

# Health Master Plan

No.

スリランカ国保健省 (MOH)  
独立行政法人 国際協力機構 (JICA)

スリランカ国保健医療制度改善計画調査

## 和文要約 最終報告書



健やかに輝くスリランカ 21

2003年11月

株式会社パシフィックコンサルタンツインターナショナル

社調二

JR

03-144

スリランカ国保健省 (MOH)  
独立行政法人 国際協力機構 (JICA)

スリランカ国保健医療制度改善計画調査

# 和文要約

## 最終報告書

2003年11月

株式会社パシフィックコンサルタンツインターナショナル

本報告書では下記為替レートに基づき通貨換算しています。  
US\$ 1.00 = 95 スリランカルピー - (2003年11月現在)

## 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調査を行うことを決定し、独立行政法人 国際協力機構がこの調査を実施いたしました。

当機構は、平成 14 年 3 月から平成 15 年 11 月までの間、株式会社パシフィックコンサルタンツインターナショナルの長山勝英氏を団長とする調査団を現地に派遣し、調査を実施いたしました。

調査団とスリランカ国保健省の緊密な共同作業を通じて保健医療マスタープランがここに策定されましたことは誠に喜ばしく、スリランカ国保健省の主体性をもって取りまとめられたこの保健医療マスタープランが同国の保健医療制度の発展に寄与することを願うものです。

終わりに、調査に多大なるご協力とご支援をいただいたスリランカ国政府関係各位に対し、心より感謝申し上げます。

平成 15 年 11 月

独立行政法人 国際協力機構  
理事 松岡 和久

## 伝 達 状

独立行政法人国際協力機構  
理事 松岡和久 殿

今般、スリランカ国における「保健医療制度改善計画調査」が終了いたしましたので、ここに最終報告書を提出いたします。

本報告書は、貴機構との契約にもとづき、株式会社パシフィックコンサルタンツインターナショナルから組織された調査団によって平成 14 年 3 月から平成 15 年 11 月にかけて実施致しました調査の結果を取りまとめたものです。

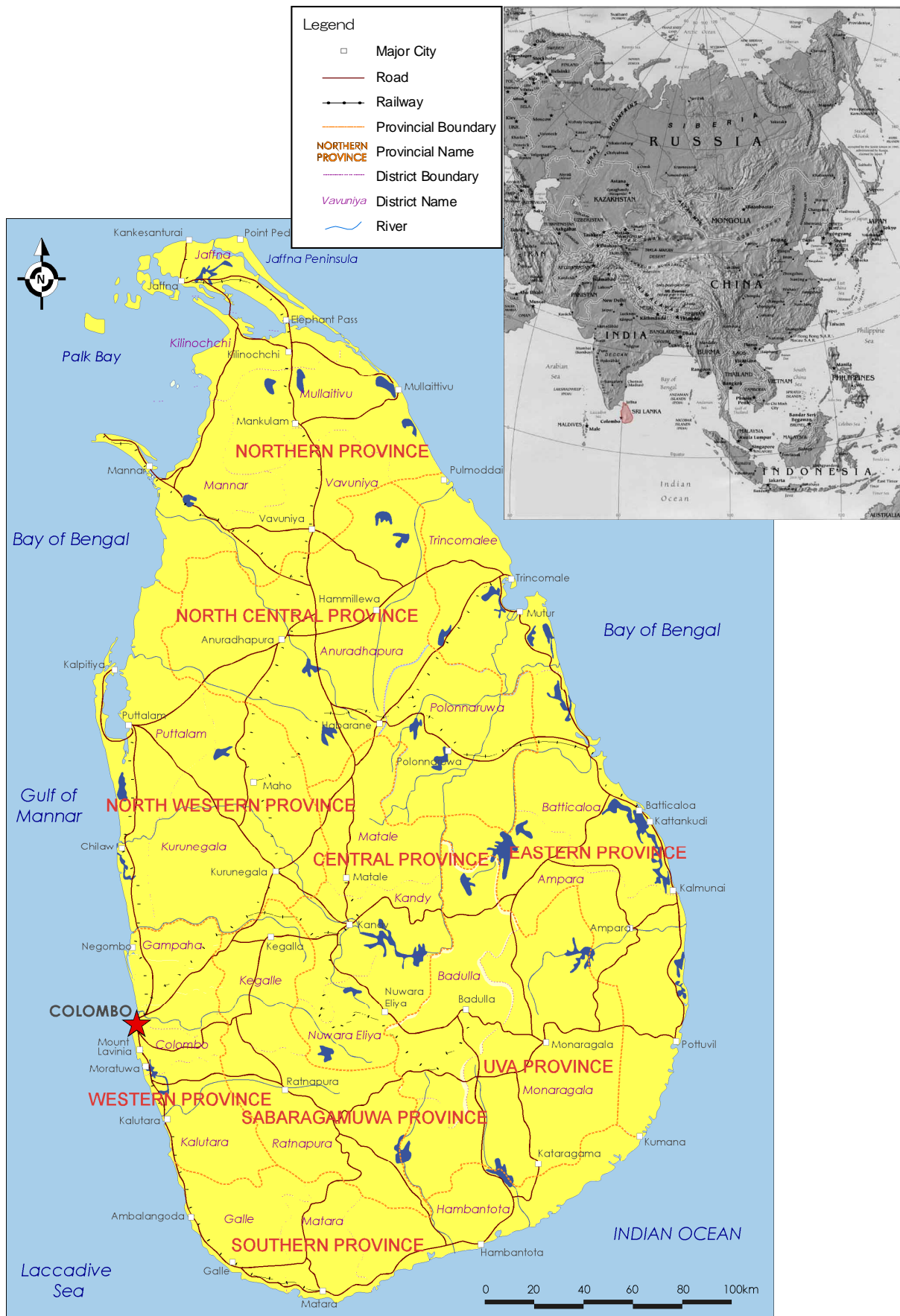
本報告書は、スリランカ国の保健医療セクター改革と発展を包括した保健医療マスタープランであり、1) 理想像、ゴール及び目標、2) 総合的な基本戦略、3) 保健医療セクターの改革と発展に向けた組織・体制、そして 4) 優先的な重要プログラムを策定したものとなっています。

ここに貴機構および作業監理委員会関係者の方々に心より感謝申し上げるとともに、調査期間中に調査団に対して多大なる支援と協力を賜った関係各機関、特にスリランカ国政府保健省ならびに地方政府保健省関係者の方々には深く感謝申し上げます。

最後になりましたが、本マスタープランがスリランカ国の保健医療セクターの改善とさらなる発展に寄与することを祈念申し上げます次第であります。

平成 15 年 11 月

スリランカ国保健医療制度改善計画調査  
調査団総括 長山勝英



調査対象地域(スリランカ全図)

## 概要

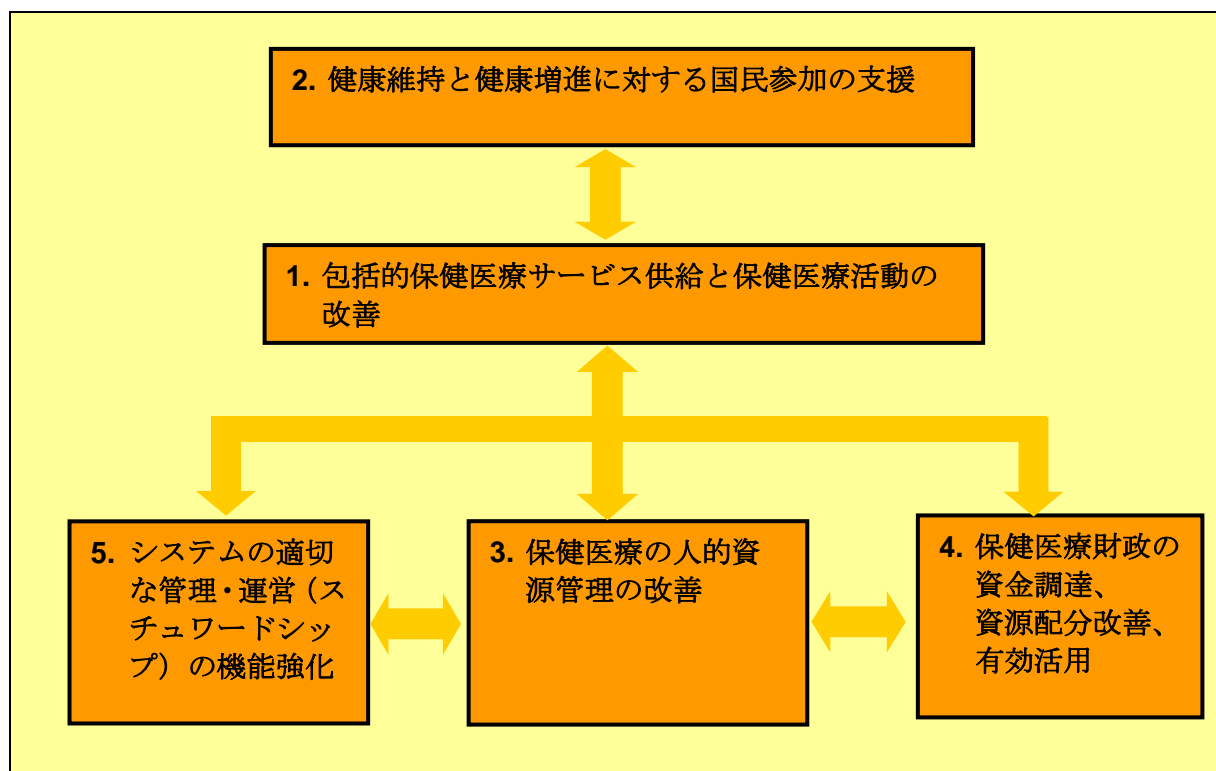
スリランカ保健医療マスタープランは、互いに協調し補完しながら実施された JICA による保健医療マスタープラン調査と世界銀行による Policy and Human Resources Development Fund(開発政策・人材育成基金)の2つの活動による成果を統合したものである。2つの開発パートナーの援助から始まり、広範囲に亘るコンサルテーションプロセスの成果によって内容に富むものとなった。スリランカ保健医療マスタープランは、2015年を目標年次とし、今後10年間の革新的な保健医療システムの政策と戦略的フレームワークを提示している。

保健医療マスタープランは、スリランカが転換期に直面しているという基本認識の下で、過去の成功と経験を生かし、現在と未来への挑戦を提示するものである。この挑戦とは、人口構造と疾病構造の変化、限られた資源、増加する国民の需要と期待、国民への平等なサービスの提供、適切な管理体制、費用効果が高く質の高いサービスの提供を保証するような管理体制に対する理解を深めることを目指すものである。

保健医療マスタープランの策定では、スリランカ経済と社会全体の開発目標の達成を支援するよう注意深い検討が行われ、保健医療サービスへのアクセスを容易にすることにより、国民へのサービス提供の平等性の促進を狙ったものとなっている。すなわち、保健医療分野へ資源配分することによる国民への優れた保健医療サービスの提供は、スリランカの経済発展と社会福祉の実現に資するからである。

こうした背景のもと、政府は、経済的、社会的、精神的な発展に貢献する健康国家を育成することを目指すものである。これは、人々のニーズに応え、包括的で、質が高く、平等で、費用効果が高く、且つ、持続的な保健医療のサービス提供を保証するべく、国家が一体となって協力して取り組むことにより達成されるものである。人々の健康状況を改善し、不平等の縮小を目指すこうした上位目標は、以下の5つの戦略によって達成される。

1. 疾病による負担を軽減し、健康を増進する包括的保健医療サービスの供給を保証する。
2. 国民が健康維持に、より積極的に参加できるよう支援・促進する。
3. 保健医療サービスとその管理体制の充実に資する人材を育成する。
4. 保健医療財政における資金調達、資源の配分を改善し有効活用を図る。
5. 保健医療サービスシステム全体を適切に管理し運営する機能(スチュワードシップ)を強化する。



5つの戦略的目標の相互関係

5つの戦略的目標の下で達成されるべき直接目的の概要は以下のとおりである。

**1. 疾病による負担を軽減し、健康を増進する包括的保健医療サービスの供給を保証する。**

- 1) 保健医療施設とサービスネットワークの合理化と強化
- 2) 戦略的介入による優先的な疾病／問題の減少
- 3) サービス供給の質の向上
- 4) 弱者層の健康状態の改善
- 5) 保健医療サービスへの国民の信頼と患者の満足度の向上
- 6) 新技術へのアクセス
- 7) 効率的な保健医療サービス供給のための官民パートナーシップの強化
- 8) サービス供給に十分な医薬品、医療器具および医療機器の確保

**2. 国民が健康維持に、より積極的に参加できるよう支援・促進する。**

- 1) 権利、責任、ヘルスケアの選択に関する国民意識の向上
- 2) 行動とライフスタイル改善のための市民社会および NGO の参加促進



- 3) 国民のニーズと、改善に資する保健医療システムに対する国民意識のモニタリング
- 3. 保健医療サービスとその管理体制の充実に資する人材を育成する。**
- 1) 中央および州政府レベル保健省の人材育成・管理に関わる機能拡大と能力強化
  - 2) 保健医療分野における人材の育成と管理の合理化
  - 3) 保健医療従事者の管理、臨床および公衆衛生に関わる能力向上
- 4. 保健医療財政における資金調達、資源の配分を改善し有効活用を図る。**
- 1) 保健医療分野の財政的持続性を向上するため、全てのレベルでの政府財政支援の増加
  - 2) 公的資金配分の効率性の改善
  - 3) 現在ある財政資源の利用の最適化
  - 4) 財政管理の強化
  - 5) 財政的な平等性とサービスへのアクセスの平等性の改善
  - 6) 国家的な実施に向けた代替財政メカニズムの明確化と試行
  - 7) サービスの利用状況およびサービスの質の報告と財政に関する情報を含めた情報共有メカニズムを確立することから始めるなど、民間セクターとの協力の促進・活用
- 5. 保健医療サービスシステム全体を適切に管理し運営する機能(スチュワードシップ)を強化する。**
- 1) 中央および地方分権化されたレベルでの管理実績の向上
  - 2) 保健省と地方分権化された関連機関の効率性、有効性および透明性の向上
  - 3) 必要な場合には、実績管理システムの強化と導入
  - 4) 公共および民間サービス供給者のサービス規制システムの確立
  - 5) 管理情報システムの強化
  - 6) 他省庁および機関との調整と協力の強化
  - 7) 保健医療研究と技術評価のための能力強化
  - 8) 病院および医療施設(unit/divisions)の独立法人化の推進

保健医療マスタープランは、上記の直接目的を達成するための数々の戦略的プログラムや、対応する戦略プログラムに従って実施されるべきプロジェクトのパッケージを提示している。これらの可能な介入策やプログラムの策定においては、中央政府保健省、州政府レベル保健省、他省庁、専門家グループおよび市民社会組織からの関係者を招いての一連の議論が集中的に行われた。このような参加型アプローチは、優先プロジェクトのレビューと、更に詳細な活動プロファイルを作成する段

階においても継続していくべきである。一度、活動が明確にされれば、投入、成果検証の指標および検証の方法は、各活動の予算と共に決定されることとなる。

保健医療マスタープランにおいて提案されている諸活動は、現在運営されている保健医療活動の必須部分を成すものであり、追加的な官僚機構の一部として捉えられるものではない。従って、新しい機構・制度を整備するのではなく、現状の機構・制度のもとに、改善されていくべきものである。

特に重要であるのは、財政および計画システムを最も効果的に活用することの必要性であろう。保健医療分野の発展に向け、財務省との予算交渉における保健省の主導的役割を強化していくための第一歩として、早急な施策が取られるべきである。投資効果の評価に対して、成果に対するわかりやすい評価基準の設定が特に重要である。同様に、納得されうる、透明性の高い計画が作成されるプロセスが早急に実現されるよう制度の改善が望まれる。

開発、資金調達、保健医療戦略の実施において、セクター・ワイド・アプローチが取り入れられるよう、セクター間およびドナー間を調整するシステムの改善が不可欠である。健康国家の育成は、困難だが避けることの出来ない全スリランカ国民の責任である。

## 目次

序文  
 伝達状

調査対象地域図

概要.....	1
目次.....	5
<b>1. 序論.....</b>	<b>7</b>
1.1 国家保健医療政策と保健医療マスタープラン.....	7
1.2 有機的なシステムとしての保健医療セクター.....	8
<b>2. 現況と将来需要.....</b>	<b>10</b>
2.1 保健医療現況の概要.....	10
2.2 課題とそれに関する事項.....	10
<b>3. 転換期の保健医療分野.....</b>	<b>15</b>
3.1 スリランカにおける疫学転換.....	15
3.2 保健医療の転換が財政面に与える影響.....	17
3.3 必要とされる政策フレームワークとそれを実行するための基本原則.....	19
3.4 制度改革のための基本原則.....	20
3.5 保健施設にかかる将来需要.....	22
3.6 将来の保健医療支出.....	22
<b>4. 戦略のための目標、原則、戦略への確信.....</b>	<b>24</b>
4.1 ビジョン(理想像).....	24
4.2 基本的原則.....	24
4.3 戦略的目標.....	24
4.4 国家保健医療目標とターゲット.....	27
<b>5. 戦略的目標.....</b>	<b>28</b>
5.1 包括的な保健医療サービスの供給.....	28
5.2 コミュニティと家族における保健医療への取り組み.....	30
5.3 保健医療分野における人材管理の改善.....	31
5.4 資金調達、資源配分および資源利用の改善.....	32
5.5 マネジメント機能の強化.....	35

6.	提案プログラム及びプロジェクト.....	38
6.1	戦略的プログラムとプロジェクト.....	38
6.2	連続するプログラムの論理的根拠に基づいた優先付け.....	38
6.3	プログラムおよびプロジェクト一覧.....	38
7.	保健医療マスタープラン実施のための政策と方策.....	45
7.1	実施メカニズムの形成.....	45
7.2	今後に向けて.....	47

## 序 論

### 1.1 国家保健医療計画と保健医療マスタープラン

スリランカでは、過去、幾つかの保健医療分野目標を達成したり、国民の健康状態が統計上改善するなど、一定の成果を収めてきた。同国の保健医療分野の成果は、一人当たりの GNP 水準が同程度の他国と比較して高い健康状態の水準となって現れている。これは、主に歴代の政権が実施してきた社会政策の成果であり、保健省は傘下の機関のネットワークを通じて多数のプログラムを実施してきた成果とも言えるであろう。

スリランカ政府は、良質な保健医療サービスの全国レベルでの提供、すべての政府系保健医療機関における無償サービス、強力なプライマリ・ヘルス・ケア・ネットワークの維持などの長期視点に立った政策を支援しつつつけてきている。保健財政政策は、全国一般税モデルにずっと固執してきた。しかし、一方で、スリランカ政府は民間部門の着実な成長を助長し、料金を払うことができる人々へのサービス供給はしだいに民間部門に任せ、自らは貧しい人々など、社会的弱者へのサービスの供給に集中してきている。

すなわち、政府の政策は、医療サービス供給が困難な地域、例えば、紅茶プランテーションエリア、辺境の地域、紛争に関係する地域の人々の保健医療問題を反映し、また、乳幼児や妊娠した母親の栄養の改善に向けられた。最近では、スリランカにおける病気のパターンの根本的な変化から、非感染症の発生を減らすことが主要な関心事になりつつある。一方で、社会的弱者に対しては、動物を媒介とした伝染病、予防が可能な疾病、性感染症や HIV/AIDS などの感染症を抑えることが引き続き重要な課題となっている。

ここ 10 年ほど、保健医療政策プロセスを理解し構築することに大いに関心が置かれてきた。1992 年に大領領タスク・フォースによって最初のアクションがとられ、保健医療政策が立案された。次に、1997 年には既存政策のレビューと新しい政策の形成が行われた。全般的な政策の枠組みに変化はなかったが、ここ 10 年では 2 度のレビューに伴う政策の変更があった。政府の保健医療政策は、以下の 8 つの項目に要約することができる。

- 1) 効率、効果、アカウントビリティを改善するために組織構造やマネジメントを改革する
- 2) ニーズに基づくケア、優先事項の設定、資源の平等な分配のためのメカニズムを確立する
- 3) 社会的弱者や、高齢者の健康、障害者の健康や精神的健康などに対するニーズを持つコミュニティに焦点を当てる
- 4) 特にディストリクトや州レベルにおけるヘルス・ケア・システムの再編成によって、患者治療サービスやその質を改善する
- 5) 人的資源開発を合理化する
- 6) 感染症と非感染症の両方で防ぐことのできる死亡を減らすことにより、平均寿命を伸ばす
- 7) 健康的なライフ・スタイルや、予防可能な病気や障害を減らすことにより、「生活の質」を改善する

## 8) 情報・教育・コミュニケーション(IEC)活動やメディアを通じて、健康増進を促進する

1999年には、その組織の機能化のため保健省は、一端実施機能と政策策定機能を分離し、保健課(Department of Health)局としたが、2001年の終わりには、政策形成・モニタリング評価能力の強化、機能の重複解消のために、再び統合している。

このように、過去において発生するニーズや、ヘルス・ケア・システムの構造的な弱さを認識した上で、合理的なヘルス・ケア・システムを構築するために、人的資源の開発に加えて保健医療政策にまとめられたいくつかの試みが実行されてはいるが、これらの改革の進捗はゆっくりしたものであった。問題としては、保健省において戦略的にその自らの役割を変更させるための政策を推進する潜在能力、政治的な力、能力が完全に不足している点であろう。このマスタープランは、中長期的な視点に立って保健医療サービス・ニーズの推移やファイナンス・システムの持続可能性を考慮しつつ、スリランカにおける保健医療システムの革新的な前進を目指す3番目の試みである。この保健医療マスタープランは、2015年を目標とした保健医療サービスに対する必要なアクションを示すと同時に、保健医療システム自体の再構築の必要性を明らかにするものである。同時に、2008年までのこの先5年間に実施されるべき優先項目やキーになるプログラム・プロジェクトを明示している。

## 1.2 有機的なシステムとしての保健医療セクター

現在、保健医療セクターの改革は世界の多くの国で実施されている。このような改革に対するニーズは、以下に示すような互いに関連する要因に基づいている。

- 1) 人口構造の変化、疫学の転換に伴う保健医療ニーズの変化
- 2) 保健医療サービスのカバーエリアやアクセスを改善する政治的責務
- 3) ヘルス・ケア・コストの上昇
- 4) ヘルス・ケアの費用対効果の上昇や、その品質を確保するためには不十分な既存構造やマネジメント能力

改革は、組織構造、役割と関係、資源の動員、ヘルス・ケアのレベルと供給、コストと価格付けなど、幅広い分野で実施されなければならない。つまり、状況の理解や必要な変更の程度を知るためには、全国の保健医療セクターを包括的に概観することが有効である。ヘルス・ケアのためのファイナンス・システムがどのように機能しているかを知るためには、保健医療セクターは保健医療サービスを実施するために資源、組織、資金、マネジメントが複雑に関連する有機的なシステムであることを理解するのが重要である(図 1.1 参照)。この複雑なシステムの多くのは5つの主要な要素に分類できる。そして4番目までの要素が5番目の要素を生み出す。

- 1) 組織とサービス供給者(保健省、公共の病院、民間のサービス供給者など)
- 2) マネジメント(規制、登録、計画、運営)
- 3) 第4の主要な要素を維持するための資金(税金、保険、登録料、自己負担金)
- 4) 投入資源(訓練を受けたスタッフ、薬、原料、施設、知識)
- 5) サービスの供給(健康増進、病気予防、治療などのサービス)

これまで長年用いられてきた、縦割りで相互関係を考えない保健省のアプローチでは、保健医療セクターが、よいマネジメント・メカニズムが必要とされる有機的なシステムであることを明確には認識できない。特に、サービスの質や種類のバラエティは広まりを見せているが、病院やその他医療施設の良好なマネジメントをサポートするような施策は見られない。病院のマネジメント・ガイドラインは、空港や大規模な製造工場の運営のためのものと比較すると、改善の余地が大きいのが通例である。

スリランカでは、保健医療セクターの現代的なマネジメントのためのコンセプト作りが求められている。それに平行して、病院マネジメントの改善に対する保守的な反応と保健医療当局の政治的惰性への対応も求められている。医療専門家の力は、マネジメント力を強化するための実際的イニシアティブ作りの支えとなるべきである。

近年では、どのように保健医療セクターはファイナンスされるべきか関心が集まりつつある。現時点において、ファイナンスの方法や、そのカバーすべきレベルが主要な政策 이슈であり、スリランカのヘルスセクターは、新たなファイナンスの方法が及ぼす様々な影響について、理解する必要に迫られている。この保健医療マスタープランは、政府が新たな保健医療分野のファイナンス・メカニズムを形成する際の理論的基礎を提供するものである。そのファイナンス・メカニズムの元、政府は財政的な制約を解消する方向に進み、十分な保健医療サービスの実施を可能にすることを目的としている。

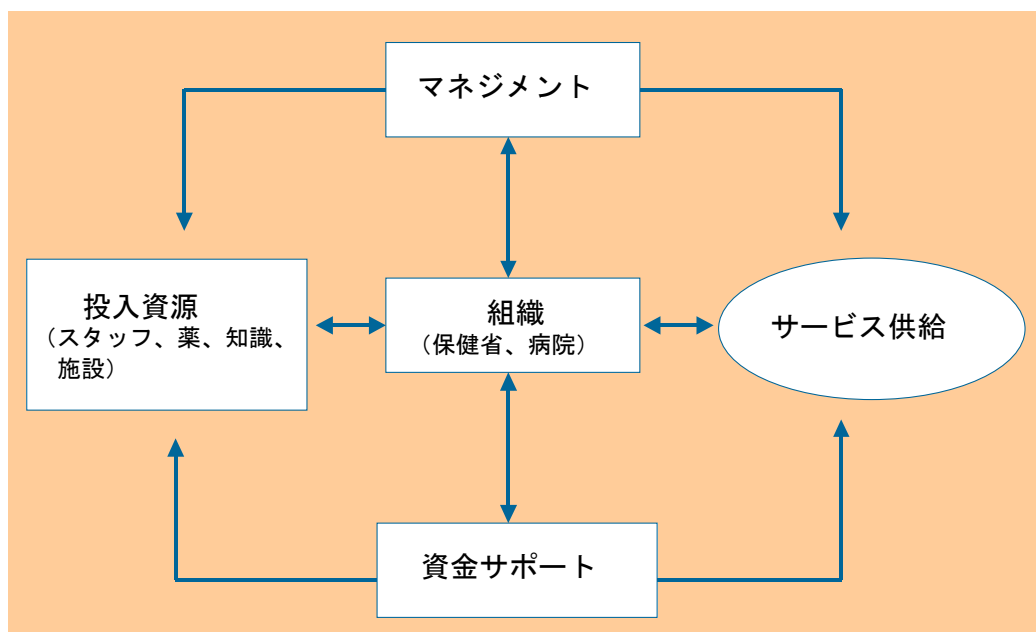


図 1.1 有機的保健医療システムの5つの要素

## 2. 現況と将来需要

### 2.1 保健医療現況の概要

スリランカ国の保健指標は、特に乳幼児死亡率や妊産婦死亡率について、過去数十年着実に改善してきている。2000年における妊産婦死亡率(2.3/10,000)は、一人当たりGDP800米ドルのような発展途上国の指標としては、例外的な達成度である。こうした指標は国家保健システムの包括的なコンポーネントの一つとして実施されている母子保健プログラムに寄る所が大きい。同様に、1000出生当たり16.3という乳幼児死亡率は効果的で幅広く実施されている伝染病の予防戦略や治療によって達成されたものである。しかしながら、新生児死亡率が非常に低下している中、出生前死亡率や出生時死亡率に係る努力についてはさほど成功しているとはいえない。1000出生当たり12.9という出生時死亡率は、医療従事者や出産の質の改善が限定的であることを示唆している。母親の健康状態の貧弱さに起因する未熟児や低体重児なども関係ある。

平均寿命は1997年で女性75歳、男性71歳と、順調に伸びてきた。そして、出生率は人口規模維持レベル以下の約2まで低下した。急速な高齢化と主要な感染症対策の成功に伴い、精神病や事故による怪我などを含む非感染症が主要な疾病となるようになってきた。2000年における主要な死因は、虚血性心疾患(10.6%)、腸管に係る疾病(9.3%)、脳血管に係る疾病(9.0%)、心肺器疾患もしくは肺循環器系の疾病(8.6%)、腫瘍(7.5%)であった。感染症や寄生虫関係の疾病は低下傾向にあるが、心臓病や殺人は全般的に増加している。1996年には、事故、自殺、殺人は死亡原因の22%にまでなり、心臓病や糖尿病は24%にもなった。こうした指標は疾病構造の変化が急速に進んでいることを示している。

栄養状態は改善してきているものの、決して満足のいく水準ではなく、特に貧困世帯やコミュニティにおいては重大な問題となっている。これは、州別の格差というよりも、全国的に当てはまる問題である。しかしながら、乳幼児死亡率や妊産婦死亡率の州や県別の指標に目を向けると、大きな格差があるように思われる。特に、紛争の影響を受けた地域やプランテーション地帯においては、州内においてさえ、非常に大きな格差があることを示している。

### 2.2 課題とそれに関連する事項

#### 2.2.1 保健医療サービス

スリランカの公的セクターのサービスは、非常に忙しく混雑した国立病院、州病院、総合病院、基幹病院(大きな街における)と、設備のレベルが低く、患者も来ないような県病院およびそれ以下のレベルの医療機関という具合に性格づけられる。

この国では、1997年の統計で、入院率が5人に1人の割合であった。この大きな需要は、プライマリーケアや外来における不十分な診断能力、外来ベースで治療を受けられないため入院して外来治療を受けた人など多くの要因によるようである。また、患者は地元の一次レベルの病院をバイパスして都市の大きな病院に行く傾向があり、これが、大きな病院における混雑の原因となっている。この状況は、明確なアドミッションやリファラル政策の不在により悪化している。



リファラルやカウンターリファラルは、明確に正式なシステムとしモニターされる必要がある。さらに、頻発する疾病に対しては、カウンターリファラルの可能性を考慮して薬品を増量して注文・保存しておく必要がある。そうすることにより、第一次レベルの医療は、現状に精通した形でのサービスの供給が可能となる。

民間セクターにおけるもっとも急速に成長している部分は外来部門である。1997年には3,600万人の外来患者があったと推計されるが、これは、1990年に比べ200万人の増加である。外来の市場の46%を民間セクターが占めており、27%が専門医とそれ以外を含む政府の医者、12%は民間の一般医療従事者、7%を伝統医療が占めている。1980年代初頭まで、民間の病院は入院患者に関しては最低限の役割しか果たして来なかった。政府所属の医者による民間での治療行為が可能になったことや薬品の輸入自由化、そして政府系病院のサービス低下も相まって、都市部において民間病院は近年成長してきている。

人口規模が人口密度によって異なるように、計画された保健医療サービス提供の量も施設によって異なる。しかし、提供されるサービスの質は一定のレベルで統一され、明確に公表されるべきである。治療の役割を担う保健医療施設は、慢性的な感染症、非感染症に対して第2、第3の予防対策を行うことが原則として認められている。同様に、最初の予防施設が非感染症に対してこれまで以上に初期予防の役割を担うことが認識されている。

ここで未だ明確となっていないのは、保健医療施設の範囲、プライマリー・ヘルス・ケア、治療のためのフォローアップ活動、そして家族中心の予防を普及促進できる職員の数である。現在広く知られているパラダイムは、予防キャンペーン・アプローチを用い、プライマリー・ヘルス・ケアにおいて患者中心サービスを制限している。しかし、このパラダイムは緊急事態や広まりつつある疫学的問題に対してどれほど有効か疑問である。

スリランカの多様な保健医療システムは国民の健康促進に貢献している。例えば、アーユルヴェーダ、シダ、ウナニ、及び類似療法などがその代表的例である。これらは全て、ヘルス・セクターにおいて欠くことのできない部分となっており、計画・立案過程に組み込まなければならない。保健医療サービスの調整に対するより明確な概念的基盤の形成、適切な資源配分、そして既存の施設の強化により、これらの保健医療システムの発展が可能になる。

### 2.2.2 医療資源としての医療人材

保健医療セクターでの人的資源の増加にもかかわらず、近年人的資源に関する多くの問題が表出している。人的資源政策・計画の実効性の改善に対してしばしば制約要因となるのは、包括的人的資源戦略の欠如や保健省と高等教育省の関係部署間の調整不足である。

現在の主要な問題は、スタッフ間の人的資源供給の偏り、人的資源配分の地理的不平等、そして期待される仕事の能力とその訓練内容の格差である。この人的資源供給の偏りは、看護師と他のパラメディカル・スタッフの供給の実質的な低下と、依然として伸び続ける医者の供給が原因となっている。一方で、数種類の医療人材の需要と供給に深刻な格差が生じている。特に、看護師とパラメディカル・スタッフがこれに当たる。看護師と他のパラメディカル・スタッフの不足は、公的セクター及び民間セクター双方で非効率性及び非効率性を生じる原因ともなっている。また、医者の余剰人員の増加は深刻なコストの上昇及び質の低下を招くことになる。しかも、この医者の余剰人員は従来のように

公的セクターに適切に吸収されていないかもしれない。たとえ医者や余剰人員が民間セクターに流れても、都市部での彼らの私的な開業によって、供給側の要因による消費レベルの上昇を引き起こすだろう。

また、地域間で医療人的資源の分配に大きな偏りが見られる。具体的には、コロンボやキャンディーやゴールには多くの医療関連人材が集中する一方、北東部では保健医療分野の人材の人数及び対人口割合が非常に低くなっている。

保健医療スタッフの質と競争力の低さもまた、改革の課題である。技術的競争力の不足と人間味のある態度の欠如が、サービス感応性の最大化の欠点として認識されている。

雇用構造と人的資源管理の観点から見れば、スリランカは、公的サービス委員会などが、ある種の公的セクタースタッフを任命・管理するシステムを依然として保持していると言える。また、他の種類のスタッフ補充や配置に関する欠点も持ち合わせている。これらの特徴は、急速に変化する環境の中で、遠くて遅く、かつ感応性の無い政府を作り出してしまっただろう。対応策として考えられるのは、定められた役割に対して個人や機関の業績を評価する近代的経営システムを導入することである。このシステムは、スタッフの労働条件の改善、公平かつ透明な昇進・報酬・規律・訓練システム、顧客のニーズに対する感応性へのインセンティブを生み出す証明の更新過程や契約条件の更改を必要とする。また、適切な紛争解決手続きも導入されるべきである。

### 2.2.3 保健財政と資源配分

スリランカは保健セクターへの支出レベルの割には非常に高い成果を上げてきた。1999年の保健支出の合計は39,177百万ルピーで、そのうちの13%が資本投資であった。この金額はGDPの3.53%であり、一人当たり2,068ルピー(29米ドル)を支出している計算になる。これは、税金や直接経費(約50%)を財源として頼っている部分が多い。政府の歳入は原則として中央での徴税による収入である。民間支出の大部分は直接経費であり、内10%は従業員や個人によってほとんどが外来のために使われる民間保険によって支払われている。保健支出は低いながらも増加してきている。1990年以来、合計支出はGDPの3~3.5%であり、政府のシェアはおおよそ1.4%~1.5%であった。しかしながら、過去4年間、GDPのわずか1.1%~1.2%が保健省の支出として使われた。保健セクターへの外部からの開発援助は他の開発途上国(合計支出の約4~6%)と比べると低い。

今後15年の保健医療システムの財政負担を予測する研究では、もし能率性が向上しなければ追加的な資金が必ず必要になると報告されている。資源不足を最小化するため、限られた資金を最も効率的に使用し、実務と事務を合理化する必要がある。しかし、たとえそうしても、健康と栄養の普及促進やプライマリー及びセカンダリー・ヘルス・ケアにおいてより多くの資源を動員しなければならないだろう。

州政府のプライマリー及びセカンダリー・ヘルス・ケアの予算の大部分は中央政府の財政配分によって供与されている。このような財政配分は国民のニーズに基づいた透明な手続きによるものではなかった。たった6%の資金だけが「基準に基づいた」供与(貧しい州へ重点配分する)だったのである。

州政府予算の大部分は地方自治省からの政府補助金によって構成されている。「マッチング・グラント」の供与は地方政府の収入向上を狙ったものだったが、未だ成果は表れてないようである。実際に

は、この配分メカニズムを通して資金を調達することが国家政策に関連付けられたことは現在までのところ一度も無い。契約メカニズムも無ければ金額に見合う価値への評価も無い。従って、平等で公平なメカニズムが州政府間及び各州内で機能することを保証し、それによってこのメカニズムが地方の貧困に焦点を当てることを保証する必要がある。

既存の資源配分メカニズムでは、サービスの能率性、費用対効果、そして貧困層に焦点を当てる能力を大きく改善することは難しい。改善のためには、各州への配分の再検討、保健医療分野での州政府の収入力向上、更なる自治、財政・経営システムの改善、ニーズに基づいた配分を含む融資が必要となる。これらは全て、より合理的な計画の下に実施されるべきである。

#### 2.2.4 保健セクターマネージメントとスチュワードシップ

スリランカの保健セクターは他の発展途上国が未だに直面している数々の公衆衛生学上の問題の削減に成功してきたものの、21世紀に入ったところで、同国の保健医療システムは組織、マネージメント、財政、サービス供給メカニズムなど見直しと効果的な対応に直面している。支配的な風潮としては、マネージメントというよりも事務管理に終始し、財政、人員配置、資源の活用、緊急事態や災害時の扱いなどの意思決定に関して、地方レベルのマネージャーに権威が十分に与えられていない状態で、かつ柔軟性がなく、標準や規範は中央で設定されている。地方分権化が不十分であるという問題、効率的な管理情報システムの欠如、結果ベースの評価メカニズムの欠如などはマネージメントにおける重大な課題である。

さらに、保健医療情報システムも多くの問題を抱えている。政策更新の圧倒的な不足、情報管理者間の調整不足、既存の情報へのアクセスの難しさ、情報管理能力の偏り、既存のデータの質の低さ、不能率な情報の使用などが克服されるべき問題として挙げられる。

保健医療関連法規の更新、人事・財務管理の改善を通じた保健省の実効性、能率性、説明責任の向上、そして州や郡レベルでの運営能力の強化などの必要性は明らかで、保健医療サービスでの地方分権化に伴うキャパシティ・ビルディング、サービスの質と提供に対するモニタリングと評価の強化、そして保健省や他の機関に対する証拠を基にした政策決定の普及促進が今世紀における重要課題といえる。

#### 2.2.5 紛争の影響を受けた地域

20年に亘る戦争の破壊的な影響は2002年の和平の訪れとともに白日の下となった。一次から三次病院までのインフラの被害、紛争地帯における人材の欠乏、予防や健康増進サービスの崩壊、医療消耗品や機材などその他の物資の欠如、そして、教育や環境衛生など他のシステムの混沌とした状態など保健に負の影響を直接及ぼす事柄は、これらの県に住む人々の健康に悪影響を与えてきた。また、避難民となった多くの人々は、物理的にも精神的にも問題を抱えており、慎重に対処する必要がある。さらに、北部および東部州に位置するこれらの県に加えて、隣接する北中央部州、北西部州、ウバ州の4つの県についても、長年の紛争による影響を受けてきている。これら紛争の影響を受けたすべての県における保健システムの再構築は、同国の重大な課題である。

このアプローチでは、緊急援助段階から開発段階へのスムーズな移行を保証するために明確な戦略を構築し、制度化することが必要である。重要なのは、緊急援助から持続可能なヘルス・マネジメントへのスムーズな移行である。同様に、サービスの合理的な計画のために、復興援助に際して、国際援助は最大限活用されるべきである。セクター・ワイド・アプローチの方法論も上記のことを保証するのに有益である。

### 2.2.6 プライベート・セクターによる貢献の最適化

スリランカの公的保健医療セクターはその優秀さで名を馳せているが、民間セクターもまた重要な役割を担っている。政府は、国民が負担できる保健医療サービスは自己負担するように暗に国民に促していると同時に、民間セクターにもこの分野での保健医療サービスを提供するように促進を図っている。

政府は、公的セクターと民間セクター双方において患者の保護と患者への費用対効果の高い保健医療サービスを保証する包括的な責任を持つ。従って、政府は、抑圧的なイニシアチブや改革に依らず、民間セクターを規制しデータを収集する方法を考慮する必要がある。また、民間セクターが質の高いサービスを提供できるようにキャパシティー・ビルディングの提供が必要となる。さらに、国家保健医療目標への貢献やより質の高いサービスの提供に向けて、いかにして公的セクターと民間セクター間のパートナーシップを奨励すべきかについても検討を要する。

### 2.2.7 需要やニーズに対する医療サービス側の対応能力の改善

公的保健医療施設によって提供されたサービスに対して不満の声が拡大している。患者たちは以前よりも積極的に不満をあらわにしているようである。その不満の内容は、大病院での混雑、長い待ち時間、不十分な環境、多くのヘルス・ケア・ワーカーによる横柄な態度などである。業務上過失の問題も報道で大きく取り上げられ、最近では個人が政府を相手に損害賠償を求めて訴える事件もでてきている。これに対して、民間セクターにおける消費者意識に関する情報はほとんど見当たらない。従って、苦情を聞き解決することを通して適切なシステムを発展させるため、民間セクターのサービスに対する患者の見解に関するより多くの情報が必要とされている。

### 2.2.8 弱者保護の視点

自ら支払う経済的余裕がある者には政府がその方向に促す一方で、社会で最も脆弱で貧しい者に対して投資を保証することである。スリランカは国家予算を貧困層に投資するのに、国際的基準と比して例外的に成功している。しかし一方で、遠隔地や早魃被災地に住む人々、紛争被災者、紅茶プランテーションの労働者、老人、身障者、精神障害者、働く女性、出稼ぎ労働者の子供や10代の親を持つ子供などに対しては、依然として投資が不十分である。

### 2.2.9 セクター・ワイド・アプローチとセクター間協力

保健省が保健医療セクターでイニシアチブを取る一方で、保健省は健康な国家建設に携わる者全ての参加を保証すべきである。重要なのは、全てのパートナー、他の官公庁、民間セクター、非政府組織(NGOs)、そして海外援助機関などを巻き込むことである。このアプローチでは援助機関からの貢献の照準を絞り、かつそれが政府の政策や包括的戦略に貢献することに十分注意を払うべきである。