5. プロジェクトの方向性

5－1　詳細活動計画

1998年4月17日付暫定実施計画に関し、これまでの進捗状況を確認し、より具体的に今後の活動計画を策定すべく詳細活動計画（Detailed Implementation Plan, DIP）が作成され、協議議事録により合意された。DIPはマスタープランの活動ごとに作成され、各活動は5つの側面（基本部分（General Component）、健康診断（Health Examination）、健康教育（Health Education）、栄養（Nutrition）、保健情報（Health Information））から、おのおのの詳細活動（Details）、目的と成果（Objective & Achievement）、障害（Obstruction & Solution）、留意点（Remarks）が明記されている。また今後の変更については、ジャマイカ側のプロジェクト・ダイレクターと日本側のチーフアドバイザーとの合意によるとされた。

DIPの作成により個々の活動に関する現状認識や今後の方向性が明らかになり、今後の活動の進捗管理には有益であると思われる。他方、DIPは個別活動計画の集合にとどまっており、プロジェクト全体の枠組みを明確にするためには、ベースライン調査が完了ししだい、プロジェクト・サイクル・マネジメント手法に基づきプロジェクト・デザイン・マトリックスを作成する必要がある。

DIPはプロジェクト活動の進捗にともない随時変更されるべきものではあるが、現在実施中の生活習慣調査の結果を反映させるべく調査終了後60日以内に修正されることが、協議議事録により確認された。

5－2　ジャマイカ側のプロジェクト実施体制

従来、ジャマイカ保健省の組織変更に伴い、本プロジェクトのプロジェクト・マネージャーの役割が保健省プライマリー・ヘルス・ケア局Principal Medical Officer（Eva Lewis Fuller氏）より、南部保健地域事務所長（Fay Petgrave氏）に変更されることとなった。Fuller氏は特別技術アドバイザーとして、引き続きカウンターパートとして位置づけられる。

5－3　地域住民へのアプローチ

健康づくりのための地域住民へのアプローチについては、以下の点に留意すべきと考える。

（1）地域社会

ジャマイカでは母系大家族制が中心の家族が多く、最年長の女性が家族の実権を握っており、健康診断受診の可否から食事の味付け等に至るまで、家族の日常生活について強い指導力（支配力）を有していると考えられる。最年長の女性の生活習慣が変われば、家族の生活習

慣を変えられる可能性も高い。逆に最年長女性の理解を得られない生活習慣の変更は、相当な困難が見込まれる。

また国民の90%以上がキリスト教信者であるジャマイカでは教会が精神的なよりどころとなっており、地域社会では指導の中核をなす。人々の内面に踏み込んだ生活改善は保健関係者のみでできるものではない。

(2) 保健従事者

特に重要なのは助産婦と保健婦であると思われる。ジャマイカでは一般的に第1子を病院で出産し、その際に問題がなければ第2子以降は自宅で出産している。助産婦は自宅での出産に関して助産をし、その後も子供に対しては予防接種を継続的に施している。保健婦は助産婦の経験者であり、現在の母親の先輩の助産をしている。このように家庭を訪問し直接地域住民に接することのできる職種が、人々の行動を健康的に変容させることができる。

ジャマイカでは義務教育を受けた者の約1割が高校に進学し、さらにその1割が大学や専門学校に進学しているが、能力以前に相当の富裕層でなければ高校には進学しないといわれている。助産婦や保健婦もこれに該当するが、一般国民と自分たちを同じレベルで考えていない印象を受けた。彼らの考え方を変えることは容易なことではないが、忍耐強く取り組む必要がある。

(3) その他の団体

ジャマイカには保健医療分野の職能団体として、医師会や看護協会が存在する。プロジェクトの実施にあたってはこれらの団体の理解と協力を得ることが不可欠である。大きな目標である「国民の健康づくり」に異論があろうはずがないが、職域を侵されるとの誤解があるのであれば、それを解くための努力が必要である。職能団体の上層部の研修も有効に作用する可能性がある。

また糖尿病協会等の団体も前向きであり、目標達成に向けた協力関係を構築し、効果をあげることが期待される。

5－4　保健情報管理にかかる協力

(1) 患者診療記録等の管理方法の改善

ヘルスセンターや病院の患者診療記録（カルテ)、およびそれに付随する書類の管理・利用については改善の余地があるものの、本プロジェクトの協力対象とするか否かについては、ジャマイカ側のニーズとプロジェクト内の位置づけについて整理したうえで、改めて検討するべきである。

(2) コンピューターの利用

南部保健地域内の保健情報に関し、本プロジェクトがコンピューターを用いた協力の対象とするのは、以下の 3 種類に限定するべきと思われる。

1) 生活習慣調査の結果管理

2) プロジェクトが実施する健康診断データの管理

3) 病院の既存患者インデックス・ファイルとの連携（可否の検討）

協議議事録では 2) の健康診断データに関して、一般的な統計とヘルスケア計画の策定を目的としてコンピューター管理されること、ならびに当該データから健康診断の財務面、管理面からの検討を可能にするデータを作成することが合意された。

他方、病院の患者診療記録（カルテ）やヘルスセンターの利用者診療記録のコンピューター化については、想定される作業量、投入資源等から、本プロジェクトの活動範囲に含めるべきではないと判断する。

5 － 5　その他

(1) 年間レポート

協議議事録により、プロジェクト実施期間中、プロジェクトの年間レポートを毎年作成することが合意され、最初の年間レポート（1998 年 6 月 1 日～ 1999 年 3 月 31 日）は 1999 年 5 月末までに JICA とジャマイカ保健省に提出される見通しである。

(2) 情報の公開

プロジェクト活動に関する正式な報告書等の発行やデータ等の利用については、（ジャマイカ側、日本側双方に）公開されることが、協議議事録により確認された。