

3. 転換期の保健医療分野

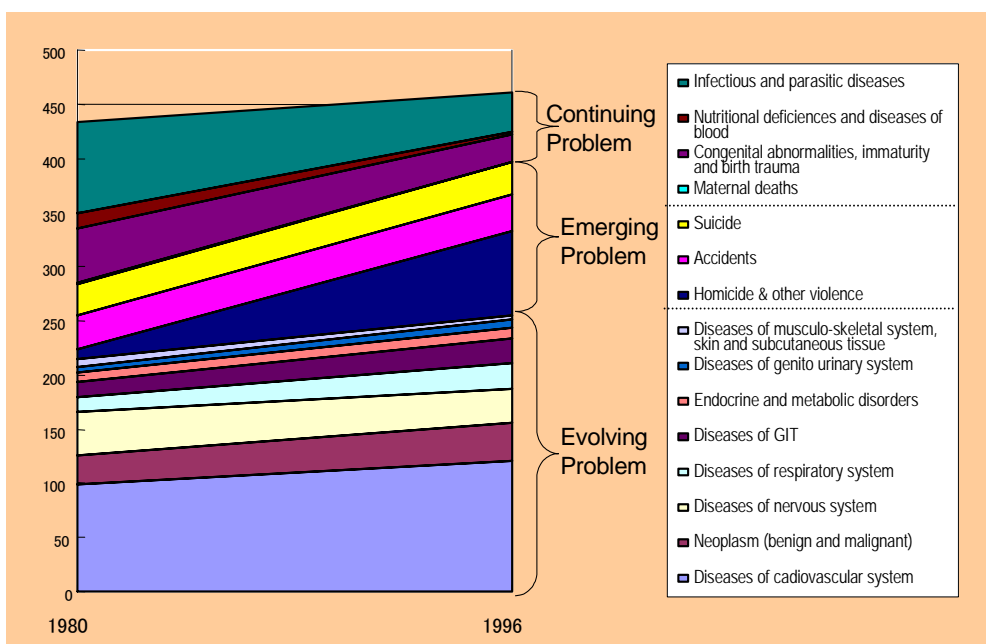
3.1 スリランカにおける疫学転換

スリランカにおける保健医療セクターは、20 世紀における「低コストで良好な成果」の成功例であった。2002 年の世銀開発報告によれば、スリランカの全国平均寿命は 68.8 歳で、一人あたり GDP が 1000ドル以下の 73 カ国の中で 7 位に位置している。こうしたこれまでの成功は賞賛されるべきであるが、これからは、保健医療分野の様々な転換にすばやく対応するための行動を起こさなければ、失墜する危険も容易に想像される。

保健医療分野の転換は先進国と途上国でともに発生している歴史的な現象であり、スリランカもその渦中にある。多くの国は同じような問題を共有しており、それらは疫学パターンの転換、患者の願望の変化、保健医療システムのマネジメントを効率的に行ってほしいという社会のニーズである。

3.1.1 疾病に関する 3 つの問題

図 3.1 に示された 20 年間の死因の変化を分析すると、スリランカは疫学の点で保健医療の転換期にあると考えられる。



出典：スリランカ政府 Register General, Vital Statistics 1980-1996

図 3.1 1980 から 1996 の死因の変化

ターゲットとすべき疾病は急速に変化しつつある。つまり、虚血性心疾患、脳梗塞、癌が増加する一方、伝染病や母子保健関連の状況は減少しつつも、依然として公衆衛生学上の問題であり、それらをコントロールすることは課題でありつづけている。同時に、事故、自殺、殺人などの出現的な問題が明らかに大きな増加傾向を見せている。こうしてみると、スリランカにおける重要な疾病はライフ・スタイルの変化に関連した疾病などによるものとなっている。これらは精神障害がかなりの位置を占め

る非感染症である。すなわち、スリランカにおける疾病の問題の特徴は以下の 3 つのグループに分類して説明することができる。

グループ 1: 継続的な問題

途上国では、伝染病や母子保健関連の病気はよく見られる病気である。このグループはスリランカで問題であり続けており、以前よりはかなり減ったものの、今でも高い死亡率や疾病率を占めるものである。マラリア、デング熱、フィラリア症などの動物を媒介とした伝染病は、栄養失調の幼児の命を脅かす脅威でありつづけている。

グループ 2: 出現的な問題

急速な都市化、工業化、伝統社会の崩壊など、社会の変化に起因した出現的な問題が明らかになってきた。このグループには、交通事故、負傷、暴力、近年急増しつつある若い世代の殺人や自殺などが含まれる。スリランカにおける HIV/AIDS の問題は、今は未だ表面化していないが、将来的には重要な問題になる条件が十分にあるのが現状である。

グループ 3: 進化的な問題

進化的な問題はライフスタイルの変化、日常生活における人々の行動や次第に強くなりつつあるストレスに関係している。このグループは癌、心臓病、精神障害などの非感染症の増加傾向によって現されている。

伝染病や母子保健関連の病気がドラスティックに減少したスリランカでは、虚血性心臓病や癌などの変性疾患が主要な問題となり、寿命の延長に伴ってより多く見られるようになってきている。つまり、スリランカでは感染症と非感染症の両方の病気に対応していかなければいけなくなっている。

3.1.2 保健医療の転換に対応するために必要となる統合的アプローチ

保健医療の転換に伴い、保健医療セクターは、機能を変化させ、新しいサービスシステムの実施に切り替えていく必要性に迫られている。新しいヘルス・ケア・サービスのシステムは、1) 予防、2) 治療、3) 福祉の 3 つの機能的な方法を持った統合アプローチを用いるべきである。治療サービスの強化だけでは、疫学的な転換に対応できず、効率的で費用効果の高い保健医療システムを作り上げることはできない。

予防:

予防的方法は、胎児の段階から高齢者までのリスク要因に対応することをベースに組み立てられなければならない。これは「ライフ・コース・アプローチ」と呼ばれているアプローチである。出現的な病気(グループ 2)や進化的な病気(グループ 3)は人々の行動やライフスタイルに大きく依存している。アルコール、高血圧、タバコ、太りすぎや高コレステロールはこれらの病気の原因となり、高いリスクをもたらすものであるため、統合的な予防活動が、緊急かつ精力的に実施される必要がある。WHO による高齢化の調査によると、ライフ・コース・アプローチの下で取られた疫学的なデータでは、早い段階でリスク要因を明らかにする仕組みがあれば、後年、病気を防ぐことができるとしている。したがって、出現的な病気を防ぐために、異なる年齢グループに適切な予防的措置を行うことを検討すべきである。

治療:

治療に関する政策は、一次、二次、三次の異なるヘルス・ケア施設の機能をレビューし、サービスの方向性を再定義する必要がある。これらの機能については、病気のパターンの変化によって再定義し、救急医療ネットワーク、リハビリのためのコミュニティ・サポート・ネットワーク、一次治療ネットワークと統合されるべきである。

福祉:

包括的なヘルス・ケア・システムの設立のために、福祉の重要性が認識されなければならない。高齢者や障害者を支える健全な社会が維持されていくことが特に重要である。リハビリやソーシャル・ケアは治療サービスと関連を持たなければならない。

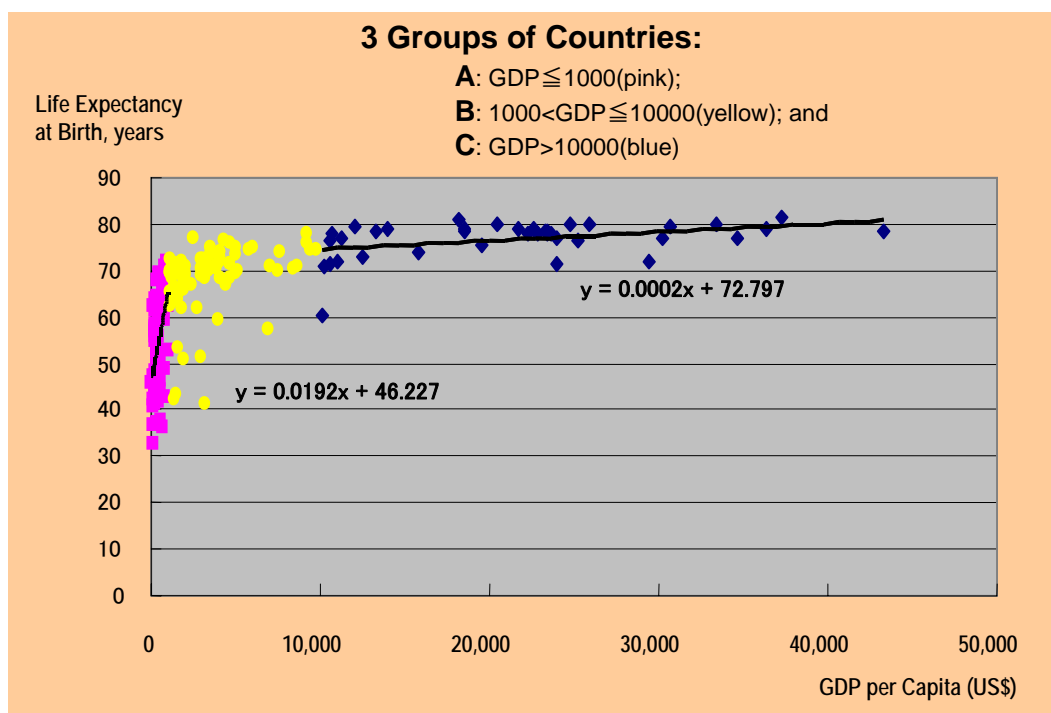
	病気	リスク要因	予防	治療	福祉
グループ 1: 継続的な問題	母子保健関連 伝染病 その他	栄養や母性の状態 栄養や環境	● ● ●	● ● ●	●
グループ 2: 出現的な問題	交通事故 殺人や暴力 その他	様々な要因 社会の崩壊	● ● ●	● ● ●	●
グループ 3: 進化的な問題	生活様式の変化 精神面の健康 その他	個人の生活様式、食習慣 ストレス、社会の崩壊	● ● ●	● ● ●	● ● ●
保健医療政策や戦略へのアプローチ			「ライフ・コース・アプローチ」に基づく新たな予防政策	変化にすぐ対応でき、持続可能なシステムの計画	高齢化や福祉社会への準備

図 3.2 包括的な保健医療システムのために必要な統合的アプローチ

3.2 保健医療の転換が財政面に与える影響

保健医療の転換の結果に伴う需要の変化に対応する新たな保健医療政策を計画するために、限られた財源の中で費用対効果の高い財政戦略を検討する必要がある。

図3.3 に示すように、世界各国の保健医療と開発の関係分析では、一人あたり GDP が 1,000ドルに増加するまでは寿命は急速に伸びるが、その後は、寿命はゆっくりとしたスピードで延びていくことが明らかとなっている。



出典： 世界保健報告 2000, WHO

図 3.3 世界各国の経済発展レベルと寿命の延長の関係

その原因は、一部は先進国における技術革新など保健医療サービス供給の高コスト化であり、また虚血性心臓病、脳梗塞、癌などの、よりコストのかかる非感染症が主流となるためである。出世時平均余命が増加するに従い、一人あたりの保健医療支出は、最初はゆっくりと増加し、68 歳前後で急速に増加する。スリランカのような一人あたり GDP が 1,000ドル以下の国では、1 年に一人あたり 31ドルの保健医療の支出が必要であるという計算結果が出た。これは、スリランカの実際の保健医療支出と同レベルである。一方、一人あたり GDP が 10,000ドル以上の国の推定式を用いると、スリランカでは一人あたり 530ドル必要になる。つまり、経済発展レベルの異なる 2 つのグループで、保健医療支出が大きく異なることがわかる。スリランカではこれまで一人あたり 30ドル前後の支出であったが、今では高い GDP を持つ国と同じような支出パターンに移行しつつある。対応すべき疾病の変化に対応した保健医療サービスの提供によって、スリランカでは財政負担が増加することとなることを意味している。

60 歳以上の高齢者の割合を用いた、同じような分析を参照すると、出世時余命が 68 歳より短い国から推計した式を用いると、スリランカでは保健医療支出は GDP の 4.87 パーセントが必要であった。一方、出世維持平均余命が 68 歳より長い国から推計した式を用いると、GDP の 5.84 が必要である。どちらの数字も、現在の実際の数値である 3.4 パーセントを上回っている。

上記の世界的に見たマクロ的な視点に加え、この保健医療マスタープランでは将来の保健医療支出の必要額のより詳細な分析を行った。後述、表 3.1 にまとめたように、中程度の経済発展シナリオ

の下では、2015年に必要となる保健医療支出の合計は、2,670億ルピーから3,260億ルピーとなる。(2002年現在の支出は、500億ルピーから550億ルピーの間である。) GDPに占めるシェアは、現在の3.0パーセントから4.5-5.0パーセントに増加する予測である。

スリランカの保健医療セクターには大きな資源ギャップがあり、スリランカはそのギャップを埋め、保健医療プログラムの成果を逆行させないために、新たなファイナンス・メカニズムを考えるべき時に来ている。

3.3 必要とされる政策フレームワークとそれを実行するための基本原則

サービスの供給における保健医療の転換に対応するために、新しい政策フレームワークが再設定され、以下の3つに対応すべきである。それは、1) 疫学への対応、2) 患者への対応、3) 保健医療システムの有効性への対応である。これら3つは政策フレームワークの主要な柱となるべきであり、それぞれの柱は政策形成を導く3つの原則を持ち、その内容は以下に記すとおりである。

柱1：疫学への対応(サービスとシステム)

疫学的変化に対応するために、ヘルス・ケア・サービスとその供給システムの再編成が不可欠である。これは以下に示す3つの原則により実現される。

- 原則 1: 疾病の優先順位付けと特徴付け
- 原則 2: 新しい戦略の探求と開発
- 原則 3: サービスとシステムの関連付けや統合

サービス供給を研究・管理する際には、自然歴や特徴に基づく疾病グループの優先付けや分類が有効であろう。前述した3つの疾病グループに対する対応が必要であり、有効となる。

柱2：患者の期待への対応(文化や治療)

世界中で見られる患者の権利や平等性に関する認識だけでなく、疾病の持つ特徴を注視することによって、治療を成功させるために患者の参加やその満足度を高めることが重要である。また、よりよい治療を行うために、保健医療サービス従事者だけでなく、患者にも教育することが必要である。これらを実現するために、以下に示す原則とともに、人々のヘルス・ケアに対する認識基準を再編成する必要がある。

- 原則 1: 「質と安全性」の改善
- 原則 2: 「患者の権利」の確保
- 原則 3: 「顧客満足」の増進

顧客満足のフィードバックをシステム化することは、情報システムや品質保証システムに欠かせない部分である。病院施設における基本的な快適性、待ち時間の減少、ニーズへの素早い対応、医療従事者の良好なコミュニケーション、丁寧さは間違いなく患者の満足度を高めることができる。

柱3：システムの有効性への対応(ミッションとマネジメント)

システムの有効性に対応するために、保健医療セクターの組織、マネジメント、情報システムの再構成が必要である。変わりつつある状況の中で、全体のマネジメント・システムの方向を以下のように向ける必要がある。

原則1: アカウンタブルである

原則2: フレキシブルである

原則3: 効率的である

新たに必要となるシステムにはコストがかかる。技術的な検討によって、費用効果の高い処置を選択することが不可欠となる。現在のサービスにおいてさえ、より効率的な管理を検討すべきものである。効率的にするために保健医療サービスに対する需要を継続的に分析し、その需要を満たす供給を行う努力をすることが必要である。変化する環境の中で限られた資源を活用するために、フレキシビリティは有効かつ不可欠な原則である。そしてシステムはサービスを受け、料金を支払う人々に説明責任を果たすものでなければならないし、透明で開かれた情報であることがポリシーとしてあるべきである。

上述したことに加え、政策分析、モニタリングと評価、健康増進、保健医療サービス利用者教育などの分野を強化するべきである。1987年憲法による Provincial 政府の保健医療関係機関への権限委譲とともに、州政府はこれらの準備をする間もなく新たな責任を負うことになった。このことが新たな不効率性と不平等をもたらしている。

ヘルス・ケア・ニーズの急激な転換や、増加しつつある資本流入による民間サービスのさらなる発展の中で、「保健医療の危機」が中央政府の保健省や政治の意思決定者の間で認識されるべきである。さらに、現在の疫学的変化の中で、患者の期待を満たすために、最新かつコストのかかる技術や薬を用いることが必要になっている。もし技術レベルやこれらの変化に経済の対応力の差が大きくなれば、患者はより民間部門に移ることになる。しかし、この傾向は民間部門サービスのコストの上昇により相殺されることとなる。この矛盾する点は人々の健康に関する考え方に影響を与え、以前と同じようなサービスを維持することによる失敗を導くことになる。

しかし、楽観的に考えれば、ニーズの変化や疾病による負担の変化に対応できる保健医療システムを構築できる新しい長期的保健医療政策を作り出すことができれば、スリランカは、再び21世紀の世界のリーディング・モデルとなることができる。革新的、予防的、治癒的ケア政策によって、低コストで新たに出現的な、また、進化的な疾病に対応し、スリランカの良好な保健医療体制を作り出すことができる。スリランカの人々は合理的で信頼のおけるヘルス・ケアを受けることができるようになる。

3.4 制度改革のための基本原則

保健医療セクターの改革は制度的に入り組んでおり、様々な専門家を必要とする。しかし、改革のためにもっとも必要な努力は財政面の再構築であり、それを通じて全ての保健医療分野の機能が再編成されることになる。財政改革におけるキーコンセプトは以下に述べるとおりである。

3.4.1 税金ベースのファイナンス・モデルの改革:

ヘルス・ケアの公共支出に関して、2つの主要なアプローチが使われている。一つは税金ベースで市民権や在留資格による政府給付であり、もう一つは参加者の保険料の支払いに基づく社会保険である。スリランカにおけるヘルス・ケア・ファイナンスは前者の税金に基づくものである。

税金を用いたシステムは、イギリス、ニュージーランド、デンマークなど、政府が保健医療サービスを行っている国で利用されている。政府が直接、保健医療サービス施設を所有・運営・管理している。このアプローチでは、ファイナンス、支払い、サービスを行う組織が強く統合されている。

スカンジナビア諸国やイギリスでは、社会保障制度やファイナンス・メカニズムは政府予算の外に位置している。典型的な例は初期のイギリスの社会保健医療サービスである。しかし、このモデルはイギリス、ニュージーランド、デンマークでは大きく修正されている。

3.4.2 サービスの購入側と供給者側の分離:

税金は上述した国で使われている。これらの国では、政府が保健医療サービスを運営し、これらのサービスを維持するために増徴をさせている。税金に基づくファイナンス・システムでは、ファイナンス・メカニズムと支出の間に直接の関係がなく、コストを最小化するインセンティブが働かないと言われている。また、このシステムは説明責任が曖昧になり、財務パフォーマンスの報告も不十分であったり遅れたりすると指摘されている。

国家がファイナンスする仕組みを持つ国では、「サービス購入側と供給者側の分離」として知られる抜本的な改革が始まっている。これらの国の政府は、公共の供給者(サービスの供給)と公共による購入(サービスに対する支払い)を分離している。これは「管理された競争」のための中心的な政策コンポーネントであり、この「管理された競争」によって効率性の改善と運営維持費用のコントロールを目指している。この分離政策は「社会保険による第三者メカニズム」に近い状況を作り出している。このメカニズムでは、サービス供給者はいつも、サービスの記録に基づいて保険業者に支払いを要求することとなる。このメカニズムはより説明責任の高い制度のベースとなっている。

興味深いことに、ファイナンス、支払い、サービス供給組織が同じ部局の下にあって明確なリンクがない伝統的なシステムの下では、サービス提供者(病院)は医療情報のシステムを作り上げる組織的インセンティブはほとんど持っていなかった。購入と供給者の分離により、支払いを行う組織はサービス供給者への支出を正当化する詳細な情報を必要とするようになり、そのようなインセンティブを作り出すこととなった。

3.4.3 病院ベースのマネジメント

「病院ベースのマネジメント」という言葉は「独立法人化病院のシステム」と言い換えることができる。しかし、「独立法人化」という言葉は理解しにくい言葉である。スリランカでは、独立法人の病院は、スリジャヤワルダナプラ総合病院(SJGH)に等しい意味を持つかもしれない。しかし独立法人化病院のモデルは複数考えられ、SJGHはたった一つの例にすぎない。

他国においては過去、独立病院経営のいくつかのバリエーションが開発されている。1980年代から公共病院のマネジメント・システムが改革されてきた例は多岐にわたる。成功例は、タイ、インドネシア、イギリスで見られる。これらの共通なアプローチは、中央の官僚がコントロールするシステムから病院ベースの経営や財務の管理に移行したことである。

3.5 保健施設に係る将来需要

混雑する高次医療施設と利用されていない低次医療施設という現実、効率的な資源の配分と動員という意味合いにおいて、スリランカにおいて極めて重大な問題として認識されている。「バイパス」と呼ばれるこの問題は、不十分な機能という問題と同様に、医療施設のロケーションや量的質的問題と深い関係がある。GIS を使った分析は、十分な数の低次医療施設は存在するものの、そこには機能的なキャッチメントエリアシステムも階層的な運営システムもないということを示している。

病院のベッド数においては、他の南アジア諸国と比較し、スリランカはベッドの Availability という点で先頭を走っている。しかしながら、このことは、病床数が人口当たりの医者数や GDP 当たりの保健支出の割合との整合しているということではない。病床の将来需要はネットワークと外来病棟の合理化や入院者数を減少させる能力などにかかっている。

この予測分析では、国の保健状況は改善し、外来病棟は診断をできるようになり、**人口 1,000 人当たりの年間来院数は 154 人**であり、平均 5.5 日、80% の占有率となるという仮説を立てている。その場合の 2015 年における必要ベッド数はおよそ 6 万床でこれは現在の 59,635 床とほぼ同数である。このことは、もし技術面を向上させ、効果的なサービスを提供できるようになれば、これ以上ベッドを増やす必要はないということである。1,000 人当たり 154 という年間来院の割合はこの保健マスタープランを実施することによって可能となる数字であろう。

3.6 将来の保健医療支出

これまでの章で概観したように、疾病負担は劇的に変化しており、政府と家庭ともに財政的負担を負う必要が増えている。保健支出が将来の国家経済にとって賄いきれるものなのか否かということが重要な点である。この保健マスタープランでは以下の通りこの側面について検証した。

3.6.1 マクロアプローチ

国レベルの保健財政は多くが政府支出と民間セクターへの個人による支払い負担によっている。1999 年において保健セクターの財政支援合計の 90% はこれら二つの財源から来るものであった。三番目の財務戦略として、社会健康保険が次の 15 年間の間に拡大することが予期されている。しかしながら、現在この国に存在しないシステムをどのように発展させるかを予測することは困難である。したがって、税収部分とのギャップを埋めることが基本であるため、政府支出の下での第三の財政として仮定することとする。

GDP 成長率、保健省支出の GDP 比、家庭における家庭支出全体における保健支出の弾力性など様々な仮定をすると、保健医療支出の合計は予測できないレベルまで成長すると考えられる。

保健医療支出の合計は 2002 年で 50～55 億ルピーと推計されており、これが、2015 年には低くて 169 億ルピー、高い場合は 464 億ルピーまで増加する。増加率は低くて 3 倍、高いと 9 倍にもなる。これらの推計は、2000 年に GDP の 3% だったものが、2015 年には 3.6% から 6.7% に成長することを示している。

表 3.1 2015 年におけるスリランカの保健医療支出予測 (マクロアプローチ)

	Total Health Expenditure Projection (保健支出予測)		
	Low (低)	Medium (中)	High (高)
2002 (in billion Rs.)	50-55 (3% of GDP)	50-55	50-55
2015 (in billion Rs.)	169	267 & 326	464
2015 (as % of GDP)	3.6%	4.5% & 5%	6.7%

出典：保健省-JICA 調査チーム

3.6.2 将来の保健財政への関連

この予測は保健医療への貢献分が現状の GDP の 3% から成長するであろうことを示唆している。この分析によって示されているほとんどの根拠はその割合が GDP の 4% から 5% に成長することを示唆している。もし、このトレンドが続き、仮定が維持されれば、スリランカは国際基準と同等かそれ以上のレベルの支出をすることが可能となる。これによって、基本的な保健サービスはファイナンスされる。

しかしながら、たとえ、高い人口増加が考慮されたとしても、両アプローチは人口高齢化や疾病構造の変化は評価していない。長期の介入を要求する非感染症への保健医療サービスを提供することは計算に入れていない。どちらのアプローチを使用した分析結果も保健医療支出全体から見ると見積もりを下回っているのかもしれない。

さらに考えなければいけないことは、スリランカの人々がどのような追加的なケアを求め、いくら直接もしくは税金を通じて間接的に支払うのかということである。もし人々が公的医療サービスよりも民間医療サービスを活用するのであれば、人々が受ける医療サービスのためにより多くの GDP 比保健医療費を払うことになるであろうことをマクロアプローチは示唆している。人々がどこに治療に行くかは、公的セクターで得られるサービスの質に寄る所が大きい。もし、公的施設に GDP のより大きな割合を使うのであれば、治療に係る費用を年で最低 20 億ルピー減らすことができる。これは、公共セクターの保健医療支出への投資の見返りであるといえる。

4. 戦略のための目標、原則、戦略への確信

スリランカ政府は、公正で豊かな社会実現のために人的資源基盤を構築することを目的としており、人民に投資する必要性を認識している。全ての市民がベーシック・ヒューマン・ニーズを満たすことを保証し、全ての市民が自己の能力を実現する機会が与えられることを保証する、というのが政府の貧困戦略の要である。現在では健康が貧困削減と経済成長において重要な役割を果たすことは広く認められている。

4.1 ビジョン(理想像)

政府は、経済的、社会的、精神的幸福に寄与する健康な国家を建設すること目的とする。政府は、市民のニーズに応え、包括的、高品質、平等で、費用対効果が高く、持続可能な保健医療サービスへのアクセスを保証するためのパートナーシップ構築を通して、このビジョンを達成する。

4.2 基本的原則

ビジョンは以下の事実を反映している

- 1) 人民は自己の健康の増進に大きく貢献することができ、政府は人民の潜在能力を支援しなければならない。
- 2) 政府の役割は単にサービスを提供するだけでなく、官庁や保健医療セクターの改善に寄与する海外援助機関とパートナーシップを構築することである。例えば、
 - 提供されるべき医療サービスの計画、運営、使用におけるコミュニティー
 - 民間セクター及びヘルス・ケアの提供や融資において鍵を握る非政府組織(NGOs)
 - 開発・パートナー(二国間及び多国間援助機関)
- 3) 政府は保健医療サービスに関して以下のことを保証する。
 - 公的セクターに沢山の費用がかかることなくアクセスできる
 - サービスを提供場所においての無料の公共サービス
 - 包括的にかつ国民全てに供給する
 - 公的セクターと民間セクター双方で満足できる品質
 - 新たに表出し変容するニーズへの高い反応性
 - 利用者及び国民全員にたいする説明責任
 - 科学的根拠に基づくこと
 - 持続可能性

4.3 戦略的目標

人民の健康状態改善というビジョンの実現には、以下の項目を戦略目標とする:

1. 保健医療サービスの提供と保健医療活動の改善を行うこと
2. コミュニティー、家族、個人の保健医療活動を強化すること

3. 保健医療での人的資源の管理を改善すること
4. 保健医療システムの適切な管理と経営機能を強化すること
5. 保健医療財源の動員、配分、活用を改善すること

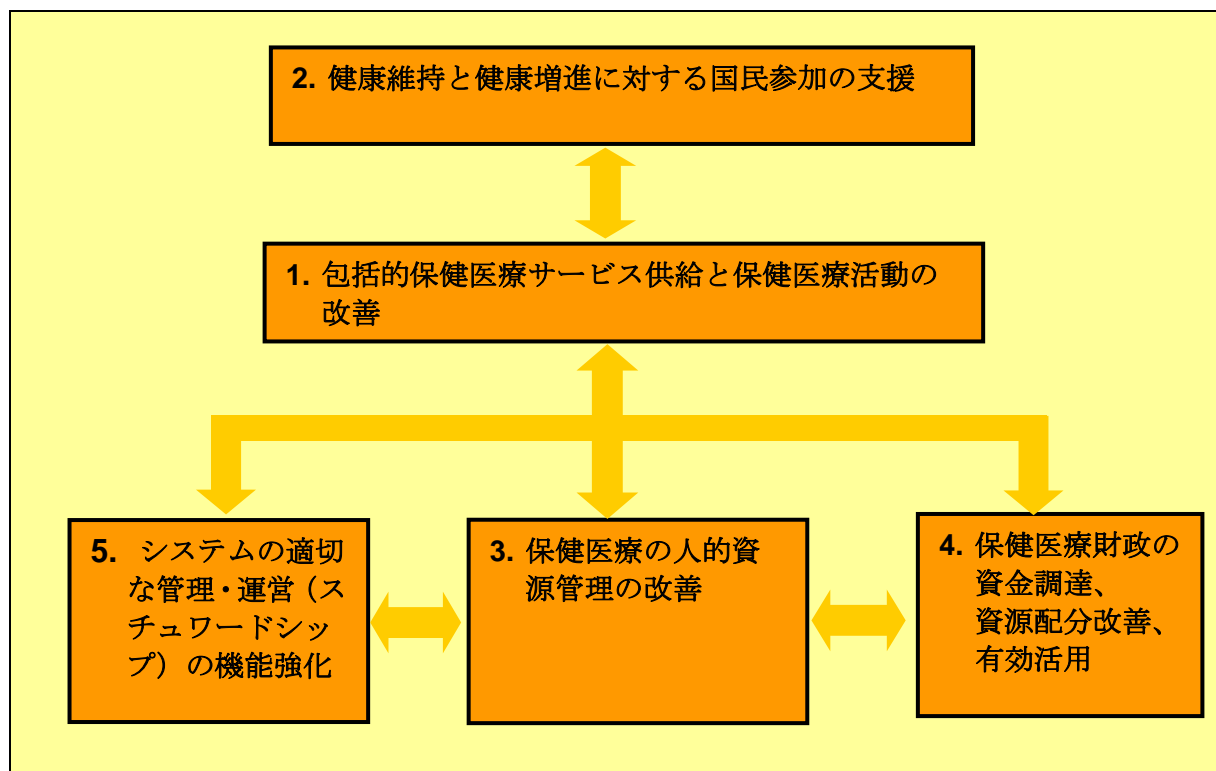


図 4.1 5つの戦略的目的の相互関係

5つの戦略的目的の下で達成されるべき直接目的の概要は以下のとおりである。

1. 疾病による負担を軽減し、健康増進するような包括的保健医療サービスの供給を保証する。

- 1) 保健医療施設とサービスネットワークの合理化と強化
- 2) 戦略的介入による優先的疾患／状況の減少
- 3) サービス供給の質の向上
- 4) 弱者層・グループの健康状態の改善
- 5) 保健医療サービスへの国民の信頼と患者の満足度の向上
- 6) 新技術へのアクセス
- 7) 効率的な保健医療サービス供給のための官民パートナーシップの強化

8) サービス供給に十分な医薬品、医療器具および医療機器の確保

2. 国民が健康維持により積極的に参加できるよう支援・促進する。

- 1) 権利、責任、ヘルスケアの選択に関する国民意識の向上
- 2) 行動とライフスタイル改善のための市民社会および NGO の参加促進
- 3) 国民のニーズと、改善に資する保健医療システムに対する国民の意識のモニタリング

3. 保健医療サービスとその管理体制の充実に資する人材を育成する。

- 1) 中央および州政府レベル保健省の人材育成・管理に関わる機能拡大と能力強化
- 2) 保健医療分野における人材の育成と管理の合理化
- 3) 保健医療従事者の管理、臨床および公衆衛生に関わる能力向上

4. 保健医療財政における資金調達、資源の配分を改善し、有効活用を図る。

- 1) 保健医療分野の財政的持続性を向上するため、全てのレベルでの政府財政支援の増加
- 2) 公的資金配分の効率性の改善
- 3) 現在ある財政資源の利用の最適化
- 4) 財政管理の強化
- 5) 財政的な公平性とサービスへのアクセスの平等性の改善
- 6) 国家的な実施に向けた代替財政メカニズムの明確化と試行
- 7) サービスの利用状況およびサービスの量の報告と財務に関する情報を含めた情報共有メカニズムを確立することから始めるなど、民間セクターとの協力の促進・活用

5. 保健医療サービス供給システム全体を適切に管理し、運営する機能(スチュワードシップ)を強化する。

- 1) 中央および地方分権化されたレベルでの管理実績の向上
- 2) 保健省と地方分権化された関連機関の効率性、有効性および透明性の向上
- 3) 必要な場合には、実績管理システムの強化と導入
- 4) 公共および民間サービス供給者のサービス規制システムの確立
- 5) 管理情報システムの強化
- 6) 他省庁および機関との調整と協力の強化
- 7) 保健医療研究と技術評価のための能力強化
- 8) 病院および医療施設の独立法人化の推進

4.4 国家保健医療目標とターゲット

ミレニアム開発ゴール(MDGs)には、21世紀における社会開発のための一連のアジェンダがあげられている。保健医療セクターにおいても、妊産婦死亡の低下、5歳以下の死亡と栄養失調の低下、HIV/AIDSの流行の抑止、またマラリアや結核の感染率の低下や、必須医薬品を適正な価格で提供していくなどの事項を包括している。加えて、2015年までに、安全な飲料水や衛生的な環境に対し持続的にアクセス出来ない人口を抑えていくこともターゲットにしている。

「マクロ経済と健康」委員会は、マクロ経済政策と保健指標の改善のためのフレーム、特に貧困層に焦点をあてたフレームを提唱してきた。こうしたマクロの政策レベルの動きや、人々の健康や保健医療システムに影響を与える将来的な様々な要因の推移を考慮し、保健省は、これから先10年間の国家保健医療目標と数値目標の策定に取り組んでいる。

5. 戦略的目標

5.1 包括的な保健医療サービスの供給

健康改善の要となる包括的な保健医療サービスの供給は、多くの観点を持つ。なかでも重要な観点を下記にまとめる。

5.1.1 保健医療ネットワークの合理化

スリランカにおいて、将来的に保健医療マスタープランに基づき、国民の一次、二次、三次的保健医療ニーズに則した保健医療サービス供給計画が作られる予定である。本計画は、保健医療への公共支出の最適配分を明確にし、民間によるサービス拡大の可能性を国家レベルで判定した結果や、設備投資の優先順位を明らかにするものである。また、本計画は、入院患者の入院期間を短縮するため、人口統計学と疫学を考慮に入れ、現在および将来の治療方法として、診断・外科的手術のための外来サービスや新技術(例:レーザー手術、腹腔鏡等)の利用可能性の検討も含んでいる。

一方、国家保健医療サービス供給計画は、経常および資本財政の配分のガイドラインとして地方行政にも利用されるものである。財政配分のプロセスは、透明かつ公平であることを保証するメカニズムが整備されるため、ドナーによる投入には本計画を適応する。

国家保健医療サービス供給計画と一致して、州、県、地域レベルから提出された要請をもとに、大学および医学教育機関の施設の事業計画も策定される。本事業計画は、既成の予算配分パターンを基にするのではなく、人口統計的、疫学的データと推測、および、医療現場の技術的革新を基に策定される。本計画の策定システムは見直され、ローカルで評価された需要に従い、よりオープンで透明性のある、参加型のシステムとなる。また、施設は、提供される保健医療サービスの種類と、合意される評価基準によって再分類される。経常財政に影響を及ぼすいかなる設備開発プログラムも施設事業計画の一部としてみなされ、予算の枠組みに含まれる。ドナーのサポートはこれら事業計画全体の中に適応するものである。

さらに、患者にとって最適なレベルの治療を受けられることを保証するため、入退院制度を含め、適切なレファラルシステムも導入される。本制度は、必要に応じたホーム・ベース・ケアも含むものであり、平行してサポート体制の構築も行われる。

5.1.2 戦略的介入による優先的疾患／症状の減少

スリランカは、ケガや非感染症、新種の疫病の脅威(例:HIV/AIDS)の予防と管理のための政策を策定しなければならないと同時に、既存の感染症にも対処し続けなければならない。心疾患や糖尿病、関節炎や腎臓病等の疾病について、あらゆる保健医療教育機関、訓練機関、研究専門機関に対し、費用効率が高いプロトコルが準備されなければならない。例として、糖尿病患者の入院を最小限に留め、生活の質を高めるため、コミュニティレベルでの方策を通して、診断、コントロール、維持することが挙げられる。また、スリランカの国情にあった、使いやすい外来技術の導入を整備するパイロット活動を実施する。

5.1.3 保健医療サービス供給の質の向上

品質保証戦略は、保健医療セクターの原理の中心となる質の高いサービスの供給を実現するために策定されなければならない。規制に保護されてはいても、サービス供給は、自主的に品質管理を

行うことを基本とする。保健省は、患者および消費者に焦点を当てた体系的手段をもって、団結心を高め、率先して品質保証政策を開発する。このアプローチは、患者の満足度とサービス供給の質をモニタリングする以外にも、臨床的説明責任および監査と、同輩グループによるレビュー制度開発をも含む。

一方、明確なプロトコールとは、公共と民間セクター双方における基準を維持し高めるために導入されるべきものである。持続可能性を保証するには、専門機関、医療施設およびサービス提供者が策定過程に参加する必要がある。質的向上を図ることを目的としているスリランカ医学会の役割も、多くの国民の代表者によって見直されるべきである。品質保証戦略は、食品安全性、環境衛生、労働衛生等の公共保健衛生ケアプログラムの規制と実施を保証する。

5.1.4 社会的弱者の健康状態の改善

国の保健医療サービスは、なかでも貧しい人々や社会的弱者グループに対して特別な配慮をする必要がある：

- 予防可能な国のヘルスケアプログラムを拡張し、健康増進を強調する。また、若者に理解してもらうために特別な取り組みを行う。
- 治療サービスへのアクセスを拡張する。農村地域の貧しい人々のアクセスがより近くなるよう、重点的地域に施設の拡充を行い、ニーズに応えられるサービスを拡張する。

また、青年、高齢者、出稼ぎ労働者、戦争や紛争犠牲者の家族など特別なグループのニーズ、さらに、労働衛生、メンタル・ヘルスおよびプランテーションにおけるような、特定のエリアのグループのニーズを満たすためのヘルスケアを拡張する。近年急増している、メンタル・ヘルスや老人病のニーズを満たすためのコミュニティーベーストレーニングも拡張する。

5.1.5 保健医療サービスへの国民の信頼と患者の満足度の向上

保健医療制度の役割について、患者および市民の意見を確かめるためには、定期的な調査データが必要である。これらの調査をとおして、提供されるサービス、それらの水準に対する満足度、および彼らが求めるサービスの種類についての消費者の現状認識を確認することができる。これらの調査を実施することは、彼らの考えが重視されているという明確なメッセージを送ることとなり、将来的に、サービスの計画段階や運営段階において彼らの参加を促進させることともなる。また、公に公表されるこれらの調査結果は、政策立案者に、人々を中心としたサービス、信頼を置かれるサービスを実現させるため、どのような改革が必要とされているかについても、情報を提供することができる。

5.1.6 新技術へのアクセス

新しい医療技術および技術革新は、それら技術がどのようところでその価値と影響力をしっかりと発揮できるのかを十分に評価する必要がある。そして実証された分野においてのみ、公的保健医療機関にも導入される必要がある。新しい医療技術は、とくに人気の高い高額な治療を最小限に留め、日帰りの手術のような、明らかに生産性が高く、患者の治療の質が向上させることを実証したものに留められるべきである。この分野における利用は、今後更なる導入が促進されるであろう。政府は、国、および、費用効果の高い民間企業との間で、この分野への投資をいかに配分するかを政策を敷く必要がある。

5.1.7 効率的な保健医療サービス供給のための官民パートナーシップの強化

民間セクターが、質の高い保健医療サービスを、特に富裕層に提供する目的のためにさらなる発展を目指すことが奨励される必要がある。

新しい技術の調査は、購入して使用する場合と、民間セクターから同じサービスを購入するのとはどちらが費用対効果が高いのかを慎重に調査することが、ひいては民間とのパートナーシップを促進させる。公共セクターは、このようなパートナーシップの導入を拡大することを求められている。

5.1.8 サービス供給に十分な医薬、医療器具および医療機器の確保

医療品、および医療施設の問題は山積みであり、かつそれらは相互関係にある。まず第一に、医療機関レベルごとの必要不可欠な薬物のリストを再検討する必要がある。結果として、地方、県レベルの在庫量、薬物の購入、および流通システムが改善され、薬物の廃棄および盗難を最小限に留めることになる。第二に、公共セクターの薬物の質は、効能のある薬物が、流通過程において途切れずに円滑に供給されることを確実にするために、定期的に検査される必要がある。また、他の物流供給システムと同様に、医療機器の購入、流通、維持管理および修繕システムについても強化される必要がある。

5.2 コミュニティと家庭における保健医療への取り組み

保健医療の発展のための、個人、世帯およびコミュニティの役割は、どの時点においても過小評価されてはならない。最大限の協力を得るためには、人々が、自分たちの権利と義務について知られることが重要である。また、彼らの保健医療活動への取り組みを前向きに変化させ、活動に最大限に参加するための適切な機会を与えるための必要なインプットを与えられることが重要である。

5.2.1 保健医療ケアにおける、権利、責任、選択に関する国民意識の向上

コミュニティ、患者、および人権・患者の権利に関わる市民グループは、市民および患者に彼らの権利と義務を認識させるために体制を強化する必要がある。これらのグループを組織化し、強化するための取り組みは、国の人々の正当な期待に応えるための保健医療システムの義務を最大化する目的で促進される。市民は、保健医療サービスの義務を最大レベルに維持するためには、彼ら自体も出来る限り参加しなければいけないという責任と義務をも認識することとなる。

5.2.2 行動とライフスタイル改善のための市民社会およびNGOの参加促進

人々の行動とライフスタイルを変化させるための決定要因は多様である。それらは複数の特徴を持ち、人々のアイデアや基準、価値や信念によって豊かになった社会の構成に濃厚に織り込まれる。選択的なリスク・グループの行動を前向きに変化させるためには、同時に、市民組織、NGO やその他の政府機関などにも等しく取り組みが共有される必要がある。選ばれた分野では、関連する政府機関とともに、すべてのセクターにおける適切な公共政策および介入を達成することを目標しながら、計画に参画する。同様に、コミュニティグループおよび他の NGO は、これらの活動に参加するように促進される。

保健省は、国家行動変容コミュニケーションプログラムを計画し、出資することが求められている。これは、ターゲットとする対象人口グループが、健康的なライフスタイルへ変化することを目的とした事業である。本計画は、適切な官公庁および機関との相互・協同作業によって実行される。目的は、予防可能なリスク要因を減らすことであり、主要なステークホルダーは市民自身である。保健省は、ター

ゲットグループと、疫学、治療費および疾病の主要因の調査結果に基づき、他のパートナーと協力しながら変化が必要とされるライフスタイルを特定する。これらには、どのように健康、生産性および教育のパフォーマンスを最適化するか、また高齢化をいかに上手にコントロールしていくかなどの検討が含まれる。手段として、タバコやアルコール摂取、薬物乱用、危険なセックスの自粛や、シートベルト利用を含む道路安全の遵守を通して、栄養と運動、休養と睡眠を十分にとった健康的な生活習慣の推進を含む。国は、このような行動変化を促すための広告活動やロビー活動を行い、事業の考案、事前評価、実施を行うような営利企業と協同で事業に臨むことが重要である。

5.2.3 国民のニーズと、改善のための投入となるような保健医療システムに対する一般市民の認識のモニタリング

コミュニティの保健医療システムへのニーズと期待は、計画策定において、重大なインプットである。何よりもまずやらなければならないことは、市民のニーズを認識することである。保健医療セクター改善の情報源とするため、そのような現状認識をモニターするメカニズムが開発されることが提案されている。

5.3 保健医療分野における人材管理の改善

雇用体制における重要な改革は、短期間で達成できるものではない。組織の漸進的変化や、医療従事者への新しいインセンティブを導入する手段は複数ある。仕事の満足度やサービスの効率性を上げるための、あらゆるレベルにおける経営的な自立化への要求は高い。人材開発戦略とは、必要なスキルをもった人材が、必要とされたタイミングに、適材適所に確保できるように体制を整えることである。

5.3.1 人材開発・管理における中央および州政府レベル保健省の能力強化

現時点では、保健医療人材 (HRH) の基礎的および基礎教育後のトレーニングは、中央政府が行っている。しかし、在職トレーニングに関しては、中央と州政府双方が行っている。ここ数十年、問題として指摘され続けていることは、保健医療人材の一部の職種が不足していることと、すべての職種に在職トレーニングやキャリア開発の機会が与えられないことである。中央政府および県の自治体は、今後、人材育成開発において協力・協調することにより、相互の能力を向上させる必要がある。

保健医療人材の需要と供給は、サービスのニーズ、需要、種類、仕事量や経済的実現可能性の分析に基づき、今後 20 年間の推移が予測される必要がある。

5.3.2 保健医療従事者の育成と管理の合理化

現在の保健医療人材の配置には、明らかに地域間格差が存在する。とくに、北部地域における保健医療人材は、コロンボやキャンディ、ゴール県など、過密に配属されている地域と比較すると、非常に低い。他の地域においても保健医療人材の不足は報告されている。過去数十年続いてきた地域間格差は、このような格差を生み出した要因が特定され、より強力な対策をもって是正されなければならないこの格差問題を解決するためには、中央および地方レベルでの人材育成も必要となる。各公的機関も、利用可能な保健医療人材を最適に利用できるよう、人材が強化される必要がある。

人材計画および開発における保健省の役割と義務は、職員や補助員の新規採用やトレーニングおよび配置のみならず、政策立案、体制強化、管理、人材に関する情報の収集、および、公共機関や

省庁間における人材の調整にまで拡大される。また、保健省は、保健医療サービス機関の経営者の経営的能力についても、調整する。包括的な人材開発計画および戦略は、市民の近代保健医療セクターのみでなく、民間の保健医療セクターや伝統医療セクターまでを網羅し、人材採用、トレーニング、配置やその他の人材開発にかかわるすべての必要な業務分野をも網羅する。したがって、現在保健省の内外に縦割りされている人材開発機能を強化する仕組み、または統合した部門を設けることが重要となる。

5.3.3 保健医療従事者の管理、臨床および公衆衛生に関わる能力向上

保健医療人材開発における、もう1つの重要な特徴は、人材の質の問題、である。なかでも、技術能力と態度の二つの質が、重要な要素である。ある一定の質を備えたサービスを提供するための優れた人格と適切な知識・技能をもった人材を育成することは、ここ数十年重要視されてきたことであるが、未だに注目に値することである。保健医療従事者の能力向上のため、キャリア開発とともに、在職トレーニングや継続的教育を実施することが制度化される必要がある。また、再教育のための適切な機会が与えられれば、技術的な質を向上させるための手段として、(資格の)再登録も考慮されるべきである。保健省はまた、患者保護の観点から、品質保証を追求するため、内部利用として、民間保健医療セクターである一定・最小限の基準を訓練する制度も確立すべきである。

保健医療サービス提供者間の優れた人格を確立することも最優先課題の一つである。ヘルスケア関係職員の優れた人格を確立するために、在職トレーニング、監督制度、実績評価システム等が、各医療機関において確立されることが必要である。

5.4 資金調達、資源配分および資源利用の改善

保健医療システムの発展と維持のため、追加的資金を調達することは重要課題の一つである。これは、既存の資源の最適利用を促進すると同時に、追加的財政の配分についても取り組まなければならないことである。さらには、これらを達成するための仕組みづくりや、ヘルスケアの財政的公平性を改善することも強化されなければならない。

5.4.1 保健医療セクターの財政的持続性を向上するため、全てのレベルへの政府財政支援の増加

保健衛生システムは、従来より、人口学的、疫学的、技術的、社会的な情勢の変化に伴い、変化を余儀なくされてきた。これらの変化は、政府や個人負担による保健医療サービスの供給コストの引き上げを引き起こす結果となった。

更なる改善と持続可能なシステム構築のために、政府がすべてのレベルへ財政的支援を増加しなければならないことは明白である。政府は、財政支援を最大化するための方針や政策を特定するため、2002年に「マクロ経済委員会(The Macro Economic Commission)」を設立した。本委員会は、保健医療サービスの財政面における持続可能性を強化するため、政府はすべてのレベルに対する財政支援を増加させるアクションをとる必要がある、と提起している。

5.4.2 公的資金配分の効率性の改善

州の保健医療分野におけるシェア増加: 近年、主要な州における保健医療分野の公的資金が減少しているという懸念がある。保健医療サービスの主要な責任は州毎にあるとはいえ、何がその地域における州の取組みの強化を奨励するためのインセンティブや仕組みとなりうるのかを考えることは重要なことである。保健省は、州やその他のステークホルダーとともに基準や達成指標を設定し、これらゴールを達成するた

めに必要となる費用を算定するためのリーダーシップを取らなければならない。また、保健省は、どのように州の財源が分配されれば、国家目標を厳守し、地域間の公平性を高めるためことができるかの手引書を、すべての州に配布する必要がある。割り当てられる資金供与は、この過程をサポートするために利用されることも可能である。

紛争の影響を受けた地域やプランテーションセクターへの配分のギャップ: 保健医療サービスへのアクセスおよび健康結果は、紛争の影響を受けた地域、および紅茶プランテーションセクターにおいて、他の地域よりも、明らかに悪い状況である。そのような格差の縮小には、十分に計画され、かつ、協調されたアクションが必要である。また、持続可能な投資戦略は、妥当な人材および資源の利用の可能性に基づいて策定されるべきである。

不当な補助金の排除: 現在、民間の健康保険には、不当に財政上優遇措置が取られている。優遇措置では、もっとも富裕層への純補助金が分配されることになるので、これは早急に取りやめられるべきである。本政策によって予測される収入は、公共医療機関で利用および支出が縮小されることや、他の患者に費やすために資源が割り当てられることから、少なくとも政府の純貯蓄の5倍以上である。(このことは、スリランカのPHIの分析 (Findings and Policy Implications. Institute of Policy Studies. 1997) に明記されている。政府は財源を別の使途に支出すべきである。民間施設の開発に対する補助金についても議論の余地があり、綿密に再考されるべきである。

金額に見合う価値を表す分野への外注: スリランカでは、臨床以外のサービスに関して、既に多くの外注を行っている。政府は、金額に見合う価値を示す分野において、臨床であれ臨床以外のサービスであれ、外注の可能性を再考すべきである。

低所得層への国補助金の配分維持: 政府は、低所得グループへのサポートを下記の方法でサポートする:

- 地域間および地域内における、公平な補助金の配分を保証する
- 健康増進と疾病予防に対し、出来るだけ多くの補助金を集中させる
- 社会的弱者グループへサービスを集中させる
- 裕福層が恩恵を受けている補助金を撤廃する-例: 民間保険企業の税控除や民間インフラ整備のための優遇措置

5.4.3 現在ある財政資源の利用の最適化

政府は、スリランカで合理化された保健医療サービスを運営するコストを算定するための入念な調査が行わなければならない。これは、財源が配分される際の、実施可能な優先的財源計画の基礎を形成するものである。本調査は、定期的に再調査され改訂されるべきである。

現在のスリランカは、経済や、紛争の影響を受けた地域の復興活動といった、複数の他の優先課題に取り組まなければならない。したがって、保健医療の追加的財源の範囲は非常に制限されている。しかしながら、政府は貧困削減戦略ペーパー (PRSP) の下で、保健医療のための州の割り当てを、現行の、公共支出の合計の 5~6%レベルから、8-10%まで上げることを確約した。これは合意された中期公共支出枠組み計画の中でも確認される。そのような増加は、追加予算が健康を増進することに寄与することを、保健省が明白に実証することができさえすれば、すぐに実現可能である。保健省は、現行の構造および介入を評価するために用いられ、将来の投資を示唆する一連の実績指標を明確にし、それら指標をモニタリングすることによって、その要求を満たすことができる。

5.4.4 財政管理の強化

財政管理の強化戦略は、キャパシティ、権限、モニタリング監督、および利用可能な財源の使途を網羅するものである。財源は、より効率的かつ効果的に使われるべきであり、配分される財源は、タイムリーにかつ費用ベースに配分されるべきである。財務の管理者には、必要なスキルと、より正確な財務管理の情報提供が求められる。現在も多くの情報が提供されているが、経営や戦略的計画の目的のために情報が利用されることはほとんどない。今後、情報は、体系的に収集され、ナショナル・ヘルス・アカウントのようなイニシアティブが制度化されるべきである。また、予算計上プロセス全体はより透明になるべきである。

5.4.5 保健医療財政およびアクセスの公平性の改善

税制度が累進課税になっていることから、スリランカの財政面における公平性は高い。一般的に、富裕層に比べると、貧困層は交付税の大部分を受領し、ヘルスケアサービスも最大限に利用している。より富裕層の人々は、入院患者も外来患者も、民間セクターで治療を望む。しかし、都市スラムや避難民、紅茶プランテーションの労働者、農村の貧困者等特定の人口の、災害時の支出を含んだヘルスケアの金銭的負担には、注意深い配慮が必要である。保健医療の財政的公平性とヘルスケアサービスへのアクセスの公平性を改善するためのさらなる取組みが必要である。

5.4.6 国家的実施を視野に入れた代替財政メカニズムの明確化と試行

スリランカでは、税を主とする財源が昔は良く機能していた。しかし、それらは、人口予測に沿った近代的なサービスの提供を可能にするには十分な財源ではなく、保健医療のニーズを変えるために必要なサービスを提供できなくなってきた。また、限られた財源では、実績を改善するためのインセンティブはほとんど生み出せていない。

歳入の基となり得る、かつ再検討するに値する代替財政は、健康保険（社会、コミュニティ、民間）、患者一部負担金を含んだ治療費負担や、目的税などが考えられる。これらのいずれか、または組み合わせて利用することが検証されるべきである。

社会健康保険は、下記のような問題点を提起する可能性もある。主構成として社会健康保険を策定する可能性は、その正式採用労働者数が低いレベルであり、運営コストが比較的高いことから、制約されてしまう。一方、高いレベルの正式採用労働者数は、政府の役人、雇用者や市民によって支払われなければいけない保険料や追加費用の徴収自身を困難にさせるおそれもある。現在、推定される貢献のレベルを算定するための予備的調査が実施されている。調査プログラムは社会健康保険の実現可能性を評価するために開発され、国際的な経験を数多く導き出すものである。調査の結果、現在の税を主とする財源システムの欠点が提起される場合、主要な財源に関するいかなる決定事項も、考慮する必要がある。

利用者負担は、基本的な保健医療サービスの収入を上げる方法としては、不平等で非効率的な方法である。国の保健医療サービスは、サービス提供時、無料で提供されるものである。しかしながら、現在施設レベルにおいても、経営者は、公平性と相反しない程度の収入を増加させる代替方法を一部に検討することができることになっている。これは、差額ベッドの導入や、原価で民間セクターのサービスを買うことや、寄付金を募ることなども含むことができる。しかしながら、上がってくる収入（寄付金以外）は、施設に留まらず国の財源に吸収されるために、施設にとっては、インセンティブとはならない。

一方、寄付金制度に対し、より積極的かつ合理的なアプローチをとる必要がある。現在のアプローチは不定期な試みでありであり、可能性自身、十分に検討・開発されていない。また、寄付金を最大限にする際に、それらが国の開発目標に寄与し、合理的に分配されることを保証することが重要である。そのためのガイドラインが作成される必要がある。

政府はまた、酒類やタバコ、車税等、健康を害する商品に対する追加租税政策を取る検討も行っている。しかし、この追加租税政策は、これら商品への需要を減少させる一方で、商品から得られる税収をも減少させる可能性もある。そのように、保健医療への税収の使途指定手段についても、再検討される必要がある。

5.4.6 民間セクター貢献の最適利用

民間の健康保険は、それ自体が民間商品であり、富裕層に対してのみ支払い可能な商品であるため、国の保健医療の目標達成に寄与しようなどという考慮はされていない。スリランカの民間健康保険市場は未だ成熟しきれていない段階であり、数々の問題を抱えている。しかしながら、政府は、消費者に対し、「保護されている」ことを保証する責任を持っている。したがって、強力な既存の利害関係者が、完全に彼ら自身を確立する機会を得ている事態に対し、いかなる規制が適切かを考え、制約的枠組みを構築する必要がある。考えなければならないことは、左記も含む：最小の利益パッケージの定義、透明性と比較可能性をもつアプローチの策定、治療協定に関する合意、改革の確約、先在する条件に基づく内容を否定する会社のサービス活動範囲の縮小化、紛争解決メカニズムの確立、品質保証手続きの開発等である。管理監督された新しい保健医療ケアの形態は、従来の健康保険よりも、消費者に対し、公的保健セクターの代わりと、さらに家庭医学/一般診療パッケージ、及び2次医療サービスを提供することが可能となるかもしれない。

5.5 マネジメント機能の強化

“保健医療セクター・マネジメント”という概念は WHO が定義づける「人々の保健医療を慎重に管理する最終責任を負うこと」を意味する“スチュワードシップ: Stewardship”という概念と互換性がある。様々なレベルにおける保健医療セクターのマネジメントを慎重に検討すると、いくつかの分野において緊急に是正しなければならないことが明らかになってくる。

5.5.1 中央および地方分権化されたレベルでの管理実績の向上

スリランカの保健医療セクターマネジメントにおける主要な問題点は、保健省の中央と地方レベルの権利の委譲に伴って生じた不明確な役割と責任分担、説明責任の不明確なラインなどである。中央保健省は、第3次医療機関の医師の管理、採用、配置において依然大きな役割と機能を持つ。一方、地方レベルは、経常予算や医療スタッフの配置と育成において、依然影響力を持っていない。

国のヘルス・セクターにおけるマネジメント能力は、状況に即した変化を促し、新しく取り掛からなければならない課題に対してより責任を持たせることによって強化される。そのためには、システムの全部門におけるマネジメントおよび組織面の体制の大々的なシフトが必要となる。県が国より保健医療サービスの運営により大きな責任を与えられれば、中央の役割と機能は縮小せざるを得ない。中央政府の保健医療セクターの機能は、ガイドラインの配布、基準の設定、品質管理、規制の実施、ニーズのモニタリング、や資源の配分、保健省の再編成や主要なマネジメントプログラムの変更により出費に見合うだけのアプトプットのモニタリングを行うことに移行していかなければならない。

5.5.2 保健省と地方分権化された関連機関の効率性、有効性およびアカウンタビリティの向上

保健省と地方間の効率的かつ効果的な地方分権化マネジメントは、技術協力、トレーニング実施、資金供与などによって、計画立案と保健医療サービスの管理における地方職員のキャパシティを強化することによって達成される。予算編成は、中央と地方政府間で同意された目標や技術的性能に従って決定されるべきである。地方レベルの能力開発によって、保健医療セクターへの予算配分を決定する際の州政府

はプレッシャーを感じるようになる。また、第一線の保健医療サービスを改善し、レファレルシステムや情報管理システムを開発するため、現場レベルのキャパシティも強化されなければならない。

保健医療セクターには、提起された移行を管理し、医療スタッフや団体がきちんと移行に参加しているかを確認する能力と権限を持ち備えた、熟練の管理者が必要である。緊急を要する優先課題は、国家、地方、県、区域の管理者の在職トレーニングである。マネジメント開発は、すべての専門家にオープンな包括的マネジメントトレーニングおよび開発プログラムが必要であり、十分評価される必要がある。保健医療マネジメント研究所(Institute for Health Management)の設立、および通信教育プログラムの実施が検討される。大学教育は、保健医療マネジメントにおける大学院課程を開発することが求められている。

5.5.3 実績管理システムの強化

保健医療におけるあらゆる機関および管理者は、国家予算の使途およびアウトプットについてのアカウントビリティを有さなければならない。国は、個人および組織の実績管理に関し、彼らの実績を高めるシステムを導入しなければならない。個人の実績管理は、明確な役割、責任、同意された実績目標とアカウントビリティの定義に基づいて行われる。昇進やインセンティブシステムが個人実績と連携して行われるべきであるという意見もある。一方、組織の実績管理は、各組織で同意された計画や、資源の使途と達成結果を紹介するために作成される年間報告書に基づいて行われる。国は、計画ガイドラインを作成し、戦略的運営的計画を立て、すべての主要機関に配布する。保健省は、各地方と毎年定例会議をもち、達成内容を見直し、課題を特定し、翌年のアクションプログラムに同意する。

5.5.4 公共および民間サービス供給者のサービス規制システムの確立

民間の保健医療セクターの品質保証に対する保健省および地方管理者の役割は、規制的枠組みの構築、情報システムと資源の共有、臨床サービスの委託および人材トレーニングなど、多数ある。しかし、スリランカの保健省は現在ほとんどそのどれも実施していない。保健省および地方管理者は、現在まで民間部門を規制する役割を怠っており、国の正確な状況は把握し切れていない。保健省は、今日まで、民間の自己規制メカニズムに依存してきたが、消費者保護の観点からみると、民間規制の役割は、保健医療サービスの品質保証で最も重大な問題のうちの1つである。民間セクターは、彼らの基準を維持または向上するように促進されるべきである。(現在審査中の)法律制定は、民間セクターの基準および高価な技術の輸入の規制を実施し、制定し、最終文書化されるべきである。公共および民間セクター全体においてサービスの質が改善されるように、同様の規制メカニズムが確立されるべきである。

5.5.5 管理情報システムの強化

保健医療サービスの効果および効率の測定は、基本的に、良く計画された管理情報システムに依存する。適切な情報なしでは、保健医療従事者や管理者が、サービスおよびシステムの生産力および質における著しい改良を提供、あるいは測定することは不可能である。情報管理政策は開発され、情報管理ユーザおよび管理者のキャパシティが強化される必要がある。臨床・管理情報システムは、管理者が適切な情報を持ち、証拠に基づいた決定を下し、金額に見合う価値を提供することを保証するために検討され改善されなければならない。また、利益発生率分析は公平性とアクセスを保証するため、定期的に行なわれる必要がある。医療機関のデータは、コミュニティ、臨床学的、疫学的情報にもリンクされる必要がある。

5.5.6 他セクターとの調整と協力の強化

人々の健康状態の改善は単に保健医療サービスの提供を改善することにより生じる訳ではない。健康は他の多くの要因に影響を受けるため、保健医療に関連する他セクターとの密な調整を行う必要がある。例えば、学校保健の改善、交通事故の減少、および予防可能な疾病管理プログラムは、市民社会を含むすべてのパートナーを巻き込む必要がある。複数のステークホルダーと協調するためには、県および区

域開発委員会: District and Divisional Development Council において保健医療の小委員会を設立することは重要である。今後、人的資源開発、栄養、非感染症などのような、現在進行中のプログラム別調整のため、保健省が明確なチャンネルを構築することが望まれる。

5.5.7 保健医療研究と技術評価の能力強化

保健医療研究の役割は、立証ベースの意思決定が積極的に推進される分野においてさらに高められるべきである。研究開発が緊急に必要である分野は、保健医療提供システム、健康増進、非感染症、栄養、伝統医学の薬物、および医療経済などである。

国は、著名な研究活動や優れた潜在研究能力を持っている。しかし、保健医療および関連分野における研究機関や研究者の能力はさらなる開発を要する。国家研究計画表(agenda)は、保健医療セクターのニーズを反映して毎年計画されるべきである。適切な意思決定のための立証を行うための、国の研究機関設立の必要性が訴えられるべきであるが、既存の大学やその他研究機関における研究能力の検証も同時に行われるべきである。

したがって、研究活動の持続可能性の仕組みを構築することが必要である。適切なキャリア構造の構築、研究者の報酬制度、急増する需要や能力に見合う研究を行うための適切なインフラ整備などが、国の研究計画(agenda)において、議論され、計画される必要がある。

5.5.8 病院およびユニット/ディビジョンの独立法人化の推進

医療機関において蔓延している多数の問題点は、既存の経営システムの機能低下に起因する。したがって、保健省は、近代保健医療システム設立当初から存在していた、伝統的な病院経営システムを調査することとした。いくつかの大病院が、経営上の権限をより多く与えられ、効率かつ効果的な経営状態にするために、独立法人化されるべきことは、1970 年以來、何度も繰り返して提案されてきた。病院の自治権は様々なレベルでありえ、注意深い計画を必要とする。病院の独立性を導くために、適切な環境を提供するための活動がいっそう促進されることが提案されている。

6. 提案プログラム及びプロジェクト

上述された戦略的及び緊急の目標を達成するため、2015 年までに着手すべきプログラム及びプロジェクトが以下のように策定された。

6.1 戦略的プログラムとプロジェクト

保健医療マスタープランの策定過程において、戦略的目標を達成するためプロジェクトや介入及び活動の複合物として多様な資源と機能が統合された「**戦略的プログラム**」の概念が導入された。すなわち、保健医療マスタープランは戦略的プログラムの実現によって具現化されるものとする。合計 22 のプログラムが 5 つの戦略のもとにまとめられている。戦略プログラムは相互の機能的なつながりを通じて統合される必要があるため、熟慮された実施スキームに従い実行されるためには、関連する責任団体とプロジェクト主体者は力を合わせる必要がある。

6.2 連続するプログラムの論理的根拠に基づいた優先付け

戦略的目標全体において提示された数多くの介入プロジェクトに優先順位をつけることはマスタープランを作成するにあたって最も重要な作業である。合理的な手法で関係者の調整を図り、セクター間の関連を論理的に構築することを通じ、この優先順位は検討されるべきである。

重要な評価基準としては以下の4点が検討された。すなわち、1)**必要性／需要度**: 緊急性や効果及び便益を示す、2)**社会経済効果**: 費用便益性を示す、3)**実施ための準備体制**: 検討対象となっている介入が技術的及び組織的制約を受けないか、または組織体制に合致しているか、4)**利用可能な資源**: 資金や人材の点においていつの時点で外部的なものも含めた資源が投入できるか、である。

プログラム及びプロジェクトを合理的な順番で実施しつづけるためには、段階的にそれぞれの介入についてセクター間のつながりを考慮し、連続するプログラムの論理的根拠に基づく視点より上記のような評価方法をレビューする必要がある。また、現在進行中のプログラム及びプロジェクトを強化することを優先している。上記のような検討の結果、優先度の高い具体的なプロジェクトを含めた介入策のパッケージを**優先プロジェクト**として提示し、その成果は 5 年間という短期間において具体化されるものとした。

6.3 プログラム及びプロジェクト一覧

表 7.1 は戦略を実施するために着手されるべき戦略プログラム及びプロジェクトを示している。この表において、「責任機関:Focal Point」とは全体の調整機能を果たすこと、実施に係る主な責任を取る主体を意味しており、「優先度」とは短期間に実施されることが求められているプロジェクトであることを示している。

表 6.1 提案されたプログラム/プロジェクト

プロジェクト No.	プログラム/プロジェクトのタイトル	責任機関	優先度
1. 包括的保健医療サービス及び医療行動の改善			
1.1 組織改善プログラム			
1.1.1	新保健医療サービス供給計画の拡充による機能の合理化	DDG/P (DDG/MS D/第三次保健医療サービスによる支援)	X
1.1.2	合理化された保健医療サービス供給計画に基づく施設の拡充	Director-General (All DDGs, Dir/Building, PDHS による支援)	X
1.1.3	母子へのサービス強化	DDG/PHSII	X
1.1.4	臨床試験及び診断サービスの強化	DDG/LS	
1.1.5	安全な血液の確保	DDG/LS	
1.1.6	技術評価	DDG/BES (DDG/MS による支援)	
1.1.7	緊急時への準備及び対応	DDG/MS1	
1.2 保健医療機材(医薬品を含む)及び設備の拡充プログラム			
1.2.1	保健医療機材(医薬品を含む)の拡充	DDG/LS (DDG/MS による支援)	X
1.2.2	医療機器の拡充	DDG/BES (DDG/MS による支援)	X
1.3 国家品質管理プログラム			
1.3.1	OPD / IPD のサービス改善	DDG/MS	
1.3.2	外傷、事故、中毒及び災害に対する緊急医療サービスネットワークの開発	DDG/MS	
1.3.3	産科救急ケア及び新生児のケア	DDG/PHS (DDG/MS, D/MCH, D/N Med Ser, 及び すべての関連する 医師による支援)	
1.3.4	医療機関サービスの総合的な品質管理	DDG/MS DDG/MSII	X
1.3.5	健康増進及び予防サービスの総合的な品質管理	DDG/PHS	X
1.4 疾病抑制プログラム			
1.4.1	非感染症の抑制	DDG/MS	X
1.4.1.a.	NCD の総合的な予防(心臓病、糖尿病、高血圧、癌、喘息、新興疾病及び再興疾病)けがの予防・管理		
1.4.1.b.	腎臓病		

プロジェクト No.	プログラム/プロジェクトのタイトル	責任機関	優先度
	1.4.1.c. サラセミア		
	1.4.1.d. フッ素症		
	1.4.1.e. 精神保健医療(薬物乱用、自殺及び中毒を含む)		
	1.4.1.f. 癌発生の抑制		
	1.4.1.g. 口腔衛生		
1.4.2	感染症の抑制	DDG/PHS	
	1.4.2.a. 呼吸器系疾病の抑制(呼吸器感染症、結核)		X
	1.4.2.b. 性間感染症/エイズ の抑制		X
	1.4.2.c. 動物を媒介とした伝染病の抑制 1) マラリア 2) フィラリア 3) デング熱		X
	1.4.2.d. 予防が可能な疾病の抑制 1) 予防が可能な疾病の抑制 2) 麻疹 3) インフルエンザ 4) ウイルス性肝炎 5) 風疹 6) ポリオ		
	1.4.2.e. 狂犬病及び動物原性感染症の抑制		
	1.4.2.f. 食物や水を媒介とした疾病の抑制		X
	1.4.2.g. 小児病の総合的な管理		
	1.4.2.h. らい病の抑制		
	1.4.2.i. 地域限定的な疾病の抑制 1) レプトスピラ症 2) 日本脳炎		
	1.4.2.j. 新興及び再興感染症の抑制およびサーベイランス (SARS、エボラ出血熱、ニパウイルス等)		
	1.4.2.k. 疾病サーベイランスおよびマネジメントの強化		
1.5	弱者層のためのプログラム		
1.5.1	プランテーション労働者の医療	DDG/PHS	
1.5.2	高齢者のための保健医療	DDG/PHS	
1.5.3	身体障害者のための保健医療	DDG/PHS	
1.5.4	青年のための保健医療	DDG/PHS	
1.5.5	労働者のための保健医療	DDG/PHS	
1.5.6	都市スラム民のための保健医療	DDG/PHS	
1.5.7	児童生徒のための保健医療	DDG/PHS	

プロジェクト No.	プログラム/プロジェクトのタイトル	責任機関	優先度
1.5.8	北東部州およびその隣接州における保健医療	Secretary	
1.5.8.a	紛争地域の住民および避難民の保健医療		
1.5.8.b	北東部州における保健医療従事者の育成		
1.6	国家栄養プログラム		
1.6.1	国家栄養政策・計画の見直し及び調整メカニズムの強化	DDG/PHS	X
1.6.2	国家栄養プログラムの実施メカニズムの確立	DDG/PHS	X
1.7	健康増進プログラム		
1.7.1	健康増進に係る国家政策・計画の策定及び調整メカニズムの強化	DDG/PHS	
1.7.2	健康増進プログラムの実施メカニズムの確立	DDG/PHS	
1.7.2.a	健康増進プログラムの実施メカニズムの確立		
1.7.2.b	保健教育と健康増進における人材育成		
1.7.2.c	環境別健康増進アプローチ		
1.7.2.d	生活習慣改善プログラム		
1.7.2.e	健康増進に向けての住民参加プログラム		
2. コミュニティの健康維持・増進の強化			
2.1	保健医療開発におけるコミュニティ参加の改善プログラム		
2.1.1	保健医療開発におけるコミュニティ参加の改善における重要な政府役人、コミュニティグループ及び政治的指導者の能力強化	Secretary	X
2.1.2	保健医療の必要性和サービスに係る意識の向上	DDG/PHS	X
2.1.3	保健医療に係る地域の協働の拡大・活性化	DDG/P	X
2.1.4	医療施設委員会及び保健医療(医療施設)開発委員会の役割及び能力の見直し及び改善	Secretary (Provincial Secretaries の支援)	X
2.2	保健医療に関連した人権の増進及び保護のためのプログラム		
2.2.1	定期的に更新された公営・私営全施設に関する情報への住民のアクセスを改善するシステムの確立	DDG/P	
2.2.2	患者憲章の展開やコミュニティ、家庭及び個人を保護するために必要な法制度整備や計画の実施	Secretary	
2.2.3	健康権を保護・増進するための中央政府保健省、州レベル保健省におけるオンブズマンシステムの確立	Secretary	
3. 保健医療に係る人材管理の改善			
3.1	保健医療セクターにおける人材の育成及び強化のためのプログラム		
3.1.1	公共セクターにおける基盤整備及び有資格トレーナーの補充による基礎的トレーニングの強化	DDG/ET&R	

プロジェクト No.	プログラム/プロジェクトのタイトル	責任機関	優先度
3.1.2	中央と地方のトレーニング機関間ネットワークの確立		
3.1.3	民間医療施設における基礎的トレーニング支援政策の拡充		
3.1.4	看護師やパラメディカルのための学位プログラム確立		
3.1.5	公立及び民間医療機関における実務訓練や継続教育システムの強化		
3.1.6	優先度の高い地域で専門分野について卒後研究を継続している医療担当役人の動機付け及び職業指導	DDG/MS	
3.2	保健医療セクターにおける人材の合理化プログラム		
3.2.1	HRD 政策の策定	Secretary	X
3.2.2	役割、責任及び権利において明確に分担された中央の HRD 局と州の HRD ユニットの確立	Director General	X
3.2.3	承認された HRD 政策に基づく包括的な HRD 計画の拡充、実施及びモニタリング	Director General	X
3.2.5	トレーニングや継続教育に関する HRD と民間の活動を調整するメカニズムの確立	Director General	X
3.3	保健医療担当職員の職務遂行能力の改善プログラム		
3.3.1	業績評価システムの改善を含む、改善された業績監理システムの確立及び実施	DDG/P	
3.3.2	全分野における保健医療担当職員のキャリア開発スキームの拡充及び実施		
3.3.3	監査機能の水準維持のための中央法規制組織の強化	Secretary	
3.3.4	中央及び州レベルトレーニング機関の監理能力強化を目的とした機関の活動内容及び成果の定期的なレビュー	DDG/ET&R	
4.	保健医療に係る財源の投入、配置及び活用のためのプログラム		
4.1	公平、効率的及び持続可能な保健医療に係る財源確保方針の拡充のためのプログラム		
4.1.1	国家、州及び地区レベルの保健医療に係る財源確保方針の拡充	Secretary	X
4.1.2	業績に基づいた予算計画のための手続き及び様式の再構築計画の拡充及び実施	DDG/F	X
4.2	保健医療に係る財源管理システムの強化のためのプログラム		
4.2.1	保健医療経済の実態やアカウンタビリティに関する保健医療セクター間の課題や保健医療サービス供給のための DDG 財務局及び計画局の強化及び再編成	Director-General	
4.2.2	州保健局:PDHS オフィスの財務システム及び能力の強化及び再構成	PDHS 西部州	

プロジェクト No.	プログラム/プロジェクトのタイトル	責任機関	優先度
5. スチュワードシップと管理機能を強化するためのプログラム			
5.1	効果的な政策策定プログラム		
5.1.1	効果的な政策策定における国家及び州レベル保健省の職員能力開発	DDG/P	X
5.1.2	保健医療プログラムを国家及び州レベルで管轄することに関する公約を支持するメカニズムの確立	Secretary	X
5.2	管理者啓発プログラム		
5.2.1	改善された管理システムの確立及び管理者の能力開発	DDG/P	X
5.2.2	政策分析、プロジェクト形成、モニタリング評価及び財務における州及び地区レベルの管理者啓発、計画機能の強化	DDG/P	
5.2.3	モニタリング評価のためのシステム及び国家、州、地区レベルにおける機関、コミュニティ及び個人による良い成果を認識するためのシステムの導入	DDG/P	
5.3	保健医療法制化メカニズムプログラム		
5.3.1	国家及び州レベルにおける保健医療に関する既存の法制度のレビュー、調整及び改正とともに新法を導入するメカニズムの制度化	Secretary	X
5.3.2	国家及び州レベルにおける法制度の執行力の強化	Secretary	
5.4	保健医療情報システムの強化プログラム		
5.4.1	保健医療情報システム構築のための政策、指針及び計画の拡充	DDG/P	X
5.4.2	州における保健医療情報システムの強化と全国への拡充	DDG/P	X
5.5	保健医療研究プログラム		
5.5.1	中央及び州保健省における保健医療研究及び管理能力の強化	DDG/ET&R	
5.6	セクター間プログラム		
5.6.1	国家、州及び地方レベルにおける既存の保健医療拡充ネットワークの強化	Secretary	
5.6.2	国家及び州レベルの官民協働(民間セクター情報システムを含む)	Director General	X
6.1	伝統医薬活用システムのためのスチュワードシップ及び管理機能の強化プログラム		
6.1.1	伝統医薬省(MIM)の再編成	Secretary of MIM	X
6.1.2	アーユルヴェーダ薬局方委員会の設立	Secretary of MIM	
6.1.3	伝統医薬システムにおける民間セクターと連携した計画的な開発	Secretary of MIM	
6.2	伝統医薬システムにおける保健医療サービス		
6.2.1	伝統医薬製薬産業の育成	Secretary of MIM	

プロジェクト No.	プログラム/プロジェクトのタイトル	責任機関	優先度
6.2.2	伝統医薬の規格化と技術開発	Bandaranaike Memorial Ayurveda Research Institute	
6.2.3	施設整備プロジェクト	Secretary of MIM	
6.2.4	伝統医薬システムにおける保健医療サービス提供者の育成強化	Secretary of MIM	
6.2.5	民間医療体系パラソパリカの研究応用	Planning Division of MIM	
6.2.6	薬草植物の保護と持続的利用	Project Management Unit, MIM	
6.3	伝統医薬システムと西洋医療システムの統合		
6.3.1	在宅ベース、コミュニティベースの保健医療サービスの開発	Secretary of MIM	
6.3.2	民間医薬システムによる健康増進プログラム	Proposed Ayurvedic Health Education Bureau	
6.3.3	伝統医薬システムによるリハビリテーションサービスのシステム化	Secretary of MIM	
6.4	伝統医薬システムにおける人材開発		
6.4.1	伝統医薬システムにおける人材開発	Secretary of MIM	
6.5	伝統医薬システムにおける研究能力の強化		
6.5.1	伝統医薬システムにおける研究開発の強化	Bandaranaike Memorial Ayurveda Research Institute	

表中の略語:

Secretary	Secretary of Health Service
DG	Director General
DDG/BES	Deputy Director General of Biomedical Engineering Services, MoH
DDG/ET&R	Deputy Director General of Education Training & Research Branch, MoH
DDG/F	Deputy Director General of Finance Branch, MoH
DDG/LS	Deputy Director General of Laboratory Services, MoH
DDG/MS	Deputy Director General of Medical Services Branch, MoH
DDG/P	Deputy Director General of Management Development & Planning Unit, MoH
DDG/PHS	Deputy Director General of Public Health Services, MoH
D/HEB	Director of Health Education Bureau
D/MCH	Director of Maternal and Child Health, MoH
D/N Med Ser	Director of Nursing (Medical Service), MoH
MIM	Ministry of Indigenous Medicine and Disaster Relief

7. 保健医療マスタープラン実施のための政策と方策

7.1 実施メカニズムの形成

保健医療マスタープランの実施には重要な3つの側面がある。第一に、保健医療マスタープランによって提言された保健医療のビジョンを目指すためには国家的に方針を集結していくことが必要である。これには、政治的指導者や市民社会の指導者が、国及び国民の日常生活における他セクターの保健医療マスタープランの実施に関与していくことが必要である。それにより、国民は自らの健康のみならず自分が属する家族や社会全体の健康を増進させることができる。

第二は、スチュワードシップ及び保健医療サービスの供給において必要とされる人材育成とともに行われる保健医療マスタープランの実施管理である。これについては、医療器具等の供給や事務管理体制を革新的に変化させることを非常に重要としている。

第三として、保健医療マスタープランの実施には、継続して首尾一貫した政策を維持し、対策の柔軟性を保ちつづけることが必要である。ビジョン、任務、目的、戦略目標には忠実に従うべきであり、それは人々の要望から生まれた意見により補正されたサービス供給・支援プログラムや中間目標を採用することにより行われるべきである。これは機能的なモニタリングシステムを確立することを緊急に必要としており、これにより保健医療サービスの成果が評価できる。

7.1.1 政治的関与及び承認のための基盤作り

保健医療マスタープランは、内閣、州及び都市レベルの議会や Pradeshiya Sabas における全政党に対して広く知らしめられなければならない。このマスタープランはその戦略体制に係るそれぞれの機関を代表しているすべての政治的指導者の関与を必要としている。このマスタープランは党派的なものではなくすべての国民のためのものであって、党利を超えた全体的利益得られることが、どの政党にも十分に理解される必要がある。これは長期的に、マスタープランが生き残って行くために不可欠な条件である。

保健省が表 7.1 に掲げる関係省庁間の対話を促進させることも非常に重要である。これらすべての省庁は人々の健康に直接貢献することが可能であり、彼らの理解を確実にすることや協働を行うことは社会文化及び経済環境を作り出すために非常に重要であり、それにより人々は健康を増進し、社会に守られ、育まれていると感じることが出来るのである。各人や家族の生活様式はこのような環境において健康を十分に増進することができるのである。

7.1.2 保健医療マスタープランの制度化

保健医療マスタープランは国家の保健医療の基盤をなし、国民の便益を保証しているため、長期的な国家保健医療計画として今後 10 年間に於いて実施されることが約束される事が必要である。マスタープランは現政府によって承認されるべく内閣に提出され、議会委員会には全政党によって議論されるために提出される。マスタープランはその実施に先立ち国家保健医療計画として制度化されなければならない。

7.1.3 社会的合意形成及びオーナーシップ

保健医療マスタープランに掲げられているビジョン、任務、目標、目的及び戦略は、議会での討議期間中及び決定後において大いに宣伝される必要がある。労働組合を含んだすべての関係者は戦略、

プログラム及びプロジェクトを明確に理解する機会が与えられるべきであり、同時にどのようにすれば実現できるかについて提言を示すべきである。保健医療マスタープランは国家的な経済のみならず個人や地域社会のレベルにおいてまで有益であることがマスタープランの合意形成の過程において積極的に強調されるべきである。

7.1.4 優先プロジェクトのための行動計画の策定

優先プロジェクト及びプログラムの行動計画は特定の地理的、行政的領域内におけるすべての関係者の協議とともに策定されるべきである。行動計画の策定において、作業内容の優先順位は地域の状況を考慮に入れてレビューされるとともに、関係者の協議が必要である。プロジェクトの実施過程において受益者の参加を促すことは信頼関係を築くために非常に重要であり、それによって計画全体の実施をより効率にすることができる。

7.1.5 プログラム管理のための人材育成

保健医療におけるプロジェクト管理能力とモニタリング能力は十分に育成される必要がありプロジェクト管理の組織を構築することが必要である。最終的には情報システムはモニタリングシステムや財務メカニズムとつながっている必要があり、それにより保健医療システムの透明性が強化される。マスタープランの実施前及びその初期の段階においては必要なトレーニングが行われるべきであり、それは慎重に評価されたのち、補助的監督や必要に応じてさらなるトレーニングが行われるべきである。

7.1.6 財源の投入

財務省は保健医療マスタープランにおける活動の実施を確実にするために十分な財源を配分することに熟慮の上合意すべきである。海外のドナーはこのマスタープランのプログラム及びプロジェクトを具体化するための支援者として、とくに暫定的な保健医療改革を成功させるためやこの目的のために人材育成を行うときには、結束して活動すべきである。

セクター・ワイド・アプローチ (SWAP) は統合的な実施を促進させるための選択肢のひとつであるだろう。この方法は次の段階へ進む前に十分に検討される必要があり、SWAP を行う過程で総合保健医療管理システムにおける利点や欠点またはプラスやマイナスの影響について他国の経験を研究する必要がある。

7.1.7 プログラム実施のモニタリング

プログラムは組織的に整理されかつ調整されて実施されるべきであり、その方法は共通のフレームワークにおいて個人や団体に主導権を与えるというやり方が望ましい。このような主導権は報酬を与えることにより奨励、賞賛、推進されていく。このような努力を通じていくつかの成功事例が生まれ、他の実施主体の参考として適用されていくことが必要である。保健医療マスタープランは活動の実施のための指針であり、モニタリング及び更新がなされ、地域の現実にあわせて定期的に評価することで改定されるべきものである。そのため、保健省計画局は保健医療政策を明確に示し、マスタープランの実施者に対して必要に応じて指針や方向性を与えられるほどに強化される必要がある。

7.1.8 プログラムのレビュー及びモニタリングのための組織制度

国家レベルにおいては各省において保健医療マスタープランの実施状況のモニタリングを行い、支援をしていくタスクフォースを設置することが必要である。また州レベルにおいても各州における実施

状況をモニタリングするため州別にタスクフォースを設置することが必要である。また、このモニタリング行為について国家レベルの省は州レベルの省を支援しなければならない。

国家レベルにおいて省庁間調整委員会が組織され、他の関連する省庁・機関の支援及び協力を得ることでより効果的な成果をあげることが必要である。この委員会は6ヶ月に1回の割合で進捗を確認する。

表 7.1 調整が必要な保健医療関連の省庁及び活動内容

省庁名	関連する活動内容
伝統医療・災害救助省	健康増進、特に予防衛生サービス
財務企画省	予算、財務管理及び会計 TQC?
政策開発・施行省	食料及び栄養政策、保健医療マスタープランに必要な政策、セクター間の保健医療に関連した活動のための政策 TQC?
教育省	学校保健衛生、慢性病の検出、児童虐待、児童の保健衛生教育、生活技能、学校における健康的な生活スタイル(学生食堂、衛生施設、手洗い練習)、看護行為及び準医療行為のための HRD
労働省	労働環境基準、人間工学、労働衛生、preventive screening、事故の予防、公害の予防。
交通省	自動車運転免許、道路設計、交通ルール
農業省	野菜、果物、蛋白質摂取度の改善のための Agri extension の実行、地方におけるそのような農産物の市場取引状況の改善、IM のための薬草の市場対応型栽培
内務省	家庭内暴力、紛争管理、事故、けが、火傷のときの応急措置
国防省	暴動管理、紛争管理、事故、けが、火傷のときの応急措置、災害外科学及び外科的救急疾患に関するベストプラクティスについての合意形成 (MoD は独自の医療施設及び災害外科施設を所有している)、災害のための準備や HRD についての協力
報道省	保健医療担当の記者による保健医療マスタープランや主な衛生教育に関するメッセージの普及
高等教育省	逆症療法や伝統医学に関する医師に、病院経営と同時に看護や準医療行為に関しても主導権を獲得させるための HRD、
女性問題省	中絶、家族計画、家族法、家庭内暴力、性的虐待、売春

7.2 今後に向けて

この保健医療マスタープランはより健やかな国家を目指しており、これで終わりなのではなく、むしろ始まりを意味するものである。前述したとおり、戦略案については幅広い協議が行われ、保健医療マスタープランにより具体化された戦略は一般市民、医療業務従事者、保健医療業団体、医療業務従事者組合他からなる関係者に公開されることにより彼らの意見を求めることになろう。この計画がまとめられスリランカ政府内閣に承認のため提出された後、議会にも承認のため提出される予定である。

保健医療セクターは急激に変化しており、その戦略はそれを取り巻く環境に応じて時とともに変化する必要がある。計画システム及び保健医療セクター管理がこの戦略を反映し、前進させるためにいくつかのメカニズムが必要となろう。

保健医療マスタープランを実現するために可能性のある介入策、プロジェクト、プログラムを明確にするために、ワーキンググループは中央政府保健省、州レベル保健省、他の省庁、保健医療業団体、市民社会組織から関係者を招いての一連の議論が集中的に行われた。このような参加型アプローチは計画のレビューと優先プロジェクトの更に詳細な活動プロファイルを作成するために、継続して続けられるべきである。一度、活動が明確にされれば、投入、検証指標、検証方法は、各活動の広範囲の予算に沿って決定されるであろう。

保健医療マスタープランは、保健医療セクターの管理を統合する役割を担っており、官僚主義的な追加部分として捉えるべきではない。従って、現状の構造と体制は新しい制度や組織をつくっていくのではなく、プロセスを先に進めるために活用されていくべきである。

最適な効果をもたらす財政と計画システムを使うことが特に重要である。保健医療開発に関わる保健省の役割の明確化及び財務省との予算交渉力の強化が、まず第一に行われるべきである。投資を評価できるようなはっきりした成果を考え出すことが特に重要になるであろう。同様に、計画プロセスは早い段階で改善されるべきであり、その結果透明性・納得性の高い計画が作成されることが可能になる。

セクター横断的なアプローチが保健医療戦略の開発、その資金調達及び実施に適用されるためにはセクター間調整とドナーの調整を改善することが不可欠である。より健やかな国家の建設というのは、全てのスリランカ国民にとって煩わしいが避けて通ることのできない責務である。

