

**スリランカ民主社会主義共和国**  
**保健システム管理強化計画（開発調査）**  
**事前評価調査報告書**

平成16年11月  
(2004年)

独立行政法人 国際協力機構  
人間開発部

人間
JR
04-29

## 序 文

日本国政府は、スリランカ民主社会主義共和国の要請に基づき、同国の保健医療行政改善に係る調査を実施することを決定し独立行政法人国際協力機構がこの調査を実施することといたしました。

当機構は、本格調査に先立ち、本件調査を円滑かつ効果的に進めるため、2004年9月9日より9月25日までの18日間にわたり、国立保健医療科学院政策科学部長 長谷川敏彦氏を団長とする事前評価調査団（S / W 協議）を現地に派遣しました。

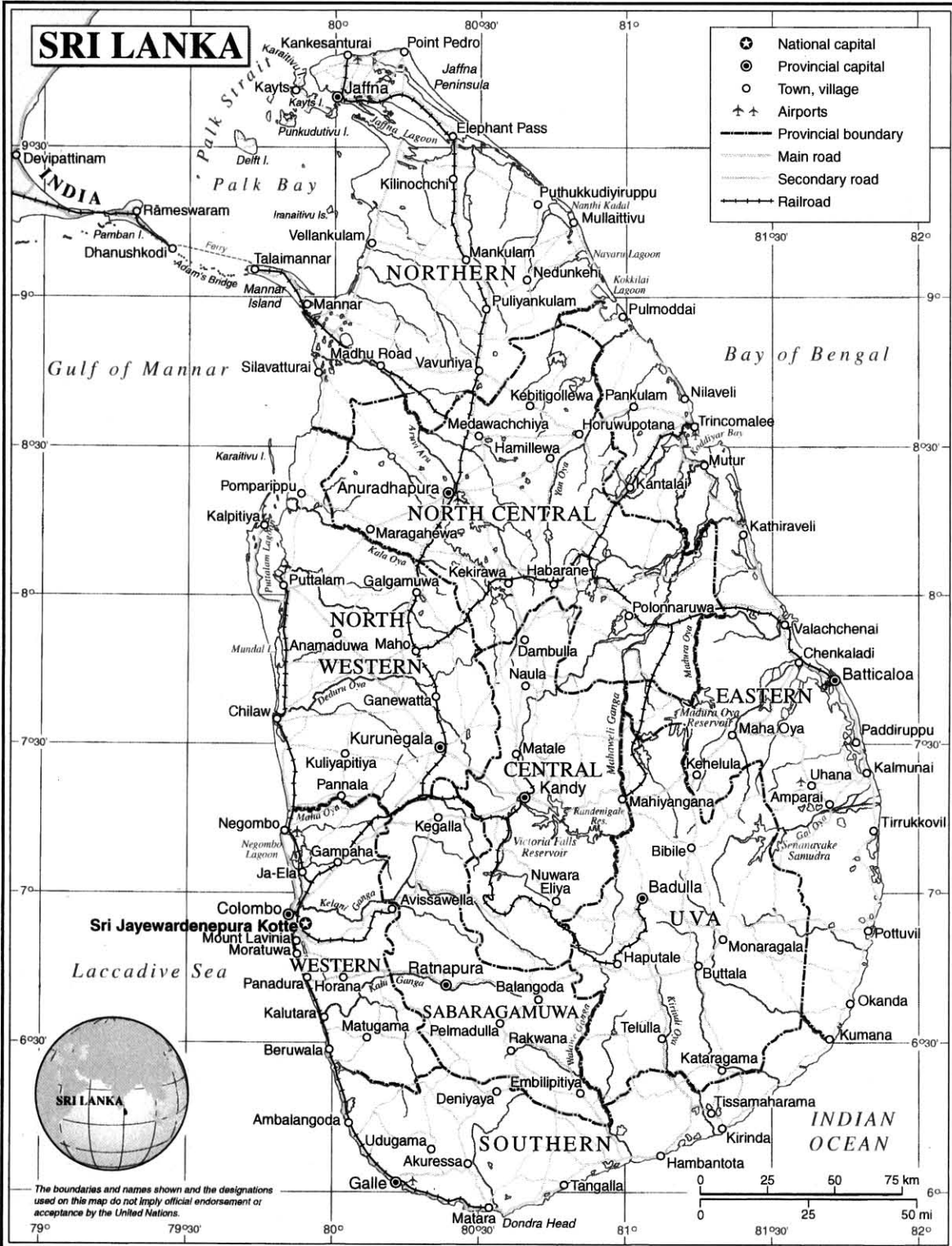
調査団は本件の背景を確認するとともに、スリランカ民主社会主義共和国政府の意向を聴取し、かつ現地踏査の結果を踏まえ、本格調査に関する実施細則（S / W）に署名しました。

本報告書は、今回の調査を取りまとめるとともに、引き続き実施を予定している本格調査に資するためのものです。

終わりに、調査にご協力とご支援を頂いた関係各位に対し、心より感謝申し上げます。

平成 16 年 11 月

独立行政法人 国際協力機構  
人間開発部長 末森 満





保健省にて S/W 調印式



保健省にて S/W 調印式



キャンディ総合病院構内



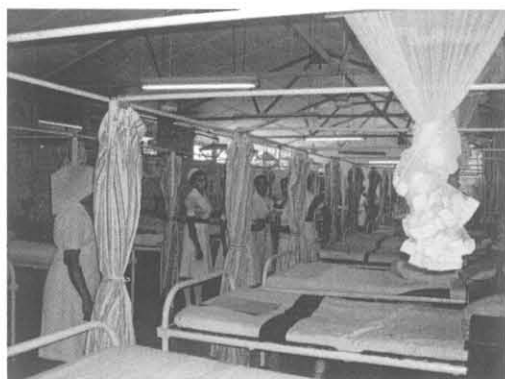
ペラデニヤ大学教育病院での協議



キャッスル・ストリート産婦人科病院



キャッスル・ストリート病院での協議



デソイサ産婦人科病院の病棟



デソイサ病院での 5S 活動の成果

## 略 語 表

略 語	英 語	日 本 語
ARI	Acute Respiratory Infections	急性呼吸器感染症
BOR	Bed Occupancy Rate	病床占有率
CD	Central Dispensary	診療所
CSHW	Castle Street Hospital for Women	キャッスル・ストリート産婦人科病院
DRG	Diagnosis Related Group	診断群別（包括支払制度）
GDP	Gross Domestic Product	国内総生産
GMOA	Government Medical Officers Association	政府系医師組合
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウイルス
HMP	Health Master Plan	保健マスタープラン
ICU	Intensive Care Unit	集中治療室
IMF	International Monetary Fund	国際通貨基金
JBIC	Japan Bank for International Cooperation	国際協力銀行
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人国際協力機構
JVP	Janatha Vimkuth Peramuna	人民解放戦線
KAP	Knowledge, Attitudes and Practices	知識・態度・行動調査
LTTE	Liberation Tigers of Tamil Eelam	タミル・イーラム解放の虎
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
NCD	Non-communicable diseases	非感染性疾患
NHSL	National Hospital of Sri Lanka	国立スリランカ病院
NICU	Neonatal Intensive Care Unit	新生児集中治療室
PA	People's Alliance	人民連合
PDHS	Provincial Director of Health Services	州保健サービス局長
PHC	Primary Health Care	プライマリー・ヘルス・ケア
PHRD	Policy and Human Resource Development	人材育成
SJGH	Sri Jayawardanapura General Hospital	スリジャヤワルダナプラ総合病院
SLFP	Sri Lanka Freedom Party	スリランカ自由党
SLHDP	Sri Lanka Health Sector Development Project	スリランカ保健セクター開発プロジェクト
SWAPs	Sector Wide Approaches	セクターワイドアプローチ
TQM	Total Quality Management	総合的品質管理
UNDP	United Nations Development Programme	国連開発計画
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees	国連難民高等弁務官事務所
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
UNP	United National Party	統一国民党
UPFA	United People's Freedom Alliance	統一人民自由連合
WB	World Bank	世界銀行
WHO	World Health Organization	世界保健機関

# 目 次

序 文  
地 図  
写 真  
略語表

第1章 事前評価調査の概要 .....	1
1-1 事前評価調査の目的 .....	1
1-2 調査団の構成 .....	1
1-3 調査日程 .....	2
1-4 協議概要 .....	3
第2章 開発調査フェーズ I と保健マスタープランについて .....	5
2-1 保健マスタープランの作成過程 .....	5
2-1-1 開発調査フェーズ I 実施の背景 .....	5
2-1-2 開発調査フェーズ I におけるマスタープランの作成過程 .....	5
2-1-3 マスタープランの政治的承認取り付けへ .....	9
2-1-4 世界銀行との協調の経緯 .....	9
2-2 フェーズ I で明らかになった成果及び課題：HMP .....	10
2-2-1 フェーズ I で明らかになった成果 .....	10
2-2-2 保健マスタープラン（HMP） .....	16
2-3 フェーズ I の評価 .....	17
2-3-1 フェーズ I の到達点 .....	17
2-3-2 フェーズ I 成功の理由 .....	17
2-3-3 現在の問題点 .....	17
2-4 フェーズ II の性格と方向性 .....	18
2-4-1 事前評価調査の結果 .....	18
2-4-2 フェーズ II 調査の性格・方向性 .....	18
第3章 スリランカの保健医療セクターをとりまく状況 .....	20
3-1 スリランカの政治・経済状況 .....	20
3-1-1 政治状況 .....	20
3-1-2 経済状況 .....	22
3-2 国際機関、他ドナーの援助動向 .....	23
3-2-1 金融・財政関連プロジェクト .....	23
3-2-2 保健分野プロジェクト .....	24

第4章 本格調査に関連する分野 .....	31
4-1 保健医療財政の現状と課題 .....	31
4-1-1 保健財政の現状 .....	31
4-1-2 コスト分析の必要性 .....	32
4-1-3 調査対象候補病院の診療活動 .....	33
4-2 病院の質管理の現状と課題 .....	36
4-2-1 病院サービスの現状 .....	36
4-2-2 病院の業務改善運動と5S .....	38
4-2-3 5Sの導入成功事例 .....	39
4-2-4 5S運動の今後の展開 .....	41
4-3 交通事故の現状とその財政負担 .....	42
4-3-1 交通事故の現状とその社会経済的コスト .....	42
4-3-2 交通事故対策の現状 .....	43
4-3-3 自動車保険の現状 .....	44
4-3-4 今後の交通事故対策の方向性 .....	45
4-4 非感染症疾患の現状と課題 .....	46
4-4-1 保健省におけるNCD対策の現状 .....	46
4-4-2 世界銀行プロジェクトとの協力 .....	48
4-4-3 ライフコースアプローチの概要 .....	48
4-4-4 「健康日本21」の概要 .....	49
第5章 本格調査の基本方針 .....	51
5-1 調査の基本方針 .....	51
5-2 調査対象範囲 .....	51
5-3 調査内容、項目 .....	51
5-4 計画目標 .....	52
5-5 調査工程及び要員計画 .....	52
5-6 調査実施のための環境、ローカルコンサルタント .....	53
5-7 調査実施上の留意点 .....	55
付属資料	
1. Terms of Reference .....	59
2. Scope of Work .....	72
3. Minutes of Meeting .....	77
4. 保健省組織図 .....	81
5. Questionnaire	
- 保健省 .....	82
- 地方行政機関 .....	85
- 国際機関及び他の援助機関 .....	88
- 病院 .....	90

6. 世界銀行 SLHDP プロジェクト・プロファイル .....	94
7. スリランカの健康転換と新たな保健医療システム .....	97
8. ライフコースアプローチ概要とスリランカの展望 .....	106
9. 面談者リスト .....	108
10. 収集資料リスト .....	110
11. 主な訪問議事録 .....	111
12. ローカルコンサルタントリスト .....	132
13. 事業事前評価表 .....	133



# 第1章 事前評価調査の概要

## 1-1 事前評価調査の目的

本件調査にかかわるスリランカ民主社会主義共和国（以下、「スリランカ」と記す）側の実施体制、受入意思を確認し、現地踏査及び資料収集を行い、本案件の方針や方法を検討する。その結果を受け、実施細則（S/W）、ミニッツ（M/M）の署名交換を通じ、相手側と調査方針を確認する。

## 1-2 調査団の構成

氏名 Name	担当分野 Field in charge	派遣期間（2004年） Stay Period	所属 Affiliation
長谷川 敏彦 Toshihiko HASEGAWA (Dr.)	総括 Leader	9月10日～9月16日 10/Sep-16/Sep	国立保健医療科学院 政策科学部長 Director, Department of Policy Sciences National Institute of Public Health
内田 康雄 Yasuo UCHIDA (Dr.)	保健財政 Health Finance	9月8日～9月17日 8/Sep-17/Sep	神戸大学大学院 国際協力研究科 教授 Professor, School of International Cooperation Studies, Kobe University
半田 祐二郎 Yujiro HANDA (Dr.)	保健政策 Health Policy	9月8日～9月17日 8/Sep-17/Sep	JICA 国際協力専門員 Senior Advisor, JICA
葦田 竜也 Tatsuya ASHIDA (Mr.)	調査企画 Study Planning	9月8日～9月17日 8/Sep-17/Sep	JICA 人間開発部第3グループ（保健1） 保健行政チーム職員 Staff, Health Administration Team , Group III (Health I), Human Development Department., JICA
笹田 志穂 Shiho SASADA (Ms.)	医療制度 Medical System	9月8日～9月25日 8/Sep-25/Sep	(株) レックス・インターナショナル コンサルタント Consultant, RECS International Inc.

1-3 調査日程

日順	月 日	曜日	官団員	役務団員	宿泊地
1	9月8日	水	移動（成田→シンガポール）		機内泊
2	9月9日	木	移動（シンガポール→コロンボ） 11:30 保健省表敬 14:30 JICA スリランカ事務所表敬並びに打合せ 16:00 在スリランカ日本大使館表敬		コロンボ
3	9月10日	金	10:30 財務省表敬 12:30 保健大臣表敬 14:30 世界銀行との打合せ		コロンボ
4	9月11日	土	9:30 スリジャヤワルダナプラ総合病院 10:30 キャッスル・ストリート産婦人科病院 15:30 団内打合せ		コロンボ
5	9月12日	日	団内協議及びキャンディへ移動		キャンディ
6	9月13日	月	9:00 Provincial Director (Central Province)との協議 10:00 キャンディ総合病院 11:00 ペラデニヤ大学教育病院 PM コロンボへ移動 16:30 スリジャヤワルダナプラ総合病院理事長との協議		コロンボ
7	9月14日	火	9:00 国際協力銀行（JBIC）小規模インフラ整備事業（SIRUP II）評価調査団との協議 15:30 Deputy Director General (DDG) (Medical Services) へ S/W 協議及びその内容の説明 16:00 世界保健機関（WHO）との協議		コロンボ
8	9月15日	水	9:00 DDG (Planning)との協議 13:00 S/W 協議に関する団内打合せ 15:30 S/W 協議		コロンボ
9	9月16日	木	9:00 S/W、M/M 署名（保健省） 13:30 財務省による S/W、M/M の署名 14:30 在スリランカ日本大使館、JICA スリランカ事務所報告		コロンボ
10	9月17日	金	移動（コロンボ→シンガポール→成田）	補足調査・資料収集	コロンボ
11	9月18日	土	/	補足調査・資料収集	コロンボ
12	9月19日	日		補足調査・資料収集	コロンボ
13	9月20日	月		補足調査・資料収集	コロンボ
14	9月21日	火		補足調査・資料収集	コロンボ
15	9月22日	水		補足調査・資料収集	コロンボ
16	9月23日	木		補足調査・資料収集	コロンボ
17	9月24日	金		JICA スリランカ事務所報告 移動（コロンボ→成田）	機内泊
18	9月25日	土		成田到着	

#### 1-4 協議概要

先方実施機関である保健省（MOH）との協議においては、当方より提案したS/W（案）に基本的な理解は示された。主な協議事項は以下のとおりである（詳細は付属資料のS/W及びM/Mを参照）。

##### (1) 調査名称

調査名称を次のとおり変更することで合意した（M/Mの1. 参照）。

（当初要請）Improvement of National and Provincial Health System Management as Implementation Structure of Health Master Plan of Sri Lanka

和文名は「スリランカ保健医療行政改善計画実施支援」。

（合意名）The Study on Evidenced-based management for the health system in Sri Lanka

和文名は「保健システム管理強化計画調査（仮名）」。

##### (2) 調査対象地域

実地調査対象地域については必要性や安全面に基つき決定されることとするので合意した（M/Mの2. 参照）。

##### (3) カウンターパート

本格調査に先立ち保健省が責任をもってカウンターパートとなる人材を任命することで合意した。カウンターパートとなる人材のリストは調査開始前までにJICAスリランカ事務所へ提出することで合意した（M/Mの3. 参照）。

##### (4) ステアリング・コミッティー

円滑な調査実施のため、スリランカ側は保健省次官を長とするステアリング・コミッティーを本格調査実施前までに編成することで合意した。コミッティーのメンバーは長である次官が決定することとし、本格調査開始前までにそのメンバーリストをJICAスリランカ事務所に提出することとした（M/Mの4. 参照）。

##### (5) 調査項目

調査項目については、当方から提案の内容にて合意した。主な調査項目は次のとおりである（S/WのIV. 参照）。

- ・保健経済に関する基礎的な調査
- ・交通外傷に関する基礎的な調査
- ・病院の総合的品質管理（Total Quality Management：TQM）に関する基礎的な調査
- ・非感染性疾患（Non-communicable Diseases：NCD）に関する基礎的な調査
- ・パイロットプロジェクトの実施（セミナーやワークショップを含む）
- ・アクションプランの策定
- ・アクションプランの全国展開に対する提言

(6) 調査期間

本格調査の期間は当初要請どおり約24か月間とすることで合意した(S/WのV.参照)。

(7) 先方便宜供与事項

S/Wの「Ⅶ. 先方便宜供与」に記載された事項については、基本的にすべて合意できた。ただし、本格調査団の使用する車両については、スリランカ側で負担できる範囲とするよう要望があった(M/Mの5.参照)。

(8) パイロットプロジェクト

TQMの実施及びコストイングの実施のため、選定されたサイトにおいてパイロットプロジェクトを実施することで合意した。実施サイトについては本格調査開始後に決定されることとなった(M/Mの6.参照)。

(9) 報告書

調査結果は公開することで合意した。また、報告書は主に英語で作成されることとし、英文報告書を正とすることで合意した(M/Mの7.参照)。

## 第2章 開発調査フェーズ I と保健マスタープランについて

### 2-1 保健マスタープランの作成過程

#### 2-1-1 開発調査フェーズ I 実施の背景

スリランカの保健セクターは国際的に高く評価されてきた。1980年代ロックフェラー財団の国際比較調査によると、スリランカは比較的low経済開発の状態、平均寿命や乳児死亡率等健康指標が良好で、発展途上国のめざすべきモデル、“Good Health at Low Cost”の代表と評価されてきた。このような成功体験はかえって、その後起きつつある様々な環境変化に対応した改革の推進を難しくしている。健康状態が改善し、平均寿命が延長したために、ワクチンや抗生剤等比較的安価な予防法や治療法のある感染症から、高血圧・糖尿病・心臓病・ガン等、予防・治療ともに高価な疾患に健康状態が転化してしまった。また税金を主体とする国営医療制度は国際的にも公平性が高いものとされてきたが、増大する一方の医療費に対し、もはや既存の財源で対応できるものではなく、その運営についても制度疲労が生じているといえる。これらの課題は多かれ少なかれ発展途上国に共通だが、特にスリランカの場合、他の途上国より早期に慢性疾患中心の疾病構造に転換しただけに問題が顕著に出現し、保健医療制度改革が急務となっていた。

また、スリランカにおいては1992年と1997年の2回、大統領直属のタスクフォースにより国家保健政策が策定され保健セクター改革をめざした内容が盛り込まれたものの、政権交代やそのほかの政治的要因により、政治承認を得ることができず、結局今まで一度も国家保健計画が制定されてこなかった。

このような背景の下、JICAは2001年4月からの政策支援を目的とした保健省に対するアドバイザー派遣と併せ、2002年3月からマスタープラン策定を目的とした保健医療制度改善計画（開発調査フェーズ I）を実施、(株)パシフィックコンサルタンツインターナショナル（団長：長山勝英氏）の受注により、2003年11月まで調査が行われた。

#### 2-1-2 開発調査フェーズ I におけるマスタープランの作成過程

スリランカ国保健医療制度改善計画調査は、過去20年ほどで急速にこの国で起きている様々な社会・経済的な変化による疾病構造の変化や、人口構造の変化に対応するための保健医療セクター制度改善を目的とし、当初1年間の予定で2002年4月より開始された（のちに延長された）。

#### 2002年4月

第1フェーズ（調査開始時より2002年9月まで）は、保健医療セクターの現状を分析する期間にあて、主に以下の作業に従事した。

- ・ 様々な既存データ・調査結果の分析
- ・ 現地踏査
- ・ ステークホルダーとのワークショップによるイシュー分析

ステークホルダー会議: 調査状況の報告及び協議、質疑応答を通じた計画過程へのフィードバックを目的に、第1次現地調査に引き続き、保健省関係者（中央政府保健省並びに州保健省）、大蔵省計画局（National Planning）、財務省対外協力局（External Resources）、WHO、世界銀行のPHRD（Policy and Human Resource Development）調査チーム、大学関係者らを含めたワークショップ形式の会議を実施した。

既存のデータが存在しない部分の調査を委託又は直営の形で実態調査した。これらの調査項目は20以上に及んだ。

実態調査及び調査結果に関する報告会: 通常の開発調査では現地業者への再委託を中心に各種調査を行うことも多いが、本件調査では調査団員が調査補助員を直接雇用する直営方式を多用し、そこにカウンターパートがかかわることにより、調査作業・調査ノウハウ及び調査結果の共有を図った。また調査結果については、広く保健省カウンターパートともその成果を共有し、調査団とカウンターパートが共同して課題を整理することを目的として、8日間にわたり調査報告会を実施した。再委託調査を担当したローカルコンサルタント・大学関係者も招き、実態調査の成果について関係者間での協議を行った。

## 2002年9月

第1フェーズの結果をまとめたInterim Report 1が、10月に保健省に提出された。

第2フェーズが始まる前に、この調査の作業監理委員から、スリランカの保健医療計画の策定で保健省が実際に計画を執筆しないことには、この国の計画とは言えないであろう、との指摘があり、従来の調査団がマスタープランを執筆するやり方から、あくまでも執筆は保健省が主となって責任をもって行い、調査団は技術的なアドバイスに徹するというやり方に策定の方向が変わっていった。そのため、調査期間も半年間延長された。

## 2002年10月

第2フェーズ（2002年10月より翌年3月まで）は、主に以下の作業に従事した。

- ・将来（今後10年から20年ほどの期間を想定）的なサービス需要の変化を人口変化、疫学変化、保健財政の変化からとらえ、予測を行った。様々な科学的な実際の計算などは、保健省カウンターパートにより行われた。
- ・第1フェーズで押さえられた問題・イシューにつき、保健省カウンターパートを8つの分野ごとのワーキング・グループに分けて更に詳細に分析した。
- ・これらに並行して、北東部の調査や伝統的医療セクターの調査など追加的な現状分析調査を行った。

北部州東部州の現地踏査：安全管理の面から調査開始当初の政府間S/W協議においては現地踏査を実施しないこととしていた北部州東部州への現地踏査に関し、JICA 本部による調査地域拡大及び調査団員の追加投入に関する決裁を経て、10月20日から踏査を開始した。既に5名の団員が現地踏査を実施し、北部州東部州すべてのdistrict（県）への踏査を行った。北部州東部州地域についてはWHOやNGOら他のドナー機関も精力的に活動しており、これらが主催するセミナーへの参加、JICAが別途実施したプロジェクト形成調査団との協議、現地踏査への同行等を実施した。調査団は、現地の状況と復興に際して求められる支援の考え方に関して「現地踏査速報」を別途取りまとめ、JICAに提出した。

上記の将来需要予測と、現在散見される保健医療制度及びサービス上の問題分析を基に、10年後の問題が解決した形を「Development Objectives (Strategy for Healthier Nation)」として明らかにした。この段階からは、政策意思決定レベルの関係者との協議にも配慮し、国家保健諮問委員会等も含めたステークホルダーを巻き込み徹底的な協議のうえ作業を行った。

国家保健諮問委員会：保健省の元大臣、元次官らから構成されるNational Health Advisory Council（国家保健諮問委員会）メンバーを招へいし、マスタープランにおいて盛り込まれるべき計画課題及び提案される政策の実施可能性において、政策決定者レベルとの意見交換及び協議を3回にわたって行った。

2003年3月

保健省は、世界銀行が資金を出して2002年6月に開始され、本件JICA調査と並行して実施されていたPHRDの結果と本件調査の結果を保健省の“Strategic Framework”の形で3月に発表した。

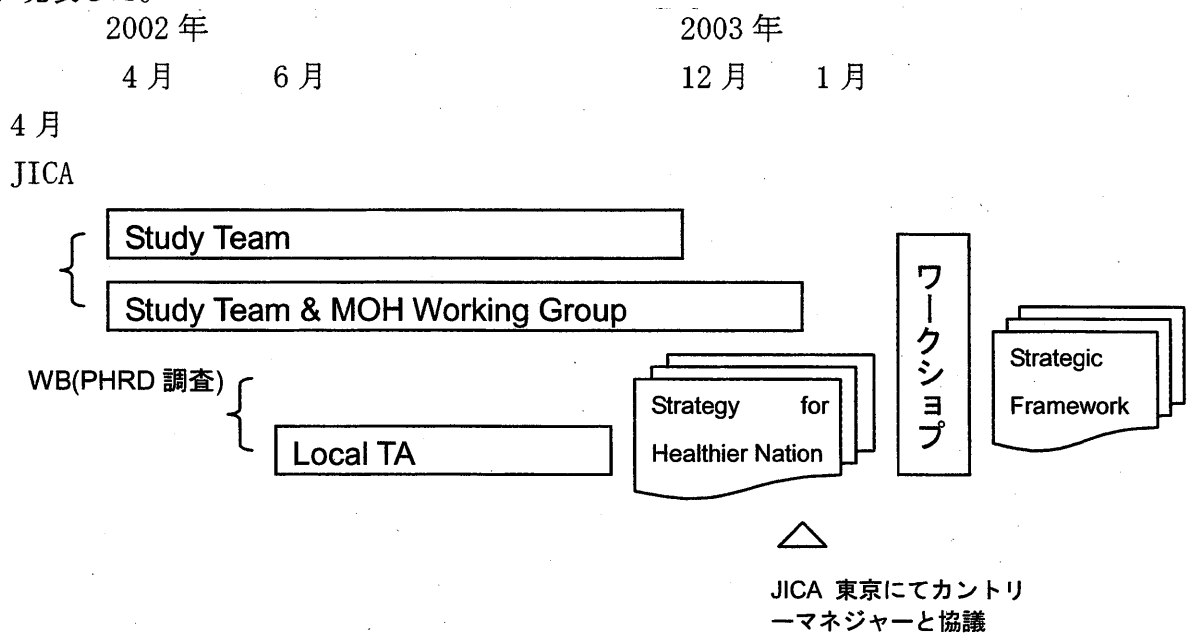


図-1 JICA調査と世界銀行との協調の経緯

世界銀行との調整：開発調査は日本対スリランカの二国間援助調査であり、当初の政府間S/W協議においては他ドナーとの調整はスリランカ側保健省が行うこととされていたが、保健省内では実質的なコーディネーションメカニズムが機能しなかった。この状況を是正するべく、2002年末ごろからJICAと世界銀行双方が積極的に相互の関係調整に乗り出し、協調と整合性の確保に努めた。

#### 2003年4月

第2フェーズまでの作業は、Interim Report 2としてまとめられ、その後、国内作業監理委員のアドバイスを反映し Discussion paper として4月に提出された。

#### 2003年5月

第3フェーズ（2003年5月から11月まで）の主な活動は実際の計画策定であった。

計画骨子であるプログラム作りを保健省のほとんど全員のカウンターパートを集めて6月上旬に行い、プロジェクト策定を行った。続いてプロジェクトのプロファイルを保健省の過半数の部局からのカウンターパートを動員して執筆した。これらの作業に並行して、州以下のレベルの保健省オフィシャルを集めての Regional consultation meeting もワークショップ形式にて全州の担当者を招き行った。このワークショップには州 (province)、県 (district) の自治体関係者や教育省管轄の官僚も招き、中央保健省のカウンターパートによって策定されたプログラムやプロジェクトを州レベル以下のレベルで検討してもらうことを目的として行った。

#### 2003年7月

いくつかの計画が実施されるために明確にしておく必要のある政策上の決定事項については、保健セクターだけではなく、国政として決定されなければならない重要な事項を含んでおり、そのなかの大きな事項として保健財政上の政策変更に係る決定があり、2003年の2月と7月の2回に会議を開催した。2月の会議では1泊2日にわたり徹底的な討論を行い、7月の会議では参加者を拡大し、保健大臣をはじめ、Health Financing の政策決定者 (Ministry of Finance & National Planning、National Macroeconomics & Health Council、大学教授、リサーチ機関、民間金融機関、NGO、国連機関)、さらに海外 (タイ) からは公共から分権化された自治体病院の院長及び社会保険導入の中心的役割を果たした保健局長を招へいし、活発な討議を行った。

#### 2003年11月

当初予定では2003年10月中にマスタープランの最終報告書を取りまとめ、11月にプレスリリースも含めた公開セミナーを行い、本件調査後の具体的なプロジェクト実施の足がかりとする予定であった。しかし、残念ながら保健省内にて政府系医師組合 (Government Medical Officers Association : GMOA) との意見調整に時間がかかり、調査期間中のセミナーは開催できなかった。このセミナーについては後日、保健省主催にて実施することとして延期された。



### 2-1-3 マスタープランの政治的承認取り付けへ

上記のような参加型アプローチによりスリランカ側の当事者意識の醸成に努めた結果、フェーズ I で策定された保健マスタープラン（Health Master Plan：HMP）を国家計画として内閣での承認プロセスに乗せることとなった。しかし GMOA との意見調整の段階で保健省が合意を取り付けることができず、直前になってセミナーを中止せざるを得なくなった。

しかしその後も保健省は地道に GMOA との交渉を続けている。2004 年 4 月の総選挙で政権が交代し、保健省で新次官が就任したあとも、HMP が保健セクターにとって重要であるとの認識の下、定期的に交渉を継続し、GMOA との合意を得たうえで閣議にかけ、白書として承認するよう働きかけている。

### 2-1-4 世界銀行との協調の経緯

世界銀行は当初からスリランカ保健セクターにおけるセクターワイドアプローチ（Sector Wide Approaches：SWAPs）に基づいたセクターローン導入を計画しており、その前段階としての基本戦略策定のための調査を PHRD 基金（日本が単独で資金拠出し、業務を世界銀行に委託している信託基金）により準備していた。これは、その後に始まるセクターローンを想定していたため、現状分析から計画策定を内容とし、JICA 調査の目的と重複していた。

2001 年 11 月のフェーズ I 事前調査の段階では、スリランカ保健省が世界銀行と JICA 案件の調整を行うことを約束していたが果たされず、結局世界銀行の Dr. Peter Harrold 氏と JICA の協議により、SWAPs 導入のための計画は JICA の開発調査（フェーズ I）を待つこととし、世界銀行側のローン実施スケジュールを遅らせることで合意した。2002 年 12 月以降すべての PHRD のアウトカムは本件マスタープランがカバーしなくてはならないと明確に示すことができるようになった。その後保健セクターにかかわる 2 つの調査のアウトプットとしての目標が、保健省によって 1 つにまとめられ、2003 年 3 月に同省の名前で“Strategic Framework”の形で発表された。

2003 年 4 月に PHRD そのものは終わり、引き続き世界銀行はスリランカ保健セクター開発プロジェクト（Sri Lanka Health Sector Development Project：SLHDP）というセクターローンの実施準備に入った。保健セクター支援の責任者であるタスクマネージャーが訪日した際にも、JICA 本部と協議を行うなど引き続き JICA との緊密な調整の下、準備が進められた。当初は 5,000 万ドルのローンを予定していたが、2003 年 10 月に 6,000 万ドルのグラントへと変更になり、Operation Manual の作成をスリランカ側に求めることになった。保健省は Project Implementation Plan（PIP）を用意しなければならず、これに対し再度世界銀行と JICA が協議を行い、JICA 予算にてこの Draft PIP 作成のためのスタッフとして調査団員 1 名と調査補助員 1 名をこの作業に従事させることとし支援を行った。

2004 年 6 月に SLHDP が正式に承認され、プロジェクトがスタートした。また、保健省、世界銀行のみならず JBIC、WHO、他の関係援助機関の間で、HMP 策定後に実施されるプロジェクトについてはすべて HMP の枠内で計画を検討することが約束された。

## 2-2 フェーズ I で明らかになった成果及び課題：HMP

HMPは生涯疫学（ライフコースアプローチ）の観点に立った長期的な予防対策の提案、質を考慮した病院経営の新たなあり方に対する提案、医療費の患者負担や新たな保健医療財源の提案等、抜本的な制度改革の方向性を総合的に取りまとめた、極めて先進的な内容となっている。以下にその内容を要約する。

### 2-2-1 フェーズ I で明らかになった成果

#### (1) スリランカの保健医療現況

スリランカの保健システムの特徴として、公平性に重点を置き、全国に張り巡らされたサービスネットワークと医療費無料制度によるアクセスの良さ、社会主義政権による全国一律の感染症・母子保健対策、その結果としての良好な保健指標といった点があげられる。しかし以下のような様々な問題の存在が明らかになった。

長所：感染症対策や母子保健における効果的でアクセスの良いシステム

短所：別システムの予防と治療サービス、縦割りで横の連携がない保健プログラム、非感染性疾患への対応の遅れ、必要なサービスに対して不足している保健予算、地域や患者のニーズを反映していない前年度踏襲の予算配分、人材配置や保健指標における大きな地域格差、公立病院におけるマネージメントの欠如、不十分な地方への権限委譲

#### 1) 保健指標

スリランカは独立当初より社会福祉重視政策をとってきており、福祉パッケージの一環として保健医療・教育サービスが1940年代から全国に無償提供されたことが良好な保健・社会指標を生み出した原動力となっている。

表-1 主な社会指標・保健指標の推移

	1955	1965	1975	1985	1995	2002
18歳以下人口比率 (%)	n.a.	52.0	49.9	42.5	36.6	30.6
55歳以上人口比率 (%)	n.a.	7.2	8.4	11.1	13.3	13.8
第一次産業労働人口 (%)	n.a.	53	54	47	37	33
識字率 (%)	n.a.	82	80	88	91	92
平均余命 男	58	61	64	67	69	71
平均余命 女	57	61	66	71	74	76
乳児死亡率 (出生千人当たり)	72.4	53.2	45.1	24.2	16.5	11.2
合計特殊出生率	n.a.	5.0	3.4	2.8	1.9	1.9

出所：Sri Lanka Socio-Economic Data 2004, Central Bank, Annual Health Bulletin 2001, MOH

乳児死亡率は、特に1940年代から1950年代初頭にかけて急速に改善したのちも1985年に24に到達するまで徐々に低下し、現在はタイ(24)、インドネシア(33)より低い11(2002年)となっている。この成果は幅広く実施されている伝染病の予防戦略や治療によって達成されたものである。また妊産婦死亡率(2.3/10,000、2000年)も、スリ

ランカの所得レベルとしては例外的な達成度であり、包括的な保健サービスとして実施されている母子保健プログラムによるところが大きい。

高い教育レベルの下、家族計画が普及するなど効果的な保健医療サービスの普及により死亡率が早くに減少を始めたため、平均余命は順調に延び、現在では女性76歳、男性71歳となっている。このような急速な高齢化の結果、2025年には老年人口（60歳以上）比率が20%になると予測されている。主要産業が農業からサービス産業へ移行するとともに、1977年以降の経済自由化で都市化が徐々に進み、ライフスタイルも変化した。急速な高齢化と感染症対策の成功に伴い、非感染性疾患が主要疾病となり、心臓病やガンあるいは事故、精神病が増加し、疾病構造が転換していることを示している。

また、表-2に示したように首都コロomboのある西部州が国内総生産（GDP）の半分近くを生み出すなど地方との経済格差が大きく、そのことが社会・保健指標にも影響している。医療従事者の地域分布も都市部に集中する傾向が明らかで、特に専門医の4割以上がコロomboに集中している。県別に乳児死亡率を見ると、最も良いマナー県が1.3なのに対し、ラトナプラ県は59.6と、地域格差の大きさが保健指標にも表れている。

表-2 州別の社会・保健指標

	西部州	南部州	北中部州	中部州	ウバ州	サバラガムワ州	北西部州	東部州	北部州
GDP シェア <sup>1)</sup>	48%	9%	4%	9%	4%	7%	10%	5%	2%
貧困率 <sup>2)</sup>	13%	26%	31%	27%	37%	31%	34%	—	—
識字率 <sup>3)</sup>	94%	92%	91%	88%	86%	89%	93%	—	—
医師数 <sup>4)</sup>	2,236	519	228	696	159	275	376	211	90
乳児死亡率	8.4	8.9	17.8	15.3	12.0	11.2	9.9	7.5	9.0

注：1) は2002年のデータ、2) 1995年、3) 4) 1996年、5) 2001年

出所：1) Sri Lanka Socio-Economic Data 2004、中央銀行、2) 貧困削減ペーパー、世界銀行、3) Economic & Social Statistics of Sri Lanka 2003、中央銀行、4) Annual Health Bulletin 1996、MOH、5) Annual Health Bulletin 2001、MOH

## 2) 保健医療サービス

国全体としてみれば十分な数の医療施設が既に存在するが、機能的なキャッチメントエリアシステムや階層的な運営制度が欠如している。県病院以下の施設は設備も不十分で医療スタッフも満足に揃っていないため、患者は地元の1次レベル病院をバイパスして基幹病院、総合病院、州病院、国立病院といった都市の大きな病院に行く傾向が明らかである。また、公立病院の医師は民間医療機関での副業を禁止されていないこともあり、民間医療機関の特に外来部門が急成長している。

## 3) 医療人材

医師は全体では供給過剰になっているが、公務員給与が低いいため、その余剰分は成長している民間病院や都市部での医師の開業へと吸収されてしまい、コロomboやキャンディといった一部の都市への医師集中はなかなか是正されない。また、看護師と他

のパラメディカル・スタッフの不足は顕著で、需要と供給に深刻な格差が生じている。

#### 4) 保健財政

スリランカは保健セクターの支出レベルの割には非常に高い成果をあげてきたが、変化する疾病構造に対応するには、能率性を向上させなければ財源不足が深刻化するとみられている。民族紛争で防衛費比率が増えた影響もあり、過去4年間、GDPのわずか1.1%程度しか保健予算として使われてこなかった。各病院において年度途中で予算が足りなくなり、患者が薬代を自己負担したり、公立病院の医師が患者を自分の民間クリニックに連れてきて診療したり、統計には表れない形での自己負担が増えている。

#### 5) 保健セクターマネージメント

疾病構造の変化や患者のニーズの変化に伴い、保健医療制度も変化しなければならないが、スリランカの保健システムは硬直的で、組織、財政、マネージメント、供給メカニズムなどの見直しが求められている。地方分権化が不十分であり、意思決定に関して柔軟性がなく、結果ベースの評価メカニズムの欠如、保健医療情報システムのデータの質の低さなど、様々な課題が指摘されている。

### (2) 疫学転換

疾病構造の転換は先進国と途上国で共に発生している現象であり、多くの国で同じような問題を共有している。疾病構造の転換を、人口構造や産業構造といった社会経済システムの転換と一体のものとしてとらえ、それぞれの疾病構造の段階に応じて、各国にふさわしい保健医療システムの整備をすることが肝要である。

表ー3 スリランカにおける入院及び院内死亡の疾患（2001年）

	主要疾病	10万当たり 件数	主要死因	10万当たり 件数
1	外傷	2,910.7	虚血性心疾患	19.0
2	呼吸器疾患 (肺炎・インフルエンザ除く)	1,749.6	消化器系疾患	17.9
3	症候、異常な臨床所見	1,193.3	脳血管障害	15.7
4	消化器系疾患	1,073.4	肺循環器系疾患	14.8
5	ウイルス性疾患	993.9	悪性新生物	14.3
6	流行性腸炎	857.4	呼吸器疾患	11.9
7	分娩に伴う異常	708.2	農薬中毒	9.2
8	泌尿器疾患	699.1	症候、異常な臨床所見	8.2
9	筋関節炎疾患	621.4	外傷	7.2
10	皮膚・皮下組織疾患	594.8	細菌性疾患	6.8

出所：Annual Health Bulletin 2001, MOH

感染症が中心の段階では、疾病の原因は病原菌そのもののほか非衛生的な生活環境や貧困からくる栄養不足など、社会経済的要素にあるため、予防接種や衛生水準の向上といったヘルスセンターを拠点とする公衆衛生施策が不可欠となる。次の慢性疾患中心の段階になると、病気は集団レベルの問題から個人レベルの問題となるため、公衆衛生施策ではなく、病院中心の医療と、個人が病気に備えるための医療保険などのシステムが必要になってくる。

スリランカが直面している疾病の現状は以下のように集約できる。

- ① 感染症、母子保健関連の疾病の減少
- ② 心臓血管疾患、ガン、精神病など非感染性疾患が増加
- ③ 生活様式の変化に伴い、喫煙・飲酒・薬物に関連する疾患、事故・中毒などが増加
- ④ 既存の疾病に加え、ヒト免疫不全ウイルス（HIV）／後天性免疫不全症候群（AIDS）や薬物乱用など新たな問題が発生

スリランカにおける疾病の問題の特徴は以下の3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。スリランカでもこのグループは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示す地域がある。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にとって脅威であり続けている。

#### 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、いまはまだ表面化していないが、将来的には重要な問題になる可能性がある。

#### グループ3：進化的な問題

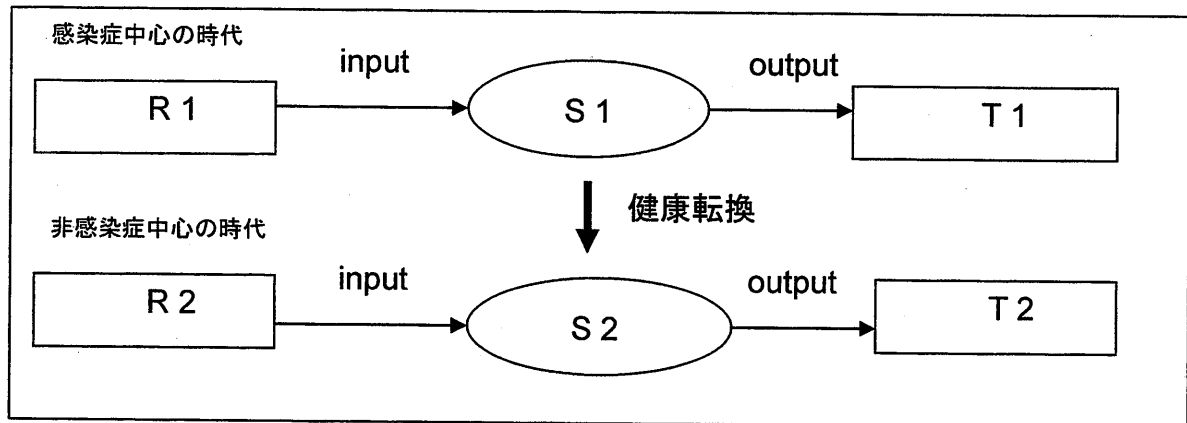
進化的な問題はライフスタイルの変化、日常生活における人々の行動やストレスに関係している。このグループはガン、心臓病、精神障害などの非感染症の増加傾向によって表されている。

表-4 スリランカにおける疾病の特徴

	疾 病	リスク要因	特 徴
グループ1 継続的な問題	母子保健関連 伝染病	栄養や母性の状態 栄養や環境	プライマリー・ケアで対応 ワクチンなど安価な対策
グループ2 出現的な問題	交通事故 殺人や暴力	様々な要因 社会の崩壊	深刻化する問題
グループ3 進化的な問題	生活習慣病 精神障害	ライフスタイル、食習慣 ストレス、社会の崩壊	高コストで長期の治療 コミュニティー支援が必要

出所：フェーズI報告書

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。こうした疫学転換に伴い、保健医療セクターは機能を変化させ新しいサービスの供給を行っていく必要がある。新システムは予防、治療、福祉の3つの機能的な方法をもった統合的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、疫学的転換に対応できず、効率的で費用対効果の高い保健医療システムをつくりあげることができない。



注 : R = Resource ; 社会経済的資源、保健医療資源 T = Target ; 人口・疫病  
 S = System ; 保健ケア供給、保健医療マネジメント、組織  
 出所 : スリランカの健康転換と新たな保健医療システム、長谷川敏彦

図一 健康転換の定義～健康に関連する諸要素の歴史的・動的な転換

**予防:** ライフコースアプローチに基づく新たな予防政策

進化的な病気（非感染性疾患）や出現的な病気（産業化・都市化による事故、自殺、殺人など）の問題は人々の行動やライフスタイルに大きく依存している。予防的措置は胎児の段階からそれぞれの年代に応じたリスク要因に対応することを基本とすべきである。

**治療:** 変化にすぐ対応でき持続可能なシステム

疾病構造の変化に応じ、1次・2次・3次の医療機関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。

**福祉:** 高齢化や福祉社会への準備

急速に進展している高齢化に対し、高齢者や障害者を支えるためのリハビリやソーシャル・ケア、病院中心の医療と地域での福祉の統合、システムの整備が求められる。

(3) 疫学転換が保健財政に与える影響

虚血性心疾患、脳梗塞、ガンなど、より治療にコストのかかる非感染症が主流となり、世界的な技術革新による保健医療サービスの高コスト化とあいまって、1人当たり保健医療支出は平均余命が68歳前後で急速に増加することが明らかになっており、今後スリランカの財政負担が増加すると予測される。GDPに占める保健医療支出は現在の3.0%から4.5～5.0%程度必要になると分析された。このように、疾病構造の変化による需要変化に対応するため、限られた財源のなかでより費用対効果の高い保健財政システムを構築し、さらに新たなファイナンス・メカニズムを考える必要がある。

保健医療セクター改革で最も必要とされるのは、財政面の再構築であり、以下がその基本概念となる。

- ① 税金ベースのファイナンスモデルの改革
- ② サービスの購入側と供給側の分離
- ③ 病院のマネージメント改革

(4) 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つの原則をもち、内容は以下のとおりである。

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原則により実現される。

- 原則1：疾病の優先順位づけと特徴づけ
- 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づけや統合

サービス供給を研究・管理するには、自然歴や特徴に基づく疾病グループの優先づ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）

世界中でみられる患者の権利や平等性に関する認識だけでなく、疾病のも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、より良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（ミッションとマネージメント）

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、マネージメント、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なかで、全体のマネージメン

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。変化する環境のなか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。

これらに加え、ヘルスケア・ニーズの急激な転換や、増加しつつある民間サービスの更なる発展のなかで、「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なかで、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。

一方で、こうした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保健医療政策をつく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・モデルとなり得る。

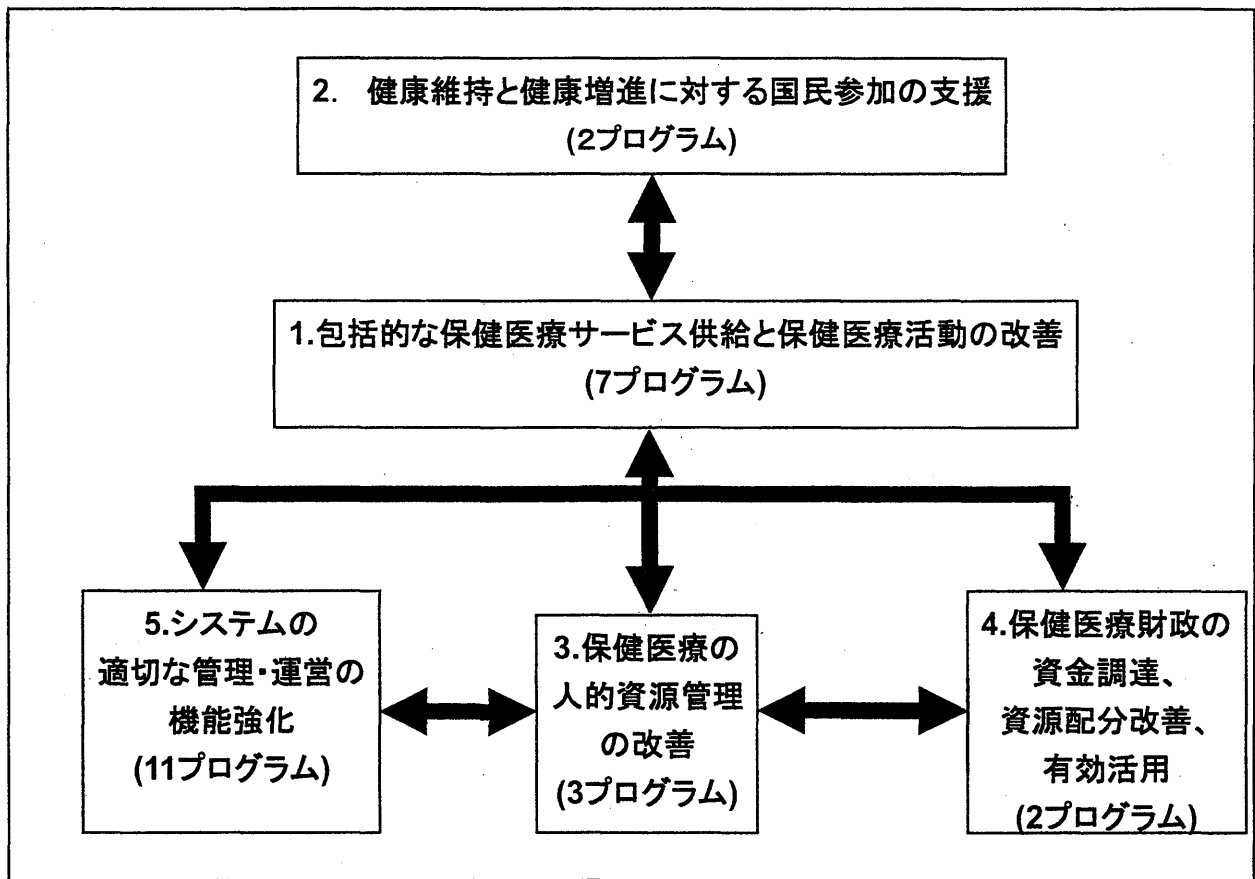
#### 2-2-2 保健マスタープラン（HMP）

上述したような保健セクターの構造的問題を改善し、人々のニーズに応え、包括的で質が高く、平等で費用効果が高く、持続的な保健医療サービスの提供を保証するため、HMPでは以下の戦略を定めた。

- (1) 疾病による負担を軽減し、健康を増進する包括的保健医療サービスの供給を保証する。
- (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。
- (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。
- (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。
- (5) 保健医療サービス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。

HMP は、2015 年を目標とした長期計画となっており、政府のみならず国際援助機関にとっても保健セクター支援の指針となるものである。これら直接目的を達成するための数々の戦略的プログラムや対応する戦略プログラムによって実施されるべきプロジェクトのパッケージを提示した。77 のプロジェクトのうち 33 を優先プロジェクトとした。





図－3 スリランカ保健医療制度改善計画マスタープランの構成

## 2-3 フェーズⅠの評価

### 2-3-1 フェーズⅠの到達点

- (1) 保健セクターにおける開発調査のみならず他のセクターの開発調査においても初めてカウンターパート自身の手によって執筆された開発調査報告書作成
- (2) 相手国側のオーナーシップ醸成に成功、開発調査で策定したHMPを自らの手で国家計画化へ
- (3) 策定したHMPが他ドナーの援助の指針となり、世界銀行・JBICがHMPに基づく資金援助を開始
- (4) 極めて広範な分野をカバーする根拠 (evidence) に基づくマスタープラン策定

### 2-3-2 フェーズⅠ成功の理由

- (1) 民間セクターや地方政府を含む幅広い関係者の参加による政策形成
- (2) 過去3回保健セクターのマスタープランの国家計画化に失敗したスリランカ政府の強いコミットメント
- (3) 保健省の協力的な執行体制と、報告書作成ができるだけの多くの優秀な人材の存在
- (4) セクター改革へ向けての政策対話の開始と、政治的ムードづくり

### 2-3-3 現在の問題点

- (1) 策定したHMPを実施につなげるための保健省の力量不足

- (2) フェーズⅡ調査の執行計画の運営と評価体制の未整備
- (3) HMP についての政府による公式承認がなされていない
- (4) 2004 年 4 月の政権交代に伴う政治状況の変化
- (5) 政権交代に伴う保健省内の異動により、マスタープランの計画立案や執筆に参加した人材が流出

## 2-4 フェーズⅡの性格と方向性

### 2-4-1 事前評価調査の結果

#### (1) HMP 承認・認知の現状

HMPに最後まで反対の姿勢を示していたGMOAと保健省との交渉も最終段階に入り、近々妥結する見通しが出てきている。GMOA側からの変更の要望はあまり本質的なものではなく、合意された部分のHMPの早期執行の要望も出ており、むしろこの過程を通じてHMPの相互理解が深まった側面を評価する意見が保健省内にも出てきている。合意のあとは内閣による承認を経て国会で正式の国家計画として承認されることとなっており、最短で2005年春に終了すると予測される。新政権の新保健大臣もHMPの内容に同意し支援を調査団に表明した。最終承認が未了であるにもかかわらず、地方政府の保健担当者や病院幹部の間でのマスタープランの認知度は高く、その内容すなわち疾病構造の変化に対応した供給体制の改革や新たな財源の必要性などが、しだいに広がりつつあることが判明した。特に世界銀行プロジェクトの地方での執行計画策定に際して、HMPを参考にしている州保健局も見受けられた。

#### (2) マスタープランの執行、評価体制

政権の交代に伴い保健省内で大きな人事異動があり、以前のマスタープランづくりの体制が現在では維持されておらず、評価体制も確立されていない。一方、世界銀行プロジェクトはマスタープランに沿ってその執行計画が策定されつつあり、この活動がマスタープランの執行及び評価体制の確立につながりつつあると考えられる。当面、現在の保健省計画部門を人材強化し、マスタープランの公式承認を待って体制を確立したいとの意向が示された。

#### (3) JBIC、世界銀行プロジェクトの現状

世界銀行は5年間で70億円のグラントの提供を決定し、JBICはこれから地方政府を対象とする2年間で約50億円のローンの支援内容を決定しつつある。世界銀行は2004年6月よりHMPを参考に非感染性疾患の予防に重点を置いた各種執行計画を開始したが、プロジェクトの本格稼働は2005年からとなる。本調査団は両者と協議し、HMPに基づく計画策定を再度申し入れ、本フェーズⅡでも協調して調査を推進することを確認した。

### 2-4-2 フェーズⅡ調査の性格・方向性

以上のような、フェーズⅠ調査からの経緯及びスリランカ側の状況を受け、フェーズⅡ調査の性格は以下ようになる。

- (1) 近年、途上国政府から JICA への期待がインフラ中心から制度設計やソフト支援に移行しつつあるが、フェーズ I 調査はその数少ない成功例である。HMP は、スリランカ政府が自ら策定した計画であり、これを執行の段階まで支援する。
- (2) フェーズ II 調査では、HMP 実施に必要な、執行計画能力の強化や計画策定に必要な情報収集システムの構築などに重点を置く。
- (3) HMP の実行可能性をデモンストレーションするためにも、比較的短期間で実行可能で成果をあげることができ、波及効果の大きい協力内容を検討する。
- (4) 1 つの国の同じセクターで続けて開発調査を実施すること自体が珍しく、実験的な調査になる。開発調査であるので、政策対話や制度設計に重点を置き、結果として政策や計画を策定することが想定されるが、そのための実施能力の技術移転や、一部のデモンストレーションプロジェクトによって、計画の実行可能性を証明できるようにする。

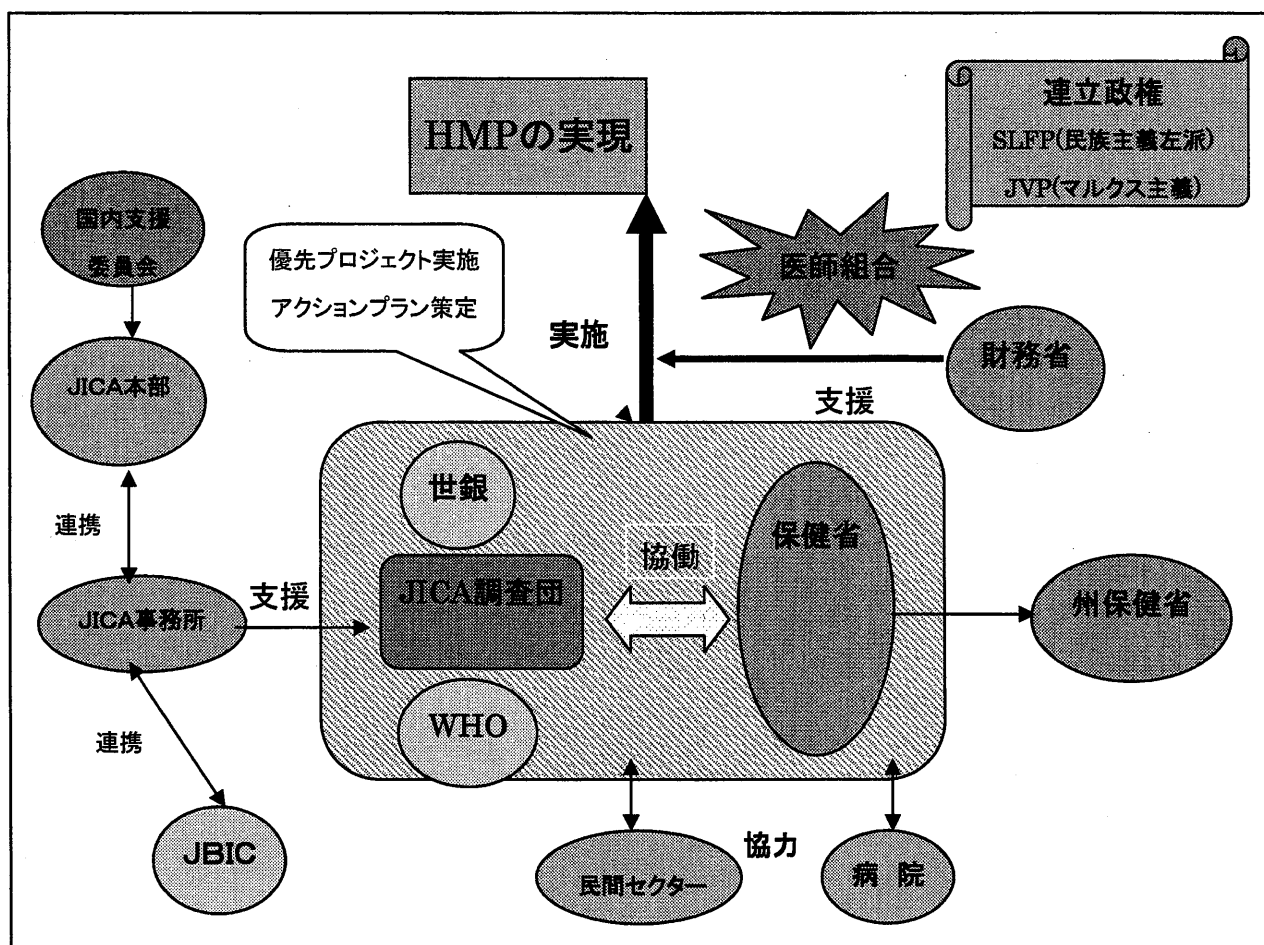


図-4 フェーズ II 調査の実施体制

## 第3章 スリランカの保健医療セクターをとりまく状況

### 3-1 スリランカの政治・経済状況

#### 3-1-1 政治状況

##### (1) 人種・宗教

スリランカは北海道の0.8倍に当たる6万5,610km<sup>2</sup>の国土に約1,925万人(2003年)が住む、人口・領土とも日本の6分の1程度の島国である。シンハラ人(82%)、タミル人(9%)、スリランカ・ムーア人(8%)、バーガー(ヨーロッパ人とシンハラ人の混血)、マレイ、ヴェッタ(1%)と、様々な人種から構成されており、シンハラ人が仏教を、タミル人がヒンズー教を、ムーア人がイスラム教を、バーガー等がローマン・カトリックをそれぞれ信奉している。

##### (2) 略史

スリランカはポルトガル(1505～1665年)、オランダ(1665～1798年)、英国(1798～1948年)の順に植民地支配を受けたのち、1948年に英連邦内の自治領として独立した。1972年の憲法制定により完全独立し国名をセイロンからスリランカ共和国に改称、1978年にはスリランカ民主社会主義共和国に改称した。

表-5 完全独立後のスリランカ略史

1978	ジャワルダナ大統領(統一国民党:UNP)就任、スリランカ民主社会主義共和国に国名改称
1983	大騒擾事件
1987	憲法改正でタミル語も公用語に規定、地方分権化導入で州評議会設置へ
1989	プレマダーサ大統領就任
1990	インド平和維持軍完全撤退
1993	プレマダーサ大統領暗殺、ウイジェートウンガ大統領就任
1994	大統領選挙、クマラトウンガ大統領(スリランカ自由党:SLFP)就任
1999	クマラトウンガ大統領再選
2001	総選挙で野党のUNP大勝、ウイクラマシンハ首相就任
2002	ウイクラマシンハとタミル・イーラム解放の虎(LTTE)指導者プラバカランによる停戦合意
2003.11	クマラトウンガ大統領、3閣僚更迭と2週間の国会停止を発表
2004.2	国会解散
2004.4	総選挙で統一人民自由連合〔UPFA、SLFPと人民解放戦線(JVP)連合政権〕が勝利

##### (3) 民族紛争と2004年総選挙

1983年のコロンボにおけるタミル人虐殺事件(大騒擾事件)以降2002年2月の停戦合意まで20年間も続いた民族紛争は経済・社会を疲弊させ、保健セクターにも実に大きな影響を与えた。背景にある人種・宗教対立が認められるようになったのは1948年以降であ

り、独立後のシンハラ政権がとってきたシンハラ人優位政策の影響が大きい。植民地時代に英語能力が格差の根源になっていたこと、また英国が行ってきたタミル人優位政策への反発から、1956年にシンハラ語のみを公用語とする法律が成立し、シンハラ人優位政策がとられるようになった。これ以降タミル人勢力がタミル語の公用語化とタミル人の市民権を要求し政治運動が顕在化し、一部が分離国家樹立を主張するに至り、タミル人が多く居住する北東部において武力衝突が繰り返された。民族紛争は、軍事費の増加を通じて財政を圧迫するとともに、外国投資を抑制してきた。

ここまで紛争が激化し長期化した要因のひとつとして、与党が民族問題の解決策を提示すると、野党は民族問題を与党攻撃の政治の道具として利用し与党に協力しない、というパターンを繰り返し、対抗政党が政権を取ると人気取りのために簡単に政策を変えるという2大政党の特徴があげられる。

表一 6 2大政党支持基盤・政策

	スリランカ自由党 (Sri Lanka Freedom Party : SLFP)	統一国民党 (United National Party : UNP)
設 立	1951年	1946年
支持基盤	シンハラ民族主義的保守層、富裕な農園主が有力支持者	都市部の進歩派住民、英語を日常語とする上流階級
経済政策	中道左派。1960～70年代は社会主義経済及び非同盟外交を推進していたが、現在は自由主義経済を擁護。財政支出増加を通じた貧困層や地方住民、失業者への支援、民営化中止を主張。	自由主義右派。民間セクターを中心とした経済活性化、市場経済化、行政改革推進、北東部の暫定統治機構設立による和平交渉推進を主張。
保健・社会福祉政策	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 無料医療制度による公平なサービス維持</li> <li>・ 移動式クリニックや低コスト・高品質医薬品導入による保健医療システム強化</li> <li>・ 保健教育・一次予防による NCD 対策</li> <li>・ 二次三次病院強化と新民間病院建設推進</li> <li>・ 政府と民間セクター協力</li> <li>・ 健康保険制度検討</li> <li>・ 伝統医学の近代化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 健康保健制度の導入検討</li> <li>・ 医薬品供給の改善</li> <li>・ 民間セクターの医療サービスについての指針作成</li> <li>・ Estate Hospitals への医療機材供与</li> </ul>

出所：The Economic Framework of the Government of Sri Lanka, 2004 などより作成

2003年11月、和平交渉を進めていたウイクラマシンハ首相（UNP）の訪米中に、LTTEへの過大な譲歩姿勢を非難するクマラトゥンガ大統領（SLFP）が国防・内務・通信大臣を罷免、2004年2月に大統領が国会を解散したことで4月に総選挙が行われた。SLFP・JVP連合である統一人民自由連合（United People's Freedom Alliance : UPFA）が勝利したが、単独過半数は獲得できず、不安定な政権運営が続いており、今後も様々な政策分野についての議会の混乱が予想される。

## 人民解放戦線 (Janatha Vimukthi Peramuna : JVP)

1960年代後半設立の若年層中心のマルクス主義政党。南部を中心とした地方や都市部の低所得者層、教育を受けたにもかかわらず就職の機会に恵まれない若者層が支持。1970～80年代に武装蜂起。2000年以降、武力行使しない旨を宣言し民主的イメージで既存政党への批判票を集め人気を得る。民族・紛争問題に関しては、タミル人独立国家創設に絶対反対、外国に頼らず自力での解決をめざす強硬派。

### 3-1-2 経済状況

#### (1) 経 済

スリランカでは独立当初から、深刻な貧困問題に対処するため社会福祉重視政策をとってきた。社会主義による福祉パッケージは1940年代に導入され、1960年代までに保健と教育サービスが全国に普及、徐々に福祉の対象分野が拡充され、貧困層への所得補填、食料の安価な供給、農業投入財の価格補助、教育・医療の無償普及、公共料金の抑制、公企業・公共部門での雇用吸収、公務員向け年金制度の整備など、様々な社会福祉政策が導入された。

しかし1970年代以降経済の悪化でその制度の維持が困難になり、1980年代の構造調整プログラムで社会セクター予算は更に減少し、所得格差が拡大した。1983年以降悪化した経済状況の建て直しを図るため、世界銀行・国際通貨基金 (IMF) との合意に基づき1988年より財政支出削減、公的企業民営化、為替管理を含む規制緩和等を内容とする構造調整政策を実施。1990年代に入り、国内治安が回復したこともあり、民間部門を中心とする経済が活発化し、1990年代は5%台の成長を記録した。

2001年は、早魃の影響による農業生産の低迷、輸出関連製造業の不振、LTTEが起こしたコロンボ国際空港襲撃事件を契機とした観光業の低迷等により、独立後初めてGDPがマイナス成長(-1.5%)を記録した。2002年はLTTEとの停戦合意により経済が好転し復調した。その後も和平状態継続による治安の安定、海外からの民間投資が牽引し、成長率は2002年4%、2003年5%と順調に伸び、2004年第1四半期には好調なサービスセクターの寄与により、6.2%まで回復した。

表-7 経済成長率の推移

	1980-89 平均	1990-95 平均	1996	1997	1998	1999	2000	2001
GDP成長率 (%)	4.2	5.3	3.8	6.8	4.7	4.8	6.0	-1.5
1人当たりGDP (ドル)	362	549	759	814	839	825	856	826

出所：Sri Lanka Socio-Economic Data 2004, Central Bank

#### (2) 新政権の経済政策

UNPによる前政権の政策では、和平による経済発展の恩恵が都市部富裕層に限られていたことで地方住民の不満が鬱積していた。UPFAによる新政権の支持基盤は農村部の貧困層であり、連立を組んだJVPも南部を基盤とする政党であるため、農業保護、中小企業政

策推進、雇用確保、国営企業の民営化中止が掲げられた。また財政赤字に関しては、各セクターへの補助金供与、その資金源として各種税制優遇措置の廃止、税制徴収機能強化を打ち出している。

その他の新政権の政策は以下のとおり。

- ・ 目標 GDP 成長率 6 ～ 8 %
- ・ 歳出抑制、対外援助を活用した公共投資増大等により、財政赤字を削減
- ・ 税率軽減、非効率な課税システム改善等により歳入強化
- ・ 農業補助金の提供による肥料価格安定化
- ・ 大卒者の国有セクターでの新規雇用
- ・ 公務員給与上昇
- ・ 国営企業の効率的経営

### (3) 財政政策

肥大化した公的セクターや支出が長引く内戦による防衛費支出増加、食料品への補助金供与などにより、財政赤字が慢性化している。1990年代に GDP は増大したにもかかわらず、この時期に激化した民族紛争のために軍事費支出が急激に増加し、その影響を受け GDP に占める政府保健支出も減少した。1991年から2000年の間に政府の財政赤字は3倍も増加し、この赤字を埋めるために政府は国内銀行からの借入に依存している。

2002年度末の財政赤字は8.9%、2003年度は中期的財政計画導入で目標値は7.5%とされたが、減税政策による個人所得税・法人税収入の減少、徴税能力の低さから歳入が伸び悩み、財政赤字は8%となった。

前政権の下で徴税能力強化のため設立が検討された歳入庁は、統合対象となる機関からの反対を受け、労働組合を支持基盤とする新政権の移行後は設立を断念、既存組織の改善で対応することとした。

また、州による歳入格差は非常に大きく、コロomboのある西部州だけがGDPも歳入額も突出しており、残り7州の平均歳入額の13倍となっている。この財政能力の格差がそのまま保健サービスの格差につながり公平性が損なわれる一因ともなっている。

## 3-2 国際機関、他ドナーの援助動向

スリランカにおいては日本がトップドナー（全セクター合計支出ベースで47%、2001年）であり、次いでアジア開発銀行（19%）、世界銀行（8%）となっており、国際機関は国連開発計画（UNDP）、国連難民高等弁務官事務所（UNHCR）、国連児童基金（UNICEF）、国連人口基金（UNFPA）などが活動しているが、そのシェアは1%台と小さい。

フェーズⅡ調査では保健財政・予算関連分野が主な調査項目の1つとなるため、金融・財政関連プロジェクトの動向についても以下に要約する。

### 3-2-1 金融・財政関連プロジェクト

スリランカの貧困削減を支援するために、1998年にはPoverty Reduction Framework (PRF) が実施され、貧困の現状とその生成要因が分析された。2001年にPoverty Reduction Strategy (PRS) が実施され、貧困削減のための戦略策定、改革方策についての検討が行われた。また、

スリランカでは公的債務残高が対GDP比100%を超えるため、公的債務利息支払額が国家予算の3分の1を超える状態となっている。この財政赤字の大幅な削減をめざし、Fiscal Management Actが制定され、2006年までに公的債務残高を対GDP比85%に下げることなどを内容とした公的債務管理が中央銀行によって行われている。

また世界銀行の支援を受け、Medium-term Expenditure Frameworkが策定されているところであり、2005年予算から適用されることとなっている。構造改革については、民間セクター活性化を図り、国営商業銀行の民営化、労働市場の柔軟化をめざした法改正を行う予定だったが、政権交代によりこれら政策は中止された。同様に世界銀行・IMFで実施中の構造調整プログラムの内容を大幅に見直す必要があるため、両機関が見直しを実施している。

世界銀行は2003年6月より総額125万ドルの予定で、Poverty Reduction Support Credit (PRSC)の支援を実施中、IMFは2003年4月より貧困撲滅のための低利融資であるPoverty Reduction Growth Facility (PRGF)を供与中である。

表－8 世界銀行・IMFによるプログラムローン

分野	IMF	世界銀行	主な政策手段
予算	Mid-term Budget Framework、 予算分類・予算編成 税制管理	公共支出管理	IMF：財政目標、税制政策に関するベンチマーク
公的セクター改革	公営企業再編・民営化	財政管理・アカウントビリティに関する能力向上 福祉システム・政府機関統治	世界銀行：PRSCによる福祉システムの改善支援
社会開発／貧困		貧困アップデート、北東部貧困分析含むPRS監視	世界銀行：社会開発に関するセクター別支援 IMF：PRGF

出所：JBICスリランカ事務所作成資料

### 3-2-2 保健分野プロジェクト

スリランカ保健セクターで支援を実施中の援助機関の支援内容は図－5のとおりである。第2章で述べたとおり、各援助機関は、フェーズI調査でJICAが策定した保健マスタープランに基づきその枠組みのなかで支援内容を検討・計画することで合意している。



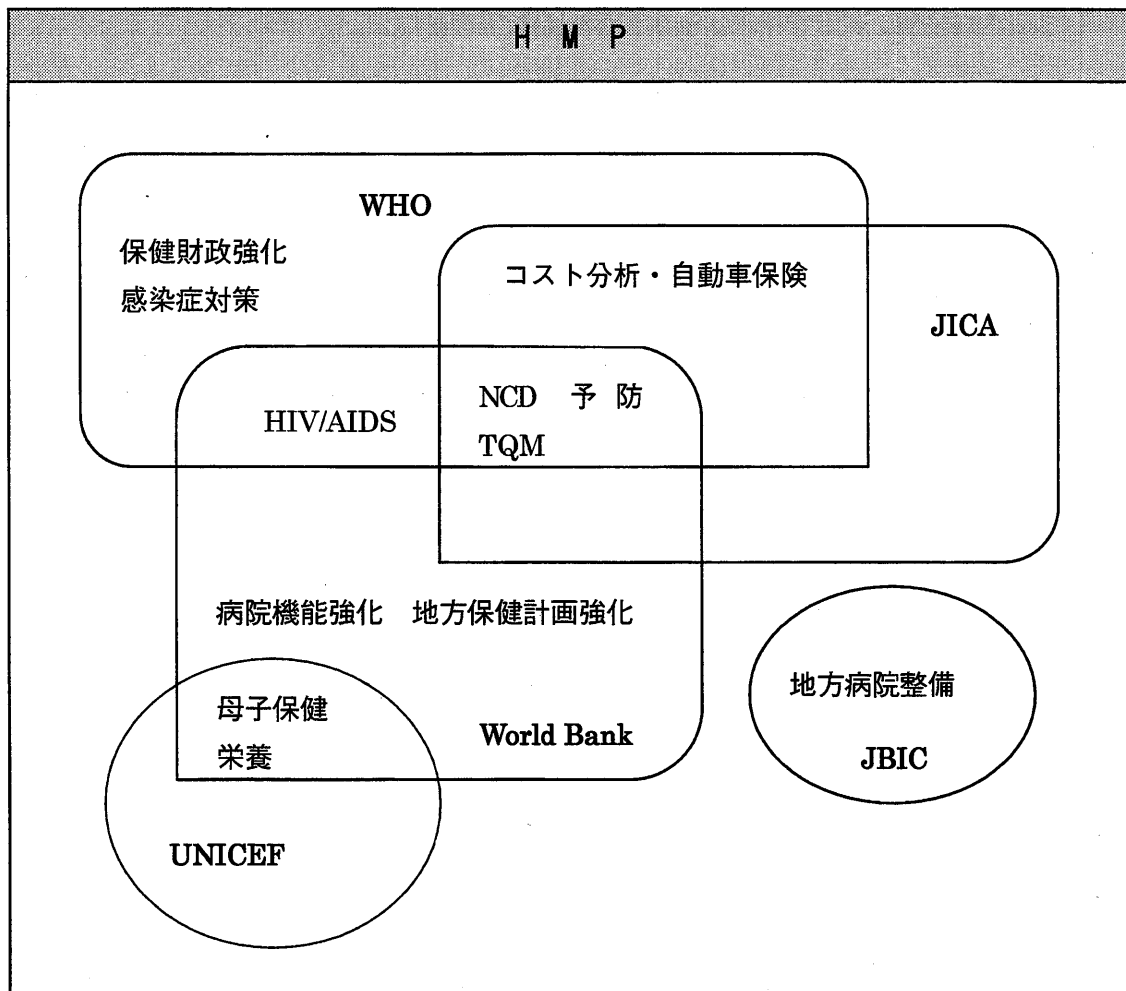


図-5 スリランカにおけるドナーによる保健プロジェクト実施状況

(1) 世界銀行

1988年よりIMFと共同でスリランカの構造調整政策を指導しているほか、スリランカ援助国会議を主催している。保健セクターにおける支援実績は表-9のとおりである。

表-9 世界銀行のスリランカ保健セクターへの支援

プロジェクト名	主な内容	期 間	予 算
Health and Family Planning	保健制度のマネージメント能力向上、母子保健プログラム強化	1989～1995年	1,750万ドル
Health Services	マラリア・栄養失調対策、NCD対策	1997～2002年	1,880万ドル
National HIV/AIDS Prevention	エイズ予防計画策定、早期の結核治療	2003年～ (実施中)	1,260万ドル
Sri Lanka Health Sector Development Project (SLHDP)	地方保健行政能力強化、NCD対策、病院業務改善	2004～2009年 (実施中)	6,000万ドル (無償資金協力)

出所：Annual Health Bulletin 2000, MOHなどより作成

## Sri Lanka Health Sector Development Project (SLHDP)

プロジェクト実施の経緯については第2章に述べたとおりで、JICA フェーズⅡ調査と支援内容も実施時期も重なっているため、今後も協調してプロジェクトを実施していくことが今回の調査でも合意された。世界銀行はこのプロジェクトにおいて、過去から継続して支援している分野と新たな問題が起きている分野の双方を対象とし、貧困地域に重点投資することで地域格差の是正もめざす。プロジェクトの目的は①県レベルで実施する保健プログラムの強化、②保健省と州保健局の政策策定能力向上、予算形成プロセス改善となっており、特に県・地区レベルでの予防サービスの強化に重点を置いている。

なおプロジェクトは2004年6月に正式に承認され5年間の予定でスタートしたが、現在は各コンポーネントとも準備段階で、実際に活動が開始されるのは2005年1月からになる。

プロジェクトは4つのコンポーネントから成り、2.3のNCD対策と2.4の病院プロジェクトはJICA フェーズⅡ調査と内容が重複するため、協調して実施する分野となる。

表ー10 世界銀行 SLHDP の内容と予算

コンポーネント	サブ・コンポーネント	予 算 (100万ドル)
1. 県レベルのサービス供給改善		40.0
2. 中央政府への支援	2. 1 家族保健と栄養	4.7
	2. 2 予防接種	1.3
	2. 3 NCD・精神保健対策	4.1
	2. 4 病院サービスの効率と質向上 (2州)	3.9
3. 政策形成、予算形成、モニタリング・評価能力の向上	3. 1 公共支出マネージメント	2.0
	3. 2 保健システムのモニタリング・評価	4.2
	3. 3 その他の制度面の強化	2.7
4. プロジェクトマネージメント		6.3

出所：Project Appraisal Document for a Health Sector Development Project, World Bank, 2004

### 1) 県レベルのサービス供給改善

SLHDPの予算の6割(40億円)以上が投入される重点投資分野で、特に母子保健やNCD対策での地域格差是正をめざしている。県保健当局の計画策定・予算形成・プロジェクト実施・モニタリングといった行政能力を向上させることが最大の目的で、既に各県で保健計画を策定し、重点分野を決め、1年次に世界銀行から各県一律に配分される10万ドルの資金を含めて予算配分をし、プログラムを実行する。2年次からは各県の実績に応じて配分額が決められる。

### 2) NCD・精神保健対策

NCDが中心になっている疾病構造に対応し、特に州・県レベルでのNCD予防と対

策を強化するため、以下の活動を行う。

- ① 保健省NCDユニットの能力強化
- ② NCD予防のための国家アクションプラン策定
- ③ 県保健局へのNCD対策における技術支援
- ④ リスク要因調査の実施
- ⑤ NCD予防に関するソーシャルマーケティング・キャンペーン実施
- ⑥ 学校児童に対するNCD予防知識の普及
- ⑦ 高血圧予防・管理についてのガイドライン策定と国民への普及

このコンポーネントは保健省NCD（非感染性疾患）ユニットが責任機関となり、NCD対策にかかわる保健省内の精神保健ユニット、疫学ユニット、家族保健ユニット及び教育省、農業省などと協力体制をとり、図-6のような体制で実施される。

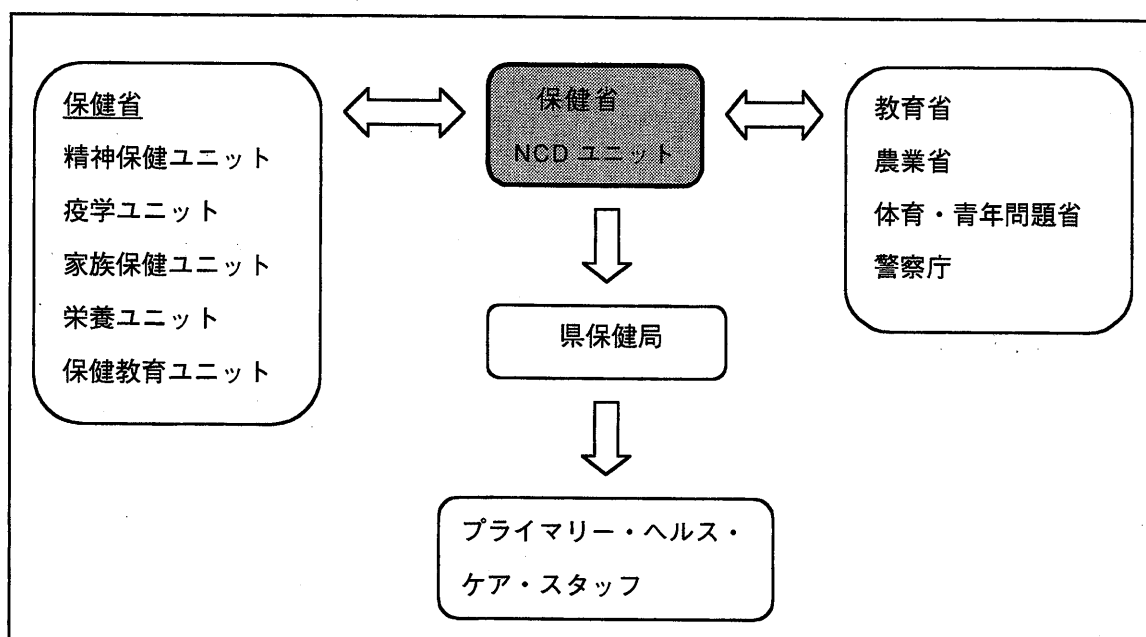


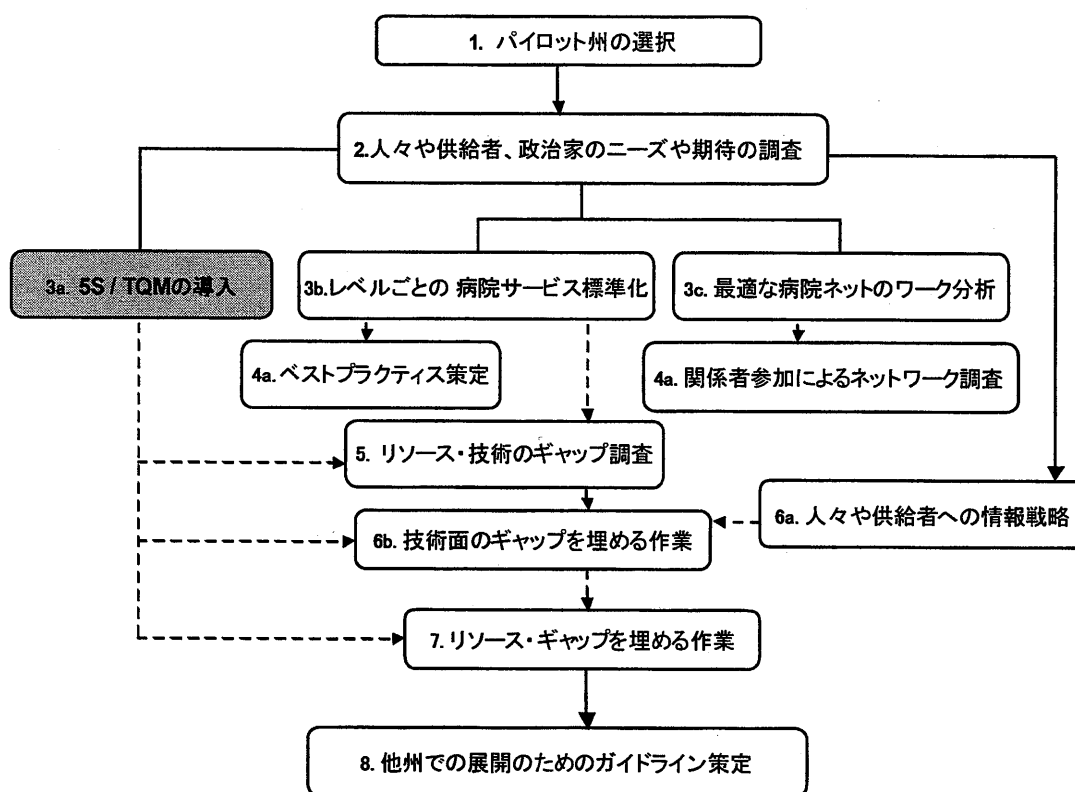
図-6 世界銀行プロジェクト「NCD・精神保健対策」コンポーネントの実施体制

### 3) 病院サービスの効率と質向上

貧困度の高い南部州とウバ州をパイロットエリアとし、同州内の1～3次病院すべて（約120病院）でプロジェクトを実施する予定になっている。治療サービス偏重、サービスの質に関する意識の低さ、大都市病院への患者集中といった現在の公立病院が抱える問題を改善するため、近代的病院マネジメント概念を導入し、州内での病院ネットワークを強化することを目的としている。

作業工程としては、業務改善運動／総合的品質管理（5S／TQM）活動導入による作業環境改善、1～3次レベルそれぞれの病院の機能を定義することによるベスト・プラクティス策定、サービスネットワーク分析の3つを並行して実施し、リソースギャップを埋め、病院ネットワーク化を図り、病院間の情報共有・レファラル向上につなげていくことになる。

フェーズⅡ調査とは、このなかの5S／TQM導入が重複するため、同じ病院を対象として選ばないように、また5Sの導入方法なども協議したうえで矛盾がないように、保健省も含めた協調体制が不可欠となる。



図一七 世界銀行プロジェクト「病院サービスの効率と質向上」コンポーネントの作業工程

#### 4) 公共支出マネージメント

このサブ・コンポーネントはフェーズⅡ調査と直接重複するものではないが、コスト分析に関連性が強く、保健セクター全体の資源配分の強化及び計画能力の強化を目的とした協力となっている。

スリランカでは確固とした優先順位づけや地域特性への配慮もなしに、前年度踏襲主義により予算が編成され、様々な援助機関による協力もマクロ計画に基づくものでなく場当たりの行われており、戦略的保健計画作成の必要に迫られていた。このサブ・コンポーネントでは、世界銀行がスリランカ政府全体で後押ししている公共支出マネージメント改善を、保健セクターでも実施するものであり、保健セクターの資源配分における計画・マネージメント能力の強化を中央政府と州においてパイロットとして実施しようというもので、民間セクターやドナー、市民団体などの参加により政策形成の場となる保健サミットの開催も想定している。活動内容は以下のとおり。

- ① 保健省計画管理局組織強化部 (Organizational Development Directorate) のキャパシティー向上
- ② 中央・州レベルでの、調査や会議による関係機関のフィードバックのモニタリング・評価
- ③ 保健サミットの運営

- ④ 翌年度の保健予算の策定
- ⑤ 中央保健省及びパイロット州での公共支出マネージメントの改善
- ⑥ 州・県レベルにおける、実績に基づいた（performance-based）公共支出マネージメントの導入

## (2) 国際協力銀行（JBIC）

小規模インフラ整備事業（Small-Scale Infrastructure Rehabilitation and Upgrading Project II：SIRUP II）は、政府の財源不足から十分に予算が配分されない地方への公共活動に対し、貧困削減の観点から推進されるプロジェクトで、保健、教育セクターが対象となっている。2004～2005年度の2年間で2セクターへ100億円が融資される予定（保健セクターには2年で50億円）である。保健セクターに関しては、全国の200程度の地方病院の施設整備を支援し、マスタープランと整合性のあるローンを実施することでJICAとの協調が図られている。

## (3) 世界保健機関（WHO）

保健システム強化や感染症対策で様々なプロジェクトを行っているが、1件当たりの予算規模が小さいため資金面でのプレゼンスは小さいものの、政策形成における影響力は大きい。JICA フェーズII調査に関連する活動として以下の2つがあげられる。

### 1) Macroeconomics and Health

ミレニアム開発目標（MDGs）には、21世紀における社会開発のためのアジェンダが掲げられ、保健セクターにおいても妊産婦死亡の低下、HIV/AIDSの流行抑止、といった目標が提示されている。この「マクロ経済と健康」委員会はWHOで2000年1月に設立され、マクロ経済政策と保健指標改善のための枠組みを、特に貧困層に焦点を当てて世界的に提唱している。スリランカにおいては2002年8月に保健省と財務省の共催により国内委員会が設立され、保健大臣、財務大臣、中央銀行、大学、商工会議所、研究機関、国際機関から幅広い参加を得て、政策論議が続けられている。予算制度とファイナンスの作業部会があり、様々なコスト分析の調査を実施、交通事故対策も既に議論されている。2015年までに保健予算のGDP比率を現在の2倍（2.5%）にすることを大きな目標として掲げている。

### 2) National Quality Assurance Program

プログラムがスタートした4～5年前は業務改善運動（5S）を導入しても定着する病院がほとんどなかったが、キャッスル・ストリート病院に現在の院長が着任し5S導入が成功してから、その効果が広く認識され、導入を希望する病院も増えてきた。2004年は23の病院を対象に5Sを実施しているが、2005年も予算を確保できれば更に別の30病院に5Sを導入することを検討している。同プログラムの詳細は第4章2節を参照のこと。

(4) 国連児童基金 (UNICEF)

UNICEFは母子保健やリプロダクティブヘルスの分野を中心に活動しており、栄養問題や母子保健の問題など、従来からある貧困に起因する問題を、保健医療サービスへのアクセスが悪い地域を中心に草の根レベルで扱っている。2003年から北東部を対象とした日本の緊急無償で母子保健のプロジェクトも実施している。2002年から2006年までは、中期戦略プランに基づき Early Childhood Program を実施中（5年間で計500万ドル）で、栄養、水と衛生といった分野で北東部とそれ以外の地域に分けたプログラムとなっている。そのなかの救急産科プロジェクトでは、病院における産科サービス改善のため、施設改修、機材供与、救急車供与、研修、助産師育成などを行っている。

表ー11 UNICEF のスリランカでの支援実績

プロジェクト名	期 間	予 算
予防接種	1997～2001	56万ドル
急性呼吸器感染症（ARI）対策	1997～2001	17万ドル
National HIV/AIDS Control	1997～2001	67万ドル
Safe Motherhood	1997～2001	60万ドル
Breast Feeding Initiative	1997～2001	4万ドル
Improving MCH in the Conflict-affected Area（日本の緊急無償）	2003～2004	250万ドル
Early Childhood Program	2002～2006	500万ドル

出所：Annual Health Bulletin 2000, MOH, Programme Plan of Operation for Early Childhood Programme, UNICEF などより作成

## 第4章 本格調査に関連する分野

### 4-1 保健医療財政の現状と課題

#### 4-1-1 保健財政の現状

スリランカのGDPは1990年の3,000億ルピー（Rs）から2003年には1兆7,000 Rsまで増大したが、民族紛争により防衛費が政府予算の3分の1を超えるほど増加したことにより、保健予算比率は逆に減少した。保健予算は1960年代後半に10%を占めていたのが、1980年代に入り6%を切り、現在は5%足らずで横ばいのままである。特に保健予算のなかでも予防活動費は1980年代まで3割を占めていたのが急激に減少し2000年以降は5%しか配分されておらず、非感染症の予防に実効性のある予算とは程遠い現状となっている。予算の多くが3次病院での治療活動に配分されるようになったが、これは供給側の理由によるもので、患者のニーズや疾病構造の変化に対応したものではない。

表-12 保健予算の推移

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
保健予算（百万Rs）	12,783	15,943	18,018	19,055	22,899	24,947
政府予算中の保健予算比率（%）	4.7	4.8	5.6	4.2	4.9	—
1人当たり保健予算（Rs）	722	891	990	1,036	1,222	1,313
GNPに占める保健予算（%）	1.45	1.59	1.65	1.55	1.60	1.60

出所：Annual Health Bulletin 2001, MOH、Annual Report 2003, Central Bank

経済成長とともに国民医療費も増大し、表-13にあるように1990年代に3倍以上に膨らんだ。

1990年代を平均して家計が国民医療費を45%負担したのに対し、政府は中央政府と地方政府合わせても44%にしかならない。1990年代を通じて、家計からの支出のウェイトが若干だが増加しており、医療費負担の増加分は政府でなく家計が肩代わりしていることになる。

表-13 国民医療費の推移（単位：10億Rs）

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
国民医療費	11.7	14.6	15.3	18.2	22.3	25.1	28.4	34.6	39.2
うち政府支出分	5.5	7.1	6.9	8.4	10.8	12.5	14.0	17.7	19.2
うち民間支出分	6.3	7.5	8.3	9.8	11.5	12.6	14.3	16.9	20.0
1人当たり国民医療費（ドル）	16	19	18	21	24	25	26	29	29

出所：Annual Health Bulletin 2001, MOH

保健医療サービスを無料で提供することは公平性を重んじるスリランカの憲法にも通じる保健制度の基本精神であり、受益者負担制度導入や健康保険の導入などで制度を大きく変えることには様々な政治的な困難が伴う。しかし、現実には国民医療費の半分は既に家計によって負担されており、高コストの慢性疾患が主流になったなかで、今後も無料制度を維持するためには、以下のような対策が必要である。

- ・制度を合理化し、より費用対効果の高い制度にする

- ・効率を高めることで、支出を抑制する
- ・支払能力のある人たちは民間病院を利用するようにする

今までも国家保健計画策定のプロセスのなかで以下のような保健財政改革案が提案されたが、ほとんど実施に移されておらず、有料ベッドなど一部病院で導入されたものの費用回収率は低く、労働組合の反対も根強いため、導入例が全国に拡大しないのが現状である。

- ① 1992年の大統領タスクフォースによる政策提案
  - ・保健セクターのための目的税導入（タバコ、アルコールなど）
  - ・病院に有料ベッド導入
  - ・自動車保険導入
  - ・政府保健予算を2000年までにGDPの3.5%まで増やす
- ② 1997年の大統領タスクフォースによる政策提案
  - ・病院の独立採算制の部分的導入
  - ・地方政府の財源確保
  - ・医療施設のマネジメント改善

#### 4-1-2 コスト分析の必要性

##### (1) 病院財務の実情

疾病構造の変化で新たな保健医療サービスの需要が拡大し、保健財政の逼迫度が年々高まっているにもかかわらず、予算がどの程度不足しているのか明確にできず、サービスの投入と質の評価もできないでいた。公立病院の予算は病床数とスタッフの数に準じて前年度実績をベースに配分され、患者数の増加や寄付金額の増加などが評価されて予算が増え、人事評価に反映されるといったシステムがない。何ら経営努力をしなくても予算が配分されるため、病院側は治療にかかるコストを考えずに予算を使い、コスト意識が身に付かない。実際は、年度途中で予算が足りなくなり患者が薬代を自己負担したり、医師が自分の民間クリニックに患者を呼んで診察しており、保健財源が不足しているのは明白であるのに、それを立証できなかった。全国一律の公平な無料サービスというのは、現実には既に維持できていないのである。

保健医療サービスを提供するためにどれだけのコストが必要なのかが明らかになれば、サービスの標準化や効率的な病院運営につながり、将来的には受益者負担制度や健康保険制度を導入する際に有益な基礎情報となる。

##### (2) コスト意識の高まり

フェーズⅠ調査で保健財政の問題を議論し、マスタープランの内容が全国に伝わった影響もあり、こうした保健財政的な問題に対する関心が高まり、キャンディ総合病院のように実際にコスト分析を行っている病院も既にあることが今回の調査で明らかになった。医療サービスが高コスト化し必要な予算が増えている一方、経済状況の悪化で政府から配分される予算は増えず、年々そのギャップが拡大しており、高度医療を提供している病院ほど、限られた予算内での病院運営に苦心し、コスト分析の必要性を痛感している。

例えば病院で最も支出が多いのが交通外傷治療で、救急医療が外来コストの2～3割を



占めるといわれているが、それを立証するデータはなかった。交通事故や代表的慢性疾患の投入コストを明らかにし、サービスを標準化し、ユニットコストを算出することで、自動車保険や健康保険導入だけでなく予算制度の改善や保健医療資源マネジメントの基礎的な土台を形成できる。

拠点病院のマネジメントスタッフにとどまらず、現在の保健大臣も、国民に医療サービスのコストを認識させるため病院を受診した患者に治療費を明記した請求書を発行すべき、との考えをもっており、保健省内でもコスト問題への関心が明らかに高まっている。

コスト分析を実施する際は、特定の拠点病院で院内スタッフにコスト概念を教え、特別ユニットを設置してコスト分析を制度化するとともに、病院関係者以外を対象とした教材配布やセミナー実施によりコスト分析のノウハウを広く普及させることが肝要となる。

#### 4-1-3 調査対象候補病院の診療活動

事前評価調査で訪問した病院のなかで、フェーズⅡ調査においてコスト分析を実施する候補となる病院の診療活動を以下に紹介する。コスト分析を実施する病院において、4-2節・4-3節で取り上げる病院の業務改善活動（5S）と交通外傷コスト分析も行うことで、プロジェクトの効果を高めることを想定している。

##### (1) キャンディ総合（教育）病院

古都キャンディにある教育病院も兼ねている総合病院で、英国植民地時代にプランテーション労働者を診療するため1846年に設立され150年以上の歴史をもつ病院である。本来は中央州キャンディ県（人口127万人）のトップレファラル病院だが、腎移植を行うなど高度医療を提供しているため、現実には南部だけでなく東部地域からも患者が来院し、主な患者の出身地だけで8県をカバーしており、スリランカで最も広い診療圏を担っている病院となっている。

表-14 キャンディ総合病院の主要診療活動

	2001	2002	2003	2004 (上半期)
病床数（実数）	1,891	1,891	1,969	2,084
外来患者数	310,458	327,808	313,047	160,364
1日平均外来患者数	850	898	857	878
入院患者数	127,628	144,578	151,175	811,768*
病床利用率	81.8%	87%	85%	84%
平均在院日数	4.49	4.4	4.5	4.6
分娩件数	11,213	11,342	11,277	5,579
手術件数	43,857	47,213	48,010	24,751
1日平均手術件数	120.1	129.3	131.5	135.6

\*2004年の入院患者数のみ「入院患者延べ数」か、あるいは病院側の誤記と思われる。

出所：質問書回答

スリランカではレファラルシステムが機能しておらず、患者の選択でどの公立病院でも無料で受診できるため、キャンディ総合病院においても軽症の患者が直接来院することが可能である。また専門病院が数多くあるコロomboと異なり、キャンディには専門病院や民間病院が少ないため、あらゆる疾病の患者がこの病院に集中し、特に入院患者数や手術件数は年々増加しており、それに伴い、病床もこの2年間で193床増え2,000床を超えた。それでも実際には病床利用率が120%に達することがあるという。総職員数3,383名のうち医師は492名、看護師1,145名、薬剤師41名、臨床検査技師45名となっているが、患者の増加に対応するには職員数が足りない状況である。

表－15 キャンディ総合病院の入院患者の主要疾病と主要死因（2003年）

主要疾病	患者数	主要死因	死亡数
1 白内障	6,290	1 脳血管疾患	172
2 尿結石	4,548	2 虚血性心疾患	134
3 多発外傷	4,173	3 肺炎	83
4 骨折	3,395	4 頭部外傷	79
5 眼疾患	2,942	5 心筋梗塞	73
6 呼吸器系疾患	2,336	5 腎不全	73
7 開放創	2,289		
8 皮膚及び皮下組織感染症	2,198		
9 その他ウイルス感染症	1,985		
10 その他泌尿器系疾患	1,807		

出所：質問書回答

慢性疾患や外傷が上位にきているのはスリランカの疾病構造と同じ傾向であり、眼科系疾患が多いのは近隣に専門病院や民間クリニックがないため、患者が集中しているためと思われる。キャンディ総合病院では、一般外科のほか脳神経外科、腫瘍外科、腎臓外科、消化器外科、泌尿器外科、小児外科、形成外科と外科の診療部門が多く、コストの高い外科手術の需要が増えていることから、政府から配分される限られた予算をいかに効率的に配分するかが病院運営上の大きな課題となっており、診療サービスのコスト構造を明らかにする必要に迫られている。

表－16 キャンディ総合病院の支出内訳（単位：百万Rs）

費目	2000年	2001年	2002年	2003年
給与	247	252	280	256
維持管理費	11	11	8	11
光熱費	26	41	57	67
薬剤費	26	20	31	27
その他	4	4	4	5
支出合計	314	328	380	366

出所：質問書回答

そのため、1人の患者に年間でいくら費用がかかるのかを既に独自に算出し、コスト分析を行うユニットも設置した。会計学や保健財政の専門家を含んだチームによる、より精緻なコスト分析をJICA フェーズⅡ調査で行うことにも、強い関心を示している。

キャンディ総合病院では、食事や清掃などは既に外注化して経費節減に努めているが、それでも表-16に示された支出の内訳を見ると、人件費比率が2000年に78%と8割近くもあり、徐々に低下して2003年には69%まで下がったものの、まだ運営面で改善できる余地は大きいと思われる。

## (2) ペラデニヤ大学教育病院

ペラデニヤ大学は、コロombo大学と並び最も伝統のある大学で、1942年に設立されたセイロン大学を継承する、スリランカ最大の大学である。教育病院は日本の無償資金協力で設立され、その後も1980年から1984年まで技術協力プロジェクトが実施されるなど、日本と関係の深い病院である。

表-17 ペラデニヤ教育病院の主要診療活動（2003年）

病床数（実数）	828	院内死亡数	842
外来患者数	271,998	院内死亡率	1.47%
1日当たり外来患者数	745	死産数	105
クリニック来院患者数	207,811	救急患者数	3,511
1日当たりクリニック来院患者数	569	出生数	7,380
入院延べ患者数	255,427	低出生体重児数	1,544
他病院への紹介患者数	1,539	帝王切開件数	2,401
病床利用率	85%	妊産婦死亡件数	1
平均在院日数	5	BCG接種件数	6,274

出所：質問書回答

828の病床数に対し職員は1,315名と、病床・職員数ともキャンディ総合病院の半分以下の規模となっている。職員のうちコンサルタント（専門医）が34名、医師142名、看護師365名、薬剤師22名、臨床検査技師11名などとなっている。コンサルタントのうち、保健省から派遣されている医師は4名、大学に所属している医師は30名となっている。教育病院は保健省直轄だが、ペラデニヤ大学は教育省の管轄であるため、異なる省に所属する医師が同じ病院で働いており、1つの診療科に双方の出身者がいるケースもあるという。教育省から配分される予算は大学に所属する職員の給与のみで、あとの予算はすべて保健省から配分されている。

診療科は内科、外科、小児科、産婦人科、整形外科、歯科、神経科、精神科となっており、病床数からみると産婦人科が200床と最大になっている。

教育病院であるため、他の病院のモデルとなるよう、標準化されたサービスを提供するという使命があり、限られた資源で最大限のアウトプットを出すための努力を続けているが、疾病構造の変化で医療サービスが年々高コストになっている一方で、経済状況の悪化で政府からの予算は逆に減っており、そのギャップが大きくなっている。そのため、コスト分析や資源マネジメントの必要性については十分に理解している。

表一 18 ペラデニヤ教育病院での主な感染症と主要死因\* (2003年)

主な感染症		主要死因	
疾 病	患者数	疾 病	死亡数
1 デング熱	245	1 原因不明の死因	61
2 腸チフス	88	2 心筋梗塞	60
3 赤 痢	66	3 脳血管疾患	38
4 レプトスピラ症	53	4 心不全	33
5 ウイルス性肝炎	48	4 気管支炎	33
6 発疹チフス	40	4 肝臓疾患	33
7 マラリア	7	7 アルコール性肝臓疾患	30
8 脳 炎	3	8 糖尿病	30
9 麻 疹	2	9 喘 息	29
9 ギランバレー症候群	2	10 栄養失調	27

注 : 主要死因のデータには外傷は含まれていない

出所 : 質問書回答

詳細な収支データは入手できなかったが、1年間の薬剤費の推移をみると、会計年度の始まる1月から7月までは比較的支出が多く、8月以降は支出額が減っており、年度末に近づくと予算不足により必要なサービスが提供できなくなる状況がうかがえる。

表一 19 ペラデニヤ教育病院が支出した月別薬剤費の推移 (2003年)  
(単位:Rs)

1月	567,744	7月	587,000
2月	410,882	8月	459,570
3月	677,874	9月	146,509
4月	750,420	10月	469,238
5月	450,262	11月	481,746
6月	530,218	12月	394,530
		合 計	5,925,993

出所 : 質問書回答

#### 4-2 病院の質管理の現状と課題

##### 4-2-1 病院サービスの現状

スリランカにおける医療サービスは、主として国公立医療施設によるサービスネットワークによって供給されており、過去30年間に国公立病院数は1.3倍に、病床数は1.5倍に増加し、人口当たり病床数ではタイやマレーシアを上回る水準となっている。ただし表一 20にあるように、病院・病床の絶対数は増えたが人口当たり病床数は30年前から改善されていない。また1990年代以降、コロンボ市内を中心に民間病院が増加しており、国内の全病院の2割以上が民間病院となっている。

表－20 病院数・病床数の推移

	1970	1980	2000	2003*	民間病院 (2003)
病院数	455	480	578	606	178
病床数	39,173	43,389	58,423	61,808	9,000
人口	12,140,000	12,580,000	18,467,000	19,252,000	—
人口千人あたり病床数	3.2	3.4	3.2	3.2	—

注：2003年のデータは暫定値

出所：フェーズ I 報告書、Sri Lanka Socio-Economic Data 2004, Central Bank

国立スリランカ病院（旧 Colombo General Hospital）を頂点とした病院ネットワークは、国立病院・教育病院のみが保健省の管轄で、州病院以下の施設は地方政府によって運営管理されており、主要都市に配置された基幹病院と県病院が州・県レベルのサービスを担い、これらの隙間を埋めるために Peripheral Unit 以下の施設が地域レベルに配置されている。

1次医療施設ではスタッフ、医薬品の不足などで診療機能が不十分なため、外来・入院ともこの10年で利用者が徐々に減少している。患者は1次医療施設をバイパスして都市部の3次医療施設を受診する傾向が強く、レファラルシステムは十分に機能していない。病床利用率をみると、国立病院から基幹病院までの3次・2次医療施設では85%以上だが、県病院以下の施設では50%以下となっており、利用状況の格差が大きいことが明白である。

表－21 レファラル機能ごとの病院数・病床規模・病床利用率

レファラル	分類	所管官庁	区分	病院数	BOR	病床規模
3次	国立病院 National Hospital	保健省	専門診療、検査機能を有する総合病院	1	99.5%	3,000床
3次	教育病院 Teaching Hospital	保健省	専門診療、検査機能を有する総合病院	19	87.7%	1,000床以下
3次	州病院 Provincial Hospital	州保健局	州のトップレファラル施設	7	104.5%	600～1,000床
2次	基幹病院 Base Hospital	州保健局	2～3県ごとに設置、内科・外科・産科・小児科と検査機能	35	86.8%	200～600床
1次	県病院 District Hospital	DPDHS*	2名程度の医師による一般診療	157	48.3%	50～200床
1次	Peripheral Unit	DPDHS	医師1名による診療	102	49.5%	20～80床
1次	Rural Hospital	DPDHS	医療従事者1名	172	42.6%	20～40床
1次	Maternity Home+CD	DPDHS	一般診療及び助産婦による産科診療	85	8.6%	10床
1次	Central Dispensary	DPDHS	一般診療	385	—	0
2～3次	Other hospitals	保健省		27	77.2%	150～400床

注：DPDHS（Deputy Provincial Director of Health Services）

出所：フェーズ I 報告書

こういった現状に対し、保健省は1次医療施設のサービス改善をねらって病院の再分類を実行中で、特に県レベルの医療サービスを拡充しようとしている。しかし、施設ごとの診療サービス基準は明確に規定されておらず、人材や医薬品の供給が保証されないままサービスを拡充しても質が向上しなければ、3次医療機関への患者集中は容易に緩和されないとみられている。

表－22 病院配置の新基準

レファラル・レベル	分類	配置基準
特 級	Teaching Hospital	－
3 次	Teaching/ Provincial Hospital	各州に1つ
2 次	District General Hospital	各県に1つ
1～2次	District Base Hospital	1～2県に1つ
1 次	Divisional hospital	規定されていない
1 次	Primary medical care unit	規定されていない

出所：フェーズ I 報告書

#### 4－2－2 病院の業務改善運動と 5S

##### (1) スリランカの病院運営の現状と課題

公的医療施設でのサービスの問題点として、大病院の混雑、長い待ち時間、不十分な環境、多くの医療従事者の横柄な態度などが指摘されている。スリランカでは医療費は無料であり、ごく一部の病院が有料ベッド制度を導入しているが、病院のサービス改善にその歳入を利用することはできない。また、サービスの改善が評価されて予算配分や職員ボーナスが増えるようなシステムもないため、病院サービスを改善することへのインセンティブが働かないのが現状である。また労働組合が強く、現状の病院マネジメントを変えることには一般的に保守的である。

需要に比し少ない政府保健予算、疾病構造の変化による治療の高コスト化、2・3次病院への患者集中といった背景により、限られた資源を有効に活用するため、病院の生産性向上の必要性が認識され、政府は1996年から10年間を生産性向上年とし、生産性向上のためのプロジェクトを開始した。スタッフのやる気を高め、保健セクターの生産性を改善するため、いくつかの病院で導入されたのが5Sである。

##### (2) 5S 運動

5Sはマネジメント・ツールの1つで、日本の製造業の生産性・質・安全性向上のために生み出された。5Sは業務環境改善を目的とするもので、次の段階がKAIZEN運動、更に生産性向上という3段階あるTotal Quality Management (TQM、総合的品質管理)のエントリーポイントであり、多機能で品質の高いサービスを効率的に提供できることを目標にした、ノンストップで日々実践されるべき活動の最もベーシックな部分である。標準化されたサービスをタイムリーに的確なコミュニケーションとともに患者に提供できるようにすることが、これら一連のプロセスの最終目標となる。

5Sは資源の節約、不潔さから発生する問題の減少、作業工程や資源の無駄を削減することで、仕事の質や効率を向上させ、安全・標準化・衛生を現場にもたらし、品質管理シス

テム導入の基盤をつくるもので、以下の5つのコンポーネントから成る。

整理 (seiri) : いるものといないものをはっきり分け、いないものを捨てる

整頓 (seiton) : いるものを使いやすいようにきちんと置き、置き場所や通路などをだれにでも分かるよう明示する

清掃 (seisou) : 常に清掃をし、きれいにする

清潔 (seiketsu) : 整理、整頓、清掃の3つを維持する (時間的継続)

躰 (shitsuke) : 決められたことをいつも正しく守るよう習慣づける (精神的支え)

#### 4-2-3 5Sの導入成功事例

医療費無料制度を維持し、患者自己負担制度を導入するのが政治的に困難で、病院の予算制度や人事制度においてマネージメント改善のインセンティブが働かないスリランカにおいては、資源節約・能率向上を主目的とする5Sを導入するのが適しており、工場やプラントーションといった生産現場だけでなく、警察署や学校、病院においても既に導入され着実な成果をあげている。以下に病院における成功事例を紹介する。

##### (1) キャッスル・ストリート産婦人科病院 (Castle Street Hospital for Women : CSHW)<sup>1</sup>

CSHWはコロombo市内にある公立の産婦人科単科病院で教育病院でもある。450床、職員約800名のうち専門医10名、一般医66名、看護師250名、助産師90名、年間1万5,000～1万8,000件の分娩、1,500件の手術が行われている。現院長が着任した2000年に5Sを導入し、職員のなかに医師・看護師といった職種ごとに8つのチームを作り、競争させた。5Sの具体的な活動内容は以下のとおりである。

整理：院内で不要なものに赤い札をつけ不用品を集める部屋にまとめ、医療廃棄物も色をつけて分別して捨てるようにし、木や建物で配管の邪魔になるものは移設した。

整頓：作業に必要なものを探す時間を減らすことをめざした。病棟や部屋にすべて名前をつけ機能別に色分けし、院内表示板を作成し、どこに何があるかすぐ分かるようにした。医療機材や道具に番号をつけ在庫目録を作成、それぞれの機材を格納する場所を確保した。院長室で全体作業をモニタリング・評価するシステムをつくった。

清掃：継続して清掃を行い院内感染を厳格に防ぐ体制をつくることをめざした。清掃の分担表や清掃スケジュールを作成、実施に移し、清掃作業を標準化して適切な清掃道具も選定された。ゴミを適正に分別しゴミの種類別に色分けしたゴミ箱を院内各所に配置した。院内のすべての職員がこの清掃作業に参加した。

清潔：中間管理職以上のスタッフが今までの3つのSの作業を標準化し、チェックリストを作成して自己評価した。サービス提供にかかる時間を減らし、サービスの質を向上させるため、必須作業が定められ標準化された。患者の待ち時間と看護師の作業時間の双方を減らすため、いつどの薬を服用すればいいのかが表示されたDrug chartを患者に配布。妊婦のスクリーニングには特に力を入れ、看護師や助

<sup>1</sup> A performance improvement programme at a public hospital in Sri Lanka, N. Withanachchi, W. Karandagoda, Y. Handa,

産師による妊婦のための教育プログラムを導入した。

躰：以上の4つの活動は研修、部署内競争、賞の授与といった活動によって強化されていった。活動を評価するための15の指標が設定され、患者ケア、スタッフの勤務状況、記録、院内感染対策、健康教育、患者登録・退院といった点について評価が行われた。評価チームは毎月、各部署の活動をチェックし、改善が必要な部分を指摘した。院内の全チームが月に1回院長の下に集まり、病院全体の成果を報告し、今後の改善点について議論した。データも毎月記録され、成績の悪い部門の強化に利用した。

5S導入当初は職員の反対もあったが、院長の強いリーダーシップの下、2年間で帝王切開後の感染率の52%減少、新生児感染症発生率の58%減少といった目に見える成果が現れた。CSHWでの成功の理由は以下のように分析できる。

- ① 単科病院であるため、サービスの種類が限られている
- ② 看護師の中間管理職集団の積極参加を得られた
- ③ 看護業務の改善が先行し医師の業務改善に寄与、指導医の積極参加につながった
- ④ 保健セクターからではなく、5Sを先行導入していた産業界から直接、手法を学んだ

## (2) デソイサ産婦人科病院 (De Soysa Hospital for Women)

コロンボ市内にある公立の産婦人科病院で、340床、780名の職員のうち専門医10名、一般医100名、看護師240名、助産師70名と、CSHWとほぼ同規模の単科病院である。創立125年を迎える歴史のある病院で、創立当初からの施設をそのまま維持して活用し、CSHWよりやや遅れて5Sを導入、その充実した活動に対して日本スリランカ技術文化協会(JASTECA)が主催する「Taiki Akimoto 5S賞」が2003年に授与されている(CSHWは同賞を2001年に受賞)。

表-23 デソイサ産婦人科病院における5S活動の評価例(2003年)

病棟/部門	満点	8月		9月		10月		11月	
		得点	%	得点	%	得点	%	得点	%
一般2	1,500	1,043	70	1,355	90	1,122	75	1,146	76
一般3	1,500	1,351	90	1,420	95	1,480	99	1,431	95
一般15	1,500	1,017	68	1,330	89	1,478	99	1,483	99
ICU	1,400	1,357	97	1,400	100	1,400	100	1,400	100
NICU	1,150	1,150	100	1,150	100	1,150	100	1,150	100
保健教育部	995	—		995	100	870	87	870	87
外来	1,160	—		—		915	79	1,035	89
リネン室	855	—		—		805	94	780	91

出所：De Soysa Hospital for Women

デソイサ病院では、一般病棟からリネン部門まで17部門において5Sを導入し、それぞれの部門の活動内容に合わせて評価項目を設定し、医師や看護師8名から成るモニタリング・チームが毎月各部門の活動を点数で評価している。表-23に見られるように、同じ



般病棟でも得点が60%台のものから99%のものまでばらつきがあり、NICUのように常に満点を取っている部門もある。

病棟ごとに1週間の患者ごとの診療活動や病棟レイアウトを図表にして分かりやすく掲示し、廊下のあちこちに5Sについての掲示板を設置して5Sの理念を伝えるとともに、職員が書いた5Sの詩を掲示するなど細かな工夫をして、職員の意識を高め、職場環境の改善に努めており、病棟は非常に清潔に保たれ、院内に活気があり、病床利用率が常に100%近いことに、5Sの成果が表れている。

#### 4-2-4 5S運動の今後の展開

キャッスル・ストリート病院やデソイサ病院での5S導入の成功を受け、公立病院に5Sを導入する動きが広がっている。WHOが2004年初頭から実施しているNational Quality Assurance Programでは全国の23病院に順次5Sを導入しており、また世界銀行のSLHDPにおいても南部州とウバ州において1～3次レベルの約120か所の病院に5Sを導入する予定になっている。

表-24 National Quality Assurance Program 対象病院

州	県	病 院
North Western	Kurunagala	Kurunagala 教育病院
	Puttalam	Marawila 基幹病院
Sabragamuwa	Ratnapura	Ratnapura 州立病院
Southern	Galle	Karapitiya 教育病院
	Galle	Mahamodhara 教育病院
	Hamabantota	Hambantota 総合病院
	Matara	Matara 総合病院
Uva	Badulla	Badulla 州立病院
	Moneragala	Moneragala 総合病院
Central	Kandy	Peradeniya 教育病院
	Nuwara-Eliya	Nuwara-Eliya 総合病院
North Central	Polonnaruwa	Polonnaruwa 総合病院
North East	Ampara	Ampara 総合病院
	Trincomalee	Trincomalee 総合病院
	Vavuniya	Vavuniya 総合病院
Western	Colombo	National Hospital Sri Lanka (NHSL)
	Colombo	Castle St. Hospital for Women
	Colombo	De Soysa Hospital for Women
	Colombo	Lady Ridgeway Hospital
	Colombo	Mental Hospital. Angoda
	Gampaha	Negombo 基幹病院
	Kalutara	Kalutara 総合病院
	Kalutara	Horana 基幹病院

出所：保健省

また、保健省においても病院の業務改善運動及びサービスの質向上の重要性を認識し、これらのプロジェクトを管轄する Quality Secretariat というポストを新設することが決まっており、現在の Director of Tertiary Care Services（3次医療サービス部長）が責任者となり、以下のような権限をもつことになる。

- ・サービスの質向上のための政策を策定し、保健セクターにおける質向上プログラムを立案する
- ・質の向上に関連する政策策定において他関係機関との調整を行う
- ・研修プログラムや基準を策定する際に、学会や大学とともに作業を行う
- ・すべての2次・3次医療機関のなかに Quality Management Unit を設立する支援を行う
- ・WHO や他ドナーと質の向上に関するプログラムで協力する
- ・ヘルスケアの質と安全に関するビデオ教材などを製作する

すべての2次・3次病院に設置が予定されている Quality Management Unit の機能は以下のようになり、保健省 Quality Secretariat と連携しながら病院サービスの質の向上をめざしていく。

- ・日本の5Sシステムを導入し、質向上をめざす文化や生産性概念を病院に根づかせる
- ・業務改善チームを設立してスタッフの参加を促進する
- ・スタッフの院内研修を計画し、その記録をデータベース化する
- ・患者満足度調査や従業員満足度調査を実施し、患者からの不満を解消できるようにする

#### 4-3 交通事故の現状とその財政負担

##### 4-3-1 交通事故の現状とその社会経済的コスト

正確な統計はないが、スリランカの2次・3次医療機関において最も大きな支出対象となっていると思われるのが交通外傷である。2002年にWHOが行った“Global Burden of Disease”調査によると、重症の外傷患者の4分の1が交通事故による脳損傷であり、外傷による入院患者の3割から8割が交通事故患者、平均在院日数は20日と長く、外科病棟の入院患者の48%を占め、手術室とICUを最も頻繁に利用、X線やリハビリ部門の作業量も交通外傷患者の増加に伴い増える一方、といった特徴は、先進国発展途上国共通に見られる。低所得国での交通事故による国家全体のコストはGNPの1%に当たる、との試算もなされている<sup>2</sup>。

スリランカでは1995年ごろから外傷による入院が増え始め、現在では公立病院における入院患者の主要疾患のトップが外傷（16%）で、そのなかでも交通外傷は3割を占めている。院内死亡の11%も外傷によるものとなっている。警察統計によれば、毎日4時間半ごとに1人が交通事故で死亡している計算になる。

表-25にあるように、1998年以降交通事故による死者は毎年2,000人を超えており、負傷者数は1万7,000人を超え更に増加する勢いにある。このデータは警察に通報された事故数であり、実際は飲酒運転や法令違反による事故などの場合は示談で済ませ警察に報告しないことが多く、保険会社も加入者の便宜を優先して示談にして警察に報告しないこともあるという。

<sup>2</sup> World report on road traffic injury prevention, WHO 2004

表－25 過去10年間の交通事故数と自動車登録台数の推移

	1993	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
交通事故死者	1,421	1,835	2,023	2,059	2,140	2,159	2,160	2,096
交通事故件数	41,495	48,533	50,959	53,531	54,089	52,057	55,031	59,444
負傷者(重症)	2,299	3,310	2,393	3,114	3,449	3,770	3,719	3,919
負傷者(軽症)	11,686	10,037	11,417	10,258	11,574	11,504	12,935	13,744
登録自動車台数	1,086,821	1,407,437	1,511,292	1,614,145	1,706,382	1,779,016	1,892,387	2,036,003
うち自動車	179,265	202,451	208,596	219,125	233,018	241,444	253,447	274,631
うち自動二輪	570,130	700,025	752,011	794,508	834,586	868,705	923,497	972,478

出所：警察庁

交通事故の25%は報告されていないといわれており、実数はこれより多い。自動車人口が年々5%増加しているのに対し、交通事故件数の増加はそれを上回る年6%のスピードで増加しており、交通外傷の治療にかかるコストは増加する一方である。

#### 4-3-2 交通事故対策の現状

スリランカでは今まで国をあげての交通事故対策はとられてこなかった。「National Road Safety Council」など関係省庁による議論の場は複数あるものの、いまだ効果的な施策は打ち出されていない。その理由として以下のような点が指摘されている。

- ・2002年の停戦合意まで20年間は民族紛争問題が最優先で、交通事故は政府にとって優先度が低かった
- ・交通事故に関する罰則が軽い（死亡事故でもほとんどが50Rs程度の罰金刑、懲役は最長でも3か月）ため、事故の抑止効果が極めて低い
- ・事故の被害者が加害者を訴えても、判決が出るまで数年かかり損害賠償額も低いため、泣き寝入りするケースが多く、目撃者も裁判に関与することを嫌がり証言しない
- ・警察にとっても所轄内での事故件数の増加は望ましくないため、正確に報告されていない
- ・警察、保険会社、自動車産業、運輸省、保健省など関係する組織が多く、それぞれの利害が複雑なため、実際に対策を推進するのが困難
- ・故意による殺人と違い、過失による交通事故を起こしてもそれを恥だと思わない文化的背景
- ・運転免許が実習のみで簡単に取得でき、交通安全や運転マナーの知識が欠如している
- ・一般に自動車所有者は富裕層で階級も高く、比較的所得が低い歩行者や自転車運転者をはねても罪の意識が軽いという社会的構図

交通事故の状態別死亡者比率をみると、事故の犠牲者のなかでは歩行者が3割と最も多いのに対し、ドライバーが犠牲になる比率は低い。日本では交通事故による死者で最も多いのはドライバー（4割）だが、スリランカのような低所得国では、交通事故にあうリスクが最も高いのは歩行者であることが一般的である。

表一 26 交通事故の状態別死者比率

	事故時の状態	比 率
1	歩行中	30%
2	自転車乗車中	28%
3	バイク乗車中	17%
4	自動車運転中	14%

出所：警察庁

#### 4-3-3 自動車保険の現状

スリランカの保険会社は1960年代に国有化されたが、1986年以降民営化され徐々に参入企業が増え、1998年に6社だったのが2004年現在は13社となっている。保険には長期保険である生命保険と一般保険があり、一般保険のなかに自動車保険、火災保険、海上保険、医療保険が含まれており、一般保険のなかで保険料収入別にみると自動車保険の占める比率が最も大きい（45%、2003年）。

スリランカでは自動車購入時に自動車保険に加入することは強制的に義務づけられており、自動車登録台数の増加に合わせて、業界全体の自動車保険料収入も表一 27にあるように高い伸び率で増加している。

表一 27 自動車保険料収入の推移

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
保険料収入（千Rs）	2,739,819	3,160,937	3,528,391	3,774,471	4,498,495	6,224,332
伸び率（%）	17.5	15.4	11.6	7.0	19.1	38.4

出所：Annual Report 2003, Insurance Board of Sri Lanka

現在の自動車保険で保険金が支払われるのは、法廷で加害者の法的責任が認められた場合のみであり、一般に判決が出るまで2～6年かかり目撃証言を得られる可能性が低いという現状から、交通事故被害者の多くが適正な補償を受けられないでいる。

日本の自賠責（強制）自動車保険の場合、交通事故証明書を手に入れば、加害者の責任を裁判で立証することなく、被害者自身が保険会社に保険金を請求できる。さらに傷害120万円、死亡3,000万円という自賠責保険の限度額を超えた補償部分を補うために、任意の自動車保険に加入することが一般的となっている。

スリランカでは公立病院の医療費が無料で交通外傷も無料で治療されるため、交通事故に健康保険が適用されない日本と異なり、被害者の立場からすると保険で治療費を補償してもらう必要性がないため、自動車保険の問題点もなかなか改善されない。一部の保険会社で、加害者の過失の有無に関係なく、死亡した被害者の遺族に2万5,000Rsの保険金を支払うスキームを

導入する動きはあるが、けがに対する補償に関してはまだ議論になっていない。

しかしマクロな保健財政の視点で交通外傷の問題を考えると、治療費が高額になる交通外傷を無料で治療し続けられれば、保健財政の赤字が更に拡大することは明らかであり、スリランカでも、交通外傷患者の多い3次病院の一部で、交通外傷治療の予算を別枠で運用することが既に検討され始めている。日本やタイが自賠責保険・任意保険を導入しているように、交通事故の治療には別の財源をあてることが急務であると思われる。

#### 4-3-4 今後の交通事故対策の方向性

##### (1) 交通関連法規の改正

スリランカの自動車交通法は1916年に制定され最後に改正されたのが1956年と、道路網の発達と自動車増加により増えた交通事故の近年の状況に全く対応できていない。「National Road Safety Council」のメンバーが改正法案を提出中で、この案では交通事故で死亡させた場合、罰金5万Rsか2年以下の懲役、免許停止になるほか、飲酒運転の重罰化、スピード違反の場合に出していたスピードに応じた刑罰を与えるといった内容になっており、2005年中の法改正実現を期待しているとのことである。

##### (2) 保健省による事故対策案

保健省が中心となり、警察、運輸省、教育省、労働省や大学、WHOなどが参加して「National Policy Framework on Injury Prevention in Sri Lanka」という外傷対策のアクションプランを2003年に策定している。このなかで、交通事故対策として掲げられたのは以下の点である。

- ・ 関係省庁や組織の連携強化と対策の実行
- ・ 予防計画策定のための適正な事故情報の整備
- ・ 事故予防にかかわる法規制の運用強化
- ・ 制限速度の厳守、ヘルメット着用、飲酒運転禁止の徹底など事故予防についての情報普及
- ・ シートベルト着用の推進
- ・ 運転者と歩行者双方への交通安全知識の普及
- ・ 自動車教習制度の改革
- ・ 死亡事故を起こしたドライバーへの研修制度導入

##### (3) 民間医療保険の課題の是正

コロンボ在住の会社員を中心に、生命保険などとともに福利厚生の一環としてパッケージで民間医療保険が販売されており、加入者は私立病院で治療を受けているが、スリランカでは診療サービスの標準化がされていないため、疾病ごとの治療コストが明らかになっておらず、私立病院の医師が保険金の請求額を勝手に水増ししたり、必要以上に長期間患者を入院させたりするため、民間医療保険はすべての保険会社で赤字になっているという。

コスト分析により診療サービスの標準化を行い、米国のDRG／PPS（診断群別包括支払制度）のような枠組みをつくれば、交通外傷の治療コストが明らかになって民間保険への請求額も適正なものになり、将来スリランカにおいて自賠責自動車保険の導入を検討す

場合も、適正な補償金額と保険料水準の設定に役立つと思われる。

その際も保険会社やそれを管轄する財務省と活発な議論を交わすことはもちろん、交通事故対策の必要性を世論に訴え人々の意識を高め、警察や運輸省、法務省、産業界、一般市民、マスコミ、NGOなども巻き込んで実効性のある対策を検討していくことが不可欠となる。

#### (4) 保健セクター全体での取り組み

交通事故の予防ができれば保健セクターの負担するコストも減らすことができる。そのために取り組むべきことは以下のように整理される。

- ・ 事故状況の詳細な調査を行い、事故の特徴、大きさなどによる外傷の分類を行う
- ・ 事故原因と外傷を分析することで、その因果関係、リスクを増減する要因などを特定する
- ・ 事故対策を実施、評価、モニタリングすることで、外傷を減らしていく方法を探る
- ・ 交通安全対策の必要性について政治家や政策決定権者に理解させ説得するよう努める
- ・ 科学的根拠に基づいた情報を分かりやすく一般市民に伝え、市民が自ら事故を予防できるようにする

### 4-4 非感染症疾患の現状と課題

#### 4-4-1 保健省における NCD 対策の現状

保健省においては Public Health Service Division のなかの 2 つの部署が非感染性疾患 (NCD) 対策を行っており、各 unit や bureau がそれぞれ以下のような個別のプログラムを実施している。

##### Community Health Services

- ・ 疫学
- ・ 家族保健サービス
- ・ プライマリー・ケア
- ・ 保健教育
- ・ 栄養
- ・ 環境保健

##### Specialised Public Health Program

- ・ 疫学
- ・ 呼吸器疾患対策
- ・ 昆虫媒介感染症対策
- ・ フィラリア対策
- ・ エイズ対策
- ・ ハンセン氏病対策
- ・ 非感染性疾患対策
- ・ ガン対策
- ・ 中毒対策
- ・ 高齢者・障害者対策

しかし予防対策はプログラムごとに州・県レベルまで縦割りに実施されており、予算も縦割りになっているため横の連携をとりにくく、包括的な予防政策やマクロ計画の実施は、現場の担当者のやる気にかかっているのが実情である。特にNCD対策、栄養問題、健康教育の分野はその弊害が大きい。また、NCDの出現的な問題への対策が不十分で、ライフスタイルや飲酒、喫煙、性病に関連する予防のための情報の普及も遅れている。

さらに保健省の組織上も、NCD対策にかかわる部署が複数に分かれており、それぞれに横のつながりがなく、予防政策実施における大きな問題となっている。保健省の中では公衆衛生局が予防分野を、医療サービス局が治療分野をそれぞれ担当しているが、NCDの1つである精神保健部は医療サービス局の中にあり、公衆衛生局の中でもNCD部と疫学部は別系統になっており、各部が協力してプロジェクトを実施することは實際上、困難である。

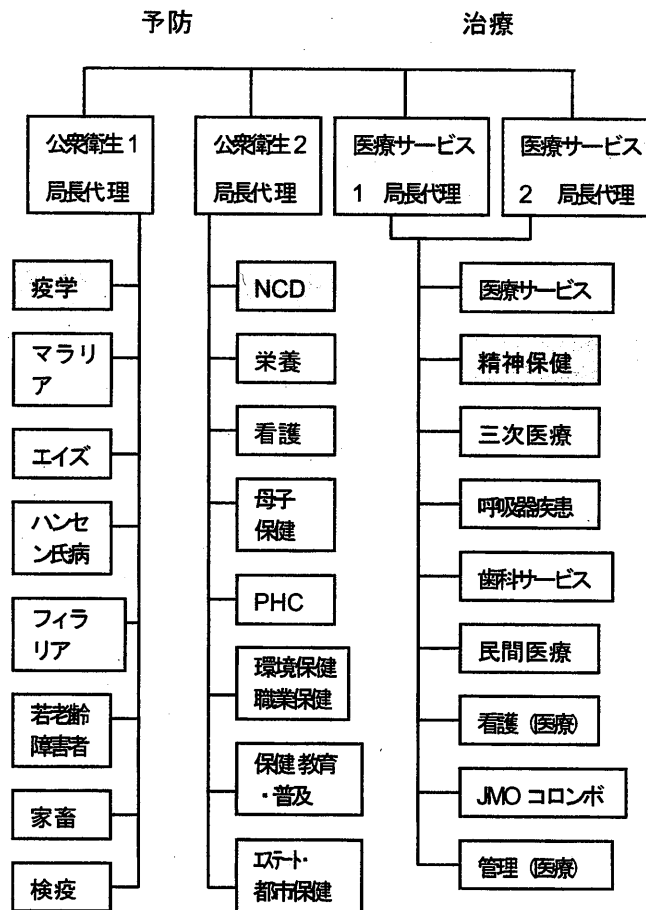


図-8 保健省組織図 (公衆衛生局と医療サービス局のみ)

\* 全体の組織図は付属資料を参照のこと

保健省 NCD 部による主な NCD 対策の方針は以下のとおりである。

- ① 1次予防活動の重要性：健康的なライフスタイルの提唱、学校保健での予防導入、患者の家族への予防策普及
- ② 1次医療レベルでスクリーニングを行い、適切なりファアにより病院での治療へつなげる
- ③ 主要なNCDに対する治療の質を向上させること

- ④ 保健省の NCD 担当部署と州保健局の計画課、疫学者が協働で国家プログラムのための組織を各州に設置する
- ⑤ 既存のインフラを利用して最低限の資源で NCD 対策を実行する

#### 4-4-2 世界銀行プロジェクトとの協力

高齢化の進展や不健康なライフスタイルによる疾病構造の変化に対し、早急に包括的な予防策を講じる必要があることについて、今回の調査において世界銀行と合意しており、フェーズⅡ開発調査では、世界銀行プロジェクトのなかの NCD サブ・コンポーネントと協力して調査を行うことになる。

スリランカにおいては、NCD のリスク要因に関する分析が不十分だが、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いわれており、出現的な病気を予防するために、アルコール、タバコ、栄養、運動などのリスク要因を詳細に分析し、異なる年齢グループに適切な予防措置を行うことが早急に求められている。

フェーズⅠ調査においても、包括的な NCD 予防策は策定されていないので、スリランカの疫学転換に対応するために、まず疫学調査による疾病の優先づけを行ったうえで、新しい戦略を策定し、サービスとその供給システムを再編成することが不可欠になる。ニーズの変化や疾病負担の変化に対応できる保健医療システムを構築する、新しい政策をつくりだすことができれば、スリランカは再度、途上国のモデルとなり得る。逆に、心臓病、糖尿病、ガンといった NCD の治療は感染症の治療に比べはるかに高額であるため、このまま有効な対策を実施せずに NCD の増加を放置すれば、社会経済へ与えるインパクトはますます大きくなっていく。

そうした状況を受け、世界銀行プロジェクトは、NCD のリスク要因について、州・県保健当局と協力して全国レベルのデータを収集、データベース化したうえで、包括的な NCD 予防策を策定し、アクションプランを実施に移すためソーシャルマーケティング・キャンペーンを行うという、全国を対象にした大掛かりなサブ・コンポーネントとなる。日本側は栄養調査や世帯調査での経験・ノウハウを調査に投入し、後半では「健康日本 21」と同様の国民運動としていくことを想定している。

ただし、このサブ・コンポーネントの責任機関である保健省 NCD 部は部長 1 人と助手数人と、人的資源からみてもキャパシティーが限られ、先に述べたように省内の他部署の協力が得にくい状況のなかで、どれだけ効果的な調査・予防対策が実施できるかが、懸念されている。

#### 4-4-3 ライフコースアプローチの概要

世界銀行プロジェクトの NCD サブ・コンポーネントの調査には、ライフコースアプローチの視点が盛り込まれていないが、この手法は生活習慣病予防のためのリスク分析に極めて有用であり、この手法を活用することで、途上国においても世代別で長期の予防政策が可能になると思われる。

##### (1) 定義

ライフコースアプローチは欧州、特に英国を中心に 1990 年代後半から発達した新しい公衆衛生並びに疫学の手法である。核心を成す仮説は、生涯の一定の時期にプログラム化されており、のちに身体的影響を与えるクリティカルタイムがある、ということである。



こうした概念は社会学では一般的だったが、それを人間の一生に取り込んで疫学的に実証することはほとんどなされていなかった。

## (2) 歴 史

公衆衛生の分野での最初の事例は、出生時体重が成人病と深くかかわっているという Baker による証明だったが、こうした研究が欧州で広まったのは、第2次大戦中のナチス占領下のオランダの飢餓にあった子どもなど、様々なコホート（疫学研究で一定期間追跡される特定の集団）が出生時から現在までのデータを蓄積したことによっている。とりわけ、これらのコホートが中年期に差しかかって、生活習慣病を発症し始めており、これまでに分かったことは、短い足や乳幼児死亡率が糖尿病、胃ガン、出血性脳卒中と関連している、あるいは出生時体重や中年期の体重が糖尿病や心疾患と相関している、ということである。

## (3) 意 義

今日、ライフコースアプローチに関心が寄せられているのは、途上国で肥満、糖尿病、心臓病が爆発的な増加を示しているからにはかならない。かつてこれらの疾病が富裕階級に独特の現象であったのに比し、最近では地方の貧困層にむしろ増加しており、いわばエピデミックになりつつある。途上国はかつての低栄養、感染症の時代から、生活習慣病の時代に急速に健康転換を引き起こしている、いわば健康転換の代償を払っているといえる。感染症にはワクチンという安価な予防法、抗生剤という比較的安価な治療法が存在したが、生活習慣病の場合は降圧剤による高血圧コントロール、冠動脈バイパスによる虚血性心疾患の治療を考えても極めて高価であり、所得レベルの低い途上国ではとてもこのような治療を施すことができず、予防に重点を置かなければならないからである。

## (4) 日本の役割

日本は健康転換に際して、転換の代償を払わなかった数少ない国である。戦後、疾病構造が感染症から生活習慣病に移るに従い、まず脳卒中が現れ、結核から脳卒中に死因が転換し、さらに脳卒中がコントロールされてガンに転換した経験をもっている。しかも日本は学校保健や出生時の体重など、極めて精緻な調査を行っており、可能性としては世界に貢献すべきデータを潜在的にもっているといえる。

### 4-4-4 「健康日本21」の概要

スリランカにおけるNCD予防において、日本の新しい健康政策である「健康日本21」のアプローチは大いに参考になると思われるため、以下に概要を紹介する。

#### (1) 新しい視点

「健康日本21」は21世紀に向けて提案された新しい考え方の健康政策であり、寿命の延長よりも生活の質（Quality of Life）の向上に重点を置き、住民ひとりひとりが健康を実現できる社会づくりを目標としている。その手法としては以下の3点があげられる。

- ① 科学的根拠に基づいた具体的方法と目標を客観的・具体的に示しながら、住民が希

望する健康の実現方法を分かりやすく提案する。

- ② ひとりひとりの住民が社会づくりの主役として活躍できるよう、行政は社会の公平性や政策の透明性に配慮して支援や調整を行う。
- ③ 生活習慣病とライフスタイルの相関に着目し、一定の疾病リスクを有する人々には集団的に働きかけることで政策の効率を向上させる。

## (2) 新しい予防法

これまでの公衆衛生の手法としては、病原を遠ざけることで疾病を回避しようとする1次予防（衛生改善、健康教育）、疾病を早期に発見し早期治療に結びつける2次予防（ガン検診）、できるだけ早く合併症をなくし治療することで早期社会復帰をめざす3次予防（臨床治験、リハビリテーション）があり、2次予防と高リスク・アプローチに偏っていた。これは大きなリスクを抱えた一部の人のみを対象とするため、医療資源の分配という観点からは効率的とはいえない面もあった。

このため「健康日本21」では、従来の介入的な健康指導で住民を従わせるのではなく、ひとりひとりの継続的な健康学習に重点を置きながら、住民自身が生活習慣を変えられるような社会環境を整備することの重要性を強調している。また、“十分な予防サービスを提供すれば問題は解決できる”、という姿勢から、“ひとりひとりの健康を実現できるよう社会が支援する”、という姿勢への転換を求めている。

## 第5章 本格調査の基本方針

### 5-1 調査の基本方針

本格調査の目的

- (1) フェーズⅠ調査で策定された保健マスタープランの実施を促進する。
- (2) 保健マスタープランの枠組みのなかでドナーによる援助が有効に機能するようにし、保健省がそれらリソースを効果的かつ効率的に活用することで同省のマネジメント能力を向上させる。

### 5-2 調査対象範囲

スリランカ全土を対象とする。ただし、踏査にあたっては外務省やJICA総務部・安全管理課からの指示に従い、行うこととする。

### 5-3 調査内容、項目

本調査では、フェーズⅠで策定した保健マスタープランのなかから、疾病構造の変化に対応した供給体制の改革や新たな保健財源の必要性という最も重要な課題に対応し、以下の4分野の調査を行う。各分野が独立して（コスト分析と交通外傷分野は一部重複）作業を行うが、4分野は政策的に相互に密接に関連しており、総括が4分野の調整や取りまとめ、報告書編集を担当する。4分野それぞれで作業工程も異なるため、通常の開発調査で行うフェーズ分けは実施しない。

#### 第1分野：病院の業務改善・5S／TQM導入

日本で発達した5S／TQM運動－生産性向上運動の一連のプロセスを、スリランカの公立病院で導入する。病院の業務環境を改善することで、医療サービスパッケージの標準化とサービスの質・効率性の向上につなげることを目的とする。この取り組みが第2分野のコスト分析の基盤となる。

- ① 5S導入の対象病院の選定、他ドナーの活動把握
- ② 対象病院の5S定着度の評価、作業工程案作成
- ③ 5S導入に使用する教科書、ビデオ、ポスター製作
- ④ セミナー開催
- ⑤ 対象病院での5S活動開始、モニタリング

#### 第2分野：コスト分析

スリランカで整備されてこなかった医療サービスのコスト情報を整備し、保健医療資源マネジメントの基礎となる情報をシステム化することを目的とする。同じ地域の下位病院をも対象とし、代表的疾患の治療にかかるユニットコストを算出する。また、病院関係者以外を対象としたセミナーを実施することで、コスト分析手法の普及を図っていく。

- ① 対象病院の選定、作業工程案作成
- ② コスト分析に使用する教科書、ビデオ製作
- ③ 対象病院での職員向けセミナー開催
- ④ コスト分析実施、病院職員への技術移転

- ⑤ 代表的医療サービスの標準化
- ⑥ 外部向けセミナー開催

### 第3分野：交通外傷対策・自動車保険導入検討

2次3次医療機関において最も大きな支出対象となっている交通外傷の治療費を明らかにし、交通事故状況調査と併せ、年々増加する交通外傷治療に関する財政負担の対応策を検討する。同時に、交通外傷に対する給付が行われていない自動車保険についても現況調査を実施する。

- ① 対象病院の選定、作業工程案作成
- ② 交通外傷のコスト分析実施
- ③ 外部向けセミナー実施
- ④ 県レベルでの交通事故状況調査実施
- ⑤ 交通外傷の投入コスト確定
- ⑥ 自動車保険の現況調査
- ⑦ 他国で実施されている自動車保険制度調査
- ⑧ 交通外傷治療負担に対するアクションプランの策定
- ⑨ 外部向けセミナー実施

### 第4分野：非感染性疾患（NCD）予防対策

スリランカでは虚血性心疾患、脳梗塞、ガンが増加する一方、感染症や母子保健関連の疾病は減少しており、NCD対策は保健政策の中核を成す重要な課題である。同国が1930年代から保存している疾患情報などを分析することで、NCD予防戦略立案に資するevidenceを提供し、生涯疫学（life course approach）の観点に立った長期的予防政策を提案する。

- ① リスク要因調査の内容策定、世界銀行の活動把握
- ② リスク要因調査実施
- ③ NCD予防策策定
- ④ ソーシャルマーケティング活動支援計画の作成
- ⑤ セミナー実施、予防策の普及計画策定

## 5-4 計画目標

策定された計画・アクションプランが保健省及び州・県レベル保健局、公立病院において基本計画として取り入れられる。

## 5-5 調査工程及び要員計画

### (1) 調査工程

全体で2年とする。

	年度	2004年度			2005年度											
	月次	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
	月	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
現地調査		■	■		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
国内作業		■														■
報告書		IC/R			PR/R1				PR/R2							IT/R

	年度	2006年度										
	月次	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	
現地調査		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
国内作業												■
報告書						PR/R3				DF/R		F/R

IC/R : 着手報告書  
IT/R : 中間報告書  
PR/R : 進捗報告書  
DF/R : 最終報告書案  
F/R : 最終報告書

## (2) 要員計画

調査団構成

1. 総括
2. 病院管理 / TQM
3. 保健財政1 / コスト分析
4. 保健財政2 / 交通外傷・自動車保険
5. 予防医学 / 疫学

## 5-6 調査実施のための環境、ローカルコンサルタント

- (1) 現地再委託可能な組織（ローカルコンサルタント、NGO、調査機関についての現状把握）  
フェーズⅡで実施予定の分野の調査について再委託可能な組織としては以下がある。

① 日本スリランカ技術文化協会（Japan Sri Lanka Technical & Cultural Association : JASTECA）

住所：No.4, 22<sup>nd</sup> Lane, Colombo 3

TEL/FAX：94-11-449-057

Web：www.jasteca.lk

1983年に設立された（財）海外技術者研修協会の同窓会組織で、日本からスリランカへの技術移転と人材育成を目的として活動している。工場、企業、銀行、プランテーションなどへの豊富な5S導入実績があり、「AKIMOTO 5S賞」などスリランカにおいて生産性向上運動で権威のある賞・コンテストを主催している。正規職員数は少ないが、5Sの

ワークショップや評価を行えるコンサルタントを協賛会員として多数擁しており、また全国にある協力企業から5S専門家を派遣してもらうことも可能。セミナー開催や5S導入のための教材作成などでも実績がある。5S運動以外にも、マネジメント研究所、コンピューター専門学校、日本語学校などを運営するなど、幅広い活動を行っている。

② Alcohol and Drug Information Center (ADIC)

住所：40/18 Park Road, Colombo 5

TEL：94-11-258-4416

E-mail：info@adicsrilanka.org

スリランカ最大のNGOの1つで、NCD対策のなかでも主にアルコールとタバコ問題を扱っており、全国でプロジェクトを展開している。情報・教育・コミュニケーション活動(IEC)も戦略的に行っており、本部の中に印刷工場やビデオ編集スタジオを所有し、本・ポスター類の印刷・製本や、ビデオ・テレビCMの製作・編集を自前で行う。また研究部門もあり、保健省の調査も受託するなど、幅広い活動を展開中で、NCD対策に関しても様々な人脈を利用して効果的なキャンペーンを実施することが可能である。

③ Post Graduate Institute of Medicine (PGIM)

住所：160 Norris Canal Road, Colombo 7

Web：www.cmb.ac.lk/pgim

コロombo大学の中に1976年設立された医師卒後研修のための教育・研究機関。内科、外科、産婦人科など現在19コースが開講されており、そのなかの1つに保健省や州保健局スタッフが毎年20名程度参加する医療行政学の修士コースがあり、保健省が教材作成にも協力している。病院でのコスト分析作業に修士課程の学生を派遣したり、コスト分析についてのモジュールを新たに設置することに強い関心を示している。

④ MG Consultants Ltd.

住所：No.66 / 4 Havelock Road, Colombo 5

TEL：94-11-598137 (Mr. George Wijesuriya)

社会セクターを含め様々な分野の専門家を抱えるコンサルタント会社。フェーズI調査ではKAP(知識・態度・訓練)調査を実施した実績がある。

⑤ Resource Development (RDC) Consultants Ltd.

住所：55-2 / 1 Galle Road Colombo 3

TEL：94-11-446625 (Mr.R.S.Jayaratne)

(2) 必要な調査用資機材とその調達方法

事務機器(パソコン、プリンター、コピー機など)は現地で調達可能である。コロombo市内にあるコンピューター機器の購入先の1つとして以下の日系企業がある。

会社名：Altech Lanka (Pvt.) Ltd. アルプス技研

住所：5A 1 / 11, Austin Place, Colombo 8

TEL：94-11-268-9845 FAX：94-11-268-9856

日本人スタッフが2～3名常駐しており、ホームページ作成も含め、JICA 案件での実績も有している。

また、コロンボ市内のレンタカー会社で、JICA 案件での実績豊富な会社としては以下があげられる。

会社名：Laksen Tours (Pvt) Limited.

TEL：94-11-915-756 FAX：94-1915756

E-mail：laksen@itmin.com

## 5-7 調査実施上の留意点

### (1) 本調査のスタンス

本調査では、スリランカの限られた保健医療資源の有効活用のための課題実現のために、様々な根拠 (evidence) を調査を通じて提供することとなる。提供された evidence をスリランカ政府が活用し、保健セクター改革の実現につなげられるよう、本格調査の過程では、スリランカ側のオーナーシップが育成されるよう工夫すること。

### (2) 世界銀行など他ドナーとの協調

世界銀行は2004年6月から Sri Lanka Health Sector Development Project (SLHDP) を予算6,000万ドル・5年間の予定で実施している。同プロジェクトは、JICA が策定した保健マスタープランに基づいた計画策定を行っており、特に病院サービスの質向上と非感染性疾患 (NCD) 対策のコンポーネントは、本格調査と同じ分野であり、世界銀行と協調して実施していくことが既に合意されている。病院サービスの質向上については、WHO と協調しながら進めていくことになるため、現状及び今後のプログラムの動向を正確に把握する必要がある。

また、JBIC は SIRUP II (Small-Scale Infrastructure Rehabilitation and Upgrading Project) で、主に地方病院の施設整備に50億円程度の融資を実行する予定であり、世界銀行と同様に十分に協調してその実施を支援する。

### (3) 保健省の実施能力

政権交代などでフェーズ I 調査に関与した保健省スタッフの多くが異動しており、もともと少ない人数で多くのプログラムに対応しているため、フェーズ II 調査の運営体制は未整備といえる。特に、NCD 対策分野の責任機関になる NCD 部は部長1人と助手数人の小所帯であり、世界銀行もそのキャパシティを懸念している。保健省の実施能力をよく見極め、不足する部分をサポートできるような体制づくりに留意する必要がある。

### (4) マスタープランの政治承認

事前評価調査の段階で、保健マスタープランに反対していた GMOA との交渉は順調に進み、2004年内に合意を取り付けられるとの見通しを保健省は示した。予定どおり交渉が進展すれば、2005年春には内閣承認を得るプロセスに進めるとのことであるが、第2章に記述したようにスリランカでは政治動向に調査内容が影響される可能性が大いにあるため、GMOA

などの労働組合の動向や現政権の保健政策などに十分留意して調査を進める必要がある。

(5) 安全管理

スリランカにおいては現在、和平が維持されているものの、散発的テロは起きており、情勢は流動的な部分があるため、調査団はスリランカ、日本側関係機関と常に密接に協議のうえ、十分な安全管理の下、現地調査を行う必要がある。



## 付 属 資 料

1. Terms of Reference
2. Scope of Work
3. Minutes of Meeting
4. 保健省組織図
5. Questionnaire
  - －保健省
  - －地方行政機関
  - －国際機関及び他の援助機関
  - －病 院
6. 世界銀行 SLHDP プロジェクト・プロファイル
7. スリランカの健康転換と新たな保健医療システム
8. ライフコースアプローチ概要とスリランカの展望
9. 面談者リスト
10. 収集資料リスト
11. 主な訪問議事録
12. ローカルコンサルタントリスト
13. 事業事前評価表

1. Terms of Reference

688471  
688475  
688490  
688507

682913  
688520



සුවසිරිපාය  
சுவசிரிபாய

SUWASIRIPAYA

මගේ අංකය )  
எனது இல )  
My. No: )

HPJ/29/2003

ඔබේ අංකය )  
உமது இல )  
Your No: )

දිනය )  
திகதி )  
Date )

09.09.2003


සෞඛ්‍ය, පෝෂණ හා සුවසිරිපාය අමාත්‍යාංශය  
சுகாதார, போசணை, நலன்புரி அமைச்சு  
Ministry of Health, Nutrition and Welfare

Director General  
Department of External Resources  
Colombo 01

Subject: Project Proposal for Improvement of National and Provincial Health System Management as the Implementation Structure of Health Master Plan of Sri Lanka

I'm herewith sending two copies of a project proposal for "Improvement of National and Provincial Health System Management as the Implementation Structure of Health Master Plan of Sri Lanka" which is approved by the Secretary of Health, Nutrition and Welfare to forward for JICA grant.

Thank you.

  
Dr. Thushara Fernando  
Director (Planning)

Copy to: Prof. Y. Handa - Advisor (JICA) to MOH

Application Form for Development Study Programme

Development Study for:

**Improvement of National and Provincial Health  
System Management as the Implementation  
Structure of Health Master Plan of Sri Lanka:**

Continuing collaboration between Sri Lanka and Japan for materialization of the  
Plan into Practice

---

Compiled by

Ministry of Health, Nutrition and Welfare  
Sri Lanka

Date of Entry

31st August 2003

Applicant: The Government of Sri Lanka

\*\*\*\*\*

1...Project Digest

1-1...Project Title

Improvement of National and Provincial Health System Management as the Implementation Structure of Health: Master Plan of Sri Lanka

1-2...Location

Country: Sri Lanka  
Target Area: Whole country  
Location of Project Office: Colombo

---

1-3...Implementation Agency

1-3-1...Name

Secretary's Office and Division of Planning  
Ministry of Health, Nutrition and Welfare

1-3-2...Number of the staff of the agency (on category basis)

Total.....9,006  
*For detailed breakdown, see the attachment.*

1-3-3...Budget allocated to the Agency

Rs. 20060.14 Mn. (2002) for capital  
Rs. 14816.99 Mn (2002) for recurrent

1-3-4...Organization Chart

*See the attachment.*

1-4...Justification of the Study (Project) with emphasis of the background facts

#### 1-4-1...Present conditions of the sector

01...Health Sector of Sri Lanka achieved a favourable health indicators particularly on infectious disease control and maternal and child health in the past two decades due to the continuing collaboration with the government and internal / external development partners. In line with the increment of per capita GDP (USD890, 2002) and urbanization in the country, disease pattern was steeply changed in the past 10 years. As the result of that, burden of the health sector is doubled with non-communicable diseases, such as cardio-vascular diseases, cancer and diabetes, in addition to the existing communicable diseases.

02...Government health sector has been serving to the population of app. 19,000,000 by app 950 health institutions, comprising Teaching / General, Base, and Divisional Hospitals as well as the various community based small scale health facilities such as Peripheral Units and MCH centres. In addition to the said structure of curative service delivery system, the country is networked with Offices of Deputy Provincial Director of Health Service (DPDHS) for 25 all divisions of the country for complete coverage to promotional and preventive services.

03...The Government of Sri Lanka has been received various support from external bilateral and multi-lateral development partners. Japanese Government and JICA are the donors for health sector taking major role in various aspects of the health service delivery system. Technical cooperation, grant aids and development study were the mode of collaboration to date. The recent trend of assistance is more oriented to management issues and capacity building in the sector rather than infrastructure development.

04...Peace process between the government and LTTE faction in the North and East is now processed vigorously in collaboration with external partners including Japan. Set back in the health status of the people in the North and east should be urgently removed from the peoples' daily lives by rehabilitation of health service delivery system.

05...Mater Plan Study for the entire sector including North and East issues were conducted by MOH in collaboration with JICA making use of the Development Study Scheme in the year 2002-2003. It was 12 moths exercise covered up all aspects of health issues with strong leadership of the Ministry and clear ownership of the Plan expecting smooth transition from planning phase to the implementation. JICA Mater Plan consultant team was professionally competent and cooperative to the entire processes of the planning with favourable working condition with Sri Lankan officers and experts.

#### 1-4-2...Sector Development Policy of the national / local governments

06...Mater Plan Study for the entire sector including North and East issues were conducted by MOH in collaboration with JICA making use of the Development Study Scheme in the year 2002-2003. The Master Plan identified the following 5 pillars as the framework of the planning.

- 1) Stewardship of the central and provincial government,
- 2) Financing, Resource Allocation and Utilization,

- 3) Human Resource Development and Utilization,
- 4) Community Empowerment in terms of improvement of people's health behaviours,
- 5) Health Service Delivery System

#### 1-4-3...Problems to be solved in the sector

- 1) Stewardship of the central and provincial government.

Standard of governance is now much improved in the recent efforts of the government. There are, however, various points for further improvement in planning, M/E and supervisory capabilities both in the central and provincial health authorities. Inter-ministerial collaboration will also be further enhanced to cope up with the development targets with cross cutting issues.

- 2) Financing, Resource Allocation and Utilization,

Health financing is the urgent issue that has to be tackled to meet the expanding demands of the various health cares particularly on emerging non-communicable diseases. In addition to the free health service, alternative financing mechanism should be looked into as a measure to minimize the financial risk for governmental health service. Decentralization of the financial managerial structure is a topic to be discussed due to the inefficiency of the existing system. Autonomous management of the hospital is not well developed due to the lack of consensus.

- 3) Human Resource Development and Utilization,

Shortage of health professionals, particularly mid-level personnel, is a chronic problem of the country. North and East territories in the country that are now in the process of peace building are the area with acute shortage of doctors and nurses. Workload analysis and standardization of the job description are not sufficiently reviewed in various types of health professionals. Total quality control or management of work environment and service contents are either not developed yet to date particularly in the health institutes of provincial setting.

- 4) Community Empowerment in terms of improvement of people's health behaviours,

Health Promotion is systematically conducted in the country. However, the effects are not well assessed and considered in the policy and strategies. Process of integration for health promotion is not well recognized among different sectors and groups, which are related to health, education and environment. Various different types of the communities in this country are not sufficiently studied in terms of health behaviours and health service seeking behaviours. In addition to that, the mechanism to strengthen community unity for self-help health activities particularly in urban and suburban area of the country is not well developed by the leadership of health authorities.

- 5) Health Service Delivery System

There is uneven distribution of health facilities in the country. Urban area is rich in the facilities both in public and private sectors. The resources are predominantly absorbed by top 25 large scale hospitals out of app. 950 health institutes of the country. Front-line hospitals situated close to the communities are underutilized partly due to shortage of resources and due to the clients'

perception seeking service only at large scale hospital. Tertiary hospitals are taking care of primary and secondary cares in addition to their original task to serve to referral patients.

#### 1-4-4...Project Outline

This development study is intended to be a mode of continuing collaboration among Sri Lankan Ministry of Health, Nutrition and Welfare including provincial health authorities and JICA to bring the Mater Plan forward to the implementation phase. World Bank has also been interested in the planning of health sector with the framework of SWAPS in mind. It is highly expected to make the Health Master Plan workable with the strong leadership of MOH at this high time of transition from planning to implementation with emphasis of improvement of coordination capacity of the MOH and provincial health authorities.

#### 1-4-5...Goal Setting of the Project

By the end of 2006, MOH and provincial health authorities implemented the health Master Plan with the improved capacities such as efficient service delivery, development of alternative financing mechanisms, and enhancement of health promotion.

#### 1-4-6...Expecting beneficiaries of the Project

Total population of the country should be the beneficiaries.

#### 1-4-7...Implication of the Project in terms of priority setting in national development plan and public investment programme

Health Master Plan being formulated by MOH in collaboration with JICA Mater Plan Consultant Team is the only Mater Plan of the country that would be approved by the cabinet. This proposal implies that the continuing collaboration in the transitional phase to implementation is essential to maximize the effect of the last development study in the planning phase.

#### 1-5...Expecting starting point of the Project.

May-Jun, 2004

#### 1-6...Expecting funding and/or assistance sources for the Project

General budget of MOH for the planning division is minimal but will be maximally used in the very best condition on availability for the local portion of the Study (Project). Majority of the fund will be expected from JICA to have smooth operational condition of the collaboration.

#### 1-7...Other existing relevant Projects in relation to this Project

01: JICA Development Study for Health Master Plan (Planning) in 2002-2003

02: World Bank's Project for Sector Survey and Planning in collaboration with the above Master Plan Study in 2003

## Terms of reference of the proposed Study (Project)

### 2-1...Justification and Necessity

Although mentioned Health Master Plan was formulated with favourable ownership and commitment by MOH, transitional and implementation phases are not guaranteed to have a steady and reliable processes due to the complexity of various constraints and issues under 5 major areas, 20 programmes and app. 70 project ideas.

Ensuring the sustainable development of health sector of the country, transitional phase in 2004-2005 will be crucially important in further strengthening the capacities of central and provincial health authorities. In addition to that, inter-ministerial framework for collaboration should be constructed in line with the concept of the policy of Master Plan to handle effectively the matters with cross cutting issues among ministries particularly related to financing mechanism and also to the other areas beyond the territory of health sector, such as traffic safety, environment, education and health services for plantation sector.

Coordination capacity of the Ministry of Health should also be further developed in line with the sector wide viewpoint and business management system, by which makes the available internal and external resources maximally utilized. A coordination system is highly expected to be workable with lending schemes of the donors, such as World Bank, JBIC and ADB. Bi-lateral donors of Japan, European countries, Australia, USA and other countries should also be functioned with coherence to their own assistance policies in the same framework under the Master Plan in collaboration with multi-lateral donors and Sri Lankan Government.

To realize the above condition, JICA's development study will be the most suitable measure at this moment if the continuity and sustainability of the last development study for planning master plan should be respected both by Sri Lankan and Japanese governments.

### 2-2...Justification / necessity particularly for Japanese Collaboration

As mentioned above, the history of collaborative relationship between the two countries in health sector is self-explanatory to justify the application of this development study. JICA Sri Lanka Office, JICA Head Office in Tokyo and Sri Lankan counterparts in MOH were closely worked in the past 12 months for the realization of the planning exercise with full participation of Sri Lankan side and also to ensure the highest respect of the project ownership of MOH on the Master Plan Study. The coming transitional period toward the implementation phase should also be scrutinized in the best-working condition of Sri Lanka - Japan joint team.

### 2-3...Objective of the Study (Project)

Goal.....By the end of 2006, MOH and provincial health authorities implemented the health Master Plan with the improved capacities such as efficient service delivery, development of alternative financing mechanisms, and enhancement of health promotion.



Objective. Health Master Plan formulated in 2002-2003 is brought into the implementation after vigorous dialogues for consensus establishment in the Government, respecting the recommendation related to the Master Plan with regard to improvement of health service delivery system, development of alternative health financing mechanism and enhancement of health promotion.

#### 2-4...Target area to be covered by the Study (Project)

2-4-1...Work environment and management system of the MOH is re-organized with some necessary reform to realize the environment where the Master Plan can be implemented.

2-4-2...Mechanism for improving health resource management both in central and provincial level health system is functioning.

2-4-3...Managerial system of health institutes particularly of hospitals under central and provincial health authorities achieves evolutionary change to the state with autonomous management with innovative application of financing and M/E system such as tax-based health fund for financing government sector hospitals.

2-4-4...Coordination capacity of MOH is further developed with sector wide viewpoint and the business management function.

#### 2-5...Scope of the Study (Project)

##### 2-5-1...Work environment and management system of the MOH

a...TQM: Internationally organized consultant team under the development study (JICA) are requested to work with Planning Division, Offices of Director General of Health Service and Secretary to promote total quality management (TQM) for the entire ministry with the purpose to realize the obtainable efficient working condition in line with the concept of decentralization of the administrative structure in health service delivery.

b...Planning and M/E capacities: Strengthening planning and M/E capacities of the planning division is the primary target of this development study together with realizing additional allocation of ministry officers to this division to cope up with the increasing demand of the work.

c...Information System: The team will be expected to work closely with the existing bodies related to information systems related to promotional, preventive and curative health services and assist MOH in improving creditability of data, analytical system and feed-back mechanism of the analyzed data to the front-line of health service. Both management information and health information systems should be looked in to as the target of the activities and strengthen the linkage between the two information systems.

d...Integrating decision-making processes in line with decentralization policy Nine Provincial Health Authorities: Twenty five district health authorities and central ministry are

expected to make further improvement in the effectiveness and efficiency of the decision-making processes in resource allocation, utilization and M/E system mobilization. The Consultant team should assist the ministry in formulating opportunities to take actions in visible decentralization together with proper capacity building of management for provincial authorities.

#### 2-4-2...Health Resource Management

a...Human resource development and management.....Rationalization of human resource development and allocation with the obtainable best condition should be looked into in the activities to meet the changing society and the disease burdens. Some additional studies should be conducted by the joint team with Sri Lankan and consultants in job analysis and workload analysis of mid-level health professionals. The study outcomes are used for the guidance or standard creation of scope of the work and revision of personnel allocation even under chronic shortage of health personnel.

b...Procurement system.....The existing centralized system should be revised to a workable and efficient system matching to the current demand of the front-line of the health services.

c...Task-sharing among front-line and referral facilities.....Particularly for curative service, various service packages should be standardized and provided to the clinical scenes for the better task sharing between the front line and referral facilities based on the local requirement. The Team will be requested to work with MOH and provincial authorities to initialize the standardization of regional referral activities after identifying target disease and conditions with priority. These activities should be linked with the above mentioned information system and institutionalized during the Study (Project) period.

#### 2-4-3...Management system of health facilities

a...Hospital Management and TQM.....A mechanism should be institutionalized in MOH and provincial authorities to transfer the achievement of TQM, highlighting the utilization of 5-S principles as the entry point and also as M/E tool, at Castle Street Hospital in Colombo to all the governmental hospitals in various categories.

b...Performance assessment of hospitals....The Team will be requested work with MOH for mobilizing the existing mechanism of the Government to create a system for the effective assessment of health facilities and legitimate the assessment practice for the future guidance of investment.

c...Alternative financing system for hospitals...Autonomous management for large scale top referral hospitals should be carefully discussed in the context, where the Government should precede the process of decentralization with stakeholders being given the guidance of MOH. Discussion on alternative financing mechanism, which will be applicable even in the present situation, should also be encouraged among the stakeholders with the leadership and guidance of MOH.

#### 2-4-4...Coordination capacity of MOH with sector wide consideration

The Team will be requested to work with MOH and MOF closely with specific objective to construct the obtainable best coordinating mechanism within the framework of Master Plan to handle various lending schemes and aids offered to Sri Lanka from various external sources. The mechanism should be workable with the various donor organizations, which area characterized with different types of collaboration schemes.

#### 2-6...Schedule of the Study (Project)

Two years in duration (JUN 2004 – MAY 2006)

#### 2-7...Expecting Outputs of the Study (Project)

2-7-1...Work environment and management system of the MOH is re-organized with some necessary reform to realize the environment where the Master Plan can be implemented.

2-7-2...Mechanism for improving health resource management both in central and provincial level health system is functioning.

2-7-3...Managerial system of health institutes particularly of hospitals under central and provincial health authorities achieves evolutionary change to the state with autonomous management with innovative application of financing and M/E system such as tax-based health fund for financing government sector hospitals.

---

2-7-4...Coordination capacity of MOH is further developed with sector wide viewpoint and the business management function.

#### 2-8...Resources and Funds expected to be allocated to the Study (Project)

MOH will shoulder the fundamental cost for the Development Study Team Office allocated in the MOH premises. Other funds for the study will be expected by JICA and Japanese Government for the input. Input of consultant allocation with over sixty (60) M/M will be expected to complete this Study (Project).

#### 2-9...Study (Project) proposed to other donor agencies, (if any)

None

#### 2-10...Other relevant information

Master Plan Study conducted in 2002-2003 by JICA's Development Study Scheme was designed to be a process to formulate the Plan with highest ownership of MOH officials and other related Sri Lankan personnel and also with participatory approach of various stakeholders particularly from provinces. Various writing tasks were allocated to Sri Lankan personnel by the consultant team for the finalization of the Plan. By this approach, recognition and awareness of

The central and provincial decision-makers and planners are well established with high expectation to the implementation.

### 3. Facilities and other related information available to the Study (Project)

#### 3-1...Assignment of the counterpart personnel from the implementation agency to the Study (Project)

Planning division, Offices of Director General of Health Service and Secretary (the highest official of the ministry) will attend the Study (Project) with full participation. Over 40 director level ministry officials will be organized under the Secretary's Office. Most of the mentioned officials are doctors with MBBS and MS level.

#### 3-2...Data, information, documents, maps related to Study (Project)

The study will be based on the extensive work carried out by the JICA Master Plan development study team over 18 months. Strategic framework, along with all findings, including the information, documents and road maps of the study are explicitly included in the Volume two of the Master Plan.

---

#### 3-3...Security condition of the Study (Project) Area

Security in the study area will have no specific problem, which hinders the implementation. North and East territories of the country under rehabilitation from the conflict will be stable enough for the information collection and implementation of surveillance if government procedures are properly followed.

### 4...Implication of the Study (Project) on Global Issues

#### 4-1...Environment issues related to this Study (Project)

Nothing particular

#### 4-2...Relationship between Study (Project) and EIA

Nothing particular

#### 4-3...WID: Are women main beneficiaries?

WID has been properly recognized in the past planning phase of the Master Plan Study and the concept was well incorporated in the planning process. Conceptually, women, particularly

socially and economically vulnerable group in the society will be benefited by the implementation of the Master Plan.

#### 4-4...Project components related to gender and WID

Basically, Health Policy and the Master Plan include various components with priority setting on WID and women and children as vulnerable group of the society.

#### 4-5...Anticipated Impacts (Natural and social) of the Study (Project) on women

If this Study (Project) is implemented as the process to smoothen the transition from planning to implementation phase of Health Master Plan, the impact will be highly expected in the policy and strategy levels regarding the national and provincial countermeasures to mitigate the constraints of the women and children in the society. An emphasis was given particularly onto low income population of rural, suburban and urban setting communities. Since the concept of health as an asset of the people is well recognized in the population, the government's policy should further oriented to the vulnerable group of the society.

#### 4-6...Components related to PRSP

---

Poverty reduction is an important target of the Government that has to be achieved together with millennium goals. There is clear recognition among decision-makers and planners on the implication of "Health" for poor population although this country has been enjoying per capita GDP with USD890. Free health service in the government health sector is, in a sense, a reflection of this government's fundamental policy. It is, however, repeatedly discussed on the relevance of the present system to deliver free service to date. In line with the concept of PRSP, the government recognizes that the system evolution, whatsoever, should not have outcomes to jeopardize the poor population.

#### 4-7...Potential constraints on low income population caused by Study (Project)

None (Described as above.)

### 5...Undertakings of the Government of Sri Lanka

In order to facilitate the smooth and efficient conduct of the Study, the Government of (the recipient country) shall take necessary measures:

- (1) to secure the safety of the Study Team,
- (2) to permit the members of the Study Team to enter, leave and sojourn in (the recipient country) in connection with their assignment therein, and exempt them from foreign registration requirements and consular fees,

- (3) to exempt the Study Team from taxes, duties and any other charges on equipment, machinery and other materials brought into and out of (the recipient country) for the conduct of the Study,
- (4) to exempt the Study Team from income tax and charges of any kind imposed on or in connection with the implementation of the Study,
- (5) to provide necessary facilities to the Study Team for remittance as well as utilization of the funds introduced in (the recipient country) from Japan in connection with the implementation of the Study,
- (6) to secure permission for entry into private properties or restricted areas for the conduct of the Study,
- (7) to secure permission for the Study Team to take all data, documents and necessary materials related to the Study out of (the recipient country) to Japan, and,
- (8) to provide medical services as needed. Its expenses will be chargeable to members of the Study Team.

6... The Government of (the recipient country) shall bear claims, if any arise against member(s) of the Japanese Study Team resulting from, occurring in the course of or otherwise connected with the discharge of their duties in the implementation of the Study, except when such claims arise from gross negligence or willful misconduct on the part of the member of the Study Team.

7... (The implementing Agency) shall act as counterpart agency to the Japanese Study Team and also as coordinating body in relation with other governmental and non-governmental organizations concerned for the smooth implementation of the Study.

8... (The implementing Agency) will, as the executing agency of the project, take responsibilities that may arise from the products of the Study.

\*In the case that Detail Design Study is requested.

The Government of (the recipient country) assures that the matters referred to in this form will be ensured for the smooth conduct of the Development Study by the Japanese Study Team.

Signed:  
Title:  
On behalf of the Government of

Date:

2. Scope of Work

SCOPE OF WORK  
FOR  
THE STUDY ON EVIDENCE-BASED MANAGEMENT FOR THE HEALTH SYSTEM  
IN  
SRI LANKA

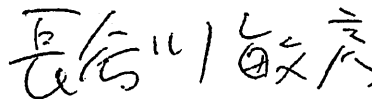
AGREED UPON BETWEEN

MINISTRY OF HEALTHCARE, NUTRITION & UVA WELLASSA DEVELOPMENT  
AND  
THE JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY

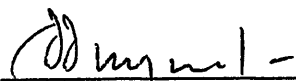
Colombo, September 16, 2004



Mr. Ranjith Maligaspe  
Secretary  
Ministry of Healthcare, Nutrition &  
Uva Wellassa Development



Dr. Toshihiko Hasegawa  
Leader  
Preparatory Study Team  
Japan International Cooperation Agency  
(JICA)



Mr. J.H.J. Jayamaha  
Additional Director General  
Department of External Resources  
Ministry of Finance and Planning

## I. INTRODUCTION

In response to the request of the Government of the Democratic Socialist Republic of Sri Lanka (hereinafter referred to as "the Government of Sri Lanka"), the Government of Japan decided to conduct the Study on Evidenced-based health management for health system in Sri Lanka (hereinafter referred to as "the Study") in accordance with the relevant laws and regulations in force in Japan.

Accordingly, the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA"), the official agency responsible for the implementation of the technical cooperation programs of the Government of Japan, will undertake the Study in close cooperation with the authorities concerned of the Government of Sri Lanka.

The present document sets forth the Scope of Work with regard to the Study and will be valid after notification of approval by JICA Headquarters through JICA Sri Lanka office to the Sri Lanka side.

## II. OBJECTIVES OF THE STUDY

The objectives of the Study are:

1. to promote the implementation of the programs/projects proposed in Health Master Plan
2. to build the management capacity of Sri Lankan side by efficient utilization of the external resource within framework of the Health Master Plan

## III. STUDY AREA

The Study shall cover whole Sri Lanka.

## IV. SCOPE OF THE STUDY

In order to achieve the objectives mentioned above, the Study will cover the following items:

### 1. Basic Study

- (1) Health economic analysis
  - (a). Situation analysis of curative health service packages
  - (b). Cost information collection at hospitals
  - (c) Cost analysis on curative health service packages at hospitals
- (2) Traffic Injuries
  - (a). Situation analysis of traffic injuries
  - (b). Situation analysis of accident services at hospitals
  - (c). Cost information collection of accident services at hospitals
  - (d). Cost analysis of accident services at hospitals

T.M

2



- T.H
- (3) Total Quality Management (TQM) of Hospitals
    - (a). Information collection on the existing TQM activities at hospitals
    - (b). Situation analysis of the available resources for TQM in the country
    - (c). Analysis of operation structure of TQM at hospitals
  - (4) Current situation of non-communicable diseases
    - (a). Policy analysis of the present prevention strategies and activities
    - (b). Information collection on the existing preventive activities on injuries and life style diseases
    - (c). Analytical studies on new prevention strategies for injuries and life style diseases

## 2. Implementation of pilot project

- (1) Formulation of a basic design
- (2) Identification of venues
- (3) Cost Estimation
- (4) Setting up implementation units
- (5) In-house training by seminars and workshops
- (6) Exercises
- (7) Monitoring
- (8) Public awareness building
- (9) Know-how dissemination
- (10) Feedback of the outputs to central and local health authorities
- (11) Evaluation of the activities

## 3. Formulation of action plans

## 4. Recommendations for nation-wide dissemination of the action plan

## V. SCHEDULE OF THE STUDY

The Study will be carried out for approximately twenty-four (24) months, in accordance with the tentative schedule as attached in the Appendix.

## VI. REPORTS

JICA shall prepare and submit the following reports in English to the Government of Sri Lanka.

1. Inception Report:  
Twenty (20) copies at the commencement of the study
2. Progress Report:  
Twenty (20) copies in the middle of the study
3. Interim Report:  
Twenty (20) copies in the middle of the study
4. Draft Final Report:  
Thirty(30) copies at the end of the study  
The Government of Sri Lanka shall submit comments within one (1) month after JICA's receipt of the Draft Final Report.

7.1-1

5. Final Report:

Forty (40) copies within one (1) month after the receipt of the comments on the Draft Final Report.

**VII. UNDERTAKING OF THE GOVERNMENT OF SRI LANKA**

1. To facilitate the smooth conduct of the Study, the Government of Sri Lanka will take necessary measures:
  - (1) to permit the members of the Team to enter, leave and sojourn in Sri Lanka for the duration of their assignment therein, to exempt them from foreign registration requirements, and to exempt / bear the payment of consular fees;
  - (2) to bear the payment of taxes, duties, and any other charges of the members of the Team on equipment, machinery and other material brought into Sri Lanka for the implementation of the Study;
  - (3) to bear the payment of income tax and charges of any kind imposed on or in connection with any emoluments or allowances paid to the members of the Team for their services in connection with the implementation of the Study; and
  - (4) to provide necessary facilities to the Team for the remittances as well as the utilization of the funds introduced into Sri Lanka from Japan in connection with the implementation of the Study.
2. The Government of Sri Lanka shall bear claims, if any arise, against the members of the Team resulting from, occurring in the course of, or otherwise connected with, the discharge of their duties in the implementation of the Study, except when such claims arise from gross negligence or willful misconduct on the part of the members of the team.
3. The Ministry of Healthcare, Nutrition & Uva Wellassa Development shall, at its own expense, provide the Team with the following, in cooperation with other organizations concerned:
  - (1) Security-related information as well as measures to ensure the safety of the Team;
  - (2) Information as well as support in obtaining medical service, available data and information related to the Study;
  - (3) Counterpart personnel;
  - (4) Suitable office space with necessary office equipment and furniture; and
  - (5) Credentials or identification cards;

**VIII. CONSULTATION**

JICA and the Ministry of Healthcare, Nutrition & Uva Wellassa Development shall consult with each other in respect of any matter that may arise from or in connection with the Study.

2

TENTATIVE SCHEDULE

Appendix

Month	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Phase	Phase I																							
Work Schedule	[Redacted]																							
Report	IC/R						PR/R					IT/R					PR/R					DF/R		F/R

<NOTE>

- IC/R: Inception Report
- PR/R: Progress Report
- IT/R: Interim Report
- DF/R: Draft Final Report
- F/R: Final Report

1-17