

4. 家族計画プログラム

大橋 光洋

- 4-1 概要
- 4-2 歴史的背景
- 4-3 政府の家族計画プログラム
 - 1) 国家人口委員会
 - 2) ネパールFP/MCHプロジェクト
 - 3) ICHSDP
- 4-4 民間機関の家族計画プログラム
 - 1) ネパール家族計画協会
 - 2) ネパールCRSプロジェクト
- 4-5 まとめ

4-1 概要

人口	15,020,000人
粗出生率	42
粗死亡率	19
自然人口増加率	2.7%
乳幼児死亡率	150
識字率(女性)	24%(7%)
農村人口	95%
1人当り所得	\$ 140

1976年に行われたネパール出生力調査によると、家族計画の方法についての知識は50%であり、それに対して実行率の方は僅か7%であった。知識と実行の間には43%のギャップがある。ネパールの家族計画プログラムは、このギャップを埋めることと同時に家族計画について一度も聞いたことのない人口(50%)に対しての啓蒙宣伝とサービスの提供に向けられる。全体的に低いレベルにあるのは家族計画のみならず、医療保健サービス全般についても同様である。その原因の一つに厳しい自然環境を忘れてはならないだろう。

しかしながら、遅々とした経済成長率に対してそれを上回る人口増加率(27年で増加する勢い)を抑えようとする政府にとって、人口家族計画問題は緊急かつ深刻ではあるが、長期的展望を持ち、忍耐強く取り組んで行く姿勢が求められる。

4-2 歴史的背景

ネパールの家族計画プログラムは、1959年アメリカのパスファインダー基金の協力を得て設立されたネパール家族計画協会に始まる。

政府が国策として家族計画に取り組みだしたのは1965年からである。第3次5ヶ年計画（1965-70年）の中で、初めて家族計画の必要性が指摘され、更に故マヘンドラ国王が国会で、家族計画を国策とする旨の発言を行った。

1968年、それまでカトマンズ周辺で行われていた家族計画を全国的規模で開催するため、保健省（Ministry of Health）の中にFP/MCH Boardが設置された。ここに母子保健と合わせて家族計画を専門に担当するFP/MCHプロジェクトが正式に発足した。

ネパールの政府プロジェクトとしてはこの他に、下記の4つのプロジェクトが存在する。

- ① ネパールマラリア撲滅協会
- ② 結核プロジェクト
- ③ ライ病プロジェクト
- ④ 予防接種普及プログラム（前身は天然痘プロジェクトであったが1978年に名称変更）

以上の5つのプロジェクトをまとめて“Vertical”と呼び、それらを統合してサービスを提供しようとする“ICHSDP（Integrated Community Health Services Development Project）”があり、それを“Integrated”アプローチと呼ぶ。1969年保健省のDHS（Department of Health Services）の中にCommunity Health and Integration Divisionが設置され、翌70年格上げされIntegration Boardとなった。1971年、2つのDistrictで実験プロジェクトが試みられ、'80年にIntegrated Community Health Services Development Boardが結成され、ICHSDPが発足した。政府の家族計画プロジェクトと言うと、通常、この2つ（FP/MCHプロジェクトとICHSDP）を指す。

一方問題を専門に取り扱う機関の必要性から、1975年Population Policies Coordination Boardが組織された。'78年改組され国家人口委員会（National Commission on Population）として発足した。1982年3月、同委員会の機能を更に強化すべく、議長に総理大臣を迎え、ここにおいて人口政策に対する政府の認識は国家の開発計画の実現の上で重要な一翼を担うまでに致った。

民間機関の活動としては、ネパール家族計画協会が最も大きく、また活発である。同協会は1960年 IPPF（国際家族計画連盟）の準メンバーとなり、'69年正式メンバーとなった。近年、会長にプリンセスを迎え、国際的にも信用を高めると共に、NGOの筆頭として、政府と密接な関係を維持しつつ、積極的な活動を展開している。

家族計画に関する民間機関としては、CRS（Contraceptive Retail Sales）プロジェクトが特筆に値する。1977年、USAID、ウェスティングハウス・ヘルスシステムの肝入でネパール

FP/MCHプロジェクトと交渉が進められ、1978年正式に発足した。これは従来無料で行われている家族計画サービスに対して、有料で行うことを旨としている。設立されてまだ数年を経たところだが、コンドームについては既に36%（1981-82年）、ピルについては16%（同年）のシェアを占めるなど急速な発展を示している。避妊具・薬品に対する潜在的ニーズを掘り起こしていることに注目したい。

4-3 政府の家族計画プログラム

先に述べたように政府の家族計画プログラムの大綱は国家人口委員会によって示され、その具体的立案と実行にあたっては保健省のFP/MCHプロジェクトとICHSDPが担当する。（保健省の組織図及び予算表参照）

1) 国家人口委員会

1978年に設立され、議長は総理大臣だが実際の運営面については専任の副議長があたる。委員は議長を含めて20名。（組織図参照）

2000年までに合計（特殊）出生率を6.0（1977/8）から2.51に下げるという長期目標を達成するために次の基本政策を掲げている。

- (1) 家族計画サービスの充実
- (2) 種々の開発計画への人口政策の導入
- (3) 女性の社会的位置の向上
- (4) 保健衛生プログラムへの住民参加促進
- (5) 人口流入（特にインドからタライ地区への流入）のコントロール
- (6) その他

家族計画方法の中では、特に不妊手術及び子供2人を推進するためにアクセプターに対していくつかの特典・報奨を定めている。別表に見られるように、手術を受ける時点で既に平均4人以上の子供がいたり、受胎可能年齢としては高齢に達しているケースが多いことを考慮して、特に若い層へのアプローチの必要性も指摘している。

主な特典報奨として、子供が2人以下の公務員に対して人事効果の上で考慮し、女性公務員に与えられる産休を2回までとし、その替り、期間を30日から90日までとする。公務員の停年退職時に子供が2人以下であれば年金を20%増額する。不妊手術については、100ルピーの供与の他、1~2のDistrictで実験的に、子供2人以下で不妊手術を受けると10年満期の300ルピー債券を供与し、公立の教育費8年間を無料にすることを試みようとしている。

2) ネパールFP/MCHプロジェクト

保健大臣の直轄になっているところが、次官の下にある ICHSDP と異なる。実務上の責任者として Project Chief がいる。彼は同時に、国家人口委員会のメンバーでもある。(現在 Dr. T. B. Khatri が Project Chief であり、同時に FPAN の Honorary Treasurer でもある。) 保健省の中にありながら、半ば自立した組織となっている。(組織図参照)

現在 40 の District Family Planning Office を持ち、75 ある District のうち、52 をサービス地域としている。(残り 23 は ICHSDP がカバーしている。) District Office には Family Planning Officer (FPO) が駐在し、地域の FP/MCH 活動の全体的責任を持つ。FPO には大学を卒業したあと 3 ヶ月のトレーニングが施される。District Office の下に Health Post (HP) があり、FP/MCH プロジェクトでは 200 余の HP を持つ。HP は Village Panchayat (最小行政単位、部落に相当し、人口は 3,000~4,000 人) を対象とし、全国 4,000 の Panchayat のうち 2,600 余をカバーしている。人口にして約 950 万人。

HP には Auxiliary Nurse Midwife (女性、8 年間の一般教育の約 2 年間の専門教育)、Auxiliary Health Worker (男性、10 年間の一般教育後 2 年間の専門教育) Assistant Nurse Midwife (女性、10 年間の一般教育後 2 年間の専門教育) をして Panchayat Based Health Worker (PBHW) らが地域の保健指導員として活躍する。この PBHW が家庭訪問を通じ、モチベーション及びピル、コンドームなどの配布を行う。彼らは、一般的に 25 歳以上で 8 年間の一般教育を受けていることが条件とされ、6~7 週間のトレーニングを受ける。“Evaluation of the FP/MCH Project's Panchayat Based Health Workers” (1981 年) によると、15~24 歳が 53%、25~34 歳が 42% を占める。そのうち男性 82% を占めている。教育レベルは 6~10 年の一般教育を受けている人が 83% を占めている。

FP/MCH サービスはすべて無料である。IUD、デポプロベラ(注射避妊、3ヶ月有効)、不妊手術については病院で行われる他は、巡回医療班によって行われる。母子保健サービスとしては、産前産後の健康管理及び 5 歳以下の子供に対する保健サービス(DPT, BCG 含む)が施される。しかしながら、実際は MCH より家族計画の方に重点が置かれ、その中でも不妊手術が強調されている。(活動実績については別表参照)

3) ICHSDP

Board には保健省次官の他、先に述べた 5 つの“Vertical”プロジェクトチーフが参加している。(組織図参照)

FP/MCH プロジェクトと同様、District Health Office の下に Health Post in-charge (HPI) を管理責任者として、先に述べたフィールドスタッフが勤務する。PBHW にかわって Village Health Worker が家庭訪問、ピル、コンドームの配布を行う。保健サービスの内容は、HP によって 5 つのランク (I~E) に分けられている。

E ランク

- 家族計画の啓蒙
- コンドーム、ピルの配布
- 不妊手術キャンプの斡旋
- 栄養指導
- 一般的健康指導及び簡単な治療
- 予防接種（BCG, DPT含む）
- 結核・ライ病対策
- 各種記録
- 伝統的助産婦、保健ボランティアに対する指導

I ランクでは上記E ランクの他に次の項目が含まれる。

- 産前産後の保健指導
- マラリア対策

VHWは家庭訪問を仕事としている。年2～6回（地域に応じて異なる）行い、マラリア対策を行っているI ランクのヘルスポストでは、毎月家庭訪問を行うことになっている。

以上の組織、サービス体制ではあるが、実際はかなり問題があり、UNFPA, USAID共に、FP/MCHプロジェクトに比べて、ICHSDPのマネジメント能力、予算執行能力、関係機関との調整ヘルススタッフの質、人数、トレーニング、薬品・資材の供給体制等に大きな問題を抱えていることを指摘していた。中でも薬不足は深刻な問題であり、年間消費量のうち3ヶ月分程度しか供給されないのが現実という。

4-4 民間機関の家族計画プログラム

1) ネパール家族計画協会（FPAN）

現在、会長にプリンセスDrekshya Rajya Laxmi Devi Shahを戴き、副会長は昨年まで長期にわたってネパールFP/MCHプロジェクトのProject CliefをしていたDr. Paudeが務めている。理事には、他にも政府高官がVolunteerとして参加しているところから、政府（保健省）との関係は極めて密接である。

初期においてはFPANの活動はカトマンズ地方に限定されていたが、現在17のDistrictに支部を持ち、そのうち11はFP/MCHプロジェクト、6はICHSDPとの協力関係にある。

予算については、当初95%以上をIPPFから受けていたが、IPPFのReport to Donors

(1983, October)によると、IPPFの拠出金は全体の53%に下がっている。その分政府他国際機関の占める割合が増えている。政府からの予算も大きく、1984年には\$117,000が政府から認められており、これはFPANの予算の約15%に相当する。'79年から'82年にかけて政府のFPANに対する予算は7倍に増額している。全体予算も着実に増えており、1984年の推計では\$1,366,918が見込まれている。他の国際機関からの援助としては、パスファインダー基金、IPAVS*, PIACT, OXFAMなどがあり、我が国からはJOICFPが1979年より援助を続けている。

* International Project/Association for Voluntary Sterilization

政府の人口/FPプログラムの補完的役割を果たすべく、特に、1983年6月政府の設定した不妊手術の目標65,000件に対して、FPANはそのうち10,000件を割り当てられた。これは国家計画の15%に相当する。2月末でFPANは既に9,300件の不妊手術を実現しており、目標を上回ることは確実である。

FPANでは全部で29のプロジェクトを推進している。1983年の総予算は\$772,514。

職員は370余名、10,000人以上のボランティアを有している。主なプロジェクトを2、3紹介したい。

Boudha - Bahunepati Family Welfare Project

農業開発と家族計画のインテグレーションプロジェクト。33のVillage Panchayatで人口160,000人を対象。(IPPF, OXFAM協力)

Integrated FP and Parasite Control Project

寄生虫予防を通してプライマリヘルスケア及び環境衛生に結びつけたインテグレーションプロジェクト。9のVillage Panchayatと3のWardで人口31,000人を対象。(JOICFP協力)

Voluntary Sterilization Service Project

IPAVSの援助による不妊手術運動。1983年、3,905件の目標に対して6,253件を達成した。そのうち4,609件はMobile Campによる。

RAM (Repair and Maintenance) Project

ネパールFP/MCHプロジェクトとの協同プロジェクト。不妊手術用医療機械及びプロジェクト、発電機の修理を行う。これはネパールのような資機材の修理のバックアップ体制の乏しいところでは非常に重要なことである。

2) ネパールCRSプロジェクト

1978年6月に発足した非営利民間機関。設立にあたってはUSAIDとWestinghouse Health Systemとネパール政府(FP/MCHプロジェクト)の間で準備が進められ、設立の主旨は避妊用品(コンドーム、ピル、膣内錠剤)を有料で一般の小売店を通して販売し、政府の家族計画プログラムに貢献するそとを目指している。その収益は回転資金に回される。

う。国家人口委員会ではCRSプロジェクトをより充実・発展させるよう勧告している。

4-5 まとめ

1963年第1回アジア人口会議がニューデリーで開かれた。人口・家族計画に関する国際会議としては世界でも初めてのものであった。それ以降各国で人口抑制を国策として積極的にとり入れられるようになった。ネパールでも1965年、人口抑制政策を国策として以来、家族計画を実施していく上で、最重要課目として位置づけられている。

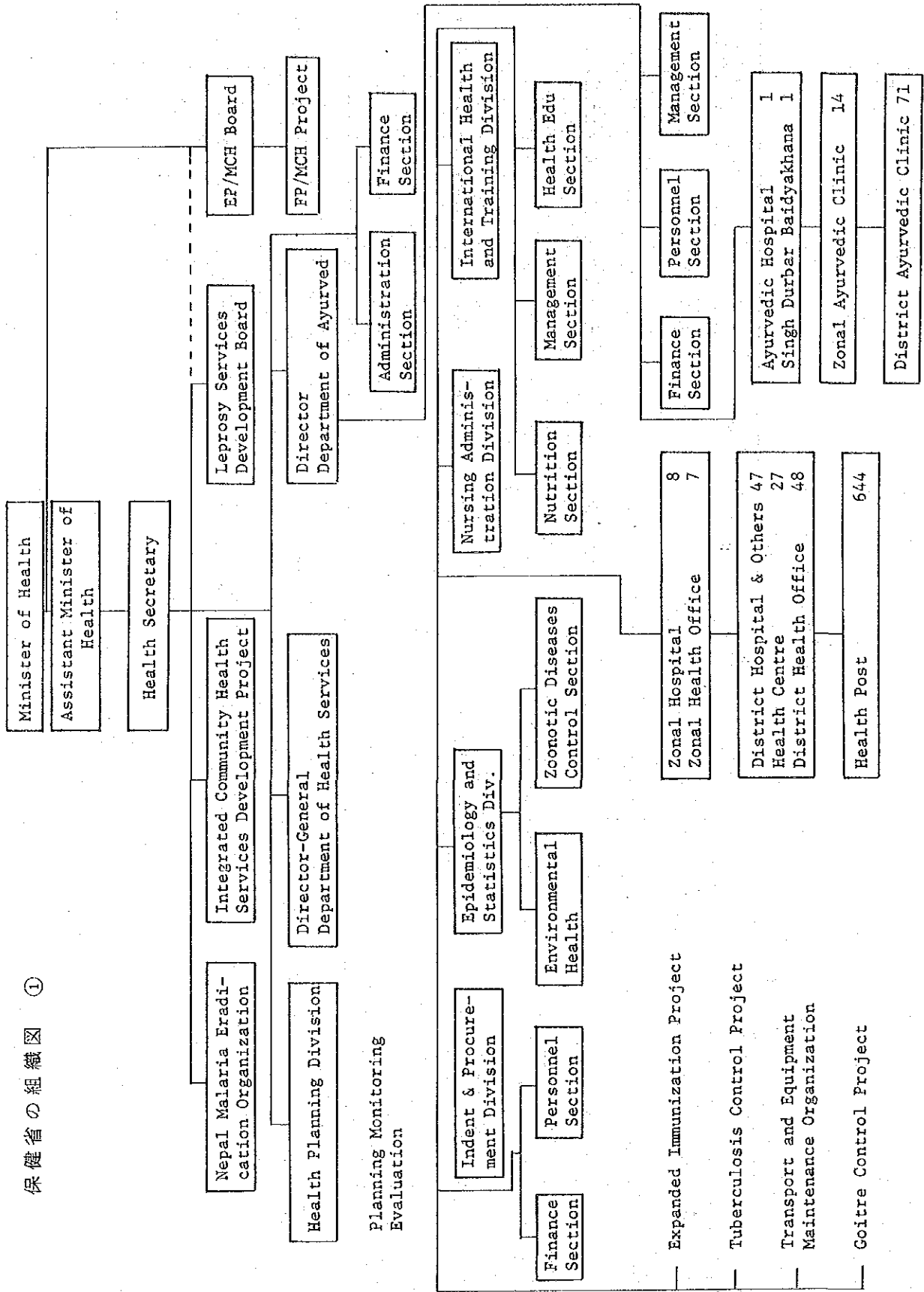
しかしながら、政府の家族計画／母子保健プログラムは形式的には全国を対象としているものの、実際には人口の10%程度をカバーしているにすぎないと言われている。残り90%は自らの健康については村の祈とう師などに頼らざるを得ない状況だ。

家族計画を推進するにあたっては、民衆の理解・プログラムへの参加を促すことが肝要であり、そのためには家族計画単独ではなく、母子保健と合わせたインデグレーション・アプローチが効果的である。逆に言うといわゆるTop-downではなくbottom-upアプローチによる住民参加と自助努力を生みだし、育てて行くようなプロジェクトでなくては成功しないだろう。

また地域住民のニーズに対して速やかに対応できる行動力、柔軟性（ローカルコストに対する配慮など）、関係機関調整能力は、プロジェクトの発展にとって非常に重要なことと思われる。その上でNGOの役割りは大きい。

『黄河を征するものは中国を征す』黄河をヒマラヤに置き替えればそのままネパールにあてはまる。事態は緊急的だが長期的展望を持って臨むことが大切である。

保健省の組織図 ①



予 算 表 ②

M. HMC's BUDGET TO MINISTRY OF HEALTH (RUPEES)

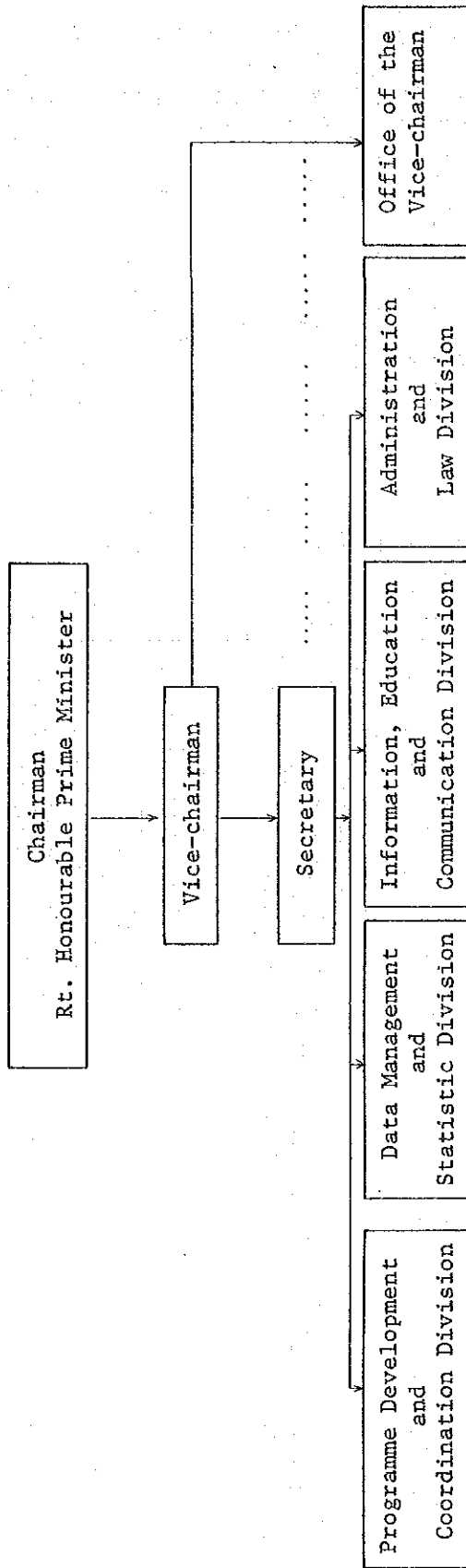
Fiscal Year	FIFTH PLAN					SIXTH PLAN				
	1975/76	1976/77	1977/78	1978/79	1979/80	1980/81	1981/82	1982/83	1983/84	1984/85
General Health Budget*	12,07,54,000	16,24,84,000	16,40,60,000	17,83,35,000				1,05,00,00,000		
EP/MCH Project	1,85,00,000	2,34,28,000	1,41,18,000	1,88,81,000				23,29,00,000		
ICHS	4,00,000	43,22,000	1,93,81,000	1,85,13,000		1,80,85,000	2,17,00,000	2,55,30,000	2,95,60,000	3,34,50,000
NMEC (Nepal Malaria Eradication Organization)	4,36,31,000	5,76,69,000	4,42,90,000	4,21,64,000				3,02,21,000		
Smallpox Project	28,94,000	37,19,000	38,33,000	33,37,000	40,46,000	41,32,176	43,41,531	45,81,658	48,30,260	52,04,415
TB Project	4,09,000	8,18,000	16,12,000	25,00,000						
Leprosy Project	17,19,000	35,00,000	50,18,000	35,48,000				89,83,270		

*Total covers "Regular and Development PROJECTS".

Report of Mission on Needs Assessment for Population Assistance by UNFPA, 1979.

NATIONAL COMMISSION ON POPULATION

Administrative Structure



- Social Services Unit
- Family Planning Services Unit
- Energy, Employment and Production Unit
- Special Projects and People's Participation
- NGO and Women's Programme Unit
- Demographic Analysis Unit
- Research Methodology Unit
- Data Management Unit
- Documentation Unit
- Publication Unit
- Information and Publicity Unit
- Administration Unit
- Damistration, Accounts, Store,
- Cartography Unit
- Law Unit
- Macro Economic Analysis

年別 男性不妊手術の特徴 1970/71 - 1975/76

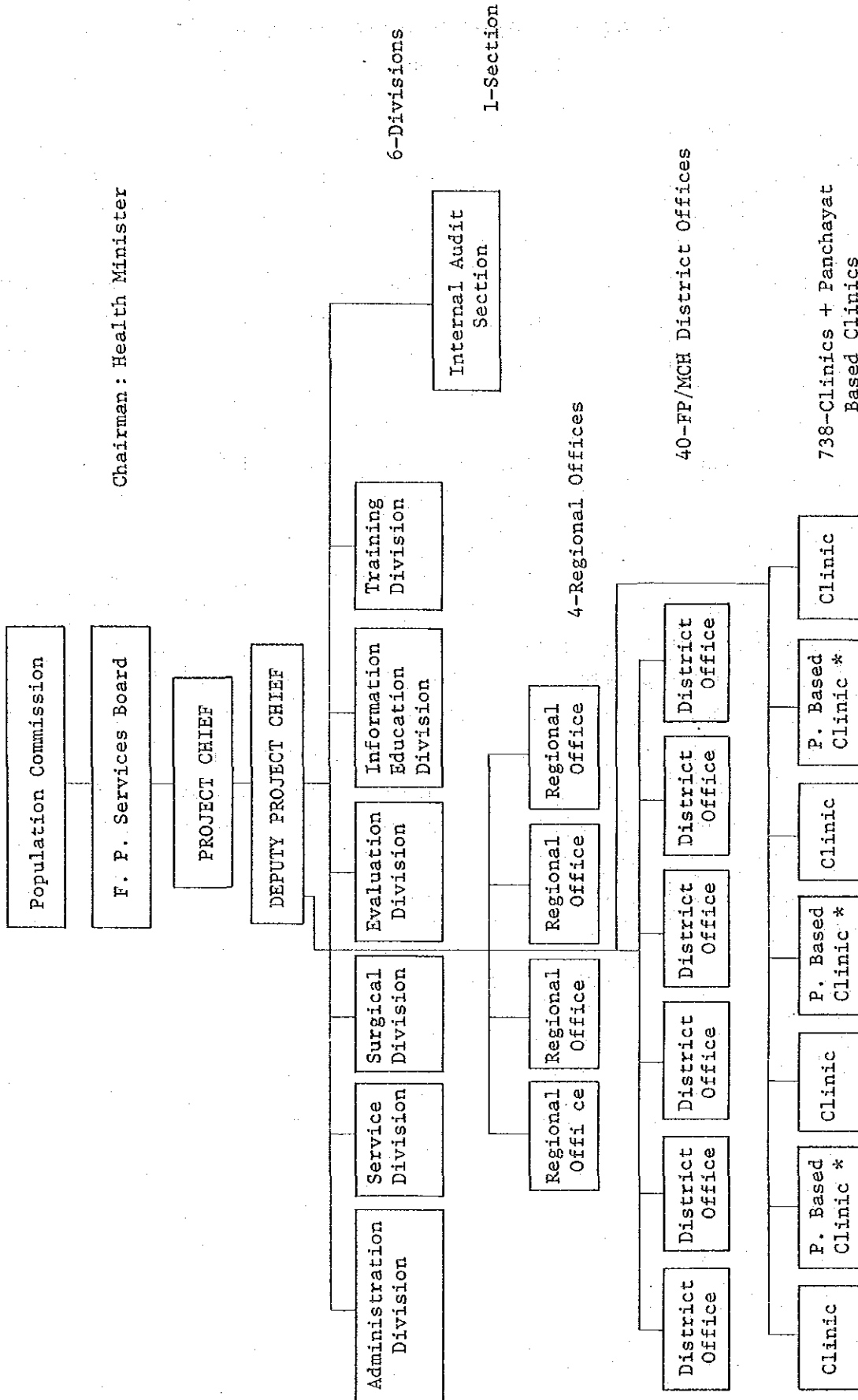
年次	サンプル	妻の平均年齢	平均子供数	平均息子数	識字率	農業従事者
1970/71	3,270		5.4	2.9	65.5	
1971/72	2,780		4.9	2.8	64.9	
1972/73	1,357		4.6	2.8	67.7	
1973/74	1,759		4.7	2.8	69.9	
1974/75	100	32.0	4.8	3.0	66.0	75.0
1975/76	1,361	31.6	4.7	2.8	63.0	77.0

年別 女性不妊手術の特徴 1973 - 1976/77

年次	サンプル	平均年齢	平均子供数	平均息子数	識字率	農業従事者
1973	213	33.3	5.4	2.9		
1974	248	32.2	4.8	2.8	9.0	
1974/75	542	33.5	4.7	2.7	19.6	41.9
1975/76	551	32.5	4.8	2.6	30.2	54.0
1976/77	3,757	31.8	4.6	2.7	20.5	78.2

F. EXISTING ORGANIZATION NEPAL EP/MCH PROJECT

Annex V



*NOTE: P. Based Clinic = Panchayat Based Clinic (District Panchayat)
 "Clinic" is located in Health Post.

Source: Report on FP/Health Delivery System in Nepal, p. 32.

年別、方法別家族計画新規実行者数（カップル）

1966/67 - 1981/82

方法 年次	IUP	男 性 不妊手術	ピ ル (新)	ピル配布量 (サイクル)	コンドーム (新)	コンドーム 配 布 量	女 性 不妊手術	注射避妊	合 計 カップル (新)
1966/67	1806	N.A.	13	13	33	496	-	-	1852
1967/68	2614	1052	200	1203	1256	113130	-	-	5122
1968/69	1183	3292	1355	8133	1944	172260	-	-	7774
1969/70	1109	3888	10263	36329	14480	227636	-	-	29740
1970/71	711	4441	10496	62865	18785	327098	-	-	34433
1971/72	1162	3900	15868	86831	22908	470326	-	-	43838
1972/73	607	4161	24056	125178	35713	725016	558	-	65095
1973/74	862	5166	27141	202590	52075	1233624	810	25	86079
1974/75	1110	3702	26943	197061	65814	1207731	662	81	98312
1975/76	1635	9169	37640	254311	87876	1383425	2162	152	138634
1976/77	1149	10953	33250	266594	74782	1929975	5422	976	126532
1977/78	863	12172	44346	315200	107112	2363588	7923	1690	174106
1978/79	1231	7009	37896	274544	106881	2238955	11208	1549	165774
1979/80	1036	4277	44270	313074	134099	2509944	11130	1722	196534
1980/81	1304	4802	49079	343071	140666	2856822	18040	2119	216010
1981/82	1204	10398	48752	341153	139585	2371488	20167	3109	223215
TOTAL	19586	88382	411568	2828150	1004009	20131514	78082	11423	1613050

Source: HMG, FP/MCH Project, Evaluation Division.

地域別 母子保健サービス状況 1975/76

サービス	開発地域				小計	合計%	
	東部	中央	西部	極西部			
母親(新)							
産前	2,324	8,950	4,693	1,803	17,773		81%
産後	848	2,321	395	531	4,095	21,863	19%
乳幼児(新)							
乳児	7,745	20,440	11,490	9,026	48,701		36%
幼児	14,147	36,973	19,556	15,491	86,167	134,868	64%
予防接種							
天然痘	5,293	24,596	6,090	2,771	38,750		30%
B.C.G.	2,595	14,244	8,093	4,199	29,131		22%
D.P.T.	12,542	25,571	15,912	9,339	63,364	131,245	48%
母子合計実数	25,064	68,684	36,134	26,854		156,736	
%	16%	44%	23%	17%			100%

INTEGRATED COMMUNITY HEALTH SERVICES
DEVELOPMENT PROJECT (ICHSDP)

方法	1976/77		1978/78		1978/79	
	目標	実績	目標	実績	目標	実績
女性不妊手術		1,007		1,696		544
男性不妊手術	2,000	2,389	4,000	3,761	8,000	2,892
コンドーム (新)		16,953		21,778		15,789
IDU		88		8		
ピル(新)		11,505		13,410		6,745
予防接種						
天然痘		131,078		283,419		80,110
D.P.T.	36,000	24,769	75,000	41,525	*	5,833
B.C.G.		25,948		118,714		8,365

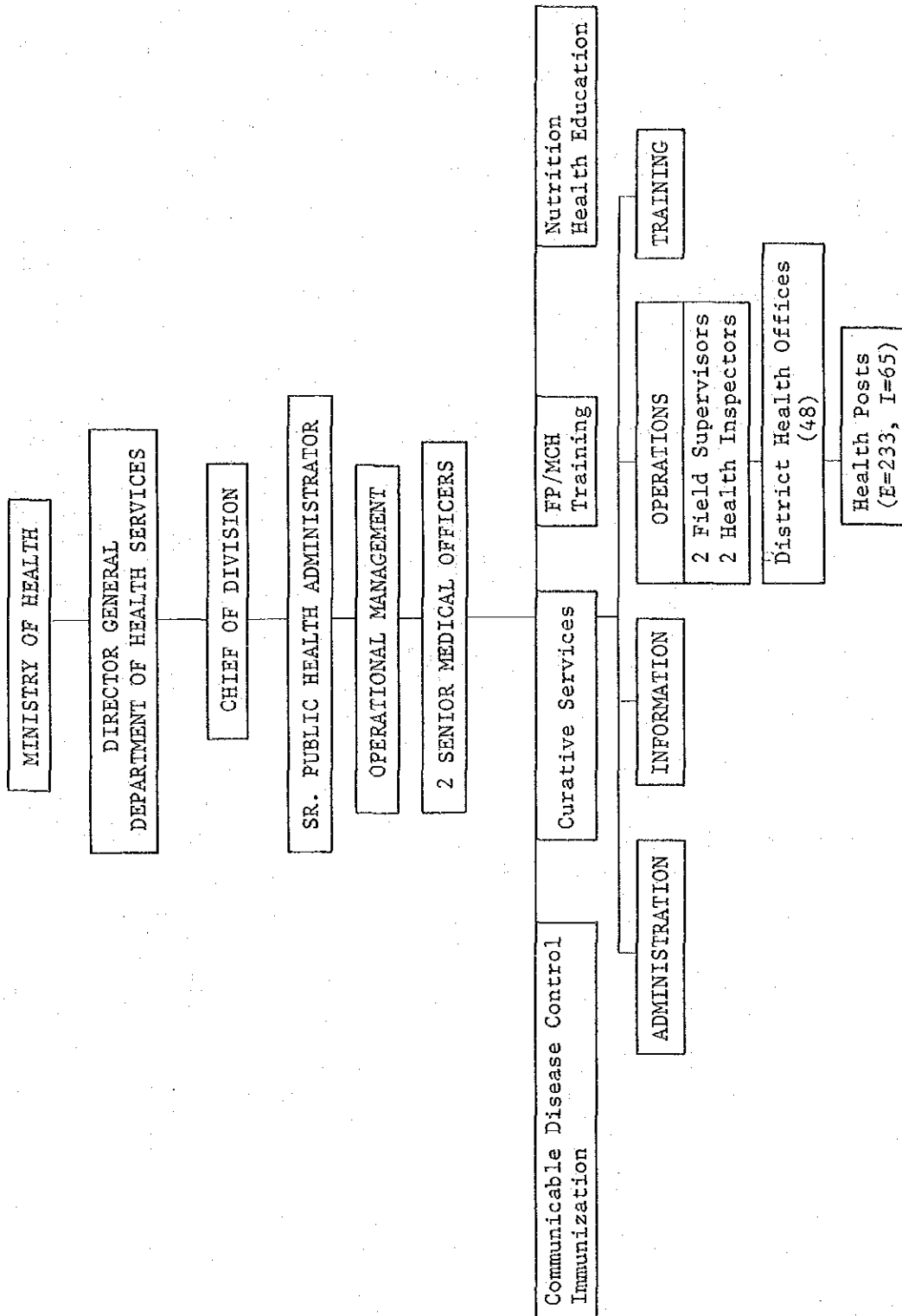


FIGURE 2.

5. 国際援助機関の活動

兵 井 伸 行

- 5-1 国際援助
- 5-2 UNICEF (国連児童基金)
- 5-3 UNFPA (国連人口活動基金)
- 5-4 WHO (世界保健機構)
- 5-5 USAID (米国国際開発局)
- 5-6 UNDP (国連開発計画)
- 5-7 まとめ

5-1 国際援助

ネパールの開発はそのあらゆる分野、あらゆるレベルで外国援助に負うところが非常に大きい。現在の第6次5ヶ年開発計画（1980-85）においても、外国援助の占める割合は60%と高い（表1）。

表 1

Foreign Assistance in Financing Development Plans

Plan	Outley in the Public Sector	Foreign Aid	% of foreign Aid
First Plan (1956 - 60)	330	370.9	112.4
Second Plan(1962 - 65)	600	412.3	68.7
Third Plan (1965 - 70)	1740	919.8	52.9
Fourth Plan(1970 - 75)	2570	1509.0	58.7
Fifth Plan (1975 - 80)	8870.6	4240.0	47.8
Sixth Plan (1980 - 85)	21750.0	13050.0	60.0
TOTAL	35860.6	20502.0	57.2
Average Annual	1280.7	732.2	57.2

Source: Various Plans, National Planning Commission, and Budget Speeches and Economic surveys various years, Ministry of Finance, HMG, Kathmandu, Nepal.

無償および有償援助の内分けでは、二国間協力が多国間協力をやや上まっている（表2）。二

表 2
GOVERNMENT FINANCE
FOREIGN AND (LOAN AND GRANTS)
DISBURSEMENT BY SOURCES

(In Million Rupees)

Sources	1975-76	1976-77	1977-78	1978-79
A. Bilateral	330.7	370.9	456.7	538.8
Canada	0.5	2.0	6.7	9.5
China	49.4	105.9	76.2	40.3
Denmark	1.1	1.3	25.0	-
F.R. of Germany	43.2	17.8	19.9	27.6
India	103.9	117.6	117.8	121.4
Japan	11.0	18.3	1.2	74.4
Kuwait	-	4.0	56.1	35.6
Switzerland	5.9	19.7	3.9	34.0
U.K.	30.8	35.4	73.9	114.4
U.S.A.	84.7	42.8	66.6	54.7
Other countries	0.2	4.0	3.6	0.9
Others*	-	2.1	5.8	26.0
B. Multilateral	174.9	186.0	391.7	450.6
ADB	88.1	64.1	80.1	88.9
IDA	34.8	74.2	165.6	203.2
OPEC Fund	-	-	52.0	16.6
UNCDF	-	-	-	8.4
UNDP	31.8	30.4	36.8	55.9
UNICEF	4.0	7.3	17.7	24.5
WFP	6.1	7.4	37.0	38.8
WHO	0.8	0.6	0.5	2.1
Others	9.3	2.0	2.0	12.2
Total (A + B)	505.6	556.9	848.4	989.4

* Under Nepal-India Mutual Benefit Agreement
Notes:- Technical aid is not included.
Source:- Ministry of Finance.

国間協力における国別援助を見ると、1978-79年時点で、インドが全体の22.5%を占め、イギリス21.2%、日本13.8%と続いている。

多国間協力においては、第二世銀（IDA）が全体の45.1%、次にアジア開発銀行（ADB）が19.7%を占めている。石油輸出国機構（OPEC）も、1977年度より援助に参加している。

援助の分野別配分をみると、近年交通通信分野から電力分野への大きな移行が見られるが、保健医療を含む社会サービス分野では、ほぼ一定した援助が行なわれている（表3）。

人的資源における援助の実態は表4に示す通り、専門家およびボランティアの援助への参加数は、教育・計画63人（30.2%）、地域開発49人（23.6%）に続いて保健医療33人（15.9%）となっている。

数々の援助にもかかわらず、ネパールの保健医療従事者の絶対数の不足は深刻でもあり、またそのほとんど（医師74.5%、看護婦86.0%）がカトマンズを中心とする都市部に居住している（表5、6）。

表 3 Sectoral Distribution of Foreign Aid
In percent (1974/75 to 1979/80)

	1974/75	1975/76	1976/77	1977/78	1978/79	1979/80
Agriculture:	14.0	24.7	17.7	17.4	23.0	16.5
Industry & Commerce	11.0	12.3	16.5	8.1	3.1	5.7
Power	2.0	4.5	4.6	24.5	21.1	30.3
Transport & Communication	63.0	41.1	47.6	34.4	35.5	37.5
Social Services	10.0	17.0	13.3	15.4	17.0	9.3
Other */	-	0.3	0.4	0.2	0.3	0.8

*/ Statistics and others

表 4 Foreign Experts and Volunteers Currently involved in Development Projects

	Experts			Volunteers		
	Bilateral	Multilateral	Total	Bilateral	Multilateral	Total
1. Agriculture	28	12	41	23	-	23
2. Forest	22	11	33	9	-	9
3. Land Reform	6	2	8	2	-	2
4. Water Resource	12	-	12	5	3	8
5. Industry & Mining	13	14	27	1	2	3
6. Transport, Communication	36	13	49	11	-	11
7. Education and Plans	17	11	28	63	-	63
8. Health	7	13	20	33	-	33
9. Local Development	27	6	33	49	-	49
10. Others	-	2	2	5	2	7
TOTAL	169	84	253	201	7	208

Source: Ministry of Finance, HMG, Kathmandu, Nepal.

表 5 Health Manpower Needs 1975 - 1990

Categories	Available in 1975	Production target 1975-80	Anticipated at the end of 5th Plan	Estimated Requirement		
				5th Plan 1975-80	6th Plan 1980-85	7th Plan 1985-90
1. Doctors	336	100	436	421	638	928
2. Dentists	14	12	26	26	49	137
3. Nurses	262	150	412	412	741	1,433
4. ANMs	572	570	1,142	1,131	2,261	2,538
5. Health Inspectors HAS/SAHWS	232	580	812	814	1,283	1,775
6. AHWs (CMA)	590	400	750	753	2,114	2,725
7. Radiographers	14	13	27	47	113	153
8. Pharmacists	1	22	23	45	114	165
9. Laboratory Technicians	52	65	117	133	266	342
10. Physiotherapists	-	-	-	12	32	64
11. Health Educators	11	-	-	54	80	120
12. Health Statistics Officers	9	-	-	56	81	121
13. Medical Records Officers	1	-	-	40	107	146
14. Kavirajs, Vaidyas	172	66	238	237	280	310
15. Sanitarians	7	-	-	50	82	110
16. Rural Health Workers	-	-	-	2,100	3,000	3,500

ANM = Assistant Nurse Midwife AHW = Auxiliary Health Worker
 CMA = Community Medical Auxiliary HA = Health Assistant SAHW = Senior Auxiliary Health Worker

表 6

Distribution of Doctors, Nurses and Assistant Nurse Mid-Wives

Category	Total Number of Positions		Personnel in position area-wise		
	Sanctioned	Filled	Rural	Urban including Kathmandu Valley	Kathmandu Valley only
Doctors	463	305	25.8%	74.8%	52.3%
Nurses	304	272	14.0%	86.0%	50.7%
ANMs	965	748	78.0%	22.0%	8.4%
Population	13,421,284*			704,075*	

* Population projections for Nepal 1971-1986, CBS-NPC, HMG, Kathmandu.

5-2 UNICEF (国連児童基金)

UNICEFが現在、人口・家族計画の分野で実施している活動のほとんどは、UNFPA (国連人口活動基金) との協力に基づいている。その主なプロジェクトを示すと;

1) Integrated Health Serviceにおける家族計画活動の発展への援助 (1974年開始)

人口政策と母子保健計画によって決定された人口集団を対象として、包括的な総合保健計画の中で、母子保健を促進し、家族計画運動を発展させる。

予算 (1981年) \$ 66,279

2) Community Health Integrated Projectにおける家族計画実施体制の強化 (1980年開始)

プロジェクトの対象である districts での既存の家族計画サービス体制の発展と強化への援助を行なう。

予算 (1981年) \$ 43,375

3) FP/MCH Project への援助 (1980年開始)

避妊具の供与、移動診療班による不妊手術の拡張と向上を通して FP/MCH 活動を援助する。

予算 (1981年) \$ 53,806

4) 女性工場労働者に対する託児所を介しての家族計画の導入（1980年開始）

託児所の重要性を知らせるとともに、働く母親に母子保健・家族計画や衛生、地域で入所可能な栄養の豊富な経済的食品を広める。

予算（1981年）\$ 715

5) 学校や成人教育における人口問題教育の導入（1980年開始）

予算（1981年）\$ 2,216

である。

UNICEFは15歳までの乳幼児、子供を活動の対象にしているが、その活動の理念は他の年齢層から切り離すのではなく、あくまで“家族”という枠組の中で児童を捉えるものである。現在UNICEFが基本としている5つの活動は、

- (1) 地域社会での飲料水の確保
- (2) 地域社会での衛生設備の設置
- (3) 婦人対策（婦人の仕事量の軽減と現金収入への道を開くことにより、子供の栄養状態、健康を守る）
- (4) 小規模な食料生産と食料保存
- (5) エネルギー：水車など

である。

過去、これらの活動は同じ地域に対して実施されて来たが、同一住民を対象とするものではなかった。UNICEFは社会経済開発の活動は総合的に同一住民を対象として展開しなければならないとし、年間700万ドルの援助を政府行政管理機構を通して実施している。

しかし、政府行政管理機能が弱いものであったり、あるいは全く存在しないような場合には、UNICEF職員がプロジェクトの実施に直接参加することも避けられない実情である。

5-3 UNFPA（国連人口活動基金）

UNFPAのネパールへの援助は、1977年UNDP（国連開発計画）が第24次会議で総合的な保健サービスの一環としての家族計画援助協力を承認したのに始まる。これを受けて、ネパールの第5次5ヶ年開発計画（1975-80）に90万米ドルを拠出した。

同様に、第6次5ヶ年開発計画（1980-85）における包括的な人口計画で援助する目的で、2650万米ドルの援助を実施している。このうち1500万米ドルはUNFPAの財源により、残りは二国間／多国間協定によるものである。この援助協力に含まれるプロジェクトは、(1)データ集積と分析、(2)人口計画と政策立案、(3)人口動態、(4)家族計画と母子保健、(5)人口教育、(6)婦人対策と総合的地域開発、の6分野である。

家族計画／母子保健（FP／MCH）プロジェクトに関する援助に限ってその実情を次にみる。

a) 家族計画（FP）

家族計画活動では、家族計画の知識の低さとサービス提供の不備が最大の課題となっている。夫婦の33％が家族計画の実行を望むものの、実際に実行している者は7％にも満たないという調査報告がこれを示している。

一方、ネパールでは不妊手術は比較的年齢の高いグループを対象に、一時避妊法は若いグループを対象に実施されている。UNFPAの立場は、IUDやデポ・プロベラといった一時避妊法の促進に焦点を置くとともに、現在不妊手術を受けているグループの年齢を引き下げようというものである。

そのためUNFPAは、運搬機材供与や各々の職能を明確に位置付けた保健従事者の教育訓練、および地域住民の教育などの活動に取り組んでいる。

b) 母子保健（MCH）

家族計画／母子保健（FP／MCH）プロジェクトでは両者が共に実施される建前であるが、実際、母子保健活動は家族計画活動に比べると、カトマンズ周辺に若干の活動が見られるだけで他地域にはほとんど活動らしきものは存在しない状態である。ネパール政府は、現在この問題を認識しているが、Health Post への薬品や運搬機材の不足、並びに保健従事者の不足、その教育訓練とし多くの難問に直面している。

UNFPAは、薬品や運搬機材の供与、保健従事の教育訓練などの援助を行なっている。

このように、UNFPAは第6次5ヶ年開発計画（1980--85）において、2650万米ドルにのぼる援助を21のプロジェクトを通じて実施してきた。

1983年、これらのプロジェクトを見直すことにより、UNFPAは従来の家族計画／母子保健（FP／MCH）プロジェクトに代って、新たに地域社会レベルにおける家族計画／母子保健のパイロット・プロジェクトを実施することを決定した。このパイロット・プロジェクトは、全国75のdistrictsより5つを選び、各々のdistrictsから3つのhealth postsを選び、家族計画と母子保健をhealth postを中心とした地域レベルで総合的に結びつけるというもので、1984年度より実施される。UNFPAは、このパイロット・プロジェクト実施に当たっても、保健従事者の教育訓練はできるだけ地方、地域レベルで行ない、カトマンズでは必要時の資源利用だけに留めるよう配慮している。

UNFPAは新たなhealth postの建設援助を必要とは考えておらず、人的援助および運搬機材援助の必要性を認めている。

5-4 WHO (世界保健機構)

WHOのネパールでの活動は、1953年より始まったマラリア撲滅活動を緒とする。現在家族計画／母子保健分野では、UNFPA、UNICEFと共に援助協力を行なっている。

主な援助協力活動は、

1)ネパール人科学者への教育研究費給付、年間100件以上
予算(1980年)\$39,690

2)Integrated Health Serviceにおける家族計画活動の発展への援助(1980年開始)

人口政策と母子保健計画によって決定された人口集団を対象として、包括的な総合保健計画の中で、母子保健を促進し、家族計画運動を発展させる。

予算(1981年)\$156,895

3)トリバン大学医学部における人口動態、生殖、家族計画教育の向上(1980年開始)

医学部学生への理論教育、実施教育の向上、特に人口動態、生殖、家族計画教育の向上を計る。

予算(1981年)\$92,750

である。

この他WHOがネパールで実施しているプロジェクトは、栄養、ライ病対策、マラリア対策、結核対策、失明予防、予防接種など23にのぼり、15名の長期職員を中心に取り組まれている。

WHOがネパールの保健衛生問題で最重要と指摘するのは、

- 1) 栄養
- 2) 感染症(腸管、呼吸器系)

であり、両者ともに“貧困”をその背景に持っている。

5-5 USAID (米国国際開発局)

USAIDのネパールへの援助協力は1951年に始まり、1979/80年度までに総額2億210万米ドルの援助を実施してきた(表7)。この内家族計画・人口分野には、総額1410万米ドル、全体の6.9%、公衆衛生・マラリア撲滅分野に1320万米ドル、全体の6.5%の援助を注ぎ込んでいる。両者合すると、全体の13.4%に達し、保健医療への援助協力の優先度が高いことが伺える。

USAIDが実施している援助協力の中で家族計画、母子保健に関連するプロジェクトは次の3つである。

1) Integrated rural health と 家族計画サービス

保健、家族計画サービスの提供に関する計画、運営管理、ロジスティクスや教育訓練への技術協力を行なう。

(1) 地域在住のパラメデカル、ボランティアの Village Workers の教育訓練

(2) 基本的医薬品、マラリヤ用殺虫剤、避妊具の供与

表 7

<u>US Assistance to Nepal by Sector</u>		
(Upto 1979/80)	(Amount and percent)	
	<u>Million of \$</u>	<u>Percent</u>
1. Agriculture	33.2	15.9
2. Family Planning and PoP ulation	14.1	6.9
3. Disaster Relier and Food Assistance	7.1	3.5
4. Technical and Administrative Support	21.7	10.7
5. Public Health AND Malaria Eradication	13.2	6.5
6. Industry	17.6	8.7
7. Transport and Communication	42.0	20.7
8. Forestry	7.0	3.4
9. Education	31.5	15.5
10. Area Development and Public Administration	14.7	7.2
TOTAL:	202.1	100.0

Source: US/AID, Kathmandu, Nepal.

(3) Health posts の建設

(4) 一部見地費用 (local cost) の負担

予算 (1982年) \$ 3,985,000

2) 人口政策

人口政策を策定する体系整備。出生力に関する因子の分析や開発、発展に伴う因子の変化

を評価する。

(1)出生力に影響を及ぼす因子の研究の立案、実行、分析

(2)研究結果の政策、法への反映

予算（1979-84年見積り）\$ 2,000,000

3)避妊実態調査

Westinghouse Health Systemを通じて実施される

避妊実態調査への援助

予算 \$ 115,000

USAIDは、家族計画/母子保健分野に1982/83年度\$ 250万ドルの援助を投入し、その85%が政府（大蔵省）を通過し、目標に到達したと分析している。この率は他分野に投入した援助に比べると高く、その理由として大蔵省の十分な協力が得られたこと、および援助金の流出経路を各段階で審査したことを掲げている。

先の3つのプロジェクト以外にUSAIDは平行して関連諸団体の援助も行なっている。

・ FP/MCH project

a) 多国間協力としての援助

b) Association for Voluntary Sterilizationへの援助

c) FPANへの援助（CRS Contraceptive Retail Salesも間接的に含む）

・ Integrated Community Health Project

1. CRS（二国間協力による現地NGOの援助）

2. ロジスティクス

3. 車両の修理センター

USAIDの家族計画/母子保健に関する援助の特徴の一つは、Cash Grantを認め現地費用（local cost）を負担している点である。ネパールのような最貧国の実情に照し合せ、援助を有効に機能させるためには仕方ない措置であるといえる。

もう一つの特徴は、現地NGOであるCRS（Contraceptive Retail Sales）への直接援助である。CRSは、1976年USAIDとの協定の下、Westinghouse Health Systemが避妊具の小売りに関するプロジェクトを実施したのに始まる、1981年以降、Westinghouse CRSからネパールCRSへの移行が準備され1983年非営利ネパールCRSが誕生した。1982年において、ピルについてはネパール全体の使用量の10%近く、コンドームについてはその40%以上を販売している。1983年には全国でCRS避妊具を販売している店は8300を数え、75 districtsの内66を網羅し

ている。

この他に USAID は、40 万米ドルの予算（1984/85 年度）をもって IUD やデポ・プラベラ使用に伴う、合併症の適切な処置を可能とする Family Planning Service Centers の建設を進めている。医療保健従事者の教育訓練センターの設立は理由としながらも、現在 USAID はこのための援助は実施不能としている。

5-6 UNDP（国連開発計画）

国連は 1956 年以来ネパールに対する援助を実施してきたが、その援助額は 1972 年の第 1 次国家計画（1972-75）開始までは低いものであった。この第 1 次国家計画に対して UNDP は、進行中のプロジェクトに 810 万米ドル、新規プロジェクト立案のため 650 万米ドル、計 1460 万米ドルの援助を実施した。続く第 2 次国家計画（1975-80）に対して、3680 万米ドルの援助を行なった。これらの内分けは、農業と社会サービス分野が高く、両者を合すると 70% 近くに達する（表 8）。

表 8

UNDP assistance to Nepal (1972-80)

	<u>Amount</u> <u>(US \$ million)</u>	<u>Percentage of</u> <u>total</u>
1. Agriculture, Irrigation, Forestry	19.3	33.3
2. Transport & Communication	7.5	14.5
3. Education, Health, Social Services & Planning	15.8	30.7
4. Industry, Commerce & Mining	7.9	15.4
5. Supporting Services	1.1	2.9

Source: United Nations Development Programme, Kathmandu,
Country Programme for Nepal.

UNDP はネパールにおける援助協力の中で特に難問として 4 点を指摘している。

1) 大蔵省 年間 1300 件にも上る援助協力プロジェクトを担当官 10 名で処理している状態なので、個々のプロジェクトが抱えている問題点を把握することは非常に困難である。

2) 政府省庁間の協力 外国援助を直接受ける大蔵省、実際に人口政策を決定する population Commission, そして家族計画, 母子保健プロジェクトを実施する保健者, 各々の意志疎通と協力が不可欠である。

3) インド・ネパール国境が事実上不在であることによる下記の問題点。

(1) 需要供給関係に基づく人の流出入

(2) 農業生産拡大のためには, “価格政策” が必須である。

(3) 穀物備蓄の必要性

(4) ロジスティクス

4) 政策決定者と政策実施者間のギャップ—政府省庁間の協力にも絡むが, 一般的に政策決定者と実施者間の意志疎通が円滑でない。

5-7 ま と め

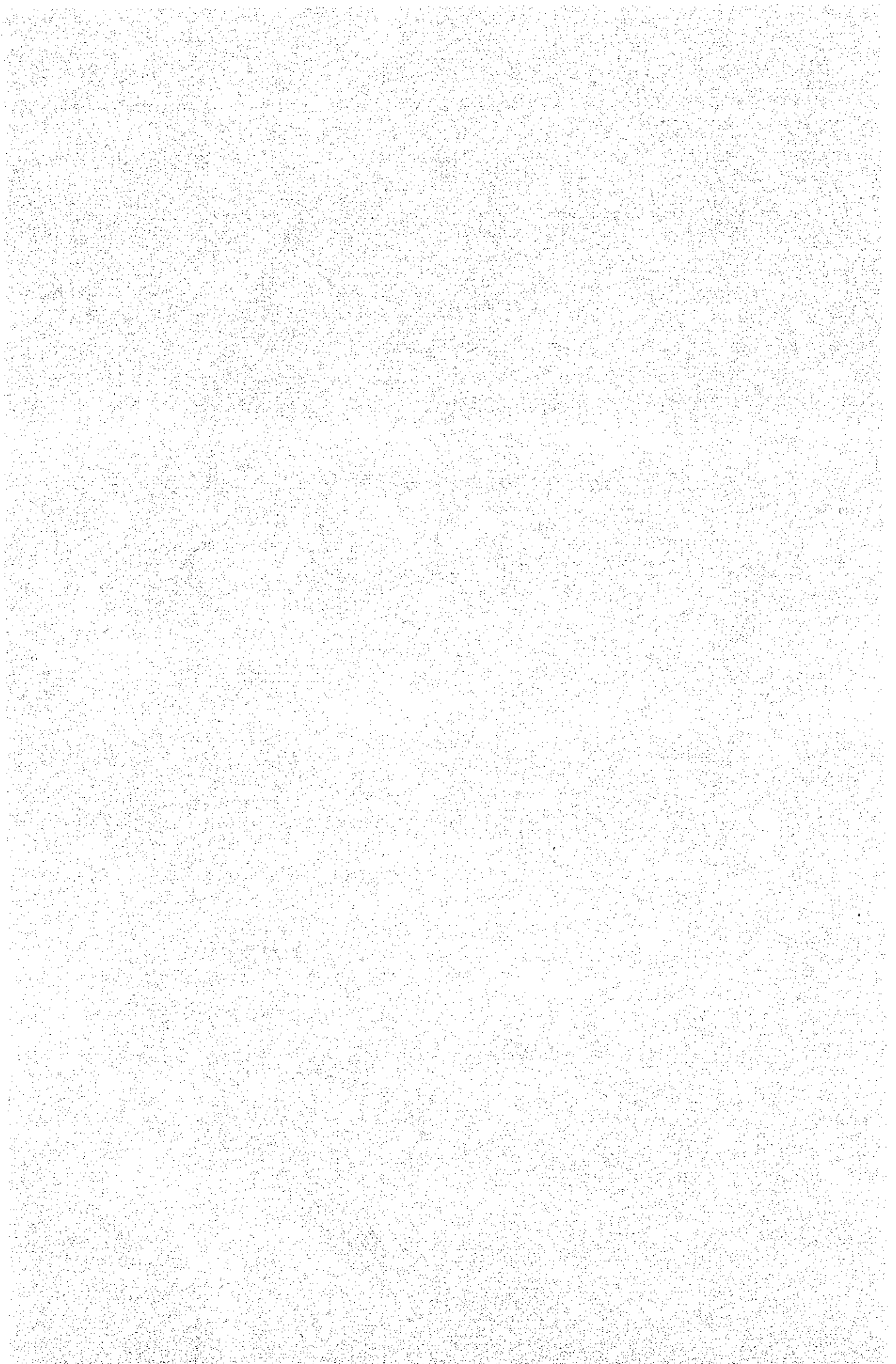
1951年より始まったネパールへの外国援助は, ネパールのもつその地理政治上の位置と非同盟政策故に以後, 増大の道を辿ってきた。しかし, 援助がもたらした経済への効果は, 極少数の産業や道路などの例を除いて, きわめて低いものであったのではなからうか。

ここで, 家族計画, 母子保健分野での援助協力において各援助機関が現在, 直面している課題を整理してみると,

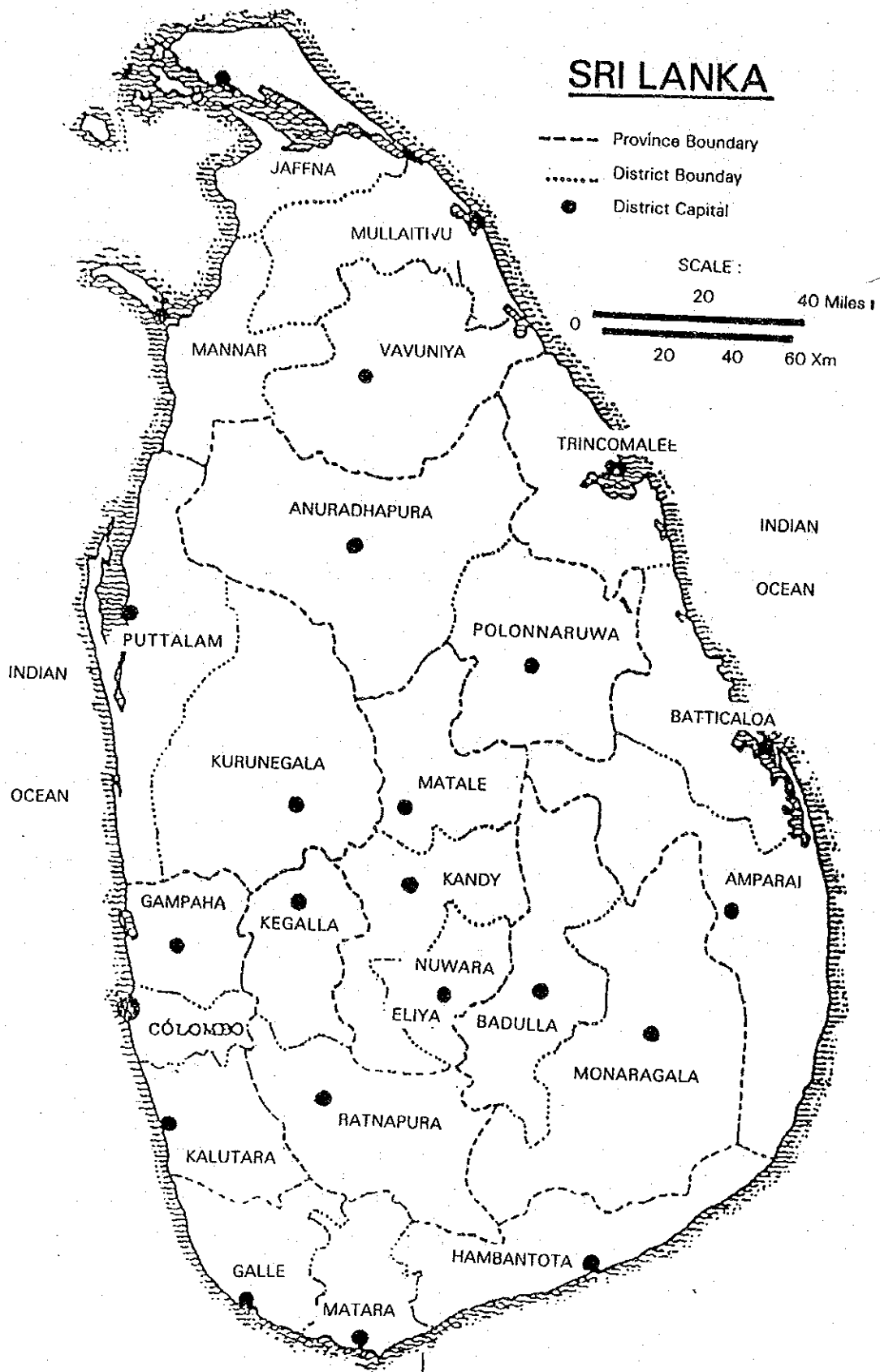
- 1) 政府間援助における Cash grant の必要性, 現地費用 (local cost) の負担
- 2) 同一集団に対する総合的なプログラムの適用
- 3) NGO の活用と援助
- 4) ロジスティクス
- 5) 人的資源の乏しさ
- 6) 伝統的医療従事者の活用
- 7) 識字率の低さ
- 8) 一時避妊法の促進
- 9) 下部組織の強化
- 10) 援助機関相互の協力

などに要約できる。

ス リ ラ ン カ 国



SRI LANKA



1. 総 括

平 山 宗 宏

1-1 人口問題

1-2 母子保健

1-3 家族計画事業の実施状況

1-4 スリランカ国における家族計画への協力の可能性について

1-1 人口問題

スリランカにおいても人口問題は政府の最重要施策の1つとしてとりあげられており、そのための活動も公私両面から実施に移されてきている。その結果最近の人口増加率は1.7%と（ネパールは2.6%）かなり低下してきた。この人口増加低下の原因としては、比較的順調な経済発展、乳児死亡率の低下（出生1000対36）、結婚年齢の上昇（男28歳、女24歳）、国民教育レベルの高さ（成人識字率男90.5%、女82.4%）、行政機構の末端までかなりよく整備されている等があげられる。

一方この国の人口問題、家族計画としてなお残る問題点も少なくはない。政治的安定度はわるくないとはいえ、単一民族国家でない点が人口問題にも影を落している。一方の民族の人口増加低下がその民族の勢力低下になるおそれを感じることもあろうし、経済、教育面のレベルが人口政策への理解度の差として現れることもあろう。また医学そのもののレベルは、日本に協力を求めている国々の中では高いが、全国的にみれば医療現場での実状は質・量ともになお不十分である。とくに医師や有資格医療要員が海外に流出する傾向もある由である。しかし人口政策相当者はこれまでの実績についてかなりの自信をもち、医療技術レベルでの援助は必要としていないとの考え方であった。

1-2 母子保健・地域保健

スリランカの乳児死亡率37（1978年）はWHOによる全世界の比較の中では中等度の上位に相当しており、行政組織も末端までよく及んでいる。これは保健者の系列下にあり、母子保健に関する協力希望は担当者との話し合いの中でもほとんどでてこなかった。

1-3 家族計画事業の実施状況

前述のごとく人口問題は最重要施策とされており、保健者を中心として推進されている。ただし関係する中央官庁が複雑で、外国からの協力の受入れ担当、政策計画担当、現場を傘下にもっている保健者と少なくとも3省があって、それぞれの守備範囲は必ずしも明確ではない。民間団体と行政との連携はネパールにくらべれば弱く、保健省側は民間団体は行政のコントロールを好まないのでも独自に活動していると表現しているが、計画省は下部行政機構を持たぬかわり民間団体をいくつかおさえているようである。

外国の援助としては、USAID、UNFPAのほか米国の不妊手術を中心とした民間団体の援助などもあり、日本のJOICFPの援助による地域活動もある。当国の家族計画は手術による永久避妊方式が主で、報償金（500ルピー）も出してすすめている。

1-4 スリランカ国における家族計画への協力の可能性について

① スリランカ国では人口問題を最重要政策の1つとし、家族計画を推進中であり、その効果も上ってきている。ただし関与する中央官庁数が多く、夫々の守備範囲が必ずしも明らかでない。われわれの目から見ると、やはり行政ルートを持っているという理由で保健省がカウンターパートになるべきだろう。

② スリランカは国民の教育レベルも高く医療面のレベルもかなり高いが、医師、看護婦等専門要員は質とくに量の面でまだ十分とはいえない。しかし医学についてのプライドは高く、家族計画に関していえば、医学的、技術的な面での援助は必要としていない。

③ 母子保健のレベルもかなりよく、乳児死亡率35前後にある。このことと②との関連もあって、母子保健に関する協力援助の希望はないようである。

④ 行政と民間団体との結びつきはあまり強くはない。役所としては保健省よりも計画省が民間団体を傘下においているようであるが、今回の訪問ではこのあたりの実態は把握できなかった。

⑤ スリランカで要望が高いのは、一般民衆に対する保健教育、および母子保健・家族計画担当要員に対する教育・再教育（現住訓練）についての協力である。JICAとしてもこの面での協力が有効であり望ましいと考える。スリランカで家族計画の中心としている永久的不妊（手術）方式に対して直接的な協力はすべきではない。

⑥ 在スリランカ大鷹大使は、医療協力に関して深い理解を持たれ、当国要人の信頼を集めておられる。スリランカ国における将来への医療協力に具体的な発展を期待するには、まことによい機会であると考えられる。

2. 人口問題の現状とわが国の援助課題

新 津 晃

- 2-1 はじめに
- 2-2 スリランカの人口構成
- 2-3 “ の人口動態
 - (1) 死亡率の低下とその背景
 - (2) 出生率の “
- 2-4 人口・家族計画に関する援助の方向

2-1 はじめに

発展途上国における人口問題の全体的動向を概観した時、この国の顕著な特質は、すでに1960年代よりゆるやかに出生率が低下する傾向にあり、いわば、人口転換期に入っていることを示している。したがって、この国の人口問題は他の発展途上国諸国のように火急な課題とは必ずしも言いきれない。

本稿ではこのようなスリランカにおける人口転換への動向がどのような社会・経済的背景のもとで進展してきたかについて考察すると同時に、現状の人口構造、人口政策の特質を概観し、人口・家族計画の領域で必要とされるこの国への援助の方向について考察する。

2-2 スリランカにおける人口構成

スリランカは赤道の北、北緯 $5^{\circ}55'$ ~ $9^{\circ}50'$ 、東経 $79^{\circ}42'$ ~ $81^{\circ}52'$ に位置する純熱帯の島である。面積は6万5610平方キロメートルで日本の四国と九州とを合わせた面積より少し大きく、北海道の83%にあたる。

人口は1981年センサスによると、1,484万8千人で、人口密度は1平方キロ当たり230人とかなり密度の高い国である(図1参照)。男女別の人口比率は女性を100とした場合、男性104と、男性人口が高くなっている。ただし、この傾向は1971年センサスの男性106と比較し、次第に女性比率が高くなっていることがわかる。^(注1)

年齢別構成では15才未満の年少人口35.3%、15~65才未満の生産年齢人口60.4%、65才以上の老年人口4.3%となっている。したがって従属人口比率は、65.1%である。1971年センサスと比較してみると、年少人口比率が低下し、生産人口、老年人口が増加しており、相対的にやや全体の平均年齢が高くなってきている(表1参照)。

図1 スリランカの県別人口密度

SRI LANKA TOTAL POPULATION & DENSITIES BY DISTRICTS - 1981. (K.m.²)

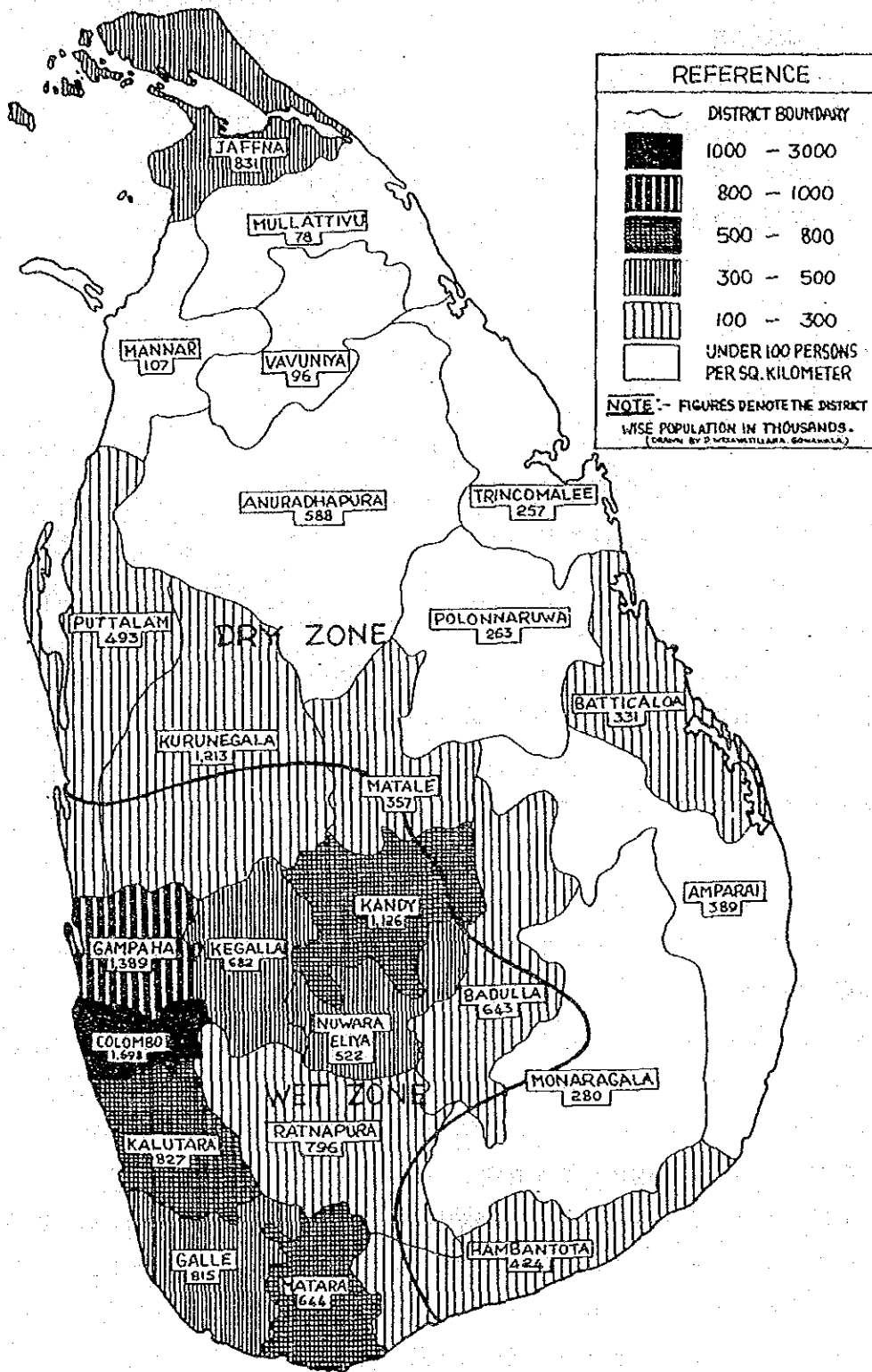


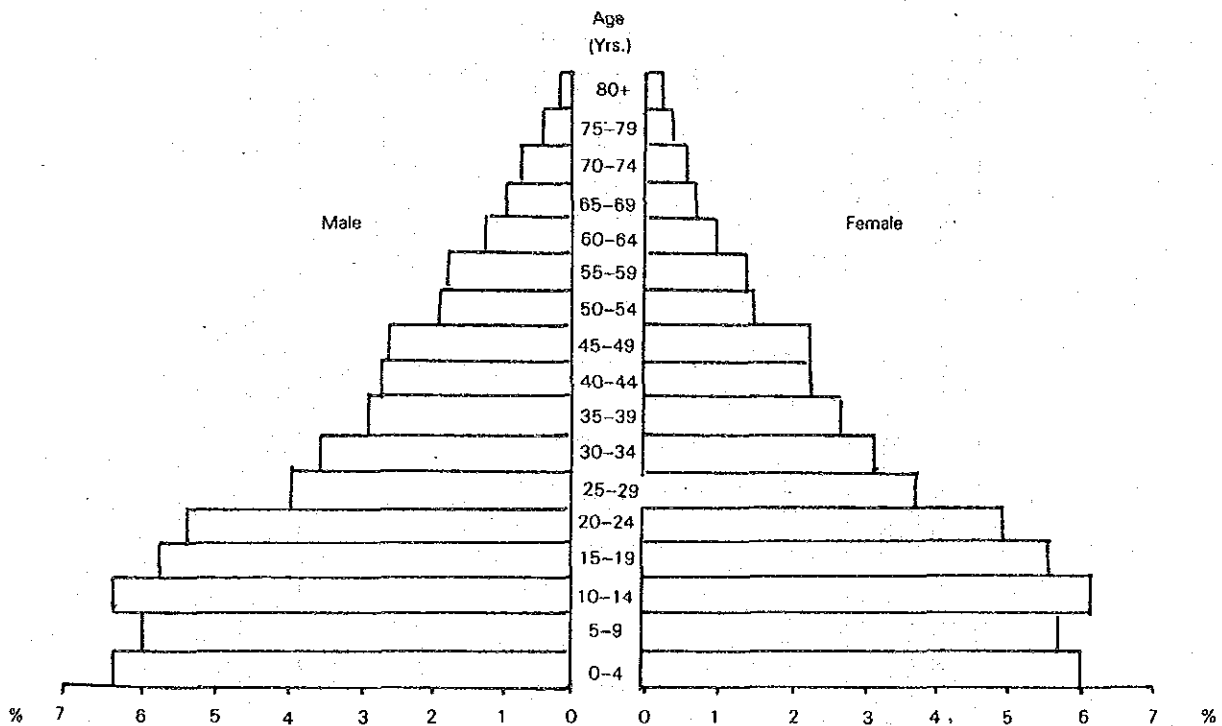
表1 スリランカの年齢別人口構成：1971年と1981年の比較

Age Composition of the Population of Sri Lanka 1971 & 1981.

Age	1971		1981	
	Number	%	Number	%
All Ages	12,689,897	100.0	14,848,346	100.0
0 - 14	4,944,685	39.0	5,236,962	35.3
15 - 64	7,206,622	56.8	8,967,424	60.4
65 & Over	538,590	4.2	643,974	4.3
Dependency Ratio		76.1		65.6

出所：Department of Census and Statistics, Census of Population and Housing Sri Lanka - 1981: Population Tables, Ministry of Plan and Implementation, 1982, P. V.

図2 スリランカの年齢人口ピラミッド



SRILANKA 1981

出所：Department of Census and Statistics

表2 スリランカの都市地域の発展と都市人口：1871年－1981年

Year	Number of Municipal Councils	Number of Urban Councils	Number of Local Boards	Number of Town Councils	Total Urban Places	Total Population	Urban Population	Percentage Urban	Intercensal Percentage Increase	
									Total Population	Urban Population
1871	7	12	-	-	19	2,400,380	260,376	10.3	-	-
1881	7	13	-	-	20	2,759,738	281,065	10.2	1.42	0.78
1891	7	13	-	-	20	3,007,789	321,413	10.7	0.86	1.35
1901	7	20	1	-	28	3,565,954	414,025	11.6	1.72	2.56
1911	7	29	1	-	37	4,106,350	542,945	13.2	1.42	2.74
1921	7	34	1	-	42	4,498,605	637,870	14.2	0.91	1.62
1931	7	34	1	-	42	5,306,871	737,272	13.9	1.68	1.47
1946	7	34	1	-	42	6,557,339	1,023,042	15.4	1.52	2.20
1953	7	36	-	-	43	8,097,895	1,239,133	15.3	2.84	2.77
1963	12	36	-	51	99	10,582,064	2,016,285	19.1	2.65	4.88
1971	12	38	-	85	135	12,689,897	2,848,116	22.4	2.20	4.23
1981	12	39	-	83	134	14,850,001	3,194,879	21.5	1.70	1.20

出所：Compiled from the Reports of the Censuses of Population.

次に農村・都市別人口構成をみると、都市地域に居住する人には21.5%となっており、農業を中心とするこの国の傾向が明らかである。都市化の傾向は1921年の都市人口が全体の14.2%であったことから考えると比較的ゆっくりと進展していることがわかる(表2参照)。ちなみに南アジア全体の1980年における都市人口比率は24.0%であり、1960年のそれは17.8%であった。また南アジア諸国においては全都市人口に占める首位都市(当該国内の最大人口都市、通常は首都)人口比率が大きい、コロンボの場合には、1980年時点で15.7%にとどまる。同年次におけるマニラの30.0%、バンコクの68.5%、パングラディシュの29.8%、インドネシアの23.3%等に比較しかなり低いことがわかる。^(注3)

スリランカは多民族国家である。最大の規模の民族はシンハラ人で1981年現在全人口の74.0%を占めている。シンハラ人は古くインドから移住したインド・アリア語族に属しており、その多くは仏教徒である。次に多くの人口を占めるのは、タミール人で全人口の18.2%を占める。タミール人の多くはスリランカが植民地化されていた時代、外国資本により茶、ゴムのエステート農業労働者として移住してきた人々である。現在、市民権を持つセイロン・タミール人とそうでないインド・タミールに分かれる。宗教は主としてヒンズー教である。タミール人とシンハラ人の対立はきびしく、近年になっても各地で衝突をおこしており、この国の大きな政治問題となっている。タミール人の分離・独立要求に対し現ジャヤワルダ政権は1978年新憲法でシンハラ語と並んでタミール語を国語として使用することを規定し、その融和政策に努力しているが、効果はあがるが、現在でもなお予断を許さない状況にある。民族集団としてはその他、人口の7.1%を占めるイスラム教徒のアーム人、からにきわめて少数ではあるが、マレー人、西欧人との混

表3 人種別人口

—POPULATION BY RACE (CENSUS YEARS)

Race	Number ('000)				
	1946	1953	1963	1971	1981 ^(*)
ALL RACES	6,657	8,098	10,582	12,690	14,850
Low Country Sinhalese	2,903	3,470	4,470	5,426	10,986
Kandyan Sinhalese	1,718	2,147	3,043	3,705	
Ceylon Tamils	734	885	1,163	1,424	1,872
Indian Tamils	781	974	1,123	1,175	825
Ceylon Moors	374	464	627	828	1,057
Indian Moors ^(*)	36	48	55	27	—
Europeans ⁽¹⁾	5	7	—	—	—
Burghers and Eurasians	42	46	46	45	38
Malays	23	25	33	43	43
Veddhas ⁽²⁾	2	1	—	—	—
Others	41	32	21	16	29

出所: Department of Census and Statistics, Statistical Pocket Book of the Democratic Socialist Republic of Lanka, 1982, P. 13

表4 宗教別人口

-POPULATION BY RELIGION (CENSUS YEARS)

Religion	Numbers ('000)			Percentage Distribution		
	1963	1971	1981 ⁽¹⁾	1963	1971	1981 ⁽¹⁾
All Religions	10,582.0	12,690.0	14,850.0	100.00	100.00	100.00
Buddhists	7,003.3	8,536.9	10,292.6	66.18	67.27	69.31
Hindus	1,958.4	2,238.7	2,295.8	18.51	17.64	15.46
Muslims	724.0	901.8	1,134.6	6.84	7.11	7.64
Roman Catholics and Other Christians	884.9	1,004.3	1,111.7	8.36	7.91	7.49
Others	11.4	8.3	15.3	0.11	0.7	0.10

Source: Dept. of Census and statistics.

(1) Provisional.

出所：表3に同じ P. 12

血のバンガー人などがある（表3，4参照）。

2-3 スリランカの人口動態

1921年に実施された人口センサスによると、スリランカの人口増加率は年率1.0%と発展途上国の中ではかなり低い水準にある（表5参照）。この原因は出生率が1960年以後次第に低くなってきていることがもっとも大きな要因となっている。その他、①20世紀初頭までインド・タミールの移住が自然増を上回っていた状況から、その後、エステート農業の発展速度の低下などにより移住が少なくなってきたこと、②インド人移民が法的に禁止されると同時に在住無国籍者の送還がはかられていること、③さらに近年、中東への出嫁ぎ労働者が増加したこと、などの要因による。ちなみに1981年ではこのような移出は移入を差引いても3%もあった。

それでは、1960年以後出生率が低下し、徐々に人は転換がなされてきたのは、どのような要因によるものであろうか。通常のごとく、そのものも大きな原因は1960年以前からの死亡率の急激なる減少によるものと思われる。以下ではしたがってまず、この国の死亡率の低下動向と、その背景を検討し、その上で出生率低下の動向を考慮することにした。

1) 死亡率の低下とその背景

スリランカにおける人口の死亡率は、この国で最初に人口センサスが行なわれたと言われる

表5 年次別人口，人口増加率：1971年～1981

Year	Date of Census	Population	Numerical Increase from Previous Census	Per cent Increase	Average Annual Rate of Growth
1871	March	27	2,400,380	-	-
1881	February	17	2,759,738	359,358	15.0
1891	February	26	3,007,789	248,051	9.0
1901	March	01	3,565,954	558,165	18.6
1911	March	10	4,106,350	540,396	15.2
1921	March	28	4,498,605	392,255	9.6
1931	February	26	5,306,871	808,266	18.0
1946	March	19	6,657,339	1,350,468	25.4
1953	March	20	8,097,895	1,440,556	21.6
1963	July	08	10,582,064	2,484,169	30.7
1971	October	09	12,689,897	2,107,833	19.9
1981	March	17	14,850,001	2,160,104	17.0

出所：Reports of the Censuses of Population

1871年以来、もっとも高率を示しているのが1911年～1920年平均1,000人中30.8人であり、その後1942年には18.1人にまで低下した。1946年にかけては19.8から14.0人へと一挙に大きく低下した。1956年にははじめて9.8人と10人を割った。その後も着実に低下を続け1981年現在では6.0人にまで低下してきている。当然のことながら乳児死亡率の低下はきわめて顕著であり、1911～1920年平均1,000人当たり196人であったが、1942年には120人に下がる。1946年から1947年には141人から101人へと大巾に低下した。1979年現在では37.7人へと減少し続けてきている（表6参照）。

このような死亡率の低下により、平均寿命も順調に延びてきている。1920年～1922年では、男子32.7才、女子30.7才であったのが1946年には男女とも11才延長し、さらに1954年には男女それぞれ60.3才、59.4才となった（表7参照）。なお1960年中期より女子の寿命は男子を超え、1971年には男子64.2才、女子67.1才となっている。1981年現在では男女平均寿命69才となっているが、世銀資料による発展途上国平均の57才と比べ非常に高くなっていることがわかる。

それでは以上のような死亡率の改善がきわめて順調に行なわれてきた社会的背景は何んであ

表6 粗死亡率と幼児死亡率：1946～1980

Year	Crude Death Rate	Infant Mortality Rate	Year	Crude Death Rate	Infant Mortality Rate
1946	19.8	141	1966	8.0	54
1947	14.0	101	1967	7.5	48
1948	13.0	92	1968	7.9	50
1949	12.4	87	1969	8.1	53
1950	12.6	82	1970	7.5	48
1951	12.9	82	1971	7.7	47
1952	12.0	78	1972	8.0	46
1953	10.9	71	1973	7.7	46
1954	10.4	72	1974	8.9	49
1955	11.0	71	1975	8.5	45
1956	9.8	67	1976	7.8	44
1957	10.1	68	1977	7.4	42
1958	9.7	64	1978	6.6	37
1959	9.1	58	1979	6.5	-
1960	8.6	57	1980	6.1	-
1961	8.0	52			
1962	8.5	53			
1963	8.5	56			
1964	8.8	57			
1965	8.2	53			

出所：Registrar General's Department.

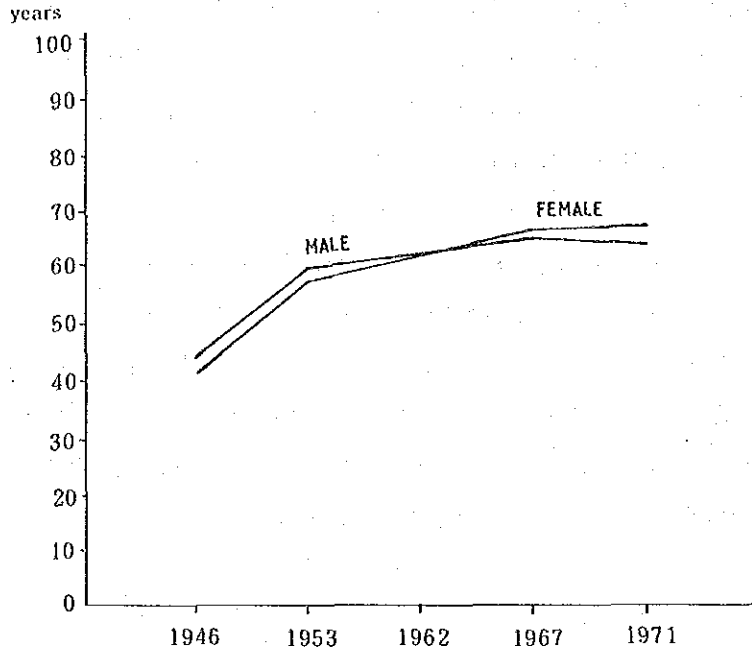
たのだろうか。われわれはまず、経済発展が順調に進展したのではないかとの予想を持つであろう。しかしながら、経済発展動向に関するかぎり、この国のこれまでの推移はかなり変化がはげしく、また全体的にもエカフェ地域内発展途上国12ヶ国の平均と比較し決して高いとは言えない。したがって、順調な人口転換の理由を経済的要因に求めるのは無理である。

人口転換が比較的順調に行なわれていった背景としては、様々な要因が複合的に重なりあい単純化し、説明することはきわめて困難ではあるが、1948年の独立以来、かなり頻繁な政権交代が続いてきたにもかかわらず、これまで比較的福祉政策に重点が置かれてきたこと、及び地方の開発を基盤とする分散化政策を比較的重視してきたこと、などの要因が大きく貢献しているものと思われる。特に前バンダラナイク（夫人）政権においては社会主義型社会の実現を目標と

表7 平均余命

LIFE EXPECTANCY AT BIRTH (years)

	1946	1953	1962	1967	1971
Male	43.9	58.8	61.9	64.8	64.2
Female	41.6	57.5	61.4	66.9	67.1



LIFE EXPECTANCY AT BIRTH
1946 - 1971

し、福祉重点の政策を実施したため、この間地方における保健・福祉施設の整備は顕著であったと言えよう。ただし、同政権については、基幹産業の国有化、生活必需物資の配給制、厳しい外国為替管理など、統制色の強い経済政策を採用したため、経済面での発展はうまくゆかず国民の不満をかい、政権内部でも分裂をきたし、崩壊していったことは広く知られているところである。

それでは、どのような福祉政策の分裂化が進展し、出生率、死亡率が低下し、人口転換が行なわれてきたのであろうか。

現在広く知られているごとく、死亡率、とりわけ乳児死亡率の低下はやがて出生率の低下をもたらすと言われている。確実に子供が成育することが確認されることにより、少しの子供でも老後を保障する基盤が形成されるからである。したがって人に抑制策が効果を上げるためには死亡率の低下が先行しなければならないことになるわけであるが、まさにそうした動向がスリランカにも見られるのである。

死亡率の低下に貢献する要因としては、一般に医療体制の整備や公衆衛生の発達が最も重要なものとしてあげられるが、そのほかにも食料の増産による飢饉の克服と栄養の向上、教育の進歩、

個人的衛生慣習の向上なども大きな要因である。これらの諸要因が相互に関連しあい死亡率が低下してゆくのである。社会の中では自立的にそうした発展を達成していった西欧諸国ではしたがってその実現にはかなりの時間が必要とされた。スリランカにおける今世紀初頭の死亡率の水準から半世紀後の死亡率の水準にまで到達するために英国では1世紀半以上の歳月を要している。知識、技術、行動様式などの文化が、より進んだ地域から後進地域に伝播されることによって、後進地域の文化が急速に発展した事実は世界の諸地域に見出すことができる。とりわけ一般日常生活慣習や生活態度など当該社会の伝統的文化体系の変化をさほど必要としないある種の技術文化の導入が生活慣習外の局面に大きな変化を与えることがある。たとえば予防衛生技術によって伝染病を撲滅した場合などがその最も顕著な例である。

スリランカにおいてもそうした変化が起ったのである。大規模なD. D. T. の散布は今日多くの批判の標となっているが、大部分の住民にはあまり知らされることなく実施され、とにかくマラリヤその他の伝染病による死亡率を低下させた。この死亡率の低下は急激な人口増をまねいた。特に死亡率が急速に低下しはじめた1950年代には自然増加率もはげしい。しかしながら、1960年代以後、出生率は次第に低下傾向を見せ今日に至っている。特に1960年から1977年の長期にわたり、バンダラナイク（夫人）内閣が政権を保持することによって比較的地方にゆきとどいた福祉政策は近代的な公衆衛生による生活慣習を養成するのに大きく貢献したものである

（表8参照）。

表8 政府の福祉サービス支出：1950年～1980

Item	(Rs. Million)							
	1950/51	%	1960/61	%	1970/71	%	1980	%
Education	96.5	35.6	262.2	40.6	483.4	38.8	1,388.2	56.2
Health	63.3	23.3	141.0	21.6	238.1	19.1	740.0	29.9
Food Subsidy	111.4	41.1	246.0	37.8	524.4	42.1	344.8	13.9
Total	271.2	100.0	651.2	100.0	1,245.9	100.0	2,473.0	100.0
Welfare Expenditure as percentage of total current Expenditure	38.24		43.84		39.25		18.92	

Source : Central Bank of Ceylon.

1つの文化要素は他の多くの文化要素の中に統合されてはじめて永続的、かつ安定的機能を発揮することが可能となる。公衆衛生技術や医療制度についても例外ではない。スリランカの場合、1950年代急速に導入された近代的な公衆衛生技術は死亡率を短期間の間に低下させることに成功したが、さらにそうした政策に引続き、分散化政策により地域住民レベルにおける衛生的生活習慣の改善、教育の普及、貧困者に対する食料供給などの政策が強化されることにより、外部から導入された公衆衛生技術や医療制度の新しい文化要素を既存の文化体系に統合しやすい環境が作り出されたと見えよう。

もっともこの国の公衆衛生技術や医療制度が導入されたのは、1950年代ではない。1950年代に入り国家レベルでの政策が推進されたのではあるが、それ以前から様々な外部からの導入が行なわれており、その意味において長い歴史を有す。

スリランカにおける医療行政の導入はイギリス領時代にさかのぼる。当時、その恩恵を受けていた人々は軍隊とプランテーション労働者に限定されていた。^(注4)1959年市民医療局(Civil Medical Department)が設置されたが、その活動は主として天然痘の予防に限定されていた。公衆衛生の近代的発展への重要な第一歩は1913年に設けられた衛生局の活動開始による。1915年ロックフェラー財団はチームを組織して十二指腸虫の対策に乗り出した。この対策事業自体は実際上大きな効果を上げることが出来なかったが、このチームの経験は後の活動に大きな影響力をもたらすことになる。すなわち、農村における保健所(Health Unit)の設置の契機となったことである。1926年にはきわめて限定された地域に保健所が設けられたが、以後しだいに全国の農村地域に広がっていった。この保健所の行なう仕事は疾病の治療、予防、保健教育、母子福祉活動など広範囲にわたっていた。

医療設備は今世紀にはいっからその発達が急速で、たとえば医師に対する人口比率は1914年には人口1万1713人につき1人であったのが、1949年には人口7,992人につき1人となった。病院数はこの期間に80から256に、診療所の数は427から960に増加した(表9, 10参照)

死亡率低下要因を死亡に対する直接的要因である死因からながめてみると、まず原因不明の死亡率が1943～1947の間に67%も減少している。死因不明を除き1943年の死亡率では伝染病、寄生虫病が第1位を占め、第2位は乳児固有の疾患、第3位は呼吸器系の疾患、第4位は消化器系の疾患などであったが、1949年には、これらの疾患は34%から49%の減少をみた。1946～1947年に急激に死亡率が低下したときは、とくに伝染病・寄生虫病による死亡率の低下が大きく貢献し、この1年間一挙に42%減少した。その後、1949年までには赤痢とマラリヤによる死亡率が著しく低下している。マラリヤについてはさらに低下を続け、1957年にはわずか177人の死亡者に至るまでに改善された。結核死亡率も1949～1957年の間の変化は従年の傾向と比べると急激に改善された。

以上ここでは、スリランカにおける死亡率の改善動向を考察してきたが、こうした死亡率の低下を持たらすことになる。以下では出生率低下の動向とその背景を検討することにしたい。

表9 病院数とベット数

NUMBER AND BED STRENGTH OF HEALTH INSTITUTIONS BY TYPE
SRI LANKA - 1982

Type of Institution	Number	Beds
Provincial Hospital ¹	12	10,768
Base Hospital	17	5,551
District Hospital	114	12,221
Peripheral Unit	110	4,423
Rural Hospital	112	2,494
Maternity Hospital	2	700
Mental Hospital	2	1,884
Chest Hospital	3	1,277
Leprosy Hospital	2	393
Cancer Hospital	1	462
Children's Hospital	1	614
Eye Hospital	1	471
Dental Hospital	1	42
Maternity Home ² and Central Dispensary	102	1,132
Other Hospital	13	957
Central Dispensary	338	-
Total	831	43,389

¹ Includes Teaching Hospitals.

² Includes 19 Maternity Homes in charges of Midwives

³ In addition, there are about 650 Branch Dispensaries and Visiting Stations where an AMP is usually available once a week or fortnight.

Source : Office of the Medical Statistician.

表10 県別病院数と人口1000人当りベッド数

DISTRIBUTION OF GENERAL HOSPITAL BEDS* BY SHS DIVISIONS
SRI LANKA - 1982

SHS Division	Total No. of Beds	Beds per 1,000 Population
Colombo	4,739	2.8
Gampaha	2,891	2.0
Kalutara	1,956	2.3
Kandy	4,132	3.7
Matale	1,643	2.6
Nuwara Eliya	1,105	2.1
Galle	1,830	2.2
Matara	2,354	2.2
Jaffna	2,650	3.1
Vavuniya	714	2.4
Batticaloa	793	2.3
Amparai	647	1.6
Kurunegala	2,945	2.4
Puttalam	1,120	2.2
Anuradhapura	2,170	2.5
Badulla	1,657	2.6
Moneragala	620	2.1
Ratnapura	2,365	2.9
Kegalle	1,638	2.4
All Island (Total)	37,969	2.5

* Excluding beds in specialised hospitals.

Source : Office of the Medical Statistician.

2) 出生率の低下とその背景

死亡率が1911年～1920年頃をピークとし、その後漸減傾向をたどっていったのに対し、出生率は約30年後の1946年～1950年をピークとして次第に減少傾向をたどり始める。1946年～1950年平均出生率は1,000人当たり40人にもものぼる高出生率を示している。もっとも1950年代は下降、上昇といった変化を示し、1960年代に入り安定した下降をたどっている。その意味において人口転換期に入るのは1960年代になってからと考えるのが妥当であろう。かくして1980年現在においては1,000人中27.6人といった出生率にまで下がってきている（表11参照）。

表11 年次別人口，出生率，死亡率，妊産婦死亡率，幼児死亡率
VITAL STATISTICS 1945-1981

Year	Estimated Mid-Year Population ('000)	Crude Birth Rate	Crude Death Rate	Maternal Death Rate	Infant Mortality Rate
1945	6,650	36.6	21.9	16.5	140
1950	7,678	40.4	12.6	5.6	82
1955	8,723	37.3	10.8	4.1	71
1960	9,896	36.6	8.6	3.0	57
1965	10,903	33.1	8.2	2.4	53.2
1970	12,516	29.4	7.5	1.5	47.5
1971	12,608	30.4	7.7	1.4	44.8
1972	12,861	30.0	8.1	1.3	45.6
1973	13,091	28.0	7.7	1.2	46.3
1974	13,284	27.5	9.0	1.0	51.2
1975	13,496	27.7	8.5	1.0	45.1
1976	13,717	27.8	7.8	0.9	43.7
1977	13,942	27.9	7.4	1.0	42.4
1978	14,190	28.4	6.6	0.8	37.1
1979	14,471	28.7	6.5	0.8*	37.7*
1980	14,738	27.6*	6.1*	...	...
1981	14,988*	28.0*	6.0*	...	...

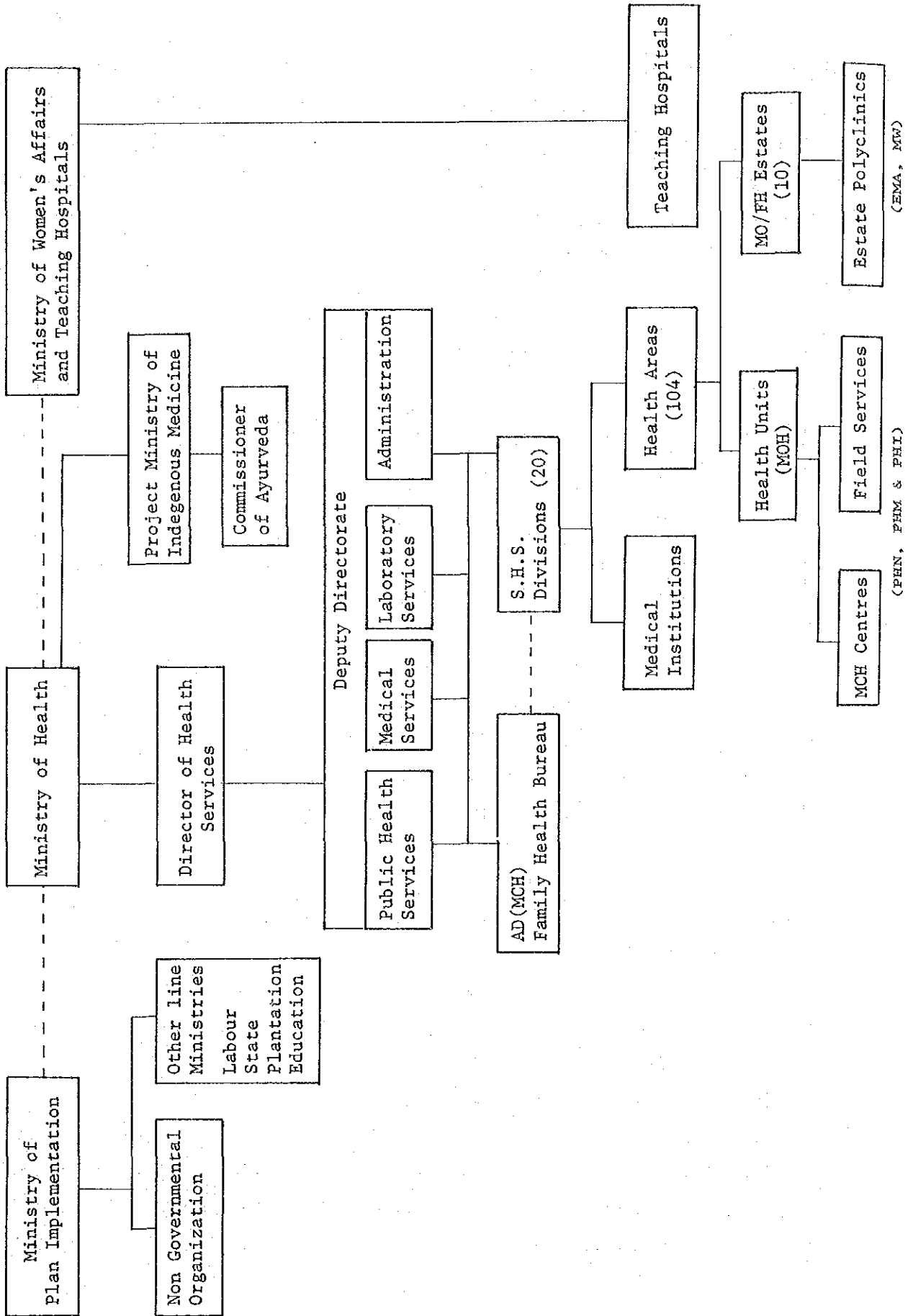
* Provisional

Source : Registrar General's Department

出生率低下の背景としては死亡率の低下がその大きな要因となっていることはいうまでもないが、その他家族計画施策の強化、家族計画の普及を円滑に進める背景となった教育水準の高さなどがその理由とされている。

家族計画については1953年民間の家族計画協会が設立され、1958年スウェーデン政府の援助で二つの農村で実験が行なわれた。その後1965年スリランカ政府は人口増加率の低下を目的とし、家族計画を国家政策として取りあげ、母子保健行政の一環として保健省の管轄下に置かれ、政策が推進されている（図3参照）。なお、民間の家族計画協会は、それとは別に計画実施省内人口部の監督下に置かれている。人口部は国内すべての人口プログラム及び人口問題の調整、調査、

図3 家族計画政策に関する調整・実施体制（保健省の視点より）
 Coordination & Implementation of Family Planning Programme



評価を行うとともに人口政策の作成に当たっている。また1978年、人口政策の地方への浸透を目的として、全国24県に地方人口委員会を設立し、政府及び民間機関がその構成メンバーとなり、地方レベルにおける人口プログラムが推進されている。なおこの地方人口委員会の下にはさらに地区人口委員会がつくられ末端住民にまで政策がゆきわたる努力がなされている(図4参照)。

家族計画施策の具体的内容については筆者の担当外なので、詳しくは立入らないが、このような政策努力も一つの要因となり、1970年以後、出生率が低下しているものと考えることが出来るであろう(表12参照)。ただし、この領域におけるより実質的な効果は今後に期待されるところが大きいように思われる。

死亡率の改善に貢献する要因がきわめて複合的諸要因から形成されているのと同様、出生率の低下をもたらす背景要因も多様である。特にいずれの伝統的社會も価値としていた多種の指向が大きく変化することなく、家族計画のみが先行した場合、強力な政策努力がかえって国民の反発を買う結果となることについては、インドにおけるガンジー政権の失敗が典型例である。したがって家族計画の推進の前提としては、伝統的日常生活習慣の変化、価値意識の変化を持たず諸社會・文化的的生活改善政策の推進が重要である。こうした視点からスリランカの社會変化の動向を概観した時、この國の教育水準・識字率等の向上はきわめて大きな背景要因となっているものと思われる。現在、スリランカにおいては、幼稚園から大学まで教育費無料制度により、教育水準は飛躍的に向上しており、1981年現在、10才～15才未満の人口の82.4%が就学状況にある。また15才～20才未満年全人口の42.0%が就学状況にあり、特に女子については、42.7%と男子よりも高い傾向を示している(表12参照)。こうした傾向から、特に女子の場合、学業終了後仕事につく者が増大する傾向を見せ、平均結婚年令を高める効果をはたしている。1981年現在における平均結婚年令は男子28才、女子24才と、他の途上國と比較してきわめて高くなっている。

教育水準の上昇は当然のことながら、この國における識字率の向上に貢献しており、1981年現在86.5%にまで達している(表13参照)。このような教育水準の向上と普及は政府の広報活動をしやすくする基礎をつくりあげており、家族計画の意義を浸透させる効果をはたしているものと考えることが出来る。

2-4 人口・家族計画に関する援助の方向

以上、本稿ではスリランカにおける人口態動について主に死亡率と出生率の動向とその変化をもたらしてきた諸要因を検討してきた。ここでは、こうした動向を念頭に置きこの國に対する人口・家族計画領域でのわが國の援助の方向と意義についてまとめておきたい。

1) スリランカは1960年代より人口転換期にはいつてきてはいるが、死亡率の低下もいちぢるしく、結果として1981年現在の自然増加率は1,000人当り22人とかなり水準にある(図5参照)。政府もこうした動向に注目し、人口抑制策を國家の重要な課題として位置づけている。その意味

図4 スリランカの人口政策実施体制（計画実施省人口部の視点より）

ORGANIZATION STRUCTURE

POPULATION POLICY FORMULATION AND IMPLEMENTATION

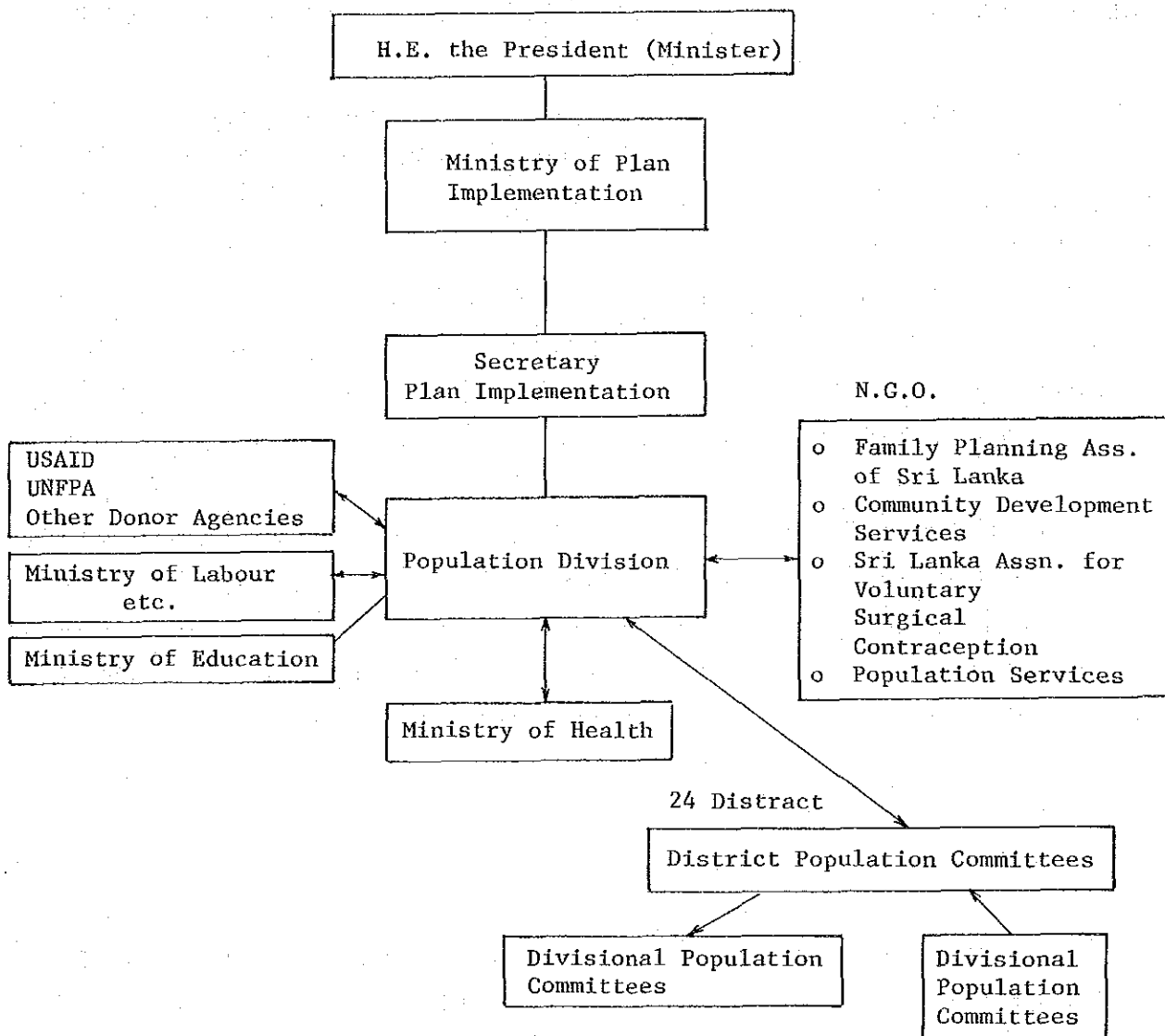


表12 家族計畫面閩連統計

	<u>1970 - 1982</u>													
	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983*
Vasectomies		245	498	1850	7292	6034	2924	1302	2325	5640	51284	30333	13048	42547
Tubectomies		4090	9078	18398	34942	33130	32664	17752	19624	30003	61642	46300	48876	58899
Total Sterilizations	4971	4335	9576	20248	42234	39164	35588	19055	21949	35643	112926	76633	61924	101446
IUD Insertions	15799	11446	18599	27528	29693	32755	27030	21321	23085	20187	19232	14833	16115	14961
Orals	26889	25828	32300	34214	NR	NR	25597	27514	31146	30394	29296	22189	26231	32229
Injectations									3046	5932	9706	8142	10211	11005
Total number of Acceptors	47659	41609	60475	81990	107851	109639	88215	67890	79226	92156	171160	121797	114481	159541

NR - Not reported

* Provisional

Prepared by:- Evaluation Unit, FHB Colombo.

表13 年齢別、性別就学率：1971年と1981年の比較

Age	1971			1981		
	Total	Male	Female	Total	Male	Female
5 - 9	60.9	61.6	60.2	84.4	84.5	84.2
10 - 14	69.8	72.2	67.4	82.4	82.9	81.8
15 - 19	34.5	36.5	32.4	42.0	41.1	42.7

出所：表1に同じ P. xi

表14 10才以上の人口の識学率

	1971			1981		
	Total	Male	Female	Total	Male	Female
All Areas	78.5	85.6	70.9	86.5	90.5	82.4
Urban	86.2	90.3	81.5	93.3	95.3	91.0
Rural	76.2	84.1	67.9	84.5	89.0	79.9

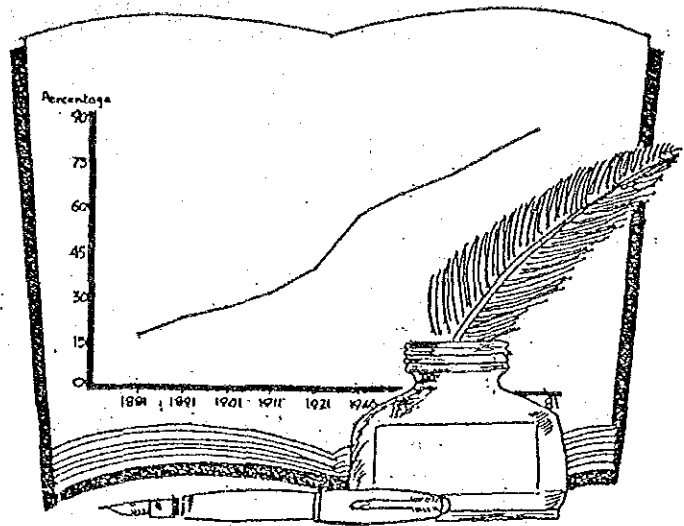
出所：表1に同じ P. xi

表15 10才以上の識学率の変化

LITERACY RATE

 (Population over 10 years of age)

CENSUS YEAR	LITERACY RATE (%)
1881	17.4
1891	21.7
1901	26.4
1911	31.0
1921	39.9
1946	57.8
1953	65.4
1963	71.6
1971	78.5
1981	86.5



LITERACY RATE 1881-1981

SOURCE: Dept. of Census & Statistics

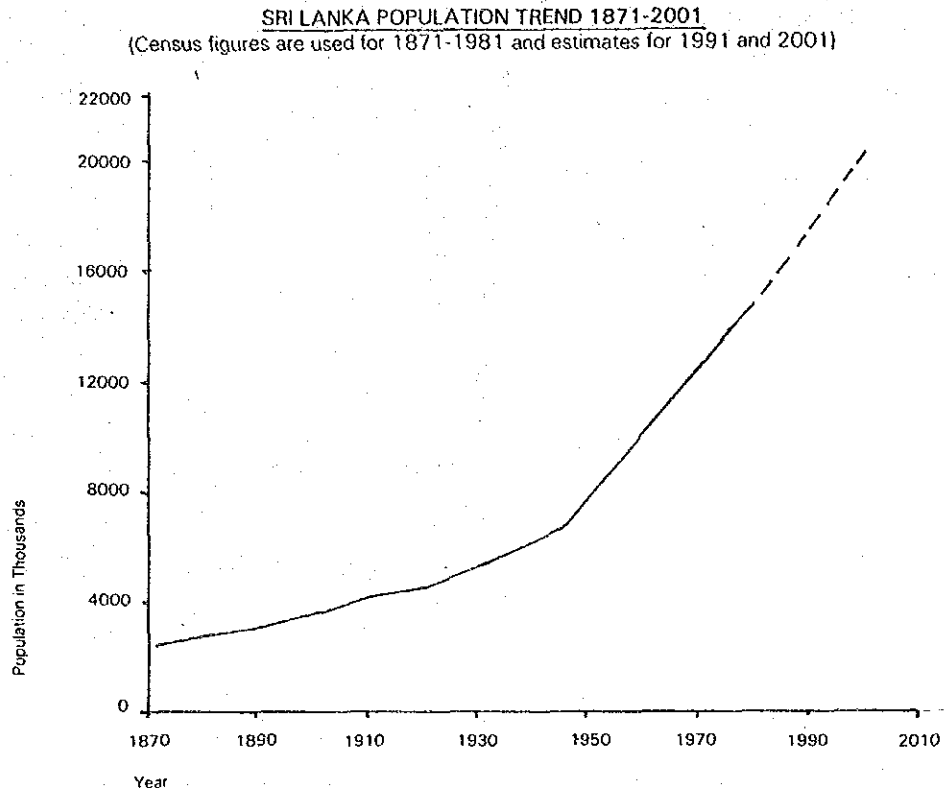
においてこの国に対する人口・家族計画領域での援助はきわめて大きな意義を持つものである。

2) 当该国は、比較的早い時期より分散化政策を重視し、地方行政に力を入れてきている。また、教育・保健・貧困者対策等福祉政策を重視した政策を指向してきている。そうした背景から人口・家族計画領域における援助については、すでにきわめてやりやすい環境が形成されてきている。したがって、他の発展途上諸国に比較し、きわめて援助の効果を具体的にあげることが可能な基盤づくりがなされている。言いかえれば、資金と設備を投下すれば、自助努力により改善されてゆく基盤がかなり形成されていると言うことが可能である。このような背景から、具体的な援助内容については当该国政府が高い優先度つけ援助協力を依頼する課題を重視することが、一般的には望ましい。ただし、この点については以下のような考慮が払われるべきであろう。

3) この国のきびしい民族対立問題を考慮する時、人口抑制策に直接関与する課題についてはなるべくさける必要がある。現に、人口の約70%を占める仏教徒のリーダーは人口抑制策に反対を表明している。その意味において長期的、かつ間接的に人口抑制効果をもたらす死亡率の低下をめざす援助が好ましいものと思われる。特に乳幼児、妊産婦の死亡率の改善に役立つ女子保健領域における援助はもっとも有効なものと思われる。

4) 現在、人口・家族計画政策については、保健省と計画実施省の二つ省にまたがる。ある意味では両省は競合関係にあるわけであるが、援助の際には保健省の課題を主とすべきであろう。なお次期調査においては両省の地方末端までの行政体制とその役割をより詳しく調査した上で、適切な援助課題を検討する必要性も感じられるので、付言しておきたい。

図5 スリランカの人口推移：1871年～2001年



Source : 1871 - 1981 Census Reports
1991 - 2001 Estimates

<注>

1. Department of Census and Statistics, Census of Population and Housing Sri Lanka - 1981 : Population Table, Ministry of Plan and Implenentation, 1982, P. V
2. Ibid
3. 柴田徳衛・加納弘勝編『第三世界の人口移動と都市化』アジア経済研究所 P. 230 - 231
4. スリランカにおける医療行政の発達については、小林和正「セイロン人口の再生産構造」南亮三郎編『セイロンの人口構造と経済構造』アジア経済研究所, 1962年PP. 71 - 78にくわしい。本稿におけるこの部分に関する論述はほとんどこの論文によっており、筆者は同論文を要約したにすぎない。したがって詳しくは同論文を参照することをお勧めしたい。なおその他の部分でもこの論文に負うところが大きい。

3. 家族計画プログラム

大橋 光 洋

- 3-1 概 要
- 3-2 歴史的背景
- 3-3 CPS
- 3-4 政府の家族計画プログラム
 - 1) 計画実族省（人口部）
 - 2) 保健省（家庭保健局）
- 3-5 民間機間の家族計画プログラム
 - 1) スリランカ家族計画協会
 - 2) 人口サービス協会
 - 3) 地域開発協会
 - 4) スリランカ不妊手術推進協会
- 3-6 まとめ

3-1 概 要

1982年に行われた“Contraceptive Prevalence Survey”によると、家族計画の方法をひとつでも知っている女性は99.2%もいた。殆どの女性が家族計画の知識を持っていることになる。一方その時点での実行率については54.9%で知識と実行との間に40%以上の開きがある。しかしこの数字も75年の時の実行率32%（知識は90.9%）に比べると、着実に家族計画は普及しつつあると言えるだろう。

スリランカでは政府の家族計画政策は母子保健と一体的に推進されている。乳幼児死亡率を見ると独立当時（1948年）の92から1980年には37.4に広がり、大きな前進が見られる。もっともこれはあくまで平均値であって地域によっては79.2のところもあり反対に17.5と低いところもあったりする。乳幼児死亡率の減少には、総合的な疫病予防と高い施設分娩率（75%）も影響しているだろう。従って平均寿命も高く、男性64.2歳、女性

*1 既婚女性（15-49歳）の方法別避妊率
W.F.S. 1975 と C.P.S. 1982

方 法	WES ... 1975	CPS 1982
合 計	32.0	54.9
ピ ル	1.5	2.6
IUD	4.7	2.5
コンドーム	2.3	3.2
女性不妊手術	9.2	17.0
男性不妊手術	0.7	3.7
注射避妊他女性用避妊	0.4	1.4
膈外射精	1.5	4.7
リズム法	8.0	13.0
他	3.7	6.8

67.0歳である。

こうした開発途上国の中ではかなり優れた家族計画・母子保健活動の背景には、国民的な教育保健に対する関心の高さが挙げられよう。教育費、医療費は全て無料であり、識字率も86.5%（男性90.5%、女性82.4%）と高く、特に女性の識字率の高いことが注目に値する。

母子保健サービスの向上指標

	助産院数	助産婦数	ヘルス ワーカー数	乳幼児 死亡率 (対1000)	妊産婦 死亡率 (対1000)
1925	—	—	—	172	18.5
1926	—	01	01	174	19.0
1931	44	48	35	158	20.8
1948	71	918	602	92	8.3
1954	104	1,336	744	72	4.6
1980	122	1,785	1,371	37.4	1.0

上の表から母子保健サービスの充実の中で着実に乳幼児死亡と妊産婦死亡の低下が対応していることがわかる。

人口増加率も1.7%と準先進国並みになり、多産多死型から脱却したことにより、国際機関はその援助の手をよりプライオリティの高い国（ネパールやバングラデシュなど）へ向けようとして来ている傾向があり、そのことがスリランカにとって人口家族計画を推進する上で財政的な問題となりつつあるようだ。

1973年、UNFPAの協力を得て、政府は国家家族計画プログラムを総合的な地域保健プログラムの中に位置づけた。そして1986年までに粗出生率を20/1000に下げる目標を設定した。（ちなみに1975年の粗出生率は27.7、粗死亡率は8.5、1980年にはそれぞれ27.6と6.1である。）

現在、人口家族計画を実施している政府機関は計画実施省（人口部）と保健省（家庭保健局）で、前者がトータルな計画立案・評価と関係機関（政府・民間・国際機関）のコーディネーション、後者が特に保健活動の中での家族計画・実行する機関である。民間機関にはスリランカ家族計画協会の他、地域開発サービス協会、不妊手術推進協会、人口サービス協会などがあり、政府と密接な連携を持って活動を展開している。

スリランカには西洋医学の他に伝統医学（我が国でいう漢方医学）に対する社会的地位が高く、伝統医学（Ayurvedic Medicine）のための省（Project Ministry）が設立されている程である。政府民間では伝統医学に従事する人々に対して人口・家族計画を啓蒙し、彼らを通して家族計画の普及も行なっている。

3-2 Contraceptive Prevalence Survey (CPS)

1982年に行なわれたCPSは今日のスリランカの家族計画の事情を知る上で大いに参考になる。家族計画サービスをどこから受けているかという調査に対してIUD、女性不妊手術については殆どが政府機関（IUD：93%、女性不妊手術：96.5%）、コンドームについては民間機関のサービスが85%を占め、ピルについては約半数（53.6）が政府からサービスを受けていることが明らかにされた。

45-49歳の既婚女性の平均子供数は5.0人で7年前の6.0人より大きく下がった。

家族計画の方法に対する知識は、先に述べたように99.2%であるが、その中で最もよく知られている方法は女性の不妊手術で98%。7年前の82%より16%増大している。次がピルの90%（7年前は79%）であり、避妊効果の高い方法が知られていることが判る。

現在避妊を実行していると答えた女性（既婚の出産可能女性）は54.9%であるが、家族計画をいままでに実行したことがあると答えたのは66%である。これは前回より23%増加した。

3-3 歴史的背景

家族計画を最初に組織的に手がけたのはスリランカ家族計画協会である。1953年設立され、1965年政府が国策として家族計画を取り上げるまでに全土に260の家族計画クリニックを持つまでに到った。

政府が正式に家族計画を国策として打ち出す前、1958年からSIDA（Swedish International Development Authority）の協力を得て実験的に家族計画プログラムを行なっていた。65/66年、SIDAとの協力を延長する際、家族計画を母子保健の一部としてインテグレートしたFP/MCHサービスを展開することになった。

1968年保健省の中に家族計画局（後に家庭保健局と改称）が設置され、全国規模でFP/MCHを推進する体制を整えた。

一方政府は人口政策を国家の開発計画と合わせて展開するために関係機関との連携・調整及び総合的な人口政策を検討する機関の必要性から1973年計画実施省を設立した。その中に人口部が出来たのは1979年である。

民間機関の中ではスリランカ家族計画協会（IPPF加盟団体）が最大で、1965年まではいわゆるClinic-Based Approachを展開していたが、以来協会の活動の重点はボランティアを中心にした家族計画の啓蒙宣伝活動に移ってゆく。同協会を含め他の民間機関もいずれも政府（計画実施省人口部）の指導を受けている。

人口・家族計画に対するスリランカ政府のプライオリティは高く、1980年国会議員は党派を超えて人口問題に取り組むことの必要性を指示し、1982年第3回アジア会議を主催するなど活

発な活動を展開している。

3-4 政府の家族計画プログラム

1) 計画実施省（人口部）

（組織図）

計画実施省の大臣は総理大臣が兼任し、次官が国家人口計画の Chief Coordinator の役を務める。

人口部の活動は次の通り。

- (1) 人口政策の作成及び評価
- (2) District Population Committee の組織指導部、評価
- (3) 人口活動を行なっている政府民間組織の調整
- (4) 人口と開発に関わる研究活動
- (5) 国際援助機関の調整

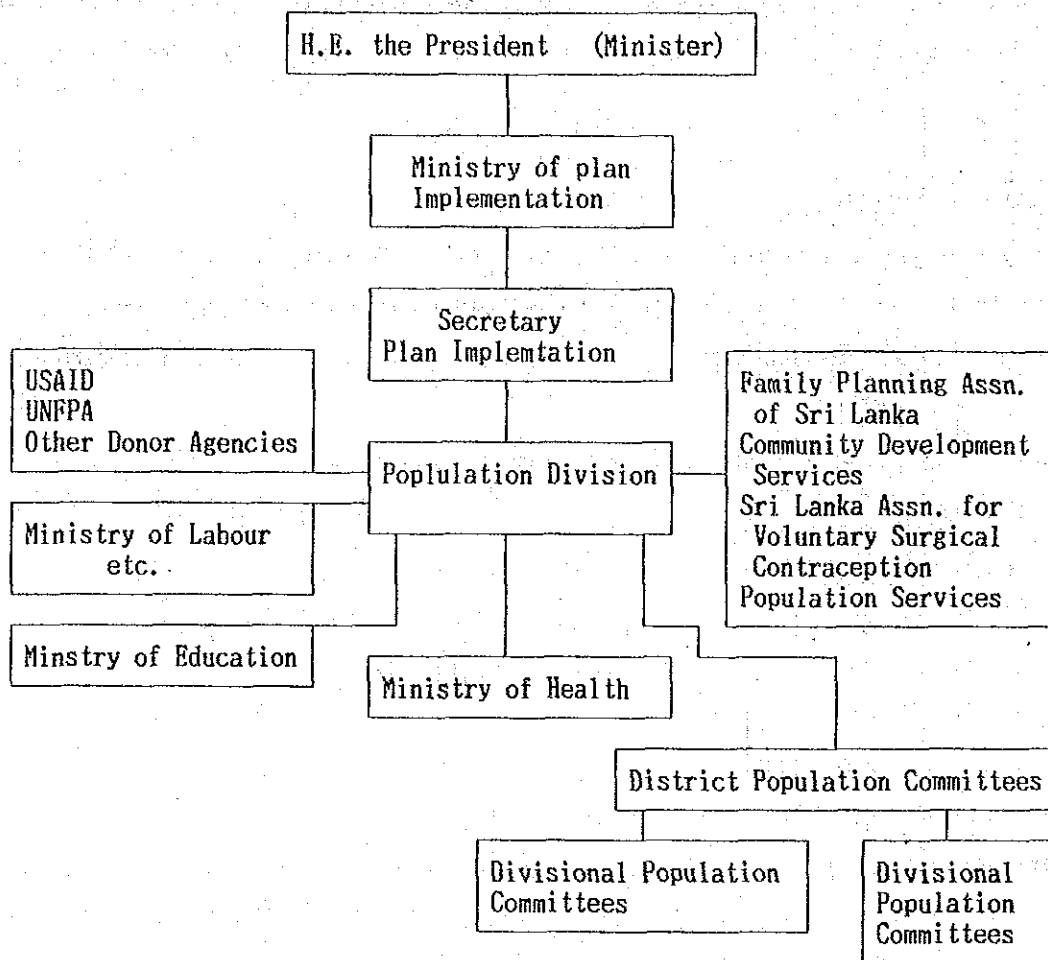
District Population Committee について説明したい。中央レベルでの運営委員会（計画実施省の次官が議長）に対応して24の District のそれぞれに Population Committee を設置し、メンバーには政府関係機関（保健省、文部省、労働省など）と民間機関（スリランカ家族計画協会他）が参加する。そこで人口部の示したガイドラインに基づいて、それぞれの District レベルにおける人口活動に対して責任を持つ。それと同時に District レベルのニーズを吸い上げる役目を持つ。そのために(a)人口家族計画に関する啓蒙宣伝(b)保健・家族計画サービス(c)政府の定めた不妊手術に対する特典（給付金と有給休暇）の実施等を行う。この Committee の目的は中央で決定した人口家族計画政策を District レベルで促進してゆく役目を持っているが、活動の質については District によって異なり、ばらつきがあるようだ。

次に不妊手術に対する特典制度について説明したい。1979年に導入され、政府民間を問わず不妊手術を受けた者には女性は7日間、男性には3日間の有給休暇を与えるものとする。同じ年、不妊手術を行う医療班に対して給付金を定めた。1980年1月、不妊手術を受ける者に対して100ルピー（約1000円）の給付金を定めた。以後給付金額は下記のように幾度か変更された。

1980年1月	100ルピー
〃 10月	500ルピー
1981年2月	200ルピー
1982年1月	300ルピー
1983年6月	500ルピー

この特典制度の実施の中で不妊手術件数はどのように動いたのだろうか。下記に表を示す。

POPULATION POLICY FORMULATION AND IMPLEMENTATION



		不妊手術件数	
		男性	女性
1978年		2,325	19,624
1979年	有給休暇導入	5,640	30,033
1980年	1月 100ルピー	51,284	61,642
1981年	2月 200ルピー	30,333	46,300
1982年	3月 300ルピー	13,048	48,876
1983年	6月 500ルピー	42,547 (暫定)	58,899 (暫定)

以上の数字の推移を直ちに特典制度の導入に結びつけることはできないかもしれないが(1982年は選挙の年であり、また人種暴動も起きている等)、78年の導入以前と80年までの数字にははっきりと導入効果を見ることができよう。(500ルピーの設定は、月収の低所得ラインとみなされている。)

(2) 保健省(家庭保健局)

家庭保健局(Family Health Bureau)は母子保健を担当するAsst. Director (MCH)の下にある。保健大臣以下のラインを見ると、Secretary Health-Director of Health Services-Deputy Director (Public Health Services)-Asst. Director (MCH)-Family Health Bureauとなる。(組織図参照)

家庭保健局の仕事は、7つのUnitに分かれ、次の仕事を行なう。

妊産婦保健

乳幼児保健

学校保健

予防接種

家族計画

栄養(指導及給食含む)

その他にトレーニング、資機材供与、研究等を行う。

家族計画サービスは、全国を20のDivisionに分け、それぞれにSuperintendent of Health Services (SHS, 20名)その下に104のHealth Areasを持つ。それぞれのHealth AreaにはMedical Officer of Health (MOH, 104名)が駐在する。MOHの下にPublic Health Inspector, Public Health Nurse, Public Health Midwifeがいる。Public Health Midwifeは自らの分担地区を持ち、人口にして3,000~5,000人程度をカバーする。直接民衆と接触するのは主に彼女である。

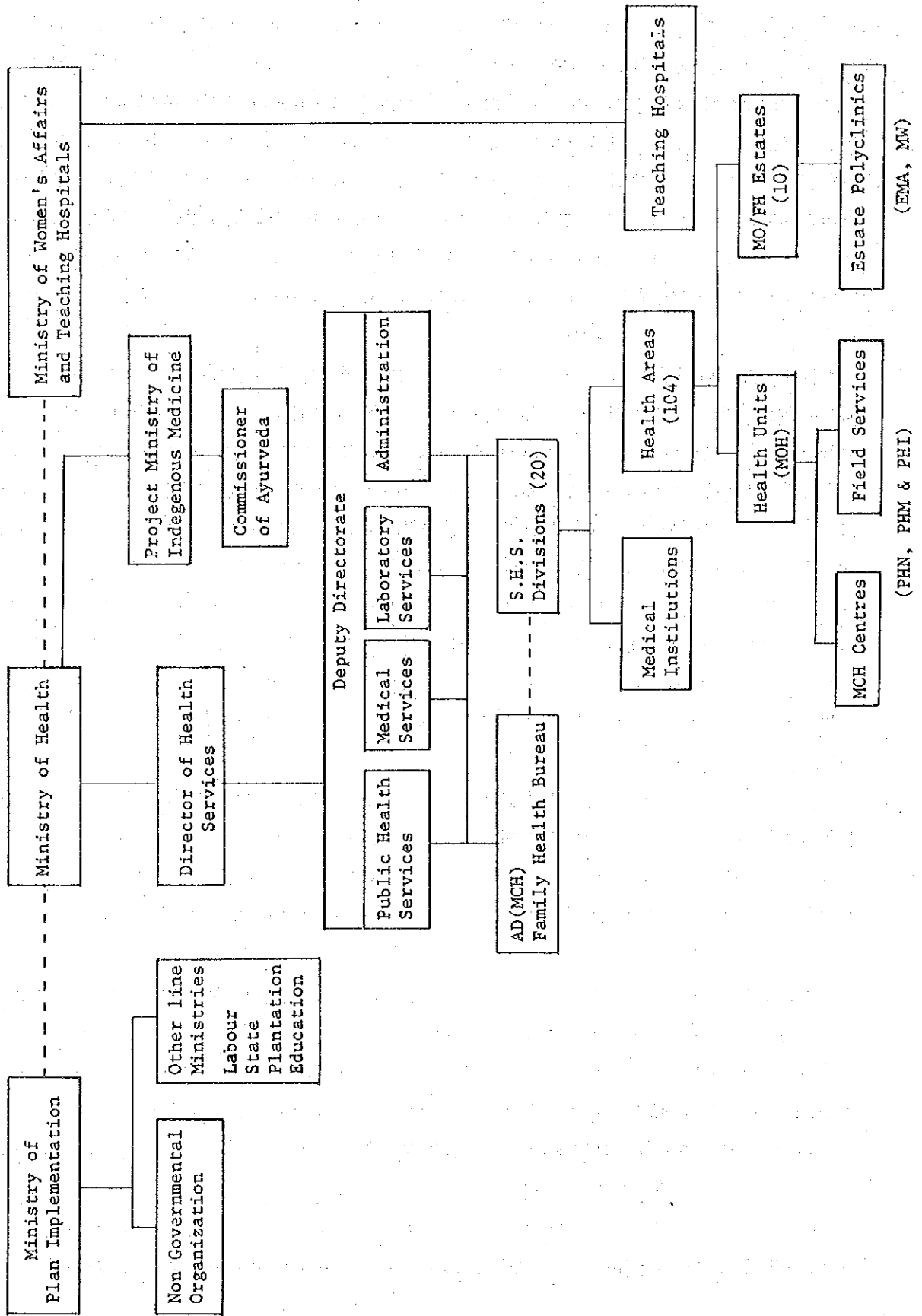
家族計画サービスは不妊手術、IUD、ピル、コンドーム、注射避妊(3ヶ月有効、但しコストの問題から極く一部で行なわれているにすぎない。)である。

通常の家庭保健活動の他に、国際機関の協力を得て特別プロジェクトを行っている。主な協力機関はUNFPA, UNICEF, WHO, SIDA, JOICFPで協力分野は不妊サービス強化、フィールドスタッフのトレーニング、農村部の母子保健サービス、栄養改善、寄生虫予防、調査研究等サービス全般にわたる。

家庭保健の教育活動については保健教育局(Family Education Bureau)がUNFPAの協力を得て行なっている。しかしフィールドレベルでは、Public Health Midwifeが家庭訪問を通じて母子保健指導を行なうことになる。Public Health Inspectorは主に男性の方の指導にあたりコンドームの配布する。(ピル、コンドームとも有料だが極めて小額である。)

家族計画サービスの組織図

Coordination & Implementation of Family Planning Programme



3-5 民間機関の家族計画プログラム

1) スリランカ家族計画協会 (FPASL)

FPASLは1953年に設立され、政府が国策として家族計画サービスを行うまで全国260のクリニックをベースにした運動の展開をしてきたが、1965年以後、その役割はIEC活動に重点が置かれてきた。今日、政府(人口部、家庭保健局)とも密接な関係を保ち民間の独自性を活かし多彩な活動を展開している。民間機関の中では今日でも最大の組織を維持し、全国20,000人のボランティアを有している、そのネットワークは全国(25のDistrict)にわたり、130人のスタッフがボランティアの指導にあっている。資金はIPPFから主に受けている。

(1) 啓蒙活動

先に述べたRural Sector Volunteer Movement(ボランティア2,000人)を1200の村々で展開。これは中央レベルにNational Committee, 25のDistrictレベルにDistrict Action Committeeそして各村にGrass Root Level Action Committeeを構成する。ボランティアは家族計画の啓蒙を家庭訪問や集会を通じて行ない政府もしくは民間の家族計画サービスを斡旋するが、彼ら自ら避妊具薬品を販売するようなことは殆どない。一般小売店はじめサービスを提供するネットワークは全国に行きわたっている。彼らの活動は家族計画の他、母子保健・栄養・環境衛生に関する啓蒙も合わせて行なう。1983年ボランティア活動により25,000人を越すアクセプター(ピル、IUD等の近代的方法)を護得した。

(2) 都市プログラム

毎年20程度の企業体に働く労働者を対象に家族計画の啓蒙活動を行う。

(3) プランテーション労働者

スリランカの主要輸出産品である紅茶、ゴムそしてココナツのプランテーションで働く労働者を対象に啓蒙活動を、同協会設立当初から行なっている。

1983年にはプランテーションのマネージャーに対してのセミナー、プランテーションの医師らを対象にしたトレーニングコースの他、一般労働者を対象に啓蒙活動を行なった。

(4) クリニック活動

先に述べたようにクリニック活動は政府によって引継がれているので、現在キャンディと本部にある2つのクリニックをオープンさせている。

家族計画サービスは全て有料であり、不妊手術代は50ルピーを徴収する。月平均20,800ルピーの収益がある。(1982年)(但し他の家族計画サービスによる収益を除く)

1982年に協会で行なわれた不妊手術件数は次の通り。

男性：2,541件

女性：735件

1981年と比べると男性は54%、女性は32%それぞれ減少した。理由の1つは本部のクリニッ

クが改築のため2ヶ月間閉じていたことが考えられるという。それと男性不妊手術の巡回車によるサービスが殆ど行なえなかったことも原因となっているという。クリニックでは男性の手術が週2回それぞれオープンしている。

協会を訪れる人々は、その70%が30歳以下である。一時的避妊を選ぶ人々の36%は1人子のカップル、46%が子供が2人いる家庭である。収入面から見ると、48%が月収500ルピー以下、41%が500-1000ルピーである。

不妊手術（女性）を受ける71%は子供が2人以下の女性である。男性の場合54%が30歳以下である。

以上の数字は1982年のものであるが、概して貧しい人々が比較的早い時期（年齢的にも子供の数が上でも）に手術を受けているようである。もっとも母子保健サービスが充実していることも挙げられようが500ルピーの給付金制度も無視できないだろう。

協会では一般小売店にピルやコンドームを置いて販売するプログラムを行い、相当の収益をあげている。6,000の小売店を通じ800万個のコンドームを販売し、スリランカ全体の85%を占めている。ピルについては政府が1サイクル50セント（5円程度）で配布しているのに対して、協会では3.5ルピーで販売し、スリランカ全体で40%を占めている。

この他に若者を対象にした人口教育、家庭保健局と共同によるIUDの普及に関する調査研究など多彩な活動を展開している。

次に他の家族計画に関する民間機関の活動を簡単に紹介する。規模から言えばスリランカ家族計画協会より小さいが、いずれも人口部（計画実施省）の指導を受け、特に人口サービス協会の活動は興味深い。

2) 人口サービス協会 (Population Services International)

1973年の設立され IPPF から資金協力を得て避妊用品の販売力調査を行なった。全国にある一般小売店を通してどれだけ避妊用品が販売できるかを調査した。このプロジェクト1975年 IPPF の CBD Division に引き継がれた。その当時、コンドームは月平均600,000個売れ、ピルについては18,000サイクル売れた。

1977年、FPPIAの資金協力を得てピルと母乳保育の啓蒙を第一子を産んだ母親を対象に行なった。1ヶ月毎に役所から情報を得て、母親たちに出産のお祝いと合わせて家族計画の必要性を説いたのである。3年間で133,273件の手紙が発送された。次のステップは母親たちの住んでいるところのクリニックを紹介し、避妊サービスとカウンセリングを斡旋しようとするものである。第2ステップについては準備段階を経て、昨年末より活動が始まりその結果は今のところ集計されていない。

医療サービスには西洋医学と先に触れた Ayurvedic Medicine がある。農村部ではむしろ伝統医学の方が人々にとって身近な存在である。従って家族計画を普及する際にも彼ら (Ayurvedic

Medicine Practitioner) の活用は大いに有効的であろう。彼らに家族計画のトレーニングを行なう避妊用品の配布のチャンネルにすることができれば家族計画は更に普及するだろうというのがこのプロジェクトの狙いである。イギリスのODMから援助を受け、1980年にスタートした。'83年までに2189の治療医がトレーニングを受け、126,106サイクルのピルが彼らを通じて販売された。この次のステップとして、5つのAyurvedaの大学の学生に家族計画のトレーニングを行い、2,000人を養成する。そして継続的なバックアップ体制を整備することを計画している。

主な国際援助機関はPIACT, FPIA, IPAVSなどである。

3) 地域開発協会 (Community Development Services)

1977年設立され、都市部農村部の貧困者を対象とする。現在6つのDistrictでサービスを行なっている。

活動の内容は人口・家族計画に関するセミナー、農村婦人を対象に手工芸品展を開き、それを通じて家族計画の啓蒙を行なったりする他家族計画サービス(不妊手術を含む)を行なっている。クリニックは本部(コロンボ)にひとつある。'83年はセミナーの対象に伝統医学(Ayurvedic Medicine)の治療医を選び好評であったという。

'83の活動実績は次の通り。

不妊手術：男性：	11,043 件
女性：	2,541 件
コンドーム：	260,225 個
ピル：	63,439 サイクル
予防接種：	11,382 件

4) スリランカ不妊手術推進協会 (Srilanka Association for Voluntary Sterilization)

1974年、ペラデニア大学とキャンディ総合病院の医師たちが発起人となって設立。当初は情報交換と啓蒙活動に力を注ぎ、実際に協会の活動として不妊手術を行なったのは1979年になったからである。キャンディに協会のクリニックが設立されたのは1983年であり、IPAVSの援助協力を受けている。名前の示す通り、不妊手術の普及を目的としている。

目下、3つのDistrict(キャンディ、ヌワラエリア、クルネガラ)をサービス地域として150人程のボランティアを有す。

1978年不妊手術に関する国内大会が開かれた後、第2回大会は、内外(外国からはインド、バングラデシュ、インドネシア、タイ)から多数の参加者を得て1982年に開かれた。

同協会の本格的な不妊手術活動はむしろこれからであろう。

不妊手術の条件は下記の通りであり、政府民間ともに同じである。

- (1) 男性は50歳以下であること

- (2) 女性は30歳以上45歳以下であること
- (3) 男女ともに既婚者であること
- (4) 既に2人以上の子供がいること

但し女性に対しては30歳以下であっても20歳以上であれば、認める場合もあるという(例: 経済的理由や他の避妊方法が適切でないような場合など)。

3-6 ま と め

既に見たようにスリランカの家族計画・保健サービス体制は充実しており、数字の上でもそれはよく表われている。

教育水準の高さから末端までの人材は比較的良好に整っている。家族計画の方法に関する知識と実行のギャップは、現行のサービスの継持と充実の中で着実に達成されつつあるように思われる。

しかしながら問題は決してないわけではなく、プランテーション労働者の家族計画・保健の水準は低いと言われ、国際機関が援助の縮小を始めていることから財政的な問題を抱えていること、そして公式の情報からは伺い得ないが、人種間の対立が家族計画を推めて行く上で障害となっていると思われることなどが指摘されよう。とくに国際援助機関はこの点に注意をすべきであろう。

また保健省と計画実施省のみならず、それぞれの関係機関の連携の悪さも援助について考える際に留意すべき点である。スリランカにおいても民間機関は活発であり、政府機関の縦割りの行政の中でよく連携をとりながら活動を行なっている。特に家族計画のように一家族のプライバシーに関わる問題については、そこに人種間のあつれきがあればなおのこと、政府ベースの援助の仕方には慎重にならざるを得ないだろう。したがってフィールドレベルにおける民間機関の活用も一考である。

4. 医療・保健事情

兵井伸行

- 4-1 保健水準
- 4-2 医療保健行政
- 4-3 医療・保健従事者
- 4-4 医療施設
- 4-5 母子保健
- 4-6 各省庁の母子衛生，家族計画の活動
- 4-7 まとめ

4-1 保健水準

スリランカの保健レベルは，その保健医療の下部組織構造からみても，インド洋地域においては優れたものであるといえる。粗死亡率は，第二次大戦直後に比べると約 $\frac{1}{3}$ の人口比対6.0（1981），乳児死亡率も約 $\frac{1}{3}$ の出生千対37.7（1979）に下がり，妊産婦死亡率にいたっては $\frac{1}{20}$ の出生千対0.8（1979）にまで下がっている（表1）。平均余命は，1971年に男64.2歳，女67.1歳

表1

VITAL STATISTICS 1945-1981

Year	Estimated Mid-Year Population ('000)	Crude Birth Rate	Crude Death Rate	Maternal Death Rate	Infant Mortality Rate
1945	6,650	36.6	21.9	16.5	140
1950	7,678	40.4	12.6	5.6	82
1955	8,723	37.3	10.8	4.1	71
1960	9,896	36.6	8.6	3.0	57
1965	10,903	33.1	8.2	2.4	53.2
1970	12,516	29.4	7.5	1.5	47.5
1971	12,608	30.4	7.7	1.4	44.8
1972	12,861	30.0	8.1	1.3	45.6
1973	13,091	28.0	7.7	1.2	46.3
1974	13,284	27.5	9.0	1.0	51.2
1975	13,496	27.7	8.5	1.0	45.1
1976	13,717	27.8	7.8	0.9	43.7
1977	13,942	27.9	7.4	1.0	42.4
1978	14,190	28.4	6.6	0.8	37.1
1979	14,471	28.7	6.5	0.8*	37.7*
1980	14,738	27.6*	6.1*	...	...
1981	14,988*	28.0*	6.0*	...	...

* Provisional

Source : Registrar General's Department

表 2

TABLE 19—EXPECTATION OF LIFE AT BIRTH

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

Source: Dept. of Census and Statistics.

妊産婦死亡率の低下は主に医療の恩恵に預る機会の増加や結婚年齢の上昇（男28歳，女24歳）によるものとみられる。一方，乳児死亡率と成人の死亡率の低下は，環境の改善ならびに予防医学の進歩によるものと考えられる。

このようなスリランカの目覚ましい保健レベル向上の基礎を形作ったのは，無料教育による高い識字率（男90.5%，女82.4%；1981年）と経済発展に伴う収入の増加ならびに，医療サービスの無料提供であろう。

しかしこの保健レベルも全国一様でなくかなりの地域差および種族的集団間の差がみられる（表3）。乳児死亡率ではNuwara Eliyaの79.2からMullaitivu Districtの17.5，粗死亡率においてはColomboの9.0からMullaitivu Districtの2.9などと地域差がみられる。またシンハリ族の1976年の死亡率は7.1と，インド・タミール族の14.8に比べると，低い数字を示しており，両者の社会経済状態を反映しているものとみられる。

スリランカが現在直面している保健衛生の最大の問題は環境衛生と感染症である。疾病患者統計は政府医療機関のみに基づくものであり，民間医療機関にかかる推定40%とされる外来患者と同じく5%とされる入院患者は除かれているが，その統計によると1)感染症と寄生虫（約半数が腸管感染症），2)呼吸器系疾患，3)妊娠・出産が原因による疾病，などが主要なものとしてあげられる（表4）。

成人の死亡率はすでに先進諸国の水準に近づきつつあり，今後医療，予防医学への莫大な投資，によっても著しい低下は望めそうもない。一方，乳児死亡率や子供の死亡率は上水道の設置などによる環境衛生の向上と，プライマソヘルス・ケアの充実によって更に低下するものと考えられる。1981年，安全な飲料水に接することのできるのは都市人口の72%，農村部人口の16%，全人口の27%にすぎないが，政府は1990年までに全人口の57%に安全な飲料水を供給する計画である。

表 3

VITAL STATISTICS BY DISTRICT

District	Crude Birth Rate* (1981)	Crude Death Rate* (1981)	Maternal Death Rate (1979)	Infant Mortality Rate (1979)
SRI LANKA	28.0	6.0	0.8	37.7
Colombo	27.7	9.0	0.5	49.5
Gampaha	20.7	6.3	0.3	26.0
Kalutara	27.2	5.5	0.5	34.3
Kandy	25.6	6.9	1.2	60.3
Matale	30.3	5.2	0.6	31.0
Nuwara Eliya	27.9	7.0	1.7	79.2
Galle	24.0	6.0	0.9	38.4
Matara	29.0	5.6	1.1	35.7
Hambantota	30.8	4.5	0.4	23.7
Jaffna	27.9	5.2	0.2	18.0
Mannar	40.4	5.9	1.4	25.1
Vavuniya	45.1	5.2	1.2	26.3
Mullaitivu	32.6	2.9	0.0	17.5
Batticaloa	34.7	8.0	1.3	35.2
Amparai	30.6	4.7	1.2	23.5
Trincomalee	36.4	4.1	0.9	18.9
Kurunegala	26.4	5.4	0.6	32.4
Puttalam	32.8	5.5	0.5	21.9
Anuradhapura	36.7	4.9	0.6	21.1
Polonnaruwa	35.1	4.8	0.7	17.8
Badulla	26.0	5.9	0.9	56.6
Moneragala	38.7	3.5	1.2	22.4
Ratnapura	33.2	6.1	1.0	55.0
Kegalle	22.7	5.2	0.6	33.6

*Provisional

Source : Registrar General's Department.

表 4

HOSPITAL MORBIDITY AND MORTALITY IN SELECTED YEARS 1965-1982

Disease Groups (ICD Ninth Revision Grouping)	Cases Discharged from Government Hospitals per 100,000 Population					Deaths in Government Hospitals per 100,000 Population				
	1965	1970	1975	1980	1982	1965	1970	1975	1980	1982
1. Infectious and Parasitic Diseases	1,731.8	3,206.1	2,703.0	2,065.4	2,132.2	32.5	43.3	42.1	23.1	24.2
2. Neoplasms	122.3	137.4	155.7	129.6	123.6	8.3	10.3	8.8	6.4	7.4
3. Endocrine, Nutritional and Metabolic Disorders and Immunity Disorders	837.2	338.9	325.2	234.1	219.2	8.6	7.1	15.9	3.5	3.4
4. Diseases of Blood and Blood-Forming Organs	611.7	533.9	450.9	359.0	348.9	8.3	6.7	10.5	3.5	3.1
5. Mental Disorders	133.2	176.8	174.3	226.9	200.8	1.0	0.6	1.5	2.2	0.4
6. Diseases of the Nervous System and Sense Organs	405.6	397.2	350.3	398.0	415.4	10.8	6.6	7.1	6.6	7.3
7. Diseases of the Circulatory System	520.7	528.7	574.9	617.4	656.6	32.0	35.4	42.1	33.7	38.6
8. Diseases of the Respiratory System	2,699.9	3,053.7	2,341.2	2,342.6	2,541.4	29.7	30.3	30.5	19.1	21.0
9. Diseases of the Digestive System	1,486.0	883.0	899.7	692.0	672.0	27.0	11.6	12.5	8.4	8.8
10. Diseases of the Genito-Urinary System	468.3	598.3	577.1	662.3	650.0	5.1	5.1	4.8	3.0	3.6
11. Complications of Pregnancy, Childbirth and the Puerperium	2,844.6	2,739.7	2,998.1	3,427.6	3,218.4	6.6	3.2	2.4	1.5	1.2
12. Diseases of the Skin and Sub-cutaneous Tissues	490.8	651.0	711.4	596.8	625.6	0.5	0.3	1.2	0.5	0.3
13. Diseases of the Musculo-Skeletal and Connective Tissues	443.9	338.0	350.4	414.7	439.1	0.4	0.3	0.2	0.2	0.2
14. Congenital Anomalies	22.7	56.6	34.0	30.6	19.4	2.4	5.4	5.7	3.3	1.6
15. Certain conditions Originating in the Perinatal Period	167.0	104.0	89.6	90.4	84.2	23.8	23.9	17.7	20.0	17.5
16. Symptoms, Signs and Ill-Defined Conditions	264.7	711.5	920.4	1,154.9	1,307.8	11.6	10.5	15.6	14.1	12.2
17. Injury and Poisoning	1,523.3	2,055.0	1,750.7	1,743.3	1,753.0	20.6	17.8	21.2	27.5	23.4
TOTAL (ALL DISEASES)	14,773.9	16,509.8	15,406.9	15,185.4	15,407.8	229.1	218.5	239.8	176.7	174.1

Source : Office of the Medical Statistician.

4-2 医療・保健行政

スリランカの医療保健行政は全国19の health division を単位として行なわれている。各 health division は人口20万から120万程度で、Superintendent of health services (SHS) の管轄下に置かれている。Health division は更に health area に細く分割され、保健省の下全国に104の health area が存在し、コロンボなどの5つの大都市 (municipalities) は別に Ministry of Local Government が管轄している。

Medical officer of health (MOH) が、health area を管轄するとともに、保健婦、助産婦、public health inspectors からなるチームが health area における出生前後のケア、家族計画の指導、予防接種、栄養など予防医学、母子保健を担当しており、地域サービス、訪問指導などを行なっている。末端の医学保健行政単位は public health midwife が担当する人口3千から8千の地域で、幾つかの村より成り立っている。

各 health area では area 内の医療施設が治療を中心とする医療面を担当している。District medical officer (DMO) が責任を持ち、全国114の district hospital を管轄しており、その下で junior doctors, assistant medical practitioners (AMP's), 看護婦、助産婦が働いている。この他全国110の peripheral unit という施設が各 district hospital 管轄区域内で、junior doctors か AMP's により運営されている。Peripheral unit は産科病棟、あるいは両方を持つ診療所である。一般的に health center は public health midwife の担当する地域2箇所につき1つ設置されている。

民間医療は ayurvedic practitioners と allopathic doctors により行なわれており、ほとんどの小さな町には診療所が見受けられる。政府は ayurvedic practitioner の教育訓練を援助する他、Institute of Ayurveda for Ayurvedic Hospital を運営している。

4-3 医療・保健従事者

スリランカの医療・保健従事者数は他の発展途上国に比較すると多い、しかし経験を積んだ医療・保健従事者が近年中近東諸国へ流出しており、国内での人口増加に伴う需要の伸びに対応できていない。また、従事者の配分にも相当の地域差が見られ、都市部で高い傾向にある(表5)。

1982年における医療保健従事者数は人口10万に対し、医師12.9、看護婦45.9、Medical officer of Health (MOH) 0.6、Public Health Midwife (PHM) 15.2である。現在、医療保健従事者の不足を解消するために教育訓練の拡張が実施されており、人口10万対医師16.0、PHM 33、を目標としている。この他に、国連開発計画 (UNDP) のボランティア・プログラムにより医師157名が医師協力を行なっている。

表 5

KEY HEALTH PERSONNEL BY SHS DIVISION-1 AUGUST 1982

SHS Division	Medical Officers ¹		RMP/AMP		Nurses ²		MOH		PHN		PHI		PHM	
	No.	Rate ³	No.	Rate ³	No.	Rate ³	No.	Rate ³	No.	Rate ³	No.	Rate ³	No.	Rate ³
All Island	1942	12.9	884	5.9	6931	45.9	93	0.6	241	1.6	962	6.4	2296	15.2
Colombo	598	34.8	43	2.5	1760	102.3	13	0.8	47	2.7	65	3.8	98	5.7
Gampaha	129	9.1	73	5.2	482	34.1	9	0.6	20	1.4	66	4.7	228	16.1
Kalutara	69	8.2	31	3.7	337	40.2	8	1.0	46	5.5	63	7.5	188	22.4
Kandy	197	17.4	72	6.4	745	65.9	6	0.5	18	1.6	80	7.1	240	21.2
Matale	37	5.8	43	6.7	177	27.7	2	0.3	4	0.6	39	6.1	77	12.1
Nuwara Eliya	27	5.2	...	...	103	19.8	2	0.4	-	-	9	1.7	20	3.8
Galle	59	7.2	50	6.1	307	37.3	6	0.7	37	4.5	48	5.8	148	18.0
Matara	54	5.0	49	4.5	252	23.2	7	0.6	10	0.9	65	6.0	174	16.1
Jaffna	147	17.4	67	7.9	330	39.0	7	0.8	3	0.4	48	5.7	155	18.3
Vavuniya	22	7.5	39	13.3	54	18.4	2	0.7	-	-	18	6.1	31	10.6
Batticaloa	40	11.8	30	8.8	106	31.3	3	0.9	1	0.3	12	3.5	28	8.3
Amparaj	18	4.5	29	7.2	44	10.9	1	0.2	-	-	20	5.0	58	14.4
Kurunegala	88	7.1	92	7.5	458	37.1	6	0.5	18	1.5	69	5.6	271	22.0
Puttalam	31	6.1	41	8.1	155	30.6	4	0.8	7	1.4	21	4.1	60	11.8
Anuradhapura	69	16.6	72	17.0	276	31.4	4	0.5	5	0.6	39	4.4	92	10.5
Badulla	65	10.1	39	6.0	248	38.4	2	0.3	5	0.8	24	3.7	106	16.4
Monaragala	9	3.1	23	7.9	42	14.5	2	0.7	-	-	11	3.8	...	...
Ratnapura	86	10.6	44	5.4	298	36.7	3	0.4	7	0.9	41	5.1	122	15.0
Kegalle	43	6.3	40	5.8	266	38.8	6	0.9	12	1.8	47	6.9	200	29.2
Special Campaigns	71	0.5	6	0.0	253	1.7	-	-	-	-	160	1.1	-	-
Others	83	0.5	1	0.0	238	1.6	-	-	1	0.0	17	0.1	-	-

¹ Excluding MOH

² Excluding 1531 Student Nurses

³ Rate per 100,000 population

Source : Office of the Medical Statistician.

4-4 医療施設

医療施設の種別別の数とその病床数を表6に示す。種別で数の多いのは Central Dispensary (338) District Hospital (114), Rural Hospital (112), Peripheral (110), などである。

表 6

NUMBER AND BED STRENGTH OF HEALTH INSTITUTIONS BY TYPE
SRI LANKA - 1982

Type of Institution	Number	Beds
Provincial Hospital ¹	12	10,768
Base Hospital	17	5,551
District Hospital	114	12,221
Peripheral Unit	110	4,423
Rural Hospital	112	2,494
Maternity Hospital	2	700
Mental Hospital	2	1,884
Chest Hospital	3	1,277
Leprosy Hospital	2	393
Cancer Hospital	1	462
Children's Hospital	1	614
Eye Hospital	1	471
Dental Hospital	1	42
Maternity Home ² and Central Dispensary	102	1,132
Other Hospital	13	957
Central Dispensary	338	-
Total	831	43,389

¹ Includes Teaching Hospitals

² Includes 19 Maternity Homes in charges of Midwives

³ In addition, there are about 650 Branch Dispensaries and Visiting Stations where an AMP is usually available once a week or fortnight.

Source : Office of the Medical Statistician.

病床数からみると、District Hospital, Provincial Hospital が各々1万床を越えている。したがって、人口10万対の病床数は286となる。ちなみに日本の一般病床は全国平均799(1981)である。

全国19のSHS (superintendant of health service) divisionにおける一般病床数の配分をみると、コロンボ、キャンディといった都市部で高くなっており、地域差がみられる(表7)。

一般に規模の大きな施設は利用者が多過ぎ病床が不足しているが、Maternity homeの平均病床専有率が21%と、小さな施設では空の病床が目立つ傾向にある。

表 7

DISTRIBUTION OF GENERAL HOSPITAL BEDS* BY SHS DIVISIONS
SRI LANKA - 1982

SHS Division	Total No. of Beds	Beds per 1,000 Population
Colombo	4,739	2.8
Gampaha	2,891	2.0
Kalutara	1,956	2.3
Kandy	4,132	3.7
Matale	1,643	2.6
Nuwara Eliya	1,105	2.1
Galle	1,830	2.2
Matara	2,354	2.2
Jaffna	2,650	3.1
Vavuniya	714	2.4
Batticaloa	793	2.3
Amparai	647	1.6
Kurunegala	2,945	2.4
Puttalam	1,120	2.2
Anuradhapura	2,170	2.5
Badulla	1,657	2.6
Moneragala	620	2.1
Ratnapura	2,365	2.9
Kegalle	1,638	2.4
All Island (Total)	37,969	2.5

* Excluding beds in specialised hospitals.

Source : Office of the Medical Statistician.

4-5 母子保健

スリランカにおける母子保健は一般的に良い状態にあるといえる。政府医療施設の産科病床は8303床(1982)あり、出産総数の約75%(出生315,184, 1982)が医療施設における分娩である。死産率は出産千対21.0であり、日本の自然死産率27.7(1982)より低い。乳児死亡率は出生千対37.1(1978)、日本は6.6(1982)であり、妊産婦死亡率は出生1万対8.0(1978)、日本は1.9(1982)である。

このように母子保健の水準はかなり高いが、その反面家庭分娩の半数が訓練を受けた医療保健従事者の介助なしに行なわれたり、妊娠28週までに産科診療を受けるのは妊婦の約 $\frac{1}{3}$ であるなど問題点も残している。

母子保健の基本となっているのは、

- 1) 産前、出生、産後のケア
- 2) 家族計画 - 情報

- 指導
- 避妊具供給
- 3) 予防接種
- 4) 栄養
 - 栄養教育
 - 栄養障害の矯正
 - 栄養保給食品の供給
- 5) 乳幼児ケア
 - スクリーニング
 - 先天異常の早期発見
 - 疾病治療
- 6) 学校保健
- 7) 健康教育

である。これらを実施するに当っては project Ministry of Colombo Hospital and Family Health の下の Family Health Bureau が中心となり、医療保健分野の既在の下部組織を活用している。

一方、Estate と呼ばれる紅茶やゴム栽培を中心とする全国 800 余りのプランテーションは、150 万程の人口を有している。これらプランテーションにおける保健水準は低く、全国平均に比べると 2 倍悪いとされている。

政府はプランテーションの保健水準向上のため 400 の estate polyclinic の設置に努めているが、medical officer の配置、車輛の確保と維持、public health nurse の不足、estate 労働者のタシール語を解する人材の活用など問題は多い。Medical officer の任用を増さないため、Assistant medical practitioner (AMP) と助産婦だけで運営可能な polyclinic は、medical officer の定期的な訪問による鑑査を受けるだけで活動を行なっている現状である。

政府医療施設では CARE により供給された Thripasha という高蛋白の栄養保給食品を年間 75,000 人以上の妊産婦、同数の乳児、175,000 人の就学期前児童に無料で分配している。分配の際には転売を防ぐため医療施設間で摂取を原則としている。

予防接種の実施率は表 8 に示す通り前年に比べて高くなっている。この数字は予防接種報告を送付してきた病院だけ (80%) に基づくため、実際の実施率はもっと高い。BCG については、施設分娩の 76.6% に接種されており、全国では出生時に 36.5% が接種を受けていると推定される。政府は 1985 年までに総ての乳幼児、学童、妊婦に予防接種を実施する計画である。これら予防接種の記録は各々の区域の public health midwife が記録保管している。

実際に視察した母子保健の実施状況は次のとおりであった。

a) Padukka MOH office

調査団が訪れた Padukka の MOH office の管轄する health area は人口 148,000 (1984 年推計) を有し、人口密度は 572 人に 1 村 (コロンボは 600 人に 1 村) であった。Padukka には全部で 6

表 8

VACCINATION COVERAGE (1981 & 1982)

Vaccine/Dose		1981	1982
Triple Vaccine	1st	76.5%	79.1%
	2nd	63.9%	70.3%
	3rd	46.3%	56.0%
Oral Vaccine	1st	75.3%	78.3%
	2nd	63.1%	69.8%
	3rd	47.2%	55.5%
Tetanus Toxoid *	1st	57.7%	57.9%
	2nd and Booster	47.5%	47.1%

* Tetanus Toxoid for pregnant women.

Source : Epidemiological Unit.

つの health area があり、その人口の 5% がプランテーションに居住しているという。

MOH office には、medical officer of health 1 名、public health nurse assistant 3 名、nursing sister 1 名、環境衛生や伝染病対策を仕事とする public health inspector 9 名、public health midwife 2 名がいる。

同じ health area 内には医療施設として 3 つの病院と 5 つの外來診療所が医療面を受け持っている。

MOH office の主な仕事は、1) 出生死亡登録（データは Family health Bureau へ送付）、2) 妊産婦、新生児登録（母子健康手帳に相当する記録を有す）、3) 歯科・口腔衛生、4) 家族計画、5) 予防接種、6) 栄養、7) 健康教育、である。その他に、最大数の住民に接するために、政府と民間によるボランティアの教育訓練も行なっている。Peripheral Public health midwife などを対象とした 3 日間のワーク・ショップも開かれている。

Padukka には family health training center があり、年間 40 名余りの family health worker (public health midwife) を 6 ヶ月のコースで教育している。この他に 3 つの Nurse training center と 7 つの Field training center があり、医療・保健従事者の教育訓練に当たっている。

MOH レベルでの母子保健、特に地域社会開発の活動における新しい特徴は Gramodaya Mandale である。Gramodaya Mandale は村単位の非政治的ボランティア団体から選出された役員と地方政府役人からなる組織で、District Development Council の下部組織である。この Gramodaya Mandale は政府によって 1981 年設置された機構であるが、村レベルでの環境整備、安全

な飲料水の確保，食料供給，基本的な保健衛生の確立，教育施設拡充，電力供給などを目標とし，村の基本的な生活条件を満たす努力を行なっている。

Padukkaの MOH officeでも，Gramodaya Mandaleの協力の下，栄養障害のスクリーニングを実施している。

b) Meegola Public Health Midwife office

Padukka MOH officeの管轄下にある Meegolaの public health midwife officeは health areaの末端の医療保健行政単位であり，人口4000余りを活動の対象としている。Public health wife 1名が officeでの活動と訪問指導を実施している。主な活動は MOH officeと同じものであるが，(1)出生，予防接種（BGG，DPT，OPV，Booster）の記録，(2)家族計画：ピルの供給，デボ・プロペラ接種（年間100件），不妊手術希望者の病院への付託，(3)妊婦登録：登録カードにより Thripasha支給，(4)村の健康保健台帳記録，月間出生記録，などを行なっている。日々の活動記録は月間記録にまとめられ，MOH officeへ送られるとともに鑑査を受ける仕組みになっている。

c) Penrith Estate Polyclinic

Penrith Estateはゴムと紅茶栽培のプランテーションで，人口2300人の規模である。このプランテーション内の polyclinicは助産婦と Assistant Medical practitioner（AMP）の2名により運営されている。人口の大半はタミール族で polyclinic訪問のために月1回半日の有給休暇が与えられている。polyclinicでは予防接種と家族計画を主な仕事としており，予防接種のワクチンは隣接した Key estateから Satellite estateまで保冷器に入れて運んで来るとのことである。月間25～30の出産を取り扱っており，Polyclinicには抗生物質，ビタミン剤，駆虫剤，サルファ剤などの他に経口補水塩などを揃えている。

d) Padukka Peripheral Unit

各 divisionの Superintendent of Health Services（SHS）の下に Base Hospital, District Hospital, Peripheral Unit, Rural Hospitalなどが配置され，治療を中心とする医療を行なっている。Peripheral unitは各 districtに1つあり，Padukkaの peripheral unitの場合，医師（General Practitioner）1名，看護婦10名，Medical Practitioner 1名，助産婦6名，歯科医師1名より構成されている。一般外来診療の他に16床の産科病棟を持っており，出産後のBCG接種も行なっている。BCG以外の予防接種は実施しておらず。唯看護婦の予防接種訓練のみを行なっている。過去週1回の巡回チームによる不妊手術が行なわれていたが，現在では中止されており，巡回チームではなく unitで不妊手術を実施できるようになれば再開するとのことである。

治療を中心とした医療が中心であるが，特に母子保健の面では，予防医学のMOH側と緊密な協力を行なっている。

4-6 政府省庁の母子衛生／家族計画の活動

1) Ministry of Labor (労働省)

Ministry of Laborでは労働者に対する人口教育を、(1)都市部、(2)プランテーション、(3)非組織労働者、を対象として実施している。都市部においては、労働組合や管理者、学校教師を教育しており、各々配下の労働者、学童の両親やPTAにまで人口教育を浸透させる仲立となっている。

プランテーションにおいては、労働者や管理者に対して人口問題や家族計画の動機付けのための教育集会を開催しており、同様に自営農のような非組織労働者を対象に、教育コースを設けている。いずれの場合にも、単に人口問題や家族計画を教えるのみでなく、具体的な避妊法や栄養、環境衛生についても指導している。

Ministry of Laborはこの分野の活動においてpopulation division (Ministry of Plan Implementation)とMinistry of Healthとの協力を得ている。こういった集会やセミナーによって、労働者の人口家族問題への関心が広く高まったといえるか、その関心に結びつくサービスの提供や維持が問題である。その他の地域開発実施団体の参加協力も必要で、総合的な教育と結びついた展開が望まれる。

2) Ministry of Education (文部省)

学校における人口教育のプロジェクトは1974年UNFPAの援助で開始された。現在、学校教育においては、6年から10年生(13-17歳)に対し、家族計画については全く触れない人口教育を行なっている。4500余りの公立の中学校(全国の92-95%の中学生)で実施されている。

Ministry of Educationの主な活動は、人口問題に関するカリキュラムの作成、教師の指導訓練や関連図書作成(6冊は既に出版され、1984年に3冊出版予定)、視聴覚教材作成などである。学校教師に対しては、Ministry of Educationが人口問題、栄養、感染症、個人・環境衛生(口腔衛生を含む)、禁煙、などに関する情報を提供している。

学校保健分野では、都市部においてAssistant Medical Practitioner (AMP)やRegistered Medical Practitioner (RMP)あるいは校医(5%)が学童を受け持っているが、地方ではほとんど学校保健は存在しない状況である。1981年、9177校ある公立学校の中で学童の健康診断を行ったのは1780校にすぎず、全体の19%であった。小学校だけをみると17.6%の実施率である。この健康診断を受けた学童の45%に何らかの障害が見い出されており、低体重(13.6%)、貧血(11.6%)、皮膚病(10.5%)が主なものであった。むし歯にいたっては83%に見られた。

今後、学校保健の充実を計るとともに、人口問題に関する教師の指導訓練や教材開発が過去の活動の分析を基に成されなければならないであろう。

4-7 ま と め

インド洋地域において、スリランカの保健医療水準は高く、保健医療の下部組織も整備されている。しかし、近年の人口増加と経験を積んだ保健医療従事者の海外への流出によって深刻な人手不足に直面している。

一方、全国に800余りあるプランテーションにおいては保健水準も低く、保健医療従事者の不足や民族的問題もならんでその全体的な水準を引き上げることは容易ではない。

妊娠可能年齢にある人口が増えることによる人口増加率の上昇を低下させるには出生力の抑制が必要である。年間330,000人にのぼる人口増加によって、十分な食料、住居、教育、保健医療、職を供給する経済的基盤がゆるぎ、政府は社会福祉の継続的発展と生活水準の向上を計る経済政策に苦慮しているといえる。

スリランカの疾病、死亡原因は、感染症と寄生虫、呼吸器系疾患、妊娠出産によるもの、栄養、マラリヤなどが主なものである。よって保健省は徐々に予防医学に重点を置きつつあるが、依然治療を中心とした医療主体の政策をとっており、計画されたプライマリ・ヘルス・ケア大綱の実施可能性、目標、費用、住民参加などに多くの問題点を残している。

また、public health nurse, public health midwife, public health inspector や peripheral medical officer などの不足と監督の不備により、保健医療を末端にまで届ける体制が機能しない場合が見られる。

表 9

MINISTRY OF HEALTH-SRI LANKA
SUMMARY OF EXPENDITURE 1981 & 1982

Programme	Actual 1981 (Rs. '000)	Actual 1982 (Rs. '000)	% Increase (Decrease) from 1981
Recurrent Expenditure :			
1. General Administration and Staff Services	59,368	70,032	18.0
2. Patient Care Services	594,151	792,906	33.4
3. Community Health Services	178,167	238,206	33.7
Total Recurrent	831,686	1,101,144	32.4
Capital Expenditure :			
1. General Administration and Staff Services	13,407	3,392	(74.7)
2. Patient Care Services	67,777	73,263	8.1
3. Community Health Services	18,345	9,868	(46.2)
Total Capital	99,529	86,523	(13.1)
Source of Funds :			
Consolidated Fund	886,543	1,148,281	29.5
Foreign Aid	44,672	39,386	(11.8)
Grand Total	931,215	1,187,667	27.5

Source : Finance Branch, Ministry of Health

医療の無料給付と三次医療の占める高い医療費、医療への強い要求（平均外来訪問回数 2 回）により医療財政（表 9）は 1982 年前年に比べて 27.5 % の増加、5 年前と比べ 24.2 % の増加を示し医療財源の確保が深刻な課題である。

その他、政府各省庁間の意志疎通や協力、組織機構の改編や指導者の交替なども政策実行上の問題点として指摘できる。

5. 国際援助機関の活動

兵 井 伸 行

- 5-1 はじめに
- 5-2 UNFPA (国連人口活動基金)
- 5-3 USAID (米国国際開発局)
- 5-4 まとめ

5-1 はじめに

現在保健医療分野で援助協力を行なっているのは日本を含む5ヶ国と4つの国連機関である。これら援助機関による1982年の援助協力を表1に示す。1982年の医療費総額に占めるこれら援助は3.1%で前年の5.0%より減少している。

5-2 UNFPA (国連人口活動基金)

UNFPAのスリランカへの援助協力は、1969-72年の準備期間を置いて、1973年より実質的に開始された。1981年末までの援助総額は1013万米ドル(表2)であり、その内分けは家族計画、コミュニケーションと教育が主で80%の援助がこの分野を対象としている(表3)。

UNFPAの援助は一般にWHO, UNICEF, UNESCO, ILOなど国連機関を通じて政府の政策実施省庁へ流れる。UNESCOはMinistry of Educationを通じて、ILOはMinistry of Laborを通じて援助協力を行なっているが、UNFPAのMinistry of Plan Implementationへの直接援助も増えてきている。

現在UNFPAが実施している1982-85年の国家計画における主なプロジェクトは次の通りである。

1) 家族保健サービスの強化

- ① District hospital の手術室改善
 - ② Medical officer に対する不妊手術訓練
 - ③ penipheral health worker に対する家族計画、母子保健の教育訓練
- 実施機関WHO, 予算(1982) \$ 168,000

2) 国家家族計画プログラムへの避妊具の供給

表 1

FOREIGN AID UTILISATION - 1982

Funding Agency	Project Title and Period	Total Commitment (US \$ '000)	Aid Utilised in 1982 (US \$ '000)	Aid Utilised upto 31.12.82 (Cumulative) (US \$ '000)
Government of Japan	1. Sri Jayawardenapura Hospital (1980-1983)	37,273	15,909	31,818
NORAD	1. Hambantota Integrated Rural Development Programme (Health Component) (1981-)	183	17	73
U.S. AID	1. Malaria Control (Loan) (1978-1984)	16,000	3,705	13,952
	2. N.I.H.S. (Grant) (1980-1984)	2,200	45	45
	3. Jaffna Town Water (Grant) (1980-1984)	2,000	1,178	1,178
	4. Rural Family Health Projects (1980-1985)	724	142	250
	5. PL. 480-Title II (Grant) Food Aid :			
	(a) Maternal/Child Feeding	-	2,752	-
	(b) School Feeding		3,103	
SIDA	1. Family Planning Programme	4,453	466	4,076
Govt. of Netherlands	1. Cardiology Unit, Colombo (1977-)	98	45	45
	2. Rehabilitation Medical Institutions (1978-)	197	42	191
UNDP	1. UNV Technical Assistance in Strengthening Health Services (1978-1984)	5,000	1,188	4,807
WHO	1. 1982/1983 Programme Budget	2,830	2,670*	2,670*
UNICEF	1. Rural MCH Services (1979-1983)	1,050	284	1,043
	2. Expanded Programme of Immunisation (1979-1983)	1,074	108	836
	3. Health Manpower Development (1979-1983)	728	113	531
UNFPA	1. Manpower Development (Training of staff in Family Health & Family Planning) (1973-1982)	3,776	585	-
	2. Hospital Based F.P.** Services (SRL/77/P02)	889	53	-
	3. Salary Supplement to Doctors who perform sterilizations (SRL/73/P08)	394	88	-
	4. Supply of contraceptives (SRL/81/P06)	1,900	177	-
	5. Other health related activities	4,173	358	-

* Obligated and under process.

** Norwegian Govt., funds in Trust with UNFPA.

Source : Planning Division, Ministry of Health.

表 2

Expenditures (US \$ 1000)

1969-1971	57
1972	147
1973	255
1974	915
1975	1,850
1976	1,045
1977	550
1978	950
1979	1,598
1980	1,353
1981	1,410
Total	<u>10,130</u>

表 3

Expenditures by Workplan Category
(US \$ 1000)

Basic Data Collection ..	220	2
Population Dynamics ..	473	4
Formulation & Evaluation of Policies	102	1
Family Health	6,201	62
Population Communication & Education	1,823	18
Special Projects	765	7
Multisector Activities ..	546	5
Total	<u>10,130</u>	<u>100</u>

実施機関 UNFPA, 予算総額 \$ 1,792,000

3) Ayurvedic practitioner に対する家族計画の教育訓練

パイロット・プロジェクトとして Ayurvedic practitioner 300名に家族計画カウンセリ
ングとピルの処方についての教育訓練

実施機関 WHO, 予算総額 \$ 100,000

4) プランテーション労働者に対する母子保健/家族計画

① Estate polyclinic の数を 400 に拡大

② 医療機器、医薬品の供給

③ Assistant Medical Practitioner (AMP) と Public Health Midwife (family health worker) の基礎訓練

実施機関 UNFPA, UNICEF, 予算総額 \$ 395,000

(5) 1981年国勢調査援助

1981年国勢調査のデータ処理、機器、機材供与、訓練

実施機関 UNDTCD, 予算 (1982/83) \$ 150,000

(6) Population Information Center and Clearing House

Ministry of Plan Implementation の下、Population Information Center が 1981年設立され人口問題に関する資料・情報を収集提供している。

実施機関 ESCAP, 予算 (1982-84) \$ 101,000

UNFPA はスリランカの母子保健、家族計画の他の発展途上国に比べれば、一般的に水準の高いものであるとしながらも、現在、直面している問題として、地域格差や民間集団間の格差、政策実施の際に重要な政府省庁間の協力と相互理解、保健医療従事者の不足などを指摘している。

5-3 USAID (米国国際開発局)

USAID は 1983年人口、家族計画分野に \$ 700,000 の援助を実施している。主な援助協力は、Registered Medical Practitioner (RMP) と Assistant Medical practitioner (AMP) を対象とする IUD 入などを含む母子保健と家族計画の教育訓練であり、1982年にはその3ヶ月コースにおいて Ministry of Health で 199名、Estate で 20名の教育訓練を行なった。しかし USAID は現在家族計画においては、二国間協力を実施しておらず、アメリカ国内の NGO との契約に基づくスリランカの NGO 援助という間接的な形をとっている。

この他に、マラリア対策、上水道建設、栄養補給食品供給などの援助を実施している。

USAID は 1983年にスリランカの保健人口問題を明らかにし、最も費用便益的効果のある援助方法を定めるために調査を実施した。その調査の中間報告によると、家族計画は90%余りが政府により行なわれ、NGO は10% サービスを提供しているのみに過ぎず、政府と NGO の協力関係も弱い。また IUD や不妊手術に関する民間医療施設からのデータが全く無いことも上げている。

スリランカの主要な疾病・死亡原因である下痢症、マラリヤ、栄養、産前・出産・産後のケア、

多すぎる子供数と妊娠間隔の短かさなどを取り上げ、こういった原因に対処するには、政府の基本的保健医療政策をもっと予防医学的に持って行かなければならない点や、医療保健従事者の拡充と指導の強化、政府各省庁間の相互理解と協力の必要性を強調している。また、予防医学分野と治療医学分野の協力が特に母子保健、家族計画では必要となっているが、家族計画を強調する余り、他の予防医学プロジェクトとその限られた予算や人材を競合する危険性を指摘している点も忘れてはならない。

5-4 ま と め

国際援助機関が実施している援助協力の中での問題を要約すると、

1. 政府とNGOの協力
2. 政府各省庁間の相互理解と協力
3. 地域格差・民族集団間格差
4. プランテーション対策
5. 保健医療従事者の不足
6. 一時避妊法の促進
7. 特定民間保健医療施設の発展
8. 健康教育

などである。