

**MINUTES OF MEETINGS
BETWEEN
JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY
AND
AUTHORITIES CONCERNED OF THE GOVERNMENT OF
THE DEMOCRATIC SOCIALIST REPUBLIC OF SRI LANKA
ON TECHNICAL COOPERATION FOR PROJECT ON
HEALTH PROMOTION AND PREVENTIVE CARE MEASURES
OF CHRONIC NCDs**

The Japanese Preparatory Study Team (hereinafter referred to as "the Team") organized by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") visited the Democratic Socialist Republic of Sri Lanka from 28th November to 20th December, 2007.

Both the Team and authorities concerned of the Democratic Socialist Republic of Sri Lanka (hereinafter referred to as "Sri Lankan side") had series of discussions on the outline of the project for "Health Promotion and Preventive Care Measures of Chronic NCDs (Non-communicable diseases)" (hereinafter "the Project") as well as desirable measures to be taken by both Japanese and Sri Lankan sides for its successful implementation. As a result of the discussions, both sides agreed to the matters in the documents attached hereto.

Colombo, 18th February, 2008



Ms. Noriko Suzuki
Resident Representative
Japan International Cooperation Agency
Japan



Dr. Athula Kahandaliyanage
Secretary
Ministry of Healthcare and Nutrition

Witnessed by:



Mr. M.P.D.U.K. Mapa Pathirana
Director
Japan Division
Department of External Resources
Ministry of Finance and Planning

ATTACHED DOCUMENT

I. Purposes of the Preparatory Study

The Preparatory Study was conducted with a view to achieve the following purposes:

- Confirmation of the contents of the request by Sri Lankan side;
- Identification of the problems and current situation on Non-Communicable Diseases (hereinafter "NCD") in Sri Lanka;
- Assessment of the capacity and the function of relevant health institutions;
- Discussion and formulation of the project framework and drafting the documents such as PDM(Project Design Matrix) and PO(Plan of Operation);
- Signing of M/M(Minutes of Meetings);
- Collection of necessary data and information for above activities;
- Finalization of JICA's project Preliminary Evaluation Sheet

II. Framework of the Project

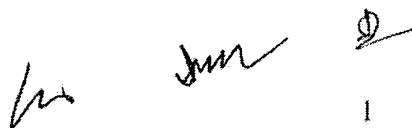
1. The Sri Lankan side and the Team agreed upon the draft Project Design Matrix (PDM) and the draft Plan of Operation (PO) as a framework of the Project as shown in Annexes I and II. After the draft design of the Project is officially approved through due process of the JICA's examinations on the outcome of this Preparatory Study, the "Record of Discussions" (R/D) will be prepared for signing between the Government of Sri Lanka and JICA. The R/D is an official document which defines the contents of the project. The R/D will contain the PDM and the PO.
2. The Team explained to the Sri Lankan side about the basic concept of the JICA's Technical Cooperation Project. Both sides agreed that the Sri Lankan side take ownership in executing the Project.

Both sides agreed on the project framework as follows.

Project title:

Project title is "Technical Cooperation Project on Health Promotion and Preventive care measures of Chronic NCDs"

(Original title of the requested project was "Community-based Project on Health Promotion and Preventive care measures to reduce early death from Lifestyle Related Diseases")



1

Project site:

- Ragama area in Gampaha District, Western Province

International Medical Center of Japan and Kelaniya University in cooperation with Colombo North Teaching Hospital have been implementing 'Ragama Health Study' to find out the important risk factors and effective preventive measures for Chronic NCDs and Cardiovascular diseases. The Project will utilize the result of the base line survey and subsequent follow up results conducted in this study to obtain socio-medical grounds.

- Target areas for the implementation of the strategies developed based on the above evidence.

- Kurunegala District, North Western Province

- Polonnaruwa District, North Central Province

These two areas are selected to see the feasibility and effectiveness in the average rural and semi-urban settings. In addition, these areas have already initiated certain activities for NCD prevention within the scope of 'JICA Evidence-based Management Study' project. Target MOH areas will be selected after the commencement of the Project in consultation with the Sri Lankan side.

In addition to the above two areas, one area may be selected as a pilot area from the urban areas near/in Colombo district to see the feasibility and effectiveness in the urban setting if the budgetary situation of JICA allows. The final decision will be made before the signing of the R/D.

1. Overall goal

- Effective and efficient strategies of controlling chronic-NCDs developed in the project are implemented in other districts.
- Actions are initiated regarding the appropriate deployment of human resources and the formulation of cooperative networking among medical institutions for the NCD prevention.

2. Project purpose

Effective and efficient strategies for controlling chronic NCDs and the resultant Cardiovascular Diseases are developed through pursuing the evidence for chronic NCDs.

ho *[Signature]* *[Signature]*
2

3. Outputs

- 1) Socio-medical grounds for the prevalence of NCDs and risk factors requiring modifications are obtained in Ragama Health study area.
- 2) Effective and efficient intervention strategies are formulated based on the acquired socio-medical grounds.
- 3) Implementation structure and mechanisms are established to implement efficient and effective strategies to control chronic NCDs in the target areas.
- 4) The outline of the next phase is drawn to upscale and generalize the relevant operations.

4. Activities

- (1) Socio-medical grounds for the prevalence of NCDs and risk factors requiring modifications are obtained in Ragama Health study area.

- 1.1 Perform and analyze annual check-ups of risk factor profiles in the participants
- 1.2 Perform interventions with health education and/or drug treatment for the participants
- 1.3 Improve the quality of diagnostic level
- 1.4 Construct stroke and heart attack registry in the area
- 1.5 Establish the information management system for utilization of the data collected by the registries and community monitoring surveys
- 1.6 Obtain approvals from the JCC regarding the social-medical grounds acquired from RHS

- (2) Effective and efficient intervention strategies are formulated based on the acquired socio-medical grounds

- 2.1 Conduct cost analysis of monitoring risk factor profiles that will be applied for the large community based survey
- 2.2 Evaluate the optimum intervention strategies based on the result of cost effective analysis and technical assessment
- 2.3 Formulate nutrition and proper dieting program, exercise program, and health check-ups and health education program based on the identified intervention strategies

- (3) Implementation structure and mechanisms are established to implement efficient and effective strategies to control chronic NCDs in the target areas.

- 3.1 Review and identify necessary resources and plans for the implementation at the district level.

ho JMC D
3

- 3.2 Design community based survey of risk factor profiles for NCDs and locally demanding diseases, e.g. renal diseases, in the target areas
- 3.3 Conduct trainings for the relevant people involved in risk factor profiling surveys and follow up clinics
- 3.4 Establish the information management system for monitoring the risk factor diseases
- 3.5 Perform and analyze annual check-ups of risk factor profiles of the participants
- 3.6 Perform interventions with health education and/or drug treatment for the participants
- 3.7 Formulate an action plan for health promoting activities (health education, health check-ups, and follow up clinics) at several settings such as schools, working places, etc.
- 3.8 Establish referral and back-referral system in the target areas
- 3.9 Conduct trainings for health promotion activities
- 3.10 Implement health promotion activities in the different settings with community participation

(4) The outline of the next phase is drawn to upscale and generalize the relevant operations

- 4.1 Review the achievement of the Project
- 4.2 Estimate financial and human resource requirements
- 4.3 Propose the necessary educational schemes for follow-ups and referral and back-referral system
- 4.3 Plan out the appropriate scale and allocation of infrastructures for implementation
- 4.4 Propose the integration of various approaches and activities by different agencies towards effective up-scaling of NCD preventative strategies.

5. Duration of the Project

The duration of the technical cooperation for the Project under this Attached Document will be five years (Tentative project period: May 2008 – April 2013).

6. Inputs

[Japanese side]

The Japanese side shall take the following measures within the budget allocated for the Project.

1) Experts

The JICA will provide the service of experts in necessary fields, such as Project



management, NCD control, Health promotion, Health information system management, Cost analysis, etc.

- 2) Counterpart training in Japan for Sri Lankan personnel if necessary
- 3) Equipment and local cost
 - Equipments will be provided if it is necessary for the implementation of the Project. The detailed contents of equipments to be provided will be subject to budget approval.
Final equipment list will be finalized in consultation with the Government of Sri Lanka before the commencement of the procurement process of Japanese side.
 - Costs for conducting community based profiling surveys, other necessary trainings, seminars and workshops
 - Vehicle for experts
 - Other Project cost (if necessary)

[Sri Lankan side]

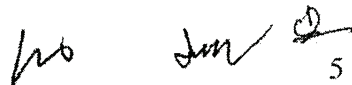
The Sri Lankan side shall take the following measures at its expense.

- 1) Appointment of counterpart personnel
 - Officers in charge of the Project from the Ministry of Healthcare and Nutrition
 - Officers in charge of the Project from the Regional Director of Health Services and MOH in target areasTentative list of counterpart personnel is shown in Annex III.
- 2) Facility
 - Office spaces and with necessary office facilities for the Project experts and staffs in the Ministry of Healthcare and Nutrition in Colombo and each target areas.
- 3) Others
 - 3-1) Salary and other allowances for the counterpart personnel
 - 3-2) Running costs for the office space, including equipment, such as electricity, water and telephone
 - 3-3) Custom Duties and Value Added Tax (CD-VAT), cost for custom clearance, storage and domestic transportation for any equipment provided by the Japanese side for the Project implementation

III Implementation Arrangement of the Project

1. Joint Coordinating Committee

Both sides agreed to establish a Joint Coordinating Committee (JCC) during the Project period to monitor the progress jointly by Sri Lankan and Japanese sides, to


5

provide necessary guidance, to make necessary decisions, and to coordinate activities among concerned stakeholders. A draft member list and other details are contained in Annex IV.

2. Technical Working Group

Both sides agreed to establish a Technical Working Group (TWG) to discuss technical matters concerning the Project implementation. A draft member list and other details are contained in Annex V.

3. Project Implementation Structure

The tentative Project Implementation structure is shown in Annex VI.

IV Necessary Actions to be taken for the successful implementation of the Project

1. The supply of necessary drugs is crucial for the treatment of patients to develop and implement effective Chronic NCD prevention strategies. Thus, the Sri Lanka side shall consider taking necessary measures to ensure uninterrupted provision of necessary drugs (for hypertension, hyperlipemia, diabetes, etc) in the Project sites.
2. Before the commencement of the Project, the Ministry of Health shall explain the Project concept to relevant stakeholders, such as labor unions and academic organizations, and confirm that there will be no objection on the implementation of the Project.

Annex I	Draft Project Design Matrix (PDM)
Annex II	Draft Plan of Operation (PO)
Annex III	Tentative List of Sri Lankan Counterpart Personnel
Annex IV	Tentative TOR of Joint Coordinating Committee (JCC)
Annex V	Tentative TOR of Technical Working Group (JCC)
Annex VI	Tentative Project Implementation Structure

Annex I

Project Title: Project on Health Promotion and Preventive Care Measures of Chronic-NCDs Duration: April 2008- March 2013 (5years)

Ver. No.: 01

Project Area: Polonnaruwa District, Kurunegala District, Ragama MOH area Target Group: Around 200,000 people in the target areas

Date: Jan., 2008

Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
<p>Overall Goal</p> <ul style="list-style-type: none"> Effective and efficient strategies of controlling chronic NCDs developed in the project are implemented in other districts. Actions are initiated regarding the appropriate deployment of human resources and formulation of cooperative networking among medical institutions for the NCD prevention. 	<p>(1) The prevalence of risk factor diseases e.g. hypertension, diabetes, hyperlipidemia, etc is reduced in other districts</p> <p>(2) Human resources for NCD control is developed and deployed at the sufficient level</p> <p>(3) Registries(stroke, myocardial infarction, etc) are available among major medical institutions</p>	<ul style="list-style-type: none"> MoH publications (AHB, Annual Performance review, etc) MoH publications(AHB, Annual Performance Review, etc RHS report 	<p style="text-align: center;">/</p>
<p>Project Purpose</p> <p>Effective and efficient implementation strategies for controlling chronic NCDs and the resultant Cardiovascular Diseases are developed through pursuing the evidence for chronic NCDs.</p>	<p>(1) The prevalence of risk factor diseases e.g. hypertension, diabetes, hyperlipidemia, etc is reduced in the Project areas</p> <p>(2) The incident of cardiovascular events is reduced in the Ragama Health Study area</p> <p>(3) The rate of referral and back referral of NCD patients are increased in target areas</p>	<ul style="list-style-type: none"> Community based risk factor profiling survey Monitoring record of CV events Project report 	<p>Financial resource is available for up scaling the project activities in other parts of the country</p>
<p>Outputs</p> <p>(1) Socio-medical grounds for the prevalence of NCDs and risk factors requiring modifications are obtained in Ragama Health Study (RHS) area</p> <p>(2) Effective and efficient intervention strategies are formulated based on the acquired socio-medical grounds.</p> <p>(3) Implementation structure and mechanisms are established to implement efficient and effective strategies to control chronic NCDs in the target areas</p>	<p>(1)-1 Socio-medical grounds for nutrition and exercise are obtained and approved by the JCC</p> <p>(1)-2 Socio-medical grounds for hypertension, diabetes and hyperlipidemia are obtained and approved by the JCC</p> <p>(1)-3 Socio-medical grounds for CVDs are obtained and approved by the JCC</p> <p>(2)-1 The total cost of interventions to reduce cardiovascular events is smaller than the expected cost of treating them without interventions</p> <p>(2)-2 Some programs and tools for interventions for NCDs in the fields are developed based on the formulated strategies</p> <p>(3)-1 Prevalence of risk factor diseases is reduced in the target areas</p> <p>(3)-2 The % of people who recognize their appropriate weights and practice weight control is increased</p> <p>(3)-3 The % of people who takes excessive alcohol is reduced</p> <p>(3)-4 Implementation structure and mechanisms are spelled</p>	<ul style="list-style-type: none"> RHS report Project report Cost analysis result/report Project report Project report Project report Project report Project report 	<p>Relevant stakeholders will approve the strategies developed by the Project.</p>

bb 7 dm d

Annex I

<p>(4) The outline of the next phase is drawn to upscale and generalize the relevant operations.</p> <p>Activities</p> <p>1-1 Perform and analyze annual check-ups of risk factor profiles of the participants</p> <p>1-2 Perform interventions with health education and/or drug treatment for the participants</p> <p>1-3 Improve the quality of diagnostic level</p> <p>1-4 Construct stroke and heart attack registry</p> <p>1-5 Establish the information management system for utilization of the data collected by the registries and community monitoring surveys</p> <p>1-6 Obtain approvals from the JCC regarding the social-medical grounds acquired from RHS</p> <p>2-1 Conduct cost analysis of monitoring risk factor profiles that will be applied for the large community based survey.</p> <p>2-2 Evaluate the optimum intervention strategies based on the result of cost effective analysis and technical assessment</p> <p>2-3 Formulate nutrition and proper dieting program, exercise program, and health check-ups and health education program based on the identified intervention strategies.</p> <p>3-1 Review and identify necessary resources and plans for the implementation at the district level.</p> <p>3-2 Design community based survey of risk factor profiles for NCDs and locally demanding diseases, e.g. renal diseases, in the target areas</p> <p>3-3 Conduct trainings for the relevant people involved in risk factor profiling surveys and follow up clinics.</p> <p>3-4 Establish the information management system for monitoring the risk factor diseases</p> <p>3-5 Perform and analyze annual check-ups of risk factor profiles of the participants</p> <p>3-6 Perform interventions with health education and/or drug</p>	<p>out clearly for risk factor profiling, intervention and monitoring and evaluation activities</p> <p>(4)-1 The role of individual stakeholders is clarified.</p> <p>(4)-2 The operation cost for nation-wide development is estimated</p> <p>(4)-3 Priorities for actions become clear.</p> <p>Inputs</p> <p><Japanese Side></p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Experts - Project Management - NCD Control - Health Promotion - Health Information System Management - Cost Analysis <ul style="list-style-type: none"> 2) Community Based Profiling Surveys 3) Diagnostic Equipment 4) Computers 5) Equipment for Primary care level institutions 6) Health Promotion Materials 7) Local consultants 8) Vehicles 9) Workshops, trainings, meetings 10) Counterpart training in Japan <p><Sri Lankan Side></p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Counterparts 3) Office space and necessary office facilities 4) Project office running expenses 5) Custom Duties and Value Added Tax (CD-VAT), cost for custom clearance, storage and domestic transportation for any equipment provided by the Japanese side for the Project implementation 	<p>Project report</p>	<ul style="list-style-type: none"> - The role of NCD prevention will be accepted by health personnel. - Financial support are available for therapeutic drugs
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

8


Annex I

<p>treatment for the participants</p> <p>3-7 Formulate an action plan for health promoting activities (health education, health check-ups, and follow up clinics) at several settings such as schools, working places, etc.</p> <p>3-8 Establish referral and back-referral system in the target areas</p> <p>3-9 Conduct trainings for health promotion activities</p> <p>3-10 Implement health promotion activities in the different settings with community participation</p> <p>4-1 Review the achievement of the Project</p> <p>4-2 Estimate financial and human resource requirements</p> <p>4-3 Propose the necessary educational schemes for follow-ups and referral and back-referral system</p> <p>4-4 Plan out the appropriate scale and allocation of infrastructures for the implementation</p> <p>4-5 Propose the integration of various approaches and activities by different agencies towards effective up-scaling of NCD preventative strategies</p>	<p>Pre-conditions</p> <p>The community of the pilot areas become aware of the project concept</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------

h6 June 9

Annex II Plan of Operations (PO)

Activities	2008			2009			2010			2011			2012			2013	
	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1
1 (1) Socio-medical grounds for the prevalence of NCDs and risk factors requiring modifications are obtained in Pigeons Health Study (PHS) area																	
1.1 Perform and analyze annual check-ups of risk factor profiles of the participants																	
1.2 Perform interventions with health education and/or drug treatment for the participants																	
1.3 Improve the quality of diagnostic level																	
1.4 Construct stroke and heart attack registry																	
1.5 Establish the information management system for utilization of the data collected by the registries and community monitoring surveys																	
1.6 Obtain approvals from the JCO regarding the social-medical grounds acquired from PHS																	
2 Effective and efficient intervention strategies are formulated based on the acquired socio-medical grounds																	
2.1 Conduct cost analysis of monitoring risk factor profiles that will be applied for large community based survey																	
2.2 Evaluate the optimum intervention strategies based on the result of cost effective analysis and technical assessment																	
2.3 Formulate nutrition and proper dieting program, exercise program, and health check-ups and health education program based on the identified intervention implementation structure and mechanisms are established to implement efficient and effective strategies to control stroke NCDs in the target areas																	
3 Implement and identify necessary resources and plans for the implementation at the district level																	
3.1 Review and identify necessary resources and plans for the implementation at the district level																	
3.2 Design community based survey of risk factor profiles for NCDs and locally demanding diseases; e.g. renal diseases, in the pilot areas																	
3.3 Conduct trainings for the relevant people involved in risk factor profiling surveys and follow up clinics																	
3.4 Establish an information management system for monitoring the risk factor diseases																	
3.5 Perform and analyze annual check-ups of risk factor profiles in the participants																	
3.6 Perform interventions with health education and/or drug treatment for the participants																	
3.7 Formulate an action plan for health promoting activities (health education, health check-ups, and follow up clinics) at several settings such as schools, working																	
3.8 Establish referral and back-referral system in the target areas																	
3.9 Conduct trainings for health promoting activities																	
3.10 Implement health promotion activities in the different settings with community participations																	
4 The outline of the next phase is drawn to upscale and generalize the relevant operations																	
4.1 Review the achievement of the Project																	
4.2 Estimate financial and human resource requirement																	
4.3 Propose the necessary educational schemes for follow-ups and referral and back-referral system																	
4.4 Plan out the appropriate scale and allocation of infrastructures of the implementation and the appropriate educational scheme for field-level health																	
4.5 Propose the integration of various approaches and activities by different agencies towards effective up-scaling of NCD preventative strategies																	

Handwritten signature

Annex III Tentative List of Sri Lankan Counterpart Personnel

[Ministry Level]

- *Deputy Director General (Planning), Ministry of Healthcare and Nutrition (Focal Point)*
- Deputy Director General (Medical Services), Ministry of Healthcare and Nutrition
- Deputy Director General (Public Health), Ministry of Healthcare and Nutrition
- Deputy Director General (Education, Training and Research), Ministry of Healthcare and Nutrition
- Director (Planning), Ministry of Healthcare and Nutrition
- Director(NCD), Ministry of Healthcare and Nutrition
- Director (Information), Ministry of Healthcare and Nutrition
- Director (Epidemiology), Ministry of Healthcare and Nutrition
- Director (Health Education Bureau), Ministry of Healthcare and Nutrition
- Director (Family Health Bureau), Ministry of Healthcare and Nutrition
- Director (Nutrition), Ministry of Healthcare and Nutrition

[District Level]

- Regional Director of Health Services of the target districts
- Medical Officer /Planning of the target districts
- Medical Officer /NCD of the target districts
- Regional Epidemiologist of the target districts
- MOH of the target MOH areas

Handwritten signatures in black ink, consisting of three distinct marks.

Annex IV Tentative TOR of Joint Coordinating Committee (JCC)

1. Functions

The Joint Coordinating Committee (hereinafter JCC) shall be established for the effective and successful implementation of technical cooperation for the Project. The JCC shall meet at least once every six (6) months or whenever necessity arises. The main functions of JCC shall be as follows;

- (1) To confirm the annual plan of operation of the project;
- (2) To review the overall progress of the Project and achievement of the above-mentioned Annual Plan;
- (3) To review and exchange views on major issues arising from or in connection with the Project and to recommend corrective measures; and
- (4) To facilitate coordination with other relevant stakeholders.

2. Chairperson and members

(1) Chairperson

- Secretary, Ministry of Healthcare and Nutrition

(2) Committee Members

<Sri Lankan side>

- Additional secretary (Medical Services), Ministry of Healthcare and Nutrition
- Director General (Health Services), Ministry of Healthcare and Nutrition
- Deputy Director General (Planning), Ministry of Healthcare and Nutrition
- Deputy Director General (Medical Services), Ministry of Healthcare and Nutrition
- Deputy Director General (Public Health), Ministry of Healthcare and Nutrition
- Deputy Director General (Education, Training and Research), Ministry of Healthcare and Nutrition
- Representative of Department of External Resources, Ministry of Finance and Planning
- Representative of Department of National Planning, Ministry of Finance and Planning
- Representative of the Ministry of Higher Education
- Representative of the Sri Lankan Medical Association
- Representative of Provincial Director of Health Services offices in target areas
- Representative of Regional Director of Health Services offices in target areas
- Representative of Ragama Health Study
- Other personnel concerned to be decided and/or dispatched by the Sri Lankan side, if necessary

<Japanese side>

- Chief advisor to be dispatched by JICA
- Representatives of JICA Sri Lanka Office

<Observer>

- Representatives of Embassy of Japan
- Other personnel concerned to be decided and/or dispatched by JICA, if necessary



1. Functions

The Technical Working Group (hereinafter TWG) shall be established for the effective and successful implementation of technical cooperation for the Project. The TWG shall meet at least every three (3) months or whenever necessity arises. The main functions of TWG shall be as follows;

- (1) To review the progress of the Project activities and achievement from the technical view points;
- (2) To discuss on major technical issues arising from or in connection with the Project activities and recommend desirable measures to be taken; and
- (3) To facilitate coordination with other relevant experts in Sri Lanka.

2. Chairperson and Members

(1) Chairperson

- Deputy Director General (Planning), Ministry of Healthcare and Nutrition

(2) Committee Members

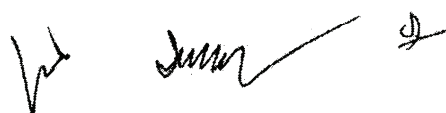
Members to be called for the meeting will be decided according to the topics to be discussed at each meeting. The Minutes of the meetings of every meeting will be circulated to all the members.

<Sri Lankan side>

- Director (Planning), Ministry of Healthcare and Nutrition
- Director (Information), Ministry of Healthcare and Nutrition
- Director (NCD), Ministry of Healthcare and Nutrition
- Director (Epidemiology), Ministry of Healthcare and Nutrition
- Director (Health Education Bureau), Ministry of Healthcare and Nutrition
- Director (Family Health Bureau), Ministry of Healthcare and Nutrition
- Director (Nutrition), Ministry of Healthcare and Nutrition
- Director (Youth, Elderly, and Disabled), Ministry of Healthcare and Nutrition
- Representatives of the RDHS, MOH, relevant health institutions of the target sites
- Representatives of the Ragama Health Study
- Other personnel concerned to be decided and/or dispatched by the Sri Lankan side, if necessary

<Japanese side>

- Chief advisor and other experts to be dispatched by JICA
- Representatives of JICA Sri Lanka Office
- Other personnel concerned to be decided and/or dispatched by JICA, if necessary



6. 主要面談記録

【対外援助局日本課】

日時：2007年11月29日（木）9:30～10:00

場所：財務省対外援助局

出席者：Mr. Mapa Patirana, Director, Japan Division, Department of External Resources, Ministry of Finance and Planning

興津団員、井上団員

協議概要：

1. スリランカの保健制度は、予防ではなく治療に重点が置かれているため、予防の重要性を保健医療関係者に理解してもらうことは非常に重要。(マパ)
2. アヌラダプラ北部では、腎臓病が非常に多い。水に起因するため、患者数は地域によって随分違い、ポロンナルワでは少ない。またタラセミアの患者も多い。(マパ)
→最初に対象地域でベースライン調査を行うため、その中でどのような病気が多いかが地域ごとに明らかになると思われる。それを踏まえて、どのような対策をとっていくべきかを議論していくことになる。(興津)
→データをしっかりとって十分に分析してほしい。(マパ)
3. 治療にかかっているコストを把握し、予防によりどれだけの削減効果があるか、といったコスト面での分析も行ってほしい。(マ氏)

【保健省】

日時：2007年11月29日（木）10:45～12:00

場所：保健省

出席者：Dr. S. M. Samarage, Deputy Director General (Planning)

興津団員、井上団員

協議概要：

1. 調査の進め方について
 - ・12月3日に次官と関係DDGを集めて会合をもち、その場で、本プロジェクトの実施体制（JCCメンバー、その下に設けるTechnical WGメンバー）を確定させる。
 - ・その上で、Technical WGメンバーとなるメンバーとは別途会合を持つ。
 - ・Technical WGはDDGレベルが議長となることが望ましい。(サマラゲ)
2. 来年1月に実施される予定の人事異動のプロジェクトへの影響
 - ・D（NCD）や北西部州のPDHS、クルネガラのDPDHSなど、プロジェクトに深く関係するメンバーも人事異動が予定されており、何らかの影響があるかもしれない。しかし、実際に予定されている人事異動が行われるかどうか、1月から行われるか、は反対している人もいるためまだ不明。プロジェクト開始の頃には判明していると思われる。(サマラゲ)
3. 対象地域について
 - ・保健省は、来年エステート地域向けに別途予算を確保しており、今、州に任されている病院を保健省でアップグレードさせて、その上で州に監理を任せることが計画されている。また、予防医療面でも、PHIやPHMの配置を新たに行うなど、エステート地域の保健医療サービスの向上のための対応を行っていく予定である。そのため、JICAの協力がエステート地域に入ることは望ましい。(サマラゲ)

- ・ NCDの状況は？
 - 飲酒・喫煙が大きな問題。衛生面も課題。糖尿病患者なども増えてきている。
- ・ 実施上の困難も多いのでは？
 - 言語が違うことや、保健医療サービスの整備がこれからであることから、難しい面も多いと思われる。
- 4. 世銀のプロジェクトについて
 - ・ 93の疾病について「Clinical Guideline」を作成。その実施のための研修も行っている。
 - ・ 現在パイロット病院を調査しており、Hospital Guidelineも作成予定。
 - ・ NCD関係では、Social Marketingキャンペーンを実施する予定になっているがまだ進んでいない。Risk Factor Surveyも実施されたが、結果はまだ出ていない。
- 5. アヌラダプラ地域での腎臓疾患について
 - ・ 原因は不明。日本の大学関係者も来て、原因を調査しているところ。

【北中央州保健局】

日時：2007年11月30日（金）8:45～10:00

場所：北中央州保健局

出席者：Dr. Athapathu, Provincial Director of Health Services

Dr. Dhammika, Medical Officer/Planning

興津団員、井上団員

協議概要：

1. プロジェクトの実施方法は？
 - 技術協力であり、資金援助ではなく、キャパシティービルディングのための協力となる。
2. 具体的な実施主体は誰になるのか？
 - これまではPHI、PHMを活用してパイロット的に実施してきたが、今後関係者と協議しながら決定していくことになる。
3. 実施体制
 - ・ 開発調査の際には、プロジェクトの開始時と最後の評価には州からも参加したが、県レベルでの活動の情報は十分に州には入ってきておらず、州保健局の関与が不十分であったと感じている。最終的に作成したアクションプランについても、アクションプランとして現実的なものになっているか疑問。これからプロジェクトを実施するのであれば、その中でアクションプランの実行可能性を検討して、修正していくことが必要。（ダミカ）
 - 州保健局の関与は重要と認識している。プロジェクトの中では、州も入れ込んだ実施体制を作っていく予定。
 - ・ 中央レベルで意思決定をするJCCを設置するとともに、技術面でのワーキンググループを設置することを考えているが、WGは中央レベル、州レベルのどちらで設置する方が良いか？（興津）
 - 州レベルで設置し、必要に応じて中央から関係するメンバーに入ってもらおうという形がいいのではないかと。（ダミカ）
4. アヌラダプラ地域で多い腎臓疾患は非常に深刻な問題であり、開発調査の中では対象とされていなかったが、NCD全般についてのデータ整備を行う場合などには、腎臓疾患も対象と

して入れ込んでいく必要がある。(ダミカ)

5. 世銀の活動について

- ・リスクファクター調査は、アヌラダプラ県の1 MOHエリアで実施していた。それ以外の地域では実施されていない。
- ・NCDのPrimary PreventionのためのトレーニングもMOH、MO、PHI、PHMなどを対象に実施した。健康教育にかかる教育ツールも開発された。
- ・腎臓疾患の早期発見のためのスクリーニングも19あるうちの6つのDivisionの中の一定地域を対象に実施。
→活動の重複を避けるため、世銀の2007年と2008年のプログラムの資料を後日入手予定。

【ポロンナルワ県保健局】

日時：2007年11月30日（金）14:00～16:30

場所：ポロンナルワ県保健局

出席者：Dr. H. M. W. J. Herath, Regional Director of Health Services

Dr. S.F. Jayamanne, Visiting Physician, GH Polonnaruwa

Dr. D.S.A. Jayasinghe, Medical Officer/Planning, RDHS office

Dr. U.K.S. Chandrakeerthi Gunarathne, Regional Epidemiologist, RDHS office

Dr. S.C. Liyanage, Relief Medical Officer (MO/NCD Designate)

Dr. I.W.M.J. Wickremararachi, MOH Thamankaduwa

その他6つのMOH

RDHSオフィス職員

各MOHエリアのSenior PHI、Seniro PHM、PHI、PHM

(県保健関係者計38名)

興津団員、井上団員

協議概要：

1. サーベイランスシステムの活動および今後の5年間の計画についての概要説明
(Dr.Jayamanne) →具体的にはアクションプラン参照。
 - ・サーベイランスの活動は、対象とする疾病を広げ、また入院患者だけではなく外来患者も対象にし、ハイリスクな人も特定できるように拡大していきたい。
 - ・アクティブサーベイランスを今後実施予定となっているが、そのやり方は？(興津)
 - ・全員対象は無理なので、リスクの高い人々を対象(40歳以上等、WHOのクライテリアに基づいて決定)
 - ・MOHに登録した情報からピックアップして、それらの人々をクリニックに行き検査を受けるように促進する。
2. JICA支援以外でのNCD関係の活動実績
 - ・主要なNCDについてのMOへの研修(Medical education)
 - ・NCDのスクリーニングのためのActiveサーベイランスを、RDHS、学校、病院などで実施。
 - ・リハビリテーションの部分については、Occupational Therapistを配置。
3. PHI、PHMの活動について
 - ・NCDについての知識とコミュニケーション能力についてもっと研修は必要。

- ・ PHIは活動開始時の県内で24人から38人に増えており、業務量から考えてNCDに係る活動を担っていくことはできると考えている。感染症は減少してきており、従来のPHIの業務量は減っており、新たな役割を担っていくことができる状況と認識。
 - ・ 家庭訪問は、Notificationを受けた患者に対してPHIが1回訪問してフォローアップしている。
 - ・ 家庭訪問時に、血圧計と体重計を持って行って検査をする計画であったが、器材が支給されず検査できなかった。そういった検査ができれば、患者の家族のスクリーニングもできる。(PHI)
 - ・ 家庭訪問のためのバイクの燃料代が高いため、その手当ての支給がほしい。(PHI)
 - ・ 3日間の研修を1回受けただけなので、もっと研修を受けてNCDに関する知識を得たい。(PHI)
 - ・ PHMはこれまでのサーベイランスのプロジェクトにはかかわっていないが、Well women/men clinicで癌についての基礎的なスクリーニングを行っている。血圧測定（電子血圧計）、尿検査（糖、たんぱく）の検査をPHMが行っている。これは、国全体で実施している活動で、FHBからの予算で実施している。
4. 患者のケアについて
- ・ 十分な治療のための施設が整っているのはGeneral Hospitalポロンナルワのみ。
 - ・ Base Hospitalでも対応できるように施設整備を行っていきたいと考えている。
 - ・ またPeripheral Unitに、血糖値等を測定できるような機材を整備することも計画している。
 - ・ インフラ整備については、世銀の支援も得られる。
5. 世銀の協力について
- ・ 腎臓疾患にかかるActiveサーベイランスを支援している。トレーニング実施費用や燃料代などを支給している。PHIやPHM、保健ボランティアなどが実際の検査を実施。尿検査をコミュニティホールや寺院など地域の核となるような場所で行って、PHIやPHMが検査し、陽性であれば病院へ行くように促している。
 - ・ 世銀の支援は約29百万ルピー（2008年分）についているが、NCDに関係するのは0.5百万ルピーのみ。ワークショップの開催費などが支援対象になっている。
6. 5ヵ年アクションプランについて
- ・ 県のAnnual Health Planはあるが、NCDの分野の活動について特に取り出して活動計画を作成したものが本アクションプランという位置づけ。Annual Health Planの中にもNCDの活動は含まれているが、資金源は明記されていない。
 - ・ アクションプランにあるリハビリテーションセンターの設置への支援が金額的には大きい。リハビリテーションを実施していくためにはセンターの設置が必要となる。
→今回は技術協力であるため、インフラ整備的な部分はあまり協力の中には入れられない。活動実施に必要な簡単な器材の供与などであれば可能。(興津)
 - ・ データベースを整備し、データセンターをRDHSに設置することが必要。そのためのPCなども支援対象としてほしい。
 - ・ データ分析などはRDHSレベルで実施可能なのか？(興津)
→データ分析は可能。データ入力要員がないのが問題となっているため、そういった人員を雇う部分もプロジェクトで支援してほしい。
→現時点では個別に何をプロジェクトの資金から拠出できるかは判断できない。まずは、目

的、活動とそれに必要なリソースを明確にした上で、その中で、スリランカ側で何が負担できて、プロジェクト側で何を負担するかを検討していくことになる。(井上)

7. 今後のプロジェクト案検討について

- ・ RDHS側で、アクションプランの中から今回、本技術協力で支援できるようなコンポーネントを抜き出して、具体的な成果・活動、それに必要な予算を作成し、提出する。
- ・ JICA側の事前調査はまだ始まったばかりであるため、今後協議を通じて詳細を決定していく。今回の協議も踏まえて、JICAのプロジェクトとしての案を固めた上で結果を報告する。

【保健省】

日時：2007年12月3日（月）12:00～12:20

場所：保健省次官室

出席者：Dr. Athula Kahandaliyanage, Secretary

Dr. S M Samarage, Deputy Director General/Planning

興津団員、井上団員

協議概要：

1. 当方から、調査団の主旨、プロジェクトの構想等を説明。
2. 次官からのコメントは以下の通り。
 - 1) 保健省もNCDは力を入れている分野。特に一次予防に今後力を入れていきたい。
 - 2) (プロジェクト対象地域選定の理由を確認後) もしもう1箇所対象にするのであれば、都市部の地域（たとえばガンパハ県あたり）を対象としてはどうか。都市部の、第1次産業ではない仕事に従事している人たちへのアプローチは難しいが必要。
 - 3) JCCおよびTechnical WGを作ることについては了解。NCDは予防とケアの両面が関係してくるため、全体の調整はDDG (Planning) が行ってはどうか。こういったメンバーをJCC等に入れるかについては、DGの意見も確認してほしい。

【保健省】

日時：2007年12月3日（月）15:00～16:00

場所：保健省計画局次長室

出席者：Dr. S M Samarage, Deputy Director General/Planning

Dr. Lakshmi Somahinge, Director/NCD

Dr. Sarath Amungugama, Director/Health Education Bureau

Dr. M. A. Y. Ariyaratne, Director/National Cancer Control Program

Dr. W. M. T. B. Wijekoon, Director/Planning

Dr. Shanthi Gunawardane, Acting Director/Nutrition Coordination

興津団員、井上団員

協議概要：

1. プロジェクト実施体制について
 - ・ 今回出席しているDirectorのほかに、D/Family Health Bureau, D/Youth, Elderly, Disabled, D/Epidemiologyも関係している。
 - ・ これらのDirectorと、対象州・県からの代表から成るワーキンググループを3ヶ月に1回程

度開催して、技術的な課題を議論する場としたい。(興津) →出席者からは、問題ないとの回答。

- NCDは公衆衛生も医療サービスもどちらも関係する課題であるため、DDG/Planningがコーディネートするのが適切。(D/NCCP)
 - JCCはSecretaryが主催となるとなかなか開催できないため、DGをヘッドとしてはどうか。(D/HEB)
 - 定期的なモニタリングと、モニタリング評価体制の整備が必要。(D/NCCP)
2. 対象地域について
- 人の行動が変わるには非常に時間がかかる。継続的な取り組みが必要。NCDのためのHealth Educationという取り組みは重要だが、まずはPHIやPHMのキャパシティービルディングも行う必要があり、時間がかかる。前回のEBMの協力期間は短かったので時間が不十分であった。継続して同じ場所を対象にプロジェクトを実施することは意味がある。(D/HEB)
 - NCDの患者数を考えれば、都市部を対象地域とすることを考えてはどうか。ガンパハ県等。(D/NCD)
3. サーベイランスシステムについて
- NCCPではNational Cancer Registry を作っているが、癌に関するデータのNotificationシステムはないため、そのためのデータ収集を行わなければならない。サーベイランスシステムシステムを構築して、国レベルでのデータが取れるようになれば役に立つ。同じ患者を複数回カウントしてしまうことをどう避けるかが課題。(D/NCCP)
 - Cancer Treatment Centerはポロンナルワにもクルネガラにもない。その場合、アヌラダプラやキャンディの施設に患者は行くことになるため、その地域の実態調査が難しい。第3次医療施設がない地域では的確なデータ収集は難しい。(D/NCCP)
 - NCDのリスクファクターについては、全国レベルでの調査を行っており、5年に一度調査を実施する予定。12月には結果を公表する予定。(D/NCD)
(*その後、個別に確認したが、調査の現状および詳細についての情報は得られていない。)

【中央州キャンディ県保健局】

日時：2007年12月5日（水）10:00～11:00

場所：中央州キャンディ県保健局長室

出席者：Dr. S.A.K. Gamage; Regional Director of Health Services

Dr. Chandana Wickramashinghe; Medical Officer/Planning, RDHS office

Dr. E.M.P Gunaratne; Health Education Officer, RDHS office

Dr. Karunadasa Hettige; Health Education officer, RDHS office

興津団員

協議概要：

1. 調査団側から、今回のミッションの目的と、本案件の概要の説明を行った。
2. キャンディ県の保健分野概要について（RDHSがプレゼンテーションを行った）
 - 1) プレゼンテーション資料にNCDの疾病数が乗っていたが、その数字はMOHで実施しているElderly Clinic（60歳以上を対象にスクリーニングをしているとの説明）で取った数字で、

母集団は数としてよくわからないが、NCDが疑われた数が1400人で、その数は母集団の10%程度との説明。（*疾病動向を示す数字としては、母集団との比較等で不十分な数字）

2) 20のMOHが配置され、キャンディ市には1つのMOHがある。第3次医療施設（中央保健省管轄）として、キャンディ総合病院とペラデニア教育病院がある。州管轄の2次病院として、District General Hospital Nawalapituaがある。DGH Nawalapituaは、エステートの人口と、エステート以外の人口もカバーしているが、キャンディの市街からは、1時間半くらいの距離にあるので、キャンディ市街に住む人口はNawalapituaの病院にはいかない。キャンディ市街の人々は、キャンディの市内にある二つの病院やプライベートの病院で診療を受けている。

3. NCD対策について

1) NCDについての、**population base**の調査はされたことがない。NCD対策の活動としては、NCDのための健康教育を様々な場所を対象に実施している。場所と対象としては、学校での生徒や先生、病院の臨床家、政治家、公衆衛生サービス従事者などで、これらの人々に対するNCDの教育を行っている。

2) NCD教育の内容は以下のような内容；

- ・健康な食生活
- ・NCDのそれぞれの疾病について
- ・運動
- ・肥満
- ・ストレスマネジメント
- ・BMIと病気の関係→これについては、実際に計っているのかと質問したところ、実際に計っているとの答え。

3) 健康教育のインパクトについては、一切インパクトに対するスタディーはされていないとのこと。

4) NCDの健康教育は、世銀のプログラムからのファンドを使っているとのこと。世銀のRisk Factor Surveillanceに関しては、キャンディ県では行われなかったとのこと。

4. RDHSからは、キャンディ県におけるNCDによるDisease burdenは増加の一途であるので、是非、本件プロジェクトを実施してほしい。NCD対策の重要性は、十分に理解しているが、健康教育以外のアプローチにつき、アイデアがなく、NCD対策のプロジェクトとして、技術支援を受けられるならば大変有益であり、全面的な協力をする覚悟である。との発言があった。

5. 調査団側から、今回の調査は、情報収集が目的の訪問であり、これから対象地域に関しては検討していくので、その結果をまた連絡する旨を伝えた。

【中央州保健局】

日時：2007年12月5日（水）13:50～15:20

場所：中央州保健局長室

出席者：Dr. Shanthi Samarasinghe; Provincial Director of Health Services

Dr. Gamini Jayakady; Consultant Community Physician, PDHS office

Dr. Chaudiwa Siritunga; MO/Planning, PDHS Office

興津団員

協議内容

1. 対象地域について

対象地域については、Nawalapitiya DGHがある地域か、Nuwara Eliyaがよいのではないかと（PDHS）

→調査団側からは、未だ中央州でプロジェクトをするのかも決まってない段階ではあるが、また、NawalapitiyaDGHが州の管轄の病院でコーディネーション上問題が少ない点も理解するが、エステートエリアの持つ特有の問題と、NCDに対処していただく医療サービスのインフラの成熟が足りない点など、フィージビリティに問題があると考えている点を説明。

（ただ、州保健局長からは、やはり保健本省下にある医療施設との連携が難しいのではないかと懸念を持っているようなニュアンスで話をされていた。ただし、ここでPDHSが退席されたので、これ以上対象地域の議論をPDHSとはできなかつた。）

（PDHSの退席後、MO/PlanningとConsultant Community Physicianとの協議）

2. 州レベルで実施しているNCD対策

- ・スクリーニング活動として、癌（子宮頸がんと乳がん）、高血圧、糖尿病などがあるが、それは、passive screeningであるとの説明。
- ・コミュニティと学校に対する健康教育
- ・Health Promoting Schoolアプローチの推進をしているが、効果は様々。
- ・1, 4, 7学年の児童を対象にした体重測定（肥満の発見）を実施している。MOHが学校に出向いて行っている。この州においては、10%の児童がすでに肥満との結果が出ている。
- ・その他、special screening programを実施している。

3. NCDの実態につき、州レベルで把握できているのか？との問いには、把握できていないとの答えであった。情報とし定期的にある情報は、病院のIndoor Mortality Morbidity Report (IMMR)のみであるが、これも、たぶんに患者の重複があるので、正確な情報とは言えない。

4. 健康教育について、何がStrengthで何がWeaknessであるのかの問いには、Strengthとしては、沢山の健康教育をすでに実施していて、健康教育オフィサーには良い人材がそろっているし、ある程度の健康教育機材も整備されている。マルチメディアやPCは、エステートエリアでもっと整備されているが、他の場所では整備が遅れている。Weaknessとしては、実施した活動の評価が全くされていない点。計る指標も整備されていないし、しようという考えもない点。

5. 病院との連携についてはどういう状況であるかの問いについては、中央保健省管轄下の病院とは直接の調節機構はないけれど、必要に応じて、お互い必要なときに会議に招待したり、参加したりしている。病院情報のCommunicable Informationに関しては、病院からMOHにNotifyされているし、必要な情報は病院に頼めば出てくる。連携について、特に問題はない。

6. キャンディ市役所（MC）との連携についてはどういう状況であるかの問いに対しては、直接の命令系統としてのつながりはないが、仕事上、連携しながら仕事をしている。ただし、このプロジェクトのように、二つのアドミニストレーションを網をかけて活動を実施する場合は、最初にきちんとコーディネーションのための仕掛けを作るべきである。

7. このプロジェクトで想定される問題として、挙げられたのが「コーディネーション」であつ

た。このNCDプロジェクトをキャンディ県でペラデニア大学に近く、またNCDデータの取りやすい人口が集中しているところというところ、このMCを含んだ地域になるため、州保健局、県保健局、地方政府、大学、に加え、中央保健省とのコーディネーションが必要だし、また、公立と私立の病院の連携も必要と思われる。このコーディネーションのメカニズムづくりが重要である。が、難しいとは思わない。入り口の整理がつけば、後は自然と流れていくと思われる。との意見であった。ちなみに、キャンディ県の人口は1.2百万人で、キャンディMCの人口は、150,000程度である。

【ペラデニア大学医学部公衆衛生学科】

日時：2007年12月6日（木）9:00～10:00

場所：ペラデニア大学

出席者：Prof. S. A. M. Kularatne, Professor, Department of Community Medicine

Dr. P. V. R. Kumarasiri, Senior Lecture in Community Medicine, Faculty of Medicine

興津団員、井上団員

協議概要：

1. NCDについては、感染症にあるようなサーベイランスシステムが構築されていないことが問題。様々なデータはバラバラにはあるが、その信頼性もわからない。ポロンナルワではどのようなシステムを作ったのか？（Dr.Kumarasiri）→ポロンナルワでの取り組みを説明。
2. NCDは症状に表れないため、スクリーニングを行うことも重要。JICA（瀧口前専門家）からの委託で実施した調査では、糖尿病（タイプ2）および高血圧と、心臓疾患との非常に強い関係が確認されている。JICAとの調査以外で、NCDについての研究は実施していない。（Dr.Kumarasiri）
3. 大学との協力について
 - 1) キャンディ地域を対象にするのであれば、協力できる。この地域では、大学とMOH、RDHSなどはよい関係にある。キャンディでなくても中央州内であれば協力は難しくない。（Dr.Kumarasiri）
 - 2) 本プロジェクトは、研究ではなく技術協力であり、メインのカウンターパートはRDHSやMOHなどになる。ただ、その活動の有効性を図るために、ある程度のデータを集めて分析する必要があり、そのベースライン調査を実施する際に、そのデザインや分析方法等について大学の関係者の協力を得たいと考えている。大学へ委託するというよりは、そういったワーキンググループの中に入れてもらうような形になると思う。（井上）
→問題ない。（Dr.Kumarasiri）
 - 3) キャンディは、地方に行けばエステート地域もあり、キャンディMCエリアはコロンボに近い都市化が進んだ地域であり、いくつかのMOHエリアを対象にして行えば、様々な環境でのNCD対策が進められる地域であり、対象地域として適しているのではないか。（Dr.Kumarasiri）
4. 今後、プロジェクト詳細が決定した後に、具体的にどういった部分で協力をお願いしたいかが明確になるため、その上でまた相談したい。（井上）

【中央州キャンディ市MOH】

日時：2007年12月6日（木）10:45～11:30

場所：キャンディMunicipal Council

出席者：Dr. Asoka Senarath, Chief Medical Officer, Department of Health, Kandy MC

興津団員、井上団員

協議概要：

1. 冒頭、本調査団の概要のほかに、キャンディ県を対象地域とする場合に、最も都市部であるキャンディMCエリアも対象に入れたほうでよいという意見があり、急遽訪問した旨を説明。
2. 本MOHエリアおよびMOHの概要
 - 1) 人口は122,632人（2006年）、25,300世帯、商業施設15,000だが、10～15万人の移動人口（通勤・通学などでキャンディMCエリアに来るが居住者ではない）がいる。移動人口のうち8割はキャンディ県内から。
 - 2) キャンディの市長が長であり、その下に保健局（Department of Health）がある（これがMOHレベルの組織に相当）。MCの下にあるが、MOは保健省からの指名で配置され、両方に関係している。また、県内のMOHの月例会合などにも出席し、RHDSとも関係している。
 - 3) MOHにはChief MOの下に、管理系5名、SPHI1名、PHI11名、Community Development Officer（CDO）11名がいる。
 - 4) PHIは、感染症対策が主な仕事だが、NCD対策にも関係している。
 - 5) CDO（女性9名、男性2名）は、貧困削減および保健衛生を担当している。
 - 6) CDO：キャンディとマータレーにはいるが、コロンボ等他のMCにはいない。UNDPプロジェクトにより、配置。A/L試験合格者で、コミュニティ開発と若干の保健についてのトレーニングを受けている。現在、恒久スタッフとなっており、ポストも承認されているため、欠員が生じれば、新たに配置されることになる。各PHIの下で活動。
 - 7) Department of Healthのサブセクションとして、MCH Departmentがある。そこには、MO/MCHがおり、24名のPHMが配置されている。PHMは24あるHealth Centerを拠点としている。
 - 8) EUの支援で「Preventive Health Care Program」を実施予定だが、まだ実施されていない。この中で、24のHealth Centerに最低1名のMedical Practitionerを配置する計画。
3. NCDの予防活動
 - 1) NCDの予防活動は散発的にはあるが実施している。祭り等の人が集まる場で、ポスターを掲示したりパンフレットを配布するなどの活動を実施。
 - 2) 毎週日曜日に対象地域内の村（66～68くらいある）を選んで、Health Programを実施。村は、PHIおよびCDO1人が6箇所ずつ位を担当している。村の集会所等に人を集めて、保健衛生の講義を行っている。テーマは、地域、時期に応じて、 Dengue熱予防やリプロダクティブヘルス、飲酒・喫煙の危険性等、NCD対策も含めて様々。
4. 地域内での民間の保健医療施設について
 - 1) 非常に多くの医師が診療を行っている。ペラデニア教育病院やキャンディ総合病院があるため、2000人ちかい医師がこの地域におり、その多くが夕方以降の時間などで実施。
 - 2) 民間の施設に行っている患者も多い（全体の7割くらいか）。
 - 3) 約13の私立病院があり、内、6箇所程度は比較的規模が大きい。

- 4) 民間での診療についてのデータなどは入っていない。MOH管轄にはないため。ただ、感染症などの情報は、比較的大きな病院からは得ることができている。
5. その後、キャンディ市長 (Mr. L. B. Aluvihare) に面談。市長自身が糖尿病であり減量中ということで、NCD予防には大きな関心があった。現時点では、まだ対象地域を決定していないことを説明し、対象とする場合には協力を依頼した。

【保健省】

日時：2007年12月11日（火）15:00～16:15

場所：保健省次官室

出席者：Dr. Nihal Jayathilaka, Additional Secretary

Dr. S M Samarage, Deputy Director General/Planning

Dr. Lakshmi Somahinge, Director/NCD

Dr. W. M. T. B. Wijekoon, Director/Planning

鈴木団長、加藤団員、興津団員、井上団員

協議概要：

1. 調査団より、これまでの協議結果から検討中のプロジェクトの概要について説明。
2. ラガマMOHは大学医学部の学生が研修を実施する場であり、他のMOHエリアとは異なる環境にある。これまでもすでに多くのインプットが行われており、そういう地域でのデータが他の地域にも有効なものと言えるのか疑問。またこの地域の特別な環境でのみ実施可能な活動なのではないか。(Addl Secretary)
(具体的には、ラガマ地区では医学部学生による家庭訪問等の活動が行われているとのことだが、NCD対策としてのインプットはあまりないものと思われる。)
→エビデンス構築のための課題は、2つの心血管症のイベントを正確にモニタリングするための医療機関の情報ネットワークを整備することであり、そのためにこの地域は適切。(加藤団員)
ここでのエビデンスをもとにして、クルネーガラ、ポロンナルワで、既存の保健システムの中での実施可能性を検証する活動を行っていく。(鈴木団長)
3. データとしては既にNCDのリスクファクターサーベイランスが12500人に対して実施されている。(D/NCD)
(ただし、内容は、身長、体重、BMI、血圧、質問表等で、それ以上の検査は実施していないとのこと。)
4. スリランカ政府としては、経済的でコストエフェクティブな方法である意識啓発や行動変容等への働きかけを行うことが方針である。追加的な検査等の活動を実施することで、通常のPHM等の業務に新たな負担が発生することを懸念している。(Addl Secretary)
→まずはエビデンスをもとに、その国々の基準を知ることが必要。それによって、その後、効果・効率性の高い介入ができるようになり、結果的に、コストも安く抑えられることになる。(加藤団員)
5. 現場での実施の対象地域が狭すぎる。また、地方だけではなく、都市部も加えるべき。(Addl Secretary, D/Planning)
→2地域での取り組みを成功例として他の地域での普及に生かしていくことを想定。意識啓

発のための活動については、県全体を対象とすることを考えている。(鈴木団長)

【WHO】

日時：2007年12月12日（水）10:00～11:30

場所：WHO

出席者：Dr. P Abeykoon

加藤団員、興津団員、井上団員

協議概要：

1. 調査団より、現時点のプロジェクト案を説明し、保健省主催のテクニカルミーティングへのWHOからの参加を依頼した。
2. 主なコメントは以下のとおり。
 - ・ラガマで3,000人のサンプル数は小さすぎないか？
→サンプルは大きいほうが良いものの、本調査の目的に照らして妥当な数と判断。(加藤団員)
 - ・本プロジェクトに関して説明が必要な点は、以下の4点。
 - －倫理面：ランダムに抽出した3,000人に対して検査を行うことが問題ないこと。病気を発見した場合にはケアが必要になること。
 - －技術面：統計的な有効性など、技術的な観点から問題がないかどうか。
 - －コスト面：実施可能性、他の地域での展開可能性。
 - －持続可能性：今後の他の地域への展開の道筋。
 - ・SLMAで糖尿病のタスクフォースを作って、糖尿病に関する調査や予防活動を行っている。こういった様々な活動とうまく連携していくことが必要。
 - ・今回のプロジェクトの対象地域は非常に限定されているため、その活動をもとにして、どのように全国へ裨益するような展開をはかっていくのかという戦略策定をあらかじめ活動の中に組み込んでおく必要がある。

【世界銀行】

日時：2007年12月12日（水）12:00～13:00

場所：WB

出席者：Dr. Paolo Carlo Belli, Senior Economist, Human Development Unit, South Asia Region (WBの保健セクタープログラムのレビュー調査団の団長)

加藤団員、興津団員、井上団員

協議概要：

1. WBのSLHSDPの関係するコンポーネントの進捗状況についての説明。
[NCD予防]
 - ・中央政府のコンポーネントはD/NCDをカウンターパートとして実施しているが、進捗が大幅に遅れている。
 - ・ソーシャルマーケティング：保健省からの案を何度も修正して、やっと第1フェーズについて内容が確定した。まずは小規模に開始する予定。
 - ・リスクファクター調査：1年以上前には完了している予定が、現時点で何も提出されてい

ない。今回のミッションチームにはPreliminary Reportが提出される予定。

- ・ 国家政策の策定：外国人コンサルタントを入れることを保健省が拒否しており、進んでいない。(当方より、すでにWHOのコンサルタントの参加を得て、ドラフトが策定されていることを伝え、コピーを手交。WBは本情報を持っていなかった。)
- ・ 上記のほかに、毎年作成する県レベルの計画の中で、NCDは重点コンポーネントとなっている。

[病院管理]

- ・ 93の疾病に対してClinical Guidelineを策定した。→周知・実施方法について確認したが、保健省が主体的に実施することとの回答。
 - ・ 5Sの実施。
 - ・ 病院調査を行う計画であるが、何を調べるかが未定。保健省はどのレベルの医療機関で何をすべきか、何が必要か、を明らかにしたい意向だが、WB側は病院間ネットワーク形成に資するような調査を行いたいと考えている。
2. JICAのプロジェクト案について
- ・ こういったエビデンスの形成は、恐らくスリランカに最も必要とされていることであり、意義は大きいと認識。
 - ・ 第一段階の結果がでるような時点で、ぜひ関係者間で結果を共有するシンポジウムを開催して欲しい。2月末頃に、中間評価調査団が派遣されるため、そのタイミングにあわせて開催できればなお良い。
 - ・ WBの判断で資金を支出することは出来ないが、DDG (Planning) の下には複数のプロジェクトがあり資金がついている。この資金は、保健省が合意すれば活用可能。
3. WBの今後の計画について
- ・ 本プログラムは2009年までで終了するが、その後、もうスリランカにはグラントはつけられない。それ以降のプログラムが承認されるかどうかは未定であるが、可能であればNCDに焦点をあてた協力を継続したいと考えている。

後日（12月14日8:30～9:30）、保健分野担当者（Mr. Michael M. Engelgau, Senior Public Health Specialist, Human Development Unit, South Asia Region）と面会。プロジェクト案について説明。Treatment Protocolを見たいとの依頼があった。今後も情報交換を行っていくことを約束した。

【ケラニア大学視察】

日時：2007年12月13日（木）9:00～10:00

場所：ケラニア大学

出席者：Prof. A.R.Wickramasinghe, Dean, Faculty of Medicine

Dr. Udaya K. Ranawaka, Consultant Neurologist, Faculty of Medicine

Other relevant people in the university

加藤団員、井上団員、興津団員

1. 視察：フォローアップクリニック

- ・ 今回のケラニア大学訪問は、同大学において、日本の国立国際医療センター研究所との間

で行われている共同研究を視察するのが目的。Ragama Health Study: RHSは、最初の3000人に対するリスクファクター調査を終え、フォローアップのためのクリニックを実施している。

- ・フォローアップクリニックは、コロombo北教育病院の一般外来（別棟になっており、Family Medicine Clinicと呼ばれている）部分の一部を借り、毎週木曜日の午前中、行われている。このフォローアップクリニックでは、教育病院のコンサルタント医師を含め、数名の医師がフォローアップのための検査、検診、健康教育を行っている。
- ・フォローアップクリニックでは、ワークフローができているため、仕事の効率が良い。また、最初のリスクファクター・プロファイリング調査の際も、このクリニックに対象の住民を集めて実施した。当初は検査に時間がかかったが、しっかりとワークフローを決めて実施したため、一日に効率よく多くの人数の調査ができたとのこと。
- ・リスクファクター・プロファイリング調査のときのBiochemical検査においては、検体の血液を遠心分離機にかけるところまで行って、コロomboにあるナワロカ病院の検査室に送って検査を行ったとのこと。
- ・フォローアップは、2月から始められており、女性に関しては、順調にフォローアップが実施されている状況のようであったが、問題はここでのフォローアップは木曜日午前のみであることもあり、男性の参加は難しいようであった。また、フォローアップにあたっては、治療されていない個人へのアプローチが問題であると思われる。
- ・脳溢血のRegistryもはじめられているとの説明。
- ・介入に関しては、薬物による治療と健康教育とのことであった。健康教育は、医師が行っている。治療に必要な薬は、コロombo北教育病院から提供されている。

2. 協議内容

- ・国レベルNCD予防システムの持続性や一般化に関して、Dr. Ranawakaは高次医療施設においてNCDクリニックとして、他の診療科と切り離し、スペシャリストを置いていくのが良いだろうとの意見。病院のレベルとしては、ベース病院レベルまで。そこをモデルにして、徐々に下のレベルに展開をするべきであろう。下位のレベルの病院の強化で、このようなNCDクリニックを開設することは出来ないかとの質問には、能力的に無理との意見であった。
- ・ベースラインで出た結果で、驚くべきことは、高脂血症が全体の90%と非常に高いことがわかったこと。また、メタボリック・シンドロームは全体の40%と高く、男性の脂肪肝が30%と高かったことなどである。
- ・高脂血症の治療薬のスタチンは、コロombo北教育病院から供与されている。

【コロombo北教育病院訪問】

日時：2007年12月13日（水）10：00～11：00

場所：コロombo北教育病院

出席者：Dr. Maahnama Rajamanthre, Director, Teaching Hospital, Colombo North Teaching Hospital
加藤団員、井上団員、興津団員

1. 協議内容

- ・コロombo北教育病院は、糖尿病クリニックを有し、患者に対するリスクファクターの告知、

健康教育などを推進するヘルスプロモーション病院を目指している。

- ・病院情報のネットワーク化に関しては、この国の患者の受診行動に何のしほり、たとえば、キャッチメント・エリアのデマケーションとか、レジストリーなど、がないため、情報の整備が難しい状況である。
 - ・病院情報のコンピューター化の必要性は高い。病院の医者で、病院情報のコンピューター化に興味のある医師がいるので、その人にパイロット的にやらせてみる計画である。
 - ・病院では、病院情報をまとめたAnnual Reportを毎年だしている。
 - ・NCDコントロールに関しては、インドのケララで大変よい事例があると聞いている。このコロンボ北教育病院とケラニア大学の共同研究は、大変よい関係を保っているし、研究成果を出すものと期待している。
 - ・病院のReferral, Back referralに関しては、過去何度も試みがされているが、なかなか成功しない。特にBack referralは受け皿が弱いため、成功しない。
2. 視察：コロンボ北教育病院
- ・病院内を視察。応急処置室と、救急外来を見学。糖尿病クリニックも見学した。糖尿病クリニックは一年前から始められており、一日150人の患者を3人の医師で見ている。

【テクニカルグループとの協議】

日時：2007年12月13日（木）13:00～14:00

場所：保健省NCD局会議室

出席者：Dr. S M Sammarage, DDG Planning

Dr. Terrance De Silva, DDG MS

Dr. Dula De Silva, DDG PHS

Dr. Wijekoon, D/Planning, MDPU

Dr. Sumatunga, D/NCD

Dr. Wicharashinghe, Dean, Medical Faculty, Kelaniya University

Dr. Udaya K. Rannawaka, Consultant Neurologist, Faculty of Medicine, Kelaniya University

Dr. Palitha, Faculty of Medicine, Colombo Uni.

Dr. Chinta Abayawardana, WHO

鈴木団長、加藤団員、井上団員、興津団員

協議内容

1. 概要

Dr. Sumatunga (D/NCD) より、保健省を代表して、今回プロジェクトのためのテクニカルグループによる協議参加に感謝の旨の挨拶があり、続いて、井上団員より、今回プロジェクト事前調査の簡単な経緯の説明があった。続いて、加藤団員より、今回プロジェクトのフレームにつき説明がされた。その後、ケラニア大学から、RHSの説明および、Preliminaryな結果につきプレゼンテーションがされた。

全体として、本プロジェクトの枠組みについては、実施の意義が高いとして合意が得られた。

2. 質疑応答

- ・RHSのデータにつき、metabolic syndromeの測定に使った胴回りの基準と、全コレステロール値の基準などについて質問があった。胴回りに関しては、基準の決め方が難しく、BMIイ

ンデックスを使った（以前のmetabolic syndromeの基準で今の基準より緩めの基準）、全コレステロールは240を使った。今回のスタディーには国際基準にのっとった計り方とCutting offのポイントが使われていることが加藤団員より説明された。

- Dr. Sumatungaより、前回保健省と調査団の協議内容についての確認があったため、興津団員より「RHSの地域において様々な健康教育のインターベンションが行われているとのことであったが、今回RHSの結果を見る限りその有効性が疑わしいことを示している」旨の意見であったことを説明。また、Dr. SumatungaがPolonnaruwaでは、すでにベースライン調査がされていたのではないかの問いであったので、Polonnaruwaでの活動は、あくまで2次予防のフォローアップであったことを説明。
- Dr. Palitha（Colombo大）より、加藤団員に対し、RHSでは1次予防だけがスタディーの範囲であるのか、2次予防まで範囲に入っているのかの質問。→加藤団員より、一次予防までの説明。
- Dr. Dulaから、このスタディーは、日本のスタディーではなく、スリランカのスタディーであるので、様々な調査デザインはスリランカ側ですべきことである旨の意見が出された。
- また、Dr. Dulaより、本件プロジェクトの対象地域について、なぜ地方のみが選定されているのかの質問があった。特に、今回の対象地域はEBM調査の対象地域と同じであるので、そこにばかり集中している印象を与える点、また、問題の大きさや重要性に関しては、コロombo市内、特にコロombo市に住む貧困層の問題は重要かつ緊急である点が指摘された。できれば、対象地域について再考してほしい旨申し入れがあった。

【ポロンナルワ県保健局】

日時：2007年12月17日（月）9:00～11:00

場所：ポロンナルワ県保健局

出席者：Dr. D.S.A. Jayasinghe, Medical Officer/Planning, RDHS office

Dr. U.K.S. Chandrakeerthi Gunarathne, Regional Epidemiologist, RDHS office

Dr. S.C. Liyanage, Relief Medical Officer (MO/NCD Designate)

Dr. I.W.M.J. Wickremararachi, MOH Thamankaduwa

興津団員、井上団員

協議概要：

1. 調査団より、当初説明した案から変更となった現時点のプロジェクト案を説明。
2. コミュニティでのリスクファクター調査について
 - 1つのMOHエリアで3,000人の検査を6ヶ月程度で実施するキャパシティーはない。すでに年間27のクリニックを行うことがMOHの仕事となっており、それにさらに追加的に検査とFUを行っていくことは、時間と人手の問題がある。1 MOHエリアで、1 PHIが500人くらいをFUすることになる。
→FUは戸別訪問ではなく、どこかでクリニックを開設して実施するほうが現実的。また、PHIでやれることは限られているため、もっと他にもMOH自身や看護師などの協力も必要。
(調査団)
 - 看護師は1名か、いないMOHもある。コンサルタント医師は、総合病院、ベース病院にはいるが、大抵はポロンナルワ外の出身者で土日は地元に戻ってしまう人も多い。

- ・各MOHエリアで少しずつ実施したい。
→まずは1 MOHエリアで調査をし、ちゃんとFUができて効果的な方法だとわかったら、他のMOHエリアではその効果的な介入を行っていけばよいことになる。(調査団)
 - ・FUクリニックに患者がくるインセンティブは何か？
→ラガマではコンサルタント医師が診療してくれ、薬も出してもらえている。ポロンナルワではどうインセンティブを与えるか考える必要はある。(調査団)
 - ・検査は、総コレステロールの検査であれば、総合病院で可能。心電図や血糖値測定器は、一次医療施設にはほとんどない。
3. JICA-EBMでの「サーベイランスシステム」の活動について
- ・今後、さらに対象病院や疾病を拡大していく計画となっているが、一次予防対策を行うとなると、PHIへの負担が大きく同時並行は無理になる。→「サーベイランス」は二次予防のFUであったが、まずは一次予防に焦点を当てた活動を行うことが必要と考えている。また、コミュニティベースの調査は、当初のアクションプランの中でも触れられていた事項だと理解している。二次予防のFUも必要にはなるが、二次予防のFU活動を拡大する前に、一次予防対策を実施すべき。(調査団)
 - ・EBMの活動実施にあたっては、PHIやPHMの協力を得るために何度も話し合いを行い、説明、説得してきた経緯がある。ここで一次予防へ活動をシフトするとすると、PHIやPHMへまた時間をかけて説明を行う必要がある。
4. その他要望
- ・アヌラダプラのラジャラトナ大学に栄養や健康増進にかかる学位取得コースがあり、ここを卒業した学生をぜひ訓練して活用して欲しい。
 - ・PHIの活動サポートするようなスタッフをつけさせてほしい。(Rs450/日程度とのこと)

【北西部州保健局】

日時：2007年12月17日（月）15:00～16:15

場所：北西部州保健局長室

出席者：Dr. A. K. S. B. De Alwis, Provincial Director of Health Services

Dr. P. Muduuayah, Assistant Director, PDHS

Dr. M. D. C. Rajamantree, Regional Director of Health Services, Kurunegala

Dr. W. Jayaratne, MO/Planning, RDHS Office, Kurunegala

Dr. Nihal Edirisinghe, MO/NCD, RDHS Office, Kurunegala

Dr. D. C. Wijayawardena, Medical Officer of Health, Kurunegala

興津団員、井上団員

協議概要：

1. 調査団より、当初説明した案から変更となった現時点のプロジェクト案を説明。
2. コミュニティでのリスクファクター調査について
 - ・北西部州内で、Research Teamを作って協力を得る必要がある。
 - ・どのMOHを対象に実施するかは、要検討。都市部であればクルネーガラであるが、クルネーガラ教育病院の協力を得られるかどうかの問題で調整が必要。クリヤピティヤやニカラティヤであれば（州の管轄である）ベース病院があるので、そこの協力を得て実施が可

能。

- ・ラガマでの調査の詳細を知りたい。→ケラニア大学医学部が実施しているので、直接連絡を取って話しを聞いてほしい。(調査団)

3. 今後のスケジュールについて

- ・いつから開始するのか？

→2008年の4月か5月になる。(調査団)

- ・それまでに何をすれば良いのか？

→詳細は日本人専門家がスリランカに来た上で、協議しながら決定していくが、まずはラガマでどのようなことをやったのか、それをクルネーガラでやるとした場合にどこでどのように実施できるか、を検討してほしい。(調査団)

7. スリランカにおける非感染症の現状と課題

1. 非感染症の現状

スリランカでは、図1に示されるように、1980年代中頃に非感染症による死亡が、感染症による死亡を上回るという疾病構造の転換が起こっている。

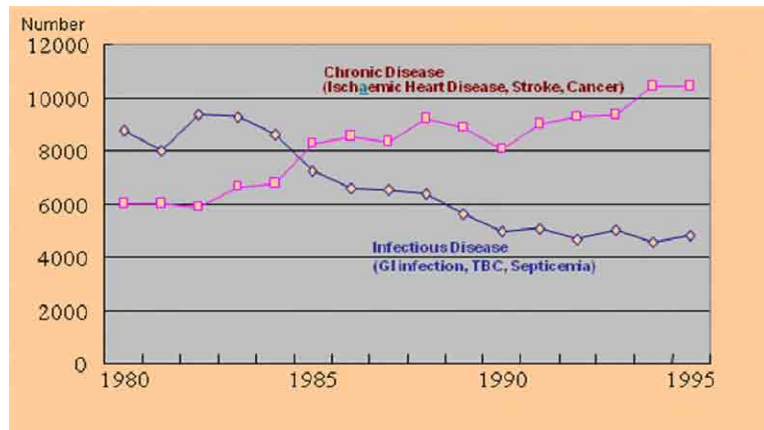


Figure 1 死亡原因の年次推移

出典：「保健制度改善計画調査」最終報告書Vol. II

1980年から2001年の出生死亡登録によると、心臓・血管系の疾患による死亡は、80年代初頭から死亡原因の第一位を占め、件数は年率1.3%で伸びている。事故や腫瘍、呼吸器疾患による死亡などが後に続いている。また、同統計によると、死亡の伸び率が高い疾患は、呼吸器疾患(5.8%)、内分泌系疾患(3.0%)、腫瘍(2.2%)の順であった。逆に感染症・寄生虫病による死亡は劇的に減少し、1980年に死亡の2位であったのが、2001年には7位となっている。

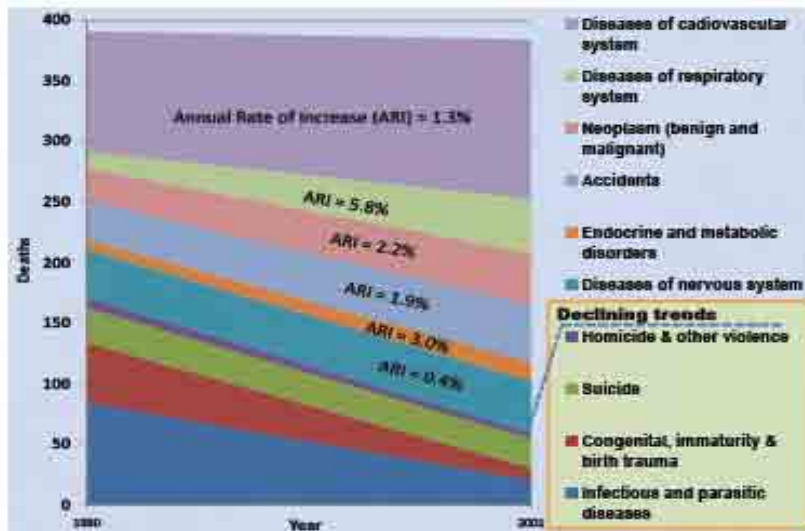


Figure 2 死亡原因, 1980 - 2001

出典：「保健システム管理強化計画調査」最終報告書Vol. I

人口構造としては、60歳以上の高齢者人口が全体の7%を超え、既に高齢化社会に入っている。これは、日本の70年代初頭と同じような人口構造であるが、高齢化の速度は、日本のそれより速いと予測されている。更に、65歳以上の心血管病による死亡率は、WHO南西アジア地域において一番高いとの報告もある。(WHO Global info base. Infobase. Who.int)

死亡原因の第一位を占める心血管病の発症を予防することが、人々の健康を守り、国としての社会経済的損失を抑えるという意味において、国家的対策として最優先されるべき課題である。心血管病の発生予防という観点では、そのリスクファクターといわれる疾患群（高血圧、高脂血症、糖尿病、肥満など）への対策が先ず検討されねばならない。しかし、スリランカにおいては、これらを増悪させるような、食事、嗜好品、日常身体活動などの生活習慣（いわゆる不摂生）がどのような現状であるのか、そして個々のリスクファクターの罹患率と、それに対する生活習慣の寄与度〔影響〕などに関するエビデンスが殆ど得られていない状況である。

また、単にリスクファクターの一時的な評価体制だけでなく、効率的・効果的なフォローアップ体制をも確立しなければ、持続性・実行性のある（Sustainableな）NCD対策とはいえない。そのためには医療機関どうしの連携（referral, back-referral）や、薬物治療開始時期など薬物治療に関するスリランカ国としての医療政策上の取り組みなどが不可欠であるが、現状として、これらの取り組みは十分ではない。

同時に、これらのリスクファクターに、早期に（すなわち1次予防として）対応するためには、「健康づくり」のメッセージを広く一般の人々に送る[健康教育・啓蒙活動]とともに、職域や地域での健康チェックを実施して、行動変容のための自覚を促す[健診・健康指導]必要がある。しかし、これらの活動を実施していくうえでの、社会的インフラ（行政としての指揮監督体制、現場における実施体制、および関わる人材）が未だ整備されていないのがスリランカNCD対策の実情である。

2. スリランカ保健医療システムの概要と課題

1987年以前は、スリランカの保健医療システムは中央集権的なシステムで、中央保健省下に25の県保健局が直接位置し、指揮命令系統が明確なシステムであった。ところが、1987年に突然政治的な決断で、州政府が中央政府と県の間には挿入されることになり、多くの権限が中央保健省から州保健省に委譲となったため、しばらく混乱が続いていた。現在では、3次病院は中央保健省の管轄下に、2次病院と1次病院は州政府の管轄下になっている。

公衆衛生サービスは、もともとMedical Office of Health (MOH) という保健所機能を持った機関が提供していて、この部分の責任の所管は州政府に委譲されたが、実質、地方分権の影響を大きくは受けておらず、現在も中央保健省の家族健康庁 (Family Health Bureau) や各感染症対策プログラムから技術的支援や機材の支援を直接受けている。人材育成と配置、薬品の購入・配布・品質管理といった機能と権限は依然中央保健省にある。

MOHは、人口5万から10万に一つ配置され、医師 (Medical Officer of Health) が1名ないし2名、公衆衛生看護師、公衆衛生助産師、および公衆衛生検査員がMOH内の人口に応じて配属されている。MOHはコミュニティへの公衆衛生サービス、予防サービスの提供を目的とし1940年代初頭から整備され、家庭訪問によるサービス提供を徹底するなど効果の高いサービスの提供を行った結果、1940年代後半から50年代前半にかけて、妊産婦死亡率の低下、乳幼児死亡率の低下など公衆衛生分野で輝かしい業績を残す結果となった。

公立病院の病院網は発達しており、国内のどこの地域であっても病院へのアクセスについて概ね問題がなく、人口あたりの病床数も過去40年くらいは1000人当たり3前後の数字で推移しており地域間格差も少ない。この病床数は、途上国においては、多い方である。また、都市部の人口が密集している地域においては、民間セクターの高次医療の病院数が増加する傾向にあり、また数多くのGP (General Practitioner: 開業医) による無床診療所なども開業していることより、医療サービスの供給量に関しての問題は見られない。

各種感染症への対策も縦割りで行われており、時折のアウトブレイクは見られるものの、疾病数自身は減少傾向を維持している。HIV/AIDSや鳥インフルエンザなどの新興感染症に関しても、水際での予防が功を奏しているのか、現在まで顕著な問題とはなっていない。

医療に携わる人材に関しては、2010年までに卒業する医師を含めると、全体の医師数が、公立の医師ポストの定員数を上回ると予測されており、医師数の過剰問題が顕在化する可能性がある。コメディカルと呼ばれる医師以外の医療従事者においては、臨床検査技師など一部の職種を除き、概ね数の不足は見られていない。しかしながら、北東部など条件の厳しい場所においては、その数が圧倒的に不足しており、保健省は、2002年以降、医療従事者の充足に向けて努力してきたが、未だ不足している状況である。

スリランカの保健医療分野の主な問題点として、一次ないし二次医療の病院におけるサービスの質が低いこと、またフリーアクセス (無償提供) であることから、高次医療の病院に患者が集中する点、また民間病院と公立病院で医師をシェアしていることから、患者のバイパスが起り、入院治療の無料サービスを提供している公立病院に患者が集中する点、こうした効率の悪い医療サービス提供に加え、医療財源を税金にのみ頼っている現状では、その総額が伸びていかない点、以上の問題が相俟って、既に国レベルでは、臨床検査や薬を提供できないなど、医療そのものが完結した形で患者にサービスを提供できず、サービスの質の低下を招いている点である。

スリランカにおける非感染症、特に生活習慣病の対策を推進していく上での保健医療サービス

供給システムの課題としては、予防サービスの方向転換と医療財源の確保が挙げられる。前項でも触れた通り、医療機関どうしの連携（referral, back-referral）や薬物治療に関するスリランカとしての医療政策上の取り組みなどが不可欠であるのに加え、予防サービスにおいても、抜本的にその方向性を転換する必要がある。というのも、生活習慣病など個人の生活スタイルに起因する病気に取り組む場合、中央集中型の予防サービス体制は非効率であり、その効果の見通しが小さいためである。また、長期間に及ぶ生活習慣病の治療を提供するためには、医療財源確保の新たな方法を見出さねばならず、スリランカの保健医療セクターはその緊急の必要性に迫られている。

3. 非感染症対策におけるこれまでのJICAの取り組みと他ドナーの動向

ここでは、スリランカの保健医療分野におけるJICAのこれまでの取り組みと、ドナーに関しては、世界銀行（WB）、及び、世界保健機関（WHO）の動きを記載する。

3-1 JICAの取り組み

JICAは、スリランカの保健医療分野において、無償資金協力、技術協力を通じて、毎年数多くの協力を実施してきたが、2001年に、この国の保健医療分野のヘルスマスタープラン策定への技術協力の要請があり、2002年4月より、開発調査「保健医療制度改善計画」が実施された。本調査により、スリランカ国における疾病構造や人口構造の変化、また、医療サービス供給、医療人材、医療財政、医療政策、医療情報システムの各分野におけるそれぞれの政策的課題の同定が行われ、解決のための計画策定が行われた。

その後引き続き、マスタープランの提言に基づき、特に重要性が高くかつ更なる調査やパイロット事業実施による施策への具体的な提言が必要とされる分野（5S/TQM、病院財務、非感染症対策）に関して、JICAは2005年10月から2007年9月まで「保健システム管理強化計画」を実施した。その間、本マスタープラン調査の成果はスリランカ国保健省の正式な10ヵ年計画「保健医療マスタープラン2007-2016」として承認されるに至り、今後はこのマスタープランの実施を促進していくことが求められている。

この開発調査「保健システム管理強化計画」では扱った3分野のうちの1つが非感染症対策であり、非感染症の中でも生活習慣病と外傷診断システムが対象とされた。生活習慣病対策については、クルネーガラ県クリアピティアMOHエリア、および、ポロンナルワ県においてそれぞれ違った目的のパイロットプロジェクトを実施した。クリアピティアMOHエリアにおいては、健康推進プログラムを実施し、実施地域における生活習慣病のリスクファクター（危険因子）に対する理解を高める一助となった。学校、病院、職場、コミュニティなど、異なった「場」、または、「域」毎に健康と健やかな生活を推進する効果を示すことができた。ポロンナルワにおいては、生活習慣病の2次予防のフォローアップをシステム化して行うためのパイロット事業が実施され、病院と地域MOHとの連携強化に貢献することができた。

3-2 世界銀行の動き

世界銀行は、2005年から2009年の5年間で中央レベルと州レベルに向けての保健セクター強化を目的としたSri Lanka Health Sector Development Program : SLHSDPを実施している。総額60百万USDの無償資金協力であり、大きく以下の4つのコンポーネントにわかれている。

コンポーネント	額(百万USD)
1. 県レベルにおける医療サービスとアウトリーチの向上のためのサポート	40
2. 中央保健省のプログラムと病院のサポート	14
3. 政策策定、予算策定、モニタリング・評価へのサポート	8.9
4. プロジェクト・マネージメント	6.3

非感染症対策に関係するサブ・コンポーネントと病院サービス強化のサブ・コンポーネントにつき、以下に詳細を記述する。

-NCD サブ・コンポーネント

中央レベルのNCD対策として4.1百万USDの予算として計上しているが、活動としては、これまでNCD課のオフィスを新築しているにとどまっている。全国レベルのRisk Factor Surveillanceを実施したという情報は聞くが、実態は不明である。保健省からの聞き取りによれば、12,000世帯を抽出してWHOガイドラインに則った調査を実施したらしく、いまだデータの入力中との説明であった。本事前評価調査団と時期を同じくして来ス中であった世銀のプログラムのレビュー調査団からも聞き取りを行ったが、世銀も本サーベイランスにかかる詳細情報はいまだに保健省から提出を受けていない状況にあるとのことであった。そのほかに、マスメディアを使ったソーシャルマーケティングも実施が予定されており、現在、業者の選定中であるとのことであった（当初予定から大幅に遅延）。

世銀のプログラムも時期的には半ばまできているが、中央レベルの活動インパクトは大変限られているような印象である。本プログラムのプロセス指標として、「NCD対策におけるアクションプランの策定」が挙げられているが、これは、保健省がWHOやJICAの協力を得て策定されている。

州レベルでは、方向性が示されないまま、現在まで、限られたレベルでの機材の購入、調査の実施、健康増進に関する活動などが散発的に行われてきたようであるが、これらのインパクトに関しては測る基準を持たず、ベースラインの数字もない状況である。

-病院サービス強化サブ・コンポーネント

病院のサブ・コンポーネントに関しては、疾病ごとのClinical Guidelinesが策定され、配布されたという状況である。これから、このguidelinesを使ったトレーニングがなされる模様であるが、計画の詳細については、本件調査の聞き取りの中では明確には示されなかった。

3-3 世界保健機構：WHOの動き

WHOは2006年から2011年の5カ年計画の戦略的な目標として、1) スリランカで最も重要な非感染症および、そのリスクファクターに対する予防と対策についてサポートを行う。2) 最も重要な非感染症の予防とマネージメントに対する費用対効果が高く、統合されたアプロ

一チを推進する。3) 非感染症のリスクファクターとその規定因子に対するサーベイランスをサポートする。という3つを挙げている。この目標を達成すべく、WHOは2007年に保健省をサポートする形で、非感染症対策のための国家政策、および、アクションプランの策定を行った。WHOはこの他にも、統合されたサーベイランスシステムの開発と実施や、たばこコントロールの推進、また、コミュニティーベースのメンタルヘルス対策などの推進を行う予定である。

しかしながら、WHOスリランカ事務所においては、非感染症対策担当のナショナルオフィサーが1年以上も前に国外に移住してしまい、その後任が不在であることから、現在、非感染症対策の担当官が不在であり、詳細の聞き取りは行えなかった。

4. 生活習慣病対策にかかる課題

上述の通り、生活習慣病の予防対策を推進していくためには、これまでの感染症、母子保健対策を中心とした保健システムの改革が必要となる。また、より効果的・効率的な予防対策を具体的に進めていくためには、その基礎となるエビデンスの収集や、現場レベルでの実施体制の整備も重要である。これらの課題への対策として、以下のような点に特に焦点を当てて協力を行っていく必要がある。

1) エビデンスの収集とその（非感染症対策での）活用

スリランカにおけるリスクファクターの状況、効果的な介入方法等にかかるエビデンスを収集・活用していくことが必要。また、死因の第1位である心血管病の発症予防を目指すためには、心血管病を正確に診断・評価できるシステムも必要となる。広く、大学教育・卒後教育としての知識レベルの向上と、エビデンス収集に際しての、費用対効果を考慮した診断システムの向上も必要である。

2) 健診・健康指導

今後、広く健診・健康指導を実施していくためには、どのような項目を、どのような人々（年齢層、生活習慣上のリスク保有状況を考慮）に、どのような頻度で健康チェックとして実施していくのかについて、費用対効果という観点から検討を行うことが必要。

3) 健康教育・啓発活動

メディアを通じた啓発活動などに加えて、大学や学会が一般向けの公開セミナーなどを開催することや、学校保健等による子供への働きかけなども実施していく必要がある。

4) 持続性・実効性のある体制づくり

費用対効果の面に加えて、現場レベルで生活習慣病対策をどのような人材が担当していくことが望ましいか、実践の中から検討していくことが必要。

以上