

No.

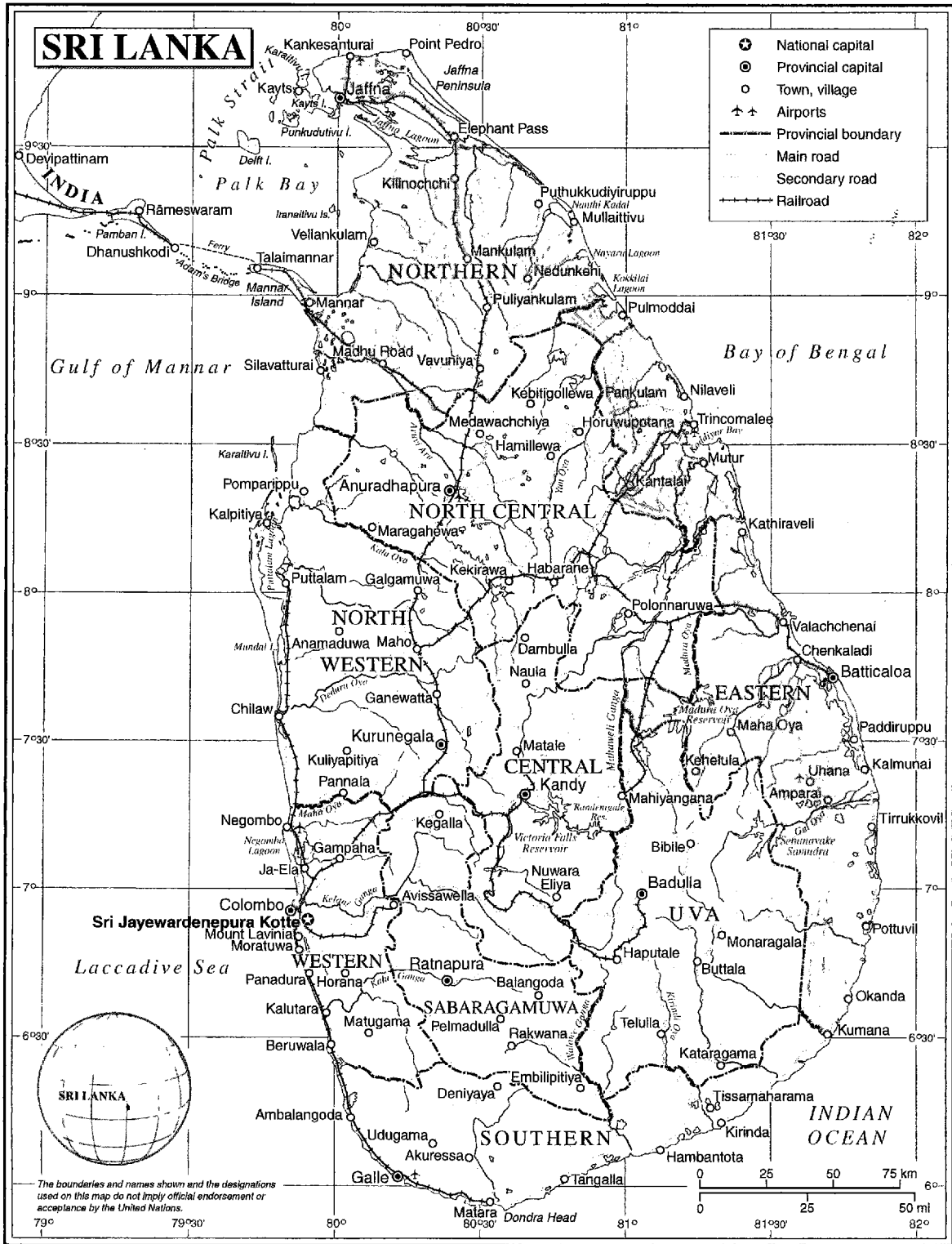
**スリランカ国**  
**保健医療制度改善計画調査**  
**事前調査報告書**

平成14年2月  
(2002年)

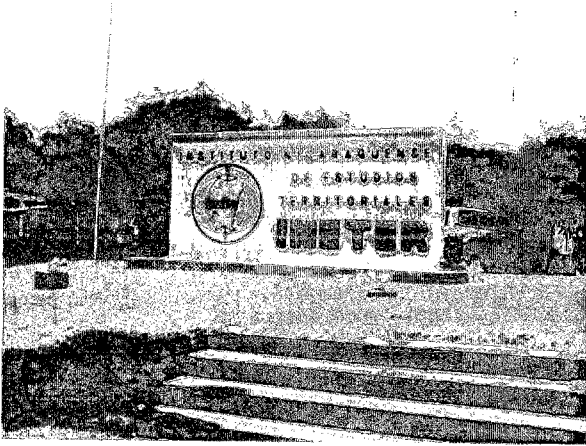
**国際協力事業団**  
社会開発調査部

社調二
JR
03-105

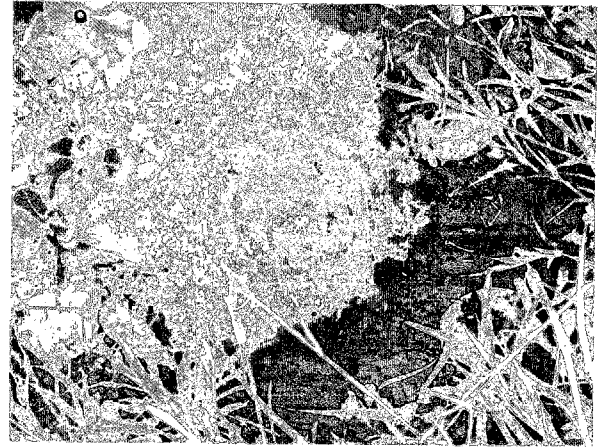
調査対象地域図



現地調査写真



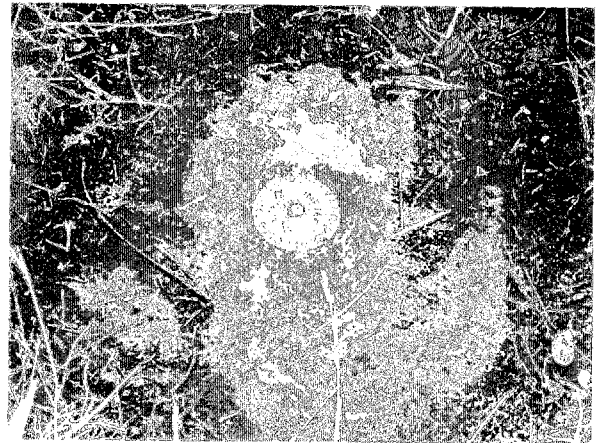
国土調査院 (INETER) 正面



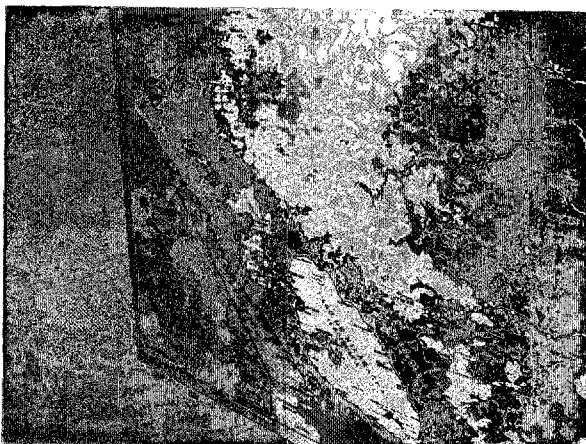
INETER 構内の三角点



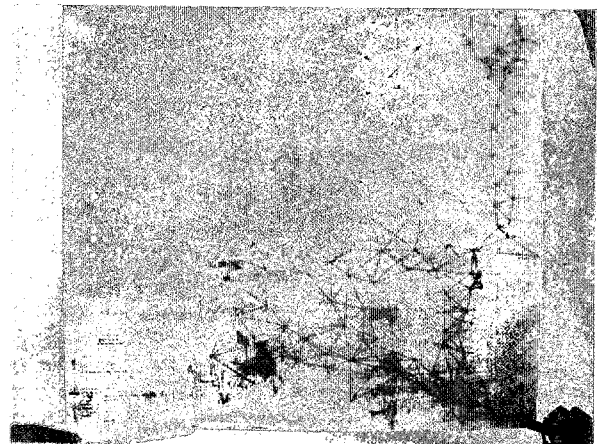
INETER 構内の GPS 連続観測点



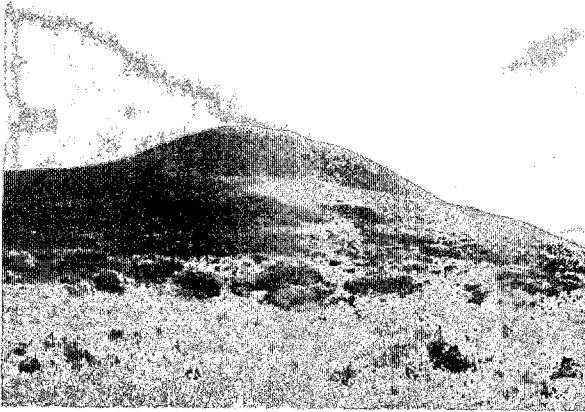
Managua 市内の水準点



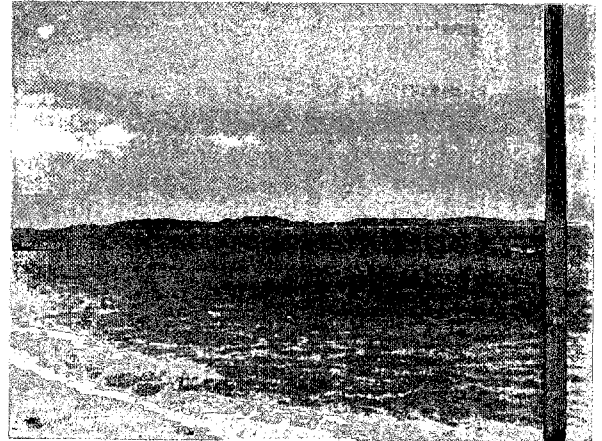
三角点及び水準点配点図



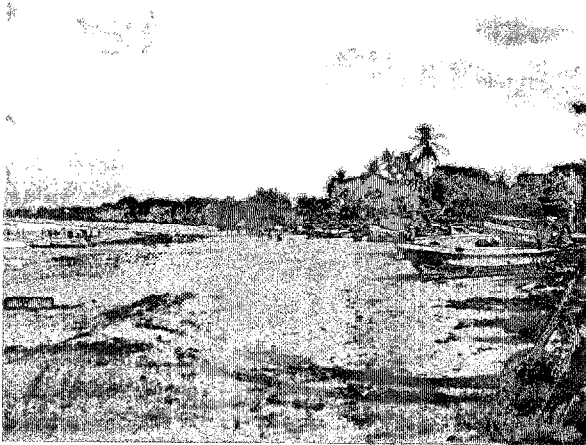
古い三角点網



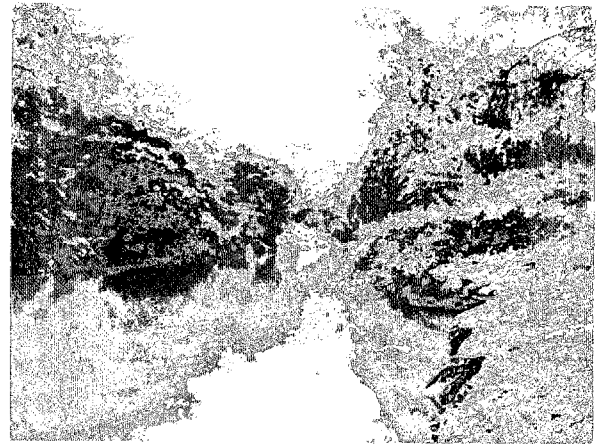
Telica 火山



Corinto 市の海岸（砂州が発達している）



Masachapa 市の海岸



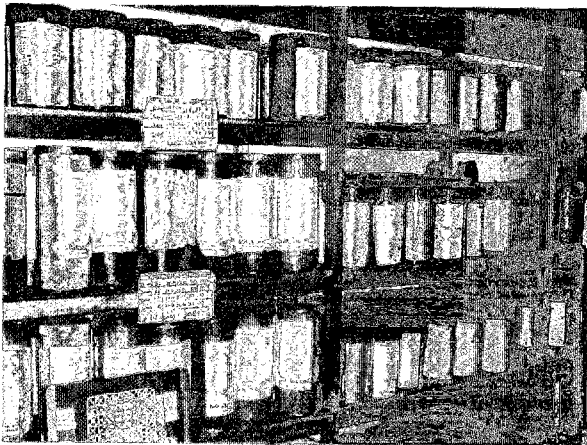
La Maravilla 川



Cerro Negro 火山



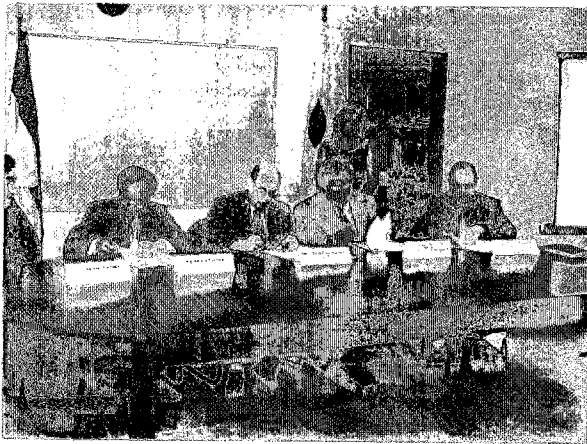
Leon 市全景



INETERにおける航空写真フィルムの保管状況



INETERの数値図化機



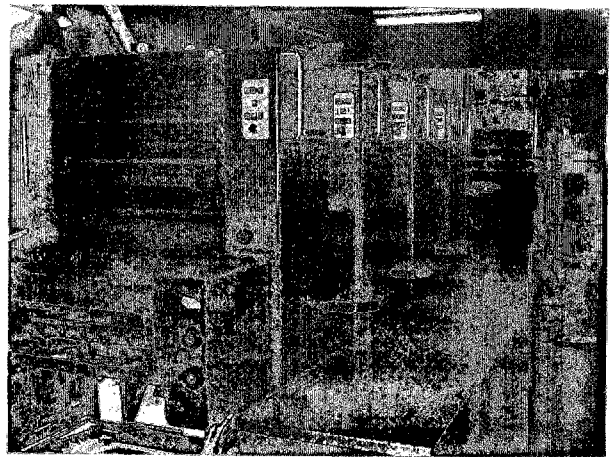
S/W及びM/Mの署名



TV取材を受ける INETER 院長



中央カリブ防災委員会（CEPRENAC）  
のセミナー



Managua市内の民間印刷会社の印刷機

## 序 文

日本国政府は、スリランカ民主社会主義共和国政府の要請に基づき、同国の保健医療制度改善計画に係る調査を実施することを決定し、国際協力事業団がこの調査を実施することといたしました。

当事業団は、本格調査に先立ち、本件調査を円滑かつ効果的に進めるため、平成13年10月30日から11月15日までの17日間にわたり、国際協力事業団 社会開発調査部 社会開発調査第二課長 木邨 洗一氏を団長とする事前調査団（S / W 協議）を現地に派遣しました。

調査団は本件の背景を確認するとともに、スリランカ民主社会主義共和国政府の意向を聴取し、かつ現地踏査の結果を踏まえ、本格調査に関するS / Wに署名しました。

本報告書は、今回の調査をとりまとめるとともに、引き続き実施を予定している本格調査に資するためのものです。

終わりに、調査にご協力とご支援をいただいた関係各位に対し、心より感謝申し上げます。

平成14年2月

国際協力事業団  
理事 泉 堅二郎

# 目 次

序 文  
地 図  
写 真  
目 次

第1章 事前調査の概要 .....	1
1 - 1 要請の背景 .....	1
1 - 2 事前調査の目的 .....	1
1 - 3 事前調査団の構成 .....	2
1 - 4 事前調査日程 .....	2
1 - 5 相手国受入機関 .....	4
1 - 6 協議概要 .....	5
第2章 対象地域の概要 .....	6
2 - 1 自然条件、文化、習慣等 .....	6
2 - 2 社会・経済状況 .....	8
第3章 保健医療に係る現状と課題 .....	14
3 - 1 保健医療分野の基本方針 .....	14
3 - 2 保健医療の組織体制 .....	25
3 - 3 国際機関、他国援助機関等の援助動向及び援助実績 .....	40
3 - 4 レファラルシステムに係る現状と課題 .....	43
3 - 5 地方保健医療の現状と課題 .....	47
3 - 6 保健医療財政に係る現状と課題 .....	50
第4章 本格調査の実施方針 .....	56
4 - 1 調査の基本方針 .....	56
4 - 2 調査の内容と範囲、期待される効果 .....	56
4 - 3 計画目標年次及び精度 .....	58
4 - 4 調査工程と要員計画 .....	58
4 - 5 調査実施体制（C / P配置、ステアリング・コミッティー等） .....	58

4 - 6 調査実施のための環境 .....	59
4 - 7 調査実施上の留意点 .....	63

付属資料

1 . Terms of Reference .....	67
2 . Scope of Work .....	79
3 . Minutes of Meetings .....	85
4 . 面談者リスト .....	89
5 . 主な訪問議事録 .....	90
6 . Questionnaire .....	112
7 . 事業事前評価表 .....	145
8 . 資料リスト .....	147



## 第1章 事前調査の概要

### 1 - 1 要請の背景

- (1) スリランカ民主社会主義共和国（以下、「スリランカ」と記す）（総人口約1,878万人、面積6万5,000万km<sup>2</sup>、1人当たりGNP810米ドル）の保健セクター状況については、レファラルシステムの不備により、地域間の医療サービスの格差が発生し、また医療費のうち国庫負担で賄える金額にも限度があり、地域格差や疾病構造の変化に対応できない状況にある。
- (2) スリランカの保健セクター状況は、国内の地域間格差が大きく、首都の乳幼児の死亡率は10人未満/1,000当たりであるが、南部4県ではその倍以上である。また医療システムが十分には運用されていないために、レファラルシステムや施設整備、人材育成が十分に行われておらず、この結果地域や貧富の差によって、医療サービスのアクセスに大きな格差が生じている。同国の経済成長に伴い疾病構造が徐々に変化しており、同国に対しては、ほかの後発開発途上国（LLDC）への対応と異なるアプローチが必要となっている。しかしながら、現在のスリランカの保健セクターの財務状況では、施設拡充や人材育成を十分行うことができない。
- (3) これに対してスリランカ政府は「保健医療開発6か年計画（1999～2005）」を掲げ、医療体制整備をめざしてきた。しかしながら、有効なレファラルシステムの整備や、保健医療サービスの提供が、患者や地域住民のニーズにあった形で展開されているとはいえない。
- (4) 我が国のスリランカ保健セクターに対する協力は、これまで施設、機材、人材育成面が主であり、援助の効果は大きい。保健計画の策定など政策支援・管理運営面の協力はあまり実績がない。他機関の援助についても多くのプロジェクトが実施されているが、抜本的な改善につながるようなプロジェクトは、これまでのところ実施されておらず、それぞれの援助が大きな効果を生むことなく散発的に実施されている。このため医療機関の独立採算制の導入の検討、レファラルシステムの構築、地方医療の強化等を軸とした、国家保健医療制度改革のマスタープラン（M/P）の策定が求められている。
- (5) 係る背景の下、スリランカ政府による要請に基づき、今般、本件調査を実施することとなった。

### 1 - 2 事前調査の目的

スリランカ政府の要請に基づき、同国保健省をカウンターパート（C/P）として、地域保健医療サービスを強化する国家保健医療制度改革のM/Pづくりを目的として、開発調査を実施する。今回は同調査実施細則（S/W）署名のための事前調査団の派遣を行った。

### 1 - 3 事前調査団の構成

調査団員の構成を表 1 - 1 に示す。

表 1 - 1 調査団員構成

担当分野	氏名	派遣期間	所属
団長・総括	木邨 洗一	2001年10月31日 ～ 11月11日	国際協力事業団 社会開発調査部 社会開発調査第二課 課長
保健医療	半田 祐二郎	2001年10月31日 ～ 11月11日	国際協力事業団 国際協力専門員
医療保険政策	泉田 信行	2001年10月31日 ～ 11月11日	国立社会保障・人口問題研究所 研究員
調査企画 / 事前評価	稲岡 美紀	2001年10月31日 ～ 11月11日	国際協力事業団 社会開発調査部 社会開発調査第二課
保健医療 (情報処理・統計処理)	木村 裕幸	2001年10月31日 ～ 11月16日	株式会社日本開発サービス 調査部
病院経営管理・ 医療保険	牧 賢蔵	2001年10月31日 ～ 11月16日	ユニコインターナショナル株式会社 経済協力プロジェクトグループ

### 1 - 4 事前調査日程

事前調査の日程を表 1 - 2 に示す。

表 1 - 2 調査日程

	月日	曜	時間	調査内容	宿泊
				官団員 2001年10月31日～11月11日	コンサルタント 2001年10月31日 ～ 11月17日
				木邨団長   半田専門員   泉田研究員、稲岡	木村、牧
1	10月30日	水		成田 シンガポール (SQ997 ; 12 : 00 ~ 18 : 20)	コロンボ
2	10月31日	木	9 : 30 10 : 30 11 : 30 14 : 30	JICA スリランカ事務所表敬 : 海保所長 日本大使館表敬 : 井関一等書記官 Department of External Resources: Mrs. Sujatha Corray. Director Ministry of Health, Indigenous Medicine and Social Services: Dr. A.M.L. Beligaswane. Directory General ( Health Services )	コロンボ
3	11月1日	金		Discussion with Officials of Ministry of Health, Indigenous Medicine and Social	コロンボ
4	11月2日	土	9 : 00 11 : 00 14 : 00	Sri Jayawardenapura General Hospital: Dr. L.D.Lanerolle, Director Medical Office of Health, Maharagama: Dr. Kelepotha, MOH Officer Base Hospital, Homagama	コロンボ

	月 日	曜	時 間	調査内容				宿 泊	
				官団員 2001年10月31日～11月11日			コンサルタント 2001年10月31日 ～11月17日		
				木邨団長	半田専門員	泉田研究員、稲岡	木村、牧		
5	11月3日	日		資料整理				コロンボ	
6	11月4日	月	9:00 11:00 14:00	Cancer Hospital, Maharagama: Dr. Y. Ariyaratne, Director Base Hospital, Homagama General Hospital (Colombo South)				コロンボ	
7	11月5日	火	10:00  15:30 16:30				Biomedical Engineering Service: Mr. J.L. Jayatilaka	コロンボ	
				UNFPA Office Asian Development Bank. Mr. K. M. Thilakaratne, Prog, Officer					
8	11月6日	水	9:30 11:30 16:00	World Health Organization (WHO) World Bank Office Discussion on S/W, Ministry of Health				コロンボ	
9	11月7日	木	10:30 11:00	Department of External Resources, Mr. Faiz Mohideen, Deputy Secretary Discussion on S/W, Ministry of Health				コロンボ	
10	11月8日	金	8:00 13:00 14:00	Discussion on M/M. Dr. A. M. L. Beligaswaue Signing of S/W, M/M, Department of External Resources, Mr. Faiz Mohideen Signing of S/W, M/M, Ministry of Health, Mr. Tilak RANAVIRAJA, Secretary				コロンボ	
11	11月9日	土		ミャンマー經由後11月15日帰国 マンダレー市セントラルドライゾーン給水計画調査	キャンディ經由後12月22日帰国 ペラデニア大学歯学教育プロジェクト	コロンボ シンガポール (SQ401) (1:35～7:20) シンガポール 成田 (SQ012) (9:45～17:05)	10:30 Nawaloka Hospital, Mr. Wikramarachchi	コロンボ	
12	11月10日	日						収集資料整理	コロンボ
13	11月11日	月	9:00  15:00					Ministry of Health, (Planning / International Health / Health Information) : Dr. Ajith  Engineering Solutions Pte.Lte., Mrs. I.	コロンボ

	月 日	曜	時 間	調査内容			宿 泊	
				官団員 2001年10月31日～11月11日			コンサルタント 2001年10月31日 ～11月17日	
				木邨団長	半田専門員	泉田研究員、稲岡	木村、牧	
14	11月12日	火	9:30  13:00  15:00  16:00				Ministry of Health Finance, Mr. P. A. P. Pathirathna Biomedical Engineering Service: Mr. J. L. Jayatilaka Industrial and Commercial Insurance Brokers (Pte) Ltd, Mr. H. P. Wijeratne Ministry of Health, Planning, Dr. Thushara	コロンボ
15	11月13日	水	10:00				Biyagama Rural Hospital	コロンボ
16	11月14日	木	9:00  15:00				Ministry of Health, Planning: Dr. Thushara Fernando JICA スリランカ事務所 報告	コロンボ
17	11月15日	金	14:30				コロンボ シンガポール (SQ401) (1:35～7:20) シンガポール コロンボ (SQ012) (9:45～17:05)	

#### 1 - 5 相手国受入機関

事前調査団は、スリランカ側受入機関である保健・伝統医療・社会サービス福祉省（以下、「保健省」と記す）財務省外部資源局（Department of External Resource : ERD）等関係機関と協議を行い、2001年11月9日保健省次官、及びERD局長との間でS / W、協議議事録（M / M）の署名交換を行った。

## 1 - 6 協議概要

### (1) S / W 協議の結果

スリランカ保健省に開発調査のシステムの概要について説明を行った。そのうえで本調査のスケジュール、及び本格調査方針を説明し、S / W案を提示した。先方保健省関係者は同案について十分な理解を示した。

なお、ERDにおいて、S / Wのスリランカ側の取るべき事項中の表現としての exempt は、実施官庁が税支払いを行うスリランカのシステムと相容れないため、bear と表現すべきとのコメントがあり、これに従うこととした。

世界銀行(WB)への表敬、意見交換において、WBがPHRDファンドにて実施を予定している調査との重複の危惧が判明したが、スリランカ保健省次官及びERD局長、WB担当者を変えた公式協議において、あくまでWB調査が国際協力事業団(JICA)によるM / P調査のS / Wを侵すことなく実施されるよう、スリランカ側が責任をもって調整することが確約された。この結果、WBとの調整に係るスリランカ側の責任をM / Mに明確に掲載することで、本件S / Wの署名について外務本省の了解を得、S / W、M / Mの署名交換を行った。

### (2) その他の機関との協議結果

国連人口活動基金(UNFPA)、アジア開発銀行(ADB)、世界保健機関(WHO)、WB、国連開発計画(UNDP)のスリランカ事務所を訪問して協議を行い、援助方針や今後の援助実施予定などについて意見交換を行った。各援助機関の援助動向については、3 - 3 - 2記載しているが、今後も情報を交換し、互いに協調していくこととおおむね合意した。

## 第2章 対象地域の概要

### 2-1 自然条件、文化、習慣等

#### 2-1-1 自然状況

スリランカは、インドの南29km、インド洋上（北緯5.5～9.5度、東経79.4～81.5度）に位置し、面積は約6万5,607km<sup>2</sup>で九州よりやや大きく、北海道よりやや小さい島国である。地形は西洋梨形であり、島の北半分はほとんど平地であるのに対し、南半分は密林が続く山岳地帯になっている。

気候は、全島が高温多湿の熱帯性気候で、モンスーン・シーズン〔島の南西部の平地と高地に多量の降雨をもたらす南西モンスーン期（5～9月）、主として島の北東部に降雨をもたらす北東モンスーン期（12～2月）〕が年2回ある。コロンボ首都圏の年間平均気温は27℃で、最高28℃、最低26.3℃と年間を通して安定している。年間降水量は合計2,241.5mmである。

図2-1にコロンボ首都圏における年間気温、降水量を示す。

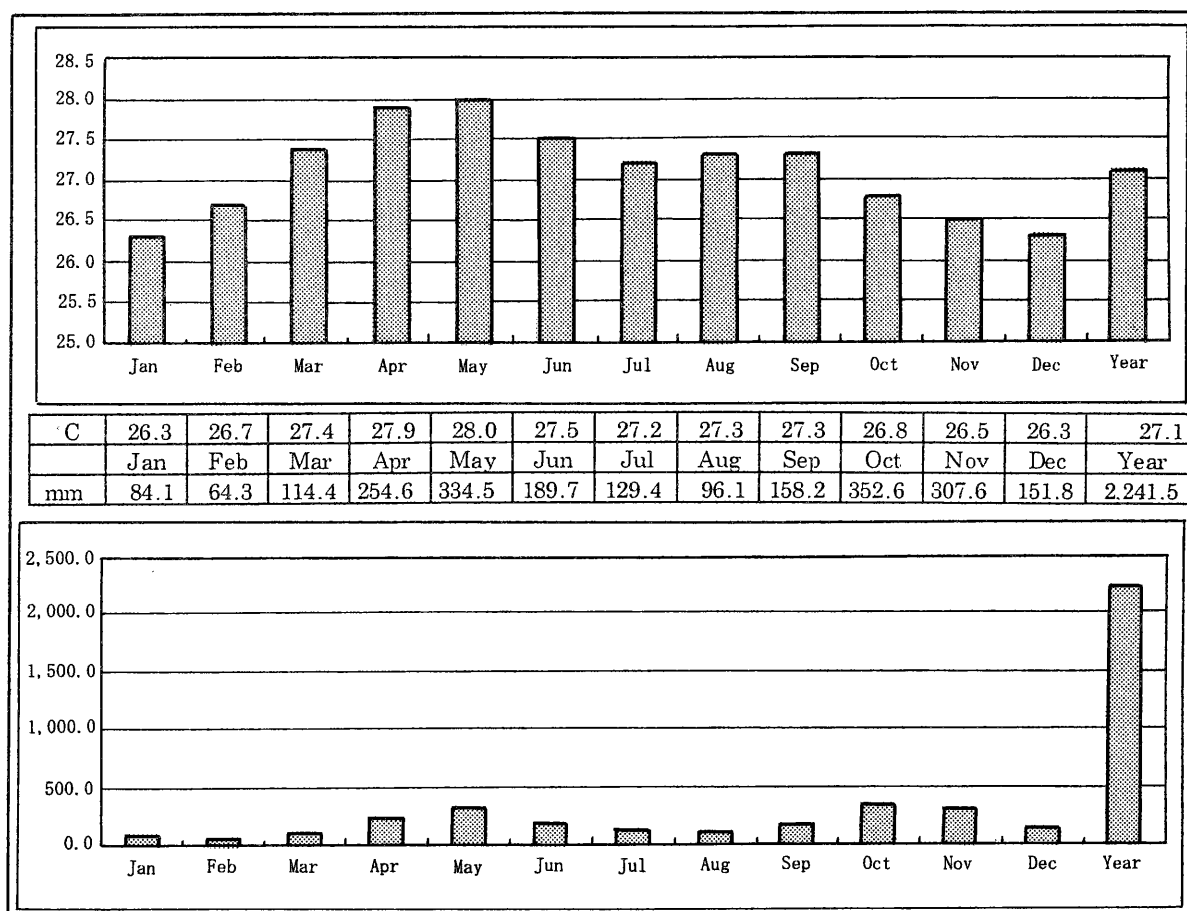


図2-1 コロンボ首都圏における年間気温・降水量

## 2 - 1 - 2 文化、習慣等

### (1) 人種構成

スリランカの人種構成は、シンハリ(74%)、タミル(18%)、ムーア(7%)、バーガー、マレイ及びヴェッタ(1%)となっている(1999年推計、CIA World Fact Bookより)。

### (2) 宗 教

宗教別による構成は、仏教徒(70%)、ヒンズー教徒(15%)、キリスト教徒(8%)及びイスラム教徒(7%)となっている。一般的に、人口の約7割を占めるシンハリ人が仏教徒であり、タミル人はヒンズー教を、ムーア人などはイスラム教を信奉している。キリスト教徒はアジア・ヨーロッパ系の人種にわたっており、ほとんどがカトリックである。

### (3) 言 語

公用語は、シンハラ語及びタミル語であるが、都市部では英語も使用されている。

### (4) 文 化

スリランカの文化は仏教を中心として栄え、ヒンズー教、イスラム教等の宗教色を加えて、独特の発展を遂げてきた。このなかで培われた古代からの伝統文化は滅びることなく、特に農村部などの生活のなかで今も受け継がれている。またスリランカ中部、北部には数多くの有名な仏教遺跡、仏塔、仏画、寺院、仏像が残存しており、同国はその保護、保存に努めている。

スリランカでは、都市部を中心に徐々に規制が緩んではきたものの、現在でもカースト制が存在する。地域、民族により多種多様なカースト制があるが、カースト位階別に伝統的職業に従事する点や、厳しい異カースト婚忌避がある点では共通している。また、ヒンズー教徒であるタミル人のみならず、シンハリ仏教徒社会にもカースト制がある。

スリランカのカースト制は、その起源がインドにあるとされるが、インドのカースト制が祭司階級至上とするのに対し、必ずしも宗教的地位を優先しない点で異なる。また、カースト位階もインドにおいて数千に及ぶのに対して、30あまりに過ぎない。

### (5) その他

表2 - 1 にスリ・ランカの略史を記す。

表 2 - 1 スリランカの略史

年	出来ごと
紀元前 483 年	ヴィジャヤ王子（シンハラ族の祖といわれる）スリランカ上陸 シンハラ王朝建設
紀元前 250 年	仏教伝来
1505 年	ポルトガル人来航
1658 年	オランダ人来航
1802 年	アミアン条約により英国植民地となる
1948 年	英国連邦内の自治領として独立
1972 年	国名をセイロンよりスリランカ民主社会主義共和国に改称 政体を共和制に変更
1977 年	第 8 回国會議員選挙 統一国民党（UNP）政権発足
1978 年	ジャヤワルダナ大統領就任
1983 年	大騒擾事件
1987 年 7 月	スリランカ・インド合意成立 インド平和維持軍（IPKF）がスリランカ進駐
1989 年 1 月	プレマダーサ大統領就任
1989 年 2 月	第 9 回国會議員総選挙
1990 年 3 月	IPKF 完全撤退
1993 年 5 月	プレマダーサ大統領暗殺、ウィジェートゥンガ大統領就任
1994 年 8 月	第 10 回国會議員総選挙で野党人民連合（PA）が政権獲得
1994 年 10 月	ガーミニー・ディサナヤケ UNP 大統領候補暗殺
1994 年 11 月	大統領選挙、クマーラトゥンガ大統領就任
1999 年 12 月	大統領選挙、クマーラトゥンガ大統領再選
2000 年 10 月	第 11 回国會議員総選挙で与党人民連合が政権維持

## 2 - 2 社会・経済状況

スリランカにはベダ族という先住民族がいたが、紀元前 6 世紀ごろ、インド北部からシンハラ人が侵入し、その統率者であるヴィジャヤ王子がスリランカを建国したと伝えられている。シンハラ王朝は仏教文化を中心として栄えていたが、16 世紀初頭ポルトガル人の侵入を受け、西部海岸一帯を占領された。以来、ポルトガル、次いでオランダ、ドイツの植民地支配を受け、1802 年には英国の直轄植民地となった。その後、1948 年に英国連邦内の自治領セイロンとして独立し、1972 年 5 月には新憲法を制定するとともに、国名を「セイロン」から「スリランカ」に変え、完全独立国となった。



## 2 - 2 - 1 政治

スリランカは1977年に憲法を改正し、最高権力を大統領に集約し、大統領内閣制となった。大統領は国民の直接選挙で選出され、任期は6年である。1978年2月、初代大統領にジャヤワルダナ首相（統一国民党；United National Party：UNP）が就任し、国名もスリランカ民主社会主義共和国と改められた。

1994年8月の議会総選挙で、自由党（Sri Lanka Freedom Party：SLFP）を中心とする左翼陣営「人民連合」（People's Alliance：PA）が第1党となり、17年ぶりに与野党が逆転し、同年11月の大統領選挙では、クマラトゥンガ首相（PA）が大差で当選し、第4代大統領に就任した。以来、PAが小政党との連立により政権を維持している。

2001年6月に最大野党統一国民党は、野党のタミル政党とともに政府への不信任動議を国会に提出したことにより、議会は解散し、12月5日に総選挙が実施されることになり、その動向が注目されている。

他方、1980年代半ばに発起した少数民族タミル人の過激派「タミル・イーラム解放の虎（LTTE）」による反政府武力蜂起、分離独立闘争はいまなお解決をみず、北・東部地域では散発的な戦闘が続いている。その一方で、スリランカ政府、LTTEの双方はノルウェー等諸外国の仲介による和平交渉の開始に向け、信頼醸成のための措置につき調整を行っているが、現時点では互いの主張には隔たりがあり、和平交渉開始の具体的目途はいまだ立っていない。現在、北・東部以外の地域の治安状況に大きな変化はないが、治安当局はコロombo市内にはLTTEの自爆テロ要員が潜伏しているとみており、引き続き要人等へのテロ行為が懸念されている。

## 2 - 2 - 2 経済

スリランカ国の経済は、GDP成長率において各年4～6%強の成長が続いており、1人当たりのGDPにおいても、1980年代平均363米ドルから856米ドル（2000年推計）まで伸びている。

表2-2、表2-3に同国の経済指標を示す。

スリランカの主要産業は、紅茶、ゴム、ココナッツ、及びコメを主体とした農業が中心であり、輸出の約半分は一次産品が占めている。しかしながら、コメなどは輸入に頼っており、また上記主要産品は、世界市場の影響を受けやすいため、政府は生産の拡大や工業の育成に努めている。その結果、現在では、食品加工、繊維・アパレル、飲食産業、通信、金融等へと移行しつつある。

1996年の輸出品目では、1970年代に90%以上の割合を占めていた紅茶・ゴムなどの一次産品は20%にまで減少し、変わってGDPの6割を占める繊維、宝石が伸びている。

しかしながら、LTTEによる国内紛争問題は、観光、外資の導入にはマイナス要因であり、同国の経済成長の妨げになっていることから、早期の解決が望まれる。

スリランカ中央銀行では、次期経済リフォーム策として、一次産品以外のマーケットの拡大と

政府による小麦輸入専売の規制緩和、及び金融セクターにおける競争力強化を提案している。

表 2 - 2 主要マクロ経済指標

項目	年	1980 ~ 1989 平均	1990 ~ 1995 平均	1996	1997	1998	1999	*2000
GDP 成長率 (実質)	%	4.2	5.3	3.8	6.8	4.7	4.8	6.0
GDP 1人当たり (名目)	米ドル	362	549	759	814	839	825	856
GDP 1人当たり (名目)	Rs.	9,680	27,102	41,940	47,988	54,220	58,077	64,855
失業率	%	N.A.	14.0	11.3	10.5	9.2	8.9	7.7
物価指数 (1974年 = 100)	%	N.A.	22.2 (1990)	20.0	6.9	6.1	0.3	1.7
貿易 (対前年比)								
輸出	%	N.A.	29.7 (1990)	4.1	10.6	0.1	5.0	18.3
輸入	%	N.A.	7.6 (1990)	0.4	12.3	12.4	0.2	12.0
外貨交換レート (対米ドル)	Rs.	N.A.	40.06 (1990)	55.27	58.99	64.59	70.39	75.78

\*2000年は推計

出所：スリランカ中央銀行

Annual Report 2000, Central Bank, Sri Lanka p1, Table 1-1

表 2 - 3 セクター別 GNP 占める割合

(%)

分野	1978年	1998年	1999年	2000年
農林水産	30.8	21.1	20.7	19.4
鉱物資源	2.2	1.9	1.8	1.9
製造	18.4	16.5	16.4	16.8
建設	4.7	7.6	7.6	7.3
サービス	44.4	52.9	53.5	54.6
電気、ガス、水道	0.4	1.5	1.5	1.2
運輸、倉庫、通信	10.7	11.1	11.4	11.7
卸、小売り	19.7	21.5	21.2	22.6
金融、保険、不動産	2.2	7.6	8.1	8.1
住宅購入	3.7	1.9	1.8	1.8
行政、防衛	3.6	5.3	5.3	5.2
その他サービス	4.1	4.0	4.1	4.0
GDP	100.0	100.0	100.0	100.0

出所：スリランカ中央銀行

表 2 - 4 社会基盤整備状況

( % )

州	安全水普及率	下水普及率	電気普及率
西部	71.81	88.81	64.74
中央	73.92	75.60	34.99
南部	65.05	79.75	40.77
北西	65.41	69.66	31.29
北部中央	52.01	68.31	27.77
ウバ	55.50	65.89	26.58
サバラガムラ	67.89	77.28	25.56
県	安全水普及率	下水普及率	電気普及率
コロombo	95.11	94.81	76.60
ガンパハ	81.40	87.19	66.34
カルタラ	68.91	84.44	51.27
キャンディ	74.27	83.18	52.29
マタレ	82.73	79.00	28.24
ヌワラエリア	84.75	64.62	26.48
ゴール	60.68	79.44	47.61
マタラ	62.79	84.35	49.08
ハンバントータ	71.68	75.47	25.63
クルネガラ	72.53	71.16	23.38
プッタラン	71.68	69.16	39.20
アヌラダプラ	64.34	62.77	32.60
ポロナルワ	36.28	73.85	23.95
パドゥーラ	45.64	70.80	37.30
モナラガラ	52.67	60.99	17.77
ラトナプラ	55.84	74.71	24.67
ケゴール	47.82	79.85	26.44
スリランカ全体	72.09	76.16	43.77

出所：UNDP National Human Development Report 1998

Regional Dimensions of Human Development, Sri Lanka P32, Table2.2

## 2 - 2 - 3 社会基盤整備状況

スリランカにおける社会基盤整備状況を表 2 - 4 に示す。

## (1) 電 気

スリランカの電力供給事情は、決してよいとはいえない。1994年当時、スリランカ全土での電力普及率は44%に過ぎず、コロombo市においても76%程度であった。地方部、特に北中央地域(ポロナルワ)、中部山岳地域(ヌワラエリア)、南部地域(マタラ、モナラガラ等)

での普及率は平均を大きく下回っており、紛争の続く北部、東部地域は更に低いと考えられる。

国民 1 人当たりの電力消費量は、年間 244kW/h (1999 年、日本は 7,322kW/h) であるが、1980 年当時 (96kW/h) と比較すると、経済発展につれて増加傾向にある。しかしながら、供給電力は不足しており、コロombo市内であっても毎日夜間に 45 分間の計画停電が実施されている。

日中でも断続的に短時間の停電が発生することもあり、また電圧変動は  $\pm 10\%$  程度とされているものの、施設・設備や使用状況によって異なるため、コンピューター等精密機器の使用にあたっては注意が必要である。

#### 【参 考】

電 圧 230 ~ 240 ボルト 周波数 50 ヘルツ  
プラグタイプ



#### (2) 上下水道

安全水 (上水道) の供給は、全国平均 72% (1998 年) から 83% (1999 年) と改善されつつある。また、衛生排水 (下水道) においても、同様の普及率にある。しかしながら、電力と同様に、地方 (ポロナルワ市 36%) における安全水の普及率は、都市部 (コロombo市 95%) と比較して低い。また、都市部であっても、郊外では井戸水を利用しているところもある。

#### (3) 電 話

一般への普及度は低い (49 万 4,509 回線、1998 年) が、コロombo市内では特に不便はない。しかし、回線数が少なくインフラが古いため、しばしば不通になることがある。新規の設置にはかなりの日数を要するが、民間電話会社を取り扱う携帯電話 (GSM 方式) の取得は容易で、近年急速に普及しつつある (22 万 8,604 回線、1999 年)。

なお、市街地の公共施設には、コイン・テレホンカードを使用する公衆電話も設置されている所がある。

#### (4) ガ ス

スリランカでは都市ガス設備は整備されていない。一般的には LP ガスが普及しており、

またブタンガスも利用可能である。

#### (5) 廃棄物処理

コロンボ都市域では、発生したゴミの90%近くが収集されているが、周辺域の主要都市では35～50%であり、更に規模が小さい自治体では発生量のほんの一部しか収集されていない。その結果、大量のゴミが低湿地に投げ捨てられ、その多くは排水溝、水路、湖沼に流れ込み、水質汚染、水路の目詰まりによる氾濫や悪臭の原因となっている。コロンボ都市域では、仮置き場に出されたゴミは、収集トラックによってウェランピティヤのゴミ最終処分場へ運搬される。しかし、処分場の容量が残り少なく、衛生面でも埋め立てが十分に行われていないことから、浸出水による水質汚染など周辺環境への影響が生じている。

このような状況に対し、我が国も無償資金協力において「コロンボ市ゴミ処理改善計画」を実施している。

## 第3章 保健医療に係る現状と課題

### 3 - 1 保健医療分野の基本方針

#### (1) 保健政策及び上位計画

スリランカにおける保健医療分野の政策としては、国家保健医療開発計画（1999～2004）が現状では存在している。保健医療6か年計画は開始を1999年とし、終了を2004年としており、スリランカにおける保健医療体制の全般的な現状評価、戦略的項目の分析、及び将来的ビジョンを含んでいる。主な達成項目としては、保健医療のための資源、保健医療サービス、健康と環境、保健医療システムのマネジメント、及び健康の問題が含まれている。

#### 1) 保健医療のための資源

全国レベルに及ぶ保健医療のためのインフラ、医療施設、病院、及び特別のプログラムが存在する。全般的に保健医療については、現状では、住民はその住居からほぼ1 km以内で公的施設、又は民間施設を利用することができる。基礎的な医薬品については、住民の直接的費用負担なし（無料）で医療に必要なものが提供されている。特別の医療専門家、看護婦、技師を除いて、住民に対し、合理的かつ有効な保健医療サービスに必要な人材は充足されている。しかし、効率的かつ有効な保健医療サービスを行うために必要な計画・生産・利用を含むマネジメントのための人材は、改善する必要がある。

#### 2) 保健医療サービス

保健医療サービスの提供システムで利用可能なサービスは、治療及び疾病予防には適切であった。治療サービスの範囲と質は、異なったレベルのそれぞれの医療機関で過去数年にわたって改善がなされてきた。母子医療のカバー率は高く、家族計画プログラムでは、避妊法適用率（60%）は現在よりも改善傾向にある。6種類のワクチンにより、予防可能な疾患に対する予防接種はほとんど全国に普及している。既にポリオは根絶され、また新生児の破傷風もほとんど消滅した。ジフテリア、百日咳、はしかも有効に制御されており、感染性疾患のほとんどが減少傾向にある。また下痢性の疾患による死亡率も劇的に減少した。

#### 3) 健康及び環境

スリランカは工業的汚染、及び周辺大気汚染を含む環境保護に関する法体系を有する。最近では環境問題、それに起因する健康問題に関して、政策立案者、行政官、及び公的部門のその他の責任者における認識は高まってきている。しかしながら、工業、交通運輸、その他からの環境汚染を防止するために適切でない活動も存在しており、環境汚染を防止し、環境の改善することの重要性に対し、一部の公的部門では認識の欠如がある。特に安全な上水の供給においては、達成結果は限定的なものである。

#### 4) 保健医療システムのマネージメント

スリランカの保健医療システムは、保健衛生状態の不均衡を減少させるための政策により、十分支持されている。その内容は、プライマリー・ヘルスケア（PHC）の充実、保健医療行政の地方分権化、保健医療のための人材開発、疫学的調査活動、保健医療への住民のアクセスである。

しかしながら、全体的に政府、NGO、地域社会それぞれの異なったレベルにおける保健医療政策と、戦略的な選択肢において適切ではないものがある。市場経済を指向する国家政策に照らして、保健医療サービスにおける公平性を推進し、かつ効率性を確保するための明確な戦略的骨組みが存在していない。

保健医療サービスにおける公営・民営の組み合わせの問題は、本気で検討されていない。保健医療サービスの計画、又はマネージメントにおいては、セクター（部門）間の協力、及び地域社会の参加が適切とはいえない。分析的決定、行政責任、専門的行為の質、資源活用の効率性において、マネージメント上の実行には多くの改善が必要である。

#### 5) 罹患率及び死亡率

従来、国民の平均寿命は上昇傾向にあり、特に女性にその傾向が著しい。成人、小児、5歳未満児、妊産婦のいずれも死亡率は顕著に減少しており、今後も更に減少が続くものとみられる。感染症、特に5種類のEPI（予防接種拡大計画）のターゲットとなっている疾患は、結核を除いて罹患率が大きく減少してきている。しかし、マラリア、結核、フィラリア症、 Dengue 出血熱（DHF）、日本脳炎（JE）は、いまだに公衆衛生上の大きな問題である。性感染症（STD）/エイズは脅威となる可能性がある。心血管疾患、脳血管疾患、悪性腫瘍、精神疾患、糖尿病、事故、中毒、薬物の誤用は増加傾向にある。身体障害者の問題も増加傾向にある。疫学的にゆっくりとした変化が起きており、疾患の二重の負荷（開発国特有の疾患と先進国型疾患）がかかってきている。栄養状態、特に妊婦及び5歳未満児の栄養状態については改善されていない。特にエステート地区（プランテーションのある私有地）の住民、都市貧困層、被差別階層の健康、及び栄養状態は全国平均の水準を下回っている。

#### (2) 関連する法規・制度

将来の健康政策及びマネージメントのガイドラインとして、多くの政策指標が採用されている。このなかには、保健医療サービス提供における平等性の推進、保健医療分野における人間の尊厳の確保、保健医療の効率性・有効性の改善、さらに、特に健康増進と疾病予防に対する更なる資源の確保が含まれる。

保健省は、つい最近では多くの計画に対してイニシアティブを取り、保健医療分野の開発の

ための将来計画が10年間の期間に対して策定された。1998～2002年までの5か年計画が策定され、国家健康政策実行のために任命された大統領特別チームは、政策実行のための戦略的骨組み策定を指示した。5つの重点分野が6か年計画として指定されたが、その内容には以下のものが含まれている。すなわち、保健医療サービス提供体制における不平等性軽減のための地域病院の改善、特定階層の特殊なニーズを満たすためのサービスの拡大、特に学校における保健教育に重点を置いた健康増進活動の強化、効率性・有効性の改善のための組織・機構の改革、代替的な財源、公営・民営の共存、合理化された人的資源の開発を含む資源の動員とマネジメントである。

この計画は既に準備され、上記の5つの重点分野の計画の関係が点検中で、政府の健康政策の全体計画にも検討が加えられている。

重点分野にかかわる多くの調整とサービスが、それぞれの計画と組織の下で既に実行に移されている。これがいかなる垂直的なプロジェクトも重点分野に対して、独占的に提案されていない理由である。その代わりに現在実施中のサービスの継続的な実施と、新規の開発活動の点から関係する計画の下で、必要な調整が行われている。

### (3) 達成目標

この計画は、スリランカにおける保健医療の将来計画を指向した道標として描かれており、国家としてのスリランカの2020年までのビジョンである。

ポリオ、新生児破傷風、百日咳、はしか、ハンセン病、フィラリア症、狂犬病の完全な撲滅

感染症・非感染症に起因して発生し得る死亡率と身体障害者の発生率の最小化

薬物濫用、自殺、事故などの条件による影響の最小化

あらゆる種類の回避可能な汚染・環境悪化から解放された健康的な環境の創造と維持

健全で科学的かつ参加型マネジメントの支持を得て、以下の条件を確保する。

- ・ 資源の配分と活用における効率性
- ・ サービス提供へのアクセスの公平性
- ・ 結果に対する管理上の責任
- ・ 意思決定における専門性の高い自治
- ・ 保健医療における住民への権限の移管

特に、6か年開発計画の目的は下記のとおりである。

- a) インフラストラクチャーの整備、人的資源のマネジメント、サービスの提供、住民の疾患防止と健康状態維持の面における達成を統合すること
- b) 新規に発生しつつある、あるいは再度発生しつつある疾患、非感染性、及び加齢に起



因する疾患、薬物濫用、環境悪化等の発生率の増加傾向によって影響を受けた、健康に対する新しい挑戦に対応すること

- c) 積極的な健康増進、地域社会への権限委譲、保健医療サービスの質の改善、サービス提供における公平性の確保、資源配分と、活用面における効率性に特別の重点をおいた健康開発プロセスを強化すること
- d) 保健医療システムのあらゆるレベルにおける、特に公営・民営機関の共存、セクター間の協力、保健医療計画と資源の動員のための代替的メカニズムにおける市民社会の参加を促進するための戦略的調整によって、計画の立案、マネージメント、及びサービスの提供を改善すること

#### 1) 重点分野 1

保健医療サービスの配置の不公平の削減、及び高度医療機関の改善のための各地域における病院の改善。

対象病院は以下のとおりである。

- ・ 国立スリランカ病院 (NHSL)
- ・ レディー・リッジウェイ病院 (教育病院)
- ・ 眼科病院
- ・ デソヤ婦人科病院
- ・ キャッスルストリート婦人科病院
- ・ キャンディ総合病院 (教育病院)
- ・ ペラデニヤ総合病院
- ・ ラガマ総合病院 (教育病院)
- ・ カラピチア教育病院
- ・ ジャフナ総合病院
- ・ コロンボサウス総合病院 (教育病院) 卡尔ボウイラ教育病院
- ・ カルタラ総合病院
- ・ ベルワラ地域病院 + PU ダルガタウン + アルスガマ地方病院
- ・ 国家がん抑制計画
- ・ ラガマ・リハビリテーション病院
- ・ 歯科病院
- ・ 呼吸器疾患抑制計画
- ・ カンダナ地域病院
- ・ マハモダラ教育病院

- ・バチサロア教育病院
- ・ラトナブラ総合病院
- ・ケガレ基礎病院
- ・クルネガラ総合病院
- ・マータラ総合病院
- ・地方病院の改善計画

タンガレ地域病院、バラピチャ地域病院、ニカウェラチャ基礎病院、ほか 12 病院

## 2) 重点分野 2

### a) ハンセン病対策

#### 背景と現状

ハンセン病対策は 1990 年以來強化されてきた。マスメディア、及び社会的マーケティングの技術を通じた保健教育を含むキャンペーンにより、ハンセン病を治癒できることを一般大衆に教育し、認知の促進、適切な支援を実施した。

保健医療提供サイドの各層に対し、大規模な訓練を行い、診断、及び治療技術が全国の 225 か所の診療所のハンセン病専門医に伝達された。世界保健機関 (WHO) が推奨する薬剤多重投与療法が全患者に適用され、伝染の防止と初期段階での治療により、身体の変形の防止に有効であった。1990 年以來、1 万 6,700 人の新規の患者が発見され、そのほとんどが治療を完了した。発生率については、WHO の定める削減目標 (人口 1 万人あたり 1 人以下) が達成されたが、それには自己申告の劇的な増加があった。

#### キャンペーン推進組織

ハンセン病キャンペーンでは、以下の 2 つの目標の実現を可能とする医療チームを維持している。

- ・薬剤多重投与療法を新患に適用しつつ、適切な変形 / 身体障害治療とリハビリテーション療法を与えることにより、この病気にかかった患者全ての生活の質 (QOL) を改善する。
- ・手技とノウハウすべてを医療サービス提供者に分かち与え、ハンセン病に関係する若者と地域社会に知識を持続させ有効かつ有意義にする。

#### 課題

達成の事実にもかかわらず、まだいくつかの問題が残存している。

- ・ハンセン病は 3 つの地域では消滅しておらず、北部及び東部地域では正確な状況が不明であること。
- ・新患の 10% が依然として症状が相当進行した状態であり、このことは未治療の患者がいることを示している。

- ・ハンセン病専門の診療に来院する前に他の医療機関にかかっている、誤診のため誤った治療を受けている患者がいる。
- ・健康に関する教育が一部の住民には伝わっていない。
- ・この病気にはどの程度の偏見がもたれているか不明である。

#### 実施計画

- ・患者の適切な治療へのタイムリーな紹介
- ・北部及び東部の混乱地域におけるハンセン病抑制策の改善
- ・ハンセン病患者の総括的な治療
- ・特にコロンボ市内におけるハンセン病患者の通常の治療
- ・系統的に活用し得る情報システムの改善

#### b) 非感染性疾患（生活習慣病）対策

感染性の疾患は罹患率、死亡率とも統計が取られている。一方、非感染性疾患もますます発生率は増加している。この原因は、

- ・生活習慣の変化による。
- ・人口の高齢化により、先進国で支配的な疾患に向かっている。

このような状況下で取り得る戦略としては、地域社会における非感染性疾患への認識を深めること、治療施設を改善すること、他の政府機関と非政府組織の協力関係を強化することである。

非感染性疾患でスリランカが成功したケースは、ヘビに噛まれて死亡する率の減少であり、これは強い認識プログラムにより志気の高まった住民への西洋流の治療法による。

同様に、他の非感染性疾患へ積極的、予防的、治療的、リハビリ的な活動が実を結ぶことになろう。

#### c) 疫学ユニット

##### 目標及び目的

- ・疾病調査

感染性疾患、非感染性疾患の調査活動の強化

- ・免疫拡張プログラム

EPI ターゲット疾患の根絶、削減及び減少

- ・下痢性疾患及び急性呼吸器感染症の抑制

下痢性疾患、急性呼吸器感染症の罹患率、及び死亡率の削減

- ・DHF、JE 及び風疹

罹患率、死亡率の削減

- ・新規発生疾患及び再発疾患  
新規疾患・再発疾患の予防及び抑制  
活 動

- ・疾患全般の調査
- ・免疫拡大プログラム
- ・下痢性疾患及び急性呼吸器感染症の抑制
- ・DHF、JE 及び風疹の抑制
- ・情報公開 週刊レポート、四半期レポート

d) マラリア対策キャンペーン

2004 年までの達成目標

- ・マラリア患者の発生率を人口 1,000 人当たり 10 人以下の現状レベルを維持する。
- ・熱帯熱マラリア (*P. falciparum*) 感染症の比率が、感染症全体の 20% を超えない水準に維持する。
- ・マラリアによる死亡率を減少する。
- ・マラリアの流行を予防する。

e) フィラリア症対策キャンペーン

スリランカにおけるフィラリア症の発生を抑制し、最終的に撲滅する。

- ・抗フィラリア薬品の大量投与により、発症を抑制し根絶する。
- ・適切な情報、教育、連絡手段を通じて、フィラリア症の発生と伝染に関する地域住民のもつ知識を改善する。
- ・両親への教育により、子どものフィラリア感染を抑制する。
- ・医療従事者に対し、フィラリア症に関する教育プログラムを実施する。
- ・研究プログラムを実施する。
- ・現在の病原菌媒介昆虫抑制プログラムを継続する。
- ・抑制プログラムの効果を判定するモニタリングと評価を行う。
- ・特殊な調査により、伝染地域以外の感染源を発見する。
- ・フィラリア対策本部の恒久的な建物を確保する。

f) 狂犬病

狂犬病による死者は、年間 100 ~ 150 人発生している。狂犬病の疫学的調査の結果では、全国で発生しているが均一ではない。過去 20 年間のデータでは、1973 年の発生数は 377 件で、1997 年は 135 件と減少している。

狂犬病の脅威は減少しておらず、根絶もできていない。狂犬病対策として、犬へのワクチン投与率の拡大に高い優先度が与えられている。犬への免疫ワクチンの経口投与法が指

示されている。現在のところ狂犬病による経済的な被害額は、8,000 万ルピーにのぼっている。60 万頭の犬に免疫が与えられ、年間 10 万頭の野犬が殺されているが、全国の頭数の 25% をカバーしているに過ぎない。人的資源と輸送手段が不適切であるため、プログラム推進が困難である。

#### 目 標

- ・北西部、西部、南部海岸地方の狂犬病の発生を減少させる。
- ・狂犬病の発生を年間 70 件まで減少させる。

#### 主な戦略

- ・国家、州、地域、村落からなるタスクフォースを確立する。
- ・プログラム促進計画を策定し実行する。
- ・免疫を与えられた犬を色付けで区別し、識別のない犬を除去する。
- ・野犬へのワクチンの経口投与の効果を評価する。
- ・PHMM とボランティアを動員して野犬の免疫化を行う。
- ・免疫化できない犬を免疫化する。
- ・保健従事者を教育する。
- ・犬全部の強制的な免疫化に関する地域社会への教育を行う。

#### g) 家族計画（母子保健）

家族計画プログラムは、母子の健康、学校保健、家族計画を含む広範な領域をカバーしている。

#### 長期目標

- ・母子保健サービスで提供される医療の質を改善し、母子の罹患率、死亡率を低下させること。
- ・栄養に関する教育、地域社会ベースの調整、補完的な食事プログラムを通じて、妊婦、小児、学齢前児童、思春期の青年の栄養状態を改善する。
- ・母子の健康を保護するため、妊娠可能期間の夫婦の避妊（近代的及び伝統的手法）の実施を増加させる。
- ・生殖の健康、妊婦の安全、薬物濫用、性感染症に関し、親としての責任を思春期の青年に教育すること。

#### 重点目標

- ・2004 年までに出生数 10 万人当たりの妊産婦死亡率を 25 人とする。
- ・2004 年までに幼児死亡率を出生 1,000 人当たり 14 人、新生児死亡率を 7 人とする。
- ・2000 年までにポリオの発生を根絶し、その後も維持する。
- ・1996 年からの新生児破傷風発生なしを維持する。

- ・ 栄養不良の幼児を減少させ、2004年までに学齢前児童の栄養不良を1993年のレベルの30%とする。
- ・ 2004年までに低体重出生児の発生を15%まで減少させる。
- ・ 2000年までに全妊娠率を減少させ、その後2005年までその水準を維持する。

#### h) 国家栄養計画

##### 目 標

- ・ 低体重出生児の発生率を現在の20%から15%以下に下げる。
- ・ 蛋白質不足の幼児、児童の比率を20%以下に下げる。
- ・ 高度の栄養不良者を減少させる。
- ・ ヨード欠乏症を減少させる。

##### 戦 略

- ・ 政府、組織、関連機関の参加による地域、村落レベルで、採用されるべきセクター間の協力体制をとる。
- ・ 地域社会の参加を得て、草の根レベルでの問題の取り組む。
- ・ 文明・宗教上の習慣に関連して、栄養に関する認識を深める教育を実施し、幼児期、少年期、妊娠期における食事習慣に対する態度の変更をもたらす。

#### i) エステート（プランテーション住民）の保健医療セクターの改革

##### 現状の問題点

- ・ 児童及び女性の栄養不良
- ・ 幼児及び妊産婦の高い死亡率
- ・ 幼児の育児ケアへの低い優先度
- ・ 感染症の高い発生率
- ・ 児童の労働と搾取

##### 全体目標

プランテーションセクターと他のセクター間に存在する不平等の減少

##### 戦 略

- ・ 質の高いサービスの提供
- ・ 社会的動員
- ・ プランテーションセクターで機能している政府機関のキャパシティーの確立、エステート住民の生活の質を向上させるための生活の評価・分析と、必要とされるアクション

#### j) 都市住民の保健サービス

都市部では地方に比べて利用可能な保健医療の施設は多いが、予防医学や治療を含む包

括的なサービス提供の組織は良好には組織化されていない。公営・民営の二次医療、三次医療のための医療機関は恒常的に患者で混雑しており、また地方住民には利用もできない。都市住民は、一次医療のために自宅近くの一次医療施設を利用せずに、二次・三次医療機関へ行くため混雑している。都市の保健医療サービス体制は、アクセスの公平性と利用できるサービスの活用の面から再組織化する必要性がある。

k) 精神分野の保健医療サービス

l) 身体障害者の保健医療

身体障害者への医療サービスには相当数の施設と人材が配置されているが、各施設で行われている行為についての情報は欠乏している。

m) 高齢者の保健医療

n) 若年層の保健医療

3) 重点分野 3

a) 保健医療セクターの改革

先進的な医療技術の活用に重点をおいた支援サービスの改善

b) 学校保健

学校保健プログラムは、現状の学校保健医療サービス、学校保健教育、健全な学校環境の維持、健康増進への地域社会の参加の各プログラムを統合したものである。1万校、約430万人の生徒を対象にしている。学校での生徒の医学的検査が主要な事業であり、1年生、4年生、7年生を対象にしているがカバー率は30%以下である。

4) 重点分野 4

a) 医薬品供給部門

当部門は全医療機関、特殊なキャンペーン、軍隊に対する医薬品・医療用消耗品の調達、保管、配送に全責任を負っている。その内容には、医薬品、外科用機材、X線フィルム、化学薬品、造影剤、外科用消耗品、外科用非消耗品、歯科用消耗品、歯科用非消耗品、分析検査室消耗品、放射線物質、医用ガス等が含まれる。

b) 医療技術及び供給部門

医薬品、医用機器、医薬部外品に関する下記の業務を担当

- ・登録
- ・輸入許可
- ・製造許可

c) 法医学サービス部門

d) 輸血サービス部門

e) 薬品の品質保証研究所

5) 重点分野 5

効率性と効果の改善の観点から組織構造の改革をめざしており、代替的財政のメカニズム、公営・民営セクター間の資源の分配、合理的な人的資源の開発を含む資源の動員及びマネージメントの改革を行う。

資産の改修及び改善

機材の調達

施設の建設

教育訓練

放射線技師の養成

理学療法、作業療法技師の養成

看護婦教育

人材開発

スリランカにおける中期計画として、2002年の達成目標を表3 - 1に示す。妊産婦死亡率、女性の平均余命、低体重新生児出生率、5歳未満児の下痢による死亡率、5歳未満児の急性呼吸器系疾患による死亡率の各指標については、2002年を待たずに既に達成されている。

表3 - 1 2002年までに達成されるべき保健指標の目標

指 標	基準値	現在の水準	2002年達成目標
幼児死亡率(1,000人出生当たり)	19.3 1990	16.3 1997	15
新生児死亡率(1,000人出生当たり)	13 1989	12.9 1996	7.5
妊産婦死亡率(1,000人出生当たり)	0.4 1991	0.2 1996	0.3
出生時期待余命(年)	67.8(男) 1981	70.7(男) 1996	73(男)
	71.7(女) 1981	75.4(女) 1996	75(女)
2.5kg以下低体重児出生率(%)	22.8 1990	16.4 1999	18
粗出生率(人口1,000人出生当たり)	19.9 1990	17.3 1998	16
新生児破傷風罹患率(10万人出生当たり)	4.7 1990	4 1999	0
ポリオ罹患率(人口10万人当たり)	0.1 1990	1993年根絶	0
5歳未満児の栄養不良率(%)	35 1990	23.8 1993	17.5
5歳未満児の下痢疾患による死亡率(%)	2.9 1991	2 1996	1990年レベルを25%下げる
5歳未満児の急性呼吸器疾患による死亡率(%)	8.3 1991	5.6 1996	6
妊婦及び授乳期の母親の鉄欠乏性貧血の比率(%)	58 1990	39 1994	22
避妊具を使用する夫婦の比率(%)	61.7 1987	66.1 1993	72
自宅又は近所で安全な飲料水が確保可能な家庭の比率(%)	65.0(地方) 1981	68.4 1994	100(地方)
	91.1(都市) 1981		100(都市)
便所付き家庭の普及率(%)	63.5(地方) 1981	85.0(地方) 1994	100(地方)
	80.3(都市) 1981	96.0(都市) 1994	100(都市)



### 3 - 2 保健医療の組織体制

#### 3 - 2 - 1 行政機関の組織・実施体制・能力

##### (1) 組織

スリランカの政治機構は、中央政府の下に 8 つの州(プロビンス)があり、その下に 25 の県(ディストリクト)が置かれ、その県の下に地区(ディビジョン)が置かれ、更にその下に村が置かれている。地区の数は全国に 318 あり、村の数は総数 3 万 8,259 となっている。県ではコロンボ県の 223 万人が最大で、次いでガンパラ県が 163 万人、クルネガラ県が 155 万人、キャンディ県が 139 万人続き、最少はムライティブ県の 11 万人となっており、地域行政単位の規模には大きな差がある。

保健医療サービスは行政機構と対応した組織となっており、図 3 - 1 に示すように 4 段階になっている。

中央政府保健省及び各州政府の保健局は、国民の公衆衛生、疾病予防、診断治療、リハビリテーションの全範囲を担当している。

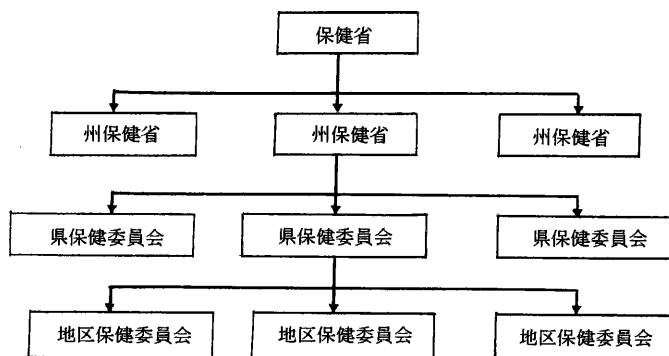


図 3 - 1 保健行政機構

##### (2) 保健行政機構

保健省の組織は図 3 - 2 に示すとおりである。伝統医療とは、西洋医学がスリランカに導入される前から普及していた医療で、アーユルベータ、ウナニ、シダ、及びホメオパシーを含むものである。現在では、医療のほとんどは西洋医学が占めている。保健省の部局は大きく分けて公衆衛生、ラボラトリー・サービス、企画管理、教育研修・研究、行政管理、財政・監査、ロジスティックとなっている。

公衆衛生では、環境・職業保健、保健教育、母子医療、疫学、ハンセン病、マラリア、性感感染症、フィラリア症、公共獣医学、看護、栄養、老人・身体障害者、PHC、エステート・都市保健の担当分野に分かれている。エステートとは、紅茶農園等の大規模私有地(プランテーション)をいう。

また、州レベルの保健医療に関する行政組織を図 3 - 3 に示す。

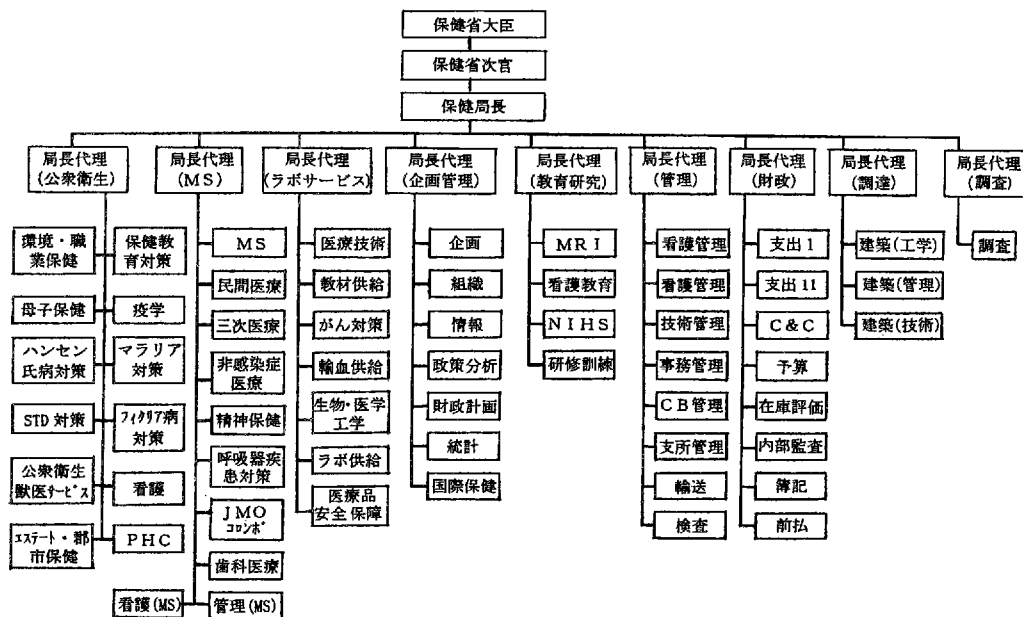


図 3-2 保健省組織図

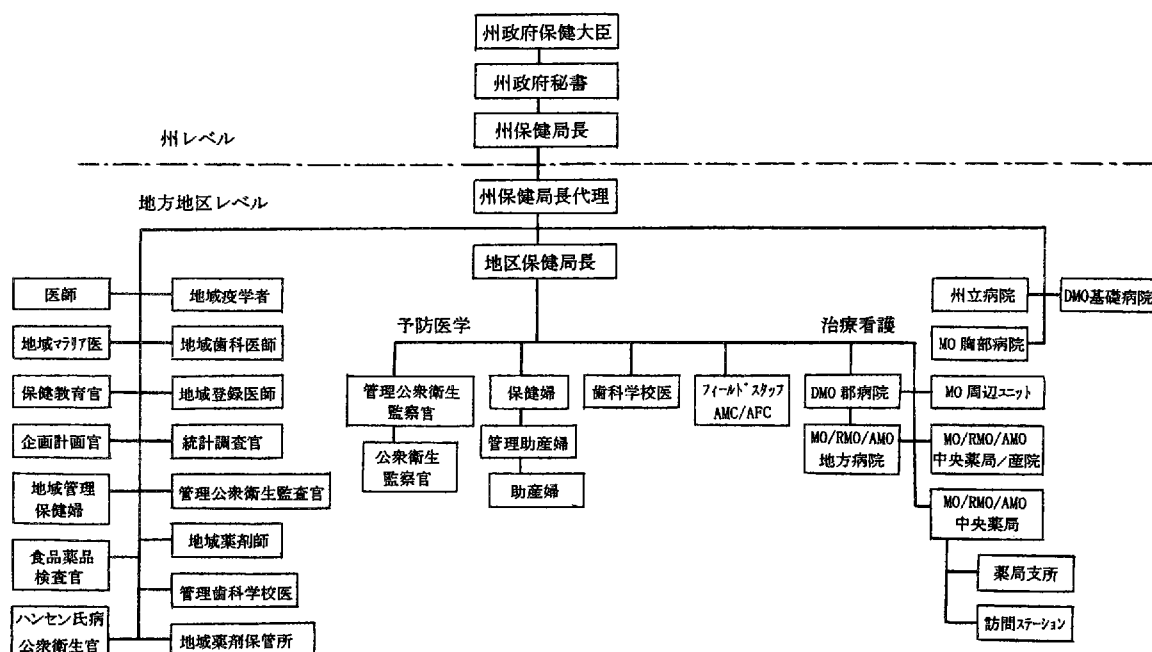


図 3-3 州保健省組織図

保健省には保健局のみがあり、その保健局の下に公衆衛生、医療サービス (MS)、ラボラトリーサービス、企画管理、教育研究、業務管理、会計財務、調達、調査の部がある。公衆衛生部は、公衆衛生に関する業務を管轄し、母子医療、ハンセン病、性感染症、狂犬病、疫学調査、マラリア、フィラリア対策等の課に分かれ、公衆衛生分野の重点領域を担当してい

る。医療サービス部には三次医療、民間医療、精神保健等の医療面を担当している。マスタープラン（M / P）策定にあたって最も関係の深いのは、企画管理部で、企画、組織、保健情報、国際保健、財政計画等の課があり、Dr. Dalpatadu が部長を務めている。

### （3）実施体制・能力

事前調査団が保健省で打合せを行った際には、上記の Dr. Dalpatadu が常時参加しており、我が国が計画している M / P 策定のための本格調査団の派遣についてもよく理解している。また、事前調査団は国際保健課長の Dr. Ajith Fonseka、企画課長の Dr. Thushara Fernando、保健情報課長の Dr. Sunil Senanayake にも面談したが、いずれの人物も若く、英米に留学経験をもち、またスリランカの保健体制の問題点・課題を把握しており、M / P 策定にあたっては十分な協力・支援が受けられると思われる。

## 3 - 2 - 2 国家財政・予算

### （1）国家歳入・歳出額

国家の歳入額及び歳出額は、表 3 - 2、表 3 - 3 に示すとおりである。

国家歳入のうち、最大の比率を占めるのは生産・消費税で約 65.2% を占め、次いで企業税が 10.6%、利子・利益の受取が 8.2% を占めている。

表 3 - 2 国家歳入の推移

（単位：百万ルピー）

	1995 年	1996 年	1997 年目	1998 年	1999 年
1．生産・消費税	-	110,757	121,556	125,703	（入手不可）
2．企業税	18,198	19,350	22,301	20,428	
3．商業企業より受取	7,358	6,850	2,445	2,918	
4．賃貸、利子、利益の受取	2,772	2,140	13,233	15,872	
5．販売・料金	3,138	4,000	5,075	6,079	
6．社会保障貢献	825	900	1,797	2,192	
7．他の現金移転	1,365	2,430	1,840	4,743	
8．資本財の売却	3,097	10,550	22,751	4,452	
9．国内部門からの資本移転	12	5	5	4	
10．海外からの資本移転	9	9	-	4,674	
11．ローンの支払い	5,097	410	4,331	6,051	
12．国内部門からの借入	58,591	-	-	-	
13．海外からの借入	20,787	-	-	-	
合計（1～12の計）	156,422	171,601	195,336	192,703	

表 3 - 3 国家歳出の推移（現在価値ベース）

（単位：百万ルピー）

	1995年	1996年	1997年目	1998年	1999年
1. 国防費	28,588	34,218	38,236	(入手不可)	(入手不可)
2. 教育費	11,121	15,440	18,428		
3. 保健医療費	6,856	9,187	11,025		
4. 住宅・社会的快適費	206	194	242		
5. 一般公共サービス費	18,948	19,859	24,882		
6. 社会保障・福祉費	16,842	16,522	19,946		
7. その他社会サービス費	1,816	1,115	892		
8. 経済的サービス費	12,867	15,268	12,849		
合計	97,244	111,803	126,500		

一方、歳出の面では国防費が最大で30.2%を占め、次いで一般公共サービス費が19.7%、社会保障・福祉が15.8%、教育費14.6%となっており、保健医療費は8.7%を占めている。

スリランカは、独立以来民主社会主義を国是としてきたため、教育と保健医療は無料の方針を採ってきた。しかし過去十数年、北部・東部地域での武力紛争問題を抱えており、国防費の国家歳出に占める割合が極めて高く、国家財政を大きく圧迫している。このため、経済成長に必要なインフラ整備に必要な支出ができない状態にある。

## (2) 保健省予算及び支出

保健関係支出は、表3-4に示すとおりであるが、保健医療費の国家歳出額全体に占める割合は1999年で5.6%であり、国民1人当たりの保健関係費はわずか946ルピーとなっている。

また、国民の年間1人当たりの収入は、1999年時点で850米ドルと途上国のなかでも低収入国に分類されない。

表 3 - 4 保健関係費の国家歳出、GNPに占める比率

	1995年	1996年	1997年目	1998年	1999年
国家歳出総額（百万ルピー）	244,505	282,413	273,075	328,817	323,452
保健支出総額（百万ルピー）	10,533	11,422	12,783	15,943	18,018
保健 / 国家歳出の比率（%）	4.3	4.1	4.7	4.8	5.6
国民1人当たり保健費（ルピー）	582	624	689	849	946
GNP（百万ルピー）	591,245	684,676	794,289	901,310	976,917
保健費 / GNP（%）	1.8	1.6	1.6	1.7	1.8

次に、表3 - 5に示した保健関係費の支出の内訳をみると、スリランカの支出は大別して2つあり、経常支出（recurrent）と資本投資（capital）に分かれている。経常支出は、人件費、材料費、給食材料費、修繕費で構成され、主としてそれぞれの病院の過去の診療実績、病床数、職員数に基づいて配分されるものであり、一方資本投資の方は建物の新築・改修、医療機材の購入に充当される

経常支出については、我々の調査の結果ではおおむね90%以上が消化されているが、一方資本投資については、必ずしも財政的裏づけがある訳ではなく、個々の投資案件について財務省出納局（Treasurer）の厳しい審査があり、そのための手続きが煩雑でかつ時間がかかるためもあって、消化率は60%前後に抑えられている。資本投資の財源には外国からの援助が恒常的に組み込まれている。

表3 - 5 保健関係費の支出・収入の内訳

	1995年	1996年	1997年目	1998年	1999年
保健関係支出合計	10,533	11,422	12,782	15,943	18,018
経常支出	8,460	8,727	9,804	11,504	14,226
資本支出	2,073	2,695	2,978	4,439	3,792
資本投資財源合計	10,533	11,422	12,782	15,943	18,018
合同基金	10,073	11,129	12,160	14,435	17,119
外国からの援助	460	293	622	1,508	899

表3 - 6に示した1999年度保健関係費支出の内訳をみると、患者の診療に63.4%が、また一般行政費・職員サービスに24.9%、地域社会のための保健に11.7%が配分されている。国と州の配分は72.3%が中央政府で、残りの27.7%が州政府となっている。表3 - 6では、医療機材への投資は患者の診療のための費用として全体の12.5%とされているが、実際にはその半分程度しか投入されていないものと推定される。

次に、個々の医療機関の支出の分析を行う。

調査団が現地訪問した際に入手できたデータは1996年分で、5年前の実績であるが、これが最も新しい数字ということであった。この例でも理解できるように、経理関係のマネージメント・システムが不十分であり、適格な経営判断ができていない。

一般に保健医療サービスはサービス業であり、医療機関における最大の出費項目は人件費であるが、国立スリランカ病院が48.5%、がん病院が37.0%に対して、より下位のキャンディ総合病院では59.5%、また一次医療機関である地域ユニット、及び地区病院では79.0%と高くなっている。それとは逆に、物品費は国立スリランカ病院が36.6%、がん病院が56.4%に対して、キャンディ総合病院では29.6%、また、地域ユニット及び地区病院では13.4%と極

表3 - 6 保健関係費支出の国と州の配分内訳

項 目	保健関係費 1999年			比率(%)
	保健省	州保健省	合 計	
1. 一般行政費・職員サービス	2,949	276	3,225	17.9
2. 患者の診療	5,568	3,609	9,177	50.9
3. 地域社会保健サービス	746	1,077	1,823	10.2
経常支出合計	9,263	4,962	14,226	79
1. 一般行政費・職員サービス	1,245	25	1,270	7
2. 患者の診療	2,249	1	2,250	12.5
3. 地域社会保健サービス	272	1	273	1.5
資本投資合計	3,766	27	3,793	20.1
1. 一般行政費・職員サービス	4,194	301	4,495	24.9
2. 患者の診療	7,817	3,609	11,427	63.4
3. 地域社会保健サービス	1,017	1,079	2,096	11.7
保健関係費合計	13,029	4,989	18,018	100
合同基金	12,130	4,989	17,119	
外国からの援助	899	-	899	
収入源	13,029	4,989	18,018	

めて低くなっている。人件費と物品費の合計は、国立スリランカ病院が85%、それ以外のがん病院、キャンディ総合病院、地域ユニット、及び地区病院ともほぼ90%前後になっている。物品費のうちほとんどが医療材料費で、これには医薬品のみならず医用消耗品も含まれているが、現地調査では医薬品の供給については特に不満はなかったが、医用消耗品についてはいずれの医療機関からも不足しているという不満がでていた。

スリランカでは、独立以来医療と教育は国民全部に対して無料で提供されてきたため、健康保険制度は必要性がなかった。最近、私立病院の開設が許可され、いくつかの病院がオープンしている。現地調査では、わずかに1か所のみ見学することができたが、MRI(磁気共鳴断層撮影装置、1.5テスラ)やスパイラルCT、カラードップラー超音波診断装置等の先進的な医療機材を政府の援助なしで揃え、高度医療を行っている。高度先進機材を使用した診断・検査には高い料金を設定しているが、一般外来の料金はそれほど高くなく、患者から徴収する料金で順調に経営を行っている。ここに来院する患者は、ある特定の富裕な階層に属するものと思われるが、そのような階層に対しては、既に民間の医療保険が存在している。ただ、加入率は5%以下といわれ、今後も大きく増加することはないだろうともいわれている。

表 3 - 7 個別病院の支出項目の明細

	国立スリランカ病院		がん病院		キャンディ総合病院		地域ユニット 及び地区病院	
	金額	%	金額	%	金額	%	金額	%
給与	186,314	24.6	22,295	18.3	86,750	32.6	2,911	41.7
超過勤務手当	40,433	5.3	4,073	3.3	14,114	5.3	913	13.1
生活手当	44,289	5.8	5,203	4.3	20,430	7.7	999	14.3
被服手当	8,133	1.1	1,165	1	4,528	1.7	90	1.3
その他	88,096	11.6	12,300	10.1	32,697	12.3	597	8.6
人件費	367,266	48.5	45,036	37	158,519	59.5	5,511	79
国内旅費	267	0	216	0.2	460	0.2	44	0.6
国外旅費	0	0	0	0	0	0	0	0
旅費	267	0	216	0.2	460	0.2	44	0.6
事務用品費	300	0	85	0.1	173	0.1	25	0.4
燃料・潤滑油費	1,095	0.1	82	0.1	448	0.2	36	0.5
被服費	914	0.1	1,072	0.9	386	0.1	73	1
部品費	93	0	53	0	66	0	0	0
医療材料費	239,655	31.6	62,966	51.7	68,696	25.8	95	1.4
給食材料費	28,184	3.7	3,972	3.3	6,254	2.3	621	8.9
その他物品	6,799	0.9	448	0.4	2,873	1.1	82	1.2
物品費	277,041	36.6	68,677	56.4	78,896	29.6	933	13.4
車両・機材修理費	4,241	0.6	299	0.2	244	0.1	4	0.1
建屋修繕費	1,255	0.2	21	0	73	0	0	0
輸送費	0	0	4	0	0	0	0	0
通信サービス	1,300	0.2	211	0.2	588	0.2	57	0.8
用役費	90,062	11.9	6,000	4.9	23,402	8.8	390	5.6
料金・税金	1,924	0.3	45	0	469	0.2	5	0.1
その他契約サービス	8,497	1.1	1,200	1	3,086	1.2	25	0.4
契約サービス	107,280	14.2	7,780	6.4	27,863	10.5	480	6.9
その他経常経費	5,508	1.1	142	0.1	644	0.2	11	0.2
経常経費総額	757,656	100	121,851	100	266,382	100	6,980	100

### 3 - 2 - 3 疾病構造

基本的な保健指標であるスリランカにおける粗出生率、粗死亡率、妊産婦死亡率、幼児死亡率、新生児死亡率を表 3 - 8 に示す。

人口は 1950 年の 770 万人が 1998 年には 1,870 万人と、約 50 年間の間に 2.43 倍になっている。この間粗出生率は 40.4% から 17.3% に、また粗死亡率も 12.6% から 5.9% に大幅に下がっている。

また妊産婦死亡率は、出生1,000人当たり55.5%から2.3%に劇的に改善しており、同様に幼児死亡率も1,000人出生当たり82.3%から15.4%に、新生児死亡率も49.2%から12.9%程度まで下がっており、途上国の実績としては目覚ましい改善がみられている。

表3 - 8 基本的な保健指標

(%)

年度	推定人口 (千人)	粗出生率 (人口千人当たり)	粗死亡率 (人口千人当たり)	妊産婦死亡率 (出生千人当たり)	幼児死亡率 (生存出生千人当たり)	新生児死亡率
1945	6,656	36.7	22	165.2	140	75.5
1950	7,678	40.4	12.6	55.5	82.3	49.2
1955	8,723	37.3	11	40.5	72.4	45.3
1960	9,896	36.6	8.6	30.2	57	34.2
1965	11,164	33.1	8.2	23.9	53.2	33.3
1970	12,516	29.4	7.5	14.5	47.5	29.7
1975	13,496	27.8	8.5	10.2	45.1	27
1980	14,747	28.4	6.2	6.4	34.4	22.7
1985	15,842	24.6	6.2	5.1	24.2	16.2
1988	16,599	20.7	5.8	3.9	20.2	14.1
1989	16,825	21.6	6.2	3.5	18.4	13
1990	17,015	19.9	5.7	-	19.5	-
1991	17,267	20.7	5.5	4.2	17.7	12.9
1992	17,426	20.5	5.6	2.7	17.9	13
1993	17,646	19.9	5.5	2.5	16.3	12
1994	17,891	19.9	5.6	2.1	16.9	12.8
1995	18,136	18.9	5.8	2.4	16.5	12.5
1996	18,336	18.6	6.5	2.3	17.3	12.9
1997	18,552	17.9	6.1	-	15.4	-
1998	18,774	17.3	5.9	-	-	-
1999						

表3 - 9に入院患者の罹患率及び死亡率を示す。また、表3 - 10に入院患者の疾患と死因の推移を示す。15 .の妊娠出産・産褥疾患と16 .の周産期疾患については、対象とする母集団が異なるので除外し、その他の疾患で分析する。人口10万人当たりの罹患率では最も多いのは傷害・中毒で、なお増加傾向にあり、次いで感染症・寄生虫病、呼吸器疾患、循環器疾患が続いており、いずれもわずかに増加傾向にある。傷害・中毒については、自動車の急増及び農薬(殺虫剤)の増加に起因している。循環器疾患については、生活習慣病に分類される高血圧症、脳血管系疾患が含まれている。人口10万人当たりの死亡率でみると、循環器系疾患が最大で約50人であり、



増加傾向にある。次いで傷害・中毒が約 24 人、呼吸器疾患が約 18 人となっている。妊娠出産・産褥期疾患、周産期疾患は、いずれも増加傾向にあるが、妊娠出産・産褥期疾患による死亡は少ないが、周産期疾患は依然として高値を示している。

表 3 - 9 入院患者の罹患率及び死亡率

(%)

年 度	人口 10 万人当たり罹患率				人口 10 万人当たりの死亡率			
	1985	1990	1995	2000	1985	1990	1995	2000
1. 感染症・寄生虫病	2080	2383	1759	2386	19.3	14.2	13.2	13.9
2. 新生物	121	142	190	203	7.4	10.2	11.6	12.5
3. 血液造血器官免疫疾患	287	168	152	108	2.5	1.5	1	1
4. 内分泌栄養代謝疾患	226	139	206	242	3.5	2.6	3.8	4
5. 精神疾患	207	211	262	257	1.1	0.4	0.6	0.4
6. 神経疾患	134	127	172	224	6.6	3.7	2.9	3
7. 眼疾患	182	166	277	265	0	0	0	0
8. 耳・乳様突起疾患	92	58	67	76	0	0	0	0
9. 循環器疾患	659	645	926	1021	38.4	41.7	50.6	49.5
10. 呼吸器疾患	2180	2057	2089	2219	17.1	13.3	16	17.9
11. 消化器疾患	613	529	739	976	8.4	9.2	13.6	15.7
12. 皮膚・皮下疾患	535	472	529	510	0.4	0.2	0.2	0.2
13. 筋骨格系疾患	399	565	628	584	0.2	0.2	0.2	0.2
14. 泌尿器生殖器疾患	686	747	999	1,037	3.2	2.6	4.8	6.4
15. 妊娠出産・産褥疾患	1,806	1,945	2,207	2755	4.2	1.8	1.3	1.2
16. 周産期疾患	2,914	2,848	4,987	8,303	733.8	387.8	505.4	602
17. 先天性異常・変形	24	32	53	44	2.2	1.3	2.5	2.1
18. 検査異常疾患	1,353	1,135	1,312	1,005	11.2	7	5	8.5
19. 傷害・中毒	1,669	1,800	2,552	2,998	25.9	23.3	22.7	23.7

2000 年度では、入院患者の多い順番としては 1 位が喘息、2 位が腸感染症、3 位は妊娠中絶となっている。喘息は入院患者数で増加傾向にあるが、死亡率では虚血性心疾患が最も多く、入院患者数も増加傾向にある。次いで死亡率が高いのは肝臓疾患で、入院患者数が少ないわりには死亡率は 10% を超えている。

ジフテリア、百日咳、はしかでは、死亡率はほぼ 0 になっている。注目すべきは感染症が減少気味であるのに対して、生活習慣病である糖尿病、高血圧、虚血性心疾患の増加が著しい。栄養不良の減少と相まって、生活習慣が先進国型に移行しつつあることが示唆される。

外来患者に関する疾病統計を定期的、系統的に収集するシステムがスリランカにはないため、

外来患者の正確な疾患統計は存在していないが、わずかに入手した外来患者のデータを表3 - 12に示す。この数字は、1995年に三次医療機関であるコロンボサウス総合病院とラガマ総合病院の2つの教育病院で、それぞれ1,000人ずつの外来患者について疾患を分類したものである。

表3 - 10 入院患者の疾患と死因の推移 (1980 ~ 1999年)

(%)

年 度	人口10万人当たり罹患率				人口10万人当たりの死亡率			
	1985	1990	1995	2000	1985	1990	1995	2000
腸感染症	849	838	676	832	7.3	3	1	1.2
結 核	74	81	54	55	3.9	3.5	3.1	2.9
ジフテリア	-	-	-	-	-	-	-	-
百日咳	3	2	1	1	-	-	-	-
敗血症	10	9	6	15	5.4	4.7	1.4	6.6
狂犬病	1	2	1	1	0.2	0.3	0.5	0.5
はしか	60	28	2	24	0.1	-	-	-
ウィルス性肝炎	42	41	39	26	0.4	0.4	0.1	0.1
マラリア	437	679	262	344	0.2	0.5	0.2	0.6
蠕虫病	112	38	17	11	0.4	0.1	0.1	-
糖尿病	87	88	79	178	2	2	3.8	3.4
栄養不良	109	25	7	18	1.3	0.4	0.1	0.2
貧血症	278	155	135	97	2.2	1	0.9	0.8
高血圧	187	201	327	397	4.5	3.6	3.1	2.8
虚血性心疾患	164	163	263	270	15.9	15.1	16.8	16.8
喘 息	395	555	779	858	1.6	2	3.7	5.1
肝臓疾患	41	64	69	109	3.9	6.4	8.2	13.5
妊娠中絶	811	846	833	765	0.3	0.3	0.2	0.2

表3 - 12は、わずか2,000人の母集団の外来患者のデータであるが、外来疾患の分析に必要なパターンはある程度推定がつく。

外来患者で圧倒的に多いのは呼吸器系疾患で、男女とも約半数に近く、次いで筋骨格系疾患、感染症・寄生虫病が続いている。

次いで州別の外来患者数の統計を表3 - 13に示す。

住民が1年間に外来患者として医療機関を訪問する回数は、全国平均で年間2.17回であり、最大はNorth-Central州の3.08回となっている。医療機関の級別年間外来患者の来院数を表3 - 14に示す。

三次医療機関(教育病院と州病院の合計)は13.8%、二次医療機関(基幹病院)は14.9%で残

表 3 - 11 病院で死亡した入院患者の主たる死亡原因

年 度	1995		1996		1997		1998		1999	
	順位	%	順位	%	順位	%	順位	%	順位	%
虚血性心疾患	1	10.6	1	10.6	1	9.7	1	9.5	1	10
消化器系疾患	3	8.6	3	8.6	2	9.1	2	9.4	2	9.3
脳血管系疾患	2	10.6	2	9.6	3	9.1	4	8.6	3	9.1
呼吸器心疾患・肺循環疾患	4	8.1	4	8.2	4	8.1	3	8.8	4	8
新生物	5	7.3	5	8.1	6	6.5	5	6.7	5	7.4
呼吸器系疾患(上部気管、肺炎、インフルエンザを除く)	7	5.7	7	5.7	7	5.9	7	6.1	6	6.8
殺虫剤中毒	6	6	6	6.3	5	6.6	6	6.7	7	5.7
臨床検査による異常	11	3.2	9	4.5	8	5.1	8	4.6	8	5
外傷性傷害			11	3.4	11	3.8	11	3.8	9	4.5
尿路系疾患									10	3.7
肺 炎	9	4			10	3.8	10	4.4	11	3.6
動物から伝染性の、または細菌性疾患	8	4.3	8	5	9	4.3	9	4.4		
短期間妊娠、低体重出産、胎児低成長、胎児栄養不良	10	3.3	10	3.8						
周産期に起因する疾患(短期間妊娠、胎児低成長、胎児栄養不良を除く)	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na

りの一次医療機関が71.3%で圧倒的多数を占めているように見える。しかしこの統計では、保健省の管轄外である民間病院の統計数値が含まれていない。一般に外来患者については、民間医療機関と公立医療機関の受け入れが50:50といわれている。したがって、外来患者数は、表3 - 14の数値の4,100万人の2倍(約8,200万人)はあるものと推定される。

なお、民間医療施設には、診断・検査機能、入院設備を持つ病院、入院設備のみを持つ病院、及び一般開業医が含まれている。一般開業医の多くは、公立病院に勤務する医師が、勤務時間外(午後4時以降)に医師の自宅、又は私立病院等で患者を診断する形態をとっている。

表3 - 12 コロンボサウス総合病院とラガマ病院における外来患者の疾患統計

疾 患 名	合 計		男性患者		女性患者	
	人 数	比率%	人 数	比率%	人 数	比率%
呼吸器系疾患	899	45	358	46.6	541	43.9
筋骨格系疾患	288	14.4	88	11.5	200	16.2
感染症・寄生虫病	207	10.4	67	8.7	140	11.4
外傷・中毒	165	8.3	97	12.6	68	5.5
消化器系疾患	144	7.2	60	7.8	84	6.8
皮膚・皮下組織疾患	114	5.7	98	12.8	199	16.2
その他	183	9.2				
合 計	2,000	100	768	100	1,232	100

表3 - 13 州別年間外来患者数（1999年）

州	外来患者総数（1,000人）	人口1,000人当たり外来患者数
Western	9,418.40	1,926
Central	4,860.20	1,994
Southern	4,593.30	1,860
Northern	3,668.50	2,548
Eastern	3,594.20	2,560
North-Western	4,393.00	1,973
North-Central	3,561.10	3,075
Uva	3,014.00	2,524
Sabaragamuwa	4,222.90	2,315
合 計	41,325.30	2,170

表3 - 14 医療機関級別年間外来患者数（1999年）

州	年間外来患者数（人）	比 率（%）
教育病院	4,177,463	10.1
州病院	1,516,284	3.7
基幹病院	6,156,242	14.9
県病院	11,357,648	27.5
地域ユニット	5,295,858	12.8
地区病院	4,837,342	11.7
産院及び診療所	1,431,046	3.5
中央診療所	6,071,757	14.7
その他医療機関	481,664	1.1
合 計	41,325,304	100

3 - 2 - 4 人材資源及び人材開発計画

保健医療分野の人的資源に関する総括データを表3 - 15 に示す。

表3 - 15の医療職の名称のうち我が国でなじみの薄い職種は、準医師、公衆衛生看護婦、準薬剤師である。準医師は、正医師の修業年限が5年であるのに対して3年と短い。医師が不足していた時代に速成的に養成されたが、現在では養成を中止しており、今後は減少するのみである。

公衆衛生看護婦は我が国でいう保健婦にあたり、保健所に勤務し公衆衛生の業務にあたる職種をいう。また準薬剤師は、これも速成的に育成されたもので、正薬剤師の修業年限が2年であるのに対して半年の修業年限であり、調剤業務はできず、調剤済みの医薬品を医師指示により患者に渡す業務を担当する。

表3 - 15 医療職の職種別人数、比率（1999年9がち現在）

医療職の職種	人 数（人）	人口10万人当たりの比率（人）
医 師	6,953	36.5
歯科医師	529	2.8
準医師	1,340	7
看護婦（士）	14,052	73.8
公衆衛生看護婦（士）	205	1.1
公衆衛生査察官	1,142	6
公共助産婦	4,625	24.3
病院助産婦	2,503	13.1
薬剤師（準薬剤師を含む）	1,613	8.5
臨床検査技師	757	4
放射線技師	270	1.4
理学療法士	182	1
心電図技師	146	0.8
脳波計技師	21	0.1
合 計	34,348	180.3

医師については現地調査の結果、不足していないという話はあったが、看護婦、薬剤師、臨床検査技師、放射線技師、理学療法士等のコメディカルの職種については、多くの医療施設から不足している旨の苦情がでている。

より詳細なデータとして州別の医療職の人材配置表を表3 - 16 として示す。

準医師と準薬剤師を除いた他の医療職種では、国の中心的存在であるコロンボ県を含むWestern州が他の州に比べて圧倒的に多くなっており、保健医療分野における地方との格差が大きく、不均衡を招いている。また臨床検査機材、放射線機材等の不足もあるが、臨床検査技師、

表 3 - 16 地域別医療職配置数 (( 1999 年 )

州 名	医 師		歯科医師		準医師		看護婦		公衆衛生看護婦		公衆衛生査察官		公衆衛生助産婦		病院助産婦	
	人 数	比率 (%)	人 数	比率 (%)	人 数	比率 (%)	人 数	比率 (%)	人 数	比率 (%)	人 数	比率 (%)	人 数	比率 (%)	人 数	比率 (%)
Western州	2,927	59.9	182	3.7	244	5	5,190	106.2	87	1.8	192	3.9	1,002	20.5	549	11.2
Central州	838	34.4	62	2.5	220	9	2,105	86.3	13	0.5	115	4.7	644	26.4	418	17.1
Southern州	709	28.7	52	2.1	161	6.5	1,610	65.2	15	0.6	163	6.6	744	30.1	394	16
Northern州	233	16.2	27	1.9	89	6.2	425	29.5	0	0	55	3.8	109	7.6	73	5.1
Eastern州	344	24.5	37	2.6	103	7.3	652	46.4	2	0.1	114	8.1	244	17.4	125	8.9
North-Western州	510	22.9	51	2.3	188	8.4	1,111	49.9	41	1.8	141	6.3	582	26.1	354	15.9
North-Central州	314	27.1	32	2.8	98	8.5	658	56.8	12	1	105	9.1	362	31.3	190	16.4
Uva州	302	25.3	41	3.4	105	8.8	713	59.7	11	0.9	91	7.6	361	30.2	170	14.2
Sabaragamuwa州	423	23.2	33	1.8	131	7.2	956	52.4	16	0.9	120	6.6	577	31.6	230	12.6
中央政府	353	1.9	12	0.1	1	0	632	3.3	8	0	46	0.2	0	0	0	0
合 計	6,953	36.5	529	2.8	1,340	7	14,052	73.8	205	1.1	1,142	6	4,625	24.3	2,503	13.1

州 名	薬剤師		準薬剤師		臨床検査技師		放射線技師		理学療法士		ECG技師		EEG技師	
	人 数	比率 (%)	人 数	比率 (%)	人 数	比率 (%)	人 数	比率 (%)	人 数	比率 (%)	人 数	比率 (%)	人 数	比率 (%)
Western州	276	5.6	135	2.8	275	5.6	137	2.8	107	2.2	64	1.3	9	0.2
Central州	87	3.6	124	5.1	66	2.7	35	1.4	18	0.7	16	0.7	5	0.2
Southern州	87	3.5	105	4.3	68	2.8	23	0.9	13	0.5	18	0.7	3	0.1
Northern州	64	4.4	48	3.3	22	1.5	6	0.4	2	0.1	3	0.2	3	0.2
Eastern州	43	3.1	61	4.3	26	1.9	9	0.6	5	0.4	8	0.6	0	0
North-Western州	58	2.6	125	5.6	55	2.5	12	0.5	6	0.3	12	0.5	0	0
North-Central州	31	2.7	68	5.9	31	2.7	13	1.1	10	0.9	7	0.6	0	0
Uva州	31	2.6	76	6.4	44	3.7	13	1.1	6	0.5	10	0.8	0	0
Sabaragamuwa州	61	3.3	65	3.6	43	2.4	8	0.4	8	0.4	6	0.3	0	0
中央政府	64	0.3	4	0	127	0.7	14	0.1	7	0	2	0	0	0
合 計	802	4.2	811	4.3	757	4	270	1.4	182	1	146	0.8	20	0.1

放射線技師、理学療法士等の数も圧倒的に少なく、今後医療機材の充実が実現された場合には、要員の育成が必要になると推定される。

医療技術者の養成状況に関するデータを表3 - 17 に示す。

表3 - 17 医師技術者の養成状況 (1997 ~ 1999 年)

医療職の職種	修業年限	教育機関数	年間入学者数		
			1997 年	1998 年	1999 年
医 師	5	6	879	873	915
歯科医師	5	1	76	76	139
看護婦	3	10	2,332	1,385	1,316
薬剤師	2	2	42	0	110
理学療法士	2	1	64	0	56
放射線技師	2	1	67	0	79
臨床検査技師	2	3	139	0	134
公衆衛生看護婦	2	1	101	139	0
公衆衛生査察官	1.5	3	392	329	0
歯科治療士	2	1	47	0	0
家庭保健従事者	1	10	685	713	104
合 計		39	4,824	3,515	2,853

医師が5年、歯科医師が4年と修業年限が長く、ともに過程は大学による高等教育である。看護婦が3年でそれ以外の職種は2年程度となっており、コメディカルの職種が2年間程度で十分な知識、技術を習得できるかは、疑問をもたざるを得ない。医師、歯科医師、看護婦の養成については、表3 - 17 にみられるように、養成学校は継続的に入学者の受け入れを行っているが、そのほかのコメディカルの職種については、毎年の変動が激しい。また、卒業生の数についてデータを入手したが、毎年の変動が激しく、現地調査でその理由を問い合せたところ政治的な理由であるということであったが、詳細は不明である。

医療技術者の養成機関に関するデータを表3 - 18 に示す。

スリランカは、途上国型疾患と先進国型疾患の全く異なった疾患構造に対応していくことが迫られている。今後、民間病院との競争もあり、公立病院も診断・検査・治療の機能を充実させ、医療技術の質的向上を図ることが必要となると考えられるが、その際には医療機材の充実とそれを操作するコメディカル職種の要員の充足を図らなければならない。その意味でコメディカル要員の養成数の増加が必要となるが、現在の給与水準では、そのインセンティブが働かないおそれもある。

表 3 - 18 医療技術者の育成機関

職 種	育成機関名	施設数合計
医 師	コロンボ大学、ペラデニヤ大学、ジャフナ大学、ルフナ大学、ケラニヤ大学、ジャヤワルデナプラ大学	6
歯科医師	ペラデニヤ大学	1
看護婦	コロンボ、キャンディ、ゴール、ラトナプラ、クルネガラ、アヌラダプラ、ジャフナ、バティカロア、バドゥラ、カンダナ各看護婦養成学校	10
薬剤師	コロンボ大学、カルタラ医科学研究所	2
理学療法士・作業療法士	理学療法専門学校	2
放射線技師	放射線技師専門学校	1
保健婦	カルタラ国立医科学研究所	1
公衆衛生査察官	カルタラ国立医科学研究所、地域養成所	6
歯科治療士	マハラガマ歯科技工士養成学校	1
歯科技工士	ペラデニヤ大学歯学部（高等教育省）	1
歯科看護婦	ペラデニヤ大学歯学部（高等教育省）	1
家庭保健従事者	コロンボ、キャンディ、ゴール、ラトナプラ、クルネガラ、アヌラダプラ、ジャフナ、バティカロア、バドゥラ、カンダナ各看護婦養成学校	10

### 3 - 3 国際機関、他国援助機関等の援助動向及び援助実績

#### 3 - 3 - 1 援助動向の概要

スリランカに対する国際機関、他国援助機関等からの援助実績については表 3 - 19 に示すとおりである。

スリランカの保健医療分野では、外国の援助機関からの援助の割合が保健予算全体の約 5 % を占めており、それほど大きくはない。

国際援助機関としては世界銀行（WB）、国連児童基金（UNICEF）、WHO、国連人口基金（UNFPA）、国連開発計画（UNDP）があり、また 2 国間援助では日本、大韓民国、及び中華人民共和国から援助を受け入れている。

#### 3 - 3 - 2 国際機関の援助動向

##### (1) WB

WB は保健省と協同で、保健医療分野の 5 か年計画の M / P 策定を 1999 年から開始しているが、財政政策に焦点が当てられている。WB のスリランカにおける代表は、元保健省次官の Dr. Samarasinghe 氏であり、調査団が訪問した際に、国際協力事業団（JICA）の調査との重複が起きないように、保健省が調整する確約を得ている。



表 3 - 19 外国援助機関からの援助の内容と金額

(千米ドル)

援助機関及びプロジェクト名	期 間	総予算額	1999年度 予算額	1999年度 支出額
UNICEF				
免 疫	1997 ~ 2001 年	567	279	254
ARI/CDD	1997 ~ 2001 年	173	26	11
母性の安全	1997 ~ 2001 年	675	72	66
HIV/AIDS 対策	1997 ~ 2001 年	601	220	181
母乳指導	1997 ~ 2001 年	45	10	9
UNFPA				
国家リプロダクティブ・人口計画開発	1997 ~ 1999 年	300		48
リプロダクティブ保健サービス	1997 ~ 2000 年	3,958		665
リプロダクティブ保健支援	1997 ~ 2000 年	323		50
リプロダクティブのための IEC 支援	1997 ~ 2000 年	411		48
UNDP				
国家 HIV/AIDS 予防対策計画の支援	1997 ~ 2000 年	300	86	73
IDA/WB (国際開発協会/世界銀行)				
保健サービスプロジェクト	1997 ~ 2001 年	18,670	8,700	3,810
JICA				
看護婦教育プロジェクト	1996 ~ 2001 年	3,000	600	600
人口・家族計画・母子保健のための機材供与	1997 ~ 2001 年	800	171	171
医学研究所	1999 ~ 2000 年	100	100	100
ラトナブラ病院改善無償資金供与	1999 年	100	100	100
韓 国				
病院リハビリ・再建プロジェクト	1998 ~ 2000 年	14,220	5,930	2,910
中華人民共和国				
レディー・リッジウェイ病院開発	1997 ~ 1999 年		2,817	
WHO				
WHO 支援開発のための国家需要分析	1998 ~ 1999 年			
疫学統計・評価及び保健情報	1998 ~ 1999 年			
保健関連図書・情報サービス	1998 ~ 1999 年			
保健システムの研究開発	1998 ~ 1999 年			
急速な都市化に対応した保健システム	1998 ~ 1999 年			
郡・地域社会の保健行動	1998 ~ 1999 年			
医療機関の診療サービスの質の評価	1998 ~ 1999 年			
医療提供者への教育開発	1998 ~ 1999 年			
看護婦・助産婦強化	1998 ~ 1999 年			
訓練機関への直接支援	1998 ~ 1999 年			

(千米ドル)

援助機関及びプロジェクト名	期 間	総予算額	1999年度 予算額	1999年度 支出額
基本的医薬品のアクション計画	1998～1999年			
保健医療技術	1998～1999年			
伝統医学	1998～1999年			
家族の保健サービス	1998～1999年			
職業保健	1998～1999年			
精神保健・健康増進	1998～1999年			
健康増進	1998～1999年			
リハビリテーション	1998～1999年			
栄養及び食品の安全	1998～1999年			
地域社会の飲料水と衛生	1998～1999年			
環境と健康	1998～1999年			
ハンセン氏病対策	1998～1999年			
狂犬病の予防対策	1998～1999年			
ワクチンによる予防可能疾病	1998～1999年			
下痢及び急性呼吸器疾患対策	1998～1999年			
STD/AIDS 予防対策	1998～1999年			
マラリア及び媒介疾患対策	1998～1999年			
視覚・聴覚障害疾患対策	1998～1999年			
非感染性疾患対策	1998～1999年			

## (2) WHO

WHO は、主として家族計画の開発計画と母子の栄養問題、また UNICEF と協同で学校保健の問題に重点を置いている。国民のニーズ調査、国民の健康に関する疫学統計調査、急速な都市化問題にも取り組み、また地域社会の保健、医療機関の品質保証、看護婦・助産婦の育成強化、職業病防止、栄養と食品の安全に関する研究についても資金援助している。

## (3) UNFPA

UNFPA は、リプロダクティブ・ヘルス関係全般について資金援助を行っており、特に避妊器具の配布に力を入れている。

## (4) UNICEF

UNICEF は母子の健康保護、予防接種の普及、HIV/AIDS 抑制対策、母乳哺育の普及等の政策を推進し、また子供の精神保健の推進、地域社会の健康問題についても重点を置いて援助活動を行っている。

(5) UNDP

UNDP は HIV/AIDS の防止・抑制のための国家計画を支援する資金援助を行っている。

(6) 大韓民国

大韓民国は病院建物の改修計画、再建プロジェクトへの資金援助を実施している。

(7) 中華人民共和国

中華人民共和国はレディ・リッジウェイ病院の施設に対して約2,800万ドルの支援を行っている。

3 - 4 レファラルシステムに係る現状と課題

スリランカの保健医療〔医療行政・医療サービス供給(医療施設)・予防対策〕におけるレファラルシステムは、図3-4のように構成されている。

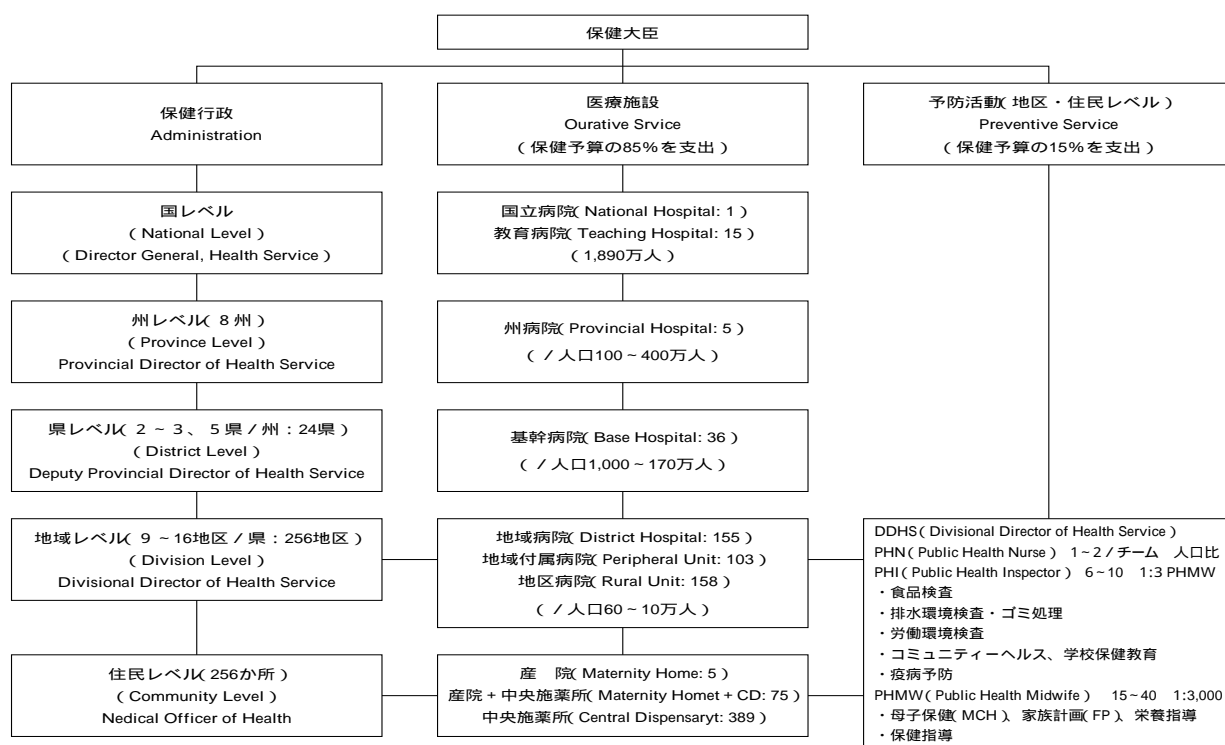


図3-4 保健医療レファラルシステム

3 - 4 - 1 保健行政

スリランカの保健行政は、1989年以降、国レベル(中央保健省)と州レベル(州保健省)で構成されている。

中央保健省は、政策・政令の策定、通達、指導、医療従事者の育成、国立・教育・専門病院、及び研究施設の運営・財務管理、医療人材の配置、医用資材の一括調達等、責任機関としての役割を担う。

これに対し州保健省は、政策・政令の実施、州病院以下の医療施設の運営・財務管理、ロジスティックの運営・管理、各種プログラムの実施・管理等、実施機関としての役割を有している。

現在、スリランカ政府は、中央政府機能の一部を州政府に移管しつつある。保健省においても、州病院以下の医療施設に関する運営・財務会計は既に各州保健省に移行しており、各州保健省が運営管理責任を担っている。

しかしながら、中央と地方との間には温度差があり、意志・情報の疎通が欠けていることにより、医療の地域格差の拡大等の問題(適切な人材配置がなされないことや需要に対応できないロジスティック等)があり、各医療施設では効率的な医療サービスの提供に支障を来している。

効率的・効果的な政策・計画実施のためには、行政における運営体制(マネージメント)を再構築し、中央・地方、相互の協力体制の確立が望まれる。

### 3 - 4 - 2 医療サービス供給(施設施設レファラル)体制

スリランカの医療サービス供給体制は、図3-5のようなピラミッド型のレファラル体制を構築している。各医療施設は、レベル(診療活動内容)に応じた施設規模、内容、人員配置となっており、機構としては整備されている。

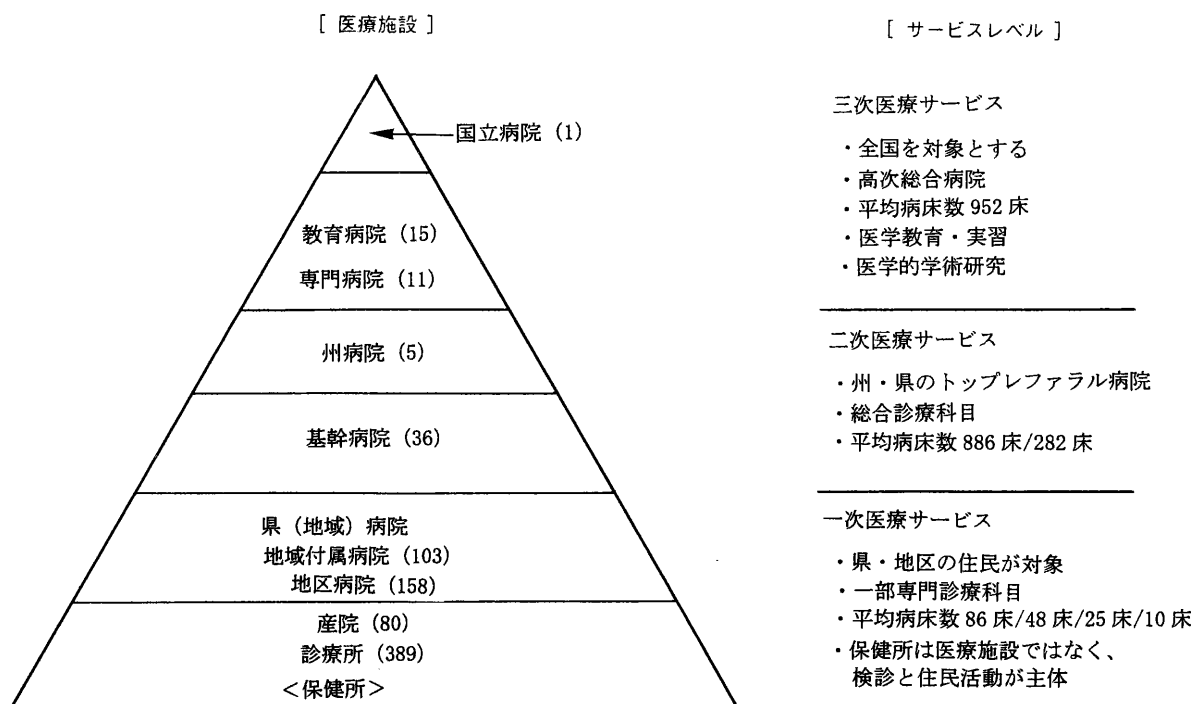


図3-5 医療サービス供給体制

国立病院（National Hospital、旧 Colombo General Hospital）を頂点としたレファラル体制は、一次・二次医療施設における診療機能が大幅に不足していることにより、また、医療施設へのアクセスのよさもあって、患者は直接、三次医療施設を受診しており、レファラルシステムは機能していないのが現状である。

レファラル機能の低下に伴い、三次医療施設では軽度の患者の対応に追われ、結果として本来の高次医療施設としての役割・活動面において支障を来している。また、財政面においても大きな負担となっており、レファラルシステムの機能を活性化することが求められている。

これには、紹介制度の法的整備（緊急患者を除き、比較的軽度かつ紹介状のない患者は、優先順位を下げられる等）一次・二次医療施設における診療機能の改善により、住民の信頼感を向上させること、及び保健所や巡回保健婦を通じた住民教育等の方策が必要である。

### 3 - 4 - 3 医療情報システム及び医療統計

スリランカの保健情報・医療統計は、保健省計画局・保健情報課及び統計ユニット（Statistic Unit）がデータ処理にあたっている。集計された統計データは、国立政策研究所（Institute of Policy Studies：IPS）へ送られ、IPSで精査のあと、公式統計として開示される。

#### (1) 保健データ収集システム

各医療施設、医療・行政機関、疾病対策組織（Unit）は、州・県・地域・地区レベルにおいて、上位施設・機関に対し、3系統の報告を行う。医療データ（疾病記録、罹患状況）は、各医療施設から直接中央保健省担当課に報告される。図3 - 6に保健データ収集システムの

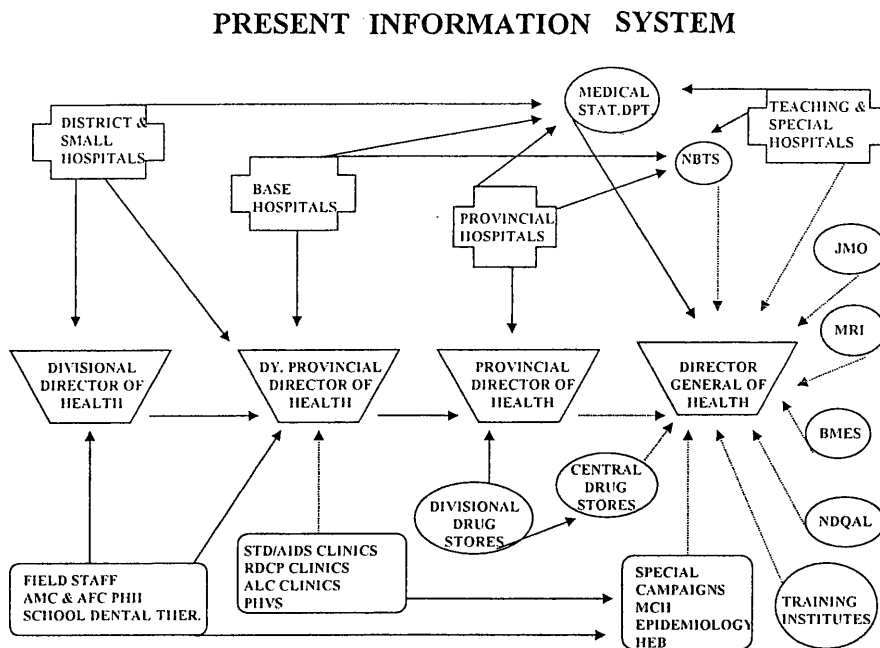


図3 - 6 保健データ収集システム

概念図を記す。

医療情報の収集方法としては、国際標準である「国際疾病分類(第10版、WHO ICD10)」に基づき、すべて画一フォームに記載する形で行われている。

各医療施設では、患者一人一人に対するカルテを作成している。カルテはA5版ほどの定型フォームであるが、ほかに市販のノートに線を引き、そこに来院患者の状況を記録し、日・月ごとに集計を出している。カルテといっても与薬記録はなく、患者の特定とどのような診療を行ったかのための記録簿である。与薬は5cm四方に細かく切った紙に必要な薬品名を記載し、患者に渡してしまい、診察側の記録は残っていない。

このような状況で取られたデータに対し、精度管理の規定は上司・長による確認のみであり、確認の署名がされた記録(レコード)は上位機関へと送られていく。

## (2) 情報処理・統計処理における問題点

図3-6におけるデータ集計・レコード作成は、すべて手作業(マニュアル)で行われている。

このため、データそのものは、WHO ICD10に従って収集されているものの、集計処理の段階における精度管理(クオリティー・コントロール)が希薄であり、処理された数値に対する信頼性に疑問が生じている。正確な情報の伝達には、各段階における徹底した精度管理が必要である。

保健省情報課は、保健統計を作成するにあたり、この問題を十分に認識しており、更に精度を向上させるための計画(Medical Information System : MIS)を立案中である。

保健データ・レコードの信頼性を改善するためには、精度管理基準・方法の改善が必須で

## Why We Need a MIS?

- ◆ Present manual system is very old
- ◆ Hospital information system is very weak
- ◆ Two years behind the time
- ◆ Incomplete
- ◆ Inaccurate
- ◆ Poor quality data

図3-7 保健省の認識

ある。手作業による問題よりも精度管理手法の問題が大である。

統計は、データの分析・評価により、現状に則した政策の立案、優先順位の決定、計画の実行のために不可欠である。上記問題点を認識し踏まえたうえで、より統計の信頼性を向上するため、画一的ルールでの精度管理基準、及び情報のデータベース化が求められている。

### (3) GIS ( Geographical Information System ) 導入について

保健省では、コンピューターを用いたデータベースによる GIS は、いまだ導入されていない。統計処理がマニュアルによる作業に依存しており、クオリティー・コントロールが機能していない現在、数値の信頼性の低下とともに、レコードに間違いや記載ミスが発生した場合、その修正に膨大な時間を要することになる。結果として、最新統計の発出が遅延・停滞し、政策案の策定にも影響を及ぼしかねない状況にある。

より迅速かつ正確な情報・統計処理の実現のためには、GISの導入が効果的である。特に、ベースとなる地図上に三次元的にデータを配置することにより、現状の把握が迅速に行える利点は、政策決定 ( Policy ) 運用 ( Management ) 投資計画 ( Finance ) 計画実施、中間・事後評価等の一連の行政・施行サイクルにおいて、統計の有効活用を可能とする。

しかしながら、一般論としてソフトウェア ( データベースを含む ) は、一度構築された段階でハードウェアと化し、以降のメンテナンスや新たな精度管理基準の導入が重要課題となる。また、コンピューターやイントラネットの導入も必須となり、通信環境等インフラストラクチャーによる影響も大であることから、データベースの構築、及び GIS 導入にあたっては段階的に行われるべきであり、導入レベルの設定、投資計画とともに綿密な計画を策定する必要がある。

## 3 - 5 地方保健医療の現状と課題

### (1) 地方医療サービスと地域保健、PHC 活動：概念と定義

地方医療サービスは、中央政府直轄のいわゆる三次医療サービスに対し、地方政府が中央政府から提供された予算によって運営する医療施設、さらに、行政単位を管轄する保健局長に相当する医師が運営する、日本の保健所に相当する機関によって提供される公衆衛生、予防サービスを総称して示す言葉である。コロンボ、キャンディ、ゴール等の主要都市部、そのほか中小の地方都市部、都市近郊部そして村落部の状況を比較すると、予算配分をはじめとしてサービスの質、量ともかなり多様性が認められる。

地域保健とは、村落部や都市近郊部の住民居住地域を意識した用語で、一般的に公的な保健医療施設による予防や、健康増進活動を主体とした総合的保健医療活動を指す。実施主体は現

地に定着している保健婦、看護婦、助産婦、環境衛生指導員等であり、レファラル制度のなかでは、県病院以下の比較的小規模で、住民の居住地域に近接して立地している施設の活用を前提として展開されている。その基本理念はいわゆる PHC である。スリランカの地方においては、このような地域保健活動は Office of Medical Officer of Health によって実施されているが、標準化された PHC の基本 8 項目が、すべての地域でバランスよく実施されているかについては不明である。

## (2) スリランカの地方保健医療に係る政府、保健省の保健政策理念、並びに保健計画

地方政府への権限委譲は、制度上は実施されているが、予算執行上の地方政府の自由度は少なく、予算執行に関する地方政府管轄保健医療機関の自由度は更に少ない。このため、教育病院、総合病院に比して、地方への投入は少なくなり、国全体の保健医療予算の半分以上が三次医療のみに投入されているのが現状である。人材確保と配置についても保健省が権限をもち、地方政府あるいは各施設の自由度は極めて少ない。この結果、地方と中央の保健医療施設の間には施設、機材、人員配置上の大きな格差が生じている。

## (3) 地方医療サービスの課題

県病院以上の施設への受診が、地域の小規模の施設に対するそれよりも多い。これは地域ユニット、地区病院、県病院に地域住民をひきつける核となるような施設、機能が付与されていないため、住民は、例えば胸部 X 線検査等の簡単な検査を受けるためだけでも上位機関を受診する傾向にある。

PHC の現場と地域ユニット、地区病院との連携が、充実していない可能性が高い。

地方の公的保健医療サービスと疾患予防活動の有効な連携については、更に開発の余地を残している。予防や病気・病的状態の早期発見のための活動の促進、特に感染症の screening service、生活習慣病対策については、地域の一次医療機関の利用度をあげる必要がある。

PHC 活動と地域に近接した医療施設との連携が、特に都市近郊部では考慮されていない。都市部、都市近郊部における「低所得社居住地域における都市型の PHC 活動」の整備が、保健計画当事者によって十分に考慮されていない可能性がある。

### 1) 地域保健医療サービスの供給体制

スリランカにおける地域保健サービスは、人口や行政組織に応じて配置されている Office of Medical Officer of Health ( 地方政府管轄 ) に配属されている医師 ( 公衆衛生 ) によって、統括、実施されている。以下のコメディカルスタッフがそれぞれの分野で活動している。

Public Health Inspector

Community Health Nurse



Midwife

Health Educator

Dental Therapist (School service)

公的医療サービスは保健省、地方政府の管轄下の医療機関によって提供されている。保健省管轄の養成施設・教育機材の標準化が徹底されていないこと、及び職場内訓練が活発でないこと、更には県病院、基幹病院等の医療機関の職員訓練能力が不十分であることから、コメディカルスタッフが数的にも能力的にも不十分であることが問題となっている。

## 2) 保健医療施設の機能及び維持管理体制

中央、地方を通じた病院施設の維持管理については、清掃業務、警備等のアウトソーシングによる実施などの努力はみられるものの、予算の配分、管理体制の整備は不十分である。例えば中央の施設（教育病院や総合病院）に比して、床面積、基本設備（電気、上水、下水設備、照明等）の点において整備が不十分である。

## 3) 医療機材、器具の現状と消耗品の供給体制

これら医療機材の更新、維持管理についての計画、実施、モニターに関連したシステムの整備が不十分であり、また設置環境整備が標準化されていないため、施設によって整備状況が異なる。医療用消耗品、各種医用材料の調達、供給についての権限が保健省にあり、各施設には自由度がないため、基本物品の安定した供給とニーズに応じた調達が妨げられている。

User maintenance、Preventive maintenance の制度の整備、実施面の組織づくりが不十分である。医療機材修理、維持管理センターとして、保健本省に Bio-medical Engineering Services (BES) が設置されているが、地方での展開が非効率であり、修理、定期点検のニーズのあるところに容易にサービスがいき届いていない。

## 4) 保健医療情報に関連した制度、計画へのフィードバック

各医療施設で収集管理している疾患情報の扱いについて、統一基準がないためにデータの信頼性が不明である。また保健本省、地方政府、保健医療施設間の保健情報に関する制度がないため、各保健医療施設の MIS のデータや、保健情報を活用し、将来計画へ反映するようなシステムが構築されていない。

## 5) 地域におけるヘルスプロモーション、保健教育、IEC

保健教育は、本来ならば、保健医療施設による地域保健サービスの現場へのサポートとしての役目を担っている。しかしながらスリランカの現状では、治療と予防が別の系統で実施されており、連携ができていない。ヘルスプロモーションが国家計画のなかで地方の保健サービスに活かされるためには、学校保健サービスの実施形態と問題点の把握とともに、成人、思春期の青少年を対象とした社会教育としての保健教育をきっかけとして、学校保健の

メッセージを地域へ広げていく取り組みが必要とされている。

#### 6) 地方保健医療サービスとジェンダー問題

スリランカでは、「女は家から外に出ない」という習慣が根づいているために、村落地域や少数民族のコミュニティにおける保健医療施設が、女性によって十分に活用されていないという現状がある。また、シャンティやスラムにおける早婚とリプロダクティブヘルスの問題は、地方保健医療サービスにおけるジェンダーの課題となっている。

#### 7) 地方医療活動のモニタリング評価システム

各施設のMISと上位機関のモニタリング活動が十分にリンクしておらず、このため保健医療活動が現状に即した活動・実施形態になっていない可能性がある。保健省や地方政府の各医療施設の業務改善活動(TQC)等に対する支援体制が、十分に整備されていない。

#### 8) 保健セクターとしての貧困削減への配慮

スリランカの医療サービスは、無料提供が貧困層にどのような意味をもつか、貧困層でも民間機関を活用せざるを得ない状況になってはいないか。

プランテーション分野において、農園労働者の保健や医療は保健省が管轄せず、プランテーション省の管轄者と農園を経営する企業が直接運営している。農園はいずれも都市部より遠隔地にあり、労働者の保健省のサービスへのアクセスは良好とはいえない。現在の政策では、保健省が貧困層の保健問題をどう定義し、どう取り組もうとしているのか、はっきりとは把握できない状況である。

### 3 - 6 保健医療財政に係る現状と課題

#### (1) スリランカにおける保健財政制度：概要

スリランカの保健医療体制は、国内事情により戦費負担が重く、GDPの2%未満しか保健医療支出が行われていないにもかかわらず、平均年齢が74歳程度と先進国並みの状態にある。また、出生率の低下により、人口増大圧力からも解放された状態である。しかしながら財政赤字が続いている現状においては、効率的・効果的な資源配分が保健医療セクターにおいても行われることが要請されているとのことである。

さらに検討されねばならない問題として、Gini係数で測って0.5にも達する所得分配の不平等性(日本は0.35である)があげられる。1人当たりのGDPが800米ドルの国にあって、この所得分配の不平等は、深刻な貧困層の存在を示すと考えられる。貧困層の実態は、いまだ明らかでない点が多いと考えられるが、貧困層の解消がスリランカの保健医療状況の前進に寄与することは明らかであると推察される。

この点からも、同国の保健医療体制の強化のためには、保健医療セクター間のみならず省庁の壁を越えたアプローチが必要であると考えられる。

## (2) 個別論点

### 1) 財政に占める保健医療関連支出のウェイトが低い

この問題はスリランカにおける内政問題であり、保健医療セクターとは直接関連しない問題である。しかしながら、先進各国では、保健医療費はGDPの5%程度を最低でも占める状況であり、スリランカの保健医療問題の抜本的な解決のためには、避けて通れない課題であることは確かである。また、スリランカでは公務員に対して課税がされていないこともあり、何らかの財政システムの改善による財政状況の改善を図ることは、長期的な課題として必要であろう。

さらに、持続的なパイの成長のみならず、その分配状況の改善についても継続的な施策が必要である可能性が高い。

また、保健医療セクターにおける公私の役割分担についても、長期的な視野から政策的に対応すべきと考えられる。

### 2) 保健医療分野における合理的な予算配分システムの確保

保健医療セクターへの予算配分方式は、大病院に対しては保健省から直接予算が配分され、中小病院については、保健省から州政府を経て資源が配分される。効率的な資源配分のためには、国家的な目標と地域的なニーズの調整が適切に行われることが必要である。そのため、保健省管轄部門と各州政府管轄部門の間で役割分担が適切にされる必要がある。今回、確認されていないが、今後、この点の実態について情報を得ることが必要であると考えられる。

### 3) 患者レファラルシステムの構築

保健医療セクターにおいて希少な資源を有効に活用するためには、患者の治療の必要性に応じて適切な医療を適切な医療機関で行うことが重要となる。スリランカでは、我が国と同様、病院に対してフリーアクセスが行われている。我が国のフリーアクセスシステムは(特にイギリス人の医療経済学者の視点からは)高価なシステムとして受け止められている。それゆえ、希少資源の効率的な配分を考える場合には、再考されるべきシステムであろう。よって適切なレファラルシステムを構築すべきであると考えられる。以下この問題について詳細に検討する。

#### A. 病院の機能分化の必要性

例えば、州政府から資源配分を受ける比較的小規模病院(病床数200床程度)と、保健省管轄下にある比較的大規模病院(病床数800床程度)を比較すると、配置されている医療機器は後者の方が充実している。しかしながら双方の病院ともに、平均在院日数は3日程度と非常に短い。この点に関してまず明らかにされねばならないのは、それぞれの病院に入院している患者の医療必要度の確認である。アメリカ合衆国を除けば、平均在院日数

が一桁であることは、先進国においても稀である。

次に確認されねばならないのは、双方の病院がそれぞれ受けもつ病院機能である。平均在院日数が3日と同一である場合、似通った重症度の疾病による患者が入院していることが考えられる。このことから、双方の病院の機能分担が適切に行われているか否かについて、疑問を呈さざるを得ない。もっともスリランカでは、平均在院日数が3日程度となる疾病が中心となる疾病構造を呈しているとも考えられる。しかしこの場合には、総合病院の資本装備が課題である可能性が強くなる。

#### B. 診療所 (Central dispensary) の位置づけ

今回の直接の訪問調査対象となっていないが、病院訪問調査の結果から推測すると、公的保健医療セクターにおいて診療所は明確な位置づけが与えられていない。診療所は先進各国の医療制度においては重要な役割を果たしている。community health serviceの実施拠点、及び病院へのレファラルの起点となっている。スリランカにおいても、診療所がこのような役割を果たす可能性について、検討されるべきであると考えられる。

この理由の1つとして、病院機能の外来から入院への転換の必要性があげられる。今回訪問した病院は、すべて外来部門が混雑していた。患者からのfeeによって費用を一定程度賄うことを要請されている一方、高度な医療サービスを行うことが求められているスリジャヤワルダナプラ総合病院では1日600人、がん専門病院であるマハガマがん病院では、具体的な数は不明であるものの、廊下が埋め尽くされるほどの外来患者数、コロボサウス総合病院では2001年度8月の実績では1,954人、ホマガマ基幹病院では678人(365日換算)である。これらの外来患者は、病院の機能に応じてというよりは、地域の実情によって、これらの病院の外来部門を受診していると考えられる。それゆえ、高機能病院ですら外来部門に相当の資源を配分しなければならず、本来業務が効率的・効果的に実施されていない可能性がある。これらの外来患者の一部を診療所で分担することが可能であるか否かは、検討されるべきであるといえよう。

#### C. 資源配分の分権化

一例として、ホマガマ基幹病院では、規定予算額が通知されているが、実際には申請による現物の配分という形で資源が配分されている。それゆえ、個別の費目を超えて機動的な予算執行を行うことは不可能となっている。その一方、配分される薬剤の不足等は発生していないとのことであった。これは過剰な外来患者の診察や、医学的必要性の低い入院患者の治療に投入される資源をも賄ってしまう可能性がある。効率的な資源配分を達成するためには、予算配分方式についても再度検討する必要があると考えられる。

#### 4) 施設の改善

病院の衛生環境は十分に高いとはいえないであろう。少なくとも、廊下入院患者用の

ベッドを配置することをやめる、施設内外のゴミ処理等基本的環境整備を強化し、病棟にハエが飛んでいるような状態をなくす、という2点は達成されるべきであろう。熱帯地域に適応した病棟を設計し、適切に運用していくシステムの強化が必要とされる。

その場合に重要となるのは、各病院が内在的な投資誘因をもつことである。これまでの援助による固定資本形成から一步進んで、各病院が適切な医療を提供することにより、適切な余剰を生み出し、それを再投資されるシステムが構築されるべきであろう。その病院にとって必要な医療資源が何であるかは、その病院の当事者自身が最もよく理解しているはずである。それゆえ当事者自身による、適切な投資の意思決定がなされるように条件を整備していく必要がある。この点は医療従事者の育成・能力向上といった人的資本についても同様である。

#### 5) 病院情報システムの改善

効率的な診療を実施するためには、患者ごとの受診記録等の情報が整備されている必要がある。この点については各病院とも問題点をはらんでいると考えられる。その理由の1つとして、患者の診療記録を作成する誘因が存在しないことがあげられる。我が国の場合は、患者の診療内容を残さねば医療費の保険償還のための請求書作成に支障を来すこととなる。それゆえ、患者の診療情報を適切に管理する金銭的な誘因が存在する。定額予算制の場合には、このような誘因が発生しにくいと考えられる。

病院内の情報システムの整備の遅れは、保健医療政策を立案するための統計資料の作成にも支障を来すこととなる。また、私的保険利用者の疾病動向なども、政府への報告義務を課すことも政策立案の観点から必要であると考えられる。

#### 6) 行政能力の向上

行政主体が施策の企画・実施能力を向上させることも必要であると考えられる。特にその基礎となる統計データの収集は重要である。それゆえ、保健省が独自に統計調査の設計・実施を行える能力をもつことが必要であるかもしれない。さらに、予算管理能力を含む法令体系の再整備も不可欠と考えられる。

これらの調査を実施する際には、スリランカ政府が将来的には、同種の調査を自律的に実施すべきであると考えられることより、同国政府が承継できる調査設計とすることを念頭におくべきである。さらにこれらの調査は、以下の点について、今後その妥当性を検討するためのものと位置づけられるべきと考えられる。

### (3) 本格調査に対する提言

以上の点を踏まえて保健医療セクターの強化方策のうち、財政に関連する面の調査に関する留意点としては、次のものがあげられる。まず、実態調査を企画・実施が必要である点は次の

4点である。

#### 患者受診行動

- ・医療機関の窓口で患者に対し、疾病名・受診頻度等を調査する。

#### 所得格差と健康状態の関係（住民）

- ・地域住民に所得・健康（栄養）状態・各種意識調査・受診確率等を調査する。

#### 医療機関や関連産業の経営実態

- ・医療機関（診療所含む）での（人的）資本の実態、経営状況等を調査する。

#### 人的資源開発の実態と必要度将来予測

- ・有資格者の就業実態について調査を実施し、資格者の今後の育成必要数を推計する。

これらの調査を実施する際には、同種の調査はスリランカ政府が将来的には自律的に実施すべきであると考えられることより、同国政府が承継できる調査設計とすることを念頭に置くべきである。さらに、これらの調査は、以下の点については今後、その妥当性を検討するためのものと位置づけられるべきと考えられる。

#### 1) 中央診療所（Central dispensary）の公的保健医療セクターでの位置づけの明確化

中央診療所に対しての予算配分を明確にする。例えば、各病院の外来部門で消費されている資源の大半を診療所に対して配分する。その代わりに、中央診療所では軽度な診療に特化して、より安価に提供できる体制を構築するように誘導する。病院は外来部門に対する資源の投入を止め、入院サービスに特化するように誘導されるべきである。病院外来部門の費用を削減することによって、外来部門を民間部門である診療所にアウトソーシングすることともいえる。

#### 2) レファラルシステムの構築

1)に関連し、病院が入院機能に対して特化できるように、レファラルシステムの構築は必須であると考えられる。この場合、患者は初診時に必ず診療所を訪問することを義務づけ、かつ診療所に対しては、軽度な疾病に対する治療が可能となるように、技術・設備等の整備を進める。また、病院へは診療所の紹介状ないしは診断書がなければ受診できないか、相対的に高い自己負担が徴収されるシステムが検討されるべきである。

#### 3) 予算配分システムの一元化及び合理化

地域ごとの医療資源の適正な配分を達成するために、大規模病院への予算配分と中小病院・診療所・保健所等への予算配分を一元的に管理し、州ごとの資源配分の適正化を配慮する必要がある。

#### 4) 病院設備の改善

病院設備を現状よりも改善すべきである。入院中のQOLが確保されるべく衛生面・居住性の面を改善する余地がある。この場合、援助機関からの資源導入が、高度医療機器の購入

に集中することなく、適切に行われる必要がある。

5) 医薬品・医療機器産業の育成

対外収支に制約されることなく、医薬品・医療機器が利用可能となるように、医薬品・医療機器産業の育成が図られるべきかもしれない。

6) 患者自己負担及び公的医療保険の導入検討

A. 診療経費の患者一部自己負担制度

患者自己負担の引き上げについては、世界の医療経済学者の間において、財政波及効果が極めて小さいことが共通見解となっている。また、日本でのこれまでの経験に照らしても引き上げ効果は短期的(1年内外)にとどまることが知られている。その一方、政治的には反発が強い問題である。それゆえ、財政的な観点からの導入の効果は懐疑的である一方、政治的には困難が伴うものと予想される。

B. 公的医療保険導入には保険料徴収のための仕組み、資源が必要

公的医療保険の導入については、自己負担の設定以上の困難が存在すると考えられる。保険料の徴収である。保険料の徴収システムの構築には、そのためだけに資源が必要であるだけでなく、徴収を確実にを行うために更に資源が必要であることが銘記されなければならない。我が国の国民健康保険制度においては、8兆円の医療給付のために、2,000億円程度の事務費(徴収費を含む)を負担していることは考慮されなければならない事実であろう。

## 第4章 本格調査の実施方針

### 4 - 1 調査の基本方針

スリランカの次期国家開発計画( Vision 2010 )における保健分野開発計画に対する政策策定支援となるべく、同国における医療機関の独立採算制の導入可能性の検討、レファラルシステムの構築等を軸とした地域保健医療サービスの強化等、包括的な国家保健医療制度改革のマスタープラン( M / P )を策定する。また、その過程において、カウンターパート( C / P )への技術移転を行う。

### 4 - 2 調査の内容と範囲、期待される効果

#### 4 - 2 - 1 調査対象地域

本件の本格調査の対象地域は、基本的にスリランカ全土とする。ただし、紛争が続いている北部・東部地域においては、本件調査関係者の現地踏査は不可とする。また、現地再委託コンサルタントの技術者であったとしても、本邦の基準に照らし合わせて、日本人コンサルタントと同様の行動規範を適用する。

安全とされる紛争のボーダーライン( 巻頭の調査対象地域図参照 )上での現地調査に関しては、保健省関係者及び日本側関係機関と十分協議したうえで、安全が確保された状態で実施すべきである。

#### 4 - 2 - 2 調査項目

##### (1) フェーズ 【基礎調査】

##### 1) 既存資料の収集・分析・聞き込み調査

以下の項目について既存資料の収集、関係者への聞き込み調査によって、現況を把握する。

保健計画

保健財政

保健サービス供給システム

医療機材、消耗品供給状況、維持管理状況

薬剤確保管理供給システム

人材確保・養成システム

医療情報システム

健康増進、健康教育

ジェンダー



## モニタリング及び評価システム

### 2) 基礎データ収集・分析（現地実査）

以下の項目について現地実査を行い、聞き取り調査によって現状の把握を行い、併せてスリランカ政府の情報収集・管理システムの現状についても調査を行う。

健康状況（出生率、乳幼児死亡率、妊産婦死亡率、主要死因、生活習慣病の疾病状況）などに関する聞き取り調査

保健医療施設利用状況調査

受診行動に関する KAP 調査（医療需要側・医療供給側）

保健サービス状況（保健行政、保健政策、組織法体制、医療施設・機材現況、医療従事者、医薬品、ワクチン供給状況、保健医療情報システム等）

人材育成制度

地方医療施設・団体の財務状況調査

関連ドナー、NGO との協議及び動向把握

国家財政バランスシート作成（保健セクター）

課題・制約要因の抽出・分析（横断的課題・個別的課題別）

### (2) フェーズ 【マスタープランの策定】

2010 年を目標年次とした保健医療体制精度改善計画を策定する。

保健計画・健康管理

組織構成

保健行政

保健財政（医療費の有料化、医療保険制度の導入可能性の検討も含む）

人材育成、管理

レファラルシステムを含む保健サービス

保健情報

予防医学、職場内健康管理

健康増進

環境

リハビリテーション

保健施設

事務手続き

薬剤確保管理供給システム

セクター間の協調

#### 4 - 3 計画目標年次及び精度

スリランカ政府が現在策定中の、国家開発計画（Vision 2010）に基づき、2010年とする。また、M / Pの精度を確保するために、以下の年次及び項目において評価を実施する。

##### （1）計画実施年度

2003年度、スリランカ保健省の保健開発計画におけるM / Pの採否の状況を確認する。

##### （2）中間評価

2006年度、M / Pにおける個別計画実施後の中間評価を行う。

##### （3）終了時評価及び提言

2010年度、終了時評価及び次期保健開発計画への提言を行う。

#### 4 - 4 調査工程と要員計画

##### （1）調査工程

調査工程は、実施細則（S / W）で合意したとおり、全体で約1年とする。

##### （2）要員計画

本格調査団は、おおむね以下の分野をカバーする団員によって構成する。

総括

保健政策・保健計画

保健財政・医療保険制度

保健医療サービス供給・評価システム

施設・機材・消耗医用材料

人材育成・適正配置・教育訓練

予防医学・疾病対策・保健教育

保健情報

社会学・医療人類学・住民参加

GIS 医療地理学

#### 4 - 5 調査実施体制（C / P配置、ステアリング・コミッティー等）

本件調査にかかるスリランカ側責任機関は保健省である。また、個々のC / Pに関しては、国際協力事業団（JICA）調査団の要員の専門分野に応じて配置される。なお、関係する様々な機関との調整を図りながら、スムーズに本調査を実施するため、また策定されたM / Pがこれら関係機関の協力を得て実効力のあるものとするため、関係機関からなるステアリング・コミッティーを組織する。

保健省は、ステアリング・コミッティーを構成すべき、スリランカ側関係機関の調整、協力取り付けを行い、調査開始までにメンバーの最終決定を行う。

なお、本ステアリング・コミッティーの外部立会人として、世界銀行（WB）からの出席を予定している。

#### 4 - 6 調査実施のための環境

##### (1)再委託可能業者に関する調査(ローカル及び外国コンサルタント、NGOに関する現状把握)

スリランカには、民間のコンサルタント企業、リサーチ会社等が多く存在する。それらの中から現地調査において、以下の3社に対し、会社概要、技術者・要員、調査費用(見積り)の聴取を行った。

ENGINEERING SOLUTIONS ( PVT ) Ltd.

住所 / 連絡先 : 18/229, E. D. Dabare Mawatha, Colombo 5

Tel : 94 1 504230, 553047 Fax: 504230

e-mail : isjay@sltnet.lk

会社概要 : コンサルタント・エンジニアリング会社

1994年、エンジニアリング会社として設立され、WB、外国援助によるプロジェクトにも参加経験がある。また、海外での調査経験も有している。

部長の Mrs. I. Jayawardena は、元保健省 BES 所長であり、アメリカ合衆国で臨床工学修士号を取得している。保健省退職後、国際原子力機関(IAEA)本部(ウィーン)にて4年間勤務し、現在は同社にてコンサルタント業を営んでいる。スリランカの保健・医療分野に精通しており、信頼性は高い。

DCR ASSOCIATES ( PVT ) Ltd.

住所 / 連絡先 : 7/1, Balahenmulla Lane, Colombo 6

Tel : 94 1 552044 Fax: 552044

e-mail : ranat@slt.lk

会社概要 : コンサルタント・リサーチ会社

1988年設立。自動車販売会社の会計調査・報告や民間保険会社の調査を行うなどマーケティング・リサーチを得意とする。国連教育科学文化機関(UNESCO)の児童労働に関する調査を行った経験あり。

CIYATEC

住所 / 連絡先 : 18/229, E. D. Dabare Mawatha, Colombo 5

Tel : 94 1 504230, 553047 Fax: 504230

e-mail : isjay@sltnet.lk

会社概要：エンジニアリング及びコンサルタント会社

会社概要：問い合わせ中（未着）

(2) 必要な調査用資機材とその調達方法（必要な資機材の種類、仕様、数量、現地調達の可否、先方機関保有機材）

事務機器（パソコン、プリンター、ファックス等）は、現地で調達可能である。またコピー機等、大型事務機器についてはリースも利用可能。

(3) 調査環境（宿泊場所、連絡手段、生活必要物資供給状況、電気事情、ビジネスサービス供給状況、治安状況）

1) 治安状況

コロombo市内においても、「タミル・イーラム解放の虎（LTTE）」によるテロ活動が懸念されるため、調査団員は安全確保を最優先しなければならない。

2) 宿泊施設

ホテル

コロombo市内における主要ホテルは以下のとおりである。

5つ星ホテル

コロomboの5つ星ホテルのシングルは1泊50～105米ドルで、更に10%のサービス料と12.5%の消費税が課される。1か月以上宿泊の場合には割引が適用されるが、あらかじめ月単位でホテルと交渉する必要がある。主要ホテルは次のとおりである。

- ・ JAIC Hilton
- ・ Colombo Hilton
- ・ Hotel Galadari
- ・ Trans Asia Hotel（旧名称：Renaissance Hotel）
- ・ Taj Samudra
- ・ Lanka Oberoi
- ・ Ceylon Intercontinental

3～4つ星ホテル

- ・ Galle Face
- ・ Renuka
- ・ Grand Oriental Hotel

中・長期出張者向け

- ・ Hotel Janaki

## ゲスト・ハウス

長期滞在者向けのゲストハウスは以下のようなものがある。

- ・ Colombo Guesthouse

物件を探すには、新聞広告（Sunday Observer など）、ハウスブローカー、口コミなどがある。通常ブローカーが斡旋した場合は、契約時に家主からブローカーへ1か月分（1年契約の場合）の家賃が謝礼として支払われる。

コロomboスイミングクラブなど、外国人がよく利用する施設の掲示板も利用できる。

### 3) 連絡手段

有線電話にはインフラ面の制約もあり、また公共の場所には公衆電話もあるが、通常の連絡手段としては、携帯電話が最も便利である。GSM用の電話機本体も購入可能であるが、他の諸国と比べると若干割高である。SIMカードは850ルピーから販売されており、電話会社で購入可能である。

昨今では、インターネット（E-mail）を利用した通信手段も普及しつつあり、スリランカにおいてもプロバイダー（ISP）との契約が可能である。

また、これらのISPはローミング・サービスにも加入しており、日本国内の主要プロバイダーと契約している場合は、スリランカ内での主要都市において、インターネットへの接続が可能である。

### 4) 生活必要物資供給状況

コロombo市内では、一般的に生活に必要な物資（日用品、衣服等）はすべて調達可能である。

またコロombo市内には、スリランカ料理店以外にも日本料理店、中華料理店、韓国料理店、西欧料理店など多々存在するため、外食には不便はない。食材についてもスーパーマーケット（Liberty Plaza 等）において調達可能である。

### 5) 電気事情

コロombo市内の電力供給事情は比較的よいが、夜間の計画停電（45分間）や、日中でも断片的な停電が起こることがある。

コンピューター等精密電子機器の使用にあたっては、無停電電源装置（UPS）の設置等、注意が必要である。

### 6) ビジネスサービス供給状況

主要なホテルには、ビジネスセンターが設置されており、会議室、コピー機など、書類作成等に利用が可能である。また市街地には、民間のコピー・サービス店も数多く存在する。

## 7) その他

### 2001 年祝祭日

- 1月 9日 Duruthu (ドゥルトゥ月) のポヤ・デー
- 1月 14日 タミル・タイ・ポンガル・デー
- 2月 4日 独立記念日
- 2月 7日 Navum (ナワン月) のポヤ・デー
- 2月 21日 マハー・シワラトゥリ・デー (ヒンドゥー教徒の祭日)
- 3月 6日 イドゥ・ウル・アラ (イスラム教徒の祭日)
- 3月 9日 Medin (メディン月) のポヤ・デー
- 4月 7日 Bak (バク月) のポヤ・デー
- 4月 13日 グッド・フライデー (キリスト教徒の祭日)
- 4月 13日 シンハラ人とタミル人の大晦日
- 4月 14日 シンハラ人とタミル人の新年
- 5月 1日 メーデー
- 5月 7日 Vesak (ウェサック月) のポヤ・デー
- 5月 8日 ウェサック月ポヤ・デー翌日祭
- 6月 5日 マホメットの生誕祭 (イスラム教徒の祭日)
- 6月 5日 Poson (ポソン月) のポヤ・デー
- 7月 5日 Esala (エサラ月) のポヤ・デー
- 8月 3日 Nikini (ニキ二月) のポヤ・デー
- 9月 2日 Binara (ビナラ月) のポヤ・デー
- 10月 2日 Adhi Vap (アディ・ワプ月のポヤ・デー
- 10月 31日 Vap (ワプ月) のポヤ・デー
- 11月 14日 ディーパワル・フェスティバル・デー
- 11月 30日 Il (イル月) のポヤ・デー
- 12月 17日 ラマダン明け (イスラム教徒の祭日)
- 12月 25日 クリスマス
- 12月 30日 Unduvap (ウンドゥワプ月) のポヤ・デー

スリランカの4月は、旧仏教において正月となるため、フルムーン・ポヤ・デー (満月の休日) 等も含めて休日が続き、調査に支障を来す。したがって、現地調査の実施時期は5月以降が望ましい。

#### 4 - 7 調査実施上の留意点

##### (1) WB との協調

事前調査の協議において、WB が PHRD ファンドにて実施を予定している調査との重複の危険が判明し、WB 担当者も交えた公式協議において、WB 調査と JICA による M / P 調査が協調して進行するよう、スリランカ側が責任をもって調整することが確約された。しかしながら本格調査の実施においては、調査団と WB との密接な連携が必要となる。

調査団はこの点に十分留意し、スリランカにとって効果的なアウトプットをつくるための調査を実行する能力が求められる。

##### (2) 安全管理

スリランカにおいては、政情は安定しているもののいまだテロ事件の発生の可能性も否めない。したがって、調査団はスリランカ、日本側関係機関と常に密接に協議のうえ、十分な安全管理の下、現地調査を実施する必要がある。





## 付 属 資 料

- 1 . Terms of Reference
- 2 . Scope of Work
- 3 . Minutes of Meetings
- 4 . 面談者リスト
- 5 . 主な訪問議事録
- 6 . Questionnaire
- 7 . 事業事前評価表
- 8 . 資料リスト



## 1 . Terms of Reference

### APPLICATION FORM FOR JAPAN'S DEVELOPMENT STUDIES

Date of entry: 27th October, 2000

Applicant: Government of the Democratic Socialist Republic of Sri Lanka

#### 1. Project Digest

(1) Project Title: Development of a Master Plan Study on Health Sector

(2) Location: The study will cover the entire country of Sri Lanka with the exception of the unclear areas in the conflict affected districts

(3) Implementing Agency:

Name of the Agency: Management Development and Planning Unit, Department of Health Services, Ministry of Health

Number of Staff of the Agency: 75

Budget allocated to the Agency: Rs. 10,140,328/-

(4) Justification of the Project:

- present conditions of the sector

In Sri Lanka, health care is provided by both public and private sectors. The public sector covers almost 60 percent of the population, providing promotive, preventive, curative and rehabilitative services. While the private sector plays a significant role in the health sector, its services tend to be mainly curative in nature and are mostly concentrated in the urban and sub-urban areas. About 50 percent of the outpatient care is provided by the private sector. However, in inpatient care, 90% of the services are provided by the public sector. In the public sector, both western and ayurvedic systems of medicine are practiced, while in the private sector, all types of medicine are practiced.

The Government provides free health services to its citizens through a very elaborate health service delivery system health covering primary, secondary and tertiary levels. Various activities for disease prevention and health promotion are carried out under the programme of Community Health Services. The Family Health Programme provides antenatal, postnatal, infant and child care.

Summary of the current health situation:

The population growth rate continues to decline due to increasing contraceptive practices. The maternal, infant and neo-natal mortality rates which are already low: 0.4, 18 and 13 per 1000 live births respectively, are on the decline owing to on-going interventions. The life expectancy-at birth is estimated around 73 years. Females (74.2 years) have higher life expectancy than males (69.5 years).

The immunization coverage of children under 5 against the six vaccine-preventable diseases has consistently been sustained at a very high level, more than 90 percent. The scourge of poliomyelitis has virtually been eradicated.

The inpatient morbidity statistics from the Government institutions indicate an upward trend in diseases of the circulatory system, the genito-urinary system and the musculoskeletal system. All these are diseases of the elder age group, reflecting the change in the demographic profile.

There is an increasing trend in injuries and poisoning cases due to the increase in transports and industries, urbanization and the consequent changes taking place in the traditional way of life. A declining trend is observed in infectious and parasitic diseases. The incidences of malaria, viral hepatitis and intestinal infections have marginally declined.

Five leading causes of hospitalization are: traumatic injuries, diseases of the respiratory system, excluding diseases of the upper respiratory tract, pneumonia, bronchopneumonia and influenza; intestinal infectious diseases, viral diseases and diseases of the gastrointestinal tract.

Data regarding out-patient attendance analyzed by diseases are not collected routinely. Based on survey data analysis, it has been found that there is not much difference in morbidity pattern between in-patients and out-patients except in regard to:

- patients with complications of childbirth and puerperium are not channeled through the out-patient department;
- Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue are more common among out-patients;
- Injury and poisoning are less important as a cause of out-patient morbidity;
- A majority of the consultations was for initial visits than for follow-up visits which indicates that the demand for care is mainly for acute illnesses; and
- In addition to the acute illnesses, three chronic diseases, asthma, hypertension and diabetes mellitus were within the top twelve.

The nutritional status of children has not significantly improved over the years. About one fifth of newborns have low birth weight (below 2.5 kg.). Of the children under 5, 15% suffer from acute under nourishment (underweight for height), 23% from stunting (low height for age) and 37% underweight. A high proportion of pregnant women and lactating mothers suffer from iron deficiency anaemia. The nutritional situation in estate sector and some disadvantaged areas may be worse than what is indicated in the overall national figure.

- sectoral development policy of the national/local government

The broad aim of the National Health Policy on health sector development formulated in 1996 is to:

- i) Further increase life expectancy by reducing preventable deaths due to both communicable and non-communicable diseases,

- ii) Improve the quality of life by reducing preventable diseases, health problems and disability; and also emphasizing the positive aspects of health through health promotion.

The Policy has been implemented through the Central and Provincial Health Ministries. Under the policy, the following diseases/health problems have been identified as priority areas:

Maternal and Child Health problems, adolescent health, malnutrition and nutritional deficiencies, problems of the elderly, malaria, oral health, bowel disease, respiratory disease, mental health problems, physical disabilities, deliberate self-harm/suicide, accidents, rabies, coronary heart diseases, hypertension, diabetes, cerebrovascular disease, renal disease, malignancies, STD/HIV-AIDS, substance abuse and problems related to the family unit.

Measures have been taken to raise the health status of the population in general and minimize the impact of the above mentioned diseases/health problems in particular by adopting the following health strategies.

1. Improve the existing preventive health programmes and develop more comprehensive coordinated and focused programmes that would:
  - (a) reduce the burden of diseases in the community
  - (b) enable early detection of preventable diseases/health problems and their complications,
  - (c) focus on promoting positive health behaviour.
2. Improve the existing medical facilities and develop additional services;
3. Make health care more accessible to the community on an equitable basis;
4. Improve the quality of health care;
5. Respect the dignity of the health seeking individual at all times;
6. Provide basic health care free of cost at the point of delivery in State sector institutions;
7. Ensure people's right to information and access to safe, effective, affordable and acceptable methods of family planning of their choice;
8. Make health care more efficient and cost effective;
9. Development and implement a National Drug Policy for the rational use and distribution of drugs;
10. Promote community involvement in health care;
11. Allocate resources between provinces/districts based on health needs and national priorities;
12. The Health Ministry will strengthen integrated approaches with other Governmental and Non-governmental agencies to facilitate greater coordination for better health care;
13. Facilitate the development of and regulate the private the private health care sector and promote better coordination within the sector;
14. Encourage health systems research and its application;
15. Support and strengthen human resource development for health;
16. Introduce services and programmes to meet the emerging health needs of the elderly and those affected by physical disabilities, mental health disorders, as well as the health problems of the displaced populations;
17. Encourage the development of indigenous systems of medicine and homeopathy;

18. Allocate additional funds from Governmental sources and through alternative mechanisms of funding, towards meeting priority health needs especially in the areas of health promotion and prevention

- problems to be solved in the sector

There are a number of challenges/problems facing the health sector, among them, a) public/private mix, b) the epidemiological transition, c) health human resource development, d) sector resource management, e) quality assurance and responsiveness, f) health financing, and g) equity in health are major issues that need to be examined urgently to prevent any erosion of the quality of health services in the country.

- outline of the Project

For the purpose of achieving both the short and long term objectives of the project, the study will cover two phases and each phase will consist of the following scope:

#### Phase I: Benchmark Study

1. Data Collection and Situation Analysis:  
In this first phase, secondary data will be collected, collated and reviewed. Available literature on the socio-economic situation of the country and specifically, on the health system will be analyzed systematically according to the following subject areas:
  - (1) General political and socio-economic conditions.
  - (2) Demographic and health trends,
  - (3) Health policies – goals, objectives and implementation
  - (4) Current condition of the health sector – public and private
  - (5) Current status of the health system:
    - (a) health facilities
    - (b) health service delivery
    - (c) human resources for health
    - (d) health information system
    - (e) health logistics and production of pharmaceuticals and biologicals
    - (f) health planning and management
2. Review of sub-national level health systems.
3. Supplementary data collection and surveys for the development of the Master Plan
4. Assessment of the current health system and identification of key issues and problems based on analyses of the disease burden, cost effectiveness of the interventions, resource utilization and programme efficiency, and overall system performance:
  - (a) primary health care
  - (b) secondary health care
  - (c) tertiary health care

- (d) organization and management
- (e) health planning
- (f) health institutions
- (g) medical supplies and logistics system
- (h) production of blood products, pharmaceuticals, biologicals, and other medical supplies
- (i) referral system
- (j) health information systems
- (k) health education
- (l) health research
- (m) disease prevention and control programmes
- (n) nutrition
- (o) indigenous medicine
- (p) health promotion
- (q) social and economic infrastructure
- (r) overarching issues – gender, equity, intersectoral collaboration, health financing, etc.

Phase II: Formulation of health sector Master Plan and development of strategies

Priority setting:

- (1) Approach
- (2) Basic strategies and justification
- (3) Formulation of the Master Plan by component:
  - a. Health planning and management
  - b. Organization
  - c. Administration
  - d. Financing
  - e. Legislation
  - f. Human resources
  - g. Health services including the referral system
  - h. Health information
  - i. Disease prevention and control
  - j. Health promotion
  - k. Health and environment
  - l. Rehabilitation and occupational health
  - m. Health facilities
  - n. Systems of medicine
  - o. Logistics
  - p. Drugs, biologicals and vaccine production and supply
- (4) Intersectoral collaboration and other related issues
- (5) Implementation of the Master Plan: strategies and time frame
- (6) Cost estimation and mechanisms for evaluation of the Master Plan
- (7) Evaluation of the priority programmes by sector component

- purpose (short-term objective) of the Project

The short-term objective of this Project is to develop a long-term master plan for the health sector. If accepted by the Government, the Master Plan will become an integral part of the long-term health sector perspective plan for the period 2001-2010. In the process of conducting the study, it is hoped that the strengths and weaknesses of the current health care system as well as the information gaps can be identified so that immediate measures can be taken to rectify the situation.

- goal (long-term objective) of the Project

In the long run, the objective of the Project is to use the health sector master plan as a guide for the development of the health sector for the next 10 years.

- prospective beneficiaries

Citizens of the entire country are the potential beneficiaries. Specifically, children, women, the elderly and the vulnerable are the target groups of this project.

- the Project's priority in the National Development Plan/Public Investment Programme

(5) Desirable or Scheduled time of the commencement of the Project:

January 2001

(6) Expected funding source and/or assistance (including external origin) for the Project:

Government of Sri Lanka and JICA

(7) Other relevant Projects, if any.

Nil

2. Terms of Reference of the proposed Study

(1) Necessity/Justification of the Study

A long term perspective plan for the period 1995-2004 was developed back in 1994. While the plan is being implemented by the Government, many changes to the sector have occurred. It is felt that a medium to long term health sector development master plan is required for the coming decade, taking into consideration the rapid evolution of the epidemiological and demographic situation of the country.

(2) Necessity/Justification of the Japanese Technical Cooperation

Japan's health system is ranked as one of the best in the world by WHO. Its expertise in the field of health planning and management would be of great use to the development of



Sri Lanka's health sector. Although the health situation in Sri Lanka is steadily improving, it is facing a great challenge of having to deal with the double burden of diseases stemming from the epidemiological and demographic transition. The experience of dealing with such a challenge is lacking in this country. The technical assistance and cooperation from Japan will greatly facilitate the Government's ability to cope with the current situation.

### (3) Objectives of the Study

The short-term objective of the Study is to identify problems and issues in the health sector that need to be addressed immediately or in the longer run. Through the initial phase of the Study, the information gaps will be highlighted and remedies will be sought to ensure that future planning and evaluation can be entirely evidence based.

The long-term objective of the Study is to develop a Master Plan for future health sector development. The Master Plan will be used as an instrument by the Government to implement the people-oriented Health Policy. The Master Plan will also facilitate adjustments that need to be made as a result of rapid changes in the health sector.

### (4) Area to be covered by the Study

The Study will cover the entire country. However, unclear areas of the districts affected by the civil conflict will be excluded.

### (5) Scope of the Study

The Study will examine all aspects of the health system at national, provincial and district levels. It includes, but not limited to, the following areas:

- Health policies and strategies,
- Organization of health services,
- Health information systems,
- Health planning, programme management, monitoring and evaluation,
- Health facilities and logistics,
- Human resources for health – education, training and deployment
- Health legislation,
- Health sector reform and decentralization,
- Health financing,
- Health institutions,
- Disease prevention and control programmes,
- Health research,
- Disease prevention and control programmes,
- Disability, rehabilitation and occupational health,
- Systems of medicine: Western and traditional
- Environmental health including water and sanitation programmes, food and chemical safety and healthy city programmes,
- School health and health promotion,
- Substance abuse programmes,
- Programmes for the health of the elderly,
- Private sector including public/private mix issues,
- Intersectoral collaboration including NGO-Go cooperation,

Performance of the health system,  
Overarching sector issues including equity, poverty alleviation, gender and resource allocation.

(6) Study Schedule

Please see the attached Annex-1

(7) Expected major outputs of the Study

1. A report on the current situation of the health sector identifying the issues, problems, risks and opportunities.
2. The Master Plan for the development of the health sector

(8) Possibility to be implemented/Expected funding resources

If the Master Plan is accepted by the Government and adopted as part of the long term health sector plan, it can be implemented accordingly. The funding is expected to come mainly from the Government, however, financial assistance is also expected from various development partners.

(9) Request of the Study to other donor agencies, if any

It is expected that JICA will be the sole donor agency for this Study

(10) Other relevant information

Nil

3. Facilities and information for the Study

(1) Assignment of counterpart personnel of the implementing agency for the Study

The focal point of this Project will be the Deputy Director General (Planning), Management Development and Planning Unit. All personnel under the Unit, including its six directors, will be working closely with the Study Team. The bio-data of the core members of the Unit are attached as Annex-2.

(2) Available data, information, documents, maps, etc. related to the Study

Please see Annex-3.

(3) Information on the security conditions in the Study area

A limited armed civil conflict is going on in the country which has affected some of the districts in the northeast area. However, with the exception of the uncleared areas of the conflict-affected districts, all other places are safe to travel and work. Utmost cooperation and safety will be ensured by the Government to the Study Team during their stay in Sri Lanka.

4. Global Issues (Environment, Women in Development, Poverty, etc.)

- (1) Environmental components of the project, if any.

Not applicable.

- (2) Anticipated environmental impacts (both natural and social) by the Project, if any.

There will be no impact on the natural environment as no physical work will be undertaken by this project. Socially, when interviews, meetings and other supplemental surveys are undertaken, awareness of the development status of the health sector will be heightened which will indirectly benefit the social environment and will in future, facilitate the development work of the health sector.

- (3) Women as main beneficiaries or not

Yes, women will be the main beneficiaries of this project as the to-be-developed Master Plan is expected to address the health sector issues from a gender perspective. Moreover, it is expected that the reproductive health programme will figure prominently in the Master Plan.

- (4) Project components which require special considerations for women, if any

Not applicable.

- (5) Anticipated impacts on women caused by the Project, if any.

The Master Plan, per se, will not have any impact on women. However, the implementation of the Master Plan will result in better health care for the women folks.

- (6) Poverty alleviation components of the Project, if any

Not applicable. However, the under-served including the poor, will be the main beneficiaries from the implementation of the Master Plan.

- (7) Any constraints against the low-income people caused by the Project:

None.

5. Undertakings of the Government of the Democratic Socialist Republic of Sri Lanka

To facilitate smooth conduct of the Study, the Government of the Democratic Socialist Republic of Sri Lanka shall take necessary measures:

- (1) to secure the safety of the Japanese Study Team (hereinafter referred to as "the Team");

- (2) to permit the members of the Team to enter, leave and sojourn in Sri Lanka for the duration of their assignment therein, and exempt them from foreign registration requirements and consular fees;
  - (3) to exempt the members of the Team from taxes, duties and any other charges on equipment, machinery and other materials brought into and out of Sri Lanka for the conduct of the Study;
  - (4) to exempt the members of the Team from income tax and charges of any kind imposed on or in connection with any emoluments or allowances paid to the members of the Team for their services in connection with the implementation of the Study;
  - (5) to provide necessary facilities to the Team for remittance as well as utilization of funds introduced into Sri Lanka from Japan in connection with the implementation of the Study;
  - (6) to obtain permission for entry into private properties or restricted areas for the implementation of the Study, keeping in consideration the full safety of the Team;
  - (7) to secure permission for the Team to take all data and documents (including maps and photographs) related to the Study out of Sri Lanka to Japan, and
  - (8) to provide medical services as needed, the expenses of which will be chargeable on members of the Team.
2. The Government of the Democratic Socialist Republic of Sri Lanka shall bear claims, if any arises, against the members of the Team resulting from, occurring in the course of, or otherwise connected with, the discharge of their duties in the implementation of the Study, except when such claims arise from gross negligence or willful misconduct on the part of the members of the Team.
  3. The Ministry of Health and Indigenous Medicine shall act as a counterpart agency to the Team and also as a coordinating body in relation with other governmental and non-governmental organizations concerned for the smooth and effective implementation of the Study.
  4. The Ministry of Health and Indigenous Medicine shall, at its own expenses, provide the Team with the following, in cooperation with other organizations concerned:
    - (1) available data and information related to the Study;
    - (2) counterpart personnel;
    - (3) suitable office space with necessary equipment and furniture;
    - (4) credentials or identification cards, and
    - (5) appropriate number of vehicles with drivers.

The Government of the Democratic Socialist Republic of Sri Lanka assures that the matters referred to in this form will be ensured for the smooth conduct of the Development Study by the Japanese Study Team.

Annex - 1

DEVELOPMENT OF A MASTER PLAN STUDY ON THE HEALTH SECTOR

Tentative Schedule

Month	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Description																		
Work in Sri Lanka	[Shaded bar]					[Shaded bar]					[Shaded bar]					[Shaded bar]	[Shaded bar]	
Work in Japan	[Box]					[Box]					[Box]					[Box]		[Box]
Report Presentation		↑ IC/R			↑ P/R (1)				↑ IT/R		/R(2)				/R(3)	DF/R		↑ F/R
Phase	← 5 months Phase I →					← 5 months Phase II →					← 8 months Phase III →							

Legend

- IC/R: Inception report
- P/R : Progress report
- IT/R : Interim report
- DF/R : Draft final report
- F/R : Final report

Annex-3: List of Documents, Literature and Maps:

1. National Health Policy, 1996. Ministry of Health, Highways and Social Services, Government of Sri Lanka.
2. Action Plan for Development of the Health Sector, 1997. Ministry of Health, Highways and Social Services, Government of Sri Lanka.
3. Annual Health Bulletin, 1998. Ministry of Health, Government of Sri Lanka.
4. The World Health Report, 2000: Health Systems, Improving Performance. Geneva: World Health Organization.
5. Management Development and Planning Unit, Performance 1996 and Action Plan 1997, Ministry of Health, Highways and Social Services, Government of Sri Lanka.
6. A Survey on Morbidity Patterns and Drug Requirements at Primary Health Care Level, Sri Lanka. Ministry of Health, Government of Sri Lanka, December 1998.
7. The Perspective Plan for Health Development in Sri Lanka (1995-2004). Management Development and Planning Unit, Ministry of Health, Highways and Social Services, 1995.
8. Presidential Task Force on Health Policy Implementation, Committee Proposals, Health Sector Reforms Implementation Unit, Ministry of Health and Indigenous Medicine, 1999.

2. Scope of Work

SCOPE OF WORK

FOR

MASTER PLAN STUDY FOR STRENGTHENING HEALTH SYSTEM  
IN THE DEMOCRATIC SOCIALIST REPUBLIC OF SRI LANKA

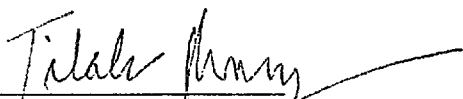
AGREED UPON BETWEEN

MINISTRY OF HEALTH, INDIGENOUS MEDICINE AND SOCIAL SERVICES

AND

THE JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY

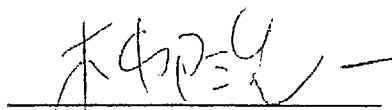
Colombo, November 9, 2001



Mr. Tilak RANAVIRAJA

Secretary

Ministry of Health,  
Indigenous Medicine  
and Social Services



Mr. Senichi KIMURA

Leader

Preparatory Study Team  
Japan International Cooperation Agency  
(JICA)



Mr. Faiz MOHIDEEN

Deputy Secretary to the Treasury and  
Director General  
Department of External Resources  
Ministry of Finance and Planning

## I. INTRODUCTION

In response to the request of the Government of the Democratic Socialist Republic of Sri Lanka (hereinafter referred to as "the Government of Sri Lanka"), the Government of Japan decided to conduct the Study on the Master Plan for Strengthening Health System in the Democratic Socialist Republic of Sri Lanka (hereinafter referred to as "the Study") in accordance with the relevant laws and regulations in force in Japan.

Accordingly, the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA"), the official agency responsible for the implementation of the technical cooperation programs of the Government of Japan, will undertake the Study in close cooperation with the authorities concerned of the Government of Sri Lanka.

The present document sets forth the Scope of Work with regard to the Study.

## II. OBJECTIVES OF THE STUDY

The objectives of the Study are:

1. to formulate a Master Plan on strengthening health system in Sri Lanka for the target year 2010; and
2. to pursue technology transfer to counterpart personnel in the course of the Study.

## III. STUDY AREA

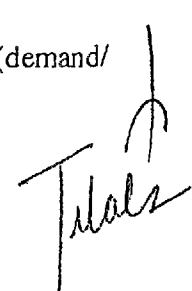
The Study shall cover whole Sri Lanka. However, the northeastern area would be excluded for field survey, as shown in Annex-I.

## IV. SCOPE OF THE STUDY

In order to achieve the objectives mentioned above, the Study will cover the following items:

[Basic Survey]

1. Collection and review of existing data and information on :
  - (1) National health policy and planning
  - (2) Health Financing
  - (3) Health Service delivery systems
  - (4) Health Facilities
  - (5) Medical Equipment and Consumables
  - (6) Pharmaceuticals
  - (7) Human Resource Development / Training System
  - (8) Health Information System
  - (9) Health Promotion
  - (10) Gender
  - (11) Monitoring/ evaluating system.
2. Field survey and investigation of current health service delivery systems concerning:
  - (1) Health conditions
  - (2) Availability of health facilities
  - (3) Survey concerning knowledge, attitude, and practice towards health services (demand/ supply)
  - (4) Health Service
  - (5) Human resource development





- (6) Financial status of rural and urban health facilities and organizations
- (7) Discussion and opinion exchange with other donor agencies and NGOs
- (8) Formation of a national financial balance sheet of the health sector
- (9) Extraction and analysis of current problems and constraints.

[Formulation of M/P]

A Master Plan for strengthening health system concerning:

- (1) Approach
- (2) Basic strategies and justification
- (3) Formulation of the Master Plan with the components:
  - a Health planning and management
  - b Organization
  - c Administration
  - d Financing
  - e Legislation
  - f Human resources
  - g Health services including the referral system
  - h Health information
  - i Disease prevention and occupational control
  - j Health promotion
  - k Health and environment
  - l Rehabilitation and occupational health
  - m Health facilities
  - n Logistics
  - o Drugs, biologicals and vaccine production and supply
- (4) Intersectoral collaboration and other related issues
- (5) Implementation of the Master Plan: strategies and time frame
- (6) Cost estimation and mechanisms for evaluation of the Master Plan
- (7) Evaluation of the priority programs by sector component

## V. SCHEDULE OF THE STUDY

The Study will be carried out for approximately twelve (12) months, in accordance with the tentative schedule as attached in the Annex- II .

## VI. REPORTS

JICA shall prepare and submit the following reports in English to the Government of Sri Lanka.

1. Inception Report:  
Twenty (20) copies at the commencement of the study
2. Interim Report:  
Twenty (20) copies in the middle of the study
3. Draft Final Report:  
Twenty (20) copies at the end of the study  
The Government of Sri Lanka shall submit comments within one (1) month after JICA's receipt of the Draft Final Report.
4. Final Report:  
Thirty (30) copies within one (1) month after the receipt of the comments on the Draft Final Report.

(50)

*T. P. W.*

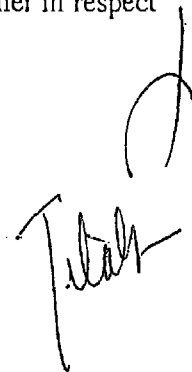
## VII. UNDERTAKING OF THE GOVERNMENT OF SRI LANKA

1. To facilitate the smooth conduct of the Study, the Government of Sri Lanka will take necessary measures:
  - (1) to permit the members of the Team to enter, leave and sojourn in Sri Lanka for the duration of their assignment therein, to exempt them from foreign registration requirements, and to exempt / bear the payment of consular fees;
  - (2) to bear the payment of taxes, duties, and any other charges of the members of the Team on equipment, machinery and other material brought into Sri Lanka for the implementation of the Study;
  - (3) to bear the payment of income tax and charges of any kind imposed on or in connection with any emoluments or allowances paid to the members of the Team for their services in connection with the implementation of the Study; and
  - (4) to provide necessary facilities to the Team for the remittances as well as the utilization of the funds introduced into Sri Lanka from Japan in connection with the implementation of the Study.
  
2. The Government of Sri Lanka shall bear claims, if any arise, against the members of the Team resulting from, occurring in the course of, or otherwise connected with, the discharge of their duties in the implementation of the Study, except when such claims arise from gross negligence or willful misconduct on the part of the members of the team.
  
3. The Ministry of Health, Indigenous Medicine and Social Services shall, at its own expense, provide the Team with the following, in cooperation with other organizations concerned:
  - (1) Security-related information as well as measures to ensure the safety of the Team;
  - (2) Information as well as support in obtaining medical service, available data and information related to the Study;
  - (3) Counterpart personnel;
  - (4) Suitable office space with necessary office equipment and furniture;
  - (5) Credentials or identification cards; and
  - (6) Vehicles with drivers.

(51)

## VIII. CONSULTATION

JICA and the Ministry of health and indigenous health shall consult with each other in respect of any matter that may arise from or in connection with the Study.



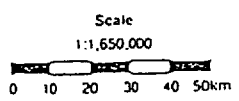
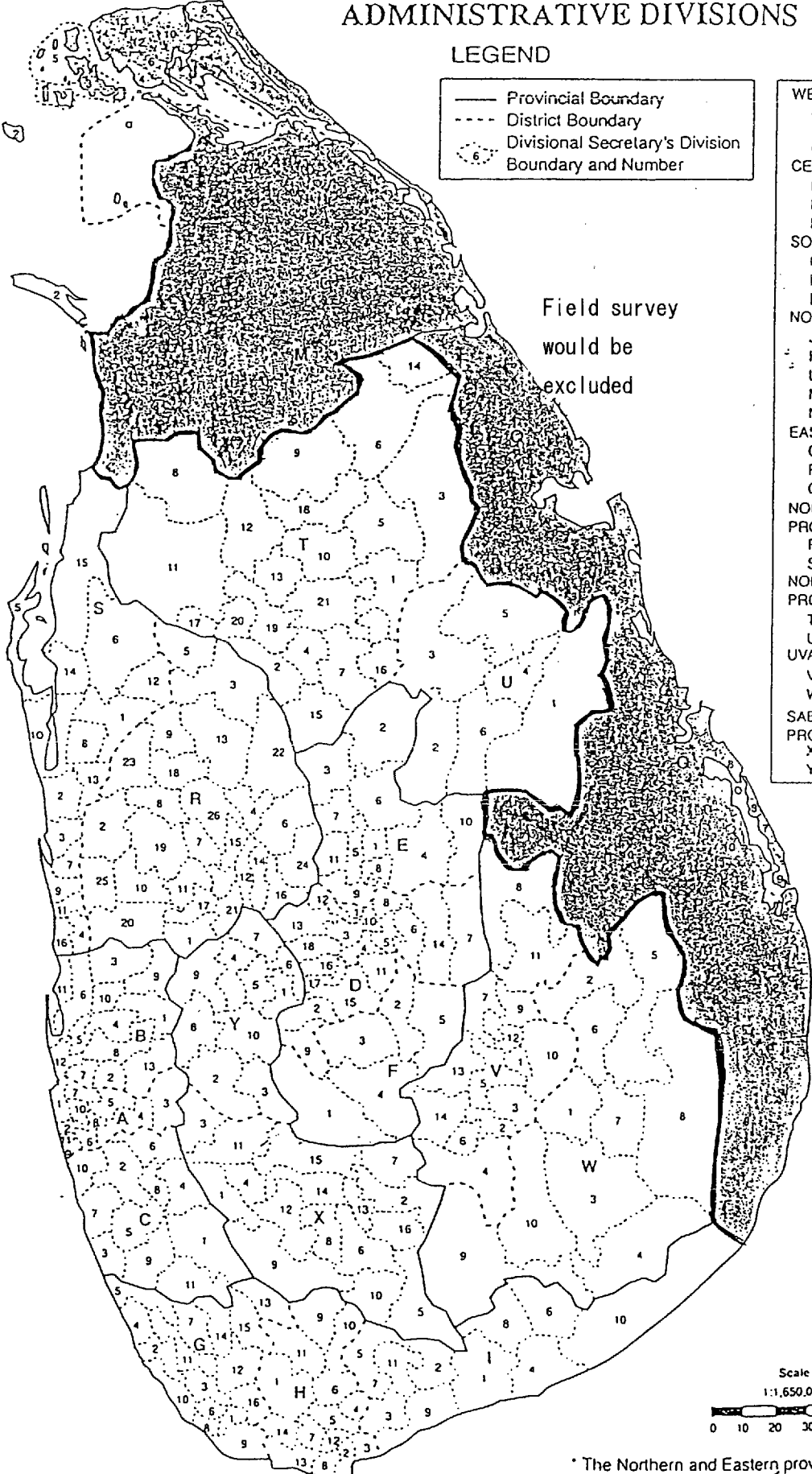
# Annex1:Target Area

## ADMINISTRATIVE DIVISIONS

### LEGEND

— Provincial Boundary  
 - - - District Boundary  
 (6) Divisional Secretary's Division Boundary and Number

- WESTERN PROVINCE
- A Colombo
- B Gampaha
- C Kalutara
- CENTRAL PROVINCE
- D Kandy
- E Matale
- F Nuwara Eliya
- SOUTHERN PROVINCE
- G Galle
- H Matara
- I Hambantota
- NORTHERN PROVINCE
- J Jaffna
- K Kilinochchi
- L Mannar
- M Vavuniya
- N Mullaitivu
- EASTERN PROVINCE
- O Batticaloa
- P Ampara
- Q Trincomalee
- NORTH WESTERN PROVINCE
- R Kurunegala
- S Puttalam
- NORTH CENTRAL PROVINCE
- T Anuradhapura
- U Polonnaruwa
- UVA PROVINCE
- V Badulla
- W Monaragala
- SABARAGAMUWA PROVINCE
- X Ratnapura
- Y Kegalle



\* The Northern and Eastern provinces were merged temporarily in 1987

## Annex II: Tentative Schedule of the Study

Months	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Study												
Reports		IC/R					IT/R				DF/R	F/R

IC/R: Inception Report

IT/R: Interim Report

DF/R: Draft Final Report

F/R: Final Report

*Handwritten signature*

*Handwritten mark*

3 . Minutes of Meetings

MINUTES OF MEETINGS  
ON  
SCOPE OF WORK  
FOR  
MASTER PLAN STUDY FOR STRENGTHENING HEALTH SYSTEM  
IN THE DEMOCRATIC SOCIALIST REPUBLIC OF SRILANKA

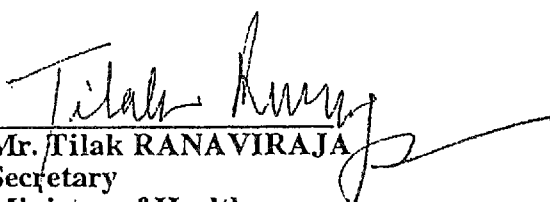
AGREED UPON BETWEEN

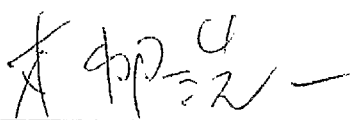
THE MINISTRY OF HEALTH, INDIGENOUS MEDICINE AND  
SOCIAL SERVICES


AND

JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY

Colombo, November 9, 2001

  
Mr. Tilak RANAVIRAJA  
Secretary  
Ministry of Health,  
Indigenous Medicine  
and Social Services

  
Mr. Senichi KIMURA  
Leader  
Preparatory Study Team  
Japan International Cooperation Agency  
(JICA)

  
Mr. Faiz MOHIDEEN  
Deputy Secretary to the Treasury and  
Director General  
Department of External Resources  
Ministry of Finance and Planning

The Japan International Cooperation Agency (JICA) dispatched the Preparatory Study Team to Sri Lanka from October 31 to November 9, 2001 to discuss and agree on the Scope of Work (S/W) for “The Master Plan Study for Strengthening Health System in the Democratic Socialist Republic of Sri Lanka (hereinafter referred to as “the Study.”)”

The Team carried out field surveys and held a series of discussions with the Ministry of Health, Indigenous Medicine and Social Services (hereinafter referred to as MOH) and other authorities concerned.

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

### **1. Coordination with the World Bank Study**

Since it was revealed that the World Bank is in progress to conduct a study in a similar prospect in year 2002, the Government of Sri Lanka agreed to take responsibility and measure to coordinate both studies and to clarify the respective scope of work in consultation with both donors, ie. Japan and the World Bank.

Since the detail TOR of World Bank’s study is not yet finalized, the Government of Sri Lanka assured that the TOR of the World Bank study will be determined and arranged afterwards not to duplicate the scope of the Study but to enhance the collaboration of the two studies.

Further, the Government of Sri Lanka confirmed that the World Bank has agreed on avoiding the duplication mentioned above.

### **2. The Study Title**

Both sides agreed that the Study title should be “MASTER PLAN STUDY FOR STRENGTHENING HEALTH SYSTEM IN THE DEMOCRATIC SOCIALIST REPUBLIC OF SRI LANKA.”

### **3. Study Area**

Both sides agreed that, since the field survey in the northeast area is excluded, the existing data and information should be used. The target area of the field survey would be decided, in details, on the basis of necessity and security.

### **4. The Counterpart Personnel**

Both sides agreed that MOH would organize a counterpart team, in advance, of the commencement of the Study.

### **5. The Steering Committee**

Sri Lanka side will set up a Steering Committee for the smooth implementation of the

Study. The members of the Committee would be comprised of representatives of concerned agencies and should be nominated in advance of the commencement of the Study. The chairman may invite representatives from other relevant ministries, departments and agencies, whenever necessary.

#### 6. Seminars/Workshops

Sri Lanka side requested that seminars/workshops should be held for the technology transfer and public awareness in the course of the Study at least three times at the beginning, the middle and the end of the Study. The Team recognized the necessity and promised to convey the request to JICA Headquarters for consideration.

#### 7. Counterpart Training

Sri Lanka side requested to conduct the counterpart training in Japan for a smoother technology transfer during the Study. The team promised to convey this request to the JICA Headquarters for consideration.

#### 8. Undertaking of Sri Lanka side

In reference to VII 3 (4) of the Scope of Work, MOH agreed to provide an office with a suitable space. However, MOH mentioned that it would be difficult to provide facsimile machine, copy machine, vehicle(s) and computers and requested JICA to provide these equipment. The Team promised to convey this request to JICA Headquarters.

#### 9. Others

- (1) Both sides agreed that military hospitals would not be covered in the Study.
- (2) Both sides agreed the result of the Study be open to the public, and a website be prepared to provide information.



APPENDIX

LIST OF ATTENDANTS

**(Sri Lanka side)**

Ministry of Health, Indigenous Medicine and Social Services

Tilak RANAVIRAJA	Secretary
A. M. L. BELIGAWATTE	Director General of Health Services
K. C. S. DALPATADU	Deputy Director General (Planning)
Terrance de SILVA	Deputy Director General (Medical Service)
H. M. FERNANDO	Deputy Director General (Public Health Service)
I. K. CHANDRASENA	Deputy Director General (Finance)
Dula de SILVA	Deputy Director General (Public Health Service)
Thushara FERNANDO	Director, Planning
Ajith MENDIS	Deputy Director General (Laboratory Service)
Stanley de SILVA	Deputy Director General (Education Training and Research)
J. M. L. K JATILLEKE	Deputy Director General (Biomedical Engineering Services)
H. S. B. TENNEKOME	Deputy Director General (Medical Services)

Ministry of Finance and Planning

Faiz MOHIDEEN	Deputy Secretary to the Treasury and Director General / ERD
B. ABEYGUNAWARDENA	Director, Department of National Planning
Sujatha COORAY	Director, Department of External Resources
V. MAHENDRARAJAH	Assistant Director, Department of External Resources
M. R. R. ABAYAWICKRAMA	Assistant Director, Department of National Planning

**(Japanese side)**

Preparatory Study Team

Senichi KIMURA	Team Leader
Yujiro HANDA	Health Planning
Nobuyuki IZUMIDA	Medical Insurance Policy
Miki INAOKA	Study Planning
Hiroyuki KIMURA	Health Information Service
Kenzo MAKI	Health financing

Embassy of Japan

Noriko ISEKI	First Secretary
--------------	-----------------

JICA Sri Lanka Office

Yoshihisa ONOE	Assistant Resident Representative
S. A. N. P SERASINGHE	Research officer

**(The World Bank)**

Daya SAMARASINGHE	Health Specialist
-------------------	-------------------

(SIC)

Tilak



4. 面談者リスト

面談者	所属
Services	
Dr. A.M.L Beligaswatte	Director General, Health Service
Dr. K.C.S. Dalpatadu	Deputy Director General (Planning), Department of Health
Dr. Terrance de Silva	Deputy Director General (Medical Service), Department of Health
Dr. H.M. Fernando	Deputy Director General (???)II, Department of Health
Dr. I.K. Chandrasena	Deputy Director General (Finance), Department of Health
Dr. Dula de Solva	Deputy Director General (Public Health), Department of Health
Dr. Thushara Fernando	Director, Planning
Dr. Ajith Mendis	Deputy Director General (Laboratory Service), Department of Health
Dr. Stanley de Silva	Deputy Director General (Education, Training & Research), Department of Health
Dr. H.S.B. Tennakoon	Deputy Director General (Medical Service) II
Mr. M. Jayatilaka	Deputy Director General (BES), Department of Health
Ministry of Finance & Planning	
Mrs. Sujacha Cooray	Director, Department of External Resouces
Mr. B. Abeygunawardena	Director, Human Resource Development Division, Department of National Planning
Mrs. M.R.P. Abayawickrama	Assistant Director, Department of National Planning
SriJayewardenepura General Hospital	
Dr. D.L. de Lanerolle	Director
Medical Office of Health, Maharagama	
Dr. A.S. Kellapatha	Medical Officer of Health, Maharagama
Mr. S.L.Y. Abeyundara	Chief Public Health Inspector
Cancer Hospital, Maharagama	
Dr. M.A.Y. Ariyaratne	Director
Dr. N. Paranagama	Deputy Director
Dr. C.G. Unasekera	Dental Surgion, Oval Cancer Prevention
Dr. K. Weevasekua	Oncologist
Base Hospital, Homagama	
Dr. Raja Gabadge	Director
Dr. K.S. Perera	Consultant Surgery
Dr. B. Lawabadusu???	Physician
Dr. B. Guna	Medical Officer, OPD
Dr. G. Rmch	
Colombo South General Hospital	
Dr. W.D. Gunawardena	Director
Dr. N.W. Waduge	Deputy Director
Dr. N. Guna	Urologist
Dr. N.J. Nonis	Consultant Physician
Dr. T.J.R. de Almeida	Medical Officer, OPD