

スリランカ民主社会主義共和国
5S-TQM による
保健医療サービス改善プロジェクト
終了時評価調査報告書

平成 24 年 3 月
(2012 年)

独立行政法人国際協力機構
スリランカ事務所

スリ事
J R
13-005

スリランカ民主社会主義共和国
5S-TQM による
保健医療サービス改善プロジェクト
終了時評価調査報告書

平成 24 年 3 月
(2012 年)

独立行政法人国際協力機構
スリランカ事務所

目 次

目 次

写 真

略語表

評価調査結果要約表

第1章 終了時評価調査の概要	1
1-1 調査団派遣の経緯と目的	1
1-2 調査団の構成と調査期間	1
1-3 対象プロジェクトの概要	1
1-3-1 協力の背景	1
1-3-2 協力内容	2
第2章 評価の方法	3
2-1 評価調査の手法	3
2-2 主な調査項目と情報・データ収集方法	4
第3章 プロジェクトの実績	5
3-1 投入の実績	5
3-1-1 日本側	5
3-1-2 スリランカ側	6
3-2 活動の実施状況	7
3-2-1 成果1に関する活動	7
3-2-2 成果2に関する活動	9
3-2-3 成果3に関する活動	10
3-2-4 成果4に関する活動	12
3-3 成果の達成状況	12
3-4 プロジェクト目標達成の見込み	13
3-5 上位目標の達成見込み	14
3-6 実施プロセスにおける特記事項	14
第4章 評価結果	16
4-1 評価5項目による評価	16
第5章 提言と教訓	18
5-1 提言と教訓	18
5-1-1 保健省への提言	18
5-1-2 州及び県保健管理事務所への提言	18
5-2 教訓	19

付属資料

1	インタビュー先一覧	23
2	フィールドインタビュー結果要約	24

写 真



マタレー県保健管理事務所（管理部）



マタレー県保健管理事務所（引き出しの中）



ヌワラエリヤ県保健管理事務所（資料室）



ヌワラエリヤ県保健管理事務所（医薬品倉庫）



キャンディ県保健管理事務所（計画部）



キャンディ県保健管理事務所（受付）



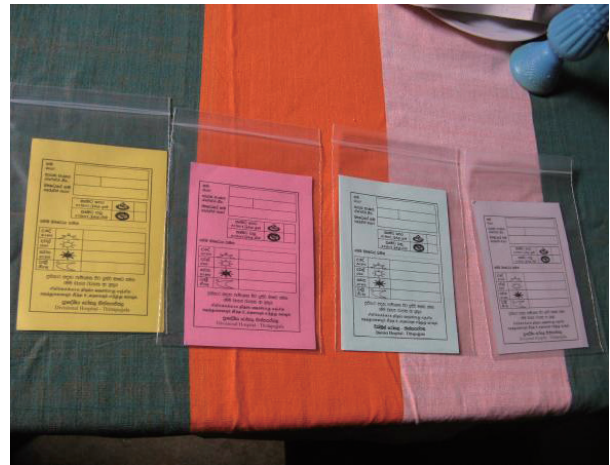
ヌワラエリヤ県総合病院（入口の表示板）



ヌワラエリヤ県総合病院（資料室）



チッタパヅジャラ補助ユニット
（QC サークルメンバー）



チッタパヅジャラ補助ユニット
（薬入れとラベル）



チッタパヅジャラ補助ユニット（女性病棟）



チッタパヅジャラ補助ユニット
（医薬品ラベル）



ナーワラピティヤ県総合病院（品質管理部）



ナーワラピティヤ県総合病院（歯科）



ダンブッラ基礎病院（医薬品倉庫）



ダンブッラ基礎病院（廃棄物処理）



ディックオヤ基礎病院（血液銀行）



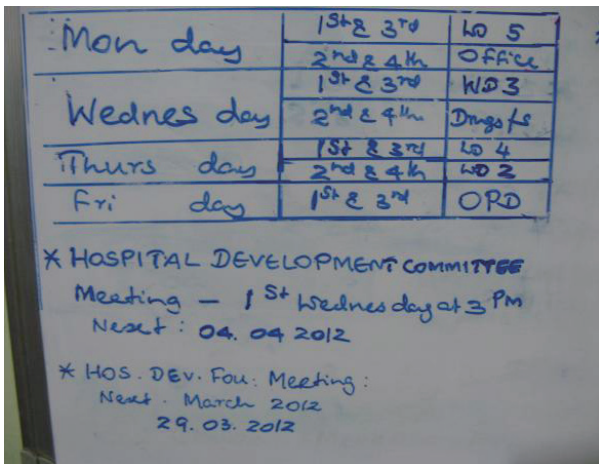
ディックオヤ基礎病院（薬局）



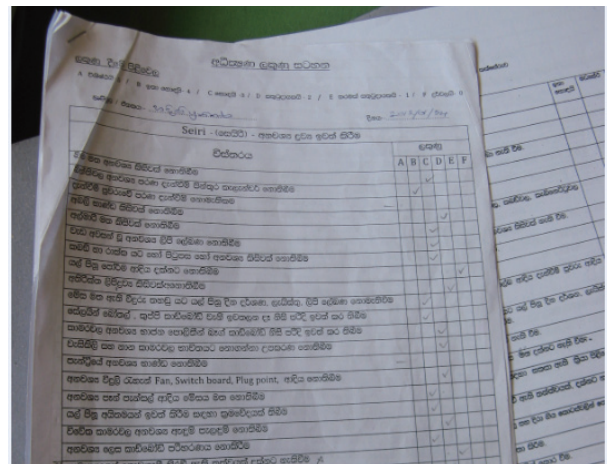
マータレー県総合病院（バイオガスの活用）



マータレー県総合病院（外来の受付番号表示）



ガレーウェラ郡病院（QC サークル及び地域の関係者とのミーティング予定）



ガレーウェラ郡病院（5S-TQM 活動のチェックリスト）



ガレーウェラ郡病院（廃棄物処理）



ガレーウェラ郡病院（薬局）

略 語 表

略 語	正式名	日本語
5S		整理、整頓、清潔、清掃、しつけ
BH	Base Hospital	基礎病院
CQI	Continuous Quality Improvement	継続的な品質改善、カイゼン
DGH	District General Hospital	県総合病院
DH	Divisional Hospital	郡病院
JICA	Japan International Cooperation Agency	国際協力機構
MO	Medical Officer	医師
MoH	Ministry of Health	保健省
ODA	Official Development Assistance	政府開発援助
OJT	On-the-Job Training	実地訓練
PDHS	Provincial Director of Health Services	州保健管理事務所
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PU	Peripheral Unit	補助ユニット
QMU	Quality Management Unit	品質管理部
QS	Quality Secretariat	品質管理事務局
RDHS	Regional Director of Health Services	県保健管理事務所
TQM	Total Quality Management	総合的品質管理

評価調査結果要約表

1. 案件の概要	
国名：スリランカ民主社会主義共和国	案件名：5S/TQMによる保健医療サービス向上プロジェクト
分野：保健医療	援助形態：技術協力プロジェクト
所轄部署：JICA スリランカ事務所	協力金額（評価時点）：1,258 万円
協力期間 (R/D)：2009年6月25日 2009年7月1日～2012年 3月20日（2年9カ月）	先方関係機関：スリランカ保健省
	日本側協力機関：なし
	他の関連協力：保健医療行政（個別専門家）/保健システム 管理強化計画調査（開発調査）
1-1 協力の背景と概要	
<p>JICA はこれまでスリランカ民主社会主義共和国（以下、「スリランカ」と記す）の保健分野に対し、マスタープランの策定、重点3分野（医療コスト・生活習慣病対策・5S-TQM¹）に関する開発調査などを実施してきた。当プロジェクトはこの開発調査の結果を受けて、スリランカの保健医療施設の質と安全性の向上を図るべく、全国レベルでの能力強化を目的として実施されたものである。</p>	
1-2 協力内容	
(1) 上位目標	
スリランカの保健医療施設における質と安全が向上する。	
(2) プロジェクト目標	
5S、CQI（継続的な品質向上、カイゼン）及び総合的品質管理（Total Quality Management：TQM）アプローチによる保健医療施設における質と安全の向上を実施していくための全国レベルでの能力が向上する。	
(3) 成果	
1) 保健医療施設における5S-CQI-TQM実施のためのガイドライン・ツールが整備される。	
2) 中央州のパイロット病院（7病院）での実施を通じて、エビデンスに基づいた5Sプログラムの州レベルにおける導入・実施のモデルが構築される。	
3) 保健医療施設における質と安全をモニタリングするための持続可能なシステムが、州及び全国レベルで確立される。	
4) ベストプラクティスを奨励するための、全国保健優秀賞（National Health Excellency Award）の実施メカニズムが確立される。	

¹ 5S は整理・整頓・清潔・清掃・しつけを基本とする職場改善運動、TQM は総合的品質管理を指す。

(4) 投入

日本側：長期専門家：1名（兼務かつ前半のみ）、機材供与：183万スリランカルピー
ローカル・コスト負担：1,137万円 総計 1,258万円
相手側：カウンターパート配置（約20名）、土地施設提供、ローカル・コスト負担

2. 評価

(1) 妥当性

プロジェクト目標は、スリランカの開発政策及び日本のODA政策・JICAの国別援助方針と整合性があり、保健サービスの質と安全性・効率性の向上は、スリランカの国家保健政策のなかでも優先度が高い。また、2009年には、スリランカ保健省は保健サービスの質の向上のためのプログラムを導入・拡大するよう、全国の病院や保健所に指示を出している。このようなことから、当プロジェクトの妥当性は依然として高いといえる。

(2) 有効性

当プロジェクトにより、保健サービスの質の向上のためのプログラムを持続的に実施する仕組みは導入されたが、現在のところその仕組みは、パイロット地域内でさえも機能していない状態である。その主な原因は、保健省、州・県の保健事務所がその傘下の病院や保健所の活動をモニタリング・評価するための能力が十分強化されていないことにある。そのためプロジェクト目標は一部しか達成の見込みがなく、当プロジェクトの有効性は低いといわざるを得ない。

(3) 効率性

当プロジェクトは2011年3月ころまで効率よく実施されていた。しかしそれ以降、JICAからの人材及び資金投入の停止や、プロジェクト・ディレクターの体調不良による不在などの問題により、プロジェクト活動は停止した形となった。このようなことから、プロジェクトの成果の発現は期待したレベルに達しておらず、当プロジェクトの効率性は低い/中程度といえる。

3. 特記事項（提言・教訓等を含む）

当プロジェクトでは、中央及び地方の保健事務所が、5S-TQM活動を奨励・モニタリングできるような体制を確立することが目標であった。また、保健事務所が傘下の病院や保健所の5S-TQM活動を推進・指導できるようになるためには、まず当該事務所が5S-TQM活動を実施し、成功体験を積むことが重要である。しかし、当プロジェクトでは、県保健管理事務所の能力強化に十分な焦点が置かれていなかったようである。たとえば、パイロット病院のモニタリングに同事務所は参加しておらず、また、同事務所における5S-TQMの活動は、PDMのなかで活動や成果として認識されていなかった。

第1章 終了時評価調査の概要

1-1 調査団派遣の経緯と目的

スリランカ民主社会主義共和国（以下、「スリランカ」と記す）では、JICAの協力により実施した開発調査「保健システム管理強化計画」（2005年10月～2007年9月）の中で、5S（整理・整頓・清掃・清潔・しつけ）及び総合的品質管理（Total Quality Management：TQM）による病院管理改善を3つのコンポーネントのうちの1つと位置づけ、5S活動導入による病院サービスの質の向上プロセスを体系化し、国内の病院が5S活動を始めるための基盤づくりをめざし、5つのパイロット病院に5Sを導入する支援を実施した。また、パイロット病院での導入を通して、必要なマニュアルやツール等を整備したほか、今後のスリランカ国における保健医療施設の質の向上を担う保健省内への保健医療サービス向上事務局（Quality Secretariat）の設立や、国家政策のドラフト策定等の活動を行った。

同開発調査の終了後、スリランカ国保健省は引き続き「保健医療施設における質と安全に係る国家戦略」の策定に向けた活動を行うとともに、JICAのアジア・アフリカ協力の枠組みにおいて、アフリカ8カ国の病院での5S/TQM導入に向け、研修員の受入れ、リソースパーソンの派遣等、スリランカ国の経験を生かして積極的に協力をを行っている。

一方、スリランカ国内においても、同開発調査の終了後に、更なるスリランカ国の自助努力を支援するために「5S/TQMによる保健医療サービスプロジェクト」（以下、プロジェクト）を開始した。

本プロジェクトは、保健省をカウンターパート（C/P）機関として、2009年7月より2012年3月までの2年6カ月間にわたり実施されたものである。

本終了時評価調査は、プロジェクト活動の実績、成果を評価、確認するとともに、今後のプロジェクト活動に対する提言及び今後の類似事業の実施にあたっての教訓を導くことを目的とする。

1-2 調査団の構成と調査期間

調査団の構成と調査期間は、以下のとおりである。

表-1 調査団の構成

氏名	所属	調査期間
福森 大介	JICA スリランカ事務所	現地参团
Ms. Kishani Tennakoon	JICA スリランカ事務所	現地参团
田村 智子	(株)かいはつマネジメント・コンサルティング	2012年2月17日～3月22日

1-3 対象プロジェクトの概要

1-3-1 協力の背景

JICAは、これまでスリランカの保健分野に対し、マスタープランの策定、重点3分野（医

療コスト・生活習慣病対策・5S-TQM²)に関する開発調査などを実施してきた。当プロジェクトはこの開発調査の結果を受けて、スリランカの保健医療施設の質と安全性の向上を図るべく、全国レベルでの能力強化を目的として実施されたものである。

1-3-2 協力内容

(1) 上位目標

スリランカの保健医療施設における質と安全が向上する。

(2) プロジェクト目標

5S、CQI（継続的な品質向上、カイゼン）及びTQMアプローチによる保健医療施設における質と安全の向上を実施していくための全国レベルでの能力が向上する。

(3) 成果

- 1) 保健医療施設における5S-CQI-TQM実施のためのガイドラインやツールが整備される。
- 2) 中央州のパイロット病院（7病院）での実施を通じて、エビデンスに基づいた5Sプログラムの州レベルにおける導入・実施のモデルが構築される。
- 3) 保健医療施設における質と安全をモニタリングするための持続可能なシステムが、州及び全国レベルで確立される。
- 4) ベストプラクティスを奨励するための、全国保健優秀賞の実施メカニズムが確立される。

(4) 外部条件

5S-CQI-TQMプログラムの好事例が全国に広がるための資金が得られること。

² 5Sは整理・整頓・清潔・清掃・しつけを基本とする職場改善運動、TQMは総合的品質管理を指す。

第2章 評価の方法

2-1 評価調査の手法

当終了時評価調査は、以下の手法を用いて実施された。

(1) 既存報告書類のレビュー

レビューした主な報告書類は以下のとおりであった。

- Minutes of the 1st Working Group Committee, April 1, 2009
- Minutes of the 2nd Working Group Committee, April 21, 2009
- Minutes of the 1st Consultative Workshop, April 23, 2009
- Record of Discussions of the Project, June 25, 2009
- Minutes of the 1st Joint Coordinating Committee Meeting, July 16, 2010
- Progress Report (June 2009 – June 2010) & Action Plan (July 2010 – June 2011)
- National Guidelines for Improvement of Quality and Safety of Healthcare Institutions (For Line Ministry and Provincial Hospitals), 1st edition, September, 2010
- National Guidelines for Improvement of Quality and Safety of Healthcare Institutions (For Line Ministry and Provincial Hospitals), 1st edition, September, 2010 (Snhala version)
- National Guidelines for Improvement of Quality and Safety of Healthcare Institutions (For Line Ministry and Provincial Hospitals), 1st edition, September, 2010 (Tamil version)
- National Guidelines for Improvement of Quality and Safety of Healthcare Institutions (For Primary Medical Care Units), 1st edition, October, 2010
- National Guidelines for Improvement of Quality and Safety of Healthcare Institutions (For Offices of Medical Officer of Health), 1st edition, October, 2010
- National Guidelines for Improvement of Quality and Safety of Healthcare Institutions (For Specialized Public Health Units and Campaigns), 1st edition, October, 2010
- National Guidelines for Improvement of Quality and Safety of Healthcare Institutions (For Health Management Units), 1st edition, October, 2010
- National Guidelines for Improvement of Quality and Safety of Healthcare Institutions (For Training Institutions), 1st edition, October, 2010
- Evidence-based Management for the Health System in Sri Lanka (EMB Study), Roadmap for Implementation, Draft Final Report, JICA and MoH (no date)
- プロジェクト実施計画書、JICA スリランカ事務所、2011年12月1日

(2) インタビュー、ディスカッション

主なインタビュー、ディスカッション先は、以下のとおりであった。

- 保健省
- 中央州保健管理事務所
- キャンディ県保健管理事務所
- マータレー県保健管理事務所
- スワラエリヤ県保健管理事務所
- パイロット病院

(3) 評価は以下の5項目の観点から行った。

- 1) 妥当性
- 2) 有効性
- 3) 効率性
- 4) インパクト
- 5) 持続性

2-2 主な調査項目と情報・データ収集方法

活動進捗状況については、既存の報告書類及びスリランカ側カウンターパートへのインタビュー、パイロット活動の対象となった病院訪問時の観察をもとに確認した。成果達成状況及びプロジェクト目標達成の見込みについては、PDM (Project Design Matrix) の指標に沿って情報・データを収集し分析を行った。実施プロセスに関しては、チームワーク、コミュニケーション、意思決定過程、進捗モニタリング、上位機関の参加度、各種委員会の機能などに関する情報を、会合の議事録、スリランカ側カウンターパート及びJICAスリランカ事務所から収集し分析した。

第3章 プロジェクトの実績

3-1 投入の実績

3-1-1 日本側

(1) 専門家派遣

スリランカ国保健省に派遣されていた長期専門家（医療行政：1名）がプロジェクト開始から2010年3月末までの間、当プロジェクトの専門家としても兼務した。当専門家は、その豊かな経験と知識をもってプロジェクトの効果的な実施に貢献した。

(2) 機材供与

5S-TQMを導入するために必要な事務機器が、パイロット病院に供与された。これらは、同病院が5S-TQM活動のミーティングや、活動の進捗データの記録などを行う際に必要となる基本的なものである。これら機材の購入金額合計は約183万スリランカルピーであった。機材はすべて、スリランカの業者から購入されており、部品の追加購入などに関する問題が、今後起こらないよう配慮されている。供与された機材の活用状況、維持管理の状況についても特段の問題は起こっていない。

表-2 供与機材の詳細

	対象病院	機材品目							
		コンピュータ	プリンター	デジタルカメラ	コピー機	マルチメディア・プロジェクター Multimedia projector	机	収納棚	椅子
1	ナーワラピティヤ県総合病院	1	1	1			1	1	3
2	チッタパッジャラ補助ユニット	1		1	1	1	1	1	3
3	ヌワラエリヤ県総合病院	1		1	1	1	1	1	3
4	ディックオヤ基礎病院	1		1	1	1	1	1	3
5	マータレー県総合病院			1	1	1			
6	ダンブッラ基礎病院	1	1	1			1	1	3
7	ガレーウェラ郡病院	1		1	1	1	1	1	3

出所：Progress Report（June 2009 – June 2010） & Action Plan（July 2010 – June 2011）

(3) ローカル・コスト負担

ローカルコンサルタント備人費、ワークショップ開催費、ガイドライン・ツール作成

費、表彰式開催費等の日本側のローカル・コスト負担は合計約 1,137 万円であった（2012 年 3 月末現在）。

表－3 ローカル・コスト負担

(単位：千円)

	2009 年度	2010 年度	2011 年度	合計
実績額	2,008	6,808	2,554	11,370

出所：実施計画書等

3-1-2 スリランカ側

(1) カウンターパートの配置

当プロジェクトは、スリランカ保健省及び州・県保健管理事務所、パイロット対象病院の職員が中心となって実施した。

下記は、当プロジェクトの運営及びパイロット病院での活動に従事した主なカウンターパートのリストである。

表－4 主なカウンターパート

職 位	当初の人員 (2009 年 6 月時点)	変更後の人員 (2010 年 7 月以降)
Project Director and Chairman of the Operational Committee	Deputy Director General (Planning), MOH	変更なし
Project Manager	Director of Castle Street Hospital for Women and Director of Quality Secretariat	Director Organizational Development, MoH
Members of the Operational Committee	<p><Sri Lankan Side></p> <ul style="list-style-type: none"> - Director, Castle Street Hospital for Women and Director of Quality Secretariat - Director, De Soyza Hospital for Women - Senior Medical Officer, Castle Street Hospital for Women - Registrar, Quality Secretariat - PDHS, Central Province 	<p><Sri Lankan Side></p> <ul style="list-style-type: none"> - Deputy Director General (Medical Service I), MoH - Deputy Director General (Medical Service II), MoH - Director, Organizational Development, MoH - Director, Castle Street Hospital for Women - National Coordinator of Quality Assurance, MoH - Senior Medical Officer, Castle Street Hospital for Women - PDHS, Central Province - RDHS, Kandy district - RDHS, Matale district - RDHS, Nuwara Eliya district - Medical Superintendent, DGH, Ampara - MO in-charge, Peripheral Unit (PU), Madampe

出所：Minutes of the 1st Steering Committee Meeting held on July 16th, 2010

(2) ローカル・コスト負担

スリランカ側からは、JICA 長期専門家の執務室が提供されたほか、カウンターパートがプロジェクト活動に従事する際の旅費・交通費と事務用品などが提供された。

3-2 活動の実施状況

当プロジェクトでは、2011年3月までは、予定した活動が効率的に実施されていた。しかしその後、JICA からの人材や資金の提供の停止、プロジェクト・ディレクターの病欠による不在など、プロジェクト運営上の諸問題を背景として、プロジェクトは実質上、停止した形となった。このような事情から、PDM もしくはアクションプランでは、以下のような活動がプロジェクトの後半に実施される計画であったが、現時点で未実施、または未完了となっている。

成果1に関する活動

ナショナル・ガイドラインのシンハラ語・タミル語訳の冊子の配布

成果2に関する活動

- ・パイロット病院における 5S-TQM 活動の継続的な実施
- ・5S 導入のためのトレーニング・カリキュラム及びツールの開発
- ・パイロット病院での活動のエンドライン調査
- ・パイロット病院での活動の分析と教訓の抽出

成果3に関する活動

- ・保健省、州・県保健管理事務所によるパイロット病院における 5S-TQM 活動の継続的なモニタリング

成果4に関する活動

- ・第3回の全国保健優秀賞の開催

以下に、活動の実施の現状について詳細を記す。

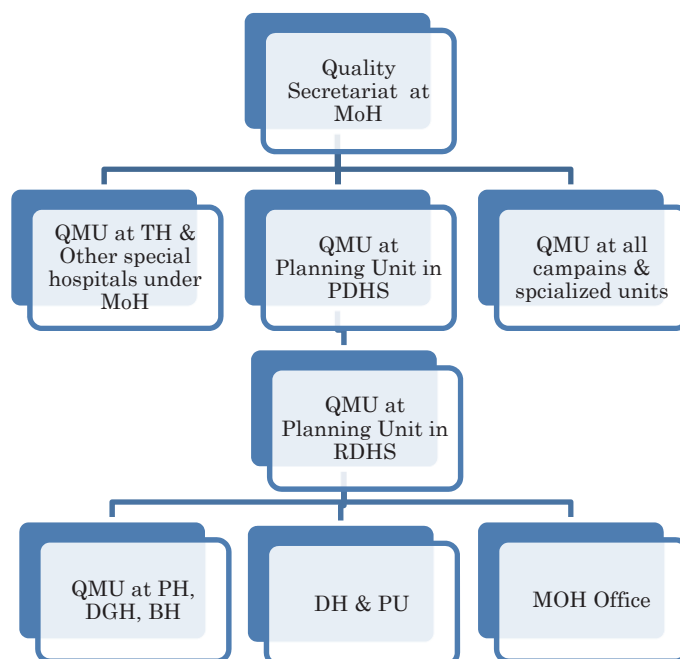
3-2-1 成果1に関する活動

「保健医療サービス機関の質と安全の向上に関するナショナル・ガイドライン」“National Guidelines for Improvement of Quality and Safety of Healthcare Institutions”（以下、ナショナル・ガイドライン）は、案が作成されたあと、試験的に使用された結果を反映して必要な改正が加えられた。その後、必要な承認を得た後、正式なものとなり、印刷され、全国の保健医療機関に配布された。ナショナル・ガイドラインは下記のとおり、6種類作成された。

- | | |
|---|------------|
| ① Line ministry and provincial hospitals – | 2010年9月発行 |
| ② Primary Medical Care Units – | 2010年10月発行 |
| ③ Offices of Medical Officer of Health – | 2010年10月発行 |
| ④ Specialized public health units and campaigns | 2010年10月発行 |
| ⑤ Health management units – | 2010年10月発行 |
| ⑥ Training institutions – | 2010年10月発行 |

なお、ナショナル・ガイドラインの配布より前、2009年9月に全国の保健医療機関に対し、質の向上に関する活動を導入し、拡大するよう、保健省次官名で通達が出された³。この通達では、保健省には「品質管理事務局（Quality Secretariat）」が設立され、全国の保健医療機関は品質管理部（Quality Management Unit : QMU）を設立すべきことが明記されている。

また、同品質管理事務局及び品質管理部の責任と役割、保健医療部門に品質管理のプログラムを実施するための組織体制の図も記されている（図－1）。



出所：General Circular Letter No. 01-29/ 2009, MoH)

図－1 品質管理プログラム実施体制図

終了時評価調査団は、中央州保健管理事務所及び中央州の3県の保健管理事務所を訪問し、同事務所にナショナル・ガイドラインがその傘下の保健医療機関に計画どおり配布されたことを確認した。また、パイロット病院を訪問した際に、どの病院もナショナル・ガイドラインを保有し、活用していることを確認した。いくつかの病院ではこのガイドラインをもとに、チェックリストを作成し活動の進捗を確認したりもしていた。しかし、終了時評価調査時点において、中央州保健管理事務所及び中央州の3県の保健管理事務所が、全国のどれくらいの数の保健医療機関が当ガイドラインを活用しているか、把握していなかったのは残念である。

上述のように、病院及び保健所向けのナショナル・ガイドラインは現地語（シンハラ、タミル）に訳され、2010年9月に印刷・発行された。しかし、終了時評価時点において、ガレーウェラ郡病院以外は、中央州の州・県の保健管理事務所及びパイロット病院は、この現地語のガイドラインを受け取っていないとのことであった。

³ <http://www.health.gov.lk/Circulars.htm>

3-2-2 成果2に関する活動

下記の7カ所のパイロット病院が選定され、5S-TQM活動がナショナル・ガイドラインに沿って導入された。

- ①ナーワラピティヤ県総合病院（キャンディ県）
- ②チッタパヅジャラ補助ユニット（キャンディ県）
- ③ヌワラエリヤ県総合病院（ヌワラエリヤ県）
- ④ディックオヤ基礎病院（ヌワラエリヤ県）
- ⑤マータレー県総合病院（マータレー県）
- ⑥ダンブツラ基礎病院（マータレー県）
- ⑦ガレーウェラ郡病院（マータレー県）

これらのパイロット病院には、5S-TQM導入にあたって下記のような活動が実施された。

- ① 2009年9月 パイロット病院の現状調査
- ② 2009年6月 州職員を対象としたオリエンテーション
- ③ 2010年2～3月 パイロット病院の職員を対象としたオリエンテーション・プログラム
- ④ 2010年4月 パイロット病院の主要な職員を対象とした2日トレーニング（アンパーラ県総合病院を訪問）
- ⑤ 2010年3～5月 パイロット病院へのJICAによる事務機器の供与

終了時評価調査時点において、パイロット病院ではいずれも、表示版や病院の地図の設置、医薬品や設備のラベリングなどの5Sの基本的なテクニックを活用した活動は実施済みであった。ナーワラピティヤ県総合病院、チッタパヅジャラ補助ユニット、マータレー県総合病院、ガレーウェラ郡病院では、ナショナル・ガイドラインに従って、5S-TQMの活動が継続的に実施されていた。これらの病院には、質や効率性の改善に寄与するさまざまな工夫がみられた。なかでも、マータレー県総合病院とチッタパヅジャラ補助ユニットはモデル病院としての機能を果たせるレベルであった。ナーワラピティヤ県総合病院とガレーウェラ郡病院は、更なる改善に取り組んでいる様子が見られた。

しかし、上述の病院以外の3カ所（ヌワラエリヤ県総合病院、ディックオヤ基礎病院、ダンブツラ基礎病院）では、終了時評価時点において、5S-TQMの活動は実施されていなかった。

病院の職員の説明によれば、活動の停滞には以下のような背景があるとのことであった。

- ・ 病院長が転勤し、後継者は、5S-TQMの活動に興味がないか、もしくは同活動に関する知識がなかった。
- ・ 5S-TQMの活動の専従職員が転勤し、後継者が補充されなかった。
- ・ 病院ではベッド数が足りない、水がない、職員が足りないなど、基本的なサービスを施すにも困難な状態であり、これらへの対処が優先され、5S-TQM活動はあとまわしになっている。

上述のような背景があるにしても、当プロジェクトによるパイロット病院のモニタリングが継続的に実施されていれば、上述の3病院での活動が停止する可能性は少なかったと思われる（モニタリングに関する詳細は、次項3-2-3成果3に関する活動を参照）。表-5は、終了時評価調査時点におけるパイロット病院の5S-TQM実施状況の要約である。

表－5 終了時評価時点におけるパイロット病院の 5S-TQM 実施状況

病院名	品質管理部は機能しているか	QC サークルは活発に活動しているか
ナーワラピティヤ県総合病院	している	活発
チッタパヅジャラ補助ユニット	している	活発
ヌワラエリヤ県総合病院	していない	消滅。1カ月前に再組織。
ディックオヤ基礎病院	していない	消滅
マータレー県総合病院	している	活発
ダンブッラ基礎病院	していない	停滞
ガレーウェラ郡病院	している	活発

出所：終了時評価調査団

3-2-3 成果3に関する活動

上述のように、2009年9月の通達では、保健医療機関のみでなく、全国の州・県の保健管理事務所も品質管理部を立ち上げ、品質向上にかかわる活動を導入することになっていた。

プロジェクトでは予定どおり、対象地域の州・県の保健管理事務所に 5S-TQM 活動を導入すべく、2009年6月には、オリエンテーション・プログラムが州保健事務所の職員を対象として実施された。

州・県の保健管理事務所が、その傘下にある保健医療機関における 5S-TQM 活動を奨励しモニタリングできるようになるには、自らの事務所における 5S-TQM 活動において成功体験を積むことが重要である。しかし表－6が示すとおり、終了時評価調査時点で、QC サークル活動が活発に実施され、QMU が機能していたのは、州保健管理事務所及びマータレー県保健管理事務所のみであった。

表－6 州・県保健管理事務所における 5S-TQM 活動実施状況

事務所	品質管理部は機能しているか	QC サークルは活発に活動しているか
中央州保健管理事務所	している。しかし担当者は休暇中。	活発
キャンディ県保健管理事務所	していない	まだ。最近組織されたばかり。
ヌワラエリヤ県保健管理事務所	していない	組織されたが消滅状態。
マータレー県保健管理事務所	している。事務所内の 5S 活動のみを担当。病院での活動のモニタリングは担当していない。	活発

出所：終了時評価調査団

当プロジェクトでは、これらの州・県保健管理事務所が、同事務所内で 5S-TQM を実施する

に加えて、その傘下の病院や保健所の 5S-TQM 活動をモニタリングする持続可能な体制をつくることを目標としていた。そのために、病院での活動をナショナル・ガイドラインに沿ってアセスメントやモニタリングするためのフォーマットが作成された。

終了時評価調査時点において、州保健管理事務所では以下のような方法で病院における 5S-TQM の活動を推進していた。

- ・ 2009 年、当プロジェクトが導入される以前より、州保健管理事務所が中心となって「品質向上とモニタリング・プログラム」を実施している。当プログラムの主な目的は、州内の病院や保健所のレファラルシステムが効率的に機能することにある。そのため、患者を対象とする満足度調査を実施し、小規模な保健医療施設には何が欠けているかを特定した。その調査結果を受け州保健管理事務所では、活用度の低い小規模な保健医療施設のサービス向上を図るべく、資金を投入するなどの策をとっている。
- ・ 全国生産性事務局（これは生産性向上省の下にある組織）のリソースパーソンを州内の最も規模の大きい 5 つの病院に派遣し、定期的なトレーニングを実施している。
- ・ 5S-TQM のモデルとなる病院の訪問を奨励しており、希望があれば訪問時の移動手段（バス）を提供している。
- ・ クライテリア・ベースド・グラント⁴ という予算を活用し、州内のいくつかの病院の品質向上活動に資金を提供している。2010 年のこの予算の合計金額は 100 万スリランカルピーであった。
- ・ 2011 年に実施された第 2 回全国保健優秀賞の審査に参加した。

なお、州保健管理事務所は、当プロジェクトで作成されたアセスメントのフォーマットは使っておらず、定期的なモニタリングのための活動は特に実施していないとのことであった。

このように、州保健管理事務所は、独自の活動を含め、何らかのかたちで 5S-TQM 活動の推進を実施していたが、対象地域内の 3 つの県保健管理事務所においては同活動の推進やモニタリングに関して特段の活動を実施していないことは残念であった。これらの県保健管理事務所では、当プロジェクトのパイロット病院を含め、その傘下の病院のモニタリングを定期的に行うような体制にはなかった。また、マターレー県保健管理事務所が、その傘下の保健所長との定例会議で 5S-TQM の活動の進捗状況について話し合ったり、プレゼンテーションをしたりする機会を設けているほかは、いずれの県保健管理事務所においても、同活動は定例会議の議題としても取り扱われていないとのことであった。

県保健管理事務所の職員は、当プロジェクトで作成されたアセスメントのフォーマットについて認知していない。また同職員が、5S-TQM の活動をモニタリングしたりアセスメントしたりできるようになるための訓練をプロジェクト期間内に受けた実績もない。上述のことから、当プロジェクトには県保健管理事務所の巻き込みが不十分であったように思われる。

当プロジェクトでは、2011 年の 3 月ころまで、パイロット病院のアセスメントやモニタリングは、保健省に所属する当プロジェクトのプロジェクト・ディレクター及び州保健管理事務所の職員により数回実施された。その際には、上述のアセスメントのフォーマットが活用され

⁴ 当プロジェクトの対象地域の病院運営の質、安全、生産性の改善のために確保された予算。上記 3 基準に基づき州保健管理事務所が財務・計画省へ予算申請を行う。本予算を活用し病院スタッフへのトレーニング等が実施される。

た。また、全国保健優秀賞の審査の段階でも、パイロット病院のなかで当イベントに応募したところについては、審査チームが訪問し、同フォーマットを使ってアセスメントを行った。しかし、その後1年間は、パイロット病院の活動進捗のモニタリングを目的とした訪問は実施されなかったようである。パイロット病院における活動のエンドライン調査を実施し、教訓を得る予定もあったが、現在のところ実施されていない。

3-2-4 成果4に関する活動

2011年3月に第2回の全国保健優秀賞が実施され、全国の保健医療施設1,300カ所のうち497カ所からの活発な参加があったことは特筆に値する。当イベントでは、保健省職員などによる16の審査団が編成され、上述のアセスメントのフォーマットを用いて審査にあたった。同イベントでは、このように明確な基準を用いて審査が行われたため、2009年に開催された第1回のイベントと比較して、透明性と平等性がより高かったと評価する声も、終了時評価の際に聞かれた。またパイロット病院の1つでは、当イベントの優秀賞を受賞した病院のプレゼンテーションを聞いて「これはすごい。自分たちはまだまだ」と思い、QCサークルを再編成し、トレーニングの機会を増やすなどの施策を取り入れたとのことであった。このように、当イベントは、5S-TQM活動への日頃の努力に報い、更なる向上への動機づけを行う貴重な機会となった。

保健省とJICAでは、第3回の全国保健優秀賞を2012年初めに開催すべく話し合いを行ったが、プロジェクト・ディレクターが病欠により不在であったこと、品質管理事務局が機能していなかったこと、JICAからの資金をどのような方法で活用するかについての検討に時間がかかったこと、などを理由に実現には至らなかった。

なおスリランカには、全国保健優秀賞のほかにも、品質管理やカイゼン活動に関する賞がいくつかあり、保健医療機関が参加できる機会も多い。たとえば、全国生産性賞（National Productivity Award）、州生産性賞（Provincial Productivity Award）、州作業効率賞（Provincial Work Efficiency Competition）、アキモトカイゼン賞（Akimoto Kaizen Award）等がそれらにあたる。終了時評価調査時に、当プロジェクトのパイロット病院や県保健管理事務所のいくつかは、2012年の全国生産性賞への応募を済ませていたことは特筆に値する。

3-3 成果の達成状況

成果の指標の達成状況については表-7のとおりである。

表-7 成果指標の達成状況

成 果	達成状況
成果1 ガイドラインとツールの作成	達成
成果2 パイロット活動の実施	ある程度達成
成果3 モニタリングシステムの確立	未達成
成果4 全国保健優秀賞システムの確立	一部達成

出所：終了時評価調査団

以下に各成果の発現状況の詳細を記す。

(1) 成果 1：保健医療施設における 5S-CQI-TQM 実施のためのガイドラインやツールが整備される。

成果 1 は達成されたと考えられる。当プロジェクトで作成されたナショナル・ガイドラインは、全国の保健医療施設に配布された。パイロット病院においてはガイドラインが活用されていることも確認された。

(2) 成果 2：中央州のパイロット病院（7 病院）での実施を通じて、エビデンスに基づいた 5S プログラムの州レベルにおける導入・実施のモデルが構築される。

成果 2 は、ある程度達成されたが、期待したレベルには達していない。前述のように、7 カ所のパイロット病院のうち 4 カ所は、ナショナル・ガイドラインに従って 5S-TQM の活動が継続的に実施されている。

(3) 成果 3：保健医療施設における質と安全をモニタリングするための持続可能なシステムが、州及び全国レベルで確立される。

端的に言えば、5S-TQM 活動のモニタリングのためのメカニズムは導入されたものの、現在のところ、対象地域内においても機能していないのが現状である。過去 1 年間、保健省、対象地域の州・県保健管理事務所による活動の定期的なモニタリングも実施されていない。また、活動の進捗状況は、これら管理事務所の定例会議の議題となることもなかった。品質管理部は県保健管理事務所に設立されていないか、もしくは設立されていても病院の活動のモニタリングのための機能を果たしていない。このようなことから成果 3 は未達成といえる。

(4) 成果 4：ベストプラクティスを奨励するための、全国保健優秀賞の実施メカニズムが確立される。

成果 4 は一部達成されたと考えられる。保健省が 2011 年に第 2 回目の全国保健優秀賞を開催し、全国の多くの保健医療機関の積極的な参加があったことは特筆に値する。しかし、保健省は次の開催に関して計画や戦略をもっておらず、また予算も確保されていないことから、このイベントの開催メカニズムが確立されたかどうかについて、現時点で結論づけるには時期尚早である。

3-4 プロジェクト目標達成の見込み

残念ながら、本プロジェクト目標は現在のところ一部しか達成されていない。前述のように、5S-TQM 活動のモニタリングのためのメカニズムは導入されたものの、対象地域内においても機能していないのが現状である。これは、このメカニズムのエンジンである、保健省内の品質管理事務局、県保健管理事務所の品質管理部が機能していないことが主な要因である。当プロジェクトでは、5S-TQM プログラムのモニタリングに関する県保健管理事務所の能力強化が十分行われたとはいえない。プロジェクト目標の指標の達成度を取りまとめた表-8 も参考のこと。

表－8 プロジェクト目標の指標の達成度

プロジェクト目標の指標	達成度
(1) 品質管理事務局の職員が、州レベルの5S活動を指導・調整するにあつての能力が向上する。	未達成。品質管理事務局は現在、機能していない。
(2) 正式に承認された5S-CQI-TQMのガイドラインとツールが入手可能である。	達成されたと考えられる。
(3) 5S-CQI-TQM活動のトレーニング・カリキュラムが入手可能である。	未達成。当プロジェクトでトレーニング・カリキュラムは作成されなかった。
(4) 当プロジェクトで育成された5S-CQI-TQM活動の指導者の数。	育成された指導者の数についての目標がプロジェクト期間中に設定されず、育成された指導者の数に関する情報もないので、当指標が達成されたかどうか判断できない。
(5) 病院での質や安全性の向上に関する活動を全国で共有する場が定期的に設けられる。	未達成。全国保健優秀賞は、プロジェクト期間中にも開催されたが、次の開催に関して、保健省は計画・戦略・予算等をもっていない状態である。

出所：終了時評価調査団

3-5 上位目標の達成見込み

現在のところ、上位目標である、「スリランカの保健医療施設の質と安全性の向上」に関して、定期的なモニタリングやサンプル調査は行われていない。そのため、保健医療施設の質や安全性が全体的に向上しているかどうかについては不明である。したがって、上位目標の達成見込みについて言及することは困難である（ちなみに、上位目標の指標はプロジェクトのPDMでは設定されていない）。

3-6 実施プロセスにおける特記事項

実施プロセスに関して、チームワーク、コミュニケーション、意思決定、進捗モニタリング、上位機関・JICAのプロジェクトへの関与と支援といった項目についてインタビューしたところ、次のような問題が提起された。

- (1) 2011年3月にJICA長期専門家が帰国してからは、JICAから当プロジェクトへの人材や資金の投入が全くなかったことを保健省では遺憾に思っている。JICAからの投入が途絶えてしまったので、当プロジェクトは行き詰ってしまったとプロジェクト・ディレクターは考えている。
- (2) JICAスリランカ事務所は、2011年3月以降も当プロジェクトへの投入を継続すべく、資金の受け渡し方法に関して保健省と何度も協議を重ねた。しかし、資金の受け渡し方法に関しての話し合いは思ったより時間がかかり、JICAと保健省が同方法に関して同意に達した

のは 2011 年 11 月のことであった。

- (3) 2011 年 11 月、JICA は全国保健優秀賞を 2012 年 3 月までに開催すべく、その費用について、直接支出をすることに同意した。しかし残念なことに、その時期はプロジェクト・ディレクターが病欠で不在であったことなどから、同イベントは開催されなかった。
- (4) 当プロジェクトが開始された時点では、カースルストリート婦人科病院に品質管理事務局が置かれていた。同事務局はプロジェクト活動の拠点であったのみならず、全国の病院における 5S-TQM 活動の指導に関しても中心的な役割を果たしていた。しかし、当病院の院長であり同事務局の事務局長を兼ねていた医師が他の病院へ転勤となったあと、品質管理事務局はその機能を果たさなくなった。その後、保健省では、品質管理事務局の再構築について話し合いはしていたものの、現時点で再構築は実現していない⁵。
- (5) 事前協議書によれば、プロジェクトを効率的に運営すべく、オペレーション委員会と州委員会が組織され、月 1 回は会合がもたれる計画であった。しかし、終了時評価時においては、オペレーション委員会の議事録が入手できなかったため、同委員会がどのような役割を果たしたかについては不明である。州委員会は組織されなかった。
- (6) 保健医療施設の質と安全性の向上のための実行委員会の必要性が認識され、第 1 回の委員会が 2010 年 7 月に開催された。しかしその後、委員会は開催されていない。
- (7) 当プロジェクトでは、県保健管理事務所の能力強化をあまり重要視していなかったようである。たとえば、同事務所は、パイロット病院のモニタリングに関与していなかったようであり、また、同事務所における 5S 活動の実施は、当プロジェクトの PDM の活動や成果として設定されていなかった。

⁵ 保健省計画部によれば、最近になって、保健省には品質管理事務局を再構築するための実行委員会が組織され、また保健省の組織開発部の部長が同事務局の部長を兼務するよう任命されたとのことである（同事務局の部長の人員枠が財務省に承認されれば選任が置かれるとのこと）。同事務局の事務所は既に準備が整っているが、補助要員や予算についてはまだ確保されていない。

第4章 評価結果

4-1 評価5項目による評価

(1) 妥当性：高い

プロジェクト目標は、スリランカの開発政策及び日本の ODA 政策・JICA の国別援助方針と整合性があり、保健サービスの質と安全性・効率性の向上は、スリランカの国家保健政策のなかでも優先度が高い。また、2009 年には、スリランカ保健省は、保健サービスの質の向上のためのプログラムを導入・拡大するよう、全国の病院や保健所に指示を出している。このようなことから、当プロジェクトの妥当性は依然として高いといえる。

(2) 有効性：低い

当プロジェクトにより、保健サービスの質の向上のためのプログラムを持続的に実施する仕組みは導入されたが、現在のところその仕組みは、パイロット地域内でさえも機能していない状態である。その主な原因は、保健省、州・県の保健事務所がその傘下の病院や保健所の活動をモニタリング・評価するための能力が十分強化されていないことにある。そのためプロジェクト目標は一部しか達成の見込みがなく、当プロジェクトの有効性は低いといわざるを得ない。

(3) 効率性：低い / 中程度

当プロジェクトは 2011 年 3 月ころまで効率よく実施されていた。しかし、それ以降、JICA からの人材及び資金投入の停止や、プロジェクト・ディレクターの体調不良による不在などの問題により、プロジェクト活動は停止した形となった。このようなことから、プロジェクトの成果の発現は、期待したレベルに達しておらず、当プロジェクトの効率性は低い / 中程度といえる。

(4) インパクト

ナショナル・ガイドラインや 5S-TQM 実施体制の導入、第 2 回の全国保健優秀賞の開催といった出来事は、将来の上位目標の達成に寄与する可能性がある。しかし、上位目標の達成に重要な役割を果たす品質管理事務局が現在機能していない状態であるので、当プロジェクトのインパクトが生かされるかどうかについて現時点で言及するのは時期尚早であると考えられる。

(5) 持続性：懸念事項多し

下記のように、持続性に関してはいくつかのプラス面及び懸念事項がある。

1) 組織面

- ・プラス面：特になし
- ・懸念事項

上述のように、保健省の品質管理事務局はまだ再組織されておらず、県保健管理事務局には 5S-TQM 活動をモニタリングするための品質管理部が設立されていない。7 カ所のパイロット病院のうち 3 カ所では品質管理部が設立されていない。

2) 財政面

・プラス面

①当プロジェクトにおいては、パイロット病院のモニタリングをはじめプロジェクト活動のほとんどが、保健省や州保健管理事務所の通常予算を用いて実施され、JICAからの資金提供は、ガイドラインの印刷代や全国保健優秀賞の開催費用等、ごく限られた分野のみであった。

②金額は限られているものの、州保健管理事務所の予算には、5S-TQM活動に活用できるものがいくつかある⁶。

③パイロット病院のほとんどは、5S-TQM活動に関し、地域社会からの寄付や労働力の提供などを積極的に募っており、協力状況も良い。

・懸念事項

全国品質管理事務局の予算がまだ確保されていない。

3) 技術面

・プラス面

①スリランカには、5S-TQM活動の推進を指導できる人材や機関が豊富にある。たとえば、生産性向上省の下にある全国生産性事務局（National Productivity Secretariat）などは、各種のトレーニングを開催したり、講師の派遣を行ったりしている。

②スリランカの保健医療セクターは、1980年代より品質向上プログラムを推進してきた長い歴史を有している。そのため、カースルストリート女性病院やアンパーラ県総合病院をはじめとする「モデル病院」がいくつかもある。

③スリランカには、全国保健優秀賞のほかにも、品質管理やカイゼン活動に関する賞がいくつかあり、保健医療機関や保健管理事務所が参加し、良い事例から学ぶ機会となっている。

・懸念事項

特になし

⁶ Criteria Based Grant、Fixed assets maintenance imprest が主なものである。

第5章 提言と教訓

5-1 提言と教訓

5-1-1 保健省への提言

- (1) 品質管理事務局の再組織化と活性化、選任の責任者及び補助スタッフの配置、トレーニングやモニタリング及び全国保健優秀賞の定期的な開催などのための予算の確保を早急を実施する。
- (2) 当プロジェクトのパイロット病院のエンドライン調査を行い、教訓を抽出する。
- (3) 州及び県保健管理事務所の職員が、当プロジェクトで作成されたアセスメントのフォーマットなどを用いて病院の5S-TQM活動をモニタリングでききるよう、同職員のOJT（実地訓練）を行う。
- (4) 州及び県保健管理事務所のマスタープランや活動計画のなかに5S-TQMを盛り込むよう奨励する。
- (5) 上位目標である「スリランカの保健医療施設の質と安全性の向上」が実現されつつあるかを確認するため、医療施設における待ち時間、患者や職員の満足度などの事項に関して、科学的なサンプル調査を定期的実施する。

5-1-2 州及び県保健管理事務所への提言

- (1) 現在、事務所内におけるQCサークル活動が停滞している場合は、QCサークルを再組織化し、5S-TQM活動の活性化を図る。
- (2) すべての保健医療施設に品質管理部を設置し、5S-TQMの活動を推進するよう指導する。
- (3) 州・県保健管理事務所及び保健医療施設のマスタープランや活動計画のなかに5S-TQMを盛り込む。
- (4) 保健医療施設における5S-TQM活動を推進するため、通常業務に以下のような策を取り入れる。
 - ① 保健医療施設を訪問した際には、当プロジェクトで作成されたアセスメントのフォーマットなどを用いて、5S-TQM活動の進捗状況をモニタリングする。なお、モニタリング結果は保管し、次回の訪問時に改善が進んでいるかどうか確認できるようにする。
 - ② 病院や保健所の責任者との定例会議において、5S-TQM活動の進捗を議題の1つとする。会議では活動の進捗を確認するほか、責任者が順番でプレゼンテーションを行うのも良い。
 - ③ 保健医療施設へ5S-TQM活動の講師派遣の便宜を図る。特に、独自に講師を呼ぶのが

困難な、小規模な施設や遠隔地にある施設への便宜を図る。

- ④ 年1回はモデル病院やモデル保健所への見学会を開催する。

5-2 教訓

当プロジェクトでは、中央及び地方の保健事務所が、5S-TQM活動を奨励・モニタリングできるような体制を確立することが目標であった。また、保健事務所が傘下の病院や保健所の5S-TQM活動を推進・指導できるようになるためには、まず当該事務所が5S-TQM活動を実施し、成功体験を積むことが重要である。しかし、当プロジェクトでは、県保健管理事務所の能力強化に十分な焦点が置かれていなかったようである。たとえば、パイロット病院のモニタリングに同事務所は参加しておらず、また、同事務所における5S-TQMの活動は、PDMのなかで活動や成果として認識されていなかった。県保健管理事務所の能力強化に十分な焦点がおかれていれば、当プロジェクトの効果や持続性はより高まっていたであろう。

付 属 資 料

1. インタビュー先一覧
2. フィールドインタビュー結果要約

1. インタビュー先一覧

名前	所属先	職 位
Dr. Wimal Jayantha	保健省	Deputy Director General, Planning
Dr. Asanka Wadamulla	保健省	Medical Officer, Planning
Dr. Sapumal Dhanapala	中央州保健管理事務所	Consultant, Community Physician
Dr. W. A. K. Wijesinghe	キャンディ県 保健管理事務所	Regional Director
Dr. Rajitha Jayasuriya	同上	Medical Officer, Planning
Dr. P.P.A.A.Chandrasiri	ヌワラエリヤ県 保健管理事務所	Medical Officer, Planning
Dr. Shantha Jayasinghe	同上	Regional Epidemiologist
Mr. H. M. S. K. Herath	同上	Programme Planning Officer
Ms. P. C. A. Perera	同上	Programme Planning Officer
Dr. D. M. Wijekoon Banda	マータレー県 保健管理事務所	Deputy Regional Director
Dr. A. G. J. Bandara	チッタパッジャラ 補助ユニット	Medical Officer in-charge
Dr. Mahendra Senevirathna	ナーワラピティヤ県 総合病院	Medical Superintendent
Dr. A. S. Bandara	同上	Medical Officer
Ms. D. M. K. Podimenike	同上	Special Grade Nursing Officer
Ms. F. M. M. Arooshiya	同上	Nursing Officer
Dr. Nihal Weerasooriya	ディックオヤ基礎病院	Medical Superintendent
Ms. M. T. V. M. Somarathna	同上	Nursing Officer
Dr. S. A. A. N. Jayasekera	ヌワラエリヤ県総合病院	Director
Dr. Pathilathna	同上	Deputy Director
Dr. H. M. Arjuna Thilakarathna	マータレー県総合病院	Medical Superintendent
Mr. Bhashitha Vidurupala	同上	Medical Record Assistant
Dr. T. M. I. S. Priyantha	ダンブツラ基礎病院	Medical Superintendent
Dr. T. S. B. Neelawathuna	同上	Medical Officer
Ms. R. M. Ashoka	同上	Special Grade Nursing Officer
Ms. M. V. Sirimalie	同上	Special Grade Nursing Officer
Ms. S. M. S. W. K. Seneviratne	同上	Medical Record Assistant
Dr. H.M. Nawferdeen	ガレーウェラ郡病院	Medical Officer
Ms. S. K. Hapugoda	同上	Special Grade Nursing Officer
Ms. G. L. A. Malani Asoka	同上	Heath Education Nursing Officer
Ms. E. C. Hemamala	同上	Infection Control Nursing Officer
Mr. R. P. Ariyasinghe	同上	Dispensing Officer

2. フィールドインタビュー結果要約

3月12日(月)	25
1 中央州保健管理事務所 (PDHS Central Province)	25
2 キャンディ県保健管理事務所 (RDHS Kandy)	26
3 チッタパツジャラ補助ユニット (Thiththapajala PU)	26
3月13日(火)	27
4 ナーワラピティヤ県総合病院 (Nawarapitiya DGH)	27
5 ディックオヤ基礎病院 (Dickoya BH)	28
3月14日(水)	28
6 ヌワラエリヤ県保健管理事務所 (RDHS, Nuwara Eliya)	28
7 ヌワラエリヤ県総合病院 (Nuwara Eliya District General Hospital)	29
3月15日(木)	29
8 マータレー県保健管理事務所 (RDHS, Matale)	29
9 マータレー県総合病院 (Matale DGH)	30
10 ダンブッラ基礎病院 (Dambulla BH)	31
3月16日(金)	31
11 ガレーウェラ郡病院 (DH Galewella)	31

3月12日(月)

1. 中央州保健管理事務所 (PDHS Central Province)

- (1) MO in-charge of curative care in PDHS should work as the officer in-charge of QMU. At the moment, this position is vacant and will be filled at the end of this month (March 2012) when the new officer back to his office after his post-graduate study leave.
- (2) There are two kinds of budget for hospitals which can be utilized for 5S-TQM as follows:
 - (a) Fixed assets maintenance imprest – There are three categories for recurrent budget including this fixed assets maintenance imprest, fuel allowance and petty cash. The amount should be less than Rs. 50,000 per time for DGH and BH, for example.
 - (b) Criteria Based Grant – One million for the Central Province for the year 2012 especially for quality improvement activities. Out of one million, PDHS set aside Rs. 50,000 for training programme conducted with a collaboration of Ministry of Quality Improvement. The rest of the budget will be allocated to the health institutions for quality improvement activities.
- (3) National Guidelines were distributed to all the health institutions in the province. The circular was issued so that all the health institutions should introduce the activity for quality improvement.
- (4) There is no regular monitoring for 5S-TQM programme by PDHS. There is no data collection or record submission from the healthcare institutions on the programme.
- (5) PDHS will only know the number of institutions implementing 5S-TQM programme when they apply for National Health Excellency Award or National Quality Award (this is done by the Ministry of Quality Improvement).
- (6) PDHS is not aware of the number of hospitals established QMU. Large hospitals, such as DGH and BH should have QMU but smaller one may not have it.
- (7) PHDS is working with a resource person (Mr. Gamini Warnasooriya), who is giving training regularly on quality improvement to the 5 main hospitals in the province.
- (8) PDHS is encouraging healthcare institutions to visit model hospitals to see their 5S-TQM programme. When requested, PDHS will provide transport facility (a bus) for such a trip.
- (9) PDHS has been implementing “Quality Improvement and Monitoring Programme” since 2009, mainly focusing on establishing functional referral system. PDHS conducted customer satisfaction survey and found the shortcomings of the smaller healthcare institutions. Thereafter, actions were taken so that more resources were provided to such smaller healthcare institutions to improve their services.
- (10) Checklist for the above-mentioned programme was incorporated with the National Guidelines introduced under the Project.
- (11) National Health Excellency Award was a good opportunity to encourage 5S-TQM programme. The awarding system could be changed from selecting 1st, 2nd and 3rd champions into a grading system to encourage more improvement and avoid making any applicants being disappointed.
- (12) National Health Excellency Award cannot be held every year as assessment process itself takes at least 6 months. It could be held once in two years. It is difficult for the officers of PDHS to participate in the assessment process as it would interfere with their day-to-day duties. Hireling of some retired medical officers might be a good idea to make the assessment more efficient.
- (13) The biggest contribution of the Project was to have made the National Guidelines available. Now PDHS has an authority to introduce the quality improvement programme officially according to the Guidelines. 5S-TQM programme had been implemented, but in an ad-hoc way prior to the introduction of the Guideline.

- (14) Assessment of the National Health Excellency Award was done by using the Guideline. The assessment process for the award became more transparent and fair because of this, compared with the previous one (in 2006?)
- (15) However, PDHS is not aware whether a post-intervention assessment had been conducted to the target hospitals of the Project recently. It could be the assessment of National Health Excellency Award.
- (16) Checklist in the National Guideline is very useful to introduce the activities and at the time of training. However, it is a bit in-detail. It takes a lot of time for an officer of PDHS to use the checklist for inspection. Typing the checked result also takes time. A quick check list or software to analyze the result would be helpful.

2. キャンディ県保健管理事務所 (RDHS Kandy)

- (1) Director is new (12 months) and MO planning is also new (7 months) to the office. They are not much aware of the Project.
- (2) There is no QMU in RDHS due to unavailability of an office space. However, one graduate officer was appointed in-charge of the 5S-TQM programme one month ago.
- (3) MO Planning found the National Guideline useful. RDHS had used the guideline as a checklist at the time of team visit to the hospitals. (They have done it 3 times, however the checked lists were not available in their files (maybe misplaced) when I requested to have them.)
- (4) The National Guideline may be too in-detail and difficult for the officers of RDHS to use at the time of inspection visit. Some kind of summary check-list or marking sheet would be useful. MO Planning found the thinks checklist of “Quality Improvement and Monitoring Programme” more easy to use.
- (5) MO Planning does not have Sinhala-version of the Guideline.
- (6) RDHS is not aware of the number of hospitals implementing 5S-TQM programme. There is no information with her.
- (7) RDHS is implementing team-visit to the hospitals once a month.
- (8) RDHS is planning to promote quality improvement programme by selecting 15 healthcare institutions this year (5 hospitals, 5 MOH and 5 primary healthcare institutions). It was just started.
- (9) RDHS has started 5S in their office, too. They feel it difficult as the office space is very small and over-crowded.
- (10) No regular training on 5S-TQM at the moment.

3. チッタパツジャラ補助ユニット (Thiththapajala PU)

- (1) The Consultant-JICA visited the PU and found that 5S-TQM is implemented very well. The hospital is very clean and well-organized. A lot of evidences for 5S. Many creative ideas were realized with an effort of fund raising from community.
- (2) The DMO is very keen on quality improvement and had observed a lot of positive changes during the past two years. They are all happened because of the influence of the Project.
- (3) DMO implemented quality improvement activities according to the instructions in the National Guideline and also by getting ideas at the time of visit to Matale GH.
- (4) Now, he is confident to work as resource persons. He welcomes visitors and also keen to give training to other small hospitals.
- (5) After National Health Excellency Award, nobody visit the hospitals for monitoring or inspection. Officers of PDHS nor RDHS do not aware what is going on in this hospital on quality improvement. Monitoring

and evaluation should be regularly done to encourage and improve further more.

- (6) The DMO did not have a financial constraint in implementing the programme. He obtained donation of around 800,000 in 2010 from community.
- (7) The DMO suggested to have the followings to promote the programme continuously and further more:
 - (a) Periodical visit to the hospitals by PDHS and RDHS.
 - (b) DMO makes presentation about their activities on quality improvement by taking turn at the time of DMO meetings, which are held once in 3 months.
 - (c) RDHS organizes an official visit-programme to model hospitals at least once a year.
 - (d) Holding National Health Excellency Award at least once in two years.
- (8) There is no problem with the equipment donated by JICA. They are utilized well.
- (9) The DMO had no opportunity to visit other model hospitals, such as Ampara DGH and Castle Street Hospital for Women. He did not have a chance to participate in training and workshops on quality improvement. (He is willing to have these opportunities in the future)

3月13日(火)

4. ナーワラピティヤ県総合病院 (Nawarapitiya DGH)

- (1) The doctor in-charge of public health and a nurse in-charge of 5S-TQM are the core members of QMU. The nurse is working for 5S-TQM full-time. They have a office space with basic facility.
- (2) There are seven QC circles formed and active. Their target this year is to make it 14 in total.
- (3) Two CQ circles, clinic unit and pediatric unit are most active. They have monthly meetings and working actively with a lot of proposals. Other circles also have meetings most of the months.
- (4) Each two outsiders, who are in the hospital development committee, are also invited to the meetings.
- (5) The Steering committee is formed by representatives of the QC circles. It has meetings once in 2-3 months.
- (6) Basic practice of 5S, such as filing, labelling, sign boards, maps and others have been done. There are more works to be done through 5S-TQM especially for the followings:
 - (a) Some more facilities (toilets, bathrooms, walls, corridors, drainages)
 - (b) Outside environment
 - (c) Kitchen
 - (d) Waste disposal system
 - (e) Medical record room
 - (f) 5S corner
 - (g) Patients' satisfaction survey (they had done once but the result was not summarized)
- (7) There are financial constraints for implementing proposals of QC circles. They are trying to encourage community participation and were successful in obtaining donations from banks, companies, businessmen, etc. through the hospital development committee
- (8) They requested and received support to the 5S-TQM activities from PDHS, such as transport facility for study visit to Matale Hospital and Lindula CEB. No monitoring and assistance from RDHS in this regard. There was no monitoring visit or discussion about 5S-TQM for the last one year.
- (9) Regular training opportunity is important as there are always changes of staff members. Only around 25% of the existing staff had undergone training on 5S-TQM.

5. ディックオヤ基礎病院 (Dickoya BH)

- (1) The hospital started 5S-TQM activities under the JICA Project. QC circles were formed and started introduced 5S to their work. However, the activities of QC circles became irregular after sometime and stagnated at the moment, as the Director and staff members found it difficult to have a time to engage in the activities.
- (2) This is because the workload of the staff members had been increased as the hospital became more popular. The number of OPD patients and in-patients and number of deliveries had become triple more for the last 5 years, however, human resources had been enhanced only a little. There are many vacancies especially for the cadre of nurses and labourers. The nurses are sometimes have to work for more than 74 hours continuously
- (3) The basic facility of the hospital has become extremely inadequate in these days. The bed occupancy is more than 100%. There were 54 antenatal patients but only 14 beds. There were 35 postnatal patients but only 17 beds on the day I visited. There were two mothers and two new born babies in one bed, which is very dangerous (they might fall). There is a frequent water shortage in the wards as the existing water supply system does not cater such a big number of patients.
- (4) They did not participate in National Health Excellency Award in 2011. They did not apply for national productivity award this time, neither; as they think they are not qualified yet.
- (5) The director is, however, keen to improve the safety and quality and willing to continue 5S-TQM activities, according to the National Guidelines, especially the followings:
 - (a) Enhancement of health education by public announcement system
 - (b) Re-Introduction of suggestion box
 - (c) Improvement of facility and building, such as toilets, curtains, floors, walls and others.
- (6) After introduction of 5S-TQM activities, the Project Director visited for monitoring several times. The officers of RDHS were not involved in the monitoring activities, as far as the Director remembers. With regard to 5S-TQM, there was no monitoring visit and no discussion in the regular meetings with PDHS and RDHS for the last one year. The Director believes that more involvement of PDHS and RDHS into the activities is crucial to promote the activities further more.

3月14日(水)

6. ヌワラエリヤ県保健管理事務所 (RDHS, Nuwara Eliya)

- (1) RDHS distributed the National Guidelines with covering letter to instruct all the healthcare institutions to introduce 5S-TQM activities.
- (2) RDHS does not aware of the National Guidelines in Sinhala and Tamil versions.
- (3) Dickoya BH is only the pilot hospital under the Project. Nuwara Eliya DGH is not under their purview as it is under the line ministry. The monitoring of the pilot hospital was conducted as a part of assessment process of National Health Excellency Award, done by the Project Director and maybe by PDHS. RDHS was not involved in the monitoring as far as they know.
- (4) RDHS is not in a position to know the number of institutions which started or are conducting the activities. RDHS does not conducting any regular monitoring for the activities. 5S-TQM is not included in the agenda or talked about in the regular meetings of RDHS with heads of the institutions and MOH. Anyway, they know that some hospitals, which had received national awards, such as Agrapathana BH

and Rikillagaskada MOH, are doing well in 5S-TQM.

- (5) RDHS believes that monitoring of the progress of the 5S-TQM activities in the healthcare institutions is very important to encourage them for continuous quality improvement. Without regular monitoring, the activities could be stopped or become inactive. They have not trained on monitoring method using the check-list with marking.
- (6) However, they identified that the followings are the main issues for the healthcare institutions to conduct or continue 5S-TQM activities:
 - (a) Shortage of human resources. Vacancies of the cadre positions of key members. This would create excessive workload for the officer on-duty.
 - (b) Shortage of basic facilities in the institutions, such as water, office space, wards, etc.
 - (c) Transfer of key officers
- (7) However, after sometime, meetings of QC circles became irregular and now stopped. PDHS and MoH did not talk about the progress of the activities for the last one year.
- (8) RDHS is willing to re-start the activities by re-activate QC circle meetings at least once a month.
- (9) Last year, RDHS received around Rs. 250000 from Criteria Based Grant. They distributed around Rs. 30,000 each to six selected hospitals for quality improvement. They were used for basic activities of 5S-TQM, such as setting up sign boards, reception desks, etc.

7. **ヌワラエリヤ県総合病院 (Nuwara Eliya District General Hospital)**

- (1) The Director, who has been in the post for the last 1.5 years and the Deputy Director, who has been in the post for the last 10 months, are not aware of the 5S-TQM Project at all.
- (2) One nursing officer mentioned that she had involved in the project activities around two years ago. She stated that 10 – 12 numbers of QC circles were formed and basic activities were conducted. A full-time nursing officer was appointed as an officer in-charge of the activities. They have received some equipment from JICA. However, the activities, including meeting of QC circles, became inactive and irregular gradually; especially after the officer in-charge was transferred around 8 months ago.
- (3) Although the director was not aware of the Project, he commenced 5S-TQM activities recently. The activity is listed as one of the main programmes in the master plan of the hospital.
- (4) They had done the following so far and are keen to promote the activities in the future:
 - (a) The first training programme was conducted at the hospital by inviting a resource person from CEB. The training will be continued periodically in the future, too.
 - (b) Study tours were conducted around Sep. – October, 2011. The tours were sponsored by private company.
 - (c) To Ampara DG hospital (80 staff members participated)
 - (d) To Castle Street Hospital (10 staff members participated)
 - (e) Formation of QC circles (around one month ago)
- (5) At the moment, there is no special support or monitoring for the activities by MoH.

3月15日 (木)

8. **マータレー県保健管理事務所 (RDHS, Matale)**

- (1) RDHS was not involved in the Project as far as the Deputy Director knows. They have no information about the progress of the Project in their office files. The monitoring of the progress of the target

hospitals was conducted by the Project Director and maybe by PDHS. RDHS was not participated in the monitoring activities in the Project. They are not aware of the monitoring check sheet (with marking) used in the Project.

- (2) RDHS appreciates the National Guideline. It is comprehensive and useful. They do not have Sinhala and Tamil version of the Guidelines. They also appreciate the one made by PDHS Central Province, which is photo-copied and distributed to the units in the office.
- (3) Although they were not involved in the Project, they are promoting 5S-TQM in their office as well as to the hospitals and MOH under their purview.
- (4) They have conducted 5S in their office for around 2-3 years. QC circles and steering committee are conducting meetings regularly. They can see the progress and were motivated by getting 1st price in the “Central Province Work Performance Competition” in 2011. They invite a resource person from Divisional Secretariat, Matale, for training to the staff members. They applied for the National Productivity Award, this time, too.
- (5) Especially, they are promoting 5S-TQM to the 12 MOH under their purview. They talked about the progress in the monthly meetings. MOH make presentations about the progress sometimes. All the MOH started 5S to some extent, and some of them are doing very well.
- (6) They also plan to promote 5S to the hospitals very soon. They have quarterly meeting with all the hospital heads, however, do not talk about the progress of the activities, so far. They have to respond to more basic issues in the hospitals, such as shortage of staff, water, facilities, etc. It is a bit awkward for them to talk about “quality” and “5S” in such meetings, without giving any solution to such basic issues.
- (7) There is no periodical monitoring of the activities in the hospitals, yet. They are planning to establish QMU in RDHS and appoint an officer in-charge, so that the monitoring will be conducted continuously.
- (8) They have several resource persons locally available. National Productivity Secretariat has a pool of resource persons. They help without expecting much allowance as such. However, smaller hospitals in rural area have a difficulty to invite resource persons, because they have to pay at least travelling expenses to the resource persons.

9. マータレー県総合病院 (Matale DGH)

- (1) This hospital was awarded 3rd place in National Health Excellency Award. They had started 5S-TQM before the Project and around 5 years ago. They were awarded “Governor’s Award” in the Provincial Landscaping Competition 2011”, too.
- (2) There is no monitoring as such for the activities by PDHS and RDHS. “Quality” is not talked about in the regular meetings. There is no “quality meeting”, neither.
- (3) Officers in PDHS and RDHS did not have opportunity to develop their capacity to monitor hospitals under their purview during the Project. Monitoring of the target hospitals was conducted by MoH.
- (4) If a donor funded project provide fund to MoH, it does not contribute to capacity building of the PDHS and RDHS, as there is no channel for such fund to come down to these institutions, which were “devolved” from the central government.
- (5) There are 5 officers, including one MO, 1 nursing officers, 2 graduates and one minor staff, in the QMU in the hospital. Their main duty is quality improvement, while engaging other works, such as public health and others, too.
- (6) Internal Audit has been conducted by the hospital in 2009, according to the checklist produced by the Project. The checklist was found to be comprehensive and useful. They gave awards to some units, as a

result of the internal audit. They developed another checklist, which is a smaller version, as they found it takes a long time for them to do assessment by using the original checklist.

- (7) They have conducted, waiting time survey, customer satisfaction survey and workers' satisfaction survey recently.

10. ダンブッラ基礎病院 (Dambulla BH)

- (1) MS, who has been in the post for the last 6 months, and MO, and a MO, who has worked as acting MS for 3 months, did not participate in the project activities.
- (2) They appreciate the National Guidelines. They also appreciate the book produced by the PDHS of the Central Province. They made photo-copies of this book and distributed to each unit recently.
- (3) They are not aware of the Sinhala and Tamil versions of the Guidelines.
- (4) Matron and nursing sisters mentioned that they sent to see Ampara District General Hospital and started QC circles around 2 years ago. The activities were conducted well around 8 months, but became irregular after the then MS transferred to Galewella Div. hospital. There was no activity on 5S after that.
- (5) Last December, after the present MS took his office, QC meeting was conducted again and a Steering Committee meeting was held once.
- (6) It was found from the discussions with the staff members of the hospital, that they are keen to conduct 5S and improve the work efficiency. However, they had faced difficulty because there was no proper leadership for the activities. For the last 4 or 5 years, there were around 8 or 7 times of changes of MS, and most of them were took their office as "acting MS". 5S activities became inactive, when the proposals from the QCs were not taken up by the head of the institutions. The staff members mentioned that it gives them a great motivation if the proposals of QC circles, for example, introduction of better shelves or racks to store medicines properly, would be approved by the head of the institutions and such materials were provided even one by one.
- (7) There are always some staff members, who feel reluctant for changes. Such group of staff members show resistance for 5S and are happy if it becomes inactive. Therefore, regular monitoring and evaluation for the activities are crucial for sustainability.

3月16日(金)

11. ガレーウェラ郡病院 (DH Galewella)

- (1) 5S programme has been conducted from the time the Project introduced. It became more active around 3 years ago, when the team of the hospital participated in National Health Excellency Award and encouraged by the best practices. It became very active also as the present Medical Superintendent have a good leadership and communication skill with community.
- (2) There are five active QCS. There are teams with regard to the management and promotion of 5S-TQM programmes, named planning, training, auditing and promotion. Promotion team mainly engages activities with the Hospital Development Committee. Auditing team is conducting internal audit to the units of the hospital by using a check list with marking. They plan to do the internal auditing for a unit every month one by one.
- (3) There are good participation and cooperation from the community. School principal undertook developing a hospital map. Businessmen and members of Lion's Club in the community undertook making a shed at the entrance, donating various facilities, including chairs, cupboard, and others.

Everybody likes to see the hospital is developing. Divisional Secretariat, police, zonal education office, Pradeshiya Sabha, technical college and temples are also very cooperative.

- (4) The Medical Superintendent has a good communication with PDHA office and obtained every possible support.
- (5) The hospital is getting recourse person from National Productivity Secretariat. The principal of Mahanama College, Kandy, visit the hospital several times and provided training to the staff. Around 85% of the staff was trained so far.
- (6) At the discussion of QCs, they especially appreciate opinions and idea of the minor staff, who know practical problem and solution to improve the workplace.

