県での保健サービス体制の強化へむけても活用されることが望まれる。市レベルから引上げられる郡保健部の能力向上においても、労働環境改善や支援的指導を含めた研修が実施されることが重要といえる。

7.3 保健財政および行政

世銀の World Development Indicator によれば、ハイチでは 2011 年の国内総生産（73.46 億ドル）に対する保健支出の割合は 7.9%で、総保健支出に占める割合は公的支出が 43.7%、民間支出は 56.3%であった。他方、総保健支出全体に占める外部資金の割合は 29.5%と推計されており、ドナープログラムへの依存を反映する。既述のとおり、ドナープログラムによる PBF は、現状において、プログラム終了後の持続性が危ぶまれ、保健サービスの運営にかかるコストの財源が不安定となっている。

保健施設にとっての診療コストの財源は、保健省からの予算配分、患者からの支払い、ドナーの資金援助である。実際には、人件費（正規職員給与）以外に政府からの予算配分はほとんどなく、規定どおりの診療費を支払うことのできない患者も多く、したがって、ほぼすべての保健施設がドナーによる医薬品供与や PBF プログラムへの参加を指向する。PBF プログラムの期間中は、資金を活用した契約職員も確保でき、人員が増員されて診療活動もすすむが、改善効果を維持するためにはプログラムの延長か他の支援のとりつけが必要となって、結果として、保健サービスの運営が長期的に安定しないという問題が存在する。

ドナーによる PBF プログラムは、本来、保健システム強化を目的とする業績連動資源配分システムによる財政立て直しへの支援を趣旨とするもので、当然ながら、プログラムの期間は数年間で終了する。計画上、プログラムの終了後は保健省の独自予算から保健施設へ資金が配分されることを前提としている。しかし、複数のドナーがそれぞれ実施しているプログラムについて、終了後も政府予算で継続されている、あるいは、継続が見込まれている事例は極めて少ない。

現状において、政府予算の約 5%が保健省に割り当てられており、開発が順調にすすんで政府予算が増えれば保健予算の増額も望めるが、増額の可能性や規模の予測は難しい。仮に、保健予算が増額された場合も、保健人材の雇用の増加、貧困層に対する診療費の補助、重要疾病対策における医薬品の確保など、課題は多岐にわたり、計画的、効率的に予算を配分することが必要となる。

2013 年中に PSDH が開始し、PDS も最終版の承認が予測されるところ、中央レベルでの保健省の意思決定能力、県保健局および市保健部（郡保健部）への権限移譲と能力向上も重要な課題であると考えられる。

第8章 各県での調査結果

8.1 フィールド調査の対象とした県

フィールド調査の対象県については、今後の協力可能性を検討するうえで、保健施設の改善について想定される協力ニーズおよび首都ポルトプランからのアクセスの両面から対象県を検討した。

現在、震災からの緊急復興リハビリ事業の一環として南東県の HD であるジャクメル病院を対象とする無償資金協力が実施されているが、南東県以外にも、施設、機材の改善が必要な HD があるとされている。ハイチ側にはそのような HD に対する新たな協力が検討されることを希望する声もあり、これに対する他ドナーの支援状況も考慮にいて、調査対象県を検討した。

また、今後の協力方向性を検討するうえで、日本の調査団の派遣にあたっての安全管理、現地在外拠点による事業の管理とモニタリング等の難易性も重要であり、首都ポルトプランからのアクセスも考慮にいたした。

以上の観点について、表 18 のとおり、まず、14 の地域開発拠点に整備する HR について、PSDH の初回の 3 か年計画では県都 4 市（表 20 HR 改善ニーズ欄 ◎）での HD 改築、県都以外の拠点 3 都市での既存病院の格上げ（△）が予定されている。他方、3 か所（×）において他ドナー支援による改築が実施中・実施済みである。首都から県都までの距離は、4 県（同表、首都からのアクセス欄 ●）は 150km 以内、他の 4 県（□）は 250 km を超え、残る 1 県（▼）では 150km 以上 250km 以内であることが確認された。

表 20 現地調査における対象県の検討

県	面積 km ²	首都からのアクセス	地域拠点 14 市	HR 改善ニーズ
西県	4,827		ポルトプラン（首都） プチゴアーヌ	CHU あり △
北西県	2,176	□	ポールドペ（県都）	◎
北県	2,106	□	カバイシャン（県都）	× CHU へ統合
北東県	1,805	□	フォーリベルテ（県都） ワナマント	不明 △
アルティボニット県	4,984	●	ゴナイーブ（県都） サンマルク	× △
中央県	3,675	●	アンシュ（県都） ミラバレ	◎ ×
グランドアンズ県	1,781	□	ジェレミー（県都）	◎
ニップ県	1,219	●	ミラゴアーヌ	◎
南県	2,793	▼	レカイ（県都）	不明 CHU へ統合
南東県	2,023	●	ジャクメル	（無償実施中）

アクセス ●首都から県都までの距離が 150km 以内 ▼150～250km □250km 以上
HR ニーズ ◎PSDH 第 1 次 3 か年計画で HD の改築が必要とされている △既存病院（詳細不明）の格上げ
×他ドナー支援による改築等が実施済み・実施中

出典 各県面積 ウィキペディア、首都からのアクセス Google Map 上で測定（2013/7/3 アクセス）

首都ポルトープランスが所在する西県に隣接する各県（アルティボニット県、中央県、南東県、ニップ県）は県都までの距離が 150km 以内で、道路事情も良好であることが確認されたが、このうち、アルティボニット県では県都ゴナイーブの HD がカナダ政府の支援によって改築中であることが判明した。

北部 3 県（北西県、北県、北東県）では、CHU と位置付けられている北県カパイシャンの HD は米国等の支援で改築済みである一方、北西県ポールドペ市の HD は第 1 次 3 か年計画中の改築が予定されている。これら 3 県の県都までは首都からの距離が 250km 以上あり、道路事情も一部良好でない部分があることが確認された。

南部では、グランダンス県の HD が第 1 次 3 か年計画中で改築予定の対象であるが、県都のジェレミーまでは首都から約 280km の行程であることが確認された。他方、南県は、CHU 設置は具体化されておらず、既存の HD の改善ニーズも不明であったが、県都レカイまでの距離は 200 km 未満で、道路事情には問題がないことが確認された。

以上から、HD の改善ニーズが予測され（表中◎）、かつ、将来的に JICA 事業が実施される場合も日本人調査団や専門家の派遣、在外拠点からの事業管理とモニタリングのうえでの移動に問題がないと考えられる県（●または▼）、中央県、ニップ県、南県を現地調査の対象とし、これに、南東県（HD は日本の無償資金協力およびカナダ赤十字による支援を実施中）を加えた 4 県をフィールド調査の対象県とした。

4 県の位置は右図のとおりで、首都ポルトープランスからの実際の所要時間は、アンシュ、ジャクメル、ミラゴアンはそれぞれ 3 時間程度、レカイは 5 時間程度であった。ただし、ポルトープランス市内の渋滞がひどく、朝の通勤ラッシュ（7 時以降）、下校時間（12～13 時）はポルトープランスを出るまでに数時間を所要する。現地調査では、調査団の各車両あたり 1 人の警備員を雇用した。都市間の移動は午前中を原則とし、移動が午後にならざるを得ない場合は日没前に移動先へ到達できる行程をたてた。首都から県都までの国道は比較的路面も良好で、ジャクメルへのルートに一部山稜地がある以外は、概ね平坦なルートであった。ただし、いずれの県においても、県都から県内の各地へ向かう道は道路事情が急激に悪くなる。日本人調査団が宿泊可能な施設が存在したが施設数は少ない。



8.2 訪問先とした施設

フィールド調査の対象 4 県においては、県保健局、HD、その他の保健施設を訪問先とした。HD 以外の保健施設は、現地調査の行程において踏査が可能な範囲の HCR、CAL、

CSL とした。なお、フィールド調査の対象とした 4 県の施設以外に、ポルトープランスの CHU、看護学校も訪問先に含めた。4 県およびポルトープランスでの訪問先（保健省各局、ドナー機関等は除く）は以下のとおり。

表 21 フィールド調査での訪問先

県	市	訪問先
中央県	アンシュ市	県保健局、HD 1 施設
	アンシュ市郊外	CAL 3 施設
ニップ県	ミラゴアン市	県保健局、HD 1 施設、CSL 1 施設
南県	レカイ市	県保健局、HD 1 施設
	アカン市	市保健部、HCR 1 施設
南東県	ジャクメル市	HR 1 施設、NGO クリニック 1 施設
西県	ポルトープランス	CHU 1 施設、公立看護学校 1 施設

8.3 各県での調査結果

各県および訪問した保健施設の概要は以下のとおり。

8.3.1 中央県

(1) 概況

西県の北に隣接し、ドミニカ共和国との国境に接する。ハイチにおいて唯一海岸に接していない内陸県である。同県の面積は 3,675km² で、アルティボニット県、西県に次いで 3 番目に広い。県人口は約 70 万人（2011 年）で、4 郡 12 市があり、アンシュ郡アンシュ市が県都となっている。県都までのポルトープランスからの道のりは国道 3 号線で 110km あるが道路事情は良好である。県都以外に県内南部のミラバレ市が地域開発拠点都市になっており、同市に病院が新設されている。

県保健局によれば、県内の死因で最も多いのは急増する交通事故で、全体的に感染症による死亡は減少しつつあり、脳血管疾患による死亡が増えている。乳幼児では下痢症が最も多い。県保健局や県病院によれば、国内でも貧困層が多いとされる。PAHO 現地事務所も、中央県は他県と比べて貧困層が多く栄養状態が悪いため、子どもの貧血、低出生体重児、非合法的な中絶による合併症も多いとしている。

県保健局によれば、2013 年現在、県内の病院は公立 4 病院（アンシュ市所在の HD、ミラバレ市 HR、その他 2）、私立病院 1 施設で、ヘルスセンターおよびディスペンサールを含めて 35 の PHC 施設（民間を含む）がある。特にヘルスセンターには、保健省が建設し、開設後の運営は民間が行っている官民複合的な施設もある。また、民間（主に NGO）によるヘルスセンターの設置を中央政府が特に規制していないこともあり、ひとつの町村に CSL が 4 施設あるケースも含め、政策上の設置目安と実情は異なっている。12 市のうち、保健サービスへのアクセスが悪い市が 4 か所ある。県内の保健施設の整備について、県保健局としては、HD とあわせて CAL の改修も必要であるとしている。

県保健局によれば、公立の保健施設では、正規職員の給与、運営費（医薬品、ガソリン代等）が保健省予算から支払われている。中央県における最大のドナーは Partners in Health（NGO）で、施設の運営費、県内にすでに 300 人配置されたコミュニティ・ヘルスワーカーの給与等を支援している。これ以外にも数多くの NGO が活動している。

(2) 県病院（HD）の視察結果

HD はアンシュ市に所在し、概要は以下のとおり。

表 22 中央県の県病院の概要

設立年	1925 年
病床数	200 床
職員数	医師 27、看護師 20、准看護師 80
雇用形態	正規職員 89、有期限契約職員 173 PIH / 150 PAHO
患者数	外来患者 300～450/日、出産 150/月（うち帝王切開 40）
主要疾患	交通事故、脳血管疾患、栄養失調
診察代	一律 60 グールド（140 円相当） 年間で 600 万円ほどの収入となる
主要ドナー	PAHO、PIH

病院建物の半分は 1925 年にアメリカ軍が建設した古い建物を使用しており、床に穴があいたり屋根が落ちかかっていたりなど、建物の状態は極めて悪い。しかし、院内を清潔に保ち、患者向けの掲示を整え、また、患者が来院したときに必ず医師がいる状態を維持するなどの配慮がみられる。

内科、外科、産婦人科、小児科、整形外科、眼科、耳鼻科が開設されており、医師 27 人、看護師 20 人、准看護師 80 人を含め、400 人以上の職員がいる。このうち、保健省から給与をうけている正規職員は 89 人で、173 人が Partners in Health、150 人が PAHO の PBF プログラムによる契約職員である。

特に看護師の多くはポルトープランスに自宅があり、週末は自宅に戻る。職員宿舎がないために、共同で家を借りたり、NGO から宿舎の提供をうけるなどしている。

施設は、外来棟、各診療科、家族計画、予防接種を別々の建物で行っているが、いずれも午後になっても患者であふれている。手術は帝王切開、ヘルニアが多い。3 室ある手術室のうち 1 室は窓が閉まらないために使えない。麻酔器は極めて古く、安全性に疑問がもたれる。X線検査、臨床検査を行っているが、X線は 1997 年製の装置が 1 台あるのみで、画像はぼやけていて正確な診断を行うには限界がある。臨床検査は、血球計測等しかできていない。

毎日 300～450 人の外来患者がおり、月間 150 件ほどの分娩（うち帝王切開が約 40 件）を扱っている。交通事故、脳血管疾患、栄養失調が多く、妊産婦の合併症は子癇、高血圧症が多い。近年バイクによる交通事故が急増している。同病院で対応できない患者は首都

まで搬送するが、1 台しかない救急車が故障しており、それ以外の車両を病院が保有しないため、首都までの交通費は患者の自己負担とせざるを得ない。

診察代は一律 60 グールド（136 円相当）でこれ以外は一切徴収しない。他の病院からリファーされて検査のみ受ける場合は、所定の検査料（尿検査 200 グールド（450 円相当）、X線撮影 400 グールド（910 円相当））を徴収する。診察代の徴収によって年間 600 万円ほどの収入がある。現状において、医薬品は、保健省からの供給は一切なく、Partners in Health が供給しているが、全般的に不足がちである。

(3) ヘルスセンター（CAL）

セカ・ラスース郡の CAL

医師 5 人（一般医 3 人、レジデント 2 人）、看護師 7 人（うち 3 人が助産師）、准看護師 12 人、栄養士 1 人がある。医師のうち 4 人が正規職員、医師 1 人と他のスタッフは Partners in Health の資金援助で給与をうけている。

同 CAL の責任者は市長でもあり、質の高いサービスを住民のために提供するのは当然という意識を持って、リーダーシップを発揮している。施設内の薬局の薬剤はきちんと整理・整頓され、院内はとても清潔に保たれている。全般として、印象は、CAL というよりも小規模な病院に近い。

ソーラーパネル 5 台（Partners in Health 供与）、発電機による電力を使用している。分娩室が狭く稼働している分娩台が 1 台しかない。

一般病床は 20 床、コレラ病棟 50 床があり、訪問時の入院患者は一般病床 2 人、コレラ病棟 10 人ほどであった。外来患者は 1 日平均 70～80 人 程度で、毎月 40 件程度の分娩を行っている。患者の疾病は、マラリア、コレラ、腸チフス、発熱等が多い。栄養指導、カウンセリング、避妊具提供、検査を行っている。また、モバイル・クリニックで地域での保健活動（ワクチン、保健教育等）を実施している。救急車 1 台とジープを保有し、アンシュ病院に患者をリファーしているが、車で片道 2 時間程度かかる。

患者からは、診察代 50 グールド（114 円相当）を徴収している。ワクチンは保健省から供給されるが、運営費用は配分されていない。薬代、検査代、入院費、ガソリン代の運営費は、診療報酬および Partners in Health 支援で賄っている。

アンシュ郡マイサド市の CAL

医師（一般医）5 人、看護師 6 人がおり、24 時間体制でシフト勤務している。訪問時に面談した医師はキューバで医学教育を受けた地元の出身者で既にこの CAL に 3 年勤務していた。医師は保健省正規職員であるが、看護師は米国 MSH（NGO）の支援で給与をうけている。医師、看護師それぞれの宿舍が敷地内にある。

一般病床 10 床、コレラ病棟 10 床であるが、訪問時には入院患者はいなかった。外来患者は 1 日平均 50 人程度で、毎月 20～40 件の分娩を行っている。主なサービスは、産前・

産後ケア、分娩、HIV カウンセリング、避妊薬提供、検査（尿、血液、HIV）など。救急車を保有しており、アンシュ市の HD への患者の搬送に使用している。

アンシュ市と同じ郡に所在するが、HD までは、途中で川を何度も渡るなどアクセスが非常に悪く、搬送途中で患者の容態が悪化して死亡することもある。

患者からは、登録料として 10 グールド（23 円相当）を徴収し、診療内容に応じて薬代や検査代実費を別途徴収する。この収入で救急車のガソリン代などを支払っている。

小さな病院が建てられるほどの敷地があるが、コレラ病棟の建設位置が悪く、敷地の真ん中が更地のまま開いている。分娩は Save the Children（NGO）が設置した 3 つのテントで行っており、あまり衛生的ではない。

NGO 運営・支援による CAL （アンシュ市郊外）

極めて小さな建物（2 部屋）を使用しており、病床は 1 床しかない。

保健省からの予算はまったく受け取っていない。NGO 本体からの資金提供が近い将来に中止される予定で、その後の運営資金は目途がたっていない。

看護助手の女性 1 人が無給で週 3 日だけ勤務している。

訪問当日は、月 1 回の予防接種日であった。毎回 100 人くらいが予防接種をうけ、ワクチンは World Vision（NGO）が提供している。

分娩は対応しておらず、施設分娩を希望する妊産婦にはアンシュ病院か他のヘルスセンターを紹介する。近隣地では、親戚や近所の経産婦が立ち会うのみの自宅分娩が多い。

一般傷病の診療は基礎薬品の投与や応急処置のみで、薬は抗生剤、避妊薬、経口補水塩等しかない。患者からは診察代 25 グールド（57 円相当）を徴収する。患者はマラリア、腹痛、高血圧などが多い。対応できない患者はバイクでアンシュ市の HD へ送る。

8.3.2 ニップ県

(1) 概況

2003 年に西端のグランダンス県から分離してできた新しい県である。このため他県に比べてドナープログラムが少ないとされる。同県の面積は 1,219km²、人口は約 32 万人（2011 年）で、3 郡 11 市があり、ミラゴアン郡ミラゴアン市が県都となっている。ポルトープランスからミラゴアンまでは国道 2 号線で約 90km の道のりで道路事情は良い。しかし、3 郡のうち東西に長い同県の西端に位置するバラデール郡は、県都ミラゴアンからは県内で直接アクセスできるルートがない。このため、保健行政上はバラデール郡は隣接する南県の保健局が管轄している。

県保健局によれば、ミラゴアンは、首都から南県およびグランダンス県へ向かう国道がとおる交通の要衝であり、西県に隣接する商業地であることから、人口増加の傾向にある。近年、交通事故（特にバイク）による事故が増えている。

県保健局によれば、2013 年現在、3 病院（ミラゴアン市 HD、HCR 1、その他 1）が

あり、ヘルスセンター、ディスペンサールあわせて 24 の PHC 施設がある。コミュニティヘルス・ワーカーは 311 人養成されている。人件費以外に県保健局の経費として年間 300 万グールド（680 万円相当）が保健省から配分される。来年度からは、ガソリン代等の経費については、必要に応じて県内の保健施設へも配分することを検討している。ニップ県の保健人材はすべての職種を含めて 865 人であるが、雇用より離職者の方が多い年もあるなど人員の確保に苦勞しており、正規職員が増えることを県保健局は望んでいる。

(2) 県病院 (HD)

HD はミラゴアン市に所在し、概要は以下のとおり。

表 23 ニップ県の県病院の概要

設立年	1980 年
病床数	40 床
職員数	医師 18、看護師 28、准看護師 25
雇用形態	正規職員 147、有期限契約職員 53
患者数	外来患者 150～200/日、
主要疾患	交通事故、高血圧、胃腸炎、糖尿病。小児ではマラリア、肺炎、栄養不良等
診察代	初診 25 グールド（57 円相当）＋診療内容に応じて薬代、検査代を徴収
支出	年間の支出額 3,000～3,200 万グールド（6800～7,260 万円相当） 人件費が 6 割
主要ドナー	PAHO、PEPFER

現在の HD は、設立時にはヘルスセンターであった施設に建物を作り足すなどして使用しており、病院としてのスペースが狭い。患者待合は、清潔で安定の良い椅子を設置するなど患者への配慮がなされているが、スペースが狭いため患者であふれている。病院としては、DOSS のガイドラインに適応していない点について、優先順位をつけて、継続的に改善していきたいとしている。

同病院には、内科、外科、産婦人科、小児科、整形外科、歯科、救急科が開設されており、医師 18 人、看護師 28 人、准看護師 25 人を含め、約 200 人の職員がいる。このほかに 11 人の研修医（医科大学実習生）を受け入れている。職員のうち PAHO の PBF プログラムの資金で雇用しているものは 53 人いるが、これ以外は保健省から給与を受ける正規職員である。今回の調査で訪問した HD のなかでは、正規職員の割合が最も高い。PAHO のプログラムが 2013 年 7 月で終了するため、病院は、契約職員を正規雇用として継続採用するよう政府に申請書を出している。

職員宿舎がないために、近隣の借家を宿舎として使用し、家賃は職員本人と病院で折半している。本人にとっても、病院にとっても負担であるため、AFD 資金で改築中の産科棟の 2 階に職員宿舎用の部屋を設けたいとしている。

交通事故が急増し、救急患者が増えている。しかし、病床が 40 床しかなく、成人用の

病棟は男性用、女性用に分かれているものの外科専用の病棟がないため、受け入れられない患者はポルトープランスまで搬送せざるを得ない。このため、外科部門の強化に優先度を置いており、救急受入れから、処置、緊急手術、術後管理、病棟までの安全で効率的な患者管理ができるように、施設レイアウトを整えたいとしている。院長としては、このような外科の強化とあわせて、120床ぐらいまでの増床が必要と考えている。

外来患者は1日150～200人で、成人では、交通事故、高血圧症、胃腸炎、糖尿病が多く、小児では肺炎/気管支炎、マラリア、下痢症、栄養不良が多い。出産は1日あたり4～5件で、ときおり10件程度の出産がある日もある。月間平均約150件の出産のうち帝王切開は20～25件。正常分娩の場合、出産後6時間程度の経過観察ののち、母子ともに問題がなければそのまま退院させる。同病院の産婦人科医によれば、妊産婦に多い合併症は、高血圧症(子癇前症)と貧血で両者とも頻度は変わらない。低出生体重児の割合は13%で、救命実績は900g程度とのことであった。産婦人科医は3人いるが、小児科医は1人しかおらず小児科診療と新生児ケアで病院に泊まりこむ日も珍しくない。

ランドリーはあるが厨房がないため、入院患者の食事は家族が持参している。放射線科では一般X線撮影装置と超音波診断装置があるが、超音波診断装置は故障していて使えない。検査室は、主に血球計数測定、尿検査、基本的な肝機能検査ぐらいしか行えない。血球計数測定装置は、最近、保健省から新しい機器が配布されている。その他の機器は、古いものが多く、絶対数も足りていない。院内は、患者が多くどこも混雑しているが、比較的清潔に保たれている。

診療報酬は、初診料25グールド(57円相当)で、治療内容に応じて追加分を徴収する。病院の支出額は年間3,000～3,200万グールド(6,800～7,260万円相当)で、事務長によれば、医用消耗品でコストの負担が大きいものはX線フィルム(扱い業者が国内に1社しかないため価格が下がらない)とのことであった。メーカー代理店等との医療機器の保守契約はおこなっていないが、新しい機器は2～3か月のアフターサービスがあり、それ以降はオンコールサービスとなる。

(3) ヘルスセンター (CSL)

ミラゴアン郡プチドリビエール市の CSL

プチドリビエール市には4つの町村があり、うち1町村には半官半民のCALがあり、他の3町村(人口21,244人)をこのCSLが受け持っている。住民の交通手段は主に徒歩またはバイクで、CSLの診療圏で最も遠い住民は徒歩2～3時間をかけてやってくる。

職員は医師1人、看護師2人で、このほかコミュニティヘルスワーカー5人、統計担当1人、清掃員1人がいる。医師、看護師、統計担当計4人は正規職員で、コミュニティヘルスワーカーと清掃員計6人はUNFPAの資金で給与をうけている。保健省、UNFPAと

もしばしば遅配がある。医師はニップ県出身で 2006 年から勤務している。看護師 2 人はそれぞれ南県出身（2005 年から勤務）、グランダンス県出身（2003 年から勤務）である。同 CSL に所属するコミュニティヘルスワーカー 5 人は、市内に 20 あるヘルスポスト（常駐職員はいない）を 1 人が 4 か所ずつ担当し、担当のヘルスポストを巡回して保健活動（産前健診、栄養指導、ヘルスセンター等の受診の助言等）を行っている。

小さな建物が 2 棟あり、一方は一般診療、他方を予防接種に使用している。後者はマタニティとして作られた建物であるが、分娩用機材がないため予防接種に使用している。CSL に電気はまったくない。水は街の共同水栓を利用しているが、CSL は丘の上にあり、低地の共同水栓からの水の運搬はかなりの労働となっている。

CSL の診療時間は 8～16 時で、利用者数は日によって異なり、訪問した当日の受診者は 10～15 人程度であった。受診者は、主に産前健診、予防接種を目的とするものが多い。

受診者からは 25 グールド（57 円相当）を徴収する。保健省からの薬品供給は間に合わないことが多いため、CSL の月間の収入約 6,000 グールド（13,600 円相当）のほとんどを薬品の購入にあてている。

8.3.3 南県

(1) 概況

国内の南西端に位置し、人口は約 72 万人（2011 年）、5 郡 18 市があり、レカイ郡レカイ市が県都となっている。保健行政はニップ県バラデールを含めた 19 市を管轄している。ポルトープランスからは国道 2 号線で 190km あるが県都レカイ市までの道路事情はよい。

県保健局によれば、2013 年現在、3 病院（レカイ市所在の HD、アカン郡およびポーサリー郡 HCR 各 1）、CAL 6 施設、CSL 8 施設、ディスペンサールがある。同県の特徴として、サイクロンの被害を受けることが多い。

県保健局によれば、県内の優先事項は産科ケアの改善で施設分娩率（県保健局資料 35%）をあげていくことに最大の優先度がある。実際に、何らかのドナープログラムが開始すると所定の成果があがるものの、その成果がなかなか維持されないことを、県保健局は問題と考えている。

同県では、保健人材はすべてが不足しているとされ、特に、助産師は 6 か所ある CAL の 1 か所に 2 人、病院に 3 人の計 5 人しかいない。看護師や助産師の給与は公立施設で 21,800 グールド（49,500 円相当）、私立で概ね 3～4 万グールド（68,000～91,000 円相当）であるが、たとえばカナダへ行けばそのまま保健職として働いてはるかに多い収入が得られることから、海外へ移住するものが後を絶たないとのことであった。

(2) 県病院(HD)

HD はレカイ市に所在し、概要は以下のとおり。

表 24 南県の県病院の概要

設立年	100 年前
病床数	146 床
職員数	医師 28、看護師 89、准看護師 35
雇用形態	正規職員 225、有期限契約職員 130
主要疾患	交通事故、糖尿病、高血圧症。小児はマラリア、下痢症、肺炎等
主要ドナー	PAHO

HD はほぼ 100 年前の設立であるが、これまでに米国、フランス、台湾、国連機関、その他 NGO などから小規模なドナー資金を取り付けるなどして、種々の増築、改修を行っており、現在も増床中である。病院としては、ドナーへの申請や政府による手続きなどに時間がかかる大規模な改築等は考えておらず、病棟や 1 部門の建設費用程度の少額な資金援助で、実際の改築の詳細は病院の裁量ですすめられる形での支援を指向している。院長によれば、現状のニーズは交通事故負傷者等の理学療法、運動療法を行うための小規模なリハビリ部門の開設で、数年前に台湾の支援（研修、機材供与）を受けたが、スペースがないためにそのまま保管している機材を使用できる建物を作りたいとのことであった。

同病院には、内科、外科、産婦人科、小児科、歯科、救急科が開設されており、南部 3 県共同のラボがあり、米国疾病管理予防センター（Centers for Disease Control and Prevention, CDC）の支援をうけている。医師 28 人（うち 10 人が専門医）、看護師 89 人、准看護師 35 人を含め、355 人の職員がいる。このうち 225 人は保健省から給与を受ける正規職員で、130 人はドナープログラムの資金で雇用した契約職員である。

このほかに、医科大学の実習教育を年間 50～60 人受入れている。実習生の出身地はまちまちであるが、南県出身の学生であればそのまま県内で従事することもあるが、そのようなケースは多くはないとのことであった。

成人患者は、マラリアや腸チフス等の感染症も少なくはないが、交通事故、糖尿病、高血圧症等の患者が多く、小児ではマラリア、下痢症、呼吸器疾患が多い。広範から患者が来るが、雨季は道路事情が悪化して患者数が減少する。患者はほとんどが同病院への直接の受診者で、下位の施設からのリファーは少ない。患者の交通手段はまちまちであるが、バイクを使用する住民が最も多い。

なお、県保健局によれば、病院の支出は月間 140 万グールド（317 万円相当）でとのことであった。収入は、①保健省からの予算、②CDC の資金援助、③PAHO による PBF プログラムの資金で、金額は不明であったものの、①②③の順で多いとのことであった。

同病院の院長は着任して 1 年の新しい院長であるが、出身はモスクワ大学で、近年、フランス政府による研修プログラム（ポルトープランスで 1 年、マルセイユで 1 か月）で病院管理コースを受講している。着任後、病院組織の改革、診療時間帯の拡大（24 時間体制）、専門医の増員、ケアの質の改善、職員の意識向上に努めている。ケアの質の改善について

は、院長と管理職、管理職とスタッフとのコミュニケーション(定期的に面談を実施する)、病院のルーチン業務や労務管理についてのガイドラインの導入などに努力しているとのことであった。

(3) アカン郡 HCR および市保健部

南県の調査において、アカン郡アカン市(国道2号線沿いのレカイ市とミラゴアン市の中間)の市保健部を訪問した。市保健部は、アカン郡のHCRの敷地内にある。

HCR について

訪問した時間帯がHCRの診療時間を過ぎていたために施設内は一部施錠されて立ち入れない部署もあったが、市保健部の案内で院内をまわった。アメリカ占領当時の古い建物であるが、内部は比較的清潔に維持されている。同HCRには医師が10人おり、うち1人はキューバから派遣された医師とのことであった。病床は20床未満で、手術室、集中治療室(術後管理)、病室、外来診療室、予防接種室、家族計画室等がある。集中治療室は、キューバ(医師)、ベネズエラ(機材)、ハイチ(施設、内装整備と思われる)の協力で整えたとのことであった。集中治療室には新しいギャジベッド2台、心電計等があった。手術室、分娩室も、室内および機材の状況を見る限り、よく使われていて、清潔に管理されていた。分娩は月間約30件おこなっている。

市保健部

市保健部の機能は、管轄地域の保健施設の管理指導、各施設および市保健部としての保健計画(年間)の立案および実施モニタリング等である。同市保健部は、現在はアカン郡に3つある市の2つを管轄している。管轄地域の保健施設は、HCR 1施設(同じ敷地内)、CAL 2施設、CSL 2施設、このほかディペンサル等がある。

市保健部には9人(会計、事務、庶務、感染症や母子保健のプログラム別担当)の職員がいたが、現在は2人しかいない。以前は、米州開発銀行のローン・プログラムで人件費が賄われていたが、同プログラムの終了後は、保健省から給与が支払われている正規職員2人以外の7人は給与の財源が確保されないために離職した。

市保健部では、年間計画を提出する際にこれに基づいた予算を申請しているが、最近の2年間はまったく予算は割り当てられていない。活動費がないので、年間計画の実施は極めて難しいが、管轄施設の管理指導だけはやっている。ただし、施設を訪問するには徒歩またはバイクで回るしかなく、HCRの車に便乗したりすることもあるが、3か月に1度程度の訪問しかできていない。

また、調査実施当時は破傷風の予防接種キャンペーン中であったが、市保健部としては、キャンペーンにむける活動費はないものの、可能な範囲で活動しているとのことであった。

なお、アカン郡でもコミュニティヘルスワーカーの育成研修(義務教育9年間を修了し

た 18 歳以上を対象に 5 か月間の研修）が実施されており、市保健部および HCR の職員のうち、指導資格を有する看護師 2 人が講師となって、市保健部で研修を実施している。市保健部によれば、コミュニティヘルスワーカーの育成はブラジル政府が支援しており、育成後のヘルスワーカーの給与は、最初の 2 年間はブラジル政府が支援し、その後は保健省が支払うことになっている。

8.3.4 南東県

(1) 概況

西県の南側に隣接し、カリブ海に面する。同県の面積は 2,023km²、人口は約 59 万人で、3 郡 10 市があり、ジャクメル郡ジャクメル市が県都となっている。ポルトープランスからは国道 2 号線、4 号線をとる約 85 km 程度の道のりであるが、西県との県境は山稜地帯となる。県内には、1 病院（HD）、CAL 4 施設、CSL 13 施設、ディペンサール 13 施設がある。（県人口、種類別施設数は 2011 年時点）。

南東県は、2010 年の大震災での被災地であり、県内唯一の公立病院である HD も多大な被害をうけた。JICA は、震災からの緊急復興リハビリ事業の一環として、同 HD の再建を無償資金協力事業で支援している。

(2) 県病院（HD）

HD は、ジャクメル郡ジャクメル市に所在する。

表 25 南東県の県病院の概要

設立年	
病床数	55 床 （震災前は 80 床）
職員数	医師 29、看護師 28、准看護師 25
雇用形態	正規職員 150、PAHO 230
患者数	外来患者月間 3500～4000 人（100～150/日）
主要疾患	高血圧症、呼吸器疾患、心血管疾患、糖尿病、交通事故
診察代	初診 25 グールド（57 円相当）＋診療内容に応じて薬代、検査代を徴収
主要ドナー	日本（無償資金協力実施中）、カナダ赤十字、PAHO

HD は県内の唯一の病院であり、震災前は 80 床以上あったが現在は 50 床になっている。山稜地帯を超える道のりから首都への重傷患者の搬送は厳しく、県病院の責任は大きい。

内科、外科、産婦人科、小児科、整形外科、眼科、救急の診療サービスを実施しており、医師 29 人、看護師・准看護師約 70 人を含めて 400 人近い職員がいる。このうち保健省から給与を支払われている職員は 160 人で、PAHO の PBF プログラム資金を活用した契約職員が小児科 150 人（主に看護師）、AIDS 対策 80 人である。民間看護学校の実習教育を毎年 10 人程度受け入れている。

月間で 3,500 人ほどの外来患者がおり、高血圧症、呼吸器疾患、心血管障害、糖尿、交

通事故が多い。近年、交通事故が増えている。徐々に感染症が減り、非伝染性疾患の患者が増えている。患者の支払能力が十分ではないために、感染症よりも治療期間が長くなる慢性疾患の治療における薬代を負担できない患者も多くいる。病院としては、患者を見捨てることはできず、薬代を病院が肩代わりするしかない。しかし、保健省からは正規職員の給与以外の運営費の割り当てはなく、主に母子保健を対象とするドナーの PBF プログラムでは成人の一般疾患は対象にならないため、診療コストの財源の確保に苦心している。

かかる状況下、日本の無償資金協力によって周産期棟・中央臨床棟の建設とこれに付随する医療機器の整備、カナダ赤十字による小児科棟建設によって施設の再建がすすみつつあるところ、病院長としては、より良い運営へむけて将来的なビジョンを抱いている。ハイチ国内の経済情勢から、現状における診療コストの財源にかかる問題は容易には解決し得ないと予測されるが、院長としては、診療費を支払えない患者を何らかのかたちで救済する仕組みづくりとして、コミュニティの若者に働きかけてボランティアを育成して啓発活動を行い、コミュニティを巻き込んで地域における共済組合のようなものを設立するような方向を考えている。現段階において、ドナーの支援の見込み等はまったくないが、そのような取り組みをとおして、コミュニティに根差した病院運営を目指したいとのことであった。

また、現状において、保健人材が不足がちなだけでなく、職員のモチベーションも必ずしも高くはないが、病院長は、病院施設の再建をきっかけとして、病院組織の強化（労務管理、支援的指導の改善）、病院としての計画性の向上をはかって、より良い病院サービスを実現したいと考えている。

8.3.5 首都の施設

フィールド調査対象 4 県以外に、ポルトープランスにおいて、保健サービス体制の最上位にある CHU であるところのハイチ国立教育病院（HUEH）、全国に 5 校ある公立看護学校のうちの 1 施設を視察した。結果は以下のとおり。

(1) ハイチ国立教育病院（HUEH）（CHU）

表 26 ハイチ国立教育病院の概要

設立年	1918～1920 年
病床数	150 床 （震災前は 710 床）
職員数	医師 37、看護師 275、准看護師 423
雇用形態	Pepfer 資金で雇用している契約職員 50 人以外は、すべて正規職員
患者数	年間 20 万人（1 日 548 人　うち救急に 1 日 70～80 人）
主要疾患	外傷、高血圧、心臓疾患、感染症（結核や HIV）、小児は急性呼吸器感染症等
診療費	診療報酬による収入　月額 62 万グールド（140 万円相当）
主要ドナー	USAID、AFD、Pepfer 等

同病院には、内科、外科、小児、産婦人科、救急、整形外科、眼科、耳鼻科、皮膚科、神経科等が開設されており、画像診断（X線、超音波）、臨床検査等の診断機能もあり、人工透析等もおこなっている。現在は 150 床であるが震災前は 710 床であった。

医師 37 人、看護師 275 人、准看護師 423 人を含めて合計約 1,600 人の職員がいる。このうち、50 人は Pepfer による資金援助で雇用した契約職員であるが、これ以外はすべて正規職員で、保健省から給与を受けている。

年間 20 万人の患者が受診し、主な疾患は外傷、高血圧症、心臓疾患、結核/HIV で、小児では肺炎や気管支炎等の急性呼吸器感染症が多い。患者からは診療費を徴収（月間総額 62 万グールド（140 万円相当））するが、妊産婦と 5 歳未満児の診療は無料である。

2012 年度予算は 276 百万グールド（627 百万円相当）であった。支出の 87%は人件費で、残る 12%が運営費であるが、薬や消耗品などを購入する予算は足りていない。

高いレベルのケアの提供、医師、看護師、助産師などの実習教育、研究活動が、CHU の使命であるが、震災により機能が大きく低下している。施設の 6 割以上が倒壊し、職員にも死傷者があり、海外へ流出したものもいる。震災被害により病床規模も縮小したため、患者収容力も低下し、病床が足りずに他の病院に患者を回さざるを得ないことも多い。

USAID、AFD の支援による再建がすすめられており、USAID は救急部門と産科棟の再建、機材供与、研修、AFD は施設建設、機材供与、研修で、それぞれ 2,500 万ドルの支援を実施している。ただし、約 40 万ドルが必要と想定されている地震で使用できなくなった手術棟（6 室）の改築には、支援ドナーがまだ決まっていない。

(2) 公立看護学校（ポルトープランス）

同校の学生数は 1 年 102 人、2 年 107 人、3 年 96 人の計 305 人で、公立 5 校のなかでは学生数が最も多い。同校によれば、公立 5 校あわせて毎年 300 人の看護師が育成されているが、公的セクターではこの全員を雇用することができていない。さらに公的セクターの給与は、NGO 等に比べて低い。

国内には、民間の看護学校も 40 校以上あるが、学校数、生徒数は正確に把握されておらず、看護師国家試験の学校別受験者数、合格率などのデータもない。

看護教育の内容は、保健省が 1997 年に定めた国家基準にもとづいており、この内容に沿っていないと国家試験に合格できない。

同校によれば、西県においても、看護師は、量、質ともに不足しており、特に技術が不十分とされるヘルスセンター勤務の看護職に対する研修も実施している。

国内において、看護師のニーズが高いのは、麻酔科、精神科、分娩ケア、HIV 母子感染対策で、このうち精神科は震災後にストレスを訴える住民が増えてニーズは大きいものの、ハイチ医学界としての対応はできていない。精神科看護の専門性のあるクリニックは首都に 2 つしかない。

また、看護師を育成する立場の意見として、看護師の地方への定着については、たとえ給与が低くても、モチベーションが維持されれば僻地で働く看護師はおり、看護師を落胆させたり、やる気を失わせたりしない環境をつくることが大切、保健省も地方で働くことが魅力的に思える労働条件を検討すべきとのことであった。

第9章 日本の支援の可能性

社会開発の重要事項としての保健サービス体制の実現とそのサービス体制において国民をカバーすることはハイチにおける保健システム強化の中心的な課題である。大震災からの復興と基礎社会サービスの確立をハイチに対する支援の重点分野としてきた JICA としては、保健サービス体制の強化とカバー率の向上を中心に将来的な支援の方向性を検討していくことが妥当と考えられる。

すべての住民が生活圏において PHC サービスに手が届き、また、帝王切開や一般傷病での入院加療が必要なときには誰でも病院を受診することができるような環境を実現するには、最低限の保健施設を確保しなければならず、ハイチにおいては保健施設の数自体を増やしていく必要がある。しかし、保健人材の定着や診療コストの財源についての問題を抱える現状においては、カバー率向上のアプローチに留意すべきであり、まず既存の保健施設の能力を最大限に引き出し、次にアクセスが特に悪い地域に優先度を置いて、徐々に施設数を整えていくような方法をとることが妥当と考えられる。現状において、設置目安にほぼ近い数の施設が存在するのは既存 HD10 施設を含む HR であり、また、地方分権化/首都一極集中緩和の流れにおいて HR が設置される地域開発拠点は保健サービス体制強化の拠点でもある。したがって、保健サービス体制の強化とカバー率の向上のためには、既存 HD の強化を皮切りに地方におけるサービス提供体制の強化をすすめていくことが適切であり、この方向性において今後の支援を検討していくことが提案される。

以上の方向性において、JICA 事業として可能な支援は、無償資金協力による施設建設と機材整備、技術協力による行政面およびサービス面での能力向上であるが、これまでの支援経緯から、ハイチ側関係者の間では主要病院を対象とした無償資金協力を望む声が多く聞かれる。今後の方向性として無償資金協力計画を検討する場合は、特に、保健人材、施設運営費の面において、協力効果およびその持続性を十分検討して協力計画を勘案することが必要である。また、施設・機材の改善とあわせて、無償資金協力事業として可能な範囲において、施設運営面に対する技術指導を計画に含めることが望ましい。一方、技術協力については協力スキーム自体があまり知られておらず、JICA 事業の主要なスキームのひとつである技術協力プロジェクトについて保健省関係者も馴染みが薄い。日本による技術指導への関心や期待を示す先方関係者も少なくない。技術協力プロジェクトのニーズとしては、保健施設の運営能力の向上、PHC 強化のためのリファラルシステムの改善等があげられる。そのようなプロジェクトを検討する場合は、JICA 事業における技術協力プロジェクトに関する先方理解を深める工夫をして、オーナーシップの高いプロジェクトの形成に努力することが望ましい。このためのひとつのアプローチとして、仏語圏アフリカ諸国における JICA 事業の実績をリソースとして活用することも可能と考えられる。

以上を基本的な考え方として、地方における拠点病院を中心とした保健サービス体制の強化、保健施設の運営能力の強化、PHC サービスとリファラル体制の強化等が具体的な協力方向性として提案される。

(1) 地方における拠点病院を中心とした保健サービス体制の強化

ハイチ政府の政策における保健セクターの開発に関し、地域開発拠点 14 か所の HR がその役割を果たすことは PSDH の初期の進捗として重要な一歩であり、また、各県の下位レベルのサービス提供を整えていくうえでの基盤としての意義も大きい。実際に、フィールド調査の対象とした第 1 次 3 か年計画で HD 改築が予定される各県においては、HD の施設建設・機材整備についての一定の協力ニーズも認められた。すでに無償資金協力を実施中の南東県 HD を対象とする協力計画の実施状況をモニタリングしつつ、他県での HD 等を対象とする協力を検討することは可能と考えられる。

第 7 章、第 8 章で述べたように、現状において県レベルの病院には、患者への配慮や職員の労働環境等について病院をより良く運営しようとの意識が芽生えはじめている。しかしながら、慢性的な保健人材の不足や保健財政上の困難は、ひとつの施設あるいはひとつの協力計画で解決できる範囲を超える問題であることも事実である。したがって、無償資金協力を検討する場合は、対象病院での医療ニーズ、人的体制（特に医師）、診療コストとして見込める財源を十分検討して協力の範囲と内容を見極めることが重要と考えられる。これまでに述べたように、外科、内科、小児科、産婦人科に、耳鼻科、眼科、歯科、整形外科等を加えた基本的な診療であるところの、外来診療、入院加療、分娩/手術が県レベルの病院に対する基本的なニーズであり、これを逸脱しない範囲において、より少ないコストでより確実なサービスを提供できるような病院の再建をビジョンとする協力事業の勘案が望ましく、完工後の施設・機材の維持管理の負担をなるべく小さく抑えることを重要な基本方針とすることが推奨される。

また、無償資金協力事業を実施する場合は、施設、機材が改善されることを当該病院職員の動機づけの機会ととらえて、日常の診療活動においてより適切に医療機材を活用するための指導や動機づけを内容とするソフトコンポーネントを計画に含めることも望まれる。無償資金協力計画のプロジェクト目標と計画期間の範囲における実施が可能な内容としては、改善された施設、機材の使用者である病院職員を対象としたユーザートレーニング（主に看護師等の機器の使用者に適切な使い方を指導する）やクイックリファレンスの作成（病院スタッフを巻き込んで臨床現場で使用する機器操作の手順書を作成する）など、医療機器の初期誤操作の回避とより長く安定した活用へ向けた技術と意識を高めるための活動が効果的であると考えられる。

(2) 保健施設の運営能力向上と協力効果の持続性

保健施設への協力効果の持続性について、当該施設の運営能力が極めて重要である。ハイチにおいては、保健人材や財政面も含めて、不足する資源を増やすことが容易ではない実情にあるなか、限られた資源を有効活用して保健施設の運営を改善することを目的とした活動は検討に値する。HD 等では、病院の業績を上げることへの意識もうまれているが、

病院の運営能力が向上するためには、そのような意識がより強くなり、病院内での組織的な取り組みにつながっていく必要がある。アジア、アフリカ地域における JICA 事業による 5S/TQM、KAIZEN のような活動アプローチは、ハイチの県レベルの病院等でも有効と考えられる。特に、上述の無償資金協力事業を検討する場合は、すでに実施中の南東県 HD も含めて、無償資金協力事業の対象施設を活動拠点として運営能力向上のための技術協力プロジェクトの検討が可能であると予測される。

これに関し、保健省行政官等を対象に仏語圏アフリカ諸国において、モデルプロジェクトの視察、技術協力プロジェクトの立案とモニタリングへの理解等を内容とする第三国研修を実施することも提案される。保健分野の技術協力プロジェクトの実績がないハイチにおいて、まず、協力スキームへの先方理解を深める必要がある。この意味で、同様の保健課題を有し、言語も共通する仏語圏アフリカ諸国において JICA の技術協力プロジェクトの実例に触れることはどのような説明資料よりもインパクトが大きいと予測される。効果的な技術協力プロジェクトを形成するためのステップとして、行政官対象の第三国研修が実施されることが望まれる。

(3) PHC サービスとリファラル体制の強化

保健サービス体制の強化とカバー率の向上において、当然ながら、ヘルスセンターや HCR のサービス提供能力の向上も望まれる。JICA 事業としては、HCR、CAL、CSL の施設・機材の整備、リファラル機能の強化等を将来的に検討することが可能と考えられる。

しかし、JICA 事業による協力方向性として PHC レベルへの介入を検討する場合は、保健人材の不足が特に地方で深刻である現状を十分踏まえ、協力内容と効果の発現性につき慎重に検討する必要がある。ハイチの実情に関し、WHO による保健人材のライフスパン、すなわち、保健人材という国の労働力の準備（entry）、労働力の活用（workforce）、労働力の衰退の防止（exit）のうち、労働力の準備および衰退防止に関する問題（公的セクターでの雇用の拡大や海外流出防止等）については JICA 事業のスキームにおいて支援を検討することは難しい。他方、労働力の活用の段階における特に地方定着について、地方の保健施設の労働環境の改善、職員宿舎の確保、支援的指導の強化、現任教育コースの開設等は、無償資金協力あるいは技術協力による支援を検討することも可能と考えられる。したがって、PHC レベルを対象とする協力については、既存の保健人材の動機づけと能力の向上に重点を置いて、支援の内容を検討することが適切であると考えられる。

なお、ハイチにおいて母子保健サービスにまつわる課題、特に出産ケアの改善のためには、コミュニティレベルの保健活動からヘルスセンターによる PHC サービスおよび病院による産科サービスまで連続したサービスが実現することが重要である。この意味で、上述(1)、(2)の延長として、協力対象とした HD の管轄地域において、HCR およびヘルスセ

ンターを対象として施設インフラを整え、母子保健サービスの向上を目的とするリファラル体制の強化を検討することも可能と考えられる。

PHC レベルの協力ニーズは大きいものの、JICA 事業としての協力方向性としては、拠点病院を中心とした保健サービス体制、病院の運営能力の向上などへの協力の延長として、確実な効果の発現とその持続性に留意して検討していくことが適切と考えられる。

付属資料

- 1 調査団員氏名
- 2 調査行程
- 3 主要面談者リスト
- 4 保健分野主要指標
- 5 参考文献

1 調査団員氏名

担当	氏名	所属
協力企画	山田 朋未	独立行政法人国際協力機構 人間開発部保健第四課
総括/保健セクター戦略策定	阿部 千春	株式会社国際テクノ・センター
保健セクター分析	笹田 志穂	株式会社エス・プランニング
仏語通訳	與田 久美子	株式会社国際テクノ・センター（補強）

2 調査行程

月日	行動	
5/30 (木)	HND 06:55 06→45 NYC 09:15→13:30 PAP（阿部、笹田、與田） 15:00 JICA FO	
5/31 (金)	9:00 保健省 官房長 11:30 カナダ大使館(CIDA) 13:30 世銀 15:00 AFD	08:00 UNICEF 10:00 PAHO 11:30 AECID(Spain) 15:00 UNFPA 16:30 USAID
6/1 (土)	ロジの調整(車両、現地通訳、警備員に関する契約等)、地方調査の準備	
6/2 (日)	南県レカイ市へ移動(阿部、與田)	中央県アンシュへ移動(笹田)
6/3 (月)	09:00 南県 保健局長 10:00 南県 県病院(視察) 15:00 南県アカン郡保健部(UCS)	10:00 中央県 ヘルスセンター 12:00 中央県 県病院 13:00 中央県 保健局 17:00 中央県 ヘルスセンター
6/4(火)	09:00 ニップ県 県病院 13:00 ニップ県 ヘルスセンター	11:00 中央県 ヘルスセンタ 15:30 中央県 ミラバレ教育病院 ポルトーブランドへ移動(笹田)
6/5(水)	11:00 ニップ県 保健局長 14:00 ニップ県 県病院(院長面談) ポルトーブランドへ移動(阿部、與田)	14:00 保健省 人材局(DRH)
6/6(木)	10:00 保健省 保健サービス局(DOSS) 15:00 保健省 看護局(DSI)	10:00 保健省 疫学調査局(DELR) 14:00 看護学校
6/7(金)	10:00 JICA FO（増本氏） 12:30 保健省 アポ調整(引っ越し中)	9:00 PAHO 17:00 Partners in Health
6/8(土)	調査結果の整理	

月日	行動		
6/9(日)	13:30 ポルトープランス着(山田) 団内打合せ		
6/10(月)	ニップ県ミラゴアン市へ移動(山田、與田) 11:30 ニップ県 ヘルスセンター 12:30 ニップ県 県病院(山田、與田) 南東県ジャクメル市へ移動	南県 アカン市へ移動(阿部) 12:00 AEDES, CORDAID 南東県ジャクメル市へ移動	10:30 教育病院(笹田)
6/11(火)	10:00 プロファミール診療所(帰国研修員)(山田、阿部、與田) 11:30 ジャクメル病院 15:00 カナダ赤十字 Canadian Red Cross		14:40 PAP 発(笹田)
6/12(水)	須藤シスター面談等(山田) ポルトープランスへ移動	ポルトープランスへ移動(阿部、與田) 保健省(引っ越しのためキャンセル)	13:25 NYC 発(笹田)
6/13(木)	中央県 アンシュ市へ移動 11:30 中央県 県病院視察 ポルトープランスへ移動		14:40 PAP 発(與田) 16:25 NRT 着(笹田)
6/14(金)	9:00 保健省 官房長 15:00 JICA FO 16:00 日本大使館		13:25 NYC 発(與田)
6/15(土)	14:40 PAP 発		
6/16(日)	13:25 NYC 発		
6/17(月)	16:25 NRT 着		

3 主要面談者リスト

保健省	保健国民省 官房長	ギー・E・ルヴェイエ
	Membre de Cabinet, MSPP	Mr. Guy E. Leveillé
	保健国民省 人材局長	ジミー・ボブラン
	Director, Human resources, MSPP	Dr. Jimmy Beaubrun
	保健国民省 保健サービス局長	ダーリス・キャレ・テオドール
	Directrice, DOSS, MSPP	Dr. Darline Carré Theodore
	保健国民省 看護医療局長	イルマ・D・ボワ
	Directrice, DSI, MSPP	Ms. Irma D. Bois
	保健国民省 疫学検査研究局サーベイランス担当	ロベール・バレン
	Chief of surveillance, DELR, MSPP	Dr. Robert Barain
関連施設	ハイチ国立大学病院 総院長	ムリス・フィス・マンヴィル
	Directeur Exécutif, Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti	Dr. Mourice Fils Mainville

	ハイチ国立大学病院 医学部長 Directeur Médical, Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti	ルイ・フランク・テレマーク Dr. Louis Frank Telemaque
	国立看護学校ポルトープランス校 校長 Director, National Nursing School of PAP	ミレーラ・シルバン Ms. Mireilla Sylvain
南東県	ジャクメル サンミシエル病院 院長 Directeur, Hôpital Saint-Michel de Jacmel	ニュートン・ジュディ Dr. Newton Jeudy
	ジャクメル プロファミール診療所 所長 Directeur, Clinique Profamil, Jacmel	エルネス・デジール Dr. Ernest Désir
中央県	中央県 保健局長 Directeur Départemental	ジャン・ルノー・レジュイ Dr. Jean Renauld Rejouit
	中央県 アンシュ病院長 Director, Hôpital Sainte-Thérèse de Hinche	ジャン・ダニエル・ラゲール Dr. Jean Daniel Laguerre
ニップ県	ニップ県 保健局長 Directeur du Département Sanitaire des Nippes, MSPP	ジャック・ラロシュ Dr. Jacques Laroche
	ニップ県 ミラゴアンヌ サント・テレーズ病院 院長 Directeur, Hôpital Sainte-Thérèse de Miragoâne	アンシー・ブレマ Dr. Ancy Blaima
南県	南県 保健局長 Directeur Départemental Sud, MSPP	ジャン・ベルナール・フェヴリエ Dr. Jean Bernard Fevrier
	南県 イマキュレ・コンセプション・デ・カイ病院、院長 Directeur, Hôpital Immaculée Conception des Cayes	ドメルカン・ジョゼフ・ユエス Dr. Domercant Joseph Yues
	南県 アカン郡 地域保健ユニット、コーディネーター Coordonatrice, UCS Aquin	ダニエル・コモー Dr. Danielle Comeau
他ドナー	PAHO 保健システム・サービス担当 Consultant for Health System and Services, PAHO	ジャクリヌ・ゲルネ Dr. Jacqueline Gernay
	PAHO プログラムマネージャー Program Management Adviser, PAHO	スワド・ラクジム Ms. Souad Lakhdim
	世銀 プログラムコーディネータ(保健担当) Coordinator, World Bank	イザベル・シメオン Ms. Isabelle Simeon
	UNICEF 保健担当 Health Manager, UNICEF	フランシーヌ・キマヌカ Ms. Francine Kimanuka
	UNFPA ハイチ事務所代表 Country Director, UNFPA	ラミ・アラクバロフ Mr. Ramiz Alakbarov
	フランス開発庁ハイチ事務所副所長(プロジェクト担当) Adjoint du Directeur, Chagé de Projets, AFD	エルネス・バルボ Mr. Ernest Barbot
	カナダ大使館 一等書記官(開発担当) First Secretary (Development), Embassy of Canada	マリーフランス・プロヴァンシェ Ms. Marie-France Provencher
	カナダ大使館 一等書記官(開発担当) First Secretary (Development), Embassy of Canada	マノン・アルスノ Ms. Manon Arsenault
	USIAD 保健復興コーディネータ Health Reconstruction Coordinator, USAID	シャルロット・エディス Ms. Charlotte Eddis

スペイン政府国際開発協力庁、飲料水・衛生部	パブロ・ミュノ・マシアン
Water and Sanitation Department, AECID	Mr. Pablo Munoz Matienz
スペイン政府国際開発協力庁、飲料水・衛生部	ダヴィッド・ミュノ・ポルティロ
Water and Sanitation Department, AECID	Mr. David Munoz Portillo
パートナーインヘルス、役員	ルーヌ・ヴィオ
Co-executive Director, Parters in Health	Ms. Loune Viaud
パートナーインヘルス、広報担当	エリドンヌ・ジェルマン
Communication dep., Partners in Health, Mirebalais	Ms. Elidonne Germain
パートナーインヘルス、医学教育担	ミシェル・モルス
Medical Education, Partners in Health, Mirebalais	Dr. Michelle Morse
パートナーインヘルス、栄養担当	グラディス・ロチュール
Nutrition dep, Partners in Health	Ms. Gladys Lauture
カナダ赤十字 ヘルスプログラム・マネージャー	チエルノ・バルデ
Gestionnaire du Programme de Santé, Croix-Rouge Canadienne	Dr. Thierno Baldé
AEDES, ヘルスエコノミスト	マチュー・アントニー
Health Economist, AEDES	Mr. Matthieu Antony
Cordaid、保健アドバイザー	サミュエル・レイモンド
Health Advisor, Cordaid	Dr. Samuel Raymond

4 参考文献

資料名	発行元	URL など	発行年
Document de Stratégie Nationale pour la Croissance et pour la Réduction de la Pauvreté (DNSCRP) 2008-2010	MPCE	http://www.imf.org/external/np/prsp/prsp.aspx#HeadingH	2007
Final Report on the Implementation of the first National Growth and Poverty Reeducation Strategy Paper 2008-2010	MPCE	http://www.imf.org/external/np/prsp/prsp.aspx#HeadingH	2011
Strategic Plan for the Development of Haiti	MPCE	http://www.mpce.gouv.ht/psdhsynthesanglais.pdf	2010
Politique Nationale de Sante	MSPP	http://www.mspp.gouv.ht/site/downloads/telechargez.php?pdf=livret%20pns%20for%20web.pdf	2012
Plan Directeur de Santé (draft)	MSPP		2013
Rapport Statistique 2011	MSPP	http://www.mspp.gouv.ht/site/downloads/Rapport%20statistique%202011.pdf	2012
Rapport Annuel 2006	MSPP		2006
Programme National de Lutte contre la Tuberculose, Plan Stratégique 2009-2015	MSPP	http://www.mspp.gouv.ht/site/download.php?file=downloads/plan%20strategique%20PNLT%202009-2015.pdf	2009
ハイチ保健省 Web サイト	MSPP	http://www.mspp.gouv.ht/	
Rapport preliminaire final EMMUS-V	IHE	http://www.mspp.gouv.ht/site/downloads/Rapport%20preliminaire%20final%20EMMUS-V.pdf	2012
Millennium Development Goals Indicators	国連	http://mdgs.un.org/	2013
World Population Prospects: The 2012 Revision,	国連	http://esa.un.org/wpp/	2013
International Human Development Indicators, Haiti	UNDP	http://hdrstats.undp.org/en/count	2013

World Development Indicators, Haiti	世銀	ries/profiles/HTI.html http://databank.worldbank.org/data/views/reports/tableview.aspx	
Noncommunicable Diseases, Country Profile 2011, Haiti	WHO	http://www.who.int/nmh/countries/en/	2011
World Malaria Repot 2012. Country Profiles, Haiti	WHO	http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2012/en/	2012
Tuberculosis country profiles, Haiti	WHO	https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=HT&LAN=EN&outtype=html	2013
Global Tuberculosis Report 2012	WHO	http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/	2012
Monitoring the Situation of Children and Women/Statistical Country Profiles Haiti	UNICEF	http://www.childinfo.org/country_list.php	
SOWC 2012	UNICEF	http://www.unicef.org/sowc/index_61804.html	2012
Countdown to 2015, Maternal, Newborn & Child Survival, Haiti	UNICEF	http://www.childinfo.org/files/countdown/Countdown2015_Haiti.pdf	2010
ハイチの2010年の震災とその後1年間の結核の経過の分析	結核予防会	結核 第86巻 第12号 pp.934-935	2011

5 保健分野主要指標

	指標	1990	2000	2010	至近の値 値	年	地域平均 値	年	地域分類	出典
人口(人)	Population, total	7,124,877	8,645,371	9,993,247	10,123,787	2011	581,383,555	2012	Latin America & Caribbean (developing only)	WDI
人口増加率(%)	Population growth (annual %)	2.1	1.8	1.3	1.3	2011	1.2	2011	Latin America & Caribbean (developing only)	WDI
出生時平均余命(年)	Life expectancy at birth, total (years)	55.1	58.4	61.8	62.1	2011	74.2	2011	Latin America & Caribbean (developing only)	WDI
粗出生率(人口千対)	Birth rate, crude (per 1,000 people)	37.4	30.9	26.6	26.3	2011	18.4	2011	Latin America & Caribbean (developing only)	WDI
粗死亡率(人口千対)	Death rate, crude (per 1,000 people)	12.8	10.3	9.0	8.9	2011	5.9	2011	Latin America & Caribbean (developing only)	WDI
都市人口率(%)	Urban population (% of total)	28.5	35.6	52.0	53.3	2011	79	2012	Latin America & Caribbean (developing only)	WDI
一人あたり国民総所得(米ドル)	GNI per capita, Atlas method (current US\$)			650.0	700.0	2011	9,025	2012	Latin America & Caribbean (developing only)	WDI
経済成長率(%)	GNI growth (annual %)			-3.7	4.1	2011	3.2	2012	Latin America & Caribbean (developing only)	WDI
初等教育就学率(就学年齢人口の%)	Adjusted net enrollment rate, primary (% of primary school age children)				57	1997	8.3	2011	Latin America & Caribbean (developing only)	WDI
初等教育就学率における男女比(男性=100)	Ratio of female to male primary enrollment (%)				98	1998	96.8	2011	Latin America & Caribbean (developing only)	WDI
成人識字率(15歳以上人口の%)	Literacy rate, adult total (% of people ages 15 and above)				49	2006	91.4	2010	Latin America & Caribbean (developing only)	WDI
人間開発指標	Human Development Index	0.399	0.422	0.45	0.456	2012	0.741	2012	Latin America and the Caribbean	HDR
人間開発指標の順位	Human Development Index (rank)				161/185	2012				HDR
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) (%)				32.3	2001	2.9	2010	Latin America & Caribbean (developing only)	WDI
安全な水を使用する人口の割合(%)	Use of improved drinking water sources (%) 2010, total			69			94	2010	Latin America & Caribbean (developing only)	SOWC
改善された衛生設備を使用する人口の割合(%)	Use of improved sanitation facilities (%) 2010, total			17			79	2010	Latin America & Caribbean (developing only)	SOWC
感染症、周産期および栄養状態が死因に占める割合(%)	Cause of death, by communicable diseases and maternal, prenatal and nutrition conditions (% of total)		2000		54.0	2008	16.8	2010	Latin America & Caribbean (developing only)	HNP Stats
非感染性疾患が死因に占める割合(%)	Cause of death, by non-communicable diseases (% of total)				41.2	2008	71.5	2010	Latin America & Caribbean (developing only)	HNP Stats
外傷が死因に占める割合(%)	Cause of death, by injury (% of total)				4.9	2008	11.8	2010	Latin America & Caribbean (developing only)	HNP Stats
余命損失のリスクに占める感染症の割合(%)	Distribution of years of life lost by broader causes (%) - Communicable				72	2008	20	2008	America Region	GHO
余命損失のリスクに占め非感染性疾患の割合(%)	Distribution of years of life lost by broader causes (%) - Noncommunicable diseases				22	2008	59	2008	America Region	GHO
余命損失のリスクに占め外傷の割合(%)	Distribution of years of life lost by broader causes (%) - Injuries				6	2008	21	2008	America Region	GHO
妊産婦死亡率(調整値、出生十萬対)	Maternal mortality ratio (adjusted, per 100,000 live births)	620	460	350			82	2010	Latin America & Caribbean (developing only)	MDGs

	指標	1990	2000	2010	至近の値 値	年	地域平均 値	年	地域分類	出典
青年期女子の出産率(15~19 歳女子人口千対)	Adolescent fertility rate (births per 1,000 women ages 15-19)		56.2	43.3	42.3	2011	71.8	2011	Latin America & Caribbean (developing only)	MDGs
5 歳未満児死亡率(出生千対)	Mortality rate, under-5 (per 1,000)	143	102	160.7	70	2011	19.1	2011	Latin America & Caribbean (developing only)	MDGs
乳児死亡率(出生千対)	Mortality rate, infant (per 1,000 live births)	99.2	73.2	67.5	52.9	2011	16.2	2011	Latin America & Caribbean (developing only)	MDGs
低体重児出生率(出産数の%)	Low-birth weight babies (% of births)						7.868142861	2009	Latin America & Caribbean (developing only)	HNP Stats
合計特殊出生率(女性 1 人あたり)	Total fertility rate, 2010			3.3	3	2011	2	2011	Latin America and Caribbean	SOWC
15~24 歳の HIV 感染率、男性(15-24 歳男性人口の%)	Prevalence of HIV, male (% ages 15-24)				0.4	2011	0.186945781	2011	Latin America & Caribbean (developing only)	MDGs
15~24 歳の HIV 感染率、女性(15-24 歳女性人口の%)	Prevalence of HIV, female (% ages 15-24)				1.1	2011	0.15436581	2011	Latin America & Caribbean (developing only)	MDGs
マラリア罹患率(人口 10 万対)	Notified cases of malaria per 100,000 population			2478						MDGs Database
マラリアによる死亡率(人口十萬対)	Malaria death rate per 100,000 population, all ages			7						MDGs Database
マラリアによる子どもの死亡率(0-4 歳人口十萬対)	Malaria death rate per 100,000 population, ages 0-4			2						MDGs Database
結核有病率(人口十萬対)	Tuberculosis prevalence rate per 100,000 population (mid-point)	329	391	316	307	2011				MDGs Database
結核罹患率(人口十萬対)	Incidence of tuberculosis (per 100,000 people)	247	271	230	222	2011	43	2011	Latin America & Caribbean (developing only)	MDGs
結核による死亡率(人口十萬対)	Tuberculosis death rate (per 100,000 people)	31	41	30	30	2011	3.4	2011	Latin America & Caribbean (developing only)	MDGs
15~49 歳の推定 HIV 感染率(15-49 歳人口の%)	Prevalence of HIV, total (% of population ages 15-49)	2.9	2.7	1.9	1.8	2011	0.404372168	2011	Latin America & Caribbean (developing only)	MDGs
AIDS による推定死亡数	AIDS estimated deaths (UNAIDS estimates)	3900	12000	5900	5800	2011				MDGs
HIV 新規感染率(15-49 歳人口の%)	HIV incidence rate, 15-49 years old, percentage (mid-point)	0.53	0.23	0.11	0.1	2011				MDGs Database
GF による優先度スコア、HIV	Partial Prioritization Score by the Global Fund (HIV)				8	2012				GF
GF による優先度スコア、マラリア	Partial Prioritization Score by the Global Fund (Malaria)				6	2012				GF
GF による優先度スコア、結核	Partial Prioritization Score by the Global Fund (TB)				10	2012				GF
5 歳未満児における中・重度の低体重の比率(5 歳未満の%)	Prevalence of wasting (% of children under 5)	5.9	20.5				1.550903	2011	Latin America & Caribbean (developing only)	HNP Stats
訓練を受けた保健員の立会による出産の割合(%)	Births attended by skilled health staff (% of total)		23.8				85.23320132	2000	Latin America & Caribbean (developing only)	MDGs
帝王切開率(%)	Births by caesarean section (%)				3	2006				GHOr
避妊具普及率(15-49 歳女性人口の%)	Contraceptive prevalence (% of women ages 15-49)		28.1							MDGs
産前健診、1 回以上(%)	Pregnant women receiving prenatal care (%)		78.8				96.23364777	2010	Latin America & Caribbean (developing only)	MDGs
産前健診、4 回以上(%)	Pregnant women receiving prenatal care of at least four visits (% of pregnant women)		44.2				88.37386423	2010	Latin America & Caribbean (developing only)	MDGs
家族計画の必要性が満たされている	Unmet need for contraception (% of married		39.6							MDGs

	指標	1990	2000	2010	至近の値 値	年	地域平均 値	年	地域分類	出典
ない割合(15-49 歳既婚女性の%)	women ages 15-49)									
麻疹の予防接種を受けた 1 歳児の割合(1 歳児の%)	Immunization 2010, 1-year-old children immunized against: Measles corresponding vaccines: measles			59	59	2011	93	2011	Latin America and Caribbean	SOWC
結核の予防接種を受けた 1 歳児の割合(1 歳児の%)	Immunization 2010, 1-year-old children immunized against: TB corresponding vaccines: BCG			75	75	2011	95	2011	Latin America and Caribbean	SOWC
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 (1 歳児の%)	Immunization 2010, 1-year-old children immunized against: DPT corresponding vaccines: DPT1			83	83	2011	96	2011	Latin America and Caribbean	SOWC
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 (1 歳児の%)	Immunization 2010, 1-year-old children immunized against: DPT corresponding vaccines: DPT3			59	59	2011	92	2011	Latin America and Caribbean	SOWC
ポリオの予防接種を受けた 1 歳児 (1 歳児の%)	Immunization 2010, 1-year-old children immunized against: Polio corresponding vaccines: polio3			59	59	2011	92	2011	Latin America and Caribbean	SOWC
B 型肝炎の予防接種を 3 回受けた乳児 (1 歳児の%)	Immunization 2010, 1-year-old children immunized against: HepB corresponding vaccines: HepB3						90	2011	Latin America and Caribbean	SOWC
最後のハリスナ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		26.5							MDGs
最後のハリスナ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		16.1							MDGs
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(%)	Comprehensive correct knowledge of HIV/AIDS, ages 15-24, male (2 prevent ways and reject 3 misconceptions)		27.6							MDGs
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(%)	Comprehensive correct knowledge of HIV/AIDS, ages 15-24, female (2 prevent ways and reject 3 misconceptions)		15.4							MDGs
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 ages 10-14			1						MDGs
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)									MDGs
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 with fever receiving antimalarial drugs (% of children under age 5 with fever)		12							MDGs
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		71	82						MDGs Database
抗レトロウイルス薬による治療を受ける HIV 感染者の割合(%)	Antiretroviral therapy coverage (% of people with advanced HIV infection)				58	2011	68.0746637	2011	Latin America & Caribbean (developing only)	MDGs
ART を受ける HIV 陽性妊婦の割合(%)	Percentage of HIV-infected pregnant women who received antiretroviral drugs to reduce the risk for mother-to-child transmission (lower bound)			36	64.5	2011				MDGs Database
結核患者発見率(%)	Tuberculosis case detection rate (% , all forms)		44	62	64	2011	81	2011	Latin America & Caribbean (developing only)	MDGs
結核治療成功率(%)	Tuberculosis treatment success rate (% of registered cases)		71	82			76	2010	Latin America & Caribbean (developing only)	MDGs

	指標	1990	2000	2010	至近の値 値 年	地域平均 値 年	地域分類	出典
6-59か月児に対するビタミンA補給率(%)	Vitamin A supplementation coverage rate (% of children ages 6-59 months)			21	36 2011			HNP Stats
ヨード添加塩使用世帯の割合(%)	Consumption of iodized salt (% of households)							HNP Stats
公的セクターによるサービスカバレッジ(%)	Estimate of health formal coverage				60	11.6	Countries of very high vulnerability	ILO
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				80.5	85.8	Countries of very high vulnerability	ILO
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 deficit				92.6	74.6	Countries of very high vulnerability	ILO
医師数(人口千対)	Physicians (per 1,000 people)	0.08	0.8			1.8 2009	Latin America & Caribbean (developing only)	HNP Stats
看護師・助産師数(人口千対)	Nurses and midwives (per 1,000 people)					2.2 2000	Latin America & Caribbean (developing only)	HNP Stats
看護師数(人口千対)	Nurses, Density per 1,000				0.11 1998			GHO
歯科医師数(人口千対)	Dentists, Density per 1000				0.01 1998			GHO
保健支出総額の対 GDP 比(%)	Health expenditure, total (% of GDP)			6.9	7.9 2011	7.6 2011	Latin America & Caribbean (developing only)	HNP Stats
公的保健支出の対 GDP 比(%)	Health expenditure, public (% of GDP)		6.1	2.7	3.5 2011	3.8 2011	Latin America & Caribbean (developing only)	HNP Stats
民間保健支出の対 GDP 比(%)	Health expenditure, private (% of GDP)		72.3	4.1	4.5 2011	3.8 2011	Latin America & Caribbean (developing only)	HNP Stats
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)		61.1	39.0	39.2 2011	78.6 2011	Latin America & Caribbean (developing only)	HNP Stats
公的保健支出が国家支出全体に占める割合(%)	Health expenditure, public (% of government expenditure)		5.6	9.9	9.9 2011	9.3 2000	Latin America & Caribbean (developing only)	HNP Stats
保健支出総額における外部資金の割合(%)	External resources for health (% of total expenditure on health)		69.7	39.0	29.5 2011	0.4 2011	Latin America & Caribbean (developing only)	HNP Stats
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		0.0	0.0	0.0 2011	58.2 2010	Americas	GHO
一人あたりの保健支出(米ドル)	Health expenditure per capita (current US\$)		4.4	45.6	57.7 2011	714.6 2011	Latin America & Caribbean (developing only)	HNP Stats
一人あたりの保健支出(購買力平価)	Health expenditure per capita, PPP		25.7	75.6	93.7 2011	854.5 2011	Latin America & Caribbean (developing only)	HNP Stats
一人あたりの公的保健支出(米ドル)	Per capita government expenditure on health at average exchange rate (US\$)		18.2		25.2 2011			GHO
必須医薬品:ジェネリック医薬品の入手可能状況	Median availability of selected generic medicines (%) - Public				17.6 2011			GHO
	Median availability of selected generic medicines (%) - Private				54.3 2011			GHO
	Median consumer price ratio of selected generic medicines - Private				7.3 2011			GHO
病床数(人口千対)	Hospital beds (per 1,000 people)	0.8	9.4			2.1 2011	Latin America & Caribbean (developing only)	HNP Stats
必須医薬品:ジェネリック医薬品の平均価格	Median consumer price ratio of selected generic medicines - Public				4.8 2011			GHO

出典：	
GF	Global Fund eligibility list for 2012 funding channels, the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria http://www.theglobalfund.org/documents/core/eligibility/core_EligibleCountries2012_list_en/
GHO	WHO, Global Health Observatory, Haiti:country profiles http://www.who.int/gho/countries/hti/country_profiles/en/index.html
GHO	WHO, Global Health Observatory Data Repository http://apps.who.int/gho/data/node.main
HDR	UNDP, 2013 Human Development Report Summary http://hdr.undp.org/en/media/HDR2013_EN_Summary.pdf
HNP Stats	World Bank, World Databank, Health Nutrition and Population Statistics http://databank.worldbank.org/data/views/variableSelection/selectvariables.aspx?source=health-nutrition-and-population-statistics
ILO	ILO, World Social Security Report 2010/2011
MDGs	World Bank, World Databank, Millennium Development Goals http://databank.worldbank.org/data/views/variableselection/selectvariables.aspx?source=millennium-development-goals
MDGs Database	UN, Millennium Development Goals Indicators http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Data.aspx
SOWC	UNICEF, Statistics and Monitoring http://www.unicef.org/statistics/index_step1.php
WDI	World Bank, World Databank, World Development Indicators http://databank.worldbank.org/data/views/variableSelection/selectvariables.aspx?source=world-development-indicators

