

ホンジュラス共和国
「国家保健モデル」に基づく
プライマリーヘルスケア体制強化
プロジェクト
詳細計画策定調査報告書

平成 26 年 2 月
(2014年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

人間
JR
14-014

ホンジュラス共和国
「国家保健モデル」に基づく
プライマリーヘルスケア体制強化
プロジェクト
詳細計画策定調査報告書

平成 26 年 2 月
(2014年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

序 文

ホンジュラス共和国では、高い妊産婦死亡率や乳児死亡率の減少をはじめとした保健医療サービスの改善をめざし、国の保健医療政策「国家保健モデル」において、医師や看護師、保健ボランティア等の多職種の保健医療従事者から構成されたプライマリー・ヘルス・ケア（PHC）チームを基盤に、家庭を単位として、予防、プロモーション、治療、リハビリテーションを包括的に含んだ保健サービスの提供を進めています。しかしながら、同政策の関連法規の整備までしか進んでおらず、保健医療サービスを実施するために必要となる保健医療行政機関及びサービス機関の実施体制や実施基準等の整備はいまだ進んでいない状況にあります。

このような状況の下、ホンジュラス共和国政府から、上記保健医療行政機関及びサービス機関の実施体制や実施基準の整備等の中央レベルでの政策的支援に加え、全国のなかでも貧困率の高いレンピーラ県と同国内で比較的平均的な保健指標を有するエル・パライス県をパイロット地域とした実施体制の確立・実施を内容とした技術協力プロジェクトが、この分野で経験を有するわが国に要請されました。

プロジェクトの開始に先立ち、JICAはホンジュラス共和国政府からの協力要請の背景、内容を確認し、カウンターパート機関である保健省をはじめとするホンジュラス共和国政府関係機関との協議のうえで、協力計画を策定することを目的として、詳細計画策定調査を2012年8月27日から9月14日まで実施しました。本報告書はその調査結果を取りまとめたものです。

ここに、本調査にあたりご協力を賜りました日本側関係者、ホンジュラス共和国保健省、病院関係者並びに保健分野援助機関担当者各位ほか、関係者の皆さまに深甚なる謝意を表しますとともに、プロジェクト開始に向けてより一層のご指導、ご協力を頂きますようお願い申し上げます。

平成26年2月

独立行政法人国際協力機構

人間開発部長 萱島 信子

目 次

序 文

目 次

ホンジュラス共和国地図

写 真

略語表

事業事前評価表

第1章 詳細計画策定調査の概要	1
1-1 調査団派遣の経緯と目的	1
1-2 調査団員構成	2
1-3 調査日程	2
1-4 主要面談者	4
第2章 プロジェクト実施の背景とニーズ	6
2-1 ホンジュラスの保健セクターの現状及び問題点	6
2-2 ホンジュラスの保健セクター政策	7
2-3 保健医療施設のリファラルシステム	8
2-4 保健セクターに対するわが国及びJICAの援助方針と実績	9
2-5 プロジェクト対象地の概況	11
第3章 技術協力プロジェクトの基本計画	19
3-1 協力期間	19
3-2 対象地域	19
3-3 ターゲットグループ	19
3-4 プロジェクトの実施体制	19
3-5 プロジェクト目標	21
3-6 上位目標	22
3-7 成果及び活動	22
3-8 投 入	24
3-9 プロジェクトのイメージ	24
第4章 プロジェクト実施の妥当性	26
4-1 妥当性	26
4-2 有効性	26
4-3 効率性	27
4-4 インパクト	27
4-5 持続性	28
4-6 結 論	29

第5章 プロジェクト実施上の留意点	30
-------------------	----

第6章 討議議事録の署名	31
--------------	----

付属資料

1. 討議議事録（スペイン語、署名入り）	35
2. 討議議事録（和文仮訳）	62
3. プロジェクト計画立案ワークショップ議事次第・参加者リスト	88
4. PCMワークショップ問題分析結果	90

ホンジュラス共和国地図



出典：<http://www.google.co.jp/imgres?q=honduras+political+map>

(2012年9月27日アクセス)

丸印内の県は本プロジェクトの活動対象県（エル・パライソ県とレンピーラ県）である。

写 真



1. レンペーラ県キオコ保健ポスト



2. エル・パライツ州アラウカ市の保健センターでの聞き取りの様子



3. レンペーラ県の道路状況（橋のない川）



4. 関係者によるワークショップの様子



5. 主要関係者によるプロジェクト計画策定のための協議



6. プロジェクトの協議議事録の調印式

略 語 表

略語	英語名/スペイン語名	日本語名
CESAMO	Centros de Salud	保健センター
CESAR	Centros de Salud Rural	保健ポスト
CMI	Clínica Materno-Infantil	母子保健クリニック
EAIS	Equipo Atención Integral de Salud	家庭保健チーム
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations	国連食糧農業機関
IDB	Inter-American Development Bank	米州開発銀行
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人国際協力機構
MCH	Maternal and Child Health	母子保健
MDGs	Millennium Development Goals	ミレニアム開発目標
MOH	Ministry of Health	保健省
NGO	Non-Governmental Organizations	非政府組織
PAHO	Pan American Health Organization	米州保健機関
PCM	Project Cycle Management	プロジェクト・サイクル・マネジメント
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PHC	Primary Health Care	プライマリーヘルスケア
PO	Plan of Operations	活動計画（表）
SAIC	Servicios de Atención Integral Comunitaria	コミュニティ保健ボランティア
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
USAID	United Nations 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

事業事前評価表

JICA 人間開発部 保健第四課

1. 案件名

国名：ホンジュラス共和国

案件名：

(和名)「国家保健モデル」に基づくプライマリーヘルスケア体制強化プロジェクト

(英名) Project for Strengthening Primary Health Care System based on the “National Health Model”

2. 事業の背景と必要性

(1) 当該国における保健セクターの現状と課題

ホンジュラス共和国（以下、「ホンジュラス」と記す）の乳児死亡率や妊産婦死亡率¹はミレニアム開発目標（Millennium Development Goals : MDGs）、中南米・カリブ地域全体の平均と比較すると依然として高い²。病院のほか、保健センター（Centros de Salud : CESAMO）や保健ポスト（Centros de Salud Rural : CESAR）、母子保健クリニックと呼ばれる保健医療施設が存在するものの、当該施設数・職員数及び当該施設へのアクセスが限られている³。またこれまでホンジュラスの保健医療施設では、治療が重視され、予防やプロモーションなども含めたプライマリー・ヘルス・ケア（Primary Health Care : PHC）に関連した活動は十分に行われてこなかった。コミュニティレベルまで十分な基礎的な保健医療サービスが行き届いていないのが現状である⁴。

中南米においては、2005年のモンテビデオ宣言以降、米州保健機関（Pan American Health Organization : PAHO）のイニシアティブの下、家庭保健⁵を基盤とするPHCが各国で推進されている。医師を含む多職種によりPHCを実践する家庭保健チーム（Equipo Atención Integral de Salud : EAIS）の形成や導入が推奨されており、各国で順次導入されているが、ホンジュラスでは実践されていない。

ホンジュラスにおいては「保健省（Ministry of Health : MOH）組織強化」「保健医療サービス提供の委託と地域開発」「保健プロモーション」「マネジメント能力を強化した保健モデル」の四つの政策的戦略の下、治療を中心とした保健医療システムから、包括的な保健医療システムへの移行を図っており、他の中米諸国同様に保健セクター改革に取り組んでいる。2005年からは、母子保健（Maternal and Child Health : MCH）に焦点をあてた第一次医療サービスを拡大するため、保健モデルの一環として、市連合会、非政府組織（Non-Governmental

¹ 厳密には、maternal mortality ratioは「妊産婦死亡比」と表記すべきであるが、ここでは一般的に浸透している「妊産婦死亡率」を使用する。

² ホンジュラスのMDGs（2015年）の乳児死亡率の削減目標は12（出生1,000対）で、妊産婦死亡率の目標値は46（出生10万対）である。国連児童基金（United Nations Children’s Fund : UNICEF）の統計によれば、2010年の乳児死亡率は24（出生1,000対）、2008年の妊産婦死亡率は110（出生10万対）である。

³ 「Visión de País 2010-2038 y Plan de Nación 2010-2022」（国家ビジョン2010～2038／国家計画2010～2022）の記載によると、2009年時点での保健システムへのアクセスは25.7%。

⁴ PAHOの「HEALTH IN THE AMERICAS, 2007.VOLUME II-COUNTRIES」によると、2004年時点の保健医療サービスのカバー率は約70%にとどまっている。

⁵ 家庭を単位とした保健、医療。

Organizations : NGO) 等への医療サービスの外部委託が、米州開発銀行 (Inter-American Development Bank : IDB) や米国国際開発庁 (United Nations Agency for International Development : USAID)、世界銀行等の支援を受けつつ推進されている。また「保健計画 (2010～2014年)」では、保健医療サービスの分権化推進による地方自治体単位での保健医療サービスの提供体制の整備が計画されている。

ホンジュラス政府は、モンテビデオ宣言及び上記保健計画に基づき、家庭保健に焦点をあてたPHCの実践として「国家保健モデル」⁶を策定した。同モデルは、家庭を単位として、医師や看護師等の保健医療従事者からなるEAIS⁷を基盤に、巡回診療や家庭 (世帯) 調査等の活動を通じ、病気の予防から健康プロモーション、治療、リハビリテーションまでを包括的に実施するものであるが、現時点では関連法規の整備までしか進んでいない。同モデルに基づいた保健医療サービスを実施するために必要となる保健医療行政機関及びサービス機関の実施体制や実施基準等の整備が喫緊の課題である。これらの状況を踏まえ、ホンジュラス政府は、上記保健医療行政機関及びサービス機関の実施体制や実施基準の整備等の中央レベルでの政策的支援に加え、全国のなかでも貧困率の高いレンピーラ県と同国内で比較的平均的な保健指標を有するエル・パライス県をパイロット地域とした実施体制の確立・実施を内容とした本事業を要請してきた。

(2) 当該国における保健セクターの開発政策と本事業の位置づけ

本事業は、「保健計画 (2010～2014年)」に基づき、MOHが策定した「国家保健モデル」の実践を支援するものであり、ホンジュラスの政策に合致している。本取り組みは、上記政策により進められている保健セクター改革の重要な柱の一つとして位置づけられる。

(3) 保健セクターに対するわが国及びJICAの援助方針と実績

わが国の国別援助方針重点分野の「地方開発」の開発課題に「保健医療システムの強化」が含まれており、そのなかに「保健医療サービス改善プログラム」がある。本案件はそのプログラムの一環として位置づけられる。

JICAはホンジュラスにおいて、中米看護教育の向上に資する技術協力や、USAIDと連携して「国家保健モデル」の政策立案に関して助言を行うなどの協力を実施してきた。また、「シャーガス病対策プロジェクト」を通じて、エル・パライス県のテウパセンティ市、アラウカ市、レンピーラ県のサンタ・クルツ市において、シャーガス病の監視システムを構築した実績がある。加えて、ホンジュラスのオランチョ県において2008年より4年間、「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」を実施し、思春期人口を対象とした家族計画を含む思春期教育に関する活動を展開してきた。

さらに、エル・パライス県では、村落を基点としたMCHサービスの拡充を目的とした草の根技術協力事業「エル・パライス県母子保健向上支援事業」(2007～2010年)、「エル・パライス県母子保健向上支援事業フェーズ2」(2010～2012年)が実施された。

⁶ 本モデルは、「マネジメント」「財務」「保健サービス」の三つの観点からめざすべきモデルを述べている。なお、各観点のことを「コンポーネント」と呼ぶ。

⁷ ホンジュラスでの呼び名。

(4) 他の援助機関の対応

USAIDは、ホンジュラスの保健医療分野の地方分権化、特に保健医療サービスの外部委託制度の整備を支援している。また「持続的母子保健及び家族計画サービス」と呼ばれる保健プログラムにおいて、「国家保健モデル」導入のための法的整備を中心に支援している。

その他、IDBは「保健医療サービス地方分権化のための外部委託制度強化」という借款事業を、PAHOは「保健改革政策アドバイザー」の派遣を通じ、保健セクター改革を支援している。

3. 事業概要

(1) 事業目的

本事業はエル・パライス県及びレンピーラ県において、ホンジュラスで導入が進められている「国家保健モデル」の保健サービスコンポーネント⁸に基づき、保健医療行政機関及びサービス機関の実施体制や実施基準等を整備することにより、同モデルの有効性の実証を図り、もって両県の住民の健康状況の改善に寄与するものである。

(2) プロジェクトサイト／対象地域名

エル・パライス県及びレンピーラ県

(エル・パライス県はテウパセンティ市、ダンリ市、アラウカ市、エル・パライス市を対象地域とし、レンピーラ県ではサン・フランシスコ市、エランディーケ市、サンタ・クルツ市、ラ・イグアラ市、サン・ラファエル市、ラ・ウニオン市を対象地域とする)

(3) 本事業の受益者（ターゲットグループ）

MOHの中央レベルの職員とエル・パライス県及びレンピーラ県の活動対象地域の県保健局の職員、保健医療施設の職員等関係者

(4) 事業スケジュール（協力期間）

2013年2月～2018年1月（60カ月）

(5) 総事業費（日本側）

3億4,000万円

(6) 相手国側実施機関

MOHサービスネットワーク次官室 PHC課

(7) 投入（インプット）

1) 日本側

- ① 長期専門家：チーフアドバイザー（60MM）、地域保健（58MM）、業務調整（57MM）等

⁸ EAISを導入し、ジェンダーや文化等の多様性に配慮しながら、巡回診療や家庭（世帯）調査等の活動を通じ、病気予防から健康プロモーション、治療、リハビリテーションまでを包括的に実施することをめざしているもの。

- ② 短期専門家：公衆衛生等
- ③ ローカルコンサルタント：保健行政/マネジメント等
- ④ 研修受入：本邦研修、第三国研修
- ⑤ 機材供与：PHC関連基本医療機材（MCH等）、車両等
- ⑥ その他：研修実施、教材作成等現地活動費

2) ホンジュラス側

- ① カウンターパート（C/P）の人材配置
 プロジェクト・ディレクター：MOH サービスネットワーク担当次官
 プロジェクト・マネジャー：MOH サービスネットワーク次官室 PHC課長
 プロジェクト地域マネジャー：エル・パライス県及びレンピーラ県保健局長
 C/P（MOH サービスネットワーク次官室 PHC課、エル・パライス県、レンピーラ県保健局関係者など）
- ② プロジェクト実施に必要な執務室及び施設設備の提供
- ③ その他 (a) 運営・経常費用、(b) 電気、水道などの運用費、(c) その他

(8) 環境社会配慮・貧困削減・社会開発など

1) 環境に対する影響/用地取得・住民移転

- ①カテゴリ分類：C
- ②カテゴリ分類の根拠：本事業による環境への影響等はないため。

2) ジェンダー・平等推進/平和構築・貧困削減

特になし。

3) その他

特になし。

(9) 関連する援助活動

1) わが国の援助活動

「看護教育強化」（1990～1995年）、「中米カリブ地域／看護基礎・継続教育強化プロジェクト」（2007～2011年）では、看護教育の改善を通じ、看護人材が育成された。当該事業のC/P機関であった看護研修センターは、本事業において看護師等を対象とした研修を実施する際に活用可能なリソースとなり得る。

また「シャーガス病対策プロジェクト」（2003～2007年）、「シャーガス病対策プロジェクトフェーズ2」（2008～2011年）において監視システムが導入された地域と本事業の対象地域が一部重複しているため、監視システム導入にあたり機能強化された地方行政体制の活用が期待できる。

なお、本事業の対象地域のCESAMO等で活動している助産師や栄養士等の青年海外協力隊（JOCV）隊員とPHC活動について情報共有等を図ることにより、活動の促進が期待される。

2) 他の開発パートナーの援助活動

PAHOは四つの保健分野（保健サービスと保健システム、感染症と非感染症、人間の安全保障、家族とコミュニティ）においてMOHの機能強化に係る活動も行っている。

ワールドビジョンはエル・パライス県において栄養改善のための教育活動、家庭菜園の運営実施、幼児へのケア（5～14歳までの幼児が対象）を実施している。国連人口基金（UNFPA）は、レンピーラ県において先住民族を対象に、組織化並びに組織強化に関する研修や関連機材の供与等を行っている。また国連食糧農業機関（Food and Agriculture Organization of the United Nations : FAO）及び国連世界食糧計画（World Food Programme : WFP）は活動対象地である両県の第一次保健医療施設に対する食糧の配布や学校給食の食材支援の活動を実施している。

本事業は、PHCに関する中央及び地方の保健医療サービス体系の明確化と実施体制の確立をめざしており、対象地域におけるこれら機関との情報共有等を推進することが期待される。

4. 協力の枠組み

(1) 協力概要

1) 上位目標：「国家保健モデル」の保健サービスコンポーネントの導入により、エル・パライス県、レンピーラ県の住民の健康状態が改善する。

指標：1-1 各県の妊産婦死亡率が出生10万対XXに減少する。

1-2 各県の5歳未満児の死亡率が出生1,000対XXに減少する。

1-3 各県の乳児死亡率が出生1,000対XXに減少する。

2) プロジェクト目標：エル・パライス県、レンピーラ県の対象地域において、「国家保健モデル」の保健サービスコンポーネントの有効性が実証される。

指標：1-1 エル・パライス県対象地域で5回以上の妊婦健診を受けた妊産婦の割合がXX%に増加する。

1-2 レンピーラ県の対象地域で5回以上の妊婦健診を受けた妊産婦の割合がXX%に増加する。

2-1 エル・パライス県の対象地域の施設分娩割合がXX%からXX%に増加する。

2-2 レンピーラ県の対象地域の施設分娩割合がXX%からXX%に増加する。

3-1 エル・パライス県の対象地域の保健医療施設利用者の満足度がXX%増加する。

3-2 レンピーラ県の対象地域の保健医療施設利用者の満足度がXX%増加する。

4-1 エル・パライス県の対象地のXXのうちXXの保健医療施設が、確立された実施体制やメカニズムに基づきモデルを実践する。

4-2 レンピーラ県の対象地のXXのうちXXの保健医療施設が、確立された実施体制やメカニズムに基づきモデルを実践する。

3) 成果及び活動

成果1：「国家保健モデル」の保健サービスコンポーネントの実施に係る中央及び地方の行政体系、並びに保健医療サービス実施体系が明確になる。

指標

- 1-1 「国家保健モデル」の保健サービスコンポーネントにおいてPHCの実践に必要な提供サービスのガイドラインや業務マニュアル等が作成または改訂され、MOHの省令で承認される。
- 1-2 「国家保健モデル」の保健サービスコンポーネントにおいてPHCの実践に必要な研修計画が作成され、MOHに承認される。
- 1-3 「国家保健モデル」の保健サービスコンポーネントにおいてPHCの実践に必要な研修プログラムと研修教材が作成される。
- 1-4 「国家保健モデル」の保健サービスコンポーネントにおいてPHCの実践に必要なモニタリング・評価システムが作成され、MOHに承認される。
- 1-5 プロジェクト実施対象県において検証された「国家保健モデル」の保健サービスコンポーネントの全国への普及のための手順書が作成される。

活動

- 1-1 「国家保健モデル」の保健サービスコンポーネント導入にあたり、必要な行政実施体系について、既存の体制や規則を見直す。
- 1-2 同モデルの保健サービスコンポーネント導入にあたり、MOHの中央レベル及び地域レベルの各機関の責任と役割分担を明確化する。
- 1-3 同モデルの保健サービスコンポーネント実施のための組織体系を確認する。
- 1-4 同モデルの保健サービスコンポーネント実施に必要なガイドライン及びマニュアルを策定する。
- 1-5 同モデルの保健サービスコンポーネントを対象地域で実施するための研修計画を立てる。
- 1-6 同モデルの保健サービスコンポーネントを対象地域で実施するための研修プログラムを策定する。
- 1-7 同モデルの保健サービスコンポーネントを対象地域で実施するための研修教材を作成する。
- 1-8 同モデルの保健サービスコンポーネントのモニタリング・評価システムを構築する。
- 1-9 同モデルの保健サービスコンポーネントの全国の普及手順書を策定する。
- 1-10 対象地域において同モデルの保健サービスコンポーネントの実施体制や研修計画等の関連規則のモニタリング・評価結果に基づき、改善点を修正し、実施に関する体制やメカニズムを策定する。

成果2：エル・パライソ県とレンピーラ県において、MCHに焦点をあてた「国家保健モデル」の保健サービスコンポーネントの実施体制が確立・実施される。

指標

- 2-1 MOH中央及び対象地域の県保健局の職員に対する保健行政に関する研修によりXX名以上の能力強化が図られる。
- 2-2 第一次保健医療施設の保健医療従事者を対象としたマネジメント研修により、XX%の対象人材の能力強化が図られる。
- 2-3 対象地域においてPHCに関する研修により、XX名以上の第一次保健医療施設の職員の能力強化が図られる。
- 2-4 対象地域のコミュニティ保健ボランティア⁹のための指導者のうちXX%の能力強化が図られる。
- 2-5 EAISが対象地域のXX%以上の第一次保健医療施設で編成される。
- 2-6 本モデルのモニタリング・評価システムに沿ってモニタリング・評価活動が実施されている。
- 2-7 対象地域のXX%の世帯で世帯センサス（全数調査）が実施される。
- 2-8 対象市において世帯センサスの結果を基に保健計画が作成される。

活動

- 2-1 プロジェクト対象地で第一次保健医療施設の利用者を対象とした満足度調査を含むベースライン調査及びエンドライン調査を行う。
- 2-2 対象地域における同モデルの保健サービスコンポーネント実施のためのモニタリング・評価計画も含めた実施計画を立てる。
- 2-3 中央のMOH職員を対象とした保健行政能力改善のための研修を実施する。
- 2-4 対象地域の県保健局を対象とした保健行政研修を実施する。
- 2-5 対象地域の第一次保健医療施設の保健医療従事者及び地域コーディネーターを対象とした研修プログラムに沿った研修を実施する。
- 2-6 対象地域においてEAIS編成や活動内容にかかわる説明や研修を行う。
- 2-7 対象地域の第一次保健医療施設においてEAISを編成し、活動を実施する。
- 2-8 EAISに関するリファラルとカウンターリファラルをデザインし、県病院と対象地域のMOH職員に研修する。
- 2-9 対象地域において予防とプロモーションの活動を行う。
- 2-10 対象地域のSAICを指導するファシリテーターとしての能力強化研修をMOH職員に対して実施する。
- 2-11 対象地域において同モデルの保健サービスコンポーネントの実施に関するモニタリング・評価を行う。
- 2-12 同モデルの保健サービスコンポーネントの実施に関する体制やメカニズムをそれぞれの県内の他の地域の関係者と共有する。
- 2-13 活動の実績に基づき、同モデルの保健サービスコンポーネントの県内の普及計画を策

⁹ コミュニティ保健ボランティア（Servicios de Atención Integral Comunitaria : SAIC）は、保健委員会のメンバーによって選定され、CESANOやCESARにて保健医療活動への支援を無償で行っている住民のこと。コミュニティにあるとされる。その活動内容は乳幼児の体重測定や乳幼児の成長の度合いの確認、下痢症や呼吸器疾患への対応、病気の人への薬の処方、予防接種などを主に行っている。

定する。

2-14 同モデルの保健サービスコンポーネントの実施に関する体制やメカニズムに基づく実
施工程を重視した経験を他県の関係者と共有する。

4) プロジェクト実施上の留意点

- ・本プロジェクトの関係者は多岐にわたるため、実施機関であるMOHは、活動プログラムの調整や関係者間のコミュニケーションが円滑に行えるよう工夫する。
- ・各指標の基準値・目標値については、本案件開始後のベースライン調査後に設定する。
- ・本案件は、保健医療行政機関及びサービス機関の実施体制や実施基準等の体系を整備しつつ、その体系に基づいたモデルの実践を行う。実践で得られた情報や経験を体系整備に随時フィードバックし、質を高めていく事業サイクルを継続させる。
- ・本モデルの実施にかかわるガイドラインやマニュアル、及び評価システム等、既存の文書やシステムの現況を確認し、最大限に有効活用する。

(2) その他インパクト

PHCに関するガイドライン、マニュアル類の整備にあたっては、多くの関連機関からの意見を反映してより適切性・汎用性のあるものにするため、他県の関係者にも適宜情報の共有や、可能な範囲での関連研修への自主的な参加を促す予定である。これらの過程で他県にもプロジェクトの成果が波及することが期待される。また、本案件で実践を勧める「国家保健モデル」は、PAHOが中米諸国で提唱する保健医療サービスの基礎的な概念に基づくものであり、政策的コミットメントが確保されていることから、本モデルの導入及び実施は今後も継続され、ホンジュラスの自助努力による全国への普及が期待できる。その一方で、本モデルは三つのコンポーネントから構成されていることから、本モデル全体の有効性を図るには、保健サービスコンポーネント以外の二つのコンポーネントの進捗も重要となる。

5. 前提条件・外部条件（リスク・コントロール）

(1) 事業実施のための前提条件

特になし。

(2) 成果達成のための外部条件

- ・プロジェクト対象地域の治安が劇的に悪化しない。

(3) プロジェクト目標達成のための外部条件

- ・本プロジェクトによる研修を受けた人材がPHCの担当から外れない。

(4) 上位目標達成のための外部条件

- ・保健政策が大きく変わらない。
- ・住民の所得・収入が著しく落ちない。

6. 評価結果

本事業は、ホンジュラスの開発政策、開発ニーズ、日本の援助政策と十分に合致しており、また計画の適切性が認められることから、実施の意義は高い。

7. 過去の類似案件の教訓と本事業への活用

(1) ニカラグア「グラナダ地域保健強化プロジェクト」（2000～2004年）終了時評価調査からの教訓

同プロジェクトでは、地方分権化が進むなかにおいても、MOHが地方レベルに及ぼす影響は大きいことから、日本人専門家をMOHに配置することで、効率的効果的なプロジェクトの展開と、プロジェクトの経験をMOHの政策に編成することが可能であったと指摘している。上記ニカラグアの指摘と同じく、地方分権化を推進するホンジュラスにおいても、本案件の円滑な実施及びプロジェクト成果についての中央レベルでの共有や政策への反映のために中央と地方の連携が重要であることから、プロジェクト事務所の設置場所及び専門家の配置先については、十分に検討する必要がある。

(2) パラグアイ「プライマリーヘルスケア体制強化プロジェクト」（2012～2016年）からの教訓

パラグアイにおいて2012年から4年間の計画で、家族保健ユニットと呼ばれる本プロジェクトと類似した機能を設置し、PHCを中心に地域の保健医療サービスの改善を図ることを目的とした技術協力案件が実施されている。同プロジェクトの活動内容や成果、教訓を本プロジェクトと共有し、本プロジェクトの中間レビュー時の活動内容を見直す際に参考にする等、プロジェクトの質を高めるために有効活用することが期待される。

8. 今後の評価計画

(1) 今後の評価に用いる主な指標

4. (1) のとおり。

(2) 今後の評価計画

事業開始6カ月以内	ベースライン調査（本調査を基に指標を設定予定）
事業中間時点	中間レビュー
事業終了6カ月前まで	エンドライン調査
事業終了6カ月前	終了時評価
事業終了3年後	事後評価

第1章 詳細計画策定調査の概要

1-1 調査団派遣の経緯と目的

ホンジュラス共和国（以下、「ホンジュラス」と記す）の乳児死亡率や妊産婦死亡率¹はMDGs、中南米・カリブ地域全体の平均と比較すると依然として高い²。病院のほか、CESANOやCESAR、母子保健クリニックと呼ばれる保健医療施設が存在するものの、当該施設数・職員数及び当該施設へのアクセスが限られている³。またこれまでホンジュラスの保健医療施設では、治療が重視され、予防やプロモーションなども含めたPHCに関連した活動は十分に行われてこなかった。基礎的な保健医療サービスがコミュニティレベルまで十分に行き届いていないのが現状である⁴。

中南米においては、2005年のモンテビデオ宣言以降、PAHOのイニシアティブの下、家庭保健⁵を基盤とするPHCが各国で推進されている。医師を含む多職種によりPHCを実践するEAISの形成や導入が推奨されており、各国で順次導入されているが、ホンジュラスでは導入が遅れている。

ホンジュラスにおいては「MOH組織強化」「保健医療サービス提供の委託と地域開発」「保健プロモーション」「マネジメント能力を強化した保健モデル」の四つの政策的戦略の下、治療を中心とした保健医療システムから、包括的な保健医療システムへの移行を図っており、他の中米諸国同様に保健セクター改革に取り組んでいる。2005年からは、MCHに焦点をあてた第一次医療サービスを拡大するため、保健モデルの一環として、市連合会、NGO等への医療サービスの外部委託が、IDBやUSAID、世界銀行等の支援を受けつつ推進されている。また「保健計画（2010～2014年）」では、保健医療サービスの分権化推進による地方自治体単位での保健医療サービスの提供体制の整備が計画されている。

ホンジュラス政府は、モンテビデオ宣言及び上記保健計画に基づき、家庭保健に焦点をあてたPHCの実践として「国家保健モデル」⁶を策定した。同モデルは、家庭を単位として、医師や看護師等の保健医療従事者からなるEAIS⁷を基盤に、巡回診療や家庭（世帯）調査等の活動を通じ、病気の予防から健康プロモーション、治療、リハビリテーションまでを包括的に実施するものであるが、現時点では関連法規の整備までしか進んでいない。同モデルに基づいた保健医療サービスを実施するために必要となる保健医療行政機関及びサービス機関の実施体制や実施基準等の整備が喫緊の課題である。

これらの状況を踏まえ、ホンジュラス政府よりわが国に対し、上記保健医療行政機関及びサービス機関の実施体制や実施基準の整備等の中央レベルでの政策的支援に加え、「妊産婦及び乳幼児

¹ 厳密には、maternal mortality ratioは「妊産婦死亡比」と表記すべきであるが、ここでは一般的に浸透している「妊産婦死亡率」を使用する。

² ホンジュラスのMDGs（2015年）の乳児死亡率の削減目標は12（出生1,000対）で、妊産婦死亡率の目標値は46（出生10万対）である。UNICEFの統計によれば、2010年の乳児死亡率は24（出生1,000対）、2008年の妊産婦死亡率は110（出生10万対）である。

³ 「Visión de País 2010-2038 y Plan de Nación 2010-2022」（国家ビジョン2010～2038／国家計画2010～2022）の記載によると、2009年時点での保健システムへのアクセスは25.7%。

⁴ PAHOの「HEALTH IN THE AMERICAS, 2007.VOLUME II-COUNTRIES」によると、2004年時点の保健医療サービスのカバー率は約70%にとどまっている。

⁵ 家庭を単位とした保健、医療。

⁶ 本モデルは、「マネジメント」「財務」「保健サービス」の三つの観点からめざすべきモデルを述べている。なお、各観点のことを「コンポーネント」と呼ぶ。

⁷ ホンジュラスでの呼び名。

死亡率の迅速な低下計画（RAMNI）2008～2015年」の重点対象地域と位置付けており、全国的なかでも貧困率の高いレンピーラ県と同国内で比較的平均的な保健指標を有するエル・パラソ県をパイロット地域とした実施体制の確立・実施を内容とした本プロジェクトが要請された。

本件詳細計画策定調査は、関係機関との協議、現地調査を通じ、要請の内容、背景及びプロジェクトの実施体制（関係機関、人員、予算、設備、制度等）を確認し、評価5項目の観点からプロジェクトの計画内容及び協力実施の適切性を評価するとともに、プロジェクトの実施に際して必要な手続き、合意すべき事項について先方関係者と協議議事録で合意を得ることを目的に派遣された。

1-2 調査団員構成

担当分野	氏名	所属
団長/総括	花田 恭	JICA 国際協力専門員/保健アドバイザー
協力企画	山田 朋未	JICA 人間開発部 保健第四課 職員
評価分析	中西 政文	株式会社JIN コンサルタント
通訳	山脇 ふさ子	通 訳

1-3 調査日程

2012年8月26日（日）～9月17日（月）まで。

日付	訪問先・移動/評価分析	訪問先・移動/官団員	
8月26日(日)	日本発→ホンジュラス着 資料整理		
8月27日(月)	JICA ホンジュラス事務所 MOH PHC 課 看護研修センター		
8月28日(火)	MOH サービス網次室(次官・保健総局長)表敬 PAHO ホンジュラス事務所 USAID/ULAT →レンピーラ県 Esperanza 移動		
8月29日(水)	エランディーケ保健所(レンピーラ県) レンピーラ県保健事務所		
8月30日(木)	キオコ CESAR(レンピーラ県) ラ・イグアラ保健所(レンピーラ県) ラ・ウニオン保健所(レンピーラ県) サン・ラファエル保健所(レンピーラ県) →テグシガルパへ移動		
8月31日(金)	→エル・パライソ県へ移動 テウパセンティ保健所(エル・パライソ県) →テグシガルパへ移動		
9月1日(土)	資料整理		
9月2日(日)	資料整理		
9月3日(月)	資料整理		日本発→ホンジュラス着 JICA ホンジュラス事務所
	打合せ		
9月4日(火)	PCM ワークショップ 準備		国際協力庁(SEPLAN)表敬
	PCM ワークショップ 10:30~15:00 →エル・パライソ県へ移動		
9月5日(水)			エル・パライソ県保健事務所(エル・パライソ県) エル・パライソ県病院(第二次医療施設)(エル・パライソ県) エル・パライソ保健所・CMI(エル・パライソ県) アラウカ保健所(エル・パライソ県)
9月6日(木)	資料整理		サン・フランシスコ保健所(エル・パライソ県) エランディーケ保健所(エル・パライソ県) サンタ・クルツ保健所(エル・パライソ県)
9月7日(金)	→テグシガルパへ移動 資料整理		ラ・イグアラ保健所(エル・パライソ県) ラ・ウニオン保健所(エル・パライソ県) サン・ラファエル保健所(エル・パライソ県) →テグシガルパへ移動
9月8日(土)	団内 PDM 協議		
9月9日(日)	資料整理・ミニッツ(案)、R/D(案)作成		
9月10日(月)	C/P 協議(JICA ホンジュラス事務所)		
9月11日(火)	C/P 協議(JICA ホンジュラス事務所)		
9月12日(水)	C/P 協議(JICA ホンジュラス事務所) (PM:ミニッツドラフト MOH 弁護士提出)		
9月13日(木)		ホンジュラス国営テレビ取材 看護研修センター ミニッツ署名式準備(JICA ホンジュラス事務所)	
9月14日(金)	ミニッツ署名式-Hotel Marriott JICA ホンジュラス事務所報告 在ホンジュラス日本大使館報告		
9月15日(土)	ホンジュラス発		
9月16日(日)	移動		
9月17日(月)	日本着		

1-4 主要面談者

調査期間を通じて以下の主要面談者に質問票を使った聞き取りを行った。

表 1-1 主要面談者リスト

	氏名	組織	役職
1	Dr. Sandra Pinel	MOHサービスネットワーク次官室	保健総局長
2	Dr. Carmen Servilla Hernandez	MOHサービスネットワーク次官室 PHC課	課長
3	Dr. Marcio Omar Madrid	保健省サービスネットワーク次官室 PHC課	サービスネットワークセクレタリアット
4	Sr. Eros Loa Salinas Martinez	看護研修センター	ディレクター
5	Dr. Jorge Bustamante	エル・パライス県 保健局	県保健局長
6	Dr. Gladys Paz Diaz	レンピーラ県 保健局	県保健局長
7	Dr. Nori Lago	エル・パライス県、テウパセンティ市CESAMO	ディレクター
8	Ms. Sonia Gala	エル・パライス県、県保健局（勤務地はテウパセンティ市のCESAMO）	テウパセンティ市全域の保健施設のコーディネーター
9	Dr. Ceferino Zepada	エル・パライス県、エル・パライス市CESAMO	ディレクター
10	Dr. Souya Surena Hernandez Mendoza	エル・パライス県、アラウカ市CESAMO	ディレクター
11	Dr. Miriam Ordonez Andrade	レンピーラ県 地域病院	疫学者
12	Ms. Mirian Puerto	レンピーラ県保健局（勤務地はエランディーケ市の保健所）	レンピーラ県、サンタ・クルツ市、エランディーケ市、サン・フランシスコ市のコーディネーター
13	Dr. Sinthia Damary Canales Nunez	レンピーラ県、エランディーケ市CESAMO	ディレクター
14	Dr. Jenny Suyapa Alvarado Diaz	レンピーラ県、サン・フランシスコ市CESAMO	ディレクター
15	Ms. Lic. Magda S. Caceres	レンピーラ県保健局（勤務地はサン・ラファエル市の保健所）	レンピーラ県、サン・ラファエル市、ラ・イグアラ市、ラ・ウニオン市のコーディネーター
16	Dr. Heydy Maribel Ramos	レンピーラ県、ラ・イグアラ市のCESAMO	ディレクター
17	Dr. Maria Yolanda Fuentes Guerra	レンピーラ県、ラ・ウニオン市のCESAMO	ディレクター
18	Ms. Jyma Yolanda Vargas	レンピーラ県、キオコCESAR	責任者

19	Dr. Alma Fabiola Morales	PAHO	局長代行、ファミリー・コミュニティヘルス担当
20	Dr. Gabriel Antonio	PAHO	ヘルスサービス・保健システム担当
21	Dr. Juan de Dioz Paredes	USAID	ULAT・MSHプロジェクト・ディレクター
22	Dr. Gustavo Avila	USAID	ヘルスプログラムオフィサー
23	Mr. David E. Castellanos	USAID	保健プロジェクト専門家

本詳細計画策定調査では、本プロジェクトのC/PであるMOHサービスネットワーク次官室のPHC課の課長を中心に聞き取りを行い、活動対象予定地域であるエル・パライス県及びレンピーラ県の県保健局の保健局長へも聞き取りを行った。また、CESAMOやCESARが本プロジェクトのなかで重要な位置を占めると考えられたため、両県の対象地域のCESAMOとCESARのできるだけ多くの関係者にも聞き取りを行い、対象地域の保健課題と保健医療サービスを提供するための組織の仕組みや課題、課題についての意識などについて情報収集を行った。本プロジェクトはホンジュラスの保健政策である「国家保健モデル」の実施体制の確立・実施を支援するものであり、他の開発パートナーも保健医療システムの改革支援を行っているため、他の開発パートナーの考えや活動状況の把握も重要視した。

また、「国家保健モデル」に関する認識の共有やプロジェクトの詳細計画に関する協議を行うため、プロジェクト・サイクル・マネジメント（Project Cycle Management : PCM）ワークショップの問題分析を交えた説明会とプロジェクト計画立案会議を実施した。PCMワークショップの問題分析を交えた説明会には、MOHサービスネットワーク次官室PHC課の職員と各県の保健局の主要関係者が参加し、プロジェクト計画立案会議ではMOHサービスネットワーク次官室PHC課の課長や各県の保健局長らと協議した。PCMワークショップの内容と問題分析の結果について付属資料4を参照のこと。

第2章 プロジェクト実施の背景とニーズ

2-1 ホンジュラスの保健セクターの現状及び問題点

中南米地域の最貧国の一つであるホンジュラスでは、60%の家庭が貧困状態にある。(世界銀行2010⁸) 当国の保健指標の水準も低く、MCHに関してはMDGsと比較しても表2-1のとおり依然として厳しい状況にある。

表2-1 ホンジュラスMDGs (2015年) と現状の比較

	ホンジュラスMDGs (2015年)	ホンジュラスの現状
乳児死亡率	12 (出生1,000対)	24 (出生1,000対) (2010年時の数値)
妊産婦死亡率	46 (出生10万対)	110 (出生10万対) (2008年時の数値)

現状の数値の出典：UNICEF

病院のほか、CESAMOやCESAR、MCHクリニックと呼ばれる第一次保健医療施設が存在するものの、当該施設数や機材の老朽化や不十分な職員配置、当該施設へのアクセスの難しさ等から、基礎的な保健医療サービスがコミュニティレベルまで十分に行き届いていない現状である。特に農村部や山間部等の地方における保健医療サービス提供状況は厳しい。

中南米においては、2005年のモンテビデオ宣言以降、PAHOのイニシアティブの下、家庭保健を基盤とするPHCが各国で推進されている。医師を含む多職種によりPHCを実践するEAISの形成や導入が推奨されており、各国で順次導入されているが、ホンジュラスでは実践されていない。

ホンジュラスにおいては「MOH組織強化」「保健医療サービス提供の委託と地域開発」「保健プロモーション」「マネジメント能力を強化した保健モデル」の四つの政策的戦略の下、治療を中心とした保健医療システムから、包括的な保健医療システムへの移行を図っており、他の中米諸国同様に保健セクター改革に取り組んでいる。2005年からは、MCHに焦点をあてた第一次医療サービスを拡大するため、保健モデルの一環として、市連合会、NGO等への医療サービスの外部委託が、IDBやUSAID、世界銀行等の支援を受けつつ推進されている。2008年には長期的なMCHプログラム「妊産婦及び乳幼児死亡率の迅速な低下計画 (RAMNI) 2008～2015年」を打ち出し、MCHを優先課題の一つと位置づけ、MCH指標の改善やMCHサービスによるカバレッジの拡大が計画されている。また「保健計画 (2010～2014年)」では、保健医療サービスの分権化推進による地方自治体単位での保健医療サービスの提供体制の整備が計画されている。

ホンジュラス政府は、モンテビデオ宣言及び上記保健計画に基づき、家庭保健に焦点をあてたPHCの実践として「国家保健モデル」を策定した。同モデルは、家庭を単位として、医師や看護師等の保健医療従事者からなるEAISを基盤に、巡回診療や家庭 (世帯) 調査等の活動を通じ、病気の予防から健康プロモーション、治療、リハビリテーションまでを包括的に実施するものであるが、現時点では関連法規の整備までしか進んでいない。同モデルに基づいた保健医療サービスを実施するために必要となる保健医療行政機関及びサービス機関の実施体制や実施基準等の整備が

⁸ World Bank

[http://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.NAHC/countries/HN?display=graph\(2014/02/04情報取得\)](http://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.NAHC/countries/HN?display=graph(2014/02/04情報取得))

喫緊の課題である。

2-2 ホンジュラスの保健セクター政策

上述のとおり、ホンジュラスでは、MCHを優先的課題の一つと位置づけ、EAISを基盤としたPHCを実践する包括的な保健医療システムへの移行を図っている。本プロジェクトは同保健医療システムへの移行の実現を支援するものである。保健セクターの主要な各政策は、以下のとおり。

(1) 国家ビジョン（2010～2038年）

「国家ビジョン（2010～2038年）」は、2010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更に強化すべく、四つの国家目標及び各目標に対する重点項目を設けている。保健セクターに関しては、国家目標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」において「保健医療システムのすべての段階で、サービスのカバー率95%を達成する」が掲げられている。

(2) 国家計画（2010～2022年）

「国家計画（2010～2022年）」は、「国家ビジョン（2010～2038年）」における国家目標の達成のために2022年までに達成すべき目標を設定したものである。このうち保健セクターに関連するものは、「優先分野1. 持続的な人口構造」においては思春期女子による出産率の低下が、「優先分野5. 健康状態の改善」ではMCH及びマラリアとデング熱等の感染症への対策が取り組むべき課題として掲げられている。また、「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」としている。

(3) 保健セクター開発計画

「国家保健計画（2010～2014年）」は、上記の国家開発政策に沿って策定された保健セクターにおける中期計画である。同計画では、MCH状況の改善や感染症対策等の保健セクター課題及び保健セクター改革が重点課題として掲げられている。

(4) 妊産婦及び乳幼児死亡率の迅速な低下計画（RAMNI）（2008～2015年）

「RAMNI（2008～2015年）」は、MCH指標の改善のために策定された国家プログラムであり、妊産婦死亡率、乳児死亡率、5歳未満児死亡率、合計特殊出生率、避妊具普及率、施設分娩率、3種混合ワクチン接種率及び母子サービスの満足度の向上を目的として実施されている。なお、妊産婦死亡率や乳児死亡率等は地域間格差の是正を考慮した目標値が設定されている。また、MCHサービスのカバレッジの拡大のため、分娩施設を備えた保健医療施設の増設及び拡張を実施している。RAMNI（2008～2015年）では、「国家人口保健調査（Encuesta Nacional de Demografía y Salud : ENDESA）（2011～2012年）」の結果を受けて、妊産婦死亡率に関してはエル・パライス県、子どもの死亡率に関してはレンピーラ県及びエル・パライス県を今後の重点対象地域としている。

(5) 国家保健モデル

家庭を単位として、医師や看護師等の保健医療従事者からなるEAISを基盤に、巡回診療や家庭（世帯）調査等の活動を通じ、病気の予防から健康プロモーション、治療、リハビリテーションまでを包括的に実施するPHC体制である。

同モデルは、「マネジメント」「財務」「保健サービス」の三つの項目から構成されている。「保健サービス」の項目には、保健医療サービス機関の連携及び保健システム再構築、保健医療施設の分類の見直し、ヘルスプロモーションと予防を重要視した総合的な保健医療サービスの提供、EAISの導入を通じた、政府としてめざすべき保健医療サービスの拡充が記されている。

第一次医療施設に所属する形で設置されるEAISは、コミュニティを訪問し、PHC活動を含めた保健医療活動や世帯の状況を把握するための世帯調査等を行う。EAISは、特に以下の五つの点、1) 家族（家庭）の状況、2) コミュニティの状況、3) 就業環境、4) 保健医療施設の状況、5) 社会文化的な要素、について横断的に留意しながら活動を行う。

また、CESAMOと県病院の中間レベルの機能を有するポリクリニックを新たな保健医療施設として設置する計画である。医師を常駐させ、24時間のオペレーションを検討している。ポリクリニックの設置により、県病院に集中する患者の混雑緩和、及び、多様な保健医療サービスの提供をめざす。

2-3 保健医療施設のリファラルシステム

ホンジュラスの保健医療施設のリファラルシステムを図2-1のとおり示す。

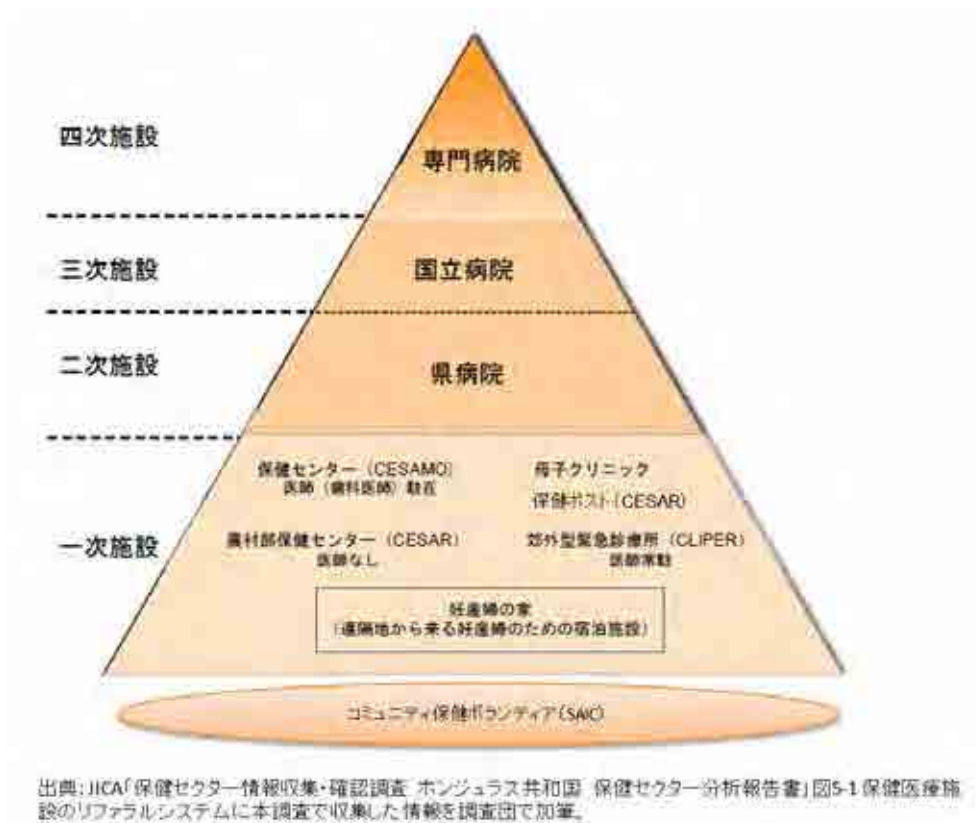


図2-1 保健医療施設のリファラルシステム

第一次医療施設のCESAMOやCESARには、SAICと呼ばれるボランティアが存在している。SAICは当該施設の保健医療活動への支援を無償で行っている。SAICはコミュニティにある保健委員会のメンバーによって選定される。その活動内容は乳幼児の体重測定や乳幼児の成長の度合いの確認、下痢症や呼吸器疾患への対応、病気の人への薬の処方、予防接種などを主に行っている。

2-4 保健セクターに対するわが国及びJICAの援助方針と実績

保健セクターに対するわが国の協力は、これまで無償資金協力、技術協力等を通じ多数実施されてきた。

エル・パライス県のテウパセンティ市、アラウカ市、レンピーラ県のサンタ・クルツ市において、シャーガス病の監視システムを構築し、「看護教育プロジェクト」などを通じた保健分野での協力を行ってきた。オランチョ県では、2008年より4年間、「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」を実施し、思春期人口を対象とした家族計画を含む思春期教育に関する活動を展開してきた。

また、技能改善やシステムの構築だけでなく、USAIDと連携して「国家保健モデル」の政策立案に関して助言を行うなどの協力を実施し、テグシガルパにある看護研修センターへの技術支援も行った実績がある。特に看護研修センターは、JICAにより「中米カリブ地域/看護基礎・継続教育強化プロジェクト」を通じて看護師の技能の向上を2007年の8月～2011年8月の期間で実施してきた。

主要な実績は以下のとおり。

表2-2 わが国の技術協力・有償資金協力との関係（保健医療分野）

協力内容	実施年度	案件名/その他	概要
技術協力プロジェクト	1990～1995年度	看護教育強化プロジェクト	看護補助員及び看護師養成の強化により公衆衛生の改善を図るもの。
	2000～2005年度	第7保健地域リプロダクティブヘルス向上プロジェクト	保健医療供給者による質の高いリプロダクティブヘルスサービスの提供を図るもの。
	2003～2007年度	シャーガス病対策プロジェクト	媒介虫によるシャーガス病の伝搬が中断を図るもの。
	2007～2011年度	中米カリブ地域/看護基礎・継続教育強化プロジェクト	看護基礎教育指導者の能力向上を図るもの。
	2008～2011年度	シャーガス病対策プロジェクトフェーズ2	媒介虫によるシャーガス病の伝搬が中断に向け、対策を講じる地域の拡大や対策の定着化を図るもの。
	2008～2012年度	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	若年妊娠の問題解決のため、性とリプロダクティブヘルスのケアを受ける思春期の若者の数の増加を図るもの。
	2013～2018年度	「国家保健モデル」に基づくプライマリーヘルスケア体制強化プロジェクト	「国家保健モデル」に基づくPHCの実施のために必要な体制の強化を図るもの。

専門家派遣	2012～ 2014年度	シャーガス病対策アドバイザー（派遣期間2012～2014年） 人数：4名	派遣機関：ホンジュラスMOH 派指導科目：シャーガス病対策、社会経済分析等
草の根技術協力	2007～ 2009年度	エルパライソ県母子保健向上支援事業	地方におけるMCHサービスへのアクセス向上のために、サービス強化を図るもの。
	2010～ 2011年度	エルパライソ県母子保健向上支援事業フェーズ2	地方におけるMCHサービス向上のためにコミュニティにおける活動の強化を図るもの。
日本NGO連携協力	2012年度	母子保健クリニック利用促進プロジェクト	エル・パライソ県トロヘス市のMCHクリニック敷地内の「妊婦の家」の建設及び、スタッフや保健ボランティアへの研修等の人材育成を実施し母子死亡率の減少をめざすもの。
研修員受入	2007～ 2013年	臨床検査技術、保健人材育成、病院管理、リプロダクティブヘルス、MCH等に関連する各種研修	エイズ、成人T細胞白血病に関するウイルス学、病理学、診断、治療及び疫学に係る研修

表2-3 わが国無償資金協力実績（保健医療分野）

	実施年度	案件名	供与限度額（億円）	概要
一般プロジェクト無償	2002年度	第三保健地域病院網強化計画	9.27	救急クリニックの建設及びレオナルド・マルティネス地方病院母子棟の建設
	2003年度	第三保健地域病院網強化計画	4.67	救急クリニックの建設及びレオナルド・マルティネス地方病院母子棟の建設
	2005年度	全国公衆衛生検査所機材整備計画	1.46	中央検査所及び八つの保健行政区の地域検査所の検査機材及び中央検査所における研修用機材の整備
	2007年度	サン・フェリペ病院整備計画	8.88	サン・フェリペ病院の外來診療棟の建設及び機材整備
日本NGO連携無償	2012年度	母子保健クリニック利用促進プロジェクト	0.33	エル・パライソ県トロヘス市のMCHクリニック敷地内に「妊婦の家」を建設及びスタッフへの研修を実施し母子死亡率の減少をめざす
	2013年度	ダンリ市における施設分娩推進プロジェクト	0.31	ダンリ医療施設スタッフに対する研修の実施、ネットワークの強化

	実施年度	案件名	供与限度額(億円)	概要
草の根・人間の安全保障無償	2010年度	ホンジュラス赤十字社救急車整備計画	0.04	救急車供与及び救急体制の強化
		グイノペ市サン・イシドロ保健所増築計画	0.03	グイノペ市サン・イシドロ保健所における施設整備
		シャーガス病対策研修計画	0.08	シャーガス病対策活動に係る研修
		サン・フランシスコ・デ・ラ・パス市ラ・アビスパ村保健所建設計画	0.04	サン・フランシスコ・デ・ラ・パス市ラ・アビスパ村保健所における施設整備
	2011年度	コマヤグア市サンタ・テレサ病院術後回復施設増築計画	0.07	コマヤグア市サンタ・テレサ病院における手術施設整備
		サンタ・アナ市サン・アントニオ村保健所建設計画	0.05	サンタ・アナ市サン・アントニオ村保健所における施設整備
		サンタ・バルバラ市サンタ・バルバラ総合病院分娩待機／産後休憩施設建設計画	0.10	サンタ・バルバラ市サンタ・バルバラ総合病院における産科関連施設整備
	2012年度	アティマ市保健所建設計画	0.11	アティマ市保健所における施設整備
		イリオナ市イリオナ・ビエホ村保健所建設計画	0.05	イリオナ市ビエホ村における保健所施設整備
		教育病院母子ブロック病理科改修計画	0.09	国立教育病院病理科における施設改修及び整備
		ビジャ・デ・サン・フランシスコ市ファン・ラファエル・スニガ保健所増改築計画	0.06	ビジャ・デ・サン・フランシスコ市ファン・ラファエル・スニガ保健所における施設及び機材整備
		メアンバル市保健所建設計画	0.07	メアンバル市保健所における施設整備
		リモン市ルシンダ地区保健所建て替え計画	0.07	リモン市ルシンダ地区保健所における施設整備

2-5 プロジェクト対象地の概況

本調査において、聞き取りを含めた情報収集を通じて確認できたプロジェクト対象地の概況は以下のとおり。

(1) 母子保健（MCH）指標及び疾患状況

プロジェクト対象地域であるレンピーラ県及びエル・パライソ県の保健指標及び疾患状況は以下のとおり。MCH指標は当国平均より総じて良くない。また疾患状況は、予防やヘルスプロモーション等で改善可能な、小児が患いやすい疾患及び慢性的な非感染性疾患の患者数が多い。

表 2-4 本プロジェクト対象地域におけるMCH関連指標（2011～2012年）

	ホンジュラス 平均値	レンピーラ県	エル・パライ ソ県
合計特殊出生率（女性1人当たり）	2.9	3.9	3.0
青年期（15～19歳）による出産率（%）	24	30	24
新生児死亡率（出生1,000対）	18	21	13
乳児死亡率（出生1,000対）	24	31	26
5歳未満児死亡率（出生1,000対）	29	36	31
妊産婦死亡率（出生10万対）*	（参考値） 110**	-	-
助産専門技能者の立ち合いによる出産の割合（%）	83	67	72
5歳未満児のうち低体重児の割合（%）	7	16	5
3種混合ワクチンの完全接種を受けた割合（1歳児）（%）	85	91	87

注）*ENDESA（2011～2012年）では、妊産婦死亡率は発表されていない。

**妊産婦死亡率のホンジュラス平均値は、2010年以降公表されていない。参考値はUNICEF（2008年）より引用。

出典）ENDESA（2011～2012年）、ホンジュラス国家統計局（2013年）を基に調査団で加筆。

表 2-5 2011年のエル・パライソ県の疾患状況

	疾患名	1歳未満	1～4歳	5～14歳	15歳以上	合計
1	百日咳	0	0	0	0	0
2	水痘	48	162	290	131	631
3	A型肝炎	2	30	42	16	90
4	B型肝炎	0	0	0	2	2
5	その他肝炎	0	0	0	0	0
6	下痢症	1,812	2,986	640	1,189	6,627
7	赤痢	131	161	72	139	503
8	腸チフス	0	1	0	0	1
9	肺炎	629	1,075	169	248	2,121
10	気管支炎/ 喘息	672	1,635	1,568	2,238	6,113
11	連鎖球菌性咽頭炎	641	3,206	3,708	5,369	12,924
12	他の咽頭/ 扁桃炎	828	2,648	3,061	4,113	10,650
13	肺結核	0	0	3	55	58
14	デング熱	21	21	34	126	202
15	梅毒	0	0	0	27	27
16	HIV/AIDS	0	0	38	38	86
17	高血圧症	0	0	14	3,866	3,880
18	糖尿病	0	0	6	976	982
19	急性農薬 中毒症	0	0	7	68	75

AMDA International、AMDAホンジュラス 現状報告書：レンピーラ県サン・フランシスコ市及びベレン市、エル・パライソ県テウパセンティ市及びアラウカ市における医療保健サービス提供と現状分析調査、2012年6月27日の情報を基に作成

表 2 - 6 2011年のレンピーラ県の疾患状況

	疾患名	1歳未満	1～4歳	5～14歳	15歳以上	合計
1	百日咳	64	23	27	0	114
2	水痘	43	157	262	74	536
3	A型肝炎	6	29	27	4	66
4	B型肝炎	2	8	11	3	24
5	その他肝炎	0	5	2	0	7
6	下痢症	1,504	2,608	304	297	4,713
7	赤痢	116	224	206	126	672
8	腸チフス	0	3	3	6	12
9	肺炎	1,755	2,924	278	260	5,217
10	気管支炎/ 喘息	524	1,422	1,000	1,666	4,612
11	連鎖球菌性咽頭炎	557	2,293	2,275	2,792	7,917
12	他の咽頭/ 扁桃炎	319	944	1,008	1,397	3,668
13	肺結核	0	0	23	39	62
14	デング熱	0	2	8	16	26
15	梅毒	0	0	0	6	6
16	HIV/AIDS	0	0	1	1	2
17	高血圧症	0	0	22	2,537	2,559
18	糖尿病	0	0	8	461	469

AMDA International、AMDAホンジュラス 現状報告書：レンピーラ県サン・フランシスコ市及びベレン市、エル・パラソ県テウパセンティ市及びアラウカ市における医療保健サービス提供と現状分析調査、2012年6月27日の情報を基に作成

(2) 保健医療施設数と保健人材

ホンジュラスにおいて、都市部と地方部の保健医療格差は著しく、特に農村部や山岳部では保健医療施設が少なく、住民の保健サービスへのアクセスが限られている。CESAMOやMCHクリニック、CESAR等が存在するが、当該施設に勤務する保健人材の数も限られている。保健医療施設数や当該施設に勤務する保健人材数は、各施設が管轄する地域の人口と比較して少ないことから、十分かつ質の高い保健サービスが行き届かないという問題が生じている。

例えば、エル・パラソ県では2011年の人口が43万6,138人であるのに対し、県内の公的な保健医療施設の数90カ所であり、単純計算をすると一つの保健医療施設で4,845人の県民への対応をしなければならない。また、レンピーラ県でも、2011年の人口が32万3,520人であったのに対し、公的な保健医療施設は100カ所しか存在していないため、一つの保健医療施設で3,235人の県民の治療に対処しなければならず、両県ともに一つの保健医療施設が対応すべき人口が多い（保健医療施設の数表2-7を参照のこと）。保健医療施設の数に限られていることから、最も近くの保健医療施設へは徒歩で数時間かかる等、保健医療施設へのアクセスが悪い住民が多いこともCESAMOでの聞き取りで確認されている。

表 2-7 エル・パライソ県及びレンピーラ県の保健医療施設の数

エル・パライソ県		レンピーラ県	
保健医療施設の種類の	施設数	保健医療施設の種類の	施設数
医師のいるCESAMO	27	医師のいるCESAMO	13
MCHクリニック	3	MCHクリニック	5
CESAR（医師不在）	58	CESAR（医師不在）	80
地域病院	1	地域病院	1
地域病院（分院）	1	地域病院（分院）	0
地域臨床検査室	0	地域臨床検査室	1
合計数	90	合計数	100

AMDA International、AMDAホンジュラス 現状報告書：レンピーラ県サン・フランシスコ市及びベレン市、エル・パライソ県テウパセンティ市及びアラウカ市における医療保健サービス提供と現状分析調査、2012年6月27日の情報を基に作成

また、保健医療施設に勤務する保健人材数と人口との関係については、本プロジェクトの対象地域はレンピーラ県の六つの市としているが⁹、それらの市のCESAMOでは、表 2-8 のとおり、各市におよそ1万～2万人程度の人が居住しているにもかかわらず、各CESAMOの職員数は10名以下で、5名の職員で約1万人の人口をカバーしているCESAMOも存在していることが分かる。

本調査の聞き取り結果では、CESAMOには1日500～650名程度の患者が来ることが確認されており、患者の数に対して十分な数の職員がCESAMOで勤務しているとは言い難く、それにより質の高い保健医療サービスが十分に提供できていない。ホンジュラスでは保健プロモーターや環境技師と呼ばれる職員がPHC活動を行うのが一般的であるが、本詳細策定調査の結果からは、治療以外の予防やプロモーション等のPHCにかかわる活動を行うのに十分な保健人材の配置がないことを問題点として挙げたCESAMOのディレクターが多かった。

限られた保健医療施設や保健人材を生かし、住民のニーズに合致した質の高い保健医療サービスを提供するためには、治療以外の日常的な予防やプロモーション等のPHC活動が重要であるが、エル・パライソ県とレンピーラ県で訪問したCESAMOでは、その重要性が浸透しておらず、予防やプロモーションの活動がほとんどまたは全く行われていない状況であった。

表 2-8 レンピーラ県の本プロジェクトの活動対象地域のCESAMOの職員の種類と数

エランディーケ市のCESAMO		市の人口
職種	職員数	15,181
医師	1	
准看護師	2	
分析技師	1	
インターン医師	2	
准看護師（契約）	2	
インターン准看護師	2	
合計人数	10	

⁹ サン・フランシスコ市、エランディーケ市、サンタ・クルツ市、ラ・イグアラ市、サン・ラファエル市、ラ・ウニオン市の6市がレンピーラ県における本プロジェクトの対象地域となる。

サン・フランシスコ市のCESAMO		市の人口
職種	人数	10,217
医師	1	
准看護師	3	
インターン准看護師	1	
合計人数	5	
サンタ・クルツ市のCESAMO		市の人口
職種	人数	6,675
医師	1	
看護師（大卒）	1	
准看護師	2	
ガードマン	1	
合計人数	5	
ラ・イグアラ市のCESAMO		市の人口
職種	人数	22,888
医師	1	
准看護師	2	
インターン医師	1	
インターン准看護師	1	
環境技師	1	
インターン環境技師	2	
ガードマン	1	
雑用係	1	
合計人数	10	
サン・ラファエル市のCESAMO		市の人口
職種	人数	13,513
医師（フルタイム）	1	
准看護師（フルタイム）	2	
准看護師（パートタイム）	1	
医師（パートタイム）	1	
環境技師	1	
合計人数	6	
ラ・ユニオン市のCESAMO		市の人口
職種	人数	22,888
医師	1	
看護師（フルタイム）	1	
インターン看護師（フルタイム）	2	
インターン看護師（パートタイム）	1	
保健プロモーター	1	
インターン医師	1	

掃除婦	1	
総務・事務担当	1	
合計人数	9	

「ホンジュラス総合的保健医療モデル実施能力強化プロジェクト詳細計画策定調査」の聞き取り結果とJICAホンジュラス事務所の情報に基づき作成

(3) 医療機材

適切な医療機材を十分に備えていない保健医療施設が多く存在している。例えば、エル・パライス県やレンピーラ県を例に挙げると、両県のCESAMOにおいて主に以下の医療機材の不足が聞き取りで共通に挙げられた。

エル・パライス県とレンピーラ県のCESAMOで不足している主な医療機材

酸素供給器、保育器、マイクロ遠心分離機、超音波検査器、ネブライザー、血圧計、耳鏡、グリコメーター、産婦人科用診察台、成人用の身長計及び体重計、水質検査機器

両県における医療機材のニーズはおよそ共通しており、超音波検査器やマイクロ遠心分離機のような機材から、血圧計や産婦人科用の診察台まで幅広いニーズが聞き取りによって確認された。成人用の身長計や体重計のような基本的な医療機材がないCESAMOもあった。酸素供給器は、患者を上レベルの医療施設に搬送するのに時間がかかり、その間に必要な場合があるため、固定用だけでなく、移動用の両方があることが求められていた。地域の水質を測る機器は、CESAMOに勤務する環境技師が各地域の水質を確認し、その安全性を住民に説明することで下痢症の改善につながるためニーズがあった。CESARでは電気がない場所もあるため、電気を必要とする機材を置くことができない施設もあるが、胎児の心音を聞くための簡易な機材があれば良いという意見がCESARで勤務している准看護師からのヒアリングで確認された。

(4) 予算

詳細計画策定調査時点において、県のレベルでは、毎年各保健医療施設が、必要な人員や資機材、薬剤等の申請を県保健局に行い¹⁰、県保健局がその内容を取りまとめ、整理・優先順位づけをし、中央のMOHに予算申請するシステムになっている。一方、県の保健局長からの聞き取りでは、実際は申請によって中央MOHからの予算額が決まるというよりも、中央MOHが確保できる予算額が最初から決まっており、CESAMOやCESARに十分な資材や薬剤を供給できる状況にはなっていないとの回答を受けた。そのため県の保健局は承認された予算のなかで優先順位をたて、各保健施設が必要と判断する資機材や薬剤などを配布する仕組みになっており、予算として現金が確保されている制度ではない。そのため、各保健施設は必要な資機材や薬剤を適切な時期に入手できないことがあり、適切な保健医療サービスの提供が遅

¹⁰ 現在、県保健局には、エル・パライス県で35名、レンピーラ県で32名の職員が勤務しているが、記述のとおり、職員数そのものが少ないことに加え、それぞれの職員が異なる任務をもっており、県保健局の全職員が県全域の保健医療施設のニーズを常に適切に把握する業務を行うは難しいことから県保健局が必ずしも正確に各保健医療施設のニーズを正確に把握しているとは言い難い。

れる原因の一つとなっている。

また、CESAMOは、支払いが可能な患者から診療費として10レンピーラを徴集している。MOHの規定に基づき、そのうち2レンピーラが県保健局に納入され、8レンピーラはCESAMOの自己資金となる。しかし、その診療費を支払うことができない患者が多いため、自己資金を潤沢に確保することは容易ではない。限られた自己資金で緊急に必要な支出を賄うことはあるが、それにも限界があり、CESAMO自らの資金で医療機材や医薬品、必要な人員、リファラルのための搬送手段を確保することは極めて困難である。

さらに、ホンジュラスの保健セクターの現状に関連する事項として、市の協力姿勢が第一次医療施設のサービス提供の内容に影響していることを認識しておくべきである。ホンジュラスでは、中央政府から各市に対し、助成金を交付している。市はその助成金の5%を保健と教育、それに関連した施設の管理のために使わなければならないことになっている。しかし、実際は市によって必ずしも積極的に保健分野にその助成金が使われていると思えない例が散見されている。例えば、レンピーラ県のラ・ウニオン市ではベーシックパッケージ¹¹と呼ばれるコミュニティへの巡回診療を実施する際に、市が交通手段を提供している例があるが、その隣のサン・ラファエル市をはじめ多くの市では、CESAMOやサービスネットワークコーディネーターの活動に対して資金的な支援は行われていない。そのため、CESAMOに重症患者が来た場合でも、搬送手段がなく、患者の家族が交通手段を確保するしかない場合があった。このように、市によって保健医療活動への協力姿勢が全く異なっている。

(5) 地方分権化

ホンジュラスにおいては、保健医療の地方分権化が進められており、市連合会、NGO等への医療サービスの外部委託が、IDBやUSAID、世界銀行等の支援を受けて2005年から推進されている。委託の種類は大きく以下の4種類に分類できる。

- ① パブリック—ソーシャルグループ型
- ② パブリック—NGO型
- ③ パブリック—プライベート型
- ④ パブリック—パブリック型

①のパブリック—ソーシャルグループ型では、地域の複数の市が連合体を形成し、プロポーザルを作成し、MOHと契約を結び、その契約内容に沿って保健医療のサービスを提供する形である。2012年8月の詳細計画策定調査の時点では、この契約形態が最も多い。

②のパブリック—NGO型はMOHと契約を結ぶ相手がNGOとなる。

③の契約形態は契約先が民間企業またはプライベートの病院やクリニックが考えられるが、まだ数としては多くない。

④の契約形態は一つの市が単独でMOHと契約を結び、契約内容に沿って保健医療サービスを提供する形でこれまでまだこの契約形態による契約は発生していない。

¹¹ MOHが目的別にCESAMOを選定し、巡回診療を通じて当該地域の特定の保健課題を改善するために実施している取り組み。巡回診療チームは選定されたCESAMOの医師や看護師、検査技師等の数名の医療従事者で編成され、巡回診療を実施している。レンピーラ県ではこれまで試験的に実施されてきており、その効果を上げている。しかし、他の県でも同様に実施されているわけではなく、エル・パライス県などではほとんど実施されていない。

レンピーラ県は保健医療の地方分権化が進んでいる。これまで医療サービスの外部委託契約は75件ほどMOHと結ばれており、約60%の市で地方分権化が進んでいる。一方でエル・パラソ県では地方分権化に積極的でない市が多く、分権化はほとんど進んでいない。地方分権による委託を契約したあとは、MOHが保健医療サービスが契約内容どおりに提供されているか監査を行う。契約どおりのサービスが提供されていれば、契約金額に上乗せする形で報奨金が支払われ、契約に沿っていない場合は契約金の支払額が全体の60～70%程度に減額されるのがこれまでの通例となっている。

第3章 技術協力プロジェクトの基本計画

3-1 協力期間

本プロジェクトの協力期間は2013～2018年の60カ月とする。

3-2 対象地域

本プロジェクト対象地域はエル・パライス県及びレンピーラ県とする。そのなかでもエル・パライス県はテウパセンティ市、ダンリ市、アラウカ市、エル・パライス市を対象地域とし、レンピーラ県ではサン・フランシスコ市、エランディーケ市、サンタ・クルツ市、ラ・イグアラ市、サン・ラファエル市、ラ・ユニオン市を対象地域とする。

3-3 ターゲットグループ

本プロジェクトの直接受益者はMOHの中央レベルの職員とエル・パライス県及びレンピーラ県の活動対象地域の県保健局の職員とする。また、間接受益者はエル・パライス県及びレンピーラ県の活動対象地域の住民とする。

3-4 プロジェクトの実施体制

本プロジェクトの「プロジェクト・ディレクター」はMOHサービスネットワーク次官室の次官であり、最高責任者として位置づけられる。「プロジェクト・マネジャー」はMOHサービスネットワーク次官室PHC課の課長となる。「プロジェクト・マネジャー」は本プロジェクトのオペレーションレベルの責任者として位置づけられ、特に中央レベルで策定されるガイドラインやマニュアル、基準など本モデル実施のためのシステム構築にあたっての内容の検討や判断をする役割を果たす。

本来県保健局は、MOHサービスネットワーク次官室PHC課から、指示命令を直接的に受ける関係ではないが、本プロジェクトの実施においては、県保健局が活動の重要な役割を果たすことになるため、「プロジェクト地域マネジャー」として「プロジェクト・マネジャー」の監督の下、円滑な活動のための指示やマネジメントを行う。

県保健局の下にはサービスネットワークコーディネーターがMOH本来の機能として存在しているが¹²、彼女らは本プロジェクトの実施においてCESAMO、MCHクリニック、CESAR、ポリクリニックの業務監督や活動のコーディネーションをする役割が期待される。本プロジェクトで扱う能力強化等についてもサービスネットワークコーディネーターに必要に応じて参加してもらい、CESAMO、MCHクリニック、CESAR、ポリクリニックの職員に求められる能力を把握してもらうとともに、彼女ら自身のマネジメント能力も強化してもらうことが期待される。MCHやPHCにかかわる具体的な活動は、CESAMO、MCHクリニック、CESAR、ポリクリニックの職員が行うため、サービスネットワークコーディネーターの役割は非常に重要になる。

また、SAICについては能力強化等の活動を本プロジェクトが直接実施することはないが、SAICへの指導や、SAICの能力強化の役割を担うのはCESAMOやMCHクリニック、CESARの職員である

¹² エル・パライス県では各市に1名のコーディネーターが存在し、レンピーラ県では、複数の市を1名のコーディネーターが管轄している。

ことから、彼らが効果的にSAICを指導監督できるように研修プログラムを考案する必要がある。

県病院は（図3-1の右寄りのラインに位置）、各県に一つずつある入院や手術が可能な病院であり、CESAMOやMCHクリニック、CESAR等のコミュニティレベルの保健医療施設のリファラル先として重要な存在である。ただし、県病院の規模やサービスの提供範囲が広いとため、本プロジェクトとしては、EAISにかかわるリファラルとカウンターリファラルの内容のみに焦点を置き、それに関する地域病院の能力強化やリファラルとカウンターリファラルの制度構築を本プロジェクトの対象とする。

テグシガルパにある看護研修センター（図3-1の一番右側のラインに位置）は、MOHサービスネットワーク次官室の下にある組織ではないが、これまで看護師を対象としたさまざまな研修を、3名のフルタイム職員で実施してきた。看護研修センターには50名以上収容可能な研修室が二つあり、研修に必要な基本的な資機材を揃えているとともに、地方でも研修を行うことができる。産前健診、出産、分娩、家族計画などに関する研修を実施できる能力があることから、本プロジェクトにおいて貴重な研修実施機関となる。そのため、MOHサービスネットワーク次官室にはMOH政策次官室と連携し、看護研修センターの機能を活用することが求められる。

以上、本プロジェクトの専門家には、中央、県、保健医療施設の各レベルにおいて、技術的な支援を行う役割が求められることから、上記のホンジュラスMOH内の本プロジェクト実施体制を重視しながら、プロジェクトの効果や効率性、持続性などを考慮した活動を行う必要がある。上記のプロジェクト実施体制を図3-1に図式化した。

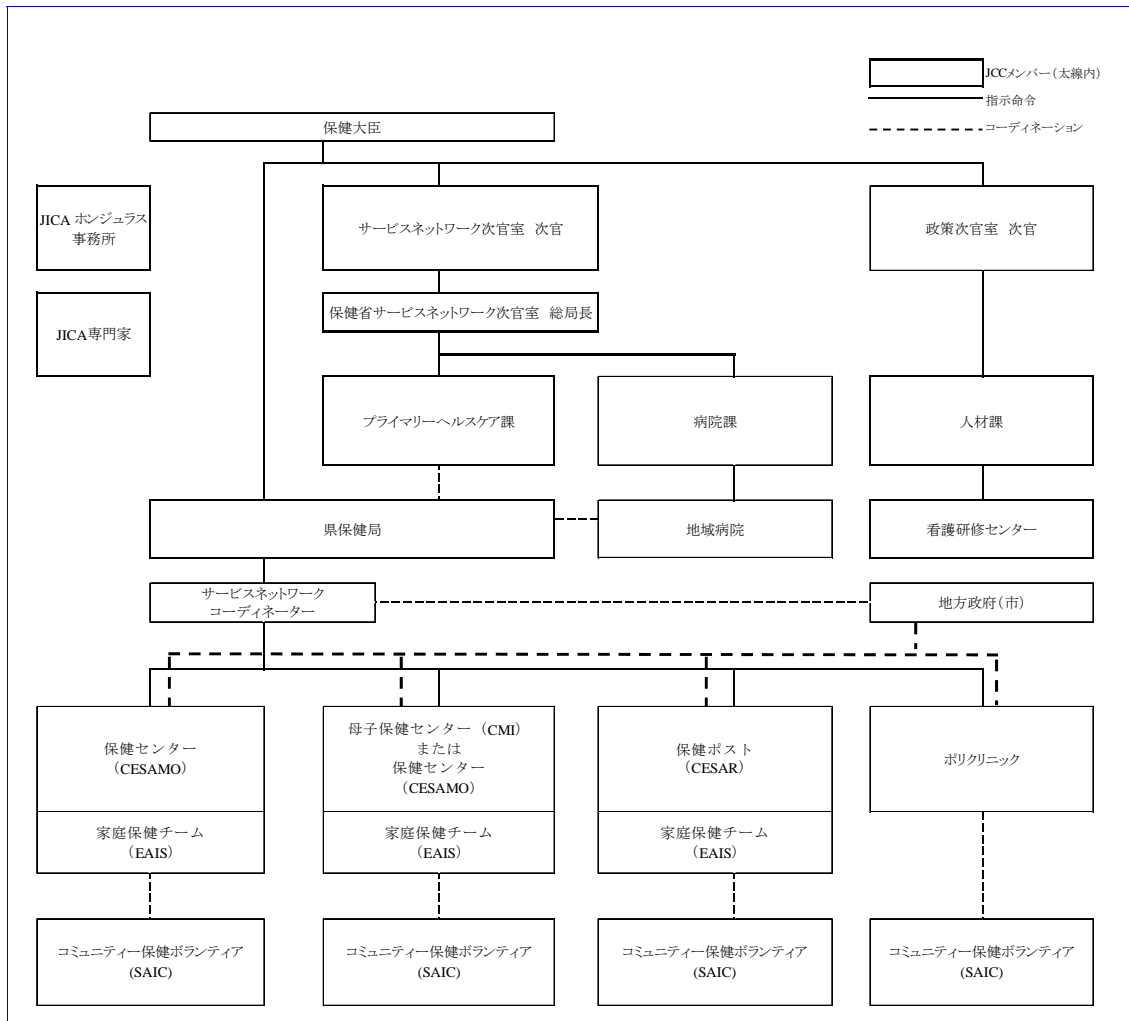


図 3-1 プロジェクト実施体制図

3-5 プロジェクト目標

エル・パライス県、レンピーラ県の対象地域において、「国家保健モデル」の保健サービスコンポーネントの有効性が実証される。

(指 標)

- 1-1 エル・パライス県対象地域で5回以上の妊婦健診を受けた妊産婦の割合がXX%に増加する。¹³
- 1-2 レンピーラ県の対象地域で5回以上の妊婦健診を受けた妊産婦の割合がXX%に増加する。
- 2-1 エル・パライス県の対象地域の施設分娩割合がXX%からXX%に増加する。
- 2-2 レンピーラ県の対象地域の施設分娩割合がXX%からXX%に増加する。
- 3-1 エル・パライス県の対象地域の保健医療施設利用者の満足度がXX%増加する。
- 3-2 レンピーラ県の対象地域の保健医療施設利用者の満足度がXX%増加する。
- 4-1 エル・パライス県の対象地のXXのうちXXの保健医療施設が、確立された実施体制やメカ

¹³ プロジェクト目標の指標については、2県の平均で算出すると、人口が多いエル・パライス県の結果に全体の数値が左右されてしまうため、指標は各県別々の数値を設定し、モニタリング・評価することで各県の状況がより正確に把握できると判断した。

ニズムに基づきモデルを実践する。

- 4-2 レンピーラ県の対象地のXXのうちXXの保健医療施設が、確立された実施体制やメカニズムに基づきモデルを実践する。

3-6 上位目標

「国家保健モデル」の保健サービスコンポーネントの導入により、エル・パライツ県、レンピーラ県の住民の健康状態が改善する。

(指 標)

- 1-1 各県の妊産婦死亡比が出生10万対XXに減少する。
- 1-2 各県の5歳未満児の死亡率が出生1,000対XXに減少する。
- 1-3 各県の乳児死亡率が出生1,000対XXに減少する。

3-7 成果及び活動

成果1:「国家保健モデル」の保健サービスコンポーネントの実施に係る中央及び地方の行政体系、並びに保健医療サービス実施体系が明確になる。

(指 標)

- 1-1 「国家保健モデル」の保健サービスコンポーネントにおいてPHCの実践に必要な提供サービスのガイドラインや業務マニュアル等が作成され、MOHの省令で承認される。
- 1-2 「国家保健モデル」の保健サービスコンポーネントにおいてPHCの実践に必要な研修計画が作成され、MOHに承認される。
- 1-3 「国家保健モデル」の保健サービスコンポーネントにおいてPHCの実践に必要な研修プログラムと研修教材が作成される。
- 1-4 「国家保健モデル」の保健サービスコンポーネントにおいてPHCの実践に必要なモニタリング・評価システムが作成され、MOHに承認される。
- 1-5 プロジェクト実施対象県において検証された「国家保健モデル」の保健サービスコンポーネントの全国への普及のための手順書が作成される。

(活 動)

- 1) 「国家保健モデル」の保健サービスコンポーネント導入にあたり、必要な行政実施体系について、既存の体制や規則を見直す。
- 2) 同モデルの保健サービスコンポーネント導入にあたり、MOHの中央レベル及び地域レベルの各機関の責任と役割分担を明確化する。
- 3) 同モデルの保健サービスコンポーネント実施のための組織体系を確認する。
- 4) 同モデルの保健サービスコンポーネント実施に必要なガイドライン及びマニュアルを策定する。
- 5) 同モデルの保健サービスコンポーネントを対象地域で実施するための研修計画を立てる。
- 6) 同モデルの保健サービスコンポーネントを対象地域で実施するための研修プログラムを策定する。

- 7) 同モデルの保健サービスコンポーネントを対象地域で実施するための研修教材を作成する。
- 8) 同モデルの保健サービスコンポーネントのモニタリング・評価システムを構築する。
- 9) 同モデルの保健サービスコンポーネントの全国の普及手順書を策定する。
- 10) 対象地域において同モデルの保健サービスコンポーネントの実施体制や研修計画等の関連規則のモニタリング・評価結果に基づき、改善点を修正し、実施に関する体制やメカニズムを策定する。

成果2：エル・パライス県とレンピーラ県において、MCHに焦点をあてた「国家保健モデル」の保健サービスコンポーネントの実施体制が確立・実施される。

(指 標)

- 2-1 MOH中央及び対象地域の県保健局の職員に対する保健行政に関する研修によりXX名以上の能力強化が図られる。
- 2-2 第一次保健医療施設の保健医療従事者を対象としたマネジメント研修により、XX%の対象人材の能力強化が図られる。
- 2-3 対象地域においてPHCに関する研修により、XX名以上の第一次保健医療施設の職員の能力強化が図られる。
- 2-4 対象地域のSAICのための指導者のうちXX%の能力強化が図られる。
- 2-5 EAISが対象地域のXX%以上の第一次保健医療施設で編成される。
- 2-6 本モデルのモニタリング・評価システムに沿ってモニタリング・評価活動が実施されている。
- 2-7 対象地域のXX%の世帯で世帯センサス（全数調査）が実施される。
- 2-8 対象市において世帯センサスの結果を基に保健計画が作成される。

(活 動)

- 1) プロジェクト対象地で第一次保健医療施設の利用者を対象とした満足度調査を含むベースライン調査及びエンドライン調査を行う。
- 2) 対象地域における同モデルの保健サービスコンポーネント実施のためのモニタリング・評価計画も含めた実施計画を立てる。
- 3) 中央のMOH職員を対象とした保健行政能力改善のための研修を実施する。
- 4) 対象地域の県保健局を対象とした保健行政研修を実施する。
- 5) 対象地域の第一次保健医療施設の保健医療従事者及び地域コーディネーターを対象とした研修プログラムに沿った研修を実施する。
- 6) 対象地域においてEAIS編成や活動内容にかかわる説明や研修を行う。
- 7) 対象地域の第一次保健医療施設においてEAISを編成し、活動を実施する。
- 8) EAISに関するリファラルとカウンターリファラルをデザインし、県病院と対象地域のMOH職員に研修する。
- 9) 対象地域において予防とプロモーションの活動を行う。
- 10) 対象地域のSAICを指導するファシリテーターとしての能力強化研修をMOH職員に対して実

施する。

- 11) 対象地域において同モデルの保健サービスコンポーネントの実施に関するモニタリング・評価を行う。
- 12) 同モデルの保健サービスコンポーネントの実施に関する体制やメカニズムをそれぞれの県内の他の地域の関係者と共有する。
- 13) 活動の実績に基づき、同モデルの保健サービスコンポーネントの県内の普及計画を策定する。
- 14) 同モデルの保健サービスコンポーネントの実施に関する体制やメカニズムに基づく実施工程を重視した経験を他県の関係者と共有する。

3-8 投入

(1) 日本側

- ① 長期専門家：チーフアドバイザー、地域保健、業務調整等
- ② 短期専門家：公衆衛生等
- ③ ローカルコンサルタント：保健行政/マネジメント等
- ④ 研修受入：本邦研修、第三国研修
- ⑤ 機材供与：PHC関連基本医療機材（MCH等）、車両等
- ⑥ その他：研修実施、教材作成等現地活動費

(2) ホンジュラス側

① C/Pの人材配置

プロジェクト・ディレクター：MOH サービスネットワーク担当次官

プロジェクト・マネジャー：MOH サービスネットワーク次官室 PHC課長

プロジェクト地域マネジャー：エル・パライス県及びレンピーラ県保健局長

C/P（MOHサービスネットワーク次官室 PHC課、エル・パライス県、レンピーラ県保健局関係者など）

- ② プロジェクト実施に必要な執務室及び施設設備の提供
- ③ その他 (a) 運営・経常費用、(b) 電気、水道などの運用費、(c) その他

3-9 プロジェクトのイメージ

本プロジェクトのイメージは以下の図3-2とおり。

プロジェクトの活動は、体系の整備を行い（成果1）その成果に基づき対象地域でモデルを実践する（成果2）という段階を経るが、成果2の活動結果を成果1にフィードバックすることにより、成果1の活動の質を改善していく。この政策の実践と政策へのフィードバックによる一連のプロジェクトサイクルが本プロジェクトにおいて重要である。

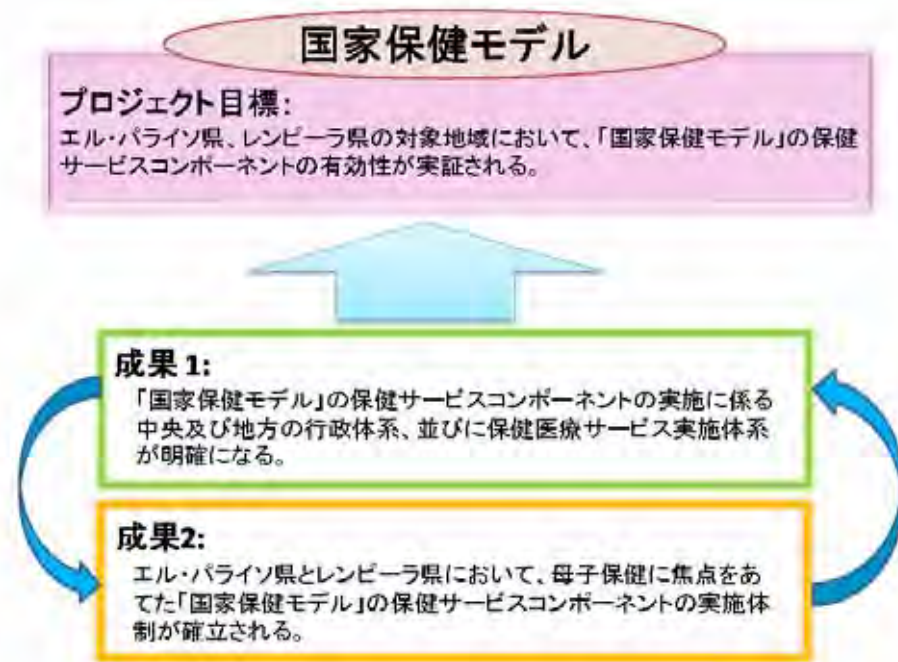


図3-2 プロジェクトのイメージ

第4章 プロジェクト実施の妥当性

4-1 妥当性

本プロジェクトの妥当性は極めて高いと判断できる。

本プロジェクトは「国家ビジョン」や「保健セクター開発計画」等のホンジュラスの政策との整合性がある。特に、ホンジュラスが導入を進めている「国家保健モデル」の保健サービスコンポーネントの実施体制や実施のための基準を具体的に構築することを目的としている。構築予定の実施体制や実施のための基準等を含めたメカニズムなどは、本プロジェクトの活動対象地域以外の関係者とも情報共有がなされ、全国に普及されることが想定されている。このように、本プロジェクトの目標や成果はホンジュラスが推進している「国家保健モデル」に沿った内容であるため、政策的な妥当性が極めて高いと判断できる。

また、本プロジェクトの対象地域では、「施設分娩率が低い」「若年性の妊娠が多い」「呼吸器疾患が多い」「母子の栄養が不足している」「保健医療システムへのアクセスが困難な住民が多い」等の保健課題が聞き取り調査を通じて確認されているが、これらの状態はホンジュラス全域の課題でもある。これらの課題のうち「保健医療施設へのアクセスの問題」以外の課題は、予防やプロモーションの活動をより効果的かつ十分に行うことで改善することが可能であり、本プロジェクトで予防やプロモーションの活動を強化することで活動対象地域が抱えている課題の改善につながる。また、「保健医療施設へのアクセスの問題」については、CESAMOやCESARを中心としたEAISによる巡回訪問活動やSAICへの指導のための能力強化によって改善されることが見込まれる。よってプロジェクト内容は、ホンジュラスの活動対象地域の保健のニーズに合致しており、効果的な手段で実施されると判断できる。

加えて、わが国の保健医療分野の援助方針のなかに「保健医療システムの強化」が含まれており、そのなかに「保健医療サービス改善プログラム」がある。本プロジェクトはそのプログラムの一環として位置づけられる。さらに、本プロジェクトの活動を通じてMCHにかかわる状態の改善が期待されるため、MDGsの達成を重視するわが国の援助政策と合致する内容と判断できる。

4-2 有効性

本プロジェクトの有効性は高いと判断する。

本プロジェクトの目標は「エル・パライス県、レンピーラ県の対象地域において、『国家保健モデル』の保健サービスコンポーネントの有効性が実証される」である。ホンジュラスが提唱している「国家保健モデル」の具体的な実施体制や基準等を含めたメカニズムの構築をめざしている。今回、エル・パライス県やレンピーラ県という二つの異なる環境や保健指標をもつ県を実施対象県としている。県ごとに、CESAMOやCESARの人員や、より深刻と思われる保健課題やその原因、市の協力体制、それぞれの保健医療施設間の距離、県病院のキャパシティ、先住民族の存在の有無等の違いが考えられ、それらの活動対象地域で検証した結果は、「国家保健モデル」の実施体制やメカニズムをより柔軟かつ汎用性のある内容とするのに役立つ。

また、本プロジェクトの目標は、成果1にてMOH中央をはじめとした体系の整備を行い、成果2では成果1に基づき対象地域でモデルを実践する段階を経るが、成果2の活動結果で得られた教訓や提言を成果1にフィードバックすることを想定している。実施体制案や基準等のメカニズム案を作成せずに対象地での活動はできず、また、活動を通じた検証なしには、構築する実施体制や

基準等の実施メカニズムの有効性も実証することはできない。本プロジェクトの目標達成のために設定された二つの成果はそれぞれ相互補完の関係にあり、必要不可欠かつ十分な内容と判断できる。この政策の実践と政策へのフィードバックによる一連のプロジェクト・サイクルにより、プロジェクト目標の達成が期待できる。

本プロジェクト目標の指標として¹⁴、対象地域の抱える保健課題に対する改善の程度を測る指標に加え、構築された実施体制の実践の程度を測る指標が設定されている。それらの指標により、プロジェクト目標である「国家保健モデル」の保健サービスコンポーネントの有効性を、課題的側面と制度的側面から実証することができるため、プロジェクト目標の指標は目標の内容を的確にとらえていると判断できる。

4-3 効率性

本プロジェクトの効率性は高いと推定される。

本プロジェクトは、効率性を最大限に高めるように計画されている。投入するJICA専門家は、日本人の長期専門家が3名（チーフアドバイザー、地域保健、業務調整）で、それ以外の分野（公衆衛生等）については短期専門家等を投入し、運営する計画である。人材面での投入量に対して、成果や活動対象地域は妥当な内容・規模に設定されていると考えられる。また、その投入のタイミングも適切な時期に計画されており、1年次の最初に実施するガイドラインや基準などの設定が終わった内容から順次活動が開始できるように効率的に計画されている¹⁵。

また活動のなかには、SAICを指導するファシリテーターとしての役割をもつMOH職員や、地域コーディネーター等の多岐にわたる人々との調整や連携が多い業務をもつ人材を対象とした研修が計画されている。研修を通じて、そのような人々の能力強化を図ったのち、彼らを中心にしてカスケード方式で研修内容を多様な関係者に波及させる予定である。波及のコアとなる人材への研修及びカスケード方式での研修の実施により、少ない投入で大きな波及効果が見込まれるような設計になっており、プロジェクトの効率性が配慮されている。

4-4 インパクト

本プロジェクトのインパクトが発現する可能性は十分に期待できる。

上位目標はエル・パライス県とレンピーラ県の住民の健康状態の改善である。MCHは、PHCのなかで中核的な活動になることから、本プロジェクト終了時点から数年後の結果としてMCH状況の改善が見られる可能性が高いと考えられる。よって、MCH指標に焦点をあてて、妊産婦死亡率、5歳未満児死亡率、乳児死亡率の三つの指標を、上位目標の達成を図る指標とするのは的確である。

また、上記指標は、MDGsの目標4（乳幼児死亡率の削減）と目標5（妊産婦の健康状態の改善）の改善を図るために重要な指標であり、ホンジュラスの開発課題である。そのため、上位目標の指標に代表される、住民の健康状態の改善は、ホンジュラスの開発課題に合致し、関連性が非常に高く、指標の入手も継続的に可能なものと考えられる。

プロジェクト目標から上位目標への外部条件として「保健政策が大きく変更されない」と、「住民の経済状態が大きく悪化しない」が挙げられている。「国家保健モデル」の実践が継続されるた

¹⁴ 指標の数値はベースラインデータ実施後に決定される予定であるが、プロジェクト目標の具体的な指標は本報告書「3-5 プロジェクト目標」の指標の項目を参照のこと。

¹⁵ 活動の具体的な実施スケジュールについては付属資料1の“Plan of Operation”を参照。

めには、保健政策が一貫して本モデルの実施を支援し続ける必要がある。また、本モデルの実施体制が構築されても住民の経済状態が悪化し、保健医療施設へ行くための交通費の不足や、乳幼児や乳児に与える十分かつ栄養のある食事や衛生的な水を確保する経済能力が欠落した場合、本モデルが実践されても上位目標の指標が改善しにくい可能性がある。これらの条件は、上位目標を阻害する外部要因として適切に認識し、ホンジュラス側の一層の取り組みが必要とされる。

本プロジェクトの実施とプロジェクト目標の達成が、何らかの負のインパクトを引き起こす可能性は考えにくい。逆に、MCHの改善やPHCを通じたりプロダクティブヘルスの改善を行うことで、女性の体への負担が減り、女性の妊娠等に関する選択肢の増加につながる。また、巡回訪問活動により農村の貧困レベルの高い住民に、より適切な保健医療サービスを提供することが期待できるため、女性や妊婦、所得レベルの低い住民に対し、プラスの影響が期待できる。

4-5 持続性

本プロジェクトの持続性は期待できると判断する。

本プロジェクトの基礎的な概念となっている「国家保健モデル」はPAHOにより提唱されている新しいPHCに基づいたモデルであり、PAHOのイニシアティブの下、中米の多くの国で既に導入されている。ホンジュラスではMCH指標が悪く、MCHの改善を優先的課題の一つと位置づけ、長期間にわたり保健セクター改革を進めており、EAISを基盤としたPHCを実践する包括的な保健医療システムへの移行を図っている。従来の治療に重点を置いた方針では、保健医療のサービスが末端まで行き届かないことを課題として認識しており、新しいPHCに基づく本モデルを国の保健医療の状況を改善するための柱と位置づけている。上記「妥当性」でも述べたとおり、本プロジェクトは本モデルをはじめとした各種政策的に合致したものであることから、制度的な持続性の担保は期待できる。なお、本調査実施期間中に保健大臣が辞任し、本モデルの導入が危ぶまれたが、就任した新保健大臣は、本モデルの導入と本プロジェクトの実施に積極的である。

また、本プロジェクトのなかには、本モデルの実施体制や基準等のメカニズムに関する情報を、活動対象地域以外の関係者と共有する活動が含まれている。プロジェクト終了後に構築された本モデルの内容を他地域に普及する活動はMOHサービスネットワーク次官室PHC課の責務でもある。また、本モデルの導入のための関連法規はすべて整備されている。そのため、本モデルの全国への普及が期待できる。

さらに、本プロジェクトの詳細計画立案の過程で、PCMワークショップも含めた関係者による協議を行った。そのプロセスを経て、MOHサービスネットワーク次官室PHC課の人員だけでなく、エル・パライス県やレンピーラ県の県保健局長及び主要な保健局職員の本プロジェクトに対する当事者意識が高まったと認識している。その意識は今後も継続され、本プロジェクトの開始後は更に高まることが期待できる。

その他、本プロジェクトの成果の持続性には、本モデルの実施を継続するための予算措置や人員配置が十分に行われるかが重要である。MOHの予算は年々増加しており、財政は比較的安定しているが、保健医療システム改革を積極的に行っているIDBやUSAID等の資金的支援を有効に活用し、本モデルの実施を対象地域以外で展開するための努力がMOHサービスネットワーク次官室PHC課に求められる。

4-6 結 論

上述のとおり、本プロジェクトの総合的な実施妥当性は高い。プロジェクトはホンジュラスの政策並びに同国及び対象地域のニーズとの整合性をもつと同時に、政策面及び実践面の両側面からのアプローチを行うことで、有効性、効率性、インパクトも見込まれる。また当国では長期間にわたり一貫して保健セクター改革に取り組んでおり、政策との一致性も高いことから、制度的な持続性の担保も期待できる。

第5章 プロジェクト実施上の留意点

- 本プロジェクトの関係者は多岐にわたるため、実施機関であるMOHサービスネットワーク次官室PHC課は、活動プログラムの調整や関係者間のコミュニケーションが円滑に行えるよう工夫する。
- 各指標の基準値・目標値については、本プロジェクト開始後のベースライン調査後に設定する。
- 本プロジェクトの活動では、体系の整備を行い（成果1）、その成果に基づき対象地域でモデルを実践する（成果2）が、成果2の活動結果を成果1にフィードバックし、政策面の質の向上を図る構図になっている。政策の実践と政策へのフィードバックによる一連のプロジェクト・サイクルを重視し、可能な限り、そのサイクルの回転を活発化させる。
- 本モデルの実施体制や実施にかかわるメカニズムに関するガイドラインやマニュアル、並びに評価システム等、既存の文書やシステムの現況を確認し、最大限に有効活用する。
- 本プロジェクトの対象地域は、現時点では、地方分権化が行われていない地域となっているが、構築する本モデルの実施体制は地方分権化に基づく保健医療サービスの提供体制、例えばパブリック-ソーシャル型やパブリック-プライベート型等においても適応可能な実施システムとなることを念頭にプロジェクトを実施する。
- 本プロジェクト実施期間中の2013年11月にホンジュラスの大統領選挙が行われる予定であるため、選挙期間中だけでなく、選挙の前後についても本プロジェクトの進捗への影響が最小限になるよう事前に計画を立てて活動を実施する。
- レンピーラ県の一部には先住民族が居住しており、本プロジェクトの対象地域に先住民族が居住していることが確認できた場合は、彼らの文化や価値観に対応するべく柔軟な姿勢をもって本プロジェクトの実施に従事し、先住民族の文化や生活習慣にも適用可能な柔軟性のあるモデルの構築を行う。
- JICAは、ホンジュラス以外の3カ国において、モンテビデオ宣言の「新たなPHC」に関連した同様の保健医療分野の技術協力プロジェクトを実施している。当該プロジェクトとの情報交換や連携を図り、各案件から得られた有益な情報や教訓を最大限に生かし、効率的に本プロジェクトを実施する。
- 活動対象地域では、青年海外協力隊（JOCV）隊員が活動しているCESAMOがあることから、可能な範囲で本プロジェクトと連携することが期待される。

第6章 討議議事録の署名

2012年10月、詳細計画策定調査の結果を踏まえ、協力内容をより明確に示すため、本案件名を「総合的保健医療モデル実施能力強化プロジェクト」(Project of Assistance for the implementation of an integrated family and community health care model) から、「『国家保健モデル』に基づくプライマリーヘルスケア体制強化プロジェクト」(Project for Strengthening Primary Health Care System based on the “National Health Model”) に変更した。

上述の変更後の案件名にて、2012年12月18日にテグシガルパにおいて、JICA、ホンジュラスMOH、国際協力庁により討議議事録 (R/D) の署名が行われた。

付 属 資 料

1. 討議議事録（スペイン語、署名入り）
2. 討議議事録（和文仮訳）
3. プロジェクト計画立案ワークショップ議事次第・参加者リスト
4. PCMワークショップ問題分析結果

1. 討議議事録（スペイン語、署名入り）

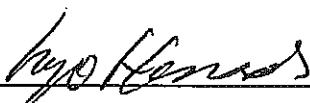
MINUTA DE REUNIONES
ENTRE
LA MISIÓN JAPONESA DE PLANIFICACIÓN DETALLADA
Y
LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS
SOBRE
LA COOPERACIÓN TÉCNICA JAPONESA
PARA EL PROYECTO
“APOYO AL PROCESO DE OPERATIVIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE
UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD (MAIS)”

La Agencia de Cooperación Internacional del Japón (en adelante refiérase como “JICA”), envió la Misión de Planificación Detallada (en adelante refiérase com la “Misión Japonesa”), encabezada por el Dr. Kyo Hanada, a la República de Honduras del 27 de agosto al 14 de septiembre del 2012, para realizar deliberaciones sobre el contenido del Proyecto “Apoyo al Proceso de Operativización e Implementación de un Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)”

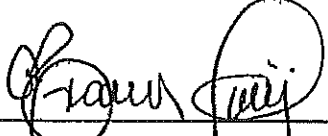
Durante su estadía en la República de Honduras, la Misión Japonesa ha visitado los establecimientos de salud relacionados y realizado una serie de reuniones sobre el contenido del Proyecto con los miembros de las instituciones relacionadas.

Como resultado de dichas reuniones, la Misión Japonesa y la Secretaría de Salud de Honduras, han acordado sobre los asuntos referidos en el documento adjunto.


Tegucigalpa, 14 de septiembre del 2012



Dr. Kyo Hanada
Líder, Misión de Planificación Detallada
Agencia de Cooperación Internacional
del Japón
Japón



Dra. Roxana Araujo
Secretaria de Estado en el Despacho
de Salud
Secretaría de Salud
República de Honduras



Lic. Julio Raudales
Secretario de Estado en el Despacho de SEPLAN
Secretaría Técnica de Planificación y Cooperación Externa
República de Honduras

Documento Adjunto

1. Antecedentes del Proyecto

La República de Honduras, tiene el propósito de cambiar la situación actual de servicios de salud enfocado a tratamiento y curación de enfermedades, hacia un servicio de atención más integral bajo el marco de la reforma sectorial que tiene cuatro líneas básicas de estrategia que son: 1) Desarrollo institucional de la Secretaría de Salud; 2) Descentralización y desarrollo local; 3) Promoción de la salud; y 4) Reorganización del modelo de atención con fortalecimiento gerencial.

La Secretaría de Salud ha formulado el "Plan Nacional de Salud 2010-2014" basado en la estrategia antes mencionada, para introducir el componente de atención/provisión del Modelo Nacional de Salud que incluye de manera integral la prevención, la promoción, tratamiento, curación y rehabilitación en base a unidades familiares, con la finalidad de mejorar la salud de las familias y comunidades a través de los Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS). Este Proyecto ha sido solicitado en el año 2010 por la Subsecretaría de Redes de Servicios de la SESAL al Gobierno de Japón para que este Modelo Nacional de Salud pueda ser introducido de modo práctico, con el ordenamiento tanto de la estructura como de herramientas y criterios para operativizar e implementar dicho Modelo en diferentes instancias de la Secretaría de Salud.

2. El marco del Proyecto

El marco del Proyecto está basado en el taller y reuniones realizadas durante la estadía de la Misión Japonesa con los servidores públicos del Departamento de Servicios de Primer Nivel de la Subsecretaría de Redes de Servicios de la Secretaría de Salud y de la Regiones Sanitarias de los Departamentos de El Paraíso y Lempira, cuyo contenido se encuentra en el Anexo 1- Borrador de PDM.

El contenido principal del marco del Proyecto es el siguiente:

- (1) Título del Proyecto: "Apoyo al Proceso de Operativización e Implementación de un Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)"
- (2) Áreas Objeto del Proyecto : Los Departamentos de El Paraíso y Lempira¹
- (3) Grupo objetivo : Servidores Públicos del Nivel Central y Regiones Sanitarias de los Departamentos de El Paraíso y Lempira de la Secretaria de Salud.
- (4) Beneficiarios : Pobladores de municipios piloto de los Departamentos de El Paraíso y Lempira
- (5) Periodo del Proyecto : Del 2013 al 2017 (5 años)
- (6) Objetivo Superior: Con la introducción del "Componente de Atención/Provisión del Modelo

¹ Los municipios pilotos son Teupasenti, Danlí, Alauca y El Paraíso en el departamenteo de El Paraíso y San Francisco, Erandique, Santa Cruz, La Iguala, San Rafael y La Unión en el departamento de Lempira.

Nacional de Salud", se mejora la situación de la salud de los pobladores de los Departamentos de El Paraíso y Lempira.

(7) **Objetivo del Proyecto:** En los municipios piloto de los Departamentos de El Paraíso y Lempira se comprueba la eficacia del Componente de Atención/Provisión del Modelo Nacional de Salud.

(8) **Resultados:**

Resultado 1: Se define el mecanismo de implementación de servicios de atención y sistema de administración de salud a nivel central y departamental del "Componente de Atención/Provisión del Modelo Nacional de Salud", (en adelante refiérase como MNS).

Resultado 2: En los Departamentos de El Paraíso y Lempira se establece la estructura de implementación del "Componente de Atención/Provisión del MNS", con enfoque en la Salud Materno-Infantil.

3. Cronograma del Proyecto

(1) **Calendario del Proyecto**

El borrador del Plan de Operaciones del Proyecto es como se muestra en el Anexo 2.

Con el fin de realizar el monitoreo y evaluación de las actividades del Proyecto, ambos acordaron que se realizarán la Revisión Intermedia a 2 años y medio de iniciar el Proyecto y la Evaluación Final 6 meses antes de finalizar el mismo, con los 5 criterios de evaluación (Pertinencia, Efectividad, Eficiencia, Impacto y Sostenibilidad).

(2) **La estructura de implementación del Proyecto.**

1) La institución responsable de implementar el Proyecto es la Secretaría de Salud. El borrador del esquema de la estructura para la implementación del Proyecto se muestra en el Anexo 3, y los principales responsables son los que se mencionan abajo.

i. **Director del Proyecto :** Subsecretario de Redes de Servicios

Responsable general de administración y ejecución del Proyecto.

ii. **Coordinador del Proyecto:** Jefe del Departamento de Servicios de Primer Nivel
Responsable de la coordinación operativa y técnica del Proyecto a nivel central de la Secretaría de Salud

iii. **Coordinadores Regionales:** Jefes de las Regiones Sanitarias de los Departamentos de El Paraíso y Lempira.
Responsables de la coordinación operativa y técnica del Proyecto en las áreas objeto de la implementación del Proyecto.

2) **Comité de Coordinación Conjunta (CCC)**

Se organiza el Comité de Coordinación Conjunta (CCC) a nivel central con el fin de facilitar la coordinación entre las instituciones e instancias involucradas al Proyecto para la operación efectiva del Proyecto. El CCC se reunirá, por lo menos, una vez al

año aprobando el Plan de Operación Anual del Proyecto, revisando el avance de las actividades, realizando monitoreo y/o evaluación del Proyecto e intercambio de las opiniones sobre los avances y principales problemas que podrían presentarse en el proceso de la ejecución del Proyecto.

La propuesta de los miembros del CCC se adjunta en el Anexo 4.

4. Contenido principal de las reuniones

(1) Título del Proyecto: Se ha acordado por ambas partes que el título del Proyecto desde el momento de la solicitud por parte de Honduras es "Proyecto Apoyo al Proceso de Operativización e Implementación de un Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), sea cambiado por "Proyecto de Fortalecimiento del Sistema de Atención Primaria de Salud, basado en el Modelo Nacional de Salud" cuyos trámites serán realizados por ambas partes.

(2) Administración del Proyecto

Como son muchas las instancias que se involucran en este Proyecto, es importante que la Secretaría de Salud, como institución ejecutora, pueda coordinar de manera que las comunicaciones y colaboraciones se realicen sin mayores problemas.

(3) Actividades del Proyecto.

Se ha acordado que se deberá poner atención en los siguientes puntos:

1) Este Proyecto tiene la finalidad de comprobar la eficacia del sistema de salud a través de la implementación del Componente Atención/Provisión del Modelo Nacional de Salud en Honduras, poniendo en práctica la estrategia de Atención Primaria de Salud renovada, ordenando la estructura, herramientas y criterios de implementación de las instancias administrativas y de servicios de salud.

Por consiguiente, las actividades del proyecto pasa primero por la etapa de realizar el ordenamiento sistémico (Resultado 1), cuyo resultado se pondrá en práctica en los municipios piloto en la siguiente etapa (Resultado 2). No obstante, será esencial, hacer girar el ciclo del proyecto que consta de realizar mejoras continuas del Resultado 1, realizando retroalimentaciones de los resultados obtenidos por actividades del Resultado 2.

2) Es importante conocer el estado de guías, manuales, sistemas de monitoreo y evaluación y normas o protocolos existentes, con el fin de aprovecharlos al máximo.

5. Actividades pendientes

Con anterioridad al inicio del Proyecto, está previsto preparar el Registro de Discusiones, en

donde se menciona el Plan Básico del Proyecto y medidas a tomar por ambas partes para la ejecución del mismo. Este documento se firmará por los representantes de las partes.

El borrador de Registro de Discusiones se adjunta en el Anexo 5.

- Anexo 1 Matriz de Diseño del Proyecto (PDM ver.0)
- Anexo 2 Plan de Operaciones (PO) (borrador)
- Anexo 3 Esquema de la estructura de implementación del Proyecto (propuesta)
- Anexo 4 Miembros del Comité de Coordinación Conjunta (CCC)
- Anexo 5 Registro de Discusiones (borrador)



Anexo 1: Matriz de Diseño del Proyecto (PDM ver.0)

Título del Proyecto : Apoyo al Proceso de Operativización e Implementación de un Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS)

Nuevo Título del Proyecto Propuesto: (Proyecto de Fortalecimiento del Sistema de Atención Primaria de Salud basado en el Modelo Nacional de Salud)

Periodo del Proyecto : Del 2013 al 2017 (5 años)

Áreas Objeto del Proyecto : Los Departamentos de El Paraíso y Lempira

Institución Implementadora : Departamento de Servicios de Primer Nivel, Subsecretaría de Redes de Servicio de la Secretaría de Salud

Beneficiarios : Pobladores de municipios piloto de los Departamentos de El Paraíso y Lempira

Versión : PDM 0

14 de septiembre del 2012

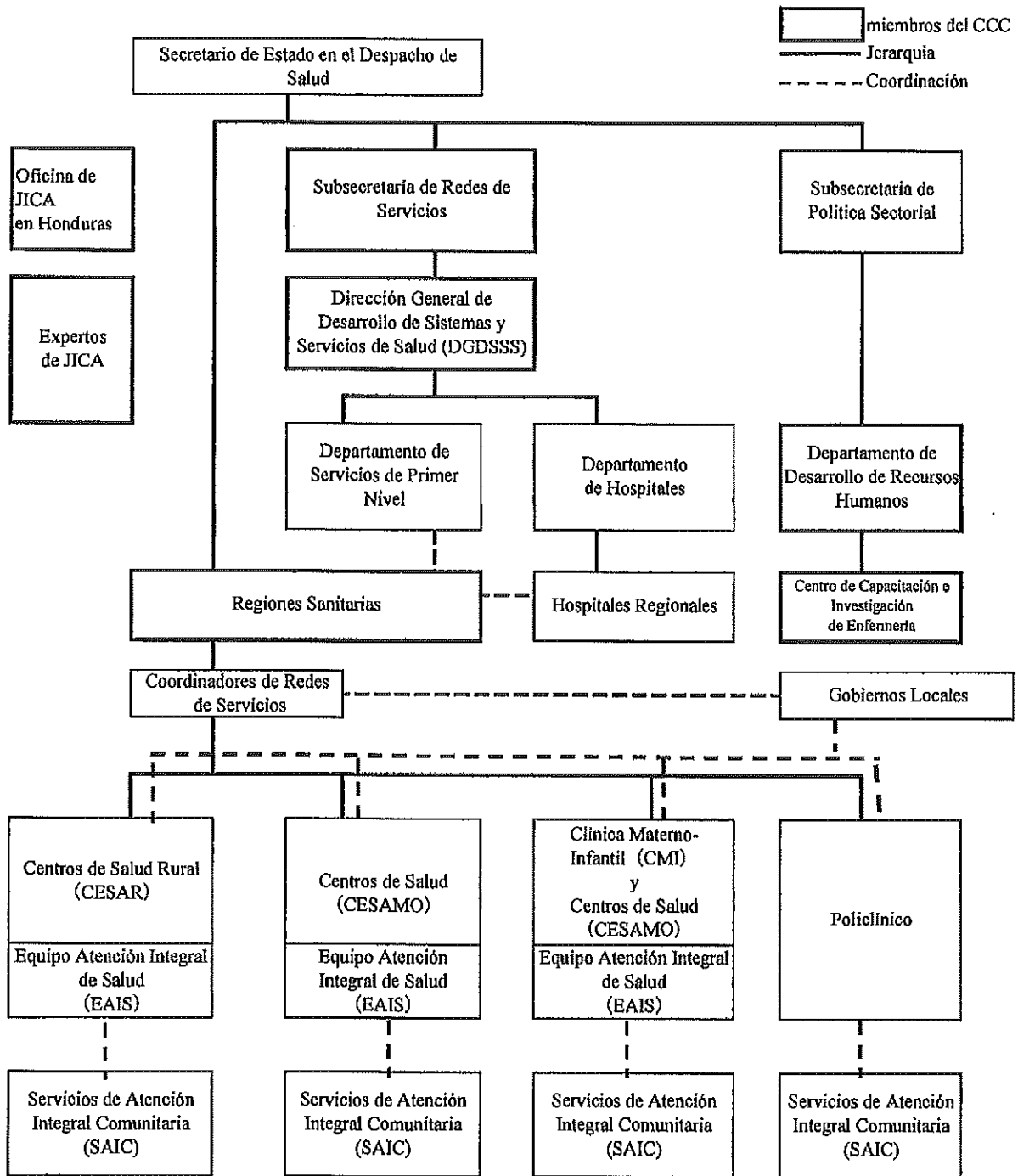
Grupo objetivo : Servidores Públicos del Nivel Central y Regiones Sanitarias de los Departamentos de El Paraíso y Lempira de la Secretaría de Salud.

Resumen del Proyecto	Indicadores	Medios de Verificación	Condiciones Externas
Objetivo Superior Con la introducción del "Componente de Atención/Provisión del Modelo Nacional de Salud", se mejora la situación de la salud de los pobladores de los Departamentos de El Paraíso y Lempira.	<ol style="list-style-type: none"> 1 La mortalidad materna se reduce a XX por cada 100,000 nacidos vivos, en los Departamentos objeto del Proyecto. 2 La mortalidad de niños de 1 a 4 años se reduce a XX por cada 1,000 nacidos vivos en los Departamentos objeto del Proyecto. 3 La mortalidad infantil se reduce a XX por 1000 nacidos vivos en los Departamentos objeto del Proyecto. 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Estadística de las Regiones Sanitarias 2 Estadística de las Regiones Sanitarias 3 Estadística de las Regiones Sanitarias 	No hay cambios importantes en la Política de Salud
Objetivo del Proyecto En los municipios piloto de los Departamentos de El Paraíso y Lempira se comprueba la eficacia del Componente de Atención/Provisión del Modelo Nacional de Salud.	<ol style="list-style-type: none"> 1-1 En municipios piloto del Departamento de Lempira, se aumenta a XX% el porcentaje de embarazadas que reciben 3 o más atenciones prenatales. 1-2 En municipios piloto del Departamento de El Paraíso, se aumenta a XX% el porcentaje de embarazadas que reciben 3 o más atenciones prenatales. 2-1 En municipios piloto del Departamento de El Paraíso el porcentaje de partos institucionales se aumenta de XX% a XX%. 2-2 En municipios piloto del Departamento de Lempira el porcentaje de partos institucionales se aumenta de XX% a XX%. 3-1 En municipios piloto del Departamento de El Paraíso, el porcentaje de satisfacción de los usuarios de las unidades de salud se aumenta en un XX%. 3-2 En municipios piloto del Departamento de Lempira, el porcentaje de satisfacción de los usuarios de las establecimientos de salud, se aumenta en un XX%. 4-1 De XX establecimientos de salud de municipios piloto del Departamento de El Paraíso, XX aplican el Componente de Atención/Provisión del MNS. 4-2 De XX establecimientos de salud de municipios piloto del Departamento de Lempira, XX aplican el Componente de Atención/Provisión del MNS. 	<ol style="list-style-type: none"> 1-1 Estadística de las Regiones Sanitarias 1-2 Estadística de las Regiones Sanitarias 2-1 Estadística de las Regiones Sanitarias 2-2 Estadística de las Regiones Sanitarias 3-1 Informe de Estudio sobre grado de satisfacción 3-2 Informe de Estudio sobre grado de satisfacción 4-1 Informe de Monitoreo y Evaluación del Proyecto 4-2 Informe de Monitoreo y Evaluación del Proyecto 	No hay cambios importantes en la Política de Salud La economía de los habitantes no empeora drásticamente
Resultados 1 Se definen el mecanismo de implementación de servicios de atención y sistema de administración de salud a nivel central y departamental del "Componente de Atención/Provisión del Modelo Nacional de Salud (en adelante MNS)".	<ol style="list-style-type: none"> 1-1 Guías y manuales elaborados y actualizados, aprobados por la Secretaría de Salud para implementar el Componente de MNS. 1-2 Planes de capacitación elaborados y aprobados por la Secretaría de Salud para implementar el Componente de MNS. 1-3 Programas y materiales de capacitación elaborados por la Secretaría de Salud para implementar el Componente de MNS. 1-4 Sistema de monitoreo y evaluación elaborados y aprobados por la Secretaría de Salud para implementar el Componente de MNS. 1-5 El manual de procedimientos para la extensión a nivel nacional del Modelo de Salud, validado en los departamentos objeto del Proyecto. 	<ol style="list-style-type: none"> 1-2 Guías y manuales actualizados por la Secretaría de Salud publicados. 1-3 Planes de capacitación aprobados por el Departamento de Servicios de Primer Nivel 1-4 Programas y materiales de capacitación aprobados por el DSPN. 1-5 Sistema de Monitoreo y Evaluación aprobado por el DSPN. 1-6 Manual de Procedimientos de extensión del Componente del MNS, aprobado por DSPN. 	El personal capacidad permanece a cargo de Atención Primaria de Salud La seguridad en municipios piloto del Proyecto, no se empeora drásticamente
2 En los Departamentos de El Paraíso y Lempira se establece la estructura de implementación del "Componente de Atención/Provisión del MNS", con enfoque en la Salud Materno-Infantil.	<ol style="list-style-type: none"> 2-1 A través de capacitaciones sobre gestión en salud a nivel central y regional, se capacitan a más de XX personas. 2-2 A través de capacitaciones sobre gestión en salud del Primer Nivel de Atención de Salud, se capacitan a más de XX% del personal. 2-3 A través de capacitaciones sobre la Atención Primaria de Salud (APS) en los municipios piloto, se capacitan más de XX servidores públicos de Atención de 2-4 Se capacitan más del XX% de los facilitadores para la educación de voluntarios de salud de comunidades de municipios piloto. 2-5 Se crean EAIS en más del XX% de los establecimientos de salud de APN de municipios piloto. 2-6 Se implementan actividades de monitoreo y evaluación de acuerdo al sistema de monitoreo y evaluación del Componente de MNS. 2-7 Se realizó el censo familiar en XX% de municipios piloto del Proyecto. 2-8 En los municipios piloto se elaboran los planes de salud con base en los resultados del censo. 	<ol style="list-style-type: none"> 2-1 Informe del Proyecto 2-2 Informe del Proyecto 2-3 Informe del Proyecto 2-4 Informe del Proyecto 2-5 Informe del Proyecto 2-6 Informe del Proyecto 2-7 Informe del Proyecto 2-8 Informe del Proyecto 	

Actividades	Insumos (Asignaciones)					
1-1 Revisar la estructura y normativa existentes referentes al mecanismo de implementación de la administración de salud, necesarios para la introducción del Componente de Atención/Provisión del MNS.	< Por la parte japonesa >		< Por la parte hondureña >			
1-2 Identificar las responsabilidades y roles a desempeñar por cada instancia del nivel central y regional de la Secretaría de Salud para la introducción del Componente de Atención/Provisión del MNS.	Expertos japoneses : (De largo plazo) Asesor principal, salud regional, coordinación del proyecto, etc. (Expertos de corto plazo) Salud pública, etc. Consultor local : Gestión y administración de salud, etc. Becas : para cursos en Japón y terceros países Provisión de equipos : Equipos médicos relacionados con APS (Salud materno-infantil, etc.), vehículos, etc. Cursos de capacitación, elaboración de materiales, etc.		Asignación de la C/P Oficina del Proyecto Utilización de instalaciones existentes de la Secretaría de Salud como salones de capacitación, etc. Gastos de la C/P			
1-3 Identificar la estructura orgánica y funcional para la implementación del MNS.						
1-4 Elaborar guías y manuales necesarios para la implementación del Componente de Atención/Provisión del MNS.						
1-5 Elaborar planes de capacitación para implementar el Componente de Atención/Provisión del MNS en municipios piloto del Proyecto.						
1-6 Elaborar programas de capacitación para implementar el Componente de Atención/provisión del MNS en municipios piloto del Proyecto.						
1-7 Elaborar materiales de capacitación para implementar el Componente de Atención/Provisión MNS.						
1-8 Crear el sistema de monitoreo y evaluación del Componente de Atención/Provisión del MNS.						
1-9 Elaborar el manual de procedimientos para la extensión del Componente de Atención/Provisión del MNS a nivel nacional.						
1-10 Diseñar la estructura y mecanismos de implementación del Componente de Atención/Provisión del MNS y normas relacionadas para planes de capacitación, etc., basado en los resultados de monitoreo						
2-1 Realizar Estudios de Línea Base y de Línea Final que incluya el grado de satisfacción de los usuarios en los establecimientos de Atención de Primer Nivel (APN) de municipios piloto del Proyecto.						
2-2 Elaborar el plan de implementación del Componente de Atención/Provisión del MNS para ser aplicado en municipios piloto y sus mecanismos de monitoreo y evaluación.						
2-3 Realizar capacitaciones para desarrollar las capacidades de gestión en salud de los servidores públicos del nivel central de la Secretaría de Salud.						
2-4 Realizar capacitaciones para desarrollar las capacidades de gestión en salud de los servidores públicos del nivel departamental objeto del proyecto.						
2-5 Realizar capacitaciones de acuerdo al programa de capacitaciones para desarrollar competencias en los servidores públicos de establecimientos de salud de APN en municipios piloto del Proyecto.						
2-6 Socializar y capacitar sobre la creación de EAIS y el contenido de sus actividades en los municipios piloto del Proyecto.						
2-7 Conformar a los EAIS en los establecimientos de Atención de Primer Nivel de Salud de los municipios piloto e implementar las actividades.						
2-8 Diseñar el sistema de referencia y respuesta en base a EAIS y capacitar a los servidores públicos de los municipios piloto y hospitales de los Departamentos de El Paraíso y Lempira.						
2-9 En municipios piloto del Proyecto se realizan las actividades de prevención y promoción de salud.						
2-10 Realizar capacitaciones a los servidores públicos como facilitadores para desarrollar las capacidades de los voluntarios de salud de los municipios piloto del Proyecto.						
2-11 Realizar monitoreo y evaluación sobre la implementación del Modelo en municipios piloto del Proyecto.						
2-12 Socializar la estructura y mecanismos de implementación del Componente de Atención/Provisión del MNS con otras redes dentro de los departamentos objeto del Proyecto.						
2-13 Formular el plan de extensión del Modelo a nivel departamental, con base en los resultados de actividades.						
2-14 Compartir con otros departamentos del país las experiencias basadas en la estructura y mecanismos de implementación del Componente de Atención/Provisión de MNS.						
Condiciones previas						
La seguridad en municipios piloto del Proyecto no se empeora						
Los servidores públicos de la Secretaría de Salud a nivel departamental aceptan la implementación del Proyecto para la introducción del Modelo de Salud.						

* Los municipios pilotos del Proyecto en el Departamento de El Paraíso son: Teupasenti, Danlí, Alauca y El Paraíso; y en el Departamento de Lempira son: San Francisco, Erandique, Santa Cruz, La Iguala, San Rafael y La Unión.

Anexo 3: Esquema de la estructura de implementación del Proyecto (Propuesta)



Anexo 4: Miembros del Comité de Coordinación Conjunta (CCC)

LISTA DE LOS MIEMBROS DEL COMITÉ DE COORDINACIÓN CONJUNTA(CCC)

1. **Presidente del Comité:**
 - Subsecretario de Redes de Servicios (Director del Proyecto) de la Secretaría de Salud (SESAL)
2. **Miembros :**
 - Directora General de Desarrollo de Sistema y Servicios de Salud
 - Jefe del Departamento de Servicios de Primer Nivel (Coordinador del Proyecto)
 - Jefe del Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos
 - Jefes de Regiones Sanitarias de los Departamentos de El Paraíso y Lempira.
(Coordinadores Regionales del Proyecto)
 - Directora del Centro de Capacitación e Investigación de Enfermería (CCIE)
 - Expertos de JICA
 - Representante de la Oficina de JICA en Honduras
3. **Observadores:**
 - Representante de la Embajada del Japón en Honduras
 - Representante de la OMS/OPS
 - Representante de SEPLAN

El CCC tiene la facultad de convocar a instituciones y personas relacionadas para discutir asuntos específicos.

Nota: El presidente de CCC puede invitar a otras personas que considere pertinente convocar a la reunión.

REGISTRO DE DISCUSIONES
SOBRE
EL PROYECTO DE
(Título del Proyecto)
EN LA REPÚBLICA DE HONDURAS
ACORDADO
ENTRE
LA SECRETARÍA DE SALUD
Y LA
AGENCIA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL DEL JAPÓN

Tegucigalpa, ___ de ___ de 2012

Sr. Akihiko Yamada
Representante Residente
Oficina en Honduras
Agencia de Cooperación Internacional
del Japón
Japón

Dra. Roxana Araujo
Secretaria de Estado
en el Despacho de Salud
Secretaria de Salud
República de Honduras

Lic. Julio Raudales
Secretario de Estado en el Despacho de SEPLAN
Secretaria Técnica de Planificación y Cooperación Externa
República de Honduras

De acuerdo a la Minuta de Reuniones del Estudio de Planificación Detallada sobre el “Proyecto de Apoyo al Proceso de Operativización e Implementación de un Modelo de Atención Integral de Salud” (en adelante refiérase como "el Proyecto") firmado el 14 de septiembre del 2012 entre la Secretaría de Salud (en adelante, refiérase como "SESAL") y la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (en adelante refiérase como "JICA"). La JICA ha llevado a cabo una serie de discusiones con la SESAL y organizaciones relevantes para elaborar el plan detallado del proyecto.

Ambas partes acordaron los detalles del Proyecto y los principales puntos de discusión como se describe en el Apéndice 1 y el Apéndice 2, respectivamente.

Al mismo tiempo, las partes acordaron que la SESAL es la contraparte de la JICA, y será la responsable de la ejecución del proyecto con la cooperación de la JICA, en coordinación con otras organizaciones pertinentes y garantizará la autonomía de las operaciones del proyecto durante y posterior al periodo de su ejecución, con el fin de contribuir al desarrollo económico y social de Honduras.

El Proyecto será implementado en el marco del Acuerdo de Cooperación Técnica firmado el 12 de enero del 2007 (en adelante refiérase como "el Acuerdo") y la Nota Verbal intercambiada el 28 de junio del 2012 entre el Gobierno del Japón y el Gobierno de la República de Honduras (en adelante refiérase como “GOH”).

Este Registro de Discusiones ha sido preparado en dos ejemplares en los idiomas español e inglés. Ambos son igualmente auténticos. En caso de cualquier divergencia de interpretación, el texto en inglés prevalecerá.

Apéndice 1: Descripción del Proyecto

Apéndice 2: Principales puntos tratados

Apéndice 3: Minuta de Reuniones del Estudio de Planificación Detallada sobre el “Proyecto Apoyo en el Proceso de Operativización e Implementación de un Modelo de Atención Integral de Salud”.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

I. ANTECEDENTES

En Centro América, desde la Declaración de Montevideo en 2005, la Atención Primaria de Salud renovada (en adelante refiérase como “APSr”) basada en la salud familiar ha sido promocionada bajo la iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud. Esta Declaración sugiere que es esencial la formación de equipos de APSr multidisciplinarios incluyendo a un médico. Al igual, la mayoría de los países centroamericanos adoptaron el modelo de salud antes mencionado, cuya práctica no se da aun en Honduras.

La mortalidad materno-infantil en Honduras es todavía alta comparada con las Objetivos de Desarrollo del Milenio (en adelante refiérase como “ODM”). En áreas rurales, especialmente en áreas con alto porcentaje de población indígena, hay retos en la provisión de servicios básicos de salud a los residentes. Adicionalmente se requiere mejorar el porcentaje de entrega de los servicios de salud. Enfermedades infecciosas, diarrea, embarazo de adolescentes, enfermedades crónicas y respiratorias también son problemas de salud de las áreas rurales. Las actividades de APSr no se realizan con suficiencia para prevenir y mejorar dichos problemas de salud. La razón principal de esta situación es el hecho de que los servicios de atención en Honduras se ha enfocado a tratamiento y el sistema para proveer los servicios de APSr no se ha establecido debidamente, así como son limitados los recursos y personal capacitado para implementar actividades de APSr.

Considerando esta situación, la Secretaría de Salud (en adelante refiérase como “SESAL”) de Honduras, ha introducido la reforma sectorial que tiene cuatro líneas básicas de estrategia que son: 1) Desarrollo institucional de la Secretaría de Salud; 2) Descentralización y desarrollo local; 3) Promoción de la salud; y 4) Reorganización del modelo de atención con fortalecimiento gerencial. Bajo las cuales, la SESAL ha promovido el cambio del sistema de servicios de salud desde un sistema centrado en tratamiento hacia un sistema de atención más completo e integral. Para poner en práctica dicho sistema, desde 2005 la SESAL ha intentado expandir la provisión de servicios a través de instituciones de salud de primer nivel, por subcontratos con el sector social (modalidad de gestión de salud Público-Social) que es conducido con el apoyo de socios para el desarrollo.

Con el fin de avanzar en la descentralización de los servicios de atención en salud, es esencial desarrollar el modelo de atención de salud Público-Público, con lo cual posibilita a través de compromisos de gestión, que la misma institución provea el

servicio de salud. De manera que la SESAL ha desarrollado el Plan Nacional de Salud 2010-2014 y el Modelo Nacional de Salud (en adelante refiérase como “MNS”) el cual, sugiere la implementación de “Prevención, “Promoción”, “Tratamiento” y “Rehabilitación” de manera integral por equipos de salud familiar, compuesto por varios trabajadores de salud, incluyendo a un médico y una enfermera, para mejorar la condición de salud de los residentes locales.

Bajo dicha circunstancia, el Gobierno de la República de Honduras (en adelante refiérase como “GOH”) ha solicitado al Gobierno del Japón (en adelante refiérase como “GOJ”) la asistencia técnica para fortalecer el sistema de implementación y la capacidad de los profesionales de salud, así como la diseminación del modelo en todo el país.

II. RESUMEN DEL PROYECTO

1. Detalles del Proyecto

Los detalles del proyecto están descritos en la PDM (Matriz de Diseño del Proyecto) (Anexo 1) y el borrador del Plan de Operaciones (Anexo 2).

2. Insumos por parte de la SESAL

La SESAL tomará las medidas necesarias para proveer con sus propios recursos:

- (a) Servicios de personal contraparte de la SESAL y personal administrativo como se menciona en el punto II-3;
- (b) El espacio adecuado para la oficina del Proyecto con los equipos necesarios;
- (c) Suministro o reemplazo, por sus propios medios, maquinarias, equipos, instrumentos, vehículos, herramientas, repuestos y otros materiales necesarios para la ejecución del Proyecto, que no sean parte del equipo proporcionado por la JICA.
- (d) Información, así como apoyo en la obtención de servicios médicos;
- (e) Credenciales o tarjetas de identificación;
- (f) Los datos disponibles (incluyendo mapas y fotografías) y la información relacionada con el Proyecto;
- (g) Los gastos operativos necesarios para la ejecución del Proyecto;
- (h) Los gastos necesarios para el transporte dentro de Honduras para los equipos mencionados en II-1(1), así como para la instalación, la operación y el mantenimiento de los mismos, y
- (i) Facilidades para los expertos de la JICA para el envío de remesas, así como la utilización de los fondos enviados a Honduras desde el Japón para la ejecución del Proyecto

3. La Estructura de ejecución

El organigrama del Proyecto se describe en el Anexo 3. Los roles y funciones de

las instituciones relevantes, son las siguientes:

(1) SESAL.(a) Director del Proyecto: Subsecretario de Redes de Servicios.

El Director del Proyecto será responsable de la administración general y la ejecución del Proyecto.

(b) Coordinador del Proyecto: Jefe del Departamento de Servicios de Primer Nivel.

El coordinador del Proyecto tendrá responsabilidad en cuestiones técnicas y de gestión del Proyecto a nivel nacional.

(c) Directores Regionales: Jefes de las Regiones Sanitarias de Lempira y El Paraíso.

El Coordinador Regional será responsable de las cuestiones técnicas y de gestión del Proyecto en su Región Sanitaria.

(2) Expertos de JICA

Los expertos de JICA ofrecerán la orientación técnica necesaria, asesoramiento y recomendación a la SESAL sobre todas las cuestiones relativas a la ejecución del Proyecto.

(3) Comité de Coordinación Conjunta

El Comité de Coordinación Conjunta (en adelante, "CCC") se establece con el fin de facilitar la coordinación entre instituciones. El CCC se reunirá por lo menos una vez al año y cuando sea necesario, siendo un espacio para aprobar el Plan Operativo Anual del Proyecto, revisar el avance de las actividades, realizar monitoreo y/o evaluación del Proyecto e intercambiar opiniones sobre los avances y principales problemas que podrían presentarse en el proceso de la ejecución del Proyecto.

Los miembros del CCC se adjuntan en el Anexo 4.

4. Sitios objeto del Proyecto y Beneficiarios

Los sitios del Proyecto son: en el Departamento de Lempira (Municipios de La Iguala, La Unión, San Rafael, Santa Cruz, Erandique y San Francisco) en el Departamento de El Paraíso (Municipios de Teupasenti, Danlí, El Paraíso y Alauca).

Los beneficiarios del Proyecto son los habitantes de ambos Departamentos.

5. Duración

La duración del proyecto será de 5 (cinco) años, a partir del envío del primer experto de JICA.

6. Informes

La SESAL y Expertos de JICA prepararán conjuntamente los siguientes informes en idioma español.

(1) Informe de avance semestral hasta la finalización del Proyecto.

(2) Informe final del Proyecto en el momento de la finalización del Proyecto.

7. Consideraciones Ambientales y Sociales

La SESAL acordó cumplir con la "Directriz de la JICA para la cooperación y consideraciones sociales" con el fin de garantizar que se tomen las medidas apropiadas para los impactos ambientales y sociales del Proyecto.

III. MEDIDAS A SER TOMADAS POR LA SESAL

1. La SESAL y el GOH tomarán las medidas necesarias para:

- 1) Garantizar que las tecnologías y los conocimientos adquiridos por las contrapartes nacionales como resultado de la cooperación técnica del Japón contribuyan al desarrollo económico y social de Honduras, y que el conocimiento y la experiencia adquirida por el personal de Honduras a través de la formación técnica, así como el equipo proporcionado por la JICA se utilicen de manera efectiva para la ejecución del Proyecto, y
 - 2) Otorgar privilegios, exenciones y beneficios para los expertos de JICA que se menciona anteriormente en el II-1 y para sus familias, que no sean menos favorables que las aplicaciones brindadas para los expertos y sus familias de terceros países u organizaciones internacionales que desempeñen misiones similares en Honduras.
2. Otros privilegios, exenciones y beneficios serán proporcionados de acuerdo con el Acuerdo de Cooperación Técnica firmado el 12 de enero del 2007 (en adelante refiérase como "el Acuerdo") y la nota verbal intercambiada el 28 de junio del 2012 entre el GOJ y GOH .

IV. EVALUACIÓN

1. JICA y la SESAL conjuntamente realizarán las siguientes evaluaciones y revisiones.
 - (1) Revisión intermedia de la cooperación a medio término del periodo de la cooperación.
 - (2) La evaluación final, seis (6) meses antes de la finalización del periodo de la cooperación.
2. JICA realizará las evaluaciones y los estudios pertinentes para verificar principalmente la sostenibilidad y el impacto del Proyecto y extraerá las lecciones aprendidas. La SESAL debe proporcionar el apoyo necesario para ellos.
 - (1) La evaluación posterior a tres (3) años después de la finalización del Proyecto,
 - (2) Los estudios para el seguimiento, de acuerdo a la necesidad.

V. APOYO A LA PROMOCIÓN Y LAS RELACIONES PÚBLICAS

Con el fin de promover el apoyo para el Proyecto, la SESAL tomará las medidas apropiadas para que el Proyecto sea ampliamente conocido por el pueblo de Honduras.

VI. CONSULTAS MUTUAS

JICA y la SESAL se consultarán mutuamente cada vez que surjan cuestiones importantes en el proceso de la ejecución del Proyecto.

VII. MODIFICACIONES

El Registro de Discusiones puede ser modificado a través de la minuta de reuniones acordada entre la JICA y la SESAL.

Las minutas de las reuniones serán firmadas por personas autorizadas de ambas partes, que pueden ser diferentes a los firmantes del Registro de Discusiones.

Anexo 1 Matriz de Diseño del Proyecto (PDM)

Anexo 2 Borrador Plan de Operaciones

Anexo 3 Organigrama del Proyecto

Anexo 4 Lista de los miembros propuestos para el Comité de Coordinación Conjunta.

LOS PRINCIPALES PUNTOS DE DISCUSIÓN

Anexo I: Matriz de Diseño del Proyecto (PDM ver.0)

Título del Proyecto : Apoyo al Proceso de Operativización e Implementación de un Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS)

Nuevo Título del Proyecto Propuesto: (Proyecto de Fortalecimiento del Sistema de Atención Primaria de Salud basado en el Modelo Nacional de Salud)

Período del Proyecto : Del 2013 al 2017 (5 años)

Áreas Objeto del Proyecto : Los Departamentos de El Paraíso y Lempira*

Institución Implementadora : Departamento de Servicios de Primer Nivel, Subsecretaría de Redes de Servicio de la Secretaría de Salud

Beneficiarios : Pobladores de municipios piloto de los Departamentos de El Paraíso y Lempira

Versión : PDM 0

14 de septiembre del 2012

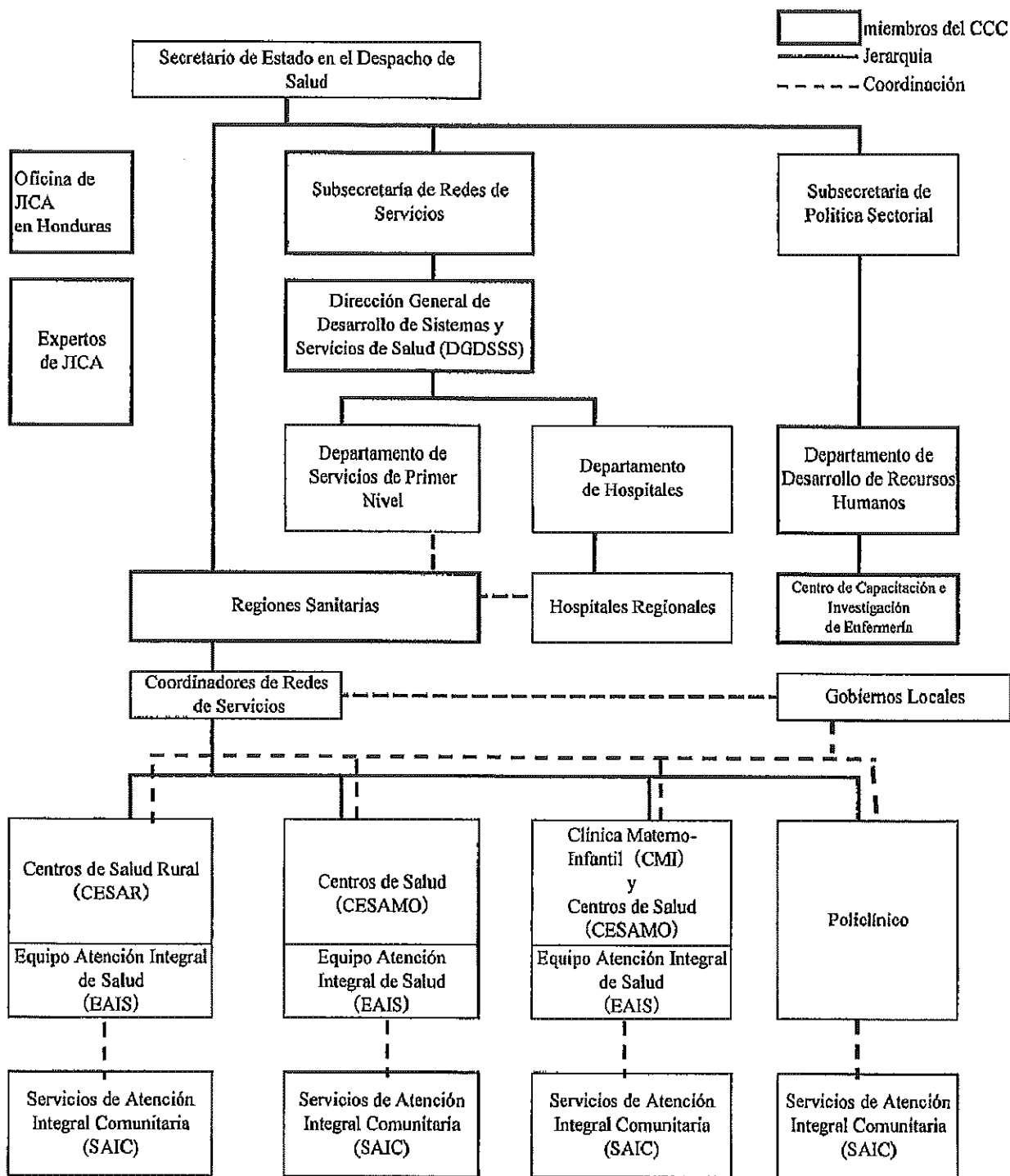
Grupo objetivo : Servidores Públicos del Nivel Central y Regiones Sanitarias de los Departamentos de El Paraíso y Lempira de la Secretaría de Salud.

Resumen del Proyecto	Indicadores	Medios de Verificación	Condiciones Externas
Objetivo Superior Con la introducción del "Componente de Atención/Provisión del Modelo Nacional de Salud", se mejora la situación de la salud de los pobladores de los Departamentos de El Paraíso y Lempira.	1 La mortalidad materna se reduce a XX por cada 100,000 nacidos vivos, en los Departamentos objeto del Proyecto. 2 La mortalidad de niños de 1 a 4 años se reduce a XX por cada 1,000 nacidos vivos en los Departamentos objeto del Proyecto. 3 La mortalidad infantil se reduce a XX por 1000 nacidos vivos en los Departamentos objeto del Proyecto.	1 Estadística de las Regiones Sanitarias 2 Estadística de las Regiones Sanitarias 3 Estadística de las Regiones Sanitarias	No hay cambios importantes en la Política de Salud
Objetivo del Proyecto En los municipios piloto de los Departamentos de El Paraíso y Lempira se comprueba la eficacia del Componente de Atención/Provisión del Modelo Nacional de Salud.	1-1 En municipios piloto del Departamento de Lempira, se aumenta a XX% el porcentaje de embarazadas que reciben 5 o más atenciones prenatales. 1-2 En municipios piloto del Departamento de El Paraíso, se aumenta a XX% el porcentaje de embarazadas que reciben 5 o más atenciones prenatales. 2-1 En municipios piloto del Departamento de El Paraíso el porcentaje de partos institucionales se aumenta de XX% a XX%. 2-2 En municipios piloto del Departamento de Lempira el porcentaje de partos institucionales se aumenta de XX% a XX%. 3-1 En municipios piloto del Departamento de El Paraíso, el porcentaje de satisfacción de los usuarios de las unidades de salud se aumenta en un XX%. 3-2 En municipios piloto del Departamento de Lempira, el porcentaje de satisfacción de los usuarios de las establecimientos de salud, se aumenta en un XX%. 4-1 De XX establecimientos de salud de municipios piloto del Departamento de El Paraíso, XX aplican el Componente de Atención/Provisión del MNS. 4-2 De XX establecimientos de salud de municipios piloto del Departamento de Lempira, XX aplican el Componente de Atención/Provisión del MNS.	1-1 Estadística de las Regiones Sanitarias 1-2 Estadística de las Regiones Sanitarias 2-1 Estadística de las Regiones Sanitarias 2-2 Estadística de las Regiones Sanitarias 3-1 Informe de Estudio sobre grado de satisfacción 3-2 Informe de Estudio sobre grado de satisfacción 4-1 Informe de Monitoreo y Evaluación del Proyecto 4-2 Informe de Monitoreo y Evaluación del Proyecto	No hay cambios importantes en la Política de Salud La economía de los habitantes no empeora drásticamente
Resultados			
1 Se definen el mecanismo de implementación de servicios de atención y sistema de administración de salud a nivel central y departamental del "Componente de Atención/Provisión del Modelo Nacional de Salud (en adelante MNS)".	1-1 Guías y manuales elaborados y actualizados, aprobados por la Secretaría de Salud para implementar el Componente de MNS. 1-2 Planes de capacitación elaborados y aprobados por la Secretaría de Salud para implementar el Componente de MNS. 1-3 Programas y materiales de capacitación elaborados por la Secretaría de Salud para implementar el Componente de MNS. 1-4 Sistema de monitoreo y evaluación elaborados y aprobados por la Secretaría de Salud para implementar el Componente de MNS. 1-5 El manual de procedimientos para la extensión a nivel nacional del Modelo de Salud, validado en los departamentos objeto del Proyecto.	1-2 Guías y manuales actualizados por la Secretaría de Salud publicados. 1-3 Planes de capacitación aprobados por el Departamento de Servicios de Primer Nivel 1-4 Programa y materiales de capacitación aprobados por el DSPN. 1-5 Sistema de Monitoreo y Evaluación aprobado por el DSPN. 1-6 Manual de Procedimientos de extensión del Componente del MNS, aprobado por DSPN.	El personal capacitado permanece a cargo de Atención Primaria de Salud La seguridad en municipios piloto del Proyecto, no se empeora drásticamente
2 En los Departamentos de El Paraíso y Lempira se establece la estructura de implementación del "Componente de Atención/Provisión del MNS", con enfoque en la Salud Materno-Infantil.	2-1 A través de capacitaciones sobre gestión en salud a nivel central y regional, se capacitan a más de XX personas. 2-2 A través de capacitaciones sobre gestión en salud del Primer Nivel de Atención de Salud, se capacitan a más de XX% del personal. 2-3 A través de capacitaciones sobre la Atención Primaria de Salud (APS) en los municipios piloto, se capacitan más de XX servidores públicos de Atención de 2-4 Se capacitan más del XX% de los facilitadores para la educación de voluntarios de salud de comunidades de municipios piloto. 2-5 Se crean EAIS en más del XX% de los establecimientos de salud de APN de municipios piloto. 2-6 Se implementan actividades de monitoreo y evaluación de acuerdo al sistema de monitoreo y evaluación del Componente de MNS. 2-7 Se realizó el censo familiar en XX% de municipios piloto del Proyecto. 2-8 En los municipios pilotos se elaboran los planes de salud con base en los resultados del censo.	2-1 Informe del Proyecto 2-2 Informe del Proyecto 2-3 Informe del Proyecto 2-4 Informe del Proyecto 2-5 Informe del Proyecto 2-6 Informe del Proyecto 2-7 Informe del Proyecto 2-8 Informe del Proyecto	

Actividades	Insumos (Asignaciones)		
1-1 Revisar la estructura y normativa existentes referentes al mecanismo de implementación de la administración de salud, necesarios para la introducción del Componente de Atención/Provisión del MNS.	<Por la parte japonesa>		< Por la parte hondureña >
1-2 Identificar las responsabilidades y roles a desempeñar por cada instancia del nivel central y regional de la Secretaría de Salud para la introducción del Componente de Atención/Provisión del MNS.			
1-3 Identificar la estructura orgánica y funcional para la implementación del MNS.	Expertos japoneses : (De largo plazo) Asesor principal, salud regional, coordinación del proyecto, etc.		Asignación de la C/P
1-4 Elaborar guías y manuales necesarios para la implementación del Componente de Atención/Provisión del MNS.	(Expertos de corto plazo) Salud pública, etc.		Oficina del Proyecto
1-5 Elaborar planes de capacitación para implementar el Componente de Atención/Provisión del MNS en municipios piloto del Proyecto.	Consultar local : Gestión y administración de salud, etc.		Utilización de instalaciones existentes de la Secretaría de Salud como salones de capacitación, etc.
1-6 Elaborar programas de capacitación para implementar el Componente de Atención/provisión del MNS en municipios piloto del Proyecto.	Becas : para cursos en Japón y terceros países		Gastos de la C/P
1-7 Elaborar materiales de capacitación para implementar el Componente de Atención/Provisión MNS.	Provisión de equipos : Equipos médicos relacionados con APS (Salud materno-infantil, etc.), vehículos, etc.		
1-8 Crear el sistema de monitoreo y evaluación del Componente de Atención/Provisión del MNS.	Cursos de capacitación, elaboración de materiales, etc.		
1-9 Elaborar el manual de procedimientos para la extensión del Componente de Atención/Provisión del MNS a nivel nacional.			
1-10 Diseñar la estructura y mecanismos de implementación del Componente de Atención/Provisión del MNS y normas relacionadas para planes de capacitación, etc., basado en los resultados de monitoreo			
2-1 Realizar Estudios de Línea Base y de Línea Final que incluya el grado de satisfacción de los usuarios en los establecimientos de Atención de Primer Nivel (APN) de municipios piloto del Proyecto.			
2-2 Elaborar el plan de implementación del Componente de Atención/Provisión del MNS para ser aplicado en municipios piloto y sus mecanismos de monitoreo y evaluación.			
2-3 Realizar capacitaciones para desarrollar las capacidades de gestión en salud de los servidores públicos del nivel central de la Secretaría de Salud.			Condiciones previas
2-4 Realizar capacitaciones para desarrollar las capacidades de gestión en salud de los servidores públicos del nivel departamental objeto del proyecto.			La seguridad en municipios piloto del Proyecto no se comprometa
2-5 Realizar capacitaciones de acuerdo al programa de capacitaciones para desarrollar competencias en los servidores públicos de establecimientos de salud de APN en municipios piloto del Proyecto.			Los servidores públicos de la Secretaría de Salud a nivel departamental aceptan la implementación del Proyecto para la introducción del Modelo de Salud.
2-6 Socializar y capacitar sobre la creación de EAIS y el contenido de sus actividades en los municipios piloto del Proyecto.			
2-7 Confirmar a los EAIS en los establecimientos de Atención de Primer Nivel de Salud de los municipios piloto e implementar las actividades.			
2-8 Diseñar el sistema de referencia y respuesta en base a EAIS y capacitar a los servidores públicos de los municipios piloto y hospitales de los Departamentos de El Paraíso y Lempira.			
2-9 En municipios piloto del Proyecto se realizan las actividades de prevención y promoción de salud.			
2-10 Realizar capacitaciones a los servidores públicos como facilitadores para desarrollar las capacidades de los voluntarios de salud de los municipios piloto del Proyecto.			
2-11 Realizar monitoreo y evaluación sobre la implementación del Modelo en municipios piloto del Proyecto.			
2-12 Socializar la estructura y mecanismos de implementación del Componente de Atención/Provisión del MNS con otras redes dentro de los departamentos objeto del Proyecto.			
2-13 Formular el plan de extensión del Modelo a nivel departamental, con base en los resultados de actividades.			
2-14 Compartir con otros departamentos del país las experiencias basadas en la estructura y mecanismos de implementación del Componente de Atención/Provisión de MNS.			

* Los municipios pilotos del Proyecto en el Departamento de El Paraíso son: Teupasenti, Durán, Alauca y El Paraíso; y en el Departamento de Lempira son: San Francisco, Erandique, Santa Cruz, La Iguala, San Rafael y La Unión.

Anexo 3: Organigrama del Proyecto



Anexo:4: Lista de los miembros propuestos para el Comité de Coordinación Conjunta

LISTA DE LOS MIEMBROS DEL COMITÉ DE COORDINACIÓN CONJUNTA(CCC)

1. Presidente del Comité:
 - Subsecretario de Redes de Servicios (Director del Proyecto) de la Secretaría de Salud (SESAL)
2. Miembros :
 - Directora General de Desarrollo de Sistema y Servicios de Salud
 - Jefe del Departamento de Servicios de Primer Nivel (Coordinador del Proyecto)
 - Jefe del Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos
 - Jefes de Regiones Sanitarias de los Departamentos de El Paraíso y Lempira.
(Coordinadores Regionales del Proyecto)
 - Directora del Centro de Capacitación e Investigación de Enfermería (CCIE)
 - Expertos de JICA
 - Representante de la Oficina de JICA en Honduras
3. Observadores:
 - Representante de la Embajada del Japón en Honduras
 - Representante de la OMS/OPS
 - Representante de SEPLAN

El CCC tiene la facultad de convocar a instituciones y personas relacionadas para discutir asuntos específicos.

Nota: El presidente de CCC puede invitar a otras personas que considere pertinente convocar a la reunión.

2. 討議議事録（和文仮訳）

ホンジュラス国総合的保健医療モデル実施能力強化プロジェクトに関する 協議議事録

独立行政法人国際協力機構（以下「JICA」とする）は花田恭を団長とする詳細計画策定調査団（以下「調査団」とする）をホンジュラスに派遣し、8月27日から9月14日までの間、総合的保健医療モデル実施能力強化プロジェクト（以下「プロジェクト」とする）の協力内容に関する協議を行った。

ホンジュラス滞在期間中、調査団は関係施設を視察し、ホンジュラス関係機関とプロジェクトの内容について一連の協議を行った。

協議の結果、調査団とホンジュラス保健省は附属文書に関する諸事項について合意した。

テグシガルパ、2012年9月14日

花田 恭
詳細計画策定調査団長
独立行政法人国際協力機構
日本

Ms. Roxana Araujo
保健省大臣
ホンジュラス共和国

Mr. Julio Raudales
国家計画国際協力省 大臣
ホンジュラス共和国

附属文書

1 プロジェクトの背景

ホンジュラス国は「保健省組織強化」「保健医療サービス提供の委託と地域開発」「保健プロモーション」「マネジメント能力を強化した保健モデル」の4つの政策的戦略の下、治療を中心とした保健医療システムから、包括的な保健医療システムへの移行を図っている。同戦略に基づき、「保健計画（2010年-2014年）」を策定し、地域住民の健康のために、医師や看護師等の保健医療従事者からなる家庭保健チームを基盤に、家庭を単位として、予防、プロモーション、治療、リハビリテーションを包括的に含んだ「国家保健モデル」の保健サービスコンポーネントの導入を検討している。本プロジェクトは、本モデルの実践的な導入にあたり必要な保健医療行政機関及びサービス機関の実施体制や実施基準等の整備を目的として、2010年にホンジュラス国政府から日本国政府へ要請され、関係機関との協議を重ねてきたものである。

2 プロジェクトのフレームワーク

プロジェクトのフレームワークは、調査団派遣中に保健省サービスネットワーク次官室プライマリヘルスケア課及びエル・パライス県、レンピーラ県の保健局長、保健行政官が参加したワークショップと協議の成果に基づいており、内容は別添1のPDM案のとおりである。プロジェクトフレームワークの主な内容は以下のとおりである。

- (1) プロジェクトの名称：ホンジュラス国 「総合的保健医療モデル実施能力強化プロジェクト」
- (2) 対象地域：エル・パライス県及びレンピーラ県¹
- (3) ターゲットグループ：保健省の中央レベルの職員とエル・パライス県及びレンピーラ県の活動対象地域の県保健局の職員
- (4) 受益者：エル・パライス県及びレンピーラ県の活動対象地域の住民
- (5) 期間：2013年～2018年（5年間）
- (6) 上位目標：国家保健モデルの保健サービスコンポーネントの導入により、エル・パライス県、レンピーラ県の住民の健康状態が改善する。
- (7) プロジェクト目標：エル・パライス県、レンピーラ県の対象地域において、国家保健モデルの保健サービスコンポーネントの有効性が実証される。
- (8) 成果：
 - 成果 1：国家保健モデルの保健サービスコンポーネントの実施に係る中央及び地方の行政体系、並びに保健医療サービス実施体系が明確にされる。
 - 成果 2：エル・パライス県とレンピーラ県において、母子保健に焦点を当てた国家保健モデルの保健サービスコンポーネントの実施体制が確立される。

3 プロジェクトのスケジュール

(1) プロジェクトのスケジュール

¹ エル・パライス県ではテウパセンティ市、ダンリ市、アラウカ市、エル・パライス市、レンピーラ県ではサンフランシスコ市、エランディーケ市、サンタクルーズ市、ラ・イグワラ市、サン・ラファエル市、ラ・ウニオン市を対象地域とする。

プロジェクト活動計画案は別添2のとおりである。

なお、プロジェクトの活動をモニタリング及び評価するため、双方は評価5項目（妥当性、有効性、効率性、インパクト、持続性）の観点から、プロジェクト開始2年半後を目安に中間レビューを、プロジェクト終了6か月前を目安に終了時評価を実施する。

(2) プロジェクトの実施体制

1) プロジェクトの実施責任機関は保健省であり、主要責任者は以下のとおりである。また、プロジェクト組織図案は別添3のとおりである。

i. プロジェクト・ディレクター：保健省サービスネットワーク担当次官
プロジェクトの管理・実施の全体的な責任を負う。

ii. プロジェクト・マネージャー：保健省サービスネットワーク次官室 プライマリーヘルスケア課長
中央におけるプロジェクトの運営・技術的な事項の責任を負う。

iii. リージョナル・マネージャー：エル・パライス県及びレンピーラ県保健局長
対象地域におけるプロジェクトの運営・技術的な事項の責任を負う。

2) 合同調整委員会

組織内の調整を促進し、プロジェクトを効果的に運営するために中央の合同調整委員会を組織する。合同調整委員会は、年に一度以上開催し、プロジェクトの年間活動計画の承認、全体の進捗についてのレビュー、プロジェクトのモニタリングや評価の実施、主要な課題についての意見交換を行う。メンバー案は別添4のとおりである。

4 主要協議内容

(1) プロジェクト名称

英語のプロジェクト名称について、要請時の「総合的保健医療モデル実施能力強化プロジェクト」から、『国家保健モデル』に基づくプライマリーヘルスケア体制強化プロジェクトに変更するため、双方が必要な手続きを行うことに合意した。

(2) プロジェクトの運営

本プロジェクトの関係者は多岐に渡るため、実施機関である保健省は、活動プログラムの調整や関係者間のコミュニケーションが円滑に行えるよう工夫することが重要である。

(3) プロジェクトの活動

次の点で留意すべきとして双方で合意した。

1) 本プロジェクトは、ホンジュラスがプライマリーヘルスケアに関する政策モデルを実践するにあたり必要な保健医療行政機関及びサービス機関の実施体制や実施基準等の整備を行い、その政策の有効性を実証するものである。よって、プロジェクトの活動は、体系の整備を行い（成果1）その成果に基づき対象地域でモデルを実践する（成果2）という段階を経るが、成果2の活動結果を成果1にフィードバックすることにより成果1の活動の質を改善していくというプロジェクトサイクルが重要となる。

2) ガイドラインやマニュアル、並びに評価システム等、既存の文書やシステムの現況を確認し、最大限に有効活用する。

5 今後の予定

プロジェクトの開始に先立ち、プロジェクトの基本計画や双方の取るべき措置等について討議議事録が準備され双方により署名される予定である。討議議事録の案は別添5のとおりである。

以上

別添 1 PDM 案

別添 2 PO 案

別添 3 実施体制図案

別添 4 合同調整員会メンバー案

別添 5 討議議事録案

Annex 1: Project Design Matrix (案) (PDM Version 0)

案件名：ホンジュラス共和国 総合的保健医療モデル実施能力強化プロジェクト
 (ホンジュラス共和国「『国家保健モデル』に基づくプライマリヘルスケア体制強化プロジェクト」)

バージョン：0
 2012年9月14日

協力期間：2013～2017年（5年間）

対象地域：エル・パライス県及びレンピーラ県*

実施機関：保健省ネットワークサービス次官室 プライマリ・ヘルス・ケア課

受益者：エル・パライス県及びレンピーラ県の活動対象地域の住民

対象グループ：保健省の中央レベルの職員とエル・パライス県及びレンピーラ県の活動対象地域の保健局の職員

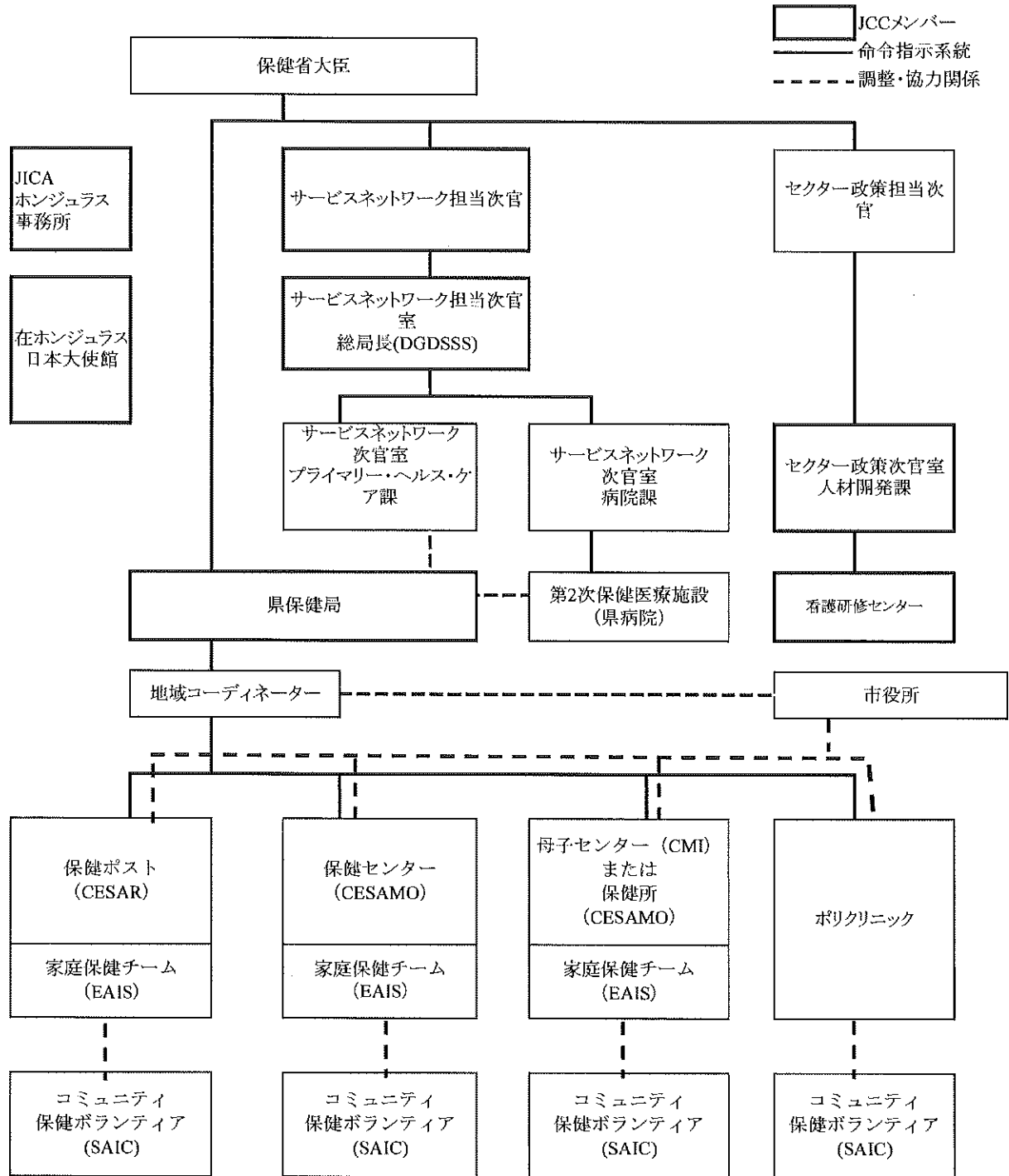
プロジェクトの要約	指標	指標データ入手手段	外部条件
<p>上位目標</p> <p>「国家保健モデル」の保健サービスコンポーネントの導入により、エル・パライス県、レンピーラ県の住民の健康状態が改善する。</p>	<p>1-1 各県の妊産婦死亡率が出生10万対XX%に減少する。</p> <p>2-1 各県の5歳未満児の死亡率が出生1,000対XX%に減少する。</p> <p>3-1 各県の乳児死亡率が出生1,000対XX%に減少する。</p>	<p>1-1 県保健局の統計情報</p> <p>2-1 県保健局の統計情報</p> <p>3-1 県保健局の統計情報</p>	<p>保健政策が大きく変更されない。</p>
<p>プロジェクト目標</p> <p>エル・パライス県、レンピーラ県の対象地域において、「国家保健モデル」の保健サービスコンポーネントの有効性が実証される。</p>	<p>1-1 エル・パライス県対象地域で5回以上の妊婦健診を受けた妊産婦の割合がXX%に増加する。</p> <p>1-2 レンピーラ県の対象地域で5回以上の妊婦健診を受けた妊産婦の割合がXX%に増加する。</p> <p>2-1 エル・パライス県の対象地域の施設分娩割合がXX%からXX%に増加する。</p> <p>2-2 レンピーラ県の対象地域の施設分娩割合がXX%からXX%に増加する。</p> <p>3-1 エル・パライス県の対象地域の保健医療施設利用者の満足度がXX%増加する。</p> <p>3-2 レンピーラ県の対象地域の保健医療施設利用者の満足度がXX%増加する。</p> <p>4-1 エル・パライス県の対象地のXXのうちXXの保健医療施設が、実施に関する確立された体制やメカニズムに基づきモデルを実践する。</p> <p>4-2 レンピーラ県の対象地のXXのうちXXの保健医療施設が、実施に関する確立された体制やメカニズムに基づきモデルを実践する。</p>	<p>1-1 県保健局の統計情報</p> <p>1-2 県保健局の統計情報</p> <p>2-1 県保健局の統計情報</p> <p>2-2 県保健局の統計情報</p> <p>3-1 満足度調査報告書</p> <p>3-2 満足度調査報告書</p> <p>4-1 プロジェクトモニタリング・評価報告書</p> <p>4-2 プロジェクトモニタリング・評価報告書</p>	<p>保健政策が大きく変更されない。</p> <p>住民の経済状態が大きく悪化しない。</p>

成果			
<p>1 「国家保健モデル」の保健サービスコンポーネントの実施に係る中央及び地方の行政体系、並びに保健医療サービス実施体系が明確にされる。</p>	<p>1-1 「国家保健モデル」の保健サービスコンポーネント実施のために作成または改訂され、保健省の省令で承認されたガイドラインやマニュアル</p> <p>1-2 「国家保健モデル」の保健サービスコンポーネント実施のために作成され、保健省に承認された研修計画</p> <p>1-3 「国家保健モデル」の保健サービスコンポーネント実施のために作成された研修プログラムと研修教材</p> <p>1-4 「国家保健モデル」の保健サービスコンポーネント実施のために作成され、保健省に承認されたモニタリング・評価システム</p> <p>1-5 プロジェクト実施対象県において検証された「国家保健モデル」の保健サービスコンポーネントの全国への普及のための手順書</p>	<p>1-1 改訂されたマニュアルやガイドライン、発令された保健省令</p> <p>1-2 PHC課によって承認された研修計画</p> <p>1-3 研修プログラムと研修教材</p> <p>1-4 PHC課によって承認されたモニタリング・評価システム</p> <p>1-5 PHC課によって承認された同モデルの全国への普及手順書</p>	<p>研修を受けた人材がPHCの担当から外れない。</p> <p>プロジェクト対象地域の治安が劇的に悪化しない。</p>
<p>2 エル・パライン県とレンピーラ県において、母子保健に焦点をあてた「国家保健モデル」の保健サービスコンポーネントの実施体制が確立される。</p>	<p>2-1 保健省中央及び対象地域の県保健局の職員に対する保健行政に関する研修によりXX名以上の能力強化が図られる。</p> <p>2-2 第一保健医療施設の保健医療従事者を対象としたマネジメント研修により、XX%の能力強化が図られる。</p> <p>2-3 対象地域においてPHCに関する研修により、XX名以上の第一保健医療施設の職員の能力強化が図られる。</p> <p>2-4 対象地域のコミュニティ保健ボランティアのための指導者のうちXX%の能力強化が図られる。</p> <p>2-5 家庭保健チームが対象地域のXX%以上の第一保健医療施設で編成される。</p> <p>2-6 本モデルのモニタリング・評価システムに沿ってモニタリング・評価活動が実施されている。</p> <p>2-7 対象地域のXX%の世帯で世帯センサスが実施される。</p> <p>2-8 対象市においてセンサスの結果を基に保健計画が作成される。</p>	<p>2-1 プロジェクト報告書</p> <p>2-2 プロジェクト報告書</p> <p>2-3 プロジェクト報告書</p> <p>2-4 プロジェクト報告書</p> <p>2-5 プロジェクト報告書</p> <p>2-6 プロジェクト報告書</p> <p>2-7 プロジェクト報告書</p> <p>2-8 プロジェクト報告書</p>	

活動	投入		
	<日本側>	<ホンジュラス側>	
1-1 「国家保健モデル」の保健サービスコンポーネント導入にあたり、必要な行政実施体系について、既存の体制や規則を見直す。			
1-2 同モデルの保健サービスコンポーネント導入にあたり、保健省の中央レベル及び地域レベルの各機関の責任と役割分担を明確化する。			
1-3 同モデルの保健サービスコンポーネント実施のための組織体系を醸成する。	日本人専門家：（長期専門家）チーフアドバイザー、地域保健、業務調整等	C/Pの配置	研修を受けた人材がPHCの担当から外れない。
1-4 同モデルの保健サービスコンポーネント実施に必要なガイドライン及びマニュアルを策定する。	（短期専門家）公衆衛生等	プロジェクトオフィス	
1-5 同モデルの保健サービスコンポーネントを対象地域で実施するための研修計画を立てる。	ローカルコンサルタント：保健行政/マネジメント等	研修施設等保健省既存施設の利用等	プロジェクト対象地域の治安が劇的に悪化しない。
1-6 同モデルの保健サービスコンポーネントを対象地域で実施するための研修プログラムを策定する。	研修受入：本邦研修、第三国研修	C/P経費	
1-7 同モデルの保健サービスコンポーネントを対象地域で実施するための研修教材を作成する。	機材供与：PHC関連基本医療機材（母子保健等）、車両等		
1-8 同モデルの保健サービスコンポーネントのモニタリング・評価システムを構築する。	研修実施、教材作成等		
1-9 同モデルの保健サービスコンポーネントの全国の普及手順書を策定する。			
1-10 対象地域において同モデルの保健サービスコンポーネントの実施体制や研修計画等の関連規則のモニタリング・評価結果に基づき、改善点を修正し、実施に関する体制やメカニズムを策定する。			
2-1 プロジェクト対象地で第一次保健医療施設の利用者を対象とした満足度調査を含むベースライン調査及びエンドライン調査を行う。			
2-2 対象地域における同モデルの保健サービスコンポーネント実施のためのモニタリング・評価計画も含めた実施計画を立てる。			
2-3 中央の保健省職員を対象とした保健行政能力改善のための研修を実施する。			
2-4 対象地域の県保健局を対象とした保健行政研修を実施する。			
2-5 対象地域の第一次保健医療施設の保健医療従事者及び地域コーディネーターを対象とした研修プログラムに合った研修を実施する。			
2-6 対象地域において家庭保健チーム編成や活動内容にかかわる説明や研修を行う。			
2-7 対象地域の第一次保健医療施設において家庭保健チームを編成し、活動を実施する。			
2-8 EAISに関するリファラルとカウンターリファラルをデザインし、県病院と対象地域の保健省職員に研修する。			
2-9 対象地域において予防とプロモーションの活動を行う。			
2-10 対象地域のコミュニティ保健ボランティアを指導するファシリテーターとしての能力強化研修を保健省職員に対して実施する。			
2-11 対象地域において同モデルの保健サービスコンポーネントの実施に関するモニタリング・評価を行う。			
2-12 同モデルの保健サービスコンポーネントの実施に関する体制やメカニズムをそれぞれの県内の他の地域の関係者と共有する。			
2-13 活動の実績に基づき、同モデルの保健サービスコンポーネントの県内の普及計画を策定する。			
2-14 同モデルの保健サービスコンポーネントの実施に関する体制やメカニズムに基づく実施工程を重視した経験を他県の関係者と共有する。			
前提条件			
			プロジェクト対象地域の治安が劇的に悪化しない。
			県レベルの保健省関係者が同モデルの導入のためのプロジェクトの実施を受け入れる。

* エル・パライス州はデウバセンティ市、ダンリ市、アラウカ市、エル・パライス市を対象地域とし、レンビーラ県ではサン・フランシスコ市、エランディータ市、サンタ・クルツ市、ラ・イグアラ市、サン・ラファエル市、ラ・ウニオン市を対象地域とする。

Annex 3: 実施体制図



合同調整委員会メンバーリスト

1 合同調整委員会

(1) 議長

- 保健省サービスネットワーク担当次官（プロジェクト・ディレクター）

(2) メンバー

- 保健省サービスネットワーク総局長
- 保健省サービスネットワーク次官室プライマリー・ヘルス・ケア課長（プロジェクト・マネジャー）
- 保健省セクター政策次官室人材開発課長
- エル・パライス県及びレンピーラ県保健局長（リージョナル・マネジャー）
- 看護研修センター長
- JICA 専門家
- ホンジュラス JICA 事務所代表

(3) オブザーバー

- 日本大使館代表
- WHO/PAHO 代表
- 国家計画・国際協力省代表

JCC は協議事項に応じて関係者を招集することが可能。

備考：議長が適当と判断するその他関係者を招へいできる。

Annex 5: Record of Discussion (Draft)

RECORD OF DISCUSSIONS
ON
[TITLE OF THE PROJECT]
IN
THE REPUBLIC OF HONDURAS
AGREED UPON BETWEEN
MINISTRY OF HEALTH
AND
JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY

Tegucigalpa, XXX XXth 2012

Mr. Akihiko YAMADA
Chief Representative
JICA Honduras Office
Japan International Cooperation Agency(JICA)
Japan

Dr. Roxana Araujo
Minister
Ministry of Health
Republic of Honduras

Mr. Julio Raudales
Minister
Ministry of Planning and External Cooperation
Republic of Honduras

Based on the minutes of meetings on the Detailed Planning Survey on the Project of Assistance for the implementation of an integrated family and community health care model (hereinafter referred to as "the Project") signed on September 14th 2012 between the Ministry of Health (hereinafter referred to as "MOH") and the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA"), JICA held a series of discussions with the MOH and relevant organizations to develop a detailed plan of the Project.

Both parties agreed the details of the Project and the main points discussed as described in the Appendix 1 and the Appendix 2 respectively.

Both parties also agreed that the MOH, the counterpart to JICA, will be responsible for the implementation of the Project in cooperation with JICA, coordinate with other relevant organizations and ensure that the self-reliant operation of the Project is sustained during and after the implementation period in order to contribute toward social and economic development of the Republic of Honduras (hereinafter referred to as "Honduras").

The Project will be implemented within the framework of the Agreement on Technical Cooperation signed on January 12th 2007 (hereinafter referred to as "the Agreement") and the Note Verbales exchanged on June 28th 2012 between the Government of Japan (hereinafter referred to as "GOJ") and the Government of the Republic of Honduras (hereinafter referred to as "GOH").

This Record of Discussions has been prepared in duplicate in the Spanish and English languages. Both are equally authentic. In case of any divergence of interpretation, the English text shall prevail.

Appendix 1: Project Description

Appendix 2: Main Points Discussed

Appendix 3: Minutes of Meetings on Project of Assistance for the implementation of an integrated family and community health care model

PROJECT DESCRIPTION

I. BACKGROUND

In the Central America, since the Declaration of Montevideo in 2005, Primary Health Care (hereinafter referred to as PHC) based on family health has been promoted under the initiative of Pan American Health Organization. This declaration suggested that it was essential to form multi-disciplinary renew PHC team including a doctor. Although most of Central American countries have adopted the abovementioned health model, Honduras has not practiced this model yet.

Infant mortality rate and maternal mortality rate of Honduras are still high compare to the Millennium Development Goals (hereinafter referred to as MDGs). In rural areas, especially in the area with high ratio of indigenous people, there are challenges in providing basic health care services to residents. Additionally, delivery rate in health facilities needs to be improved. Infectious diseases and diarrhea, early age pregnancy, chronic diseases, respiratory diseases are also serious health issues in rural areas. PHC activities are not conducted sufficiently to prevent and improve these health issues. Main reasons of the situation are that health care services in Honduras have focused on treatment and a system to provide PHC services is not well established as well as limited resources and capacities to implement activities related to PHC.

Considering this situation, the MOH of Honduras introduced four strategies such as "Strengthening the organization of the MOH," "Subcontracting health care services and local development," "Health promotion," and "Health model conducted by strengthened management capability." Under the four political strategies, the MOH has promoted a shift of health care service system from treatment centered services to a comprehensive and integrated care services. To practice the strategy, since 2005, the MOH has attempted to expand service provision by the primary level health institutions through subcontracting health care services to a social sector (Public-Social health care service model) which is proceeded with assistance by development partners.

In order to advance decentralization of health care services, it is essential that development of Public-Public health care service model which enables local government provides health care services. Then, the MOH developed "Health Plan (2010-2014)" and National Health Model (referred to as NHM) which suggests to implement "Prevention," "Promotion," "Treatment," "Rehabilitation," comprehensively by a family health team composed of several healthcare personnel including a doctor and a nurse for improvement of local residents' health conditions

Under the circumstances, the GOH requested the GOJ the technical assistance to strengthen implementation system and capacity of health professionals as well as disseminating the model nationwide.

II. OUTLINE OF THE PROJECT

1. Details of the Project

Details of the Project are described in the Logical Framework (Project Design Matrix: PDM) (Annex 1) and the tentative Plan of Operation (Annex 2).

2. Input by MOH

The MOH will take necessary measures to provide at its own expense:

- (a) Services of the MOH's counterpart personnel and administrative personnel as referred to in II-3;
- (b) Suitable office space with necessary equipment;
- (c) Supply or replacement of machinery, equipment, instruments, vehicles, tools, spare parts and any other materials necessary for the implementation of the Project other than the equipment provided by JICA;
- (d) Information as well as support in obtaining medical service;
- (e) Credentials or identification cards;
- (f) Available data (including maps and photographs) and information related to the Project;
- (g) Running expenses necessary for the implementation of the Project;
- (h) Expenses necessary for transportation within Honduras of the equipment referred to in II-1 (1) as well as for the installation, operation and maintenance thereof; and
- (i) Necessary facilities to the JICA experts for the remittance as well as utilization of the funds introduced into Honduras from Japan in connection with the implementation of the Project

3. Implementation Structure

The Project organization chart is given in the Annex 3. The roles and assignments of relevant organizations are as follows:

(1) MOH

- (a) Project Director: Secretary, Office of Under Secretary of Network Service
Project Director will be responsible for overall administration and implementation of the Project.
- (b) Project Manager: Director of Primary Health Care Division,
Project Manager will be responsible for the management and technical aspects of the Project at the nation level
- (c) Regional Manager: Heads of Regional Health Office
Regional Manager will be responsible for the management technical aspects of the Project at the local level

(2) JICA Experts

The JICA experts will give necessary technical guidance, advice and recommendations to the MOH on any matters pertaining to the implementation of the Project.

(3) **Joint Coordinating Committee**

Joint Coordinating Committee (hereinafter referred to as "JCC") will be established in order to facilitate inter-organizational coordination. JCC will be held at least once a year and whenever deems it necessary. JCC will approve an annual work plan, review overall progress, conduct monitoring and evaluation of the Project, and exchange opinions on major issues that arise during the implementation of the Project. A list of proposed members of JCC is shown in the Annex 4.

4. Project Site(s) and Beneficiaries

Project Sites are Lempira Department (La Iguala, La Union, San Rafael, Santa Cruz, Erandique, San Francisco) and El Paraico Department (Teupasenti, Danli, El Paraiso, Alauca). The direct beneficiaries of the Project are inhabitant in target areas in both departments.

5. Duration

The duration of the Project will be five (5) years starting from the initial dispatch of JICA expert.

6. Reports

The MOH and JICA will jointly prepare the following report in Spanish.

- (1) Progress Report on semiannual basis until the project completion
- (2) Project Completion Report at the time of project completion

7. Environmental and Social Considerations

The MOH agreed to abide by 'JICA Guidelines for Environmental and Social Considerations' in order to ensure that appropriate considerations will be made for the environmental and social impacts of the Project.

III. UNDERTAKINGS OF MOH

1. The MOH and the GOH will take necessary measures to:

- (1) ensure that the technologies and knowledge acquired by the Honduran nationals as a result of Japanese technical cooperation contributes to the economic and social development of Honduras, and that the knowledge and experience acquired by the personnel of Honduran from technical training as well as the equipment provided by JICA will be utilized effectively in the implementation of the Project; and
- (2) grant privileges, exemptions and benefits to the JICA experts referred to in II-1 above and their families, which are no less favorable than those granted to experts and members of the missions and their families of third countries or international organizations performing similar missions in Honduras.

2. Other privileges, exemptions and benefits will be provided in accordance with the Agreement on Technical Cooperation signed on January 12th 2007

(hereinafter referred to as "the Agreement") and the Note Verbales exchanged on June 28th 2012 between the GOJ and the GOH.

IV. EVALUATION

1. JICA and the MOH will jointly conduct the following evaluations and reviews.

- (1) Mid-term review at the middle of the cooperation term
- (2) Terminal evaluation during the last six (6) months of the cooperation term

2. JICA will conduct the following evaluations and surveys to mainly verify sustainability and impact of the Project and draw lessons. The MOH is required to provide necessary support for them.

- (1) Ex-post evaluation three (3) years after the project completion, in principle
- (2) Follow-up surveys on necessity basis

V. PROMOTION OF PUBLIC SUPPORT

For the purpose of promoting support for the Project, the MOH will take appropriate measures to make the Project widely known to the people of Honduras.

VI. MUTUAL CONSULTATION

JICA and the MOH will consult each other whenever any major issues arise in the course of Project implementation.

VII. AMENDMENTS

The record of discussions may be amended by the minutes of meetings between JICA and the MOH.

The minutes of meetings will be signed by authorized persons of each side who may be different from the signers of the record of discussions.

- Annex 1 Logical Framework (Project Design Matrix: PDM)
- Annex 2 Tentative Plan of Operation
- Annex 3 Project Organization Chart
- Annex 4 A List of Proposed Members of Joint Coordinating Committee

MAIN POINTS DISCUSSED

Annex 1. Logical Framework (Project Design Matrix:FDM)

Project Title: Project of Assistance for the Implementation of an Integrated Family and Community Health Care Model
(Project for Strengthening Primary Health Care System based on National Health Model)

Version: 0
14th, September 2012

Project Period : Year 2013- Year 2017 (5 years)

Target Area: El Paraiso and Lempira Departments*

Implementing Agency: The Ministry of Health (MOH), Office of Under Secretary of Network Service, Primary Health Care Division

Target Group: Personnels of the MOH in the central level and Regional Health Offices in the target areas of El Paraiso and Lempira Departments

Recipients: Residents of target areas in El Paraiso and Lempira Departments**

Project Summary	Indicators	Means of Verification	Important Assumption
<p>Overall Goal</p> <p>Residents' health conditions of El Paraiso and Lempira Departments are improved through practicing the health service component of the National Health Model (NHM)</p>	<p>1-1 Maternal mortality rate is reduced to XX% (per 100,000 live births) at El Paraiso and Lempira Departments.</p> <p>1-2 Mortality rate of under 5 children is reduced to XX% (per 1,000 live births) at El Paraiso and Lempira Departments.</p> <p>1-3 Infant mortality rate is reduced to XX% (per 1,000 live births) at El Paraiso and Lempira Departments.</p>	<p>1-1 Statistics of Regional Health Office</p> <p>1-2 Statistics of Regional Health Office</p> <p>1-3 Statistics of Regional Health Office</p>	<p>Health policy will not be changed drastically.</p>
<p>Project Purpose</p> <p>Effectiveness of the health service component of the NHM is verified in the target areas of El Paraiso and Lempira Departments.</p>	<p>1-1 Ratio of pregnant women who received prenatal care more than 5 times is increased to XX% in the target areas of El Paraiso Department.</p> <p>1-2 Ratio of pregnant women who received prenatal care more than 5 times is increased to XX% in the target areas of Lempira Department.</p> <p>2-1 Facility delivery rate in the target areas in El Paraiso Department is increased from XX% to XX%.</p> <p>2-2 Facility delivery rate in the target areas in Lempira Department is increased from XX% to XX%.</p> <p>3-1 Patients' satisfaction rate of users at health care facilities is increased to XX% in the target areas of El Paraiso Department.</p> <p>3-2 Patients' satisfaction rate of users at health care facilities is increased to XX% in the target areas of Lempira Department.</p> <p>4-1 More than XX of the health care facilities out of XX practice health service component of the NHM based on an established implementation system and mechanism in the target areas of El Paraiso Department.</p> <p>4-2 More than XX of the health care facilities out of XX practice health service component of the NHM based on an established implementation system and mechanism in the target areas of Lempira Department.</p>	<p>1-1 Statistics of Regional Health Office</p> <p>1-2 Statistics of Regional Health Office</p> <p>2-1 Statistics of Regional Health Office</p> <p>2-2 Statistics of Regional Health Office</p> <p>3-1 Satisfaction survey report</p> <p>3-2 Satisfaction survey report</p> <p>4-1 Project monitoring report</p> <p>4-2 Project monitoring report</p>	<p>Health policy will not be changed drastically.</p> <p>Residents' financial conditions will not become worse.</p>

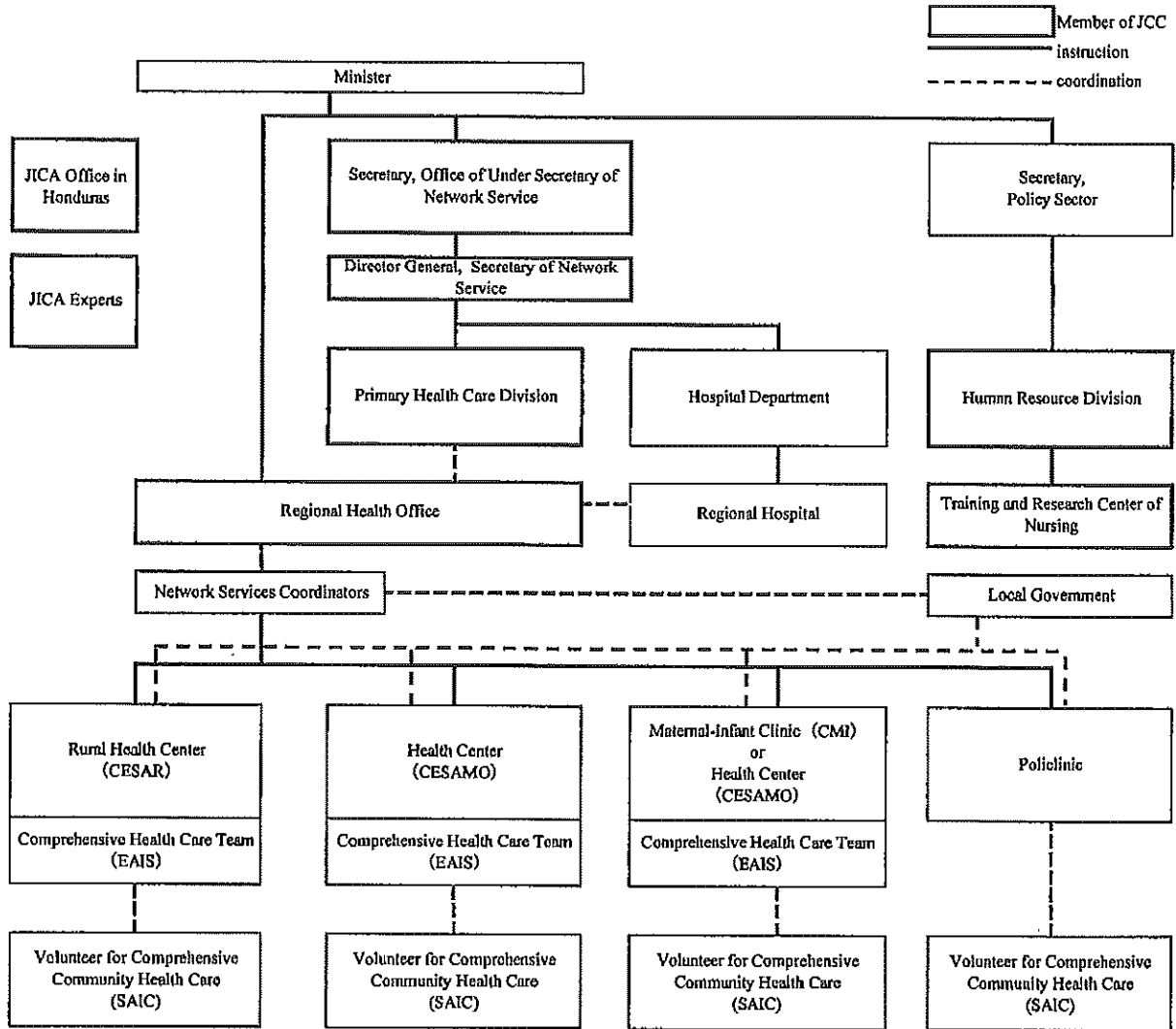
Outputs			
<p>1 Central and local level administration system and implementation system for the health service component in the NHM is defined.</p>	<p>1-1 Revised or created guidelines and manuals to implement the model are approved by ordinance of the MOH 1-2 Training plan for implementing the health service component of the NHM is approved by the MOH. 1-3 Training program and training materials for implementing the health service component of the NHM are approved by the MOH. 1-4 Monitoring and evaluation system is approved by the MOH. 1-5 Procedure manual for dissemination of the health component of the NHM is validated in the target areas.</p>	<p>1-1 Guidelines and manuals, issued ordinance of MOH 1-2 Approved training plan by the Primary Health Care (PHC) Division 1-3 Approved training program and training materials by the PHC Division 1-4 Approved monitoring and evaluation system approved by the PHC Division 1-5 Approved dissemination procedure manual approved by the PHC Division</p>	<p>Health personnels received training will remain in a position being in charge of primary health care. Security conditions in the target area will not become worse drastically.</p>
<p>2 Implementing system of health service component focusing on maternal child health in the NHM is established in El Paraiso and Lempira Departments.</p>	<p>2-1 Training is conducted to XX% of the personnels of the MOH central and regional health offices of the target areas. 2-2 Management training is provided to XX% of health personnels of the primary health care facilities 2-3 Training regarding PHC is provided to more than XX health personnels of the primary health care facilities in the target areas 2-4 XX% of the facilitators for community health volunteers receive training. 2-5 Family health team is organized at more than XX% of the primary health care facilities in the target areas. 2-6 Monitoring and evaluation activities are implemented according to a monitoring and evaluation system of the health component of NHM. 2-7 Household census is conducted at XX% of the households in the target areas. 2-8 Health plan is developed based on the results of the household census in the target areas</p>	<p>2-1 Project report 2-2 Project report 2-3 Project report 2-4 Project report 2-5 Project report 2-6 Project report 2-7 Project report 2-8 Project report</p>	

Activities	Inputs		
	< Japanese Side >	< Honduras Side >	
1-1 To find out necessary health administration system by reviewing existing system and rules for the implementation of health service component of the National Health Model (NHM)			
1-2 To clarify responsibilities and roles of each health department, unit, and facility for implementing the health service component of the NHM			
1-3 To clarify organizational system for implementing the health service component of the NHM	Japanese Experts: (Long term experts) chief advisor, community health coordinator, etc. (Short term expert) primary health care, etc.	Assignments of counterparts Project Office	Health personnels received training will remain in a position being in charge of primary health care.
1-4 To develop necessary guidelines and manuals for implementing the health service component of the NHM			
1-5 To develop a training plan for implementing the health service component of the NHM in the target areas	Local consultant: health administration/ management, etc.	MOH's existing facility for training, etc.	Security conditions in the target area will not become worse drastically.
1-6 To develop a training program for implementing the health service component of the NHM at the target areas	Training: training in Japan, training in other countries	Expenses required on counterparts	
1-7 To develop a training materials for implementing the health service component of the NHM	Equipment and other to provide: Medical equipment related to primary health care (maternal child health, etc.) , vehicle(s)		
1-8 To establish a monitoring and evaluation system for the health service component of the NHM	Provision of training, development of training materials		
1-9 To establish a nationwide dissemination procedure of the health service component of the NHM			
1-10 To develop a system and mechanism related to implementation based on a result of monitoring and evaluation for the health service component of the NHM in the target areas			
2-1 To conduct baseline and endline survey includes satisfaction survey on users at the primary health care facilities in the target areas			
2-2 To develop an implementation plan including monitoring and evaluation plan of the health service component of the NHM for the target areas			Preconditions
2-3 To conduct training to personnels of the MOH in the central level for improvement of health administration ability			
2-4 To conduct training to staff of the Health Department in El Paraiso and Lempira Departments to improve health administration ability			Security conditions in the target area will not become worse drastically.
2-5 To conduct training according to the training program to health personnels in the primary health care facilities of MOH			
2-6 To explain about formation of family health team (EALS) and conduct training on activities regarding EALS at the target areas			Stakeholders of the Ministry of Health accept implementation of the project.
2-7 To compose EALS and implement activities			
2-8 To design and conduct training regards referral and counter referral related to EALS to health personnels of regional hospital and other health personnels in El Paraiso and Lempira Department.			
2-9 To implement prevention and promotion activities at the target areas			
2-10 To conduct training to health personnels regards improving capability on instructing community health volunteers as facilitators			
2-11 To conduct monitoring and evaluation regarding implementation of the health component of the NHM in the target area			
2-12 To share experiences of practicing implementation system and mechanism with staff of MOH outside of the target areas in each Department			
2-13 Develop a dissemination plan for El Paraiso and Lempira Departments based on experience of implementation of the activities			
2-14 To share experiences of practicing a implementation system and a mechanism with MOH personnels who are outside of each Department			

* Target areas in El Paraiso Department are municipality of Teupasenti, Danli, Alajuca, El Paraiso. Target areas in Lempira Department are municipality of San Francisco, Erandique, Santa Cruz, La Iguala, La Union, San Rafael.

** In Honduras, local administrative division is described as Department. There are 18 Departments in Honduras and El Paraiso and Lempira are two of them.

Annex 3 Project Organization Chart



Annex4: A list of Proposed Members of Joint Coordinating Committee

A List of Members of Joint Coordinating Committee (JCC)

1. Chairperson:

- Secretary, Office of Under Secretary of Network Service, Ministry of Health (MOH) (Project Director)

2. Members:

- Director General, Secretary of Network Service
- Director General, Primary Health Care Division, MOH (Project Manager)
- Director, Human Development Department, MOH
- Heads of Regional Health Office in El Paraiso and Lempira Department (Project Regional Manager)
- Director, Training and Research Center of Nursing (CCIE)
- JICA Experts
- Chief Representative, JICA Honduras Office

3. Observers:

- Representative from Embassy of Japan in Honduras
- Representative from PAHO/WHO
- Representative from Ministry of Planning and External Cooperation (SEPLAN)

The JCC can invite and related persons to discuss specific issues.

NOTE: The Chairperson may request and admit attendance of other relevant personnel.

3. プロジェクト計画立案ワークショップ議事次第・参加者リスト

(1) PCM ワークショップアジェンダ

総合的保健医療モデル実施能力強化プロジェクト詳細計画策定調査

プロジェクト計画立案ワークショップ

日時：2012年9月4日

実施時間：10:30～15:00

場所：JICA ホンジュラス事務所会議室

議事次第

1. オープニング
2. 保健省 サービスネットワーク次官室 総局長からのご挨拶
3. JICA 調査団長からのご挨拶
4. 本プロジェクト形成にあたっての背景と経緯についての説明
5. 詳細計画策定調査の実施の流れと調査方法、目的についての説明
6. プロジェクトの位置づけやフレームワークについての説明
7. プロジェクトサイクルマネジメント手法を使った問題分析の実施
8. 昼食
9. プロジェクトサイクルマネジメント手法を使った問題分析の継続
10. 家族とコミュニティーのための包括的保健医療モデルの導入にあたっての枠組み案の説明と協議
 11. その他の必要事項についての確認と協議
 12. 今後のスケジュールの確認
 13. 保健省 サービスネットワーク次官室 総局長からのコメント
 14. JICA 調査団長からのコメント
 15. コーヒー休憩
 16. 終了

(2) PCM ワークショップ参加者

総合的保健医療モデル実施能力強化プロジェクト詳細計画策定調査

プロジェクト計画立案ワークショップ

参加者リスト

	氏名	役職
1	Dra. Carmen Sevilla	保健省サービスネットワーク次官室 PHC 課長
2	Dr. Marcio Madrid	保健省サービスネットワーク次官室 技術アドバイザー
3	Lic. Sonia Castellanos	保健省サービスネットワーク次官室 PHC 課 技術者
4	Dra. Diana Nunez	保健省サービスネットワーク次官室 PHC 課 技術者
5	Dra. Gladys Paz	レンピーラ県 保健局長
6	Dr. Carlos Zuniga	レンピーラ県 保健局疫学担当者
7	Lic. Francisca Rodriguez	レンピーラ県 保健局保健サービス担当者
8	Dr. Gorge Bustamente	エル・パライス県 保健局長
9	Dra. Carminda Sosa	エル・パライス県 保健局疫学担当者
10	Dra Reyna Torres	エル・パライス県 保健局保健サービス担当者
11	Dra. Nory Laogs	エル・パライス県 テウパセンティ市 保健センターディレクター
12	Lic. Yadira Mendoza	エル・パライス県 アラウカ市及びエル・パライス市コーディネーター
13	花田恭	JICA 詳細計画策定調査 調査団 総括
14	山田朋美	JICA 詳細計画策定調査 調査団 協力企画
15	中西政文	JICA 詳細計画策定調査 調査団 評価分析
16	山脇ふさ子	JICA 詳細計画策定調査 調査団 通訳
17	渡辺咲子	JICA ホンジュラス事務所 保健チーム長
18	Ms. Mayra Carbajal	JICA ホンジュラス事務所 保健チーム

