

No. 6

# ジャマイカ国 感染症基礎調査団報告書

平成7年10月

JICA LIBRARY



J 1130096 (9)

国際協力事業団  
医療協力部

医協二

J R

95-12

JICA  
614  
93.8  
MCN  
BRARY







ジャマイカ国  
感染症基礎調査団報告書

平成7年10月

国際協力事業団  
医療協力部



1130096 [9]

## 序 文

ジャマイカ国は1994年の世界銀行推計では、人口が約244万人、一人当りのGNP1,380ドルの低位中所得国で、また、国連開発計画のヒューマン・デベロップメント指標（HDI）は、ミディアム（中位開発状況）HDI国と位置づけられています。しかし、同国全人口中、46%にあたる112万人が地方に居住し、その地方人口80%（約90万人）が、国連開発計画の基準からほど遠い栄養不良、感染症等の罹患状況から脱却できない状態（絶対的貧困）に置かれています。特に、都市部と地方、パブリックセクターとプライベートセクターとの間の格差が拡大し、医療分野では、公共地方病院における基礎的医療資機材の不足、看護体制の不備、医療従事者の海外流出等人材不足による医療サービスレベルの低下が著しく、貧困層は、十分な医療サービスを満足に受けられない状況にあります。

これに対し、同国政府は、医療行政の地方権限委譲等を進め、地方医療サービスネットワーク化に努めていますが、拠点となる保健所等の機能拡充が困難な状況にあり十分な進展が見られていません。

このような状況から、同国における絶対的貧困層の生活環境改善に係る外国援助の必要性が高まっています。

本件は、ジャマイカ国における保健・医療行政の現状と方針を把握するとともに、地方における関連分野の基礎データを収集し、現状把握のために中央・地方における実施機関に対する聞き取り調査等の現地調査を行い、今後の技術協力計画の立案及び実施に活用可能な情報を収集するため、平成7年4月10日から5月9日まで大分医科大学系賀敬名誉教授を団長とする基礎調査団を派遣しました。

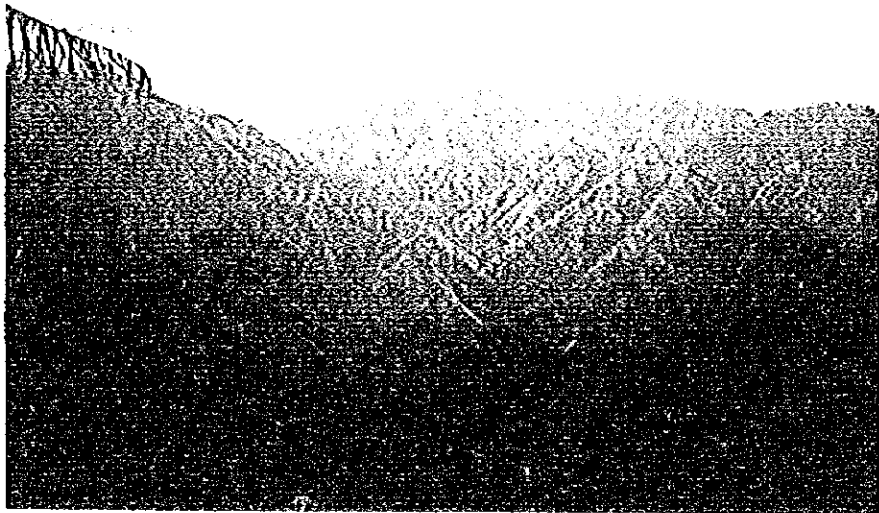
本報告書は同調査団が実施した調査及び協議内容と結果につき取りまとめたものです。

ここに本調査に当たり、ご協力を賜りました関係各位に対しまして、深甚なる謝意を表します。

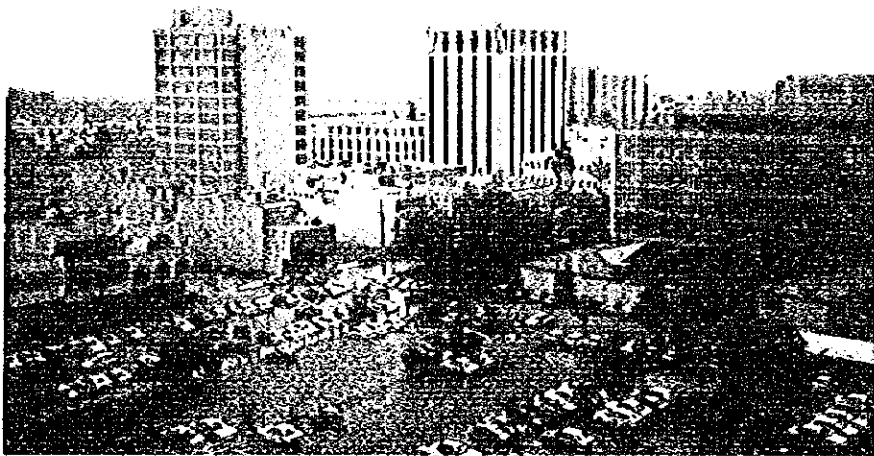
平成7年10月

国際協力事業団

理事 小澤 大二



ブルーマウンテン（上）、  
キングストン市街地（下）

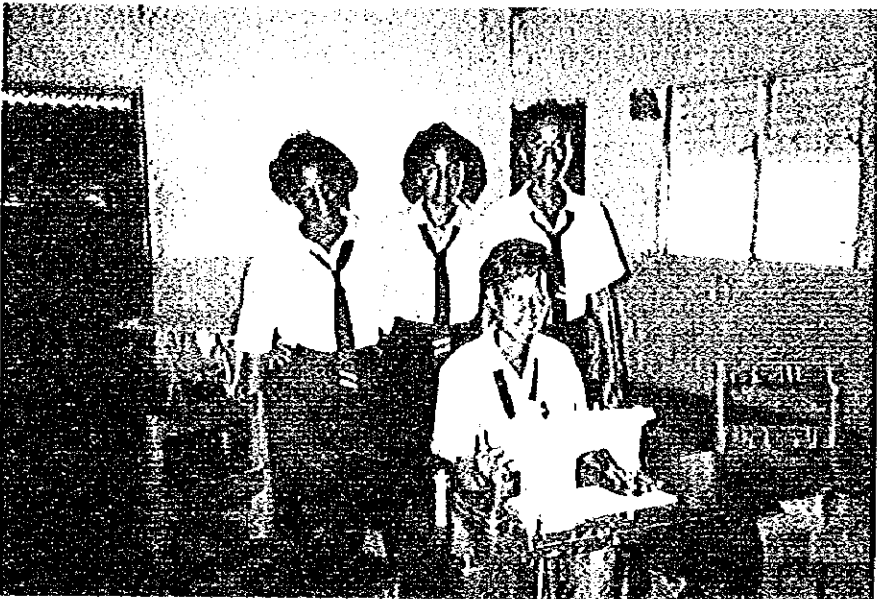


左上から、保健大臣、  
大久保大使、保健省事務官、  
三角団員、糸賀団長





青年海外協力隊員（看護）  
活動の視察（ブラック・  
リバー病院にて）



プライマリーヘルスセン  
ター支部における職業訓  
練活動



コミュニティーヘルスセ  
ンターにおけるAIDS・  
性病予防プログラム

ジャマイカ



# 目 次

序 文  
写 真  
地 図

1. 基礎調査団の派遣 .....	1
1-1 調査団派遣の経緯と目的 .....	1
1-2 調査団の構成 .....	1
1-3 主要調査項目 .....	1
1-4 調査日程 .....	3
1-5 主要面談者 .....	5
1-6 調査のロケーション .....	7
2. 総括／保健衛生の一般状況（現状と問題点） .....	9
2-1 ジャマイカの事情 .....	9
2-2 保健医療の現状と問題点 .....	9
2-3 政府の対応と重点施策 .....	10
2-4 Comprehensive 健康センターについて .....	11
2-5 総括的印象 .....	19
3. 調査結果 .....	13
3-1 ジャマイカ政府の保健・医療分野の政策（方針・戦略） .....	13
3-1-1 政府保健・医療の位置付け .....	13
3-1-2 政府機関の保健・医療分野の中での重点項目 .....	15
3-2 保健医療システム（中央、地方レベル） .....	17
3-2-1 保健医療機関・施設 .....	17
3-2-2 保健医療行政 .....	21
3-2-3 保健医療財政 .....	23
3-2-4 保健医療関連法規 .....	23
3-2-5 保健医療従事者 .....	23
3-2-6 医療資機材 .....	27

3-3	保健医療サービスの実態（パブリック・プライベート及び都市・地方の格差）	27
3-3-1	都市・地方保健医療機関の現状	27
3-4	感染症の実態及び対策に関する状況	29
4.	国際協力	31
4-1	二ヶ国政府援助	31
4-2	国際機関援助	31
4-3	NGO等	32
5.	調査によって判明した援助ニーズ及び各項に対するコメント	35
附属資料		
①	ジャマイカ国地図	41
②	ジャマイカ保健関連指標	42
③	1995/1996年保健省保健医療計画	43
④	ジャマイカ国の概要表	49

# 1. 基礎調査団の派遣

## 1-1 調査団員派遣の経緯と目的

ジャマイカ国（以下ジャマイカと略す）は1994年の世界銀行推計によれば、人口：約244万人、一人当たりのGNP1,380ドルの低位中所得国であり、また、国連開発計画のヒューマン・デベロップメント指標（HDI）においては、ミディアム（中位開発状況）HDI国と位置づけられている。しかし、同国全人口中、46%の112万人が地方に居住し、その地方人口の80%（約90万人）が、国連開発計画の基準からほど遠い栄養不良、感染症等の罹患状況から脱却できない状態（絶対的貧困）に置かれている。特に、都市部と地方、パブリックセクターとプライベートセクターとの間の格差が拡大しており、医療分野では、公共地方病院における基礎的医療資機材の不足、看護体制の不備、医療従事者の海外流出等人材不足からくる医療サービスレベルの低下が著しく、貧困層は、十分な医療サービスを満足に受けられない状況にある。

これに対し、同国政府は、医療行政の地方権限委譲等を進め、地方医療サービスネットワーク化に努めているが、拠点となる保健所等の機能拡充が困難な状況にあり十分な進展が見られていない。

このような状況から、同国における絶対的貧困層の生活環境改善に係り外国援助の必要性が高まってきている。

本調査団は、ジャマイカにおける保健・医療行政の現状と方針を把握するとともに、地方における関連分野の基礎データを収集し、現状把握のために中央・地方における実施機関に対する聞き取り調査等の現地調査を行い、今後の技術協力計画の立案及び実施に活用可能な情報を収集するために派遣された。

今日まで同国の、保健医療・人口計画等に関する情報が必ずしも十分に蓄積されていなかったため、今後の技術協力の方向性を確立するためにも重要なステップであり、基礎データの収集及び現地調査については、プロジェクト形成に際して資料ともなるよう配慮する。

## 1-2 調査団の構成

担当業務	氏名	所属
団長 総括	糸賀 敬	大分医科大学名誉教授
団員 公衆衛生	三角 順一	大分医科大学医学部教授
団員 感染症	薄田 栄光	アイシーネット株式会社研究員
団員 協力計画	五十嵐 仁	国際協力事業団医療協力部ジュニア専門員

## 1-3 主要調査項目

- (1) 中央・地方政府における保健・医療政策の現状と問題点の把握
- (2) 保健・医療関係行政組織の現状と問題点の把握

- (3) 地方住民の一般的生活環境の把握
- (4) 本分野に係る基礎データの収集と分析
- (5) 他の援助機関等の同分野における協力活動の把握
- (6) パブリック及びプライベートセクター別の保健・医療サービスの現状と問題点の把握
- (7) 本分野に関するニーズの把握

1-4 調査日程

日 順	月 日	曜日	移 動 及 び 業 務
第1日	4月10日	月	成田発
2日	4月11日	火	マイアミ着 マイアミ発 キングストン着 大使館及びJOCV事務所表敬
3日	4月12日	水	保健省 大使館及びJOCV事務所との協議 企画庁職員との協議
4日	4月13日	木	保健省・企画庁等職員との協議 WHO/PAHOとの情報交換
5日	4月14日	金	オーチャリオスへ移動 オーチャリオス付近視察
6日	4月15日	土	団内協議/資料整理・分析
7日	4月16日	日	資料整理
8日	4月17日	月	キングストンへ移動 団内協議、資料整理
9日	4月18日	火	Kingston Public病院視察 Medical Associate私立病院視察 ブラックリバー地区へ移動/泊 協力隊員との懇談
10日	4月19日	水	地方医療施設視察 ブラックリバー病院視察後キングストンへ移動 大使との夕食会
11日	4月20日	木	企画庁等職員との協議 中間報告書作成 調査団主催夕食会
12日	4月21日	金	USAIDとの情報交換 大使館・JOCV事務所中間報告 協力隊員との懇談
13日	4月22日	土	JOCV調整員との事務打合せ
14日	4月23日	日	収集資料の整理・分析 資料の整理・分析
15日	4月24日	月	統計資料の整理
16日	4月25日	火	企画庁図書館での資料収集 統計局での資料収集
17日	4月26日	水	保健省情報班での資料収集 IDBとの情報交換
18日	4月27日	木	Italian Embassyとの情報交換 European Unionとの情報交換
19日	4月28日	金	薬化学局での資料収集 大学医学図書館での資料収集
20日	4月29日	土	資料整理・分析
21日	4月30日	日	資料整理

日 順	月 日	曜日	移 動 及 び 業 務
第22日	5月1日	月	午前/心臓協会との情報交換 糖尿病協会との情報交換 午後/資料整理
23日	5月2日	火	不足分資料の確保/報告書作成
24日	5月3日	水	マンデビル保健所視察 ニューポート保健所視察
25日	5月4日	木	午前/保健省企画評価班との協議 不足分資料の確保/報告書作成
26日	5月5日	金	大使館・JOCV事務所へ最終報告
27日	5月6日	土	資料整理
28日	5月7日	日	キングストン発 サンフランシスコ着
29日	5月8日	月	サンフランシスコ発
30日	5月9日	土	成田着



## 1 - 5 主要面談者

### 保健省

Dr. The Hon. Peter Phillips	Minister of Health
Mr. George Briggs	Permanent Secretary
Dr. Marjorie Holding-Cobham	Director of Health Reform Unit
Dr. Barry Wint	Chief Medical Officer
Dr. Peter Figueroa	Principal Medical Officer (PMO), Epidemiology
Dr. Eva Fuller	PMO, Primary Health Care
Dr. Deanna Ashley	PMO, Secondary Tertiary Care
Dr. Denise Goffe	Senior Medical Officer, Secondary Tertiary Care
Mr. Whilston Taylor	Director, Projects
Ms. Margaret Lewis	Acting Director, Planning
Ms. Yvette Chambers	Acting Director, Health Information Unit
Dr. Jacqueline Gernay	Senior Medical Officer, Kingston & St. Andrew
Dr. Herbert Elliott	Physician and Surgeon
Dr. Sonia Thomas	Senior Medical Officer
Mrs. Karlene Nugent	Chief Executive Officer
Mr. Karl Davis	Hospital Administrator (University Hospital)
Dr. Howard Spencer	Vice-Dean, Faculty of Medicine ( / )
Dr. Trevor McCatney	Senior Medical Officer (Kingston Public Hospital)
Mr. Don Nelson	Chief Executive Officer
Mrs. Elizabeth O'Reggio	Matron (Medical Associates)
Dr. M'Shana	Senior Medical Officer (Black River Hospital)
Mrs. Princess Osbourne	Science Officer, Pharmaceutical Service Division
Mrs. Ivonu Pitoc	Manchester Health Department
Mrs. Isaacs Sharon	Newport Primary Health Center

### 企画庁

Mr. Winston Anderson	Director of Technical Cooperation Division
Ms. Dorothy Jones	Deputy Director of Technical Cooperation Division
Ms. Lois Kirton	Program Officer of Technical Cooperation Division

Inter-American 開発銀行

Mr. Robert J. Kestell

Representative

アメリカ合衆国援助庁

Ms. Nola Mignott

Ms. Grace Ann Grey

イタリア大使館

Dr. Antonio Provenzano

Ambassador

European Union

Mr. Andrea Latini

Delegation of the Commission in Jamaica

NGO

Ms. Deborah Chen

General Manager, Heart Foundation

Mr. Owen Bernard

Executive Director, Diabetics Association

在ジャマイカ日本国大使館

大久保 基

特命全権大使

船越 博

参事官

伊藤 絢子

一等書記官

直江 修

二等書記官

JOCV ジャマイカ事務所

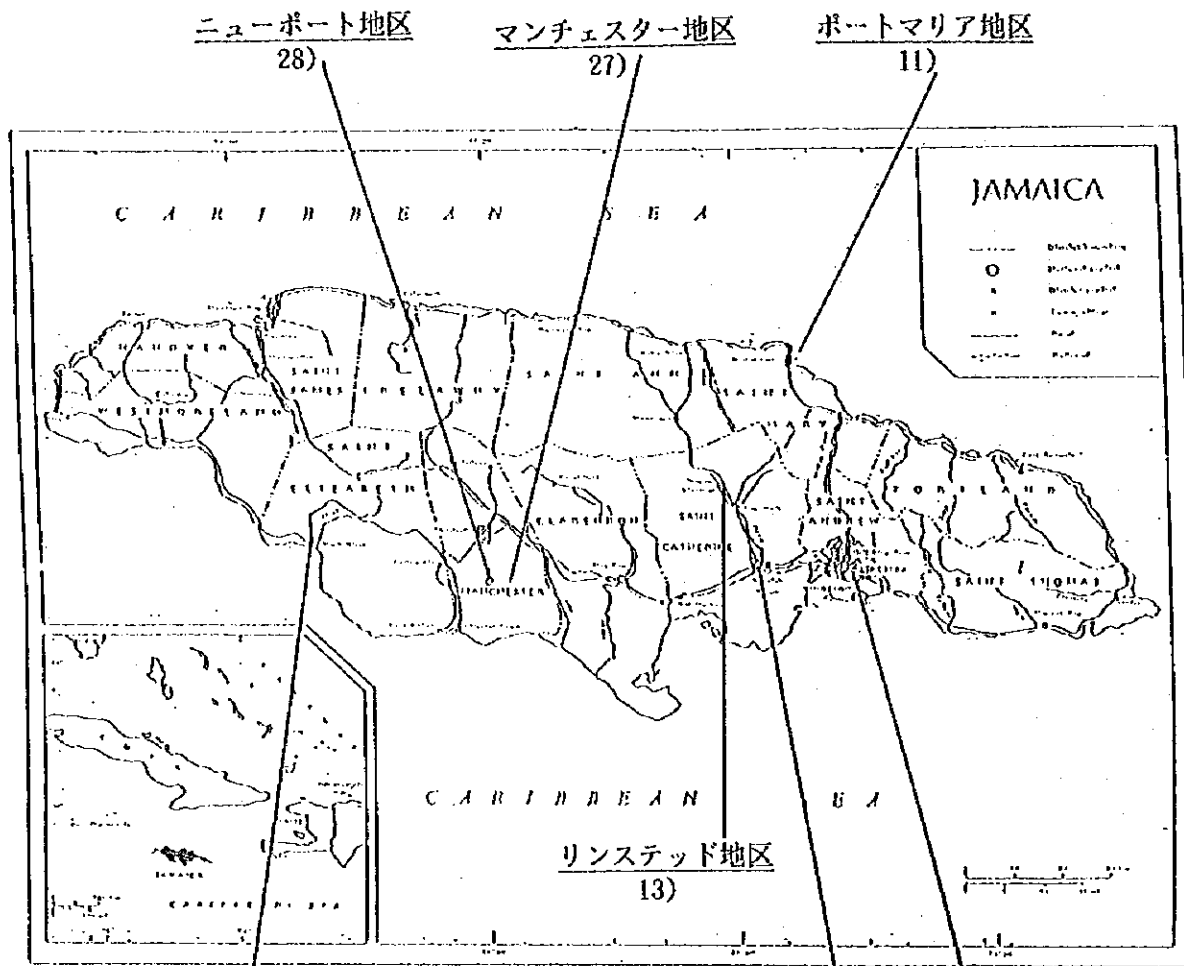
高橋 恭子

調整員

## 1-6 調査のロケーション

各調査ロケーションは以下のとおりであり、次ページの地図中に場所を示す。各地区名の下  
の番号は、この各ロケーションの番号に対応する。

- 1) 保健省 (協議)
- 2) Comprehensive Health Center in Kingston (視察/情報収集)
- 3) Bustamante Hospital (視察/情報収集)
- 4) University Hospital of the West Indies (視察/情報収集)
- 5) WHO/PAHO (情報交換)
- 6) Kingston Public Hospital (視察/情報収集)
- 7) Medical Associates Hospital (視察/情報収集)
- 8) Black River地区 (協力隊員からの聞き取り調査)
- 9) Black River地区地方医療施設 (視察/情報収集)
- 10) Black River Hospital (視察/情報交換)
- 11) Port Maria 保健所付近 (視察)
- 12) Spanish Town Hospital付近 (視察)
- 13) Linsteadボーキサイト工場付近 (環境視察)
- 14) Black River地区一般家庭訪問 (生活環境視察)
- 15) Black River地区生活環境向上センター (視察)
- 16) The United States Agency for International Development (情報交換)
- 17) 保健省保健情報班 (情報収集、視察)
- 18) 企画庁図書館 (情報収集)
- 19) 統計局 (情報収集)
- 20) 西インド大学医学図書館 (情報収集)
- 21) Inter-American開発銀行 (情報交換)
- 22) イタリア大使館 (情報交換)
- 23) European Union (情報交換)
- 24) 薬化学サービス局 (協議)
- 25) 心臓協会 (聞き取り調査/情報収集)
- 26) 糖尿病協会 (聞き取り調査/情報収集)
- 27) マンチェスター保健所 (視察/情報交換)
- 28) ニューポート保健所 (視察/情報交換)
- 29) 保健省企画評価班 (情報交換)



ブラックリバー地区  
 8) 14)  
 9) 15)  
 10)

スパニッシュタウン地区  
 12)

キングストン地区  
 1) 6) 19) 24)  
 2) 7) 20) 25)  
 3) 16) 21) 26)  
 4) 17) 22) 29)  
 5) 18) 23)

## 2. 総括／保健衛生の一般状況（現状と問題点）

### 2-1 ジャマイカの事情

(1) 歴史と政治：クリストバール コロン（コロンブス）がこの島に辿り着いた、1494年5月4日以前、この島に住んでいた人々は、ガイアナならびにベネズエラ地域から由来したタイノと称されるアラワックインディアン達であった。彼等は、紀元650年頃と850～900年間の2回にわたって本島に到来したといわれている。

1509年にコロンブスの息子Diegoによる最初のスペイン総督が置かれたが、1655年5月に英国遠征軍がこの島に上陸し、スペイン人が追放された。その前後に、インディアンは全て滅亡してしまっただといわれている。その後、1670年7月のマドリッド条約によって、この島は英国に譲渡された。

その後もヨーロッパの列強大国の滅亡史が、そのまま鏡のように、このカリブ海領域の島々で演じられ、繰り広げられた。

1807年3月、英国領アフリカにおける奴隷取引が廃止され、1838年8月、奴隷制度が全面的に廃止された。

1957年11月自治政府が創立され、1962年8月6日にジャマイカとして独立した。現在の政体は英連邦の一員であり、総督、首相、上・下院が置かれている。

(2) 国土と面積ならびに気候：10,957平方キロ（秋田県とほぼ同じ）で、農業・牧畜利用面積は46.4%である。東西に長く、キューバの南に位置し、カリブ海の大アンチル諸島の中にある。最高峰はブルー・マウンテン・ピークの2,258mで、熱帯性海洋性気候である。

(3) 人口：人口は244万人で、首都キングストンの人口は80万人であり、人口増加率は0.9%である（1991年推定）。

(4) 経済と社会指標：GNPは、33.65億米ドルで、一人当たりのGNPは、1,380米ドル（1991年）、対外債務残高は38億米ドル（1992年8月）である。

輸出の主品目は、ボーキサイト／アルミナ（47.4%）、アパレル（7.5%）、砂糖（7.6%）、バナナ（3.9%）であり、コーヒーの輸出量912トンの内、80%が日本向けのブルー・マウンテン・コーヒーである。

なお、観光収入は、ボーキサイトと抜いて1993年には、10億米ドルとなった。

(5) 対日関係：在留法人は極めて少数で、76名であり、コーヒー会社数社が進出している。

### 2-2 保健医療の現状と問題点

ジャマイカにおける1994年の一般会計で、支出の40%が債務の返却に当てられ、物価上昇率も1992年40.2%、1993年23.3%とインフレーションの傾向が強く、失業率も実質30%と高率である。そのため一般国民の生活は豊かではなく、労働者の保険加入率も14～16%と低率であり、貧困に加

えて、暴力、性犯罪、エイズの増加、環境の劣化などが国民の保健衛生保持・向上に大きな阻害因子として働き、その足枷となっている様子が窺えた。

同国政府は、国家予算の8%を保健・医療分野に支出し、医療サービスの質的向上に努めているが、国民のニーズに必ずしも十分に応えていると言えないとの当局者からの発言もあった。しかし、この予算配分は、国の政策の位置付けで、第一位ではないものの比較的に重用視されているといっても過言ではない。

なお、同国の成人は、途上国のなかでは比較的健康であり、統計的には、最近、平均寿命も70歳と先進国のレベルに到達した。即ち、出生率と死亡率の低下、平均寿命の伸びにより、疫学的構造が、都市化、産業化、ライフスタイルをリスク要因とする疫病に変化し、主要死亡原因が先進国型（心疾患、悪性新生物）に移行しつつあると報告されている。しかしながら、全国的にみて罹患状態が顕著に改善したとはいえないようである。

また、保健医療に関する予算の大きな割合が、都市部医療施設で実施される救急医療部門で使用され、地方の保健医療サービスに行き届かず、その質的低下に拍車を掛ける原因になっている様子が窺えた。なお、最近公共医療機関の利用率も年々低下し、逆に民間医療機関の利用率が増加している。

一方、家計支出からみる下位20%の低所得層（特に凶悪犯罪が多発する首都キングストンのスラム街）では、小児の栄養失調が多く、地方では栄養環境の悪化からチフスの発症がある。また、後述するように、他に僅少ではあるが熱帯医学領域の疾患（伝染病）の発現も認められる。

1948年に創設された西インド大学保健学科において医師（修学年限6年）ならびにコ・メディカル（看護婦等の修学年限4年）の養成が実施され、毎年医師ならびに看護婦がそれぞれ100名卒業している。また、薬剤師（149名：充足率35%）、放射線技師（63名：充足率89%）、臨床検査技師（165名：充足率50%）の養成制度も確立していた。但し、これらの専門家は、カリブ海領域中の英語圏諸国ならびにアメリカ合衆国等に対して流出が激しく、マン・パワー不足の原因となっている。

今回の聞き取り調査で、国全体の医師数は約2,500名（保健所・病院等公共医療施設の勤務の保健婦246名：充足率95%）、看護婦数は約3,000名（保健所・病院等公共医療施設の勤務の保健婦246名：充足率55%、看護婦2,289名：充足率56%、助産婦532名：充足率46%）であった。

（注）（……）内は、1995年の調査データによる。

### 2-3 政府の対応と重要施設

同国保健省は、少ない予算で効果が上がるように、保健医療制度の抜本的改革を企画している。また、費用効果の高いプログラムの投入、地方への権限委譲、利用者負担による費用回収を含めた付加財源の確保、保健行政機能の向上、病院マネジメントの強化、保健関連法案の改正と整備、民間セクターの導入ならびに協力、NGOの協力の拡充を求めている。また、母子保健を中心とするプライマリー・ヘルス・ケア（以下PHCと略す）の協力、性病対策、保険制度の導入に関す

る調査等に尽力しているとの説明があった。高額な医療費を要する良質の医療サービスが受けられない低所得層のための保健医療制度改革であり、更に国民に対して保健衛生教育等（例えば母子教育等）を重点項目として、公衆衛生の向上に、努めたい意向と推察される。また、水の問題も挙げられていた。

#### 2-4 Comprehensive健康センターについて

全国に260施設（各地域ごとに設置されている）以上もある Comprehensive健康センター（以下PHCセンターと称する）は、保健衛生（保健所）活動とPHCを並列して実施している組織である。それらは、活動能力、規模により5段階に分けられている。このような組織は、日本にはないが、もし、今後、活動と運用を機能的に活用化することが図られれば、同国の低所得層の保健医療の充実にとって、極めて有用な手立てになるものと考えられる。

前述したように、予算とマン・パワーの不足により、下級のセンターにおける活動内容の貧困さが目立ち、地方の施設に皺寄せが生じている。

その解決法の一つとして、保健医療の行政改革に伴い、センターの統合（廃止）等の合理化が必要と考えられ、本調査団より、国の保健省大臣に対し、その必要性を提言した。また、地方への権限委譲の際には、センターが地域の特色（疫学的マッピング等による問題の把握）に合わせ、保健医療サービスを提供できるようにするべきであろう。

#### 2-5 総括的印象

保健医療の質的向上化ならびにその技術・システム等の改善に関して、保健省の大臣始め各部門の責任者、第一線で業務を担当しているPHC、病院施設等の担当者は、いずれも積極的・意欲的であり、熱意を持っていた。

また、嘗て英国の植民地政策を受けたという残影が窺われ、同国のテクノクラート達は、温和、従順で、礼儀正しく、企画（計画）、立案、システム化する能力も、管理・運営能力もラテンアメリカの国々と比較する富んでいるように感じられた。

予算問題については国政府の自主努力に頼るところが多い。また、医療従事者の流出問題について、その定着率、充足率を高めるためには、インセンティブの確立が必要となり、養成所の新設／拡充とともに、医療従事者の働きやすい職場環境を整備するサポート体制等の確率も必要と考えられる。

なお、WHO関連で、緊急医療部門の技術協力を分担するマルチ型協力も考えられる。

ジャマイカで、青年海外協力隊員は、地道に真摯な技術協力を遂行している。

その一方、アメリカ合衆国、EU、イタリア等も、長期展望のもとに、地道な医療技術協力を実施中であり、加えて数多くのNGOによる技術協力も活発である。

今後、我が国が、ジャマイカに医療技術協力を開始する際、他の国・団体が現在実施中の医療技

術協力の分野と内容を慎重に考慮し、互いに重複しない分野・内容のプロジェクトを、選定すべきである。



### 3. 調査結果

#### 3-1 ジャマイカ政府の保健・医療分野の政策（方針・戦略）

##### 3-1-1 政府保健・医療の位置付け

ジャマイカ政府は、1990～1995年の国家開発5ヵ年計画の中で保健医療セクターの基本方針を以下のように定めている。

- (1) 費用回収を含めた保健医療財政メカニズムを保健医療セクターに導入する
- (2) 保健医療従事者の減少をくい止め、医療サービスの管理運営能力の向上を図る
- (3) 保健医療に関する法律の改正ならびに新しい法律の整備を促進する
- (4) 母子保健と疾病対策を主とするPHC機能を回復させる
- (5) 医療サービスの質を適正なレベルに回復させる
- (6) 医療施設の改善
- (7) 精神衛生分野の法整備・医療サービスの改善を行う
- (8) 慢性的な医薬品不足を減少させる
- (9) 保健省の管理運営組織を再編成する
- (10) 保健医療において民間活力の導入を促進する

政府は、全ての国民に対して健康的な生活を維持増進し、保健医療サービスにアクセスする権利を保障するとして、国民の健康を生活の質のみならず、高い生産水準を達成するための人的開発と位置付けている。そして、保健省の役割を全てのジャマイカ国民が保健医療サービスを楽しむことができ、子供や家族の健康を守り、誰もが責任ある市民として社会に参加できるよう政策・戦略を策定し、実施することにあるとしている。また、このような保健省の役割を強調しながら、その一方で個人・地域における健康増進活動への参加や民間セクター・NGOの協力がなければ国民の健康目標を達成できないともしている。

ジャマイカは、PHCの理念をいち早く受け入れて実践し、1970年代後半から80年代前半にかけてPHCの施設と、それらに関連させた形で地域病院・中核病院を整備拡充してきた。その成果として平均寿命は1970年の68歳から1991年には73歳に延び、乳児死亡率は1970年の43/千人から1991年には15/千人、合計特殊出生率は、5.5から3.0に減少した。加えて、ジャマイカには、いわゆる風土病がないこと、性病を除いて深刻な流行感染症がないことがカリブ海近隣諸国に比べて比較的高い健康水準を達成した要因でもある。

しかし、原則として非常に低い費用で保健医療サービスを提供し、そのほとんどを公立機関に頼るシステムは、オイルショックや構造調整に伴う2回の経済的落ち込みによって公的財政に重い負担を強いた。医療サービスを継続するための医療資機材や医薬品の深刻な不足が医療の質を低下させ、1980年代から始まった民間の医療機関の出現とともに人々の公立医療機関への足を遠のかせ、人々の公立医療機関による保健医療サービスへの不信を抱かせる状況を作り出した。地方と都市部

の実質的な保健医療サービスの格差は、上記理由による全体的な医療資源の不足の中で資源が中央に優先的に配分されたことも一因である。更に、公立機関で働く医療従事者の海外や民間への流出は、公立医療機関のサービスを著しく悪化させ、深刻な問題になっていった。

このような状況に対してジャマイカ保健省は1980年代半ばに、1960年代より据え置かれていた利用者の一部負担を引き上げ、いくつかの地方病院を診療所に各下げし、地域で働く保健補助要員をレイオフさせるという一時的な対応策で切り抜けようとした。しかし、保健医療セクターの全体的改革の必要性が政府に認識され、医療財政への抜本的対策が始まったのは1980年代後半のことである。

上述した国家開発5ヵ年計画の中の保健医療セクター基本方針はこのような文脈の中で策定されたものであり、上流域から始まる保健医療セクター改革を推進することが眼目になっている。その後もこの方針を踏まえて保健省の保健医療計画が策定され、保健医療サービスの管理運営面の改善は、引き続き重要課題となっている。

Economic & Social Survey, Jamaica 1995によると1994年は、その中でも、保健省組織の改革・再編成、医療設備の改築が進められた。これらの改善計画は、Health Sector Initiative、Health Services Rationalization、Jamaica Population and Health、Social Sectors Development、Family Planning Initiatives and AIDS/STDプログラムなど、海外からの支援によるところも大きい。また、保健省の目標である医療機関の財政的な自立を伴った保健医療システムの地方への権限の委譲は、1994年においては、当初の目的どおりには進まなかったとしている。

法律・規制等の整備においては、食品・薬品法、検疫、公衆衛生の各法の改正がなされ、財政マニュアルが作成された。保健医療サービスの合理化は引き続き行われ、公立/民間保健医療機関のミックス、保健医療従事者の公立/民間ミックスにおける重要性を前にも増して認識されてきたとしている。その一方で、公立医療機関による保健医療サービスの状況が政府の進めるマクロ経済政策や構造調整に強く影響を受けており、保健医療における新しい財源、費用回収、効率化などはあまり強調しすぎることは好ましくないとする見方もある。

政府の直接的な役割としての限界を認め、保健医療財源を確保するもうひとつのあり方として民間セクターとの協力を、5ヵ年計画における基本方針の中でも述べられている。すなわち、人々に保健医療に関する考え方、全てを公立（政府）にまかせてしまうのではなく、自らの健康に関心のみならず、健康増進に向けて行動を行うことである。そのような公立機関と住民との間に相互の情報交換が成り立つとき、健康への住民参加型の健康増進運動が進められるとしている。

保健省で働く医療技術者の数を増加させる努力は1990年代から続けられてきた。主要な医療技術者の中で医師、看護婦、レントゲン技師は増えたが、衛生検査技師、薬剤師、助産婦の減少の傾向は止まっていない。

地方の医療における役割を強化するために地方病院に権限と決定権を持たせるようになった。それまでの病院長、婦長、事務長の3者による決定を廃止し、Executive Director制度を導入して病

院の財務を含めた事務管理部門の強化を図るものである。すでに、費用回収による医療財務の確保の一環として1992年から利用者負担の50%を病院の運営費用として計上できるようにし、更に今年からは回収費用の100%を管理運営のために使えるようになった。また、いくつかの病院においてリネンや病院給食を民間の業者に委託する等の合理化が進められている。

1995/1996年の保健省の保健医療計画に以下のような部門別計画が策定されている。また、これらの計画をできる限り現実的なものとするために数値目標を作成し、達成のための条件・環境の要因が盛り込まれている。それらは、章末に、別添表 1995/1996保健医療計画 No.1～No.9としてまとめられている。

(1) プライマリー・ヘルス・ケア

プライマリー・ヘルス・ケアにおける予算を3%引き上げ、母子保健の利用率を引き上げる、予防接種率を上げる、食品衛生、歯科、精神衛生プログラムを開発する

(2) 環境保健

給水、危険物・毒物の安全な処理、ベクターコントロール、空気、海水浴域の水質、化学薬品の監視、子供の鉛汚染の血液検査を推進する

(3) 健康増進

各省庁間の協力とともに家族・地域が一体となって個人の健康への知識・地域活動に結びつける

(4) 基本的な診断・治療・予防

基本的な診断・治療・予防を人々に提供するとともに薬物中毒者、老人層、非感染者といったグループを標的にしたサービスの開発、緊急医療、十分な医療機材の確保、国民保険の実施可能性調査

(5) 保健医療セクター改革の継続

公立機関で働く保健医療従事者の意識改革、生産性の向上、事故や暴力に関する各省庁間の協力、子供の保護とケアに関するサービスの融合、費用抑制戦略、責任と権限の地方委譲、精度管理の導入、コンピュータ化である

(6) 保健衛生セクターの開発

疫学調査、社会医学的調査、薬草の研究、子供の成長に関する研究、NGOの保健セクターへの参加、民間への委託、法制度に改正、標準化によるプロジェクト管理、国内外の援助機関との協力を進める

### 3-1-2 政府機関の保健・医療分野の中での重点項目

ジャマイカ保健省は、数年前から保健医療における様々な問題の核心は、保健医療サービス提供体制と保健医療財源であるとし、費用の回収メカニズムの導入、病院管理の強化、法体制の整備、民間セクターの導入ならびに協力、NGOの協力等を中心とする保健医療改革を進めている。この背景には、60%の患者は、民間の医師に診察を受けに行くという事実があり、患者自らのポケット

マネーから支出する保健医療費は増えたものの、PHCの利用数は減少したということがある。保健医療改革は、公立医療機関の医療サービスの質を効率的に運用するという目的があった。

しかし、構造調整による保健医療予算の縮小は、PHCにおいても同じである。更に、この保健医療改革の過度期において、貧困層の子供の栄養、母子保健、性病対策、疾病サーベイ、健康教育など従来から行われてきた件の質的低下が危惧されている。また、成人病予防、事故による障害、産業衛生、環境衛生等疾病パターンと社会・経済的变化に伴う新しい課題への対策が遅れているとされている。

保健省首脳の関心として以下の事項について説明があった。

(1) 環境衛生

環境対策として水質試験、固形廃棄物の処理、リサイクリング、廃水処理、例えばどのような廃棄物がどれだけ産出されるのか、どのような資源有効活用のための方法があるのか、環境汚染を引き起こさないゴミ処理の方法などについて

(2) 獣医公衆衛生

食品衛生管理員の育成と研修、食品の安全性向上、ブルセラ症などの人畜共通感染症のコントロール

(3) 産業衛生労働者との協力・機材

(4) 疫学・疾病対策

ジャマイカは、糖尿病、高血圧等の非感染症が疾病の中で占める割合が増加している。これらの疾病の診断・治療費用は非常に高いので、社会医学的アプローチを中心ににおいて成人病対策を採らざるを得ない。スポーツやレクリエーションなどの健康増進や予防プログラムに力を入れたい。また、疫学調査、疫学情報システムの開発、コンピュータ化などの技術の導入が必要である。

(5) 医療従事者の不足

医療従事者の不足は、政府が取り組んでいる課題の中でも非常に高い優先順位で取り組んでいる。定年退職した元看護婦の職場復帰への呼びかけや支援団体の協力キャンペーンなど、医療従事者のリクルートの努力を重ねているが、その成果は、はかばかしくない。保健医療従事者の養成数は、毎年変わりはないが、流失する医療従事者数も変わらない。保健医療従事者の定着率が悪いのは、公立保健医療機関での給与や労働条件の問題だけではない。アメリカ合衆国で住宅や車を買えるだけの資金を貯蓄できた人は、ジャマイカへ帰国し地方で看護婦を続けることが解っており、職員住宅や通勤の問題が解決できるようなインセンティブがあれば定着するという報告がある。

医薬品の国内製造

薬草の研究と開発、UWI薬学部との協力

## 3-2 保健医療システム（中央、地方レベル）

### 3-2-1 保健医療機関・施設

ジャマイカの病院施設を病床数で見ると、公立病院の総病床数が5,097、民間病院施設では247とその95%の入院施設が公立の医療機関によって担われている。一方、364もの各地に広がったプライマリー・ヘルスセンターは、予防接種、母子保健、健康教育等包括的なプログラムとサービスを提供している。また、ジャマイカには地方の小さな町に開業している医師、特定の疾病やグループを対象として活動しているNGO等による保健医療ネットワークが、重要な位置を占めつつある。

第二次・第三次医療の施設は組織・機構とともに改革の途中にあるが、現在のところ、ジャマイカ医療施設は以下のようにタイプ別に分け、各パーリッシュ（日本語直訳は教区）をカバーするように配置されている。その施設数と配置は図1に示してある。また、各公立病院の診療科別ベット数と診療支援施設数が表1に示されている。

#### (1) タイプA

タイプA病院は総合専門病院として各診療専門科を備え、一般病院から送られてくる患者の最終的な受け入れ先となっている。このレベルの病院は都市部に2施設ある。

#### (2) タイプB

タイプB病院は地方都市の中心に位置し、一般外科、内科、産婦人科、小児科、精神科、眼科、レントゲン科の専門医をそれぞれ配置し、タイプC病院を支援する役割をも担っている。タイプB病院は全国に4施設ある。

#### (3) タイプC

タイプC病院はパーリッシュ内の一般病院として、内科、外科、婦人科、小児科の病棟をおき、レントゲン室、検査室等の基本的な診断施設を備え、手術も行う。

また、パーリッシュ内のPHCと密接な連携を保つとされる。

タイプC病院は全国に11施設ある。

#### (4) 専門病院

この他に、「専門病院」として産婦人科専門病院、小児専門病院、精神疾患専門病院、胸部疾患専門病院、癌病院、リハビリテーション専門病院があり、全て首都キングストンにある。

これらに対して民間のメディカルセンター、開業医がキングストン及び地方の市街地を中心に展開してPHCの役目を果たしているといわれる。しかし、民間の病院は都市部に数施設あるだけで、その総収容ベット数はジャマイカ全体の総ベット数の5%に満たない。私立病院ベット数を表2に示した。

# MAP OF JAMAICA SHOWING REGIONAL HEALTH AUTHORITIES

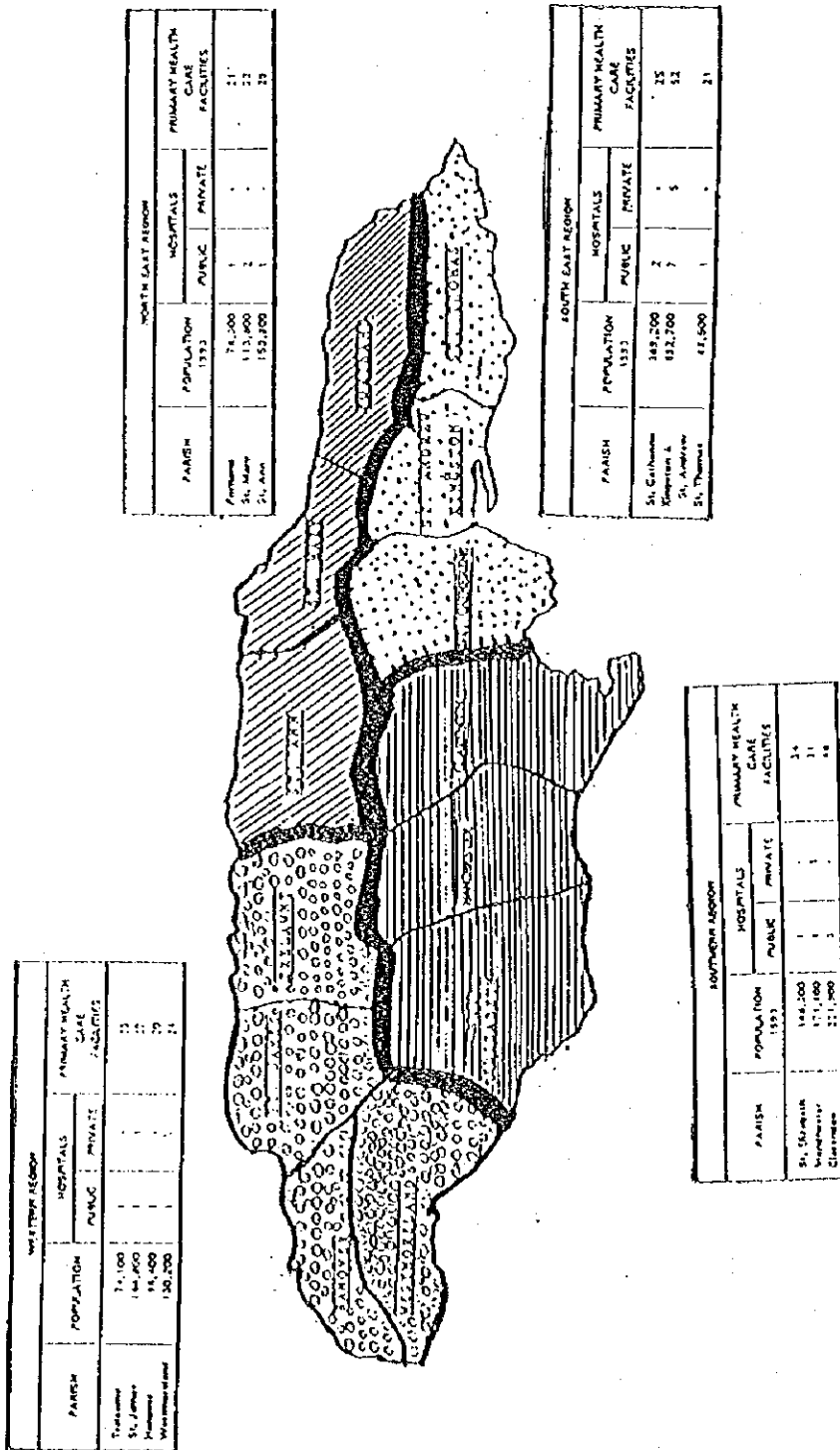


图1 地域別保健機関配置

表1 地域別公立病院施設と診療支援施設

病院名とタイプ	病院とその入院施設				診療支援施設				
	総合	産科	小児科	その他	検査室	X線室	薬局	理学療法	作業療法
Spanish Town(B)	273	47	54	172	1	1	3	1	-
Linstead(C)	51	15	8	28	1	1	-	-	-
K. P. H(A)†	408	-	-	408	1	1	-	1	-
V. J. H. (S)††	215	215	NA	NA	-	-	-	-	-
Bellevue(S)	1600	NA	NA	NA	-	-	-	-	1
B. C. H(S)	244		244		1	1	16	1	-
National Chest(S)	73	NA	NA	73	1	1	-	1	-
Mona Rehabilitation(S)	90	NA	NA	NA	-	1	-	1	1
Hope Institute(S)	52	NA	NA	NA	-	-	-	-	-
University of W. I	412	62	73	277	1	1	-	1	1
Princess Margaret(C)	82	20	8	54	1	1	2	-	-
Pt. Antonio(C)	125	11	26	88	1	1	2	-	-
Pt. Maria(C)	87	18	23	46	1	1	1	-	-
Anotto Bay(C)	116	15	17	84	-	1	1	-	-
St. Ann's Bay(B)	150	15	19	116	1	1	2	1	-
Fainou' th(C)	103	9	14	80	-	1	3	-	-
Cornwall Regional(A)	287	47	42	198	1	1	3	1	1
Noel Holmes(C)	52	12	8	32	-	-	2	-	-
Sav-la-Mar(B)	154	23		131	1	1	1	-	-
Black River(C)	110	17	33	60	1	1	2	-	-
Mandeville(B)	160	25	46	89	1	1	1	1	-
Spaldings(C)	123	9	26	88	1	1	-	-	-
May Pen(C)	70	2	12	56	1	1	-	-	-
Lionel Town(C)	60	7	7	46		1	-	-	-
計	5,097	569	660	2,126	16	20	39	10	4
Source Health Information Unit, 1992									
A : タイプA B : タイプB C : タイプC S : 専門病院									
K. P. H (A)† : Kingston Public Hospital									
V. J. H. (S)†† : Victoria Juvelee Hospital									

表2 私立病院病床数

パーリッシュ	病 院 名	病 床 数
Kingston & St. Andrew	St. Josephs Hospital	66
	Maxfield Medical Center	10
	Andrews Memorial Hospital	36
	Medical Associates Hospital	67
	Nuttal Hospital	22
St. James	Doctors Hospital	10
Manchester	Hargreaves Hospital	36
計		247

(Source: Health Information Unit, 1992)

PHC・予防保健施設は、以下のようなタイプに分けられている。

表3にタイプ別の施設数を示した。

PHCの施設は、比較的早くから整備されていて、特に10年前Pan American Health Organization (PAHO) からの技術的支援も得て全国に展開されている。施設は全部で364施設あるが、その規模によって以下の5つのタイプに分けられている。

(1) タイプI

タイプIはヘルスセンターは、助産婦と2人の保健補助員によって構成される最小単位の施設で、母子保健、家族計画、栄養供給活動を行っている。約4千から5千人の地域住民を対象としている。

(2) タイプII

タイプIIはタイプIのサービスに加えて、歯科医師と医師の定期訪問を受け人口1万から1万2千人の地域を対象とする。

(3) タイプIII～タイプV

タイプIII～タイプVはタイプIIのサービスに加えて、ワクチンの接種、環境衛生、栄養調査と栄養指導、衛生教育、高血圧と糖尿病相談、老人看護、医薬品サービス、流行性の病気のコントロール、疫学を行うとしている。

タイプIIIは各パーリッシュの市街地に、またタイプIVとVは都市部に位置する。原則としてタイプIIIのプライマリー・ヘルスセンターは、タイプIV及びVと同じ機能を持つとされるが、



看護婦や保健婦等の保健医療従事者の不足からタイプⅢの老人看護や高血圧等の成人病を対象とした活動は、縮小されるケースもあるという。また、かつての病院が格下げされて診療所になったものもある。

この他の公共保健医療施設として、首都キングストンに、中央血液銀行、中央衛生検査センター、そして教育研究と第2次、3次医療を担う機関として西インド大学付属病院がある。地方病院には検査室、薬局等診断・治療に必要な施設はほとんどの病院に備わっていたが、民間検査センターの地域への展開や民営の薬局によってレントゲンを除いて分業化の傾向にある。

民間セクターにおいては、入院施設を持つ私立病院が首都キングストン、モンティゴベイ、マンデビルにある。

### 3-2-2 保健医療行政

図2は保健省の組織機構図を示している。第2次医療は病院局、PHC局の管轄である。

Planning and Evaluation Unit、保健医療組織改革Unit、Health Information Unitが他の局と並んで設置されていることから、中央での役割を予算を含めた保健医療プログラムの策定、法整備、計画のモニタリングと評価に行政の重点を移行しようという姿勢が窺われる。

保健医療計画や保健政策の決定に重要な情報を提供する保健医療システムは、Health Information Unitが病院での保健医療サービスの利用率、PHCでの予防接種率、妊産婦検診を利用した妊婦数等について集計している。局内では、保健情報のコンピュータ化を推進しているが、局内でのローカル・ネットワーク化に着手しようというところである。疫学情報は、保健省の疫学局が管轄している。

表3 タイプ別プライマリヘルスケア施設数

パーリッシュ	タイプ別施設							歯科
	地域診療所	妊産婦センター	I	II	III	IV	V	
St. Catherine	—	—	9	9	4	1	—	1
Kingston & St. Andrew	1	1	12	10	16	—	1	7
St. Thomas	1	—	10	4	3	—	—	3
Portland	1	—	12	4	1	1	—	2
St. Mary	—	—	22	4	4	—	—	2
St. Ann	1	—	15	8	4	—	—	—
Frelawny	1	1	11	6	2	1	—	1
St. James	—	1	13	8	4	—	—	—
Hanover	—	1	8	8	2	1	—	—
Westmoreland	—	—	12	6	5	—	—	1
St. Elizabeth	—	2	15	9	7	—	—	1
Manchester	—	—	16	7	6	—	—	1
Clarendon	1	—	26	9	8	—	—	1
計	6	6	181	92	66	4	1	20

(Source: Health Information Unit, 1992)

1992年6月の組織を示す。1995年は組織改革の過渡期にあり変更が予定されている。

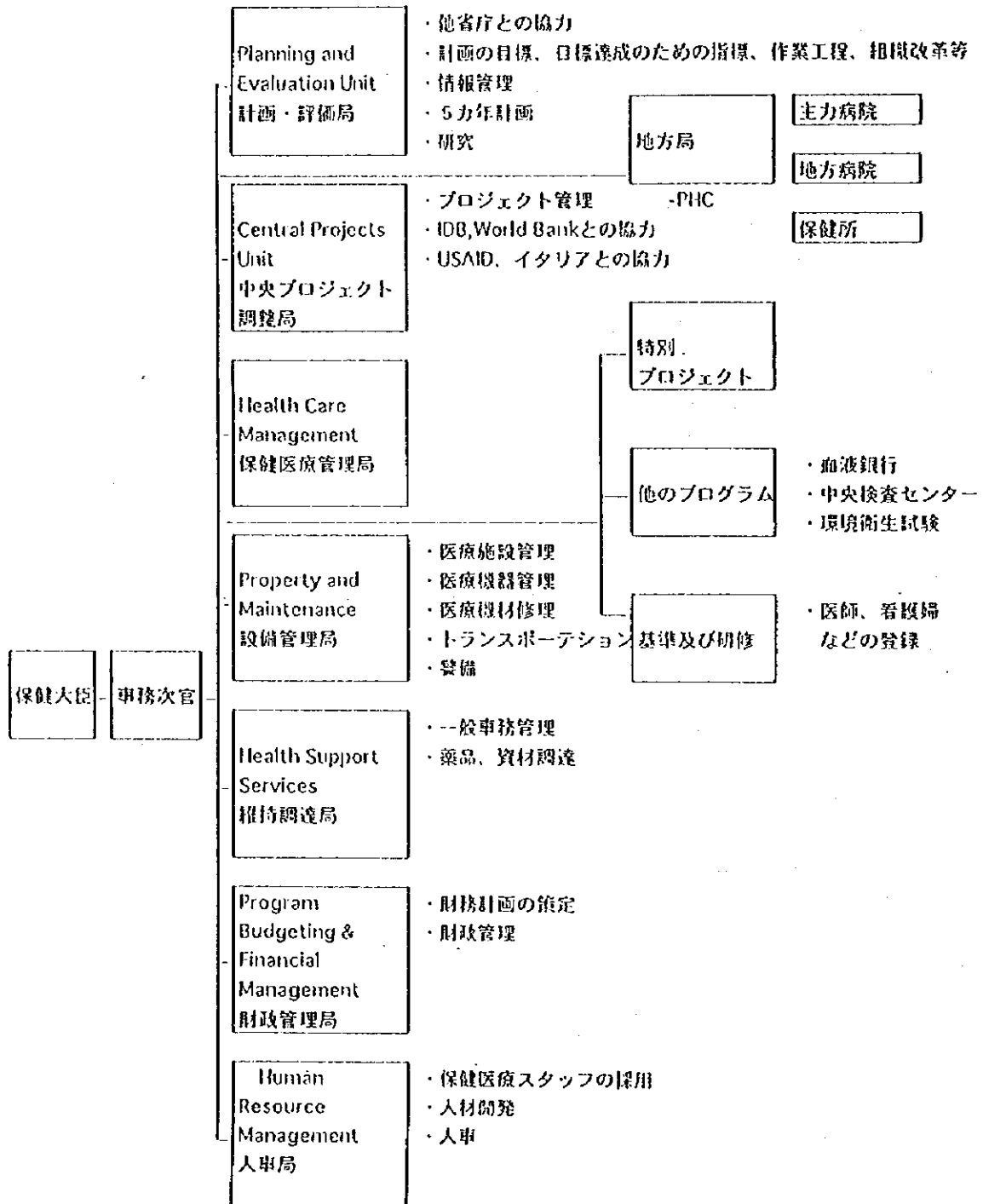


図2 保健省組織図

### 3-2-3 保健医療財政

保健医療における政府予算の割合、各事業計画における保健省保健医療財政を以下の図3に挙げる。

歳入面の改善として、費用回収メカニズムの導入、消費税導入による一般会計の増収がある。消費税の導入は1990年代から導入されているが、この5月には更に12%の引き上げが断行された。ただし、生活必需品や医薬品は、消費税の対象外とされている。また、第2次医療における費用負担を回収し、保健省予算において予防保健医療の3%増しをしたいとしている。歳出面の改善として、保健医療施設の管理運営面の改善、地方への権限委譲を中心とした効率化、費用効果の高いプログラムへの資源の優先的投入がある。

医療支出を受益者に負担させる目的で、いくつかの民間の保険会社が健康保険をそれぞれの独自のプランで売り出しているが、カバーされる国民が比較的所得の高い就労者に限られている。加入人口は、国民の14%程度に過ぎず、医療費用回収以外のもう一つの目的である。社会保障制度としての利用者相互依存にまでには至っていない。

健康保険プログラムがある保険会社で構成されるHealth Insurance Associationによると、保険の対象となる項目と金額は以下の図4のようである。

### 3-2-4 保健医療関連法規

保健省では、保健医療改革の重点項目として法整備を掲げている。医療提供者としての政府の直接的な関わりを今までより少なくし、法整備等によって民間を活用したいという方針である。保健医療関係について、以下のような法律がジャマイカにある。

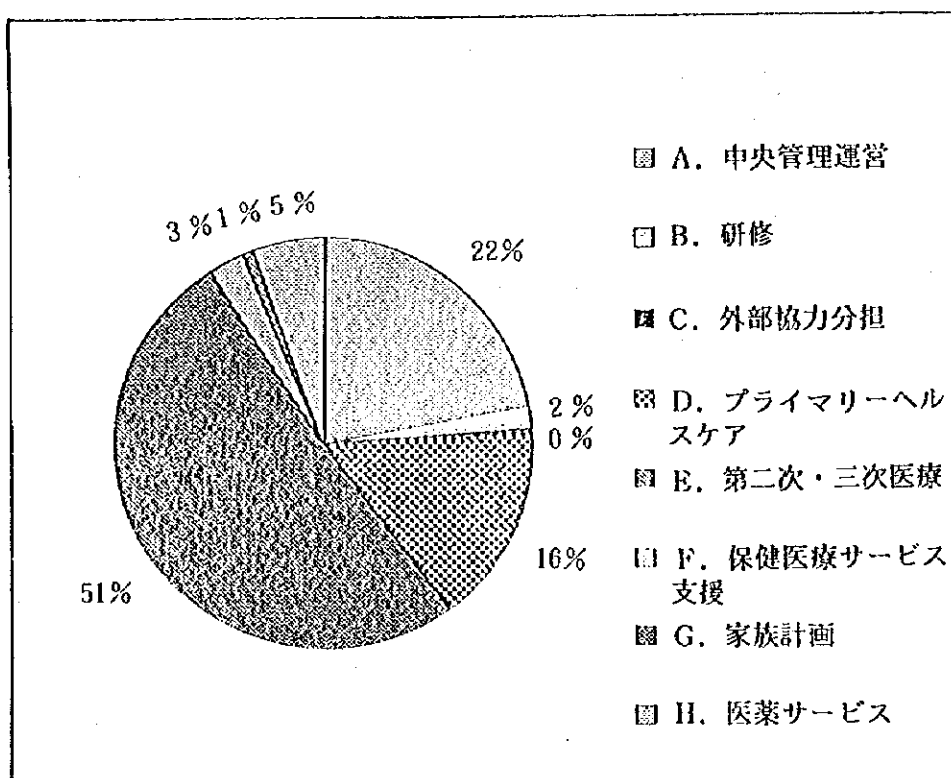
- (1) ライ病法
- (2) 医療法
- (3) 医療サービス法
- (4) 精神病院法
- (5) 国家家族計画法
- (6) 看護・助産婦法
- (7) 保育施設登録法
- (8) 眼鏡商法
- (9) 農薬法
- (10) 薬局法
- (11) 医療補助者に関する法
- (12) 公衆衛生法
- (13) 検疫法
- (14) 出生・死亡登録法
- (15) 大学病院法
- (16) 獣医法

### 3-2-5 保健医療従事者

公共保健医療機関で働く保健医療従事者の種類と数ならびにその充足率を以下の表4に掲げる。

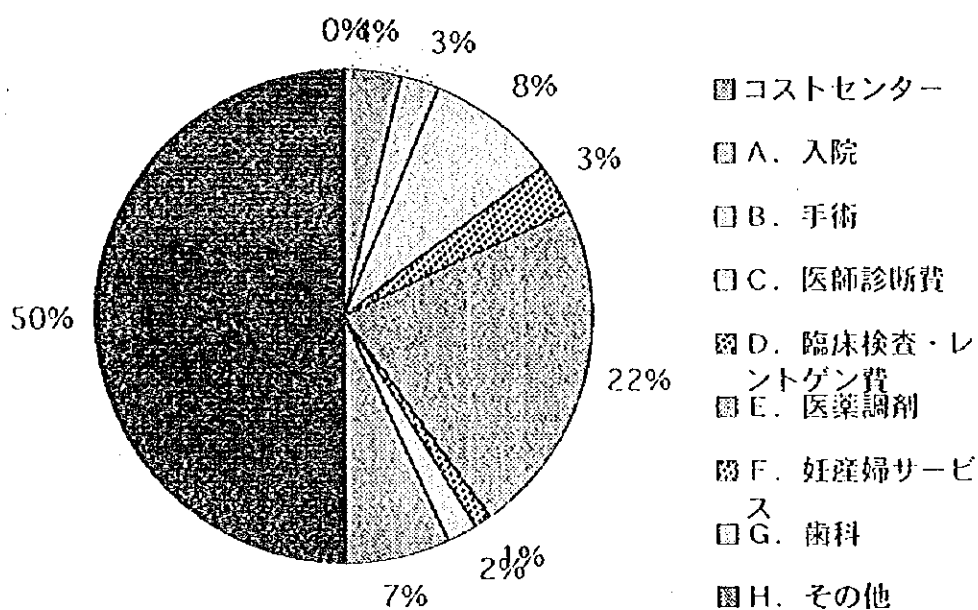
保健省の重点項目にあるように、深刻な保健医療従事者の不足を緩和することは緊急の課題であ

る。現在、医療従事者の養成について西インド大学医学部が一般医、専門医ほか社会医学の専門家を、私立を含めた4つの大学または専門施設で看護婦、助産婦を、キングストンの芸術工科大学で衛生検査技師、レントゲン技師、作業療法士ほかを養成している。



コストセンター	金額 (千ジャマイカ・ドル)
A. 中央管理運営	511,567
B. 研修	39,276
C. 外部協力分担	8,155
D. プライマリーヘルスケア	364,263
E. 第2次・3次医療	1,191,251
F. 保健医療サービス支援	63,961
G. 家族計画	18,485
H. 医薬サービス	127,824
計	2,324,782

図3 保健省予算 (1993/1994年)



コストセンター	金額 (千ジャマイカ・ドル)
A. 入院	16,155
B. 手術	11,407
C. 医師診断費	35,369
D. 臨床検査・レントゲン費	13,496
E. 医薬調剤	93,625
F. 妊産婦サービス	5,228
G. 歯科	8,648
H. その他	29,179
計	213,107

図4 健康保険協会による医療保険請求の内訳 (1993年)

表4 主要医療従事者数の推移と充足率

	1989	1991	1993	1995	95年のポスト	95年の充足率%
医師	415	407	364	414	437	95%
保険婦	166	120	151	135	246	55%
看護婦	1,304	998	925	1,279	2,289	56%
助産婦	423	377	366	246	532	46%
衛生検査技師	84	91	84	82	165	50%
薬剤師	62	63	70	52	149	35%
レントゲン技師	35	44	54	56	63	89%

source: Planning & Evaluation Unit

表5 ヘルスセンター治療部門の利用

	1989	1991	1993	1993
ケガ・外傷	4.5	3.6	3.7	28,718
高血圧	13.4	12.6	12.4	111,806
足の潰瘍	3.1	1.8	0.9	7,750
呼吸器感染	7.1	7.8	7.3	65,489
糖尿病	5.1	5.0	5.0	44,910
皮膚病	4.9	4.7	5.6	50,035
性病	4.4	5.5	5.8	52,006
胃腸炎	1.6	1.3	1.0	9,669
包帯等の手当	22.2	21.0	20.4	183,559
切り傷・火傷	3.3	2.7	2.2	20,268
筋骨格の疾病	2.0	2.8	2.9	26,014
泌尿器疾患	1.8	2.0	2.0	18,018
精神疾患	1.3	1.4	1.5	13,387
その他	25.3	27.8	29.8	268,416
	(%)	(%)	(%)	回数

### 3-2-6 医療資機材

それまで保健省の管轄下にあった中央医療倉庫 (Central Medical Store)が医薬品ならびに医療資機材を医療施設からの申請に基づいて調達するというシステムであったが、1994年からHealth Cooperation Limitedという半民間組織が自立した組織として、独自に医薬品製造業者、調達輸入業者に対して見積りを出させるように変更された。保健省は、VEN リスト (Vital, Essential, and Necessary Drug List)を基に必須医薬品のGeneric(同じ効力はあるがブランド名でない一般名の医薬品)の薬品を提供することを義務付けられているが、価格は低く抑えるようになっている。

保健省の薬事局は、医薬品情報と上記の必須医薬品のコントロールをし、近い将来には、各医療施設が独自の予算で医薬品を購入するように持っていく方針である。

### 3-3 保健医療サービスの実態 (パブリック・プライベート及び都市・地方格差)

#### 3-3-1 都市・地方保健医療機関の現状

第二次医療・第三次医療を担う公共医療機関における受療率、ベッド占有率を表5ヘルスセンター治療部門の利用、表6公立病院稼働指標に掲げる。

表6 公立病院稼働指標

指 標	タイプA		タイプB		タイプC	
	1992	1993	1992	1993	1992	1993
病床占有率 (%)	77.1	62.2	78.1	94.9	58.1	57.9
平均入院日数	8.9	6.3	4.7	5.1	5.5	5.4

表6から1992年と1993年の比較では、タイプA病院とタイプC病院はベッド占有率が減少傾向にあるのに対して、タイプBのベッド占有率は75%から95%と逆に高くなる傾向を示している。キングストン公共病院(タイプA)、ブスタマンチ子供専門病院(専門病院)は、視察においても混んでいる様子が見受けられたが、ブラックリバー病院(タイプC)は、比較的閑散としていた。タイプC病院の手術室、検査室、レントゲン室等の診断支援設備に古いものもあり、盲腸程度の手術はできるものの医療サービスの質の低下から、患者はより高いレベルの病院へ足を運ぶ傾向がある。それは以下のような理由によるものと認識された。

- (1) 人々の医療に対する需要が高所得者を中心に高くより高度な治療を求めてくるようになった。  
米国との距離が近く、移民や出稼ぎ者の往来により米国での医療事情が人々の意識に反映され、テレビでの医薬品のコマーシャル、健康保険会社の新聞広告がこれを加速しているとみられる。
- (2) 医療従事者の慢性的不足により、医療の質への信頼が薄らいできた。
- (3) 資機材、情報、医薬品等の医療資源の中央集中と医薬品や医療資材の不足、古い設備、医薬品がない、検査やレントゲン等のサービスが限られている等、上記(1)と同じような患者が行きたがらない要因がある。

(4) 民営の交通網は首都キングストンと地方を放射状に結んで発展してきたが、地方と地方を結ぶ交通手段が限られているため、アクセスビリティが良いキングストンの病院へ患者が選ばれるというケースが多い。

上記のような構図は、2次医療だけでなく、プライマリー・ヘルスセンターのPHCと病院をつなぐレファラルについても同様に見られる。

人々の治療における受療行動は、地方のタイプIよりは、タイプIIIのプライマリー・ヘルスセンターへ、プライマリー・ヘルスセンターよりは病院へ、地方の病院よりは都市部の病院という構図が成り立っている。

一方、予防・健康増進、保健衛生を担う公衆衛生機関は、各パブリシユに置かれた保健所 (Health Department) の下にタイプIからタイプVまで、地域の人口によって振り分けられている。都市部のタイプ、及びタイプVでは、スラムの思春期層を対象にしたエイズ教育や幼児虐待などで精神的な問題を残す子供のケアなど先進的な取り組みがなされ、かなり活発な活動の様子が窺えた。また、地方のタイプIIIでは、一人暮らしの糖尿病の老人や心臓病の問題のある家庭を訪ねるアウトリーチプログラムや思春期層の職業訓練活動と連携したプログラムもあり、地域にねざした活動が窺える。しかし、地方のタイプI及びタイプIIのプライマリー・ヘルスセンターでは、予防接種や妊産婦検診などのプログラムはアクセス (Accessibility) という面では貢献してきたが、血液検査等のサービス支援体制が弱いうえ、それを支援するタイプC地方病院検査室の機能低下が著しく、問題を抱えている。

民間セクターにおける保健医療機関、病院のベッド数は、公的病院よりかなり少なく、サービスは第二次医療に限られており、より高度な医療は西インド大学付属病院、タイプAであるキングストン公共病院、コーンウォール地方病院に限られている。

民間病院は、各専門医による会員制 (日本の医師会病院のような役割) で組織され、開業医が入院が必要と認めた場合に、その専門医が、病院の入院設備、手術室、パラメディカルスタッフと技術サービスを利用する。民間病院の利用者のほとんどは個人的な民間保険加入者または企業が加入している健康保険の被保険者である。

地方に構える開業医は、第一次医療 (プライマリー・ケア) の中心的な役割を担っているが、予防方面においては貢献していない。エイズ教育、母子保健、成人病予防などへの関わりを期待しており、開業医と保健所の関係発展がこれから始まる段階である。

ジャマイカでは、業180のローカルNGOが保健医療分野で直接的・間接的な活動を行っている。間接的な活動には、病院への医療資機材の寄与、保健教育、障害者や孤児などへの支援を主に教会、企業や団体のグループが行っている。直接的な活動として眼科診療、小児診療、精神科、家族計画の診療活動のほか、障害者や結核患者などの特定集団を対象にカウンセリングなどを教会、学校、民間医療グループが行っている。今回の調査ではHeart FoundationとDiabetics Associationを訪問した。



Heart Foundationは、約200名の会員を持ち、企業の従業員や地方の住民を対象に低額で心臓病予防のための心電図や血液検査、カウンセリング、予防教育等の活動を20人のスタッフで行っている。移動車両を使って活動を遠隔地へと広げ、1993年には約1万4,000人がサービスを受けた。運営費用は、提供するサービスに加えてウォークラリーなどの資金集めも行われている。運営資金は、1百万ジャマイカドルに上る。

Diabetics Associationは、血糖、眼科スクリーニング、糖尿病のスクリーニングのほか心電図、食事カウンセリングを活動の中心としている。常駐のスタッフ25人を抱え、地方の5ヶ所に支所を持っている。1993年には約2万5,000人がこのサービスを受けたという。

### 3-4 感染症の実態及び対策に関する状況

(特に同国において問題とされている感染症疾患を中心に調査)

当国の保健省では、感染症は、現時点で重要課題ではなく、先進国型を呈しているとしているが、本調査は、キングストンのPHCセンターならびにBustamente Hospital(小児病院)で聞き取り調査を実施した。

その結果、同国の小児には、感染症下痢症を含む胃腸炎、脳脊髄膜炎、リウマチ熱が多発しているほか、感染症以外で栄養失調、先天性心疾患、小児喘息が多発するとのことであった。

1990年の調査であるが、ジャマイカの全年齢層における死亡率の上位10位迄の疾患を高率順に記載すると、①心疾患、②悪性新生物、③脳血管障害、④糖尿病、⑤外傷、薬物、暴力、⑥高血圧症、⑦呼吸器疾患、⑧泌尿器疾患、⑨消化器疾患、⑩神経系疾患となっている。

感染性疾患を年齢層別にみると、1歳未満では、2位に感染性腸炎。1～4歳では、1位に感染症腸炎。5～9歳では、3位に感染症腸炎。9位に麻疹。10～14歳では、3位にウィルス性疾患。8位に感染性腸炎。15～24歳では、10位にウィルス性疾患が認められる。

次に1990年の調査であるが、同国の全年齢層における罹病率の上位10位迄の疾患を高率順に記載すると、①正常分娩、②外傷、薬物、③異常分娩、④疹疾患、⑤性病・泌尿器疾患、⑥肺炎・気管支炎・肺気腫・気管支喘息、⑦悪性新生物、⑧虫垂突起炎・ヘルニア、⑨消化器疾患、⑩他の呼吸器喘息となっている。

感染症疾患を年齢別に見ると、1歳未満では、1位に肺炎・気管支炎・肺気腫・気管支喘息。9位に他の感染症、寄生虫疾患。1～4歳では1位に肺炎・気管支炎・肺気腫・気管支喘息。4位に麻疹。15～44歳では9位に肺炎・気管支炎・肺気腫・気管支喘息。45～64歳では7位に肺炎・気管支炎・肺気腫・気管支喘息。65歳以上では7位に肺炎・気管支炎・肺気腫・気管支喘息、が認められる。

一方、同国では1991年に届け出られた主要感染症の発見率、高率順に上位10位、まで記載すると、熱性疾患、感染性胃腸炎、麻疹、チフス、肺結核、レプトスピラ病、デング熱、ジフテリア、A型肝炎、マラリア等である。なお、AIDSは、約10万人に26例が発症している。

以上の結果から、ジャマイカでは、いまだに熱帯医学領域における疾患の発現が、僅かながら認

められ、いわゆる伝染病と無縁ではないことが明らかとなった。このことは、留意事項の一つと考えられる。

## 4. 国際協力

### 4-1 ニヶ国間政府援助

二国間政府援助として近年保健医療分野において各国が以下の表7のような分野で参画している。

アメリカ

イタリア

オランダ 表7参照

イタリア政府は、ブスクマンテ子供専門病院の改築計画にソフトローンとして18mil USドル、5つのプライマリー・ヘルスセンターの建設に5.5mil USドル、母子保健プログラムに3.5mil USドル、都市部のデイケアセンターに2.5mil USドルほか、中央医薬品供給センターに0.2mil USドルを供与してきた。現在2人の専門家が母子保健プログラムとプライマリー・ヘルスケアで技術協力を実施している。しかし、イタリアは、今後は近隣諸国への協力に力を注ぎ、ジャマイカとの政府間の協力は縮小の方向にあり、保健医療セクターへの新しい支援はないとの回答を得た。

### 4-2 国際機関援助

国際機関としてジャマイカには、PAHO（汎アメリカ保健機関）が技術協力を実施している。そのほか、UNICEF、IDB、UNDPがあり表8は国際機関の保健医療分野におけるプログラムの受益者または地域、部門、投入金額についてまとめたものである。

アメリカ開発銀行（IDB）は、Health Sector Rationalization Programにより、医療機材の提供のほか、保健医療セクターにおける技術協力を行っている。特に保健省の保健医療改革ユニットに対して、質の高い効果的保健医療サービスが国民全てに公正行き渡るよう保健医療改革の戦略と政策の支援を行っている。また、保健医療財政、保健省の役割、包括的保健医療と地方への権限委譲、資源管理、評価法等の分野について保健医療改革を押し進めるための人材育成も行っている。本格的な保健医療改革はこの9月にも始まるであろう。IDBは、このプログラムに1.7mil USドルを拠出している。

EUは、公立中央衛生検査センターの建設とその検査機器や生化学分析機器を供与している。現政権と前政権との政治的な対立から検査センターの建設が遅れ、プログラムが伸びた経緯がある。現在この検査センターにおける技術支援として臨床病理の専門家を送り、検査機器の維持管理、精度管理、検査室マネージメント、検査法などについてトレーニングを行っている。しかし、地方検査室と結ぶトランスポートがない、運営予算の不足等の問題があるとの説明があった。このプログラムには4.7mil ECU（約6mil USドル）が投じられている。

#### 4-3 NGO等

海外NGOからの援助は、頻繁に行われている。アメリカのキリスト教団体によりブラックリバー病院への組織ぐるみの援助。4週間ほどを医師、看護婦、検査技師等の医療従事者を伴って、地方において巡回診療等を行っている。

ジャマイカ・アメリカ医師連絡会のような組織からの大学病院やキングストン公共病院への医療機器援助、民間会社からの寄付はかなりあるものと思われる。

表7 二国間援助

援助国	プロジェクト/ タイトル	対象	内容	期間	投入金額 (US\$'000)
USAID	AIDS/STD 対策 532-0153	学齢期の青少年	学校カリキュラムにエイズ・性病教育 を盛り込む	88.8 - 97.8	5,000
USAID	保健セクター管理支援 532-0152	保健省スタッフ リスク行動グループ	エイズ・性病教育研究 保健省のエイズ対策の向上と強化	89.7 - 9.6.8	5,000
USAID	家族計画 532-0163	妊婦可能な女性	公共機関・民間機関における 家族計画サービスの質的・量的最適化	91.7 - 98.7	7,000
イタリア	保健省支援	保健省	ジママイカ市場で購買した医薬品を 保健省に贈与	N/A	130
オランダ	JM/90/002 JFC	母子	比較的安い離乳食の導入	95 - 97	140
オランダ	Rio Grande 地域保健向上 JM/90/C08	Rio Grande 地域 住民	Rio Grande 地域住民の健康向上	95 - 97	150

表 8 国際援助機関

国際機関	プロジェクト/ タイトル	対象	内容	期間	投入金額 (US\$'000)
EU	国立衛生検査センター施設 技術改善	国立衛生検査センター	国立衛生検査センターの施設建設と機材整備 地方病院検査室の機材整備	1996	4,900
IDB	病院合理化支援 579/OC-JA	三カ6病院・保健省	全国三カ6病院の設備改善と保健省における 医療政策立案・計画・実施管理の強化	1997	92,000
IDB	保健省立案・管理能力強化 ATTN/SA-3406-JA-Inst.	保健省(中央)	医療サービスシステムにおける政策立案・計画 実施管理、技術支援	90.2-94.9	4,000
UNDP	チフス予防対策 JAM/91/004	Westmoreland地方ほか	Westmoreland地方を中心したチフスの発生 を抑え、他の地方への流行をコントロールする	91-94	2,347
UNDP	保健医療管理システム JAM/89/010	保健省(中央)	保健省の保健医療改善計画に係る全ての プロジェクトの計画、管理、モニター等の支援	89-94	809
UNDP	AIDS/STD 教育 JAM/94/006	志願期学生・学校	学校カリキュラムにおけるエイズ・性病教育 プログラムへの導入と普及支援	94-97	550
UNDP	医療技術協力 JAM/91/001 UNV	公立医療機関	公立医療機関への技術協力	93-95	282

## 5. 調査によって判明した援助ニーズ及び各項に対するコメント

(優先順に羅列されてはいない)

### (1) プライマリー・ヘルス・ケアプログラムの強化

栄養障害における予防と対策

- ・地方におけるプライマリー・ヘルス・ケアの質的向上
- ・成人病予防との連携
- ・適正な機材の供与

同国政府は、抜本的な保健医療行政の改革を実施している。その改革の中で、最低限必要な保健医療を提供する基本健康管理パッケージの実施に向けた策定が始まっているが、プライマリー・ヘルス・ケアプログラムは同パッケージの一部として機能し、都市部及び第三次医療機関の混雑を緩和するとともに、費用対効果の高い保健医療サービスをコミュニティーレベルにおいて実施可能である。そのため、プライマリー・ヘルス・ケアは同政府政策の中でもプライオリティーの高い活動項目になっている。しかし、現状は途上国では優秀と考えられる同国の地方保健医療サービスシステムが十分に機能していない。したがって、母子保健、成人病対策及び公衆衛生教育を中心とするプライマリー・ヘルス・ケアプログラムの強化に対する協力は、同国の社会開発目標に整合するほか、地域住民に直接的な受益を与える可能性が大きく優良な協力案件と考えられる。

### (2) 地域保健の強化（プライマリー・ヘルス・ケアとの連携）

成人病の治療と予防

- ・プライマリー・ヘルス・ケアによって予防を促進
- ・第二次医療機関における機能の強化
- ・プライマリー・ヘルス・ケアからのリファーマル体制の構築
- ・適正な機材の供与

同国の主要死亡原因は途上国型（感染症等疾患）から中進国／先進国型（成人病）に移行したが、公共医療機関では未だ多数に変化していく国民の保健医療ニーズに対応できていなく、現行の医療保健行政に重荷を課している。特に、心臓病や糖尿病は同国において主要死亡原因であるにもかかわらず、これらの疾病予防及び公共医療機関における治療体制は十分に確立されていない。同国では、成人病の治療は民間医療機関に頼っており、高額な医療費を支払うことのできない低所得者層は十分な治療を受けられないままの状況にある。政府は、保健医療行政改革の中で成人病に係る対策を重要事項の一つとしており、予防はプライマリー・ヘルス・ケアレベルにて行い、成人病治療は第二次医療機関で実施する形でシステム化することにより、費用対効果を配慮したアプローチが考えられる。例えば、プライマリー・ヘルス・ケアプログラムにおいては視聴覚機材を導入した成人病予防を含む包括的な公衆衛生教育を推

し、プライマリー・ケアレベルと第二次医療機関とのリファーマル体制の確立により、成人病患者の既に飽和状態にある大型医療機関への集中の緩和も促進するアプローチである。但し、同国政府は保健省の自立発展性を配慮していることから第二及び第三医療機関等の高等医療機関だけの機能強化は希望していないため、予防教育を含むプライマリー・ヘルス・ケアとの連携を機軸に第二次医療機関における機能強化が重要と考える。成人病対策は同国政府のニーズと同時に国民全体のニーズでもあり、同部門に対する協力はジャマイカの公衆衛生に大きく寄与するものと考えられる。

(3) 人材開発

医療従事者の養成とそれに伴う機材供与

- ・ 医療従事者の働きやすい環境の整備
- ・ 適正な機材の供与

医療従事者の近隣先進国及び民間セクターに流出が続いており、キングストン病院では定員の30%に満たない状況で病院が運営されている。

確かに、医療従事者の養成が流出の削減に直接的に資するわけではないが、流出を適宜に制限するなどの政府政策と同調した形で適正な機材を用いて養成教育が実施され、インセンティブの整備を行えば有効な協力案件に発展すると考えられる。

(4) 専門医療の強化

第三次医療機関等における専門部門（救急救命センター、熱傷センター、臨床検査センター等）の機能拡充

- ・ 適正な技術移転の基準の把握
- ・ 患者が専門機関に容易にアクセスできるような包括的体制の整備

(5) 感染症対策

胃腸炎を中心とする感染症の治療と予防

- ・ 疫学調査による発症要因の解明と検査技術の向上
- ・ 費用対効果の視点の導入

(6) 産業保健

職場環境の改善と職業性疾病の治療と予防

- ・ 疫学調査による実態の解明
- ・ 規制／法体系との関連性の把握



マクローレベルによるアブローチ		政府の重点活動項目		継続ニーズ
現状と問題点	政府の対応	同左	同左	同左
1	保健医療部門における機動的な予算の不足	保健医療行政の高度の実施 1) 費用対効果の高いプログラムへの移行 2) プライマリヘルスケアの強化(予防重視) 3) 民間活力の導入・民間医療機関との協力 4) 国民健康保険導入のための調査 5) 基本給費管理パッケージ提供の体制づくり 6) 買戻回収を含めた保険医療財政メカニズムの導入 7) 医療者の管理運営組織の再編成等	同左	同省保健医療部に対しUSAD及びIDBが協力をを行っている。
2	医療従事者の急増及び民間セクターへの流出/公共医療機関における人材不足	難病環境の整備 1) 産科医療の充実 2) 産科医療における安全対策の見直し 3) 産科医療者の職務復帰等の体制づくり	同左	本件については、当国の自動労務をもちって対応すべきと考えられる。医療従事者養成に係る専門家派遣及び奨励金等は考えられる。職業性疾病の治療と予防が必要である。
3	緊急事態(疾病蔓延の懸念)に対し現行の体制では十分に対応しきれない/成人病患者・救急患者の急増的増加(成人病対策部門は未開発状況)	1) 成人病検査の拡充 2) 民間医療機関との連携 3) NGOによる成人病検査	予防事業の拡充 プライマリヘルスケアとの連携の強化 プライマリケアアローレベルから二次医療機関へのリファラル体制の確立等	成人病予防・検査体制確立のニーズがある。成人病予防については、プライマリヘルスケアとの連携した形で実施される必要がある。プライマリケアアローレベルから二次医療機関への適正なリファラル体制の確立が必要である。NGOが実施している成人病検査活動との協力が必要である。
4	第1・3次医療機関への患者の集中/保健医療予算の天出の不均衡/貧困層が医療費のかかる民間医療機関を利用できない	1) 基本給費管理パッケージの提供ができる体制を構築する 2) プライマリヘルスケアの強化 3) 予防の重視 4) リファラル体制の構築	プライマリヘルスケアの強化 プライマリケアから二次医療機関へのリファラル体制の構築 予防事業の拡充	視覚検査機材を導入し、衛生教育・成人病予防をコミュニティレベルで実施する必要がある。プライマリケアアローレベルから適正な第2次医療機関へリファラルでできる体制の構築が必要である。プライマリケアアローの機能強化が必要であり、それに係る機材の供与も必要である。特定地域における栄養要置患者の予防と対策が必要である。栄養衛生等の概念を導入する必要がある。

ミタロレベルによるアプローチ (特定問題に対する対策)			
現状と問題点	政府の対応	政府の重点活動項目	奨励ニーズ
1 成人病患者の急増 (高血圧、心臓病、糖尿病)	民間医療機関との連携強化 子初の実現 プライマリケアアローケアレベルの機能強化		成人病対策に係る公立医療機関の機能拡充に伴う技術協力、専門家派遣、後援供与等 視覚的教材を導入した予初事業
2 急性患者の急増 (事故、家庭内暴力、系属中毒等)	民間医療機関との連携強化 予初の実現 プライマリケアアローケアレベルの機能強化 系属中毒等の更正施設の設立 家庭内暴力の拡充		緊急救命センターの機能拡充に伴う技術協力、専門家派遣、後援供与等 救急本部の拡充に伴う技術協力、専門家派遣、後援供与等 視覚的教材を導入した予初事業
3 特定地域における肺炎患者の問題 (感染性下痢症等)	スラブと地区に既存するヘルスセンターの機能強化 プライマリヘルスセンターによる衛生教育の強化		プライマリヘルスセンタープログラムの強化に伴う技術協力、専門家派遣、後援供与等 視覚的教材を導入した衛生教育事業
4 小児喘息の多発			原因究明を含む疫学的調査 対策のための事業に対する技術協力、専門家派遣、後援供与等 視覚的教材を導入した予初事業
5 妊婦における出血の発生 (職場衛生関係)	職場環境改善の改善		原因究明を含む疫学的調査 対策のための事業に対する技術協力、専門家派遣、後援供与等 視覚的教材を導入した予初事業
6 医療従事者の不足	特定不足医療従事者の養成 外国からの医師招へい 外国からの専門家 (ボランティア) 受入れ 職場環境改善の改善		医療従事者養成機関の機能拡充に伴う技術協力、専門家派遣、後援供与等
7 医療機関の老朽化	保健医療予算による器材購入の他、外国政府、NGO等からの器材供与		ニーズの高い分野への技術供与

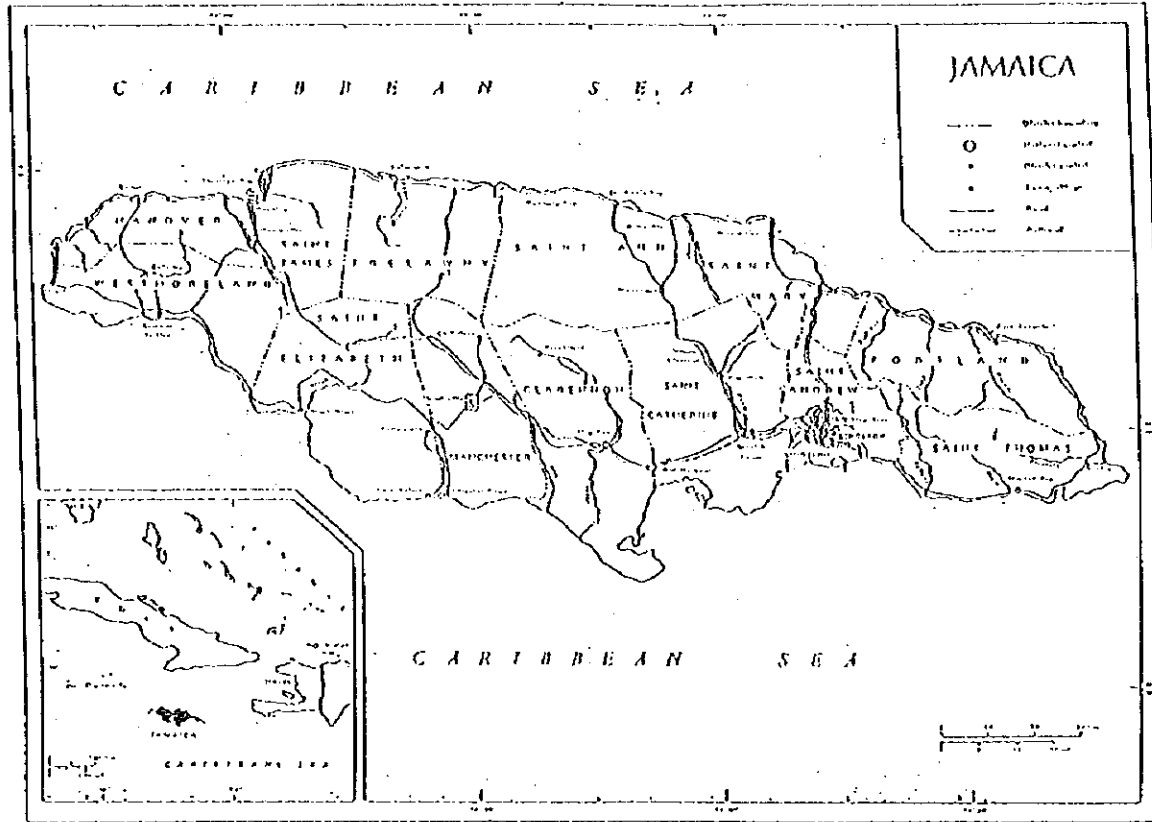
## 附 属 資 料

- ① ジャマイカ国地図
- ② ジャマイカ保健関連指標
- ③ 1995/1996年保健省医療計画
- ④ ジャマイカ国の概要表



① ジャマイカ国地図

JAMAICA



② ジャマイカ保健関連指標

社会・保健に関する指標（ジャマイカ、ドミニカ共和国、日本）

	ジャマイカ	ドミニカ共和国	日本
人口	250万人 (92年) 注1	750万人 (92年) 注1	1億2千476万人 (95年10月) 注2
人口増加率	1.0% (92年) 注1	1.8% (92年) 注1	0.3% (93年) 注2
妊産婦死亡率 出生10万当たり	120 (88年) 注1	200 (88年) 注1	9.2 (92年) 注2
乳幼児死亡率 出生千当たり	14 (92年) 注1	57 (92年) 注1	5.7 (90年) 注2
平均余命	73.3 (92年) 注1	67 (92年) 注1	79 (92年) 注2
エイズ患者数 対100,000	3.8 (92年) 注1	2.5 (92年) 注1	0.2 (92年) 注1
農村における 絶対貧困層人口	80% (92年) 注1	70% (92年) 注1	—

注1. 1994年版UNDP「人間開発報告」

注2. 厚生統計協会「国民衛生の動向、1994年」

③ 1995/1996年保健省医療計画

政策・方針	目 標	戦 略 ・ 活 動	指標・達成のための条件	
			指 標	条 件 ・ 環 境 づ くり
1.0 PHCのプログラムを人間開発の重要な要素としてその機能を充実させる	1.1 政府予算のPHCにしめる割合が3%増加した 1.2 乳児・妊産婦の疾病ならび死亡率が減少した	PHCの政府予算の3%増加を現実的なものとさせる 母子健康の利用増加を図る 3ヶ月検診 出産前検診 産後検診 6ヶ月母乳の推進 グロースモニタリング 家族計画	政府予算に占めるPHCが3%増加 乳児・妊産婦ならびに死亡者の低下	ロビーイング 3%増加要求 サービスタイムの延長 ハイリスク診療所 遠隔プログラムを開く 地域教育プログラム 民間との協力 地方サービスの強化 モビリティサービスによる家族計画の拡張
	1.3 予防接種で予防できる疾病の予防接種率が増加した	公共による教育・キャンペーンを行う 予防接種予算の中央化 地域スタッフ数のパラッキをなくす ヘルスセンターのサービスタイムを柔軟に対応	100%接種率の達成	関連する民間医療機関との協力 十分なワクチン量の確保 コールドチェーンの確保 地方へ行くスタッフのインセンティブを配る
	1.4 子供を守るために十分かつ質の高いケアを確保されている	以下の事項を支援しかつ対応できる施設を確保する 安定した家族生活 フォースタナーリング 養子縁組 現在あるサービスの向上 子供に関するサービスのモニタリング	安定した家族生活下の子供の数の増加 異なる家族環境で生活する子供の違いを計る指標の開発	以下の組織との協力 官庁 警察 養子縁組委員会 ペーパーリッシュコミュニティセンター 教育省 労働・社会保障省
	1.5 栄養障害に関連する疾病率等を減少またはなくすための栄養状況が向上した	公共教育 補助給食 グロースモニタリングとの関連	食習慣の変化 安全な食品を消費 栄養に関する障害の減少	以下の組織との協力 カリブ食糧・栄養研究所 農業省 労働・社会保障省 家庭経済連盟 民間セクター 宗教組織
	1.6 精神衛生サービスが向上した	公共教育	地域レベルでの精神衛生サービス利用者数の増加	家族・地域を対象とした教育の支援 家族カウンセリング 援助を必要とする患者、警察、支援者間の協力 地域精神衛生プログラムの拡張 全ての病院による精神科の提供 精神科治療カリキュラムの強化
	1.7 PHCと地域精神衛生プログラムとが包括的に行われている	PHCのワーカーに精神障害患者のケアに必要な知識・方法を教育する 地域精神衛生ワーカーの数を増やす 地域精神衛生ワーカーのカリキュラムを充実させる		

政策・方針	目 標	戦 略 ・ 活 動	指標・達成のための条件	
			指 標	条件・環境づくり
2.0 持続的成長のための人々の健康と環境を守る	1.8 歯科保健部門が向上した	口腔・歯科診療サービスを向上させる	すべて国民が基本的歯科診療サービスを受けられる	生徒・生徒を対象にする歯科保健機関の支援 公共教育 フッ素の混入
	2.1 安全な水、廃棄・生活廃棄物の安全な処理並びに清浄な空気へのアクセスが向上した	液体及び固形廃棄物、毒物・危険物、感染及び医学廃棄物の廃棄、収集、処理に関する調査	24時間ベースで安全な水を利用できる入浴施設、健康に有害を与えない環境と発生サービスが行われている	以下のモニタリングと調査 水質の調査 子供の血中鉛濃度のモニタリング 液体・固形廃棄物、毒物、危険物、感染・医学 廃棄物 空気質 海岸の水質
	2.2 ベクターが医薬・レクリエーション住宅地域でコントロールされている	水供給やゴミ廃棄物処理機関の計画に健康に関する安全基準等を盛り込む	住民参加によるベクターコントロール生物学的物質または殺虫剤の適正使用	水供給、排水処理計画に健康に関する安全基準等が盛り込まれるように計画段階に参加する 廃棄物の処理と収集に関するマスタープランの開発 公共教育 地域活動グループの登録
3.0 疾病予防と健康増進の理念を推進する	2.8 地方における健康阻害が減少した	薬物のコントロールとモニター	ベクター指標の減少	地域リーダーの教育 以下の薬物のモニターとコントロール 輸入薬物 薬物・農薬卸業者 農薬コントロール 環境基準に関する法律の整備 海岸環境に関する法律の整備 環境イベントへの参加 アセスメントへの参加 環境情報システムの実施と維持
	3.1 健康概念が家族、地域にまで広がるよう個人の意識が高まる	健康を維持・増進するための環境基準作りのための実施、モニター評価 産業衛生基準のモニターと評価 環境インパクトアセスメントの実施 環境情報システムの開発	衛生環境の向上	公共教育と地域運動 異なる機関での協働
	3.2 健康なライフスタイルを維持発展させる活動並びにプログラムの調整と協力 健康的な習慣の助長とカウンスリングサービスの実施	最小限の公衆衛生基準を保証する	健康水準指標の向上 疾病率の低下	特定グループとの協力 社会的弱者へのカウンスリング 公共教育



政策・方針		目 標		戦 略 ・ 活 動		指 標		指標・達成のための条件	
						指 標		条件・環境づくり	
4.0 全ての人が基本的な診断治療リハビリテーションのサービスが受けられるようアクセスを確保する		4.1 費用効果の高い方法で病気の治療が導入され、疾病・死亡率が下がった		健康増進プログラムにおける革新的かつ文化的、社会的に受け入れられるアプローチの利用 地域参加の推進のために健康委員会の再活性化 家族生活、栄養、性、問題解決等における健康教育 P H C、救急医療ならびに病院で基本的な医療サービスの提供 P H C・サービスに対する需要を地域レベルへ移行させ、病院サービスに対する需要を救急的な医療に移行させる 端末でのサービスを確保する		健康な生活への理解者を増やす 疾病率・死亡率の減少		セクター間での協力 K A P s t u d y 生活調査 薬物情報センターの発展 基本的医療の提供 以下のグループを特に対象として治療サービス 薬物中毒者 障害者 非感染症患者 老人 病状を効果的なレファラル機関とさせる 救急外科サービスの向上 病院サービスの管理の向上 地方で働くインセンティブ 効果的な二次医療と緊急医療のために病院設備の改善	
4.2 医療サービスのための資源が十分確保された		4.3 医療従事者の健康が維持確保されている		緊急医療 サービスの合理化 以下の資源計画を策定する 財政 人的資源開発 設備材 医薬品 保健医療・小児ケアにおける広範な改善を開発する 資源配分の公正さに配慮する 医療機関で働く人々を対象にした適正なケアを実施する		十分な財源、人的資源、設備材、医薬品の範囲		コストとニーズに基づいた介入 配分の見直し 財源と会計組織の再編成 予算のコンピュータ利用 資源計画の開発と実施 必要な部門の研修 資源のコントロールとモニタ 公立・民間協働と診療料金の定額制の導入 ニーズに応じた資源の配分 国民保健の実現可能性調査 保健医療従事者のケアを目的として政策の開発 ハイリスク地域の労働者の定期的健康状況をモニタリング	

政策・方針	目 標	戦 略 ・ 活 動	指標・達成のための条件	
			指 標	条件・環境づくり
5.0 人々の価値や行動を健康な社会作りに結実するよう支援する	5.1 保健医療従事者に対する一般の人々の認識が改善され、生産性が向上した	<p>研修員・従事者が以下の事項について自覚をもって行動するよう指導する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>仕事への積極的な態度</li> <li>より良い職場の人間関係</li> <li>政府施設を大切に扱う</li> </ul> <p>保健医療セクターにおける業績を評価するための適切な道具の開発</p> <p>業績・実力評価システムの利用</p>	<p>保健省・保健医療従事者に對する一般の良方が良くなり、生産性が増した</p>	<p>日常的にストレスの高い医療スタッフのローテーション</p> <p>カリキュラムに医療倫理を盛り込む</p> <p>従事者を対象にしたオリエンテーション</p> <p>管理強化</p> <p>インサービス研修</p> <p>ロールプレイ</p> <p>相互理解</p> <p>保健医療従事者の向上に関する実務評価のレビュー</p> <p>従事者のカウンセリング</p>
6.0 保健医療セクターの改革の戦略を継続して推進する	<p>5.2 子供の虐待、薬物中毒、暴力と交通事故からくる外傷の年間発生率、有病率が減少した</p> <p>6.1 保健医療、子供を対象としたサービスの管理運営が向上した</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健省以外の機関との連携と協力で子供の虐待、薬物中毒、暴力と事故からくる有病率を減らす</li> <li>費用の抑制</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>子供の虐待、薬物中毒、障害の発生率の減少</li> <li>暴力、交通事故からくるケガ、外傷の治療費用の減少</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>暴力、交通事故の減少を目的としたプログラムへの参加とほかのセクターとの協力</li> <li>新しい保健医療財源を見つける</li> <li>PHCと2次医療との連携</li> <li>管理能力の向上</li> <li>保健医療従事者の生産性の審査</li> <li>医療機器の適正使用、修理維持管理技術の標準化</li> <li>修理、維持管理技術等のマニュアル化</li> </ul>
	<p>6.2 保健省内での子供を対象としたサービスが統合された</p> <p>6.3 子供を対象としてサービスが統合される</p> <p>6.4 権限と責任が地方に委譲される</p>	<p>保健省への人材と技術の移転</p> <p>家族サービス部門の設立</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>中央組織の再構築</li> <li>地方への権限委譲</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>公衆衛生、予防活動の管理運営にまで責任の範囲を広げる</li> <li>追加費用なしにサービスの向上を図る</li> <li>末端レベルでの決定権を増やす</li> </ul>	<p>専門の組織と構造の確立</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>新機構の開発</li> <li>地方への権限委譲の実施とモニタリング</li> </ul>

政策・方針	目 標	戦 略 ・ 活 動	指標・達成のための条件	
			指 標	条件・環境づくり
7.0 保健医療セクターと子供のケアにおけるサービスを推進する	6.5 保健省が所有する全ての物品機器、車両、建築物等の管理が向上する	<ul style="list-style-type: none"> <li>予防維持管理計画を組み込む</li> <li>資産管理</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>家屋、車両、建物の効果的な管理</li> <li>車両と機器の効率的な運用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>予防維持管理計画の実施、モニター、開発</li> <li>医療インフラとしての情報管理システムの開発</li> </ul>
	6.6 保健医療セクター政策における計画、実施、モニタリング、評価が向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>政策決定のための包括的情報管理システム構築と開発</li> <li>コンピュータ化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>政策の計画・実施のための情報が知らされている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>現施設の統合、改善</li> <li>必要とする情報がある</li> <li>保健データ源の拡張</li> <li>登録部門の再組織化</li> <li>薬品情報提供の開発</li> <li>子供のケアに関するサービス情報の開発</li> <li>以下の項目について標準化の実施と開発</li> <li>子供のケア</li> <li>情報管理機構</li> <li>教育プログラムの評価と登録</li> <li>卒業教育義務と定期的登録</li> <li>職能レビニュー</li> <li>患者レビニュー</li> <li>一般医のコミュニティ開発</li> <li>薬品の市場調査</li> </ul>
	6.7 保健医療と子供のケアにおける質の向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>公立・民間の保健医療・子供のケアのサービスの標準化を確立</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健医療と子供のケアの質</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>社会医学研究の継続</li> <li>UWIの薬学部、CASTの科学部との研究協力</li> <li>そのほかの関連機関との協力</li> </ul>
7.1 疫学的アプローチで社会医学的問題を把握し、計画の優先順位が明らかになれる	7.2 保健医療サービスでの公立・民間の協力が強化される	<ul style="list-style-type: none"> <li>非感染症、感染症の疫学的調査</li> <li>薬草の研究と医薬品開発</li> <li>子供の成長に関する研究</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>政策決定への疫学的試験の貢献</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>パートナシップの標準作成</li> <li>標準・安全性を維持確保するためにパートナシップのモニタリング</li> <li>すでになされているサービスの評価</li> <li>指標に沿った合理化と多様化</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>保健医療セクターでのNGOの参加</li> <li>合理化と多様化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健医療セクターでの公立・民間セクターの協力</li> </ul>	

政策・方針	目 標	戦 略 ・ 活 動	指標・達成のための条件	
			指 標	条 件・ 環 境 づ っ く り
	<p>7.3 保健医療と子供のケアにおける需要・ニーズの変化を法制度で現代化される</p> <p>7.4 開発プロジェクトの中の立案、選定、実施、モニタリング、評価が改善される</p> <p>8.0 地元ならびに国際機関との連携を継続する</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 法律が適正かどうかレビュー</li> <li>・ 薬品の登録と管理</li> <li>・ 省庁部門間による協力</li> <li>・ 保健医療セクターに係る実質的向上を含んだ開発プロジェクトにする</li> <li>・ 地元ならびに国際機関との協力によって最大限の利益がもたらせるよう</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保健医療と子供のケアにおける法律の枠組みづくり</li> <li>・ 法的枠組みの承認</li> <li>・ ニーズならびに効果的客観的理関連する開発プロジェクト</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 新法律の整備、旧法律の見直し</li> <li>・ 医薬品コントロールの教育</li> <li>・ 法的枠組み作りへの環境整備</li> <li>・ 計画開発省に対して社会経済発展のための健康の重要性を助言する</li> </ul>

④ ジャマイカ国の概要表

1994.7.20 現在

外務省作成資料

国名：ジャマイカ (Jamaica)

一 般 事 實	外 交 ・ 防 衛	二 国 間 関 係
<p>1. 面積 11,424km<sup>2</sup> (秋田県とほぼ同じ大きさ)</p> <p>2. 人口 230.4万人 (1992年)</p> <p>3. 言語 エンGLISH</p> <p>4. 人種 アフリカ系黒人77%、流血15%、その他 (インド人、白人) 8%</p> <p>5. 言語 英語</p> <p>6. 宗教 キリスト教 (プロテスタント、英国国教、カトリック等)</p> <p>7. 略史 1494年 英国領地</p> <p>1670年 英国領地</p> <p>1944年 選挙による議会設置</p> <p>1957年 自治政府が認められる</p> <p>1962年 8月独立 (カリブ英領植民地の中で最初)</p> <p>政治体制・内政</p> <p>立憲君主制</p> <p>英国女王エリザベス二世</p> <p>二院制 (上院21名、下院60名)</p> <p>4. 政府</p> <p>(1) 首相名 パーシヴァル・J・バクターソン</p> <p>(2) 外相名 ポール・ロバートソン</p> <p>5. 内政</p> <p>主たる政友は、人民解放党 (P.N.P.) とジャマイカ労働党 (J.L.P.) の二つである。</p> <p>1980年10月の総選挙で、J.L.P.が、それまでの左傾化したマンレイ首相のP.N.P.を破り、セアガルJ.L.P.党首が首相に就任。セアガ党は自由主義経済路線をとり経済政策に努めたが、必ずしも成功せず、1989年2月の総選挙でマンレイ政権が再び登場。同政権は、前回の72~80年の政権時代とは異なり、親米路線をとった。</p> <p>1992年3月マンレイ首相は健康問題を理由に引退を表明。同月28日開催されたP.N.P.党大会でバクターソン首相が後継党首に選出され、30日首相に就任。バクターソン政権は前政権の内政政策を継承。</p> <p>1993年3月同首相は下院を解散。総選挙で与党は圧勝し、4月第2次バクターソン政権が成立</p>	<p>1. 外交基本方針</p> <p>ジャマイカとの関係強化、米國をはじめとする西側諸國との関係促進。ラモ・アリア地域との関係促進。非同盟運動の推進。</p> <p>2. 軍事情力</p> <p>(1) 兵力 3,252名 (1990会計年度)</p> <p>(2) 兵器 志願制</p> <p>(3) 兵員 志願制</p> <p>現況：約3,350人 (陸軍 3,000人、海軍 150人、空軍 170人)</p> <p>予備：約870人 (陸軍 800人、海軍50人、空軍20人)</p> <p>(ミリタリー・パラシズ92~93)</p> <p>経済 (単位 米ドル)</p> <p>1. 主要産業 農業 (ポークサイト) 農業 (コーヒー、砂糖) 観光業</p> <p>2. G.N.P. 3,606百万 (90) 3,365百万 (91) 3,216百万 (92)</p> <p>3. 一人当たり G.N.P. 1,510 (90) 1,490 (91) 1,340 (92)</p> <p>4. 経済成長率 5.7% (1990)、0.3% (1991)、1.2% (1992)</p> <p>5. 物価上昇率 22.0% (1990)、51.0% (1991)、77.3% (1992)</p> <p>6. 失業率 15.3% (1990)、13.4% (1991)、15.7% (1992)</p> <p>7. 総貿易額</p> <p>(1) 輸出 1,150.7百万 (1991) 1,052.8百万 (1992)</p> <p>(2) 輸入 1,828.6百万 (1991) 1,692.8百万 (1992)</p> <p>8. 主要貿易品</p> <p>(1) 輸出 アルミナ、ポークサイト、砂糖、衣服、バナナ</p> <p>(2) 輸入 機械、原料、燃料、輸送機器</p> <p>9. 主要貿易相手國</p> <p>(1) 輸出 E.C.、米國、カナダ、ノルウェー、カリブ共同体諸國</p> <p>(2) 輸入 米國、E.C.、カナダ、グウェネズエラ、日本、カリブ共同体諸國</p> <p>10. 通貨 ジャマイカドル (J.S.)</p> <p>11. 為替レート 1米ドル=30J.S. (1994年3月)</p> <p>12. 経済概況</p> <p>1990年9月固定相場廃止。</p> <p>1991年は外需増進の自由化、民営化の促進、補助金の削減及び後制改革等経済構造調整が進められたが、個人消費の落ち込み、輸出の伸び悩み、通貨危機の影響による観光収入の伸び悩み及び債務支払の負担等により経済成長は0.3%の伸びに止まった。また、ジャマイカ・ドルの著しい下落、物価及び賃金コストの上昇によりインフレ率も、産業部門は12.9%の成長を記録したが、インフレ抑制はますます、77.3%に達した。</p> <p>1993年の成長率は1.2%と政府は発表したが、発表時輸入が多い (輸入の伸びは22%)。下半期、ジャマイカドルは、26%以上下落し、同期のインフレ率は21.92%に達した。</p>	<p>1. 政治関係</p> <p>我が國は、1962年8月6日ジャマイカ独立と同時に、同國を承認。1964年3月17日外交関係開設。同年5月以来、在ドミニカ (共) 大使館が兼轄 (1975年11月より駐在官常駐) ジャマイカは1990年駐日名誉領事館設置1992年1月駐日大使館設立。</p> <p>2. 経済関係</p> <p>(1) 対日貿易 (単位：百万ドル)</p> <p>(イ) 貿易額 (1992年) (1993年)</p> <p>輸出 20.1 26.6</p> <p>輸入 60.8 119.4</p> <p>(ロ) 主要品目</p> <p>輸出 コーヒー、ラム酒、カカオ豆</p> <p>輸入 自動車、電気機器、一般機械</p> <p>(2) 我が國からの直接投資 (許可・届出額)</p> <p>1991年度までの累計12百万ドル</p> <p>3. 文化関係</p> <p>文化関係協力7件 (T.V.番組編成機械、視聴覚教材、音響照明機材等) (92年度まで)</p> <p>4. 在留邦人数 76人 (1993年10月1日現在)</p> <p>5. 在日留學邦人数 33人 (1992年12月現在)</p> <p>6. 要人任歴</p> <p>(1) 任</p> <p>1985年 佐藤栄佐久 参議院議員</p> <p>河本勝久 蔵園土庁長官</p> <p>1988年 森田外務次官</p> <p>1989年 田中外務次官</p> <p>1992年 中山正博 参議院議員</p> <p>(2) 来</p> <p>1985年 セアガ首相、ギルモア文相</p> <p>1986年 ハートマン・エネルキム・観光相</p> <p>1987年 アンダーソン 國家安全保衛相</p> <p>1987年 ベラルト 外務・貿易・工業副大臣</p> <p>1989年 ハートマン・エネルキム・観光相</p> <p>1990年 フォリッシュ 首相府副大臣、プリングル 観光相、マリン グラス 観光相、ナイト 國家安全保衛相、マリ ングラス 観光相、プリングル 観光相、ラムタリ 観光相、ジュノー 開発企画生産省副大臣、コーア 外相 (即位の礼)</p> <p>1991年 マンレイ 首相、バクターソン 副首相、ニーア 外相、プリングル 観光相、カニングハム 國家安全保衛相</p> <p>1992年 ディヴィー 企業副大臣、ブラス 外務次官、グラス 保衛相</p> <p>7. 二國間条約、取極</p> <p>1987年 青年海外協力隊派遣取極</p>
<p>1. 我が國の援助実績</p> <p>(1) 有償資金協力 (1992年度まで、E.N.P.ス) 478.79</p> <p>(2) 無償資金協力 (1992年度まで、E.N.P.ス) 4.02</p> <p>(3) 技術協力実績 (1992年度まで、JICAベース) 12.57</p> <p>2. 主要援助国 (1991年)</p> <p>① 米国 ② 日本 ③ カナダ ④ ドイツ ⑤ 英國</p>	<p>経済協力 (単位 米ドル)</p>	











JICA