

3 . Minutes of Meeting

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

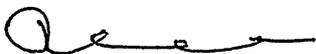
AGREED UPON BETWEEN

MINISTRY OF HEALTHCARE, NUTRITION & UVA WELLASSA DEVELOPMENT

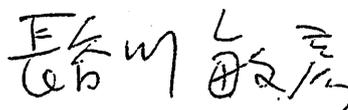
AND

JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY

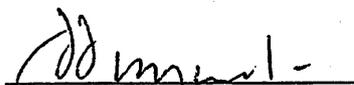
Colombo, September 16, 2004



Mr. Ranjith Maligaspe  
Secretary  
Ministry of Health, 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

T.H

The Japan International Cooperation Agency (JICA) dispatched the Preparatory Study Team to Sri Lanka from September 8 to 16, 2004 to discuss and agree on the Scope of Work (S/W) for the Study on Evidenced-based health management for health system in Sri Lanka (hereinafter referred to as "the Study.")

The Team carried out field surveys and held a series of discussions with the Ministry of Health, Nutrition & Uva Wellassa Development (hereinafter referred to as MOH) and other authorities concerned.

The Minutes of Meetings summarize the result of discussions held between the JICA Preparatory Study Team and the concerned agencies of the Government of Sri Lanka. The list of attendants is attached in the Appendix.

#### **1. The Study Title**

Both sides agreed that the Study title would be "the Study on Evidenced-based management for the health system in Sri Lanka."

#### **2. Study Area**

Both sides agreed that the target area of the survey would be decided, in details, on the basis of necessity and security.

#### **3. The Counterpart Personnel**

Both sides agreed that MOH would be responsible for assigning suitable persons as counterpart personnel in advance of the commencement of the Study. The counterpart personnel will jointly work at all times with Study team as core facilitators and focal points. The member list of the Counterpart team should be submitted to JICA Sri Lanka Office not later than the commencement of the Study.

#### **4. The Steering Committee**

Sri Lanka side will set up a Steering Committee for smooth implementation of the Study. The committee will be chaired by Secretary of MOH. Members of the Committee would be comprised of representatives of concerned agencies and should be selected in advance of the commencement of the Study. The chairman may invite representatives from other relevant ministries, departments and agencies, whenever necessary. The member list of the Steering Committee should be submitted to JICA Sri Lanka Office not later than the commencement of the Study.

#### **5. Undertaking of Sri Lanka**

Sri Lanka requested transportation facilities be provided by MOH subject to its resource availability. Japanese side promised to convey this request to the JICA Headquarters.

#### **6. Pilot projects**

Both sides agreed to implement pilot projects at selected sites for identification of the quality control management and costing mechanism of the health service. Project sites will

T.11

be discussed after the commencement of the Study.

**7. Reports**

(1) Both sides agreed the result of the Study should be open to the public to achieve maximum use of the Study

(2) Both sides agreed that the all the Study reports should be principally prepared in English as indicated in S/W. In case of any divergence arising form the interpretation of the documents above-mentioned, English shall prevail.

8  
✓

APPENDIX

LIST OF ATTENDANTS

**(Sri Lanka side)**

Ministry of Healthcare, Nutrition & Uva Wellassa Development

Mr. Ranjith Maligaspe	Secretary
Dr. Athula Kahandaliyange	Director General of Health Services
Dr. H.S.B. Tennakoon	Deputy Director General (Planning)
Dr. Terrence de Silva	Deputy Director General (Medical Service)
Dr. Stanley de Silva	Deputy Director General (Education Training and Research)
Dr. Ajith Mendis	Deputy Director General (Laboratory Service)
Mr. J.L.M.K Jayathilaka	Deputy Director General (Biomedical Engineering Services)
Akiko OKITSU	JICA Expert

Ministry of Finance and Planning

Mr. J.H.J.Jayamaha	Additional Director General, Department of External Resources
Mr. Mpduk Mapa Pathirana	Director, Department of External Resources

**(Japanese side)**

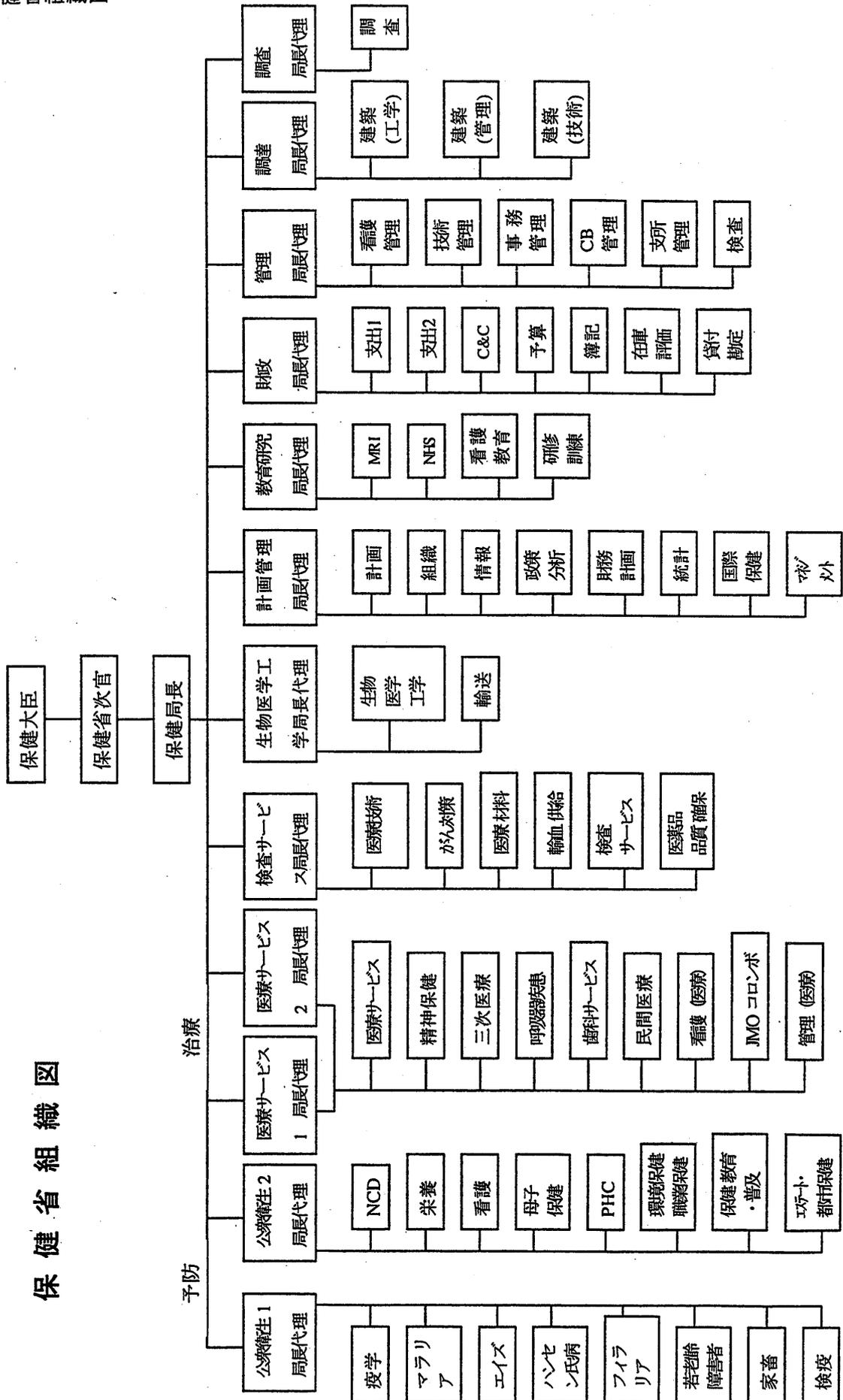
Preparatory Study Team

Toshihiko HASEGAWA	Team Leader
Yujiro HANDA	Health Policy
Yasuo UCHIDA	Health Finance
Shiho SASADA	Medical System
Tatsuya ASHIDA	Study Planning

JICA Sri Lanka Office

Toshio SUGIHARA	Resident Representative
Hideya KOBAYASHI	Assistant Resident Representative

4. 保健省組織図



**Questionnaire**  
**to**  
**The Ministry of Healthcare and Nutrition**  
**The Preparatory Study on Improvement of**  
**National and Provincial Health System Management as Implementation**  
**Structure of Health Master Plan**  
**of Sri Lanka**

To whom it may concern:

The Japan International Cooperation Agency (JICA) conducted “The Master Plan Study for Strengthening Health System in the Democratic Socialist Republic of Sri Lanka” (hereinafter referred to as “the phase 1 Study”) from March 2002 through November 2003. The Health Master Plan (HMP), formulated by the JICA Study Team in close collaboration with Ministry of Health, addresses the long-term policy and strategic framework for an innovative health system. A total of 22 programs were proposed, and 33 projects were identified as anchor projects out of 77 projects. MoH keeps appealing to professional bodies to agree the HMP, which is in the process of being approved by the government as a long-term national health plan.

Since continuous cooperation for formation of an implementation mechanism such as formulation of action plan and capacity building for program management would be essential, the Government of Sri Lanka requested to conduct “The Study on the Improvement of National and Provincial Health System Management as Implementation Structure of Health Master Plan of Sri Lanka” (hereinafter referred to as “the phase 2 Study”).

Objectives of the phase 2 Study are 1) to ensure the institutionalization of the HMP which will be the first national health plan approved by the government, 2) to support health system reform in Sri Lanka whose population is in a health transition, 3) to enhance the successful implementation of the HMP when a large sum of fund of foreign donors such as the World Bank and JBIC flows into the health sector.

JICA will dispatch the Preparatory Study Team to Sri Lanka from September 8 to 17, 2004 to discuss and agree on the Scope of Work (S/W) for the phase 2 Study.

Your response to the following questions and comments would help us for evaluation of the necessity and background of your request on the above-mentioned Study. We kindly request you to answer the questions below or provide us the documents relevant to the specific questions. We would really appreciate for your kind cooperation.

September 2004

Preparatory Study Team  
Japan International Cooperation Agency (JICA)

Respondent:

Name and Title of person completing the form: \_\_\_\_\_

Telephone & Fax No.: \_\_\_\_\_

E-mail address: \_\_\_\_\_

### **I. Approval of the Health Master Plan**

The objective of the phase 2 JICA Study is to promote the implementation of the Health Master Plan (draft). It is understood the Plan is in the process of being approved by the Cabinet. Please answer the following questions to confirm current approval process of the HMP.

- (1) How political environment has changed after the general election in April?
- (2) In which stage the approval procedure of the HMP has reached now?
- (3) What kind of actions/procedures will be taken until the approval of the HMP by the Cabinet?
- (4) When will the HMP be submitted to the Cabinet /Parliament?

### **II. Executive unit of the phase 2 Study**

Please describe your plan for an executive unit to be established for the new JICA Study in MOH.

### **III. Coordination with the World Bank**

Please describe progress of the World Bank Program (SLHDP) and implementation arrangements in MoH.

**IV. International cooperation**

Please provide us the information of ongoing projects which you have received assistance from foreign countries or international organizations. Please fill out the following table.

Name of donor	Project title	Name of Focal Point in MOH	Project period	Budget (US \$)

**V. Health Statistics**

Please provide us the following statistics:

- (1) Annual Health Bulletin 2002.
- (2) National Health Accounts (latest one)

**Questionnaire**  
to  
**The Provincial Ministry of Healthcare and Nutrition**  
  
**The Preparatory Study on Improvement of  
National and Provincial Health System Management as Implementation  
Structure of Health Master Plan  
of Sri Lanka**

To whom it may concern:

The Japan International Cooperation Agency (JICA) conducted “The Master Plan Study for Strengthening Health System in the Democratic Socialist Republic of Sri Lanka” (hereinafter referred to as “the phase 1 Study”) from March 2002 through November 2003. The Health Master Plan (HMP), formulated by the JICA Study Team in close collaboration with Ministry of Health, addresses the long-term policy and strategic framework for an innovative health system. A total of 22 programs were proposed, and 33 projects were identified as anchor projects out of 77 projects.

Since continuous cooperation for formation of an implementation mechanism such as formulation of action plan and capacity building for program management would be essential, the Government of Sri Lanka requested to conduct “The Study on the Improvement of National and Provincial Health System Management as Implementation Structure of Health Master Plan of Sri Lanka” (hereinafter referred to as “the phase 2 Study”).

Objectives of the phase 2 Study are 1) to ensure the institutionalization of the HMP which will be the first national health plan approved by the government, 2) to support health system reform in Sri Lanka whose population is in a health transition, 3) to enhance the successful implementation of the HMP when a large sum of fund of foreign donors such as the World Bank and JBIC flows into the health sector.

JICA will dispatch the Preparatory Study Team to Sri Lanka from September 8 to 17, 2004 to discuss and agree on the Scope of Work (S/W) for the phase 2 Study.

Your response to the following questions and comments would help us for evaluation of the necessity and background of your request on the above-mentioned Study. We kindly request you to answer the questions below or provide us the documents relevant to the specific questions. We would really appreciate for your kind cooperation.

September 2004

Preparatory Study Team  
Japan International Cooperation Agency (JICA)

Respondent:

Name of organization: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Name and Title of person completing the form: \_\_\_\_\_

Telephone & Fax No.: \_\_\_\_\_

E-mail address: \_\_\_\_\_

**Q1. Health Master Plan**

Have you received the Health Master Plan (draft) which was formulated by the JICA Study Team in close cooperation with the MOH in November 2003?

\_\_\_\_ Yes    \_\_\_\_ No

**Q2. The World Bank program**

Q2-1 The World Bank has just implemented the new program called Sri Lanka Health Sector Development (SLHDP) which aiming at strengthening management and monitoring capacity at provincial level.

Have any activities already begun supported by the World Bank in your province?

\_\_\_\_\_

Q2-2 Which department is in charge of implementing this World Bank program?

\_\_\_\_\_

Q2-3 Has the Project Implementation Unit been set up?

\_\_\_\_ Yes    \_\_\_\_ No

Q2-4 Do you have any Program Planning Officer who in charge of executing this program?

If yes, how many?

\_\_\_\_ No    \_\_\_\_ Yes : \_\_\_\_\_ persons

Q2-5 Will you hire any contractual staff who will support for executing the program?

\_\_\_\_ No    \_\_\_\_ Yes : \_\_\_\_\_ persons

**Q3. International cooperation**

Please provide us the information of ongoing projects which you have received assistance from foreign countries or international organizations. Please fill out the following table.

Name of donor	Project title	Name of Focal Point in MOH	Project period	Budget (US \$)

**Q4. Others**

Q4-1 Please describe the present activities of Provincial Health Committee.

---

Q4-2 Please provide us the following documents:

- (1) Annual Health Development Plan
- (2) Medium-term Plan
- (3) Project Plans
- (4) Latest organization chart
- (5) Health budget over the past 3 years
- (6) Breakdown of revenue and expenditure over the past 3 years

Thank you for taking time to complete this questionnaire.

**Questionnaire**  
to  
**The International Organizations and Donor Agencies**  
  
**The Preparatory Study on Improvement of  
National and Provincial Health System Management as Implementation  
Structure of Health Master Plan  
of Sri Lanka**

To whom it may concern:

The Japan International Cooperation Agency (JICA) conducted “The Master Plan Study for Strengthening Health System in the Democratic Socialist Republic of Sri Lanka” (hereinafter referred to as “the phase 1 Study”) from March 2002 through November 2003. The Health Master Plan (HMP), formulated by the JICA Study Team in close collaboration with Ministry of Health, addresses the long-term policy and strategic framework for an innovative health system. A total of 22 programs were proposed, and 33 projects were identified as anchor projects out of 77 projects. MoH keeps appealing to professional bodies to agree the HMP (draft), which is in the process of being approved by the government as a long-term national health plan.

Since continuous cooperation for formation of an implementation mechanism such as formulation of action plan and capacity building for program management would be essential, the Government of Sri Lanka requested to conduct “The Study on the Improvement of National and Provincial Health System Management as Implementation Structure of Health Master Plan of Sri Lanka” (hereinafter referred to as “the phase 2 Study”).

Objectives of the phase 2 Study are 1) to ensure the institutionalization of the HMP which will be the first national health plan approved by the government, 2) to support health system reform in Sri Lanka whose population is in a health transition, 3) to enhance the successful implementation of the HMP when a large sum of fund of foreign donors such as the World Bank and JBIC flows into the health sector.

JICA will dispatch the Preparatory Study Team to Sri Lanka from September 8 to 17, 2004 to discuss and agree on the Scope of Work (S/W) for the phase 2 Study.

Your response to the following questions and comments would help us for evaluation of the necessity and background of the above-mentioned study. We kindly request you to answer the questions below or provide us the documents relevant to the specific questions. We would really appreciate for your kind cooperation.

September 2004

Preparatory Study Team  
Japan International Cooperation Agency (JICA)

Respondent:

Name of organization: \_\_\_\_\_

Name and Title of person completing the form: \_\_\_\_\_

Telephone & Fax No.: \_\_\_\_\_

E-mail address: \_\_\_\_\_

Q1. Please provide us the main feature of your country cooperation strategy in Sri Lanka

Q2. Please provide us the information on the assistance given to Sri Lanka from your agency over the last five years including ongoing projects. Please fill out the following table.

Project title/ objective	Target Province/district	Name of C/P organization	Project period	budget (US \$)

Q3. What is your priority health issue in assistance the health sector of Sri Lanka?

Q4. Please provide us the information relating the future health programs/projects in Sri Lanka

Thank you for taking the time to complete this questionnaire.

**Questionnaire  
to  
Government Hospitals**

**The Preparatory Study on Improvement of  
National and Provincial Health System Management as Implementation  
Structure of Health Master Plan  
of Sri Lanka**

To whom it may concern:

The Japan International Cooperation Agency (JICA) conducted “The Master Plan Study for Strengthening Health System in the Democratic Socialist Republic of Sri Lanka” (hereinafter referred to as “the phase 1 Study”) from March 2002 through November 2003. The Health Master Plan (HMP), formulated by the JICA Study Team in close collaboration with Ministry of Health, addresses the long-term policy and strategic framework for an innovative health system. A total of 22 programs were proposed, and 33 projects were identified as anchor projects out of 77 projects.

Since continuous cooperation for formation of an implementation mechanism such as formulation of action plan and capacity building for program management would be essential, the Government of Sri Lanka requested to conduct “The Study on the Improvement of National and Provincial Health System Management as Implementation Structure of Health Master Plan of Sri Lanka” (hereinafter referred to as “the phase 2 Study”).

Objectives of the phase 2 Study are 1) to ensure the institutionalization of the HMP(deaft) which will be the first national health plan approved by the government, 2) to support health system reform in Sri Lanka whose population is in a health transition, 3) to enhance the successful implementation of the HMP when a large sum of fund of foreign donors such as the World Bank and JBIC flows into the health sector.

JICA will dispatch the Preparatory Study Team to Sri Lanka from September 8 to 17, 2004 to discuss and agree on the Scope of Work (S/W) for the phase 2 Study.

Your response to the following questions and comments would help us for evaluation of the necessity and background of the above-mentioned Study. We kindly request you to answer the questions below or provide us the documents relevant to the specific questions. We would really appreciate for your kind cooperation.

September 2004

Preparatory Study Team  
Japan International Cooperation Agency (JICA)

Respondent:

Name and Title of person completing the form: \_\_\_\_\_

Telephone & Fax No.: \_\_\_\_\_

E-mail address: \_\_\_\_\_

1. Name of Hospital \_\_\_\_\_
2. Status of Hospital \_\_\_\_\_ National \_\_\_\_\_ Provincial \_\_\_\_\_ District/city
3. Type of Hospital \_\_\_\_\_ Teaching \_\_\_\_\_ General \_\_\_\_\_ Special
4. Name of Director \_\_\_\_\_
- 5 Working days/time \_\_\_\_\_ Weekdays \_\_\_\_\_ Sat. \_\_\_\_\_ Sun. / from \_\_\_\_\_ AM to \_\_\_\_\_ PM
6. Population in the catchment area \_\_\_\_\_
7. Brief history of Hospital established in \_\_\_\_\_ (year)  
Please describe history or outline.

8. Organization Please attach the organization chart.

9. Department Total No. of departments \_\_\_\_\_  
OPD: \_\_\_\_\_ Emergency \_\_\_\_\_ ICU  
\_\_\_\_\_ Surgery ( \_\_\_\_\_ General \_\_\_\_\_ Neuro \_\_\_\_\_ Cardio \_\_\_\_\_ Urology )  
\_\_\_\_\_ Int.Med. \_\_\_\_\_ OB&GY \_\_\_\_\_ Pediatrics \_\_\_\_\_ ENT \_\_\_\_\_ Eye  
\_\_\_\_\_ Orthopedics \_\_\_\_\_ Dermatology \_\_\_\_\_ Dental \_\_\_\_\_ Anesthesia  
Other departments \_\_\_\_\_

10.No of staff Total No of staff \_\_\_\_\_  
No. of Medical officers \_\_\_\_\_ No of assistant Med. officers \_\_\_\_\_  
No of Nurses \_\_\_\_\_ No of Midwives \_\_\_\_\_  
No of Pharmacists \_\_\_\_\_ No of Labo technicians \_\_\_\_\_ No of engineers \_\_\_\_\_  
No of Administrative staff \_\_\_\_\_

11 Hospital activities: please fill out the following table

	2001	2002	2003	2004 (First half)
No of Beds (existing)				
No of outpatients				
( referral cases, if any)				
No of inpatients				
( referral cases, if any)				
Bed occupancy rate				

Average length of stay				
No of delivery				
No of operations				

12. Major diseases (top10)

Outpatient		Inpatient	
Name of Diseases	Cases in 2003	Name of Diseases	Cases in 2003
1		1	
2		2	
3		3	
4		4	
5		5	
6		6	
7		7	
8		8	
9		9	
10		10	

13. Cause of death (top5) in 2003

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_  
 4. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_

14. Budget : please fill out the following table

Items	2000		2001		2002		2003	
	Mil. Rs	%						
Income		100		100		100		100
Subsidy from Central MOH								
Subsidy from Provincial MOH								
Private health insurance								
Pay-beds								
Donation								
Others								
Expenditure		100		100		100		100
Salary								
Maintenance								
Heating & Lighting								
Medicine								
Consumables & Regents								
Education & Training								
Others								

14. Assistance from donors and NGOs

Please make list of projects which you have received assistance from foreign countries, organizations or NGOs over the past 5 years.

Project title/ objective	Name of Donor	Project period	Budget (US\$/Mil Rs)

Thank you for taking the time to complete this questionnaire.

## 6. 世界銀行 SLHDP プロジェクト・プロファイル

### 世銀 SLHDP プロジェクト・プロファイル

#### NCD・精神疾患対策サブコンポーネント

##### 1. 背景

スリランカの非感染性疾患(NCD)の流行には、平均寿命の伸びと不健康な生活習慣が大きく関係している。このNCD増加傾向を抑制するために最も経済的効率の良い方法は、総合的なNCD予防と抑制プログラムを開始することである。本プロジェクトでは、組織的NCD対策プログラムの基礎を形成する主要素について取り上げる。主なNCDは心臓病、高血圧、脳梗塞、糖尿病、外傷である。スリランカのNCDの警告的状況を克服するために、保健省内外からの統合的アプローチを伴う、包括的プログラムが必要である。この介入は若年から始め、その人の生涯を通じて持続されるべきである。明確に定義された活動計画と、ベースライン調査がスリランカの包括的NCD予防プログラムを先導していく。いま現在、まだ外傷が入院の主な理由である限り、けがの予防も重点的に扱うべきである。

2. 目的：組織的な国家NCD予防・抑制プログラムの基礎となる主要活動を開始すること。

3. 活動：プロジェクトは以下の7つの要素を含んでいる。

- 1) 保健省NCD部の能力強化
- 2) NCD対策の国家活動計画を開発
- 3) 地方への技術支援の準備
- 4) リスク行動要因調査の開発と実行
- 5) ソーシャルマーケティング・キャンペーンの計画と実行
- 6) 学童に対するNCD予防知識の普及
- 7) 高血圧管理のガイドライン作成と普及

4. 予算：190万ドル

5. 戦略：このプロポーザルは2つの重要なコンセプトに基づいている。

- (1) 戦略的リーダーシップとパートナーシップ
- (2) 効果的コミュニケーション

保健省NCD部は、NCD抑制と予防について国を技術的にまた事務的に支援する重要な役割を担っている。したがって、中央政府のNCD部の基盤を整備し、能力を向上させることは不可欠である。国家レベルでNCDリスク要因調査を実施するのは、ただの調査にとどまらず、プロジェクトのベースライン評価にもなる。本プロジェクトが終了するとき、ベースライン調査と同じ調査をすることで、プログラムを通じたリスク要因の変化や傾向を評価できる。NCD部ではあらかじめWHOのstep-wise調査を行い、必要な修正を加えた。よって同じ調査アプローチがNCD部でも応用できるわけである。最初は質問票と身体測定からなるStep1と2を取り入れるのが賢明である。再び調査を行う際に生化学的検査も盛り込めばよい。

主なNCDの主要リスク要因としては、喫煙、不健康な食事、運動不足の3つが挙げられる。ソーシャルマーケティングプログラムがこれらの主要リスクについて介入していくことになる。比較的識字率が高い国であるので、スリランカ人が反応しやすいような、健康にかかわるメッセージを届けるのが合理的である。

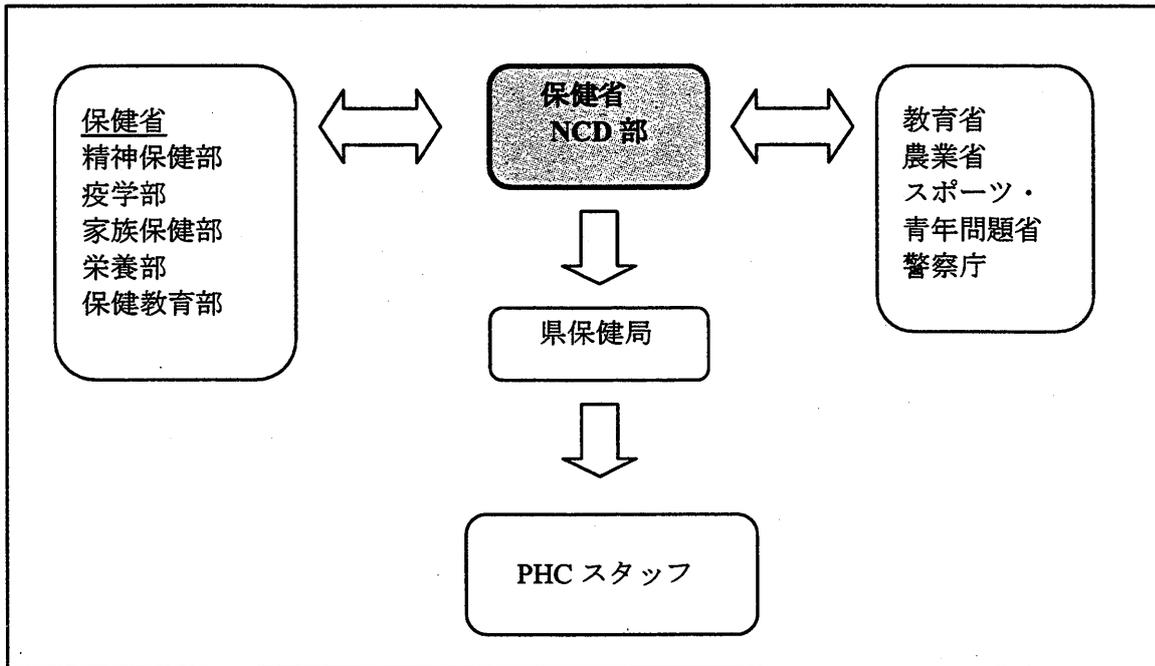
NCD部は国家傷害予防委員会(National Committee on Prevention of Injuries:NCPI)の設立を含め、外傷予防の中心的役割を果たしてきた。NCD部長は他のステークホルダー(警察、交通、労働、スポーツ等)が参加する国家委員会をも招集している。さらに保健大臣は、その他の関係機関参加のもとでつくりだした路上交通傷害予防(RTI)の国家政策枠組みを最優先事項としている。よって、既存の法律をRTIと関係ずけて、本NCDプロジェクトのアドボカシーを実施することは、プロジェクトの優先事項とされている。

6. 指令：効果的予防・抑制戦略をとることで、主な NCD(心臓病、高血圧、脳梗塞、糖尿病、がん)の発生を減らす。

7. 担当部署・スタッフ

メンバー	役割と責任
NCD 部長	プログラムの主任者
プログラムアシスタント	プログラム計画、モニタリング、評価を支援する
ジムアシスタント	事務レベルでの仕事を支援する
作業員	プログラムチームの日常的作業を行う

8. パートナーとの関係



9. 作業工程

	年		2004				2005				2006				2007				2008				2009			
	四半期		3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
<b>1.NCD 部の能力強化</b>																										
国家 NCD 部の建設			x	x																						
事務所用家具の供与				x																						
事務所用機材の供与				x																						
部長用車の雇用					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
秘書・タイピスト雇用					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
NCD 部の技術能力強化																								x		
<b>2.NCD 予防管理の国家行動計画策定</b>																										
ローカルコンサル雇用				x	x	x	x																			
計画策定のための委員会形成				x																						
保健省以外の省庁との関係形成				x																						
外国コンサルによる短期調査					x																					
行動計画の決定					x	x																				
最終ドラフトの提示							x																			
<b>3.地方での NCD 予防計画策定への技術支援</b>																										
パイロット県の選定					x																					
効果的な NCD 予防策の普及							x																			

県 NCD 対策のレビュー		x x	x x	x x	x x	x x	x x
<b>4.リスク要因調査の実施</b>							
ベースライン調査のためのコンサル雇用		x x x x					
データ分析の研修		x					
外国コンサルによる短期研修		x x					
調査計画チームの形成		x					
調査実施の準備		x					
監督者の研修		x					
地方スタッフへ携帯電話供与		x					
フィールド調査実施			x				
データ分析				x			
調査結果の公表				x			
4年後に再調査							x x x x
<b>5.ソーシャルマーケティング戦略策定</b>							
ソーシャルマーケティング計画設計			x				
ローカルコンサル雇用			x x x x				
スキームの選定			x x				
広告代理店の選定			x				
配布物の作成			x x				
プログラム実施				x			
モニタリング					x x x x	x x x x	x x
<b>6.学校での NCD 予防知識普及</b>							
教育省や学校、教師と関係強化				x			
スキーム計画検討				x			
教師向け研修				x			
既存カリキュラムへの組み込み					x		
利用者からのフィードバック							
<b>7.高血圧管理の国家指針策定</b>							
ローカルコンサル雇用						x x x x	
技術支援委員会形成						x x x	
関係者会議開催						x x x	
外国コンサルタントによる研修						x x	
合意形成のためのワークショップ						x	
指針のプレゼンテーション							x
指針の一般市民への普及							x

## スリランカの健康転換と新たな保健医療システム

国立保健医療科学院  
政策科学部長 長谷川敏彦

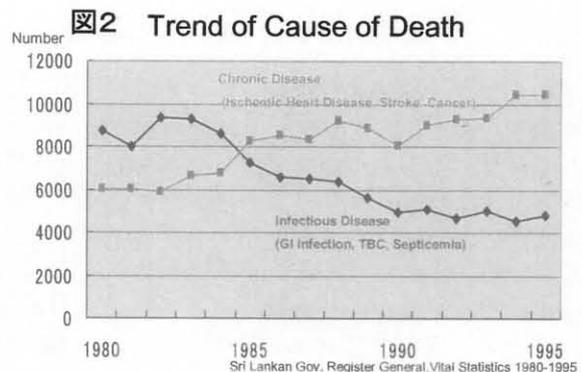
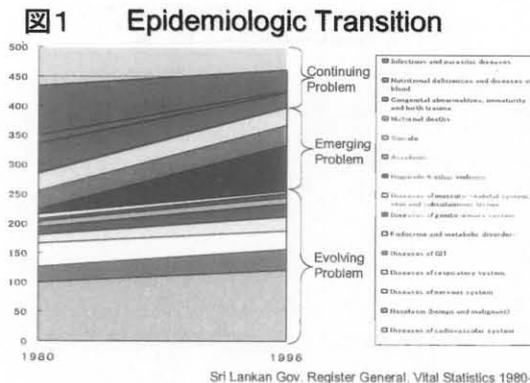
### 1. スリランカにおける疫学転換

スリランカにおける保健医療セクターは、20世紀における「低コストで良好な成果」の成功例であった。2002年の世銀開発報告によれば、スリランカの全国の平均寿命は68.8歳で、一人あたりGDPが1000ドル以下の73カ国の中で7位に位置している。こうしたこれまでの成功は賞賛されるべきであるが、これからは、保健医療分野の様々な転換にすばやく対応するための行動を起こさなければ、失墜する危険も容易に想像される。保健医療分野の転換は先進国と途上国とともに発生している歴史的な現象であり、スリランカもその渦中にある。多くの国は同じような問題を共有しており、それらは疫学パターンの転換、患者の願望の変化、保健医療システムのマネジメントを効率的に行ってほしいという社会のニーズである。

#### 1) 疾病に関する三つの問題

図1に示された20年間の死因の変化を分析すると、スリランカは疫学の点で保健医療の転換期にあると考えられる。

図1 1980 から1996 の死因の変化



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

図3 Trend of Cause of Death

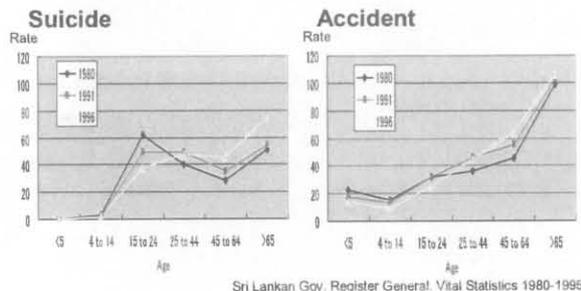
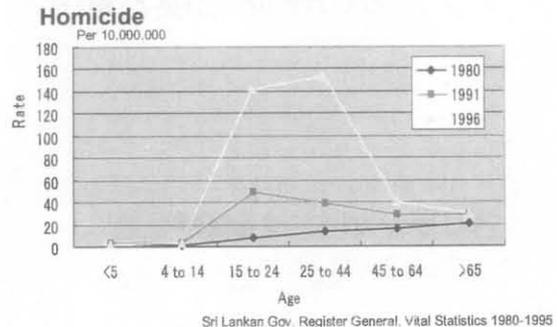


図4 Trend of Cause of Death



ターゲットとすべき疾病は急速に変化しつつある。つまり、虚血性心疾患、脳梗塞、癌が増加する一方、伝染病や母子保健関連の状況は減少しつつも、依然として公衆衛生学上の問題であり、それらをコントロールすることは課題でありつづけている。同時に、事故、自殺、殺人などの出現的な問題が明らかに大きな増加傾向を見せている。こうしてみると、スリランカにおける重要な疾病はライフ・スタイルの変化に関連した疾病などによるものとなっている。これらは精神障害がかなりの位置を占める非感染症である。すなわち、スリランカにおける疾病の問題の特徴は以下の3つのグループに分類して説明することができる。

#### グループ1：継続的な問題

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

#### グループ2：出現的な問題

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

#### グループ3：進化的な問題

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

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

## 2) 保健医療の転換に対応するために必要となる統合的アプローチ

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

図5 **Definition of Health Transition**

A historical system transition responding to health related factors such as :

- ◆Target factors; demographic and epidemiological
- ◆Resource factors; socio-economic, health resources
- ◆System factors; health care delivery components, and management and institutional components

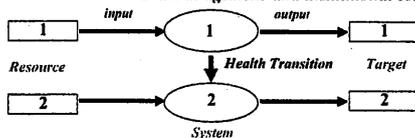


図6 Pillar 1 Principle 1

	Disease	National History	Characteristics
<b>Group I</b> Evolving Problem	Life Style Related Disease	Cause: Individual Life Style Long Natural History Severe Consequence	Long Natural History Expensive Curables Life Course Approach for Prevention
	Mental Health	Cause: Stress	Neglected Problem Community Support
<b>Group II</b> Emerging Problem	Road Accident	Cause: Multi Sectoral Cause	Increasing Problem
	Homicide	Cause: Social Breakdown	
<b>Group III</b> Continuing Problem	MCH Related Disease	Cause: Nutrition, Maternal State	Large Component of Primary Care
	Infection Disease	Cause: Environment & Agent Nutrition & Environment Important	Less Costly Intervention Still Endemic: TB, AIDS Some New Emergence, SARS

### 予防:

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

### 治療:

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

### 福祉:

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

図8 包括的な保健医療システムのために必要な統合的アプローチ

	病因	リスク要因	予防	治療	福祉
グループ1: 避妊的疾患	母子保健関係 伝染病 その他	栄養や母性の状態 栄養や環境	●	●	●
グループ2: 出発的疾患	交通事故 殺人や暴力 その他	様々な要因 社会の構造	●	●	●
グループ3: 進歩的疾患	生活様式の变化 精神面の健康 その他	個人の生活様式、食習慣 ストレス、社会の構造	●	●	●

保健医療政策や戦略へのアプローチ	ライフ・コース・アプローチに基づく新たな予防政策	変化にすぐ対応でき、持続可能なプログラムの計画	高齢化や福祉社会への準備
------------------	--------------------------	-------------------------	--------------

図7 Natural History of Disease 4 Required System

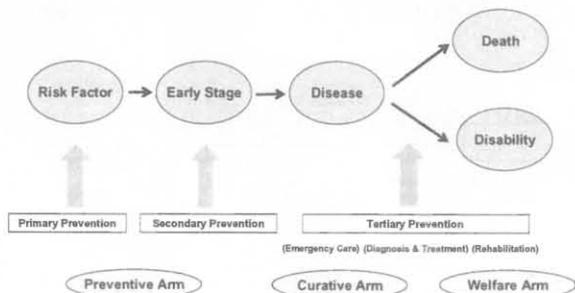


図9 Newly Evolving Deadly Risk- Disease Complex to Finance & Health

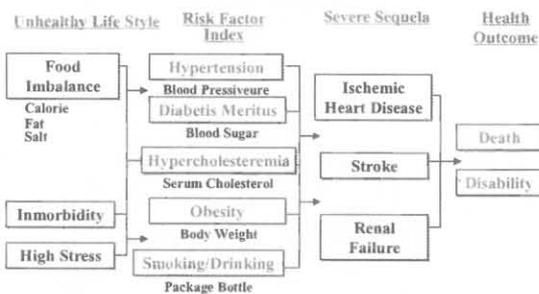


図10 Annex Table 15 Major burden of disease - 10 selected risk factors and 10 leading disease: Developing countries with low child and low adult mortality (AMR-B, EMR-B, SEAR-B, WPR-B)

Risk factor	% DALYs	Disease or injury	% DALYs
Alcohol	6.2	Unipolar depressive disorders	5.9
Blood pressure	5.0	Cerebrovascular disease	4.7
Tobacco	4.0	Lower respiratory infections	4.1
Underweight	3.1	Road traffic injury	4.1
Overweight	2.7	Chronic obstructive pulmonary disease	3.8
Cholesterol	3.1	Ischemic heart disease	3.2
Low fruit and vegetable intake	1.8	Birth asphyxia/trauma	2.6
Indoor smoke from solid fuels	1.9	Tuberculosis	2.4
Iron deficiency	1.8	Alcohol use disorders	2.3
Unsafe water, sanitation and hygiene	1.7	Deafness	2.2

\*Unsafe water, sanitation, and hygiene disease burden is from diarrhoeal disease  
 NB: The selected risk factors cause disease in addition to those relationships illustrated, and additional risk factors are also important in the aetiology of the diseases illustrated. WHR2002

図11 A Life Course Approach

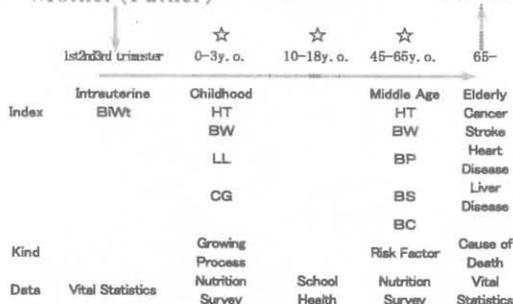


図12 Integration of Preventive Activity

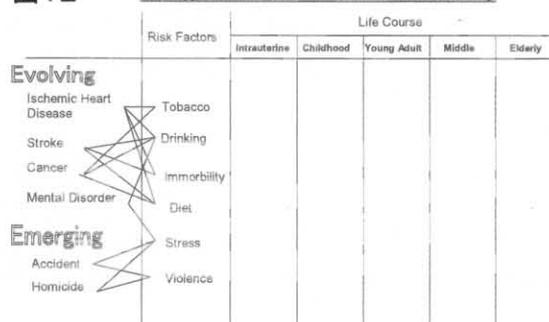


図13 Functional Differentiation & Integration of Curative Care

	1 <sup>st</sup> care	2 <sup>nd</sup> care	3 <sup>rd</sup> care	Rehabilitation
<b>Evolving</b>				
IHD	Hypertension Control	Emergency Care	Open Heart Surgery	Cardiac Rehabilitation
Stroke	BP Control	Emergency Care	Brain Surgery	Early Rehabilitation
Cancer	Screening		Radiation & Chemotherapy	
Mental Disorder	Consultation		Intensive Treatment	Community Support
<b>Emerging</b>				
Accident		Resuscitation	Trauma Center	Physical Rehabilitation
Homicide				
<b>Continuing</b>				
MCH	Prenatal Care	Delivery		
Infection	Most Care	Severe Case		

図14 Health Care Network  
Prioritization & Policy Formation

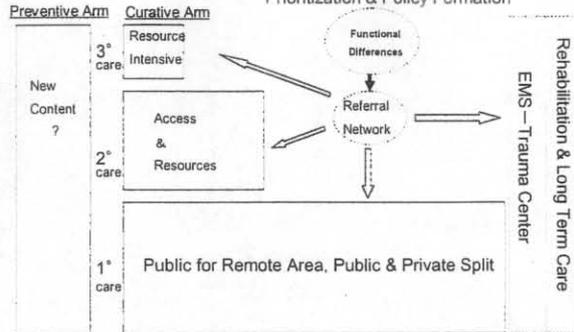
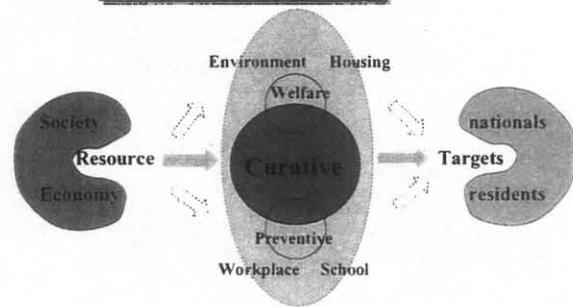


図15 Pillar2 Principle1  
**Quality & Safety**



図16 Health Related System



### 3) 保健医療の転換が財政面に与える影響

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

図17に示すように、世界各国の保健医療と開発の関係分析では、一人あたりGDPが1,000ドルに増加するまでは寿命は急速に伸びるが、その後は、寿命はゆっくりとしたスピードで延びていくことが明らかとなっている。

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

60歳以上の高齢者の割合を用いた、同じような分析を参照すると、出世時余命が68歳より短い

国から推計した式を用いると、スリランカでは保健医療支出はGDPの4.87パーセントが必要であった。一方、出世維持平均余命が68歳より長い国から推計した式を用いると、GDPの5.84が必要である。どちらの数字も、現在の実際の数値である3.4パーセントを上回っている。

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

図17 Aging & Resources  
191 Countries, 2000

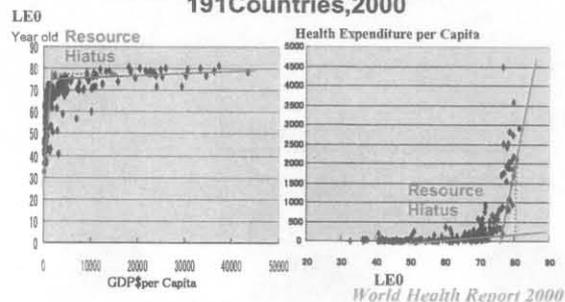


図18 Aging & Health Expenditure

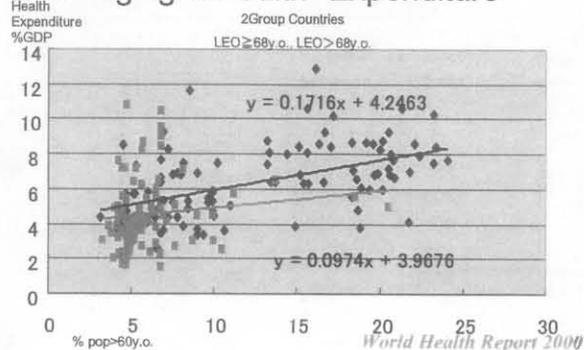


図19

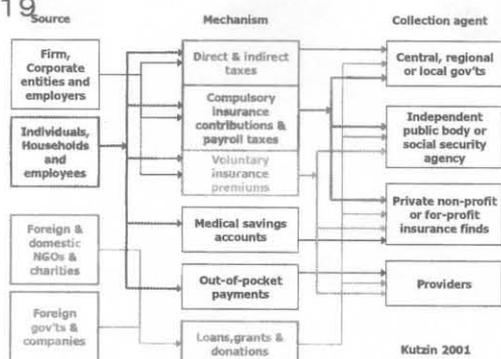
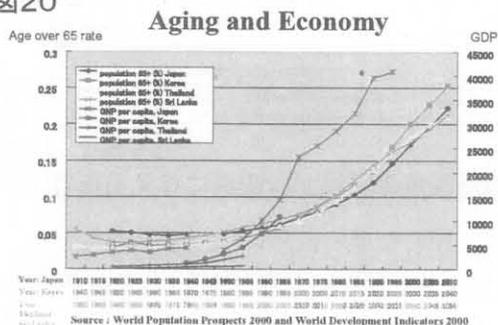


図20



#### 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つの原則を持ち、その内容は以下に記すとおりである。

##### 柱1：疫学への対応（サービスとシステム）

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

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

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

## 柱2：患者の期待への対応（文化や治療）

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

原則1：「質と安全性」の改善

原則2：「患者の権利」の確保

原則3：「顧客満足」の増進

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

## 柱3：システムの有効性への対応（ミッションとマネジメント）

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

原則1：アカウンタブルである

原則2：フレキシブルである

原則3：効率的である

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

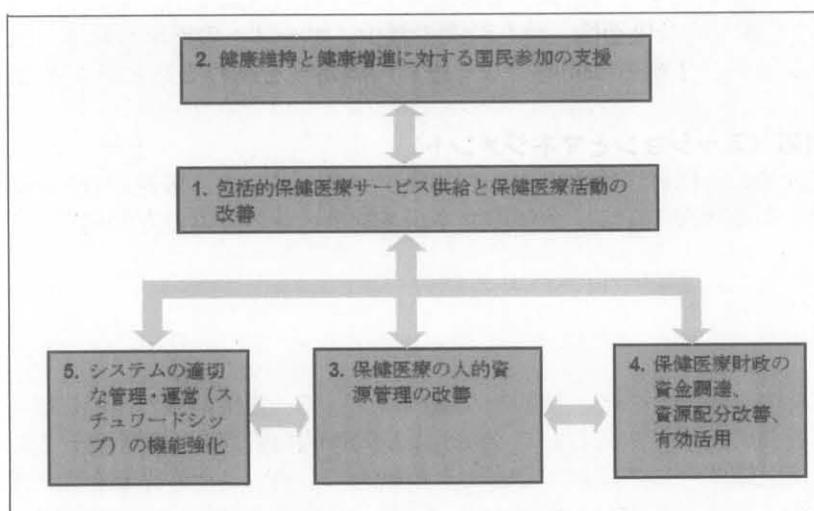
上述したことに加え、政策分析、モニタリングと評価、健康増進、保健医療サービス利用者教育などの分野を強化すべきである。1987年憲法によるProvincial政府の保健医療関係機関への権限委譲とともに、州政府はこれらの準備をする間もなく新たな責任を負うことになった。このことが新たな不効率性と不平等をもたらしている。

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

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

## 5) 制度改革のための基本原則

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



5つの戦略的目標の相互関係

5つの戦略的目標の下で達成されるべき直接目的の概要は以下のとおりである。

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

- 1) 保健医療施設とサービスネットワークの合理化と強化
- 2) 戦略的介入による優先的な疾病／問題の減少
- 3) サービス供給の質の向上
- 4) 弱者層の健康状態の改善
- 5) 保健医療サービスへの国民の信頼と患者の満足度の向上
- 6) 新技術へのアクセス
- 7) 効率的な保健医療サービス供給のための官民パートナーシップの強化
- 8) サービス供給に十分な医薬品、医療器具および医療機器の確保

### 2. 国民が健康維持に、より積極的に参加できるよう支援・促進する。

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

### **3. 保健医療サービスとその管理体制の充実に資する人材を育成する。**

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

### **4. 保健医療財政における資金調達、資源の配分を改善し有効活用を図る。**

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

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

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

保健医療マスタープランは、上記の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従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ている。これらの可能な介入策やプログラムの策定においては、中央政府保健省、州政府レベル保健省、他省庁、専門家グループおよび市民社会組織からの関係者を招いての一連の議論が集中的に行われた。

## 8. ライフコースアプローチ概要とスリランカの展望

### ライフコースアプローチ概要とスリランカの展望

#### 1. 定義

ライフコースアプローチは近年、ヨーロッパ特にイギリスを中心に発達した新しい公衆衛生ならびに疫学的手法である。核心をなす仮説は、生涯の一定の時期にプログラム化されていること、後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。このような概念は、社会学では一般的であり、公衆衛生でも一部仮説として考えられてきたが、それを疫学的に実証すること、さらに人間の一生に取り込むことはほとんどなされてこなかった。1996年のKuhらによる“A Life Course Approach”の本が最初と言われ、ここ数年間で爆発的に世界的に広がっている。

#### 2. 歴史

公衆衛生での出発の最初をなしたものは、David Barkerの出生時体重が成人病と深く関わっているというという証明に元を發している。Barker自身それが全ての決定要因と提唱して、多くの社会学者から批判されたが、皮肉なことに近年社会的要因が健康に影響を及ぼすというグループ、特に社会的な公平性を問題にするグループがこの手法に大変興味を示している。ヨーロッパでこれらの研究が広がったのは、例えば第二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や、1940年生まれのイギリスのコホートなど、種々のコホート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。とりわけこれらの生誕コホートが中年期に差し掛かって、生活習慣病を発症し始めたからと考えられる。これまで分かったことは、集団として見た場合、短い足や乳幼児の死亡率が糖尿病、胃がん、出血性脳卒中と関連している、あるいは出生時の体重や中年期の体重が糖尿病や心疾患と関連しているという、結果が得られている。

#### 3. 意義

今日、このライフコースアプローチに関心が寄せられているのは、発展途上国で肥満、糖尿病、心臓病が爆発的な増加を示しているからに他ならない。かつてこれらが富裕階級に独特の現象であったのに比して、郡部の貧困層にむしろ増えている、いわばエピソードとなりつつあるからである。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よう。感染症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、生活習慣病では降圧剤による高血圧のコントロール、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、年間一人当たりの医療費が数千の途上国では、とてもこのような治療を施すことが出来ず、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。すなわち戦後、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がんが転換した経緯を持っている。年齢調整すると、脳卒中のピーク時の死亡率は約80%の低下を示した極めて驚異的な歴史を持っている。しかも日本は、学校保健や出生時の体重等、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るべきデータを潜在的には持っているといえよう。また、その1965年から85年の20年間こそ、また、高血圧が現れ減少した1960年から90年こそ、日本が先進国間では最低の死亡率から最高の死亡率まで牛蒡抜きした時期に位置し、なぜ日本は世界一の平均寿命か、という謎をとく鍵を秘めているといえよう。さらに近年、栄養調査によると、若年男子の肥満が増加し、全般に糖尿病も増加して、日本も疾病構造がこれから変化していく可能性があるといえよう。

#### 5. スリランカでの可能性

このように、生涯疫学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、特に発展途上国における予防政策には実証調査に基づく科学的根拠の提供が急務である。幸いにも、スリランカのキャッスル・

ストリート産婦人科病院において、1950年代の出生児のデータが残っており、市民の背番号によって人口動態統計とのリンクが可能であり、発展途上国でも数少ない生涯疫学的視点に基づくコホート調査の実施が可能となった。現在の健康状態に関するアンケート・データとのリンクにより後ろ向きコホートを設定し、出生時の環境や健康状態と、成長のキャッチアップ、肥満や高血圧、高コレステロールと糖尿病、虚血性心疾患、脳卒中の発症との関連を明らかにする。それによって、世代別で長期の予防政策が可能となる。

## 6. スリランカ調査方法

### 1) 研究デザイン

後ろ向きコホート調査

### 2) 対象者と標本の定義

Castle Street Hospital for Women (スリランカ) における 1950～1959 年の出生者で、関連疾患が発生しやすい中年齢に接近している者を対象とする。

### 3) 暴露及びアウトカムの定義

「出生時体重と出生順、母の年齢」等の出生時の状況と、「糖尿病や高血圧、高脂血症、虚血性心疾患」等の生活習慣病の有病率の相関の統計的有意性を決定する。更に、交絡要因、すなわち上記疾患の家族歴や喫煙を含む生活習慣を同定する。

### 4) 標本サイズ

パイロット調査では、乱数発生に基く層化抽出法によって各年 100 件、合計 1000 件の標本を抽出する。本調査では、パイロット調査に基くサンプル数を抽出する。5000-10000 件と予想される。

### 5) 研究データの収集方法(パイロット調査・本調査共通)

- 調査票 (健康状態、栄養、生活習慣、運動)
- 身体検査 (身長、体重、座高、腹囲、皮下脂肪)
- 血液検査 (血圧、脂質、HbA1c、尿酸値、血球数)

### 6) スケジュール

#### パイロット調査:

調査の実施: 2003 年 12 月～2004 年 3 月

統計解析の実施と報告書の作成: 2004 年 4 月～2004 年 4 月

#### 本調査:

調査の実施: 2004 年 11 月～2005 年 6 月

統計解析の実施と報告書の作成: 2005 年 7 月～2005 年 9 月

#### スケジュール詳細:

2004 年 6 月～2004 年 6 月	標本抽出・出生記録データ入力
2004 年 6 月～2004 年 6 月	調査協力依頼状起草
2004 年 6 月～2004 年 7 月	登録部署訪問・ID 同定
2004 年 7 月～2004 年 7 月	選挙委員部署訪問・対象者の住所追跡と依頼状発送
2004 年 8 月～2004 年 8 月	(対象者からの返答までの期間) 出生記録データ入力、健康診断日程のお知らせの再発送
2004 年 9 月～2004 年 9 月	対象者の面接、健康診断、検査
2004 年 10 月～2004 年 10 月	データ入力、情報分析、報告書作成
2004 年 11 月	本調査開始
2004 年 11 月～12 月	標本抽出・出生記録データ入力
2004 年 12 月～2005 年 2 月	登録部署訪問・ID 同定
2005 年 2 月～2005 年 4 月	選挙委員部署訪問・対象者の住所追跡と依頼状発送 併行して (対象者からの返答までの期間) 出生記録データ入力、健康診断日程のお知らせの再発送
2005 年 3 月～2005 年 6 月	対象者の面接、健康診断、検査
2005 年 7 月～2005 年 9 月	データ入力、情報分析、報告書作成

## 9. 主要面談者リスト

### 保健省

Hon. Nimal Silipala de Silva, MP	Health Minister
Mr. Ranjith Maligaspe	Secretary
Dr. Athula Kahandaliyanage	Director General of Health Services
Dr. H. S. B. Tennakoon	Deputy Director General (Planning)
Dr. Kahandhalinage	Deputy Director General (Health Services)
Dr. Terrence de Silve	Deputy Director General (Medical Services)
Dr. Stanley Silva	Deputy Director General (Education, Training & Research)
Dr. Ajith Mendis	Deputy Director General (Laboratory Services)
Mr. Jayathilaka	Deputy Director General (Bio Eng. Services)
Dr. Samarage	Director (Organization Development)
Dr. Palitha Mahipala	Director (Tertiary Care Services)

### 中央州保健局

Dr. Susil Siriwardena	Provincial Director of Health
Dr. Driyantha Hawage	Deputy Provincial Director of Health, Central Province
Dr. L. B. H. Denuwara	Deputy Provincial Director of Health, Kandy District
Dr. Gamini Seneviratne	Deputy Provincial Director of Health, Nuwaraeliya
Dr. Gemini Jayakody	Acting Consultant Community Physician, Central Province

### スリジャヤワルダナプラ総合病院 (SJGH)

Mr. A. Sarath de Silva	Chairman
Dr. D. L. de Lanerolle	Director
Dr. L. U. C. Kuwavag	Deputy Director

### キャッスル・ストリート産婦人科病院 (CSHW)

Dr. K. K. W. Karandagoda	Director
--------------------------	----------

### キャンディ総合病院

Dr. M. G. D. Samarasingha	Director
Dr. W. G. A. Dissanayake	Deputy Director
Dr. N. M. M. Iqbal	MO, Infection control & productivity unit
Mr. B. M. S. Basnayak	Administrative officer

### ペラデニヤ大学教育病院

Dr. Mrs. Chandra Gunathilake	Director
Dr. Mrs. Anver	Deputy Director

財務省

Mr. J. H. J. Jayamaha

Mr. Mapa Pathirana

Additional Director General, Dep. of External Resources

Director of Japan Division, Dep. of External Resources

国際機関

Dr. Daya Samarasinghe

Dr. Kan Tun

Dr. Palitha Abenkwn

Dr. Wartharajah

World Bank, Health Specialist

WHO, Resident Representative

WHO, ex-Director

Consultant, Health Economist

国際協力銀行 (JBIC)

森 三佳

開発第2部業務主任

在スリランカ日本大使館

軽部 洋

大西 英之

宮原 勇治

公 使

一等書記官

一等書記官

JICA スリランカ事務所

杉原 敏雄

小林 秀弥

所 長

所 員

JICA 専門家

興津 暁子

学校保健専門家

10. 収集資料リスト

スリランカ国保健医療行政改善計画実施支援 事前評価調査  
現地収集資料リスト

No.	資料名	出所	形態	発行年
1	Annual Health Bulletin 2001	MOH	Copy	2003
2	Sri Lanka National Health Accounts	MOH	Original	2002
3	Annual Report 2003 (CD)	Central Bank	Original	2004
4	Economic and Social Statistics of Sri Lanka 2003	Central Bank	Original	2004
5	The Economic Policy Framework of the Government of Sri Lanka	GOSL	Copy	2004
6	Annual Health Bulletin 2003	Kandy General Hospital	Copy	2004
7	Annual Hospital Statistics Bulletin 2003	Teaching Hospital Peradeniya	Copy	2004
8	Annual Report 2003	Insurance Board of Sri Lanka	Original	2003
9	Macro Health Sri Lanka Issue No.1	WHO/MOH	Copy	2004
10	National Policy Framework on Injury Prevention in Sri Lanka	MOH	Copy	2003
11	Bulletin of Line Ministry Hospitals Vol.1	MOH	Copy	2004
12	So You Want to Become a Medical Manager? (Textbook of Post Graduate Institute of Medicine)	MOH	Original	2003
13	Activity Report 2003	ADIC (Alcohol and Drug Information Center)	Original	2004
14	World Report on Road Traffic Injury Prevention (summary)	WHO/World Bank	Copy	2004
15	Annual Report 2003	JASTECA (Japan Sri Lanka Technical & Cultural Association)	Original	2004

## 11. 主な訪問議事録

2004年9月9日（木）

① 時間：11:30～12:30 場所：保健省 次官室

目的：表敬及び調査内容協議

出席者：保健省側 Mr. Ranjith Maligaspe 保健次官

Dr. H. S. B. Tennakoon Deputy Director General (Planning)

Dr. Kahandhalinage Deputy Director General (Health Services)

日本側 内田団員、半田団員、葦田団員、笹田団員、興津専門家、小林 JICA 事務所員  
議事：

### 1. フェーズ I 調査、マスタープラン承認手続き説明

（調査団）フェーズ I では現状分析から戦略策定、優先プロジェクト提案までを行い、中央政府だけでなく、地方政府も巻き込んでの参加型調査を実現したが、1つだけやり残した課題が、政府系医師組合（GMOA）の問題である。

（保健省）保健マスタープラン（HMP）承認のための GMOA との交渉は、予想より遅れているが、毎週会合をもち、政策や戦略の内容については合意に達した。残るのは提案された全プロジェクトの内容確認だけであり、全体作業の4割は終わった段階である。マスタープラン承認がなくてもフェーズ II には進めるが、承認があったほうが調査実施に好ましい。

（調査団）フェーズ I 調査でスリランカ保健セクターの構造的問題を明確に示した点が、世界保健機関（WHO）にも評価されており、日本の行った保健分野の調査が初めて国際的に注目されている。

### 2. フェーズ II 調査の内容、事前調査団の目的

（調査団）フェーズ II は、フェーズ I で提案したプログラム／プロジェクトの実施を促進するための調査であり、パイロットプロジェクトの実施やアクションプラン策定を含む。事前評価調査の目的は、どの分野がフェーズ II にふさわしいかをスリランカ政府と協議しフェーズ II の内容を定めることである。

フェーズ II の内容として、主要疾患の治療に必要なコストを分析し保健財政の問題をより具体的に示すことや、フェーズ I で実施した疫学的調査を更に進めることなどが考えられる。例えば1～2か所の病院を選んで、コスト分析をしつつ病院マネージメント強化も行う、といったことが想定される。他のドナーからも多額の資金が保健セクターに流入するこのタイミングに、他ドナーと協調して効果を最大限にできるような調査にしたいと考えている。フェーズ II の期間は約2年を想定しており、予算は実施する内容により決まる。

### 3. 他ドナーのプロジェクト実施状況

（保健省）世界銀行（スリランカ保健セクター開発プロジェクト：SLHDP）は5年間で6,000万ドルの予算で、母子保健、精神保健、栄養、非感染性疾患（NCD）、病院管理などの分野でプロジェクトを実施する。各県を対象としたプロジェクトは初年度は10万ドルの予算を均等に配分するが、次年度からはパフォーマンスに基づいた予算配分になる。WHO は予算規模は小さいが CCS（Country Cooperation Strategy）に基づき病院業務改善のプロジェクト

クトを実施中で、世界銀行もまず2州でパイロットプロジェクトとして病院管理プロジェクトを実施する。国際協力銀行（JBIC）の小規模インフラ整備事業（SIRUP II）やGlobal Fundもある。

（調査団）重複を避けるためにも、保健省によるコーディネートが必要である。（相手方は同意）

4. 日程打合せ：保健大臣との会談が設定された。

② 時間：14:30～15:00 場所：JICA スリランカ事務所

目的：表 敬

出席者：杉原敏雄 スリランカ事務所所長

議 事：

（所 長）1つの国で続けて2つの開発調査を実施するのは初めてのケースだが、フェーズⅡ調査は、どのような内容になるのか。

（調査団）フェーズⅠ調査では、なかなかとらえにくかったスリランカ保健セクターの構造的な問題を明確にしてマスタープランにしたことが、国際的にも注目されており、11月にWHO（SEARO）のセミナーでも発表することになっている。日本の援助プロジェクトの報告書を他のドナーがほしがるといふことは今までなかったことであり、日本が行った知的なアウトプットとして、このマスタープランは画期的である。今後も国際的なジャーナルに投稿するなどしてマスタープランの内容を宣伝していきたいと考えている。

従来型の開発調査のようにただ“ニーズがある”と書くのではなく、途上国にある構造的な問題を分析し、セクターのなかでどの部分が変化し得るかを調べて提案していかないとけない。マスタープランの承認に反対していた政府系医師組合（GMOA）との交渉も進んでおり、医師組合自身も、保健セクターが抱える問題についてはよく分かっているのだと思う。フェーズⅡは、マスタープランの実施を支援するための調査で、政治的に問題になるようなテーマは選ばないようにする。テーマとしては、病院の業務改善やコスト分析、予防対策などを想定している。

（所 長）マスタープランの承認ができていない段階でも、フェーズⅡは実施できるのか。

（調査団）政策がどう変わろうと、保健医療サービスにかかっているコストの分析や、政府職員や病院職員の能力向上のための研修をいま実施しておけば、将来スリランカにとって大切な財産になる。疾病対策にどれだけのコストが必要なのか分かるだけで、この国への大きな貢献になり、マスタープランの承認と関係なく、そういった分野の調査を実施することは意義があると思う。

例えば、自動車事故による外科的治療は日本では健康保険の扱いにならず、自賠責保険で扱っているが、スリランカではすべて無料で病院で治療しており、大変なコストがかかっている。この現状を、保健省予算を使わずに自動車保険で治療できるように制度を変えていくよう提案し基礎情報を提供することは、スリランカの保健セクター改革のために是非とも必要である。

③ 時間：16:00～18:00 場所：日本大使館

目的：表敬及び調査内容協議

出席者：軽部 洋 公 使

大西英之 一等書記官

宮原勇治 一等書記官

日本側：内田団員、半田団員、葦田団員、笹田団員、興津専門家、小林 JICA 事務所員

議 事：

1. フェーズ I 調査の内容

(調査団) フェーズ I 調査では、スリランカの保健セクターの構造的問題を初めて体系的に示したことが国際的にも評価されている。フェーズ I 調査期間中にタイから 2 名の講師を呼び、健康保険や病院経営などについて話をしてもらったことも、スリランカの医療関係者には大きなインパクトがあった。

この国は組合がとても強く 1980 年代や 1990 年代にもマスタープランを策定しようとして政府系医師組合 (GMOA) につぶされており、もはや外国人に策定してもらい外圧を利用しないとマスタープランはつくれない、という保健省の意図もあり日本に要請してきたのだと思う。またミレニアム開発目標の会議でも、日本はこれからアジアを中心にシステム強化を支援していく流れとなっており、本件はそれに合致している。

(大使館) スリランカのような教育レベルの高い国でソフト支援をするこの案件はぜひ成功させたいと思っている。

2. フェーズ II 調査

(調査団) もしマスタープランの承認が遅れたとしてもフェーズ II をやる意味は十分にあり、健康保険導入など政治的になる問題は対象とせず、運営面でのシステム強化が中心になる。

(大使館) フェーズ I 調査は厚生労働省でも非常に高く評価されている。GMOA との交渉はかなり進んできているので承認は時間の問題だと思う。フェーズ II では政府側の状況も配慮したうえで内容を選んでほしい。

(調査団) 外来コストの 2～3 割を占めている救急医療の強化や、総合的な予防対策、病院の業務改善といった、政治問題に触れないテーマをフェーズ II では選択しようと考えている。

(大使館) セクターリフォームの実施は難しいので、日本ができる限りスリランカ側を支援するような体制をつくりたい。

(調査団) フェーズ II では、例えば病院を 1 つ選びパイロットプロジェクトとしてコスト分析を行うと同時に、定期的な研修を行って人材育成も行うことを考えている。保健予算が足りないのは明らかなのに、データがないためそれを実証するのができなかった。高コスト医療になっていることをコスト面から明らかにしておく、例えば 10 年後に user fee を導入するときにも役に立つ。

(大使館) この国では政府セクターの人はコスト意識が低いので、民間セクターからビジネスに成功した人を連れてきてプロジェクトを実施したほうがいい。パイロットプロジェクトでできたモデルケースは、継続案件で融資する際にも役立つと思う。

2004年9月10日（金）

① 時間：10:30～11:00 場所：財務省

目的：表敬、調査内容協議

出席者：Mr. J. H. J. Jayamaha Additional Director General, Dep. of External Resources

Mr. Mapa Pathirana Director (Japan Division)

日本側：内田団員、半田団員、葦田団員、笹田団員、興津専門家、小林 JICA 事務所員

議事：

（調査団）フェーズⅠで策定したマスタープランの政府承認がGMOAの反対で遅れていることもあり、フェーズⅡでは政治的に中立なテーマを扱いたいと考えている。保健医療に必要な資金が足りないのは明らかなのに、サービスに必要なコストの基礎的情報すらないので、コスト分析は重要な分野だと考えている。

（財務省）コスト分析は大きな病院で行うのは難しいだろうが、県病院レベルならできると思う。必要なコストが分かっていないので、保健省も適正な予算編成ができないでいる。

（調査団）本来なら user charge や健康保険制度の導入が必要である。

（財務省）民間病院では医療費を支払える患者がたくさんいるのに、公立病院で医療費を請求しないのはおかしいと感じている。

（調査団）健康保険を導入するにしても、適正な価格がいくらかを調査しなければ始まらない。コスト分析は健康保険制度の基礎にもなる。また、スリランカでは交通事故のコストは莫大なものなのに、無料で治療されている。政治問題になりにくい自動車保険の導入を提案したいと考えているが、様々なセクターが関係している問題なので保健省だけでは改革できない。財務省からの支援がぜひ必要である。自動車保険については今日これから会う予定の保健大臣にも話してみるつもりである。

（財務省）保健大臣が必要性を理解すれば、他関係機関も導入に向けて動き出すと思う。自動車保険ができれば、かなりの予算が節約できる。患者に医療費を請求しているスリジャヤワルダナプラ総合病院の経験からも、コスト分析の勉強ができると思うので、実際に訪問して調査するといふ。

（調査団）フェーズⅡのもう1つの柱は病院管理になる。キャッスル・ストリート産婦人科病院（CSHW）での経験を基に、総合的品質管理（TQM）を全国的な運動として展開したいと考えている。ただ世界銀行やWHOが病院業務改善のプロジェクトを実施しているので、重複しないように検討したい。

（財務省）CSHWの院長がここに来て、自分の経験を他の病院にも伝えたいと話していた。JBICの小規模インフラ整備事業（SIRUPⅡ）に関しては、来週融資の交渉があるが、現場での工事は既に始まっているものもある。対象分野は保健、教育、灌漑などである。

（調査団）保健財政の分野の調査に関しては、財務省の支援がぜひ必要である。

（財務省）予算配分の決め方については Dep. of National Planning, National budget の部署が情報をもっている。コロombo大学の経済学部にも保健経済学の専門家がいる。医学部にこういった分野の研究者がいるかどうかは分からない。

② 時間：12:30～13:00 場所：保健省

目的：表 敬

出席者：Hon. Nimal Silipala de Silva, MP 保健大臣

Dr. H. S. B. Tennakoon

Deputy Director General (Planning)

日本側：内田団員、半田団員、葦田団員、笹田団員、興津専門家、小林 JICA 事務所員

議 事：

(調査団) フェーズ I 調査では、スリランカの疾病構造が治療コストの高い成人病中心に転換しているにもかかわらず、リソース不足により保健医療サービス供給が不十分になっている現状や、コスト情報がないといった保健財政面の問題点を明らかにした。

フェーズ II 調査では、こういったスリランカ保健セクターの構造的な問題を改革するためのシステム強化を支援する。またフェーズ I から続いている政府系医師組合 (GMOA) とのコンセンサスづくりは、現在はフェーズ I で提案された個々のプロジェクトの内容をチェックする段階まで進んでいる。

(大 臣) フェーズ I で策定されたマスタープランは、JICA 調査団と保健省スタッフが参加型プロセスで協力し合っただけであつたものと高く評価している。GMOA との交渉はかなり進展したので、もうそれほど心配する必要はないと思う。今後もフェーズ II 調査の実施を支援する意向である。

(調査団) フェーズ II 調査では、フェーズ I で策定されたマスタープランを実施に移すための支援を行う。スリランカ保健セクター改革に重要なテーマ、例えば保健医療サービスにかかるコスト分析の機能を根づかせるための制度づくり、また具体的な統計情報はないが外傷患者のかなりの部分が交通事故によると想像されており、交通外傷患者のケアに莫大な保健省予算を支出していると考えられることから、交通事故対策を視野に入れた自動車保険導入のための基盤研究となる調査を検討している。

(大 臣) コスト分析は大変重要だが、病院で全面的に user fee を導入することは政治的社会的な問題になるので慎重に検討しなければならない。国立スリランカ病院で導入されているように、まずは公立病院で病床の一部を有料化 (Paying ward) し、一般病床より質の高いサービスを提供し、手術、検査、投薬、ベッド代などすべてのサービスを患者から徴収する形にしたい。院内にある程度の有料ベッドをもつ公立病院が全国に少しずつ増えていけばいいと考えている。それでも民間病院にかかるより費用は安く、サービスの質が良ければ患者は来る。実際、以前からスリジャヤワルダナプラ総合病院では患者から医療費を徴収しているし、出産するときは民間病院に行く患者がとて多い。

将来的には、公立病院でも 1 人 1 人の患者に医療費の請求書を発行すべきだと考えている。ただし、これは実際に医療費を徴収するのではなく、「Paid by Sri Lankan Government」という領収印を押して患者に渡すことによって、保健医療サービスを受けるにはコストがかかっていることを国民に意識させることを目的とするものである。この問題は早急に導入するのは難しく、長期的に実現していくべきだと考えている。

(調査団) 個々の患者に医療費を請求するシステムをつくるためにも、適正な診療費を明らかにするコスト分析は大変重要である。病院で若干の fee を徴収し、その歳入をサービス改善に利用できるようになれば病院のマネジメントも向上するので好ましい。またフェーズ II では保健省スタッフや病院管理者向けの様々な研修の実施を検討している。

(大臣) 各病院で患者に請求書を発行するには、患者登録制度の導入が不可欠であり、構内ネットワーク (LAN) などの院内コミュニケーションシステムも必要になる。その前の段階として、コスト分析や予算作成能力向上が肝要であり、コンピューターを活用して調査を行ったり研究所から専門の講師を呼んで研修を行うといい。また、薬剤供給システムも改善が必要である。

一般的に、急激な改革は好ましくないが徐々に改革が進む方向を望んでいる。

(調査団) キャッスル・ストリート病院 (CSHW) で成功した業務改善運動 (5S) をベースとした Total Quality Management を全国展開することも検討している。

(大臣) CSHW の事例はよく知っている。アンパラ地域総合病院などでも業務改善に取り組んでおり成果をあげている。

### ③ 時間：14:30～15:30 場所：世界銀行スリランカ事務所

目的：表敬・調査内容協議

出席者：Dr. Daya Samarasinghe

日本側：内田団員、半田団員、葦田団員、笹田団員、興津専門家、小林 JICA 事務所員

議事：

(調査団) フェーズⅡ調査の効果を高めるためにも、ぜひ世界銀行と協力したいと考えている。

世界銀行のプロジェクトの進捗状況を説明してほしい。

(世界銀行) 現在スリランカで実施している案件は2つあり、1つは HIV / AIDS (予算200万ドル)、もう1つは SLHDP (予算6,000万ドル) である。後者は district の計画策定能力を高めることを主な目的としており、既存の予算システムに乗って資金が届くようになっている。1年次で約1万ドルが配分され、1年次の成績に応じて2年次の予算配分額が決まる仕組みになっている。対象とする分野は母子保健、NCD 対策、精神保健 (特に自殺対策)、栄養、病院である。病院コンポーネントのなかでは、各レベルの病院のサービスを定義し、レベルごとに適正なサービスや人員配置を決め、オーナーシップをもてるようにしたい。

(調査団) GMOA は保健セクターの将来をどう考えているとされているのか。

(世界銀行) 保健省が学校保健の強化の一環で地域を巡回する小児科医 (community pediatrician) の新設を提案したが、GMOA は拒否しあくまで病院に患者を来させるように固執した。彼らは病院における現在の位置を固守したがっている。

(調査団) フェーズⅡでは政治に影響されないテーマを選びたいと考えている。

(世界銀行) 世界銀行の Health Sector Project 1 で小規模なコスト分析を行ったことがある。レディ・リッジウェイ小児病院で、各医師が同じ疾病の治療をいくらで行っているかをポストンコンサルティンググループが実施した調査がある。いまの保健大臣はコスト分析にとっても興味をもっていて、病院の TQM プロジェクトが大臣の出身州で行われることになった。

(調査団) 病院で TQM を実施することで、各部署の作業量が標準化されれば作業環境が改善され、コスト分析も行いやすくなる。実際にかかっているコストのデータを示せれば、本来あるべき資源配分とのギャップを明らかにできる。コスト分析を実施する病院の候補としてはペラデニヤ大学病院を考えている。

(世界銀行) ペラデニヤだと教育省からきた大学教員である医師と保健省から来た医師がいるので、二者の間をうまく調整しないとイケないので難しいのではないかと。

院のほうが実施しやすいと思う。また、キャンディだと遠くてコロomboとの往復に時間をとられるので、なるべくコロombo近辺の病院を選んだほうがいい。例えばコロombo南総合病院はいい候補になる。

(調査団) 自動車保険の導入のための調査も検討している。

(世界銀行) この国では、救急医療の質がとても低く、救急で病院に行っても医師がいない。自動車保険の問題は多くの関係機関があるので、まとめるのが大変かもしれない。

2004年9月11日(土)

① 時間：9:30～10:00 場所：スリジャヤワルダナプラ総合病院 (SJGH)

目的：調査内容協議

出席者：Dr. D.L.de Lanerolle スリジャヤワルダナプラ病院院長

Dr. L.U.C. Kueuavag スリジャヤワルダナプラ病院副院長

日本側：長谷川団長、内田団員、半田団員、葦田団員、笹田団員、興津専門家、小林 JICA 事務所員

議事：

(調査団) フェーズⅡではスリランカ保健セクターの高コスト体質をより明確にするため、コスト分析を1つのコンポーネントとして検討している。昨日、保健大臣に面談したが、医療費を患者に知らせることの意義をよく理解していた。

(院長) 明確な保健政策がないなかで、SJGHのような半独立病院にとっての政府補助金の意味合いが不明瞭なままである。病院予算は毎月各部署から職員が参加する委員会で決定し、支出を抑制するように計画し、余った場合は他部門に回して再配分している。

(調査団) 実際にかかっているコストと、患者から徴収する額はどう決めているのか。

(院長) 政府からの補助金は職員給与に使われ、患者から集めたfeeは病院サービスに使われる。だいたい補助金が収入の4割、user feeが6割となっている。以前あった無料病床はなくなり、一般病床と特別病床に分かれている。特別病床ではかかったサービスすべてを患者から徴収するが、一般病床では大規模手術、小規模手術といった症例ごとに標準化されたfeeが設定されている。

特別病床での手術は午後4時以降に行われ、医師や看護師などは他の病院から夕方 SJGH に来て手術を行い、夜中まで施設を活用している。有名な医師が執刀するとfeeが高くなり、看護師もケースごとに決まった金額を臨時収入として得られるようになっている。

(調査団) 保健大臣はコスト意識を国民にもたせることに理解を示したが、この病院のシステムを他の公立病院に導入するのは可能だろうか。

(院長) アイデアとしては素晴らしいが、現実とのギャップはとても大きい。

(調査団) フェーズⅠを実施していた3年前はuser feeのことを話題にするのも難しかったが、今回は議論ができるようになり HMP の教育効果が出ているように感じている。フェーズⅡではコスト分析を行いたい、優秀な会計士はどうやって確保したらいいのか。

(院長) SJGH には会計士3名、簿記係2名がいるが、公立病院の会計士は公認会計士ではないので、プロジェクトユニットを設置して医師や看護師とともに会計知識を学ぶことから始めてコスト分析を実施したほうがいい。会計学やコストについての知識を研修するとしても、まず医師や看護師を教育すべきだ。彼らの協力がないとプロジェクトはうまく動かない

と思う。

最近、銀行出身の新しい理事長が就任したので会うと参考になると思う。

② 時間：10:30～11:40 場所：キャッスル・ストリート産婦人科病院（CSHW）

目的：調査内容協議

出席者：Dr. K. K. W. Karandagoda CSHW 病院院長

日本側 長谷川団長、内田団員、半田団員、葦田団員、笹田団員、興津専門家、小林 JICA 事務所員

議事：

1. 質疑

（調査団）フェーズⅡではコスト分析を1つのコンポーネントとして検討しているが、それと TQM をどうリンクさせればいいのか。

（院長）この病院の職員はコスト分析に取り組む意欲を十分にもっており、世界銀行プロジェクトのなかでコスト分析をすることが決まっている。予算は50万円程度と少ないが、帝王切開や通常分娩など医療サービスから光熱費まで病院サービスに必要なあらゆるユニットコストを算出する。コロombo大学にはコスト分析の研修を行っている教室もある。

病院でコスト分析を始めるには中間管理職から研修を始めることが重要で、その後各部署から10人程度を選び徐々に主要スタッフへと研修を拡大し、研修はコスト意識を高めることと技術向上を組み合わせた内容にする。研修では保健経済学をまず教え、薬の供給プロセスや資本コストと減価償却といった基本知識を身につけられるようにした。

「Quality management unit」を院内に既に設立し、そこをコスト分析センターと位置づけている。各病床では1か月にどれだけ費用がかかったかを計算しており、例えば各患者に1週間に処方する薬の名前、量、回数などを分かりやすく書いた drug chart にも単位原価を記入して全体費用が計算できるようにしてある。

各病棟にいる医師が患者登録から院内のあらゆるサービス供給に必要な時間についての time study も実施済みである。

2. 院内視察

院内の倉庫を見学し、伝票や消耗品類が5S運動で整理整頓されて保管されている状況を確認した。

3. 参考資料

Quality and accreditation in health care services, WHO, 2003

2004年9月13日（月）

① 時間：9:00～10:00 場所：中央州保健局（キャンディ）

目的：調査内容協議

出席者：Dr. S. Siriwardena 中央州保健局長（PDH）

Dr. Driyantha Hewage 中央州副保健局長（DPDH）

Dr. L. B. H. Denuwara キャンディ県副保健局長（DPDHS）

Dr. Gamini Seneviratne スワラエリア県副保健局長 (DPDHS)

Dr. Gamini Jayakody 中央州コンサルタント (専門医) Community Physician

日本側：長谷川団長、内田団員、半田団員、葦田団員、笹田団員、興津専門家、小林 JICA 事務所員

議 事：

(調査団) マスタープラン (HMP) についてどの程度知っているか。

(PDH) マスタープランは保健局に届いており既に読んだ。現在、県保健計画を作成中だが、HMPの枠組みのなかで、その内容を参考にしながら計画を策定している。地域の精神保健プログラムを策定中で、メンタルクリニックと基幹病院をリンクさせようとしている。

現在、病院機能の再分類の作業が進行中で、基幹病院 (Base Hospital) を県総合病院 (District General Hospital) にアップグレードしようとしている。今までは患者がキャンディ総合病院とペラデニヤ教育病院に集中していたので、県総合病院に母子健康 (MCH) 関連の診療科ができることは好ましい。

(調査団) 1次レベルの病院が利用されていない理由についてはどう考えているのか。

(PDH) 同じレベルの病院でも病床利用率は30%から100%までばらつきがあり、利用されていない病院に無理に患者を押し込むわけにはいかない。ただ、最近では手術後2～3日たてば専門医の判断で下位レベルの病院にリファーするようになってきている。

ここでは病院から遠い地域を対象に、移動レントゲン車や移動検査室などを利用して訪問診療サービスを行っている。こういった地域保健の活動には車がとても重要だが、もう15年も使っている古い車両が多く、数も足りない。JBICのSIRUP IIが実施に向かっており会合にも出席したが、このプログラムでは車両は供与されない。JBICのプログラムは独自の基準で中央レベルで内容が決められており、JICAプロジェクトのように調査団と直接話し合っ内容と一緒に決めていくようなプロセスがとられていない。各県レベルの特有の保健の問題をもっと考慮してほしい。

## ② 時間：10:00～11:00 場所：キャンディ総合病院

目 的：調査内容協議

出席者：Dr. M. G. D. Samarasingha キャンディ総合病院院長

Dr. W. G. A. Dissanayake キャンディ総合病院副院長

Dr. N. M. M. Iqbal キャンディ総合病院感染症対策・生産性向上部門医師

Mr. B. M. S. Basnayak キャンディ総合病院事務職員

日本側：長谷川団長、内田団員、半田団員、葦田団員、笹田団員、興津専門家、小林 JICA 事務所員

議 事：

(調査団) マスタープラン (HMP) の内容についてどの程度知っているか。

(院 長) HMPは中央でやっていたことなので詳細な内容は知らないが、現在策定中のこの病院のマスタープランにHMPの内容が反映されている。キャンディ総合病院の特徴は、腎移植ができるなど専門性が高いため南部の州だけでなくアンパラなど東部からも患者が受診することで、策定中のマスタープランは患者の主な出身地である8つの県を対象にした地域保健医療計画になる。単科の専門病院や民間病院がたくさんあるコロンボと違い、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、患者も病床数も年々増加し(2,084床)ている。病床利用率が125%になることもあるほど患者は増えているが職員が足りなくて困っている。

(調査団) もしフェーズⅡの調査のなかで、この病院で会計士などとともコスト分析の調査を行ったら、病院運営に寄与するか。

(院長) 疾病構造が変わり高コスト医療サービスが増えてきたため、限られた資源をいかに活用するかということが病院にとっても重要であり、1人の患者の治療に年間にいくら必要なのかを既に病院独自に算出し、専門のユニットが既にできている。特に、コストの高い外科手術の需要が増えているため、院内の資源配分を適正にするためにも、コスト分析が重要であると認識している。この病院ではきちんとした研修などせずに、職員にいきなりコスト分析をやらせたが、もし専門家と一緒にコスト分析ができれば非常に有益である。

病院の支出を減らすため、食事など医療部門以外のサービスは既に外注している。またオーストラリアから集中治療室(ICU)用のベッドを供与されたように、海外からも支援や寄付を受けることもある。ここには貧しい人も多いが、病院の医療費を払える人もたくさんいる。ただし、user feeを制度として導入することは政治的に難しいと思う。

### ③ 時間：11:00～12:00 場所：ペラデニヤ大学教育病院

目的：調査内容協議

出席者：Dr. Mrs. Chandra Gunathilake ペラデニヤ大学教育病院院長

Dr. Mrs. Anver ペラデニヤ大学教育病院副院長

日本側：長谷川団長、内田団員、半田団員、葦田団員、笹田団員、興津専門家、小林 JICA 事務所員

議事：

(調査団) JICAはマスタープラン(HMP)の実施を支援するためにフェーズⅡ調査を実施する。フェーズⅡのなかでは医療サービスのコスト分析を実施しようと検討している。

(院長) 現在の病院運営の大きな問題は、疾病構造の変化で年々高コスト医療になり多くの予算が必要なはずなのに、経済状況がよくないためにむしろ予算額が減っており、そのギャップが年々拡大していることだ。ここは教育病院なので、他の医療機関のモデルになるように標準化されたサービスを提供しなければならず、限られた資源で最大限のアウトプットを出せるよう常に努力している。この予算は、教育省からは大学職員の給与のみで、機材や医薬品など病院サービス予算はすべて保健省からくる。

(調査団) もしフェーズⅡ調査のなかで、この病院でコスト分析のためのワークショップを行う場合、どの部門のスタッフが参加すべきか。

(院長) 事務部門と、各診療科の責任者がまず参加し、その後に看護師などに徐々に拡大するのが望ましい。あまり部門を広げず1～2部門だけ選んで実施してもいい。

(調査団) また、この病院で会計士などとともコスト分析の調査を行ったら、病院運営に寄与するか。

(院長) 会計士よりエコノミストが必要だ。病院の会計士は公認会計士ではないので、コストが何かといった概念が理解できない。会計士よりも医療統計分析の専門家のほうがむしろ必要だと考える。新卒の医師をそのチームに入れ、会計の知識を学ばせるのもいい。

(調査団) この病院に有料ベッドはあるか。

(院長) ここにはない。もし有料ベッドをつくっても、そこで得た収入は国庫に納めなければならぬので、病院運営には寄与しない。医療費無料制度というが、無料というのはだれかがコストを負担している、ということ認識すべきだ。

④ 時間：16:30～17:30 スリジャヤワルダナプラ総合病院理事長 (JICA 事務所にて)

目的：調査内容協議

出席者：Mr. A. Sarath de Silva スリジャヤワルダナプラ病院理事長

Dr. L. U. C. Kueuavag スリジャヤワルダナプラ病院副院長

日本側：長谷川団長、内田団員、半田団員、葦田団員、笹田団員、興津専門家、小林 JICA 事務所員

議 事：

(理事長) セイロン銀行の頭取を経て、4か月前にスリジャヤワルダナプラ総合病院 (SJGH) 理事長に就任した。民営化はせずに病院の運営効率を高める努力を行っており、最近コンサルタントに病院サービスの価格設定や費用など財務部門の分析を発注した。3か月で調査は完了する。SJGH は総合病院ではあるが、精神科などサービスしていない診療科もいくつかあるので、診療科目数を増やし専門性を更に高めたいと考えている。

(調査団) 債券を発行するなどしてキャッシュフローを改善することは検討しないのか。

(理事長) SJGH は“眠れる巨人”のようなもので、優良な資産があり場所もいいのにマネジメントが悪くて十分に活用されてこなかった。食事サービスを外注化したり、民間セクターとの戦略的協力体制をつくるように経営努力をしている。労働組合や政府に振り回されるより、民間セクターと付き合ったほうが経営のために好ましい。

(調査団) それは自治権の拡大あるいは半官半民のような組織をめざすということか。

(理事長) 銀行にいたときも組合によって経営の邪魔をされたことが何度もあった。SJGH の医師の給与は保健省のグラントからもらっているもので、医師組合の問題を無視できない。SJGH は人件費比率がとても高いので、パフォーマンス・ベースの給与体系にしてもいいと考えている。

(調査団) 他の病院と SJGH を比較して、コストとサービスの質の関係について調査すると面白いと思う。

(理事長) 地方ではコミュニティーが協同組合のようなものをつくって、メンバーから資金を集めて病院を運営する動きがある。地方の1次レベルの病院に患者があまり来ないのは、薬が恒常的に不足し、多くの医師が自分のクリニックでアルバイトしているためだ。薬については、中央集権化されたままの供給システムに問題があり、毎月200万ルピーの薬が期限切れになって無駄になってしまっている。

(調査団) なぜロジスティクスにそれほど問題があるのか。

(理事長) 効率を追求するという概念がないからだ。イギリスのNHS (National Health System) 改革についての本を読んだことがあるが、病院運営には医師は不要でマネジメント専門家が運営すべき、医師も看護師も収入を増やすことを考えて仕事をするべきだと書いてあり、興味深かった。

- (調査団) この国で自動車保険の制度を導入するのは可能だろうか。
- (理事長) 第三者支払い方式を行っている自動車保険会社があるが、補償を受けるまで5～6年もかかってしまうので、導入するなら自賠責保険にするほうがいいだろう。
- (調査団) 保健省でも、患者にコストを意識させるために治療にかかった金額を書いて領収印を押して患者に渡そうという考えがあるが、国民はどう反応するだろうか。
- (理事長) SJGHでは患者が退院する際に渡す diagnosis cardがあるので、そこに患者情報の公開のひとつとして治療費用についても書くといいと思う。
- (調査団) 医療サービスが標準化されずにコスト情報だけ明らかになると、サービスの質の低さとコストの高さのギャップに患者は驚くのではないか。
- (理事長) 医療費無料といっても、だれかがそのコストを負担していることは国民も理解すべきである。
- (調査団) この国で健康保険は導入できるだろうか。
- (理事長) 農民向けの年金制度などあるが、加入率は10%以下とまだ低い。スリランカでは給与所得者が少なく、農民や自営業などインフォーマルセクターから保険料を徴収するのはコストが高くなるので、グループ保険が適していると思う。グループ内で保険料徴収に責任をもたせ、保険加入者は近くの病院で健康保険を利用できるようにする制度がいい。世界銀行が社会保険についての調査をたくさん行っているのだから、参考にするといい。

2004年9月14日(火)

① 時間：9:00～11:00 場所：JBICスリランカ事務所

目的：SIRUP IIの内容確認

出席者：森 三佳 JBIC開発第2部 業務主任

矢向 綾子 JBIC開発第2部

日本側：長谷川団長、内田団員、半田団員、葦田団員、笹田団員、小林 JICA 事務所員

議 事：

(JBIC) SIRUP II (Small-Scale Infrastructure Rehabilitation and Upgrading Project II) は保健・教育セクターを対象とし、今後3年間で総額158億円、2年間だと100億円の予算で、保健セクターだけだこの半分の金額になる。ただし、財務省が予算を減らす方向にあり、現在2005年度分の予算は作成しているが、当初予定していた2006年度分は予算が切られてしまう可能性もある。融資の対象となる病院は200か所程度になる。

(調査団) フェーズIで策定したマスタープランの影響で、各病院レベルでは保健財政の問題、コスト分析やuser feeについての議論ができる雰囲気ができていると今回の調査で実感している。この国では3次病院に患者が集中し1次病院は利用されていないことが多いが、SIRUP IIで対象としている地方病院が、本当に機能しているのかきちんと確認すべきではないか。

(JBIC) 地方には医師が行きたがらないので、病院を支援する場合も本当の僻地であれば医師用の住宅も建設するようにしている。SIRUP IIの対象病院に医師が本当に赴任し定着するかモニターし、未達成であれば資金を支出しないくらい厳しい条件をつけないといけないと考えている。ただし、財務省のなかにPMU (Project Management Unit) ができている関係から、保健省や州保健局から定期的に現場の情報を吸い上げるのは難しい。

(調査団) フェーズⅡでは5S活動による業務改善運動を各地の病院で実施することを想定している。5Sで初めに入るのは医療廃棄物の部門になるので、SIRUPⅡで病院に医療廃棄物処理を義務づけることはできないか。5S導入が完了した段階で、産業廃棄物を入れられると好ましい。

どこの病院でも機材のメンテナンスがきちんとしておらず、機材が壊れると、修理できず放ってあるものがとても増えているが、機材供与についてはどのように考えているのか。(JBIC) 機材の性能からみて壊れにくいものを選んでおり、壊れやすいものや高価なのは、SIRUPⅡでは選んでいない。

② 時間：16:00～17:00 場所：世界保健機関（WHO）

目的：表 敬

出席者：Dr. Kan Tun WHO Resident Representative

Dr. Palitha Abenkwn WHO, ex-Director

Dr. Thushara Fernamdo NPO

Dr. Tissera NPO

Dr. Wartharajah Consultant, Health Economist

Dr. Samarage Director (Organizational Development), MOH

日本側：長谷川団長、内田団員、半田団員、葦田団員、笹田団員、興津専門家、小林 JICA 事務所員

議 事：

(調査団) フェーズⅡはマスタープランの実施を促進するための支援で、政治問題になりにくい分野を取り上げようと考えている。具体的には医療サービスのコスト分析や、病院の業務改善、交通事故の患者の治療にかかる費用の調査といった分野を検討している。

(WHO) コスト分析を行うことはこの国では大変意義がある。無料の医療サービスをいまだに行っている国は世界でもほとんどない。交通事故に関しては、Macroeconomics and Health 委員会がいいカウンターパートになるだろう。交通事故の被害はどんどん増えており、どの病院でも事故による外傷患者の比率が上がっている。交通事故が起こる原因は保健セクターと関係ないものだが、患者は保健セクターが治療しなければならないので、大きな負担になっている。

(調査団) フェーズⅡでは、交通事故はコストの問題としてとらえている。交通安全対策といった多くの関係組織がかかわる事故の予防についてのテーマまでは扱えない。

(保健省) JICA が扱うテーマ以外で優先して取り組まないといけない分野は、狂犬病対策、アルコール依存症、人材育成の分野である。狂犬病やアルコール依存症はコスト分析の対象にもなり、人材育成では特にパラメディカルが不足している。

(調査団) WHO が提案している Life Course Approach や Safe Community Initiative に大変興味をもっており、フェーズⅡの NCD 対策のなかでそのアプローチを生かしたいと考えている。日本は世界一の平均余命を誇る国だが、それゆえに NCD の問題が深刻で、過去に保健対策で成功したゆえに現在大きな問題を抱えているという点では、スリランカと似ている。

Life Course Approach は、同じ年代の人々が同じ疾病にかかる背景に胎児の段階からの成育環境が影響しているため、異なる年齢グループごとに適切な予防的措置を行うことが成人

してからの病気を防ぐために不可欠というアプローチ。ただ、世界銀行のプログラムのなかでNCD対策を取り入れるという情報もあるので、そうするとJICA調査ではNCD対策はできなくなる。

(WHO) 世界銀行がNCD対策を行うとしても、それだけではスリランカの問題を改善するにはとても足りないと思う。スリランカの1人当たり保健予算はわずか30ドルしかなく、このような低い所得レベルの国がNCDと闘うのは大変である。

2004年9月15日(水)

① 時間：9:00～10:00 場所：保健省

目的：調査内容協議

出席者：Dr. Terrence de Silva DDG (Medical Services), MOH

Dr. Palitha Mahipala Director (Tertiary Care Services), MOH

日本側：長谷川団長、内田団員、半田団員、葦田団員、笹田団員、興津専門家、小林JICA事務所員

議事：

- ・フェーズⅡの実施体制について

DDG (Planning) が調査全体を統括し、コスト分析と交通事故対策はDDG (Medical Services : MS)、TQMはDirector of Tertiary Care Serviceが担当する。

- ・コスト分析を行う病院

キャンディ総合病院やペラデニヤ教育病院もいいが、コロombo南病院もいい候補になる。コスト分析についてはスリランカでも講義が行われているが、実際に現場でコストを算出しようとするとうまくできないことが多いので、JICAによって実務的な技術が身につくようなパイロットプロジェクトが実施されることは有用だと考える。

- ・WHOによるTQMプロジェクト

対象としている27の病院は各Divisionごとに全国にある主要病院であり、いくつかは中央州にある。CSHWのDr. K. K. W. Karandagoda院長がプロジェクトのトップになっており、CSHWで3日間の研修が行われる。

- ・PGIMでのコストニングの講義

コロombo大学の中にあるPost Graduate Institute of Medicine (PGIM)では医療行政を学ぶコースがあり保健省職員や各州保健局の職員も派遣され修士号を取得しているが、このコースのなかにコストニングの講義を入れると、コストの問題が重要であることを理解したresource personsが増え、コスト分析についての基本認識を広く浸透させることに役立つ。このコースの教科書はDDG (MS)のオフィスにあるので参考にするといいい。

② 時間：15:30～17:30 場所：保健省

目的：調査内容協議

出席者：Dr. A. Kahandaliyanage Director General of Health Services

Dr. Tennakoon DDG (Planning)

Dr. Stanley Silva DDG (Education, Training & Research)

Dr. Terrence de Silva DDG (Medical Services)

Dr. Ajith Mendis DDG (Laboratory Services)

Mr. Jayathilaka DDG (Bio Eng.Services)

日本側：長谷川団長、内田団員、半田団員、葦田団員、笹田団員、興津専門家、小林 JICA 事務所員

議 事：

(保健省) GMOA の関心は curative な分野にあり、HMP をどう実施するのかに関心がある。全体交渉の 4～5 割は終わった段階で、確実に年内には交渉は終了し、その後閣議の承認を取り付け白書にするには更に半年ほど必要だと思われる。遅くとも来年の 5～6 月には国家計画として文書化されていると思う。

(調査団) フェーズ II の保健省内での実施体制はどうなるのか。

(保健省) このプロジェクトは保健省全体で実施、DDG (Planning) がプロジェクトの責任部署になるので、Planning の職員を増やすことは検討する。Steering Committee は次官が議長となりメンバーは議長が決めることになるが、財務省など他の関係省庁も参加することとしたい。

(調査団) NCD の予防計画については、“Good Health at Low Cost Again” をスローガンにして evidence に基づいた包括的な予防計画をつくりたい。

(保健省) 各地方で District Health Plan を現在策定中で 10 月までに 5 年計画をつくることになっており、そのなかでも予防については計画をつくる。

(調査団) フェーズ II で策定しようとしている予防計画は、Life Course Approach など新しいコンセプトに基づいてつくられるので、既存のものとは違う。

(保健省) 精神保健、特に自殺、またアルコールや麻薬の問題もスリランカでは深刻だが、そういう分野はフェーズ II では取り上げないのか。

(調査団) 精神保健の重要性は理解しており、キャンディを訪問した際も州保健局で精神保健対策について話を聞いた。ただ今回は、高コストだが治療可能な主要疾病を対象にコスト分析や予防策を検討するので、そういう観点からすると精神保健は優先順位が低くなる。

(保健省) 人材育成についてのコンポーネントはないのか。

(調査団) 全体で総花的に人材育成を行うより、コスト分析や病院の業務改善といった限定した分野で確実に役立つ技術を身につけてもらうことが重要だと考えている。基本のユニットができれば、そこでの経験・技術を他の組織に移転できる。

(保健省) 保健省職員に PGIM などでコストについて勉強させ、今後のコスト分析の作業に実際に参加させるといい。そうやって resource persons を少しずつ増やしていけばデータの蓄積も増えていく。PGIM でコストの講義を実施することについては、管轄しているコロombo 大学医学部長と交渉する必要がある。

(調査団) フェーズ I では Financing についてのテーマは政治問題になってしまったが、フェーズ II で対象とする分野は問題ないだろうか。

(保健省) 言葉を少し変えればいいと思う。“Alternative Financing”ではなく“Accident Insurance”にするのはどうか。

(調査団) 了解した。全体の調査名についても「Evidence Based Management for Health System of Sri Lanka」にすると調査の内容をよく反映して分かりやすいと思う。

2004年9月20日（月）

① 時間：9:30～11:00 場所：Union Assurance

目的：調査内容協議

出席者：Mr. Hyder A. Rehmanjee, Director of Union Assurance Ltd.

日本側：笹田団員

議事：

#### 1. スリランカの民間保険業界の動向

スリランカでは1960年代以降、保険会社が国有化された時期もあったが、1986年から民間企業の参入が許可され、現在は14の保険会社がある。民間保険業界は順調に成長しており、徐々に参入する企業数が増えている。各社が生命保険と非生命保険（general insurance）を扱っており、自動車保険はgeneral insuranceの1つである（詳細はInsurance Board of Sri LankaのAnnual Reportを参照）。

#### 2. 自動車保険の現状

自動車保険は強制加入になっており、国民は自動車購入の際に加入を義務づけられている（保険料は年1万ルピー程度）。対物保障は限度額が設定されており、対人保障はもともと無制限だったが、近年の再保険の財政悪化により限度額設定の方向で現在議論が行われている。現在の制度では、加害者の法的責任に対してのみ賠償金が支払われるので、交通外傷の治療費は保険でカバーされていない。一般に、民間病院は自動車保険加入者の治療を嫌がる傾向があるため、事故の被害者は無料で治療が受けられる公立病院に行くことが多い。自動車保険の保険料収入は年々増加しており、各社は十分な利益をあげている。

#### 3. 民間医療保険の現状

逆に、医療保険では各社が莫大な赤字を抱えている。問題は、民間病院の医師が治療費を勝手に水増しして請求することと、入院期間を不必要に長くして多額の治療費を請求することにある。疾病ごとの治療にかかる費用が標準化されていないため、保険会社としても治療費が適正かどうか判断できず、民間病院をコントロールできないことが最大の問題となっている。医療保険の加入者は保険料を会社が負担できる、コロンボ在住の会社員に限定しているが、それでも完全な赤字である。企業の福利厚生として他の保険とパッケージで提供しているので、他の保険の利益でバランスをとっているのが実情である。日本やタイがどうやって民間病院をコントロールしているのか、経験を教えてほしい。

#### 4. 交通事故対策の課題

われわれ保険業界は今までに交通事故対策のキャンペーンも実施し、警察当局との話し合いも重ねてきたが効果がみられなかった。最大の問題は交通事故に対する法的な処罰があまりに軽いことにある。複数の人が死亡するような、よほど重大な事故を別として、大抵は5,000ルピー程度の罰金で済んでしまうため、人々の罪の意識も薄い。警察は交通事故を隠したがるし、政治家も利益にならないのでこの問題に触れたがらない。ドバイの保険会社で10年近く勤務した経験があるが、ドバイではライトを点灯しないだけで6か月の免許停止になるし、警察の事故記録を発行してもらわないと入院もできないような厳正なシステムが運

用されており、アメリカに行ったときもドライバーが事故を起こさないように慎重に運転しているのを見て驚いた。スリランカでは何より、法務省に働きかけて刑罰を重くすることが最優先だと思われる。

JICA 調査で交通事故に関する保健セクターの問題点を改善していくことは意義があり、保険業界としても最大限協力したいと考えている。

② 時間：15:00～15:30 場所：キャッスル・ストリート産婦人科病院（CSHW）

目的：TQM に関する調査内容協議

出席者：Dr. K. K. W. Karandagoda, Director of CSHW

日本側：笹田団員

議 事：

1. WHO National Quality Assurance Program について

対象病院は 23 あり、年内に全病院で 5S の導入は終了する予定である。ただし WHO の予算が 2004 年分 6,000 ドルしかなく、各病院に Quality Management Unit を設立するための予算（机、いす、コンピューター、キャビネット、ゴミ箱など 1 か所 25～50 万ルピー程度）と、今後 TQM へと活動を継続していく予算が不足するので、JICA に支援してほしい。WHO は 6～8 病院を選んで小規模なプロジェクトにしたいと考えているが、私は将来的には基幹病院より上位の約 60 の主要病院すべてで 5S / TQM を実施したいと考えている。

2. 各病院を対象とした Awareness Program の内容

2 日間に半日のセッションを 4 回連続で行う。1 回目はリーダーシップ研修でコミュニケーション技術を学び、2 回目は日本の 5S 活動の病院への導入例として当病院を見学してもらい、3 回目は病院におけるサービスの質向上について学び、4 回目は各病院での質向上のための活動継続とモニタリングシステム確立手法について学んでもらう。このプログラムの受講者が各病院で 5S 導入活動を行っていく。

③ 時間：16:00～17:00 場所：保健省

目的：TQM に関する調査内容協議

出席者：Dr. Palitha Mahipala, Director of Tertiary Care Services（保健省 Quality Secretariat 責任者）

日本側：笹田団員

議 事：

1. WHO National Quality Assurance Program について

このプログラムの対象病院は、基幹病院より上位レベルの病院を各 Division から 1 か所選択した。CSHW のような単科病院だと実施しやすいが、総合病院の場合は診療科を選んで 5S を導入するようにしている。各病院から選ばれたスタッフが CSHW で 3 日間のリーダーシップ・セミナーを受講してから各病院に帰って 5S を実践している。現在行っている 5S は整理整頓が中心で、本当のサービスの質向上につながっているわけではないので、何とかして TQM の段階まですべての病院をもっていきたいと考えている。ただし、WHO の予算は今年で終わってしまう予定で、保健省としては来年の予算も獲得すべく努力するが、もともと金額が少ないこともあり、JICA に支援してほしいと考えている。

特に 5S の定着が進んでいる病院、CSHW、De Soysa、Lady Ridgeway、KarapitiyaTH、MataraGH、BadullaPH、Peradeniya TH については、ぜひ来年から JICA に支援してほしい。

対象病院では既にベースラインサーベイを実施しているのので、1～2年後にパフォーマンスを確認する調査を実施する。

世界銀行の病院コンポーネントは TQM だけでなく、5年間で病院サービスの再定義や Best Practice Guide を策定するものなので、内容がより幅広くなっている。

## 2. 保健省による Performance Appraisal

保健省直轄の 21 病院（リストは収集資料にあり、11 病院は WHO プログラムと重複）対象に、病院の生産性を図る 9 つの指標によって活動を 4 半期ごとに評価する作業が進められている。

2004 年 9 月 21 日（火）

① 時間：14:30～15:10 場所：Post Graduate Institute of Medicine, University of Colombo (PGIM)

目的：表敬、調査内容協議

出席者：Prof. Lalitha Mendis (Microbiology), Director

日本側：笹田団員

議事：

### 1. PGIM の目的、内容

長らく英国に留学して行ってきた医師の卒後教育を国内でも行えるようにするため、1976年にコロンボ大学の中に設立された組織で、専門医など質の高い保健医療従事者の育成を目的としている。法医学、地域医療、微生物学、内科学、外科学、小児科学など現在 19 の学部があり、修士課程の在籍者は 278 名（2003 年）である。1980 年以降の修了者数は 3,800 名を超える。

医療行政 (Medical Administration) 学の修士課程には、中央保健省及び各州の保健局の職員が毎年 20 名前後在籍し、マネジメント全般や病院管理についても学んでいる。

### 2. Costing Module 設置について

私自身スリジャヤワルダナプラ病院の理事会のメンバーでもあるので、コスト分析の重要性はよく理解している。医療行政学のコースでコスト分析を教えれば、コスト問題や財政の重要性を理解した保健行政職員が全国にいきわたることになり、貴重な人材となると思う。

新たにコスト分析のモジュールを設置することは賛成だが、現在いる講師のなかには教えられる者がいないので、まず日本の講師がコスト分析について講義をすることが必要となる。医療行政学部長 (Dr. Manil Fernando) や経済や財政の分野に強い講師と、TOT の内容について具体的に相談してほしい。保健大臣がコスト問題に興味を示していることで、保健省の協力も得られやすいのではないかと。

また、JICA がフェーズ II 調査で実際に病院で行うコスト分析の作業に、ここの学生をぜひ参加させたい。ただ講義でコストについて学ぶだけでなく、病院でどれだけ医療サービスにコストがかかっているかを現場で見ることで、学んだことがより身につくと思う。

② 時間：15:30～17:00 場所：Alcohol and Drug Information Center (ADIC、NGO)

目的：フェーズⅡ調査の情報・教育・コミュニケーション (IEC) 活動について協議

出席者：Ms. Kumari Welegedarh, Programme Officer (media)

日本側：笹田団員

議事：

1. プロジェクト全体のコーディネート

フェーズⅡで調査する4分野全体を理解したうえで、IEC戦略を練るコーディネーターを1人選任し、その指示の下でセミナーを実施したり、教材・ビデオを作成したり、テレビCMを流すといった個別の活動を行うほうが、より大きな効果をあげられると考える。

2. フェーズⅡで行うソーシャルマーケティング

NCDといってもタバコ・アルコールの問題から、栄養、ストレス、交通事故、糖尿病などそれぞれ専門に活動しているNGOがスリランカにはあるので、NCDのなかから優先分野を選んだうえで、その分野で実績のある組織に協力を要請することが望ましい。そのうえでセミナー・ワークショップを開催したり、ブックレットを作成したり、メディアを使ったキャンペーンを展開する。

2004年9月22日(水)

① 時間：9:30～11:00 場所：JICAスリランカ事務所

目的：調査内容協議

出席者：Mr. Camillus. R. Abeygoonewardena, Security Consultant, JICA Sri Lanka Office

日本側：笹田団員

議事：

1. スリランカでの交通事故の現状

交通事故による死者は年々増加しており、1950年代には年間200人程度だったのが、2002年には2,029人も犠牲者がでるようになった。しかも交通事故の約25%は報告されていないといわれている。特に飲酒運転や麻薬常習者などは示談で済ませようとし、保険会社も競争が激しくなっているので、加入者へのサービスを優先し事故現場で賠償金支払いの手続きを済ませ、警察へ報告しないことがある。自動車保険の問題点は、賠償金の支払いまでに年単位の時間がかかることである。

一般に事故現場での目撃者が少なく、目撃したとしても裁判に関与すると結審まで2～6年ほどかかるため、警察や裁判所に行く手間を嫌がって証言しない人が多い。死亡事故でも約5,000ルピーの罰金で済むことが多く、よほど悪質な事故でないかぎり懲役刑(最長6か月ほど)にはならない。免許停止など制度としてはあるが、実際に免許になるケースは少ない。

死者のうち4割が歩行者であり、自動車に乗っている富裕層が、路上の歩行者や自転車に乗っている人々を(社会的に)低く見て、はねても罪の意識が薄く恥とも思わないという傾向が見受けられる。

また、自動車免許は18歳以上が取得できるが、自動車教習所は監督官庁がなく、民間業者あるいは教官個人が金儲けのために運営しているのが実情で、路上実習のみで運転マナーや交通安全の知識などは全く教えられていない。授業料収入を増やすため、ごく短期間で生徒

を卒業させている。

## 2. 交通事故対策の現状

スリランカでは過去20年紛争が続いてきたため、政府は民族紛争対策に注力し続け、交通事故対策の優先順位はずっと低いままだった。運輸省が中心になった National Road Safety Council が議論を重ねているが、今までの実績は皆無に等しい。警察やロータリークラブが交通安全のキャンペーンは実施しているが、大きな効果はでていない。

道路交通法の改正案を現在提出しており、死亡事故の罰金を1万5,000ルピーに、無保険で運転した場合の罰金を5,000ルピーに、また事故時のスピードに応じて罰金を高くするといった内容になっており、来年中には実施されることを期待している。

アジア開発銀行（ADB）の道路案件で歩行者専用道路を造るプロジェクトが行われており、世界銀行も交通安全対策を含んだ道路案件に興味をもっている。こうした案件は Road Development Authority（RDA）が担当している。

また、Moratuwa 大学 Civil engineering 学部の Amalkamarage 教授がこの分野の研究を続けており National Transport Council の議長でもあるので、JICA 調査で協力を依頼するといひ。

### ② 時間：13:00～14:00 場所：保健省

目的：表敬、NCD 予防対策の調査内容協議

出席者：Dr. Mrs. Lakshmi Somatunga, Director NCD

日本側：笹田団員

議事：

#### 1. National Policy Framework on Injury Prevention について

保健省が他省庁と共同でこのアクションプランを策定するにあたり、あらゆる unintentional injury を扱ったが、そのなかでも交通外傷が最も多く3割以上を占めている。外傷予防の問題点は、関係機関が多いため協力関係が形成しづらいこと、法律があっても適正に遵守されていないこと、罰金が安いま見直しが行われていないこと、外傷に関するデータの整備が不十分なこと、人々の関心が薄いこと、などがあげられる。そのため、National Policy のなかでは、関係機関の協力体制構築、市民の外傷予防への参加促進、法律の実効力強化、事故サーベイランスシステムの改善を含む情報システム強化、ハイリスクグループを対象にした予防策実施などを戦略とした。6省庁と大学、市民団体なども参加して The National Committee on Prevention of Injuries（NCPI）が形成され、交通外傷については保健省、警察、運輸省が中心になって推進することになっている。

交通事故によるスリランカ社会全体の損失をできるだけ減らしたいと思っているが、交通外傷についての研究は少なく、特にコストについての分析はスリランカでは行われていないので、JICA がフェーズⅡでコスト分析を行うことは大変意義がある。交通事故対策としては、自動車教習学校のカリキュラムを整備し、運転マナーや安全教育をドライバーに教えることをまず実施したいと考えている。

#### 2. Prevention Policy

世界銀行の SLHDP で行う NCD の Risk Factor Survey には交通外傷は含まれていない。各

州保健局から中堅のMO (medical officer) を1人選任し、タバコ、アルコール、食事、運動の各面からのリスクについてデータを集め、血圧や身長なども調べてデータベースにしたい。世界銀行のプロジェクトではデータベース化するところが含まれていないので、この部分をJICAに支援してほしいと考えている。また、できれば5年ごとに調査を実施して、持続性のあるシステムとして確立したいと思っている。

また都会と地方とで3,000くらいのサンプルを対象に、サンプル調査も行いたい。予防対策で自分が行っている活動としては、学校でのhealth clubづくりがある。地方の学校約50か所で既にトレーニングを実施しており、また青年向けタバコ抑止活動も既に行っている。

フィンランドが12年かけてNCD抑制に成功したと聞いているので、そういった例も参考にしたいと考えている。

③ 時間：15:00～16:00 場所：日本スリランカ技術文化協会 (JASTECA)

目的：TQMについての調査内容協議

出席者：Mr. Nimal Perera, Treasurer of JASTECA

Mr. Mahinda Saranapala, Consultant

日本側：笹田団員

議 事：

・5Sの病院への導入・評価方法

JASTECAは企業・工場などの生産現場に主に5Sを導入してきたが、病院でも経験がある。病院は企業と違い、患者への対応に忙しく、職員が物理的に5Sに集中できる時間が限られるので、企業なら定着に6か月かかるのところ、9か月くらいは必要だと思われる。5Sがどの程度定着しているかは、54の評価項目をチェックすることで約90分あれば評価できる。WHOのプロジェクトで5Sを導入した病院に関しても、どの程度5Sが定着するかは病院により格差が生じるはずなので、まず評価を行ってから、各病院の活動プログラムをつくるのが望ましい。またJASTECAは全国に協力企業があるので、そこから各地方の病院に行き指導してもらうことも可能である。

12. ローカルコンサルタントリスト

ローカルコンサルタントリスト

組織名	事業内容・実績	コンタクト先
<p>日本スリランカ技術文化協会 (Japan Sri Lanka Technical &amp; Cultural Association: JASTECA)</p>	<p>1983 年設立された(財)海外技術者研修協会の同窓会組織。工場、企業、銀行、プランテーションなどへの豊富な 5S 導入実績あり。協賛会員としてコンサルタント多数を擁する。</p>	<p>Sri Lanka Japan Cultural Center No.4, 22<sup>nd</sup> Lane, Colombo 3 Tel/Fax 94-11-449-057 Web: <a href="http://www.jasteca.lk">www.jasteca.lk</a></p>
<p>Alcohol and Drug Information Center (ADIC)</p>	<p>スリランカ最大の NGO の 1 つで、NCD 対策の中でも主にアルコールとタバコ問題を扱っており全国で活動を展開している。印刷工場やビデオ編集スタジオも所有し IEC での実績豊富。</p>	<p>40/18, Park Road, Colombo 5 Tel 94-11-258-4416 Fax 94-11-250-8484 E-mail: <a href="mailto:info@adicsrilanka.org">info@adicsrilanka.org</a></p>
<p>Post Graduate Institute of Medicine (PGIM)</p>	<p>1976 年設立、コロンボ大学内の医師卒業研修のための教育機関。保健省及び州保健局スタッフ向けの医療行政学修士課程で病院管理等のコースあり。</p>	<p>160 Norris Canal Road, Colombo 7 Web: <a href="http://www.cmb.ac.lk/pgim">www.cmb.ac.lk/pgim</a></p>
<p>MG Consultants</p>	<p>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 1 調査で KAP 調査を実施している。</p>	<p>No.66/4 Havelock Road, Colombo 5 Tel 94-11-598-137 Mr. George Wijesuriya</p>

### 13. 事業事前評価表

## 事業事前評価表（開発調査）

作成日：平成 16 年 11 月 15 日

担当グループ：人間開発部 第 3 グループ

<b>1. 案件名</b>
スリランカ国 保健システム管理強化計画（開発調査フェーズⅡ）
<b>2. 協力概要</b>
<p>(1) 事業の目的</p> <p>2003 年 11 月に終了したスリランカ国保健医療制度改善計画（開発調査フェーズⅠ）で策定された保健マスタープラン（HMP）の実施を促進するための技術的支援を行う。</p> <p>(2) 調査期間</p> <p>2005 年 2 月～ 2007 年 1 月（24 か月）</p> <p>(3) 総調査費用 約 1.8 億円</p> <p>(4) 相手先協力機関</p> <p>保健・栄養・ウバ州開発省</p> <p>(5) 計画の対象（対象分野、対象規模等）</p> <p>1) 調査対象：スリランカ国全土</p> <p>2) 技術移転の対象：保健省、州及び県レベルの保健局職員、公立病院職員</p>
<b>3. 協力の必要性・位置づけ</b>
<p>(1) 現状及び問題点</p> <p>スリランカ国（面積 6 万 2,705km<sup>2</sup>、人口 1,925 万人、1 人当たり GNP 935 ドル）は、社会福祉重点政策をとってきた結果、その所得レベルに比し先進国並みの良好な保健指標（乳児死亡率 11、平均余命 73 歳）を達成・維持してきたが、疾病構造が感染症優位型から慢性疾患優位型へ変わり、その対応のためコストが増大するなかで、税金による医療費無料制度を維持しているため財源不足が深刻になっている。また、縦割りで硬直的な保健行政や病院マネジメントに対する保守的な反応などのため、新たな保健ニーズへの効果的な対応ができないでいる。</p> <p>このように保健医療制度の見直しが求められるなかで、JICA が 2002 年から 2003 年にかけて実施した保健医療制度改善計画（開発調査フェーズⅠ）では、保健セクター改革のための政策・戦略を定めたマスタープランを策定した。同プランでは 5 つの戦略目標の下、個別の疾病対策からリソースマネジメントまで包括的な 77 のプロジェクトを提案した。同プランの実施には保健省の力だけでは不十分であり、プロジェクトの実施のため</p>

のメカニズム検討や保健セクター改革のためのシステム整備を支援するためにも、更なる技術支援が必要となっている。

(2) 相手国政府国家政策上の位置づけ

スリランカでは過去2回国家保健計画を策定しようとしたが、保健省の主体性の不足や政治的理由で内閣の承認を得られずに終わっている。JICAが策定したHMPも、当初は政府系医師組合(GMOA)の合意を取り付けられなかったため、保健省が粘り強く交渉に当たり、2005年には政治的プロセスの下、国家保健計画として承認される予定である。

(3) 他国機関の関連事業との整合性

JICAが策定したHMPはドナーにとっても指針となるもので、各ドナーが今後実施するプロジェクトはHMPの枠内で検討することが、既に合意されている。世界銀行はこの枠内で慢性疾患対策や病院サービス改善、地域保健システム強化、保健省の政策策定能力強化などを目的としたSri Lanka Health Sector Development Project (SLHDP)を2004年から5年間の予定で実施する。慢性疾患対策や病院サービス改善についてはJICAと協調して実施することが確認されている。国際協力銀行(JBIC)は貧困層支援を目的としたプロジェクトのなかで地方病院の整備に融資(予算50億円)することを決定している。開発調査フェーズIIにおいては、これらドナーの資金協力の活用を支援することで、HMPの実施においてより確実な成果を出すこともねらいとしている。

(4) 我が国援助政策との関連、JICA国別事業実施計画上の位置づけ

重点分野「保健・医療システムの改善・整備」の下の開発課題「保健医療におけるガバナンスの向上、政策形成、制度改善」の協力プログラム「保健医療行政支援プログラム」に位置づけられる。

#### 4. 協力の枠組み

(1) 調査項目

1) 5S / TQM 導入による病院における業務改善

[\* 5S / TQM : 5Sは業務環境改善を目的とするマネジメントツールで、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のこと。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、日々実践されるべき活動の最もベーシックな段階のことで、具体的な活動内容として整理、整頓、清潔、清掃、躰の5つをさしている。]

- ① 対象病院の選定
- ② 5S 運動定着度の評価
- ③ 選定病院における業務改善ユニットの編成
- ④ 5S / TQM 活動展開のためのセミナーの開催
- ⑤ 選定病院における5S 運動の展開
- ⑥ 5S 運動の評価
- ⑦ 選定病院における評価指標モニタリング

⑧ 全国展開に向けてのアクションプラン策定

⑨ 外部向けセミナーの開催

2) 保健医療サービスのコスト分析

① 対象病院の選定

② コスト分析のトレーニング用マニュアルの作成

③ 選定病院におけるコスト分析ユニットの編成

④ 選定病院におけるコスト分析調査工程の作成

⑤ 選定病院におけるスタッフ向けセミナーの実施

⑥ 選定病院におけるコスト分析の実施

⑦ 代表的疾患治療に必要な医療サービスの標準コストの作成

⑧ 外部向けセミナーの開催

3) 交通外傷治療のコスト分析と自動車保険導入のための基礎情報整備

① 交通外傷のコスト分析対象病院の選定(保健医療サービスコスト分析と同一施設)

② 交通外傷治療コスト分析調査工程の作成

③ 対象病院における交通外傷治療コストの分析

④ 外部向けセミナーの開催

⑤ 県レベルの交通外傷発生に関する現況調査

⑥ 交通外傷治療の必要投入コストの分析

⑦ 自動車保険に関する現状調査

⑧ 自賠責保険に関するアクションプランの作成

⑨ 自賠責保険導入に向けたセミナーの開催

4) 包括的な慢性疾患調査とその予防策策定

① 生活習慣病リスク要因の調査

② 生活習慣病予防対策の国家レベルにおける戦略計画の策定

③ 社会マーケティング活動に関するアクションプランの作成

④ 地方普及計画の策定支援

(2) アウトプット (成果)

1) 計画策定：医療施設における業務改善計画

主要疾患における保健医療サービスの提供に必要な標準コスト案

自賠責保険導入にむけたアクションプラン

包括的な慢性疾患予防計画

2) 技術移転：5S / TQM による業務改善手法

病院での治療サービスのコスト分析手法

生活習慣病における執行計画策定方法

(3) インプット（投入）：以下の投入による調査の実施

1) コンサルタント（分野／人数）

分 野	人 数
総 括	1
病院管理／TQM	1
保健財政1／コスト分析	1
保健財政2／交通外傷・自動車保険	1
予防医学／疫学	1

2) その他 研修員受入れ

セミナー・ワークショップの開催、パイロットプロジェクト実施及びその過程で必要となる機材、教材

## 5. 協力終了後に達成が期待される目標

(1) 提案計画の活用目標

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。

(2) 活用による達成目標

- 1) 病院の業務改善への取り組みが全国的に展開される。
- 2) 保健行政管理者、及び病院管理者が疾患別に医療サービスの提供に必要なコストを作成することができる。
- 3) 自賠責保険導入に関する議論が定期的に関係者によってなされるようになる。
- 4) 生活習慣病予防対策の執行計画が District レベルの保健行政担当者によって策定されるようになる。

## 6. 外部要因（リスク要因）

(1) 協力相手国内の事情

- 1) 政策的要因：政権交代等による政策変更による提案事業の優先度の低下
- 2) 行政的要因：政府系医師組合の本計画への参画調整の欠如  
世界銀行プロジェクトとの連携における調整の不調
- 3) 経済的要因：急激な経済状況の悪化に伴う計画前提条件の変化
- 4) 社会的要因：治安の急激な悪化

(2) 関連プロジェクトの遅れ

特になし

<p><b>7. 貧困・ジェンダー・環境等への配慮（注）</b></p>
<p>本計画は保健財政の問題を中心的に取り上げるが、貧困層に影響を与えるような提案を行うものではないというスタンスを明確にしたうえで調査を実施する。</p> <p>むしろ医療費が無償で提供されているが故に発生する貧困層への逆進的な状況を明らかにするものである。</p>
<p><b>8. 過去の類似案件からの教訓の活用（注）</b></p>
<p>スリランカでは労働組合活動が活発であり、フェーズ I 開発調査では政府系医師組合がマスタープランの内容に異議を唱え、その対処に時間をとられた経験があるため、公務員の雇用や給与に関する問題を扱う際は慎重に行う。</p>
<p><b>9. 今後の評価計画</b></p>
<p>(1) 事後評価に用いる指標</p> <p>1) 活用の進捗度</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ HMP が国家計画に反映され、提案された優先プログラム／プロジェクトが実施に移されているか</li> <li>・ 公立病院の業務環境が改善されているか</li> <li>・ コスト分析により標準化された医療サービスが提供されているか</li> <li>・ 交通外傷の治療コストが明確になっているか</li> <li>・ 生活習慣病予防策の執行計画策定が District のレベルで議論されているかどうか</li> </ul> <p>2) 活用による達成目標の指標</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 5S / TQM 運動を終了し、次のステップの業務改善運動を展開している公立病院の割合</li> <li>・ コスト分析を実施し、実績ベースに基いた予算計画策定を行っている公立病院の割合</li> <li>・ 自賠責保険の導入に関するアクションプランが実施されているかどうか</li> <li>・ 生活習慣病予防対策の執行計画が策定されている District の割合</li> </ul> <p>(2) 上記 1) 及び 2) を評価する方法及び時期 調査終了 3 年後以降に評価を実施する</p>

(注) 調査にあたっての配慮事項