

スリ・ランカ民主社会主義共和国

ペラデニア教育病院

事前調査報告書

昭和54年12月

国際協力事業団

医療協力部

Japan International Cooperation Agency

医 二

80 - 2

スリ・ランカ民主社会主義共和国

ペラデニア教育病院

事前調査報告書

JICA LIBRARY



1026981[9]

昭和54年12月

国際協力事業団

医療協力部

Japan International Cooperation Agency

医二

C R (3)

80 - 2

国際協力事業団	
受入 期 84. 8. 27	1200
登録No. 14099	2957
	MCS

は し が き

スリランカ国政府は、スリランカ大学ペラデニア医学部の教育病院としても利用しているキャンディ総合病院が老朽化しているところから、産婦人科、小児科両科を医学部敷地内に移転させ病院を新設することを計画し、その施設建設に対する無償資金協力と産婦人科・小児科等に対する技術協力を要請していた。

わが国は施設建設に対する無償資金協力を決定し、昭和55年3月完成を目途として建設を進めている。

今回の事前調査チームは技術協力要請の具体的内容、その背景となっているスリランカの保健医療事情等の基礎調査、技術協力の可能性、妥当性等の調査のため派遣されたものである。スリランカ政府関係者との協議及び、関係施設の視察並びに関連者との意見交換により、わが国の保健医療の進歩を関係者は深く認識すると共にわが国との技術協力を進めることによって成果があがることが期待されている。

本報告書は、今回の事前調査の結果を取りまとめたものである。

ここに事前調査チーム各位並びに同チーム派遣に御協力を賜った関係者各位に対し、深甚なる謝意を表する次第である。

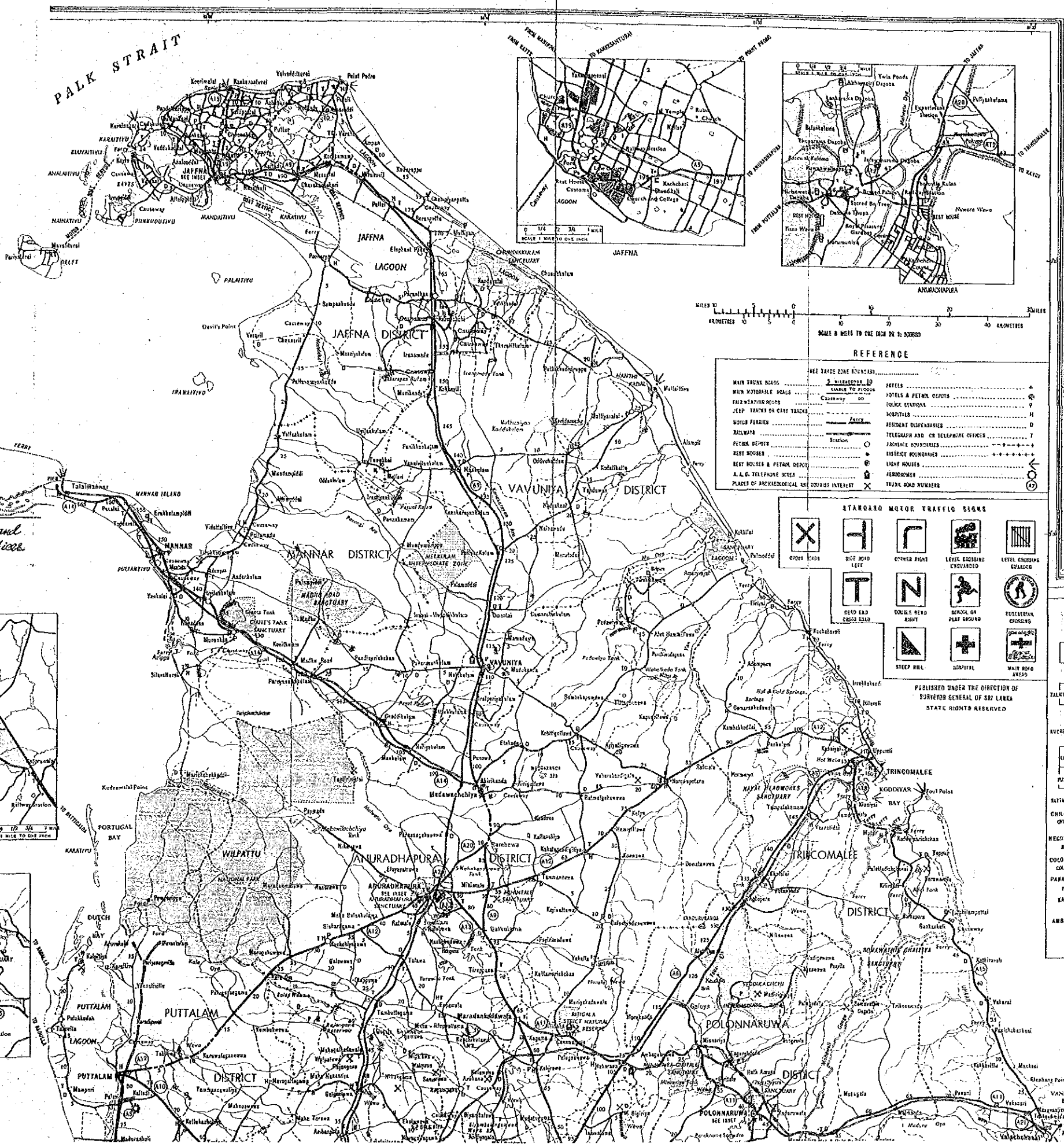
国際協力事業団
理事長 谷川 正 男

ROAD MAP OF SRI LANKA

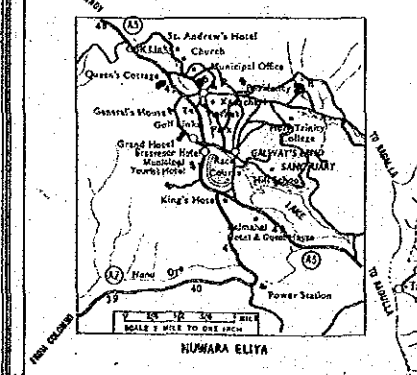
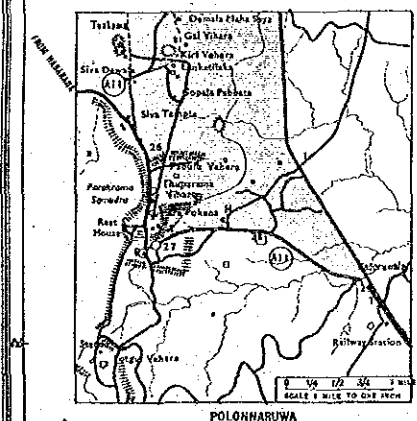


SURVEY DEPARTMENT

- TRUNK ROUTES**
- A 1 COLOMBO - KANDY
 - A 2 COLOMBO - WELLAWAYA
 - A 3 PELTAGODA (COLOMBO) - PUTTALAM
 - A 4 COLOMBO - BATTICALOA
 - A 5 PEDERNEYA - KANDY - GUNESALADI (BATTICALOA)
 - A 6 ANURADHAPURA - TRINCOMALEE
 - A 7 ANURADHAPURA - KANDY - GUNESALADI (BATTICALOA)
 - A 8 ANURADHAPURA - KANDY - GUNESALADI (BATTICALOA)
 - A 9 KANDY - JAFFNA
 - A 10 KANDY - GUNESALADI (BATTICALOA) - PUTTALAM
 - A 11 ANURADHAPURA - VALAICHENERI (BATTICALOA)
 - A 12 PUTTALAM - TRINCOMALEE
 - A 13 ANURADHAPURA - BALUKLAMA
 - A 14 TALAHAMBA - JEDURUCHCHYA
 - A 15 TRINCOMALEE - BATTICALOA
 - A 16 DIHEWELLA - HALDHANULLA
 - A 17 MADAMBE - GALLE
 - A 18 PELMADULLA (COLOMBO) - NORBANNA
 - A 19 JAFFNA - KAKSAPATTARA
 - A 20 ANURADHAPURA - RAMBWA
 - A 21 TRIKANDIMADU - VALAICHENERI



Available for Sale at S.G.O. and all Divisional Offices.



REFERENCE

MAIN TRUNK ROADS	ROADS TO BE OPENED	RAILWAYS	RAILWAY STATIONS	RAILWAY CROSSINGS
MAIN MOTORABLE ROADS	ROADS TO BE OPENED	RAILWAYS	RAILWAY STATIONS	RAILWAY CROSSINGS
FAIR WEATHER ROADS	ROADS TO BE OPENED	RAILWAYS	RAILWAY STATIONS	RAILWAY CROSSINGS
POOR WEATHER ROADS	ROADS TO BE OPENED	RAILWAYS	RAILWAY STATIONS	RAILWAY CROSSINGS
TRUCK TRUCKS ON CANT TRACKS	ROADS TO BE OPENED	RAILWAYS	RAILWAY STATIONS	RAILWAY CROSSINGS
WATER FERRIES	ROADS TO BE OPENED	RAILWAYS	RAILWAY STATIONS	RAILWAY CROSSINGS
RAILWAYS	ROADS TO BE OPENED	RAILWAYS	RAILWAY STATIONS	RAILWAY CROSSINGS
PETROL DEPOTS	ROADS TO BE OPENED	RAILWAYS	RAILWAY STATIONS	RAILWAY CROSSINGS
REST HOUSES	ROADS TO BE OPENED	RAILWAYS	RAILWAY STATIONS	RAILWAY CROSSINGS
REST HOUSES & PETROL DEPOTS	ROADS TO BE OPENED	RAILWAYS	RAILWAY STATIONS	RAILWAY CROSSINGS
A. & C. TELEPHONE LINES	ROADS TO BE OPENED	RAILWAYS	RAILWAY STATIONS	RAILWAY CROSSINGS
PLACES OF ARCHAEOLOGICAL AND TOURIST INTEREST	ROADS TO BE OPENED	RAILWAYS	RAILWAY STATIONS	RAILWAY CROSSINGS
	ROADS TO BE OPENED	RAILWAYS	RAILWAY STATIONS	RAILWAY CROSSINGS

STANDARD MOTOR TRAFFIC SIGNS

SRI LANKA
ONE INCH TOPOGRAPHICAL MAPS

JAFFNA	PUTTALAM	TRINCOMALEE	MANNAR	VAVUNYA	ANURADHAPURA	POLONNARUWA	COLOMBO	KANDY	WELLAWAYA
...

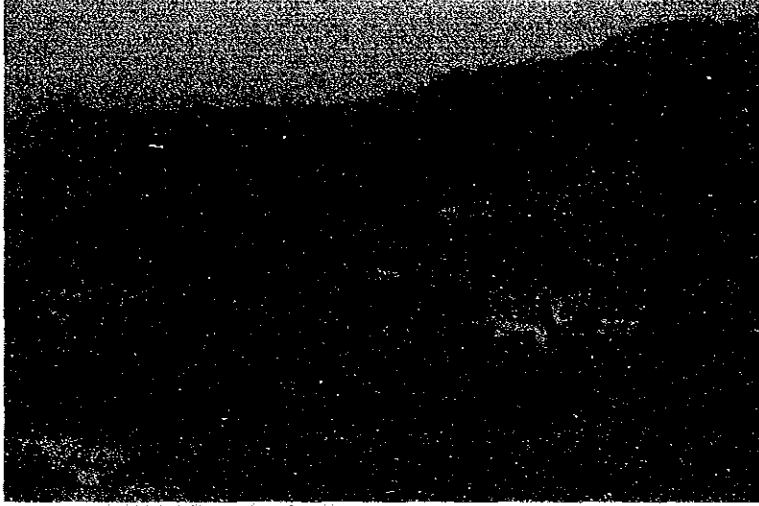
INDIAN OCEAN
SECTION 1

目 次

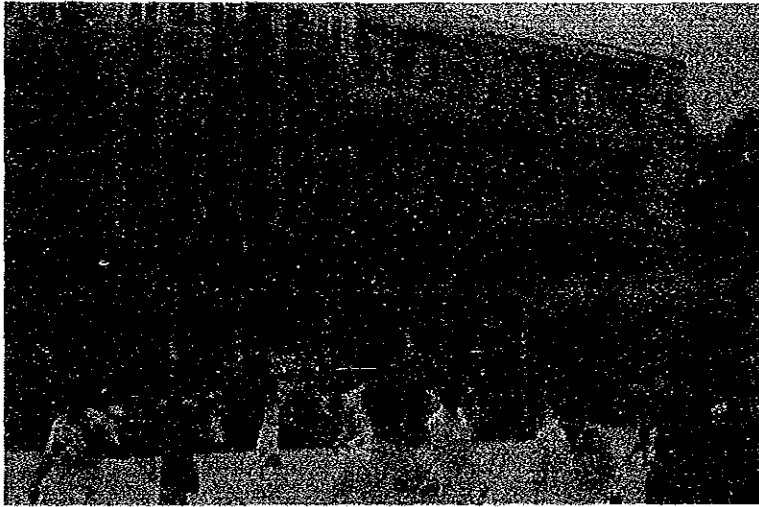
は し が き
地 図
写 真

I 序 論	1
I - 1. 事前調査チーム派遣の経緯	1
I - 2. 調査チームの編成と調査日程	1
I - 3. 調査協力者	2
II 調査要旨と結論	4
III スリ・ランカにおける保健医療事情	6
III - 1. 保健医療行政の組織	6
III - 2. 保健政策上の問題点	11
III - 3. 保健医療関係予算	12
III - 4. 人 口 動 態	13
III - 5. 医 療 サ ー ビ ス	17
III - 6. 公衆衛生と環境衛生	19
III - 7. 保 健 医 療 従 事 者	31
III - 8. 保健医療従事者養成制度	37
III - 9. 海 外 か ら の 協 力	45
IV キャンディ総合病院	47
IV - 1. 会 計 規 模	47
IV - 2. 職員数及び各職種の年俸	47
IV - 3. サ ー ビ ス エ リ ア	49
IV - 4. 患 者 負 担 経 費	49
IV - 5. 教育病院としての機能	49
V ペラデニア教育病院	53
V - 1. 設 置 の 背 景	53
V - 2. 保健省と高等教育省大学の基本構想	53

V - 3.	名称、組織および運営責任者	54
V - 4.	設置場所	54
V - 5.	技術協力：その要請内容と問題点	54
V - 6.	スリ・ランカ政府からの便宜供与	57
VI	スリ・ランカ一般事情	60
VI - 1.	スリ・ランカ民主社会主義共和国概要	60
VI - 2.	キャンディの生活事情	60
VII	資料	63
VII - 1.	質問書	65
VII - 2.	保健省からの回答	67
VII - 3.	スリ・ランカ保健医療事情資料	69
VII - 4.	収集資料リスト	137
VII - 5.	ベラデニア教育病院平面図	139



キャンディ総合病院全景



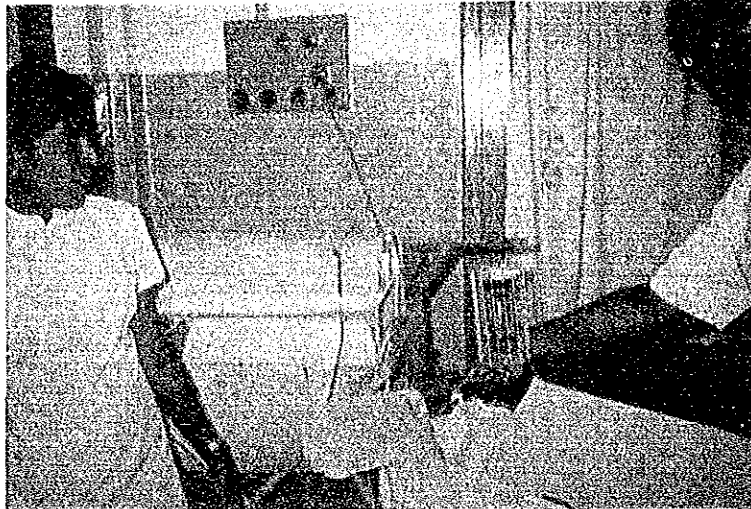
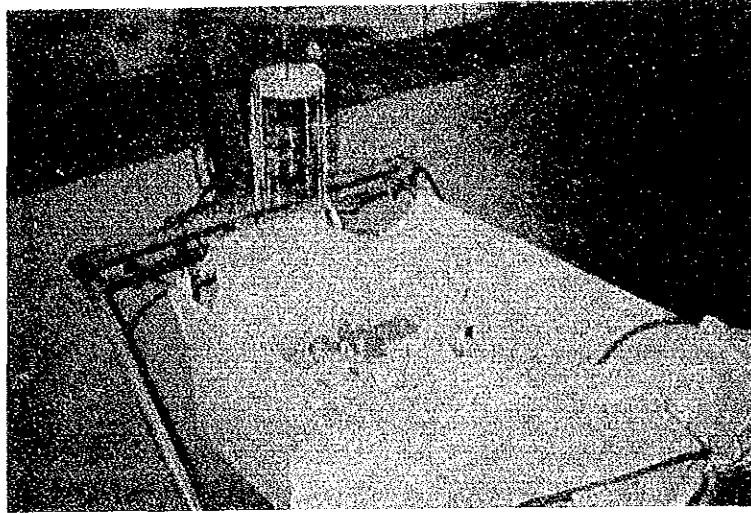
キャンディ総合病院正面



キャンディ総合病院 外来待合室

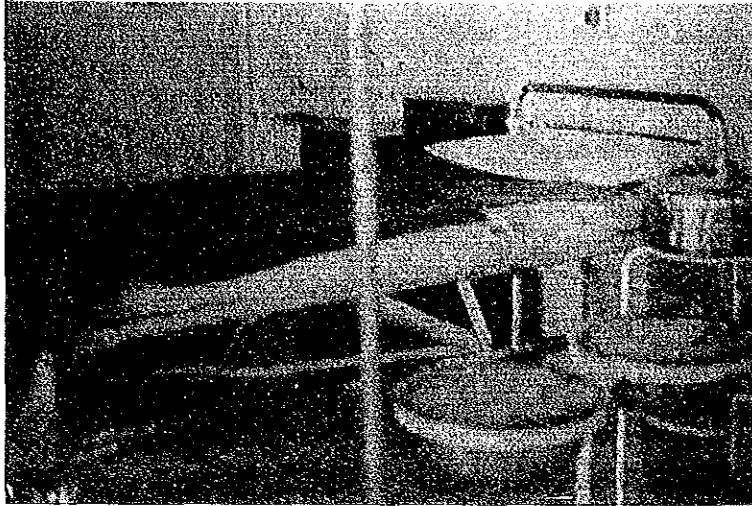
JANET	HAI		FAMILY		NO	
	ELIASH	GHAM	YINIA	YIN	YINIA	YIN
090						
50						
81						

キャンディ総合病院 在院状況表

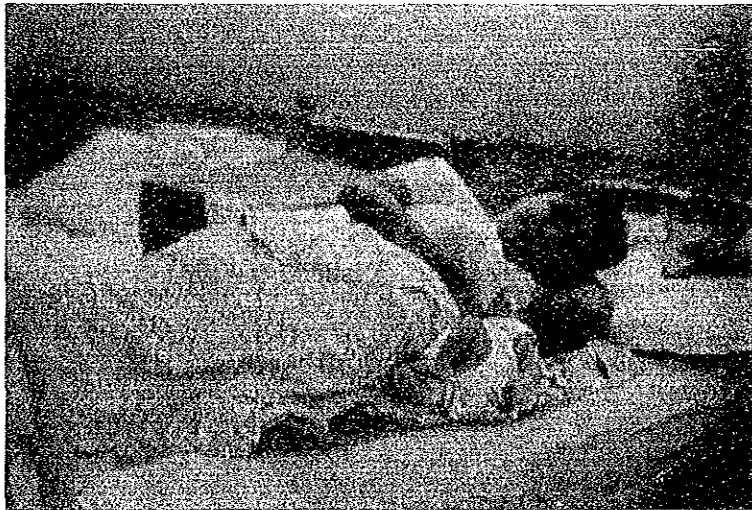


キャンディ総合病院 未熟児管理室

7ベースは1台もなく、室全体が未熟児室であり、未熟児管理のみならず、個々の症例間の感染の問題が未解決であると説明する Prof. Aponso.



キャンディ総合病院
分娩室：陣痛計、分娩監視装置はない。



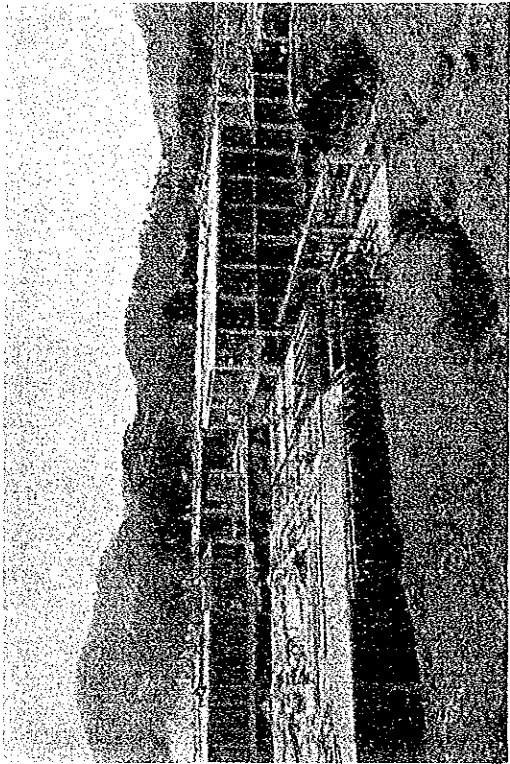
キャンディ総合病院
母児同室
新生児管理室の充実が望まれる。



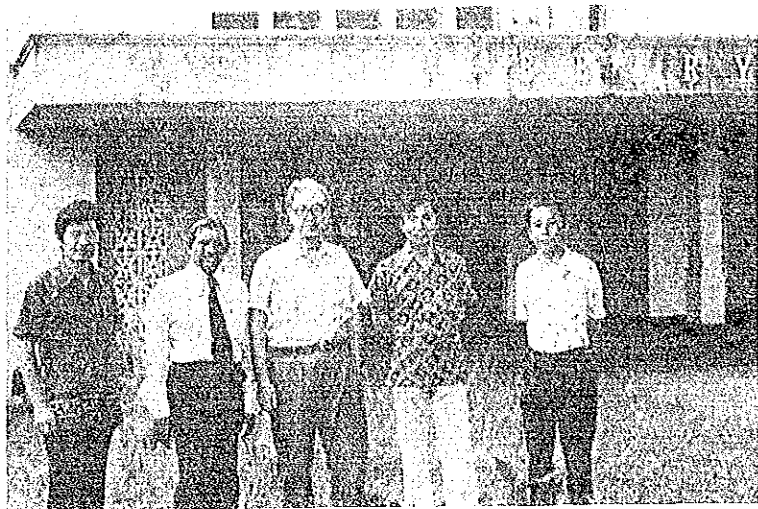
キャンディ総合病院
児心音聴取には Doppler 等の ME 装置はなく、トラウベである。



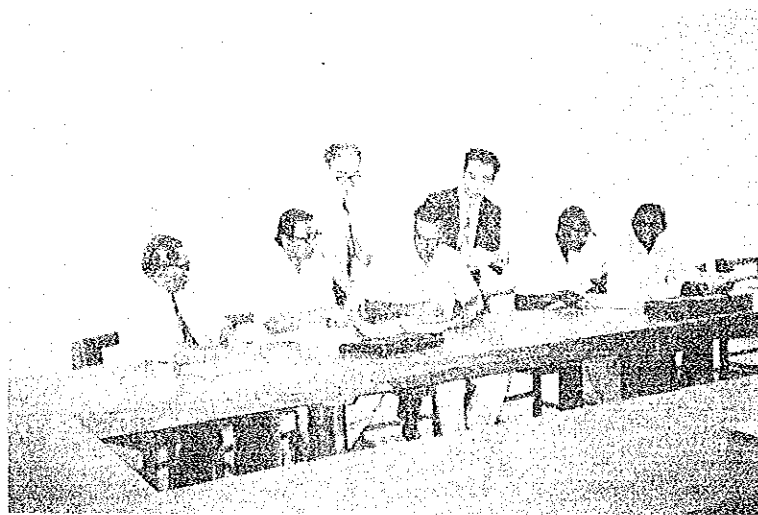
キャンディ総合病院
トキソプラズマ (Toxoplasma) による
水頭症 (Hydrocephaks)
小児外科 術後の In Tensive care
Room はない。



建設中のペラデニニア教育病院



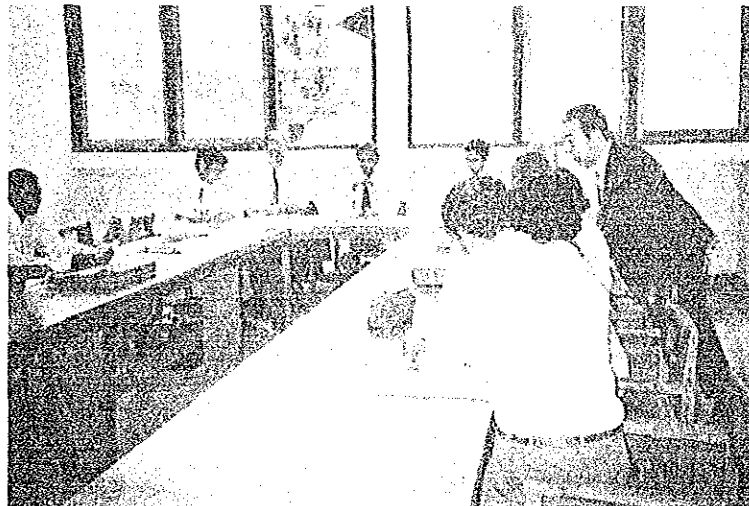
ペラディニア医学部図書館前にて
大谷団員、Prof. K. de. Silva、飯塚団長、河上団員、
河路団員



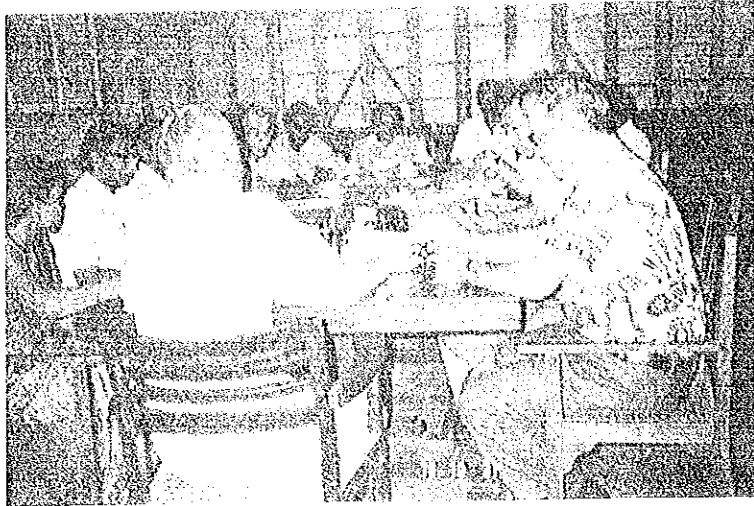
高等教育省にて
飯塚団長、河路団員
Prof. Aponso, Prof. Kumakulasinghe, Prof. K. de. Silva



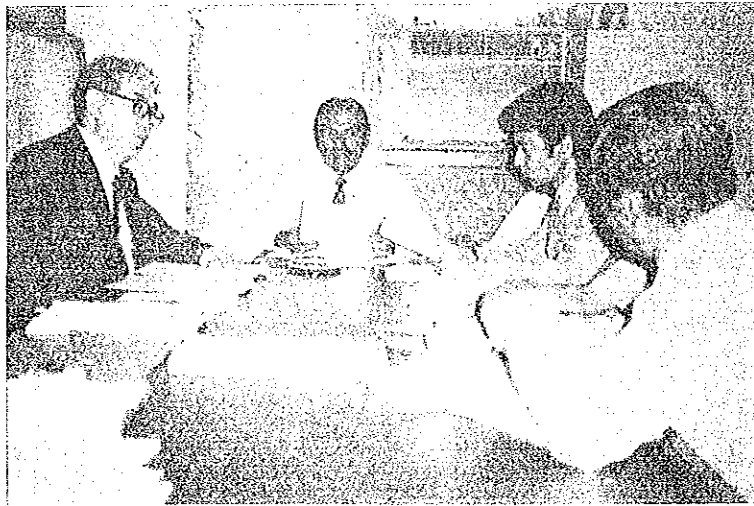
保健省次官室にて



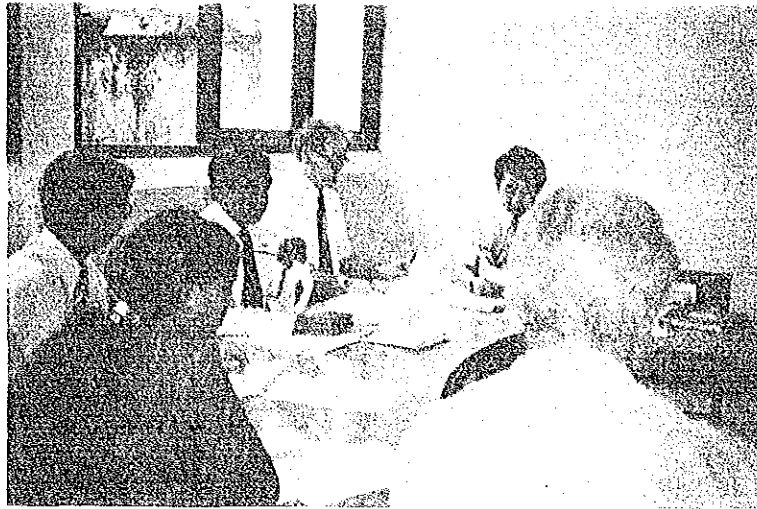
高等教育省にて



本町の女子小学生と先生



保健所次官室にて
B.C. Pereira 氏と、飯塚氏等



高等教育省にて
飯塚団長, Prof. Wijesundera, 鈴木書記官



Private Dispensary (左) と Medical Centre (右)

I 序 論

I - 1 事前調査チーム派遣の経緯

1977年3月末、在日スリランカ大使がら、わが国に対して、スリランカ大学医学部（ペラデニア）第二教育病院に対する協力要請がなされた。かかる要請を受けて52年6月23日から7月5日まで慶応大学飯塚理八教授他2名が施設建設の無償資金協力、医学部への技術協力の予備調査チームとして派遣された。

この調査結果に基づき教育病院に対する無償資金協力による施設建設が行われた。

ペラデニア・キャンパス（Peradenia Campus, University of Sri Lanka,）の教育病院として、キャンディ（Kandy コロンボから115km）にある国立総合病院（General Hospital, Kandy）の一部を利用しているが、この病院は建設後すでに約100年も過ぎた老朽化したものであり、また患者数に対応できるだけの施設ではなくなっている。即ち病床数1,221床に対し入院患者数はそれを上回る1,665人である。外来患者数は1日1,250人である。この場所に増設する敷地がないのでキャンディから約6kmのペラデニアに産婦人科と小児科を増設移転しようとするものであり、両科への技術協力を要請したものである。

今回の事前調査チームはスリ・ランカ側の技術協力要請内容とその背景を把握するとともにわが国のプロジェクト方式技術協力制度を説明し理解を得て、本件技術協力の可能性妥当性を調査することを目的として派遣された。

I - 2 調査チームの編成と調査日程

(1) 調査チームの編成

団長（総括）	飯塚理八	慶応大学医学部産婦人科教授
産婦人科，小児科	河上征治	講師
母子保健	河路明夫	厚生省社会局老人保健課課長補佐
技術協力，計画調整	大谷勝美	国際協力事業団医療協力部医療第二課課長代理

(2) 調査日程

昭和53年10月26日(木) 東京——コロンボ

27日(金) 大使館表敬・打合せ、保健省表敬・打合せ、高等教育省表敬・打合せ

30日(月) ペラデニア教育病院建設現場

31日(火) キャンディ総合病院視察
ペラデニア医学部と協議
団長主催夕食会

- 11月 1日(水) キャンディ総合病院
 キャンディ → コロンボ
- 2日(木) 大使館打合せ
 団長主催夕食会
- 3日(金) 保健省・ペラディニア医学部合同打合せ
 コロンボ医学部表敬
 家族計画協会
- 5日(日) ゴール総合病院
- 6日(月) { 保健大臣表敬・打合せ
 保健省・ペラディニア医学部・キャンディ総合病院合同打合
 大使館報告
- 7日(火) コロンボ
- 8日(水) 東京

I-3 調査協力者

本件調査にあたって下記方々からご協力を頂いた。

(1) 日本大使館

越智啓介 大使
 伊藤哲朗 参事官
 鈴木利雄 二等書記官

(2) 高等教育省

Mr. Nissanka Wijeratne	Minister
Professor Stanley Kalpage	-Secretary Higher Education
Professor Stanley Wijesunders	-Member of the University Grants Commission
<u>Representatives for Colombo</u>	
Professor Daphne Attygalle	-Acting Dean, Faculty of Medicine, Colombo
Professor D.E. Gunatilleke	-Obstetrics and Gynaecology, Colombo
Dr. J. Jeyaratnam	-Community Medicine, Faculty of Medicine, Colombo
<u>Representatives for Peradeniya</u>	
Professor R.G. Panabokke	-Dean/Medicine, Peradeniya
Professor K. de Silva	-Obstetrics and Gynaecology, Peradeniya
Professor H.A. Aponso	-Paediatrics, Peradeniya

Professor C. Barr Knmarakulasinghe -Surgsry, Peradeniya

Representatives for Galle Medical School

Professor T.S. Wikrawanayake -Biochamistry, Peradeniya
(Actin, Dean, Galle, Medical School)

Representative for Jaffna Medical School

Professor A.A. Hoover -Dean, Medicine, Jaffna, Campus

(3) 保 健 省

Mr. Gamini Jayasuriya, Minister

Mr. B.C. Perera, Secretary, Ministry of Health.

Dr. H.A. Jesudasan, Director, Health Services.

Dr. S.D.M. Fernando, Deputy Director, Medical Services.

Dr. S.S. Munasinghe, Deputy Director, Planning.

Mr. B.D. Karunasekera, Assistant Director, Building and Transport.

Dr. P.D.P. Gunatilleke, Deputy Director, Laboratory Services.

Mr. Dharmasena Attygalle, Deputy Minister of Health.

Mr. Lenard Panambalana, Additional Secretary, Ministry of Health.

Mr. D.C. Ariyasinghe, Deputy Director, Administration.

Mr. R.D.K. Jayawardane, Senior Assistant Secretary, Ministry of Health.

Dr. Ranjit Atapattu, Minister for Colombo Group of Hospitals, 91,
Regent St, Colombo 8.

Mr. Tissa Devendra, Secretary to the Minister, Colombo Group of
Hospitals, No.91, Regent Street, Colombo 8.

Dr. R.Ramaraja, Medical Superintendent General Hospital, Kandy

Ⅱ 調査要旨と結論

本件は昭和52年度のペラデニア教育病院調査に引きつづきその技術協力要請に関する基礎的検討を目的として行われたものである。

チームは二週間滞在し現地調査を含め相手国関係者（別項のごとき保健省、高等教育省、ペラデニアキャンパス、スリランカ大学、キャンディ病院等のメンバー）と日程の許すかぎり話し合い機会をもった。

前回（52年6月）視察時よりは現場の建築状況が進行し、予定通り開院されるであろうことは大変喜ばしい。

今回のチームの任務はペラデニア教育病院建設に伴う技術協力要請案件に対するプロジェクト方式による協力の可能性、妥当性、相手国の要請背景と受け入れ体制、計画内容の調査、検討を主眼としている。したがって、当然のことながら前回の調査の延長ではなく「教育病院に対する技術協力」という観点から本件の結論をまとめる。

1. スリランカ国受け入れ体制（組織、運営）

本プロジェクト（主として産科、新生児管理における医学教育）に技術協力を実施するにはスリランカ側が本病院を診療のためのみの病院とするだけでなく、教育病院として機能する組織を作り運営することが必要である。

私達はかゝる方向への指導を現地において行い、その指導方を大使館に示唆してきた。

本プロジェクトの技術協力に対する受け入れ体制の現状は以下のごとくである。

- (1) スリランカ国保健省（Ministry of Health）と高等教育省（Ministry of Higher Education）、大学（Peradeniya Campus）との間で教育病院に対する基本的考え方が異なり調整されていない。
- (2) 無償資金協力により建設中のペラデニア教育病院はキャンディ病院と同様、保健省の管轄下におかれるものと予測されるが保健省当局者には医学教育の充実・向上という同プロジェクト本来の主目的である教育病院としての使命よりも医療サービスに主眼を置いている。（保健省が建物設計、機器選定を実施）。
- (3) 本教育病院において教育・研究を担当する教授およびそのスタッフは上記(2)を憂慮し、その運営において他の病院と異ったオートノミーを有した組織を希望している。
- (4) 調査団としては現地の教授等と(3)に関しては同意見であり、かゝる方向に沿って受け入れ体制が整備されなければ本件技術協力を実施することは困難であると考える。

2. 要請内容とその妥当性

要請内容

(1) 保健省

機材の保守管理，修理

(2) 大学

産婦人科 → 産科における Medical Engineering 胎児，胎盤機能検査

新生児科 → 新生児管理一般

小児外科 → 乳幼児の胃腸外科、先天性泌尿性器異常の外科

臨床検査科 → 血液検査器機、方法論の改善、免疫検査（内分泌等）

(3) 高等教育省

コロンボ、ペラデニア以外にジャフナおよびゴール（2年後）に医学部新設、これに関しても協力（調査団としてペラデニアに限って調査する旨伝える）

なお、要請内容、特に大学側からの要請に関しては教育病院の技術協力として妥当のものであると考える。

3. 協力の可能性

スリランカ国受け入れ体制が整備されることを前提条件として下記事項の協力が可能であろう。

- | | |
|-----------|----------------|
| (1) 協力内容 | 上記2-(2) |
| (2) 専門家派遣 | 長期2名/年 短期約3名/年 |
| (3) 研修員受入 | 約3名/年 |
| (4) 機材供与 | 約2億円 |
| (5) 協力期間 | 約4年 |

III スリ・ランカにおける保健医療事情

III - 1 保健医療行政の組織

1 - 1. 一般行政

スリ・ランカは共和制であり、その首長は民選された任期6年の大統領である。

内閣は一体として政府の指導・統括に関し議会の責任を有し、大統領は内閣の長であり閣僚の一員である。大統領は議会の承認を得て議員の中から首相を指名する。大統領は首相と相談のうえ必要に応じ閣僚の数、省庁の数、省外長官の数、閣僚を補佐する次官 (Deputy Minister) の数を定める。

各省庁には Secretary (事務次官に相当) が1名づつあり、政府の各部門や各省庁に属する機関の指揮に当たる。

大統領は閣僚会議の補佐を受けて政策立案の責任を有する。

日常の行政事務は種々の職種や等級の国家公務員によって執行される。

行政区画としては、州 (Province) および地域 (district) がある。スリ・ランカ (かつてのセイロン) は当初5つの州 (北部……Jaffna, 南部……Galle, 東部……Trincomalee, 西部……Colombo, 中部……Kandy) にわけられていたが、1845年に北西部州、1873年に北中部州、1886年にUva州、1889年にSabaragamuwa州がそれぞれつくられ、今日では9つの州と22の行政地域とから成っている。

各行政地域の長は、スリ・ランカ行政機構の上級官僚である政府の執行官 (government agent) であり、多種多様な職務を遂行する。すなわち、一般行政及びその地域の発展に責任を有し、国税の徴収権を持ち、また、政府の政策に基づく国土の整理や農業・食料生産に関連した施策を遂行する。

各州および行政地域の区分とその面積は表のとおりである。

<u>Province</u>	<u>District</u>	<u>Area (sq.mi)</u> <u>(excluding large inland waters)</u>	
North Western	Kurunegala	1,843	2,992
	Puttalan	1,149	
Sabaragamuwa	Kegalla	642	1,892
	Ratnapura	1,250	
Uva	Badulla	1,088	3,843
	Monaragala	2,755	

Provinces and Administration Districts

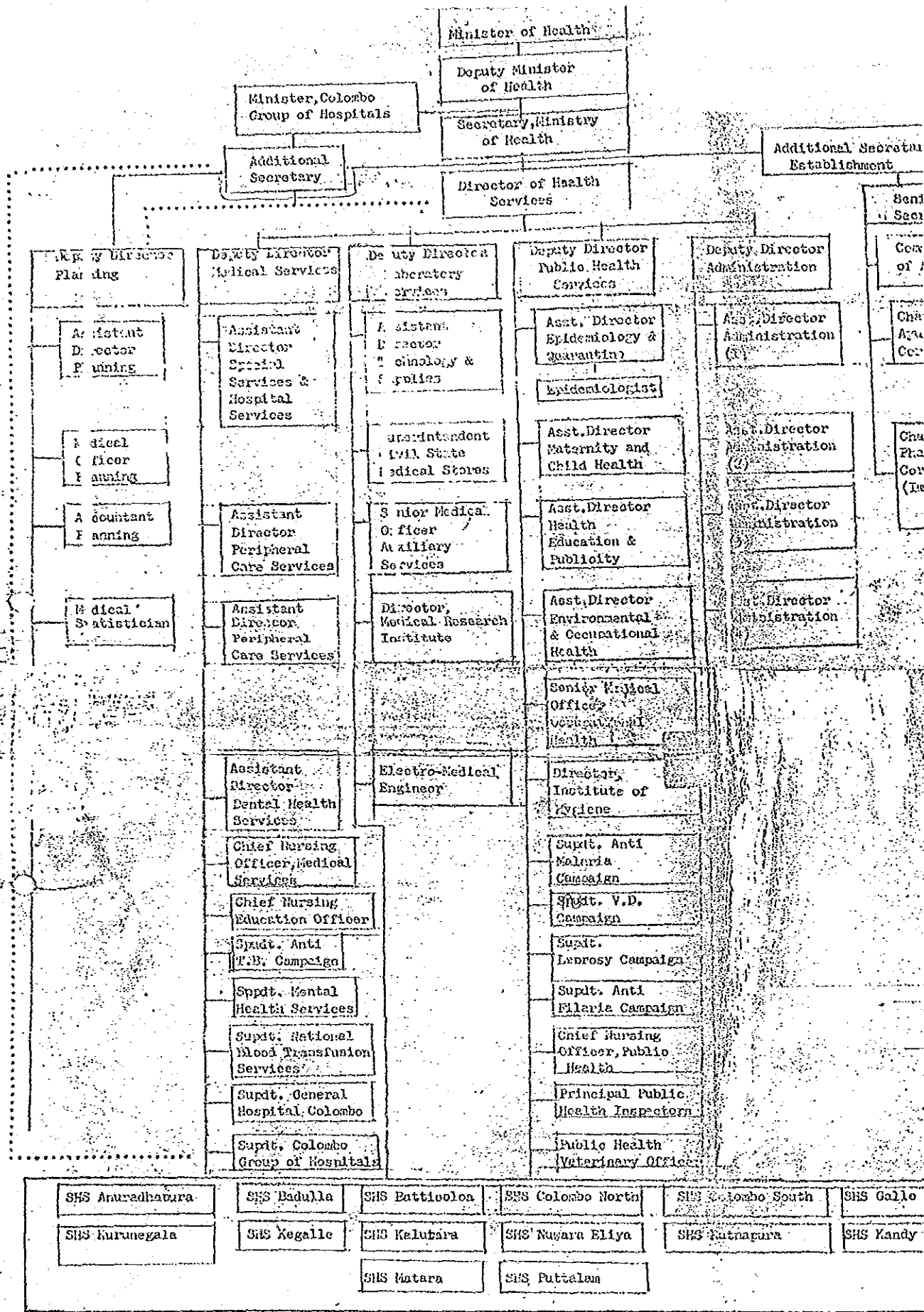
Province	District	Area (sq. mi) (excluding large inland waters)
Western	Colombo	792
	Kelutara	620
Southern	Galle	646
	Nagara	481
	Hambantota	1,001
Northern	Jaffna	965
	Mannar	958
	Vavuniya	1,432
Central	Kandy	914
	Natala	770
	Nuwara Eliya	474
Eastern	Batticaloa	952
	Trincomalee	1,011
	Amberai	1,153
North Central	Anuradhapura	2,753
	Pollonnaruwa	1,314

1 - 2. 衛生行政

国民に対するヘルス・ケアの責任は保健省 (Ministry of Health) にあり、保健大臣は保健省次官とコロombo病院グループの長官との補佐を受ける。

政府の政策決定は次官 (Secretary) を長とする事務局 (Secretariat) を通して遂行される。

この国の衛生行政は、保健サービスの部門 (Directorate) と Ayurveda 部門 (department) とに大きく分けられる。その機構図は図 示す。



1-2-1 保健サービス部門

(中央レベル)

保健サービス部門の長は、この国の保健サービスに関する技術面の責任者である保健サービス局長であり、その下に医療、公衆衛生、衛生検査および業務管理 (administration) の4分野の次長がいる。

保健計画と保健統計を担当するもう一人の次長は、保健サービス局長との協議のもとに業務を進めるが、組織上は直接次官 (Secretary) の下に属する。

次長はそれぞれ数名づつの上級行政官によって補佐される。

(地方レベル)

保健サービス活動の円滑な遂行のため、国内は16の保健地域 (health division) に分けられ、それぞれに Superintendent of Health Services (以下SHSと略す。地域の保健部長) がおかれている。

周辺部における保健サービスの内容は予防、治療及び衛生検査であるが、これらは現地ではそれぞれ密接な関連をもって行われている。監督官は地域での保健サービス活動を州病院の医療監督官 (院長に相当する) や行政地域の衛生行政官等の協力の下に遂行する。

(コロンボ病院グループ)

コロンボ病院グループは後述するようにコロンボ近辺に存在する11の病院群であり、他の政府立の病院とは運営上区別され、病院群自体が一種の行政機構として保健省の外局的位置づけとなっている。コロンボ病院グループの長官は特別次官 (additional secretary) の補佐を受けてこのグループに属する病院の管理を行う。特次官 (Secretary) は保健省次官の下に属するが、長官は直接保健大臣に対して責任を負う。

治療サービスは次のような医療施設のネットワークを通して行われる。

○ コロンボ病院グループ	11
○ 特殊病院	13
○ 州病院 (provincial hosp.)	9
○ 基幹病院 (base hosp.)	15
○ 地域病院 (district hosp.)	109
○ 周辺診療ユニット (periferal unit)	106
○ 僻地病院 (rural hosp.)	85
○ 中央診療所兼産院	92
○ 産院	26
○ 中央診療所	358
○ 診療所支所	345
○ 訪問活動ステーション	1019

総合病院やコロンボなど多くの州病院は大診療科と小診療科を併せ有するが、基幹病院は大診療科のみである。

なお、この国の医療サービスのうち約60%が政府の医療機関によって提供され、私的医療機関へ依存している部分は約40%である。

地域におけるヘルス・ケアを行うために、各S.H.Sの管轄する地域は計102の保健地区(Health area)にわけられ、それぞれの地区に保健行政官(Medical Officer of Health, M.O.H.)がおかれている。保健行政官の実践上のスタッフは、各数名の公衆衛生指導員(inspectors)、保健婦、公衆衛生助産婦によって構成され、大きな地区では主任公衆衛生指導員や主任公衆衛生助産婦がおかれている。

予防や治療サービスの他、マラリヤ、結核、性病、フィラリアおよびらいに対する特別対策(specialized campaigns)が行われている。これらの活動はそれぞれの監督官のもとにそれぞれの専門家によって推進されるが、医療の全体システムと密接な連けいを保っている。

1-2-2 Ayurveda 部門

土着医療の体系であるAyurveda部門も保健大臣の統轄下にある。この部門はAyurvedaの局長(commissioner)が所掌する。施設としてはAyurveda医師を配置した5つのAyurveda病院および3つのAyurveda診療所がある。

Ayurveda薬品公社は政府および私的セクターのためにAyurvedaの薬剤の輸出入および製造を行う。

民間分野には約10,000名の登録されたAyurveda施療者が存在する。

Ayurveda施療者は政府立の医療施設においてもかなりの業務を行っている。

1-2-3 国の保健政策

政府の保健政策は、国民の健康状態を向上させることおよび国民の需要と要求に応えるべく満足し得るヘルス・ケア提供システムを整えることにある。

この実現のため、次の諸事項が必要とされている。

(a) Ayurvedaあるいは土着医学のシステムも含め、予防、治療、リハビリテーション、診断、研究のあらゆるレベルでの協力および調整を推進すること。

マラリア対策、安全な飲料水の供給、廃棄物処理、家族保健サービスと家族計画、それに栄養改善や健康教育をも含めたプライマリー・ヘルス・ケアには特に力点が置かれるべきである。

(b) 教育機関と国の衛生行政とのより密接な協力関係の樹立。

(c) 国としての保健上の諸問題に基盤をおいた保健従事者養成方式の再構成。

(d) 既存の資源を再編成し有用化するとともに、必要な地域については資源を附与し強化すること。

- (e) 保健従事者に対し頭脳流出を思い止まらせるようなインセンティブを与え、よりよいヘルス・ケアを提供するための代替策を決定すること。

<補>

民主的社会主義社会の建設を目標とするこの国にあっては、国土の割には稠密な人口の全てに対して平等に、一定水準の保健医療サービスを国として保障することが保健政策の至上命題であり、全ての関連施策もその目的達成に奉仕するものとして位置づけられようとしている。医学教育（本来は大学教育の一分野として高等教育省の所管に属している。）もその例外ではなく、臨床教育の場である州病院やコロombo病院グループが保健省の運営管理下にあることによって、時代の先端を行く知識・技術の修得よりはむしろ僻地や周辺部の医療ニーズに対応できるような医師を多数養成することに力点が置かれているようである。

III - 2 保健政策上の問題点

1. 各保健地域から得られる情報を保健計画の立案、モニタリング、評価等に活用するフィードバック機能の遅れ
2. 財政的制約により、承認された計画の実行段階での失敗が起り勝ちであり、立案者（企画部門）の欲求不満をもたらしていること
3. 適切なマンパワー、器材の不足及び保健従事者の処遇の不充分さ
4. 医療機関への患者の殺到によるマラリア、性病、胃腸炎その他の疾患有病率の大きさ
5. 頭 脳 流 出
6. 増大する効果的保健サービスへの要求に対応するには不十分な保健従事者養成施設の能力
7. 人口増加率の上昇及び定住計画を伴う農地開拓や産業開発計画

2 - 2 国家的目的

1. 住民のニーズとデマンドに適合するよう満足すべき保健サービス実施システムを容易にするための、実行可能性のある国家保健計画の形成
2. 若年期の死亡率、罹患率の低下と積極的健康（positive health）の推進
3. 人口増加の抑制
4. 保健サービスの拡大及び新国土開発計画地域をも考慮に入れた僻地への保健施設の設置

2 - 3 目 標

保健従事者を増員し、自動車、器材、資材等の供給を5年計画で達成するよう努力中であり、また、各種の保健プログラムのためのプロジェクトが作成されつつある。

2 - 4. 目的へのアプローチ

1. 情報システム改善のため、大きな医療ケア施設の増員を図ること
2. 財政企画省が限定された財源に基く規格化された計画を提示することに代えて保健省に

対し大まかな予算枠を知らせること

3. 保健従事者養成の増員については既に着手され、人員が補強されつつある。
4. 地域保健従事者組織は僻地等において衛生教育や基本的治療、母子保健計画への援助等を通じてマラリアや他の伝染病の減少に向け活動を進めており、病院の利用過剰を抑制する。
5. 頭脳（医師）流出に関して
医師や医療助手（AMP）の増員については特に努力が払われている。AMPは過去の2年間教育に代えて2年半の養成及び6カ月のインターン制度がとられている。これらの行政官（AMPを指す）は、より資格を有する医学行政官の代りに辺地の医療ケア施設に配置される。AMPの新養成制度は1973年にスタートし、人員も次第に増加して1978年には90名に達した。これらの行政官（AMP）は他国においてその資格が認められないため海外へ流出することもない。と同時に国内に留まる incentive として医学行政官に対する制限も緩和され診療の実施も認められるようになった。
6. 新国土開発計画地域、即ちMahaweli計画や、Kurunegala, Matara 及びHambantotaの各地域開発計画の行われる地域における保健サービス実施計画も作成されている。同時に、保健省の家族計画プログラムも人口増加抑制のため強化されている。

III - 3 保健医療関係予算

スリ・ランカ政府の予算システムはプログラム予算の方式を採用しており、各省庁の活動はいくつかのプログラムに、更にその下部のカテゴリーとしてのプロジェクトに細分され、それぞれのプロジェクトには目的及び業務達成目標が設定され、また目的別の経費が定められている。（PPBS類似のシステムと見なしてもよいと思われる。）

政府の保健医療施設を利用する場合は、個室への入院（費用が払える場合）及び特別のサービスを求める場合を除き自己負担はない。1973年に設けられた外来受診時の25セント自己負担の制度は最近廃止された。

保健に関する政府の財政負担は、直接保健医療サービスに向けられる部分と、他省庁の保健関連分野に向けられる部分とに大別されよう。直接的経費は1978年には一般支出が4億9,500万Rsであり、そのほかに投資的支出が6,800万Rsであった。これは一般支出の5%、投資的支出の1%にそれぞれ相当する。国民1人当たり一般支出にして約35Rsが保健医療面にあてられたことになる。

保健関連支出の最大の要素は、全国民の栄養の最低水準を支えるための食糧補助金であり、次いで飲料水供給及び医学教育である。これら関連分野の総支出は直接的経費を上回る額となっている。

保健医療に直接充てられる支出の額は年々増加しているが、これらは専らコスト高に

るものである。その内訳の構成割合は年々少しずつ変化してきてはいるものの、Programme - 2, 即ち医療費 (Patient Care Service) が最大であり 1978 年で 62.3% を占めている。更にこのうちの約 70% は Project 1~3 (コロンボ病院グループ、州病院及び基幹病院、地域病院及び Cottage 病院) に向けられている。

Programme 3、即ち地域保健サービスには、1978 年には 28.6% が充てられており、その半分以上はマラリア対策に、20% 以上が家族保健に向けられている。

資材供給やサービスに要する費用は 1974 年から 1978 年の間に倍増しているが、その増加分の約 1/2 はマラリア対策に起因しており、残余については一部はサービス需要の増加であるが他は資材価格の高騰によるものである。

各プログラム毎の職員定員はいろいろ異なっており、最も多いのは一般管理部門で少ないのは地域保健サービスの分野である。これは主として高度の技術資格を有する職員の比率が変化してきたことによつて説明されよう。例えば、1976 年には医学行政官 (Medical Officer) は一般管理部門の 5% を、医療サービス部門の 8%、地域保健サービス部門の 2% を占めており、政府機関における M.O. (即ち医師) の 90% は医療サービス部門に従事していた。

III - 4 人 口 動 態

4 - 1. 人 口 増 加

スリ・ランカの最初の国勢調査は 1871 年に実施され、以後おおむね 10 年ごとに行われており、アジア諸国の中では比較的早期から統計が整備されている。1871 年から 1971 年までの人口増加の状況は表 1 に示すとおりであり、1971 年には約 1,270 万となっている。また、第二次大戦以降の人口動態諸率の推移は表 2 のとおりであり、出生率は 1955 年の 39.7 から漸次減少し 70 年代には 30 以下となっているが、なお日本の 1950 年頃のレベルに止まっている。※

4 - 2. 1971 年の国勢調査

スリ・ランカはその国家形成の歴史的過程の複雑さを反映して多民族多宗教からなる国であり、国勢調査の際には人種別・宗教別の人口が把握されている。表 3 にみるように、人種別ではシンハリ族が 72%、タミール族が 20.5% その他となっており、また宗教別では、仏教徒が 67.3%、ヒンズー教徒 17.6%、キリスト教徒 7.9%、回教徒 7.1% となっている。(表 4)

CHAPTER V

POPULATION, VITAL STATISTICS AND MIGRATION

I—THE GROWTH OF POPULATION

THE first decennial Census of Sri Lanka was undertaken in 1871. The Census of that year gave the population as 2,400,380 which rose to 12,689,897 at the Census of 1971. In one hundred years, therefore, the population of Sri Lanka (Ceylon) has increased by 10,289,517 or 428.7 per cent.

The following table indicates the population of Sri Lanka (Ceylon) as recorded at the various decennial censuses beginning from 1871, the amount of increase and percentage increase during intercensal period :—

<i>Census Year</i>	<i>Population</i>	<i>Real Increase</i>	<i>Percentage Increase</i>
1871	2,400,380	—	—
1881	2,759,738	359,358	19.0
1891	3,007,789	248,051	9.0
1901	3,65,954	558,165	18.6
1911	4,106,350	540,396	15.2
1921	4,498,605	392,255	9.6
1931	5,306,871	808,266	10.8
1946	6,657,339	1,350,468	25.4
1953	8,097,895	1,440,556	21.6
1963	10,582,064	2,484,169	30.7
1971	12,689,897	2,107,833	19.9

TABLE 16--VITAL STATISTICS

Year	Mid-Year population ⁽¹⁾ ('000)	Per 1,000 population			Per 1,000 live births	
		Live Births	Deaths	Natural increase	Maternal deaths	Deaths of infants under 1 year of age
1945	6,650	35.9	21.5	14.4	16.5	139.7
1950	7,678	39.7	12.4	27.3	5.6	81.6
1955	8,723	37.3	10.8	26.5	4.1	71.5
1960	9,896	26.6	8.6	28.0	3.0	56.8
1963	10,646	34.1	8.5	25.6	2.4	55.8
1966	11,439	32.3	8.3	24.0	2.2	54.2
1967	11,703	31.6	7.5	24.1	1.7	47.7
1968	11,992	32.0	7.9	24.1	1.8	50.2
1969	12,252	30.4	8.1	22.3	1.5	52.7
1970	12,516	29.4	7.5	21.9	1.2	47.5
1971	12,608	30.4	7.7	22.7	1.4	44.8
1972	12,861	30.4	8.1	22.3	1.3	45.6
1973	13,091	28.0	7.7	20.3	1.2	46.3
1974	13,284	27.5	9.0	18.5	1.0	51.2
1975	13,496	27.8	8.5	19.3	1.0	45.1
1976	13,717	27.8	7.8	20.0	0.9	43.7
1977 ⁽²⁾	13,940	27.5	7.4	20.1

Source : Registrar General's Office.

(1) Estimated.
(2) Provisional.

TABLE 5.5--POPULATION OF SRI LANKA (CEYLON) BY RELIGION AS ON 9TH OCTOBER, 1971

	Number	Per cent
All Religions	12,689,897	100.0
Buddhists	8,536,858	67.3
Hindus	2,238,666	17.6
Christians	1,004,326	7.9
Muslims	901,785	7.1
Others	51,383	0.1

TABLE 5.4--POPULATION OF SRI LANKA (CEYLON) BY ETHNIC GROUPS AS ON 9TH OCTOBER, 1971

	Number	Per cent
All Ethnic Groups	12,689,897	100.0
Low Country Sinhalese	5,425,780	42.8
Kandyan Sinhalese	3,705,461	29.2
Ceylon Tamils	1,423,981	11.2
Indian Tamils	1,174,606	9.3
Ceylon Moors	828,304	6.5
Indian Moors	27,420	0.2
Burghers and Eurasians	45,376	0.4
Malays	43,459	0.3
Others	15,510	0.1

4-3. 人口構成

出生、死亡および婚姻（宗教別）はそれぞれ登録されることとなっており、これによって毎年の人口推計も可能となる。1974～1977年の性、年齢階級別人口は表のとおりであり、77年には0～14歳が39.0%、15～64歳が56.8%、65歳以上は4.2%となっており、従属人口指数は76.1である。また、性別にみるといずれの年齢階級においても男性の数が女性のそれを上回っている点は日本などと異なっている。

なお、0歳の平均余命（いわゆる平均寿命）については、あいにく近年のデータが得られなかったが1971年までのものを表に示す。1971年の時点で日本のそれとの差は男で6.0歳、女8.5歳である。

TABLE 14—EXPECTATION OF LIFE AT BIRTH

	(Years)					
	1920-22	1946	1953	1962	1967	1971
Males	32.7	43.9	58.8	61.9	64.8	64.2
Females	30.7	41.6	57.5	61.4	66.9	67.1

Source: Dept. of Census & Statistics.

TABLE 7—POPULATION BY AGE AND SEX (1)

Age Group	1974			1975			1976			1977(2)		
	Males	Fe- males	Total	Males	Fe- males	Total	Males	Fe- males	Total	Males	Fe- males	Total
0-4	889	857	1,746	900	871	1,771	914	886	1,800	929	900	1,829
5-9	889	864	1,753	901	876	1,777	915	891	1,806	930	905	1,835
10-14	860	826	1,686	874	838	1,712	887	852	1,739	902	866	1,768
15-19	716	703	1,419	733	713	1,446	744	726	1,470	757	737	1,494
20-24	670	658	1,328	681	671	1,352	692	682	1,374	703	693	1,396
25-29	497	496	993	510	505	1,015	518	514	1,032	526	522	1,048
30-34	396	368	764	402	374	776	408	380	788	415	387	802
35-39	382	375	757	390	381	771	397	387	784	403	394	797
40-44	328	284	612	335	290	625	340	294	634	345	299	644
45-49	300	265	565	308	271	579	313	276	589	318	280	598
50-54	238	201	439	242	203	445	245	206	451	249	210	459
55-59	198	168	366	204	167	371	208	170	378	211	173	384
60-64	157	123	280	160	125	285	163	127	290	165	129	294
65-69	131	103	234	129	105	234	131	107	238	133	109	242
70-74	96	72	168	95	75	170	97	76	173	99	77	176
75 and over	90	84	174	86	81	167	85	83	171	90	84	174
Total	6,837	6,447	13,284	6,950	6,546	13,496	7,060	6,657	13,717	7,175	6,765	13,940

Source: Registrar General's Department.

(1) Mid-year estimates.

III - 6 医療サービス

保健プログラムの中で最も経費の多くかかるのは医療であるが、この国では主として次の二つのシステムにより提供される。

- (a) 国の内外の医育機関で教育され、セイロン(スリ・ランカ)医学評議会に医業従事者として登録された者により行われる西洋医学の系統
- (b) セイロン(スリ・ランカ) Ayurveda 医学評議会に Ayurveda 施療者として登録された者によって行われる Ayurveda あるいは土着医学の系統

1969~70年の社会経済調査によれば、医療サービスに対する需要の約73%は西洋医学により、約22%は Ayurveda あるいは土着医学によって満たされており、見方を変えると、政府セクターが53.7%(西洋医学で48.6%、Ayurvedaで5.1%)を満たし、民間セクターは41.3%(西洋医学24.8%、Ayurveda16.5%)であったという。

多くの発展途上国における基本問題の一つであるヘルス・ケア・サービスの受けにくさについては、スリ・ランカでは事実上問題とならない。“この国では、いかなる家庭からも平均0.8マイル以内の所にヘルス・ケア実施ユニットが存在すべきであり、また、無料の西洋医学の医療サービスは患者の家から平均3マイル以内で提供されるべきである”とされている。

スリ・ランカでは、一定の地域内における病院サービスは、各地域(region)毎に州病院又は基幹病院を中心とするいくつかの地域病院があり、それらの地域病院がまたいくつかの周辺部ユニットや僻地病院の中心となるという一つの組織化されたシステムとなっている。その目的は地域としての自己完結性にあり、システムの各構成要素は、独立して機能するというよりもむしろ協働する全体の一部として機能する。即ち、州病院は基幹病院に、基幹病院は地域病院に、それぞれ専門家の派遣や救急サービスの面で結びついており、同様の関係が基幹病院および地域病院と周辺部ユニットとの間にも存在する。

このように国内には西洋医学の施設のネットワークがはりめぐらされているものの、実態としては、小さなユニットは大きな施設に比して軽視されることになる。即ち、専門医の施設は都市部にある州病院や基幹病院に集中しているので、郡部の人口の大多数にとって受診に便利な地域病院や周辺部ユニット、僻地病院、診療所などには専門医の施設がおかれていない。

その結果、ピラミッド型に構成された医療システムも、実際の受療状況をみると必ずしも順序だてられた利用が行われているとはいえず、中間段階の施設をとびこえてより高次の医療施設へ受診するという傾向(とびこし現象)がみられる。もっともしばしばとびこされる施設は中央診療所であり(患者の47.2%)、次いで診療所支所兼訪問活動ステーション(44.0%)、僻地病院(23.0%)、周辺部ユニット(11.5%)の順である。

人口増加の影響とともに、前記のとびこし現象、いかえれば、より良い医療への要求、

些細な症状にも治療を求め紹介診療制の規制の緩和を求める傾向は、ある種の医療施設については過剰利用を、また他の施設については利用不足とをもたらしている。保健省によれば、約60の施設は50%以上の過剰利用であり、一方、約100の病院では50%以下の病床利用率になっていることが推計されている。もし、とびこし現象が規制されるとしたら、コロombo病院グループ、州病院、基幹病院、地域病院、周辺部ユニット、中央診療所兼産院の業務量はそれぞれ25%、23%、28%、18%、11%及び2%減少するだろうし、一方僻地病院、中央診療所、診療所支所兼訪問活動ステーションの業務量はそれぞれ12%、34%、61%増加するであろう。

5-1. 外来医療

前記のようにスリ・ランカにおける外来医療需要はその大きな部分を政府の西洋医学及びAyurveda医療施設ならびに私的セクターの西洋医学とAyurveda施療者とに頼っている。

最近の研究では、平均住民1人当たり年に3回政府の西洋医療施設を受診しているものと推計される。このなかには病院の外来部門と診療所とが含まれる。また、病院外来受診者のうち39%は20~59歳であり、20%が学童生徒、18%が就学前児童で、老人は8%であった。幼児は外来受診者のわずか5%にすぎなかったが、これはおそらく幼児が主として児童福祉クリニック(child welfare clinics)で治療されているからと思われる。

また、病院および診療所の外来患者総数は1961年から1971年までの間一貫して増加しており、人口増加と比例していることも明らかとなっている。

一方、政府のAyurveda施設の推計受診回数は国民1人当たり年間約0.3回であり、Ayurveda施療者へのそれは平均2.5回である。全体として、Ayurveda施療を受ける患者の50%近くは20~59歳であり、11%が60歳以上、1.45%が5~14歳また、患者の約56%が男であった。このようにAyurvedaサービスは女より男の患者を、子供や若者よりも成人を惹きつけている。

前記のように、患者にはある種の医療施設をとびこえてより高次の施設を受診する傾向がみられるが、西洋医学の外来患者についても、その約61%は大病院を受診し、いくつかの州病院では毎日3,000人へのぼる外来患者数を記録する状況にある。

5-2. 入院医療

スリ・ランカでは、入院医療は、政府病院の無料病棟では全ての患者が無料で受けられる。入院医療需要の大部分は政府の医療サービスの西洋医学部門で満たされ、政府のAyurveda部門や私的病院の果たす役割は極く小さなものにすぎない。

政府の西洋医学施設のベッド数は、1964年の34,454から1970年の39,780にまで増加してきたが、これは人口の増加にほぼみあっている。なお、1976年時点で

産院のベッド数を除いた数は39,838となっている。

また、年間の入院医療需要も、1961～64年の人口100当たり15.5から1965～68年の16.3へと増加しているが、この増加は病院の種類によって必ずしも同じではなく、州病院、基幹病院および周辺部ユニットでは増加しており、結核病院及びらい病院では減少している。

以下、やゝ古い時点の調査結果ではあるが、政府立医療施設の入院医療状況に関する報告の概要を示す。

1968年には州病院および基幹病院の病床利用率は120%であった。退院患者の分析によれば、うち36%はインフルエンザ、マラリア、気管支炎、腸炎、皮膚感染症、ぜんそく、寄生虫病および消化器系疾患であり、また、退院した産婦の95%以上は正常分娩であった。このようにみると、病院のベッドのかなりの部分は外来で充分治療し得るような疾患の患者によって占められているといえよう。……

……さらに、全ての治療の約90%は一般医によって適切に治療できるにもかかわらず、患者は専門医による治療を求めて大病院の病棟の混雑をもたらすことになっている。これが平均在院日数を延長させ、患者の回転を減少させている。……

……もし外来患者数をも計算に含めるならば、医師および薬剤師は1964年～65年には1人当たり年間1,876人の患者をみたことになる。ちなみに1950年にはこの数は9,111であった。……

……1960～61年から1970～71年の間に延入院患者数(人・日, Patient days)の変化がみられたが、それは病院の種類によって異なる。もっとも大きい増加は州病院の42.2%であり、次いで基幹病院の33.4%である。一方結核病院のPatient daysは36.2%減少し、精神病院では15.4%減少した。……

……これらの期間中に、全病院での平均入院治療期間は8.1日から6.2日に短縮したが、その原因については、高度の入院難とそれとともにより迅速な病床回転によるものか、疾病構造や重症度の変化によるものか、病院での治療がより効果的に行われるようになったことによるものか、それともこれら全ての因子によるものかは明らかでない。……

III-6 公衆衛生と環境衛生

国内には102の保健ユニットが公衆衛生サービスのネットワークを形成している。これら保健ユニットの長は保健医学行政官であり、公衆衛生監視員、公衆衛生助産婦、公衆衛生看護婦から成る一群の実践スタッフをもつ。102の保健ユニットは、更に、公衆衛生監視員のため700の地区に、また公衆衛生助産婦のため2,277の担当地区にわけられている。このように、公衆衛生の基本活動単位は、家庭保健活動のための公衆衛生助産婦担当地区と、環境衛生および伝染病防圧のための公衆衛生監視員担当地区とからなっ

いる。

公衆衛生監視員は、痘そりの予防接種を管理し、伝染病防止の見地から接触者を追跡し、環境衛生・食品衛生の見地から家屋やその敷地内の状況を監視し、衛生教育を行い、便所や安全な飲料水供給設備の整備を推進する。

助産婦は、妊婦や乳幼児に在宅でのサービスを提供し、村の中で診療所と各家庭との結びつきを保つ役割を果たす。

公衆衛生看護婦（保健婦）は、助産婦の業務を指導するとともに、10歳以上の児童の世話にあたる。

公衆衛生活動の中では、高い出生率と乳児死亡率のため、母子保健活動に大きな力が注がれている。保健ユニットが提供するサービスとしては、家庭や診療所で行われる出産前のケアや正常分娩の家庭出産、産婦と乳児に対するアフタ・ケア、小児保健外来、栄養対策、免疫賦与（予防接種）、届出義務のある疾患の調査や、衛生教育あるいは財政的援助による衛生状態の改善なども含まれる。

また、妊産婦や児童の栄養水準を向上させるため、保健省では、妊婦・児童診療所でのミルク提供および食事の補給を行っている。かなり以前から、ミルク供給センターが就学前児童や妊産婦に対し無料で生ミルクを配布してきたし、CARE（Co-operative for American Remittances to Everywhere, 対外アメリカ援助物資発送協会）ミルク制度のもとで就学前児童や妊産婦、結核やらいの患者に対し、保健センター、母子保健外来や医療施設を通じスキムミルクが配布されている。近年はCARE援助により栄養供給計画として“Thripsha”即ち小麦と豆を混ぜた蛋白食品（1976年度は約930万Rs相当）が配給されるようになったが、この計画は家庭保健計画の一環として位置づけられている。

これらの保健計画はいずれも、国民の理解ある支持と積極的な参加があってはじめて効果が挙がるものであり、スリ・ランカにおける不健康状態の大きな部分が単純な健康保持上の原則に対する無知に起因していることからみても、保健の分野においては、健康教育の普及こそ投資との比較上もっとも効果的方法と考えられている。

健康教育プログラムは、過去においては、国民に公衆衛生に関する基本的ルールを教えるもの、という見地から健康教育担当者のみによって組織化され実施に移されていた。しかし、それらのプログラムは、それぞれ異なる地域の、あるいは特殊な健康問題に適するようにはデザインされていというらみがあった。現在では、プログラムはいろいろな地域の人々の特有の健康上のニーズに適合するものとして、また関係するすべての公的ならびに私的機関がこれに参加するように再編成され、拡大されている。

なお、個々の保健ユニットは元来約5万の人口をカバーするようにデザインされていたが、現在では約8万から12万、時にはそれ以上の人口を抱えている地域もある。

以下1977年の年鑑の記述から各論的部分をいくつか紹介する。

6-1 家庭保健

家庭保健計画は1976年において第8年目を迎え、着実な成果を挙げてきている。

即ち、

- a) この分野におけるスウェーデン政府との協力体制が進み、新しい家庭保健局の建物の建設も進行中である。(1978年10月調査団が訪れた時は既に新庁舎で業務が行われていた。)
- b) 国民の中に家庭保健の概念が受容されてきた。
- c) estate sectorに200の新しい母子保健クリニックが設置された。
- d) 多くのボランティア組織が政府のプログラムに参加するようになり、また、当初は家族計画を中心とした母子保健が主であったプログラムも、いまや予防接種や栄養、環境衛生までも包含するところまで発展してきた。

現任訓練 (in-service training)

表に示す。

家族保健教育

講演、討議、映写会等が政府機関や民間団体活動として行われているほか、家族計画指導小冊子(シンハリ語版1万部、タミール語版5,000部)、ポスター等が作られ配布されている。

重点地区対策

コロンボ南、ケガレ、ジャフナ、パッティカロアの4地区が重点地区とされ、その基礎データが分析のため集められている。

避妊法の普及

避妊法の一つとしてDepo Provera (Medoxy Progestosterone, Acetate Suspension)の導入が試みられる一方、norigest、(注射用避妊薬)やIUCDの試用成績の追跡が行われている。精管結紮術もサービスとして実施されている。

Administration

There has been no appreciable change in the general administration of the family health bureau. All sub-programmes however, have been inter-related on a better footing.

Training—In-Service training programme of the family health bureau during the year is outlined below:

Category	No. in-Service	Trainees		
		1974	1975	1976
Medical Officers	1,661	104	340	216
Nursing Personnel	6,168	1,322	1,587	925
Other Health Personnel	5,902	957	1,127	960

6-2 歯科サービス

1976年における歯科スタッフの数は、歯科医255名、学校歯科看護婦310名、歯科技師12名、学童歯科看護婦50名であった。

施設としては、外来支所も含めて108の病院歯科外来と159の学校歯科外来とが活動している。

6-3 伝染病等

ポリオ (polio myelitis)

過去5年間の発生率(人口10万対)は1.4~4.5であり、1976年には258件、発生率1.9であった。発生のはほとんどは年の後半であり、コロンボおよびジャフナで発生率が高く、これらの地域では免疫学的検査も行われている。

チフス

政府機関で治療されたチフス患者数は次のとおりである。

年	件数	発生率(人口10万対)
1972	4,553	35.1
1973	5,197	39.2
1974	8,014	59.2
1975	10,620	76.7

コレラ

1973年10月にコレラが発見されて以来の統計を示す。

年	件数	発生率	死亡数	死亡率(%)
1973	188	1.4	13	6.9
1974	4,559	33.7	333	7.3
1975	1,453	10.5	67	4.6
1976	728	5.1	16	2.2

これらのほとんどはコロンボで発生している。季節的には3月から発生率が上昇し、9月にピークを迎え11月には下降するが、これは南西モンスーンに伴う洪水に影響されている。

ウイルス性肝炎

1972年以降の年間患者数は約10,000~15,000発生率で70~110の間にある。

細菌性赤痢

Shigella I型による集団発生が4月ジャフナに発生し、まもなくほとんど全国にひろがった。12月までの患者数はおそらく10,000を下らないものとみられ、あ

るグループでは致命率は8%に達した。

非伝染性疾患

疫学部門では1975年のがんを中心とする疫学調査を行い、更にそれをがん登録制度にまで発展させた。全ての報告はマハラガマにあるがん研究所にケース記録として集められ解析が加えられる。

1975年には3,049例が報告され、うち50.7%が男であった。部位別では口腔と因頭が38.5%を占めそのうち87%は男であり、次いで性尿器系が21%を占めその中では子宮頸部がんが多かった。結合織のがんは13%であるがその主なものは乳がんである。

予防接種活動

- 種痘は、1976年には初回接種で0～1歳に71,241人、1～2歳で82,603人、2～5歳で105,112人、5歳以上で91,776人と総計35万人余に行われ、二回目以降の接種は全年齢で36,385人に対し行われた。
- チフス予防接種は延べ約3.5万件である。
- 三種混合ワクチン（ジフテリア、百日咳、破傷風）は0～4歳児に対しブースター接種も含め延べ約71万件である。三回目の接種までを終えた乳幼児は対象年齢人口の31.4%と推計される。
- ジフテリアと破傷風のみ二種混合ワクチン接種を受けた者は2回目終了者で、17,464人であり前年の約3倍となった。
- 妊婦に対する破傷風予防接種も前年の約3倍となり、2回目終了者は全妊婦の約4と推計される。
- ポリオ経口ワクチンも乳児に延べ42万件、幼児（1～4歳）に延べ32万件の投与が行われている。

6-4 特別対策（specialized campaigns）

特殊な疾病を管理するために、5つの特殊化されたキャンペーン（活動）がある。これらの疾病とは、マラリア、フィラリア、結核、らい、性病であるが、これらの制圧運動は、部分的には一般医療や公衆衛生サービスと一体となって進められているものの、原則的にはそれぞれが独立して組織され推進されている。

6-4-1 マラリア対策

二つの主要な活動、即ち(a)流行地域での各家庭や湛水池への殺虫剤の散布と(b)個々の患者に対する診断及び治療が行われている。

家屋への薬剤散布は散布班によって実施され、一方野外でのマラリアの診断と治療は自動車や徒歩のチーム及び一般医療機関に属するマラリア対策補助員によって行われる。

スリ・ランカのマラリアの流行はモンスーンによる影響が極めて大きく、南西モンスーンによって島の南西部で5～6月に、また、北東モンスーンによって島の北東部（乾燥地帯）で11～12月にそれぞれ急増する。殺虫剤としてはmalathionとDDTが用いられているが、近年はDDTに対する抵抗力を有する蚊が多くなっている。

1976年の外来患者数、有熱患者数および臨床診断上のマラリア患者数は表の如くであり、有熱患者の約40%がマラリアと診断されている。

—O.P.D. ATTENDANCE AND NUMBER OF MALARIA CASES DIAGNOSED CLINICALLY BY HEALTH DIVISIONS—1976

Health Division	O. P. D. Attendance	Fever Cases	Clinical Malaria	Positive Microscopically
Colombo	4,903,924	696,540	20,636	8,324
Puttalam	1,822,670	72,826	40,792	12,177
Ratnapura	1,280,875	99,245	47,581	35,380
Kegalle	1,367,021	84,474	24,303	11,594
Kalutara	1,270,227	94,830	1,222	511
Galle	939,538	73,457	4,014	527
Matara	1,767,370	294,799	119,039	64,210
Matale	548,242	52,130	82,096	36,789
Yavuniya	578,942	62,712	44,075	14,215
Batticaloa	1,189,015	103,392	71,736	22,514
Kandy	2,520,693	161,094	14,291	8,035
Jaffna	1,446,313	88,677	44,776	11,813
Anuradhapura	190,954	30,501	136,255	36,998
Kurunegala	275,799	48,770	130,764	19,751
Badulla	116,229	13,850	7,089	21,649
	20,218,012	1,977,297	788,669	304,487

6-4-2 フィラリア対策

患者の発見と治療、湛水への薬剤（油剤）散布による蚊の絶滅、便槽の水洗化への転換を中心に制圧運動が進められており、これらのキャンペーンは1つのセンター及びサブ・センター、16の特殊外来、野外活動班等によって組織され指導される。

1976年におけるフィラリア原虫検索のための血液検査は1,636,255件実施され、4,352例が陽性であった。なお、殺虫剤の価格高騰のため、充分な量を確保することは困難であり、環境改善事業もまだ地域を限定して行わざるを得ない状況にある。

6-4-3 結核対策

重点は、結核患者の診断と治療及びBCG接種とにかかれており、コロンボにある国立結核研究所がこのキャンペーンを統轄し、51の胸部疾患診療所及び支所、4つの特殊病院、結核患者治療のため一般病院におかれた28の病棟がある。この他、多くの一般医療機関と公衆衛生機関がBCG接種や患者の治療に参加し

ており、それらのうちのあるものは喀痰標本の検査を実施して診断面でも役割を果たしている。

1976年には計6,823の新患者が発見され登録されたが、そのうち肺外結核は830例12.2%であった。肺結核のうち菌検査で確認されたものは57%である。また、近年の結核死亡率は11.7（人口10万対）である。

1976年における年間のレントゲン検査数は15万件であり、新生児に対するBCG接種は156病院で約16万件実施された。また幼児に対しては約15万件、学童に対し32万件、その他のグループに5万件であり、BCG接種の総計は68万余件となる。

患者の入院治療については、データの得られている2,074床で延べ645,257人・日、実数で11,460人に対して行われた。

6-4-4 らい対策

らい対策の重点は、患者の診断及び在宅又は2つのらい病院での治療である。

らい発生率は、1964年から1972年までの間に、人口万対3から7へと明らかに上昇した。この増加は単に患者の発見及び登録が進んだということのみには帰することはできない。即ち、1970～71年の間に登録された新患者の約25%が15歳以下の子供達であったことは新発生それ自体の増を意味している。

1976年末の時点で総患者数は8,993であり、うち32.5%がらい腫型（lepromatous）であった。近年らい腫型の構成比率が低下しつつあるのは、従来発見され難い類結核型が次第に発見されるようになってきたからでもあり、76年の新登録例819のうち類結核型は639例、78%となっている。また、新登録例の71%は紹介されての受診により、10%が学校調査によって発見された。

治療については在宅治療が推進されているものの、登録患者の50%以上が治療から脱落している現状にあり、しかもこれらを追跡し治療に就かせる手段は充分講じられていない。

6-4-5 性病対策

診断・治療及び患者の追跡が、コロombo中央性病クリニック及び全国9カ所の終日（fulltime）診療所と16カ所のpart-time診療所で行われている。

1976年にfull-time診療所に登録された早期梅毒患者は4,273名であり、前年比42.4%の増であった。人口10万対罹患率は30となり、過去25年来最高である。淋疾は7,358名で前年より14%減である。早期梅毒の60%、淋疾の64%は20～29歳によって占められている。

6-5 疾患別の罹病及び死亡統計

HEALTH PROBLEM STATEMENT

ICD NOS	DISEASE OR GROUP	MORBIDITY (Hosp. Disch. 1976)			MORTALITY (Reg. Gen'l -1976)			REMARKS
		NO. CASES	RATE PER 100,000	TREND 1)	NO. DEATHS	RATE PER 100,000	TREND 1)	
(000)	CHOLERA	610	4.4		20	0.15	Downward	
(001)	TYPHOID	9559	70.6	20.9%	139	1.01	14.2 %	
(004), (006.9) (006.0)	BACILLARY DYSENTERY & AMOEBIASIS	37655	274.2	1.22%	331	2.41	35 %	
(008) (009)	GASTRO ENTE- RITIS AND OTHER DIA- RRHOEAL DISEASES	130209	948.4	11.3%	6916	50.37	2.8%	
010-015	TUBERCULOSIS (All forms)	14045 6823	102.3 49.7	1.29% -3.0%	1593	11.6		New Cases- Anti TB Campaign
031	LEPROSY	278	2.0	-12.7%	16	0.12		
032	DIPHTHERIA	152	1.1	-28.8%	42	0.31	-10.4%	
033	WHOOPING COUGH	1040	7.5		24	0.17		
037.8-9	TETANUS (OVERALL)	2000	14.5	4.7	751	5.47	-6.4%	
037.1	TETANUS NEONATAL	642	4.6	8%				
040-044	POLIOMYELITIS	475	3.4		136	0.99		

1) Average annual % of change in rate over period 1972 - 1976.

HEALTH PROBLEM STATEMENT

ICD NOS	DISEASE OR GROUP	MORBIDITY (Hosp. Disch. 1976)		MORTALITY (Reg. Gen'l-1-1976)		REMARKS
		NO. CASES	RATE PER 100,000	NO. DEATHS	RATE PER 100,000	
071	RABIES	123	0.8	257	1.87	
070, 999.8	VIRAL HE-PATITIS	18122	131.9	92	0.70	-3.8%
084	MALARIA	113809 304487	828.9 2217.7	267	1.94	
090-095 097-098 (125)	VENEREAL DISEASES FILARIA	794 19285 1964 4352	5.7 82 14.3 0.26	3 8	0.02 0.06	Anti Malaria Campaign confirmed case rate recent trend is down Anti V D Campaign Anti Filaria Campaign
121, 123, 124, 126 to 129	HELMINTHI-ASIS	35470	258.3	844	6.15	-5.7%
133.0	SCABIES	27589	200.9			
140-239	NEOPLASMS	15915	115.9	4225	30.77	

1) Average annual % of change in rate over period 1972 - 1976.

HEALTH PROBLEM STATEMENT

ICD NOS	DISEASE OR GROUP	MORBIDITY (Hosp. Disch. 1976)		MORTALITY (Reg. Gen'l - 1976)		REMARKS
		NO. CASES	RATE PER 100,000	NO. DEATHS	RATE PER 100,000	
250	DIABETIS MELLITUS	13751	100.1	1306	9.51	
243 to 279	AVITAMINOSES & OTHER NUTRITION DEFICIENCIES (Includes PCM, MARASMUS, KWASHIORKOR ETC.)	30512	222.2	3123	22.74	19.52%
280-285	ANAEMIAS	64387	468.9	2995	21.8	8.2%
290-309	MENTAL DISORDERS (PSYCHOSES)	21190	154.3	126	0.92	21.36%
374, 375	EYE DISEASES CATARACTS GLAUCOMA	6455	47.0	497	3.62	
390-392	ACTIVE RHEUMATIC FEVER	6903	50.2	118	0.86	
393-458	DISEASE OF THE CIRCULATORY SYSTEM, HYPERTENSION, IHD, STROKES, ETC.	79172	576.6	11543	84.07	.2.5%

1) Average annual % of change in rate over period 1972 - 1976

HEALTH PROBLEM STATEMENT

ICD NOS	DISEASE OR GROUP	MORBIDITY (Hosp. Disch. 1976)		MORTALITY (Ref. Gen'l. 1976)		R E M A R K S	
		NO. CASES	RATE PER 100,000	NO. DEATHS	RATE PER 100,000		TREND 1)
460-519	DISEASE OF THE RESPIRATORY SYSTEM PNEUMONIAS, BRONCHITIS, ASTHMA ETC.	318 731	2321.4	9617	70.04		
520-525	DENTAL DISEASES	10819	78.8	0	0		
531-577	DISEASES OF DIGESTIVE SYSTEM (PEPTIC ULCER, GASTRITIS, DUODENITIS)	113699	828.1	147	1.07		
580-629	DISEASES OF THE GENITO URINARY SYSTEM (NEPHRITIS, CALCULUS, BREAST DISEASES ETC)	84 574	615.9	849	6.18		-1.4%
640-645	ABORTIONS	28326	206.3	28	0.20		
632-673	OTHER COMPLICATIONS OF PREGNANCY, TOXAEMIAS, HAEMORRHAGES, ANAEMIAS ETC.	100 719	758.2	327	2.38		+10.07%
118	DELIVERY WITH-OUT COMPLICATIONS	246877	1798.0	-	-		

1) Average annual % of change in rate over period 1972-1976

(Activity 1.2 - 26.X.75)

Contd./.....

HEALTH PROBLEMS STATEMENT

ICD NOS	DISEASE OR GROUP	MORBIDITY (Hosp. Disch. 1976)		MORTALITY (Reg. Gen'l. 1976)		REMARKS
		NO. CASES	RATE PER 100,000	NO. DEATHS	RATE PER 100,000	
680-709	DISEASES OF SKIN.	108404	789.5.	874	6.37	-5.22%
710-738	DISEASE OF MUSCULO SKELETAL CONDITIONS ARTHRITIS, SPONDYLITIS RHEUMATISM ETC.	51176	372.7	1129	8.22	
741-779	DISEASES OF INFANCY CONGENITAL ANOMALIES, BIRTH INJURY PREMATURITY ETC.	17175	125.1	6491	47.3	-6.1%
138-150	ACCIDENTS, POISONING AND VIOLENCE (SUICIDES, HOMICIDES ETC)	231067	1682.9	8667	63.12	

1) Average annual % of change in rate over period 1972 - 1976.

Ⅲ - 7 保健医療従事者

人的資源の現況

保健システムが効率的かつ円滑に機能するか否かは、適当な数の、それにふさわしく訓練された従事者が時宜を得て用いられるかとかによるところが大である。多種多様な職種とレベルの保健人的資源 (health manpower) に関する適確な評価は、信頼するに足る情報が欠落しているが故に、かなり困難である。医師、看護婦、助産婦及び歯科看護婦に関するデータは相当程度信頼し得るが、他の職種に関するデータは往々にして予算上の数字の反映であることが多い。が、ともあれ、保健医療従事者に関しての1978年当初の状況は表のとおりである。

7 - 1 医 師

西洋医学の資格を有する医師数は、1978年には3,262名であり、医師1人当たり住民数は4,291と推計される。

HEALTH MANPOWER IN SRI LANKA, 1978

Category of Health Manpower	In Government Service	Non-Government *	Total
<u>Western Type (Total)</u>	29250	9950	43540
Doctors	2229	1033	3262
Nurses	5938	797	6735
Midwives Hospital Field	1388 2141	192	3721
	3529		
Dental Surgeons	249	100	349
Asst. Medical Practitioners	1051	143	1194
Public Health Inspectors	998	129	1127
Medical Laboratory Technologists	475	55	530
Radiographers	153	20	173
Physiotherpists	139	15	154
Dental Nurses	332	29	361
Pharmacists	442	49	491
Dispensers	735	96	831
Attendants Male	2167	632	5675
Attendants Female	2876		
Other workers	18007	1000	19007
<u>Ayurveda (Total)</u>	983	4290	10933
Doctors	293	9950	10243
Other workers	690	-	690

Source: Ministry of Health (Planning Units)

* Estimates.

医師・人口比は多くの発展途上国と比較すると高い方に位置しているが、国内の保健地域別にみるとその格差も著しい。

医師・人口比は、住民の便に供し得る医療施設の水準を示すには概念上すぐれた指標ではあるが、スリ・ランカにあっては、国内の医師数の適正度は、他の保健サービス従事者数や施設の利用可能度等との関連で考えるのがより現実的であろう。

さかのぼって1967年に、教育・保健・住宅及び人的資源に関する計画委員会の報告（経済計画省、コロンボ、1967年5月）は、人口3,000に対し医師1の割合を勧告している。しかしこの割合は未だ達成されていない。

7-2 歯科医師

国内で診療に従事している歯科医師数は、1978年で349名とみとまれ、うち249名は政府又はこれに準ずる施設で従事している。歯科医師の対人口比は1:38,674である。しかし、この数値は、個人の歯科医師が都市部に集中する傾向にあることから、地域間の分布が公平であることを意味するものではない。

他の発展途上国と比較しても、この率は著しく低いものであり、前出の1967年の計画委員会では、できるだけ早期に1:20,000まで引き上げるべきであると勧告しているが、なおほど遠いものがある。

7-3 看護婦

1978年におけるスリ・ランカの有資格の看護婦数は6,735名であり、1人当たり人口は2,018となる。（表 , 表 ）

1975年から78年までの間に保健サービス事業で増加した看護婦はわずか231名であった。1972年に実施された調査は、この国の看護婦の約88%が政府サービスに従事していることを明らかにしており、その傾向は1978年においても同様である。政府サービス部門の看護婦数は、1965年から1972年までの間に47%増加したが、その後の増加率は低い。

1978年の医師対看護婦の割合は1:2.6である。また、医師の地域間分布と看護婦のそれとの間にはかなりよい相関がある。表 はSHS地域間において看護婦1人当たりの人口にかなり大きな格差のあることを示している。

政府サービスに従事する看護婦についてみても極めて明白な不均衡があるが、これは、政府看護婦のうち1,851名がコロンボ病院グループ（1,647名）及び特殊病院（204名）に雇用されており、これらの二つで政府看護婦の約1/3を占めていることによる。

7 - 4 医療助手 (Assistant Medical Practitioners, AMP)

医療助手とは、医学に関する基礎的かつ最少限の知識を有し、一般にはコロンボ病院グループ以外の病院の外来部門に雇用されている医療従事者である。

州病院、基幹病院、地域病院及び周辺診療ユニットでは、医療助手は医師の指揮下で働く。しかし、より小さな施設では彼等はしばしば医師の指揮監督なしに外来部門と入院部門の両方で医療に従事する。過去の教育を受けた医療助手は、通常、産科及び婦人科の患者は扱わない。医療助手はいわばフェルジャー (feldsher) に比較することができる。

医療助手のほとんどは、各種病院や周辺ユニット、又は特別対策 (specialized campaigns) に属する政府公務員である。1978年には総数1,124名のうち政府の保健サービスに従事する者は1,051名であった。

7 - 5 その他の保健医療従事者

保健サービスに用されているその他の職種の年次推移は表 5 に、また、1978年における地域分布については表 6 に示すとおりである。

Table 5

NURSES IN SRI LANKA (1978)

Types of Nurses	Number	Population per Nurse
In government service	5,938	2,357
All nurses	6,735	2,018

Source: Ministry of Health (Planning Unit)

Table 6

NUMBER OF NURSES IN GOVERNMENT HEALTH SERVICES IN EACH YEAR FOR THE PERIOD 1975 TO 1978

Year	Number	Cumulative increase
1975	5685	-
1976	5782	97
1977	5640	55
1978	5938	253

Source: Ministry of Health (Planning unit)

GEOGRAPHICAL DISTRIBUTION OF NURSES BY S.H.S. DIVISION

	Population (in thousand)	Number of Nurses	Population per one nurse (in thousand)
Anuradhapura	695	207	3.35
Badulla	920	232	3.96
Batticaloa	614	117	5.24
Colombo (s)	1186	514	2.34
Colombo (n)	1890		
Galle	793	252	3.14
Jaffna	756	259	2.91
Kandy	1762	661	2.66
Kalutara	790	282	2.80
Kegalle	702	212	3.31
Kurunegala	1141	387	2.95
Matale	557	152	3.66
Matara	1018	208	4.89
Pattalam	428	120	3.56
Ratnapura	737	249	2.95
Vavuniya	205	29	7.06

Source: Ministry of Health (Planning Unit)

AUXILIARY HEALTH WORKERS IN HEALTH SERVICES (1975-1978) IN SRI LANKA

Year	Number in Government Service			
	1975	1976	1977	1978
Midwives	-	-	-	-
Hospital M.Ws	1411	1411	NA	1388
Field M.Ws	1800	1794	2035	2141
Public Health Inspector	976	922	933	998
Pharmacist	465	459	459	442
Radiographer	190	144	141	153
Physiotherapist	125	135	131	139
Laboratory Technologist	394	470	956	475
Attendant: Male	4751	NA	1862	2167
Female	NA	NA	2691	2876
Dispensers	776	776	668	735

Source: Ministry of Health (Planning unit)

AUXILIARY AND PARA-MEDICAL HEALTH WORKERS IN HEALTH SERVICES
S.H.S. DIVISION-WISE DISTRIBUTION (1978)

Category of Health workers	Midwives	Public Health Inspectors	Para-medical Personnel	Remarks
<u>SHS Divisions</u>				
Anuradhapura	76	34	39	Para-medical includes Physiotherapists Radio-graphers Pharmacists Medical Laboratory Technologist and EEG Recordist.
Badulla	61	34	34	
Batticaloa	45	32	32	
Colombc (s)	45	54	23	
Colombo (n)	138	56	85	
Galle	89	48	42	
Jaffna	65	46	84	
Kandy	124	72	91	
Kalutara	93	56	30	
Kegalle	83	45	32	
Kurunegala	129	68	51	
Matale	62	40	20	
Matara	88	62	26	
Puttalam	37	25	22	
Ratnapura	69	41	41	
Vavuniya	20	15	13	
Colombo Group of Hospital	213	5	342	
Special Campaigns	598	230	160	
Total	2055	963	1167	

Source: Planning unit, Ministry of Health.

7 - 6 Ayurveda 施療者

土着医学についての評議会 (Board) が最初に設立されたのは 1928 年であるが、それまでのスリ・ランカでは Ayurveda 医学が流行しており、政府は 1929 年に小さな病院を備えた土着医学校が設立されるに際し援助を与えた。その後 1941 年、政府はその医学校を政府の機関として運営に責任を持つこととした。

1977 年 4 月の時点でスリ・ランカにおける土着医学の施療者数は表 のように推計されているが、一方、Ayurvedic 医学評議会 (council) に登録された者の総計は 1977 年当初では 10,243 である。

評議会に登録する資格のある土着医学の施療者は Ayurveda, Uhani 及び Siddha とよばれる土着医療を行う。しかしこれら三つのシステムは、政府や国民からは全て Ayurveda としてみなされている。

1970年から76年までの各年に登録された施療者数は表に示すとおりであり、74年以降はAyurveda学校の修了者のみが登録されている。

政府機関や地方のAyurveda施療所に雇用されている施療者は終日勤務であるのに対し、大多数の私的施療者は他の職業活動も行っており、施療はパートタイムである。

Total number of practitioners of Indigenous Medicine in Sri Lanka in 1977 (April).

Table 12

PRACTITIONERS IN INDIGENOUS MEDICINE (in 1977)			
Type of Indigenous Medicine	Institutionally trained	Non-institutionally trained	Total
Ayurveda	1800	3700	5500
Siddha	1050	2080	5130
Uhani	180	210	390
Others	-	8600	8600
Total	3030	14590	17620

Source: Country Information (Seminar on traditional Medicine, Sri Lanka 1977).

NO. OF REGISTRATION OF AYURVEDA DOCTORS

Year	Number Registered
1970	517
1971	456
1972	285
1973	236
1974	69
1975	80
1976	39

保健医療従事者の損耗（離職）率

(a) 医師

最近行われたスリ・ランカのマンパワー研究は、登録された医師の41.3%が卒業後10年以内に種々の理由、とりわけ海外移住で職場を去るという事実を明らかにした。

海外移住の、考えられる理由としては

- i 医師にとって魅力に欠ける出世のバターン。
- ii 海外留学の影響（海外留学医師の2/3はスリ・ランカへ戻らない）。

が挙げられる。

政府では、海外移住による医師の離職を、卒業後6年間政府機関に勤務する義務制の導入によってくいどめようとしており、もう一つ、登録後5年間の義務的勤務の後(但し45歳前)に専門性を身につけるための奨学金やフェローシップを与える制度も採用している。

(b) 看護婦及び助産婦

スリ・ランカの看護婦は、多くの国で離職の主な理由の一つとなっている結婚の後にも看護婦として働くのを止めない場合が多い。幸いにして医師ほど exportable でもないので、年間の離職率は約3%とみられ、助産婦もほぼ同様である。

他の職種を含めた離職率は表に示す。

LOSS OF VARIOUS CATEGORIES OF HEALTH WORKERS

Category of Worker	Estimated rate of loss (Per cent) Annually
Doctor	44 (within 10 Yrs of Service/Practice)
Nurses	2.7
Midwives	2.7 - 3.0
AMPs	2.0 - 2.1
Dental Surgeons	3.8
Dental Nurses	3.0
Pharmacists	1.7 - 2.0
Public Health Inspectors	(around 3.0)
Ayurveda Practitioners	8.1
Radiographer	3.4 - 3.5
Medical Lab. Technologists	2.9 - 3.0
Physiotherapists	6.6 - 7.0

III - 8 保健医療従事者養成制度

スリ・ランカにおける保健医療従事者の養成施設及びその課程は次に示すとおりである。

8 - 1 医学教育

8 - 1 - 1 卒前教育 (undergraduate training)

1973年の医師調査の対象のうち76.9%はコロombo大学医学部の卒業生であり、2.1%はインド、1.9%は英国での修学であった。このうち英国での教育を受けた医師は比較的高年齢層に属する。

医学部への入学の倍率は極めて厳しく5~8%しか入学を許可されない。しかし、学生と教官との比率、図書館、研究室等の能力からみると理想的学生定員は100名にすぎないが、医師供給についての強い要請から近年は150~190名を受け入れている現状にある。なおかつ、極度の医師不足から、政府としては

- | | |
|--|---|
| 6. Nurses Training Schools
(8 institutions) as Colombo,
Kandy, Galle, Kurunegala,
Ratnapura, Anuradhapura,
Jaffna and Badulla. | B. 6. I Certificate Course in basic
Nursing.
6. 2 Certificate Course in Midwifery |
| 7. Post Basic Nursing School
Kynsey Road, Colombo 8. | B. 7. I Diploma courses in Post Basic
Nursing (Ward Sisters, Nursing
Tutors) |
| 8. Provincial Hospitals and
Base Hospitals. | B. 8. I Attendants training. |

1978年にジャフナ (Jaffna) に、1980年にゴール (Galle) に、それぞれ医学部を新設し、各75名の定員を設けることとしている。しかし施設や教育スタッフが充実するまでの間はジャフナの75名はコロomboに40名、ペラデニアに35名と分割されて教育を受けることとなる。

(補 1.) 二つの医学部新設に伴ない、既存のコロンボ、ペラデニア両医学部の中堅教育スタッフがそちらへ回される結果、既存の医学部教育スタッフの弱体化を招くことは容易に想像される。

(補 2.) コロンボとペラデニア両医学部は一応対等の関係にあるが、医学生は親類縁者の多いことなどからコロンボキャンパスでの修学を希望する者が多く、選考試験の上位から優先的にコロンボの定員を満たし、残りがペラデニアキャンパスに回されるという。

既存両医学部の卒業生数は表に示す。

Year	Colombo	Peradeniya	Total
1973	162	95	257
1974	104	64	168
1975	162	89	251
1976	86	78	164

8-1-2 卒 後 教 育

コロンボ医学部には卒後医学教育施設（IPGM）と協力して医師の卒後教育を行う施設がある。IPGMは1974年以来コロンボキャンパスの施設を利用しつつ、医師の卒後教育に関する行政上及び学術上の指導を行う機関であり、そのコースは下記の通りである。

Diploma in Tropical Medicine and Hygiene (DTM&H)

Diploma in Child Health (DCH)

Doctorate in Medicine in General Medicine (MD)

Doctorate in Medicine in Pathology (MD)

Master of Surgery in General Surgery (MS)

Master of Surgery in Obstetrics and Gynaecology (MS)

Doctorate of Medicine in Community Health (MD)

保健医療従事者に関する国の調査は1971～73年に行われ、問題は人的資源の不足にあるというよりもむしろ人的資源活用の効率性にあるとの結論を得ている。しかし、この調査から5年を経ずして政府は新たな二医学部の新設を決定したが、これは専ら開発途上国や先進国への医師流出がもたらした医師不足への対処であった。他方、医師の効率的活用策に関しては未だ有効なものは何も打出されていない。もし医師の海外流出が阻止されるとしたら1980年には500名近い医師が誕生することとなるであろう。

いま一つの問題は、医師を養成する側（医学教育は高等教育省の所管）とこれを活用する側（保健省）との間の協力関係である。

（補3.）保健省側のレポートではわずか数行の問題指摘に止まっているが、こと医学教育に関する国際協力プロジェクト推進に際しては決して看過し得ない部分と思われる。スリ・ランカ保健省の基本姿勢としては、社会主義国としての国営医療を堅持し、しかもその根幹にWHOのいうプライマリー・ヘルスケアの理念を置いており、医療技術の水準向上は必ずしも唯一かつ至上の命題ではなく、国家としての保健医療政策全体の中でのみ相対的評価を与えられる一要素である点に留意しなければならない。

8-2 看 護 教 育

8-2-1 基 礎 教 育

3年制の看護教育を行う学校が国内に8校存在する。看護学校の入学倍率も厳しくて希望者のうち5～6%しか入学できない。1974～77年の入学者数は次のとおりである。

1974年	400
75	367
76	385
77	636

8-2-2 専門教育 (post-basic)

基礎教育修了後の専門科別教育施設がコロンボにあり、6~12カ月の指導が行われる。その他2カ月コースが小児看護や看護マネジメント等の研修課程として設けられている。

8-4 助産婦教育

スリ・ランカにおける助産婦教育は二つの部分から成る。その一は10カ所の病院(うち5病院は常時)で行われる12カ月間の臨床教育であり、その二は9カ所の実習地域で行われる実習である。実際には大多数の助産婦教育はコロンボにある二つの病院で行われている。

助産婦教育のカリキュラムは、講義及び一般看護、倫理、清潔と感染防止、個人衛生、一般衛生、栄養、飲料水供給、細菌と感染、基礎的解剖学と生理学、一般に使用される薬剤の知識、母子看護、手術準備、筋注、労働の指導、病棟における産後の処置、早産児の看護、母親学級の指導などから成っている。

1978年の教育コースの総定数は400名である。

8-5 医療助手 (AMP) の養成

医療助手の養成は1967年に一旦中断されたが、それまではSrilanka Medical Collegeでの2年間の教育が行われていた。この種の教育に対する需要は非常に大きく40名の定員に対し平均1,466名の希望者があった。

医療助手養成課程は1974年に理論面、実務面及び病院実習の面で新しい教育内容を盛り込んで再開されることとなった。それ以後コロンボ及びペラデニアの両キャンパスで各30余名を毎年入学させて養成が行われており、最終的には各50名の定員を目標としている。

養成期間は2年半であり、養成の内容は次の各項を目標としている。

8-6 衛生院 (Institute of Hygiene) 及びその他の教育施設

カルタラ (Kalutara, コロンボの南約40km) にある衛生院では次の表のような各種の研修が行われており、過去5年間に1,849名が受講した。

この他の教育・研修については表に示す。

4.3.2. Health Manpower Training Institutions:

The institutional facilities for training health manpower in Sri Lanka are given below:

<u>Name of the Institutions</u>	<u>Training Courses</u>
A. <u>University of Sri Lanka</u>	
I. Faculty of Medicine Colombo Campus, Kynsey Road, Colombo 8.	A. I. 1 Degree Course in Bachelor of Medicine and Surgery (MBBS) I. 2 Postgraduate Diploma Course in Tropical Medicine & Hygiene (DTM & H) I. 3 Postgraduate Diploma Course in Child Health (DCH) I. 4 MD in Medicine and Pathology and MS in Surgery and Gynaecology. I. 5 Certificate Course for Asst. Medical Practitioners. I. 6 Certificate Course in Pharmacy I. 7 Certificate Course in Dispensing.
2. Medical Faculty Peradeniya Campus, Peradeniya.	A. 2. 1 Degree Course in Bachelor of Medicine and Surgery (MBBS) 2. 2 Degree Course in Bachelor of Dental Surgery (BDS) 2. 3 Postgraduate Diploma Course in Higher Dental Surgery. 2. 4 Postgraduate Course in Community Medicine (M.Sc.) 2. 5 Certificate Course for Asst. Medical Practitioners.

Contd.....2

3. Vidyodaya Campus,
Gangolawila,
Nugegoda.
- A. 3. 1 Degree Course in Biological
Science (B.Sc.).
3. 2 Postgraduate Master's Course
in Biological Science (M.Sc.Bio).
3. 3 - do - Diploma Course in
Food Science.
- B. Ministry of Health
- I. School of Medical Laboratory
B. Technology
- Medical Research Institute,
Base Line Road, Colombo 8.
- I. I Certificate Course in Medical
Laboratory Technology
2. Sri Lanka School of B. 2. I Diploma Course in Radiography/
Radiography, Radiotherapy.
General Hospital, B. 2. 2 Certificate Course in Physiothera-
Colombo 8. py.
- B. 3. I
3. 3. School of Physiotherapy B. 3. I
General Hospital,
Colombo 8.
4. Institute of Hygiene, B. 4. I Certificate course for Public
Kalutara. Health Nurses
4. 2 Certificate Course for Public
Health Inspectors.
5. Dental Nurses Training B. 5. I Certificate Course in Dental
Institute, Maharagama. Nursing.

Contd...3.

- (a) Undertake preventive measures appropriate to the conditions agreed upon.
- (b) Implement family health programme
- (c) Diagnose and treat the common clinical conditions
- (d) Monitor the continued treatment of the conditions, like epilepsy and diabetes mellitus.
- (e) Recognise the conditions which require referral to the nearest hospital capable of dealing with the problem after providing appropriate initial treatment.
- (f) Conduct a normal delivery.
- (g) Undertake health education in community.
- (h) Administer a peripheral unit or a central dispensary effectively.
- (i) Work effectively in a health care team.

<u>Category of Trainee & Training Programme</u>	<u>Duration</u>	<u>Approximate No. in each Batch</u>
A) <u>Basic Training:</u>		
1. P;H;I; Trainee	12 months	80 - 90
2. P.H.M. Trainee	06 months	40 - 50
3. A;M.P. Student (Community Health Component)	01 month	25 - 30
B) <u>Post Basic Training:</u>		
1. M.C.H. Trainees	01 month	25 - 30
2. P.H.N. Trainees	09 months	40 - 50
3. Advanced Course for Senior P.H.M.	04 months	50
4. Supervisory Grades, S.P.H.I	01 month	20 - 30
5. Health Educators	03 months	10 - 15
6. Community Health Training for Ward Sisters, Sister Tutors and Matrons.	01 month	40 - 50

c) <u>In-Service Training:</u>		<u>Duration</u>	<u>Approximate No. in each Batch.</u>
<u>Refresher Courses</u>			
P. H. ID.		CI month	45 - 50
P. H. ND.		CI month	30 - 40
P. H. MD.		CI month	30 - 40
<u>Family Health Training</u>			
R. M. P. P.)		OI week	15 - 20
A. M. PP.)			
Staff Nurses		CI week	30 - 35
Public Health Nurses		CI week	30 - 35
Public Health Midwives		CI week	30 - 35

<u>Other Institutions</u>			
<u>Institutions</u>	<u>Type of Health worker trained</u>	<u>Duration of course</u>	<u>Yearly admission capacity in 1978.</u>
1. University of Sri Lanka Colombo and Peradeniya Campuses.	Medical Officer Dental Surgeon	5 yrs 4 years	25
2. Dental Nursing School, Maharagama.	Dental Nurses	2 years	25
3. Medical Research Instit,	Medical Laboratory Technologists	2 years	30
4. Sri Lanka School of Radiography, Colombo General Hospital.	radiographers	3 years	30
5. School of Physio-therapist, General Hospital, Colombo.	Physiotherapist	2 years	25
6. Sri Lanka Medical College Council	Pharmacist	1 year	60

The dispensers and attendants are trained on the job.