

スリランカ国  
保健省

スリランカ国  
高齢化セクター情報収集・確認調査  
ファイナル・レポート

2021年5月

独立行政法人  
国際協力機構 (JICA)

デロイト トーマツ ファイナンシャルアドバイザー合同会社  
株式会社フジタプランニング

南 ア
JR
21-25

スリランカ国  
保健省

スリランカ国  
高齢化セクター情報収集・確認調査  
ファイナル・レポート

2021年5月

独立行政法人  
国際協力機構 (JICA)

デロイト トーマツ ファイナンシャルアドバイザー合同会社  
株式会社フジタプランニング

## 目次

本調査各章要旨	10
第1章 調査の概要	12
1-1 調査の背景	12
1-2 調査の目的と成果	13
1-3 調査の概要	13
1-4 団員構成	14
1-5 調査の実施方法	15
第2章 高齢化セクターの分析フレームワーク	16
2-1 日本の高齢化セクター概況	16
2-2 他国の高齢者ケアの概念	19
2-2-1 イギリスの事例	20
2-2-2 デンマークの事例	21
2-2-3 日本の事例	21
2-3 調査フレームワーク	23
第3章 スリランカの高齢化の状況	24
3-1 高齢化の概況	24
3-2 高齢者の人口動態	25
3-3 高齢者の社会的特性	26
3-3-1 貧困高齢者	27
3-3-2 就労	28
3-3-3 生活環境	28
3-3-4 社会参加	30
3-3-5 要介護・認知症	30
3-4 高齢者の健康	32
第4章 スリランカの高齢化対策の現状と課題	40
4-1 高齢化に関する政策	40
4-1-1 関連法制度・首相令・施策（法律・政策・戦略・計画）	40
4-2 社会福祉省管轄高齢者支援	49
4-2-1 行政・サービス実施体制	49
4-2-2 行政の役割（国・地方自治体）	51
4-2-3 サービス提供機関の役割と実態	61
4-2-4 高齢者介護を支える人材	67
4-3 保健省管轄高齢者支援	70
4-3-2 行政・サービス実施体制	94
4-3-3 サービスの提供機関の役割と実態	98
4-3-4 高齢者医療を支える人材	119

4-3-5	高齢者医療に関する事例紹介	122
第5章	関連する開発パートナーの動向	127
5-1	パートナーの種類・特徴・主要プロジェクト	127
5-1-1	国内機関	127
5-1-2	国際機関	127
5-1-3	NGO	131
5-1-4	日本の支援	133
第6章	本邦企業・技術の整理・分析	134
6-1	日本の高齢化セクターの市場性	134
6-2	スリランカの高齢化セクター向けビジネスの可能性	135
第7章	スリランカにおける高齢化対策の課題	142
7-1	セクター横断的課題	142
7-2	社会福祉省管轄の課題	144
7-2-1	社会保障の課題	145
7-2-2	社会福祉の課題	145
7-3	保健省管轄の課題	147
第8章	包括的分析と今後の方向性の検討	152
8-1	課題解決に向けた解決策の検討	152
8-2	解決策の包括的分析	157
8-3	本分野で可能な日本の貢献	158
8-4	高齢化対策に向けた日本の支援の方向性の検討	160
介護技能実習制度の活用		194
1-1	介護技能実習制度に関する調査の背景と目的	194
1-2	技能実習及び関連制度の制度・概要	194
1-2-1	介護分野における外国人人材の受入れ概況	194
1-2-2	外国人技能実習制度概要	194
1-2-3	特定技能（在留資格）概要	196
1-2-4	EPA（経済連携協定）概要	197
1-2-5	日本・スリランカにおける取決め	198
1-2-6	スリランカ人介護人材の受入れ状況	199
1-3	応募から受入れプロセス（技能実習制度及び特定技能）	199
1-3-1	技能実習制度	199
1-3-2	特定技能	201
1-4	受入れ後の実習環境の実態（技能実習制度）	202
1-4-1	技能実習時における現状、課題	202
1-4-2	キャリア形成	204
1-5	外国人介護人材に対する支援	204
1-5-1	監理団体の主な役割	204
1-6	外国人介護人材の受入れにおける日本の事業者の意向と課題	205
1-6-1	外国人介護人材に対する受入れ意向	205

1-6-2 活用	206
1-7 外国人介護人材から見た制度の魅力・課題	207
1-8 技能実習制度を活用した人材育成にかかる課題とその対策案	208
新型コロナウイルス感染症	209
1-1 日本のコロナ対策の時系列の動き	209
1-2 介護施設でのクラスター発生状況	212
2 介護に関する影響	213
2-1 新型コロナ対策に係る政府通達・ガイドラン	213
2-2 介護現場	230
オンライン国内セミナー	235
地域包括ケアシステム（現地協議用）	240

## 図表目次

図 1-1 現地調査地域	15
図 2-1 The House of Care（高齢者一人ひとりに焦点を当てたケア）	20
図 2-2 デンマークの高齢者システム	21
図 2-3 地域包括ケアシステムの概念図	22
図 2-4 調査フレームワーク	23
図 3-1 スリランカの人口ピラミッド（2020年）	25
図 3-2 スリランカの人口ピラミッドの変化（1960年～2060年）	26
図 3-3 国内総貯蓄（Gross Domestic Saving:GDS GDP比）推移	27
図 3-4 スリランカの1996年、2015年就労割合 年齢別【左】年齢男女別【右】	28
図 3-5 高齢者コミッティーを中心とする地域の集まり	30
図 3-6 スリランカの年齢、性別別障害を持つ割合	31
図 3-7 スリランカの死因	33
図 3-8 男女別・日常生活で困難を抱える高齢者数と割合	39
図 3-9 年齢群別・日常生活で困難を抱える高齢者数と割合	39
図 4-1 国家保健政策の枠組み	42
図 4-2 社会福祉省関連：中央・地方政府による高齢者支援	50
図 4-3 NSEの組織図	51
図 4-4 保健省管轄の高齢者医療サービスの枠組み	70
図 4-5 スリランカ保健省の組織図の概要	71
図 4-6 スリランカの保健医療管理体制	94
図 6-1 高齢者向け市場対象範囲	134
図 6-2 高齢者を取り巻くニーズと各種サービス	135
図 8-1 解決策の実現に向けた必要な取り組みの詳細と日本の支援の可能性	161
表 1-1 人口に占める年齢別割合、高齢者指標、従属人口指数	12
表 1-2 調査概要	13

表 1-3	調査団員構成	14
表 2-1	介護保険制度の創設前の老人福祉・老人医療政策の経緯	16
表 2-2	日本の高齢者に関わる法制度	17
表 2-3	高齢化セクターに関わる事業実施主体	17
表 2-4	欧米主要国（G8）とアジア先進国の 65 歳以上人口割合別到達年次とその倍加年数	18
表 2-5	包括ケアの主要概念と各国比較	19
表 2-6	包括ケアの各要素の導入状況と各国比較	19
表 3-1	南アジア各国の 60 歳以上の人口割合（高齢化率）の比較（2012 年、2022 年）	24
表 3-2	スリランカ全国及び各州の 60 歳以上の割合（2012 年）	25
表 3-3	スリランカの合計特殊出生率推移（予測）	26
表 3-4	スリランカの年代別貧困（2009 年時点）	27
表 3-5	高齢者の住まい	29
表 3-6	スリランカにおける身体的・精神的障害の説明	31
表 3-7	スリランカ及び SEAR、高中所得国におけるおもな SDGs の保健指標	32
表 3-8	年齢別の上位死因とその内訳（実数・疾患毎総数における割合）	34
表 3-9	県別の入院患者の死因の順位	34
表 3-10	県別の入院患者の原疾患の順位	35
表 3-11	スリランカにおける口腔衛生の指標	36
表 3-12	スリランカにおける喫煙状況	37
表 3-13	県別の喫煙率と噛みタバコ使用率（%）	37
表 3-14	男女別・年齢別の噛みタバコの使用率（%）	37
表 3-15	男女別・年齢別の喫煙率（%）	38
表 3-16	男女別・日常生活で困難を抱える高齢者数と割合	38
表 3-17	年齢群別・日常生活で困難を抱える高齢者数と割合	39
表 4-1	高齢化対策に関連する主要トピック	40
表 4-2	国家保健政策における高齢化対策に関連する事項	42
表 4-3	高齢化対策に係る戦略分野と戦略テーマ	43
表 4-4	戦略テーマ中「戦略領域 1. 公衆衛生セクター」の高齢化対策の主な課題と戦略	44
表 4-5	戦略テーマ中「戦略領域 2. 治療サービス」の高齢化対策関連の主な課題と戦略	44
表 4-6	戦略テーマ中「戦略領域 3. リハビリテーション」の高齢化対策関連の主な課題と戦略	45
表 4-7	国家高齢者保健政策の目的と戦略	46
表 4-8	高齢者保健医療提供計画の概要	47
表 4-9	スリランカ各郡の数（2012 年）	49
表 4-10	ERPO の職務記述書	52
表 4-11	ERPO の業務例	53
表 4-12	社会保障基金の収支（ルピー）	54
表 4-13	NSE の活動と実績	54
表 4-14	70 歳以上を対象とした 5,000 ルピー特別手当（2020 年 5 月 22 日付）	55
表 4-15	DSS の活動と実績（2018 年 12 月 31 日時点）	56

表 4-1 6	高齢者関連の SS0 の職務記述書	57
表 4-1 7	西部州 DSS の活動と実績 (2016 年)	58
表 4-1 8	世帯人数別低所得者手当の内訳 (月次)	59
表 4-1 9	2020 年 1 月時点の分類別詳細	60
表 4-2 0	NSPD の活動と実績 (2018 年 12 月 31 日時点)	60
表 4-2 1	スリランカにおける社会保険	61
表 4-2 2	スリランカ高齢者が活用できる介護サービス	63
表 4-2 3	高齢者施設の分類	65
表 4-2 4	高齢者コミッティー例	65
表 4-2 5	NSE が実施する在宅ケアの費用	66
表 4-2 6	NVQ の 7 レベル	67
表 4-2 7	NVQ 登録済みのケアギバー	67
表 4-2 8	ケアギバートレーニング実施機関例	68
表 4-2 9	ライムーン社のケアギバーのプログラム例	69
表 4-3 0	ライムーン社の認知症啓発公式認定証コースのプログラム例	69
表 4-3 1	高齢化対策に関連する保健省部局・課	72
表 4-3 2	YED 課の主要業績評価指標 (YED による報告)	75
表 4-3 3	ハッピービレッジプロジェクトの活動プロセス	76
表 4-3 4	スリランカ全体と調査サイトにおける都市部・農村部・エステート地域の人口分布	80
表 4-3 5	PHSRC 登録カテゴリーと登録料	83
表 4-3 6	長期ケア提供施設のガイドライン概要	84
表 4-3 7	在宅看護サービスのガイドライン概要	85
表 4-3 8	PHSRC に登録している民間医療施設・医療従事者・サービス数 (2017~2020 年)	86
表 4-3 9	歯科関連の人材と施設数の推移	87
表 4-4 0	中部州の高齢化対策計画案 (策定中)	92
表 4-4 1	公的医療施設の分類と施設要件	95
表 4-4 2	公立のタイプ別医療施設数	96
表 4-4 3	タイプ別の保健医療施設病床数	97
表 4-4 4	HLC の数と分布	97
表 4-4 5	パスバゲ MOH オフィスでの NCD スクリーニング件数	98
表 4-4 6	ヌワラエリヤ MOH オフィスでの NCD スクリーニング件数	99
表 4-4 7	マスケリヤ地区病院のスタッフの在職状況	105
表 4-4 8	ウバ州の医療施設数	113
表 4-4 9	高齢者向け医療サービスの提供における課題と対策案	114
表 4-5 0	高齢者の医療サービス受給を阻む課題と解決策案	114
表 4-5 1	スリランカにおける民間医療施設の病床数 (県別・州別)	114
表 4-5 2	PHSRC に登録している民間医療施設 (2017-2020 年)	115
表 4-5 3	2020 年 PHSRC に登録の看護ケア提供施設	116

表 4-5 4	民間の看護ケア施設のサービス実例.....	116
表 4-5 5	民間セクター高齢者在宅ケアサービスの利用費用・負担事項.....	118
表 4-5 6	ロイヤル・ナーシング・ホームの在宅看護と高齢者施設居宅型高齢者施設の利用料金.....	119
表 4-5 7	高齢者に特に関わる医療分野の教育課程.....	120
表 4-5 8	州毎の専門医師数と単位医師あたりの人口数.....	121
表 6-1	スリランカの高齢者施設数（州別）.....	139
表 8-1	本調査にて確認された高齢者対策の課題と解決策（案）.....	152
表 8-2	判定基準.....	157
表 8-3	各解決策の判定結果（案）.....	158
表 8-4	日本の高齢化セクターの経験と支援可能な分野.....	158
表 8-5	優先度別のスリランカの高齢化セクターへの支援項目.....	162

## 略語表

略語	英語/シンハラ語	日本語
ADB	Asian Development Bank	アジア開発銀行
AusAID	Australian Agency for International Development	オーストラリア国際開発庁
BOS	Board of Study	審議会
CBO	Community Based Organization	住民組織
CCP	Consultant Community Physician	地域保健専門医
CBR	Community-based Rehabilitation	コミュニティリハビリテーション
CHA	Consortium of Humanitarian Agencies	人道機関コンソーシアム
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease	慢性閉塞性肺疾患
DSD	Department of Samurdhi development	サムルディ部門
DSS	Department of Social Service	社会サービス部門
DDG	Deputy Director General	部局長
DP	Department of Pensions	年金部門
DPRD	Disaster Preparedness and Response Division	防災対策部
EC	Elder Committee	高齢者コミッティー
EH	Elder Home	高齢者施設
EPF	The Employees Provident Fund	被雇用者準備基金
ERPO	Elders' Right Promotion Officers	高齢者権利促進オフィサー
ESCAP	United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific	国連アジア太平洋経済社会委員会
ETF	The Employees' Trust Fund	被雇用者信託基金
ETU	Emergency Trauma (Treatment) Unit	救急外傷ユニット
GDS	Gross Domestic Saving	国民貯蓄率
GP	General Practitioner	かかりつけ医



略語	英語/シンハラ語	日本語
GN	Grama Niladari	村落行政官
GNI	Gross National Income	国民総所得
HEO	Health Education Officer	健康教育官
HLC	Healthy Lifestyle Center	ヘルシーライフスタイルセンター
IEC	Information, Education and Communication	情報・教育・コミュニケーション
IHCA	International Health Care Academy	国際ヘルスケアアカデミー
ILO	International Labour Organization	国際労働機関
JETRO	Japan External Trade Organization	独立行政法人日本貿易振興機構
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人国際協力機構
MOH	Medical Officer of Health	公衆衛生医
MoH	Ministry of Health and Indigenous Medical Services	保健省
MoWCASS	Ministry of Women & Child Affairs and Social Security	社会福祉省
MSD	Medical Supply Division:	医療機材供給部局
NAITA	National Apprentice and Industrial Training Authority	国家実習生産業訓練機関
NCD	Non-communicable diseases	非感染性疾患
NCE	National Council for Elders	国家高齢者委員会
NGO	Non-Governmental Organization	非政府組織
NISD	National Institute of Social Development	国立社会開発研究所
NSE	National Secretariat for Elders	国家高齢者事務局
NSPD	National Secretariat for Persons with Disabilities	国家障害者事務局
NVQ	National Vocational Qualification	国家職業資格
OJT	On-the-Job Training	職場内訓練
OMF	Oral and maxillofacial surgeons	口腔顎顔面外科
PCU	Preliminary Care Unit	一次救急ユニット
PDHS	Provincial Department of Health Services	州保健サービス局
PGIM	Postgraduate Institute of Medicine	大学院附属医学研究所
PHDT	Plantation Human Development Trust	プランテーション人間開発トラスト
PHC	Primary Health Care	一次医療
PMCU	Primary Health Care Unit	プライマリーメディカルケアユニット
PHCW	Primary Health Care Worker	プライマリヘルスケアワーカー
PHI	Public Health Inspector	公衆衛生検査官
PHMW	Public Health Midwife	公衆衛生助産師
PHNO	Public Health Nursing Officers	公衆衛生看護師

略語	英語/シンハラ語	日本語
PHNS	Public Health Nursing Sister	公衆衛生看護師（上級）
PHDT	Plantation Human Development Trust	プランテーション人間開発トラスト
PHSRC	Private Health Service Regulatory Council	民間医療サービス規定審議会
PSPS	The Public Servants Pension Scheme	公務員年金システム
QOL	Quality of Life	生活・生命の質
RDHS	Regional Directorate of Health Services	県保健局
RMSD	Regional Medical Supply Division	地域医療供給部局
SDGs	Sustainable Development Goals	持続可能な開発目標
SLAGM	Sri Lanka Association of Geriatric Medicine	スリランカ老年医学会
SLBFE	Sri Lanka Bureau of Foreign Employment	スリランカ外国人雇用局
SLFI	Sri Lanka Foundation Institute	スリランカ財団研究所
SLPHC	Sri Lanka Population and Housing Census	スリランカ人口・住居国勢調査
SLQF	Sri Lanka Qualification Framework	スリランカ資格フレームワーク
SP	Social Prescribing	社会的処方
SSD	Social Development Division	社会開発部門
SSO	Social Service Officers	社会サービスオフィサー
TOT	Training of Trainers	指導者訓練
TVEC	Tertiary and Vocational Education Commission	第三職業教育委員会
UHC	Universal Health Coverage	ユニバーサルヘルスカバレッジ
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
VTA	Vocational Training Authority	職業訓練機関
WB	World Bank	世界銀行
WHO	World Health Organization	世界保健機関
YED	Directorate of Youth Elderly and Disabled	保健省の青少年・高齢者・障害者サービス課

## 本調査各章要旨

### ● 第1章：調査の概要

本調査はスリランカの高齢化セクターの現状と諸課題を確認するとともに、同セクターにおける日本や他の支援機関による取り組み状況を整理し、優先順位を定め、今後の JICA 支援策の提案を行うことを目的とした。主な調査対象省庁は女性・児童問題・社会保障省（Ministry of Women & Child Affairs and Social Security (MoWCASS)。以下「社会福祉省」という。）及び保健伝統医療サービス省（Ministry of Health and Indigenous Medical Services。以下「保健省」という。）<sup>1</sup>である。スリランカ・コロンボ県及び周辺地域を調査対象国・地域とし、2020年1月16日から2021年3月15日の期間に実施した。

### ● 第2章：高齢化セクターの分析フレームワーク

日本では高齢化の進展を受け、1995年には高齢社会対策基本法が制定された。2000年介護保険法施行以降、世界で最も早く2007年に高齢化率21%に到達するなど高齢化対策<sup>2</sup>の必要性が急激に高まり、政府、地方自治体、民間の多様な事業主体が高齢化セクターを支えている。

日本はイギリスやデンマークなど他国の例を参考にし、高齢化対策の中心概念に地域包括ケアシステムを置いている。本調査においても、高齢化が世界で最も早く進み、取り組みの参考となる日本の地域包括ケアを分析枠組みとする。

### ● 第3章：スリランカの高齢化の状況

スリランカの高齢者（60歳以上）の割合（高齢化率）は、12.4%であり、南アジア地域で最も早く高齢化が進み、更に高齢化は進むと予測されている。全国に九つある各州の高齢化率は7.85%～14.0%のように開きがあり、州別に高齢者を取り巻く環境が異なる。

スリランカの高齢者は就労、生活、高齢者コミッティーなど様々な形で社会に参加している。特に高齢者コミッティーへの参加は、地域との結びつきを強くしている。高齢になるほど健康状態が悪化するリスクがあり、要介護状態・認知症などによって日常生活に困難を抱え、支援を必要とする人が増加する。

### ● 第4章：スリランカの高齢化対策の現状と課題

高齢化に関する政策を踏まえ、社会福祉省管轄の国家高齢者事務局（National Secretariat for Elders : NSE）をはじめとする複数の機関、保健省の青少年・高齢者・障害者サービス（Youth, Elderly and Disabled: YED）課を中心とする関係機関が連携しながら高齢者や高齢者施設に対して必要なサービスを提供している。中央政府に加えて州政府も高齢者や高齢者施設に対して必要なサービスを提供しており、現場レベルでは補完関係にある。スリランカにおいて家族ケアが未だ主流であるが、様々な

<sup>1</sup> 2020年8月総選挙後にいずれも名称が変更されたため、省庁名は「現地調査実施当時」である。総選挙後、社会福祉省のNSE、DSSはプライマリヘルスケア・伝染病・新型コロナウイルス感染症予防担当国務省傘下となっている。

<sup>2</sup> 本報告書では、高齢化対策という表記を以下の通り定義している：高齢者と呼ばれる人々が総人口に占める割合が増加することで起きる物事に対する各種施策。なお、高齢者対策とは異なる。

要因から外部サービスの利用ニーズが高まっている。しかし、高齢者施設の不足、ケアギバーの不足などから高齢者やその家族のニーズを満たす状況とはなっていない。

#### ● 第5章：関連する開発パートナーの動向

スリランカの高齢化対策に関連してプロジェクトを実施しているコロンボ大学、アジア開発銀行、国際労働機関、国連人口基金、世界銀行、世界保健機関、ヘルプエイジ、そして日本のパートナーのプロジェクト概要と課題を紹介する。各プロジェクトはNSEと保健省に分かれて実施されていることが多く、連携は十分とは言えない。

#### ● 第6章：本邦企業・技術の整理・分析

日本の高齢化セクターの市場性の高さを踏まえ、スリランカの高齢化セクターに寄与可能な企業・技術が存在する。医療分野では、遠隔診療・モバイル診療、リハビリ・フォローアップ、高齢者の医療データの電子化、介護分野では、介護施設の運営、介護人材の育成・省人化などである。

#### ● 第7章：スリランカにおける高齢化対策の課題

スリランカの高齢化対策の課題をセクター横断、社会福祉省管轄、保健省管轄の3つに分類し、それぞれの課題とその概要を記載している。

#### ● 第8章：包括的分析と今後の事業提案

これまでのスリランカの高齢化セクターに関する調査を踏まえ、時間軸を明記したロードマップを作成する。その上で、包括的な分析を行い、支援案の優先順位を明確にする。そして、JICAを中心とする協力の方向性を明示する。

## 第1章 調査の概要

本章では、調査団が実施したスリランカ民主社会主義共和国・高齢化セクター情報収集・確認調査の全体像を示す。

### 1-1 調査の背景

スリランカ民主社会主義共和国（以下「スリランカ」という。）は、総人口約 2,170 万人、2010 年～2018 年の平均経済成長率 5.6%、一人当たり国民総所得 4,102 米ドルの高中所得国に移行するなど順調な経済成長を遂げている<sup>3</sup>。

他方、スリランカでは高齢化が進展している。保健伝統医療サービス省（Ministry of Health and Indigenous Medical Services。以下「保健省」という。）（2017）の健康報告書によると、高齢者（60 歳以上）の人口に占める割合は、2012 年は 12.4%だったが、現在では更に増加していると推測されている。人口に占める 0-14 歳比率の減少並びに 60 歳以上の人口比率や高齢者指標の増加傾向から、少子高齢社会になりつつあり、更に 2031 年には高齢化率が 21.9%、2050 年には 27.4%まで進展見込み<sup>4</sup>である。

表 1-1 人口に占める年齢別割合、高齢者指標、従属人口指数

年	0-14歳	15歳-59歳	60歳以上	高齢者指標	従属人口指数
	(A)	(B)	(C)	(C/A)*100	(A+C)/B*100
1911	40.9	54.8	4.3	10.5	82.5
1946	37.2	57.4	5.4	14.5	74.2
1971	39.0	54.7	6.3	16.2	82.8
1981	35.2	58.2	6.6	18.8	71.8
2001	26.3	64.5	9.2	35.0	55.0
2012	25.2	62.4	12.4	49.2	60.3
2018	25.2	62.4	12.4	49.2	60.3

出所：Ministry of Health and Indigenous Medical Services ANNUAL HEALTH BULLETIN 2018, p.4

※高齢者指標は、(C) 60 歳以上の人口を (A) 0-14 歳の人口で割り、100 をかけた指標で、この数値が多いほど、60 歳以上の高齢者が多い点を示す。従属人口指数は、(A) 0-14 歳の人口と (C) 60 歳以上の人口を (B) 15-59 歳の人口で割り、100 でかけた指数で、この数値が高いほど一般的に就労人口が多い点を示す。

このような背景から高齢者への福祉や医療に関する政策立案や支援事業の拡充が課題となっている。高齢者福祉に関しては、高齢者権利保護法に基づき、2000 年に社会福祉省傘下に高齢者対策事務局（National Secretariat for Elders：NSE）<sup>5</sup>が設置されたほか、高齢者に関する国家政策方針

<sup>3</sup> 各数値は世界銀行（World Bank：WB）の 2019 年 10 月 15 日時点でのデータによる。WB の 2020 年以降の各国分類では、2018 年の国民一人当たりの GNI（米ドル）が 1,025 ドル以下の国・地域が低所得国、1,026 ドルから 3,995 ドルの国が低中所得国、3,996 ドルから 12,375 ドルが高中所得国、12,376 ドル以上が高所得国となる。

<sup>4</sup> Professor KA Padmasiri Siddhisena（2014）<https://demography.cass.anu.edu.au/events/ageing-population-and-elderly-care-sri-lanka>.

2031 年には高齢化率が 21.9%、2050 年には 27.4%という記述がある。その他の進展予測は第 3 章に記載する。

<sup>5</sup> 2020 年の総選挙後は保健省の傘下となっている。

(2006年)に基づき、低所得層高齢者を対象として、生活保護給付金の支給、福祉用具の提供、高齢者施設への補助金、高齢者 ID の普及、高齢者コミッティー・デイケア設置の推進、介護士の育成など的高齢者対策<sup>6</sup>事業を展開している。

高齢者医療に関しては、スリランカは誰もが権利として保健医療サービスを楽しむことができるプライマリヘルスケア (Primary Health Care : PHC) を重視する国の一つであり、公的医療には無料でアクセスできる。

しかしながら、高齢者医療・福祉ともに、各種計画や事業実施に必要な予算、人材不足などにより、質・量ともに十分なサービスが行き届いておらず、政策制度面の見直しや人材育成などが喫緊の課題となっている。

## 1-2 調査の目的と成果

本調査は、スリランカの高齢化セクターの現状と諸課題を確認するとともに、同セクターにおける日本や他の支援機関による取り組み状況を整理し、優先順位を定め、今後の JICA 支援策を提案することを目的とした。主な調査対象省庁は女性・児童問題・社会保障省 (Ministry of Women & Child Affairs and Social Security: MoWCASS。以下「社会福祉省」という。)、ならびに保健省である。調査地域はコロンボ県を中心とし、キャンディ県、ヌワラエリヤ県でも調査を実施した。

調査結果に基づき、スリランカ政府が今後行うべき高齢化セクターにおける対策の全体像を短期 (3年以内に着手) と中期 (4年～6年に着手)、長期 (7年以降に着手) に分類し、ロードマップとしてまとめた。また、ロードマップ上における各取り組みについて、①事業 (協力) 目的及び必要性、②事業 (協力) 概要を記載した。

その上で、JICA による高齢化セクターに関する協力の方向性及び具体的な協力内容を検討し、優先順位を付けて提案した。その際、各取り組みについては上記①、②に加えて③実施体制、④協力概算額及びスケジュール案を記載した。その案をスリランカ政府や JICA と重要度や緊急度に基づき協議、合意した。

## 1-3 調査の概要

表 1-2 調査概要

国内/現地	作業	時期	項目
国内	事前作業	2020年1月	調査準備・既存情報の取りまとめ
現地1	現地調査1	1月～2月	社会福祉省、保健省関係者との調査内容のすり合わせと合意 国家レベルでの情報収集 ドナーの活動状況の聞き取り 調査結果報告 など

<sup>6</sup> 本報告書では、高齢者対策という表記を以下の通り定義している：高齢者と呼ばれる人々（例えば、日本では65歳以上、スリランカでは60歳以上）に対する各種施策。なお、高齢化対策とは異なる。

国内/現地	作業	時期	項目
国内	帰国後整理	2月	上記結果ならびに国内での分析の取りまとめ 概要作成と共有、内容の協議 現地調査2の準備
現地2	現地調査2	3月	国レベルの補足情報収集 フィールド調査(キャンディ県、ヌワラエリヤ県、 ※主に医療分野)
国内	帰国後整理	4月～5月	現地調査2の取りまとめ
国内	国内調査	6月～9月	遠隔を含めた調査の継続
国内	国内調査	10月	ドラフト・ファイナル・レポートの作成
国内	国内調査	11月～ 2021年1月	追加調査
国内	国内作業	11月～12月	ファイナル・レポート案の作成
国内	国内調査	～2020年12月 2021年5月	現地側との協議 ファイナル・レポートの作成

出所：JICA 調査団作成

#### 1-4 団員構成

表 1-3 調査団員構成

氏名	担当	所属	現地調査期間
高木 晃	業務主任者/ 高齢者政策・ 制度比較分析	デロイト トーマツ ファイナン シャルアドバイザー合同会社	2020/1/26-2/8 2020/3/1-3/8
谷垣 佳奈子	副業務主任者/ 高齢者医療	株式会社フジタプランニング	2020/2/2-2/8 2020/3/1-3/19
藤本 美智子	高齢者医療2	株式会社フジタプランニング	
足立 伸也	高齢者福祉	デロイト トーマツ ファイナン シャルアドバイザー合同会社	2020/3/1-3/8
小谷 匠平	高齢者福祉	デロイト トーマツ ファイナン シャルアドバイザー合同会社	
ナーランゴダ・ク シャーニ	本邦企業連携/ 招聘企画	デロイト トーマツ ベンチャーサ ポート株式会社	2020/3/3-3/6
調査協力			
ラクシュミ・ソマ トンガ	Additional Secretary (Public Health Services)	Ministry of Health	2020/1/12-2021/5/22
ディーパー・サラ ナジーワ	Director (Acting)	Directorate of Youth, Elderly & Disabled	2020/1/12-2021/5/22
シロミ・マードワ ゲー	Consultant Community Physician	Directorate of Youth, Elderly & Disabled	2020/1/12-2021/5/22
エム・ケー・アー ル・ユー・クリ シャンタ	Deputy Director	National Secretariat for Elders	2020/1/12-2021/5/22

出所：JICA 調査団作成

## 1-5 調査の実施方法

本調査は調査団による調査の実施・分析及び他事例の紹介や調査結果に基づいたスリランカ側とのディスカッションも重視して進めた。本業務は2回の現地調査及び国内調査により実施した<sup>7</sup>。

第一次現地調査ではキックオフとしてコロombo県の主要関係者（社会福祉省、保健省）に対する調査全体の概要を説明し、高齢化セクターに関する主な政府機関の政策・施策、役割・体制や実施状況、その他ステークホルダーなどの全体像を確認した。

第二次調査では、第一次調査で得た情報を踏まえ、コロombo県（医療はキャンディ県、ヌワラエリヤ県）にて高齢化セクターの調査を進めた。調査後半のワークショップは新型コロナウイルス拡大の影響により開催できなかった。同理由により、スリランカ側の関係機関職員の本邦招へいが実施できず、代替案として3日間のオンライン研修プログラムを実施した。2020年4月以降の現地調査も実施出来ず、遠隔調査を含めた国内調査にて本報告書を作成した。



出所：スリランカの白地図 <https://www.freemap.jp/item/asia/srilanks.html> を基に JICA 調査団作成

図 1-1 現地調査地域

<sup>7</sup> 本調査は2020年3月以降のスリランカ、日本における新型コロナウイルス感染拡大の影響を受け、当初の想定とは異なる調査行程となった。



## 第2章 高齢化セクターの分析フレームワーク

本章では、日本の高齢化セクターを踏まえた上で、欧州、日本の高齢者ケアに関する概念を参考にした調査フレームワークを整理する。

### 2-1 日本の高齢化セクター概況

本報告書では高齢化セクターを高齢化に関わる分野と定義する<sup>8</sup>。日本の高齢化セクターに関して、国は厚生労働省<sup>9</sup>を中心に前身の厚生省の時代から高齢者に対する各種政策を施行してきた。

表 2-1 介護保険制度の創設前の老人福祉・老人医療政策の経緯

年代	高齢化率	位置づけ	主な政策
1960年代	5.7% (1960年)	老人福祉政策の始まり	1963年 老人福祉法制定 特別養護高齢者施設創設 訪問介護法制化
1970年代	7.1% (1970年)	老人医療費の増大	1973年 老人医療費無料化
1980年代	9.1% (1980年)	社会的入院や寝たきり老人の社会的問題化	1982年 老人保健法の制定 1989年 消費税の創設 ゴールドプラン策定
1990年代	12.0% (1990年)	ゴールドプランの推進 介護保険制度の導入準備	1997年 消費税の引上げ (3→5%) 介護保険法成立
2000年代	17.3% (2000年)	介護保険制度の実施	2000年 介護保険法施行

出所：厚生労働省老健局（2018）「公的介護保険制度の現状と今後の役割」を基に JICA 調査団作成

高齢化の進展を受け、1995年には高齢社会対策基本法<sup>10</sup>が制定され、以降、内閣府を中心に、内閣総理大臣を会長とする特別の機関として、高齢社会対策会議が開催されている<sup>11</sup>。2018年2月16日には、第29回高齢社会対策会議が開催され、新たな「高齢社会対策大綱」が決定された<sup>12</sup>。同大綱には「65歳以上を一律に高齢者とみる一般的な傾向はもはや現実的なものではなくなりつつあり、70

<sup>8</sup> 高齢化セクターの明確な定義は存在しないが、貴機構の民間セクターの説明を参考にした。

[https://www.jica.go.jp/activities/issues/private\\_sec/index.html](https://www.jica.go.jp/activities/issues/private_sec/index.html)

<sup>9</sup> 2001年に労働省と統合し、厚生労働省となった。

<sup>10</sup> 同基本法では、政府が高齢社会対策の大綱を定め、年次報告を毎年、国会に提出することが定められている。また、高齢社会対策会議では、高齢社会対策の大綱の案の作成、対策について必要な関係行政機関相互の調整、対策に関する重要事項の審議及び対策の実施の推進を行うこととしている。

<sup>11</sup> 2018年2月16日の第29回会議には10名以上の各省庁の大臣が出席している。

<sup>12</sup> 内閣府 [https://www8.cao.go.jp/kourei/measure/a\\_3.html](https://www8.cao.go.jp/kourei/measure/a_3.html)

歳やそれ以降でも、意欲・能力に応じた力を発揮できる時代が到来する。高齢化に伴う社会的課題に対応し、全ての世代が満ち足りた人生を送ることのできる環境をつくる」という目的を踏まえ、基本的な考え方や主な参照指標が明記されている。高齢者に焦点を当てると介護、福祉、医療、虐待、雇用、福祉用具、住まい、移動、年金など各分野で法制度が存在する。高齢者に関する方針や制度、政策を踏まえながら現場での実施主体として各種事業者が存在する。

表 2-2 日本の高齢者に関わる法制度

分野	施行年	法制度	概要
福祉	1950年	生活保護法	日本国憲法第25条の生存権を保障するために各種支援を行うための法律
	1963年	老人福祉法	老人の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な措置を講じる法律
	2000年	社会福祉法	社会福祉事業の種別や主体を明記し、同事業を推進するための法律
介護	1997年	介護保険法	要介護者などに介護保険の給付を行うための法律
医療	2008年	高齢者の医療の確保に関する法律	高齢者が適切に医療にアクセスできるための各種支援を行うための法律
虐待	2006年	高齢者虐待防止法	65歳以上への家族、施設からの虐待を防止するための法律
雇用	1986年	高年齢者などの雇用の安定などに関する法律	事業者に対する55歳以上の雇用の安定化を促進するための法律
福祉用具	1993年	福祉用具の研究開発及び普及の促進に関わる法律	心身障害者の自立の促進、介護を行う者の負担軽減のための法律
住まい	2001年	高齢者の居住の安定確保に関する法律（高齢者住まい法）	高齢者が安心して生活できる居住空間を提供するための法律
移動	2006年	高齢者、障害者などの移動などの円滑化の促進に関する法律（バリアフリー新法）	高齢者、障害者などの移動上及び施設の利用上の利便性及び安全性の向上の促進を図るための法律
年金	1954年	厚生年金保険法	日本の労働者が加入する年金保険制度に関する法律
	1959年	国民年金法	日本の全国民の年金保険制度に関する法律

出所：独立行政法人福祉医療機構（<https://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/kourei/handbook/system/>）、厚生労働省法令などデータベースサービス（<https://www.mhlw.go.jp/hourai/>）を基に JICA 調査団作成

表 2-3 高齢化セクターに関わる事業実施主体

主体名	概要
地方自治体	各事業者と連携し、地域での各種事業を支援・実施する
社会福祉法人	社会福祉事業を中心に主に地域で事業を実施する

主体名	概要
医療法人（社団・財団）	病院、診療所、介護老人保健施設などの事業を実施する
企業	上記福祉、医療ほか関連ビジネスを実施する
NPO・コミュニティ	地域で高齢者に関わる各種活動を実施する

出所：JICA 調査団作成

内閣府の『令和元年版高齢社会白書「高齢化の状況」』（2019）によると、2018年10月1日時点のデータを基にした日本の高齢化率（総人口における65歳以上人口の割合）は28.1%であり、今後も高齢化率は増加する見込みである<sup>13</sup>。高齢化が進む背景には、日本の64歳以下の人口減少と65歳以上の人口増加がある。前者は合計特殊出生率の向上や外国人受入など国家戦略に基づく制度設計や現場での支援体制が求められる。後者は日本の医療・介護の仕組みが整った恩恵でもあるが、国家や地方自治体の財政という観点からは社会保障費をはじめとする負担増への対応が迫られている。

表 2-4 欧米主要国（G8）とアジア先進国の65歳以上人口割合別到達年次とその倍加年数

国	65歳以上人口割合（到達年次）					倍加年数 7%→14%
	7%	14%	21%	25%	30%	
シンガポール	2004	2021	2029	2034	2042	17
韓国	2000	2018	2026	2031	2037	18
中国	2002	2025	2036	2046	2075	23
日本	1970	1994	2007	2013	2025	24
ドイツ	1932	1972	2014	2028	2050	40
イギリス	1929	1975	2029	2049	-	46
ロシア	1967	2017	2043	2093	-	50
イタリア	1927	1988	2013	2025	2034	61
カナダ	1945	2010	2026	2050	-	65
アメリカ	1942	2014	2034	2067	-	72
フランス	1864	1990	2021	2033	2076	126

出所：国立社会保障・人口問題研究所 人口統計資料集（2020）を基に JICA 調査団作成

表 2-4 に各国の65歳以上人口割合別の到達年次と高齢化率が7%から14%に倍になった年数（倍加年数）を記載した。日本が高齢化で世界中から注目を集めている理由は、高齢化が急激に進み、世界で最も早く2007年に高齢化率21%に到達したためである<sup>14</sup>。各国が高齢化対策を進める中、日本の取り組みはその後に続く国々にベンチマークされている。

他方、高齢者の就業率や健康寿命は延びている。内閣府（2019）令和元年版高齢社会白書「高齢期の暮らしの動向」によると、2018年の日本の総人口における65～69歳、70～74歳の就業率は10年前の2008年の就業率と比較してそれぞれ10.4ポイント、8.4ポイント増えている。また、健康寿命<sup>15</sup>は、2016年時点で男性が72.14年、女性が74.79年であり、それぞれ2010年と比較して男性が1.72

<sup>13</sup> 平成30（2018）年10月1日時点の我が国の総人口は、1億2,644万人。65歳以上人口は、3,558万人。「65歳～74歳人口」は1,760万人、「75歳以上人口」は1,798万人。令和47（2065）年には、約2.6人に1人が65歳以上、約3.9人に1人が75歳以上という推計である。

<sup>14</sup> 主要国において、ドイツ、イギリス、イタリア、フランスにおいて65歳以上人口割合が日本よりも早く14%に達していたが、各国の施策によって21%への到達は日本よりも時間を要している。日本の倍加年数（倍に到達するまでの年数）の速さも相対的に高い。相対的に記述しているのは、倍加年数だけであればシンガポール、韓国、中国の国々に比べると遅いためである。

<sup>15</sup> 健康長寿ネットによると、定義は「日常生活に制限ない期間の平均」であり、日常生活動作が自立し、健康で過ごせる期間のことを指す。<https://www.tyojyu.or.jp/net/kenkou-tyoju/tyojyu-shakai/sekai-kenkojumyo.html>

年、女性が1.17年増えている。さらに、2010年と比較した2016年の健康寿命は、平均寿命の増加年数である男性が1.43年、女性が0.84年を上回り、日本では高齢就業者、健康な高齢者が増加している点を示している。

## 2-2 他国の高齢者ケアの概念

Leinchsering (2004) は、欧州各国の包括ケアの概念を表 2-5 の通り整理した。各国で深度の差異はあるが、高齢者ケアにおいて、日本で現在主流となっている包括ケアを構成する主要概念が重視され、かつ政策や現場で実施されている。以降で、コミュニティケアの先駆けと言われているイギリスの事例、包括ケアの各要素の導入が進んでいるデンマークの事例、ならびに日本の事例を記述する。

表 2-5 包括ケアの主要概念と各国比較

包括ケアの主要概念	オーストリア	ドイツ	デンマーク	ギリシャ	フランス	フィンランド	イタリア	オランダ	イギリス
公衆衛生	**	**	**			*	***		**
マネジドケア	**	**	*		*	*	**	*	***
水平的統合	**	**		**	*	*	*	*	*
垂直的統合						**	**		**
切れ目のないケア/一貫したケア	*					***		**	*
老年学的協働/ネットワーク	*	*			***		*		
全体システムアプローチ									*
人間中心アプローチ			***			**		***	**

\*\*\*は、主要な政策によって、順守・実施されている最も重要な概念。

\*\*は、部分的に実施されている重要な概念。

\*は、議論中、あるいはモデル事業などによって実験中の概念。

出所：Leinchsering K.(2004). Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. P.6.

表 2-6 包括ケアの各要素の導入状況と各国比較

包括ケアの各要素	オーストリア	ドイツ	デンマーク	ギリシャ	フランス	フィンランド	イタリア	オランダ	イギリス
ケースマネジメント・ケアマネジメント	*	*	***			**	*	**	***
中間ケア	*	*	**			**	*	**	**
学際的チームによるニーズアセスメント			**		**	**	**	**	***
利用者中心サービス（個人財源/介護保険）	***	***	*		**			***	*
共同作業	*	*	***		*	**	*	**	**
予防的取り組み		*	***	**				**	**
統合住居（ケア付き住居など）	*	*	***	*	*	**	*	**	*
家族ケアの統合（レスパイトケア、雇用含む）	*	**		*	**	**	*		*
独立カウンセリング	*	**			*			**	*
協働ケアカンファレンス		*	**		*				**

ケアの質のマネジメント/保証	*	**	*		**	**	**	*	**
----------------	---	----	---	--	----	----	----	---	----

\*\*\*は、国レベルの基準として、広く認知・適用されている要素。

\*\*は、地域・地区レベルにおいて、部分的に実施されている要素。

\*は、モデル事業などによって実験的に導入されている要素。

出所：Leinchsering K.(2004). Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. P.12

## 2-2-1 イギリスの事例

小林・市川（2015）によると、1960年代後半からのイギリスにおけるコミュニティケアの取り組みが、無料で普遍的だが、非効率で質の悪い医療サービスしか提供できない医療制度に代わり、コミュニティ（地域）が主体となってケアを提供しようとする取り組みの端緒であった。内閣府の「令和元年版高齢社会白書」によると、国際長寿センター「平成30年度多様な主体による高齢者支援のための連携実態と地域住民の参画を促すための公的支援に関する国際比較調査研究報告書」などから、イギリスをはじめ欧州の人々は、かかりつけ医（General Practitioner：GP）に登録し、GPから検査紹介、専門医紹介、薬の処方を得る、という基本的な流れがある。イギリスの「社会的処方（Social Prescribing：SP）」はその概念を拡張し、GPが高齢者に地域ボランティア活動や運動サークルなどを紹介し、地域参加を進める仕組みである。2006年のイギリス保健省の報告「私たちの健康、私たちのケア」<sup>16</sup>で推奨され、イギリス全土に広がっている。熊川ら（2016）はイギリスの「社会的処方」について「既に慢性疾患を持つ人々の健康が悪化することを予防し、費用がかさむ専門家の治療を減少させるサービスをコミュニティ内にある非医療的な支援を提供する協力者に委託することを意味している」と紹介している。その上で、「社会的処方」が、高齢者の財政上の問題解決にも資する点を述べている。また、「The House of Care（高齢者一人ひとりに焦点を当てたケア）」も進んでおり、多様な機関や個人が高齢者の思いを汲み、地域で生活するための各種支援を提供している。



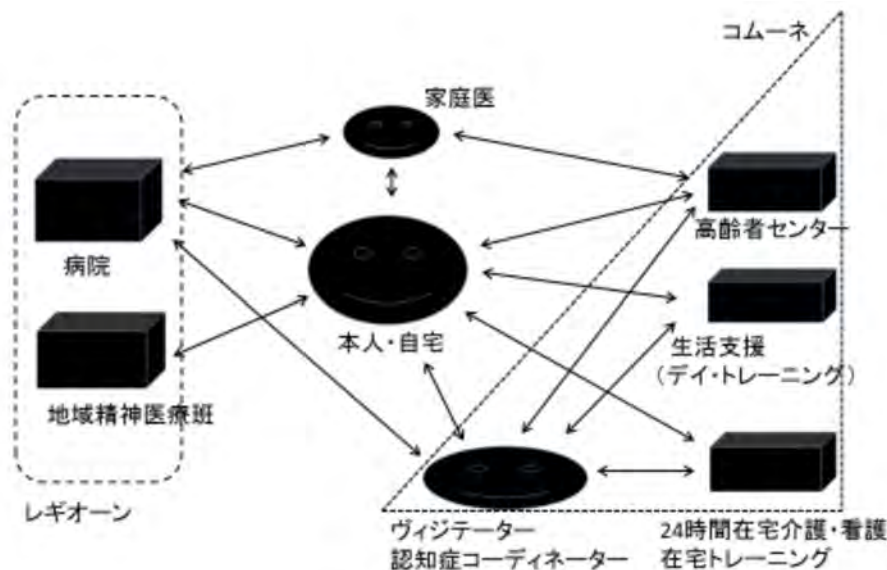
出所：NHS England（2016）Personalised care and support planning handbook: The journey to person centred care p.9

図 2-1 The House of Care（高齢者一人ひとりに焦点を当てたケア）

<sup>16</sup> 社会的処方の詳細は the Secretary of State for Health by Command of Her Majesty（2006）'Our health, our care, our say'.a new direction for community services'第5章 Support for people with longer term needs に記述がある。

## 2-2-2 デンマークの事例

デンマークは包括ケアの概念に基づき、各コンポーネントに関連する取り組みが政策や現場で実践されており、高齢化対策の成果を上げている<sup>17</sup>。銭本（2018）はデンマークの行政単位を都道府県に相当するレギオンと市町村に相当するコムーネに整理した上で、デンマークのケアシステムの概念図を作成した。デンマークのケアシステムの核は自宅がケアの中心である点である。猪狩（2013）、梶井（2014）はいずれもデンマークの高齢者福祉に詳しい松岡を引用しながら、デンマークにおける高齢者政策に対する住居の重要性を論じている。松岡（2008）はデンマークの近年の政策に根付く「地域居住（Aging in place）」の概念を紹介した。「地域居住」は、施設の批判・反省から生まれ、施設に代わるケア体系として1990年代以来注目されている。



出所：銭本（2019）地域における高齢者主体の活動 についての考察～デンマークの高齢者の活動をととして～

図 2-2 デンマークの高齢者システム

猪狩（2013）は、デンマークでは、高齢者自身が政策や考え方に対して影響を与え、ボトムアップ型で進んできた点を述べている。具体的には、施設による福祉コストの増大と福祉サービスの品質低下という社会的課題解決に向けて、1979年、国会の下に高齢者政策委員会が設立され、福祉改革の議論が行われた。同時にデンマーク全土の市町村に100のワーキンググループが立ち上がり、高齢者自身が自分たちの老後のあり方について議論する場が設けられた。そこで抽出された高齢者の本質的な欲求が高齢者福祉の三原則のベースとなっている。関（2008）によると、デンマークでは、中央政府、地方政府のいずれも高齢者福祉の三原則である「自己決定」、「生活の継続性」、「自己能力の活用」を現場で実践している。

## 2-2-3 日本の事例

2000年の介護保険法成立以降の日本の高齢者政策の中心的概念は、地域包括ケアであり、この概念を実現する仕組みが地域包括ケアシステムである。イギリスやデンマークなど、他国の事例も参考

<sup>17</sup> 人口統計資料集（2020）によれば、デンマークは高齢化率（65歳以上人口割合）が1925年に7%、1978年に14%を越えている（倍加年数は53年）。しかし、各種政策が功を奏し、21%到達、25%到達は、それぞれ2024年、2059年と予測されている。30%到達は予測されていない。



にしてシステムの骨格を作り上げている。厚生労働省は地域包括ケアシステムを「高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるような包括的な支援・サービス提供体制」と定義している。日本政府は市町村が2025年までに地域の自主性や主体性、特性に応じた地域包括ケアシステムの構築できるよう、3年ごとの介護保険事業計画の策定・実施を通じて後押ししている<sup>18</sup>。



出所：厚生労働省

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/index.html)

図 2-3 地域包括ケアシステムの概念図

市町村の地域包括ケアシステムの構築において、地域包括支援センター<sup>19</sup>が重要な役割を持つ。厚生労働省によると、同センターの主な業務は、①介護予防ケアマネジメント業務、②総合相談支援業務、③権利擁護業務、④包括的・継続的なケアのマネジメント支援業務といった介護予防支援及び包括的支援事業であり、制度横断的な連携ネットワークを構築して実施している。全国地域包括・在宅介護支援センター協議会によると、日常生活圏域（概ね人口2～3万人に1か所が目安）への設置が推進されており、2018年4月現在、すべての市町村に1か所以上、全国に5,079か所設置され、その数は毎年微増している<sup>20</sup>。

星(2015)は地域包括ケアを推進する理由として、①介護保険財政の逼迫、②介護ニーズの多様化、

<sup>18</sup> 厚生労働省は Web などでは先進自治体の地域包括ケアシステムモデルや地域包括ケア構築の参考となる情報を発信し、普及啓発に努めている。

<sup>19</sup> 地域包括支援センターは介護保険法第115条の46第1項を設立根拠とする。厚生労働省によると、「市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員などを配置して、3職種のチームアプローチにより、住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設である」。

[https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link2.pdf](https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link2.pdf)

<sup>20</sup> 類似のセンターとして、在宅介護支援センターがある。平成17年には全国に最大8,668か所が設置されたものの、介護保険制度導入後、地域包括支援センターの創設により、その多くは地域包括支援センターへ移行した。<http://www.zaikaikyog.jp/about/index.html>

③自治体の財政難の3点をあげ、介護予防が適切に行われれば、高齢者が増えたとしても財政が安定する点を論じた。横内・下松（2019）は、地域包括ケアシステム、同概念を拡張した地域共生社会において、地域住民（自治会、ボランティア）や行政、社会福祉法人、NPO などに加えて民間事業者の積極的関与の必要性を論じている。地域包括ケアシステムの事例等については別途、添付資料に取りまとめた。

### 2-3 調査フレームワーク

スリランカにおける高齢者ケアのあるべき姿の一つとして、地域主体の包括的ケアを想定する。その理由は大きく3つある。1点目は、高齢者施設が不足しており、自宅を拠点に生活する高齢者が多いためである。2点目は、日本のように介護保険制度や介護の度合いを測る仕組みがなく、接点が多様なためである。3点目は、例えば、第3章で記述するように州により高齢化率にバラつきがあるなど、地域の実態が異なるためである。高齢化セクターに係る政策・制度は、各要素を俯瞰して捉えるとともに、社会保障政策や労働政策なども考慮しながら、全体最適を目指す必要がある。日本における地域包括ケアを参考に、以下の点を調査の重要ポイントとし、調査フレームワークを作成した。

- 高齢化セクターに関する要素の現状：医療、介護、予防、生活支援、住まい、社会参加など
- セクター横断的な高齢化対策の取り組み：政策、計画、連携、協調など
- 高齢化社会に向けたサービス提供機関の実践状況や仕組みの転換の状況
- 健康寿命の延伸を目指した健康増進を促す社会の仕組み：健康教育、健康診断、栄養教育など
- 高齢者の社会参加を促進する仕組み作り
- 高齢化対策の実現に向けての予算計画、分配方法、省庁間の役割
- 高齢者や家族の視点を考慮した高齢化セクターへのニーズの把握



出所：JICA 調査団作成

図 2-4 調査フレームワーク



## 第3章 スリランカの高齢化の状況

本章では、スリランカにおける高齢化の状況をテーマ別に整理し、状況を分析する。

### 3-1 高齢化の概況

2012年の「スリランカ人口・住居国勢調査」には、総人口 20,359,439 人に占めるスリランカの高齢者（60歳以上<sup>21</sup>）の割合（高齢化率）が 12.4%である点を示している。また、表 3-1 に示す 2022 年時点の高齢化率・伸び率（共に見込み）より、スリランカは南アジア地域の他国と比較しても高齢化が進む見込みであることがわかる。更に、2041 年には高齢化率が 2 倍の 24.8%（2012 年比）にまで増加する予測もあり（De Silva（2007）による）。数年先には世界の開発途上国の中で最大の高齢国となると主張する研究者もいる<sup>22</sup>。

表 3-1 南アジア各国の 60 歳以上の人口割合（高齢化率）の比較（2012 年、2022 年）

	高齢化率（2012）	高齢化率（2022） <見込み>	伸び率 <見込み>
スリランカ	12.4%	16.3%	31.5%
インド	8.5%	10.7%	12.6%
ブータン	8.4%	9.8%	11.7%
バングラデシュ	7.3%	9.5%	13.0%
ネパール	6.8%	8.1%	11.9%
パキスタン	6.3%	7.6%	12.1%
アフガニスタン	4.1%	4.5%	11.0%

出所：E. L. Sunethra J. Perera ら Ageing Population in Sri Lanka: Emerging Issues, Needs, and Policy Implications (2017) p.17、伸び率は JICA 調査団が計算

スネトラ・ジェー・ペレラ（E. L. Sunethra J. Perera）ら（2017）は、スリランカ各州の全国に占める 60 歳以上の人口割合も示している。高齢化率はスリランカ全国では 12.4%であるが、各州は 7.85%～14.0%と開きがあり、州毎に高齢者を取り巻く環境が異なることが予測できる<sup>23</sup>。この地域差の原因として、過去 30 年間に及ぶ内戦により、政府軍と対立するタミル・イーラムのトラが支配する北部及び東部の州から西部の州へ労働人口の移動が起こったこと、移動先での高齢化したことが指摘されている。

<sup>21</sup> 主要国をはじめ、65 歳以上を高齢者と定義している国が多いが、堀井ら（2018）も整理するようにアジアの一部の国では 60 歳以上を高齢者と定義している。なお、アジア開発銀行（Asian Development Bank：ADB）

（2019）はスリランカで 60 歳以上を高齢者とする理由として、公的機関の定年年齢が 60 歳、年金受給年齢が女性 50 歳、男性が 55 歳である点を述べている。

<sup>22</sup> Dr. N.N.J. Nawaratne 2018 年 10 月 30 日 Daily Millor Online への寄稿より。

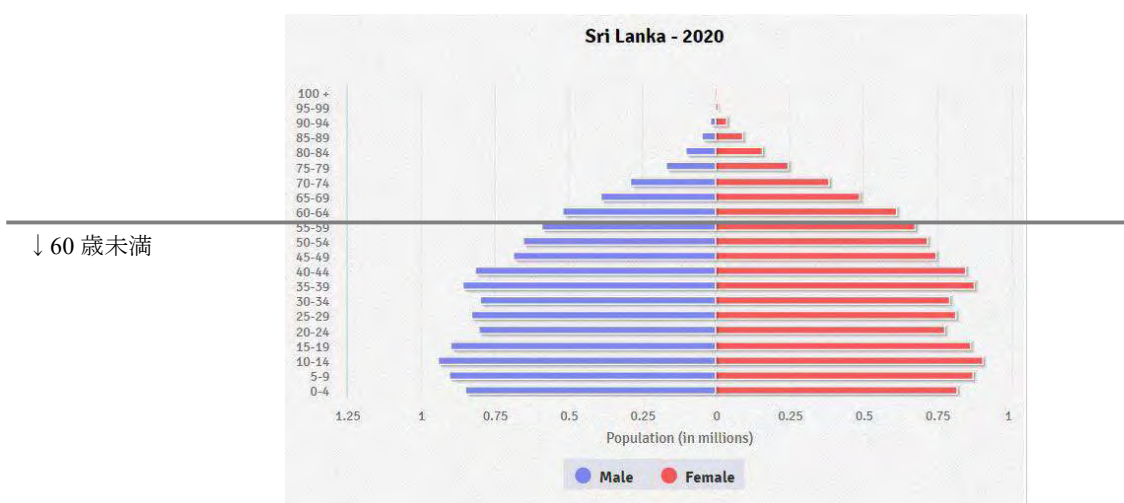
<sup>23</sup> ちなみに日本でも地域格差は存在する。2017 年現在の高齢化率は、最も高い秋田県で 35.6%、最も低い沖縄県で 21.0%となっている。https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/zenbun/s1\_1\_4.html

表 3-2 スリランカ全国及び各州の 60 歳以上の割合（2012 年）

州	人口 (人)	60 歳以上人 口 (人)	全国に占める 60 歳以上人 口割合 (%)	高齢化率 (%)
スリランカ (合計)	20,359,439	2,520,673	100	12.4
西部州	5,851,130	785,251	31.2	13.4
中部州	2,571,557	329,126	13.1	12.8
南部州	2,477,285	347,004	13.8	14.0
北部州	1,061,315	125,500	5.0	11.8
東部州	1,555,510	122,065	4.8	7.85
北西部州	2,380,861	290,153	11.5	12.2
北中部州	1,266,663	118,757	4.7	9.38
ウバ州	1,266,463	137,095	5.4	10.8
サバラガムワ州	1,928,655	265,622	10.5	13.8

出所：E. L. Sunethra J. Perera ら（2017）pp.26-27 を参考。高齢化率は JICA 調査団作成

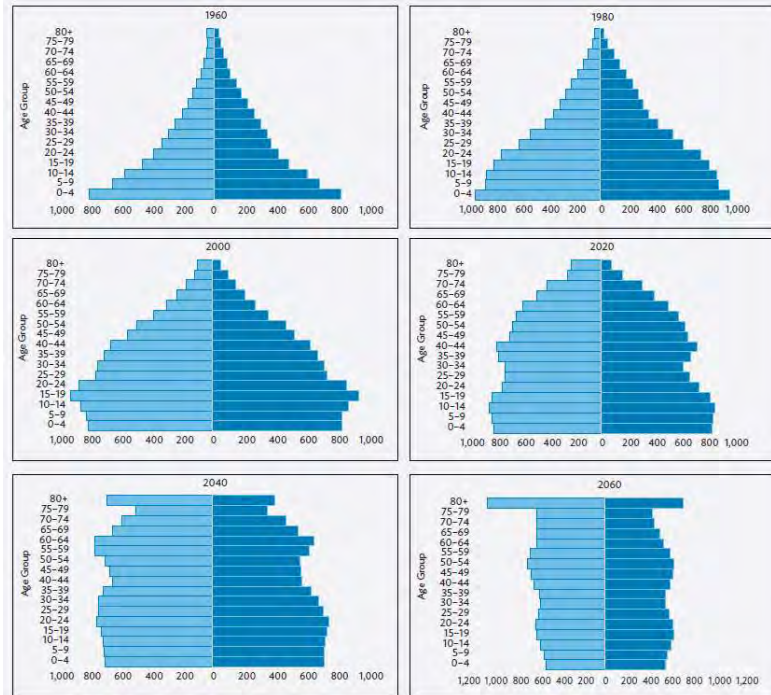
### 3-2 高齢者の人口動態



出所：CIA The World Factbook 'Sri Lanka' <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ce.html>

図 3-1 スリランカの人口ピラミッド（2020 年）

スリランカの人口ピラミッドによると、2020 年時点では、60 歳以下の人々の割合が多数を占め、高齢化が極端に進んでいるとはいえない。しかし、スリランカ政府統計局が実施した 2011 - 2013 の平均寿命は男性 72.0 歳、女性 78.6 歳であり、現在 60 歳以下の人々の多くが 70 代まで生きることを見込まれる。更に、ADB の資料によると高齢化が予測されており、実際に 2020 年時点のスリランカの人口ピラミッドはそれに近い形となってきた。今後も ADB 資料の通り高齢化が進む可能性が十分に考えられる。



出所：ADB (2019) p.3

図 3-2 スリランカの人口ピラミッドの変化 (1960年～2060年)

田村 (2015) が指摘するようにスリランカでは新生児・乳児死亡率などが低く、平均寿命が長く、産児制限の普及や高学歴化の影響で少子化が進んでいる。ラクシュマン・ディサナヤケ教授 (Lakshman Dissanayake) (2012) による合計特殊出生率の推移 (予測) においても、将来的には少子化の傾向となることが示されていた。

表 3-3 スリランカの合計特殊出生率推移 (予測)

期間	低位推計	中位推計	高位推計
2012-2017	2.14	2.37	2.56
2017-2022	2.03	2.26	2.45
2022-2027	1.88	2.10	2.35
2027-2032	1.73	1.91	2.25
2032-2037	1.56	1.73	2.14

出所：ラクシュマン・ディサナヤケ教授 (2012) p.12

### 3-3 高齢者の社会的特性

高齢者が社会との接点を持つ機会は多様である。斎藤ら (2015) は、就労、外出、団体・会への参加、友人・知人との交流、趣味と整理している。それぞれの場面で社会に参画をしている。また、平成 25 年第 47 回社会保障審議会介護保険部会資料によると、スポーツ関係、ボランティア、趣味のグループへの参加の割合の高い地域ほど、転倒や認知症、鬱のリスクが低い傾向にある、と示されている。

以降の節では、社会的特性の各テーマ（経済、就労、生活環境、社会参加）におけるスリランカの高齢者が置かれている状況を俯瞰する。

### 3-3-1 貧困高齢者

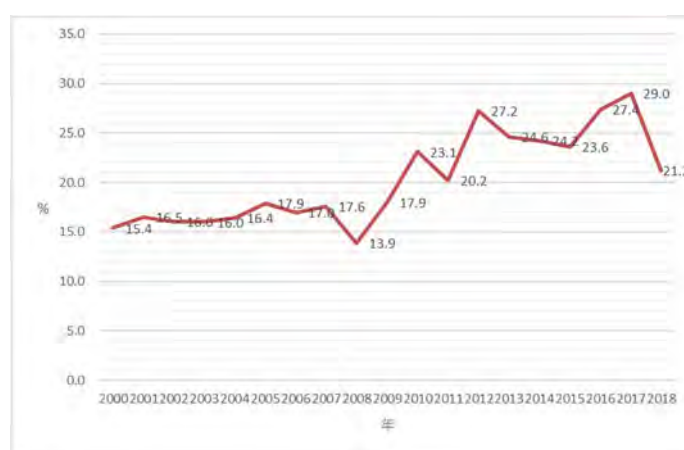
2009-2010年のスリランカ貧困調査では、一人当たり月3,028ルピーの支出を基準に国内の貧困を調査している。その調査を年代別に分析したものが下表である。貧困層割合が高いのは若年・中年層であり、下表からは、60歳以上の高齢者に特に貧困が多い事実は読み取れないが、同調査より10年経過した現在は、調査時に若年・中年層であった人口が高齢者・高齢者予備軍となっていることから、貧困層に位置する高齢者・高齢者予備群は下表より増加している可能性がある。

表 3-4 スリランカの年代別貧困（2009年時点）

	人口 (人)	割合 (%)	非貧困層 人口(人)	非貧困層 割合 (%)	貧困層 人口(人)	貧困層 割合 (%)
24歳以下	8,417,370	41.4	7,509,643	40.5	907,727	50.2
25～44	5,743,869	28.2	5,273,577	28.5	470,292	26.0
45～59	3,679,603	18.1	3,439,531	18.6	240,072	13.3
60歳以上	2,492,164	12.3	2,303,941	12.4	188,223	10.4
不明	4,755	0.0	4,608	0.0	147	0.0
全体	20,337,761	100.0	18,531,300	100.0	1,806,461	100.0

出所：Department of Census and Statistics Ministry of Finance and Planning Sri Lanka  
Poverty Review A study on Household Income and Expenditure Survey - 2009/10 p.6

次に、下図にてスリランカに対するGDPにおける国内総貯蓄（%）を示す。2000年以降スリランカ国民全体の貯蓄率は3割に満たず、スリランカの高齢者・高齢者予備軍の中には貯蓄がない層が一定程度いることが想定される。



出所：Asian Development Bank (2019) Key Indicators for Asia and the Pacific 2019 を基に JICA 調査団作成

図 3-3 国内総貯蓄<sup>24</sup>（Gross Domestic Saving:GDS/GDP比）推移

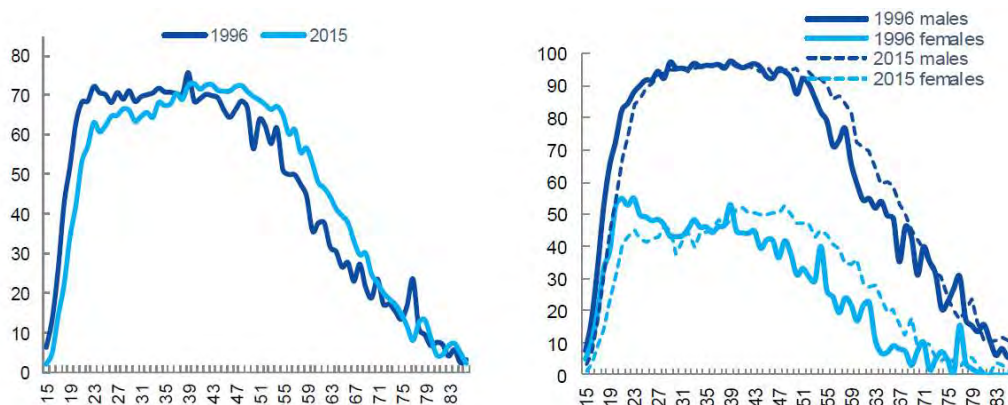
特に、貧困層に属する高齢者においては、一定の生活水準を保つために年金や就労による定期収入が重要であると考えられる。一方で、実際には、年金を受け取ることができない高齢者や年金が少額

<sup>24</sup> 国民全体の貯蓄額の対GDP%。

な高齢者も多数存在する。これに対し、社会福祉省で貧困層や脆弱層に対する公的支援を管轄するサムルディ<sup>25</sup>部門（Department of Samurdhi Development : DSD）や、高齢者問題を管轄するNSEなどが低所得高齢者を対象に経済的支援も行っている。国際非政府組織（Non Governmental Organization、以下「NGO」という。）のベレンディナ<sup>26</sup> やいくつかの高齢者施設においても高齢者の生計向上支援が行われている。

### 3-3-2 就労

世界銀行（2019）によれば、高齢者就労における男女格差と、高齢になるにつれての就労率低下がある。男女格差は、1996年と2015年の間で縮小しているが、男性に比べて、女性の就業率の低さは依然として顕著である。高齢者の就労率は、特に70歳以上になると、男女とも就労割合が30%以下である。



出所：世界銀行（2019）p.36

図 3-4 スリランカの1996年、2015年就業割合 年齢別【左】年齢男女別【右】

スリランカでは、国際 NGO のヘルプエイジのスリランカの拠点であるヘルプエイジスリランカ（HelpAge Sri Lanka）が高齢者の就労を支援している。ヘルプエイジは高齢者団体を經由して高齢者に対するマイクロファイナンスによる支援を実施し、高齢者の起業を促進している。2018年の実績では、ゴール県のゴール地区、マータラ県のウェリガマ地区の計27の高齢者団体、260人の高齢者に対し、一人当たり10,000ルピーを融資し、手工業を中心に高齢者の起業を支援している<sup>27</sup>。

### 3-3-3 生活環境

2012年の「スリランカ人口・住居国勢調査」の情報から、全国で高齢者の1%（24,535人）のみが高齢者施設や関連施設に居住し、大多数の2,496,038人は自宅で生活している。また、西村（2006）がコロンボ市内で行った調査によれば、高齢者の87%が子供と同居していたが、SSD（2016）によると、1981年には5.2人いた世帯平均人数が2012年には3.9人に減少しているなど、スリランカにおいて子どもと同居する高齢者が減少していることが想定される。

高齢者の外出手段は、徒歩、自転車、自家用車、施設社用車、二輪タクシー、四輪タクシー、

<sup>25</sup> サムルディはシンハラ語で、日本語に訳すと人的資本開発促進の意味がある。

<sup>26</sup> 現在はベレンディナグループとしてDS（ベレンディナ開発サービス会社）、MIC（ベレンディナ小規模投資会社）、BEC（ベレンディナ雇用センター会社）を分社化し、活動を進めている。高齢者はDSの対象の一つである。Berendina Website <https://www.berendina.org/index.php>

<sup>27</sup> 詳細は Help Age Sri Lanka Annual Report 2017/18 の p.19-20。

バス、電車、飛行機などである。高齢者の身体的理由、経済的理由、行動範囲などから徒歩もしくは施設車での外出が現実的である。

高齢者の住まいは次のように整理できる。

表 3-5 高齢者の住まい

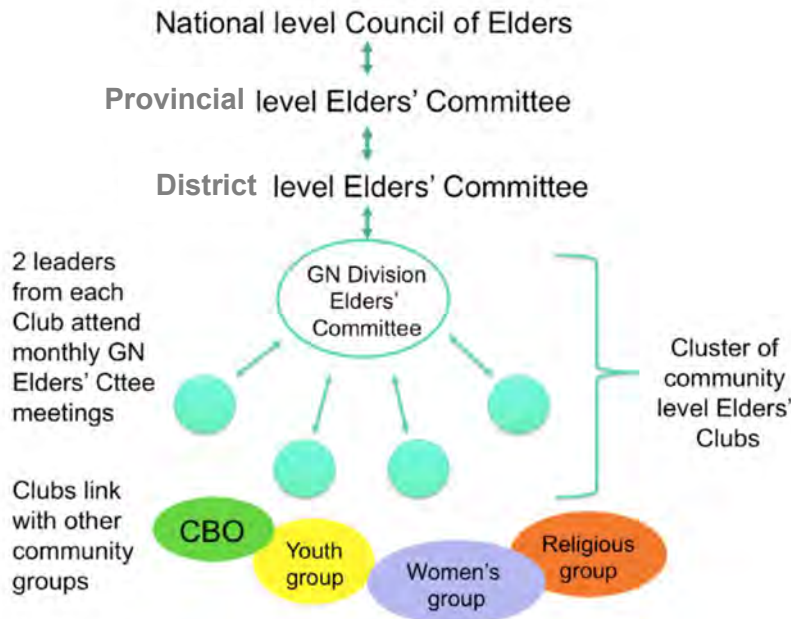
種別	対象	特徴	例
自宅（購入）	富裕層	ケアギバー <sup>28</sup> がいる場合もある	-
自宅（賃貸）	中間層～富裕層	ケアギバーがいる場合もある	-
高齢者施設	中間層～富裕層	高価	Cinnamon care Village60plus Jude Elder Care Home Western Healthcare (pvt) LTD
	中間層	中価	Suwasaviya Elders Care Home
	貧困層～中間層	無料～安価 ※女性だけの施設もある	Nona Memorial Elder Home Moratuwa Social Service Society Elders Home ※Irine Thilakarathne Ladies Elder Home や Sri Lanka dhara Society
グループ施設	貧困層～中間層	安価	Adyathmika Methsevana Peaceful Home
障害者施設	貧困層～中間層	無料～安価	Senehasa Elder Home-Homagama
認知症施設	貧困層～中間層	無料～安価	Lanka Alchemier's Foundation
宗教施設	貧困層	無料	-
施設レス	貧困層	無料	-

出所：JICA 調査団作成

<sup>28</sup> ケアギバーはケアをする人の総称としてスリランカで使用されている。全体像は未だに分からず、現地調査で訪問した施設では資格を持つケアギバーとは出会わなかった。学校を卒業してすぐに働き始めたというケアギバーはいたが、大学卒のケアギバーも確認できず、高校卒もしくは中学卒だと推測される。男性が女性より多い施設がなかったことから、女性が多いと思われる。



### 3-3-4 社会参加



出所：SSD (2016) Long-term Care of Older Persons in Sri Lanka p.33 を JICA 調査団が一部改訂

図 3-5 高齢者コミッティーを中心とする地域の集まり

高齢者は、家で孫の世話をする、仕事をする、寺にお参りに行く、高齢者コミッティーに参加するなど、地域社会との接点が多い。その中でも高齢者コミッティーは社会参加に大きな役割を果たす<sup>29</sup>。NSE の前ディレクターのスヴィンダ・エス・シンガププリ (Suvinda S. Singappuli) によると<sup>30</sup>、高齢者コミッティーは州単位 9、県単位 25、郡単位 331、地区単位に 11,500 存在する。高齢者コミッティーの活動として、旅行やイベントへの参加、パーティーの開催、お寺参拝などがあげられる。高齢者コミッティー以外にも地域の集まりがあり、高齢者は自身の希望に応じて参画する。

また、スリランカは宗教が身近にあり、シンハラ民族<sup>31</sup>の高齢者が地域社会に参加する方法としてダーナ（布施）もある。中村（2011）は「スリランカのシンハラ社会においてダーナとは、特に在家者から僧侶へと日々なされる食事などの布施や、葬式や厄除け儀礼などで村人にふるまわれる食事を指す。ダーナはより広く南アジア広域にみられる概念・実践である」と定義している。調査団が訪問した複数の高齢者施設においてもダーナが現場で根付いている点を確認した。高齢者コミッティーのミーティングが寺で開催されたり、そのミーティング内で住職がアドバイザーとしてコメントするなど、身近なつながりがある。

### 3-3-5 要介護・認知症

スリランカでは日本のような介護状態を認定する制度はなく、介護を必要とする正確な人数は明らかにされていない。しかし、障害という概念は日本での要介護状態と近く参考になる。2012 年の「スリランカ人口・住居国勢調査」によれば、60 歳以上で障害が一つ以上ある人は 866,608 人と予測

<sup>29</sup> 希望者は高齢者になる前に加入することもできる。ヒアリングから 60 歳以下の人が加入している点を確認。

<sup>30</sup> [https://www.unescap.org/sites/default/files/Sri%20Lanka\\_1.pdf](https://www.unescap.org/sites/default/files/Sri%20Lanka_1.pdf) 並びに H.R. Anulawathie Menike (2015)。

<sup>31</sup> 外務省 (2020) によると民族はシンハラ人 (74.9%)、タミル人 (15.3%)、スリランカ・ムーア人 (9.3%)。

され、その人数は潜在的・顕在的要介護者といえる。

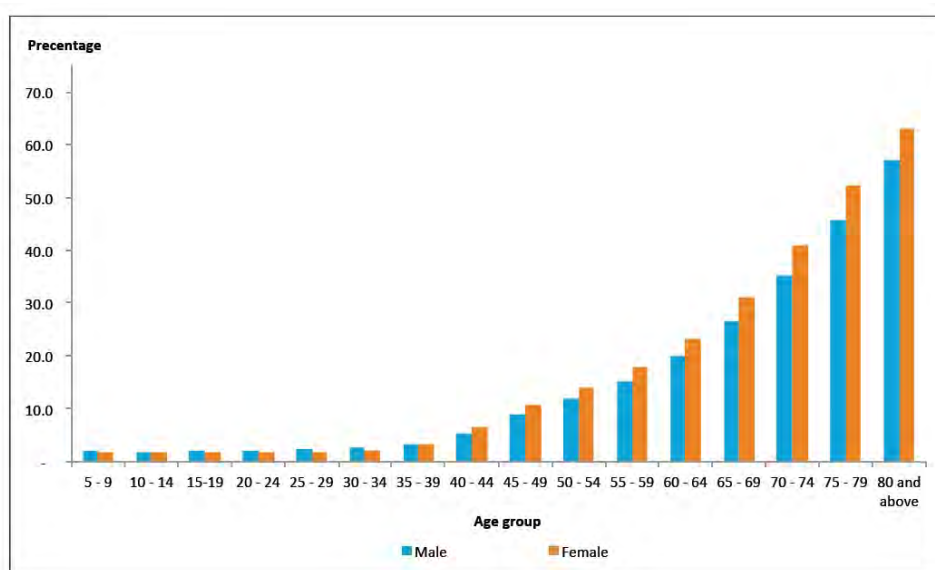
表 3-6 スリランカにおける身体的・精神的障害の説明

	障害名	補足説明
1	視覚障害	眼鏡の使用も含め視覚に困難がある
2	聴覚障害	補聴器の使用も含め聴覚に困難がある
3	歩行障害	近隣への歩行や12段の階段の昇降に困難がある
4	認知障害	物事の記憶や物事への集中に困難がある
5	日常生活障害	着替え、洗濯などの日常生活に困難がある
6	コミュニケーション障害	身体的・精神的理由によるコミュニケーションに困難がある

※上記は Census of Population and Housing 2012 の調査の際、使用されている障害に関する説明

出所：SSD (2016) Long-term Care of Older Persons in Sri Lanka p.47 を基に JICA 調査団作成

2012年「人口と住まいの国勢調査に関する主要調査結果」によれば、1,616,924人（総人口の8.7%）が一つ以上の障害を持っており<sup>32</sup>、視覚障害、歩行障害、聴覚障害、認知障害、日常生活障害、コミュニケーション障害の順で該当割合が多い。高齢になるほど、身体・精神の健康リスクは高まり、下図の通り、70歳以上になると3人に1人は何らかの障害を持つとされている。



出所：Census of Population and Housing 2012-Key Findings p.60

図 3-6 スリランカの年齢、性別別障害を持つ割合

認知障害に関連して、スリランカにおいても認知症が増加している。スリランカ老年医学協会(2018)によると、スリランカでは認知症の有病率は3.8%と推測されている。スリランカの新聞である The Sunday Morning (2019年5月29日付<sup>33</sup>)へのディネシャニ博士の寄稿によると、認知症患者は、2015年は147,000人、2030年にはその倍近くの267,000人、2050年には463,000人に達すると予測されて

<sup>32</sup> この障害者数は5歳以上の全数である点に留意が必要である。

<sup>33</sup> The Sunday Morning Website <http://www.themorning.lk/let-us-not-forget-dementia/>



いる。富裕層認知症高齢者は民間の専門クリニック（例えばナワローカ病院の認知症クリニック<sup>34</sup>）も活用できるが、多くの認知症高齢者は、家族介護や専門医がいない各施設で生活している。認知症の啓発・教育施設として、Lanka Alchemier's Foundation（NGO）がある。そこでは、認知症に関する啓発（例えば、毎年9月21日の世界アルツハイマーデーに合わせたキャンペーン）、認知症の方や家族への無料カウンセリング、ケアギバー、ソーシャルワーカー、看護師に対する教育プログラムを実施している。

### 3-4 高齢者の健康

#### (1) スリランカ全体の疾病構造・保健指標

本項では、スリランカ全体の保健医療の概況、ならびに高齢者に多い疾患である非感染性疾患（Noncommunicable Diseases。以下「NCD」という。）や歯科口腔疾患の状況について述べる。

スリランカの保健衛生指標の概況として、持続可能な開発目標（Sustainable Development Goals: 以下「SDGs」という。）に関する指標に関し、世界保健機関（World Health Organization。以下「WHO」という。）の南東アジア地域（WHO South-East Asia Region。以下「SEAR」という。）、世界銀行の所得分類の高中所得国、低中所得国<sup>35</sup>との比較を表 3-7に示す。1-1の調査の背景でも示したように、スリランカはこれまで同分類の中所得国であったが、経済状況の改善に合わせ2019年に高中所得国に区分されることになったものの、GNIが低下し、2020年7月に再び低中所得国に格下げされることとなった。保健指標に関しては、SEARによる近隣諸国の平均と比較して良好な結果を示している。以前の課題であった母子保健や感染症疾患の項目は、概ね高中所得国のレベルに達し、克服できているといえる。一方、他の高中所得国と同様、NCDや外傷などへの対応が必要になるとともに、自殺率も高い傾向を示しているため、精神疾患への対応なども必要であることが予想される。

表 3-7 スリランカ及び SEAR、高中所得国におけるおもな SDGs の保健指標

SDGs 指標			スリランカ	SEAR	高中所得国	低中所得国
指標	単位	年				
<b>妊産婦の健康</b>						
妊産婦死亡率	出生 10 万対	2015	30	164	55	253
<b>子どもの健康</b>						
5 歳未満児死亡率	出生千対	2017	9	36	14	49
新生児死亡率	出生千対	2017	6	21	26	49
DPT3 ワクチン接種率	％、乳児（1 歳未満）	2017	99	88	94	82
MCV2 ワクチン接種率	％、各国推奨の年齢まで	2017	99	77	88	63
<b>感染性疾患</b>						
新規 HIV 感染者数	非感染者千対	2017	<0.01	0.08	0.24	0.23
結核感染者数	人口 10 万対	2017	64	226	58	223
マラリア感染者数	リスク人口千対	2017	0.0	7.0	2.5	42.8
HBV 表面抗原保有率	％、5 歳未満児	2017	0.64	0.26	0.30	0.72

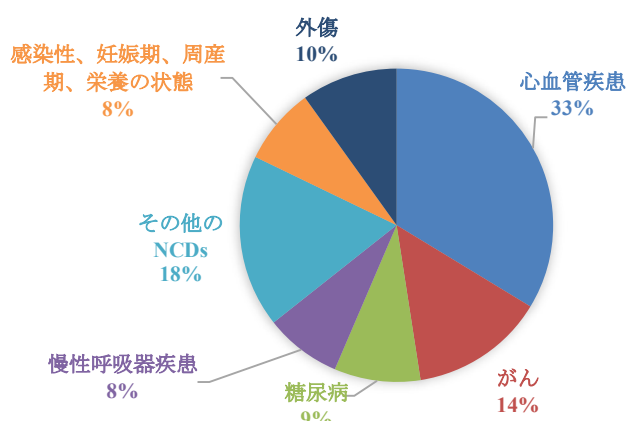
<sup>34</sup> Nawaloka Hospital Website <http://www.nawaloka.com/dementia-clinic>

<sup>35</sup> 2021 年度に向け世界銀行の所得分類の基準が変更され、一人当たりの GNI（2019 年）により次のように分類される。低中所得：1,035US ドル未満、高中所得：1,036～4,045US ドル、高中所得：4,046～12,535US ドル、高所得：12,536US ドル以上。（<https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>）

SDGs 指標			スリランカ	SEAR	高中所得国	低中所得国
指標	単位	年				
<b>NCD</b>						
4大NCD <sup>36</sup> による死亡確率	%, 30歳以上70歳未満	2016	17.4	23.1	17.7	23.3
自殺率	人口10万対	2016	14.6	13.2	10.0	10.6
1人あたりのアルコール消費量/15歳以上	純アルコール量 (ℓ)	2016	4.3	4.5	7.0	4.7
喫煙率	%, 15歳以上	2016	13.7	16.9	23.1	17.2
<b>外傷</b>						
道路交通事故による死亡率	人口10万対	2016	14.9	20.7		19.2
<b>環境衛生</b>						
家庭内及外部の大気汚染による死亡率	人口10万対	2016	79.8	165.8		131.7
安全ではない水、衛生知識不足による死亡率	人口10万対	2016	1.2	15.4	1.1	18.6
意図的ではない汚染による死亡率	人口10万対	2016	0.4	1.8	1.1	1.8
<b>UHC 及び保健システム</b>						
UHC サービスカバー率指標	-	2015	62	55	74	54

出所：World Health Statistics, WHO (2019)

2018年のWHOのNCDカントリープロフィールによると、2016年のスリランカの全死亡数は14万3千人であり、そのうち83%がNCDによる死亡であった。内訳を、図3-7に示す。なかでも心血管疾患による死亡の割合が非常に高く、全体の死因の3分の1が心血管疾患によるものであり、急務の課題の一つといえる。また、4大NCDによる若年死亡の割合は、男性が22%、女性が13%と男女差があり、男性への対策が必要であることが示唆された。



出所：NCD Country Profile 2018, WHO

図 3-7 スリランカの死因

表3-8に70歳以上の高齢者における上位死因及び年齢グループ別の内訳と総数における割合を示す。70歳以上の高齢者の死因として他の年代と同様に心疾患、脳血管疾患などの非感染性疾患や細菌性疾患によるものが上位を占めている。呼吸器疾患及び高血圧による死亡者数は他の年齢群と比較して多く死亡者全体の約60%を占めるなど、高齢者の死亡に影響している。一方、悪性新生物による死亡者数は少なく全体の27%となっており、悪性新生物はより若い世代の死因に大きく寄与していることが示唆される。併せて、診断のつかない死亡症例は全死亡数の7%、その順位は全体、高

<sup>36</sup> 心血管疾患、脳血管疾患、糖尿病、慢性呼吸器疾患

年齢共に第8位とされており、全世代を通じて診断・治療を受ける機会のないまま死亡するケースも一定数確認されている。

表 3-8 年齢別の上位死因とその内訳（実数・疾患毎総数における割合）

順位	疾患	実数						総数/合計における割合(%)					
		17-49	50-69	70+	17+70+	不明	総数	17-49	50-69	70+	17+70+	不明	全体
1	虚血性心疾患	457	3,082	3,852	7,391(1)	13	7,396	6.2	42	52	100	0.18	14.0
2	呼吸器疾患	254	1,599	2,958	4,811(4)	7	4,893	5.2	33	60	98	0.14	9.2
3	細菌性疾患	592	2,147	2,485	5,224(3)	13	5,382	11.0	40	46	97	0.24	10.2
4	肺炎	333	1,220	2,068	3,621(7)	9	3,833	8.7	32	54	94	0.23	7.2
5	その他心疾患	368	1,440	2,007	3,815(6)	5	3,881	9.5	37	52	98	0.13	7.3
6	脳血管疾患	351	1,587	1,972	3,910(5)	23	3,917	9.0	41	50	100	0.59	7.4
7	悪性新生物	918	3,175	1,580	5,673(2)	1	5,788	15.9	55	27	98	0.02	10.9
8	診断なし	690	1,503	1,384	3,577(8)	48	3,753	18.4	40	37	95	1.28	7.1
9	泌尿器疾患	336	1,431	1,050	2,817(9)	6	2,835	11.9	50	37	99	0.21	5.4
10	消化器疾患	407	1,341	723	2,471(10)	7	2,503	16.3	54	29	99	0.28	4.7
11	外傷性疾患	630	673	447	1,750(11)	97	1,833	34.4	37	24	95	5.29	3.5
12	高血圧	40	234	362	636(14)	1	636	6.3	37	57	100	0.16	1.2
13	臨床異常所見	98	256	354	708(12)	5	751	13.0	34	47	94	0.67	1.4
14	糖尿病	66	360	279	705(13)	1	708	9.3	51	39	100	0.14	1.3
15	神経疾患	117	242	232	591(15)	1	680	17.2	36	34	87	0.15	1.3

※黄色の網掛けは非感染性疾患を示す。

出所：保健省医療統計ユニットのデータに基づき調査団作成

表 3-9 に県別の入院患者の死亡順位を示す。

表 3-9 県別の入院患者の死因の順位

	全国	西部州			中部州			南部州			北部州			東部州			北西部州	北中部州	ウバ州	サバラガム州						
		コロンボ	ガンバ	カルタラ	キャンディ	マターレー	ヌワレエリヤ	ゴール	マターラ	ハンバントタ	ジャフナ	バブニヤ	マンナール	キノノッチ	カライティエーウ	バツティカロラ	アンパラー	トリンコマリ	クルネーガラ	プッタラム	アヌラーダプラ	ポロンナルウ	パドウトツラ	モナラーガラ	ラトゥナプラ	ケーガツラ
虚血性心疾患	1	2	1	1	3	1	3	2	1	2	3	2	3	2	1	1	1	1	1	2	1	2	4	1	3	3
人畜共通細菌性疾患	2	3	2	3	2	3	7	5	4	5	2	6	17	2	12	5	2	2	6	3	2	3	1	3	1	1
がん	3	1	10	9	1	9	6	1	9	6	4	8	4	7	7	8	9	3	11	5	7	5	8	7	8	
上気道感染症、インフルエンザ及び肺炎を除いた呼吸器系の疾患	4	4	5	4	4	5	4	3	2	4	1	4	4	6	5	4	3	4	2	4	6	4	3	2	5	2
肺性心疾患及び肺循環疾患	5	5	4	2	6	4	1	8	6	1	5	3	1	4	5	1	5	6	7	1	7	8	7	6	4	5
肺炎	6	8	7	7	7	2	5	4	2	3	8	5	17	1	3	9	4	5	5	6	3	5	2	7	2	4
脳血管疾患	7	6	6	5	4	6	2	6	5	11	6	7	4	4	-	10	6	3	4	8	8	5	9	5	6	6
泌尿器系の疾患	8	9	8	8	8	8	8	10	7	7	6	1	14	7	3	7	7	7	9	7	4	1	6	4	8	9
消化器系の疾患	9	7	3	6	9	9	8	9	10	11	9	9	8	12	8	12	13	12	8	5	10	10	10	10	9	7
損傷	10	11	9	11	10	7	16	7	8	9	10	15	10	12	2	6	9	8	10	9	9	9	8	9	10	10
糖尿病	11	10	11	16	12	12	15	12	27	10	13	16	17	-	-	16	23	-	11	14	13	28	14	27	19	14
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	12	13	12	12	19	15	10	15	11	8	17	10	2	9	8	3	10	13	18	13	17	17	16	16	13	11
高血圧性疾患	13	17	15	18	13	16	11	11	12	13	11	-	4	-	12	12	20	14	12	12	16	26	11	19	14	15
神経系の疾患	14	14	18	15	11	17	16	13	18	18	12	10	10	12	12	16	17	14	15	19	15	11	15	14	11	12
胎児発育遅延及び胎児栄養失調	15	18	13	13	15	11	23	19	15	14	16	10	17	-	-	-	12	25	13	17	11	12	24	12	12	21

出所：Annual Health Bulletin 2017 1位：■、2位：■、3位：■、1-5位までを太字で示す。

ほとんどの県において、虚血性心疾患による死亡が1位から3位のいずれかとなっており、心血管疾患がスリランカ全域にわたり多く、喫緊の課題であることが分かる。がんによる死亡は、コロンボ、キャンディ、ゴールでは1位、クルネーガラでは3位と上位である。これは教育病院や州総合病院などの三次病院に転送されることも理由の一つと考えられる。虚血性疾患やがんなどの慢性疾患による死亡が基本的には多いが、感染性疾患である人畜共通感染症による死亡順位も高いことが確認されている。また、バブニヤやムッライツィーヴー、ポロンナルワでは泌尿器系疾患による死亡が上位を占めているが、これはスリランカ北部にみられる原因不明の慢性腎臓病による影響が考えられる。

表 3-10 に県別の入院患者の原疾患の順位を示す。

表 3-10 県別の入院患者の原疾患の順位

	全国	西部州			中部州			南部州			北部州				東部州			北西部州	北中部州	ウバ州	サバラガムワ州					
		コロンボ	ガンバ	カルタラ	キャンディ	マターレー	ヌワラエリヤ	ゴール	マターラ	ハンバントタ	ジャフナ	バブニヤ	マンナール	キノツチ	ムッライツィーヴー	バツテイカロア	アンバーラ	トリノコマリ	クルネーガラ	プッタラム	アヌラーダプラ	ポロンナルワ	バドゥツラ	モナラーガラ	ラトゥナプラ	ケーガツラ
損傷	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	2	3	3	2	2	3	2	2	2	3	1	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4
ウイルス性疾患	3	2	2	3	3	3	5	3	4	4	4	5	6	3	5	3	3	3	4	3	5	4	4	5	3	2
上気道感染症、インフルエンザ及び肺炎を除いた呼吸器系の疾患	4	5	4	4	4	4	2	4	3	3	2	3	3	4	2	4	4	4	3	4	3	3	3	3	4	3
消化器系の疾患	5	7	5	5	5	7	4	5	6	5	7	6	7	10	6	5	5	5	5	6	4	6	6	6	5	5
泌尿器系の疾患	6	6	7	8	6	8	12	6	8	6	9	9	8	5	4	8	7	7	6	8	6	5	5	4	6	7
直接的・間接的な産科的病態	7	8	8	7	7	6	6	9	5	10	5	7	4	6	8	6	6	6	8	5	7	7	8	7	8	10
皮膚及び皮下組織に関する症状及び徴候	8	6	6	6	11	9	10	8	9	7	6	8	10	7	7	9	9	8	7	7	8	8	9	8	7	6
筋骨格系及び結合組織の疾患	9	9	9	9	9	10	7	10	10	8	10	4	5	11	9	7	8	10	13	13	9	10	7	9	9	8
眼及び付属器の疾患	10	10	12	13	8	5	11	11	7	16	8	13	31	17	28	17	12	11	9	9	18	9	12	13	10	14
がん	11	4	22	10	10	30	25	7	32	30	11	29	22	26	37	19	36	19	19	31	13	29	11	27	13	26
その他の上気道感染	12	16	10	12	12	11	9	15	12	15	12	11	15	8	10	10	11	9	11	12	10	11	10	10	11	9

出所：Annual Health Bulletin 2017 1位：■、2位：■、3位：■、1-5位までを太字で示す。

スリランカ全体の入院患者の原疾患の上位5位は、①損傷、②臨床／検査の異常所見、③ウイルス性疾患、④呼吸器疾患、⑤消化器疾患で、各県でも同様の傾向を示しており、基本的には大きな地域差はない。特に外傷などの損傷に関しては、ほぼ全ての地域で入院患者の第1位とされており、医療サービスのニーズが高いことがわかる。

高齢者の健康に影響を及ぼす要因の一つとして、加齢による直接的または間接的な口腔疾患のリスクの増加があげられる。2018年に発行された国家口腔衛生調査2015/2016年(National Oral Health Survey Sri Lanka 2015/2016)は、スリランカ全土の5歳、12歳、15歳、35～44歳(壮年期グループ)、65～74歳(高齢者グループ)を対象に、口腔衛生に関連した疾患パターン、サービスの利用、習慣の状況を調査した。主な調査結果を表3-11に示す。

表 3-11 スリランカにおける口腔衛生の指標

項目		5 歳	12 歳	15 歳	35-44 歳	65-74 歳
所見	永久歯を 21 本以上有する者の割合	39.4	99.4	100.0	94.2	37.0
	永久歯を 11-20 本有する者の割合	60.5	0.6	0.0	5.4	27.2
	永久歯を 1-10 本有する者の割合	0.1	0.0	0.0	0.4	24.6
	無歯である者の割合	0.0	0.0	0.0	0.0	11.3
	う歯を有する者の割合	60.7	24.2	35.3	63.8	51.3
	喪失歯を有する者の割合	3.6	3.3	7.4	82.4	97.4
	充填歯を有する者の割合	11.5	8.8	9.1	23.7	4.8
	歯肉出血を有する者の割合	18.3	44.7	46.5	52.6	50.4
	歯石を有する者の割合	13.7	47.0	49.3	70.7	71.6
	歯周ポケットを有する者の割合	-	-	5.4	25.3	44.4
	局部床義歯を装着している者の割合	-	-	0.1	7.7	12.9
総義歯を装着している者の割合	-	-	0.0	0.3	5.9	
サービス利用	クリニックから 5 km 以内に居住している者の割合	-	67.3	65.3	64.0	65.2
	1 年以内に歯科クリニックを受診した者の割合	-	59.6	31.4	30.9	18.4
	歯科受診をしたことがない者の割合	-	14.7	15.2	9.7	19.7
	抜歯治療を受けた者の割合	-	12.5	14.9	50.4	52.2
	永久充填治療を受けた者の割合	-	13.3	13.7	17.0	3.1
習慣	1 日に 2 回歯を磨く者の割合	53.9	50.1	55.8	73.3	55.0
	歯ブラシを使用する者の割合	96.7	97.5	98.4	95.9	70.4
	フッ素入りの歯磨き粉を使用する者の割合	75.6	80.0	82.1	79.3	59.0
	毎日噛みタバコを使用している者の割合	-	-	0.8	14.1	26.6
	毎日喫煙している者の割合	-	-	0.0	8.5	9.3

出所：National Oral Health Survey Sri Lanka 2015/2016

スリランカの口腔の疾患パターンについては、高齢者グループで歯肉出血や歯周ポケットを有すると回答した割合が 50%を超えており、喪失歯を有すると回答した割合は 97%と、歯周・口腔状況の顕著な悪化が確認されている。成人において歯が失われる最大の原因は歯周病<sup>37</sup>であるとされており、口腔状況の悪化により歯周病の影響による歯の喪失が示唆される。無歯症である者は、壮年期までにはいないが、高齢者になると 9 割以上の高齢者が歯の一部を失っており、1 割は無歯の状態になっている。このように高齢になるにつれ健康な歯が少なくなっている状況にもかかわらず、高齢者グループの局部床義歯の装着率は 12.9%、総義歯の装着率は 5.9%と低い。

サービスの利用状況に関する調査結果によると、調査対象者の 65%は自宅から 5 キロ以内に歯科クリニックがあると回答していた。一方、1 年以内に歯科クリニックを受診した割合は、12 歳で 6 割近くあったのが、高齢者では約 2 割まで低下している。全体の高齢者のうち 2 割は、これまで歯科クリニックを利用したことがない。また、壮年期グループと高齢者グループが受けた治療のなかでは抜歯が最も一般的な治療であり、定期的なケアは受けず抜歯のような緊急的なケアしか受けていない。

口腔に関連する習慣については、5 歳の子どもから壮年期グループまでは、9 割以上が歯ブラシを使用しているのに対し、高齢グループでは 7 割程度であり、高齢者の約 4 分の 1 は指で歯を磨いていることが確認された。

2008 年に保健省が実施した NCD リスクファクター調査では、スリランカの 5 州での喫煙状況につ

<sup>37</sup> 歯周病は、長期にわたる細菌の蓄積によって歯茎とそれを支える構造が破壊される病気である。歯周病になりやすいのは、口腔内の衛生状態が悪い人、喫煙者、糖尿病や栄養不良などの疾患をもつ人が多い。

いても調査された。調査結果では、喫煙者のうち非常習喫煙者は常習喫煙者と比較して少ないことが確認された。また、非喫煙者は男女とも、喫煙者に比べて明らかに多いことが示唆された。喫煙状況について、非常習喫煙者、常習喫煙者、非喫煙者のカテゴリー別に表 3-1 2 に示す。

表 3-1 2 スリランカにおける喫煙状況

分類	男性		女性		全体	
	数	割合(%)	数	割合(%)	数	割合(%)
非常習喫煙者	431	7.0	7	0.1	438	3.5
常習喫煙者	1,402	22.8	18	0.3	1,420	11.5
非喫煙者	4,307	70.1	6,236	99.6	10,543	85.0
合計	6,140	100.0	6,261	100.0	12,401	100.0

出所: NCD Risk Factor Survey (2008)

県別の喫煙率と嚙みタバコ使用率を表 3-1 3 に示す。喫煙率が 10% を超える県は、バブニヤ、キリノッチ、ヌワラエリヤ、マンナール、ムッライッティエーヴーである。嚙みタバコ使用率が 10% を超える県は、ヌワラエリヤ、バブニヤ、バドゥツラ、ラトゥナプラ、モナラーガラ、マンナール、マータレー、トリンコマレー、アヌラーダプラ、プッタラム、ムッライッティエーヴー、キリノッチ、ハンバントタ、ポロンナルワ、アンパーラ、ジャフナ、バツィカロアである。どの県においても、喫煙率より嚙みタバコ使用率が多い。

表 3-1 3 県別の喫煙率と嚙みタバコ使用率 (%)

	西部州			中部州			南部州			北部州					東部州		北西部州		北中部州		ウバ州		サバラガム州		
	コロンボ	ガンバ	カルタラ	キャンディ	マータレー	ヌワラエリヤ	ゴール	マータラ	ハンバントタ	ジャフナ	バブニヤ	マンナール	キリノッチ	ムッライッティエーヴー	バツィカロア	アンパーラ	トリンコマレー	クルネーガラ	プッタラム	アヌラーダプラ	ポロンナルワ	バドゥツラ	モナラーガラ	ラトゥナプラ	ケーガン
喫煙者	5.60	4.21	4.01	3.54	6.77	11.83	3.43	2.84	7.24	7.24	12.47	10.84	11.89	10.60	5.22	6.38	7.72	2.77	4.86	6.83	6.23	8.10	8.31	5.11	3.62
嚙みタバコ使用者	5.86	6.18	9.95	4.87	15.12	30.73	5.07	8.38	12.27	11.20	21.92	16.69	12.67	12.76	10.71	11.63	15.09	9.36	13.39	14.30	11.79	21.61	17.76	19.83	7.86

出所: Annual Health Bulletin 2018

口腔衛生を悪化させる習慣としては、嚙みタバコや喫煙が挙げられる。嚙みタバコについては、15 歳まではほぼ使用していないが、壮年期で徐々に増え、高齢者では 4 分の 1 が嚙みタバコを使用している。男女別・年齢別の嚙みタバコの使用率を表 3-1 4 に示す。男性では、壮年期で嚙みタバコの使用が増えるが、女性は高齢者の使用が多い。

表 3-1 4 男女別・年齢別の嚙みタバコの使用率 (%)

性別	年齢	習慣なし	1年以上前	月1回未満	月に数回	週1回	週2-6回	毎日
男性	15歳	77.4	6.0	8.9	3.0	1.6	1.6	1.5
	35-44歳	51.4	4.8	6.9	3.8	3.4	5.1	24.7
	65-74歳	51.1	9.1	3.7	1.9	1.8	3.2	29.1
女性	15歳	94.5	2.7	1.7	0.4	0.5	0.0	0.2
	35-44歳	81.6	3.3	3.9	2.3	1.9	2.8	4.1
	65-74歳	54.4	7.8	5.0	2.9	2.0	3.8	24.1

出所: National Oral Health Survey Sri Lanka 2015/2016

喫煙率については、15 歳まではほぼ 0% であるが、壮年期で 8.5%、高齢者で 9.3% と緩やかに上昇

している。男女別・年齢別の喫煙率を表 3-15 に示す。男性は壮年期の 17.4%、高齢期の 18.1% が毎日喫煙しているが、女性はその年齢においても喫煙率はほぼ 0% である。

表 3-15 男女別・年齢別の喫煙率 (%)

性別	年齢	習慣なし	1年以上前	月1回未満	月に数回	週1回	週2-6回	毎日
男性	15歳	99.6	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
	35-44歳	69.1	4.6	3.3	1.6	1.4	2.7	17.4
	65-74歳	65.4	10.1	2.7	1.0	1.2	1.5	18.1
女性	15歳	100.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0
	35-44歳	99.3	0.1	0.2	0.0	0.0	0.2	0.2
	65-74歳	98.9	0.3	0.0	0.0	0.0	0.1	0.6

出所：National Oral Health Survey Sri Lanka 2015/2016

上述のとおり、スリランカでは高齢者になるにつれて口腔の健康が損なわれている状況であるが、適切な口腔ケア習慣や定期的なクリニックによるケアなどが十分ではない。WHO でも口腔ケアは NCD 対策に組み込んだ対策が効果的であることが示されているが、スリランカにおいても、高齢期もしくは高齢期に入る前の段階からの口腔衛生に対する介入が必要である。

## (2) 日常生活での困難

2012 年に実施されたスリランカ人口・住居国勢調査 (Sri Lanka Population and Housing Census。以下「SLPHC」という。)に基づいて分析されたスリランカの高齢化テーマ別レポート (Ageing population of Sri Lanka, Thematic Report based on SLPHC 2012) より、日常生活で困難を抱える男女別の高齢者数と割合を表 3-16 と図 3-8 に示す。本レポートでは、日常生活での困難として、日常生活動作<sup>38</sup> や手段的日常生活動作<sup>39</sup> などについて、「視覚」「聴覚」「歩行」「認知」「セルフケア」「コミュニケーション」の 6 領域での身体的または精神的な困難と定義し、領域毎に困難の有無を調査した。

男女別の割合をみると、すべての項目において女性の割合が高い傾向にある。また、60 歳以上の高齢者のうち、2 割が視覚と歩行、1 割が聴覚と認知に困難を抱えている。

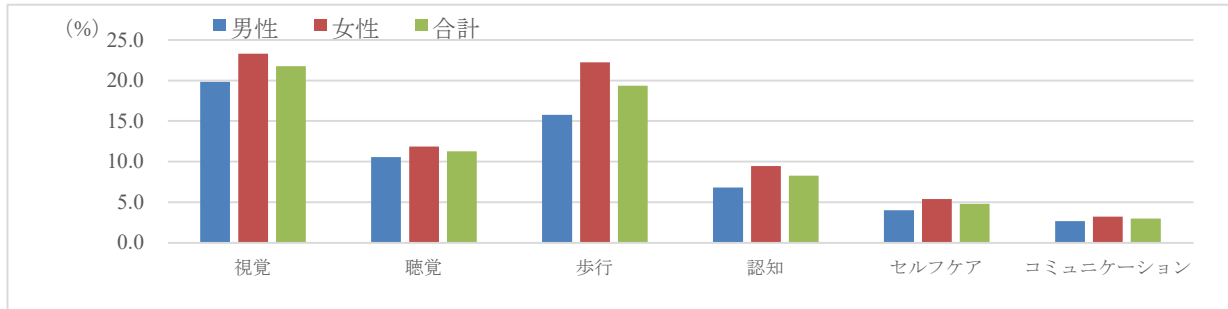
表 3-16 男女別・日常生活で困難を抱える高齢者数と割合

性別	60歳以上人口	視覚		聴覚		歩行		認知		セルフケア		コミュニケーション	
		数	%	数	%	数	%	数	%	数	%	数	%
男性	1,115,651	221,390	19.8	117,794	10.6	175,964	15.8	76,027	6.8	44,780	4.0	29,781	2.7
女性	1,404,922	327,386	23.3	166,491	11.9	312,245	22.2	132,630	9.4	76,011	5.4	45,512	3.2
合計	2,520,573	548,776	21.8	284,285	11.3	488,209	19.4	208,657	8.3	120,791	4.8	75,293	3.0

<sup>38</sup> 日常生活動作は、「起居動作・移乗・移動・食事・更衣・排泄・入浴・整容」などの日常生活を送るのに最低限必要な動作を指す。(日本臨床整形外科学会 ロコモティブ症候群 <http://www.jcoa.gr.jp/locomo/teigi.html>)

<sup>39</sup> 手段的日常生活動作は、「掃除・料理・洗濯・買い物などの家事や交通機関の利用、電話対応などのコミュニケーション、スケジュール調整、服薬管理、金銭管理、趣味」などのより複雑な日常生活動作を指す。(健康日本 21 総論参考資料 [https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/kenko21\\_11/s1.html](https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/kenko21_11/s1.html))





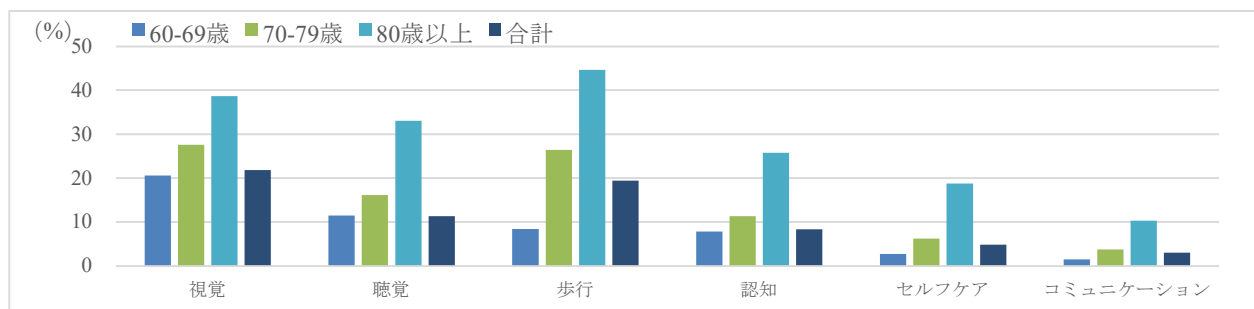
出所：Ageing population of Sri Lanka, Thematic Report based on SLPHC 2012, UNFPA (2017)を基に作成

図 3-8 男女別・日常生活で困難を抱える高齢者数と割合

日常生活で困難を抱える年齢群別の高齢者数と割合を表 3-17 と図 3-9 に示す。視覚については、60～69 歳では 2 割、80 歳以上では 4 割とおよそ倍になる。聴覚については、60～69 歳の 1 割に対し 80 歳以上では 3 割と 3 倍になる。歩行については、60～69 歳では 1 割に満たないが、80 歳以上になると約半数が歩行に困難を抱えることになる。セルフケアやコミュニケーションは 60～69 歳では少ないが、80 歳以上になると急激に上昇し、約 2 割でセルフケアが困難になる。今後高齢化が進むにつれ支援が必要な高齢者が増えることが示唆されている。

表 3-17 年齢群別・日常生活で困難を抱える高齢者数と割合

年齢群別	人口	視覚		聴覚		歩行		認知		セルフケア		コミュニケーション	
		数	%	数	%	数	%	数	%	数	%	数	%
60-69	1,551,199	318,697	20.5	177,759	11.5	129,664	8.4	120,928	7.8	42,244	2.7	22,520	1.5
70-79	695,600	191,808	27.6	112,088	16.1	183,407	26.4	78,629	11.3	42,947	6.2	25,809	3.7
80≤	273,774	105,871	38.7	90,483	33.1	122,094	44.6	70,462	25.7	51,388	18.8	28,105	10.3
合計	2,520,573	548,776	21.8	284,285	11.3	488,209	19.4	208,657	8.3	120,791	4.8	75,293	3.0



出所：Ageing population of Sri Lanka, Thematic Report based on SLPHC 2012, UNFPA (2017)を基に作成

図 3-9 年齢群別・日常生活で困難を抱える高齢者数と割合



## 第4章 スリランカの高齢化対策の現状と課題

本章では、スリランカにおける高齢化対策の動向を踏まえ、主要機関、トピック別の現状と課題を整理し、分析する。

### 4-1 高齢化に関する政策

#### 4-1-1 関連法制度・首相令・施策（法律・政策・戦略・計画）

##### (1) 1980年代以降の動向

スリランカでは、1980年以降、高齢化に関する各種法制度・首相令・施策が打ち出されてきた（表4-1）。この中でも2000年第9条の高齢者権利保護は大きな意味合いを持つ。この条項によって、NSEが設立された。その10年後の2010年にマヒンダチンタナ‘Mahinda Chintana’将来へのビジョンが発表され、高齢者の健康問題も含めて広範囲の対策を打ち出している。

表 4-1 高齢化対策に関連する主要トピック

年	主要トピック
1982	高齢化対策国家委員会が社会福祉省内に設立
1993	高齢者に対する国家政策が制定
1997	大統領直下のタスクチームによる高齢者ケアを含んだ保健セクター改革の提言 下記の重点分野が明記： ・高齢者のニーズ調査 ・PHCに関わる職員やボランティアへの研修に必要なマニュアル策定 ・デイケアセンターのネットワーク拡充 ・ディビジョナルレベルでの高齢者の選定 ・コミュニティ保健看護師の配置 ・高齢者向け病院の資機材改修 ・ヘルプエイジによる宗教施設をデイケアセンターとして使用する旨の提案 ・高齢者向け施設資機材の改修計画 ・コミュニティでの高齢者ケアに関する普及啓発
1997	年次保健報告書における、糖尿病や心血管疾患による入院患者の症例増加を受けて、それらの予防や治療を優先的に行う必要性がある旨の記述
1998	国家計画局による1999年～2004年6年間の開発計画プログラムへの高齢者などの脆弱なグループに対するコミュニティベースドケアの規定が付加
1998	国家人口・生殖保健政策において高齢者ケアに対する戦略を立案： (a) コミュニティケアや高齢者サービスを提供する民間事業者、NGO、コミュニティ団体、その他コミュニティの後押し (b) 被雇用者準備基金（The Employees Provident Fund：EPF）や被雇用者信託基金（The Employees' Trust Fund：ETF）などの対象とされていない高齢者に対する社会保障スキームの開発

	(c)自宅で高齢者をケアする家族に対するインセンティブの提供 (d)就職希望の若者に対して高齢者の在宅ケアに必要なトレーニングを実施
2000	Protection of Elders Rights Act No. 9 of 2000. (2000年第9条高齢者権利保護) 本条項によって、社会福祉省内に高齢者国家委員会並びにNSE、高齢者苦情処理委員会が設立。高齢者の国家基金や高齢者IDが導入。地方政府レベルやデイケアセンターでの高齢者コミッティーが設立。他の財政的援助を受給しておらず、家族や親せきがいな い70歳以上の高齢者に対する年金スキームが設立
2005	高齢化対策に関わる保健省と社会福祉省の統合的対策に関する第一回協議の実施
2006	高齢者に対する国家憲章と国家政策が内閣を通過。本憲章の目的はケア、受容、尊重な どコミュニティでの多様な生活環境の中で高齢者の自立、尊厳、社会参加、自己実現、 QOL確保、強化
2007	保健サービス事務局長が中国で開催された高齢化に対するマドリード国際計画実施レ ビューの地域ハイレベル会合に参加
2010	マヒンダチンタナ‘Mahinda Chintana’将来へのビジョンを発表 スリランカ政府の国家計画部局と財政計画省による開発政策フレームワーク策定 この政策フレームワークはヘルスセクターにおける主要課題として、(a)疾患や人口動態 変化への対応、(b)人材マネジメント、(c)脆弱性を持つグループへの対応強化が挙げられ ている 人口動態や疫学転換は高齢化に対する非伝染性疾病や生活習慣病の負担という課題を 引き起こしている。60歳以上の人口割合は現状の11%から2020年に16%、2050年には 29%になると予測されている。そのため、より多くの非伝染性疾病を含む高齢化に伴う 健康問題が将来の主要課題となる
2010	国家科学政策フォーラムの主要成果は高齢者に対するPHC強化の方向性への合意
2010	2011年～2016年の人権保護と人権予防の国家行動計画が立案
2011	高齢化 2011年～2015年の国家行動計画の一環としてWHOの支援によるマルチセク ター協議プロセス実施
2011	高齢者の権利保護条項5の内閣通過
2017	保健省による国家高齢者保健政策の立案
2018	2006年の政策に基づきNSEにより国家政策が立案され、高齢者国家委員会の承認を経 て内閣で承認予定

出所：SSD (2016) Long-term Care of Older Persons in Sri Lanka p.25-26 に2015年以降のトピックを追記して JICA  
調査団作成

## (2) 保健政策

### 1) 国家保健政策（National Health Policy）2016-2025

本政策では、国のミッションとして「質の高い予防・治療・リハビリテーションサービスを国民に提供し、最高レベルの保健状況を創出することにより、スリランカの経済・社会の発展に貢献する」と掲げており、図4-1に示す七つの方針で戦略の方向性を示している。患者中心の横断的な方針として継続ケアと個人支出への対応の2項目、予防、治療、リハビリテーション、人材育成、多分野連携といった課題別の方針として5項目の方針が設定されている。七つの方針のもとに、より細分化された対策が設定されている。各方針には、高齢化対策やNCD対策など高齢者サービスに関連する対策も含まれている。表4-2に方針毎の高齢化対策に関連する項目をまとめる。

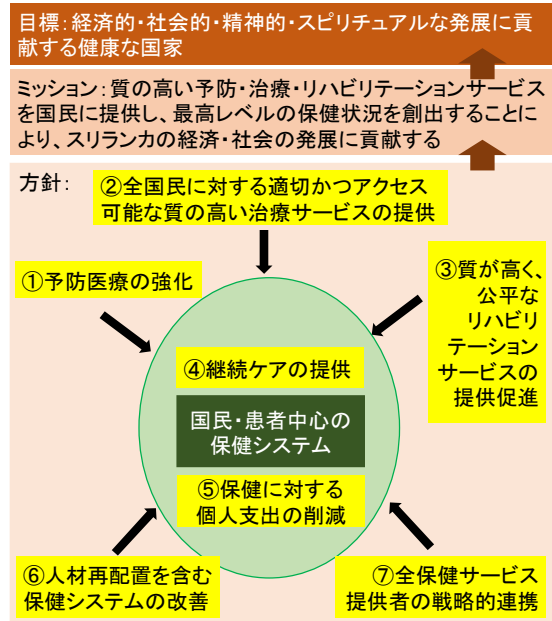


図 4-1 国家保健政策の枠組み

表 4-2 国家保健政策における高齢化対策に関連する事項

方針	対策
1 予防医療の強化	<ul style="list-style-type: none"> <li>がん予防の包括的な保健サービスを提供する</li> <li>NCDの罹患と死亡を減少する</li> <li>高齢者・障害者・避難民の健康状況を改善し、依存を減少する</li> <li>ヘルスプロモーションやヘルシーセッティング<sup>40</sup>の概念を通じて都市化に関連した健康課題に取り組む</li> <li>健康教育と宣伝を通じて保健サービスでのコミュニティの巻き込みを促進する</li> <li>原因不明の慢性腎臓病の負担を減少する包括的な保健システムを確立する</li> </ul>
2 全国民に対する適切かつアクセス可能な質の高い治療サービスの提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>包括的な循環器ケアサービスを公平に提供する</li> <li>包括的な適切な集中治療施設と適切なセンターでのペインクリニック<sup>41</sup>を確立する</li> <li>包括的な神経外科サービスをスリランカ全土において公平に提供する</li> <li>全てのレベルにおける包括的な眼科サービスのアクセスを改善する</li> </ul>
3 質が高く公平なリハビリテーションサービスの提供促進	<ul style="list-style-type: none"> <li>生と死の尊厳を重視した緩和ケアの提供を保健システムに組み込む</li> <li>多彩的・学術的・中長期的アプローチによる、公平で、効率的で、質の高い脳卒中サービスを提供する</li> <li>さまざまな状況で仕組みとプロセスを変更し、応答性の高い精神保健サービスを創出し、拡張する</li> <li>多セクター協働による健康的なエイジングを提供する</li> <li>高齢者ケアを公平に提供する</li> </ul>

<sup>40</sup> WHOでは「環境的、組織的、人的な諸要因が健康に影響し合う、人々が日々活動に従事する場所や社会的文脈」と定義している。人々が活動する場である学校、職場、病院、村、都市を、健康に関連した問題を解決する場としてとらえようとする考え方である。

<sup>41</sup> 症状や身体所見から多角的に痛みの原因を診断し、薬物療法などの各種治療法を駆使して痛みを軽減・消失させ、QOLを向上する。（日本ペインクリニック学会 [https://www.jspc.gr.jp/igakusei/igakusei\\_about.html](https://www.jspc.gr.jp/igakusei/igakusei_about.html)）

方針		対策
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 障害者の日常生活のセルフサポートを可能にするとともに、<b>コミュニティベースの包括的なリハビリテーションサービス</b>を提供する。</li> <li>• 様々なレベルで提供する<b>内分泌・糖尿病サービスの国家システム</b>を確立する</li> <li>• 質が高く、公平で効果的な<b>コミュニティの口腔衛生サービス</b>を提供する</li> <li>• 全てのタイプの<b>呼吸器系疾患の罹患と死亡を減少</b>させる</li> </ul>
4	継続ケアの提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>• コミュニティへの質の高い一次レベルのケアを提供するために、クラスター内での資源の共有を確実にする</li> <li>• 各キャッチメントエリア内での患者のリファラル・バックリファラルシステムを確立する</li> </ul>
5	保健に対する個人支出の削減	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 心筋梗塞や狭心症の冠動脈留置ステントや、白内障の眼内レンズなどの治療に必要な<b>医療資材を無料化する</b>（政府負担）</li> <li>• 公立病院での<b>診断サービスを無料化する</b></li> </ul>
6	人材再配置を含む保健システムの改善	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NCD 予防プログラムの構造を改革し、全てのサブコンポーネントを個別の NCD 予防課としてカバーする</li> <li>• 全ての地区病院と PMCU を含む一次レベルの治療サービスの管理の新しい仕組みを確立する</li> </ul>
7	全保健サービス提供者の戦略的連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>• エステート労働者の保健医療提供における<b>プランテーション企業と連携</b>する</li> <li>• 公立医療施設が民間部門に有償でサービスを提供し、国家の歳入を増やす仕組みを開発する</li> </ul>

※高齢者医療に関連する箇所を太字で表示

## 2) 保健サービス国家戦略フレームワーク (National Strategic Framework for Development of Health Services) 2016-2025

本戦略フレームワークでは、①公衆衛生セクター、②治療サービス、③リハビリテーションサービス、④保健行政と人的資源、⑤保健財政の五つの戦略領域のもと、24 の戦略テーマと、各戦略テーマにおける課題及びその戦略・活動が示されている。本戦略では、疾病別の縦割りの課題やマネジメントなどの横断的課題への対応も含まれている。

本戦略フレームワークにおける高齢化対策に直接的に関連する戦略テーマは表 4-3 に示すとおりである。戦略の領域は、予防、治療、リハビリテーションとし、戦略テーマの一つとして高齢/高齢化人口を取り上げるとともに、高齢化で課題となる NCD やがん対策、精神保健、緩和ケアもカバーする内容となっている。

表 4-3 高齢化対策に係る戦略分野と戦略テーマ

戦略領域	戦略テーマ 1	戦略テーマ 2
1. 公衆衛生セクター	1.1 変化する疾病負担	1.1.1 NCD 1.1.4 高齢/高齢化人口 1.1.5 精神保健 1.1.18 がん対策
2. 治療サービス	2.1 患者中心の医療	2.1.1 PHC の不十分な活用 2.1.8 包括的な緩和ケア
	2.5 専門サービス	2.5.6 緩和ケア 2.5.10 循環器科
3. リハビリテーションサービス		—

出所：National Strategic Framework for Development of Health Services 2016-2025

高齢化対策に係る戦略分野と戦略テーマにおける具体的な課題と戦略は表 4-4 から表 4-6 のとおりである。

表 4-4 戦略テーマ中「戦略領域 1. 公衆衛生セクター」の高齢化対策の主な課題と戦略

課題	戦略
<b>1.1.1 NCD</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 慢性・非感染性の疾病負担及びリスク要因の増加</li> <li>- 疾病負担のデータベース、成果管理指標、サーベイランスシステムの不在</li> <li>- 部門内及び部門間の調整における課題</li> <li>- 一般住民が NCD 対象者として権利を享受できる体制となっていない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 研究やモニタリングを目的とした NCD 局の設立</li> <li>- 個人のヘルスプロモーションの促進</li> <li>- セットアップアプローチ（健康な生活のための機会を作る方策－健康村、健康マーケット、健康職場、健康食堂など）の確立、法的枠組みの強化</li> <li>- 診療前ケアなどを含む救急医療ポリシーの実施</li> <li>- 慢性腎疾患、救急救命、眼科疾患に加えて、心血管疾患、糖尿病、閉塞性呼吸器疾患の研究実施、モニタリング、国家計画の実施を行うサブユニットの設立</li> <li>- 一次レベルの治療施設を通じた家庭保健アプローチ</li> </ul>
<b>1.1.4 高齢・高齢化人口</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 高齢者や障害者に優しい環境が未整備</li> <li>- 健康的なアクティブ・エイジング<sup>42</sup>に関する認識の欠如</li> <li>- 高齢者ケアに関する部門内及び部門間の協働の欠如</li> <li>- 高齢者ケアの専門サービスセンター及び専門家の不在</li> <li>- 高齢者に関する若い世代の適切な態度の欠如</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 健康的なエイジングのプログラムの設立（若い世代の一般的な理解を深め、態度を修正する）</li> <li>- 高齢者・障害者に優しい環境の整備</li> <li>- 老年学専門家の活用と公平な配置</li> </ul>
<b>1.1.5 精神保健</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2030 年にうつ病が主要な罹患率になる予測</li> <li>- 精神疾患（自殺、認知症など）の増加</li> <li>- 精神保健の問題への国民の認識が不十分</li> <li>- 国家全体の精神保健人材の不均衡な分布（例：大学の精神科医の不十分な活用状況）</li> <li>- カウンセラー、臨床心理学者、精神科ソーシャルワーカーの不足</li> <li>- 州レベル利用できる施設がない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- サービスの段階的な拡大（システムとプロトコール<sup>43</sup>、人員と施設の開発）</li> <li>- 異なった設定（場）での精神保健の促進</li> <li>- 患者に優しいサービス</li> <li>- 介護者のエンパワーメント</li> <li>- 軽度の精神疾患患者の社会的孤立の予防、診断に応じた長期フォローアップ計画の準備</li> </ul>
<b>1.1.18 がん対策</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- がんの一次予防に関する一般認識の欠如</li> <li>- 一次医療（Primary Health Care: PHC）でがん検診サービスを利用できない</li> <li>- 県レベルのがん診断施設が利用できない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- がんの一次予防に関する国民の認識の向上</li> <li>- PHC を通じたがん検診施設の設立</li> <li>- 各県にがんの診断施設を設置</li> </ul>

表 4-5 戦略テーマ中「戦略領域 2. 治療サービス」の高齢化対策関連の主な課題と戦略

課題	戦略
<b>2.1.1 PHC の不十分な活用</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- PHC を十分に活用できていない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 各県に最低一つのリハビリテーション／老年／緩和ケア病院の設立</li> <li>- リファラルシステム<sup>44</sup>のポリシーの確立</li> </ul>

<sup>42</sup> 人々が歳を重ねても生活の質が向上するように、健康、参加、安全の機会を最適化するプロセス

<sup>43</sup> あらかじめ定められている規定、手順、試験/治療計画などのことで、標準治療法を取りまとめたものや臨床研究実施計画書を指す。

<sup>44</sup> 低次レベルの医療施設では診療できない重症患者を高次医療施設へ紹介・搬送して診療することを指し、「患者紹介システム」や「病診連携システム」とも呼ばれる。また、回復期に入った患者には地域の身近な医療機関を紹介し、そこで回復支援やリハビリを受けて復帰をはかる。このようなケースをカウンターリファラル（逆紹介）

課題	戦略
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 一次レベルの治療機関の広報とサービス利用の強化</li> <li>- 全一次レベル施設への救急外傷ユニット (Emergency Trauma (Treatment) Unit: ETU) / 一次救急ユニット (Preliminary Care Unit: PCU) (救急室) の設置</li> <li>- 一次レベルの治療機関 (地区病院) のヘルシーライフスタイルセンター (Healthy Lifestyle Center; HLC) <sup>45</sup>に、NCD 担当医師を任命、村レベルでの HLC を拡張したフィールドスクリーニングクリニックの施設の設置</li> <li>- 一次レベル施設での人材、薬品、機材などの資源の確保</li> </ul>
<b>2.1.8 包括的な緩和ケア／専門的サービス</b>	
- 包括的な緩和ケア／専門的サービスが提供されていない	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 各県に一つの緩和ケアホスピスの設置</li> <li>- 県レベルでの専門センターの設立 (中毒、透析)</li> </ul>
<b>2.5.6 緩和ケア</b>	
- 完治できない患者や寝たきりの高齢者などへの、科学的に有効で簡単な方法 (緩和ケア) があるにもかかわらず、多くの市民が人生の最期にこれらのケアを受けられず、不必要に苦しんでいる	<p><u>スリランカ緩和ケア協会が提出した提案</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 緩和ケアを保健医療システムの主流に統合 (少なくとも各県のセンター)</li> <li>- 産科医と産科看護師が緩和ケアの専門的な訓練を受ける</li> <li>- コミュニティ及び家庭ベースのケア</li> </ul>
<b>2.5.10 循環器科</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- いくつかの主要都市には優れた循環器サービスがあるが、多くの末端施設では循環器救急マネジメントのための基礎施設が必要である。</li> <li>- 人口密度や州の区分に基づいて標準的な循環器治療ユニットが配置されていない</li> </ul>	<p><u>スリランカ心臓協会が提出した提案</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 全国民に対する適切でアクセス可能な循環器治療</li> <li>- 最適な循環器治療に向けた病院のクラスター化</li> <li>- 人口密度と考慮を考慮した心臓カテーテル室設計</li> <li>- 各州に二つの心臓カテーテル室の設置、人材育成実施</li> </ul>

表 4-6 戦略テーマ中「戦略領域 3. リハビリテーション」の高齢化対策関連の主な課題と戦略

課題	戦略
3.1 リハビリテーションサービスの包括的な保健政策がない	身体的／精神的リハビリテーション戦略の中期・長期フレームワークの開発 (国家障害者政策に基づく)
3.2 障害のケア (例: 理学療法士、作業療法士) の人材が不十分	リハビリテーションの保健分野の人材戦略の策定
3.3 リハビリテーションサービス (及び施設) の可用性に限界がある	国家・州レベルでの包括的リハビリテーションサービスの確立・拡大
3.4 リハビリテーションサービスのアクセスに限界がある	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. コミュニティリハビリテーション (Community-based Rehabilitation: CBR) サービスの開発</li> <li>2. 学際的なリハビリテーションチームの促進</li> </ol>
3.5 住民がリハビリテーションサービスを利用する経済的な余裕がない	薬品・機材への予算の増加
3.6 適切な社会的支援もしくは保健スキームが利用できない	国家医療保険計画の導入
3.7 PHC レベルでリハビリテーションサービスが利用できない	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 各個人への家庭医のカバーを確実にする</li> <li>2. 特別なニーズのある子どもに適切な CBR プログラムを、MOH を通じて提供する</li> <li>3. 地域看護サービスを拡張する</li> </ol>
3.10 非政府のリハビリテーション機関 (民間、NGO、コミュニティ団体 (Community-based Organization: CBO) など) との不適切な参加・パートナーシップ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 非政府セクターを巻き込んだリハビリテーションの国家計画の策定</li> <li>2. 非保健セクターを含めたセントラルアプローチの確立</li> </ol>
3.11 規制メカニズムの欠如	国家計画策定によるリハビリテーションサービスの規制メカニズムの確立
3.13 障害者のアクセスの問題	すべての医療施設に障害者のためのアクセスを促進するイン

という。(日本国際保健医療学会 国際保健用語集)

<sup>45</sup> 一次医療施設に併設されている機能で、35 歳以上の成人を対象に NCD のスクリーニングを行っている。「4-3-2 行政・サービス実施体制」にも説明を記載。

課題	戦略
	フラを整備する
3.16 リハビリテーションの機関内外の調整不足 例：CBR、道路安全ポリシー	1. CBR プログラムの強化 2. 他の形態／代替医療の伝播 3. リハビリテーションケアの複合サービスをつくるためのあらゆる形態の医療の統合

出所：National Strategic Frame work for Development of Health Services 2016-2025

### (3) 高齢者関連政策・計画

青少年・高齢者・障害者サービス（Youth, Elder and Disability:YED）課では国家高齢者保健政策を策定し、2017年1月には閣議決定され、高齢者ケアが国家として優先的に取り組むべき課題として位置付けられるなど、高齢者ケア政策に関する議論を進めている。本政策では保健サービス提供体制を強化するためのメカニズムの確立、セクター横断的な調整、治療、予防、リハビリテーションといったサービスを公平かつ包括的に提供するための施設整備や人材育成、根拠に基づいた研究支援など七つの戦略が立てられている。

しかし、この政策の検討過程において、ケアの必要な高齢者は医療施設、在宅のいずれにおいても十分なケアが受けられていない現状が明らかになった。保健省はこうした課題に対し、2017年に高齢者保健医療提供計画を作成し、既存の医療施設を改良して療養型ケア病床を設けるなどの対策を始めている。

2019年にJICAが実施した高齢者の療養型ケアに関する情報収集調査の最終報告書(Data Collection Survey on Intermediate Care of Elderly Persons)によると、2017年の閣議決定後、高齢者対策に関する具体的な戦略フレームワークや介護行動計画は策定されていないが、YED課は上記の政策や計画に基づいて活動していることが報告されていた。しかし、ケアを必要とする高齢者を対象としたコミュニティのサービス提供体制など、高齢者向けのサービスが十分に提供されているとはいえない。以下に、高齢者関連の政策や計画の概要を示す。

#### 1) 国家高齢者保健政策（National Elderly Health Policy）

スリランカでは高齢化が進み、高齢者のNCDの罹患率も顕著に増えている。公立医療施設では、無償で医療サービスを提供し、ユニバーサルヘルスカバレッジ（Universal Health Coverage: UHC）の達成を目指しているが、高齢人口の増加や高齢者のNCDの罹患に伴い、医療サービスの利用やそれに必要な予算も増大することが見込まれる。他方、現行の保健システムは、高齢者のニーズを勘案した仕組みになっていないため、今後、介護、リハビリテーションサービス、デイケアサービス、在宅ケアといった高齢者のニーズも踏まえた保健医療サービスの提供体制への転換が必要とされている。このような状況に対応すべく、本政策が策定され、2017年1月に閣議決定された。本政策の主要な目的と戦略を表4-7に示す。

表 4-7 国家高齢者保健政策の目的と戦略

政策目的
- 高齢者が最善の健康を維持できるように、高齢者が保健医療サービスの包括的なパッケージを利用できるようにする。

<ul style="list-style-type: none"> <li>- 老年期の疾病と障害を最小限に抑えられるように、全人口がライフコース<sup>46</sup>を通じて健康増進や予防保健のサービスを利用できるようにする。</li> <li>- 民間部門や非政府組織を含むすべての高齢者保健医療プロバイダーを奨励及び指導する。</li> <li>- 高齢者保健医療サービスが公平に提供されるようにする。</li> <li>- 予防、治療、緩和ケア、リハビリテーション、介護を含む高齢者保健医療を管理するために、十分に訓練された人材を確保するようにする。</li> <li>- 高齢者ケアのあらゆる側面において、高齢者ケア団体、ボランティア、コミュニティに権限を与える。</li> </ul>
戦略
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 高齢者向けの包括的な保健医療サービスのための政策ガイドライン及びサービス提供手段を強化するメカニズムを確立する。</li> <li>- 高齢者ケアに関するあらゆるレベルでの学際的及び部門間の調整を確立する。</li> <li>- あらゆるサービスレベルで、公平で統合された治療、予防、及びリハビリテーションのサービスを提供するための最適な施設と人材の提供を確保する。</li> <li>- すべてのレベルで健康なエイジングを促進するために、文化や年齢に適した介入の計画、実施、モニタリング・評価を確実にする。</li> <li>- 高齢者ケアのための保健及びその他の関連サービス提供者を育成するためのメカニズムを確立する。</li> <li>- 実践に向けた調査及びエビデンスに基づいた情報の適用を促進する。</li> <li>- 高齢者ケアを支援するために、高齢者の障害を含む情報システムを確立する。</li> </ul>

出所：National Elderly Health Policy

## 2) 高齢者保健医療提供計画 (Elderly Health Care Delivery Plan) 2017

2017年にYED課が立案したもので、高齢化対策として各レベルの医療サービス提供の改善の提案を行った。具体的な項目は、表4-8に示す。

下記の計画の進捗について、保健省YED課に確認したところ、本計画はあくまで提案であり、実施を想定しているものではなく、YED課としてもこれらの実施に向けた活動はしておらず、現場に委ねているとのことであった。結果、YED課はコロombo県と協力して利用の低迷している地区病院の一つであるアトゥルギリヤ地区病院を、モデルセンターとして中期高齢者ケアユニットへの改修および準備を進めている。

表 4-8 高齢者保健医療提供計画の概要

医療施設	具体的サービスの内容	確認できた進捗
三次医療・救急	ハンダラの国立老年医学研究所を研究・研究機関とする	様々な理由により未実施。後に高齢者介護計画の国家運営委員会において、高齢者トレーニング施設への開発が決まった。それまでは、利用の低迷する地区病院を中期高齢者ケアユニットに改修して対応する。
	脳卒中ユニットを下記の施設に設置する <ul style="list-style-type: none"> <li>- 教育病院：ジャフナ、アヌラーダプラ、クルネーガラ、キャンディ、カラピティヤ</li> <li>- 州総合病院：ラトゥナプラ、バドゥッラ</li> </ul>	2019年の年次計画では、以下の施設にて脳卒中ユニットを設置することになっている。(実施状況は不明) <ul style="list-style-type: none"> <li>• 脳卒中ユニットの設置：ジャフナ、アヌラーダプラ、クルネーガラ、キャンディ、ラトゥナプラ、アンパーラ</li> </ul>

<sup>46</sup> 人生全体を総称して多様な現象を包括する言葉として、現在では広く用いられている。  
[https://www.jstage.jst.go.jp/article/ojjams/21/1/21\\_1\\_13/\\_pdf](https://www.jstage.jst.go.jp/article/ojjams/21/1/21_1_13/_pdf)



医療施設	具体的サービスの内容	確認できた進捗
	<ul style="list-style-type: none"> <li>県総合病院：ポロンナルワ、マータラ、アンパーラ</li> <li>基幹病院：ムレリヤワ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>脳卒中ユニットの建設：アヌラーダプラ、バドゥッラ、ポロンナルワ</li> <li>脳卒中ユニットのサービスの改善；キャンディ、カラピティヤ</li> <li>ムレリヤワ：脳卒中ユニットの設置、機材の購入</li> </ul>
	リハビリテーション病院／ユニットを下記の施設に設置する <ul style="list-style-type: none"> <li>ラガマリハビリテーション病院（コロombo北教育病院）</li> <li>カラピティヤ</li> <li>バドゥッラ</li> <li>ディガナ</li> <li>ポロンナルワ</li> </ul>	ラガマリハビリテーション病院では、リハビリテーション体制を強化している。それ以外に 2019 年の年次計画では、以下のリハビリテーションに関する対応が計画されている。（実施状況は不明） <ul style="list-style-type: none"> <li>アルコールリハビリテーションセンター：アヌラーダプラ、モネラガラ、ハンバントタ</li> <li>カラピティヤ病院にリハビリ病院施設として併設されているマリバン病院の転換（YED 課：予算付けを支援したが資金不足で未完）</li> <li>ジャフナ教育病院、ポロンナルワ県病院：リハビリテーションユニットの建設</li> <li>トリンコマリー県病院：リハビリテーションユニットの改築</li> </ul>
	義肢装具センターの設置	未実施（YED 課）
	全ての病院での高齢者に対応した設備（内装、トイレ、廊下など）の設置	未実施
	全ての保健施設での高齢者のニーズに対応した外来サービスの改善	未実施
二次医療 長期ケア	長期高齢者ケアに対応できる施設の設置 9 州 26 地区、1 地区あたり 1～4 病院を対象とする。	中期高齢者ケアユニットの設立がアトゥルギリヤ地区病院で進行中で、コロombo南教育病院や、ホマガマ基幹病院およびNHSL より患者を受け入れ予定
一次医療	コミュニティレベルでの長期ケアの実施	未実施
	高齢者委員会／クラブとの連携による一次医療の提供	未実施
その他	高齢者医療に必要な人材（理学療法士、作業療法士、言語療法士、義肢装具士）の育成	通常の人材育成の一環として実施中

出所：Elderly Health Care Delivery Plan 2017

#### 4-1-2 行政区分

スリランカは一つの中央政府、九つの州政府があり、それぞれ別の財源を持っている。各州は2～5 県を管轄し、全 25 県内に更に小さな行政単位として計 331 の DS 地区＝郡がある。郡を細かく分けた最小の行政単位が計 14,022 の GN 地区である<sup>47</sup>。

<sup>47</sup> Ministry of Public Administration and Management Website  
[https://web.archive.org/web/20170110065520/http://www.pubad.gov.lk/web/index.php?option=com\\_content&view=category&id=19&layout=blog&Itemid=65&lang=en](https://web.archive.org/web/20170110065520/http://www.pubad.gov.lk/web/index.php?option=com_content&view=category&id=19&layout=blog&Itemid=65&lang=en)

表 4-9 スリランカ各郡の数 (2012 年)

州政府	県	郡
西部州	コロombo県	13
	ガンパハ県	13
	カルタラ県	14
中部州	キャンディ県	20
	マータレー県	11
	ヌワラエリヤ県	5
南部州	ゴール県	19
	マータラ県	16
	ハンバントタ県	12
北部州	ジャフナ県	15
	マンナール県	5
	バブニヤ県	4
	ムッライッティエーヴー県	6
	キリノッチ県	4
東部州	バッティカロア県	14
	アンパーラ県	20
	トリンコマリー県	11
北西部州	クルネーガラ県	30
	プッタラム県	16
北中部州	アヌラーダプラ県	22
	ポロンナルワ県	7
ウバ州	バドゥッラ県	15
	モナラーガラ県	11
サバラガムワ州	ラトゥナプラ県	17
	ケーガッラ県	11

※表中の数字は各行政単位の郡数。なお、各郡内にGNが複数存在するがここでは割愛した。

出所：SRI LANKA Administrative Division <https://citypopulation.de/php/srilanka-admin.php>

## 4-2 社会福祉省管轄高齢者支援<sup>48</sup>

### 4-2-1 行政・サービス実施体制

前述の関連法制度に基づき、高齢者に対する権利保護や経済的支援を進めている。中央政府、州政府の高齢者関連予算を基に各機関では事業別に予算を配分し、現場では各機関の職員が関連施設や団体、高齢者に対して経済的支援や活動を行っているが、一部民間の参入も進みつつある。しかし、WB (2019) によると、高齢者の急速な増加に伴い、高齢者の預金、年金、介護など高齢者を支える社会システムは内容、範囲いずれも不十分であるとされている<sup>49</sup>。

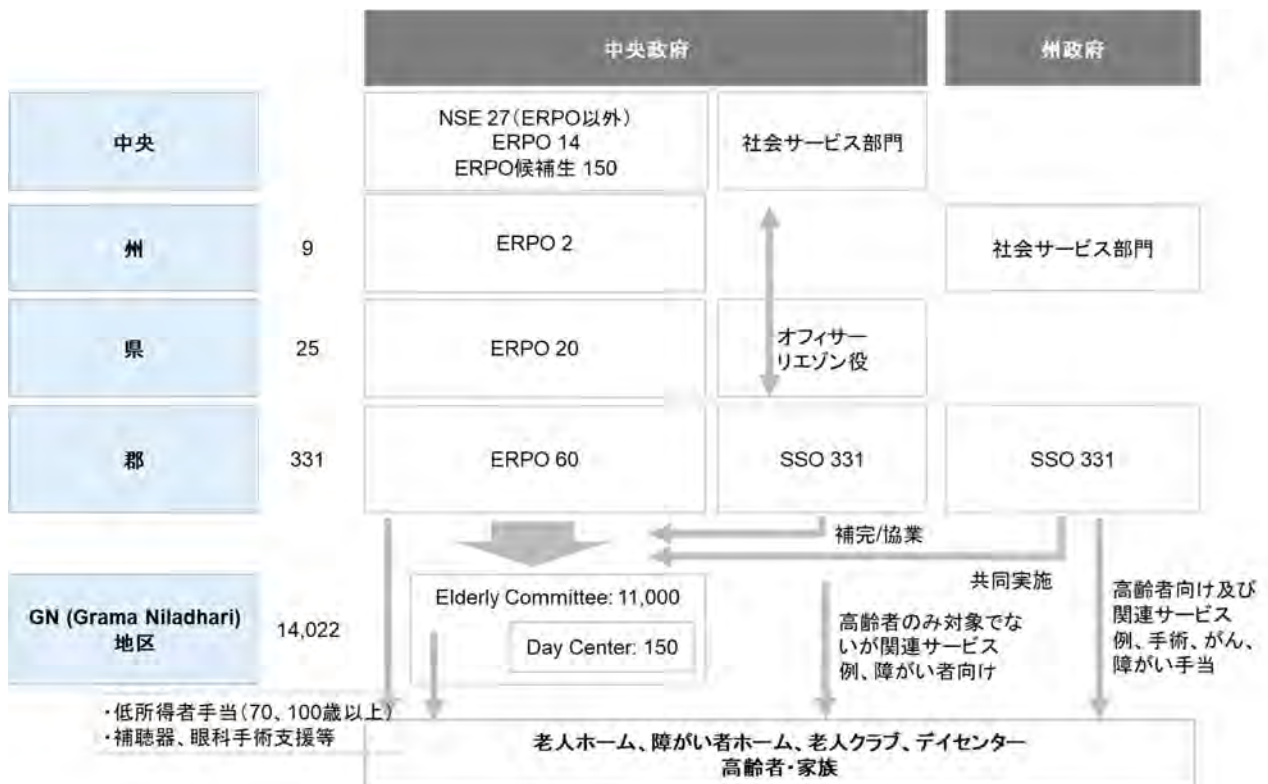
現在の社会福祉省の高齢者支援を取り巻く全体像を図 4-2 に示す。左の縦軸で行政単位を示し、中央、州、県、郡、GN と範囲が狭まっていく。行政単位の横に書かれている数字が各単位の数であり、スリランカには一つの中央政府があり、九つの州、25 の県、331 の郡、14,022 の GN 地区がある。それぞれの単位での体制を右軸に記載している。中央のNSEは、高齢者対策を専門に扱う機関を指している。その機関で働く職員の一部はNSE27名、多くは高齢者福祉促進オフィサー (Elders' Right Promotion Officers : ERPO) と呼ばれている。ERPOは各行政単位に存在している。社会サービ

<sup>48</sup> 2020年8月総選挙後に省庁再編があり、NSEは保健省に移管された。

<sup>49</sup> WB 「SRI LANKA DEVELOPMENT UPDATE」(2019) p.31。

ス部門（Department of Social Service : DSS）は高齢者を含む障害者を中心とした社会的弱者への支援を行う部門である。社会サービスオフィサー（Social Service Officer : SSO）と呼ばれる専門職員が中央、州、県、郡単位で業務を実施している。中央、州、それぞれの政府に社会サービス部門が存在し、ERPO が地区に配置されていない場合、ERPO だけでは対応が難しい場合、SSO が ERPO の役割を代替し、高齢者の問題に対応している。

GN 地区には高齢者コミッティー（Elderly Committee）と呼ばれる主に高齢者が集う団体が 11,000 存在し、その中に日中活動できるデイセンターが 150 ある。高齢者・家族は ERPO、SSO、高齢者コミッティーなどから各種支援を受けられる状態である。



出所：JICA 調査団作成

図 4-2 社会福祉省関連：中央・地方政府による高齢者支援

中央政府の DSS、SSO のドミニク氏によると GN 地区レベルでの関係者の連携（情報共有や役割分担）は十分でない。その他にも高齢者の社会参加が少ない点、その結果知恵や経験が若い世代に継承されていない点、都市に引っ越した夫婦が高齢者の親を都市に呼び、高齢者のストレスが増加している点などが課題としてあげられる<sup>50</sup>。夫婦の娘が母親だけを家に呼び、父親は一人で住む事象も増え、認知症の増加に拍車をかけている例なども報告されている。

また、西部州の DSS の長であるチャンディマ氏によると、①現在の高齢者ケアは NSE、中央政府の DSS、州政府の DSS が行っているが、業務の重複も多く、資源（時間、人材、資金など）が適切に活用されていない、②高齢者施設でケアを提供する職員ケアギバーの数も足りない、③健康な高

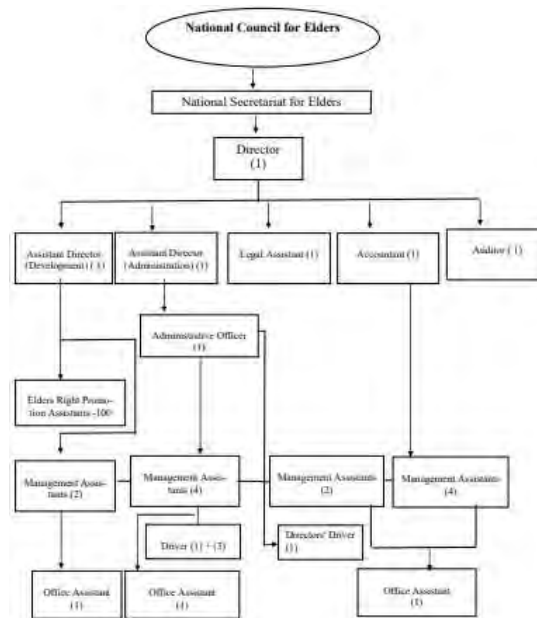
<sup>50</sup> 2020 年 3 月のヒアリングによる。

齢者、介護が必要な高齢者が互いに助け合う「Self-Sustaining Home」のコンセプトの普及もこれからである、といった課題をあげていた<sup>51</sup>。

#### 4-2-2 行政の役割（国・地方自治体）

##### (1) NSE

社会福祉省傘下のNSEが高齢者福祉を専門に取り扱うスリランカの主要機関である。Protection of Elders Rights Act No. 9 of 2000（2000年第9項高齢者の権利保護法）を設立根拠としている。高齢者国家委員会（NCE：National Council for Elders）が高齢者問題の最高意思決定機関である。NCEの任期は3年であり、担当省庁職員、高齢者サービス提供団体職員、医師などの専門家など16名で構成している。なお、NCEの事務局長には、NSEのディレクターが就任することがThe Rights of Elders Act Number 9 of 2000 Act and Protection of the Rights of Elders (Amendment) Act Number 5 of 2011に明記されている。



出所：NSE資料（括弧内人数は配置人数）

図 4-3 NSEの組織図

2020年3月時点のヒアリングによると、NSE管理部門のアシスタントディレクター、法務アシスタント他いくつか空席がある。また、組織図に記載のない人員として運転手5名、高齢者福祉促進オフィサー（Elders' Right Promotion Officers：ERPO）候補生140名（給与はNSEからでなく各省庁から支払われ、組織体制外）が存在する。

高齢者の権利を保護し、対策を担う人材であるERPOは100名の定数中96名が配置されており、内訳は、中央担当（Head Office）14名、州担当（Province）2名（※州担当とのコミュニケーションを行う役割で州政府の職員ではない）、県担当（District）20名、郡担当（Division）60名である。州担当は主に県担当のERPOとやり取りをし、県担当のERPOへ活動方針を展開する。県担当は郡担

<sup>51</sup> 2020年3月のヒアリングによる。

当 ERPO の上司にあたり、郡担当 ERPO を管理し、支援する。郡担当 ERPO は現場で高齢者関連の調査、高齢者施設モニタリング、高齢者コミッティー支援、高齢者宅訪問、啓蒙プログラムの企画実施（リタイア前プログラム、学校との連携プログラム、栄養健康プログラムなど）、高齢者向けイベントの企画実施（運動プログラム、高齢者の日など）などを行う。

ERPO は 2005 年から活動を開始し、当初は全員が郡担当の ERPO であった。年を経て ERPO の業務範囲が拡大すると担当 ERPO を管理する役割が必要となり、経験年数の長い職員が昇進した。現在の ERPO の採用要件は、学士号及び国立社会開発研究所（National Institute for Social Development : NISD）が実施する 2 年間の高齢者ケア課程修了である<sup>52</sup>。

各 ERPO は下表の職務記述書（Job Description）に沿って職務を遂行する。担当にかかわらず、ERPO には高齢者に関わる多様な業務の実施が求められており、基本的に職場内訓練（On-the-Job Training : OJT）を中心に業務を通じて専門スキルを高めていく。一方、全ての ERPO に高齢者関連 Diploma コース（夜間）の取得を促しており 2020 年は 20 人程度が取得予定である<sup>53</sup>。

表 4-10 ERPO の職務記述書

責任範囲	<p>社会福祉省の傘下にある他機関と連携し NSE の諸活動を実行すること</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● NSE のプロジェクトやプログラムに関する進捗確認、評価、現場レベルでの調整</li> <li>● 郡レベルでの NSE 関連プロジェクトやプログラムのフォローアップ</li> <li>● NSE のプロジェクトやプログラムに関する進捗確認、評価、現場レベルでの調整</li> <li>● 高齢者に関する問題の特定、特定した問題の関係者への伝達、問題解決策の実行とフォローアップ</li> <li>● NSE のプログラムや進捗に関する国民意識の醸成、その他 NSE のディレクターが指示した事項への対応</li> <li>● 同時並行での新サービスの企画実施に関連する活動</li> </ul>
職務内容	<ol style="list-style-type: none"> <li>① 任命された地区での計画策定</li> <li>② 地区の地図作成、地図の更新管理</li> <li>③ The Elder Right Protection Act, No. 09 of 2000（2000 年第 9 条高齢者権利保護）に基づき設立された NSE の活動や意思決定の支援</li> <li>④ 国、州、県、郡、地区レベルでの高齢者へのサービス提供の調整</li> <li>⑤ 子どもたちによってケアされていない高齢者からの調停委員会への直接的申請支援</li> <li>⑥ 60 歳以上の高齢者 ID の作成支援、中央政府、州政府、NGO への啓発</li> <li>⑦ 郡にいるすべての低所得高齢者へのコンタクトレンズの提供</li> <li>⑧ 高齢者が満足できる生活のために GN レベルでのエルダーデイセンターの設立推進</li> <li>⑨ 郡レベル、GN レベルでの高齢者コミッティーの設立推進</li> <li>⑩ The Clause 16 of Elder Right Protection Act, No. 09 of 2000 に基づく高齢者支援を行う事業者の登録推奨</li> <li>⑪ 高齢者サービスに関する GN レベル、郡レベルでの啓発プログラムの実施</li> <li>⑫ 中央政府、州政府、NGO 職員が実施する高齢者向けサービスに関するワークショップの企画実施</li> <li>⑬ 高齢者や高齢者支援に関連する調査やセンサスの実施</li> </ol>

<sup>52</sup> ERPO を希望する職員は他の公的機関に比べて少ないとのこと。主な理由は NSE 職員が政府年金ではなく従業員基金の対象となるためである。詳しくは 4-4 に記載する。

<sup>53</sup> 2020 年 3 月 NSE とのヒアリングによる。業務に関連するセミナーがあれば参加も可能であるとのこと。

⑭	NSE が刊行する書籍や雑誌の刊行支援、刊行した書籍や雑誌の人々への配布
⑮	10月1日に開催される国際高齢者の日を祝う式典の企画実施、農村への案内
⑯	毎月25日までの月次計画の提出、毎月5日までのプログラム実施、活動レポートの提出
⑰	NSE のディレクター並びに州レベルの社会サービス部門ディレクターへ同報の上、郡次官アシスタントへ毎月5日までの月次進捗レポートの提出
⑱	その他 NSE や州レベルの社会サービス部門の関連プログラムやプロジェクトの業務
⑲	その他郡次官が任命する業務

出所：NSE 資料を JICA 調査団が作成

表 4-11 ERPO の業務例

氏名	Ms. Miuchala Maddepola
概要	郡担当の ERPO 現在、ガンパハ地域内にある四つの高齢者施設を担当 四つの施設は西部州で登録済、中央政府への登録を目指す（NSE の注力施設） 各高齢者に対して DSD オフィサー、起業支援オフィサー、農業支援オフィサーと連携し支援を行っている。
業務内容	<p>&lt;施設管理&gt;</p> <p>1週間に1度か2度施設へ訪問 訪問時はモニタリングを行う モニタリングの内容は、料理（朝食、昼食、夕食）の内容、入居者の健康状態、医療へのアクセス、建物の状況、ケアの様子、セキュリティなど モニタリングの日付、内容、記載者は施設の記録帳に記録する</p> <p>&lt;家庭訪問&gt;</p> <p>ホットラインで緊急連絡があった高齢者の自宅へ行き、状況を確認する 身寄りがない人の入院支援や経過観察を行う 小規模起業支援を行う（行っている）自宅訪問し、事業の推移や課題を確認する 政府から不正に補助金を得ていないかを確認する（自宅にカメラのようなぜいたく品を持つ家庭でも低所得者用支援金を得ていた事例がある）</p> <p>&lt;高齢者コミッティーの支援&gt;</p> <p>初期診療として 100,000 ルピー/月の財政支援を行っている イベント開催支援、政府代表としての参加（13年継続した高齢者コミッティー、87歳の男性に賞を授与する式典） 啓蒙活動として、学校にてファシリテーターとして子どもに対して、高齢者との付き合い方を伝えるワークショップを開催する</p>

出所：現地調査並びに追加ヒアリングにより JICA 調査団が作成

## 1) 予算

NSE は社会福祉省から予算配分である国庫基金 (Treasury Fund) と独自プログラムである社会保障基金 (Social Security Fund) の一部を財源に活動を行う。NSE から提供のあった 2020 年 1 月～4 月の行動計画の予算資料によると、国庫基金は 20 億ルピー、社会保障基金は 1 億 680 万ルピーである。

社会保障基金はNSEが国庫基金を元手に2016年より開始したプログラムである。同基金の収支は下記の通りである。同基金からの事業支出は2019年より開始している。

表 4-12 社会保障基金の収支（ルピー）

年	歳入	項目	支出	項目	合計 (歳入- 支出)
2016	427,704,100.00	最低 2,000 ルピーの積み立て	250.00	銀行手数料 など	
2017	471,094,400.00	最低 2,000 ルピーの積み立て	160,305.00	銀行手数料 など	
	52,991,473.11	利息			
2018	485,467,300.00	最低 2,000 ルピーの積み立て	1,000.00	銀行手数料 など	
	83,336,973.34	利息			
2019	502,813,900.00	最低 2,000 ルピーの積み立て	287,432,837.43	プロジェク ト支出	
	166,032,975.09	利息			
2020	34,990,700.00	最低 2,000 ルピーの積み立て	-	プロジェク ト支出 (-1/31)	
	42,911,339.32	利息			
	2,267,343,160.86	計	287,644,392.43	計	
					<b>1,979,689,768.43</b>

出所：NSEからのヒアリングを基に JICA 調査団作成

## 2) NSE の活動実績

NSE の内部資料によると、活動項目と実績は下表の通りである。

表 4-13 NSE の活動と実績

項目	実績
高齢者コミッティーの設立支援	11,550 か所の高齢者コミッティー
高齢者施設の支援 <sup>54</sup>	306 か所の施設、8,555 人の高齢者が居住、20 万ルピー
高齢者への機材（眼鏡、補聴器）の提供	-
調停委員会の実施	-
デイセンターの設立	約 150 か所のデイセンター、25 万ルピー
高齢者医療クリニックの実施	297 万ルピー
高齢者トレーニング、啓発、調査	-
定年前プログラム実施	-
70 歳以上の低所得者向け手当の提供	416,667 人、待機リスト（137,771 人）

<sup>54</sup> 2020年1月NSEとのヒアリングによると、50人規模など一つの高齢者施設設立に必要な予算感はない。各州に政府、民間双方のモデルとなる施設を設立したい（今後WB支援により実施予定）。現在は、自立している人へのサービスだが、将来的には自立していない（寝たきり、車いす、認知症など）の高齢者サービスも考えている。

100歳以上の手当の提供(一人当たり5,000ルピー/月)	386人、待機リスト(204人)
60歳以上の高齢者向けIDカードの発行	800,000人
生計向上活動目的の20,000ルピー貸付	612件
ケアギバーサービスの提供	実施できず(WB支援による1,000人へのトレーニングを想定した)
Health Camp(DSレベルでの月に1度の高齢者向け健康診断)の実施	-

出所：NSE資料並びに追加ヒアリングによりJICA調査団作成

また、NSEは新型コロナウイルスへの対応として、70歳以上に特別手当支払も実施した。その対象はすでに高齢者手当を受給している高齢者だけでなく、高齢者手当の申請中の高齢者、高齢者手当申請をしていないが、高齢者コミッティーから推薦された70歳以上の高齢者である。

表 4-14 70歳以上を対象とした5,000ルピー特別手当(2020年5月22日付)

#	県	受給者	受給待ち(審査中)リスト	村の老人コミッティーにより特定された人数	合計受給対象者	実際に支払われた人数	支払われた金額	合計受給対象者に占める実際に支払われた人数の割合(%)
					D=(A+B+C)			
		A	B	C		E	F=D*E	
1	プッタラム県	16,229	6,110	1,789	24,128	24,085	120,425,000	99.82
2	クルネーガラ県	38,655	13,716	6,979	59,350	58,596	292,980,000	98.73
3	バドゥッラ県	25,036	4,649	2,552	32,237	30,054	150,270,000	93.23
4	モナラーガラ県	11,227	3,065	332	14,624	14,363	71,815,000	98.22
5	ケーガッラ県	17,163	8,686	3,472	29,321	28,880	144,400,000	98.50
6	ラトゥナブラ県	26,206	12,881	1,760	40,847	38,226	191,130,000	93.58
7	マータレー県	11,812	4,822	638	17,272	17,029	85,145,000	98.59
8	キャンディ県	25,873	7,179	2,374	35,426	35,353	176,765,000	99.79
9	ヌワラエリヤ県	18,579	9,722	4,553	32,854	32,754	163,770,000	99.70
10	ハンバントタ県	12,061	7,919	3,055	23,035	23,035	115,175,000	100.00
11	マータラ県	20,809	8,640	2,342	31,791	31,609	158,045,000	99.43
12	ゴール県	24,528	12,342	1,169	38,039	38,039	190,195,000	100.00
13	カルタラ県	27,028	10,895	1,370	39,293	39,293	196,465,000	100.00
14	コロambo県	18,026	7,897	8,958	34,881	34,424	172,120,000	98.69
15	ガンパハ県	30,873	16,286	4,031	51,190	51,190	255,950,000	100.00
16	アヌラーダブラ県	18,871	4,699	956	24,526	24,236	121,180,000	98.82
17	ポロンナルワ県	5,662	4,427	1,973	12,062	11,652	58,260,000	96.60
18	パッティカロア県	13,211	1,840	841	15,892	15,834	79,170,000	99.64
19	アンパーラ県	14,859	3,529	2,826	21,214	20,736	103,680,000	97.75
20	トリンコモリー県	6,966	1,637	1,370	9,973	9,878	49,390,000	99.05
21	ジャフナ県	19,910	3,523	542	23,975	23,940	119,700,000	99.85
22	バブニヤ県	3,315	1,257	181	4,753	4,753	23,765,000	100.00
23	キリノッチ県	3,823	725	372	4,920	4,909	24,545,000	99.78
24	マンナール県	2,572	627	231	3,430	3,430	17,150,000	100.00
25	ムッライッティーヴァー県	3,373	647	161	4,181	4,179	20,895,000	99.95

出所：NSE資料を基にJICA調査団作成



### 3) NSE の中部州での取り組み<sup>55</sup>

NSE は各県に ERPO を配置している。例えば、キャンディは 19 の郡があり、基本的に各郡に 1 名 ERPO が派遣されており、ERPO が足りない二つの郡には SSO2 名が対応している。活動は高齢者への 2000 ルピー提供、イベント開催支援、高齢者施設への経済支援など NSE 本部と同じである。中部州全体に高齢者施設と入居者は次の通りである（キャンディ 13 施設・360 名、ヌワラエリヤ 3 施設・40 名、マータレー 3 施設・94 名）。予算は昨年実績と申し出に応じて NSE 本部から配分される。県レベルの ERPO は 3 ヶ月に 1 度 NSE のコロombo本部を訪問し、進捗報告を実施する。また、州内の各県 ERPO は月に 1 度会合の機会を持つ。

ERPO や SSO が認識する課題は下記の通りである。

- 必要看護師スキルを持ったマネージャーやケアギバーが高齢者施設にいない点
- 高齢者施設ではケア、栄養など関連するトレーニングの機会がない点
- マネージャーやケアギバー、他職員へ適切な賃金が支払われず、雇用確保もされていない点
- ERPO や SSO による高齢者施設のモニタリングは不定期であり、高齢者施設から要請があった場合のみモニタリングが実施される点

### (2) 社会サービス部門 (Department of Social Service : DSS)

DSS<sup>56</sup>は、社会福祉省内のスリランカの社会サービス全般を担当する部門である。社会サービスオフィサー (Social Service Officer : SSO<sup>57</sup>) と呼ばれる専門職員が中央、州、県、郡レベルでそれぞれ下記の目的<sup>58</sup>を達成するために業務を実施している。DSS の対象は主に障害者であるが、高齢による障害者も含まれるため、高齢者支援の側面もある。

#### SSO の高齢者関連の業務

- 障害者への公平な機会を保障すること
- 障害者への経済的保障を提供し、精神的依存を最小化すること
- 障害者の身体的、精神的活動と共に個性やスキル、創造性を開発すること
- 障害者へサービスを提供する人たちに対して知識、スキル、姿勢を教育すること
- 障害者へのサービスを提供するボランティア団体を支援すること

表 4-15 DSS の活動と実績 (2018 年 12 月 31 日時点)

項目	実績
コミュニティベースドリハビリテーション	14.503 百万ルピー
視覚障害者 (若者、教師など) への支援	教師ワークショップ参加 60 名、 7.33 百万ルピー
病院と連携した高齢者の住まい提供プログラム (高齢者の生活拠点支援)	毎月 10 名程度 (コロombo・キャンディなどの病院)

<sup>55</sup> 2020 年 9 月のキャンディの ERPO、SSO とのヒアリングより。

<sup>56</sup> 2020 年 8 月総選挙後に省庁再編があり、DSS は保健省に移管された。

<sup>57</sup> SSO の採用要件は学士号もしくは National Institute for Social Development (NISD) が実施する 2 年間の高齢者ケア課程修了証であり、ERPO よりも緩やかである。

<sup>58</sup> Department of Social Services Website による。

出所：DSS Performance Report（2018）並びに追加ヒアリングにより JICA 調査団作成

SSO の採用は社会福祉省<sup>59</sup>で行われ、配属先の一つである SSO に配属後、SSO としての専門性が磨かれていく。SSO は、県次官又は郡次官を通じて、社会福祉省長官、社会サービスディレクターに報告する義務がある。

表 4-16 高齢者関連の SSO の職務記述書

責任範囲	<p>極度の貧困状態に陥っている人や特別な障害、脆弱な状況に置かれている人に対する政府の政策やプログラム実行、監督、調整、フォローアップ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 社会サービス、社会福祉に関連するすべてのプログラムの計画、実行、企画、調整</li> <li>● ソーシャルサービスプログラムの実行、企画、調整に関わる他チームとの協働</li> <li>● 配属後の SSO、経験の浅い SSO、ボランティアへのトレーニングと支援</li> <li>● 四半期に一度、半期に一度、年に一度の進捗レポートの準備、その準備内容の社会ディレクターやその他関連機関への共有</li> <li>● 社会サービスや社会福祉の援助に関する提案</li> </ul>
職務内容	<p>1) 下記法や規制に基づいた活動</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Protection of the rights of people with disabilities, No. 28 of 1996（1996 年第 28 条障害者の権利保護）</li> <li>b. Registration of volunteer social services organizations, No. 31 of 1980, (Amendment, No. 8 of 1998)（1980 年第 31 条ボランティア社会サービス機関の登録、修正 1998 年 8 条）</li> <li>c. Elderly rights protection act No. 9 of 2000（2000 年第 9 条高齢者の権利保護）</li> <li>d. Social security board act No. 17 or 1996（1996 年第 17 条社会保障基金）</li> <li>e. Prevention of domestic violence Act, No. 34 of 2005（2005 年第 34 条家庭内暴力防止）</li> <li>f. National policy on disability（障害者に関する国家政策）</li> <li>g. Laws and regulations to protect right to access the places by the disabled; Act No. 26 of 1996 to protect the equal rights and access rights of the disabled provided by the United Nations on 20/12/1993（1993 年 12 月 20 日国連による障害者への公平権とアクセス権の保護を踏まえた高齢者の全ての場所へのアクセス保護する 1996 年第 26 条の法規制）</li> <li>h. Disaster management act, No. 13 of 2003（2003 年第 13 条の災害マネジメント）</li> <li>i. Loitering Ordinance（浮浪条例）</li> <li>j. Sports clubs and social clubs act, No. 17 of 1975（1975 年第 17 条スポーツクラブ、社会クラブ）</li> <li>k. Any other act regarding social service and welfare that many come into being in the future（社会サービス、社会福祉に関係する将来の法や規制）</li> </ol> <p>2) コミュニティベースの障害者へのリハビリテーションプログラムの実施</p> <p>3) 社会や家庭環境による社会学的問題を特定し、カウンセリングプログラムや啓発プログラムの計画実施</p> <p>4) 障害者が公共施設やサービスセンターに公平にアクセスできるように民間が実施する支援プログラムとの積極的な協働</p>

<sup>59</sup> 2021 年年初の組織改編で、NSE、DSS 共に保健省から State Minister of Primary Health Care, Epidemics and Covid Disease Control, State Ministry に移管されている。

5) 高齢者の権利保護と福祉確保
6) コミュニティ開発へのコミュニティ団体への監督指導
7) 人間・コミュニティ開発のための調査研究に活かすデータ収集
8) 地域や国家開発を推進するための国際機関や NGO との資源の調整
9) 社会保障プログラムに関する啓発セッションの実施と参加の促進
10) 医療や備品ニーズに関する社会サービス部門、社会福祉省、大統領事務局への提案
11) 様々な社会暴力によって生じた賠償や福祉を政府から獲得するためのプログラムの実施
12) 専門知識を活用した SSO やボランティアに対するトレーニングや指導による社会開発や福祉目標の達成
13) 郡次官通じた全ての利害関係者への四半期、半期、年間進捗報告の共有ミーティングや議論の実施
14) 全ての社会サービス機関に関するデータ収集並びにそれらの機関と社会ネットワークを太くする関係強化
15) 免許の推薦を行う際に生じるスポーツクラブや社会クラブの社会問題の調査と報告
16) 電子や紙媒体メディアのニュースの注視と問題が生じた場合の行動
17) 地区レベルの SSO が任命されない場合、その上位の SSO が担当
18) 直近の社会問題の特定と解決策の考案

出所：DSS 資料を JICA 調査団が作成

DSS の高齢者に対する独自プログラムとして、病院介入プログラムがある。同プログラムは高齢者の病院から退院後の生活拠点探しを支援するものであり、57 名の SSO が関わり、病院と連携<sup>60</sup>し、56 の郡をカバーしている。要件（身寄りなし、仕事なし、家族からの支援なし）に当てはまる高齢者から意向を聞き、無料の高齢者施設へアレンジしている。コロombo県やキャンディ県などの病院では毎月 10 名程度の支援を行っている<sup>61</sup>。

州政府にも DSS が存在し、支援対象は中央政府よりも広い。例えば、コロombo県、ガンパハ県、カルタラ県の 3 つを管轄する西部州の DSS の支援対象は下記の通りである。

- 西部州内に住む貧困で頼れる人のいない人々
- 身体的、精神的、社会的障害を持つ人々
- 頼れる人のいない高齢者
- 放浪者条例の下で影響を受ける女性
- 高齢者や障害者に対するサービスを提供するボランタリーグループ

表 4-17 西部州 DSS の活動と実績（2016 年）

項目	実績
教育支援	6,414 人、38,058,000 ルピー
障害者施設への支援	19 施設、12,874,050 ルピー
高齢者施設への支援	30 施設、9,691,666 ルピー

<sup>60</sup> 医者が診断書作成、SSO はヒアリング実施などの分担をする。高齢者へのヒアリング項目は、氏名、住所、年齢、電話番号、Divisional Secretariat、GN、保護者、病歴などである。2020 年 3 月 SSO とのヒアリングによる。

<sup>61</sup> 2020 年 3 月 SSO とのヒアリングによる。

障害者への資機材支援	1,610 件 <sup>62</sup> 、9,602,230 ルピー
コンタクトレンズの提供	161 人、2,475,040 ルピー
眼鏡の提供	9,835 件
ハンセン病への支援	311 人、621,420 ルピー
がん、サラセミア（貧血）への支援	4,687 人、26,219,800 ルピー
手術支援	116 人、5,256,940 ルピー
結核への支援	202 人、283,500 ルピー
起業支援	40 人、383,500 ルピー

出所：DSS Performance Report (2018) 並びに追加ヒアリングにより JICA 調査団作成

### (3) サムルディ部門 (Department of Samurdhi Development : DSD)

DSD は、社会福祉省内のスリランカの現金給付を担当する部門である。Divineguma Act, No.1 OF 2013 (貧困法第 1 項) に基づいて関連 5 組織<sup>63</sup>が統合され設置された組織であり、低所得者 (6,000 ルピー/月<sup>64</sup>) への各種支援を世帯単位で行っている。この支援に低所得高齢者も含まれる。1995 年時点では約 170 万人が対象であったが、2017 年時点では 140 万人 (1,385,516 人<sup>65</sup>) まで減少している。2015 年の実績では、約 400 億 (40,209,736,640 ルピー) が DSD の低所得者手当などによる貧困層や脆弱層に対する公的支援の支出額である。

主要な活動の一つである低所得者手当は人民銀行またはセイロン銀行を通じて、DSD 職員が対象世帯に届ける。世帯人数によって、手当額は異なる。下表の通り、将来への預金や基金への加入によって対象者がその状態から脱する支援を行っている。

表 4-18 世帯人数別低所得者手当の内訳 (月次)

世帯人数	手当額	将来預金 費用	社会保障基金 <sup>66</sup> 加入費用	住宅購入 くじ <sup>67</sup> 費用	手許に残る 生活費
2 名	1,500 ルピー	100 ルピー	100 ルピー	80 ルピー	1,220 ルピー
3 名	2,500 ルピー	200 ルピー	100 ルピー	80 ルピー	2,120 ルピー
4 名以上	3,500 ルピー	300 ルピー	100 ルピー	80 ルピー	3,020 ルピー

出所：Samurdhi Performance Report (2015) 並びに追加ヒアリングにより JICA 調査団作成

### (4) 年金部門 (Department of Pensions : DP)

DP は、社会福祉省内のスリランカの公的年金を担当する部門である。1947 年の年金法第 2 項を設

<sup>62</sup> 2016 年 11 種類の資機材実績件数の積み上げによる。1. 松葉杖 185 件、2. 車いす 425 件、3. 三輪車 75 件、4. ハンドレスト 295 件、5. 白杖 45 件、6. 歩行器 150 件、7. トイレ付車いす 310 件、8. ウォーターマットレス 25 件、9. 空圧マットレス、10. 杖 55 件、11. 4 本足杖 50 件。

<sup>63</sup> 五つの組織とは、サムルディ機関、南部開発機関、奥地開発機関の三つの機関、並びにキャンディ小作農復興部門、サムルディ委員会部門の二つの部門である。

<sup>64</sup> 6,000 ルピー/月月の収入が基準となるが、各種指標 (教育レベル、倫理観、本人や家族の経済状態、家の状況など) を踏まえ、科学的な計算に基づいて行われる。同部門アシスタントディレクターとのヒアリングより。

<sup>65</sup> スリランカの平均世帯人数は 3.8 人であり、対象人数を世帯人数で割ると 364,601 世帯が対象になる。

<sup>66</sup> 社会保障基金は通院費として 10,500 ルピー/月、学生への奨学金として 2 年間 10,500 ルピー/月、などの保障も備えている。

<sup>67</sup> 331 分の 1 の確率で当選するとのこと。同部門アシスタントディレクターとのヒアリングより。

立根拠とし、1970年12月23日に設立された<sup>68</sup>。2017年の実績では、600,867人が年金部門からいずれかの年金を受給し<sup>69</sup>、退職金支払いに関する支払額は20,737.22百万ルピー、対象者は43,173人であった。最新の情報によると受給人数は増加している。

表 4-19 2020年1月時点の分類別詳細

年金分類	受給人数	支給額 (ルピー)
公務員	346,312	10,394,918,458.13
未亡人と孤児	186,295	4,314,833,897.45
軍隊	101,656	3,698,566,110.54
教職員	3,151	110,776,356.75
地方政府	4,101	86,277,945.71
計	641,515	18,605,372,768.58

出所：Department of Pensions (2020) [http://pensions.gov.lk/images/statistics/2020/February\\_2020/pdc\\_feb.png](http://pensions.gov.lk/images/statistics/2020/February_2020/pdc_feb.png)

#### (5) 国家障害者事務局 (National Secretariat for Persons with Disabilities : NSPD)

NSPDは先天的又は後天的な病気によって障害を持つ人の支援を行う組織である。障害者も年を取るため、障害高齢者も存在する。Protection of the Rights of Persons with Disabilities Act No.28 OF 1996 (1996年第28項障害者の権利保護、2016年に改訂)を設立根拠とし、Welfare Benefits Act, No.24 OF 2002 (2002年第24項福祉法)を活動指針としている。社会福祉省へ予算請求をし、配分された資金を基に自立的な活動をしている。現在の課題は活動資金の不足である。

NSPDの主な役割は二つある。一つは、障害者に関する政策を立案し、議会に提出すること、もう一つは障害者に対する直接的支援を行うことである。医師が障害者の診断を行い、障害者には証明書が発行される。証明書を持つ障害者に対して各種支援<sup>70</sup>を行う。DS地区の現場レベルではDSSのSSOが実施する障害者支援と連携、分担をしている。

ヴィクトリア施設という1960年設立の公的(運営は民間に委託)障害者施設がある。同施設の入居は無料であり、職員にはERPOやSSOなどの特別な要件は必要ない。その他、民間の障害者施設、認知症専門施設、デイセンターも複数存在し、障害者に対する支援を行っている。

表 4-20 NSPDの活動と実績 (2018年12月31日時点)

項目	実績
障害者権利保護に関する調査、政策提言	法改正案作成、提出、第1467/15と2006年第10項17の修正、最終化
新規最大250,000ルピー、リノベーション最大	81件(済)、266件(予定)、

<sup>68</sup> スリランカにおける年金の歴史は古く、イギリス植民地時代から制度の一部は存在していた。Websiteより。  
[http://pensions.gov.lk/index.php?option=com\\_content&view=article&id=20&Itemid=153&lang=en](http://pensions.gov.lk/index.php?option=com_content&view=article&id=20&Itemid=153&lang=en)

<sup>69</sup> 9州の支払いに関する支払額は169,747.75百万ルピー、対象人数は591,360人である。西部州が額、人数共に3分の1以上の割合であり、国家経済に対する大きな影響力を持つといえる。

<sup>70</sup> 資機材は、医師などの専門家が参加する技術委員会を経て調達される。また、各種支援は予算の制約上60歳以下に限定されている。

150,000 ルピーまでの障害者住宅（土地を所有者）への支援	19,658,172.00 ルピー
公営施設ヴィクトリア施設への支援	障害者 165 人、84 名職員、施設の維持管理など、9,000.00 ルピー
障害者ケアセンターの支援	9 センター
障害者のスキル開発支援	23 人
腎臓病患者への経済支援	23,228 人
一人親世帯への起業支援	574 世帯
最大 25,000 ルピー低所得障害者への起業支援	412 人、10,053,057.00 ルピー
最大 10,000 ルピーの障害児童への教育支援	581 人、3,957,431.08 ルピー
最大 20,000 ルピーの障害者への医療支援	549 人、8,888,806.40 ルピー
低所得障害者に対する 3,000 ルピー/月手当の支払い	32,000 人、1,152,000.000 ルピー
障害者の活動に関わる資機材支援	眼鏡 50,888 件、車いす 387 件、松葉杖 128 件、前腕松葉杖 108 件、歩行器 21 件、補聴器 8 件、特別な装置 20 件、モバイルサービス 101 件、13,030,892.25 ルピー

出所：NSPD Corporate Plan 2018-2020 (2019)、Ministry of Social Employment, Welfare and Kandyan Heritage Performance Report 2017 より JICA 調査団作成

#### 4-2-3 サービス提供機関の役割と実態

##### (1) 社会保障サービス

スリランカにおいて社会保障の明確な定義はないが、国際労働機関（International Labour Organization：ILO）による「社会保障が全ての労働者、家族、コミュニティのウェルビーイングの基礎である」という表現は参考になる<sup>71</sup>。スリランカ国民の最低限の生活を保障するという意味で社会保険や医療保険、現金給付などがある。社会保険に関しては、日本の例を参考に下記のように整理できる。

表 4-2 1 スリランカにおける社会保険

日本での保険種別	スリランカでの保険有無	スリランカの各保険に関する特徴
医療保険（皆保険）	×	存在せず。公立病院では個人負担無料で必要なし <sup>72</sup> 。
医療保険（個人向け）	△	任意。富裕層が加入する。
医療保険（企業向け）	△	任意。企業が従業員に対して加入する。
年金保険（国民）	×	存在せず。貯蓄や積立を実施する。
年金保険（公務員）	○	本人負担は無く、定年退職後、最終年度の月給の 90%

<sup>71</sup> ILO in Srilanka <https://www.ilo.org/colombo/areasofwork/social-security/lang--en/index.html>.

<sup>72</sup> スリランカは年齢に関係なく政府系公立病院では受診費用が無料である。したがって私立病院を利用する中間層～富裕層を除き、医療保険に個人が加入するインセンティブは少ない。

		が支給される（確定給付型）。
年金保険（民間企業）	○	「被雇用者準備基金」（EPF）を本人が8%、企業が12%負担し、定年退職後、積み立てた額に利回りを上乘せさせた額が支給される（確定拠出型）。
介護保険	×	存在せず。介護費用は本人や家族が負担する。政府や州の支援、住民からのダーナ（寄付）に基づき、本人や家族は無料もしくは安価にサービスを受けられる。富裕層向け施設は高価。
雇用保険	△	関連するものとして、下記2つある。 ・被雇用者信託基金 ETF：The Employees' Trust Fund, No.46（1980年）使用者は労働者に対する給与の3%を労働者の口座に振り込み、労働者が失業した場合、労働者は、使用者が労働者口座に支払った金額と利息分を引き出すことができる ・退職金法 PAYMENT OF GRATUITY ACT、No.12（1983年）5年以上の勤務者が受給できる。退職金の金額は、月給か日給かによって異なる a. 月給被雇用者：最後の月給の半分 b. 日給被雇用者：14日分
労働者災害補償保険	△	任意 <sup>73</sup> 。補償金の割合は、障害・疾病の程度により、20～100%の範囲で規定。保険に加入しない事業者は実費を負担する

出所：JETRO（2017）、井関（2005）、国際労働財団 Website、久野康成公認会計士事務所 Website など

WB（2019）<sup>74</sup>はスリランカ政府による保険に係る各スキームの具体的な課題を挙げている。公務員年金スキーム（The Public Servants Pension Scheme：PSPS）は、保障が充実しているだけに財政負担も大きい。また、仕組み自体の問題として、退職時以降の適切な購買力平価換算の難しさや公務員を離れることの損失の大きさ（民間部門への移動の大きな壁）も存在する。一方、民間企業向けの年金システムである被雇用者準備基金（The Employees Provident Fund：EPF）は、その金額規模が小さいことが課題である。2016年の平均では579,000ルピーであり、定年後20年以上の平均寿命までの月額にすると3,000ルピーにも満たず、国内の貧困基準を下回る。その他、上記年金に未加入の高齢者、低所得高齢者手当のリスト待ち、セクター間の転職をして記録が複数存在し、保障が受けられない高齢者などの問題も存在している。医療保険は前述の通り公的医療が無料で受診可能である。また、現金給付はサムルディ部門やNSEが担っている。

<sup>73</sup> JETRO（2017）スリランカの医療・保険制度に係る調査報告書によると、企業は労働者災害補償条令1934年No19に基づき、従業員の医療保険加入を推奨、負担することが望ましいとされている。財務省管轄のスリランカ保険委員会が保険会社の規制を管理、監督する。なお、保険業を営むことができるのは、上場し、株式を一般に公開している公開企業（public company）のみである。

<sup>74</sup> WB「SRI LANKA DEVELOPMENT UPDATE」（2019）p.31。

## (2) 社会福祉サービス

### 1) 介護（予防含む）サービス

#### 【予防】

スリランカとして介護予防サービスを銘打ってはいないが、介護予防につながる機能がある場所としてデイケアセンター、高齢者コミッティーなどがある。デイケアセンターはスリランカの高齢者が日中通う集いの場である。例えば、ヘルプエイジが運営する H. P. Gooneratne ヘルプエイジデイケアセンターでは、ランプの芯、植木鉢、封筒づくりなどを作成する作業、レクリエーション、宗教・文化活動などを通じて、高齢者同士の交流が図られている。高齢者コミッティーの各種活動も介護予防の機能を果たしている。

高齢者ケア分野では、保健省が“ハッピービレッジプロジェクト（Happy Village Project）”を実施している。50 歳以上の定年間近、あるいは定年後の高齢者をボランティアとして活用し、非感染性疾患（NCD）予防を主な活動としており、介護予防にもつながっている。また、企業による予防の取り組みとして、2019 年からジェトロとスリランカ若手経営者協会（COYLE）が連携して、日本型健康経営に取り組み現地企業を顕彰する「スリランカ健康経営アワード」が開始された。

#### 【介護】

スリランカにおける高齢者の介護サービスは、下表の通り整理できる。スリランカでは、無料もしくは安価で介護サービスを受けられる。しかし、高齢者数に対してサービスを実施する施設数が足りず、自宅で生活している高齢者に対して適切なサービスを実施できる体制も構築されていない。なお、2020 年時点において、スリランカ国内において 306（中央政府 3、州政府 3、民間 300）の高齢者施設が存在する<sup>75</sup>。2014 年では 242 か所で 8,000 人の入居者であった（アヌラワティー・マニケー（H.R. Anulawathie Menike）による（2015））ことを踏まえると、施設数は 64 か所増加し、入居者も更に増加していると推測できる。

また、介護サービスの担い手が内部（家庭内）から外部に変化しつつある。WB（2008）<sup>76</sup>は他のアジア諸国と同様、いくつかの要因（例えば、子どもの減少、世代間での考え方の違い、女性の社会進出など）によって、スリランカにおいても家族による介護から外部サービスを活用した介護に移行しつつある点を指摘している<sup>77</sup>。

表 4-22 スリランカ高齢者が活用できる介護サービス

介護サービス	サービス提供主体	費用	対象
高齢者施設	ビジネス	中価～高価	経済的余裕があり、介護サービスの高い質を望む人

<sup>75</sup> NSE 資料より。

<sup>76</sup> WB（2008） Sri Lanka Addressing the Needs of an Aging Population/

<sup>77</sup> 中井（2014）は日本の介護サービス未利用者の考察を行い、所得要因、制度の理解不足などに加えて、介護者や家族、介護サービス未利用者の意思の相違、昔ながらの家父長制の考えなどについても触れている。スリランカにおいても高齢者本人と家族の意思の相違や家父長制の考えは外部サービスへの抵抗感に影響すると推測できる。



	チャリティ、NGO 中央政府、州政府	無料～安価	身寄りのない人、低所得の人 自立している人、身寄りのない人、低所得の人
障害者施設	ビジネス	中価～高価	病気や障害があり、経済的な余裕があり、介護サービスの高い質を望む人
	中央政府、州政府、 チャリティ、NGO	無料～安価	病気や障害があり、身寄りのない人、低所得の人
認知症施設	ビジネス	高価	病院で認知症と診断され、経済的な余裕があり、高い質のケアを望む人
	中央政府、州政府、 チャリティ、NGO	無料～中価	病院で認知症と診断され、身寄りのない人、低所得の人
デイケア	ビジネス	中価～高価	介護予防を実施したい人
	高齢者コミッティー、 チャリティ、NGO	無料～安価	施設に入居できない人、日中様々な活動をしたい人
在宅ケア	個人契約のケアギバー/ メイド/看護師	高価	経済的な余裕があり、高い質のケアを望む人
	中央政府、州政府	安価～中価	高齢者施設に空きがなく入居できない人、施設に入居したくない人
	家族	無料	高齢者施設に空きがなく入居できない人、低所得の人、ケアが可能な家族がいる人

出所：JICA 調査団作成

#### a) 監督・行政機関

中央政府の監督・行政機関は社会福祉省傘下のNSEであり、州政府の監督・行政機関は社会福祉省傘下の社会サービス部門である<sup>78</sup>。各サービス提供主体が監督・行政機関に対して登録の届け出をし、機関から承認が得られれば登録認定証が送付される。現在は財政的支援を受けるために中央政府、州政府それぞれへ登録する必要があるが、NSEは中央政府への登録の統一を目指している。しかし、一部のビジネスでは登録をせず介護サービスを実施している例もある<sup>79</sup>。また、多くの事業者のサービス費用は財政的支援を受けるため無料もしくは安価にサービスを提供しているが、一部のビジネス主体の高齢者施設では、主に中間層～富裕層高齢者を対象に高額な費用を請求している。

高齢者施設に対しては、スリランカ標準化機構のスリランカスタンダード1506:2015が施設の立地や施設、機材だけでなく体制、食事やスタッフ、ミーティングに至るまで細かい要件を定めている。

<sup>78</sup> この違いは州政府が1980年代から高齢者サービスを実施しているのに対し、NSEは2000年設立以降のサービス実施であり、中央と州の機能を踏まえた統合の難しさによる（西部州ディレクターとのヒアリングより）。

<sup>79</sup> 未登録の理由は、必要な書類が入手・作成できず登録が叶わない場合と監督・行政機関への報告や職員視察を通じて施設収支などが明らかになることを防ぐ意図的な場合がある（同ディレクターとのヒアリングより）。

## b) 高齢者施設

表 4-23 高齢者施設の種類

分類	特徴
政府系	自立をしているが、身寄りがない高齢者を支援する。この施設で働く人の給与は国、州政府が支払う。
民間有料サービス	利益を追求し、経済的余裕があり、高いケアの質を求める高齢者を支援する。(pvt) LTD と名称をつけるところもある。
民間 (チャリティ、NGO)	各組織の設立理念に沿った施設の運営をし、その条件に当てはまる高齢者を支援する。

出所：JICA 調査団作成

高齢者施設は、大きく3種類に分けられる。民間（ビジネス）は、主に富裕層向けのサービスを実施し、ケアの質の高さを重要視する。民間（チャリティ、NGO）は、その団体の理念に基づいて対象者に対して寄り添ったケアを実施する。政府系は、自立している高齢者に対して、中央政府、州政府の職員がサービスを実施する。

調査によって概要が確認できた民間（ビジネス）には添付-1のような施設がある。いずれのウェブサイトも施設の写真やサービスメニューから質の高さを感じやすい施設である。

## 【高齢者コミッティー】

スリランカ政府の方針として各GN地区に高齢者コミッティーを設立し、高齢者になるべくコミッティーに参加して欲しいという思いがある。例えば、ガンパハ地区では、101のうち91の高齢者コミッティーがあり、特段の理由がない限りは、多くの高齢者が加入する。

表 4-24 高齢者コミッティー例

施設名	Biyagama East Elder Committee (ガンパハ県)	Saviya Elder Committee (コロombo県)
活動	宗教プログラムの実施、お寺や関連施設への訪問、お見舞い、葬式の際のお見舞金（コミュニティメンバー一人当たり 200 ルピー～300 ルピーを亡くなったメンバーの家族に渡す）、NSE によって実施される健康啓発プログラムへの参加。	宗教プログラムの実施、お寺や関連施設への訪問、お見舞い、NSE によって実施される健康啓発プログラムへの参加、NSE によって実施されるレクリエーション、競争型イベントへの参加。
参加者	55 名（53 名が 60 歳以上、2 名が 55-60 歳）	60 名（全員が 60 歳以上）
地域支援	入会費 1500 ルピー、月会費 25 ルピー	入会費無料、月会費 50 ルピー
管理	コミュニティメンバーから選ばれる代表者と事務局	コミュニティメンバーから選ばれる代表者と事務局

出所：オンラインヒアリング調査を基に JICA 調査団作成

活動の一つである競争型イベントは、コミッティー別に踊り、歌、舞台、パフォーマンスなどの出

し物を披露し、その中で順位を決定するというもの。その順位を判断するのは、NSE、郡次官、地元の有力者などである（参加コミッティー同士は投票しない）。出し物の評価の高いコミッティーには商品として、マイク、カラオケセット、スピーカーなどがプレゼントされる。コミッティーに参加する人たちにとって短期的な目標となり、活動が活発化する。各コミッティーは入会費、月会費を個別に定めており、活動も多様である。コミッティーメンバーから選出される代表や事務局に依存する。

### c) 在宅ケア

#### 【公的】

NSE が直接的、間接的に育成したケアギバーが下記の費用でサービスを提供している。

表 4-25 NSE が実施する在宅ケアの費用

メニュー	費用
日中 8 時間	750 ルピー
夜間 8 時間	900 ルピー
終日 24 時間	1,650 ルピー
各メニュー1 時間追加	100 ルピー

出所：NSE ウェブサイト <http://srilankaeldercare.gov.lk/other.html>

### 2) 現金給付サービス

高齢者に限らず、DSD が社会扶助の主な機関として取り組みを進めている。6,000 ルピー/人月の収入基準に達していない高齢者に対して、現金給付されることとなっている。また、高齢者施設、障害者施設も入居時、滞在費用や食事費用などが不要という点から、所得や貯蓄が限られ家族からの支援が受けられない高齢者を支える機能を果たしている。70 歳以上の高齢者に対しては、NSE が低所得を条件に 2000 ルピー/人月、所得によらず 100 歳以上の高齢者に対しては、5,000 ルピー/人月と二つの基準で実施している。2019 年の NSE 進捗報告書によると、実績として、70 歳以上の手当は 416,667 人、100 歳以上の手当は 367 人に対して拠出された。2020 年 1 月～4 月の行動計画によると、予算はそれぞれ 2 億 9,000 万ルピー、800,000 ルピー規模となる<sup>80</sup>。2012 年の「スリランカ人口・住居国勢調査」によると、70 歳以上の人数は 969,374 人、100 歳以上は 80 歳以上の 273,774 人に含まれており、いずれも対象者全員には手当は支払われていない。

### 3) その他サービス

高齢者向けの割引として、“RAJYA OSUSALAS”という全国にある政府系薬局（State Pharmaceuticals Corporation）で薬が 5%割引になる仕組みがある。

また、NSE への聞き取り調査によると、高齢者虐待は存在しており、具体的には①家族による暴力、②家族、施設での放置、隔離など精神的虐待などが確認されている。虐待に関する施策として NSE による調停委員会が高齢者を保護する役割を果たしている。併せて、NSE による学校を対象にした

<sup>80</sup> 同金額を踏まえ管理費用などを除いた計算上の上限手当対象は 70 歳以上 145,000 人 100 歳以上 160 人。2019 年の実績費用 9 億 8,555 万ルピー、205,400 ルピーを当該期間の 3 分の 1 で割ると、3 億 2,851 万ルピー、684,667 ルピーとなり、同予算は前年を踏まえた数字であることが推測できる。

高齢者ケア啓発プログラム（高齢者を尊重するよう学生に啓蒙）、社会福祉省内の女性問題協議会による女性高齢者を含む女性の虐待問題への対応などが実施されている。

#### 4-2-4 高齢者介護を支える人材

高齢者介護を支える中心的な人材はケアギバーであるが、ケアギバーの総数、不足人数は不明である<sup>81</sup>。ただし、ケアギバーを含む各種職業訓練資格でレベル1～7で分類される国家職業資格（National Vocational Qualification：NVQ）のレベルの違いは下表の通りである。

表 4-26 NVQの7レベル

	到達レベル	位置づけ
1	直接的な監督を通じて仕事が可能	入門レベル認定
2	指導を通じて仕事が可能	入門～初級レベル認定
3	業務の質は確認する必要があるが、自立して仕事が可能	初級レベル認定
4	自立して仕事が可能	中級レベル認定
5	自立した仕事に加え、指導が可能	高など教育入門レベル認定
6	監督者が可能	高など教育レベル認定
7	計画立案と実施が可能	大学レベル認定

出所：VTA website を JICA 調査団が作成

NVQ に登録済みのケアギバー数は下表の通りである<sup>82</sup>。

表 4-27 NVQ 登録済みのケアギバー

年	レベル3		レベル4		計
	男性	女性	男性	女性	
2015	8	6	27	24	65
2016	4	3	13	12	32
2017	25	10	10	6	51
2018	157	101	3	2	263
計	194	120	53	44	411

出所：Kaihatsu Management Consulting Lanka (Pvt.) Ltd. (2019) p.29

NSE は将来的に NVQ レベル 3、4 資格を持つケアギバーを 10,000 人養成する意向だが、現在の資格保有者に鑑み、まずはケアギバーに NVQ レベル 2 の取得を推奨している<sup>83</sup>。ケアギバーのうち、50 人程度は NSE に登録し、NSE から仕事を紹介されている。NSE は、2017 年に 17 人に対しトレーニングを実施した。2019 年に世界銀行の支援を受け、1,000 人にトレーニングを予定していたが NSE の体制が整わず未実施となった<sup>84</sup>。ケアギバーの需要は高く、下表のように様々な教育訓練機関がケ

<sup>81</sup> インフォーマルなケアギバー（未資格）も数多く存在するため実態数は NSE も把握できていない。

<sup>82</sup> その他、主に政府職員などが理論を学ぶスリランカ資格フレームワーク(Sri Lanka Qualification Framework：SLQF)も存在する。

<sup>83</sup> 2020 年 1 月 NSE とのヒアリングより。

<sup>84</sup> 予算は NSE の社会保障基金から拠出予定であったが、その規模で実施できる教育機関の調整ができず、トレーニング受講者も集まらなかった。

アギバーを育成している。各団体が実施するトレーニング受講、資格保有、国内でのケアギバー経験<sup>85</sup>などは国内外の好待遇<sup>86</sup>の高齢者施設で働く可能性を高める。ただし、ケアギバーの待遇や業務、イメージ、キャリアの点で魅力が少なくトレーニング受講者は集まりにくい現状がある<sup>87</sup>。

表 4-28 ケアギバートレーニング実施機関例

種別	日本語	略称	概要
政府系	国家実習産業 トレーニング 機関	NAITA	位置づけ：若者向け教育機関 コンピテンシー基準、職業教育プログラムを開発 提供教育：専門課程 内容：NVQ レベル 1-4 174 種類、NVQ レベル 5-6 43 種類あり、ケアギバーもその一つ
	国家社会開発 研究所	NISD	位置づけ：社会福祉、社会開発を促進するためのソーシャル ワーカーの養成 提供教育：学士、修士 内容：ソーシャルワーク、カウンセリング、児童保護、手話 通訳、老年学/高齢者介護
	国家高齢者事 務局	NSE	事業の一部として実施
	スリランカ外 国人雇用局	SLBFE	位置づけ：スリランカ人を日本や韓国など海外に送り出す機 関である。日本で働く機会のある 14 の分野のうち、ケアワ ーカーがある。 内容：ケアワークに関する出発前教育を行う NVQ レベル 3、 レベル 4 の実施、以前はレベル 2 も実施していた。
NGO 系	ヘルプエイジ スリランカ	HASL	主要活動の一つとして実施（5-1-3 参照）
ビジネ ス系	国際ヘルスケ アアカデミー	IHCA	位置づけ：TVEC の認証を取得している。 内容：NVQ レベル 4 の 1 年間ケアギバー教育を提供してい る。受講者は、カナダ、米国、英国、日本、シンガポール、 台湾、オーストラリア、中東でケアギバーとして働ける可能 性がある。

出所：Kaihatsu Management Consulting Lanka (Pvt.) Ltd. (2019) 他追加調査により JICA 調査団作成

<sup>85</sup> 同ヒアリングより。国内で 3、4 年ケアギバーとしてのキャリアを積み、海外（シンガポール、日本など）での勤務の道も開ける

<sup>86</sup> 同ヒアリングより国内では 50,000-60,000 ルピー/月（寝たきりを預かるビジネス系高齢者施設など）が高待遇である。ただし、Kaihatsu Management Consulting Lanka (Pvt.) Ltd. (2019) には、民間部門でのケアギバーでは 75,000 ルピー/月、食事などを含め 135,000 ルピー/月との記述もある。海外でのケアギバーもその限りではない。また、NISD のヒアリングからもケアギバーの中でもより給与の高い仕事（NGO、民間の高齢者施設でのケアギバー）に就こうとすると、このような資格を持っていると有利だからこのようなコースを受講するとの意見があった。

<sup>87</sup> 例えば、NSE は新聞、電子媒体での案内、ERPO 経由、エルダーコミティー経由などの手段で応募者を募るが、仕事がつい（トイレの世話など）、社会のイメージが良くない（不名誉な仕事と認識されている）、給与が良くない、海外で働くキャリアを得にくいなどの理由で申込みがない問題を把握している。

ケアギバーが高齢者施設で働く際の給与の目安は下記の通りである<sup>88</sup>。

- ・政府系高齢者施設 20,000-25,000 ルピー/月
- ・チャリティ系高齢者施設 30,000 ルピー/月
- ・ビジネス系高齢者施設 50,000 ルピー/月

近年、オンラインによるケアギバー養成、認知症ケアを学べる環境も整ってきた。ドバイに本社のあるライムーン（Laimoon）社のオンラインコースはイギリスの公式認定証であり、スリランカでも受講可能なプログラムである。

表 4-29 ライムーン社のケアギバーのプログラム例

モジュール 1	乳幼児へのお風呂への入れ方を含むケアと支援
モジュール 2	子どもへのケアと支援
モジュール 3	社会的、知的、創造的、感情的開発促進
モジュール 4	子どもの身体的成長の促進
モジュール 5	規則に基づく高齢者へのケアと支援
モジュール 6	特別なニーズを持った人へのケアと支援
モジュール 7	健康で安全な環境の維持
モジュール 8	緊急時の対応
モジュール 9	生活部屋、食事部屋、寝室、トイレ、浴室、キッチンの掃除
モジュール 10	服やシーツ、布の洗濯、アイロン
モジュール 11	温かい食事、冷たい食事
モジュール 12	仕事場でのプロフェッショナリズム
モジュール 13	セラピーマッサージ
モジュール 14	肌のテスト、バイタルチェック

出所：<https://courses.laimoon.com/course/caregiver-course-1/online> を基に JICA 調査団作成

表 4-30 ライムーン社の認知症啓発公式認定証コースのプログラム例

モジュール 1	認知症の全体像
モジュール 2	認知症の兆候と症状
モジュール 3	認知症の症状を発症した個人へのケアのアプローチ
モジュール 4	コミュニケーション
モジュール 5	ケアの学習
モジュール 6	安全と認知症
モジュール 7	活動と認知症
モジュール 8	特定のチャレンジ行動と認知症
モジュール 9	認知症のケアギバーに対する支援

出所：<https://courses.laimoon.com/course/dementia-awareness-diploma-course-centre-of-excellence/online> を基に JICA 調査団作成

<sup>88</sup> 2020年1月ヘルプエイジスリランカとのヒアリングより。

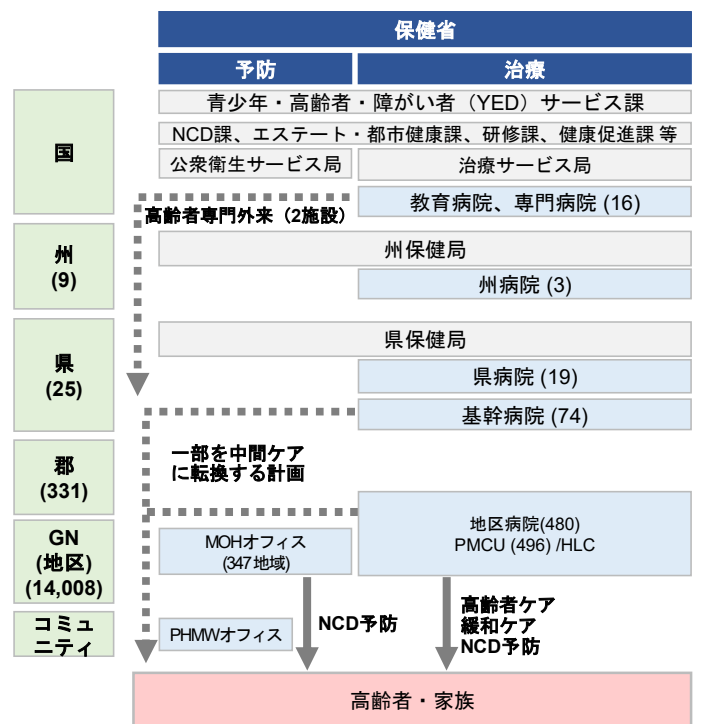
### 4-3 保健省管轄高齢者支援

高齢者医療の主管省庁は、スリランカ保健省 (Ministry of Healthcare and Indigenous Medical Services) である。以下に高齢者医療サービスに関連する部局と実施体制について示す。

#### 4-3-1 行政の役割 (国・地方自治体)

保健省はスリランカの全ての市民の健康および健康サービスに責任を負う中央省庁であり、その対象には高齢者も含まれる。

スリランカ政府は、平等性・効率性・有効性の観点から地方分権化された保健医療サービスを無料で提供している。公的保健医療サービスは、大きく治療サービスと予防サービスに分かれており、保健省と9つの州保健サービス局であらゆるレベルでのケアを提供している。治療サービスは、三次医療 (国立、教育、州総合、県総合の各病院)、二次医療 (基幹病院 A 及び B)、一次医療 (地区病院及びプライマリーメディカルケアユニット) を行う全ての病院からなる。教育病院は全て保健省の管轄であり、その他の病院は州保健サービス局の管轄となる。予防サービス (公衆衛生サービス) は特別キャンペーンと公衆衛生医地域を含む。これらの特別キャンペーンは国のフォーカルポイントとして、関連する課題 (例: YED、NCD、精神保健、FHB 等) の業務にあたり、ここで決定された活動は州や地方 (県) レベルでのサービス提供者により実施される。公衆衛生医地域は地理的には地区事務局と同じ場所にある。保健省は全ての公立・民間病院を統制している。(図 4-4)



出所: JICA 調査団作成

図 4-4 保健省管轄の高齢者医療サービスの枠組み

保健省は、保健サービス総局の下に、分野毎に局が設置され、その下に専門課が配置されている。高齢者対策については、副次官 (公衆衛生サービス II 局) の下に設置されている YED 課が主管である。それ以外に、高齢者に多い疾患対策を担当している部局や課も高齢者対策に部分的に関与しているといえる。具体的には、NCD 局とその下の NCD 課、がん対策プログラム課、精神保健課、歯科サービス局などがあげられる。また、高齢者の疾病予防や健康増進の観点からは、公衆衛生サービス II 局の下の健康促進課、家庭保健課、栄養課、保健・医療のサービスの質の改善の観点からは、エステート・都市健康課、医療サービス局の下のプライマリーヘルス課、三次医療課、民間医療サービス課などが関係する。人材計画・育成については、教育・研修・研究局が医療人材の育成に従事するほか、公衆衛生サービス II 局下に公衆衛生看護課、医療サービス I 局下に医療サービス看護課などが設置されている。このように、高齢者対策は YED 課を主管としつつ、他の多くの部局も部分的に関係

している。

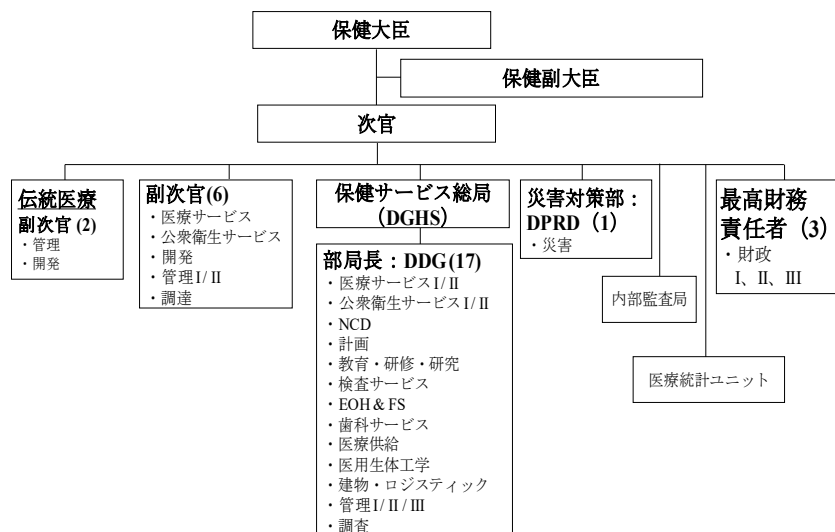
スリランカでは地方分権化が進められており、GN、地区、県での保健医療サービスは州保健サービス局により実施され、保健省により監理されている。地方の公的医療制度の所轄官庁は州政府であり、州保健局の事務所として州レベルには州保健サービス局（Provincial Department of Health Services: PDHS）、県保健サービス局（Regional Department of Health Services: RDHS）がある。

YED 課によると、スリランカの PMCU は地区病院を含む全国に張り巡らされたネットワークである。過去においては中央診療所（central dispensaries）とマタニティーホーム、地方及び地区病院が PMCU に分類されていた。一次医療の再編成により、これらの全てが PMCU に改名された。

スリランカの健康制度において、コミュニティ健康サービスの維持は、各地区に割り当てられた公衆衛生医（Medical Officer of Health、MOH）の単独の義務である。MOH、AMOH、SPHI、公衆衛生看護士、公衆衛生検査技師（PHI）および公衆衛生助産師から成るチームが全ての活動で健康の維持・増進のため協力しており、主に母子の健康および伝染病の予防に注力している。同様に一つの DS は複数の PHI に分担されており、一人の PHI は 6～10 の GN エリアを担当している。全ての GN に PHM が割り当てられており、通常はそのエリアに居住している。PMCU には HLC が設立され、NCD の予防を支援している。

## (1) 保健省・国レベル

スリランカの保健省は、伝統医療セクターと保健医療セクターの 2 セクターからなる。保健医療系統には約 120 の部局が設置されており、保健大臣及び副大臣の統括の下、事務次官が直接統括を行う。その下に、3 名の最高財務責任者を配置した財政部門、事務次官の下に 6 名の副次官を配置した管理部門と、事務次官の下に保健サービス総局を配置した業務部門とに分かれている。次官の下には、17 の部局長（Deputy Director General: DDG）と一つの防災対策部（Disaster Preparedness and Response Division : DPRD）、計画分析・開発局が配置されている。保健大臣から各部局までの組織概要を図 4-5 に示す。



出所：Annual Action Plan 2019, MoH を基に JICA 調査団作成

図 4-5 スリランカ保健省の組織図の概要



保健省には保健サービス総局の下に公衆衛生サービス局、医療サービス局、歯科サービス局等の専門部局が設置されている。公衆衛生サービス局にはⅠとⅡがあり、前者は感染症対策の予防関係、後者はそれ以外の対策の予防関係を取り扱っている。高齢者関連の主要担当部局は、公衆衛生サービスⅡ局の下に設置されている青年・高齢者・障害者サービス課で、高齢者対策の政策及び計画策定等を中心的に担っている。それ以外には、高齢者医療に関係する部局として、NCD 対策や栄養、精神保健等についても該当課が設置されている。医療サービス局にはⅠとⅡがあり、医療サービスⅠ局は病院管理を含む専門医療サービスを扱い、三次医療、専門病院を管轄、医療サービスⅡ局は一般医（Medical Officer）による医療サービスを扱い、地区病院と PMCU を管轄している。その他、研修関係、人材、計画等、保健システムの関連部局も高齢者医療の一端を担っている。高齢化対策に関係する部局・課は表 4-3 1 のとおりである。

表 4-3 1 高齢化対策に関連する保健省部局・課

部局	課	高齢化対策に関連した業務
公衆衛生サービスⅡ局	青年・高齢者・障害者サービス (YED) 課	高齢者対策の主要部局
	看護 (公衆衛生) 課	MOH オフィスで業務する看護師、助産師の監督を担当
	健康促進課	健康促進に向けた取り組みを担当 (直接高齢化対策に関する健康促進は実施していない。)
	家庭保健課	母子保健、家族計画等を担当
	栄養課	高齢者の栄養改善に向けたガイドライン等を作成中。今後、高齢者の食事に関わろう人員の教育を検討中
	エステート・都市健康課	エステート地域や都市部の医療サービスの提供を担当
医療サービスⅠ局	三次医療サービス課	高次医療、専門医療を担当
医療サービスⅡ局	プライマリケアサービス課	二次、一次医療を担当
	民間医療セクター開発課	民間医療施設の登録・監督
歯科サービス局	歯科サービス課	歯科医療の政策・計画策定と実施・モニタリングなどを担当
NCD 局	NCD 課	NCD 対策による一次予防、二次予防は高齢者の健康状態に影響
	がん対策プログラム課	がん対策、緩和ケアに高齢者対策も含む
	精神保健課	精神疾患の政策・計画策定と実施・モニタリングなどを担当
	腎臓疾患課	腎疾患の政策・計画策定と実施・モニタリングなどを担当
教育・研修・研究局	看護教育課	看護師、助産師等の育成計画、実務研修などを担当
	医療人材教育課	パラメディカルの育成計画、実務研修などを担当
計画		計画、予測と予算分配、政策開発、幹部開発と健康情報
医療統計ユニット (財務計画省の国勢調査・統計局所属)		保健医療に係る情報の集約

表 4-3 1 に挙げた部局について、所掌業務、所掌する保健サービスの概要、高齢化対策における現状について、インタビューやデスクリサーチ調査で得られた情報を以下に記載する。

## 1) 公衆衛生サービス局 II

### a) 青年・高齢者・障害者サービス (Youth, Elder and Disability:YED) 課<sup>89</sup>

1997年の保健セクター改革に関する大統領タスクフォースの決定により、青年・高齢者・障害者に対する保健医療サービスを強化することを目的として YED 課が設立された。スリランカ政府は高齢者を年長者として尊重し、重点的に取り組むことを明確化し、保健省の国家保健政策でも高齢者ケアは優先されるべきものに位置付けられ、独立した課を設立することとなった。保健省の組織構成では、本課は、保健サービス総局・公衆衛生サービス II 局の下にある。現在、課長は不在で、課長代理が常在して課長の職務を代行している。スタッフは地域医師として高齢者対応の経験が豊富なシニアコンサルタント、医療オフィサー、プログラム計画担当、開発担当、二名の補助員とドライバーにより成り立っている。

YED 課はスリランカの青年・高齢者・障害者対策の中心的役割を担うことが期待されている。本課の目的は、関連するプログラムの活動について関係各所との調整・計画・実施支援・モニタリング・評価を行い、保健医療施設の改善や、障害予防・健康増進により、青年・高齢者・障害者の健康の質を改善することである。YED 課は、青年スポーツ省、教育省、高等教育省、国防省といった保健省内外の他の部局にも技術的な助言を行っており、YED 課はスリランカの高齢化に対しても他の省庁と協力して取り組んでいる、とのことである。

YED 課によると、全国民グループを対象とした健康で活動的な高齢化の環境創出および啓蒙活動を計画・実施した、とのことである。健康的な食習慣の提唱・改善、運動とストレスを避けた健康的なメンタルヘルスの維持の重要性については、YED 課の取り組みの中でも重点的に取り組んだ内容である。YED 課は他の公衆衛生関連部局や、教育省、青年スポーツ省、農業省といった他の省庁とも協力して健康で活動的な高齢化プログラムを実施している。YED 課によると、毎年開催される退職前プログラムで、退職後も良好な健康状態を維持するという点で意義深い結果を出している。

保健省は 2017 年に国家高齢者保健政策を打ち出しており、政府によるスリランカの全ての高齢者への包括的な保健ケアの提供を提案した。高齢者ケアの全ての活動は、この政策とその戦略に沿って立案されている。YED 課は年次行動計画を実行するため、スリランカ政府、及び WHO や UNFPA 等の国連機関から財政支援を受けている。国家高齢者健康政策や満たされていない高齢者のサービスニーズを踏まえ、YED 課は JICA の支援を受け、高齢者保健ケア提供計画 (Elderly Health Care Delivery Plan) を作成した。このプロジェクトで YED 課は、サービスへのアクセスの改善や障害者に適したトイレの設置、高齢者ケア用機器の購入やリハビリサービスの改善などを通して、既存の保健医療システムをより高齢者に適したものに改善することを提案している。その一環として、利用が低迷している各地区の 2 から 3 か所、計 52 か所の医療施設を中期高齢者療養施設 (Sadha Piyasa) に転換することを計画している。本調査時点では最初の例として、アトゥルギリヤ (Athurugiriya) 地区病院の中期高齢者療養施設への転換に向けた取り組みが進められていた。病院の改修と機器調達は州が資金を調達し完了している、とのことである。スリランカの行政制度上、高齢者保健ケア提供計画にて中期高齢者療養施設への転換が想定されている医療施設の大半は州保健局の傘下である。YED 課は計画の実行に向けて州や郡の保健局と協働する予定で、民間セクターにも維持管理面での参加を期待

<sup>89</sup> YED 課の記述に関しては、YED 課自身の報告によるものであるが、活動の詳細は未確認である。

している。

YED 課は州の保健局と協働で、例えば高齢者ケアの人材育成、青少年のリスク行為予防に向けた啓発活動、青少年青年の高齢者への意識付け、病院のバリアフリー化等の目標達成を目指している。

保健省の栄養課は YED 課と協働してコミュニティおよび要介護施設における高齢者向け栄養の質に関する国家基準を作成した。エステート・都市健康課は YED 課と共に都市開発当局の関係者に高齢者に優しい街作りへの啓発活動を行った。都市開発計画において、全てのビルと公共空間での高齢者のアクセス性とバリアフリーの確保を必須事項とした。

YED 課は包括的的老人ケアプログラム (Integrated Care for Older People、ICOPE) を昨年開始予定であった。コロナ禍により、当該プログラムを開始するためのスタッフの能力強化プログラムが実施出来なかった。ICOPE により、高齢者は栄養や視力、聴力、精神および機動性に障害が発生した場合、早期に発見・対処出来るようになる。コロombo 県のマリガワッタ地区病院およびアトゥルギリヤ地区病院でパイロットプロジェクトが実施される予定である。

YED 課は全ての要介護施設を登録する規制を導入予定で、この仕組みの中では全ての介護施設は NSE での登録が必須となる。登録先は毎年医療・社会サービス当局を含むチームにより徹底的に評価することで、要介護高齢者施設の環境改善が期待される。

南アジアで最速の高齢化社会として、大きな問題は高齢の両親もしくは祖父母を就労・出稼ぎ中の子供が世話をすることである。この問題を緩和すべき適切なデイケア・デイアクティビティセンターが現在でもなお存在せず、親の介護で仕事が出来ず、経済的に困窮するケースもある。よって、この問題は優先事項である。コロombo、ガンパハ、キャンディ、ゴールといった (就労人口が多い) 県で、モデルデイケアセンターの建設支援が大いに望まれる。

順序だった方法で高齢者のニーズに応えるため、医療や社会サービスの当局が高度に協力し、地域包括ケアシステムをスリランカへ導入することが適切である。

リハビリテーション施設はラガマリハビリテーション病院 (西部州)、カラピティヤ (ゴール: 南部州)、ディガナ (キャンディ: 中部州)、ジャヤンティプラ (ポロンナルワ州)、アンパーラ、バティカロア (東部州)、カンダゴラ (バドゥッラ: ウバ州) の 7 か所存在する。人口の高齢化の傾向から、更に多くのリハビリ施設が必要と見込まれ、YED 課は予定されている一次医療施設の中期療養施設の改善を計画している。教育・研修・研究部局長は理学療法士と作業療法士の訓練を中心としたプログラムを計画している。

YED 課によると、高齢者ケアの保健スタッフやケアギバー、特にコミュニティレベルの虚弱高齢者のケアギバーへのトレーニングを通じて、高齢者ケアに必要な人材育成と地域コミュニティの能力強化に明らかな改善が見られた、とのことである。人々の健康的な高齢化 (アクティブ・エイジング) を促すため、毎年様々な形で退職前プログラムも開催されている。保健省によると、ケアギバーの能力強化プログラムの計画や実施、健康的で積極的な高齢化と高齢者ケアの啓発に関しては、YED 課はセクター内外の関係者、特に NSE、高等教育省、国連の諸援助機関を支援している、とのことである。

ある<sup>90</sup>。高齢者ケアは医学部や公衆衛生助産師の学部カリキュラムに導入されている。更に新たな取り組みとして、卒後教育を担当している大学院医学研究所による老年医学の医学博士と高齢者ケアのディプロマが設置された。YED 課はユニット附属のコンサルタントにも技術協力を行っており、公衆衛生医の高齢者ケアモデルトレーニングや、国立健康科学機関における公衆衛生検査技師や公衆衛生助産師のトレーニングは全て YED 課によるものである。また、老齢病医学以外でも、大学院で理学修士や医学博士における共同体医療や医学管理、災害管理などでの高齢者ケアの講義を引き受けている。YED 課は職業訓練センターでのケアギバートレーニングも支援している。

表 4-3 2 YED 課の主要業績評価指標（YED 課による報告）

No	指標	2020目標	進捗（年）		
			2018	2019	2020
01	啓発プログラム（介護）		100%	-	100%
02	高齢者保健政策		-	-	
03	高齢者ケアに関する運営委員会の開催率		90%	-	
04	特定のリハビリセンターの改修		100%	98%	
05	補綴学歯・列矯正学ワークショップの機器購入		100%	-	
06	障害者の日の祝祭		100%	100%	
07	高齢者ケアについて記載したIEC資料の印刷		100%		100%
09	カラピティヤ教育病院（マリバンリハビリテーション病院）の改修		99.98%	100%	-
10	中期高齢者療養施設の設立（アトゥルギリヤ地区病院）	90%			70.87%
11	青少年・障害者を対象としたCOVID 19 対策のためのIEC資料の出版とビデオ制作				100%
12	青年の高齢者ケアに関する意識付け（冊子、日記）				100%
13	病院スタッフの高齢者ケア能力強化			100%	
14	高等教育省によるケアギバー訓練への技術支援			70%	

\*\* 2020 年に関しては、COVID-19 の蔓延によりプログラム実施は延期

引用元：YED 課より提供

YED 課は、介護施設（老人ホーム）の適切な登録、モニタリングや評価の仕組みがない点を主要な課題と認識している。NSE や国立基準機関により導入された基準は介護施設のライセンスの発出や登録に適したツールとはみなされないとする。ほぼ全ての介護施設は事業者として登録されており、NSE の登録システムに登録されている施設はごくわずかである。

スリランカでは高齢者人口指数は若年人口指数より高く、高齢人口の増加、特に後期高齢者の比率の増加が著しい。職を求めて転出した生産年齢人口世帯の親の介護が主要な課題である。これらの課題の解決策として、デイケアセンターやレクレーションを行うデイアクティビティセンターの導入が重要である。

YED 課はこれらの円滑な実施に向け、人材や機材の支援が必要と考えている。

YED 課は JICA 高齢者対策プロジェクト（The Project for Capacity Enhancement of Elderly Service Management in the Community）により、近い将来地域包括ケアを導入予定である。これは PMCU と MOH 事務所の協力を通して医療と社会サービスをコミュニティの中で統合させるものである。

<sup>90</sup> これらの具体的な活動の詳細は未確認である。

## b) 健康促進課

健康促進課は、健康教育、ヘルスプロモーション、健康に関する情報の発信や共有の中心的役割を担っている。近年は、QOLの改善に向け、ヘルスプロモーションを通じたコミュニティのエンパワーメント・社会動員により、一定の成果を出している。本課では、特に母親を対象とした支援グループなどと協力して、栄養、環境安全、ウイルス、アルコール中毒、性暴力、虐待の予防プロモーション活動を行っている。また、職場でのヘルスプロモーションなども実施している。母親支援に関しては、2018年に各MOHエリアに1~3か所、合計630か所で実施されており、現在は各GNで実施することを目指している。本取り組みの課題としては、関係者や参加者の関心と持続性の維持である。高齢者医療においては、NCDの予防という観点から本課との連携を重視する必要があるとのことである。

健康促進課は、病院や地域のヘルスプロモーションの担当するユニットをはじめ、13のユニットから構成されている。上記13ユニットの一つである地域ヘルスプロモーションユニットでは、保健省のYED課やNCD課と連携して、コミュニティでのNCD予防を担当することとなっている。本ユニットでは、高齢者をボランティアとして活用し、高齢者ボランティアが地域の保健医療従事者とともに、住民へのNCD予防のための知識を普及し、健康を促進することをねらいとするハッピービレッジプロジェクトを実施しており、このようなNCD予防の取り組みは、健康寿命の延伸や高齢者の健康改善に大きく関連する。また、本取り組みでは、高齢者をアクターとして直接巻き込んでおり、高齢者の社会参画につながるものであり、今後YED課やNCD課との連携の強化が望まれる。以下にハッピービレッジプロジェクトの詳細を示す。

### ハッピービレッジプロジェクト

地域ヘルスプロモーションユニットが主導するプロジェクトで、コミュニティにおけるNCDの主要なリスク因子の低減を目標とする。身体的、精神的、社会的、魂の健康を含む、健康全般に対応するためにコミュニティ人材をエンパワーメントし、農村部での健康を促進する。

一つの村またはGN（人口約250名）において、50から100世帯を一つのクラスターとし、以下のメンバーを中心として活動を展開する。

- 村／草の根レベル責任者：MOH
- ファシリテーター：プライマリヘルスケアワーカー（Primary Health Care Worker: PHCW）  
例：公衆衛生助産師（Public Health Midwives: PHMW）、公衆衛生検査技師（Public Health Inspector: PHI）、公衆衛生看護師（上級）（Public Health Nursing Sister: PHNS）等
- まとめ役（Mediator）：健康教育官（Health Education Officer: HEO）
- ボランティアグループ：一村あたり5~10名の高齢者

ハッピービレッジプロジェクトの活動プロセスを表4-33に示す。

表 4-33 ハッピービレッジプロジェクトの活動プロセス

プロセス	担当部署	具体的な取り組み
<ul style="list-style-type: none"> <li>• HEOへの指導者研修</li> <li>• 州・郡地域保健専門医（CCP）へのアドボカ</li> </ul>	保健省 健康促進課	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ハッピービレッジプロセスの開発、テスト、合意</li> <li>• ハッピービレッジ事業のプロセス、IEC教材やその他器材の適切な利用</li> </ul>

プロセス	担当部署	具体的な取り組み
シー		
<ul style="list-style-type: none"> <li>HEO と CCP によるアクションプランの作成</li> </ul>	州保健局	<ul style="list-style-type: none"> <li>政府機関からの担当官・リーダー、協力促進の民間セクターの特定</li> <li>州・郡レベル保健局長からの支援を目指したアドボカシー</li> <li>現場に適したモニタリング評価方法の計画</li> <li>進捗を共有する、郡レベルのマルチセクターのプラットフォームの特定</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>ハッピービレッジプロジェクトの紹介</li> <li>モデルとなりうる熱心な PHCW の特定</li> </ul>	MOH オフィス	<ul style="list-style-type: none"> <li>MOH スタッフへのアドボカシー</li> <li>MOH オフィスの負担を軽減する、農村レベルのヘルスプロモーションのプラットフォームの開発の検討</li> <li>MOH オフィスの携帯サウンドシステムの配布</li> <li>ハッピービレッジステッカーの紹介と MOH オフィスへの掲示</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>CCP/HEO による自身の職場の PHC スタッフへの研修</li> <li>CCP による MOH 担当官へのアドボカシーと研修</li> </ul>	CCP/HEO	<ul style="list-style-type: none"> <li>IEC 教材の導入と適切な使用</li> <li>MOH 担当官の研修（PHC 従事者の支援方法と進捗のモニタリング方法）</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>主要協力者 3 名の特定</li> <li>アクションの最も適した状況の決定</li> <li>対象グループとの会議</li> </ul>	農村コミュニティ関係者	<ul style="list-style-type: none"> <li>主要協力者：草の根レベル担当</li> <li>マルチセクターチームとの会議</li> <li>ボランティアとして参加するイノベーターの特定</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>PHCW によるボランティアグループへの研修</li> <li>アクションプランの作成</li> </ul>	高齢者ボランティアグループ	<ul style="list-style-type: none"> <li>研修内容 <ul style="list-style-type: none"> <li>a. コミュニケーション、b. ハッピービレッジプロセス、c. 草の根レベルの NCD 予防・ヘルスプロモーション介入、d. 問題と優先課題の特定、e. 実施可能性のアセスメントとプロジェクト計画策定の基礎</li> </ul> </li> <li>ボランティアに期待される活動 <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 担当家庭への週例家庭訪問</li> <li>➤ 隔週のボランティア会議</li> </ul> </li> </ul>

出所：健康促進課、HAPPY VILLAGE CONCEPT&OVERVIEW を基に調査団作成

ハッピービレッジプロジェクトは、2020 年までに少なくとも MOH エリアの 2 か所で実施を目指している。現時点では、少なくとも各 MOH エリアに 1 か所、260 か所で実施されている。

#### 【担当者が考える今後必要な高齢化対策】

- 高齢者の課題として、日常生活への支障、経済的な自立などがあげられる。高齢化対策には、年金などはあるが、それだけでなく、コミュニティをベースとして、高齢者などが退院してから確実にコミュニティに戻るまでの支援体制（プラットフォーム）が必要である。
- 高齢者への健康促進活動としては、糖尿病対策（予防、コントロールなど）、安全な食品・栄養、自立に向けた支援が必要である。これらの実現に向けては、病院を基点としたコミュニティでのプラットフォームの構築が必要である。その中で、SSO が家庭を訪問し、けがの予防や家の構造が高齢者向けになっているかをチェックする仕組みなどもあるといい。
- 高齢化対策として、デイケアセンターが設置されるといい。高齢者の家族は日中仕事をしているので、日中高齢者を預けられる仕組みが必要である。また、高齢者間でお互いに支援したり、そ

の中で収入の確保に向けた取り組みも取り入れたりするなど、将来を見据えた対策が必要であると考える。現時点では、こういった活動は体系化されていないので、今後これらの活動の体系化が望まれる。

- 各県に配置されている健康教育官や、母親支援グループやハッピービレッジ活動などに参画している人材をコミュニティに動員し、健康教育のために育成することが望ましい。
- 新たに PHNO が育成され、地区病院や PMCU の HLC に配属されている。PHNO は、終末期ケア、高齢者ケア、NCD 対策、学校教育などに従事することが想定されている。これらのサービスや、コミュニティでのボランティアが確実な指導を行えるよう、チェックリストなどがあることが望ましい。
- 職場での健康教育及び医療従事者・患者・患者の家族などの教育も必要である。特にエステートセクターの労働者、漁師グループ、スラムの住民、非正規雇用労働者は、社会的に守られておらず、厳しい状況に陥りやすいため、このような社会的に守られていない人たちが収入を得られるための仕組みやサービスが必要である。高齢者の多くは、定年期限を超えてもまだ生産活動に従事できるため、これらの人員の活用と収入の機会の設定は重要である。スリランカでは、一般的に民間企業は 65 歳、政府機関は 60 歳以上での定年が一般的である。人材不足であるため、今後はこれ以上の年齢の人材の活用も必要になるであろう。
- リハビリテーションサービスに関しても、高齢者を対象としたリハビリテーションサービス、特に、病院からコミュニティへの復帰に向けた支援サービスが必要である。
- その他、高齢者の抱える課題として、精神面・心理面での支援、社会参画、娯楽、医薬品・食品面での支援、口腔ケア、財政面、栄養面の課題などがあげられる。高齢者は、特に定年退職後、外出する機会もなく、社会的に孤立しているケースが多いため、社会活動に参画する機会を設定し、外出の機会を設けることは重要である。また、財政面では、ローンのスキームとして、民間銀行によるローン、財政リスク支援、小規模融資などが考えられる。
- 高齢者に向けた支援として社会福祉省が実施しているのは、サムルディという貧困層に対する経済支援である。これらの問題としては、文書が適切に管理されていないことがあげられる。

### c) 家庭保健課

家庭保健課は、スリランカのすべての女性、子どもを中心とした住民の健康の維持と改善及びに家庭環境の改善による生活と生命の質 (Quality of Life: QOL<sup>91</sup>) の向上を目的として、住民に寄り添い、文化的に受け入れられやすい形で、包括的、持続的、かつ公平で質の高い母子保健サービスを各家庭に提供することを目指している。

家庭保健課は母子保健の中心的役割を担い、国家家庭保健プログラムにおける母子保健と家族計画サービスの計画、調整、モニタリング、評価を担当している。本プログラムの主要な構成要素は、母性保健、子どもの健康、女性の健康、家族計画である。家庭保健課関連のサービスは、保健省と州保健サービスによる医療施設と MOH 地域の医療施設で組織的に運用される広いネットワークを介して提供されている。

家庭保健課には 13 の技術ユニットがあり、各ユニットでは、妊産婦、新生児、青少年を対象とし

<sup>91</sup> Quality of Life (生活の質、生命の質) の略語であり、一般的に QOL として用いられる。

て、母子保健や栄養、発達・特別支援、ジェンダー、口腔保健を担当している。

高齢化社会への対応として、高齢者サービスの改善と併せて少子化対策が必要であり、業務分掌より保健省内では家庭保健課が少子化対策を担当することが想定されるが、現段階の活動計画は母子や青少年の健康改善に向けた支援を主軸としており、少子化対策のアプローチは含まれていない。現時点で、本課は高齢者対策に直接関連する部署ではないが、日本の少子化対策の状況も鑑みて、今後の議論の参考までに本課の紹介をする。

#### d) 栄養課

本課では昨年、WHO のファンドをもとに、高齢者の栄養基準 (National nutrition quality standard)、ならびに高齢者施設のケアギバー (介助者) 向けの本基準の実践ガイドライン (Implementation of the national nutrition quality standard)、コミュニティの高齢者向けの栄養ガイド (Nutrition guide for community elderly people) を作成した。本ガイドラインは現在、保健省内の承認手続き中であるが、政権交代などの影響により、今後の方向性は新政権の意向によることとなる。現在、保健省上層部に向けて食品安全や栄養評価などの必要性を強調し、政策反映や活動の推進に向けたアドボカシーを進めることで検討している。別途、2011 年に作成された栄養ガイドライン (Population-based nutrition guideline) の中に高齢者ケアの項目もあるため、内容の見直しを進めている。具体的な栄養指導に関しては、脂質、塩分、糖質の過剰摂取を避けること、体重管理、水分の十分な摂取、調理方法などが主な項目である。

#### 【今後の取り組み】

- 高齢者の栄養ケアサービスの確立が必要であると考えている。引き続き、WHO にファンドを申請し、昨年作成した高齢者の栄養基準や基準実践ガイドラインなどの活用に向け、コミュニティやケアギバー、現場で高齢者の食事に関与する方々を対象に啓発・教育活動を進めたいと考えている。将来的には高齢者施設に栄養基準を導入し、基準に沿った食事が提供される体制にしたい。
- 高齢者の栄養に関する指導者の育成も行いたい。医療オフィサーや PHNO などを対象として指導者を育成し、指導を進めていきたい。これらの指導者を教育する指導者も必要である。PHC のコンポーネントに栄養に関する項目も加えていきたい。

#### 【当該部署が認識する課題】

- 高齢者の適切な栄養ケアサービスの枠組みやメカニズムが確立されていない。
- 高齢者のサービスとして、高齢者施設、看護ケア施設 (ナーシングホーム)、緩和ケア施設があるが、大半は自宅でケアしているのが実態である。労働者層の雇用形態や勤労状況により、こういった高齢者サービスの必要性が徐々に高まってきているが、高齢者に対する適切な栄養サービスが提供できる状況になっていない。高齢者施設の食事は、寄付などにより提供されているが、栄養価などは考えられておらず、食事の質は担保されていないのが現状である。高齢者ケア施設でも、栄養を勘案した食事サービスの提供が必要である。
- 高齢者の栄養に関する研究者はほとんどいない。本課の職員がコロンボにおけるスリランカの高齢者の栄養について、調査を実施し、現在学術論文 (博士論文) を取りまとめているところである。



- スリランカでは、老年医学の専門医師の数が非常に限られていることも課題の一つである。

#### e) エステート・都市健康課

スリランカは、都市部、農村部、エステート地域に区分され、本課はエステート地域に主眼を置き、保健医療サービスの改善を目指している。エステート地域は以前より、独自の形でサービスを提供しており、国の法律や基準などを適用することができていない。そのため、エステート地域のみ本課が担当している。ただし、国の垂直プログラム（例：結核キャンペーン）などは保健省の主管のもと、各地方自治体の保健サービス局により実施されている。

ヌワラエリヤ県は、人口の 53.2%<sup>92</sup>がエステート地域に居住し、全国でもエステート地域の人口割合が著しく高いため、ヌワラエリヤ県の動向を見ればエステート地域の状況が確認できるとされる。参考に、スリランカ全体と西部州コロンボ市、中部州の 2 県の人口分布を表 4-3 4 に示す。

表 4-3 4 スリランカ全体と調査サイトにおける都市部・農村部・エステート地域の人口分布

	人口(人)	人口の割合(%)		
		都市部	農村部	エステート地域
スリランカ全体	20,271,464	18.3	77.3	4.4
西部州コロンボ市	2,310,136	77.5	22.2	0.4
中部州キャンディ県	1,370,247	12.1	82.0	5.9
中部州ヌワラエリヤ県	706,726	5.9	40.9	53.2

出所: Census of population and housing 2012

エステート地域については、プランテーション人間開発トラスト（Plantation Human Development Trust : PHDT）が、関連省庁、労働組合、地域のプランテーション会社、地方自治体、NGO などの官民組織と緊密に連携して、プランテーション部門における多くのインフラと社会開発のプログラムを実施しており、住宅・インフラ、水・衛生、健康・栄養、子どものケア・開発、農園労働者住宅協同組合、研修・開発、スポーツ・福祉などの中核的な活動を行っている。PHDT は、医療分野において健康や福祉に関するサービスを提供しているが、治療に特化したサービスは提供していない。

本課の把握するエステート地域の保健・医療サービスの現状と課題は以下のとおりである。

#### 【エステート地域の保健・医療サービスの現状】

- エステート地域の各コミュニティ（村）には約 500 家族が生活している。エステート地域には他の地域と同様、予防的側面として、コミュニティレベルに設置された MOH オフィスが母子保健サービスを提供し、治療的側面として PMCU や地区、基幹病院が中心となって、診断・治療サービスを実施している。それ以外に、エステート地域には約 600 のエステート医療施設がある（記録はないため、正確な数は不明である）。これらの機関は、母子保健・衛生クリニック、薬局、病院に分けられる。このうち 44 の病院が 2007 年に政府管轄下の医療施設となった。情報のない 106 件を除き、約 450 件について、3 年以内に公立医療施設に転換することを検討している。これらのうち、56 施設は PMCU となることを想定しているが、その他 150 施設については、まだ分析が行われておらず、用途の見込みが立っていない。また、これらの転換に際しては、土地の

<sup>92</sup> Census of population and housing 2012

確保、建設、機材購入などの予算が必要となるが、現時点で具体的な予算は確保されていない。アジア開発銀行と世界銀行が一部を支援することになっているが、少額であり、それ以外の支援の目途も経っていない。公立医療施設に転換後の人材の役職と給与は財務省が決定する。財務省のほか、政府の機関として人事委員会（Cadre commission）があり、人材の要望などは本委員会に提出され、本委員会が雇用の是非を判断する。医療施設等のマイナースタッフ（支援スタッフ：清掃担当、運転手等）の雇用は地方自治体が決定する。

- 国家健康戦略によると、コミュニティに公衆衛生サービスセンターを設置することを計画している。本センターは、コミュニティセンター、外来科や母子健康クリニック等を含み、保健サービスとコミュニティサービスの双方を提供する予定である。
- 日本からの技術支援の可能性としては、日本の KAIZEN による計画策定、実施、評価などの画期的なマネジメントモデルの導入や IT 技術、具体的には GIS マッピングや情報共有、パネル化やコミュニティセンターとの情報のリンクなどが考えられる。

#### 【当該部署が認識するエステート地域の保健医療の課題】

- エステート地域でスリランカの法律などの順守を促すことは難しい。エステート地域の保健システムも同様に、国と異なる形をとっており、エステート会社が業務に従事する医療従事者（Estate Medical Assistance）を雇用、育成している。これらの人材は、国の定める規定の教育の受講や資格を取得しておらず、医療人材の質を担保できておらず、サービスの提供状況の実態も正確には把握できていない。
- 保健セクター全般に共通する課題として、一般的に人材不足と言われているが、実際には人材が不足している訳ではなく、人材管理がうまくできていない。例えば、運転手であれば運転業務のみでそれ以外の仕事はしない、医師であれば、昼は公立病院で業務した後、夕方は民間医療施設で仕事をしているなど、人材が不足している訳ではなく、人材の配置と業務の振り分けの見直しが必要と考える。

## 2) 医療サービス局

保健省の医療サービス局は、医療サービス局 I 医療サービス局 II の二つある。これらは治療および公共健康施設での医療サービスを管理している。本局は、三次医療施設や、教育病院、州・県総合病院、地区病院や PMCU などの専門病院を管轄している。医師の採用や配属、昇進や配置転換等が所管に含まれる。医師の専門教育は全国の 9 か所の大学で実施されているが、この過程のうち、インターンシップと専門医は医療サービス局 I が管轄する。老年医学の専門教育も同局の三次医療サービス課が担当し、コロンボとキャンディの 2 施設（コロンボ南教育病院、ペラデニヤ総合病院）で実施されている。

高齢者のケアとしては、予防や簡単な医療サービスからがんなどの高度医療サービスが必要なレベルまで、多岐にわたっている。予防や簡単な医療サービスはコミュニティのサービスを活用する必要がある。また、家族の支援は必要不可欠であるが、十分とはいえない。高齢者サービスとして、①コミュニティ、②予防、③治療の 3 つを主眼においたサービスの提供が必要とされる。三次医療サービスに関しては、整形外科を除くと少なくとも各州の教育病院、国立病院、州・県立病院で主要なサー

ビスを提供することが可能である。

医師が公立病院で業務を行うためには、スリランカ医学評議会（Sri Lanka Medical Council）に登録し、卒業後1年のインターンシップを行う。その後保健省に一般医として雇用され、内科、外科、小児科、婦人科などで、各分野の臨床コンサルタントの指導の下一年の臨床医の経験を積む（インターンシップ）。インターンシップを成功裏に終わらせた者は、正式に政府公認の医師となる。この時に、一般医、専門医、病院管理のいずれに進むか決定する。専門医、病院管理に進む場合は、専門教育を受けることになる。医師の専門教育は全国の9か所<sup>93</sup>の大学で実施されている。

#### 【当該部署が認識する高齢者の課題・今後の取り組み・考え】

- 高齢化対策の一つとして、地区病院のリハビリテーション病院への移行のアイデアがある。患者は専門医のいる基幹病院以上の医療施設を利用する傾向にあり、多くの地区病院は、人材や病床があるのに利用者数が少ない。そこで、一部の地区病院をリハビリテーション施設に転換して活用する計画がある。これらのアイデアが実現されれば、三次医療施設で脳梗塞、心筋梗塞、整形外科疾患などの治療を受けた患者のうち、リハビリテーションが必要な場合、これらの施設に入院し、リハビリテーションサービスを受けて自宅やコミュニティに戻す仕組みが可能となる。本部局では、地区病院をリハビリテーション病院に移行させる際に必要な機能として、①理学療法士、作業療法士、ソーシャルワーカー等による包括的なチームの構築、②上記地区病院での健康教育の提供を通じた一次、二次、三次予防の強化、③地区病院でリハビリテーションを受けた患者が自宅に戻った後の、PHNOによる定期的な在宅ケアの提供、の三つを組み合わせによる三次医療施設からの社会復帰支援体制を構築することが望ましいと考えている。加えて、二次、三次医療施設の専門医が定期的に地区病院を訪問するシステムがあることが好ましいとの意見もある。
- 現在、リハビリテーションに関しては、精神疾患を対象としたリハビリテーション施設が各州に1県ある。精神疾患以外のリハビリテーションサービスは、キャンディのディガナリハビリテーションセンターとラガマリハビリテーションセンターの2施設のみであるが、高齢者を中心に対応しているのは、ラガマリハビリテーションセンターのみである。本病院ではリハビリテーションに関する各専門家のチームが構築されており、モデルケースになっている。
- リハビリテーションの専門職種に関しては、理学療法士は必要想定数が確保されているが、作業療法士の数が圧倒的に少ない。また、他の医療従事者に対するリハビリテーションの教育は、現行のMOH、PHNOともに、カリキュラムの一部にリハビリテーションや高齢者サービスも含まれているが、十分な専門教育とはいえない。ケアギバーが適切な介護を行えるよう、ケアギバーの育成も必要である。ケアギバーの育成はこれまで対策が取られてこなかったが、非常に重要であり、保健省が取り組むべき課題と認識している。

#### a) プライマリケアサービス課

本課の主要な役割としては、政策決定側と医療現場を連携する役割を担っている。具体的な担当事項として、地区病院やPMCUのサービスガイドライン等の作成や、モニタリング評価を行うとともに

<sup>93</sup> スリジャヤワルダナプラ、カラピティヤ、ケリヤ、ペラデニヤ、ジャフナ、パティカロア、ラドナプラ、クリヤピティヤ、コトワラ防衛大学

に、施設を訪問し、現場レベルの改善に向けたアドバイスや助言などを行っているほか、入札なども開催している。

HLCはPMCUに設置され、NCDのスクリーニングに関連した検査を行っていたが、最近ではMOH、PHMW/PHNOなどと協力し、HLC/PMCUは施設ベースのサービス、MOH、PHMW/PHNOは訪問による検査サービスを提供している。治療が必要な患者はHLC/PMCUで治療サービスを提供するが、HLC/PMCUに通えない患者については、MOH、PHMW/PHNOが簡単な投薬を行っている。

#### 【高齢者の課題・今後の取り組み・考え】

高齢化対策として、予防体制と治療体制の関係者がチームとして効果的に働くことが望ましいと考えている。これまで治療主体のHLC/PMCUと、予防主体のMOH及びPHMW/PHNOは連携していなかったが、これらの人材を教育し、双方で協力できる体制を目指している。今後、予防、治療、リハビリテーションの担当者が連携し、専門医療従事者が高齢者施設に定期的に訪問するなどしてこれらのサービスを提供する必要がある。

#### b) 民間医療サービス規定審議会 (Private Health Service Regulatory Council : PHSRC)

2006年7月に議会承認を受けた民間医療施設登録法に基づいて保健省傘下に設立された審議会である。メンバーは、保健省の医療サービス総局長をトップとし、保健省民間医療セクター開発課長、スリランカ全州の保健サービス局長、その他職能団体や法律、看護、財務の専門分野担当者の委員・スタッフ総勢28名からなる。

民間で医療サービスを提供する施設や医療従事者は、PHSRCに登録することが義務付けられており、PHSRCによって示される基準により、施設と職員のトレーニングの質を維持し、患者ケアサービスの質を確保することとなっている。PHSRCは、民間医療施設が維持すべき基準の策定と監視を目的として、民間医療施設における患者ケアの質保証プログラムの策定とそのモニタリング、また、民間医療施設に雇用されている医療従事者の基準の維持に向け、関連する保健情報や統計の収集と公表、民間医療施設の登録を担っている。

高齢者医療は、公立機関のみならず、民間機関によるサービス提供が行われているため、PHSRCの民間保健医療施設の登録や民間保健医療施設向けのガイドラインや規定は、高齢者医療の質を担保するために重要な項目となる。以下に高齢者に関係する医療サービスのガイドラインの詳細を示す。

#### 【PHSRCへの登録】

登録の項目は九つのカテゴリーに分かれており、登録料は項目毎に設定されている。詳細を表4-35に示す。登録の有効期間は1年であり、毎年更新の必要がある。

表 4-35 PHSRC 登録カテゴリーと登録料

	民間医療施設の登録カテゴリー	登録料
1	病院、看護サービス提供施設、助産院	
	a) 1～20床	20,000 ルピー
	b) 26～50床	30,000 ルピー
	c) 51～100床	50,000 ルピー
	d) 101床以上	一床あたり 1,000 ルピー

	民間医療施設の登録カテゴリー	登録料
2	医療検査機関	
	a) 小規模検査機関／回収センター	5,000 ルピー
	b) 中規模検査機関	15,000 ルピー
	c) 大規模検査機関	50,000 ルピー
3	医療センター／検診センター デイケア医療センター 相談所	15,000 ルピー
4	常勤一般医／薬局／診療所／常勤歯科医（政府やその他登録医療施設に雇用されていない）	10,000 ルピー
5	非常勤一般医／薬局／診療所／常勤歯科医（政府やその他登録医療施設に雇用されている）	5,000 ルピー
6	常勤専門医（政府やその他登録医療施設に雇用されていない）	15,000 ルピー
7	非常勤専門医（政府やその他登録医療施設に雇用されている）	10,000 ルピー
8	民間救急サービス	10,000 ルピー
9	その他民間医療施設	
	a) 輸血バンク	25,000 ルピー
	b) 幹細胞バンク	50,000 ルピー
	c) 歯科検査	5,000 ルピー
	d) 在宅看護サービス機関	5,000 ルピー
	e) 医療人材研修機関	20,000 ルピー

出所：PHSRC ウェブサイト (<http://www.phsrc.lk/>)

上記カテゴリーに加え、看護師は医療施設別に登録されることになっている。

登録のプロセスとして、民間医療施設又は民間医療施設に勤務する医療従事者は、サービス提供の形態や所属に応じて、アプリケーションフォームと必要書類を準備し、各州の保健サービス局に提出する。本資料をもとに、州保健サービス局が書類のチェックと現場の査察を行い、要件を満たせば、該当の書類を PHSRC に提出する。PHSRC は、提出された書類に不備がないことを確認したうえで、登録・申請・評価委員会の 6 名のメンバーにより最終的に登録が決定される。

民間医療施設と民間医療施設で働く医療従事者はすべて、PHSRC に登録することが義務付けられているが、実状として、登録せずに医療行為を行っていることが頻繁に報告されている。また、PHSRC に登録していない医療施設で診療を受けた場合、保険会社によっては費用の償還を受けられない場合がある。

#### 【民間保健医療施設向けガイドライン・規定】

民間保健医療施設が提供するサービスの質を担保するため、PHSRC ではサービス・職種に応じたガイドラインを策定している。2020 年 9 月時点で九つのガイドラインが公開されているが、そのうち、「長期ケア提供施設」と「在宅看護サービス」のガイドラインに高齢者へのサービスが関連する規定が定義付けられている。表 4-3 6、表 4-3 7 にそれぞれの概要を示す。

表 4-3 6 長期ケア提供施設のガイドライン概要

項目	内容
施設説明	慢性疾患（がん、精神・神経疾患、整形外科・リハビリテーションを要する疾患、慢性腎疾患等）を持つ患者へのリハビリテーションや緩和ケ

項目	内容
	アを含む長期ケアを提供する施設
職員	<ul style="list-style-type: none"> <li>スリランカ医学評議会に登録された医師（緊急時）</li> <li>スリランカ医学評議会／スリランカ看護協会もしくは PHSRC に登録された看護師</li> <li>看護助手／助手</li> <li>各専門分野の専門医（訪問ベース）</li> </ul>
利用可能な救急治療	<ul style="list-style-type: none"> <li>一次救急サービス</li> <li>緊急時の救急車サービス</li> <li>救急薬品と継続的な供給</li> </ul>
廃棄物処理	適切な廃棄物管理システム、上下水道システム、医療廃棄物を処理する設備を有する
物理的環境	社会福祉部門の規定する基準に基づくこと
施設	障害者・高齢者に優しいトイレ・洗面所へのアクセス、安全対策
スピリチュアルサービス	宗教施設、礼拝所等
相談室	医療相談のための相談室の設置
来訪者用施設	来訪者への無料アクセス
レクリエーション施設	読書、ラジオ・テレビ視聴用設備、庭で散歩や休息できる環境の整備

出所：GUIDELINES FOR HOMES PROVIDING LONG-TERM CARE ([http://www.phsrc.lk/pages\\_e.php?id=3](http://www.phsrc.lk/pages_e.php?id=3))  
2020年9月1日アクセス

表 4-37 在宅看護サービスのガイドライン概要

項目	内容
施設説明	患者の自宅／居住地で基本的な最低限のケアを提供する機関
在宅看護サービス／施設	<ol style="list-style-type: none"> <li>看護師の資格を持った常勤職員を配置する</li> <li>患者ケアに責任を負える医師が全体監理を行う</li> <li>救急ケアに対応できる仕組みを構築する</li> <li>継続的にサービスを提供するための十分なケア提供者（最低 10 名）を確保する</li> <li>ケア提供者が訪問先から確実に連絡の取れるコミュニケーションシステムを有する</li> <li>必要な設備、移動手段またはその費用を提供する</li> <li>服装規定を設定する</li> </ol>
ケア提供者	<ol style="list-style-type: none"> <li>政府が認証した機関での研修の修了証を有する</li> <li>スキルと知識を担保できる</li> <li>患者への最低限のケアに必要な剪刀・鉗子・手袋・包帯・綿球等の基本ツールキットを持っている</li> <li>施設と確実に連絡をとるコミュニケーションシステムを使用できる</li> <li>勤務中は施設の定める適切な服装を身に着ける</li> </ol>

出所：GUIDELINE FOR HOME CARE NURSING SERVICES ([http://www.phsrc.lk/pages\\_e.php?id=3](http://www.phsrc.lk/pages_e.php?id=3))  
2020年9月1日アクセス

#### 【登録済みの民間医療施設の概要】

PHSRC は自身のホームページ上で登録済みの民間医療施設のリストを公開しており、一般の医療施設の利用者が登録民間医療施設や医療従事者を把握することができる。2017 年以降の年次登録施設数・登録者数の推移を表 4-38 に示す。

表 4-38 PHSRC に登録している民間医療施設・医療従事者・サービス数 (2017~2020年)

登録項目		2017	2018	2019	2020*	
医療施設	病院、看護サービス提供施設／助産院	116	117	115	69	
	医療センター・検診センター／ デイケア医療センター／相談所	191	182	186	107	
	医療検査施設	405	449	436	165	
	その他医療施設	40	45	60	35	
医療従事者	一般医	常勤	188	355	416	227
		非常勤	117	171	196	134
	歯科医	常勤	12	20	25	18
		非常勤	27	33	40	24
	専門医	常勤	4	7	5	4
		非常勤	4	6	7	1
	看護師		2,383**			
	サービス	民間救急サービス	10	10	11	7

出所：PHSRC ウェブサイト (<http://www.phsrc.lk/>) のデータに基づき調査団まとめ 2020年9月10日アクセス

\*2020年のデータは9月時点の登録分

\*\*看護師の登録数について、出所元に年毎の登録数の記載がなく、登録数の総数が示されている。

医療施設については、2017年から毎年同等数が登録されており、大きな増減はみられない。一方、医療従事者については、常勤・非常勤の一般医が増加傾向にあり、特に常勤の一般医の登録数が増えている一方、専門医師の登録は限定的である。

#### 【当該部署が認識する課題】

PHSRC に登録していない施設や人材による医療行為が頻繁に報告されている。このような報告があった場合、該当の施設や医療技術者に連絡し、PHSRC に登録するよう勧告するが、それでも応じない場合は営業禁止などの処罰を科す。特に、農村部でこういったケースが多く確認される。また、社会保障の加入状況により、PHSRC に登録していない医師の雇用が確認された場合も同様に、州保健サービス局が訪問し、資格のない人員を業務から外すように勧告する。

医療サービスの価格の上限や、サービスの質を担保するための通達などは行っているが、守られていないケースも確認される。サービスの価格を上限以上に設定している施設に勧告をしたところ、本施設が告訴し、現在調停中である。裁判所は、PHSRC が価格の上限を設定するのは適切でないとしている。

その他、保健セクター全般の課題として医師、看護師、医療スタッフ、検査技師などの医療人材の不足があげられた。民間医療施設は公立病院と比較して給与がいいので、民間への流出による影響はあるか確認したところ、政府職員であることの利点は多いため、民間に流れることはほとんどない、とのことであった。

また、医療従事者の団体である政府系医師会 (Government Medical Officers' Association) は、PHSRC への登録は必要ないと主張しており、議論になっている。

医療施設の主な登録要件はベッド数のみで、医療従事者数などは設定されていなかったため、必ずしもサービスの質を担保できる内容とはなっていなかった。このように、民間医療施設の登録制度が

ある登録内容や監督状況には、更なる改善が必要であることが予想されたが、登録制度の設置により民間医療施設による医療サービスの監督に向けた体制が整備されつつあるといえる。

### 3) 歯科サービス局

本課では、公的医療施設の歯科部門からの要望に応じて、人材を含む資源の確保を行っている。方針・戦略・活動計画の策定や現場における課題の特定は本課では担当しておらず、国立歯科病院が関連業務を担っている。

スリランカにおける歯科サービスは、健康教育等の予防サービスと医療施設での歯科治療サービスの二つに区分される。予防に関しては、おもに健康促進課と家庭保健課が担当している。治療に関しては、5分野の専門歯科医（口腔顎顔面外科、歯科矯正、コミュニティ歯科、保存歯科、口腔疫学）がおり、口腔顎顔面外科、歯科矯正学、歯科保存学の3分野は高齢者に多くみられる健康課題に関係する。上記の専門歯科医を含む歯科関連の人材と施設数の推移は表 4-39 に示すとおりである。一般の歯科医師数は1984年と比較して顕著な増加が確認されているが、専門歯科医師数は1984年から30年後の2015年においても微増にとどまっている。歯科教育機関はペラデニヤ大学のみであり、年間100名程度が卒業している。

表 4-39 歯科関連の人材と施設数の推移

分類		1984	1994	2002	2015
専門歯科医	口腔顎顔面外科	10	15	22	28
	歯科矯正	3	4	7	21
	コミュニティ歯科	12	5	6	11
	保存歯科	0	0	2	9
	口腔疫学	0	0	0	1
歯科医		311	387	765	1536
学校歯科療法士		434	490	450	383
歯科技士		12	38	11	50
公立歯科クリニック		201	335	312	712
学校歯科クリニック		213	350	379	488

出所：National Oral Health Survey Sri Lanka 2015/2016

### 4) NCD 局

本局はNCD対策を担当している。国レベルではNCD対策に特化した国家政策「National Policy」と「National Multisectoral Action Plan for the Prevention and control of Noncommunicable Diseases 2016-2020」を策定し、それらに基づいた対策を実施している。特に一次予防と二次予防を担当しており、地区病院、PMCUと両者に設置されているHLCによるNCDの一次予防、二次予防に関する活動を監督している。一次予防と二次予防以外のNCD対策に関しては、治療は医療サービス課、リハビリテーションについては医療サービス課またはYED課が担当している。

#### a) NCD 課

##### 【役割・現行の状況】

HLCは全国約1,010か所に設置されており、将来的にはすべての地区病院とPMCUに設置するこ



とを目指しているが、まだ達成されていない。HLC には医師、PHNO または看護師、PHMW、支援スタッフ、ボランティアなどが勤務している。HLC では、当初 35～65 歳を対象にしていたが、現在は年齢の上限はなく、高齢者もサービスの対象となっている。

NCD の二次予防ではスクリーニングを行っている。スクリーニングとして、喫煙状況、飲酒状況、運動の実施状況の確認、身体測定、BMI (Body Mass Index)、血圧、血糖値、血中コレステロール、血中クレアチニン (測定可能な場合) を測定し、WHO のリスクファクター分析を実施している。これらの結果をもとに、栄養教育や生活習慣の改善などを支援し、異常値が確認された場合は治療につなげていく。また、がんの検診事業として、口腔がん、甲状腺がん、子宮頸がん、乳がんなどの検診を年 1 回実施する。これらの検診は組織型検診ではなく、任意型検診として実施されている。サービスカバー率の目標は 25% に設定されているものが、実際のカバー率は 10% 程度である。カバー率は以前よりは改善したが、疾患の早期発見に貢献するレベルには至っていない。また、データが重複して記録されているなど、データの精度が十分ではないことが課題である。

#### b) がん対策プログラム課

本課は、がん検診、治療、緩和ケアのがん対策全般を担当している。

早期発見・早期治療を目指したがん検診については、子宮頸がん、乳がんの検診を実施しており、それ以外の検診は実施していない。がん病院に関しては、全部で 24 施設、各県に最低 1 つはがんの診断・治療サービスを提供できる施設がある。専門医に関しては、がん専門医が約 30 名位、外科医に関しては、各臓器の専門外科医師が手術を対応することになる。放射線科医の数は極めて限定的である。

検診に関しては、子宮頸がんと乳がんの検診サービスを実施している。具体的には、婦人科保健相談クリニックを訪問する医師や看護師の子宮頸がん検査の検査方法の教育などを実施し、PHMW や MOH が検査を行っている。カバー率は、地区によっては 100% に近いところもあるが、平均的には 50-60% と、非常にうまくいっている。乳がんに関しては、原則触診を行い、ハイリスクの女性のみマンモグラフィ検査を受診する。その他、口腔がん等に関しては、ハイリスク者 (噛みタバコ使用者、喫煙者、アルコール接種者等) を対象に検査している。女性は婦人科保健相談クリニックのサービスの際や、PHMW や PHNO などが訪問した時に、検診等の情報を共有されている。

治療に関しては、六つの病院で放射線治療を実施できる。リニアアクセレータによる治療を実施できるのは、マハラガマと北部州のジャフナ教育病院のみである。

緩和ケアに関しては、現在 24 のがん治療を行えるセンターがあり、緩和ケアの専門医師は 30 名程度である。ホスピスに関しては、政府が運営するものが 1 施設、NGO が運営しているものが 7 施設ある。

#### 【当該部署が認識する課題】

高齢者の大腸がんが増えてきているので、医師の大腸内視鏡検査の検査技術をあげる必要がある。こういった検査技術の向上に向けて支援をしてもらいたい。

がん病院に関しては、将来は各州に、がん病院のモデル病院を作っていきたい。そのためには、施

設・機材・人材育成が必要である。診断・治療に必要な機材も不足している。放射線治療を行える医師の数も限定的である。

緩和ケアに関しては、現在 24 のがん治療を行えるセンターがあるが、将来的にはこれらの施設で緩和ケアサービスを提供できる各種専門家による包括的な緩和ケアサービスチームや、サービス提供のためのネットワークを構築したいと考えている。緩和ケアに関しては、専門知識を持った医師や看護師などが少ない。専門医療従事者によるチーム構築が必要である。緩和ケアチームの立ち上げやチームワークの構築、啓発活動等について支援してもいい。緩和ケアの提供先としては、公立の施設、民間のクリニック（ホスピス）、コミュニティなどがあげられる。一般的には、緩和ケアの概念はまだ普及していないため、上記のチーム構築と併せて、メディア、リーフレット、ソーシャルメディアを活用し、啓発活動を実施したい。

緩和ケアチームの立ち上げやチームワークの構築、啓発活動等について支援の可能性はある。

検診で陽性だった人が最終的に治療を受けたのかどうか、転帰がどうだったのか、などがわからないことがあげられる。これらの保健情報マネジメントシステムが構築されていないことによる。

今後、高齢化が進めば高齢者のがんの有病率が高くなることが想定される。検診に関しても、女性のがんについては、生殖可能年齢層を中心に 60 歳までを対象としているが、高齢化社会への転換に合わせ、高齢者への検診サービスの検討も必要である。たとえば乳がんの術後の再建などの技術なども今後必要となる。

### c) 精神保健課

スリランカの保健セクターは治療と予防に分かれており、治療に関しては基幹病院タイプ A<sup>94</sup>以上で精神科の医療サービスを提供している。一方、予防に関しては、よりよい人生を過ごすためのプロモーションや予防対策としてやるべきことがいろいろとある。本課で高齢者の精神保健対策として実施すべき項目については、以下のように考えている。

- MOH オフィスを活用した高齢者向けのケアや介護者のためのケアセンターの設置
- MOH システムを活用した医療職のみならず多職種や NGO と連携したチームの構築
- 高齢者介護のストレス軽減のため、介護者対象のイベント（経験共有や運動、歌など）の開催
- 上記活動を実施するための仕組みづくり（地方コミュニティ支援センターに相当）

スリランカでは、精神疾患患者が長期入院できる入院できる施設がないため、社会福祉省が主となり長期入院施設のガイドラインの作成を検討していると理解している。精神疾患に対する対策の策定は、保健省側ではなく社会福祉省の責任で行われるものと認識している。

## 5) 教育・研修・研究局

本局には、看護師の教育を担当する課とパラメディカル教育を担当する課の二つがある。それぞれの主な役割を以下に示す。

<sup>94</sup> 施設要件や分類については、4-3-2 行政・サービス実施体制を参照。

## a) 医療人材教育課

当課では主にパラメディカル専門職の基礎教育ならびに現任教育の調整を行っている。申請のあった研修について、内容を評価し、承認されたものに研修資金を拠出している。

現任教育に関しては、毎年度初めに研究・教育機関を対象に、研修申請の説明会を開催し、申請方法や申請書類の記載方法などについて説明する。研修の申請書は年間を通じて受け付けているが、予算がなくなった時点で支援は終了する。申請のあった研修については、内容や妥当性、予算規模をもとに、特に妥当性と予算規模を重視して判断する。原則受け入れる方向で検討し、改善が必要な場合は申請書の修正を求め、要件が整った時点で許可する。保健省主体で研修トピックの絞り込みは行っておらず、要請があったものを受け入れている。その他、個人の研修受講料の負担も行っており、申請者の背景、研修受講によりもたらされる効果などを勘案して判断する。

研修の承認に関しては、費用が 50,000 ルピー以内の研修については、研修課の課長、医療サービスの課長、看護課の課長などによる委員会が判断し、50,000 ルピー以上の研修については、保健サービス総局 (DGHS) など、高職階者の承認が必要となる。

パラメディカルに関しては、ディプロマコース (半年間) を通じて育成している。ディプロマを取得後、実務経験を積んだ上で、試験に受ければ大学に入って学位をとる機会が与えられる。ディプロマは保健省の管轄で、大学は高等教育省の管轄のため、別扱いになる。ディプロマコースがあるのは、薬剤師、看護師、公衆衛生検査技師、公衆衛生助産師、義肢装具士、歯科治療士、昆虫学士、作業療法士、理学療法士<sup>95</sup>、放射線技師、心電図検査技師、脳波検査技師、眼科技術士、公衆衛生監査士である。公衆衛生監査士、公衆衛生助産師、看護師は数が圧倒的に不足している。特に高齢者サービスの強化には PHNO の育成が必要である。リハビリテーションに関しては、ラガマにリハビリテーションセンターがあるが、高齢者に特化したリハビリテーションセンターはない。教育・研修・研究局では、高齢者向けのリハビリテーションサービスの強化が必要と認識しているが、具体的な計画は検討されていない。

## b) 看護教育課

看護師の育成は 3 年間のディプロマコースの受講又は高等教育相管轄の学士教育により行われている。保健省管轄の看護学校は全国に 16 か所あり、うち専門教育として精神看護学校、看護高等教育学校、軍学校の 3 か所で専門教育が行われている。高等教育省管轄の看護大学は 5 か所<sup>96</sup>あり、看護の学士教育が実施され、本過程を終了すれば看護の学位を取得できる。

年間 9,000 人が看護教育を受けた後、新規の看護師となるが、そのうち 2,500~3,000 人が公的機関に雇用される。2017 年の年次保健統計によると、看護師総数<sup>97</sup>は 37,111 人であるが、必要な看護師数は 51,000 人と算出されており<sup>98</sup>、十分な看護師数を確保できていない状況である。2020 年は、1 月に

<sup>95</sup> 2019 年まで。2020 年から大学教育のみとなる。

<sup>96</sup> 2014 年の資料だと 7 校あり、Open University of Sri Lanka、University of Sri Ja'pura、University of Jaffna、University of Rahuna、Eastern University、University of Peradeniya、Defense University。

<sup>97</sup> Matrons、Ward Sisters、Principals/Sister Tutors、Nursing Officers、Supervising Public Health Nursing Sisters/Public Health Nursing Sisters の総数。Pupil Nurse は含まれない。

<sup>98</sup> 保健省教育・研修・研究局看護教育課での聞き取りによる。

約 2,000 人新たに雇用し、8 月にも約 2,000 人の雇用を予定している。

看護学校を卒業した人材はグレード 3 という医療技術者の初級レベルに位置付けられ、一定期間の実務経験を積んだ後、試験に受ければ専門コースを受講できる。おもな専門コースには、集中治療、手術室、コミュニティヘルス、小児、救急、腎疾患、助産、人工肛門ケアなどがある。終末期看護の専門コースのカリキュラムが開発されたばかりであるが、コースはまだ開設されていない。これらの専門コースを修了すれば、グレード 2、グレード 1 とレベルが昇格する。看護師が昇格する際には、看護教育、病院サービス、公衆衛生看護のいずれかを選択することになり、1 年半のディプロマ研修を受講する。1 年半の研修のうち最初の半年は、女性は助産、男性は精神疾患の研修を受け、残る 1 年は応用の看護教育として、①教育・指導者、②病院管理、③コミュニティヘルスのいずれかの研修を受講する。

高齢者ケアに関しては看護師育成のための 3 年間のディプロマコースの一部に含まれるのみで、この他に高齢者ケアに必要な研修等を受ける機会はなく、必要なスキルが身につけていないことが課題である。高齢化ケアに特化した現任研修もなく、今後研修整備を進めていく必要があると認識している。

看護師の教育研究育成担当責任者とのインタビューによると、2019 年から新たな職種として、PHNO の育成が開始された。昨年は、第 1 回の研修で 105 名が育成され、訪問看護の担い手として HLC に配属されている。本育成過程は半年間とされ、PHNO の主要な職務である NCD 対策、終末期医療などがカリキュラムに含まれているが、リハビリテーションに関してはがんの一部に限られており、高齢者向けのリハビリテーションに関するカリキュラムは含まれていない。

## 6) 医療統計課

保健省傘下の医療統計課は、国内の医療健康機関から全ての医療情報を収集するための医用情報システムを有している。医療統計学者と三人の助手が財務計画省下の国勢調査・統計局より採用されており、課内の他のスタッフは保健省により採用されている。本課では、情報システムを活用し、各医療施設から情報を収集している。医療施設の 85%はインターネットによるデータ入力が可能であり、入力されたデータは即座に本課で活用できる。一部、コンピュータが導入されていない施設に関しては、データを定期的に本課に送るか、もしくは地域の保健事務所に送り、地域の保健事務所が入力する方法で対応している。患者毎に、国際疾病分類第 10 版に基づく疾患名、入院日から退院日、転帰などのデータを登録・報告されている。データは治療に関するもののみで、予防に関するサービスの実施数などのデータは扱っていない。

### (2) 地方自治体

地方自治体保健当局の実態を把握することを目的として、中部州を訪問して調査した。

#### 中部州

##### a) 州保健局

#### 【高齢化対策の現状】

高齢者や障害者ケアに関しては、YED 課や国の方針や計画、国レベルのプログラムは周知されておらず、国から州の方針等が確認されることや、モニタリングの機会はなく、国と州の調整機能などもない。国の方針が周知されていないため、州は現在、独自で高齢者や障害者ケア提供に向けた計画を策定中である。州としては、短期的にはサービス提供システムの設置、中期的には IT、リファラルシステムの構築、長期的には介護ケア（supportive care）の適切な配置を目指している。現在作成中の高齢化対策計画の概要を表 4-40 に示す。

表 4-40 中部州の高齢化対策計画案（策定中）

	活動計画	詳細案
1	コミュニティスクリーニングプログラムの計画・実施	MOH オフィスを活用し、高齢者の登録システムの開発と維持管理を行い、本システムを通じて高齢者の不自由の状況、NCD の罹患状況、貧困状況などを記録・管理する。
2	高齢者医療評価チームの構築	本活動を通じ、高齢者の身体・精神・より良い暮らしの実践状況について評価することを目指す。本チームは、老年医学専門家に加え、家庭保健コンサルタント、眼科医、歯科医、精神科医、一般医、理学療法士、作業療法士、社会学者など、各方面の専門家メンバーにより構成することを想定する。眼科医は視力、歯科医師は口腔衛生、理学・作業療法士は障害のレベル、心理学者はカウンセリングの実施状況について評価することを想定する。これらの評価は MOH レベルで実施することとする。これらの情報の分析や評価に必要な IT 施設の確保、スタッフの雇用なども検討したい。
3	啓発プログラムの研修	高齢者医療の啓発プログラムについて、保健セクターのスタッフや他のセクターのスタッフの研修を実施する。
4	高齢者の社会参加に向けた啓発プログラムの実施	
5	社会活動やレクリエーション活動の計画	
6	特定された患者のリファラルシステムの活用	PHNO が患者を特定する。MOH オフィスは患者を治療に向けてのコーディネーションを行う。
7	認知症のケア	認知症のケアに向けた長期療養医療施設として、キャンディ県のウダガマアタバゲ地区病院で新しい病棟を建設したが、スタッフが不足しておりサービスを提供できない。また、ヌワラエリヤ県のワラパネ地区病院、マスケリヤ地区病院で、主に精神科病棟の強化を目指し、2 床を精神疾患専用病床とすることとし、高齢者の精神疾患等のケアも含めることを目指す。
8	通常の医療施設の改築	病院にスロープ、障害者用トイレ等の設置・改修、高齢者優先サービス、高齢者クリニックの導入、高齢者サービスの研修などを行うことで、高齢者サービスの改善を目指す。
9	終末期ケアの拡大	全ての医療施設に終末期ケア用の病床を設置する。また、PHNO による終末期ケア患者に対するカテーテル交換、点滴などの在宅ケアを提供する。
10	高齢者施設高齢者施設の質の改善	高齢者施設高齢者施設のデータベースを作成し、登録して質の改善を目指す。高齢者施設高齢者施設の中には、質を満たしていないことがあるため、高齢者施設高齢者施設を登録し、定期的に視察することで、設備やサービスの質の確保を目指す。併せて、必要に応じ、ファンドの供与、定期検診の実施なども検討する。
11	リハビリテーション機能の改善	新たなリハビリテーション機能として、マータレー県のレリアンベ地区病院へのリハビリテーション機能の設置、ならびにヌワラエリヤ県のハヌガランケタ地区病院にリハビリテーション病院の建設を検討している。前者については、2021 年に研修を受けた人員を確保し、サービスを提供することを目指す。後者については、約 10

	活動計画	詳細案
		億ルピーを投資し、大規模なリハビリテーションセンターの建設を目指している。

## b) 県保健局 (Regional Directorate of Health Services : RDHS)

### ヌワラエリヤ RDHS (中部州ヌワラエリヤ県)

#### 【ヌワラエリヤ県の状況】

- 本県の対象人口は約 760,000 人であるが、うち 40%に相当する 305,000 人はエステートエリアに居住している。
- 本県にはエステート地域が広く所在しており、マスケリヤ、リンドウラ、コタガラ、ボグワンタラ、アンバガなどは 100%エステートエリアである。エステート地域は宗教や文化、考え方、生活習慣が大きく異なっている。

本県での高齢者に関連する医療サービス提供の状況は以下のとおりである。

#### 【NCD 対策の現状】

- 本県では、全ての HLC で 35 歳以上の成人を対象に NCD スクリーニングを実施している。スクリーニングの項目としては、BMI、血糖値、心血管疾患のリスクなどの問診などを行っている。
- 全てのデータは、MOH オフィスや HLC から送られており、それを集計している。
- 当初、HLC を開院した時は、スクリーニングの対象者がほとんど HLC に来なかったため、診療目的で外来を受診する患者のうち、NCD のスクリーニングの対象者を HLC にリファーし、検査を実施するようになった。
- ヌワラエリヤ県には高齢者施設高齢者施設は 3 件しかない。これら的高齢者施設高齢者施設は、MOH オフィスが健診などの対応をしている。

#### 【NCD 対策の課題】

- 同県での男性の健診への参加は約 9.8%と非常に低い。これらの地域はアルコール摂取、喫煙、噛みタバコなど、リスク行動の実施率も高い。
- エステート地域には、エステート内に経営者が作った薬局 (dispensary) があり、そこを利用する傾向が高い。これらの施設にいる人材は、国の既定する教育を受けていないことが多い。また、これらの医療施設から利用者に関する情報を収集することは難しい。
- 本県では、人材が不足している。医師 1 名あたりの対象人口数は国内の他の地域と比較して多く、必要なサービスを提供することが難しい。このような環境下では、医療従事者がコミュニティまで出向いてサービスを提供することは難しいため、医療従事者の移動に要する時間は少なくして、住民が医療施設に来る体制にすることが望ましい。
- エステート地域で健康教育を実施しているが、これまでの慣習や居住環境の影響により、住民の理解を得ることが非常に難しい。例えば、エステート地域は日払いによる給与支給のため、仕事後に支払われた給与でアルコールを購入したり、エステートの経営者は、利益を得るためにエステート内にバーを設置し、アルコールの摂取を勧めたりするなど、アルコールを摂取しやすい環境とされている。また、エステート地域の住民は、胃痛の症状の緩和に酒が有効と考えており、症状がある場合は妊婦や女性にも酒を服用させているほか、家庭内暴力などの問題も確認され

ている。PHMW はこういった誤った理解を正し、行動変容につなげることを目指し、特に母親やその両親の教育を試みているが、考え方を变えることは難しい。

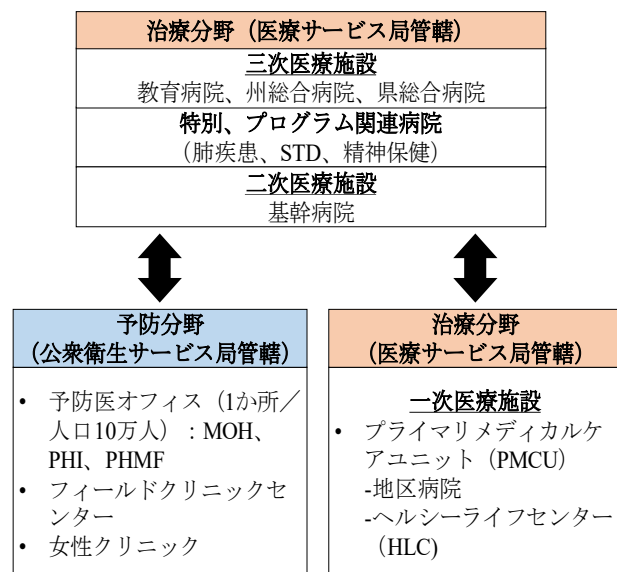
- NCD に関しては、エステート地域の住民の多くは肥満ではなく栄養失調が問題になるケースが多く、コロomboや他の地域とは異なる特性を持っている。
- NCD のスクリーニングに関し、例えば同一人物を何度もカウントして登録するなど、データ管理の課題が確認されている。一部の地域では、70～80%のデータが重複していたといった例や、意図的に同一人物の異なる情報を報告する例が確認されており、これらの課題を解決するためにはコンピュータによるデータ管理が必要である。保健省はNCDの情報登録のコンピュータ化を進めているが、本県ではまだ実現していない。
- NCD は高齢者の健康課題でもあるが、高齢者に着目した取り組みはまだ実施されていない。
- 高齢者への精神疾患（認知症）等の対応については、症状がみられた場合、精神科のある近隣の病院にリファーしている。しかし今後は、MOH オフィスやPMCUなどに配置されているコミュニティレベルの医師がこれらの高齢者のメンタルヘルスに対応することが望ましい。今後、これらの医師などを対象に、精神科領域の高齢者ケアの実施のための研修を計画したい。

#### 4-3-2 行政・サービス実施体制

スリランカの保健省は、保健セクターを予防分野と治療分野に区分して管轄している。予防分野は保健省の公衆衛生サービス総局の管轄の下、人口10万人当たり1か所の予防医（Medical Officer of Health: MOH）オフィスが設置されており、オフィス事務所が中心となって医師、公衆衛生検査官（Public Health Inspector: PHI）、公衆衛生助産師（Public Health Midwife: PHMW）が協力して予防サービスを提供している。

治療分野に関しては、保健省の医療サービス総局の下、三次医療は教育病院、州総合病院、県総合病院、二次医療は基幹病院、一次医療は地区病院、プライマリメディカルケアユニット（Primary Health Care Unit: PMCU）により医療サービスが提供されている。

教育病院、州総合病院、県総合病院は相互補完する形で全ての専門診療分野をカバーしており、二次医療施設である基幹病院は主要な診療科である内科、外科、産科、婦人科、小児科があり、外来診療科および入院患者病棟を有している。基幹病院はタイプAとタイプBに区分され、タイプAは主要診療科と一部の専門診療（耳鼻咽喉科、皮膚科、精神科、放射線科等）が設置されており、主要診療科には二名のコンサルタントが付いている。タイプBは主要診療科に最低1名のコンサルタントと、麻酔科、精神科、眼科、耳鼻咽喉科など他の診療科医が配置されている。大部分の基幹病



出所：Sri Lanka Essential Health Service Package 2019 及び YED 提供情報を基に JICA 調査団作成

図 4-6 スリランカの保健医療管理体制

院は一次救急ユニットを備えている。

PMCU の中で、地区病院は外来患者と臨床・入院患者サービスに専念しており、大部分の地区病院には救急外傷ユニットが備わっている。容体が安定した患者は、先端病院へ転院させられ、重篤でない患者や通常の妊娠患者は入院病棟で治療される。旧中央診療所（central dispensaries）はヘルシーライフスタイルセンター（HLC）に転換されており、NCD のスクリーニングを行っている。地区病院では一般医による総合内科と通常分娩の治療サービスを提供している。大部分の診療所はメンタルヘルスなど訪問診療を行っている。地区病院は病床数の違いにより、タイプ A（100 床以上）、タイプ B（50 床～100 床）、タイプ C（50 床以下）に区分される。

表 4-4 1 に上記医療施設の施設要件を示す。

表 4-4 1 公的医療施設の分類と施設要件

		教育病院 州立病院	県総合 病院	基幹病院 タイプ A/B	地区病院 タイプ A/B/C A:100 床以上、B:50～99 床、C:50 床 未満	PMCU
リファラルレベル		三次		二次	一次	
外来	準備ケアユニット 救急ケアユニット スクリーニング施設	○			制限的な救急ケア 及びスクリーニング	外来ケア 制限的な救急ケア
クリニック		○			産前・産後、家族計画、小児の健康、女性クリニック等を含むポリクリニック	
入院施設	内科	3	2	A:2/B:1	1 内科・外科(男性)	-
	外科	3	2	A:2/B:1	1 内科・外科(女性)	-
	小児科	3	2	A:2/B:1	1	-
	産婦人科	3	2	A:2/B:1	妊婦病棟、陣痛室	-
	神経科	1	*	-	-	-
	循環器科	1	*	-	-	-
	皮膚科	1	1	-	-	-
	精神科	1	1	*	-	-
	リウマチ科	1	1	*	-	-
	腫瘍科	1	-	-	-	-
	性感感染症/エイズ科	1	1	*	-	-
	神経外科	1	-	-	-	-
	整形外科	2	1	-	-	-
	耳鼻咽喉科(外科)	2	1	A:1/B:0	-	-
	眼科(外科)	2	1	A:1/B:0	-	-
	泌尿器・生殖器外科	1	-	-	-	-
	腎臓科	1	-	-	-	-
	新生児科	1	1	-	-	-
	胸部内科	○	*	-	-	-
	輸血医学科	○	*	-	-	-
ICU (集中治療 室)	内科 ICU(MICU)	○	○	○	-	-
	外科 ICU(SICU)	○	○	○	-	-
	循環器 ICU(CICU)	○	-	-	-	-
	冠動脈 ICU(CCU)	○	-	-	-	-
一次救急ユニット(PCU)				○		
救急外傷ユニット(ETU)				○ <sup>99</sup>	○	
手術室		○	○	○	小規模手術室	-
診断 サービス	放射線部	○	○	○	基礎検査施設	-
	病理部 (組織・血液・微生物)	○	○	○		-
事故・損傷外科		○	-	-	-	-
法医学部		○	○	○	-	-
顎顔面外科		○	○	○	歯科	-
矯正歯科		○	-	-		-
公衆衛生科		○	○	-	診療所(病院によりアウトリーチを通じた訪問相談サービスが利用可)	-
医療統計科		医療 統計科	医療記録科		-	-
麻酔部/科		麻酔部	麻酔科		-	-

<sup>99</sup> ETU は PCU が備わっていない病院に設置されている。



	教育病院 州立病院	県総合 病院	基幹病院 タイプ A/B	地区病院 タイプ A/B/C	PMCU
				A:100 床以上、B:50~99 床、C:50 床 未満	
その他施設	-	-	-	高次医療施設から転送された患者への 継続ケア施設	高次医療施設へ転送前 の応急処置施設
備考		*必要に応じて追加			

※数字は設置すべきユニット数、○は特に数が指定されていないものを表す。

出所：Recategorization of hospitals（保健省）及びスリランカ保健医療セクター情報収集・確認調査（JICA）

スリランカでは地方分権化が進んでおり、三次医療施設または一部の二次医療施設は保健省管轄下、二次以下の医療施設は各州の管轄下にて運営されている。

### (1) 保健医療サービス提供体制

公立のタイプ別・県別の医療施設数を表 4-4 2、病床数を表 4-4 3、地域の HLC の施設数を表 4-4 4 に示す。

表 4-4 2 公立のタイプ別医療施設数

県	人口(千人)	教育病院	州総合病院	県総合病院	基幹病院 A	基幹病院 B	地区病院 A	地区病院 B	地区病院 C	PMCU/ マターナルホーム	その他	PMCU	MOH Area
コロombo	2,419	7			3	1	1	6	2	5	34	28	16
ガンパハ	2,391	1		2	1	2	4	1	7		23	45	16
カルタラ	1,271			1	3	2	2	7	6		21	11	15
キャンディ	1,452	3		1		2		14	33		59	28	23
マータレー	514			1	1			4	14		20	15	13
ヌワラエリヤ	756			1	1	1	2	8	14		27	21	13
ゴール	1,113	2			2	1	2	7	9	2	26	24	20
マータラ	851			1		2	2	6	5		16	21	17
ハンバントタ	647			1	1	2		9	8		22	13	12
ジャフナ	608	1			2	2		4	19		28	16	14
キリノッチ	124			1		1		1	6		9	3	4
ムッライティーヴー	107			1		2	2	2	4		11	4	5
バブニヤ	184			1		1		1	6		9	5	4
マンナール	96			1			1	4	5		11	9	5
パッティカロア	560	1			2	2	2	3	12		22	14	14
アンパーラ*	705			1		2		1	6		10	15	7
カルムナイ*	—				3	4		3	7	3	20	9	13
トリンコマリー	412			1	1	3			11		16	18	12
クルネーガラ	1,694		1		1	3	9	11	20	1	46	54	29
プッタラム	814			1	1	1	2	4	9		18	30	13
アヌラーダブラ	918	1				3	4	10	21		40	21	19
ボロンナルワ	431			1		2	1	4	4		12	16	7
バドゥッラ	864		1		2	1	2	9	32		47	16	16
モナラーガラ	485			1		3	1	5	8		18	10	11
ラトゥナブラ	1,151		1	1		4	7	7	18		39	29	18
ケーガッラ	877			1		3	6	3	10		24	21	11
スリランカ合計	21,444	16	3	19	24	50	50	134	296	11	628	496	347

\*カルムナイはアンパーラ県に属し、カルムナイの人口はアンパーラ県に含まれている。

※1 次の県では室内設備を持たない地区病院も含む。 ガンパハ 1、ジャフナ 1、キリノッチ 1、ムッライティーヴー3、プッタラム1、バドゥッラ 10、ケーガッラ 6

※2 がん研究所、精神・歯科病院はその他の病院に分類される。

出所：Annual Health Bulletin 2017

表 4-4 3 タイプ別の保健医療施設病床数

県	人口(千人)	教育病院	州総合病院	県総合病院	基幹病院 A	基幹病院 B	地区病院 A	地区病院 B	地区病院 C	マターナルホーム PMCU/	その他	病床数 人口千対
コロンボ	2,419	8,039			1,286	286	91	404	66	60	14,230	5.9
ガンパハ	2,391	1,569		1,440	636	291	632	84	216		6,033	2.5
カルタラ	1,271			927	1,047	206	207	502	180		3,069	2.4
キャンディ	1,452	3,941		473		602		1,011	1,038		7,274	5.0
マータレー	514			845	315			272	354		1,786	3.5
ヌワラエリヤ	756			422	158	172	245	570	414		1,981	2.6
ゴール	1,113	2,294			903	125	213	509	323	21	4,397	4.0
マータラ	851			1,214		425	211	527	162		2,539	3.0
ハンバントタ	647			675	297	376		705	281		2,410	3.7
ジャフナ	608	1,313			691	266		346	430		3,046	5.0
キリノッチ	124			293		43		103	130		569	4.6
ムッライツティエーヴー	107			202		95	118	38	39		492	5.1
バブニヤ	184			670		93		37	81		881	4.8
マンナール	96			331			105	254	112		802	7.5
バツティカロア	560	1,001			448	383	158	189	407		2,586	4.6
アンパーラ*	705			756		339		70	203		1,368	4.8
カルムナイ*	—				994	479		221	291	50	2,035	-
トリンコマリー	412			497	240	329			379		1,445	3.5
クルネーガラ	1,694		2,002		651	980	1,067	774	533	14	6,021	3.6
プッタラム	814			593	405	374	261	196	224		2,053	2.5
アヌラーダブラ	918	2,153				358	460	642	672		4,298	4.7
ボロンナルワ	431			930		216	136	193	126		1,601	3.7
バドゥッラ	864		1,513		820	167	235	578	556		3,869	4.5
モナラーガラ	485			480		475	102	402	242		1,701	3.5
ラトゥナブラ	1,151		1,561	484		846	583	357	341		4,180	3.6
ケーガッラ	877			848		1,034	521	92	101		2,609	3.0
スリランカ合計	21,444	20,310	5,076	12,080	8,891	8,960	5,345	9,076	7,901	145	83,275	3.9

\*カルムナイはアンパーラ県に所在し、カルムナイの人口はアンパーラ県に含まれている。

※アンパーラの人口はカルムナイを含む。人口千対病床数は、アンパーラとカルムナイの合計の病床数を計算。

※2 次の県では室内設備を持たない地区病院も含む。ガンパハ1、ジャフナ1、キリノッチ1、ムッライツティエーヴー3、プッタラム1、バドゥッラ10、ケーガッラ6

※3 がん研究所、精神・歯科病院はその他の病院に分類される。

出所：Annual Health Bulletin 2017

表 4-4 4 HLC の数と分布

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
HLC の数	126	420	672	760	814	826	871
MOH エリアに二つ以上の HLC をもつ県の割合 (%)	-	-	56.0	69.5	77.8	79.6	83.4

出所：Annual Health Bulletin 2017

### 4-3-3 サービスの提供機関の役割と実態

サービス提供機関は大きく予防と治療に分類されているが、それぞれに属する医療施設の役割と実態を把握するため、中部州の例を中心に以下に示す。

#### A. 中部州

##### (1) 予防セクター

##### 1) MOH オフィス

##### a) 中部州キャンディ県：パスバゲ（ナワラピティヤ）MOH オフィス

###### 【概要】

本施設は、対象地域の住民約 64,000 人に予防サービスを提供している。

スタッフの内訳は、MOH 2 名、PHMW 21 名、PHI 6 名、PHNS 1 名である。対象地域には、29 の GN があり、いくつかの PHMW は 2 地区を担当している。原則、PHMW のうち、公共交通機関のない地区の PHMW に対しては、モーターバイクが支給されているが、全員ではない。PHMW は主に母子保健サービスを提供し、母子保健関連の住民（女性、子供、青少年）の家庭は登録して定期的に訪問している。PHI に関しては、主に衛生や食品安全、学校保健に関する業務に従事している。

###### 【高齢者医療に関連したサービス】

- 高齢者も関係する医療サービスのうち、NCD については、母子サービスに付随する形でスクリーニングサービスなどを提供している。原則的に、PHMW や一般医が中心となり、35 歳以上の成人を対象に血圧、血糖値などを検査している。NCD サービスについては、対象人口の 1%程度をカバーすることを目指している。
- NCD スクリーニングの件数は、月 30~40 件で、うち約 70%は女性である。また、検査受診者のうち高齢者の占める割合は、女性で約 10%、男性で 21%、全体で 13%と、男性の受診者は高齢者に多い傾向が確認されている。ここ数か月の実施状況は表 4-4 5 のとおりである。
- 福祉サービスとの連携として、定期的に高齢者施設高齢者施設を訪問し体調管理やメディカルチェックなどを行っている。
- 成人を対象にした健康教育としては、喫煙予防、噛みタバコなどの慣習などの予防、栄養教育などを推進している。
- 高齢者を対象にしたプログラムはなく、登録制度などものないため、管轄地域の高齢者の情報を正確に把握できていない。

表 4-4 5 パスバゲ MOH オフィスでの NCD スクリーニング件数

		7 月		8 月		9 月		10 月		計	
		全体*1	高齢者*2	全体	高齢者	全体	高齢者	全体	高齢者	全体	高齢者
女性	検査数	57	5	120	15	22	0	36	2	235	22
	比率	71.3%	8.8%	69.8%	12.5%	56.4%	0.0%	75.0%	5.6%	69.3%	9.4%
男性	検査数	23	5	52	15	17	0	12	2	104	22

		7月		8月		9月		10月		計	
		全体*1	高齢者*2	全体	高齢者	全体	高齢者	全体	高齢者	全体	高齢者
	比率	28.7%	21.7%	30.2%	28.8%	43.6%	0.0%	25.0%	16.7%	30.7%	21.2%
合計	検査数	80	10	172	30	39	0	48	4	339	44
	比率	100%	12.5%	100%	17.4%	100%	0.0%	100%	8.3%	100%	13.0%

出所:同施設の聞き取り調査により入手

\*1: 比率の数値は、「男性の検査数/検査数合計」または「女性の検査数/検査数合計」

\*2: 比率の数値は、「男性高齢者の検査数/男性全体の検査数」または「女性高齢者の検査数/女性全体の検査数」

## b) 中部州ヌワラエリヤ県：ヌワラエリヤ MOH オフィス

本施設はヌワラエリヤを中心に、約 8 キロメートルの範囲内に位置する二つの MOH エリア（GN 32 地区）に居住する人口約 9 万人をカバーしている。本地域の大半はエステート地域である。活動の主体は PHMW による母子保健サービス（産前産後ケア、小児ケア）又は PHI による衛生管理、産業保健、PHMW と PHI による NCD スクリーニング・健康教育、治療サービスへの紹介などである。NCD のスクリーニングは高血圧、糖尿病、がん（乳がんの触診、子宮頸がん、口腔がんリスク確認）、BMI などをチェックしている。その他、感染性疾患の予防、学校保健、予防接種、女性の健康クリニック（乳がん触診、子宮頸がん検査等の NCD スクリーニング）、口腔ケア（学校保健）などを実施している。

スタッフは、MOH 2 名、アシスタント MOH 2 名、チーフ PHI 1 名、PHI 6 名、PHMW 26 名、シニア PHMW 2 名、PHNS 1 名で、スタッフの交通手段について、PHI はバイクが供給されているが、大半の PHMW はバイクなどの交通手段は提供されていない。公共交通機関もないため、トゥクトゥク（三輪タクシー）などを利用するか、徒歩での移動となる。PHMW は 1 人あたり 2 から 3 か所の PHMW エリアに居住する人口は 1,000 から 4,000 名を管轄している。

## 【高齢者医療に関連したサービス】

- 調査の際に提示された NCD スクリーニング数は表 4-4 6 のとおりである。

表 4-4 6 ヌワラエリヤ MOH オフィスでの NCD スクリーニング件数

	男性		女性		総計	
	総計	60 歳以上	総計	60 歳以上	総計	60 歳以上
2019 年 10 月	59	3	64	7	123	10
2020 年 1 月	12	2	32	4	44	6

出所:同施設の聞き取り調査により入手

- 高齢者ホームに関しては、ストニクリフ、コタカラ MOH エリアに NGO（World Vision）の支援によるものが 1~2 件あると聞いているが、ヌワラエリヤ周辺には高齢者施設高齢者施設はなく、家族や親せきが高齢者の介護をしている。地域によってはエステート内に高齢者施設高齢者施設があるが、ヌワラエリヤにはない。
- 家族の登録は母子保健サービスの対象者のみで、高齢者の登録制度はない。
- NCD の研修は受けたが、高齢者ケアに関する研修は実施されていない。訪問者から相談があれ

ば話しを聞くが、そうでなければこちらから積極的に高齢者の健康について話していない。

- 高齢化対策は、政府の UHC 政策に基づいて、2019 年に通達された必須サービスパッケージ (Sri Lanka Essential Health Package) にも含まれているが、実現には至っていない。県・郡レベルの人員 (基幹病院のスタッフ等) は、ADB の支援により、本パッケージの NCD の研修を受けているかもしれないが、医療現場のスタッフは高齢者医療や終末期医療に関する研修を受けていない。

#### 【サービス実施上の課題 (高齢化対策含む)】

- MOH オフィスでは、高齢者向けサービスの提供体制は確立されていない。人材が不足しているため、別のユニットでサービスを提供する体制があった方がいい。地区病院の HLC には PHNO が配置されており、1 施設あたり約 20 の地区をカバーしている。適切なサービスを提供するためには、少なくとも規定されている数の人員を提供して欲しい。
- 男性の多くは郡外で勤務しており、医療サービスの利用率が低い。健康教育や栄養教育といった保健関係のイベント等を開催しても参加者の大半は女性である。

#### c) 中部州ヌワラエリヤ県：マスケリヤ MOH オフィス

本施設の対象人口は約 75,000 人、スタッフの内訳は PHI 3 名、PHMW 12 名、SPHMW 1 名である。PHMW エリアは同地域に 25 か所あるので、PHMW 1 名が 2 か所カバーしている。主な業務は、環境保健、トイレの衛生、水質、食品の質や衛生、学校保健、感染症、非感染症の予防対応などである。家族に 15~49 歳に該当する女性が含まれる家庭は PHMW が登録している。該当年齢を過ぎても PHI が高齢者の動向を確認するようにしているが、高齢者への対応に関する規則基準及びルールはない。

#### 【高齢者医療に関連したサービス】

- NCD に関しては、週に 1 回火曜日にクラスタークリニックを開催して口腔がん (問診)、胸痛、血糖値、血圧、BMI の測定、乳がんの触診、健康教育などを実施し、疾患の罹患状況などを記録している。患者は個々に記録用の冊子を持っており、検査や診察の結果はその冊子と記録用紙の双方に記録する。検診業務は PHMW、PHI、MOH が担当し、健康教育は PHI が担当している。
- 昨年は 35 歳以上の成人 2,000 名に対し、コレステロールを除く規定の項目について NCD のスクリーニングを実施した。コレステロールについては測定機能がないため、問診により判断した。

#### 【サービス実施上の課題 (高齢化対策含む)】

- 人材の不足があげられる。PHMW エリアは 25 か所であるのに対し、配置されている PHMW は 13 名、PHI エリアは 5 か所であるのに対し、PHI は 3 名、うち 2 名は最近配置されたばかりと、人材が不足している。MOH は 2 名である。
- 当該地域の住民は医療サービスを利用しない傾向にある。高齢者への医療サービスについては、ヌワラエリヤ県総合病院が訪問した患者に対し、ニーズに応じたサービスを提供している。

## (2) 治療セクター

### 1) 三次医療施設

スリランカで高齢者専用のクリニック・部局を設置している三次医療施設 (教育病院) は、西部州

コロンボ市のコロンボ南教育病院と中部州キャンディ県のペラデニヤ大学総合病院の 2 施設のみである。それぞれの概況を以下に示す。

a) 中部州キャンディ県：ペラデニヤ大学総合病院

ペラデニヤ大学では、以前は、高齢者は一般患者と同等に扱われていたが、老年医学専門医により 2017 年 10 月に高齢医療の外来とクリニックが設置され、高齢者への医療サービスが提供されるようになった。本診療科の主な業務は、高齢者外来とクリニック、ならびに高齢患者の適切な診療科へのリファーと精神ケア、入院中の高齢者へのケアなどである。具体的には、高齢者が通常の外来を受診した場合、外来で問診、発熱、血圧測定等を実施したうえで、高齢者外来の受診を薦める。高齢者外来で症状を特定し、慢性疾患で投薬によるフォローアップが必要な場合は高齢者クリニックで患者管理と投薬治療を行い、より専門的な治療が必要な場合は専門の診療科に照会される。現在、クリニックに登録している高齢者の患者数は約 400 名、1 日あたり 60 から 70 名程度がクリニックを受診している。高齢者外来は毎週月曜に受け付けている。高齢者外来やクリニック等を設置することで、高齢者が長時間列に並ぶことなく診察を受けられるようにしている。

本科はダイケアセンターに相当する機能も担っている。土曜は高齢者に開放し、健康増進やリラクスのためのプログラムや健康教育を企画したり、高齢者同士の対話の場の設置、フェアの開催、手工芸の訓練とマーケットでの販売による収入確保などを支援している。高齢者への健康教育は、健康教育ユニットなどと協力し、栄養、疫学情報、自己管理、デング熱や感染症予防などのトピックについて実施している。

リハビリテーションサービスは本院にはなく、キャンディ教育病院またはディガナリハビリテーション病院に紹介している。リハビリテーション施設への紹介は、本診療科ではなく病棟が対応している。

高齢者の主な疾患は、糖尿病、高血圧、整形外科疾患（膝の痛みなど）、精神・神経疾患（アルツハイマー、認知症）などがあげられる。ペラデニヤ大学病院には耳鼻咽喉科や心疾患専門科がないため、これらの疾患を有する患者はキャンディ教育病院に搬送する。キャンディ教育病院はペラデニヤ総合病院と連携し、ペラデニヤ総合病院から搬送された高齢患者を優先的に診断・治療することとなっている。

貧困の老人は路上生活者となっていることが多く、路上生活を営む高齢者が体調の悪い状態で発見された場合、警察官が病院の受診を斡旋し、公的医療施設が患者を受け入れる。入院中の高齢者に住居や身寄りがいない場合、管轄の SSO に連絡し、入居可能な高齢者施設高齢者施設のあつせんを依頼する。入院できる高齢者施設高齢者施設がない場合は、病院に長期間滞在するケースもある。これらの事例は過去に 2 例程度で、現在は高齢者施設高齢者施設の入居待ちのため入院している例はない。また、高齢者が社会福祉省から支給される 1,900 ルピーを受け取っていないことが判明した場合、社会福祉省管轄のスタッフがこれらの手続きを支援する。それ以外の社会福祉関係との連携例として、NPO 法人であるヘルプエイジより本科に車いす 60 台が供与された。

スタッフは、教授のほか一般医数名、高齢者専門看護師 1 名、支援スタッフ 2 名である。本所属の医師は、チャンドリカ教授に診断や治療について相談し、許可を得たうえでサービスを提供する。高

齢者専門看護師は1名のみである。

#### 【高齢者医療の現状】

- スリランカにはリハビリテーションセンターが7か所あり、主なセンターとしてコロンボ近郊のラガマ、中部州キャンディ県のディガナリハビリテーションセンターがあげられる<sup>100</sup>。
- スリランカ国内に高齢者向けのサービスを提供している施設はほとんどない。中部州ではカドゥガンナワ地区病院でも高齢者ケアを提供していると聞いている。

#### 【高齢者医療の課題】

- 高齢者の課題として、高齢者は公共交通機関を利用しなければならず、遠隔の医療施設に訪問する場合は移動が大変困難である。
- 高齢者ケアの専門教育が十分でない。医療従事者や介護者を対象とした適切な高齢者ケアの研究が必要である。

#### b) 中部州キャンディ県：ナワラピティヤ県総合病院

本施設は州保健局の管轄下にある県病院で、カバーする人口は約40万人、ヌワラエリヤ県とキャンディ県をカバーしている。本地区は、農村部、特にエステート地域を含んでおり、保健システムが十分に確立されておらず、サービスの改善が必要とされる。これらの地域を含む二～三次医療施設として、本施設は、内科、外科、眼科、リハビリテーション、精神科のサービスを提供しており、特殊な疾病に対する専門医療サービスの提供も求められている。リハビリテーションに関しては、必要な専門設備がなく、デイケアセンターに類するサービスを提供している。

高齢者の疾患として、糖尿病、高血圧、脳梗塞、高脂血症、高尿酸血症、慢性閉塞性肺疾患（Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD）、喘息等の非感染性疾患、認知症、精神疾患、眼科疾患（白内障等）、交通事故などが多い。この地域は結核症例が多いのも特徴で、結核症例については投薬による治療、もしくはコミュニティレベルでの家庭訪問にて治療している。病院には、一般医のほか、外科、整形外科、眼科などの専門医が配置されている。外来数は1日あたり1,200から1,500例で、10種類のクリニック（内科、外科、小児科、産婦人科、リウマチ科、皮膚科、眼科、精神科、結核、口腔科、血液内科、整形外科）を実施している。精神科に関しては外来のみで、注射や投薬による治療に対応している。眼科に関しては、白内障症例への手術が大半で、その他緑内障の患者などにも対応する。眼科専門医は1名、一般医（眼科）3名、看護師5名、眼科技術士2名、支援スタッフ5名、眼科のクリニックは週3回、眼科の手術は週4日実施している。

本院では高齢者の入院病棟を設置している。高齢者の入院病棟のうち女性病棟は日本の草の根プロジェクトの支援によりトイレに手すりが設置されている<sup>101</sup>が、男性病棟には設置されていない。病床数はそれぞれ約35床、日中は看護師約4名、保健アシスタント2名、夜は看護師2名で対応している。歩行が困難な高齢者のトイレまでの移動については、車いすで対応している。

<sup>100</sup> 調査の過程において確認された情報によると、リハビリテーションセンター7か所のうち、身体的なリハビリテーションサービスを提供している施設は2か所で、それ以外の施設は精神疾患へのリハビリテーションサービスを提供しているとのことである。

<sup>101</sup> 実際には、手すりはトイレの一部分に設置されているので、トイレまでは高齢者が1人で移動することはできない。

**【当該病院が認識する課題】**

- 本院における高齢者医療サービスの強化として、施設の拡大とスタッフ数の増加によるサービスの質の改善と社会福祉省関連のサービスの連携が必要と考える。
- これまでに、住居のない高齢者1名が6か月間入院病棟に滞在したことがある。このような住居や身寄りのない高齢患者に対しては、社会福祉省との連携により、退院後の社会復帰に向けた支援サービスが必要である。

**2) 二次医療施設****a) 中部州ヌワラエリヤ県：ディコヤ基幹病院（タイプA）**

本施設は、マスケリヤ、コタガラ、アグラパタナン、ボガワンタラウの4地区をカバーしている。病床占有率は非常に高い。2名の内科医、外科医、小児科医のほか、眼科医も配置されている。救急外傷ユニットもあり、周辺の医療施設から患者を受け入れている。新生児科には未熟児ユニットを設置しており、2,500グラム以下の新生児を管理しているが、スペースがないので病床は2床のみで、非常に狭い中で対応している。CTスキャンなどもなく、できる診断技術も限られているが、でき得ることを実施している。

- 本施設で対応できない症例については、ヌワラエリヤ県総合病院、ナワラピティヤ県総合病院、キャンディ教育病院、ペラデニヤ教育病院など、州内の上位医療施設に転送し、病状が落ち着いたら本院でフォローアップする。心疾患に関しては、ヌワラエリヤ県総合病院から月2回、循環器専門医とキャンディ教育病院の神経外科医が訪問し、診察・手術を行う。リウマチ症例についても、ヌワラエリヤかキャンディに照会する。呼吸器疾患患者は、ヌワラエリヤ県総合病院の胸部内科専門医が月2回診察・治療を行う。本院には、5台の救急車が配置されている。

院内には健康促進ユニットと健康教育ユニットがある。

**【高齢者医療に関する現状や見解】**

- 高齢者に多くみられる疾患としては、心疾患、脳梗塞などがあげられるが、併せて本地域の特性として慢性閉塞性肺疾患などの症例も多い。
- 病床数5床のリハビリテーションユニットがあり、理学療法士が1名配置されているが、リハビリテーションに必要な機材等はないため、退院後の自己訓練などの指導にとどまっている。脳卒中ユニットを設置し、サービスの改善を目指しているが、必要なりハビリテーションサービスを提供できていない。
- 本院には眼科専門医がいるため、眼疾患に対する処置は自院で可能である（詳細は以下記載）。
- 高齢者に多い精神疾患としては、うつ病、認知症、アルコール依存症などがあげられる。精神科や精神科患者向けの入院病棟はないが、4月に精神科医が配属される予定で、精神科専門医、一般医（精神科）、看護師（カウンセリングの研修受講）などによるクリニックサービスの提供を想定している。
- 社会福祉省との連携に関しては、地区（Divisional Secretariat）のSSOが週に1回病院に来て、例えば高齢者の補助金給付などのあっせんなど、社会サービスの対象患者の受給に向けた支援を行っている。



- 昨年、スリランカ老年医学会が開催した高齢者ケアの研修に院長を含め2名が参加した。研修は2日間実施され、主な内容は、転倒、認知症、心疾患、慢性閉塞性肺疾患など、高齢者の罹患率の高い疾患の診断や治療に関するものであった。本研修を受けて脳梗塞病棟の準備を開始した。

#### 【眼科医との協議】

- 月曜と水曜はクリニックを開催し、1日あたり約200件の患者に対応している。また、それ以外の日は1日あたり約20例の眼科手術に対応している。眼科手術の90%は白内障である。その他、土曜には学校で児童の検査・診察をしている。
- 眼科の主な疾患は、季節性の疾患であるアレルギー症状への投薬（目薬含む）、白内障などである。
- 眼科手術に必要な機材について、医療機材供給部局（Medical Supply Division: MSD）から供給される機材は最低限のものであるため、一部は自費で購入している。局所麻酔は本院で対応可能であるが、全身麻酔が必要な患者は別の病院に照会することになる。
- 眼科専門医はスリランカ全土に約70名、うち30名は民間医療施設に勤務している。都市部に勤務する眼科医は比較的多く、農村部では少ない。
- 眼疾患のうち糖尿病性網膜症などの影響は大きく、血糖のコントロールは重要である。エステート地域の特性としては、近親婚が多く、これらが糖尿病や眼疾患に影響を与えているため、健康教育が重要である。緑内障なども課題であるが、患者が症状を認識することが少なく、受診が遅れることが多い。
- 栄養面の課題もあげられる。ロティやサンバルなど、栄養面の偏った食生活であるため、栄養士による食事教育や糖尿病対策食などの栄養教育が必要である。昨今の母親は識字率も高くなっており、例えば下痢の小児に経口補水液を与えるなど、健康教育の成果が出ているので、教育による効果が期待できる。

### 3) 一次医療施設（地区病院、PMCU）

#### a) 中部州キャンディ県：カドウガンナワ地区病院（Aタイプ）

本施設では、施設の概要の聞き取りは行えなかったが、入院病棟の訪問、ならびにHLCに配属されたPHNOに聞き取り調査を行った。

本院には高齢者向けの病床はないが、高齢者用の病床を用意している。本院では医薬品投与による治療で対応可能な症例は受け入れているが、骨折などには対応できず、他の医療施設に搬送している。入院患者数は少なく、訪問時の女性病棟は70歳台の女性2名のみで、いずれも転倒によるけがのため入院しており、抗生剤投与による治療を受けていた。両者とも子供の家族と同居しているが、日中は仕事のため不在にしているとのことである。

#### 【地区病院併設のHLCの概要】

本HLCは27か所のGNを対象としており、対象人口は約15,000人である。勤務中のPHNOは、6か月のディプロマコースを修了し、ディプロマを取得した後、本院の に配置され、NCD予防、高齢者ケア、緩和ケアを担当することになっている。しかし、配属前にこれらの業務に関する研修の機会やガイドライン、業務内容などは提供されておらず、手探りで業務を試みている。本来は、訪問看

護に向けてバイクなどが提供されると聞いていたが、まだ提供されていない。緩和ケアにはカテーテルの交換等のための機材が必要であるが、在宅ケア用の機材がないため対応できない。コンピュータによる患者情報入力システムもあるが、使い方などの講習もなかったため、自己学習で実施している。

本 HLC の NCD 予防サービスの実施状況は以下のとおりである。

- NCD では、スクリーニングと患者のフォローアップを行っている。NCD のスクリーニングについては、外来受診者のうち、NCD スクリーニングの対象年齢でまだ HLC に登録していない患者が確認された場合、HLC に照会して登録する。
- 登録されている患者数は約 800 例で、年間約 3,000 例、1 日あたり 15 例程度の患者に対応している。主な患者は糖尿病、高血圧のほか、地域特性により喘息の症例も多い。
- 本院では国から支給された患者記録用の冊子を配布しており、そこに登録番号を記載して管理している。
- がんの検診のうち、子宮頸がんの検査は MOH オフィスが担当しているため、HLC では対応していない。口腔がんについては、喫煙者、噛みタバコ服用者など、ハイリスク症例のみ歯科に照会する。

#### b) 中部州ヌワラエリヤ県：マスケリヤ地区病院（A タイプ）

対象人口は 65,000 人で、11 か所の GN をカバーしている。カバーしている範囲で遠い場所では、15 キロメートルから 20 キロメートル離れている。該当地区は貧困地域であり、60 歳を過ぎても働いている人が多い。

診療科は、救急、小児、内科、外科、歯科、産婦人科で、入院病棟は 6 病棟、内訳は救急、小児、内科（男女別）、外科（男女別）で、病床数は 120 床である。

スタッフの在職状況について表 4-4 7 に示す。52 の定数のうち、22 が空席である。

表 4-4 7 マスケリヤ地区病院のスタッフの在職状況

職種	定数	現任	不足
一般医	5	3	2
看護師	10	6	4
看護補助	8	7	1
清掃・支援スタッフ	17	9	8
救急車の運転手	1	1	0
薬剤師	1	1	0
薬局スタッフ	1	1	0
助産師	4	3	1
口腔外科	1	1	0
Development officer		1	

出所：同施設の聞き取り調査により入手

もともと勤務していた 3 名の医師のうち 2 名が 1 年前にいなくなり、院長のみになったため、十分

に対応できず、患者の多くをディコヤ基幹病院に搬送していた。そのため、それまでの病床占有率は約 30%であったところ、現在は約 14%まで下がっている。最近医師が 2 名赴任したため、今後患者を増やしていく予定である。ただし、配置された医師はまだ 1 年 2 年の経験しかないため、育成が必要である。

外来は 1 日約 150 から 200 件、入院患者は 1 日あたり 10~20 名である。外来は平日 8 時から 12 時及び 2 時から 4 時、土曜は 8 時から 12 時、日曜は 8 時から 10 時、入院・救急患者は 24 時間受け付けている。

成人のうち、35 歳から 65 歳を対象に、血糖値、BMI、血中コレステロール（簡易検査キット使用）、高血圧、乳がん（触診）、子宮頸がんの検査を実施している。HLC は設置されていない。

精神科についてはナワラピティヤ県総合病院から精神科医が 1 か月に 1 回来て、クリニックを実施している。認知症なども本クリニックで月に 1 回診察をしている。

外傷の対応について、簡易な処置で済む症例や局所麻酔は対応するが、全身麻酔等が必要となる重症例は転送する。本院で対応できない患者については、ナワラピティヤ県総合病院、ディコヤ基幹病院、キャンディ教育病院に照会する。耳鼻咽喉科と眼科は本院にはないので、ディコヤ基幹病院に搬送している。患者の搬送の際には、救急車を用いるか、救急車がない場合は警察（1990）に連絡して、救急の出動を依頼する。この救急車システムはインド政府による救急車の寄付により 6 か月前に開始された。医療サービスは無料、救急車での輸送も無料である。医薬品等が在庫切れになることはほとんどない。

昨年の主な疾患の内訳は以下のとおり<sup>102</sup>。

患者記録に関し、保健省に報告する統計データは、看護師の 1 人が自身のスマートフォンを使ってデータを入力し、報告している。診断・治療の記録は紙で記録しているが、あまり適切に保管されていないようであった。（資料保管室は全く整理されておらず、病院としての情報管理はできていないようであった。）

#### 【高齢者医療サービスの提供状況】

- 高齢者用の入院施設などは設置されていない。これまでエレベータも設置されていなかったが、訪問日によりやく設置された。

#### 【高齢者医療の現状と課題】

- 高齢者に多い疾患としては、糖尿病、高血圧で、これは食習慣による影響が大きい。また、気候の影響により、喘息も多い。エステート労働者の中にはアルコール依存症が多く、けんか等による外傷や交通事故も多い。
- 医療従事者の配置と育成が必要である。また、リハビリテーションセンターも必要で、アルコール依存患者向けのリハビリテーションセンターの設置を目指して場所を用意したが、医師や看

<sup>102</sup> Hypertension: 478, Gastritis: 202, Asthma: 188, Accident injury: 147, Chronic wound: refer to here for the follow-up:137, Poisoning: 106, Diarrhea gastroenteritis: 99, Viral fever: 88, Digestive misselenias: 81+274, Diabetes Mi: 124, Infections cellulitis: 54, Ischemic heart diseases:55, Epilepsy: 53, Delivery: 45

看護師をはじめ、理学療法士、作業療法士も配置されておらず、機材もないので対応できていない。

#### c) 中部州ヌワラエリヤ県：ハトゥン PMCU

本施設の対象地域は、ハトゥン、ディコヤ、サイナリ、パイナモルエリア、コタガラである。スタッフは、一般医が1名、歯科医師1名、薬局担当1名、支援スタッフ4名で、看護師は不在である。外来サービスは月曜から金曜の8時から4時、土曜は半日対応しており、1日の外来患者数は約180名である。

##### 【医療サービス（高齢者医療を含む）の提供状況】

- 成人のうち、35歳から65歳を対象に、血糖値、BMI、血中コレステロール（スティック使用）、高血圧、乳がん（触診）、子宮頸がんの検査を実施している。
- 本PMCUで対応できない症例については、警察（1990）に連絡して、救急車を出してもらい、キャンディ総合病院、もしくはディコヤ基幹病院に患者を搬送する。
- 投薬で管理できる患者に関しては、上位機関からバックリファラルされ、本ユニットで管理する。
- 診断に必要な機器は聴診器、血圧計程度で、触診と併せて診断する。
- 高齢者の疾患としては、高血圧、脂質異常症、糖尿病、COPDなどが多い。
- 医薬品の不足は時々生じる。事前に必要数をヌワラエリヤの地域医療供給部局（Regional medical supply division）に送り、その数を踏まえて3か月に1回、医薬品や消耗品が配達されるが、必要数よりも配達される数が少ないため、医薬品の不足が生じる。不足している場合は、処方箋を出し、患者は民間の薬局で薬を購入する。
- フォローアップの患者は月に1回の頻度で受診する。
- 患者が訪問したら新規患者には患者番号を発行し、院内の患者登録ノートに記録する。また、患者とユニット用に記録用のノートを2冊用意し、患者の診断・治療内容を記録して、1冊は患者に渡し、もう1冊はユニットで保管する。患者は受診の際に、そのノートを持参して診察を受ける。
- 管轄の地区には、高齢者施設高齢者施設に相当するものはない。また、社会福祉関係のスタッフとの連携もしていない。
- 歯科に関しては、1日に10名程度が受診する。特に歯科検診などは実施しておらず、症状のある患者のみを診察・治療している。住民は何も症状がなければ、定期検診などで来ることはなく、痛みや症状が出たらはじめて病院に来る。
- マイナースタッフの1人は、2年前にコロンボで心臓の手術を受けた。その際の費用は120万ルピー（約120万円）で、うち100万ルピーはファンドからの拠出、20万ルピーは自己負担であった。手術後も毎月キャンディで診察を受ける必要があるが、トゥクトゥクでは4,000ルピーかかってしまい、交通費の支払いが大変である。

#### 4) リハビリテーション病院

##### a) 中部州キャンディ県：ディガナリハビリテーション病院

本院は、リハビリテーションサービスの提供により、患者の機能回復に向けた訓練を行い、コミュニティに円滑に戻るよう支援することを目的としている。リハビリテーションサービスに加え、救

急ユニットも設置されているほか、カテーテル除去、超音波診断、基礎的な検査などにも対応可能である。リハビリテーションサービスのほか、週3回（月・水・木）にリウマチ科クリニック、水曜に小児クリニックを開催している。クリニックの患者数は1日当たり約300名（医師1名あたり50から60名程度）で、初期の診断や治療方針の決定は専門医が実施し、その後の投薬やフォローアップは一般医が担当する。救急外傷ユニットやクリニックのサービスは8時から4時までである。

院内には4病棟あり、全体で76床、各病棟の病床数は約20床前後である。病棟の内訳は、男性病棟1（脊柱系疾患）、男性病棟2（脳梗塞、ギランバレー症候群、リウマチ、結核、頭部外傷、交通外傷、脳疾患術後、中毒、手足切断患者、髄膜炎患者等）、女性病棟、小児病棟と分けられている。

スタッフの内訳は、看護師21名、支援スタッフ35名、一般医8名、専門医2名（リウマチ専門医、小児リハビリ専門医）、外部からの専門医4名（精神科医：週2回、形成外科医、小児精神科医、神経小児科医：各月1回）、カウンセラー2名、理学療法士8名、作業療法士4名、言語療法士3名（うち1名は産休取得中）、SSO1名、薬剤師1名、ディスプレイ3名、歯科医師1名、登録医師（1.5年の医学教育による）である。患者の投薬などは一般医が管理し、リハビリテーションのプロセスは理学療法士、作業療法士、言語療法士が決定して治療を実践する。社会福祉省は、障害者を対象に支援金を拠出しており、SSOは、患者の退院の目途が立った時点で、障害者としての職業訓練や研修プログラム、職業あっせんなどを支援している。

リハビリテーションサービスを提供している病院は、スリランカ国内に本院を含めて2施設しかないため、本院で多くの患者を受け入れている。患者の入院期間等は重症度等により異なるが、入院待ちの患者はおらず、病床が満員の場合でも長くても数週間で入院可能である。本リハビリテーションセンターは高齢者への対応も含んでいるが、入院患者は比較的若い患者が多い。患者は約60名の入院患者に加え、毎月約1,500名の外来患者がリハビリテーションサービスを受けている。外来患者向けのリハビリテーションサービスは週2回（火曜と金曜）、それ以外の5日間は入院患者のリハビリテーションを行っている。患者情報のコンピュータシステムはなく、患者個々に記録用の冊子を2冊用意しており、片方は医師、片方は理学療法士が管理している。高齢者のリハビリテーションサービスを対象とする主な症例は脳梗塞発症後のリハビリテーションサービスであるが、年齢毎に記録を集約していないため、高齢者に多い疾患を正確に確認することはできない。

本院では二つの理学療法室があり、片方に5名、もう片方に4名が従事している。提供しているリハビリテーションサービスは以下のとおりである。

- 強化練習
- 歩行訓練
- 電気療法
- 牽引療法
- 温熱療法
- 傾斜ベッドエクササイズ
- マット練習
- マッサージ
- 移動エクササイズ

## ➤ 車いす移動

本施設には比較的多くのリハビリテーション機材が設置されており、各種リハビリテーションサービスに対応しているが、水治療法（hydrotherapy）やレーザー治療、ショックウェーブ療法などはない。

### 【当該施設が認識するリハビリテーションサービス等の課題】

- 病床数、リハビリテーションのスペース、機材などを増やして、もっと多くの患者に対応できる体制が必要である。
- 受け入れている患者数に対し、理学療法士が少なく、施設と人材が不足している。エレベータも設置されていない。

## B. 西部州

西部州では、高齢者対策に積極的に取り組んでいる以下の医療施設から情報収集を行った。

### a) 西部州コロombo市：コロombo南教育病院／高齢者医療ユニット

本ユニットは昨年設置され、高齢者専門の外来とクリニックサービスを提供しており、今年に入って規模が拡大された。高齢者の多くは他の症例と同様、医療施設で診察や治療を受けているが、高齢者に必要な身体的・精神的に必要な機能の包括的な診断や治療が行われておらず、高齢者に特有な身体的課題、日常生活の可動範囲、聴覚、視覚などは評価されていない。高齢者の身体・精神的課題の特性として、症状が断片的に続くことが多いため、その点を踏まえた診断や治療などの対応が必要となる。本診療科によるサービスにより、高齢者の抱えている問題を特定し、治療や支援が必要な高齢者を特定してサービスを提供することを目指している。

本ユニットの高齢者外来は、月曜：転倒クリニック、火曜：一般高齢者外来、水曜：記憶クリニック、木：終末期ケア、金曜：美術・音楽療法を実施しており、金曜のクリニックでは、SSOとも協力している。それぞれのクリニックで1日当たり15例から20例である。本ユニットで受診する高齢者に多くみられる疾患としては、転倒による外傷、認知症などで、他の医療施設から照会されるケースもある。また、入院病棟を回り、社会サービスの提供や歩行に向けた支援もしている。

高齢者の中には、受診のための移動が難しいケースもあるため、コミュニティに出向いて医療サービスを提供するアウトリーチサービスも必要である。院内のクリニックと併せて、対象地域でのアウトリーチクリニックも実施している。アウトリーチクリニックの利用者は、だいたい70～80名前後、新規患者は50名／月である。このクリニックを開催にするに至るには、場所の確保、資機材の確保など、いろいろな困難を乗り越えながら実現してきた。病院の経営部門に開設と実施に向けての依頼をしているが、プロセスに時間を要している。そこで、転倒など高齢者のリスク評価など、狭いスペースでも対応できる研究に焦点をおいている。スタッフの内訳は、専門医1名、一般医（高齢者医療ディプロマ取得）3名、看護師（高齢者医療ディプロマ取得）1名、アシスタント1名、SSO1名、理学療法士1名である。アウトリーチクリニックでの移動は、病院から車を出しているが、調整が難しい。

該当地区は貧困地域であり、60歳を過ぎても働いている人が多い。患者はいつでも医療従事者に

連絡を取ることができる。患者家族へのケアに必要なスキルなどの研修を行っている。

高齢者における精神保健の課題としては、認知症、うつ病などが確認されている。

リハビリテーションに関しては、転倒防止と精神面・記憶確保・回復の二つのリハビリテーションプログラムを計画している。

終末期ケアについては、クリニックによる院内のサービスと在宅ケアを実施している。本クリニックの一般医が終末期ケアの最初のバッチの研修を受け、2019年9月からサービスが開始したばかりである。精力的に患者のケアを行っており、これまで対応した患者は35例である。現在、6～7名の患者をケアしている。患者がクリニックに来られない場合は、本医師が患者の自宅を訪問する。終末期ケアに関しては、人生をどう終えるのか、人生を終えるために何をしたいのか、家族や親せき等がない場合どう終末期を過ごすのか、自宅と施設のどちらで過ごすのかなど、その状況に達する前に考えていく必要があり、そのための介入も求められる。

本院の専門医はスリランカ老年医学会（Sri Lanka Association of Geriatric Medicine: SLAGM）の会長も務めている。本学会では、学術大会を開催したり、公共の場所で展示やイベントなどを行ったりしている。当初のメンバーは医師のみであったが、現在は看護師など、高齢者医療に関係する人材もメンバーとなり、会員は200名近くまで増えている。前任の会長は神経内科医が2年間を務め、ニューズレターを出したり、高齢者ケアの本を出版したりした。

#### 【当該病院が認識する高齢者医療の現状と課題】

- 高齢者の生活に必要な身体機能を体系的に評価する枠組みが必要である。
- ペラデニヤ教育病院でも高齢者ケアを実施しているが、やり方などは本院と異なっている。ペラデニヤ教育病院は、高齢者用の入院病棟があったと理解しているが、本院には高齢者専門の入院病棟はない。アトゥルギリヤ病院では長期療養型の医療施設に転換しているところである。
- リハビリテーションに関しては、リハビリテーションセンターは全国に2か所と非常に限られているうえ、高齢者専門のリハビリテーションはない。アトゥルギリヤ病院にリハビリテーション機能を設けると聞いている。
- 高齢者のケアに関しては、専門医に加え、看護師、医師のディプロマ制度があるのと、栄養関係のディプロマも高齢者ケアに必要なコンポーネントである。教育に関しては、スリジャヤワルダナ大学病院が実施しており、これまで9回の研修を実施している。専門医になるためには、スリジャヤワルダナ大学病院とペラデニヤ教育病院で実務研修などを受け、海外研修1.5年を含め、全体4年間の教育が必要である。
- 高齢者への在宅ケアに関しては、PHNOの活用を検討しており、第2期生がもうすぐ研修を終えるところである。
- 本院がこのような高齢者医療に積極的に取り組んでいるのは、院長の理解と協力があるためである。保健省は優先課題を他においており、YED課も含めて高齢者医療に協力的でない。医師の確保も非常に難しい。この点で、日本の技術協力をもとに高齢者医療の体制を整備することは非常に有益であると考える。

#### b) ホラナ基幹病院

現在、国立保健医療科学院のカルボウィラ院長は、以前西部州カルタラ県にあるホラナ基幹病院の院長として勤めており、在職時に本施設で、高齢者の現状及び健康面、医療サービスの活用状況などを中心に調査を行った。結果をもとに、高齢者対策実施上の課題について取りまとめ、コミュニティと連携して、コミュニティでの医療サービスの提供をはじめ、好成績を上げた経験がある。これらの取り組みは現在も継続されており、本取り組みについて聞き取りを行った。

### 【INTRA3 プロジェクトの概要】

上記の調査は、INTRA3 というプロジェクトの下で 1999 年に実施されたが、現時点でも状況はほとんど変わっていない。主な調査結果は以下のとおりである。

- 高齢者（55 歳以上）の 84%は何らかの疾患を抱えており、うち 67%は二つ以上の疾患に対する治療を受けている。
- 高齢者のうち、自己収入がある人は全体の 24%である。主な収入源は農業関係で、茶摘みなども収入源の一つである。その他、高齢者への年金受給、未亡人や孤児を対象とした基金のほか、サムルディ部門による低所得者手当や NSE による 70 歳以上の高齢者へ社会扶助を受けている。
- 72%は何らかの形で孫の面倒をみており、中には、両親が海外に出稼ぎに行っているため、主体となって孫の面倒をみている例もある。高齢者は本来支援を受けるべき立場であるが、家族の面倒を見ているのが現状である。3%は 1 人で暮らしている。
- 医療施設のサービスに関しては、待ち時間の問題が確認された。当初のデータとして、診断を受け、医薬品を入手するまでに要する平均時間は約 12 時間であった。利用者が午後には病院を訪問した場合、既に長い列ができているため、翌日まで待つことになる。翌朝の 7 時から登録が始まり、医師の診察を受けるためにまた別の列に並び、医薬品を受け取るためにまた並ぶなど、患者はどこでも待たなければならない。
- 医師は、クリニックでの診察だけでなく入院患者の診察も行うため、クリニックに要する時間は 1 日平均 2 から 3 時間である。診察時間は非常に短く、医師が患者に十分な質問をしたり、患者が病状について医師に質問したりする時間を取ることができず、場合によっては、血液検査の時間もない。患者は最も重篤な症例を最優先にして処置・治療を行う。
- このような診察・治療による医療サービスの提供により、サービス供給側、受給側の双方とも不満を抱えている。医薬品の在庫がない場合や検査が実施できない場合、患者は民間の薬局や検査機関への受診を求められ、そこで新たな列に並ばなければならない。スタッフは、多くの業務や解決できない問題を抱え、ストレスを抱えている。
- 医療サービス受診に長時間を要することは、経済活動や生産性にも大きく影響する。医療サービス受診のために仕事を失ったり、借金を抱えたりするケースも多くみられる。

これらの調査結果を踏まえ、医療サービスの利用率をあげるためには、医療スタッフがコミュニティまで行き、コミュニティでサービスをする必要があると判断し、アウトリーチクリニックを開始することとなった。本アウトリーチクリニックは現在、高齢者コミッティーなどを主要なスポンサーとして継続して実施し、成果をあげている。対象地域だけでなく、他の地域でも、このサービスを受けたいとの要望が来ている。

アウトリーチクリニックを実施する上で、移動、医薬品の確保、クリニックのスタッフ確保などの



課題は確認されていた。また、コミュニティでの場所と飲料水の確保が必要とされていた。そこで、コミュニティのうち、宗教機関など、人々が敬意を持っている機関などの協力を得て、本活動が実施されるようになった。それにより、地域の活動として容易に組み込まれることが可能となるとともに、利用者がアクセスし易くなった。コミュニティの人たちが普段利用している寺などが活動の主体となることで、住民がこのアウトリーチクリニックは自分達の活動の一環と認識し、コミュニティが本活動のマネージャーとしての役割を担える体制とすることができた。このように、コミュニティを尊重して体制を構築することで、この活動は機能することが確認された。

アウトリーチクリニック活動の成功のためには、クリニックを開催するのに適した場所、知識のあるボランティア、マネジメント能力の高いグループなどが必要である。クリニックの患者数は1日あたり200名前後、クリニックのスタッフは、一般医（NCD）、一般医（公衆衛生）、PHNO、健康教育看護師、薬剤師などで構成されている。クリニックは管轄地域を対象に、各クリニックに月1回訪問し、月に合計16回のクリニックを開催している。

本取り組みの課題としては、ファンドの問題があげられる。保健省は変化をもたらすことや、それに対して責任を持つことを避ける傾向にある。そのような中、NCD局の長であるチャンピカ局長は、我々の取り組みの意義や重要性を理解し、協力してくれている。南部州ハンバントタ県のタンガル基幹病院（Aタイプ）もこれらの活動を始めるということを知っている。

#### 【その他高齢者サービスの現状】

- 緩和ケアに関しては、病院でのサービスと、緩和ケアチームが患者の家を訪問し、カテーテルの交換や採血などの処置をしている。
- 社会福祉省との連携に関しては、社会福祉省は高齢者に対する財政支援などを行っている。
- 他の組織では、病院や健康組合（NGO 団体）などが資金援助をし、医薬品の購入等を支援しているところもある。

#### 【高齢者サービスの課題】

- 高齢者向けのアウトリーチサービス用の移動手段が必要とされている。社会福祉省と協力して、地域の訪問診断のための移動手段を確立する必要がある。病院の救急車は患者移送以外の全てのサービスを提供には適していない（保健省コメント）。
- スリランカの保健システム自体にも課題がある。現行の予防と治療に分かれている保健システムは1926年、感染症が主流であった頃に作られたものである。現在のようにNCDが主要な疾患となり、治療に二次予防などの側面があるなど、予防と治療を明確に区分することができなくなっている状況で、この体制でサービスを提供し続けることは効率的・効果的ではない。人材不足が問題とされているが、人材不足が問題なわけではなく、人材の配置と活用が問題である。本業務に参画している医療スタッフは、コミュニティにサービスの必要性を求められ、感謝することで活動の意欲を高めている。

#### c) アトゥルギリヤ地区病院

本院は、西部州コロombo県の患者の利用率が低い病院の一つであり、YED課により作成された高齢者ケア提供計画で見直しが検討されている病院の一つである。YED課は政府の予算をもとに本院

をスリランカ初の高齢者向け中期療養型医療施設に転換することを開始し、2019年から2020年にかけてインフラ整備と機材購入が行われた。新型コロナウイルスの世界的な感染拡大により、区画整理と検査室及び作業療法ユニットの改修に遅れを生じた。

三次医療施設のコンサルタントによる治療計画の継続のためにコロンボ南教育病院やホマガマ基幹病院より患者を転院させ、専門医による管理の下、アトゥルギリヤ地区病院の一般医が診療する予定である。三次医療施設による照会・逆照会制度が導入される予定である。

## C. ウバ州

ウバ州に関しては、直接現地を訪問し、調査することはできなかったが、代わりに電子メールを通じた質問票調査への協力を得ることができた。質問票により得られた内容は以下のとおりである。

### ウバ州内の医療施設の内訳と高齢者サービスの提供状況

表 4-48 に、ウバ州の公立医療施設数をカテゴリー別に示す。

表 4-48 ウバ州の医療施設数

カテゴリー	施設数
州病院	1
県病院	1
基幹病院	4
地区病院	58
PMCU	26
HLC	86

出所:ウバ州保健局からの質問票回答

上記のうち、高齢者ケアを実施している医療施設は、ウェラワヤ基幹病院で、高齢者用の優先カードを導入しているとのことである。それ以外の医療施設に関しては、必要に応じて高齢者向けの医療サービスを提供している。高齢者サービスの提供における公的医療施設間の連携に関しては、まだ実施されておらず、高齢者居住施設の高齢者に関しては、居住施設のスタッフの引率により、近隣の医療施設で診断や治療を受けている。民間機関と公的機関の連携による高齢者サービスは実施されていない。

高齢者医療サービスに関連するサービスの提供数として、NCDの検査数が年間68,216件、口腔ケアの健診数が87,113件である。

先行の草の根技術協力事業「スリランカにおける高齢者ケア政策プラン・モデル形成プロジェクト」(2015-2017)の活動実績として、TOT研修、カンダケティヤ地区病院への高齢者外来の設置、コミュニティモデルプラン、ウダワラワの健康村(Healthy Village)などがあげられたが、その後の継続状況については確認できなかった。

本調査の協力者である高齢者医療の担当者の考える高齢者向け医療サービスの提供における課題の対策案及び高齢者が医療サービスを受ける上での障壁とその解決策を表 4-49、表 4-50 に示す。

その他、高齢者の健康を維持・回復するために必要な取り組みとして、①健診とリファラルメカニ

ズムの見直し、②定期的なフォローアップの実施などが提案された。

表 4-49 高齢者向け医療サービスの提供における課題と対策案

課題	解決策
高齢者ケアに特化して保健官が任命されていない。	公衆衛生助産師を責任者として任命してはどうか。
外来患者の大半は60歳以上のため、高齢者を優先することが難しい。	(回答なし)
高齢者向けの健診プログラムがない。	高齢者の健診に向けた国家プログラムが必要である。

出所:ウバ州保健局からの質問票回答

表 4-50 高齢者の医療サービス受給を阻む課題と解決策案

課題	解決策
病院までのアクセス:交通手段や長時間の移動	UHC 達成に向けたプライマリケア施設(サービス)に関する国家政策の見直し
クリニックや外来の長い待ち時間	(回答なし)
一次医療施設や二次医療施設での専門医療サービスの不足	専門治療のアウトリーチサービスの開始

出所:ウバ州保健局からの質問票回答

#### D. 民間における高齢者医療サービス

保健省では、2017年に民間セクターの医療サービスの提供状況について調査して結果と取りまとめ、「西洋医学民間セクター・国立伝統医学セクターの施設枠組み基礎報告書<sup>103</sup>」を発表した。本報告書によるスリランカ全国での民間セクターの病床数の分布を表4-51に示す。

表 4-51 スリランカにおける民間医療施設の病床数(県別・州別)

州	県	県別病床数	州別病床数
西部州	コロンボ	2,314	3,197
	ガンパハ	672	
	カルタラ	211	
中部州	キャンディ	331	360
	マータレー	29	
	ヌワラエリヤ	0	
南部州	ゴール	120	248
	マータラ	95	
	ハンバントタ	33	
北部州	ジャフナ	241	256
	バブニヤ	15	
	マンナール	0	
	キリノッチ	0	
	ムッライッティエーヴー	0	
東部州	バティカロア	43	111

<sup>103</sup> Basement Report of the Institution Frame of Private Sector of Western Medicine and State Indigenous Medicine Sector

州	県	県別病床数	州別病床数
	アンパーラ	44	
	トリンコマリー	24	
北西部州	クルネーガラ	167	266
	プッタラム	99	
北中部州	アヌラーダプラ	21	28
	ポロンナルワ	7	
ウバ州	バドゥツラ	13	37
	モナラーガラ	24	
サバラガムワ州	ラトゥナプラ	137	183
	ケーガッラ	46	
合計		4,686	4,686

出所：Basement Report of the Institution Frame of Private Sector of Western Medicine and State Indigenuous Medicine Sector を基に作成  
\*報告書では、アンパーラ 25 床、カルムナイ 19 床と記載されているが、カルムナイはアンパーラ県に含まれるため、カルムナイの病床数をアンパーラ県の病床数として統合した。

民間医療施設の病床数の分布はばらつきが大きく、コロンボの病床数が全国の半数以上を占めている。また、コロンボ近郊のガンパハやカルタラ、州都のキャンディやジャフナには民間医療施設の病床があるが、ヌワラエリヤ、マンナール、キリノッチ、ムッライッティエーヴーの 4 県には入院機能のある民間医療施設はない。

また、前述のとおり、すべての民間医療施設は、2006 年 7 月に国会で承認された民間医療施設（登録）法第 21 号（Private Medical Institutions (Registration) Act No 21）に基づき、保健省傘下の PHSRC に登録することが義務付けられている。2017 年から 2020 年の年次登録施設数を表 4-5 2 に示す。

表 4-5 2 PHSRC に登録している民間医療施設（2017-2020 年）

民間医療施設	2017	2018	2019	2020
病院、看護サービス提供施設／助産院	116	117	115	69
医療センター・検診センター／ デイケア医療センター／相談所	191	182	186	107
医療検査機関	405	449	436	165
その他医療施設	40	45	60	35
合計	752	793	797	376

出所：PHSRC ウェブサイト (<http://www.phsrc.lk/>) のデータに基づき調査団まとめ 2020 年 9 月 10 日アクセス

上記 2020 年に登録された民間医療施設 376 施設のうち、施設名を「ナーシング・ホーム (Nursing Home)」とする施設は 8 か所、施設名に「在宅看護 (Home Nursing)」「看護ケア (Nursing Care)」を含む施設は 7 か所、高齢者に特化した「高齢者ケア施設 (Elderly Care Home)」は、コロンボ市郊外のアトゥルギリヤにある「ウペクシャ高齢者ケアホーム (Upeksha Elderly Care Home)」の 1 か所のみとなっている。施設の多くは西部州のコロンボ市とその近郊に集中している。それぞれの施設名と所在地を表 4-5 3 に示す。

表 4-5 3 2020 年 PHSRC に登録の看護ケア提供施設

州	県	施設名
<b>ナーシング・ホーム</b>		
西部州	コロombo	コッタワ・ナーシング・ホーム (Kottawa Nursing Home)
		マハジャナ・ナーシング・ホーム (Mahajana Nursing Home)
		チャンネルウェイ・ナーシング・ホーム (Channel Way Nursing Home)
		ロイヤル・ナーシング・ホーム (Royal Nursing Home)
	ガンパハ	セントラル・ナーシング・ホーム (Central Nursing Home)
		マンティリ・ナーシング・ホーム (Manthiri Nursing Home)
北部州	ジャフナ	エヴァーグリーン・ヘルスクリニック/ナーシング・ホーム (Evergreen Health Clinic and Nursing Home)
南部州	マータラ	マータラ・ナーシング・ホーム (Matara Nursing Home)
<b>ホーム・ナーシング/ナーシング・ケア</b>		
西部州	コロombo	イングリッシュ・ナーシング・ケア・サービス (English Nursing Care Services)
		ヴィブラント・ホーム・ナーシング・サービス (Vibrant Home Nursing Service)
		セルティス・ランカ・ナーシング・スウィフト・ケア (Certis Lanka Home Nursing & Swift Care (Pvt) Ltd)
		パール病院・ホーム・ケア・ナーシング・サービス
		スワサハマ・ホーム・ナーシング・ケア (Pearl Hospital Home Care Nursing Service)
		ピヤサ・ホーム・ナーシング・ケア (Piyasa Home Nursing Care)
中部州	キャンディ	サディーパ・ホーム・ナーシング・サービス (Sadeepa Home Nursing Service)
<b>高齢者ケアホーム</b>		
西部州	コロombo	ウペクシャ高齢者ケアホーム (Upeksha Elderly Care Home)

出所：PHSRC ウェブサイト (<http://www.phsrc.lk/>) のデータに基づき調査団まとめ 2020年9月10日アクセス

スリランカにおけるナーシング・ホームは、一般的には看護ケア施設とされているが、民間医療施設におけるナーシング・ホームは、サービスの幅が広い。内科、外科、産科等の診療や健診、救急車等の、病院と変わらないサービスを提供する施設であっても、ナーシング・ホームの名が冠されているケースもある。看護ケア施設に居宅型のケアホームを付設している施設もあるなど、ナーシング・ホームの在り方は多様である。

看護ケア施設には在宅看護ケアをサービスの一部として提供している施設もある。「Home nursing」や「Mobile nursing care」など呼称は様々であるが、サービス内容は在宅での医療やケアが必要な患者に対するサービスとなっている。具体的なサービス内容は、経管栄養、注射、創傷ケア等の医療行為から、食事、更衣等の日常生活支援まで多岐に渡っている。

新型コロナウイルス感染症の影響により、民間医療施設の情報収集については現地調査を実施できなかったが、代わりにウェブサイト検索等のデスクリサーチによる情報収集を実施した。ウェブサイトに情報を公開している民間医療施設のうち、高齢者医療に関連したサービスを提供する看護ケア施設のサービスの事例を表 4-5 4 に紹介する。

表 4-5 4 民間の看護ケア施設のサービス事例

事例1 イングリッシュ・ナーシング (English Nursing) 西部州コロombo市 <a href="https://www.englishnursing.com/">https://www.englishnursing.com/</a>	
■	在宅看護サービス <ul style="list-style-type: none"> <li>訓練を受けた看護師のチームによる在宅ケア看護サービスの実施</li> <li>サービス開始時の健康診断、サービス開始後は、看護チームが定期的にレビューミーティ</li> </ul>

<p>ングの実施</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>利用者のニーズに応じた様々な看護ケアの提供</li> </ul> <p>■ 在宅高齢者ケアサービス</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>理学療法・運動療法、認知症・脳卒中・糖尿病などの加齢に伴う疾患、一次救命等のトレーニングを受けた看護スタッフによるケア（起床・入浴・更衣・食事の介助、投薬支援等）の提供</li> </ul> <p>■ 在宅糖尿病ケア</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>糖尿病の概要、食事療法、低血糖や高血糖時の対応、フットケア等の糖尿病の管理を熟知した看護スタッフによるケア（ヘルスチェック、血糖値のモニタリング、運動療法・食事療法の支援）の提供</li> </ul> <p>■ 在宅時の緊急時の対応</p> <p>緊急時の医師や家族への連絡、救急車の手配等のケアプランの策定と実施</p> <p>■ 入院中の介助</p> <p>入院中の食事・排泄等の介助、病院の医師・看護スタッフとの連絡、早期退院に向けた家庭環境の準備の実施</p> <p>■ 高齢者ケアに従事するワーカーの研修業務の実施</p> <p>訪問看護スタッフによる、高齢者ケアに従事するワーカーへのトレーニングプランの策定・実施・モニタリング</p>
<p><b>実例2 ロイヤル・ナーシング・ホーム (ROYAL NURSING HOME)</b> 西部州コロンボ県 <a href="http://www.royalnursinghome.com/">http://www.royalnursinghome.com/</a></p>
<p>■ 在宅看護サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>トレーニングを受けた看護スタッフによる自宅でのケアの提供</li> <li>アセスメントに基づくケアプランの策定と実施</li> <li>サービス対象疾患・症状： 麻痺、パーキンソン、心疾患、アルツハイマー、認知症、統合失調症、末期がん、うつ病、糖尿病、糖尿病合併症・緑内障による失明、術後回復期、NCDの薬物治療</li> <li>サービスの種類： 看護ケア、理学療法、作業療法、言語療法、栄養療法、社会サービス、創傷ケア、点滴・化学療法、小児科専門診療、バイタルサインのモニタリング</li> <li>看護師がトレーニングを受けている手技 <ul style="list-style-type: none"> <li>食事に関するサービス（食事介助、経鼻経管栄養、経胃瘻栄養、経静脈栄養）</li> <li>バイタルサインのモニタリング（血圧、体温、脈拍、呼吸、血糖値、水分バランス）</li> <li>医療ケア（服薬管理、インスリン注射、筋肉注射）</li> <li>清潔・皮膚のケア（清拭、入浴介助、創傷ケア、ストーマケア<sup>104</sup>、カテーテル管理）</li> <li>合併症（褥瘡、沈下性肺炎、糖尿病性壊疽、脱水・便秘、転倒・骨折）の予防</li> </ul> </li> </ul> <p>■ 高齢者施設高齢者施設（居宅型サービス）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>看護サービス</li> <li>レクリエーション活動（社会活動、レクリエーション活動、昼食会や外出時の送迎支援）</li> <li>リハビリテーション（理学療法、作業療法、言語療法）</li> <li>栄養管理（管理栄養士により管理された食事の提供）</li> </ul> <p>上記サービスのほか、産業保健、救急車搬送等のサービスを提供している。</p>

<sup>104</sup> ストーマは、がんの手術などによって、腸や尿管を腹壁の外に引き出して管の内側を折り返して腹壁につくられた排泄口のこと、人工肛門などの消化器ストーマと、人工膀胱などの尿路ストーマがある。排泄のタイミングを自分の意志でコントロールできないため、ストーマ装具を腹部に装着して排泄物を受けとめる必要がある。ストーマ装具は、排泄物を受けとめるストーマ袋と、袋を取り付ける土台からなり、ストーマ袋にたまった排泄物は、トイレなどに捨てる。ストーマ周囲の皮膚は排泄物や装具でただれやすいため、皮膚の洗浄、ストーマ装具交換等の適切なストーマケアが求められる。（国立がん研究センター がん情報サービス参照 [https://ganjoho.jp/public/dia\\_tre/rehabilitation/stoma\\_care.html](https://ganjoho.jp/public/dia_tre/rehabilitation/stoma_care.html)）

<b>実例3 ヴィブラント・ホーム・ナーシング・サービス (Vibrant Home Nursing Service)</b> 西部州コロンボ市 <a href="https://vibranthns.lk/">https://vibranthns.lk/</a>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 在宅看護サービス               <ul style="list-style-type: none"> <li>• 訓練を受けた看護師のチームによる在宅ケア看護サービスの実施</li> <li>• 利用者のニーズに応じてケアプランを作成</li> <li>• 看護師が熟練している手技                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- 食事に関するサービス（経口栄養、経鼻経管栄養、経胃瘻栄養、経静脈栄養）</li> <li>- バイタルサインのモニタリング（血圧、体温、脈拍、呼吸、血糖値、水分バランス）</li> <li>- 投薬管理（服薬管理、インスリン注射等）</li> <li>- 医師の診察への同行</li> <li>- 社会活動</li> <li>- 室内の清掃</li> <li>- 入浴・更衣の介助</li> <li>- 合併症（褥瘡、沈下性肺炎、糖尿病性壊疽、脱水・便秘、転倒・骨折）の予防</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>■ 医師による24時間オンコール往診サービス               <ul style="list-style-type: none"> <li>• 医師の定期的な往診による高齢者の健康管理</li> </ul> </li> <li>■ 高齢者の在宅ケアに必要な医療機器・介護用品の販売 取り扱い物品               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 医療機器：ネブライザー、吸引機、血糖測定器、酸素調節器等</li> <li>- 介護用品：ベッド、エアマットレス、車いす、杖、おむつ等</li> </ul> </li> </ul> <p>上記サービスのほか、在宅での乳幼児や妊婦のケア、産業保健、救急車搬送、疾病・受傷後のリハビリテーション等のサービスを提供している。</p>	
<b>実例4 セルティス・ランカ・ホーム・ナーシング (Certis Lanka Home Nursing)</b> 西部州コロンボ市 <a href="http://www.certislankanursing.com/">http://www.certislankanursing.com/</a>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 在宅看護サービス               <ul style="list-style-type: none"> <li>• 訓練を受けた看護師のチームによる在宅ケア看護サービスの実施</li> <li>• 利用者のニーズに応じてケアプランを作成</li> <li>• 看護師が熟練している手技                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- 食事に関するサービス（経口栄養、経鼻経管栄養、経胃瘻栄養、経静脈栄養）</li> <li>- バイタルサインのモニタリング（血圧、体温、脈拍、呼吸、血糖値、水分バランス）</li> <li>- 投薬管理（服薬管理、インスリン注射等）</li> <li>- 合併症（褥瘡、沈下性肺炎、糖尿病性壊疽、脱水・便秘、転倒・骨折）の予防</li> <li>- 膀胱洗浄、膀胱カテーテル管理</li> <li>- 静脈カテーテル管理、注射、点滴</li> <li>- 呼吸理学療法</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>■ 医師による24時間オンコール往診サービス               <ul style="list-style-type: none"> <li>• 医師の往診による健康管理</li> </ul> </li> </ul> <p>上記サービスのほか、在宅での乳幼児のケア、産業保健、救急車搬送、出張健診サービス等のサービスを提供している。</p>	

出所：各施設名下の URL の情報を基に調査団まとめ

上記施設の一部について、サービス利用に必要な費用や利用負担事項を表 4-55 に示す。

表 4-55 民間セクター高齢者在宅ケアサービスの利用費用・負担事項

施設	イングリッシュ・ナーシング	ヴィブラント・ホーム・ナーシング・サービス	ロイヤル・ナーシング・ホーム
在宅ケア費用	<ul style="list-style-type: none"> <li>・12時間：2,500ルピー（朝、夜いずれも）</li> <li>・24時間：4,500ルピー</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・12時間：1,500ルピー（朝、夜いずれも）</li> <li>・24時間：2,800ルピー</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・10時間（8:00-18:00）：1,500ルピー</li> <li>・12時間（19:00-7:00）：1,400ルピー</li> </ul>

			・24時間：2,500 ルピー
月次契約費用	135,000 ルピー	84,000 ルピー 食費別途支給	75,000 ルピー 食費別途支給
ケア提供者の食事	利用者による食事の提供不要	12時間勤務では2回、24時間勤務では3回、利用者による食事提供が必要	日勤・夜勤では2回、24時間勤務では3回、利用者による食事提供が必要
ケア提供者の宿泊	24時間勤務の場合、宿泊場所を利用者が提供する		
ケア提供者の業務	所属施設と利用者の間で合意する		
登録料 (利用者から施設へ)	3,500 ルピー (1年間) 1年ごとに要更新	2,500 ルピー 1年ごとに要更新	3,500 ルピー 初回のみ登録、更新不要
利用者の支払方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>2週間分の全日利用料金に相当する保証金を申し込み時に支払う。</li> <li>隔週で請求書を発行。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1ヶ月分の全日利用料金に相当する保証金を申し込み時に支払う。</li> <li>月末に請求書発行。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1ヶ月分の全日利用料金に相当する保証金を申し込み時に支払う。</li> <li>月末に請求書発行。</li> </ul>

出所：JICA 高齢者中間ケアに関する情報収集調査最終報告書（2019年）より抜粋

上記事例2のロイヤル・ナーシング・ホームでは、ウェブサイト上で最新の料金が更新されており、これまで必要であった登録料が不要となった代わりに、全体的に利用料金が上がっている。また、女性看護師と男性看護師の料金が異なっており、男性看護師の利用の方が若干高い。ロイヤル・ナーシング・ホームの在宅看護サービスと居宅型高齢者施設高齢者施設の利用料金を表4-56に示す。

表 4-56 ロイヤル・ナーシング・ホームの在宅看護と高齢者施設居宅型高齢者施設の利用料金

<b>在宅看護サービス</b>		
短期サービス (24時間以下)	<ul style="list-style-type: none"> <li>日勤 (10時間 8:00-18:00) 女性 1,600 ルピー / 男性 1,700 ルピー</li> <li>夜勤 (12時間 19:00-7:00) 女性 1,600 ルピー / 男性 1,700 ルピー</li> <li>24時間 女性 2,790 ルピー / 男性 2,890 ルピー</li> </ul>	
長期サービス (1か月契約)	女性 82,000 ルピー / 男性 85,000 ルピー	
登録料	不要	
保証金	サービス開始前に7日分の料金を支払う	
<b>高齢者施設居宅型高齢者施設</b>		
相部屋	60,000 ルピー (食事、共同浴室、24時間看護、医師診察、洗濯)	
ハイケアユニット	65,000 ルピー (食事、共同浴室、24時間看護、医師診察、洗濯、エアコン)	
個室	クラシック	65,000 ルピー (食事、共同浴室、24時間看護、医師診察、洗濯)
	ゴールド	95,000 ルピー (食事、24時間看護、医師診察、洗濯、エアコン付高級ルーム)
	プレミア	120,000 ルピー (食事、24時間看護、医師診察、洗濯、エアコン付高級ルーム、交通費 40 km/月まで無料)
登録料	50,000 ルピー	

出所：<http://www.royalnursinghome.com/home-nursing>、<http://www.royalnursinghome.com/elders-home>  
(2020年9月24日アクセス)

#### 4-3-4 高齢者医療を支える人材

##### (1) 高齢者医療に従事する医療専門職

高齢者医療を支える人材としては、主に保健医療施設に勤務する人員があげられる。これらの医療



従事者のうち、専門性やサービスの特性から、以下の医療従事者が主たる高齢者医療の専門サービス提供者と判断される。高齢者医療に関連する専門医療従事者のリストを本報告書の添付資料-2に示す。高齢者医療に従事する専門技術者は、法律で規定されている医療専門職に必要な教育課程を経て該当の専門技術者となる。そのうえで、更に必要とされる専門技術の育成を受けることとなる。スリランカで高齢者医療の専門医を育成する主要な教育機関としてコロombo大学があげられる。コロombo大学では、大学に設置されている大学院附属医学研究所で専門教育が提供されている。本研究所で提供される専門教育のうち、高齢者医療に関連するカリキュラムは以下のとおりである。

### 1) コロンボ大学大学院附属医学研究所

高齢者医療を支える専門医を育成するコロombo大学大学院附属医学研究所 (Postgraduate Institute of Medicine: PGIM) は、財政面・管理面で独立した研究所であり、国際的にも卓越したセンターとして認められている。PGIMの使命は、スリランカの人々に最適かつ人道的な医療を提供するために、地域と世界に対するPGIMの幅広い責任を念頭に置き、最高の質・能力・献身を備えた専門家を輩出するために必要な大学院の学術プログラムを計画、実施、監視、評価することとしている。

PGIMでは、大学院の学位別プログラムとして、医学・歯学分野の「ディプロマ (Diploma)」、「修士号 (MSc)」、「医学博士号 (MD)」と分類されている。医学博士号を取得するコースでは、専門医としての「医学博士号/専門 (Specialty)」と、専門医の分野より狭義の、部分的な医学分野を学ぶ「医学博士号/副専門 (Subspecialty)」に細分化される。2020年では、ディプロマ28コース、修士号10コース、医学博士号/副専門52コース、医学博士号/専門36コースの教育課程が設置されている。ディプロマと修士号の教育期間は1年、医学博士号は分野によって異なり、3~8年を要する。教育機関については、ディプロマと修士号は国内のPGIMが定める機関であるのに対し、医学博士号のほとんどのコースでは、国内機関での教育に加え、海外での研修も課されている。

大学院の教育課程への応募要件として、1) スリランカ医学会議 (SLMC) が認定する医学学位を有し、2) SLMC認定のインターンを完了しており、3) その後国内で1年の勤務経験を有し、4) その他のPGIMの条件を満たす等の必要がある。基本的には、医学・歯学の学位を有し、インターンシップとその後1年の臨床経験を完了すれば、応募要件を満たすことができる。公衆衛生コースでは、加えてMOHとしての勤務経験が必要である。

高齢者に特に関わる医療分野の教育課程のコース一覧を表4-57に示す。

表 4-57 高齢者に特に関わる医療分野の教育課程

教育課程分類	コース名
ディプロマ	老年医学
	緩和医療
副専門医	リハビリテーション医学
	リウマチ・リハビリテーション
	老年精神医学
	老年医学(準備中)
博士号・専門医	老年医学

出所: PGIM, Course of Academic Curriculum (<https://pgim.cmb.ac.lk/index.php/courses-new/>)

上記コースについて、PGIMが提供する高齢者医療に関連するコースの概要を添付資料-3に示す。

## (2) 高齢者医療を支える保健医療人材の現状

高齢者医療を刺させる保健医療人材に関し、専門医の州毎の人数、ならびに専門分野毎の医師1人あたりの人口数、ならびに各州に配置された医師1人あたりの人口数を4-58に示す。多くの高齢者が受診する可能性の高い領域を表内の水色で示す。全体的に専門医師数は非常に限られており、特に、呼吸器外科、神経内科・外科、リウマチ科など、高齢者の罹患率の高い分野で専門医師数が少なく、人口から割り出した一人当たりの医師がカバーする人口数は約50万人から100万人とされる。また、それ以外に高齢者に罹患の多い領域である循環器科、眼科、整形外科などに関しても、医師一人当たりがカバーする人口は約30万人と専門医療を提供できる医師数は限定的である。

州毎の専門医師数及び医師1人当たりの人口概算に関しては、コロンボを含む西部州で専門医が比較的多く、それ以外の州では、北西部州、北中部州、ウバ州、サバラガムワ州でカバーする人口数が多くなっている。スリランカ政府は、各診療科について州内で専門診療を行える体制を目指しているが、専門医の限られる診療科に関しては、コロンボまたはキャンディに搬送し、これらの施設が対応する体制を取っている。高齢者の罹患が多い疾患を取り扱う循環器科や脳血管疾患ユニットなどに関しても、各州に設置する計画があるが、これらの診断や治療には専門技術が必要となるため、併せて専門医の育成が必要となる。

先述のように、専門医の育成は海外留学を含め約3年から5年にわたる教育が必要とされており、時間と費用がかかる。スリランカ政府は、本専門医育成制度のほかに、ディプロマ制度により専門家を育成し、専門医の指導のもと、ディプロマ保有者も協力して専門医療を行うことができる体制としている。

4-58 州毎の専門医師数と単位医師あたりの人口数

	西部州	中部州	南部州	北部州	東部州	北西部州	北中部州	ウバ州	ムラワ州 サガバ	全国	医師一人当たりの人口数
内科	88	27	32	18	23	20	14	14	21	257	79,220
外科	49	17	19	11	15	14	8	9	12	154	132,204
産婦人科	45	18	17	7	13	15	8	10	14	147	138,500
循環器科	27	8	7	4	3	3	4	3	4	63	323,166
胸部内科	11	6	3	2	2	3	2	2	2	33	616,953
呼吸器外科	10	2	2	1	1	1	0	1	1	19	1,071,549
神経内科	14	5	5	2	1	1	3	1	2	34	598,807
神経外科	8	2	2	1	2	1	2	2	1	21	969,497
皮膚科	22	10	9	4	3	6	4	5	7	70	290,849
リウマチ科	12	6	3	2	3	2	2	1	2	33	616,953
精神科	30	9	11	4	7	9	4	5	8	87	234,017
小児科	56	25	25	8	17	16	7	11	15	180	113,108
小児外科	5	5	3	0	1	1	1	0	2	18	1,131,080
耳鼻咽喉科(外科)	18	7	4	5	4	4	2	2	4	50	407,189
眼科(外科)	27	10	9	3	5	6	2	3	3	68	299,404
整形外科	20	6	6	5	6	6	4	4	5	62	328,378
形成外科	9	1	1	2	0	1	1	0	0	15	1,357,296
泌尿器(外科)	8	3	4	2	2	2	2	2	1	26	783,055
麻酔科	60	20	18	7	7	10	5	8	9	144	141,385
病理	37	9	9	4	7	7	5	5	7	90	226,216

	西部州	中部州	南部州	北部州	東部州	北西部州	北中部州	ウバ州	ムラワ州	サガバ	全国	医師一人当たりの人口数
血液内科	22	7	6	4	3	5	3	2	3	55	370,172	
細菌・微生物	23	5	7	2	4	2	2	2	2	49	415,499	
腫瘍/放射線治療	16	4	6	4	4	3	2	3	3	45	452,432	
腫瘍外科	7	2	2	2	2	1	3	1	2	22	925,429	
放射線科	50	11	19	8	9	10	7	8	10	132	154,238	
性感染症疾患	10	2	3	0	1	0	1	0	2	19	1,071,549	
法医学	12	4	4	3	1	5	2	2	6	39	522,037	
コミュニティ保健	61	5	8	0	5	2	2	0	0	83	245,294	
内分泌科	8	1	2	2	2	2	1	1	1	20	1,017,972	
消化器科	3	1	2	1	3	2	2	2	1	17	1,197,614	
腎臓内科	8	4	4	2	1	1	4	1	1	26	783,055	
矯正歯科	10	4	2	2	1	3	2	1	2	27	754,053	
顎顔面歯科	13	3	3	2	2	2	2	1	3	31	656,756	
修復歯科	5	1	1	0	1	1	1	1	1	12	1,696,620	
その他	77	24	18	3	4	4	9	2	4	145	140,410	
全数	881	274	276	127	165	171	123	115	161	2,293	8,879	
医師一人当たりの人口数	6,641	9,385	8,976	8,357	9,427	13,923	10,298	11,013	11,979	8,879	79,220	

出所：保健省統計課から入手した情報をもとに調査団が作成

#### 4-3-5 高齢者医療に関する事例紹介

Pub Med<sup>105</sup>を通じてスリランカの高齢者医療に関する文献を検索し、インターネットにて入手できるスリランカの高齢者医療に関する学術論文などをもとに、高齢者の健康に関連する要因について報告されている事例を以下に示す。

##### (1) 非感染性疾患全般

タイトル	Social participation and healthy ageing: a neglected, significant protective factor for chronic non communicable conditions
雑誌名	Globalization and Health 2011, 7:43
執筆者所属機関	Healthy Ageing at the Burnet Institute for Medical Research and Public Health, Melbourne, Australia. Healthy Ageing Project at PALM Foundation, Nuwara Eliya.
主な執筆者	Dr Wendy Holmes

非感染性疾患の対策として、食生活の見直し、運動、喫煙や飲酒などの生活様式の見直しには着目され、対策が取られている。一方、社会的隔離や孤独なども慢性疾患の重要なリスクファクターであるが、十分な対策が取られていない。オーストラリア国際開発庁（Australian Agency for International Development: AusAID）の支援によりヌワラエリヤで実施された退職した紅茶農園の労働者による高齢者クラブの結成は、社会の支援や他の世代との交流、健康増進に向けた活動、保健・医療サービスや社会福祉サービスへのアクセスの機会を増やすなど、高齢者の社会へのつながりを促進し、NCD予防につながる多くの利点をもたらすことが確認された。

<sup>105</sup> PubMed とは、米国国立医学図書館（National Library of Medicine）内の、国立生物科学情報センター（National Center for Biotechnology Information）が作成しているデータベースであり、世界の主要医学系雑誌等に掲載された文献を検索することができる。

## (2) 高血圧

タイトル	Aging and obesity are associated with undiagnosed hypertension in a cohort of males in the Central Province of Sri Lanka: a cross-sectional descriptive study
雑誌名	BMC Cardiovascular Disorders (2017) 17:165
執筆者所属機関	1) Department of Animal and Food Sciences, Faculty of Agriculture, Rajarata University of Sri Lanka, Anuradhapura, Sri Lanka. 2) Department of Medicine, Faculty of Medicine, University of Peradeniya, Peradeniya, Sri Lanka. 3) Department of Food Science and Technology, Faculty of Agriculture, University of Peradeniya, Peradeniya, Sri Lanka. 4) National Transport Medical Institute, Kandy, Sri Lanka. 5) Department of Agricultural Systems, Faculty of Agriculture, Rajarata University of Sri Lanka, Anuradhapura, Sri Lanka. 6) Department of Physiology, Faculty of Medicine, University of Peradeniya, Peradeniya, Sri Lanka.
主な執筆者	N. W. I. A. Jayawardana1

中部州の慢性疾患の既往歴のない16歳から72歳の男性2462名を対象に、食生活や生活習慣と高血圧の有無との関連性を確認したところ、年齢、BMI（体重）と高血圧に関係が確認されたが、教育レベル、収入レベル、アルコール消費量、睡眠時間、食生活と高血圧に関連性は確認されなかった。これらの結果より、心血管性疾患の発症を減らすためには、定期的な体重管理と肥満の抑制の重要性が示唆された。

## (3) 脳血管疾患

タイトル	Cerebrovascular disease in South Asia – Part I: A burning problem
雑誌名	J R Soc Med Cardiovasc Dis 2012;1:20
執筆者所属機関	Department of Neurology, Neurosciences Centre, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi, India
主な執筆者	Kameshwar Prasad

コロomboで2,313名を対象としたコミュニティでの調査によると、脳血管疾患のリスク因子は、①高血圧（62.5%）、②喫煙（50%）、③アルコール過剰摂取（45.8%）、糖尿病（33.3%）、一過性脳虚血発作（29.2%）、家族歴（20.8%）であった。CTによる画像診断の内訳として、脳梗塞が74.7%、脳内出血が19.1%、くも膜下出血が62.2%であった。南アジアの周辺国と脳血管疾患の罹患状況を比較した場合、対人口10万人あたりインドでは44件から843件、バングラデシュでは500から2,000件、パキスタンでは218件、スリランカでは1,000件とされているが、詳細な情報は把握されていなかった。

## (4) 眼疾患

文献 1)

タイトル	Cataract Services are Leaving Widows Behind: Examples from National Cross-Sectional Surveys in Nigeria and Sri Lanka
雑誌名	Int. J. Environ. Res. Public Health 2019, 16, 3854
執筆者所属機関	1) International Centre for Eye Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London WC1E 7HT, UK 2) School of Optometry and Vision Science, University of Auckland, Auckland 1010, New Zealand 3) College of Health Sciences, Baze University, Abuja 900108, Nigeria

	4) Department of Clinical Medicine, Kenya Medical Training College, Nairobi 00100, Kenya 5) Ministry of Health, Indigenous Medicine and Nutrition, Policy Analysis and Development Unit, Colombo 10, Sri Lanka 6) Public Health Foundation of India, Hyderabad, Telangana 122002, India
主な執筆者	Jacqueline Ramke <sup>1,2</sup>

2012年から2014年にかけて収集された国の視力調査の症例5,779例について、婚姻状況と居住地（都市部と農村部）にて分類し、白内障による影響や適切な処置の状況を比較したところ、全体の18%、白内障による失明者の54%は未亡人など、婚姻状況にない女性であった。特に、農村部に居住する未婚の女性において、白内障手術の治療率は最富裕層グループと比較して68.5%と低いことが確認された。サービスの質に関しても、有効な白内障手術の受診率は農村部居住の未婚女性で37.0%と低い傾向が確認された。このように、婚姻関係のない農村部居住の女性は、他のグループと比較して白内障に関するサービスへのアクセスが乏しく、白内障による失明のリスクが高いことが確認され、これらの格差をなくすためには多面的な戦略が必要であると考えられる。

#### 文献 2)

タイトル	Barriers for Cataract Treatment among Elderly in Sri Lanka
雑誌名	Current Gerontology and Geriatrics Research Volume 2019, 6 pages
執筆者所属機関	1) Teaching Hospital, Batticaloa, Sri Lanka 2) Postgraduate Institute of Medicine, University of Colombo, Sri Lanka 3) Radiant Eye Hospital, Ja-ela, Sri Lanka 4) Teaching Hospital, Kandy, Sri Lanka 5) Department of Public Health, Faculty of Medicine, University of Kelaniya, Sri Lanka
主な執筆者	Nilanga Nishad <sup>1)</sup>

西部州ガンパハ県の60歳以上の高齢者470名を対象に、白内障の診断及び白内障の診断や治療に関する知識や見解等についての調査を実施した。その結果、手術済の症例も含め、全体の80.6%に白内障の既往歴があり、73.6%は処置を受けていないことが確認された。処置を受けていない症例のうち、大半は自身が白内障を患っていることを把握しておらず、40%は白内障が治癒することを知らない、また、60%は白内障の手術後行動制限を受けると理解しているなど、白内障の罹患状況や診断・治療についての理解が不足していることが確認された。その他、手術費用に関する懸念、家庭の事情による延期、手術への恐怖、手術までの長い待機時間への懸念などが確認されており、これらの傾向は教育レベルが低いグループ、収入の低いグループで顕著であった。より高齢になるにつれて、たとえ視覚機能が回復するとしても手術を受ける必要はない、と考える傾向も確認された。このように、治療を受けない主な理由としては、財政面の理由、手術への恐怖、手術や治療、副作用に対する誤解によるものであることが確認された。スリランカでは、白内障対策があまり取り上げられていないが、これらを政策に加え、必要な対策を取ることが重要である。

#### 文献 3)

タイトル	Impact of vision impairment and self-reported barriers to vision care: The views of elders in Nuwara Eliya district, Sri Lanka
雑誌名	GLOBAL PUBLIC HEALTH, 2018 VOL. 13, NO. 5, 642-655
執筆者所属機関	1) Centre for International Health, Burnet Institute, Melbourne, Victoria, Australia; 2) PALM Foundation, Nuwara Eliya, Sri Lanka; 3) Berendina, Colombo, Sri Lanka; 4) Plantation Human Development Trust, Colombo, Sri Lanka; 5) Central Province Health Department, Kandy, Sri Lanka; 6) Department of Obstetrics and Gynaecology, International Centre for Reproductive Health,

	Ghent University, Belgium; 7) Department of Epidemiology and Preventive Medicine, School of Public Health and Preventive Medicine, Monash University, Victoria, Australia
主な執筆者	Nilanga Nishad <sup>1)</sup>

ヌワラエリヤ県のタミル人、シンハラ人の高齢者を対象にフォーカスグループディスカッションを実施し、視覚障害に関する知見やサービスへのアクセスに関する情報を収集した。その結果、多くは家族に頼らないといけなくなること、視覚障害や失明等により家庭に貢献できないこと、情報や社会参画へのアクセスの制限、健康の維持、収入の確保ができなくなることに不安を抱いていた。眼科サービスへのアクセスを妨げている因子としては、交通手段、治療費、恐怖、知識不足、待ち時間、医療スタッフの態度などがあげられた。眼科サービスはプライマリヘルスケアに組み込まれ、高齢者に平等に提供されるべきであり、高齢者の抱える財政面、社会面、文化面での障壁の克服するためのコンサルテーションの提供が必要とされる。

#### (5) 認知症・認知機能

タイトル	Associated factors for cognition of physically independent elderly people living in residential care facilities for the aged in Sri Lanka
雑誌名	BMC Psychiatry (2019) 19:10
執筆者所属機関	1) Department of Nursing, Faculty of Allied Health Sciences, University of Ruhuna, Galle, Sri Lanka. 2) Department of Physiology, Faculty of Medical Sciences, University of Sri Jayewardenepura, Gangodawila, Nugegoda, Sri Lanka. 3) Department of Medicine, Faculty of Medicine, University of Ruhuna, Galle, Sri Lanka.
主な執筆者	Madushika Wishvanie Kodagoda Gamage <sup>1)</sup>

南部州の居宅サービス施設に居住する高齢者 421 名を対象に認知機能の調査を実施した。その結果、より高次の教育レベルを終了していること、既婚、自発的に施設に来ることができること、家族からの訪問があること、高い身体機能、社会・娯楽活動に従事していることなどが、高い認知機能の維持に影響を及ぼしており、今後の認知機能の低下の予測因子になり得ることが示唆された。

#### (6) 虐待等

タイトル	Elder abuse among outpatient department attendees in a tertiary care hospital in Sri Lanka
雑誌名	Ceylon Medical Journal 2014; 59: 84-89
執筆者所属機関	Departments of <sup>1</sup> Forensic Medicine and <sup>2</sup> Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Kelaniya, Sri Lanka
主な執筆者	P A S Edirisinghe <sup>1)</sup>

コロombo北教育病院の 60 歳以上の外来受診者 530 名を対象にアンケートを実施したところ、45% が何らかの精神的・肉体的な虐待やネグレクト等を受けていると報告されており、うち、虐待は全体で 38.5%、身体的虐待は 5.6%、孤独は 26%であった。子供が 3 人以上いることは身体的・財政面での虐待のリスクファクター、一人暮らしでいることは精神的虐待のリスクファクターとなり得る傾向が確認された。

## (7) 社会参画

タイトル	Factors associated with social participation amongst elders in rural Sri Lanka: a crosssectional mixed methods analysis
雑誌名	BMC Public Health (2018) 18:636
執筆者所属機関	1) Burnet Institute, Melbourne, Australia. 2) Department of Epidemiology and Preventive Medicine, Monash University, Melbourne, Australia. 3) Judith Lumley Centre, La Trobe University, Melbourne, Australia. 4) International Centre for Reproductive Health, Department of Obstetrics and Gynecology, Ghent University, Ghent, Belgium. 5) Central Province Health Department, Kandy, Sri Lanka. 6) PALM Foundation, Nuwara Eliya, Sri Lanka.
主な執筆者	Celeste Marsh <sup>1)</sup>

ヌワラエリヤ県の二つの郡に在住の60歳以上の高齢者1,200名を対象に、社会への参画状況や参画に影響する因子について検討した。その結果、貧困レベルが高く孤立したコミュニティに居住する高齢者の社会活動への参画率は低い傾向が確認された。年齢がより若い、男性、シンハラ人、結婚している、雇用されている、健全であることなどが社会参画に大きく貢献する因子であることが確認された。他方、家事や文化的制約がより高齢である女性の社会参画を阻んでいることが確認された。

このように、より高齢女性、超高齢グループ、心身に問題がある場合などが社会参画への障壁となっており、これらの課題を理解し、文化・社会・環境要因なども踏まえた対策の検討が必要である。具体的には、高齢者施設との連携、高齢者対象の相談窓口、物理的なアクセスの改善、家族や宗教リーダーへの働きかけ、相互支援や世代間の活動などについて、公式、非公式な社会参画の場を設ける必要がある。

## 第5章 関連する開発パートナーの動向

本章では、スリランカの高齢化を様々な面から支える開発パートナーの動向を整理する。

### 5-1 パートナーの種類・特徴・主要プロジェクト

#### 5-1-1 国内機関

- コロンボ大学 (University of Colombo)

コロンボ大学は数多くの研究分野を有するスリランカ最古で最大の国立大学である。特に教養学部に属する人口統計学科において高齢化研究が進んでいる。同学科は1973年にUNFPAの支援を得て、人口統計の教育、調査を担うユニットとして設立された。現在までにスリランカの人々の実態を様々なテーマから人口統計学的に明らかにしている。「高齢者の実態」も、同学科の調査テーマの1つである。調査の成果としては、ラクシュマン・ディサナヤケ教授が中心にまとめたレポート「スリランカ社会における高齢者-負担か資源か-」(2014)が公表されている。

また、現在のケアギバーの質と社会的立場を改善する方策として、コロンボ大学にて高齢者ケアのコース開設が構想されている。新たにケアギバーとして職を得る人だけでなく既ケアギバーも参加対象として、コロンボ大学が民間を含む国内外のパートナーと連携し、高い質のケア教育を提供することが狙いである。ケアギバーを魅力的なものとし、多くの求職者に雇用機会を与え、質の高いサービス提供につなげるのが狙いである。構想の概要は下記の通りである。

- ・ 職業訓練機関 (VTA) と連携して実施
- ・ 1年弱 (10か月) の夜間コース (就業者でも参加できるように)、2学期制
- ・ カリキュラム策定や実習先選定、ICT活用などにおいて日本などによる外部支援や連携を想定
- ・ コース教員向けの訓練 (TOT) も想定
- ・ 機材、環境などが揃う民間の高齢者施設も巻き込んだコースプログラムを想定

#### 5-1-2 国際機関

- アジア開発銀行 (Asian Development Bank : ADB)

ADBはアジア・太平洋地域を対象とする国際開発金融機関である。スリランカにおける活動は、インフラ建設、輸送、エネルギー、都市開発が主なテーマである一方、雇用創出、生活水準の向上、農村開発もプロジェクトのテーマに含まれており、高齢者対策等に関連する事業も実施している。2019年12月には「豊かになる前の高齢化 スリランカの高齢者が抱える課題」報告書 (Growing Old Before Becoming Rich Challenges of an Aging Population In Sri Lanka) を公表するとともに、次のとおり6か国を対象とした高齢者ケアに関するキャパシティビルディングもヘルプエイジと連携しながら実施している。



プロジェクト名	高齢者ケアに関するキャパシティビルディング
概要	「貧困削減日本基金」を通じた技術協力 6か国（モンゴル、インドネシア、スリランカ、ベトナム、タイ、トンガ）の高齢者ケアに関する技術協力。スリランカではNSEが調整窓口となり、2018年に保健省、計画省、関連機関など30名が参加するワークショップを開催した。日本とシンガポールへの学習ツアーも実施した。
進捗	フォローアッププログラムを実施予定であったが、NSEの体制や人員などの問題により実施が叶わなかった。今後の技術協力のテーマとしては、介護における人材開発であるが、関係機関と議論を進める必要がある。
教訓	今後のプロジェクトを効果的に実施する前提として、NSEをはじめとする関係機関の実施体制の機能強化が必要である。

● 国際労働機関（International Labor Organization : ILO）

ILOは世界全体並びに各国の労働に関わる調査、研究、提言をする国際機関である。ILOによる「働きがいのある人間らしい仕事スリランカプログラム2013-2017」（2013）によると、スリランカにおいては下記3つを優先テーマとして取り組んでいる。

1. 正規で働きがいがある生産的な雇用の促進と、競争力があり持続可能な企業成長を可能にする環境づくり
2. 労働市場の民主的ガバナンス強化
3. 社会的包摂と社会保障共同体の設立

プロジェクト名	社会的包摂プロジェクト
概要	高齢化セクターに関係するケア産業、ツーリズム、環境関連で仕事の拡がりを提唱するプロジェクトである。
進捗	拡がりの提唱に留まっている。ケア産業には医療従事者、ケアギバーだけでなくクリーニング、子供ケア、アーユルヴェーダ、家事代行業者、マッサージ、障害者支援用資機材、高齢者の退職後の生活支援など様々な要素が含まれる。
教訓	社会的弱者の権利擁護の観点から、高齢者の社会参加、退職年齢の引き上げ、及び女性の労働参加等を促すことが重要である。

【認識する課題】

ケアギバーへの社会的地位が低い理由として、ヘルパー、メイドなどが簡易な仕事とみなされ、専門家として認識されていない点がある。ケアギバーという職業の魅力向上策の一環としては、海外で仕事するキャリアパスが描けると良い。例えば、看護師は海外で働きキャリアを積み、帰国してよりよい仕事・職位につける。海外でのリスク（例えば、中東などで騙されて預金ができず帰国し、貧困状態となる）も軽減しながら、帰国後の働く場所の提供が必要である。他方、家族ケアは大事なコンセプトであるが、家族による虐待の問題にも留意しなければならない。

● 国連人口基金（United Nations Population Fund: UNFPA）

UNFPA は世界の人口問題に対処するために妊産婦やリプロダクティブ・ヘルスに焦点を当て活動する国際機関である。UNFPA は Website にて世界で 60 歳以上の人口は 12.3%に上り、2050 年には 22%になると紹介するなど、高齢化も UNFPA が取り組むテーマの一つとしている<sup>106</sup>。スリランカ国内でも活動をし、「スリランカにおける高齢者」(2012)をはじめ各種レポートの刊行他「高齢化のフェミニゼーション」(2019)、「アクティブな高齢化を現実にする」(2018) など各種セミナーを開催し、日本やマレーシアの事例、女性への配慮などの切り口から高齢化問題を国内で啓発している。将来的に NSE などとの活動を想定している<sup>107</sup>。

プロジェクト名	スリランカの国勢調査実施支援
概要	高齢者を含む国勢調査の実施を支援し、高齢者を含むデータを分析、活用する。
進捗	2021年3月、統計部門により実施される計画で UNFPA も支援する予定である。2020年世代間の経済的インパクトをみるため、コロンボ大学の教授などと連携し、調査を実施する予定だったが COVID-19 の影響で未定。分析結果は、政策対話、政策策定において重要になる。政策対話の相手はスリランカの中央銀行、国家計画部門、センサス統計部門などである。
教訓	高齢者ケアの視点だけではなく、高齢者の人口動態、経済分析（収入、消費、市場など）も重要である。経済面に関しては、具体的に退職年齢の引き上げ、政府年金の負担軽減、非政府年金の充実などがテーマとなる。

#### ● 世界銀行（World Bank : WB）

世界銀行は、これまで社会保障、農村開発、プライマリヘルスケアなど高齢者にも関連するプロジェクトを実施するとともに、2019年2月には「スリランカ開発アップデート スリランカ人口動態の変化」報告書を刊行している。

高齢者セクターに関しては、施設介護、移行期ケア<sup>108</sup>、コミュニティケアのニーズへの対応等を目的とした次のプロジェクトの計画（下表）の検討を進めている<sup>109</sup>。

コンポーネント	概要とその背景
高齢者施設整備	<p>入所施設の整備。1,000床を新設する。 主に認知症や寝たきり高齢者が対象とする。 薬の投与、日々の運動などは当該施設で行い、それ以上の医療ケアが必要な場合は病院に連れていくなどの連携を行う。</p> <p><b>【背景】</b> 認知症、寝たきり含めニーズが高い一方で政府系は数が非常に少ない。また、非政府系でも、利益などの観点から認知症、寝たきり高齢者を受け入れない高齢者も多いため。</p>

<sup>106</sup> <https://www.unfpa.org/ageing>

<sup>107</sup> 2020年1月のヒアリングより。「NSEのキャパシティ不足により、まだ実施の準備ができていないと考えている」との発言があった。

<sup>108</sup> 移行期ケア（transitional care）：療養場所の変化や同一療養場所内でのケアの程度や提供者が変わる時のケアを指す（参照元：日本老年医学会雑誌 54巻 1号 P41, 1要介護高齢者を取りまく環境と経済 4. 要介護高齢者の移行期ケアプログラムの現状について）

<sup>109</sup> 2019年8月 JICA 調査、2020年2月ヒアリングより。

高齢者施設基準改善・実施支援	<p>施設基準は作成されているが、改善が必要であるため引き続き支援対象とする。また、基準に満たない高齢者施設への支援と、取締りに関するNSEへの支援を行う。例えば、レストラン等とは違い、入居している高齢者がいるため、基準に沿っていないとの理由で営業停止等ができない。他国の事例を参考しながらもスリランカのコンテキストで実施すべきと考えている。</p> <p><b>【背景】</b> 大きな課題は基準の適用・実施の方であり、それが難しいと考えている。</p>
コミュニティの在宅サービス充実	<p>優先する対象は一人暮らし高齢者、健康状態が厳しい高齢者などである。また、あわせて家族へ的高齢者ケアの教育、政府サービス（ヘルスケア、社会保障など）の認知活動などを行う。</p> <p>在宅サービスは安価でのサービス提供を目指す。そのため、ボランティアの活用で実現を検討している。なお、高齢者コミッティーの60-70代の比較的若い層がボランティアとしてのターゲットである。</p> <p><b>【背景】</b> 在宅サービスのニーズはあるが、民間在宅サービスは高額で多くの人にとって金銭的にアクセスできないサービスである。そのニーズと供給の金銭的ギャップを埋める事が目的である。</p>
ケアギバー人材育成	<p>既存施設の職員を含めたケアギバー研修の実施。1,000人程度の予定。</p> <p>また、施設職員の出稼ぎ支援を行う。2年間施設で働くことでNVQレベル4までの取得を目指す。</p> <p><b>【背景】</b> ケアギバーとしてのキャリア形成のモチベーションを向上する必要がある。</p>
デイケアセンター整備	<p>定期的なクリニック（医師・看護師の訪問など）や簡単なリハビリなどの機能を備えた施設整備を行いたい。</p> <p>民営及び公営いずれも対象である。また、高齢者委員会への運営委託を検討している。</p> <p><b>【背景】</b> 家族は日中仕事をしたり、子供を学校に連れて行ったりする。日中に高齢者を預かってくれるところがあれば、女性も働くことができる。また、病院に行かないといけない場合があるが、病院でも長いラインに並ばないといけない。</p>
NSE能力強化、情報システム整備	<p>具体的には未定であるが、法制度の適用・実施が支援対象の一つである。</p> <p>また、人材だけでなく、施設の登録、視察、認証にかかるシステムが弱い、または存在しないことが課題であり、これを解決する情報システム整備についても支援を検討中である。</p>
移行期ケア支援	<p>当初、移行期ケアに関する支援も検討していたが、保健省が他から支援を得たため、世界銀行としては支援対象から外す意向</p>

### 【認識する課題】

高齢者施設の課題として、NSEの人材不足、基準の未実施、保健省などとのコーディネーション機能不足、民間高齢者施設に対して政府のチェック義務がないなどがある。高齢者施設は高齢者の住ま

いであり、仮に高齢者施設が基準を満たす運営をしていなくても営業停止はできない。高齢者施設の登録、管理に関連するシステム化が進んでいない。

デイケアセンターの課題としては、提供しているサービスの少なさ、未組織化、看護師、医者などの訪問がないなどがある。

- 世界保健機関（World Health Organization : WHO）

WHO は世界の保健の問題に対して活動する国際機関である。高齢者問題も WHO のテーマの一つであり、特に医療分野において保健省と連携を深めており、2017 年の保健政策統計作成にも協力している。2020 年 2 月の聞き取り調査の際には、コンサルタントを通じて実施した高齢者セクターの分析結果を同年 3 月に関係者に共有し、その後 1 年かけて保健省を中心に関係省庁と高齢者対策に向けた戦略策定を支援する予定とのことであったが、COVID-19 の感染拡大により中断しているようである。

加えて、YED 課は包括的的老人ケアプログラム（Integrated Care for Older People、ICOPE）を WHO と実施する計画である。ICOPE では、毎年高齢者を検査し、栄養や機動力、視力、聴力、精神状態において障害が発生した場合、早期に発見・対処出来るようにする。

プロジェクト名	高齢者戦略フレームワーク・戦略策定
概要	スリランカの高齢者の課題解決のための戦略策定を目指し、環境分析に基づく保健省・他ドナー・高齢者グループなどとの協議を実施する。
進捗	約 1 年かけて実施予定であったが、COVID-19 の影響で未定。
教訓	高齢者の課題を主に保健医療のテーマから扱い、多様な関係者と協議、連携することが重要である。

### 5-1-3 NGO

- ヘルプエイジ

ヘルプエイジは世界中の高齢者を対象に活動する国際 NGO である。ヘルプエイジスリランカはそのスリランカ拠点であり、スリランカの高齢者を取り巻く課題を認識し、知見を有している。例えば、近年の高齢化の背景には 1970 年代の政府による「小さい世帯は素晴らしい（small family is golden）」というコンセプトでの人口抑制策、女性の社会進出を要因とした家族ケア減少、核家族化などを分析している。また、スリランカでは 60 歳以降、金融機関からローンを借り入れることができないこの政策の是正を政府に働きかけている。現在の具体的な活動は下記である。

#### 1) モバイル眼科クリニックサービスの提供

公立の眼科病院は無料であるが、特に地方では住民は無料と知らず病院に行かないことが多い。病院に行きたくても交通機関がない、病院に行くことができても行列に並ぶ必要があり、手術が必要となっても待たされるなど課題が多い。このような背景からヘルプエイジスリランカはモバイルクリニックを開始した。1 日に 20 件ほど、現在までに 37,000 件ほどの診療を行っている。

#### 2) ケアギバートレーニング

ケアギバー（サービス）トレーニングを1986年から行っている。2015年よりNVQのレベル3からレベル4に相当する研修を開始し、2019年までに5回プログラムを実施した。以前はO (Ordinary) レベル試験があり、その試験で十分な成績が取れなかった生徒は、その後A (Advanced) レベル試験の受験資格がなかったが、今は別の選択肢ができた。それは技術職業教育機関への進学である。技術職業教育機関の専攻の一つに高齢者ケアがあり、ディプロマなどにも進学が可能である<sup>110</sup>。

### 3) ボランティアプログラム

55-65歳（上限70歳）の元気で読み書きができる高齢者を村の高齢者コミッティーから選出し、5日間のトレーニングを実施する。目的は村の高齢者のケアである。その後、彼らはボランティアとして村で活動する。トレーニング受講費、宿泊費なども無料で提供しており、現在までに約3,000人がトレーニング受講済である。現状、年間100~200人を育成しているが、その数を倍にするためにWBに支援を依頼している。

スリランカの高齢者がいる家庭の問題として、高齢者の部屋を掃除せず、奥に閉じ込めるなど、適切なケアが実施されていないことがある。ボランティアは高齢者の世話をしない家庭を訪問し、その家族にケアの必要性などを伝える。「家族をケアしていない」と言えない、ケアをしていない姿を他人に見せたくないという感情を持つスリランカ人も多い。ボランティアが訪問し、指導することで、実際に家族が高齢者の世話をするようになった事例もある。

### 4) 在宅ケアプログラム

若者に対して高齢者ケアのトレーニングを行い、ケアが必要な人とマッチングする。本マッチングの対象はコロomboの富裕層である（主にコロomboで95%くらいを占める）。地域で募集し、十分な人数が集まったらトレーニングを行う。頻度は、3か月に1度程度であり、トレーニングとマッチングの実施費用はヘルプエイジスリランカと職業訓練機関が共同で負担している。若者は無料で受講可能であり、1週間座学、2週間ケアの実技習得、その後3か月高齢者施設でのOJTプログラムである。トレーニングレベルはNVQ2と3があり受講者によって決定される。OJT中は高齢者施設から受講者に30,000ルピー/月の支払いを求めている。現在までに200人ほどが修了し、政府系、民間、海外の高齢者施設などが進路となっている。

### 5) 学校教育

学校で家族による高齢者ケアに関する教育を行っている。男女共に対象であり、生徒に加え教師も対象である。

<sup>110</sup> スリランカの教育システムは独立行政法人大学改革支援・学位授与機構（2020）が詳しい。就学前教育、初など中など教育【初など学校（5年間）、前期中など学校（4年間）、後期中など学校（4年間）】、技術職業教育、高など教育に大別され、義務教育は後期中など学校の2年目までであり、2年目の終了時にO試験を受験する。後期中など学校の後半2年間はコレジイト課程として、大学進学準備教育を受ける。A試験は後期中など学校終了時に受験し、大学進学に影響する。全体像は同p.5。

#### 5-1-4 日本の支援

2014年から2019年にかけて JICA は課題別研修「アジア地域における高齢化対策」を実施したが、スリランカからも毎年平均2名の政府関係者が参加している。他にも、草の根技術協力事業「スリランカにおける高齢者ケア政策プラン・モデル形成プロジェクト（2015-2017）」にて次の活動を実施した。

- ① 日本における高齢化対策等も参考とした高齢者ケア保健政策の基本方針及び計画作成
- ② 上記①の高齢者ケア基本政策に基づく、保健省 YED 課の高齢者ケア提供プラン（Elderly HealthCare Delivery Plan）策定
- ③ 高齢者ケア指導者トレーニング（Training of Trainers : TOT）研修の実施及び国の高齢者ケア研修ガイドライン作成

民間の動きとしては、2016年6月にスリランカ介護施設市場に社会福祉法人高志会が参入し、ロンボ市内に日本人も出資した高級エルダー施設「NAGAI」の設立と運営などの事例がある（2016年9月9日「JETRO ビジネス短信」並びに2016年10月17日付「とよしん海外貿易投資ニュース」に紹介されている）。

NAGAI は、日本のおもてなしとスリランカのホスピタリティーを生かし、医療と介護を兼ね備えたハイブリッド型サービスで、高齢化社会を迎えた現地の富裕層を取り込む事業である。現地で介護人材を育成し、日本への介護人材派遣も構想している。「NAGAI」は総合福祉施設れんげ荘（大阪府高槻市）を運営する社会福祉法人・高志会理事長の高橋弘充氏と地場のナワローカ・ホールディングスがそれぞれ49%、51%を出資して設立した。両者の合弁企業ナワローカ・ガーディアン・インターナショナル（Nawaloka Guardian International）が運営する。ナワローカ・ホールディングスが運営していたナワローカ病院の7階部分を改装し、リビング付きの個室を新たに9部屋設け、全食事付き、24時間体制で入所者をフルサポートする。高級ホテル並みの居住空間やサービスを目指し、使用するベッドやマットレスは日本の製品を導入、バリアフリー改修工事も日本の技術が生かされている。

## 第6章 本邦企業・技術の整理・分析

本章では、スリランカの高齢化セクターに寄与する本邦企業・技術の可能性を俯瞰する。

### 6-1 日本の高齢化セクターの市場性

みずほ産業調査（2012）は、日本における高齢者向け事業を「医療・医薬産業」、「介護産業」、「生活産業」、の三つの産業分野における消費市場とした場合、2025年までの高齢者人口の伸びと高齢者需要を踏まえ、101.3兆円規模となると予測している。この金額は、総務省情報通信白書令和元年版による2017年名目情報通信産業の国内生産金額97.5兆円を上回る規模であり、高齢者産業は参入に魅力的な市場といえる。日本の高齢者向け事業に関しては、保険や補助等公金が大きく関係しており、これらの側面を踏まえて、どのようにビジネス展開を進めていくかを考える必要がある。

他方、スリランカの高齢者産業を考える場合には、公的支出（医療保険、介護保険）の制度が日本とは異なることに留意しつつ、「医療・医薬産業」、「介護産業」、「生活産業」に分けて、公的・民間におけるそれぞれのサービスや資機材、施設、インフラなどの機能の充足度を確認し、進展の遅れている産業の把握と底上げ、民間サービスの連携促進や活用の可能性を検討するうえで有益である。



出所：みずほコーポレート銀行調査報告書 p.50

図 6-1 高齢者向け市場対象範囲

民間事業者による高齢者への製品・サービス提供には、顧客の明確化が必要である。日本では、高齢者への商品・サービス産業として「運動予防」、「リハビリ」、「認知症ケア」、「美容・理容・整容」、「旅行・外出支援」、「見守り」等の幅広いサービスが展開されているが、スリランカの高齢者に最適な製品・サービスを提供するためには、高齢者の健康状況、要介護関連情報や生活状況に関するデータを収集・分析し、政府や民間の関係者に提示する必要がある。





出所：株式会社 日本総合研究所（平成 28 年 3 月）地域包括ケアシステム構築に向けた民間企業による高齢者向けヘルスケアビジネス等の展開に関する調査研究事業 報告書 p.3

図 6-2 高齢者を取り巻くニーズと各種サービス

## 6-2 スリランカの高齢化セクター向けビジネスの可能性

一般的に、スリランカの高齢化セクターに関わる市場は未だ成熟しておらず、民間セクターによるサービス開発は遅れている。その背景として、これまで政府主導で進められてきた同セクターのサービス提供に係る官民連携が未達であること、必要なサービスを提供できる経験やノウハウを持ったプレーヤー（現地企業、海外企業）の少なさ、顧客となりうる中間所得層又は富裕層の少なさ等の事情がある。しかし高齢化の進展と共に、これらのサービスに対するニーズは増大しており、将来的な市場のポテンシャルは大きい。しかし、現状においては海外企業の進出が進んでいないと思われる<sup>111</sup>。本項では多岐にわたる高齢化セクター市場の中でも特にニーズが大きい医療分野及び介護分野を取り上げる。

### (1) 医療分野

スリランカでは全病院数の約 73%及び病床数の 93%を公的病院が占めており<sup>112</sup>、高齢者医療を含めた医療サービスは、公的サービスに大きく依存している。このため、日本企業が現地に進出する際には、公的医療機関のニーズや動向を踏まえて、公的サービスを強化・補完するような事業を展開することが重要となる。

<sup>111</sup> 公開情報には、社数の情報は存在しない。各分野に関する海外企業情報は検索しても出てこず、高齢者分野においては海外企業の進出はほとんど進んでいないものと推測できる。

<sup>112</sup> 2014 年時点のデータ。 <https://openjicareport.jica.go.jp/pdf/12292959.pdf>.



## ● 遠隔診療・モバイル診療

Annual Health Bulletin 2017<sup>113</sup>によると、地方部では都市部と比べて病床数が少なく、コロンボ地区の病床数が 14,230 であるのに対して、地方都市で最も少ないムッライティーヴェー地区では 492 床となっており、スリランカ平均は 1,000 床程度である。また、「スリランカ国保健医療サービス改善事業準備調査ファイナルレポート」(2017)によると、医師の地域別配置では、コロンボ地区が 231 人(10 万人当たり)であるのに対し、その他地区では、いずれも 100 人を下回っている。都市部とは違い、地方部では病院数が少なく、交通手段も限られており、病院へのアクセスが課題である。山間部では、平均で片道 76.7 分も通院に時間をかけている例や、遠距離の医療施設を選択する場合には、月収の 3 分の 2 以上を交通費にかけて通院する例もあると報告されている<sup>114</sup>。

このような状況から、特に地方部において、不十分な医療設備や高齢者の移動の負担といった問題を解消するため、モバイル診療や遠隔診療が必要とされる。現在スリランカで導入されている遠隔診療は主としてコロンボ、ガンパハ、キャンディ等の都市部において展開されている若い労働者層向けのサービス<sup>115</sup>であり、地方部の高齢者を対象としたサービスは一般的ではない。

地方部の高齢者を対象としたサービスが普及しない要因についての、コロンボ大学人口学科のラクシュマン・ディサナヤケ教授の見解は以下の通りである<sup>116</sup>。

- 市場規模
  - ✓ 地方部では見込み顧客の数が少なく、市場規模が小さい
  - ✓ 事業者 (To B) 向けビジネスでは、既存のサービスプロバイダーは私立病院をターゲットとしており地方ではそのような病院の数が限定的である
  - ✓ 地方部では所得水準が低いため、私立病院にアクセスできる高齢者人口は限定的である
- ユーザーの IT リテラシー
  - ✓ 高齢者は相対的に IT リテラシーが低く、スマートフォンや PC を使ったサービスを利用することが困難である
- 英語力
  - ✓ 都市部に比べて地方部では英語話者が限定的であり、シンハラ語、タミル語によるサービス提供が必須である
- 医療従事者のモチベーション
  - ✓ 一般的に地方部の医療機関は設備や人員のリソースが不足しており、勤務地としての地方部の魅力度が低いため、モチベーションの高い優秀な人材が集まりにくく、新規サービスの導入や既存の制度改革が進みにくい土壌がある

スリランカにおける医療サービスのデジタル化には複数の理由があり、特に地方部で遅れをとっている。1つは、インターネットインフラの普及率が低いことに関連している。都市部と比較すると、地方部ではインターネットの普及率が低いか全くない。このため、サービス提供者は、信頼できるデ

<sup>113</sup> Annual Health Bulletin 2017, Ministry of Health, Nutrition and Indigenous Medicine, Sri Lanka.

<sup>114</sup> [http://www.trip.t.u-tokyo.ac.jp/kato/WP/2011/2011wp\\_6.pdf](http://www.trip.t.u-tokyo.ac.jp/kato/WP/2011/2011wp_6.pdf).

<sup>115</sup> 例えば、2017 年からスリランカで導入されている遠隔診断サービス「mydoctor」は患者と医師をつなげるプラットフォームで、集まっている医師は基本的にコロンボ周辺の医師で、サービスを利用する患者は年齢を問わない。

<sup>116</sup> 2020 年 10 月のヒアリングによる。

デジタル健康サービスを導入できない。この問題の裏には、インターネットインフラの不足により、農村部ではデジタルに精通している人が少ないことがある。調査によると、都市部のデジタルリテラシーは61.7%であるのに対し、地方部では43%と低い<sup>117</sup>。

地方部における医療サービスのデジタル化が低いもう1つの理由は、これらの地域の人々の所得水準が低いことに関係している。サービス提供者は、人々の支払い能力の低さ故、デジタル医療サービスを提供しても収益を生み出すことが難しいと感じている。

ヘルプエイジスリランカは、スリランカの高齢者コミュニティを支援するためにスリランカで活動しているNGOで、医療サービスへのアクセスが困難な農村部で移動診療を行っている。ヒアリングによると、モバイル診療車を2台有するのみで、このサービスを拡充するための資金とリソースが不足しているとのことである。ヘルプエイジは、需要が高いにもかかわらず、モバイル診療サービスを強化するための資金とリソースが不足している。これは、日本またはその他の国でモバイルヘルスケアサービスの提供に経験と専門知識を持つ日本企業にとっての機会でもある。

また、外資企業による同分野への参入障壁に関して、高齢者分野はスリランカ政府が定める規制業種・禁止業種には該当しない。他方、JETROの「2017年度 アジア・オセアニア進出日系企業実態調査」によれば、スリランカに進出する日系企業は、経営上の課題として、品質管理の難しさ、従業員の質、賃金の上昇を挙げており、また、67%が競合として現地企業を挙げていることから、労務管理の難しさが外国企業にとっての参入障壁となっている可能性があると考えられる。また、同調査では、スリランカの消費者は品質よりも価格を重視する傾向にあるとの結果が示されており、低価格志向が日本企業にとって参入を困難にする要因になると考えられる。

日本の遠隔診療に関しては、茨城県つくば市の特定非営利活動法人遠隔医療推進ネットワーク及びつくばハートクリニックが中心となって推進する訪問看護師介在モデル等のオンライン診療モデルをはじめ、高齢者を対象とする遠隔診療の導入や実証が進んでおり、これらのノウハウや技術は現地の課題解決に役立つものと考えられる。

#### ● リハビリテーションサービス・フォローアップ

Annual Health Bulletin 2017<sup>118</sup>の国立病院に関するデータによると、コロombo地区の病床数は14,230、医師や関連するメディカルオフィサーは4,725人となっており、大規模の民間病院もコロombo、ガンパハやキャンディに密集していることから、都市部では治療を主体とする医療サービスは比較的充実している。一方で、治療後のリハビリテーションやアフターケアを行うための施設やサービスは不足しており、スリランカ政府は、「国家保健政策2016-2025」の七つの基本方針の一つとして、質の高い公平なリハビリテーションサービスの提供促進を掲げている。現状では、専門的な知識を有していない高齢者の家族がこれらのケアを担うことが多く、早期の回復が阻害され、病院を再訪しなければならないケースが増える要因となっている。

一部の民間ナーシング・ホーム等、高齢者がリハビリやアフターケアのサービスを受ける機会は限定的であり、多くの高齢者が退院後に過ごす高齢者施設又は自宅において満足なケアを受けられな

<sup>117</sup> スリランカ国勢調査統計局、2019年

<sup>118</sup> Annual Health Bulletin 2017, Ministry of Health, Nutrition and Indigenous Medicine, Sri Lanka.

い状態となっている。このため、高齢者施設と提携する形でのサービス提供や自宅において何らかのケアを受けられるサービス提供が求められている。

ヘルプエイジによると、リハビリやアフターケアサービスを提供できるスリランカの訪問看護師や看護師は供給不足で、需要の3分の1以下しか市場で満たされていない。民間の高齢者介護サービスプロバイダーである Nobel Aged Inc.も、訪問介護者の必要性は非常に高いが、市場で資格のある人材を見つけるのは難しいと強調した。

この問題の背景には、研修制度の欠如もある。介護者は、研修や技能検定制度がないため、訪問看護に必要な技能を身につけることができず、同様の理由で適正な給与が支払われていない。これは介護者の仕事に対する満足度の低下に直接関係しており、これが低い仕事保持率の背後にある主な理由の一つである。

この点、日本ではAIベンチャー企業のエクサウィザーズ社と北原病院グループが提供するオンライン遠隔リハビリサービス<sup>119</sup>や、Moff社が提供するIoTとアプリを活用したリハビリ支援サービス<sup>120</sup>等、自宅や介護施設で手軽にリハビリ・アフターケアを受けられるようなサービスが開発・試験導入されており、現地のニーズにマッチすると考えられる。

#### ● 高齢者の医療データの電子化

スリランカの病院では患者のカルテが紙媒体としては存在するが、電子データとして蓄積されおらず、医療従事者間で患者の健康状態や病歴・施術履歴等を効率的に共有する仕組みが整っていない。特に高齢者の場合、本人が過去の病歴・施術履歴や現在の健康状態を正しく記憶していない・理解していないケースが多いため、カルテを始めとする医療データの電子化のニーズが大きい。

具体的には、電子カルテの導入等が考えられるが、スリランカでは、公立病院、私立病院の双方において電子カルテシステムの導入が進んでいない。

この点、日本では富士通が展開するHOPE LifeMark-HX<sup>121</sup>のような大病院を対象としたものから、メドレー社のCLINICSカルテや、株式会社ビー・エム・エルのQUALISのような、中規模病院から無償病院、在宅診療までを対象として、電子カルテ及びレセコン一体型の様々なシステム<sup>122</sup>が開発されており、現地のニーズに対応できるものと考えられる。

## (2) 介護分野

介護分野に関しては、介護施設の運営及び同分野の人材不足を踏まえ介護人材の育成や介護人材の省人化につながるような製品・サービスに対するニーズが大きい。介護保険事業を民間に開放した日本の経験として、介護事業全般の様々な分野における民間の創意工夫が行われてきており、公共による提供のみと比較して民間企業による比較優位性が一定程度存在するものと推測できる。特に個々の高齢者のニーズに基づく介護サービスの提供、と言う観点で、ICTを中心に数々の革新的な技術革新が行われている。

<sup>119</sup> <https://www.pt-ot-st.net/index.php/topics/detail/1093>.

<sup>120</sup> <https://jp.moff.mobi/news/20031001/>.

<sup>121</sup> <https://www.biz.ne.jp/matome/2003023/>.

<sup>122</sup> <https://it-trend.jp/emr/article/resekon>.

- 介護施設の運営ノウハウ

介護事業者向けの業務支援ソフトとしては、介護サービス利用者本人の健康状態の記録、ケアプラン、ケア記録、請求管理、栄養計画、等の業務を支援するものがある。例えば、株式会社ロジックによる「Care-wing 介護の翼」では、スマートフォンと IC タグの活用により、訪問型のサービス（介護、看護）における業務効率化が行われており、スマートフォンとアプリを利用した介護スタッフのシフト管理や介護記録の作成、保険請求業務、サービス記録の作成等に活かされている。紙作業による転記やチェックを削減し、シフト連絡ミスや電話連絡コストを減らし、人手が限られる介護サービスの現場での介護資源のサービス業務への集中に繋がっている。

介護施設における食事提供においては、湯煎で容易に提供できる完全調理済み食品等の外部サービスが多数あり、食材費や人件費、献立作成など食事にかかる介護事業者の負担の軽減とサービス利用者の満足度の向上につながっている。季節の行事に合わせたイベント食や高齢者本人の当日気分で選べるセレクト食、機能面では咀嚼・嚥下・消化・吸収を容易にしたきざみ食やソフト食やミキサー食、禁止食に対応した食事提供など、管理栄養士の監修の下食べる楽しみの追求したものがある。

- 高齢者自身或いは家族が利用するサービス

また、高齢者自身が利用する技術として、健康記録アプリや栄養管理アプリ、認知症予防アプリなどが利用されている。独居老人の安全確認アプリ、生活動線にセンサーを設置するなどした見守り・安否確認サービス、ペンダント型通信機器による救急通報サービス、徘徊対策サービス等もある。

- スリランカでの実際の事業例

スリランカでは高齢者施設を始めとする介護施設の運営については、民間セクターが主要な役割を担っている。現在、NSE に登録されている民間の高齢者施設数は 327 であり、政府が運営する 6 を大きく上回っている。政府は民間の高齢者施設の運営や規模拡大のための財政的支援をしているが、需要の増加に追いついていない。実際、現地調査中訪問した各高齢者施設では申込み者の待機リストがあり、入居まで半年以上待たされる場合もある<sup>123</sup>。

表 6-1 スリランカの高齢者施設数（州別）

州	高齢者施設数
西部州	161
南部州	46
北西部州	37
ウバ州	29
サバラガムワ州	28
中部州	22
北部州	9
東部州	9
北中部州	6
合計	327

出所：NSE（2019）他追加調査により JICA 調査団作成

<sup>123</sup> Janadhara Elder Home Moratuwa (2020), Irine ThilakarathneWedehiti Niwasaya, Kadawatha (2020)ヒアリングより。

Nobel Aged Inc.は、中規模から上位レベルの市場を対象に、有料で高齢者介護サービスを提供している。介護事業で利益を上げて、主に2つの理由でサービス水準を維持することは難しい。第1に、有料老人介護事業者の運営管理基準を確保するための政府側の評価・監視制度がない。第2に、有料老人介護サービス分野におけるサービス改善を奨励するための市場における成功事例や前例がない。

また、現在の民間セクターによる介護施設はビジネス目的ではなく、政府補助金や住民寄付により運営されているチャリティ系のものが多く、これらのホームの多くはサービスの質が高くない。介護施設の運営について定期的に評価を行う ERPO によれば、介護施設を常時モニタリングするシステムがないことがサービスの質が改善されない一因にもなっている。

この点、日本には株式会社笑顔いちばんのように、高齢者施設のサービス改善、モニタリング及び評価システムの開発を行っている事業者もあり、現地の課題解決に資することができると考えられる。この分野では、高所得者向け高齢者施設「NAGAI」を運営する社会福祉法人高志会のように、既に現地展開を進めている日本企業も存在する。

また、スリランカに進出している日系企業の多くが製造業であるが、現地に進出したことにより同国に事業基盤が出来、結果として介護事業に参入した例もある。呉をベースに戦前から造船や橋梁向け等溶接技術を中心とした製造業を営む株式会社ダイキは、現地子会社のダイキランカを通じてコロombo郊外のカトゥナイカにて富裕層向け老人ホーム「カタナハウス」を開設している。当初現地にて日本等からの退職者などを対象としたツアー客等を想定した宿泊施設を運営していたが、2018年末より現地富裕層を対象として宿泊型の介護事業を営んでいる。現在では入居者全員が現地人となっているが、日本の退職者向けにセカンドライフの海外生活の場としても宣伝しており、募集を行っている。同国の魅力として、友好的な国民性、比較的低い物価水準、基礎インフラの改善、英語が通じることと年間を通して温暖な気候、治安の良さやビザ取得の容易性を挙げている。製造業としての同社の海外進出戦略では、スリランカはフィリピン、ベトナムに次ぐ第三国としての進出先であったが、選定の理由として優秀な高学歴人材の存在や親日的な国柄、英語が通じることなどが挙げられている。本業の製造部門と合わせ、スリランカでの介護事業は基本的に拡大する方針とのことであった。

#### ● 介護人材の育成・省人化

人材不足はスリランカの介護分野における全国的課題である。そもそも、介護職は社会的なステータス及び給与水準が低いことから就職先として不人気である。その不人気ぶりを象徴するかのよう  
に 2019 年に NSE が企画した介護人材 1,000 人育成プログラムにも十分な申込み者が集まらなかった。加えて、既存の介護人材の多くが高い専門性を有していないという問題も存在する。同国では法律で定められた介護士の資格が存在し、国が実施する 3 か月間の資格取得研修を受講し、職業技能レベルの国家認定制度 (National Vocational Qualification, : NVQ) のレベル 2 の認定を受けた者が該当する。しかしながら、教育内容については形骸化しているケースもあり、教育の質の課題が指摘されている<sup>124</sup>。

また、同国においては高齢者の介護は家族で行うことが一般的であったが、昨今の少子化、女性の

<sup>124</sup> <https://www.niph.go.jp/journal/data/67-2/201867020010.pdf>.

社会進出や海外移住<sup>125</sup>の主流化に伴い、非専門職の介護人材不足も深刻化している。結果として、介護現場における専門人材の育成又は省人化を実現するサービス及び製品の需要が多くみられる。

この点、日本では厚生労働省による、人材育成等に取り組む介護事業者に対する認証評価制度等もあり、大学や教育機関に加えて、介護事業者自身が積極的に人材育成に取り組んでいる例がある。実際、スリランカで介護事業を運営する前述の高志会では現地の介護人材の育成に注力している。また、日本では介護の現場でイノフィス社によるマッスルスーツ<sup>126</sup>や Honda の歩行アシスト<sup>127</sup>等のアシストデバイスが積極的に導入されており、ひっ迫する介護現場の人材不足を補うこのようなテクノロジーは現地の課題解決に役立つと考えられる。

<sup>125</sup> Long Term Care for Older Persons in Sri Lanka, UN ESCAP 2016 P. 29-31。

<sup>126</sup><https://innophys.jp/news/%E4%BB%8B%E8%AD%B7%E4%BA%8B%E6%A5%AD%E8%80%85%E3%83%BB%E4%BB%8B%E8%AD%B7%E6%96%BD%E8%A8%AD%E9%99%90%E5%AE%9A%E3%80%8C-%E3%83%9E%E3%83%83%E3%82%B9%E3%83%AB%E3%82%B9%E3%83%BC%E3%83%84-every%E3%80%8D/>,

<sup>127</sup> <https://www.honda.co.jp/walking-assist/>.

## 第7章 スリランカにおける高齢化対策の課題

本調査を通じ、スリランカにおいて少子高齢化が急速に進展していること、高齢者のみの世帯が増加していること、介護施設・サービスは限定的であり、家庭でのケアが一般的であることが分かった。この状況に対応するためには、住み慣れた地域で、高齢者の身体機能に応じて自立した生活を続けられるシステムが必要である。

また、高齢者ケアなどを取り巻く厳しい財政、高齢化率のバラつきなど地域により高齢化をとりまく状況が異なる点も見られた。これには、医療や介護予防への取り組み、地域の特性を考慮した医療・介護・地域社会の連携への取り組みなどが必要となる。

本章では、ここまでの議論を踏まえ、スリランカにおける高齢化対策の課題を検討し、次章の解決策提案につなげる。

### 7-1 セクター横断的課題

- 省庁間・省内・国と地方自治体の連携が十分でない

高齢化対策の統合的な法制度・政策体系が整備されていないため、社会福祉省、保健省、各省内の機関、国際機関が個別にプログラムを実施しているものの、明確な優先順位に基づいた活動の実施に至っていない。高齢化対策に関係する主省庁は社会福祉省と保健省であるが、双方の取り組み状況、連携や協力の可能性について協議されていない。現場レベルでは、高齢者施設に定期的に医療従事者が訪問して診察したり、医療施設にSSOが訪問して入院中の高齢者に社会保障サービスを斡旋するなど、国レベルと比べると比較的連携が取られているが、これらの連携は属人的であり、全地域で標準化された効果的な連携になっていない。

省内の連携も十分ではない。例えば保健省の場合、高齢者対策の主管部局はYED課だが、YED課が各専門部局と連携して高齢化対策を実施できる体制になっていない。YED課以外の担当部局長のなかには、高齢化対策として取り組むべき活動のアイデアは持っているものの、自身が直接の実施部局でないこと、また、部局間で協議する場がないことにより、これらの考えを共有し、高齢化医療の改善に向けて具体的な取り組みを検討する機会がない。

また、省庁間だけでなく、中央政府と州政府の間で、同種サービスの提供の重複が見られるなど、役割分担・情報共有・連携がされていないなどの課題が見られる。保健医療の場合、保健省から各州以下の地方自治体に高齢者医療に関する方針や計画などが共有されておらず、各州はそれぞれで独自計画を策定し取り組んでいるなど、国と地方自治体の連携が十分に取られていない。

- 高齢化対策に向けた恒常的な予算が確保されていない

スリランカでは今後高齢化が進み、高齢者への社会福祉・医療サービスに必要となる予算が大幅に増えることが予想される。現時点では、全ての高齢者に社会福祉サービスが提供されておらず、自己申告や偶発的に確認された高齢者にサービスが提供されているが、今後、高齢者数の増加、高齢者向けサービスの拡充と対象者全員へのサービス提供が実施されれば、必要な予算は大幅に増えること

が予想される。NSE は、スリランカの高齢者ケアの拡充に向けて、高齢者施設やデイセンターなどの施設の整備、ケアギバーをはじめとする高齢者ケアを提供する人材の必要性を認識している。しかし、現段階では、配分された予算に基づき場当たりの対応となってしまう。

医療サービスに関しては、公立の医療施設では無償でサービスが提供されているが、NCD 患者の増加や疾患の複雑化、高度先進医療の導入により、診断や治療に必要な費用も増加しており、この傾向は今後も続いていくことが見込まれる。また、公立病院を受診する患者数が多く待ち時間が長いいため、診察や治療を受けるのに時間を要し、医療施設にない医薬品や資機材は患者が購入しなくてはならず、実質的な医療費が発生する、といった課題も確認されている。このような状況を踏まえると、今後の高齢化に備え、医療費や社会保障費の徴収もしくは特別税や特別財源などによる税金など、財源の確保に向けた方策が必要と考える。

### ● 不十分な高齢化対策に関するデータ収集

社会福祉省管轄の ERPO や SSO は、担当エリアの一部の高齢者施設やケアギバー、一部の高齢者の氏名や住所、家庭状況などの情報は有するが、全ての高齢者の情報を把握していない。高齢者施設、ケアギバー、高齢者など高齢化対策検討に必要なデータを十分把握しておらず、高齢者分類やニーズ別対策、対策の規模や期間が不明瞭である。

保健省管轄の一次医療サービスを提供している HLC や MOH オフィスも同様に、管轄地域に居住している高齢者のリストや情報などを十分に持ち合わせていない。

高齢者へのサービスとして、行政機関や高齢者施設、医療施設に照会があった場合にサービス案内や斡旋を行っているが、高齢者の実態を把握し、支援が必要となる高齢者を特定し、サービスを確実に提供できる体制になっていない。また、高齢者側もサービスに関する情報を得るための仕組みがない。このように、行政機関には高齢化対策やサービス提供に関する必要な情報が蓄積されていない。

### ● 民間サービスの活用促進や質の担保に向けた仕組みの欠如

高齢者ケアに関する民間サービスなどを活用する仕組みが整備されていない。例えば、政府から民間の障害者施設などに高齢者の入居協力を求めることがあるが、政府から運営資金の補填はなく、民間サービスの巻き込みを促進する仕組みとなっていない。政府はこれまで、民間サービスを監理するという立場をとっており、公的サービスと併せて民間サービスを活用する仕組み自体の検討は行ってこなかった。現行の高齢者ケアサービスは、サービスの種類、量、質ともに不足しており、公的サービスのみで不足分を充足することは難しいと考えられ、民間サービスの活用を考慮する必要がある。

それに加え、スリランカでは、高齢者施設、デイセンター、ケアギバーなどの施設基準や資格基準の設定や監督が十分でなく、一部の民間サービスは、サービスに求められる質を満たしていないという指摘もある。

さらに、政府は民間サービスの状況を十分に把握しておらず、行政登録を望まない民間事業者が多いなど政府・民間の連携が不十分である。行政登録を望まない理由として、登録をせずにサービスを続けていても支障がない、登録するメリットがない、登録制度による監督機能が十分でない、といった理由があげられる。



保健セクターに関しては、公的医療施設は三次医療からコミュニティレベルまで保健医療サービスの提供体制が確立され、医療サービスは無償で提供されているため、公的サービスへの民間医療施設の活用は想定されていない。住民が民間医療施設を活用する例は、①質の高い医療サービスを受けたい場合、②公的医療機関にて必要な医薬品や検査を受けられなかった場合、③公的医療施設の混雑によりすぐにサービスを受けられない場合、④公的医療施設によるサービスが終了している場合に民間医療施設を活用するのが一般的である。民間医療施設の登録システムは確立されているが、登録の条件は先述のとおり医療サービスの質や安全性を担保できる内容にはなっていない。また、本システムに登録せずに医療サービスを提供している例が報告されている。医師会としては、民間医療施設での勤務を監督・管理される必要はない、といった理由により本登録システムに反対しているなど、監督機能が徹底されていない。

### ● 高齢者向けでない住居環境

スリランカでは、高齢者や障害者向けに配慮したバリアフリーの徹底はまだ進んでおらず、特に山間部やエステート地域に居住する高齢者は、日々の生活で階段や坂の上り下りなどが必要となる。実際に、訪問した医療施設でも、高齢者が転倒による怪我で入院しているなど、高齢者向けではない住居環境が高齢者の健康に影響を及ぼしている可能性が示唆される。

### ● エステート地域の課題

エステート地域は、タミル族が多く居住し、文化や宗教など、社会特性が他の地域と異なっている。医療施設に関しても、エステートの中にエステート所有のクリニックが設置されている。歴史的に、エステート地域ではエステート独自の医療サービスを提供し、保健省もこれまでに何度も介入を試みたが、改善に至っていない。エステート地域内のクリニックは国の法律や規則を適用しておらず、これらを遵守させることが難しく、医療サービスの質や内容なども担保できていない。また、これまでの風習により、タミル族には近親結婚が多く、先天的な遺伝子疾患を持ち合わせており、高齢化により眼疾患を発症したり、免疫力が低く感染症の影響を受けたりしやすい、といった課題が確認されている。エステート地域は特に、噛みタバコや飲酒、喫煙率が高いとされており、これらがNCDや口腔疾患にも影響しているが、こういった文化や生活習慣は長期にわたり続けられたものであり、改善は容易ではない。

## 7-2 社会福祉省管轄の課題

### ● NSEの機能不足

スリランカでは、高齢者問題を包括的かつ専門的に扱える組織としてNSEが設置されており、高齢者関連の政策・方針の立案機能も社会福祉省ではなくNSEに機能が委譲されている。NSEは高齢者施設の設置・運営や高齢者への支援を行っている。NSEが行う全てのプログラムは、高齢者法と2006年の高齢者政策に基づいて計画されているが、恒常的な予算や人材不足、また高齢者施設や高齢者に関するデータ不足により高齢化を見据えた更なる戦略的な対応の実施には至っていない。

NSEは長期的計画を策定しておらず、前年度の実績に基づいて、今年度の支出（高齢者施設への財政的支援、70歳以上への高齢者手当など）を計画する。本来、国のプログラムの実施に際しては、優

先度に基づいて、目標数値と時間軸を踏まえた各プログラムの計画策定、活動計画の実施とモニタリング・評価、年次実績に基づいた翌年度の計画策定が求められるが、NSEはまだこのような仕組みによるプログラム運営を行っていない。

また、一部の地域では、ERPO の数が不足し、県、郡に配置されておらず、現場への支援が行われていない。ERPO の不足分は中央政府、州政府それぞれの SSO や他の開発担当者、機関が現場レベルで補っているが、本来 ERPO が実施すべき支援を十分に実施できていない。例えば、ケアギバー育成プロジェクトの実施を計画していたが、政治的理由で実施に至らなかったとのことである。

### 7-2-1 社会保障の課題

#### ● 不十分な高齢時への備え

スリランカではこれまで家族が高齢者のケアをしていたが、高齢者の長負荷、核家族化、都市部への移住などにより、その状況は変わりつつある。

高齢者の長寿化に伴い高齢者として過ごす期間が延びており、それにしがって要介護度が高い高齢者の割合は増えることが想定される。また、高齢者が夫婦または一人で生活をする期間が増える傾向にあり、特に女性は寿命が長くその傾向が強いとされる。このような状況に対応するため、貯蓄など経済的な備え、健康でいる努力などが求められる。しかしながら、政府・国民共に高齢時への備えの必要性に対する意識の低さ、財政的・経済的余裕がないこと、一般国民を対象とした年金制度や介護保険制度などの適切な社会保障制度が十分でないことなどにより、その備えは十分でない。

#### ● 限定的な社会保障制度

スリランカでは、公立病院の医療サービスを無料で受診できる。高齢者は、健康リスクが高まり、通院頻度が高まる可能性が高いため、本医療制度は、高齢者にとって望ましいといえる。しかし、無料の医療サービスの提供は、①安易な医療サービスの受診による病院の混雑、②長時間の待ち時間、③医療スタッフへの負担増大、④住民の疾病予防への関心を高めることが難しい、⑤国家財源に負担を強いているなどの課題があげられる。他方、民間医療保険の市場も並存しており、高所得者層は高度医療が必要な場合の公的医療サービスを除き、民間の医療サービスを活用する傾向がある。

老齢期の所得保障制度として、公務員には年金による十分な生活保障が確立されている一方で、民間企業の基金による生活保障は十分とはいえない。加えて、いずれの生活保障制度にも組み込まれていない高齢者も存在する。十分な預金がない高齢者や家族は生活のために老齢期も働く必要があるが、雇用の機会を得られない高齢者とその家族は、収入も保障も得られず、財政的に不安を抱えることになる。日本の生活保護と類似の保障制度として、低所得者を対象にサムルディ部門からの支援が行われているが、支援金額は少なく、高齢者の生活を十分に保障できる支援ではない。

### 7-2-2 社会福祉の課題

#### ● 高齢者の状況に応じた支援（サービス）提供ができていない

現状、身寄りのいない高齢者に対して、ERPO、SSO を中心に関係機関が現場で連携しながら支援しているが、高齢者の健康状態等を適切に評価する仕組みや人材が不十分であり、そもそも公共・民

間いづれにおいても高齢者施設や介護サービスの種類が限られており、高齢者の状況に応じた支援体制が十分とは言い難い。

支援メニューの選択肢が少ない、高齢者施設においても提供可能なケアが限定されていることに加え、日本のケアマネジャーのような高齢者の状況や、高齢者及びその家族の意向を汲んで適切な支援を司る人材・仕組みが不足している点が挙げられる。

### ● ケアギバーの数とサービスの質の不足

スリランカにおいて、非医療スタッフとして高齢者ケアに関わる中心的な人材はケアギバーであり、今後もケアギバーが中心的役割を担うことが期待されている。

社会福祉省、保健省ともにケアギバーの必要性は理解しており、社会福祉省ではケアギバーの資格要件や育成機関などを検討しているが、保健省側との連携や協議はされておらず、双方の合意に基づいた活動になっていない。NSE は、現状及び将来ニーズに対してケアギバーの人数と質が十分でないことを認識している。

ケアギバーはNVQ レベル2の資格ではあるものの、現在スリランカでは、法的な資格要件がなく、無資格でも高齢者へのサービスを提供することが可能である。本調査で訪問した高齢者施設に勤務しているケアギバーは、施設での実地教育のみで専門教育を受けていなかった。高齢者がベッドに横になった状態で放置されている、心身機能の維持に必要なリハビリテーションが実施されていないなど、適切なケアが実施されていないようであった。現時点では、要介護度の高い高齢者が高齢者施設に入居していないことから、ケアの質の低さは大きな問題となっていない。しかし、今後要介護度の高い高齢者は確実に増えていくことが予想され、政府も要介護高齢者の受け入れの対応が求められることになる。要介護度の悪化を食い止めるためには適切なケアが必要になることから、ケアギバーの質の改善は急務の課題である。併せて、高齢者ケアの質が低いと、高齢者施設の利用を避ける可能性が生じ、民間の高齢者ケア市場への参入の阻害要因となる可能性も示唆される。

ケアギバーの育成に関し、ケアギバー育成機関や育成資金の問題に加えて、そもそもケアギバーの希望者が少ないことも課題である。スリランカでは、介護職は人気のある職業ではなく、希望者の確保が難しい。その理由として、ケアギバーの待遇の悪さと社会的地位の低さが影響していると考えられている。ケアギバーは、薄給、労働時間が長い、休暇が少ないといった待遇の悪さに加え、場合によっては泊まり込みで従事するなど労働環境も悪い。しかし、現行の高齢者施設では、自施設で育成したケアギバーを低賃金で雇用しており、施設への補助金や予算配分がない状況で待遇を改善することは難しい。また、スリランカでは、ケアギバーを不名誉な仕事と捉える人もいるとの指摘があった。

本調査で訪問した高齢者施設のケアギバーは無資格者であったが、当該施設のマネージャーによると、ケアギバーで大事なものは心であるということであった。高齢者ケアにおいてケアする人の心が重要である点を否定するものではないが、関連する知識・スキルが不要とはならない。このようなサービス提供側の意識もケアギバーが専門職として認識されない要因の一つとなっていると考える。

また、現状のスリランカにおいてケアギバーのキャリアパスが明確でないことも就職先としての人気のなさの原因の一つとなっている。

### ● 高齢者施設の基準と実態のずれによるケアのバラつき

スリランカ標準化機構は高齢者施設の詳細な運営基準を定めている。この基準はイギリスの介護施設運営基準（Care Homes Regulations 2001）を参考に作られており、高齢者施設の設置環境、施設内の設備、介護サービスの体制などのガイドラインとなっている。しかし、高齢者施設自体に関して、既存の施設の改修、寄付された設備の使用も多く、その基準を満たしていないこともある。これは、チャリティ・NGO 型施設を中心に資金面の課題や政府のモニタリングが不十分であるためと考えられる。また、介護サービスの体制に関しても、その基準に沿った運営は強制力を持たないため、各高齢者施設で提供される高齢者ケアの質にバラつきがある。

### ● 要介護向け高齢者向けの施設・サービスが不足している

現行の公的高齢者施設は予算及び人材不足により、その数が少ないうえ、自立して生活できることが入居条件であり、介護の必要な高齢者は入居できない。民間には、要介護の高齢者も受け入れている高齢者施設もあるが、これらの施設は入居費などが高く設定されており、低所得で身寄りのない高齢者の行き場がない。また、現状では在宅・訪問などの介護サービスも限定的である。

要介護向け高齢者サービスの欠如は医療側にも影響している。本来退院が可能な高齢者の入院患者のうち、身寄りがなく自宅もない場合に SSO に連絡を取り、入居先を探すことになるが、受け入れ先がない場合、受け入れ先が見つかるまで入院患者として医療施設にとどまっているケースがある。ERPO によると、体の不自由な高齢者を受け入れる施設がなく病院で数ヶ月間入院する身寄りのない高齢者は都市部の郡では平均 5 人程度存在するとのことである。

### ● 家族によるケアに依存する高齢者サービス

スリランカでは、高齢者施設やデイセンター、居宅サービスなどの公的サービスや民間サービスも提供されているが、原則的には家族による高齢者のケアが主体とされている。高齢者のケアによる家族の肉体・精神的負担や社会参加の抑制などが想定される。

スリランカの公的サービスは、寝たきりや認知症の高齢者に対するケアなど、肉体・精神的負担の大きい介護サービスには対応しておらず、民間サービスは提供数が限られ、費用がかかるため、ほとんどの場合は家族が対応することとなる。多くの場合、これらの介護は女性が担っており、介護の負担による就労などの社会参加の抑制が懸念される。レスパイトケアなどの支援やサービスもなく、家族が介護上の問題点を相談したり、自身の負担を軽減するための方策がない。家族側の視点に立つと、数量及びサービス提供種類の点において限定的となる公的サービス、また提供サービスによっては高価格となる民間サービス等の背景にて、地理的・経済的な観点で外部のサービスを利用がしにくい、ニーズに即したサービスが十分でない、といった理由により、外部のサービスを活用することが難しい。

## 7-3 保健省管轄の課題

保健セクターでは、民間医療施設を活用した公的保健サービスの提供は想定しておらず、公的医療施設による保健サービス提供が主体となる。ここでは、公的医療施設における高齢者医療に関する課題を挙げる。（民間医療施設の課題については、7-1 で言及済）

### ● 保健省の担当部局の機能不足

医療行政職階の局長レベルのポストが現在不在であり、YED 課の局長も空席である。

YED 課は、他の部局と協力しながら高齢者医療に関する活動に技術的な助言などを主な活動としているとのことである。更なる改善に向けて、本部局が中心となり活動計画の実現に向けて取り組み、高齢者医療の進展のためのコーディネーション強化を目指すことが望まれている。

### ● YED 課のリソース不足

YED 課によると、予算が年次行動計画で紹介されている活動を実施出来るほど十分に政府から割り当てられていない。

リソース（人的および物的）不足にもかかわらず、YED 課は最大限効率的に機能しており、保健省長官が議長を務める高齢者ケア国家運営委員会を関係者と毎四半期開催している。当課のスペースや設備、人員といったリソースの改善は火急の課題である。

### ● 予防と治療の縦割りサービスによるサービスの非効率化

保健医療セクターは、中央から末端のコミュニティレベルまで予防セクターと治療セクターに分けられており、縦割りによるサービス提供の特色が強く、サービスの提供に関連する人員や施設も縦割りで構成されるシステムとなっている。本システムは感染症主体の疾病構造であった 1920 年代に構築されたもので、予防接種や健康教育などによる「予防」と罹患後の「治療」とそれぞれ介入方法が異なり、完治後に治療の継続が必要になるケースはほとんどなかった。一方、NCD や精神疾患が疾病構造の中心である昨今では、例えば、NCD の服薬治療のように、治療が 2 次予防となり、治療と健康教育の組み合わせなど、医療サービスを予防と治療に明確に区分できず、予防と治療を組み合わせたサービスが必要とされている。予防セクターの主要サービスである母子保健サービスに関しても、妊産婦死亡率や乳幼児死亡率、合計特殊出生率が高かった以前とは状況が異なっており、高齢化社会に向けた体制の見直しの時期に来ているといえる。

### ● 健康教育が十分でない（コミュニケーションギャップ）

今後、高齢者を対象とした組織的な健康教育が強化されれば、良好な健康状態を維持する意識の向上につながり、早期発見・診断、正しい治療による改善が見込まれる<sup>128</sup>。保健省は NCD 検査を HLC で行っており、健康教育が実際のサービスとつながり、検査率が上昇すれば高齢者の健康状態が改善されるものと期待される。

新たに高齢者医療、NCD 対策、緩和ケアサービスを提供するため、2019 年より公衆衛生看護師の育成と HLC への配置が始まっているため、これらの公衆衛生看護師の研修と現場での活動にて健康教育を強化して、健康増進に向けた取り組みの促進やサービスの利用、喫煙、飲酒、嘔みタバコなどの健康リスクとなる生活習慣の改善につなげることが望ましい。

### ● 偏った栄養

<sup>128</sup> YED 課の説明では、健康で活動的な高齢化に直結する医療ディスカッションや高齢期における栄養、運動と良好なメンタルヘルスの維持を含む健康教育プログラムが非常に望まれている。

スリランカのコミュニティにおける主要な食事は米、トーセイ、ロティ等であり、炭水化物の消費量が多いため、栄養の専門家による食事教育や糖尿病対策食などの栄養教育が必要であることが確認された。高齢者施設は宗教団体や地域住民から食事の寄付を受けて食事を提供していたり、食事担当者の多くは、高齢者に必要な栄養成分やカロリー、食生活上配慮すべき事項の知見を得る機会がなかったとのことである。保健省の栄養課が YED 課と協力して、高齢者向けの栄養ガイドラインを開発している途中である。保健セクター、それ以外のサービス提供者も含め、啓発プログラムを検討している。高齢者向けの具体的な栄養指導として、脂質、塩分、糖質の過剰摂取を避けること、体重管理、水分の十分な摂取、調理方法などの教育を強化することが望ましい。

### ● 健診サービスの利用数が少ない

保健省は NCD 対策の一環として、地区病院や PMCU に HLC を設置し、NCD の診断と治療サービスを提供している。本サービスは 35 歳以上の成人を対象としているが、①サービスは日中に提供されており、対象者が施設に行く必要があるため、特に就業している成人が仕事を休んでこれらのサービスを受けるために医療施設を訪問することは非常に難しい、特にインフォーマルセクターの就労者は日払いであることが多く仕事を休むと収入が減る、②スリランカでは公的医療サービスが無償で提供されているため、国民の疾病予防に対する意識が低い、といった理由により、サービスの利用率が低い。これらの課題に対し、サービス提供方法や仕組みの改善を目指し、最近では、HLC だけでなく、MOH オフィスでも公衆衛生助産師 (PHMW) が中心となり、コミュニティ (PHMW エリア) で検診サービスを提供しているが、公衆衛生助産師の業務の中心は母子保健サービスの提供であるとの認識が維持されており、積極的な健診サービス提供に至っていない。

### ● サービスの地域格差の是正の必要性

保健省 YED 課によると、患者は一次医療施設（救急外傷ユニットによる救急対応も含む）を受診し、そこで基礎的な治療を受け、必要に応じて大規模病院に照会・移送されることが望ましいが、実際には利用者の大半は一次医療施設ではなく二次・三次の高次医療施設を受診している、とのことである。

調査団が得た情報によると、高齢者に多い NCD の症例のうち、軽症であれば服薬指導で疾病のコントロールが可能であるが、重症化した際に治療に対応できる施設が限られている。特に、重症化した症例への高度先進技術による診断や治療は主にコロomboとキャンディで提供されている。適切な治療を受けて延命できた場合でも、その後の経過観察のため、定期的にキャンディやコロomboの医療施設を受診することとなり、患者や家族の経済的負担が大きい、といった話も聞かれ、サービスへのアクセスの負担、患者の予後や患者や家族の経済的負担が生じている。保健省は各地域の主要三次医療施設に循環器疾患ユニットと脳卒中ユニットの設置を検討しており、この問題は一部改善される見込みである。

### ● 高齢者医療サービスを提供できる医療従事者が限定的である

現在、4 名の老年医学のシニア研修医が老年医学の専門医になるための海外派遣を必要としている<sup>129</sup>。それまでは訪問診療医が老年医学を担当している。また、特定の病院の看護師や一部の医療支援

<sup>129</sup> スリランカの老年学者になるには 4~5 年の海外留学経験と 1 年間の専門教育ディプロマが必要である。

スタッフは高齢者介護の訓練を受けている。ケアギバーの訓練は社会福祉省の担当者や保健省の YED 課が職業訓練センターで行っている<sup>130</sup>。

日常生活動作の維持や向上に大きく関係するリハビリテーションサービスを提供する理学療法士、作業療法士、言語療法士は主に医療施設に配置されている。保健省によると、理学療法士、言語療法士は必要数を確保できているが、作業療法士は想定される人材を雇用できておらず、人材不足であるとしている。多くの医療施設では、リハビリテーション機能がなく、退院後のリハビリテーションの実施方法の教育にとどまっているが、これらの施設が入院中の患者にリハビリテーションサービスを提供するようになった場合、人数が不足することが予想される。

### ● 高齢者に多い疾患の専門診療科のサービスの改善が必要である

スリランカの医療現場では、高齢者は一般の患者と同じ扱いであり、高齢者に留意・特化した公的医療サービスの提供が十分ではない。調査で確認された診療科毎の課題は以下のとおりである。

#### 1) 眼科

眼科専門医はスリランカ全土に約 70 名、うち 30 名は民間医療機関に勤務しており、公立医療機関に勤務するのは 40 名程度と非常に限られている。すなわち、公立病院の眼科医 1 名当たり約 54 万人、眼科医全体で 1 名あたり 31 万人と膨大な人数であり、必要な眼科サービスを楽しむことは非常に難しい。眼科手術の 90%は白内障で、中部州ヌワラエリヤ県の眼科専門医が扱う手術数は 1 日あたり 20 例と、眼科医の負担は大きい。麻酔や機材などが無い場合は、患者を別の病院に照会している。緑内障症例も課題ではあるが、患者が眼疾患を認識できず、治療を受けることができていない。

#### 2) 歯科

スリランカでは、喫煙や噛みタバコの服用など、口腔衛生に悪影響のある習慣が報告されている。高齢になるにしたがって歯科の利用が減り、歯周病や喪失歯が増加しているうえ、歯を失った後も必要な手当てを受けていない。治療の内訳は抜歯が多いと報告されており、歯科医の技術レベルにも課題がある可能性が示唆される。このように、高齢者は正しい口腔ケアや歯科受診ができていないことが考えられ、正しい歯磨きや口腔ケアの方法、歯磨きの習慣化やリスク行動の予防といった口腔衛生の維持管理に向けた健康教育、定期的な歯科検診の機会と受診の必要性に関する住民の知識不足、歯科医や歯科技工士の技術水準の課題の可能性が示唆される。

### ● 緩和ケアサービスが少ない

緩和ケアに関しては、スリランカでは政策や計画に基づいて、具体的な対策が動き出している段階である。HLC に配置された公衆衛生看護師の担当業務の一つが緩和ケアであり、今後は公衆衛生看護師中心となって在宅緩和ケアを提供することになるが、在宅緩和ケアに必要な資機材や交通手段などはまだ提供されていない。中央レベルでは緩和ケア対策の計画を策定したものの、まだ始まった

<sup>130</sup> 調査団見解：高齢看護の専門教育を受けた看護師も非常に限られているうえ、高齢者への対応の研修などの実施数は限定的で、高齢者ケアの専門知識をもった人員が確保されていない。また、ケアギバーについても前述のとおり、定義や育成方法が確立されていない。社会福祉省と保健省のそれぞれがケアギバーの特定や育成の必要性について言及しているが、ケアギバーの定義やどちらの主管とするのかなど、実現に向けた具体的な協議や見解の統一には至っていない。

ばかりで予算措置が十分でないこと、また、具体的なサービス提供やそれに向けての指導・指針などの提供が十分ではない。

### ● リハビリテーション機能が十分でない

スリランカでは、リハビリテーションサービスを提供している公的医療施設は全国で2施設しかない。それ以外の施設にも理学療法士、作業療法士、言語療法士などが配置されているが、特に理学療法に関しては、必要な機材やスペースが確保されておらず、患者に退院後に必要な運動療法などを教える程度にとどまっている。2か所のリハビリテーションセンターについても高齢者には特化しておらず、多くの外傷や脳血管疾患患者は、治療後や急性期離脱後の機能回復や日常生活への復帰に向けた適切なリハビリテーションサービスを受けられていない。脳卒中後の早期リハビリテーション開始は、早期離床、それに伴う機能障害や日常生活動作の有意な改善が認められているため、医療施設のリハビリテーション機能が十分でないことにより、離床が遅れ、日常生活への復帰に支障を来たす可能性が示唆される。このことから、保健学科の能力強化が望まれる。

### ● 高齢者の医療サービスへのアクセスが難しい

スリランカでは高齢者が医療施設を受診する際、家族が同行することが多いとのことだが、多くの場合、家族は就業しており、高齢者の受診に同伴することが難しい。また、高齢者に歩行障害など、身体的障害がみられる場合、受診はさらに困難になる。

緩和ケアや日常生活動作の低下した高齢者など、通院が難しいが高度の治療を必要としない患者は、在宅で医療サービスを受けられることが望ましい。これらのサービスの提供に向けて、先述のように、新たに PHNO を設け、NCD 予防、緩和ケア、高齢者ケアの在宅ケアの提供を目指している。しかし現地調査時（2020年3月）に PHNO の話を聞いたところ、当初提供される予定のバイクやカテーテルなどの在宅医療、緩和ケアに必要な資機材が提供されておらず、まだサービスは提供されていなかった。このように、中央レベルでは近年高齢者の医療サービスのアクセスを改善するための計画を策定しているが、予算措置や具体的サービス提供の実施に向けての指導が十分ではない。2019年の Sri Lanka Essential Health Package でも高齢者ケアのサービス項目の一つに一次医療施設による在宅医療の提供が含まれており、本サービスの提供は急務である。

### ● 高齢患者に配慮した治療ケアになっていない

スリランカではすべての国民が公的な保健医療サービスに無料でアクセスできるが、その公的サービスにおいて、高齢者外来、もしくは高齢者クリニックを設置している教育病院は、コロンボ南教育病院とペラデニヤ総合病院の2施設のみである。これらの施設は高齢者外来・クリニック・入院病棟（ペラデニヤ総合病院のみ）、アウトリーチクリニック（コロンボ南病院のみ）を設置し、高齢者特有の課題に対応している。以前の JICA 草の根技術協力プロジェクトの対象であったキャンディ県の医療施設の一部では、高齢者用の座席を設けたり、高齢者用入院病棟を設置したり、通路やトイレに手すりを設けたりという取り組みが行われているが、限定的である。病院を高齢者に配慮した環境にすること、特にアクセス性とトイレバリアフリー化が、高齢化する社会において主要な課題となると見込まれる。



## 第8章 包括的分析と今後の方向性の検討

本調査では第2章で提示した調査フレームワークに沿い、高齢化セクターに関する要素の現状やセクター横断的な高齢化対策の取り組み各種高齢化社会に向けた仕組みや高齢化対策の実現に向けての予算計画、分配方法、省庁間の役割や高齢化セクターのニーズ等の重要ポイントを調査してきた。本章では、ここまでの議論を踏まえ、課題解決に向けたロードマップ案を提示し、これらの課題に対応する解決策の優先順位を検討し、日本の当該分野における支援実績を確認した上で、先の優先順位を踏まえた日本の協力の方向性を検討する。

### 8-1 課題解決に向けた解決策の検討

第7章の高齢者セクターに関連する課題をもとに、各課題を整理してそれぞれの課題に必要な解決策を網羅的に検討して表8-1にとりまとめた。本表はNSEが社会福祉省傘下にある際に確認された課題とそれに対する解決策案であるため、NSEが保健省傘下になった後の体制や各省庁の役割の見直しを踏まえ、適宜見直す必要がある。

表 8-1 本調査にて確認された高齢者対策の課題と解決策（案）

課題	課題の詳細	解決策	具体的な活動
	<b>セクター横断的課題と対応</b>		
省庁間・省内・国と地方自治体の連携が十分でない	<ul style="list-style-type: none"> <li>省庁間の縦割りや個別最適などの課題、ならびに各省庁の業務分掌が不明確である。</li> <li>高齢化対策に関し、中長期的な視点や優先度に基づいた包括的な計画がない。</li> <li>省庁間でそれぞれの取り組み、連携や協力についての協議が十分でない。</li> <li>現場の担当者の連携が属人的であり、効果的な連携に向けて標準化されていない。</li> <li>省内の連携が十分ではない。例えば保健省の場合、高齢者対策の直接の部局である YED 課と高齢者を含む保健サービス関連部局の連携強化が必要である。</li> <li>中央政府と州政府が同種のサービスを提供するなど重複が見られ、役割分担・情報共有・連携がとれていない。国と地方自治体の連携が十分に取られていない。</li> </ul>	1. 統合的高齢化対策実施体制の確立	<ul style="list-style-type: none"> <li>省庁間のプラットフォーム（組織化、定期会合の開催）と省内のプラットフォームを構築・強化する。</li> <li>高齢化対策に向けた統合的なロードマップを作成する。</li> <li>高齢化対策の統合的な法制度・政策体系を整備する。</li> <li>プラットフォームを通じて社会福祉省、保健省、各省内の機関がプログラムの進捗や情報を共有する。</li> <li>各省庁・省内の局や課の業務分掌を明確にして共通認識を得る。</li> <li>高齢者サービスの関係者間の連携方法を明確にして周知徹底する（既存のスタッフへの教育、モニタリング・監督等）。</li> <li>省内のプラットフォームでの協議により役割分担や連携を強化する。</li> <li>中央政府による州政府やその下部組織との連携を促進する。</li> </ul>
高齢化対策に必要な予算が確保されていない	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢化対策に向けた予算確保などが確認されていない。</li> <li>高齢者サービスのニーズを把握していない。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>短期・中期・長期戦略計画を作成し、実施する。</li> <li>政策に基づいて州活動計画を作成する。活動に必要な年間予算計画も併せて作成する。</li> <li>各省庁の予算分と省庁間をまたぐ予算を積算し、財務省と交渉して予算を確保する。</li> <li>安定した財源確保に向けたメカニズムを構築・運用する。</li> </ul>

課題	課題の詳細	解決策	具体的な活動
高齢化対策に関するデータが収集されていない	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象の高齢者の情報を把握していない：支援の対象者が特定されていない。</li> <li>高齢者が必要とするサービス（種類や質）を把握していない。</li> <li>高齢者サービスに対する高齢者、高齢者の家族、サービス提供者ニーズを把握していない。</li> <li>サービスの監督に必要な項目や監督の体制が特定されていない。</li> <li>収集している情報が断片的で、全体を把握できていない。</li> </ul>	2. 高齢化対策関連の情報マネジメントの強化	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者の登録制度を構築し、高齢化対策の対象者を特定する。</li> <li>ニーズを把握する。</li> <li>必要なサービスを特定する。</li> <li>サービスの提供方法を特定する。</li> <li>サービスの監督に必要な項目を特定する。</li> <li>情報収集のための枠組みを構築する。</li> <li>情報を適切に確保し、実態を把握する。</li> <li>情報を活用して高齢化対策の進捗を把握し、対策の改善につなげる。</li> </ul>
民間サービスの活用促進や質の担保に向けた仕組みの欠如	<ul style="list-style-type: none"> <li>民間サービスの登録が省庁別になっており、複数の登録制度がある。類似の業種であっても異なる省庁に登録しているようである。</li> <li>登録基準が十分ではない。(保健省)</li> <li>登録していない施設がある。</li> <li>登録状況は把握しているが、実際のサービスの内容は監督できていない(社会福祉省)。</li> <li>国が民間施設のサービスを活用、支援・促進する仕組みがない。</li> <li>サービスの質が一定の水準を満たさない民間サービスがある。(サービスの質を確認する仕組みがない)</li> </ul>	3. 民間サービスの規定の強化と活用・連携促進	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者ケアの公的・民間パートナーシップを強化する。(詳細の取り組み案)</li> <li>民間サービスの基準・規則・規定(罰則も含む)を省庁横断的に整備する。</li> <li>民間サービスの登録方法を明確化する。(どの省庁がどの民間サービスを管轄するのか、省庁横断的な情報の活用など)</li> <li>基準・規則を周知する。</li> <li>基準に基づく民間サービスを登録する。民間企業と連携して民間高齢者施設モニタリング及び評価システムを導入する。</li> <li>登録された民間サービスの監督機能や支援・促進の仕組みを整備し、実施する。</li> </ul>
高齢者向けではない住居環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者や障害者向けに配慮したバリアフリーの徹底はまだ進んでいない。</li> <li>特に山間部に居住する高齢者は日常で階段や坂の上り下りなどが必要となるなど、高齢者向けでない居住環境が高齢者の健康に影響する可能性がある。</li> </ul>	4. 高齢者にやさしい環境の整備	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者の居宅の改修等の行政サービスを規定する。</li> <li>公共施設のバリアフリー化を進める。</li> <li>民間へのバリアフリー化の推進に向けた啓発活動や支援を実施する。</li> <li>各地域の高齢者の居住や移動に危険な箇所を特定し修復する。</li> <li>環境整備後のモニタリングを実施する。</li> </ul>
(省庁間・省内・国と地方自治体の連携が十分でない) エステート地域の問題	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健医療と社会福祉の高齢者サービスが個別に提供されており、体系化されていない。</li> <li>地域によって高齢者対策の現状が異なっている。</li> <li>エステート地域では、エステート所有のクリニックが設置されているが、これらの施設は国の法律や規則を適用しておらず、遵守させることが難しい。医療サービスの質や内容なども担保することができていない。</li> <li>エステート地域特有の疾患や遺伝的問題、噛みタバコや飲酒、喫煙など生活習慣上の問題があり、NCDや口腔疾患にも影響している。</li> </ul>	5. 地域包括ケアシステムの導入(保健・医療・社会福祉の統合)	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域の特性やニーズに応じた、保健・医療・社会福祉を統合した地域包括ケアモデルを構築する。</li> <li>上記モデルの構築の際、エステート地域については、下記の課題に考慮して活動を検討する。 <ul style="list-style-type: none"> <li>- エステート所有のクリニックの公立化を実現する。</li> <li>- エステートの所有者にサービスの質や内容の見直しを交渉する。</li> <li>- エステートクリニックの医療従事者を研修する。</li> <li>- エステートでの健康教育や健診サービスを実施する。</li> </ul> </li> </ul>
NSEの機能不足	<p><b>社会福祉省管轄の課題と対応</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>中長期的計画が策定されておらず、高齢化を見据えた戦略的な対応ができていない。</li> <li>優先度に基づいた目標数値と時間軸を踏まえたプログラムの計画策定、</li> </ul>	6. NSEの機能強化	<ul style="list-style-type: none"> <li>統合的ロードマップに基づいた中長期的計画を策定する</li> <li>計画・実施・評価の事業管理能力を強化し、中長期的計画の実施状況を定期</li> </ul>

課題	課題の詳細	解決策	具体的な活動
	<p>PDCA による年次計画の管理が行えていない。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ケアギバー育成プロジェクトが計画されていたが、NSE の機能不足により、実施に至らなかった。</li> </ul>		<p>的に評価して高齢化対策の実施を促進する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>各プログラムの優先度に基づき、予算に応じた実施の計画を策定する。</li> </ul>
<p>不十分な高齢時への備え</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢時への備えの必要性に対する理解の低さや経済的余裕がないことにより、貯蓄などの財政面の備えが十分でない。</li> <li>公立病院の医療サービスの無料化により、医療サービス提供側の負担や国家財源の負担が大きく、かつ住民の疾病予防の関心の低下を招いている。</li> <li>年金など適切な社会保障制度が不十分である。(民間企業就労者への保障が不十分である)</li> <li>いずれの種類年金制度にも組み込まれない人が存在する。</li> </ul> <p>サムルディ部門からの支援も行われているが、質、量ともに全体をカバーできていない。</p>	<p>7. 社会保障制度の改善</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>少額の医療費の徴収制度を導入する</li> <li>貯蓄のすすめなどの対策をとる。(別途検討)</li> <li>公立医療施設のサービス改善に向けた取り組み(高所得者層の民間医療サービス活用によるサービスの質の格差をなくす)</li> <li>民間企業の年金基本額などの年金制度を見直し、すべての人が不足なく受給できる仕組みにする。</li> <li>年金制度の充実により、高齢者が生活保護を受給不要な仕組みを構築する</li> <li>サムルディ部門の支援の見直しの必要性を検討する。</li> </ul>
<p>限定的な社会保障制度</p>			
<p>高齢者の状況に応じた支援(サービス)提供が十分でない</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者の状況に応じた支援体制が十分ではない。</li> <li>支援メニューの選択肢が少ない。</li> <li>高齢者施設が提供可能なサービスが限定されている。</li> <li>ケアマネジャーもしくはソーシャルワーカーに相当する高齢者の状況や高齢者とその家族の意向をもとに支援する人材や仕組みが十分でない。</li> </ul>	<p>8. 高齢者の状況に応じたサービス提供システムの構築</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者のニーズを把握する。</li> <li>必要な高齢者サービスを特定し、サービス提供体制や方法を検討する。</li> <li>地域の特性やニーズに応じた、保健・医療・社会福祉を統合した地域包括ケアモデルを構築する。</li> <li>ケアマネジャーもしくはソーシャルワーカーの役割を担う機能の必要性を検討し、必要であれば教育体制、業務分掌、必要人数などを明確化する。</li> </ul>
<p>ケアギバーの数とサービスの質の不足</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ケアギバーの定義、資格要件や育成機関などが標準化されていない。</li> <li>ケアギバーが専門教育を受けていない。(無資格でも従事可能)</li> <li>ケアギバー育成に向けた省庁間連携が十分でない。</li> <li>ケアギバーの人数と質が不足している。</li> <li>ケアギバーの希望者が少ない。</li> <li>ケアギバーの待遇が悪い(薄給、労働時間が長い、休暇が少ない、場合によっては泊まり込みでの勤務等の労働環境の悪さに比べて給与が低い)</li> <li>サービス提供側のサービスの質に対する理解が低い。</li> </ul>	<p>9. ケアギバーの量と質の改善(ケアギバーの育成)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ケアギバーの実態を把握する。</li> <li>ニーズ、サービス提供機関などを踏まえて、必要なケアギバー(質と数)を特定する。</li> <li>ケアギバーの定義を設定する。</li> <li>ケアギバー育成に向け省庁間の連携を図る。</li> <li>民間の介護事業者の人材育成に係るインセンティブを設計する(認証評価制度等)</li> <li>人材育成に係る大学、教育機関や民間の介護事業者との連携を図る。</li> <li>ケアギバー育成機関の認定と育成カリキュラムの承認の仕組みをつくり、実施する。</li> <li>ケアギバーの資格要件や専門資格を設定し、業務分掌を明文化する。</li> <li>ケアギバーの待遇改善に向け、国が予算をつける等の対策をとる。</li> <li>サービス提供側の意識向上に向けて研修し、現場を監督する。</li> </ul>

課題	課題の詳細	解決策	具体的な活動
高齢者施設の基準と実態のずれによるケアのばらつき	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者施設が少ない。</li> <li>スリランカ標準化機構により高齢者施設の設置環境、施設内設備、介護サービスなどの運営基準を定めているが、基準に強制力がないため、各施設のサービスの質にばらつきがある。</li> <li>誰もが利用できる要介護高齢者向けの高齢者施設や高齢者サービスがない。</li> </ul>	10. 高齢者施設・サービスの拡充（要介護施設も考慮）	<ul style="list-style-type: none"> <li>既存の高齢者施設や高齢者サービスの実態を把握する。</li> <li>高齢者施設の運営基準<sup>131</sup>を再確認する。</li> <li>高齢者施設が運営基準に準拠する仕組みを検討・強化する。</li> <li>運営基準に従いサービスを監督する。</li> <li>ニーズを踏まえて必要な高齢者施設数を特定し、設立を検討する。（必要な人材や予算確保も検討）</li> <li>上記と併せ、誰もが利用できる要介護高齢者向けの高齢者施設や高齢者サービスを設置する（公立、低価格）。</li> </ul>
要介護向け高齢者向けの施設・サービスが不足している			
家族によるケアに依存する高齢者サービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者の世話により、家族の身体・精神的負担が生じたり、社会参加が制限される。</li> <li>家族の多くは高齢者ケアの知識、スキルなどが十分ではない。</li> <li>療養型ケアがないため、高齢者の状態が悪化したり、回復が見込める状態でも回復できない可能性がある。</li> <li>民間を含む外部のサービスは、地理的、経済的な観点やサービスの種類より十分に活用できない。</li> <li>家族は家族が面倒をみるとされる社会風潮である。</li> <li>家族による虐待が確認されている。</li> </ul>	11. 家族支援の導入	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者の家族への支援・指導を可能とする相談窓口を設置する。</li> <li>療養型ケアを強化する。</li> <li>民間企業と連携するなど、外部のサービスを拡充し、家族の負担を軽減する。例）高齢者が自宅で手軽に行えるリハビリ・アフターケアサービス（遠隔技術、IoT、アプリ等の活用）を導入する。</li> <li>外部のサービスを利用できる体制とする（情報共有、アクセス方法の明確化など）</li> <li>地域の特性やニーズに応じた保健・医療・社会福祉を統合した地域包括ケアモデルを構築する。</li> <li>家族の面倒は家族がみる社会風潮を変えていく（アドボカシー）</li> <li>家族による虐待を防止する。 例：NSE が実施中の虐待への対策強化、高齢者コミティーやコミュニティでの見守り体制の構築、外部サービス活用による家族の負担の軽減など。</li> </ul>
<b>保健省管轄の課題と対応</b>			
保健省の担当部局の機能不足	<ul style="list-style-type: none"> <li>計画に基づいて主体的に高齢者医療の改善を推し進めることが難しく、他の部局で実施している活動に技術的な助言等をするという立場を取っている。</li> <li>他の省庁や部局との連携を調整できていない。</li> </ul>	12. YED 課の機能強化	<ul style="list-style-type: none"> <li>主体的に活動計画の実現に向けて取り組むこと、また、関係省庁や省庁内の関係機関、ならびに地方自治体と連携・調整し、高齢者医療の進展を目指すようにする。</li> </ul>
予防と治療の縦割りサービスによるサービスの非効率化	<ul style="list-style-type: none"> <li>以前の感染症主体から NCD や精神疾患への疾病構造の転換に合わせたサービス提供体制が必要である。</li> <li>NCD や精神疾患は生涯を通じて治療が必要となることが多く、患者数の増大による医療費の負担増が懸念される。</li> </ul>	13. 一次予防・二次予防の推進（縦割りサービス体制（予防・治療）の効率化）	<ul style="list-style-type: none"> <li>予防と治療を分割するシステムを見直し、必要な人員と配置を検討する。（例：PMCU や HLC による施設健診と MOH によるアウトリーチでの健診の実施、NCD 健診と健康教育、歯科検診のパッケージ化など）</li> <li>PHNO を活用して健康教育と健診を促進する。</li> <li>栄養の専門家を育成する（高齢者向けの栄養を含め）。</li> <li>家族への栄養教育を実施する。</li> </ul>
健康教育が十分でない	<ul style="list-style-type: none"> <li>健康体を維持する取り組みが十分でない。</li> </ul>		

<sup>131</sup> 高齢者施設としての登録時に設備環境の基準を満たしているかチェックを受けたり、環境整備のための行政からの補助などの実施の可能性も含め検討する。



課題	課題の詳細	解決策	具体的な活動
偏った栄養 健診サービスの利用数が少ない	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者を対象とした健康教育が十分ではない。</li> <li>早期の診断・治療を受けておらず、疾患が重篤化する可能性がある。</li> <li>健康教育と健診がパッケージ化されていない。</li> <li>PHNO の活用が十分でない。</li> <li>リスクの高い生活習慣が継続されている（特にエステートエリア）</li> <li>栄養面の偏った食生活である</li> <li>栄養の専門家がいらない？（高齢者向けの栄養を含め）</li> <li>高齢者施設の食事担当者の多くは、高齢者に必要な栄養成分やカロリー、食生活上配慮すべき事項についての知見を持っていない。</li> <li>NCD の健診サービスの受診率が低い。</li> <li>就業している成人が仕事を休んで健診を受けることは難しい。</li> <li>最近では MOH オフィスも健診サービスを提供しているが、母子保健サービスが中心で、積極的なサービス提供に至っていない。</li> <li>健診対象者を把握していない。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者施設の食事担当者の育成、ガイドライン（メニュー案内）を策定し、共有する。</li> <li>大統領府による栄養課題への取り組みと協働で高齢者向けの栄養対策を実施する。</li> <li>各地域の健診対象者を把握する。</li> <li>各地域で健診をカバーする地域の担当者を明確にする。（どの医療施設がどの地域の健診を担当するか、治療セクターと予防セクターが連携し、業務分担する）</li> <li>就業者が健診を受ける仕組みを構築する。（休日の健診サービス、職場での健診サービス、健診の義務化など）</li> <li>受診勧奨等、検診サービスの利用を促進する取り組みを実施する。</li> </ul>
サービスの地域格差	<ul style="list-style-type: none"> <li>専門医療がない州では、他州の専門医が訪問したり、コロンボかキャンディに搬送する。現状では、搬送中の重篤化や退院後の通院の負担の問題が懸念される。</li> <li>救急車があれば搬送されるが、出払っている場合は自分で移動手段を確保する必要がある。</li> <li>地方の患者は、都市の専門病院に通院するための交通費の負担が生じる。</li> </ul>	14. 医療サービスの地域格差の是正	<ul style="list-style-type: none"> <li>各州で専門医療を提供できる体制を整備する。（施設、人材、機材、患者紹介システム）</li> <li>救急サービスの拡充と民間サービスの活用を検討する。</li> <li>専門病院と地域病院の連携を強化し、診断・治療・患者紹介用のガイドラインを整備する。</li> <li>高額医療費や高額の交通費負担に対する減免制度を検討する。</li> </ul>
高齢者医療サービスを提供できる医療従事者が限定的である	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者クリニックを設置している施設は限られている。</li> <li>老年医療の専門医師や看護師の人数が限定的である。</li> <li>高齢者ケアの研修は限定的で、高齢者ケアの専門知識をもった人員が十分でない。</li> </ul>	15. 高齢者専門医療の提供の強化	<ul style="list-style-type: none"> <li>老年医療に必要な医療・介護従事者の数や質を特定し、人材育成・配置計画を策定する。</li> <li>老年医療やリハビリ、緩和ケアの専門家を育成する。</li> <li>現存の医療従事者へ的高齢者ケアの研修の実施を強化する。</li> <li>医療専門家育成カリキュラムに老齢医療やケアに必要な内容を組み込む。</li> </ul>
高齢者に多い疾患の専門診療科のサービスが限定的である	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者が高齢化に伴う健康問題を認識していない。</li> <li>患者自身が心身の異常に気付いていない。</li> <li>高齢者に必要な予防・診断サービスが提供されていない。</li> <li>眼科医が限定的であり、高齢者への対応を十分に行うことができない。</li> <li>一部の歯科医師や歯科技工士の技術レベルが十分でない可能性がある。</li> </ul>	16. 高齢者に多い疾患の診療科サービスの拡充	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者向けの健康教育を実施する。</li> <li>眼科、歯科など高齢者向けの健診を導入する。</li> <li>専門医療従事者を育成する。</li> <li>高齢者向け専門サービスの斡旋・調整を行う。</li> <li>専門医療従事者の技術レベルを向上する。</li> </ul>
リハビリテーション機能が十分でない	<ul style="list-style-type: none"> <li>身体的なリハビリサービスを提供する施設は限られている（全国で2施設のみ）。</li> <li>主な二次、三次施設に各種療法士（理学、作業、言語）が配置されている</li> </ul>	17. リハビリテーション機能の強化	<ul style="list-style-type: none"> <li>理学・作業・言語療法士が配置されている施設では、施設の設備に応じた高齢者向けリハビリサービスを提供できる体制とする。</li> </ul>

課題	課題の詳細	解決策	具体的な活動
	<ul style="list-style-type: none"> <li>が、設備・機能上十分なサービスが提供できる体制ではない。</li> <li>治療サービスからリハビリサービスへの連携が取られていない。</li> <li>適切なリハビリサービスがないため、離床が遅れ、日常生活への復帰に支障を来す可能性が示唆される。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>各レベルに応じたリハビリサービスの提供に向けて、各療法士の現任教育を実施する。</li> <li>診療科とリハビリサービスの連携体制を構築する。</li> <li>入院中は機能回復リハビリサービスを提供するとともに、退院後に自宅でできるリハビリを始動する。</li> <li>民間企業や病院と連携し、オンラインまたは訪問型リハビリサービスを導入する。</li> <li>コミュニティでのリハビリを支援する。</li> </ul>
高齢者の医療サービスへのアクセスが難しい	<ul style="list-style-type: none"> <li>家族が共働きや日雇い労働者の場合、通院への付添いが難しい。</li> <li>特に地方では、医療施設への距離があり、アクセスが難しい。</li> <li>高齢者向けのアウトリーチサービスやPHNOによる在宅看護サービスが限定的である。</li> </ul>	18. 高齢者の医療サービスへのアクセス向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>付添いなどの支援サービスを提供する。</li> <li>医療施設訪問の巡回バスや、医療施設訪問用のバスチケットを配布する。</li> <li>アウトリーチサービスや在宅看護サービスを強化する。</li> <li>民間企業と連携して地方における遠隔診療・モバイル診療を推進する。</li> </ul>
高齢者に配慮した病院システムになっていない	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者クリニックや病棟、高齢者向け待合スペースが設置されていない。</li> <li>スロープ、手すり、エレベータなど、高齢者に配慮した施設構造になっていない。</li> <li>高齢者の移動に必要な機材（歩行器、車いすなど）の設置が十分でない。</li> </ul>	19. 高齢者に配慮した医療施設の改善	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者クリニックや病棟、待合スペースを設置する。</li> <li>各医療施設にスロープや手すり、エレベータを設置する。</li> <li>高齢者に危険な箇所を修繕する。</li> <li>高齢者の移動に必要な機材を設置する。</li> <li>今後設計する医療施設はバリアフリーに配慮した設計にする。</li> </ul>
(少子化対策が実施されていない)	<ul style="list-style-type: none"> <li>少子化対策の戦略や計画がない。</li> </ul>	20. 少子化対策の導入	<ul style="list-style-type: none"> <li>少子化の理由を特定する。</li> <li>理由をもとに少子化対策の戦略と計画を策定する。</li> <li>少子化対策の計画を実施する。</li> </ul>

## 8-2 解決策の包括的分析

上記解決策について、スリランカ側の政策との合致度、重要性・緊急性と実現可能性に基づいて包括的に検討した。スリランカ側の政策との合致度は先方の必要性の認識と具体的な政策・計画の有無についての視点、重要性はスリランカの高齢化セクターへの影響の大きさと緊急性の視点、実現可能性はスリランカの現状を踏まえた解決策の導入しやすさの視点とし、4段階（0、1、2、3）にて評価した。判定基準の考え方は表 8-2、判定結果の詳細検討内容は添付資料-4 に示す。

表 8-2 判定基準

	先方の政策との合致度	重要度・緊急度	実現可能性（実現の容易さ）
0	政策として掲げられておらず、先方も必要性を認めていない。	高齢化対策上、重要性は確認されていない。	当面の実現は不可能である。
1	必要性は認められているが、具体的な政策がない。	高齢化対策上重要であるが、とりあえず現状でもサービスの提供は可能であり、すぐに取り組む必要はない。	大規模な予算や資源が必要であり、他省庁の承認を要するうえ、実施に時間を要する。
2	先方の政策と合致している。	高齢化対策上きわめて重要性が高いが、他の取り組みに基づいて進められるものである。	時間や費用を要する取り組みもあるが、段階的に取り組みを進めることが可能である

	先方の政策との合致度	重要度・緊急度	実現可能性（実現の容易さ）
3	先方の複数の具体的な政策と合致しており、目標や評価指標等が定められている。	本取り組みがなければ高齢化対策は進まない。	資源配置などは必要なく、既存の資源を活用して実現可能である。

JICA 調査団作成

上記分析をもとに、各項目を分野毎に分類し、①先方の政策との合致度、②重要度・緊急度、③実現可能性の3項目の合計点をもとに、合計点が8-9点をa、6-7点をb、5点以下をcとして判定した（表8-3）。

表 8-3 各解決策の判定結果(案)

解決策番号：解決策	先方の政策との合致度	重要性・緊急性	実現可能性	合計	判定
<b>セクター横断的</b>					
1：高齢化対策実施体制の確立	2	3	3	<b>8</b>	a
2：情報マネジメント	3	3	2	<b>8</b>	a
3：民間の規定・活用	1	1	2	<b>4</b>	c
4：生活環境整備	2	2	2	<b>6</b>	b
5：地域包括ケア	3	2	3	<b>8</b>	a
<b>社会福祉</b>					
6：NSEの機能強化	2	3	3	<b>8</b>	a
7：社会保障制度の改善	2	2	1	<b>5</b>	c
8：高齢者サービス体制構築	1	2	2	<b>5</b>	c
9：ケアギバー育成	1	2	2	<b>5</b>	c
10：高齢者サービス拡充	1	2	2	<b>5</b>	c
11：家族支援	1	2	2	<b>5</b>	c
<b>保健医療</b>					
12：YED課機能強化	3	3	3	<b>9</b>	a
13：健診・予防の拡充	3	3	3	<b>9</b>	a
14：医療の地域格差是正	2	3	1	<b>6</b>	b <sup>*1</sup>
15：高齢者医療	3	2	2	<b>7</b>	a
16：診療科サービス拡充	3	2	2	<b>7</b>	a
17：リハビリ強化	3	3	3	<b>9</b>	a
18：医療アクセス向上	2	2	2	<b>6</b>	b
19：医療施設バリアフリー化	3	1	2	<b>6</b>	b
20：少子化対策	-	3	2	<b>5</b>	c <sup>*2</sup>

\*1: 重要性・緊急度は高い（スコア3）ため、優先項目として検討する必要がある

\*2: 実現可能性が低い（スコア1）ため、実施の可能性を踏まえて検討する。

出所：JICA 調査団作成

### 8-3 本分野で可能な日本の貢献

高齢化セクターにおける解決策に向けて、日本のこれまでの経験や技術などをもとに、支援可能とされる領域を表8-4に取りまとめた。

表 8-4 日本の高齢化セクターの経験と支援可能な分野

対策	項目	日本の経験	支援可能な分野	支援スキーム
A	医療・介護制度構築	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 国民皆保険体制確立(1961)</li> <li>● 2000年に介護保険制度を制定し、公的保険による高齢者への介護サービス提供（2000）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 省庁横断的な枠組みの構築・運営能力強化</li> <li>● 医療・介護保険制度</li> </ul>	技術協力 政策アドバイザー派遣 民間連携

対策	項目	日本の経験	支援可能な分野	支援スキーム
		<ul style="list-style-type: none"> <li>● 民間介護保険・年金サービス提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● サービス事業の基準・監督</li> <li>● 公的保険制度を用いた民間医療・介護機関の活用</li> <li>● 民間保険・年金の導入</li> <li>● 医療・介護費用の予測と財政メカニズムの検討・助言</li> </ul>	
B	介護・高齢者に関する基礎情報収集に向けた基盤整備	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 世帯調査：国民生活基礎調査等</li> <li>● 施設・従業者調査：介護サービス施設・事業所調査、介護従事者処遇状況等調査等</li> <li>● 高齢者介護調査：高齢者介護実態調査等</li> <li>● 見守りシステム、ウェアラブル等による高齢者の状態の把握</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 定期的な調査の全国規模での実施に向けた体制構築、調査実施支援</li> <li>● 高齢者の行動・健康状態などの把握</li> </ul>	技術協力 政策アドバイザー派遣 民間連携
C	公平な介護サービスの提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 高齢者の要介護認定による標準化された介護サービスの提供</li> <li>● ケアマネジャー（介護支援専門員）を設置し、「介護サービス計画（ケアプラン）の作成」に基づいたサービス提供</li> <li>● AI等によるケアプランの作成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 要介護度による標準化サービスの提供</li> <li>● 介護支援専門員（ケアマネジャー）による介護計画</li> <li>● AIなどの導入による介護計画策定の部分的支援</li> </ul>	技術協力 民間連携
D	地域包括ケアシステム 高齢者サービス関係者の異業種間連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 地方自治体を主軸とした、多職種間による地域ケア会議の実施</li> <li>● タイで医療と福祉を統合した高齢者サービスのモデルの策定事業（JICA 技術協力案件）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 地域包括ケアシステムのモデル構築と全国展開</li> </ul>	技術協力
E	ニーズに応じた介護サービスの提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 在宅、施設介護に対応できる多種の施設やサービスの構築</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ニーズに合わせた高齢者介護の施設整備、機材調達（計画策定と実施）</li> </ul>	資金協力 民間連携 本邦研修
F	介護専門要員の育成	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 介護福祉士の国家資格化とホームヘルパー（在宅介護支援員）の組織的な養成</li> <li>● これらの資格の制定による標準化された介護サービスの提供</li> <li>● 技能実習制度などを活用した介護人材（海外）の育成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 介護人材の制度構築と育成計画、育成支援</li> </ul>	本邦研修 技術協力 民間連携
G	介護予防サービスの強化	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 市区町村主体の要介護状態になる前の高齢者に対する介護予防・生活支援事業の実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 訪問型・通所型の生活支援サービスや、体力づくり教室、介護予防教室、高齢者サロン等の多種にわたるサービス等の提供</li> </ul>	技術協力 民間連携
H	健康づくりや疾病予防の積極的な推進	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 「健康日本 21」による栄養・食生活、身体活動・運動、休養・こころの健康づくり、たばこ、アルコール、歯の健康、糖尿病、循環器病、がんの9分野の改善を目指し、健康増進法が策定、健康診査の実施、地方自治体による健康増進計画が策定等</li> <li>● 40歳以上74歳以下を対象に、毎年NCDに関連したBMI、血圧、血糖</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● NCDの検診と健康指導・健康教育の体制強化</li> <li>● 歯科・眼科・聴覚検診、オーラルフレイルの改善に向けた技術支援</li> <li>● 年代別の栄養教育・食事指導</li> <li>● 低脂肪・低カロリー・減塩・高機能食品の生産・加工</li> </ul>	技術協力 本邦研修（医療従事者研修） 民間連携  民間技術移転



		等を含む項目を測定し、NCD のリスクの高い対象者への健康指導を徹底（特定健康診査・特定保健指導）		
I	在宅医療サービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 高齢者対象の在宅医療サービス（診察、投薬、呼吸・点滴・栄養・疼痛管理、褥瘡ケア等）の提供</li> <li>● 医療保険（公的保険制度）における在宅患者診療・指導料、在宅療養指導管理料等の設定</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 在宅医療サービス提供体制・制度の整備</li> <li>● 在宅医療サービスの標準化、基準・監督の制度化</li> </ul>	技術協力
J	専門医療強化	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 各地域でレベルの異なる医療施設の医療サービス提供の役割分担（家庭医学から先進医療まで）</li> <li>● 多職種専門家によるチーム医療・医療施設間連携</li> <li>● 老年医学</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 各診療科の診断・治療・連携体制の構築（脳神経科、循環器、呼吸器、整形外科、心療内科等）</li> <li>● オンライン診療、遠隔医療</li> <li>● 医療専門職の医療技術の向上</li> <li>● 専門診療に必要な資機材</li> </ul>	本邦研修 技術協力 資金協力 民間連携
K	リハビリテーションサービス強化	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 理学、作業療法士、言語聴覚士の国家資格化と長期の活用経験</li> <li>● 公的な医療／介護保険制度の下、急性期、回復期、維持期に応じたリハビリテーションサービスの提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 理学・作業・言語療法士の能力強化</li> <li>● 医療・介護施設へのリハビリテーションサービスの機能整備・人材配置</li> <li>● 公的・民間運動施設、高齢者委員会などとの連携によるリハビリテーションサービスの提供（オンライン等も含む）</li> <li>● ボランティアなどのリハビリテーション支援要員の育成</li> </ul>	本邦研修 民間連携 資金協力

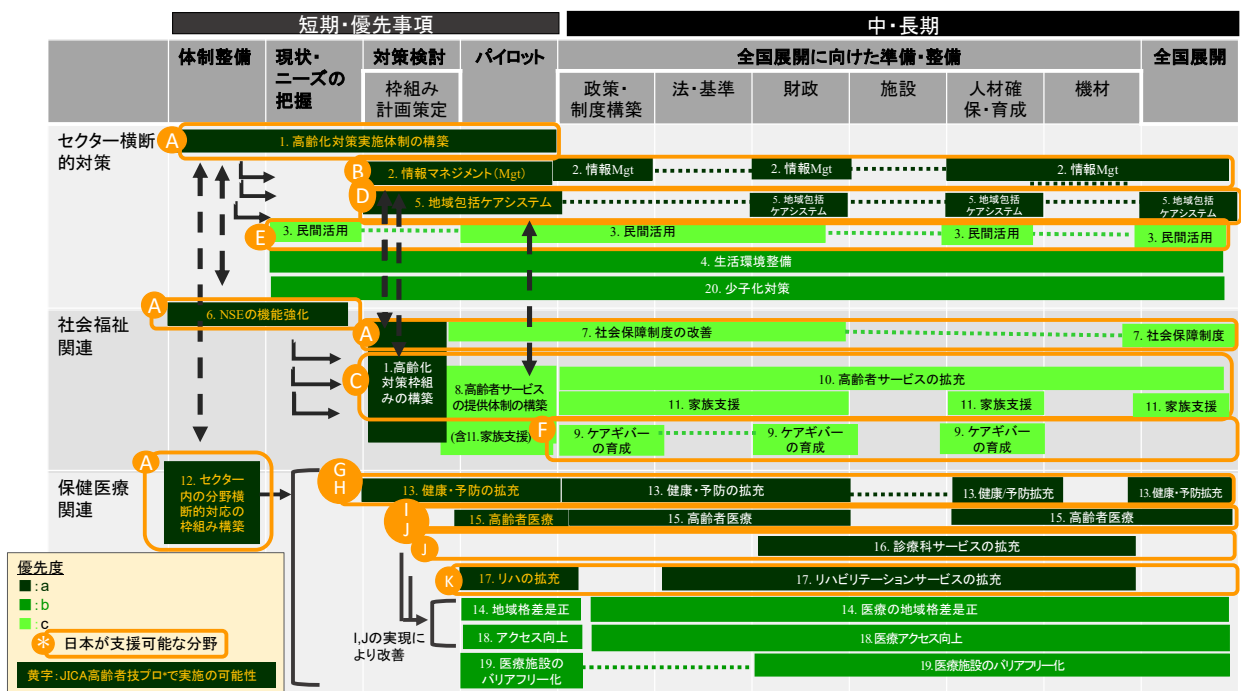
#### 8-4 高齢化対策に向けた日本の支援の方向性の検討

これまでの項で、スリランカの高齢化セクターの課題と対策（8-1）、解決策の優先度の検討（8-2）、日本の高齢化対策の経験や知見に基づいた支援の可能性（8-3）について分析した。

これらの分析結果をもとに、上記の各解決策について、実施のプロセスや必要な投入、日本の支援の可能性をふまえロードマップ案を図 8-1 エラー! 参照元が見つかりません。に取りまとめた。本ロードマップについては以下の考え方に基づいて作成した。

- ①「8-2」の優先度の特定された解決策について、これまでの進捗を踏まえ、今後必要とされる対応を検討した。
- ②今後必要とされる対応のうち「実施体制の構築」、「計画策定」、「パイロット試行」を優先項目／短期的取り組み、パイロット施行から全国展開に向けての取り組みを中長期的取り組みとした。
- ③全国展開に向けての取り組みとして、政策策定・制度構築、法・基準設定、実施に必要な資源（財政・予算、施設、機材、人材）の確保、全国展開の実現、に分類して必要な対応を図式化した。
- ④これらの取り組みのうち日本の支援が可能である項目を併せて示した。

その結果、各対策の優先度として、「①国家レベルの組織横断的な体制の構築」を最優先とした。また、「②社会福祉分野」に関しては現状やニーズが十分に把握できていないため、これらの把握とこれらを踏まえたサービス体制の枠組みの構築と戦略・計画の策定が最優先事項であると判断した。「③保健医療分野」に関しては、現状やニーズは把握されており、サービスの提供体制や枠組みなどは決まっているため、これらの体制強化や見直しなど具体的な体制・能力強化に向けた取り組みが必要となる。高齢化対策のボトムアップを目指すためには、高齢者対策のニーズの把握と計画策定、それに基づいたサービス実現に向けた枠組みの検討を優先すべき事項とし、セクター横断的な体制の構築と並行して進めることが望ましいと考える。保健医療分野の支援に関しては、枠組みは既にあるが、それに必要な人材・資機材、財政の投与や運営能力の強化が十分でないため、これらの支援が必要であるといえる。



注) JICA 高齢者技プロ：JICA スリランカ「コミュニティにおける高齢者向けサービス運営能力強化プロジェクト」  
出所：JICA 調査団作成

図 8-1 解決策の実現に向けた必要な取り組みの詳細と日本の支援の可能性

これらを踏まえ、調査団の考えるスリランカの高齢化セクターに対する日本の支援候補を優先順位に表 8-5 に示す。優先順の考え方として、図 8-1 の検討の際に用いた①体制構築、②ニーズの把握と計画策定、③計画のパイロット実施)、④パイロットから全国展開への準備、⑤全国展開とし、それぞれの現状や進捗を踏まえて今後必要な対応策を特定し、上記の順で優先順位を特定し、①から③までを短期/優先項目、④を中長期対応項目、⑤を長期対応項目とした。取り組みの中で、特定の解決策が実践されないと計画が定まらない解決策については、その前段階に必要なとなる解決策の 1 ランク下の優先度とした。

なお、JICA では 2021 年より技術協力プロジェクト「コミュニティにおける高齢者向けサービス運営能力強化プロジェクト」(以下、JICA 高齢者技プロとする)の開始を予定している。本プロジェクトは、以下の「解決策 D.地域包括ケア」がメインの支援内容となるが、活動の一部はそれ以外の解決

策<sup>132</sup>に関する活動が含まれる可能性がある。そこで、支援案については本案件からの展開の可能性なども踏まえて検討する。

表 8-5 優先度別のスリランカの高齢化セクターへの支援項目

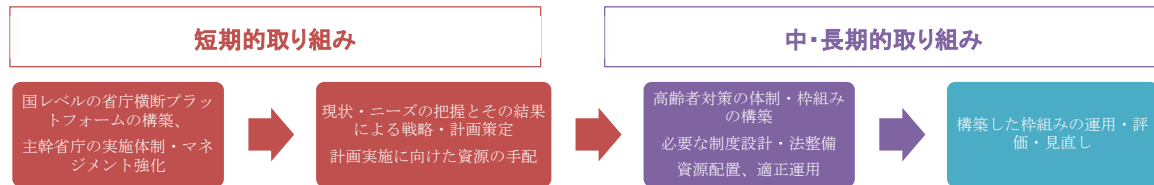
短期 中長期	総合 優先 順位	記 号	分野	対策	備考
短期	1	A	セクター横断	高齢化対策の実施体制の確立：セクター横断的な体制の構築	JICA 高齢者技 プロで一部対 応予定
		A	福祉	NSE の能力強化	
		A	保健	セクター内の分野横断的対応に向けた枠組みの構築	
	2	B	セクター横断	情報マネジメント強化（パイロット）	JICA 高齢者技 プロで一部対 応予定
		D		地域包括ケアシステム（パイロット）	
		G H	保健医療	健康・予防の拡充（パイロット）	
		A C	社会福祉	高齢化対策・高齢者サービスニーズの把握と枠組みの構築（含：民間サービス）	
	3	I J	保健医療	高齢者医療（パイロット）	JICA 高齢者技 プロで一部対 応予定
		K	保健医療	リハビリテーションサービスの拡充	
	中期	4	I J	保健医療	高齢者医療（全国展開に向けた準備、人材育成）
I J			保健医療	診療科サービスの拡充（全国展開に向けた準備、人材育成、施設・機材強化）	
K			保健医療	リハビリテーションサービスの拡充（全国展開に向けた準備、人材育成、施設・機材強化）	パイロットに 基づいて検討
C			社会福祉	社会保障制度の改善（政策・法・基準整備、財政確保等）	
A			社会福祉	高齢者サービス提供体制の構築（サービス提供枠組み決定、実践計画、政策・法・基準整備）	
中長期	5	B	セクター横断	情報マネジメント強化（全国展開の準備）	パイロットに 基づいて検討
		D	保健医療	地域包括ケアシステム（全国展開の準備）	
		G H	保健医療	健康・予防の拡充（全国展開の準備）	
		C	社会福祉	社会保障制度の改善（導入・実践）	
		A	社会福祉	高齢者サービス提供体制の構築（監督機能の確立）	
	6	E	社会福祉	高齢者サービスの拡充（施設、機材、人材確保）	A に基づいて 実施
		E	社会福祉	民間の高齢者向けサービスの活用	
		F	社会福祉	介護人材の育成	
長期	7			各項目の全国展開・実践	

上記の優先順位を踏まえ、各解決策案について、時系列を踏まえた対策の詳細、ならびに日本の支援の可能性について以下のように提案する。

<sup>132</sup> 現時点では省庁レベルを含む多職種連携、高齢者サービス、家族支援、予防、医療サービス提供、リハビリテーションなどを想定する。

## 【対策 A、B】高齢者対策の実施体制の構築（実施プロセス-短期：プラットフォームの構築、情報収集、体制の構築、ニーズアセスメントと計画策定、中長期：制度設計、法整備、資源配置、適正運用）

高齢者対策の実施体制として、セクター横断的なプラットフォームの構築、各省庁間での複数の関係部・課との連携強化などをはかり、体制を構築したうえで、現状とニーズを把握し、今後必要な対策を検討し、実践する。なお、情報マネジメントに関しては、ニーズの把握や体制構築後の計画策定－実施のモニタリング・評価－対策の検討に必要となり、並行して進めることが望ましいため、本項に含めることとする。



### 取り組みの詳細

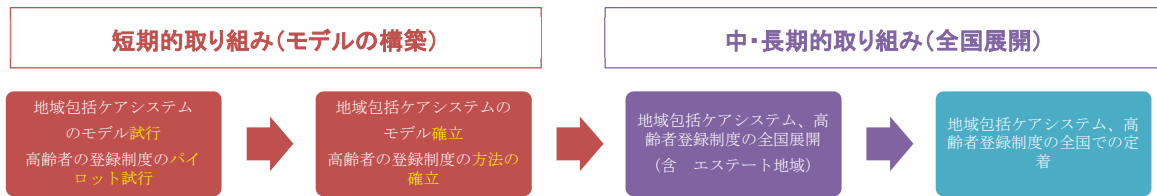
項目	内容	日本の支援の可能性
高齢化対策実施体制の構築 NSEの機能強化と省庁内の連携強化	高齢者に関係する各省庁の組織横断的なプラットフォームを構築する。併せて該当の省庁の省庁内にも課・ユニット間のプラットフォームを構築し、各省庁内と省庁間（国レベル）での高齢化対策の実施枠組みを構築し、運用する。 [JICA 高齢者技プロによる支援と成果からの展開] 高齢化対策の重要性について関係省庁間の共通認識を醸成することを目的として、JICA 高齢化技プロ、またはそれ以降の新規技プロにおいて、省庁横断的なワークショップを開催する。	① JICA 高齢者技プロ（一部）（2021 年開始予定） ② 政策アドバイザー派遣
ニーズに基づいた総合対策計画の策定と実施能力強化*	1) 高齢者サービスを提供する施設（医療、福祉、その他）の登録と監督機能を強化する。施設の運営状況やサービスに関する報告体制を構築し、これらにより得られたデータや情報をもとに、施設の運営状況、サービスの質などをモニタリングし、問題の特定や解決に向けて指導するための体制を構築し、実践する。 2) 併せて、高齢者の登録制度を構築し、対象者全体と支援の必要な高齢者を把握して、サービスを確実に提供することを目指す。登録制度の運営方法の候補として、①社会福祉省で実施されている高齢者 ID 登録（NSE, DSS など）、②保健省が母子関係で実施している家族登録の拡大、③その他、住民票的な仕組みがあるのであれば、それらの活用などが考えられる。これらの可能性を検討し、より実現可能であり、かつ確実に運用できる方策を検討する。 3) 上記の枠組みをもとに高齢化セクターの実態とニーズを調査し、現状と課題、ニーズを把握する。調査内容としては、a) 高齢者やその家族の現状とニーズ調	① JICA 高齢者技プロ（一部） ② 新規技術協力案件（例）：高齢化対策行政能力強化プロジェクト ーデータに基づく計画策定、実施、モニタリングの実施 ー精度の高い高齢者情報の蓄積と公平なサービスの提供 ② 民間連携（提案型）例：IoT などを活用した高齢者の健康状態の把握、分析サービスの結果共有等

項目	内容	日本の支援の可能性
	<p>査、b)公的・民間の高齢者関連の医療・介護・福祉施設やサービスの実態を把握するための調査とする。4) 上記 3)を受けて、必要なサービスの提供に向けた枠組みを検討し、総合対策計画を立案する。</p> <p>5) 上記 3)、4)と併せて高齢者の登録制度を構築し、全ての高齢者(と予備軍)を登録して継続的に高齢者の状況を把握できるようにする。これら高齢化対策に関連する基盤情報はデータベース化し、活用しやすい状態で管理、更新する。</p> <p>6) 省庁横断的プラットフォーム、省庁内の連携体制に基づいて、それぞれのレベルで方針の共有、活動計画についての協議、活動の監督・評価、次年度の計画策定(PDCA サイクルの活用)を実施する。</p> <p>[JICA 高齢者技プロによる支援と成果からの展開]</p> <p>政策アドバイザーや新規の技術協力プロジェクトを通じて、保健省等の実施機関の中核人材、州、郡保健局、社会福祉局のスタッフを中心に、上記に示す情報マネジメント、ならびに情報に基づく計画策定・実施・モニタリング評価などの政策実施能力を強化する。</p>	
法整備・基準の策定	<p>1) 公立・民間を合わせた各施設の役割、機能、サービス内容、規定・基準、監督機能(褒賞や罰則を含む)に関する法基準の策定と整備を行うとともに、監督体制を整備する。まずは公的施設の体制を整備し、公的施設の不足分などを踏まえて民間施設の活用を検討する。</p> <p>※サービスの内容: 社会福祉、年金、介護・ケア、健診、健康教育、医療サービスの提供体制、高齢者や家族の相談窓口・サービス利用の斡旋、虐待予防・受け入れ態勢、老後の貯蓄の確保などの制度の適切性の判断と見直しを含む。</p> <p>2) 上記のプロセスをNSEとYED課が中心となって行うことにより、双方の能力強化を目指す。</p>	<p>①新規技術協力案件: 高齢化サービス法制度・制度構築プロジェクト</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>－高齢化サービス(医療・福祉双方)のサービス提供に向けた法律、基準の策定(公立・民間企業)</li> <li>－サービス提供機関の法律・基準順守に向けた教育、指導</li> <li>－法律・基準の遵守状況の査察、指導の体制整備・指導者育成</li> </ul>
予算確保や必要な財源の検討	<p>上記のサービス提供のために必要となる政策立案、予算の予測や財源確保に向けた助言、財政管理を支援する。</p> <p>[JICA 高齢者技プロによる支援と成果からの展開]</p> <p>JICA 高齢者技プロを通じて必要な予算の策定と予算を確実に確保するためのエビデンス形成を強化する。</p>	<p>政策アドバイザー派遣 新規技プロ (上記の支援と併せて検討)</p>

### 【対策C】高齢者サービスの拡充：①サービスの枠組み・仕組みの構築（実施プロセス：対策A、Bに基づいて中・長期的に実施）

本項目に関しては、上記の対策A、Bで特定したサービスの提供体制や実施計画に基づいて、詳細を検討し、計画の実現に向けた活動を実施する。特定されたサービスのニーズに応じて、サービスを提供するために必要なサービス提供施設の整備、人材の育成、これらの施設の法規制、モニタリング・監督体制の整備と実施、人材の質の担保（資格制度）や新任・現任研修、認定制度などを実現・定着させる。

### 【対策D】高齢者サービスの拡充：②地域包括ケアシステム（短期～中・長期的対策）



#### 取り組みの詳細

項目	内容	日本の支援の可能性
地域包括ケアシステムのモデルの構築	地域包括ケアシステムのモデルを構築し、保健サービス（予防活動・健康教育・健診事業等）、医療サービス（診断、治療、リハビリ、社会復帰）、福祉サービス（ケア、介護、居住場所の提供等）、社会活動への参画、移動・交通、住環境・コミュニティの環境整備、などが連携できる体制とする。	JICA 高齢者技プロ
高齢者の登録制度の確立	上記のモデルの構築と合わせ、対策Bで提案する高齢者の登録制度を地域毎に導入し、各地域の高齢者の実態を把握することも検討する。 [JICA 高齢者技プロによる支援と成果からの展開] JICA 高齢者技プロにてパイロット地域における登録制度の確立の可能性を検討する予定であるため、その成果も踏まえて展開を検討する。	(JICA 高齢者技プロで可能性を検討)
地域包括ケアシステムの全国展開	上記で構築したパイロット地域で地域包括ケアシステムのモデルを全国展開する。	技術協力プロジェクト (JICA 高齢者技プロの結果を踏まえて検討)
エステート地域向けのモデル構築	上記モデルの全国展開の一環としてエステート地域に見合った形にモデルを見直して導入し、エステート地域での地域包括ケアモデルも確立する。保健省の都市部・エステート課がエステートクリニックの公営化を目指す動きがあるため、その動きとの連携も検討する。エステート地域は、他の地域と比較して、保健指標、生活環境、貧困レベルなどの指標が悪く、改善の余地が大きい。地域固有の社会が形成されているため、地域包括ケアシステムという地域を尊重し、地域の意向に沿う枠組みを導入することにより、エステート地域の	技術協力プロジェクト (JICA 高齢者技プロの結果を踏まえて検討)

項目	内容	日本の支援の可能性
	保健・医療・福祉サービスの底上げを目指す。	

**【対策 G/H】 高齢者・プレ高齢者向け健診サービス・健康教育の拡充（実施プロセスー短期：パイロット、短期～中長期：人材育成、中長期：全国展開）**

健診サービスに関しては、NCD 課が中心となって慢性疾患の健診サービスを提供する枠組みが構築されているため、この取り組みに高齢者の健康維持に必要とされる歯科・眼科検診や認知症検査、ならびに健康教育の組み込みを検討する。併せて、現在検診の受診率が低いため、受診率向上に向けたサービス提供体制の見直しや関係者間の連携強化などを検討する。本活動については、スリランカ側の要望などをもとに、JICA 高齢者技プロにてパイロット実施を検討するため、実施された場合はその結果も踏まえて展開を検討する。

取り組みの詳細

項目	内容	日本の支援の可能性
定期検診サービス強化	予防の観点から、現行の NCD 関係の検診サービスを拡充し、壮年期から NCD 対策に加え、視力、聴力、歯科検診を定期的に行い、健康維持をはかる。その際には、検診対象者を把握し、既存の保健システムを活用しつつ、体制を一部見直し、検診対象者が網羅的に確実に健診を受けられるサービス提供体制となるよう配慮する。	①技術協力：JICA 高齢者対策プロジェクトでパイロット実施の可能性を検討 ②民間連携（提案型）例：健康診断サービス、医療健康情報管理アプリの導入による医療事務コストの削減・医療業務への資源集中、等
検診と診断・治療の連携体制強化	定期検診後の薬物治療や白内障の手術など、必要な医療サービスへの連携やフォローアップシステムに関しても、役割分担を見直して確実にフォローアップできる体制とする。	①（技術協力：JICA 高齢者対策プロジェクトでパイロット実施の可能性を検討） ②民間連携（提案型）例：ヘルスデータ分析サービスなど
健康・栄養教育の強化	健康・栄養教育をパッケージ化し、必要なメッセージが届けられるようにする。可能であれば学校などにも働きかけ、早期の段階から健康・栄養教育を行うことも検討する。	①技術協力：JICA 高齢者対策プロジェクトでパイロット実施の可能性を検討 ②民間連携（提案型）例：高齢者施設向け完全調理済み食材の導入による食事・栄養管理、禁止食対応とコスト削減、簡易的な健康・栄養チェックサービス等
健康増進に向けた教育者の育成	コミュニティの医療従事者やボランティアを対象に、健康・栄養教育や生活習慣の改善に向けた教育を実施する。	①（技術協力：JICA 高齢者対策プロジェクトで実施の可能性を検討） ②民間連携（提案型）例：健康・栄養チェック診断・改善指導サービス等

### 【対策 I】高齢者向け医療サービスの拡充（実施プロセス—短期：パイロット、短～中長期：人材育成、全国展開準備、長期：全国展開）

高齢者向けの医療サービスの拡充として、①老年医療・高齢者向けの医療サービス体制強化、②高齢者で多い疾患の予防・診断・治療体制の強化を目指すこととし、本対策では①を強化する（②は以下の対策 J とする）。

本対策では、老年医学の専門医の育成、主要施設での老年医学のサービス提供、訪問看護サービスの提供体制の強化を目指すこととする。訪問看護サービスに関しては、2019年に公衆英正看護師による在宅ケアの提供を開始したが、まだ本格実施には至っていないため、パイロット地域でこれらの確実な実施手法を構築し、全国展開を進めることを提案する。詳細は以下のとおり。

項目	内容	日本の支援の可能性
老年医療専門家の育成	医療技術者に関しては、資格要件や教育カリキュラムが明確であるが、これまで高齢化医療を導入した施設が限定的であるため、老年医療の診療科の導入やリハビリテーションサービス、訪問看護サービスなどの展開を踏まえて必要な人材数を見直し、人材育成を行う。	①本邦研修 ②大学病院などとの連携の可能性を検討 （上記の政策アドバイザーの支援）
新任・現任の医療従事者を対象とした高齢者ケアの研修	・既存の医療・介護従事者に関しては、専門従事者向けのサービストレーニングやフォローアップの研修を企画・実践することで、高齢者ケアや医療サービスに必要な知見・技術の習得を図り、サービスの質の向上をはかる。 ・新任の医療・介護従事者に関しては、教育プログラムに高齢者ケアを組み込む。	①技術協力：高齢者向け医療・介護人材育成プロジェクト ②本邦研修
老年医療の診療科の設定	三次医療施設、もしくは保健省が特定した医療施設に老年医療の診療科を設置する。	
訪問看護サービスの実施体制の強化	現在、保健省は訪問看護の促進に向けて PHNO を育成しているが、開始したばかりで十分に機能していない。そこで、PHNO による訪問看護サービスの実施に向けて、PHNO の育成、訪問看護に必要な資機材の調達、実施状況の監督、モニタリング、介護への連携など、高齢者向けの訪問看護・介護サービスの拡充に向けて支援する。 [JICA 高齢者技プロによる支援と成果からの展開] JICA 高齢者技プロにてパイロット地域における医療サービス改善を検討する可能性があるため、その結果も踏まえて展開を検討する。	①技術協力：高齢者向け医療・介護人材育成プロジェクト （技術協力：JICA 高齢者対策プロジェクトで実施の可能性を検討） ②民間連携（提案型）例：通所・訪問リハビリ介護支援ソフトの導入による予定・実績記録作成等の事務コストの削減、等

### 【対策 J】診療科サービスの拡充（実施プロセス：短期～中長期：資源確保、実践計画策定、人材育成、中長期：全国展開）

高齢者に多い診療科サービスに関しては、少なくとも各州レベルで高齢者に多い疾患を中心に、診断・治療が受けられる体制の構築を目指す。具体的な専門医療の領域として、脳神経科、呼吸器科、眼科、整形外科、歯科・口腔科、精神科などがあげられる。本取り組みは、施設や機材の投入、人材育成など、時間を要する項目が多いうえ、双方の適切なタイミングでの実施が求められるため、包括



的な中長期的計画に基づいた実施が必要である。(循環器系の診療科は円借款事業「保健医療サービス改善事業 (Health and Medical Service Improvement Project)」（2018年7月調印)にて対応済)

具体的な活動は以下のとおり。

項目	内容	日本の支援の可能性
脳血管疾患への対応強化	スリランカでは現在、各州で脳卒中ユニットの設置を目指し、計画しているため、進捗を踏まえて実現していく。また、現存する地区病院などの転換による療養型医療施設について、各県に1施設の配置を目指す。	①資金協力 (脳卒中ユニットの設置) ②大学病院の連携 (交換留学、情報交換など)
高齢者の脳疾患への対応能力の強化	認知症クリニックなどを設置し、高齢者向けのサービスを提供するとともに、脳神経専門医の継続教育を実施し、適切な診断・治療を提供する。 また、コミュニティと協力し、コミュニティで認知症患者を受け入れる体制を構築する。	①地域包括ケアシステムのモデル構築にて実施の可能性を検討 ②民間連携 (提案型) 例: 徘徊対策・一人暮らしの安否確認・認知症予防等アプリの導入、等
循環器・呼吸器など、高齢者に問題となる疾患への対応能力強化	高齢者の疾病構造やニーズに応じたサービス提供体制を構築できるよう必要な専門医師の育成と機材の調達を目指し、現存数とニーズを踏まえて人材育成、機材と適正配置に向けた計画を策定・実践する。	①資金協力 (資機材の調達) ②大学病院の連携 (交換留学、情報交換など)
眼科サービスへの対応	・眼科に関しては、異常に気付かない高齢者も多いため、異常を感じた時に受診するよう健康教育の一環に組み込む。 ・早期から定期検診の一環として眼科検診を盛り込むとともに、検診で異常が確認された患者が速やかに治療を受けられるよう、三次レベルでの眼科治療の体制を整備する。 ・社会福祉省、NPO (ヘルプエイジ) なども眼鏡の提供や白内障患者への手術サービスなどを実施しているため、保健省管轄のサービス機関と調整を図り、重複しない形で連携する。	(健康教育の体制構築にて実施可能性を検討) (検診サービス強化にて実施の可能性を検討) ①資金協力 (資機材の調達) ②大学病院の連携 (交換留学、情報交換など) (対策 A にて調整)
歯科サービス	・歯科の対策として、幼少期から継続的に歯磨きや口腔ケアを指導する。 ・定期的な歯科・口腔検診を実施する。 ・異常があった場合、速やかに治療に移行できる体制とする。 ・医療施設のレベルに応じ、治療に必要な資機材を整備する。 ・歯科医師の現任継続研修を実施し、技能の維持・改善をはかる。	(健康教育の体制構築にて実施可能性を検討) (検診サービス強化にて実施の可能性を検討) ①資金協力 (資機材の調達) ②大学病院の連携 (交換留学、情報交換など) (対策 A にて調整)
眼科・歯科サービス共通	[JICA 高齢者技プロによる支援と成果からの展開] JICA 高齢者技プロにてパイロット地域における健診拡充を実施した場合、これらの診療科の定期健診も含めることを想定しているため、その結果も踏まえて展開を検討する。	

項目	内容	日本の支援の可能性
その他	生活習慣病等慢性疾患で症状が落ち着いている症例については、遠隔医療やオンライン医療の導入可能性も検討する。	

### 【対策 K】高齢者向けリハビリテーション機能強化（短期的：パイロット～中長期：機能拡充）

現在、実質的にリハビリテーションが実施されているのは2施設のみであるため、高齢者向けのリハビリテーションサービス機能を拡充する。具体的には、①三次医療施設への急性期リハビリテーション機能の設置、②現在スリランカ政府が検討している一部の基幹病院の中間期療養型医療施設への転換の一環として、同施設にリハビリテーション機能を整備、③退院後の継続的なリハビリテーションサービスの提供（CBR）を整備する。

#### 取り組みの詳細

項目	内容	日本の支援の可能性
リハビリテーション機能強化	<ul style="list-style-type: none"> <li>・三次医療施設と基幹病院にて急性期のリハビリテーションサービス、上記の療養型医療施設にて慢性期のリハビリテーションサービスを提供できる体制構築を計画・実施する。具体的には、部局の設置、スペースの確保、資機材の整備、専門医療人材（理学・作業・言語療法士）の配置などを計画・実施する。</li> <li>・併せて、退院後に高齢者が継続的にリハビリテーションに取り組めるよう、コミュニティでリハビリテーションを指導できる体制を構築する。</li> </ul> <p>[JICA 高齢者技プロによる支援と成果からの展開]</p> <p>JICA 高齢者技プロにてパイロット地域におけるリハビリテーションサービスの改善に向けた取り組みを検討する可能性があるため、その結果も踏まえて展開を検討する</p>	<p>①技術協力：リハビリ体制強化プロジェクト</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>－人材計画策定</li> <li>－人材育成</li> <li>－各施設でのリハビリ体制の整備</li> </ul> <p>②資金協力：リハビリテーションに必要な資機材調達・施設の整備</p>

### 【対策 F】高齢者への介護技術者の育成支援（対策 A のサービス提供体制を踏まえて具体化：中長期）

高齢者サービスに関連する専門技術者の育成のうち、医療に関してはある程度サービスを提供する体制が整備されているため、既存の枠組みを活用したサービスを実施することとし、そのために必要な人員を算出して育成計画を作成する。介護に関しては、対策 A で特定されたサービスの提供体制を踏まえ、必要な人員の数と必要や技能を決定し、人材育成計画を作成する。併せて、対策 A で介護人材の処遇や要件などを特定し、処遇やイメージの改善もはかり、円滑な人材確保につなげる。人材の枠組みの構築や育成に関しては時間を要するため、対策 A の目途が立った時点で検討を開始することが望ましい。

## 取り組みの詳細

項目	内容	日本の支援の可能性
人材育成計画の作成	現状調査とニーズの特定を踏まえ、高齢者医療・福祉サービスに必要な専門技術者を特定し、必要な専門技術、資格要件、教育機関、サービス提供に必要な人数などを特定し、人材育成・配置計画を作成し、人材育成と雇用に必要な予算を確保して、計画に沿った人材育成を実施する。	政策アドバイザー派遣
ケアギバー・福祉専門家の育成	<p>・ケアギバーに関しては、明確な規定や雇用基準などが無いため、これらの設定を検討する。既存のケアギバーとその技術レベル、ならびにケアギバーのニーズを把握したうえで、今後育成が必要となるケアギバーの必要人数を算出する。併せて、職種の定義、資格、育成機関、カリキュラムなどについて日本的介護も参考に検討し、各教育機関がケアギバー育成に必要なカリキュラムの要件を満たした教育を行えるようにする。既存の教育機関でケアギバーの育成機関として、国家社会開発研究所（NISD）が候補にあげられる。NISD は研究機能もあり、ソーシャルワーカーの育成を行っているため、高齢者ケアに必要な技能をはじめ、カウンセリングや社会参加の機能を有したケアギバーを育成することが可能であると推察される。実現の可能性を高められるよう、NSE との連携も考慮する。</p> <p>・上記の検討と併せて、ケアギバーの待遇改善を目指し、各高齢者機関への基準の順守に向けた働きかけと必要な支援を行う。介護のイメージアップにつながる PR 活動などを実施する。</p> <p>・介護業界において、スリランカにおける介護の基礎的知識の習得、海外（日本）での就労機会を通じた技術の獲得、帰国後のより良い就職機会の獲得というキャリアパスを作ることにより、介護人材育成、スリランカの介護サービスの質の向上、介護スタッフの待遇改善などを目指すプログラムを作成し、その実施の体制・仕組みを構築する。</p> <p>海外就労機会での経験蓄積においては技能実習制度（特定技能含む）を活用する。同制度を活用するために以下の施策を実施する。</p> <p>・育成候補人材の同制度への応募前、受入れ前：育成対象候補者に対して、本制度を活用したキャリアパス支援の趣旨説明を行い、海外での就業機会（出稼ぎ）のみを目的とした本制度の活用を可能な限り排除する。日本渡航前、スリランカにおける日本語教育、介護基礎知識獲得の機会を既存機関、民間連携事業との連携などにより提供をする。日本での技術習得をより促進するとともに、日本の事業者の負担を減らすことにより、スリランカへの関心を高める。</p> <p>・日本実習中：定期的にコンタクトをとり、スリランカに帰国後のキャリアパスについて適宜助言などを行う。</p> <p>・技能実習期間終了後：スリランカでの介護関連職での就</p>	<p>①技術協力：高齢者向け医療・介護人材育成プロジェクト</p> <p>②技能実習制度によるスリランカからの介護技能実習生の受入</p> <p>③民間連携（提案型）例：スリランカでの介護事業進出によるケアギバーのキャリアの多角化・高度化、またはスリランカでのケアギバー育成事業（介護スキル、日本語など）</p>

項目	内容	日本の支援の可能性
	職支援のため、民間介護事業者との連携、介護サービス事業立ち上げ支援（本人または起業家とのマッチングなど）を企画する。民間連携事業（スリランカでの介護サービス展開事業者）との連携も行う。 ・日本の介護事業者の本支援の参画を促すべく日本での説明会を開催する。	

### 【参考】

上記事項に加え、スリランカ保健省 YED 課の担当者から提案された取り組みは以下のとおりである。

- 国管轄の医療施設の施設や設備、トイレを高齢者が利用しやすい形に改善する。
- 障害のある高齢者の補助器具を提供する。
- 白内障手術を含め、一次医療レベルでの眼科ケアを改善する。
- レクリエーション施設を有する高齢者向けデイケアセンターや高齢者向けの精神衛生の向上に向けた施設を設置する。
- コミュニティレベルでの健康改善器具を含んだ高齢者向け公園を設置する。
- 一次医療施設での障害のある高齢者向けのパラメディカルサービスを改善する。

## 添付資料ー1

## 民間（ビジネス）の例

施設名	概要
Cinnamon care	高齢者施設に加え、認知症に対するケアも実施。アプリ活用による最新のケアを実践。イギリスの NVQ レベル 2 と 3 を取得したケアギバーによる質の高いケアを提供。定年後の住まいとして、看護や介護の提供、長期、短期いずれのニーズにも総合的に対応。社会的なレクリエーション活動も実施。入居費用は要問合せ。
Village60plus	2009 年に設立。60 歳以上の高齢者向けケアサービス実施。加えて、高齢者介護に関わる商材も販売。お湯、エアコン付きの部屋。毎日メニューの異なる 3 食の食事。24 時間対応の医療、看護サービス、洗濯、シーツ交換など、インターネット設備、家事やお風呂、食事、移動などの総合的ケアの実施。入居費用は要問合せ。
Jude Elder Care Home	医師が設立し、社会福祉省の登録・更新を続ける施設。入居費用は相部屋：35,000 ルピー以上、個室：65,000 ルピー以上。費用に朝食と午後のお茶とお菓子、医師による簡易のケアと健診、カウンセリング、簡易な看護ケア、共同トイレ、洗濯、ベッドと食器棚が含まれる。
Western Healthcare (pvt) LTD	25 年以上の歴史を有し、高齢者施設 4 つに 150 名以上が入居している。医療、看護、食事、レクリエーション、洗濯などを提供する他、小さ看護師パー、レストラン、娯楽センター、プール、コンシェルジュサービスまで有する。入居費用は要問合せ。

出所：各施設 website を基に JICA 調査団作成

## 政府系施設①（無料～安価）

施設名	Eujin Nona Memorial Elder Home
概要	2016 年開始の NSE 管轄の高齢者施設
体制	合計 7 名 マネージャー：1 名（同地区の ERPO）。ケアギバー：2 名（男女 1 名ずつ）。 ワーカー（掃除など）：2 名。調理担当：1 名、夜間守衛：1 名。 マネージャーのみ政府職員で他は臨時職員。ケアギバーは住み込みでシフトなどなし。
入居者	男性：11 名 女性：17 名 認知症の女性が一人、歩行器を使用している高齢者は数名いるが、手厚い介助が必要な人、おむつをしている人はいない（以前 1 名いたが亡くなったとのこと）。食事補助が必要な人は 2、3 名であるが、口まで運んであげれば、通常食が可能。基本的に亡くなるまで入居、健康状態により難しくなれば病院に行く。
地域支援	食事は住民寄付により大部分がまかなわれている。寄付が重ならないようにスケジュール管理もされている。
管理	NSE に報告義務があるのは非常用資金枠の使用実績のみ。明確なモニタリングルール

	はないが本部は年に3、4回、県レベルのERPO、郡レベルのERPOが月1程度訪問する。何か現場が困っていれば電話でも相談できる体制はある。
施設	全体的にきれいで匂いもほぼない。3人部屋×12部屋、うち一部屋が倉庫。散歩ができる小さな中庭あり。手すりは直径3cmほど(手すりの幅は問題なし)。トイレなどに若干の段差があるが、入居者の健康状態からして特に問題ないと思われる。
医療連携	医者への訪問などはルールとして定められていない。以前は定期的に訪問してくれる医者があったが、現在はいないため、定期的に施設から病院に連れていく。その際、施設で管理している個人の診断履歴を持っていき、診察の継続性を高めている。
課題	ケアギバーの確保である。給料の安さだけでなく、若者はオフィスでの仕事を好み、ケアギバーのような仕事に関心を持たないことも要因と考えている。

出所：現地調査を基に JICA 調査団作成

## 政府系施設②（無料～安価）

施設名	Kandy Friend in Need Society
概要	1837年に開設された中部州初の高齢者施設である。当初から住民の善意の寄付などによるファンドを貯蓄して資金運用する、といった半官半民の運営形態で、2%は政府からの拠出金、それ以外はファンドの利息によるものである。中部州政府は、建物の改築のため200万ルピーを拠出した。
体制	本高齢者施設には、施設運営委員会(home management committee)が設置されており、20名のメンバーが所属している。本委員会が高齢者施設の資金運用や経営、スタッフの雇用や給与と支払いなどを実施している。主なメンバーは医師や有識者である。施設長を併せ、12人のスタッフメンバーにより運営されており、スタッフの給料などはファンドから支払われている。スタッフの内訳は、院長1名、キッチンスタッフ2名、それ以外は介護スタッフである。輸送手段として古いバンを1台所有している。スタッフの雇用については体系化されていない。必要な研修などを受けたスタッフを雇用することはできず、ボランティアが来たら育成してスタッフにする。スタッフは高齢者施設での業務を通じて技術や知識を身につけていく。一部の熟練のスタッフはより高い給与を求めている。
入居者	本高齢者施設での入居条件は60歳以上で、施設利用費を自己負担して入居している老人と、無料で入居している老人の二つのカテゴリーに区分される。現在、前者は21名、後者は84名、合計105名が入所している。後者の入居者は、主に貧困者層に区分され、子供や親せきなどの身内のいない高齢者である。前者は個室に滞在しており、月の支払額は、風呂なし：18,000ルピー、風呂付：20,000ルピーである。無償の入居者は、コモンホールという大部屋に滞在している。コモンホール1室あたり25床、4ホールで計100床、有償の入居者は風呂付12室、風呂なし10室、合計122床である。
地域支援	高齢者施設の食事は全て、周辺の住民などによる寄付により賄われている。
管理	貧困者には、社会福祉省より高齢者施設に対し、貧困者1名・1日当たり40ルピーの支払いがある。70歳以上の老人には、NSEより月額1,900ルピーの支払いがある。高齢者が自立して収入を得られるよう、手工芸などを実施し、マットやかごなどを作っ

	ている。これらの製品は定期的に販売の機会を設けている。
施設	個室については、6 室あたり 1 名のスタッフ、具合の悪い老人を入れる病室（シックルーム）も用意されており、そこに入居者が入った場合はスタッフ 1 名を配置している。スタッフは、4 日間昼夜勤務し、1 日休暇といった勤務体制である。スタッフのうち何名かは当直にて宿泊している。
医療連携	入居者は検診・フォローアップのため、3 か月に 1 回、ペラデニヤ教育病院、またはキャンディ総合病院を受診する。入居者の移動にはバンを用いているが、1 回あたりに搬送できるのは 10 名で、ガソリン代などもかかり、経済的ではない。
課題	<p>キャンディ県では 12 の高齢者施設が登録、うち 5 施設は民間、7 施設は公立の運営である。別途、県政府は、現状把握のため民間や未登録の高齢者施設の運営状況の調査・分析を進めているとのことである。</p> <p>特に地方の高齢者施設は、ベッド数やスタッフ数が十分でなく、老人のケアなどを十分に提供できていないなど、厳しい運営にあるが、本高齢者施設は定時に食事を提供し、公立医療機関の支援を受けて定期的に医療サービスを提供するなど、政府の支援を受けつつ、必要な人員を雇用して必要なケアを提供している。給与面でも、他の施設の支援スタッフの給与は月 5,000 ルピーであるのに対し、本施設では月 15,000～20,000 ルピーを支払っている。</p>

出所：現地調査を基に JICA 調査団作成

## 民間：チャリティ型施設①（無料～安価）

施設名	Moratuwa Social Service Society Home for Elders
概要	1919 年開始の歴史を持つ施設（当時の流行病サバイバー7 名が開始）。施設の建設費用は寄付。
体制	<p>合計 27 名 ※OJT による教育、長い人は勤務 30 年</p> <p>所長：1 名（コミュニティの代表）。アドミニストレーション：7 名。</p> <p>ケアギバー：9 名（女性 7 名、男性 2 名）。医師：（1 名）・看護師：3 名（女性）。その他（キッチン、掃除、ドライバーなど）：7 名。</p> <p>多くの方は住み込みで 24 時間対応可能な体制。</p>
入居者	<p>男性：45 名、女性：120 名（定員一杯の入居）</p> <p>無料が 155 名、有料が 10 名、自立している人が中心（寝たきり 25 人、認知症 10 人、歩行器 10 人、車いす 25 人、排せつ困難 25 人、食事困難 10 人、シャワー・着替え困難 10 人。入居者の健康状態や宗教上の理由などに配慮し、流動食や提供しない食材を確認（氏名とプレートによる管理）食事やティータイムの際、白い服に着替え、指定席に着席してもらうことで自立を促進させる工夫を行っている。</p>
地域支援	食事や設備、機材など施設運営に必要な事柄の費用は個人寄付によりまかなわれている。寄付が重ならないようにボードでスケジュールの管理もされている。
管理	NSE、西部州いずれにも登録済。州の ERPO に対して入居者数や財務情報などの報告義務がある（州の ERPO が NSE に報告する）。施設の収入源は 1. 政府からの財政的支援（無料入居者一人につき約 750 ルピー※細かい計算式がある）、2. 有料の家賃、3. 施設付近のレンタル家賃収入（350,000 ルピー/月）の 3 つである。社会福祉の事

	業による税制優遇を受ける（登録証有）。寄付者も税金が控除される仕組みがある。
施設	全体的に清潔で匂いもほぼない。入居者が安価に日用品を購入可能な売店がある。初期医療（診断、薬の処方）部屋や大きなコミュニティルーム、ダイニングがある。無料（1F）は10名程度の大部屋、有料（2F）は個室（25,000ルピー/月＋食事＋ティー含む）※近隣住宅は60,000ルピー/月であり、安価である。
医療連携	医師が月曜、水曜、金曜日、半日訪問する。看護師は3名おり、1人はHomeに常駐している。入居者別の医療ノートがあり、病歴、手術歴、薬などの情報が記載されている。そのノートは公立病院にも持参し、情報連携が図られている（公立病院では一般的だが、高齢者施設では先進的とのこと）医師訪問前日に入居者に健康状態を確認し、優先的に診療してもらう入居者を選定する。
課題	家族、経済、健康、社会的など多様な背景を持つ人への対応は難しい。入居待ちが多数存在する：Waiting List（申込書面受領）、Waiting List (After Interview)（申込書面受領かつインタビュー後）の二つのリストが存在し、それぞれ多数の名前が記載されている。資金（例：27名給料総額が500,000ルピー/月）や備品（例：マットレス）が不足している。法律により、有料の部屋は全体の10%以内にしないといけないため経営が安定しない。

出所：現地調査を基に JICA 調査団作成

## 民間：チャリティ型施設②（無料～安価）

施設名	Adyathmika Methsevana Peaceful Home
概要	一時的な安らぎ場所をコンセプトとする施設（ここに長期滞在されることは望ましくない）支出は26,000ルピー/月で施設収入だけでは赤字。
体制	合計2名（父と息子の経営） 総合管理人：1名（父）。本施設の管理人：1名（息子）。 その2名はケアギバーではなく、アパートの大家さんに近い（住まいの問題があったときに相談をする人）。
入居者	男性：2名、女性：5名（定員15名） 年齢は54歳～70代 短い人は3ヵ月、長い人は6年滞在。自立している人（歩行器を使用する1人を含めて、全員身の回りのことは自分でできる）かつサポーターがいない（身寄りがない）人の施設（過去には軽度認知症の人も受け入れ、ここで亡くなられた人もいる）。 入居時並びに毎月の家賃は無料。高齢者手当750ルピー/月について、半年以内に退去されるとその金額を返却する。半年以上、住み続けられると返却せず、施設の運営に充てる（早く退去することを目指しているため）。入居者が亡くなると、家族に連絡するが、多くの家族は関心を持たれない。その場合、施設で葬式を執り行う。ただ、警察や病院、家族は施設側の瑕疵（適切なケアを行っていないとの決めつけ）を確認することが多い。そのリスクを回避するためにも書面上で様々な記録を残している
地域支援	食事や資機材など施設運営の費用の一部はダーナ（お布施）によりまかなわれている。
管理	西部州に登録。現在、ERPOの支援を得ながらNSEの登録申請中。施設の収入源はオーナーの財布（銀行口座の50,000ルピー/月利息、研修講師の謝礼、）とダーナ（お布施）。



	入居時に 50,000 ルピーの預かり金をもらう。このお金は入居者が薬など支出をされる際に使用し、基本は返却する。収入は 50,000 ルピー/月、(入居者の年金の一部、NSE からの手当、銀行利息、寄付金など。支出は 45,000 ルピー/月：食事 (35000 ルピー/月)、光熱費 (10,000 ルピー/月) など (収支不足時は経営者個人の研修講師謝礼・草の根活動アドバイザー30,000 ルピー/月謝礼などで補てん)。
施設	高齢者施設と呼ばれることを好まず、ピースフル施設 (安らぎの家) と呼ぶ (日本でいうとグループ施設に類似)。全体的に清潔で匂いもほぼない。男性と女性の部屋に分かれている。大きな庭があり、ゆったりとした空間。シャワーやトイレは別室。キッチンがあり、入居者は自炊ができる。
医療連携	入居者が必要に応じて自ら近くの病院に行く。
課題	政府は政治のパフォーマンス (計画性があるわけではなくその時々気分) で社会福祉の政策や取り組みを実施することが多い。その意味で無駄遣いが多いと感じる。政府にできることには限界があるので、民間の更なる参入を求めたい。この土地は寄付でもらった。寄付をしてくれた本人とは良い関係であったが、その方が亡くなり、その親せきとは裁判中である (それにより施設の改築などが行えない)。

出所：現地調査を基に JICA 調査団作成

## a) 障害者施設

## 民間：ビジネス (無料～安価)

施設名	Senehasa Elder Home-Homagama
概要	2000 年に夫婦で経営開始※初期費用は約 1,000 万ルピー (各コミュニティメンバーから 600 万ルピー程度寄付、400 万ルピー程度機材貸与)
体制	合計 6 名 25～52 歳、※OJT による教育 ケアギバー：5 名 (女性 3 名、男性 2 名)。料理担当もいるが、担当に関わらず、現場で臨機応変に対応している。理想は 8 名体制、産休に入るケアギバーもおり、募集しているが 25,000 ルピー/月では集まらず (現ケアギバーは 45,000～50,000 ルピー/月の給与)。リハビリは行っていない。
入居者	男性 22 名、女性：28 名 (定員 60 名) 25～83 歳、60～70 歳が中心 (25～29 歳；2 名、30～49 歳；10 名、50～59 歳；7 名、60～83 歳 31 名) 無料が 20 名、有料が 30 名 (15,000 ルピー/月～25,000 ルピー/月)、自立している人が中心 (寝たきり-人、認知症 2 人、歩行器 5 人、車いす 6 人、排せつ困難 15 人、食事困難-人、シャワー・着替え困難 15 人 症状は多様 (精神障害、うつ、認知症、下半身不自由など)、年数を経て、歩行障害、視覚障害となった 2 人もいる。有料 30 名の利用費用は 15,000 ルピー/月～25,000 ルピー/月、利用者の年金状況や家族の経済状況を踏まえて個別に決定する。
地域支援	食事は開発オフィサーなどの寄付によりまかなわれている。2020 年 2 月実績、90 食のうち 40 食が寄付 (40 食寄付は実績から判断すると少ない)。
管理	NSE、西部州いずれにも登録。州政府へ入居者数や財務情報などの報告義務がある (州政府から中央政府に報告される)。

	<p>収入は 80,000 ルピー/月 + 寄付金（寄付金は 0 ルピー/月～30,000 ルピー/月など多様）。入居者の年金（25,000 ルピー+ 15,000 ルピー）、NSE 手当（2,000 ルピー×20 人）、その他寄付金など。</p> <p>支出は 190,000 ルピー/月。薬代（50,000 ルピー）、従業員の給料（80,000 ルピー）、食事（40,000 ルピー）光熱費など（20,000 ルピー）</p> <p>中央政府や州政府から入居を依頼（指示）されるケースがある。社会福祉事業による税制優遇を受ける（登録証有）。寄付者も税金が控除される仕組み。</p>
施設	<p>全体的に清潔で匂いもほぼない。大部屋（6 名～8 名）、各部屋に TV1 台、ラジオ、トイレ兼シャワー部屋がある。食事はその人に合わせて流動食なども提供。部屋に入る際の段差やトイレ兼シャワー部屋のスペースの狭さがあり、車いすでの生活は困難。</p>
医療連携	<p>医師・看護師は毎月第二水曜日施設に訪問（彼らは公立病院（Homagama Base Hospital）に所属し、施設側の依頼で対応。政府の方針や取り決めによる公立病院との連携ではない）。褥瘡に関して、切断、消毒など医師や看護師の施術を見ながら、ケアギバーが自分たちで行っている。</p>
課題	<p>予算があれば、綺麗でより利用者の満足度が高い施設を作りたかったが、事業性が低いと判断され、銀行のローン上限が低くとどまり、叶わなかった。政府の仕事であるにもかかわらず、政府は施設への支援や入居者への支援を適切に行っていない。</p> <p>ケアギバーも公務員として年金がもらえるようにすべきである。無料入居者 20 名の政府からの財政的支援に関して、本人が窓口まで申請、受け取りをする必要がある。しかし、この施設から窓口へ行く交通費だけで 2,000 ルピー以上必要となり申請していない。代理申請や SSO や ERPO などが施設にお金を支給する仕組みを望む。</p>

出所：現地調査を基に JICA 調査団作成

## b) デイケア

## 民間：チャリティ型ケア（無料～安価）

施設名	Kandy Day Care Center
概要	<p>本デイセンターには、会員が 80 名いるが、今日は宗教上の休日のため、多くのメンバーは寺院に参拝に行っている。</p> <p>本センターの目的は高齢者の自立である。具体的には、良い健康と精神状態を保つことを目標とし、収入を得るための活動などもすることで、子供にはあまり頼らず、高齢者施設に入らないで済むことを目指している。</p>
活動	<p>対象地域には、1,000 名以上の高齢者が居住しているが、参加していない人もいるため、誰にでも門戸を開き、活動への参加を勧めている。このセンターのあるヤティヌワラ地区には、約 200 名の高齢者が居住している。多くの高齢者は、経験も豊富で仕事もできるが、定年制度により仕事に就くことができていない。高齢者の多くは生活費が十分でないため、技術面、精神面を磨いて自身で収入を得られる手段を身につけることを目指している。</p> <p>本センターでは、ヨガやダンス、歌、手工芸などの職業訓練などを実施している。また、クリニックや病院から医療従事者を呼んで、クリニックを開くこともある。地区</p>

	事務所 (Divisional Secretary) の高齢者スタイルプロモーションオフィサー (Elder Style Promotion Officer) などが参加することもある。
入居者	本センターを利用する高齢者の多くは経済的に豊かではない、頼る家族がいない高齢者も多い。集まって談笑、それぞれの課題などについて協議して解決方法を検討するなどして前向きに過ごしている。子供は日中働いていることが多いため、高齢者の面倒を見ることが難しいが、本デイセンターの活動への参加を通じ、社会活動に参画している。幸せに過ごすことができれば、長生きできると考える。怪我をした高齢者がいる場合は、家を訪問して励ましたり、集まって料理を作ったりする。
地域支援	活動は、管轄の寺院の僧侶からアドバイスをもらいつつ、活動を進めている。
管理	政府は村に活動費を渡し、5%のコミッションで活動を継続している。過去3年間では、約110万ルピーをコミッションとして活動を運営している。
成果	過去に歩けなかった高齢者も、このデイセンターに通うようになり運動することで、支援なしで歩けるようになった。ここで集まり、歌ったり踊ったり話したり、家ではできないことをして、モチベーションを高め、精神面を鍛えて前向きな思考に転換することができている。 昨年、州の社会サービス管轄が実施した高齢者活動に関するコンテストで1番になり、その商品として活動に必要な製品として、椅子、テーブル、チェストボード、料理ツール、活動スペースの建設などの供与を受けた。
課題	現時点で資金の目途は立っていないが、研修受講、トイレの建設や図書館設置を希望している。

出所：現地調査を基に JICA 調査団作成

## 添付資料一2

高齢者医療に関連する専門医療従事者の概要と内訳<sup>133</sup>

医師	職種・分野		勤務先	主な高齢者向けの業務	教育		受講資格
	一般医	専門 (医学博士)			教育機関	期間	
副専門 (医学博士)	老齢医学 内科 外科 整形外科 眼科 耳鼻咽喉科 精神科 臨床腫瘍科 消化器科 呼吸器科 循環器科 腎臓科 内分泌科 消化器外科 胸部外科	MOH オフィス、 病院 病院、地域 二次、三次医療 施設	NCD の簡易検査 患者のフォローアップ (薬物治療 等) 病院や地域での高齢者向け医療、 緩和医療、研究 NCD 等の診断・治療、研究 NCD 等の診断・手術・治療、研究 骨密度低下への予防・治療、骨折、 関節疾患などの予防と治療、研究 白内障の検査・手術、眼鏡等の処 方、研究 聴覚の検査、補聴器等の処方、研 究 老人性うつ等の診断、カウンセリング、 研究 がんの診断・治療、研究 NCD (胃腸、肝臓、すい臓、胆道 等疾患) の診断・治療、研究 NCD (肺炎・呼吸不全) の診断・ 治療、研究 NCD (心血管疾患、高血圧) の診 断・治療、研究 NCD (慢性腎疾患等) の診断・治 療、研究 NCD (糖尿病等) の診断・治療、 糖尿病合併症への対応、研究 NCD (胃腸、肝臓、すい臓、胆道 等疾患) の診断・手術、研究 NCD (心血管疾患、循環器疾患)	PGIM 運営委員会 が承認した国内・ 海外の医療施設 (国内であれば、 国立スリランカ 病院、教育病院、 州/県総合病院、そ の他各分野専門 病院等)	5年(国内3.5年、 海外1.5年) 4.5年 6.17年 7.5年 5年(国内4年、 海外1年) 6年(国内5年、 海外1年) 5年(場合により 海外1年) 5年(国内4年、 海外1年) 3年(国内2年、 海外1年) 3年(国内2年、 海外1年) 4年(国内3年、 海外1年) 4年(国内2年、 海外2年) 3年(国内2年、 海外1年) 3年(国内1-2年、 海外1-2年) 4年(国内3年、 海外3年)	・スリランカ医学 評議会が認める医 学学位取得 ・1年のインター ン終了 ・1年以上の実務 経験 (分野によっては 以下の条件あり) ・専門分野の経験 0.5~1年) ・他分野の専門を 有していない等	

133 今後、先方政府の最新情報を適宜収集することが必要である。

職種・分野		勤務先	主な高齢者向けの業務	教育		受講資格
				教育機関	期間	
	神経外科		の診断・手術、研究 NCD (脳疾患、脊髄疾患) の診断・手術、研究		海外1年	
	腫瘍外科		脳腫瘍を除く、がんの診断・治療、研究		4年 (国内2年、海外2年)	
	老年精神科		NCD (脳血管疾患等) の診断・治療 認知症、アルツハイマー病への対応		3年 (国内2年、海外1年)	
修士	リハビリテーション医学		整形外科、NCD 関連疾患患者の手術・治療後の機能回復		3年 (国内2年、海外1年)	
	リウマチ・リハビリテーション		リウマチの診断・治療、緩和ケア 等他分野との連携		3年 (国内2年、海外1年)	
	地域医療	病院、地域	地域での NCD の予防	病院・地域	1年	・スリランカ医学評議会が認める医学学位取得 ・1年のインターン終了 ・1年以上の実務経験
歯科医師	老年医学	病院、地域	一次レベル医療施設、地域、家庭における高齢者向け医療、患者のリアプナー等	PGIM 運営委員会 が承認した医療施設	1年	
	緩和医療	病院、地域	がん末期患者、治療困難者への疼痛コントロール、カウンセリング、関連医療施設へのリアプナー等		1年	
歯科医師	地域歯科	病院、地域	歯科検診、口腔疾患 (う歯や喪失歯等) の予防、治療、口腔衛生の改善、研究	国立公衆衛生院、 地域医療施設	4.75年 (国内3.75年、 海外1年)	・PGIM での地域 歯科修士の取得
	修士	病院、地域	専門医は、地域の公衆衛生チームのリーダーシップをとり、地域のアドボカシーも担当する。	病院・地域	1年	・スリランカ医学評議会が認める歯科学学位取得 ・1年以上の実務経験
看護師	公衆衛生看護師	HLC	訪問看護を担当し、高齢者ケア、終末期ケア、NCD 対策のサービスを提供する。(2019年に新設)			看護師勤務経験
理学療法士	病院看護師	各種医療施設	看護サービス	看護学校、 四年制大学	3年 4年	A/L 修了
		二次・三次医療施設	脳血管系、呼吸器系、循環器系、整形外科などの疾患の治療後の	理学療法学校	2年	A/L 修了

職種・分野	勤務先	主な高齢者向けの業務	教育		受講資格
			教育機関	期間	
作業療法士	二次・三次医療施設	機能回復、歩行等の機能維持 移動、食事、排泄、入浴等の日常生活活動に関するADL訓練 家事、外出等のIADL訓練 職業関連活動の訓練 福祉用具の使用等に関する訓練 退院後の住環境への適応訓練 発達障害や高次脳機能障害等に 対するリハビリテーション	理学作業療法校	2年	A/L 修了
言語療法士	二次・三次医療施設	摂食嚥下障害の訓練や指導 集団リハビリテーションによる 言語機能や認知機能の維持、向上			
歯科療法士	各種医療施設	歯科の治療、予防教育等	歯科療法士訓練校	2年	A/L 修了
脳波記録士	二次・三次医療施設	脳血管系患者の脳波の記録	脳波記録校	2年	A/L 修了
眼科技術士	二次・三次医療施設	眼科検診、眼鏡の作成	眼科技術校	2年	A/L 修了
義肢装具士・歯科矯正士	二次・三次医療施設	義肢の作成	義肢装具士・歯科矯正士校	3年	A/L 修了

出所：収集情報をもとに調査団が作成

## 添付資料-3

## 高齢者医療に関連した PGIM の教育コースの概要

## 教育課程：ディプロマ

コース	老年医学			
研修期間	1年			
研修プログラム	座学：195 時間		臨床：720 時間	
	研修科目	時間	研修科目	時間
座学	1. 老年医学（内科・外科）	75	1. 一般内科	135
	2. 科学的根拠に基づく実践（EBP）	15	2. 外科	45
	3. 予防医学とヘルスプロモーション	30	3. 精神科	45
	4. 倫理・法的課題	15	4. 腫瘍科	45
	5. がんのケアと緩和	15	5. 産婦人科	45
	6. 臨床栄養管理	15	6. 神経科	45
	7. リハビリテーション		循環器科	45
			皮膚科	22.5
			胸部内科	22.5
			内分泌科・糖尿病	22.5
			消化器科	22.5
			7. 眼科	22.5
			耳鼻科	22.5
			8. リウマチ科	45
			リハビリテーション科	45
			9. 歯科病院	22.5
			地域・公衆衛生地域訪問	45
			10. 家庭保健	22.5
研修機関	国立スリランカ病院、その他			
アウトカム	1. 高齢者にケアを提供する家庭、一次保健医療レベルの施設で、介入の計画と実施の観点からの高齢者の健康に関連した具体的な問題とニーズの特定 2. 一次保健医療の現場における適切な判断に基づいた人間的ケアと治療の提供 3. 必要時の適切な紹介（リファー） 4. 高齢者に関する地域レベルのプログラムの実施や研究活動におけるリーダーシップの発揮 5. 医療施設や地域に密着した組織との連携 6. 高齢者患者と介護者の管理における効果的なコミュニケーション能力の強化 7. 研究方法論の知識の強化			

コース	緩和医療			
研修期間	1年			
研修プログラム	座学：227 時間		臨床 675 時間	
	研修科目	時間	研修科目	時間
座学	1. 導入	15	1. 一般内科	90
	2. 疼痛管理	23	2. 呼吸器内科	45
	3. 一般症状管理	30	3. 神経科	45
	4. 緩和ケアの心理的側面	23	4. 循環器科	45
	5. コミュニケーションスキルとカウンセリング	23	5. 腫瘍内科	225
	6. 終末期・ホスピスケア	15	6. 腫瘍外科	45
	7. 緩和ケアの緊急対応	8	7. 泌尿器科	45
	8. 非悪性腫瘍に対する緩和ケア	15	8. 地域・家庭保健	45
	9. 高齢患者への緩和ケア	15	9. リウマチ・リハビリテーション科	45
	10. 倫理・法的課題	15	10. 小児科	45
	11. リハビリテーション、がんサバイ	15		

コース	緩和医療		
	パーシッパ <sup>134</sup> 、地域支援	15	
	12. 小児緩和ケア	15	
	13. 緩和ケアにおける栄養		
研修機関	国立スリランカ病院、国立マハラガマがん研究所、教育病院、PGIMの規定を満たす州・郡病院		
アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> <li>致死的な進行性疾患、一般的な同時多発的な医療問題による症状や臨床問題の管理</li> <li>緩和ケアでの患者とその家族の心理的、感情的、社会的な課題への対応・管理</li> <li>精神状況の特定、精神科医への紹介</li> <li>緩和ケアで生じ得る特定の疾患過程や一般的な緊急事態の特定</li> <li>緩和ケアでの薬の処方</li> <li>病院や地域社会での終末期ケアの提供</li> <li>スピリチュアルケアが終末期患者の重要な側面であることの認識、必要に応じた対応</li> <li>患者や家族と治療的・支援的関係の構築</li> <li>他者との効果的な協働、医療従事者間での効果的な協力</li> <li>致死性疾患の患者とその家族の福祉のためのアドボカシーへの参加、一般社会での緩和ケア問題の議論の促進</li> </ul>		

### 教育課程：医学博士号／副専門

コース	リハビリテーション医学			
研修期間	3年			
	国内：2年、海外：1年			
	研修科目	か月	研修科目	か月
研修プログラム	第1段階		第3段階	
	・リハビリテーション科	2	・神経外傷科	0.5
	・神経科	2	・整形外科	0.5
	・小児神経科・リハビリテーション	2	・リウマチ科	1
	第2段階		・形成外科・熱傷科	0.5
	・リハビリテーション科	6	・循環器リハビリテーション	0.5
・神経科	3	・呼吸器リハビリテーション	0.5	
・小児リハビリテーション	5.5	第4段階		
			海外研修	12
研修機関	第1～3段階：リハビリテーション病院 第4段階：海外の研修センター			
アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> <li>障害者の健康と福祉を促進する知識と技術をもち、障害がリハビリテーションのプロセスに影響を与える社会的・文化的要因を認識し、理解できる。</li> <li>患者のニーズを尊重し、ニーズを考慮した管理計画を策定できる。</li> <li>障害者によく見られる一般的な心理的障害、心理社会的、行動的影響を評価し、記録できる。また、活動や参加に影響を与える要因を理解できる。</li> <li>急性期病院から地域の過程に至る幅広い環境での障害のケアを調整できる。</li> <li>さまざまな環境で、また、保健、社会、地域社会に根ざした組織内・間で、リハビリテーションチームとの協働に必要な知識とスキルを身につける。</li> <li>専門医の役割に不可欠な、リハビリテーションサービスの提供、管理、発展に資する指導力を身につける。</li> <li>意思決定が行われる際の倫理的・医学的・法的枠組みを理解し、他者の倫理的・道徳的・宗教的枠組みが影響した他者の意思決定を尊重できる。</li> </ul>			

コース	リウマチ・リハビリテーション医学			
研修期間	3年			
	国内：2年、海外：1年			
	研修科目	か月	研修科目	か月
研修プログラム	第1段階		第3段階	
	・リウマチ・リハビリテーション医	12	・海外研修	12

<sup>134</sup> がんの診断を受けた人々（がんサバイバー）がその後の生活で抱える身体的・心理的・社会的な様々な課題を、社会全体が協力して乗り越えていくという概念



コース	リウマチ・リハビリテーション医学		
	学		
	第2段階	3	
	・小児リウマチ・リハビリテーション医学	3	
	・リハビリテーション医学	1	
	・整形外科	0.5	
	・放射線科	0.25	
	・免疫研究室	0.25	
	・病理研究室	5+	
	・強化・統合期		
研修機関	第1段階：教育病院 第2段階：レディリジウェイ小児病院、ラガマリウマチ・リハビリ病院、教育病院、医学研究所 第3段階：リウマチ学 BOS 認証の海外のリウマチ科		
アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> <li>スリランカのリウマチ・リハビリテーション医学に関連した健康問題の幅広い病因、病態生理学、診断法、治療法を理解し、地域・世界レベルの健康問題に対応できる。</li> <li>データ収集（病歴聴取、身体検査、実技）、情報の統合と分析（意思決定）、治療手順に必要なスキルと能力をもつ。</li> <li>患者全体を考慮した問題点の総合的評価により、成人・小児の急性・慢性、複雑・多系統のリウマチ性疾患の診断・管理ができる。</li> <li>リハビリテーション医学、緩和ケア、終末期医療を含む病院や地域の集学的チームの支援を通じ、調整された質の高いケアを提供する。</li> <li>臨床評価の情報を探索・批評し、科学的根拠に基づく費用対効果の高いケアを提供する。</li> <li>継続的な開発と学習を通じた専門的水準を維持し、臨床研究の方法論と結果の批評、分析を行う。</li> <li>価値観と倫理観に基づいた臨床実践</li> <li>患者、親族、医療チームのメンバー、地域社会と、文化的に配慮した上で効果的にコミュニケーションをとる。</li> <li>共感を示し、患者に思いやりの心を示す。</li> <li>患者の安全と医療チームの安全に十分な注意を払いながら、医療を知り、実践する。</li> <li>患者や同僚に資する時間やリソースの管理</li> <li>保健に関する課題のアドボカシー的な役割</li> <li>医療システムの機能と構造を理解し、管理構造において効果的に機能し、リハビリテーション医学チームを指揮し、管理する。</li> <li>医療記録を文書化し、書面を使ったコミュニケーションができる。</li> <li>自己学習における意欲とスキルの発揮</li> <li>臨床現場での情報技術の活用</li> <li>学部生、大学院生、その他の専門医を含む医療専門家の指導、指導、訓練、公衆への教育、健康増進のためのアドボカシーを行う。</li> <li>倫理的に実施された独創的な研究や臨床観察を立案、計画、実施、報告し、学問の発展に大きく貢献、査読を通過し出版する。</li> <li>スリランカや世界の異なった地域で機能する</li> </ul>		

コース	老年精神医学			
研修期間	3年			
研修プログラム	国内：2年、海外：1年			
	研修科目	か月	研修科目	か月
	第1段階	12	第2段階	12
	<ul style="list-style-type: none"> <li>知識</li> <li>スキル</li> <li>研究プロジェクト</li> <li>他の学問分野との連携</li> <li>高齢者ケアを提供する他事業体との連携（ヘルプエイジ、スリランカアルツハイマー協会、在宅ケア施設、デイケア、患者ケア、マリカニワサ認知症センター、マハラガマがん研究所疼痛マネジメントクリニック、ホスピス、高齢者ケアICU）</li> <li>継続医学教育活動</li> <li>知識の普及</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>第1段階での知識の統合</li> <li>スキル</li> <li>研究（第2段階終了時にPGIM精神科委員会に提出）</li> <li>その他事業体との連携（政府・非政府関連組織）</li> <li>継続医学教育活動</li> <li>教育：精神医学関連分野の大学院教育</li> <li>知識の普及</li> <li>管理・政策計画</li> </ul>	
			第3段階	12
			海外研修	

コース	老年精神医学		
			強化すべき分野：老年期の心理療法、認知症の専門サービス、地域で暮らす高齢者のコミュニティケアの提供、長老ホームや高齢者施設、介護施設、他の関係者との共同ケア、老年期精神医学における倫理的・法的問題等
研修機関	第1～2段階：国立精神保健研究所、国立スリランカ病院、コロombo南教育病院、コロombo北教育病院、キャンディ教育病院、パラデニヤ教育病院、カラピティヤ教育病院、その他精神科 BOS 認証の機関より、2か所の施設を選択 第3段階：精神科 BOS 認証の海外機関		
アウトカム	<p>老年精神医学専門医は、高齢患者を管理するための適切な知識とスキルを持ち、サービスの開発と研究に貢献し、精神保健サービスを提供するために関連ステークホルダーと協働する。また、老年精神医学の進歩に貢献し、政策決定者への意見を述べ、大衆の意識改革に貢献する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>患者ケア：様々な状況（外来、入院、フォローアップ、連携、地域）での患者ケアについて学ぶ</li> <li>医学知識・スキル・態度：老年精神医学の最新の知識を得て、常に新しい技術を身につけ、既存の技術を研ぎ澄まし、健全な実践の姿勢を持つ。</li> <li>対人関係とコミュニケーションのスキル：患者や家族、集学的チームとの連携に優れたスキルを身につける。</li> <li>プロフェッショナリズムと守秘義務：常に倫理的な原則と医師と患者の関係の分野での責任、治療のための同意と家族と専門家の区別の扱いに留意すべきである。仕事に対する責任感、コミットメント、正直さが求められる。包括的な記録、時間管理も強化されるスキルである。</li> <li>科学的根拠に基づくアプローチと実践：可能な限り科学的根拠に基づくアプローチと実践を適用する。</li> </ul>		

### 教育課程：医学博士号／専門

コース	老年医学			
研修期間	5年（ポスト MD 研修等の委員会認定までの研修を含む）			
研修プログラム	国内：3.5年、海外：1.5年			
	研修科目	か月	研修科目	か月
	第1段階（登録／プレ MD 研修）		第2段階（MD 試験）	—
	<ul style="list-style-type: none"> <li>一般内科</li> <li>臨床 <ul style="list-style-type: none"> <li>循環器科</li> <li>神経科</li> <li>精神科</li> <li>リハビリテーション科</li> <li>皮膚科</li> <li>内分泌科</li> <li>消化器科</li> <li>泌尿器科</li> <li>呼吸器科</li> </ul> </li> <li>老年医学</li> </ul>	12	<ul style="list-style-type: none"> <li>国内研修</li> <li>海外研修</li> </ul>	12 18
			第4段階（プレ委員会認定評価）	—
研修機関	専門科 BOS の認証施設			
アウトカム	<p>病院、地域、コミュニティにおける高齢者へのケアの提供</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>急性・慢性疾患の評価、診断、治療、管理</li> <li>合併症を持つ高齢者のフレイル患者の健康問題への対応</li> <li>診断検査の方法・時期の見極め、結果の解釈</li> <li>緩和ケアと終末期ケアの原則に精通</li> <li>文化的・言語的多様性のある高齢者の特別なニーズの認識</li> <li>集学的な医療・社会ケアチームを通じた包括的な高齢者アセスメント</li> <li>高齢者のフレイルの管理、フォローアップ</li> <li>急性期・慢性期後のリハビリテーション</li> <li>地域ベースの高齢者の保健問題のスクリーニング・アセスメントするための、MOH 担当官や一次医療スタッフと連携したアウトリーチクリニックの積極的な実施</li> <li>高齢者のフレイルのケアを必要とするデイケアセンター、高齢者施設、看護施設、家庭への助言</li> </ul>			

コース	老年医学
	<p><u>老年医学研究の実施</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>研究チーム結成、地域の高齢者へのより良いケアの提供のための研究プロジェクトの実施</li> <li>高齢者医療に関する臨床研究のための研究方法論やデータ分析などの情報技術に精通</li> </ul> <p><u>老年医学にかかる様々な状況で従事する医師、医療従事者、ケアギバーとの研修</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医師、学生、医療従事者への教育に貢献、老年医学の現場のさらなる発展</li> <li>医師、医療従事者、ケアギバー等の高齢者ケアに携わる人員の能力強化研修の計画・実施</li> <li>老年医学に関するコミュニティの医療従事者への指導</li> </ul> <p><u>チームワークの育成</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者のアセスメント、リハビリテーション、治療に携わるチーム内での協働</li> <li>治療の提供を行う集学的チームの効果的な先導、管理計画に従ったスムーズなサービス提供</li> <li>他科医師との双方向のリファラル（紹介を受ける／紹介する）について効果的に連携・連絡を図る</li> <li>他の専門家との友好的で尊敬しあう関係を確立し、維持する</li> <li>自分がフォローした人々に継続的なサービスを提供する総合医（GP）との効果的なネットワークを構築し、より良いサービスの提供について最新情報を得るための臨床会議を開催する</li> <li>地域社会における高齢者の健康改善において、高齢者の健康問題に対する一般住民の意識向上を促進するための資源の開発と提供に向け、あらゆるレベルの関連当局と連携する</li> </ul> <p><u>高齢者ケアに対する積極的な姿勢の促進</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>心配り、共感、慰め、思いやりを込めたケアを提供する。</li> <li>豊かな文化のなか高齢者を尊重する伝統を大切にしながら、高齢者へのよい態度を強化する</li> <li>高齢者の精神的、文化的なニーズに配慮する</li> <li>高齢者への尊敬を促し、高齢者の能力を高め、高齢者のより良い社会への貢献を認識する</li> </ul> <p><u>管理・アドボカシースキルの育成</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>健康的な加齢戦略を促進し、実施を組織化する</li> <li>疾患と脆弱性に関する社会的、文化的、経済的要因の重要性を理解・認識する</li> <li>ケアギバーも含めたすべての高齢者に関する課題について政策決定者に提唱する</li> <li>高齢者サービスを提供に関わる社会サービス、住宅、無償奉仕機関、民間セクターとの連携を提唱・構築する</li> </ul> <p><u>活動的で健康的な加齢（active and healthy ageing）の促進</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>一次医療レベルの医療従事者と地域のリーダーと連携して高齢者のヘルスプロモーションと疾病予防活動を組織化する</li> <li>健康的な加齢の知識の普及を促進する</li> </ul> <p><u>老年医学における倫理的・法的問題の固持</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者ケアの基本原則と実践倫理を理解する</li> <li>高齢者の権利、高齢者と終末期のケアに関する法的課題を適切に理解する</li> </ul>

出所：PGIM, Prospectuses ( <https://pgim.cmb.ac.lk/index.php/courses-new/> )

添付資料-4：表8-3 補足資料

各対策の重要性と実現可能性の評価結果（案）

解決策番号	分野	対策	先方の政策との合致性 (括弧内数字は政策番号；別添参照)	重要性・緊急性	評価	実現可能性	評価
1	全般	統合的高齢化 対策実施体制 の確立	多セクター協働による健康的な高齢化 対策のサービスを提供する 高齢者のニーズ調査(3)	省庁横断的な実施体制、各省 庁内の実施体制の確立、戦略 的な政策の策定と確実な実施 は不可欠であるため重要度は 極めて高い。	3	中央・州、各機関調整に時間 がかかるが、資源等を必要と しないため、先方の意欲があ れば実現可能性は高い。	3
2	全般	高齢化対策関 連の情報マネ ジメントの強 化	地区レベルでの高齢者の選定(3) -実践に向けた調査及びエビデンスに 基づいた情報の適用を促進する。 -高齢者ケアを支援するために、高齢者 の障害を含む情報システムを確立す る。	エビデンスに基づいた政策の 策定と実施のモニタリング・ 効果測定に不可欠でありため 重要度は高い。	3	上記Aが実現され、先方の意 欲があれば実現可能である が、大規模な調査や情報マネ ジメントの構築が必要とな り、時間や資源投入は必要で ある。	2
3	社保	民間サービス の規定・活用 促進	ヘルプエイジによる宗教施設をデイケ アセンターとして使用する旨の提案 (3) コミュニティケアや高齢者サービスを 提供する民間事業者、NGO、コミュニ ティ団体、その他コミュニティの後押 し(6)(16) 高齢者ケア促進団体に対して250万ル ピーの財政支援を実施	公的サービスの現状を把握 し、ニーズと不足分を特定し、 公的サービスの体制整備を受 けての実施となる。	1	民間サービスの参入には利 益を生み出し、監督でききる仕 組みが必要で、各種仕組みの 導入に時間がかかるため、実 現可能性は中程度とする。	2
4	全般	高齢者にやさ しい環境の整 備	高齢者・障害者に優しい環境の整備 (20-1)	高齢者が暮らしやすい環境整 備は必要であるが、適切な政 策に基づいて実施されるべき である。	2	インフラの整備のうち大規 模な見直しには大規模な工 事費や期間を要するため、実 現に時間を要する。簡単な改 修であれば実現可能である。	2
5	全般	地域包括ケア システムの導 入(保健医療・ 社会福祉の統 合)	PHC に関わる職員やボランティアへ の研修に必要なマニュアル策定(3) デイケアセンターのネットワーク拡充 (3) ディジタルレベルでの高齢者の選 定(3) コミュニティでの高齢者ケアに関する	包括的な高齢化対策モデルの 1つとして導入することは有 効であると判断される。	2	省庁横断的に事業を進める 必要があり、調整を要する が、新たな資源配置などは必 要ないため、実現可能性は高 い。	3

解決策番号	分野	対策	先方の政策との合致性 (括弧内数字は政策番号：別添参照)	評価	重要性・緊急性	評価	実現可能性	評価
			普及啓発(3) 脆弱者へのコミュニケーションベースドケアの規定の付加(5) 高齢者国家憲章・国家政策(9) 高齢者委員会設置(16) コミュニティで巻き込んだ健康教育(19) コミュニティでの包括的リハビリサービス(19) 一次レベルの治療施設を通じた家庭保健アプローチ(20-1) 高齢者委員会/クラブとの連携による一次医療の提供(22) 社会福祉省内に高齢者国家委員会並びにNSEの設置					
6	社	NSEの機能強化		2	高齢者対策の専門組織であり、その組織力向上の重要度は極めて高い。 人口構造の変化やニーズに応じた制度の確立は重要であるが、実態とニーズの把握が必要となる。	3	対象者が明確かつ同組織の意欲も高く、実現可能性は高い。	3
7	社	社会保障制度の改善	EPFやETFの対象とされていない高齢者に対する社会保障スキームの開発(6) 高齢者の国家基金設立(7) 家族や親せきがない70歳以上の高齢者に対する年金スキーム設立(7) 高齢者手当の増額 高齢者苦情処理委員会設立(7)	2		2	国の社会保障制度の抜本的変更となり、大幅な予算や資源の確保も必要となるため、実現には時間を要する。	1
8	社	高齢者の状況に合わせたサービス提供システムの構築		1	高齢者のニーズに応じた支援メニューやケアが求められており、重要度は高いが、まずは実態とニーズの把握と制度設計が必要となる。	2	ERPOやSSO等の人材を活用した取り組みは可能であるが、施設の設置等の対応については費用を要するため、実現可能性は中程度である。	2
9	社	ケアギババーの育成計画と実現	就職希望の若者に対して高齢者の在宅ケアに必要なトレーニングの実施(6)	1	持続性からケアサービスを実施する人材の確保と育成の重要度は高いが、ニーズの把握、制度設計に基づいて実施する必要がある。	2	実現にはケアギババーのイメージの改善、雇用の仕組み(予算・雇用者)の確保や待遇改善が必要であり時間を要する。既存の人材育成は可能である。	2
10	社	高齢者・施設・サービスの拡充(要介護も)	デイケアセンターのネットワーク拡充(3) 高齢者向け施設資機材の改修計画(3)	1	公的サービスは介護が必要ない高齢者へのサービスを提供しておらず、重要度は高いが、	2	要介護高齢者をケアのできる人材が不足しており、施設の建設や改修が必要な場合は	2

解決策番号	分野	対策	先方の政策との合致性 (括弧内数字は政策番号：別添参照)	評価	重要性・緊急性	評価	実現可能性	評価
		考慮)	サリヤブラ、カタラガマ、ミリガマ、ジャフナの高齢者施設の改築 (200 万ルピー)		ニーズの把握、制度設計に基づいて実施する必要がある。		予算確保も必要となるため、実現には時間を要する。現状のサービスの有効活用は対応可能である。	
11	社	家族支援の導入	自宅で高齢者をケアする家族に対するインセンティブの提供(6)	1	高齢者のケアを担っている家族向けの相談窓口や支援の斡旋の仕組みがなく、家族の負担が大きいため重要度は高いが、家族のニーズを踏まえて検討する。	2	既存のサービスの整理と情報共有・斡旋による支援は実現可能である。新たなサービスの体制構築には期間と予算が必要となり、時間を要する。	2
12	保	YED 課の機能強化	-高齢者向けの包括的な保健医療サービスのための政策ガイドライン及びサービス提供手段を強化するメカニズムを確立する。 -高齢者ケアに関するあらゆるレベルでの学際的及び部門間の調整を確立する。 -すべてのレベルで健康なエイジングを促進するために、文化や年齢に適した介入の計画、実施、モニタリング・評価を確実にする。(21)	3	高齢者医療の専門組織であり、その組織力向上の重要度は極めて高い。	3	対象者が明確かつ、同組織の意欲も高く、実現可能性は高い。	3
13	保	一次予防・二次予防の推進サービスの体制の効率化	NCD 対策強化(4) NCD 対策強化(11) PHC 強化(12) NCD 対策強化(19) NCD 予防プログラムの構造改革(19) -一次レベルの治療機関の広報とサービス利用の強化(20-2) -一次レベルの治療機関 (地区病院) の HLC に、NCD 担当医師を任命、村レベルでの HLC を拡張したフレッドスクリーニングクリニックの施設の設置(20-2) -一次レベル施設での人材、薬品、機材などの資源の確保(20-2) -あらゆるサービスレベルで、公平で統	3	予防を通じて医療費の削減や健康寿命の延伸を見込める。政策にも掲げられており、重要度は極めて高い。	3	調整には時間を要するが、既存の仕組みはあるため、スリランカ側の希望が強ければ実現可能である。	3

解決策番号	分野	対策	先方の政策との合致性 (括弧内数字は政策番号：別添参照)	評価	重要性・緊急性	評価	実現可能性	評価
			<p>合された治療、予防、及びリハビリテーションのサービスを提供するための最適な施設と人材の提供を確保する。</p> <p>(21)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-個人のヘルスプロモーションの促進</li> <li>-セティングズアプローチ (健康な生活のための機会を作る方策 - 健康村、健康マーケット、健康職場、健康食堂など) の確立、法的枠組みの強化</li> <li>-健康的なエイジングのプログラムの設立 (若い世代の一般的な理解を深め、態度を修正する) (20-1)</li> <li>-すべてのレベルで健康なエイジングを促進するために、文化や年齢に適した介入の計画、実施、モニタリング・評価を確実にする。(21)</li> <li>-高齢者医療に必要な人材 (理学療法士、作業療法士、言語療法士、義肢装具士の育成)(22)</li> <li>-高齢者委員会/クラブとの連携による一次医療の提供(22)</li> </ul>					
14	保	医療サービスの地域格差の是正	<p>NCD 対策強化(4)</p> <p>NCD 対策強化(11)</p> <p>PHC 強化(12)</p> <p>公平な高齢者ケア(19)</p> <p>公平な口腔衛生サービス(19)</p> <p>エステート労働者の保健医療提供(19)</p> <p>コミュニティ保健看護師の配置(3)</p> <p>緩和ケア(19)</p> <p>老年学専門家の活用と公平な配置(20-1)</p> <p>-各県に最低一つのリハビリテーション//老年/緩和ケア病院の設立(20-2)</p> <p>-各県に一つの緩和ケアホスピスの設置(20-2)</p> <p>-産科医と産科看護師が緩和ケアの専門的な訓練を受ける(20-2)</p> <p>-コミュニティ及び家庭ベースのケア</p>	2	高齢者も含め、UHC の達成に向けて重要性は極めて高い。	3	地域の状況が異なり、人材育成、建設、機材調達が必要となるため、実現に時間と資金を要する。	1
15	保	高齢者専門医療の提供の強化	<p>緩和ケア(19)</p> <p>老年学専門家の活用と公平な配置(20-1)</p> <p>-各県に最低一つのリハビリテーション//老年/緩和ケア病院の設立(20-2)</p> <p>-各県に一つの緩和ケアホスピスの設置(20-2)</p> <p>-産科医と産科看護師が緩和ケアの専門的な訓練を受ける(20-2)</p> <p>-コミュニティ及び家庭ベースのケア</p>	3	加齢による身体・精神の変化と疾病を総合的に判断してケアする必要性が高まっているおり、重要性は高い。	2	人材の育成の体制は整備されており、専門医や PHNO の育成が進められているが、人材の育成などには時間を要する。	2

解決策番号	分野	対策	先方の政策との合致性 (括弧内数字は政策番号：別添参照)	評価	重要性・緊急性	評価	実現可能性	評価
16	保	高齢者に多い疾患の診療科サービスの拡充	<p>先方の政策との合致性 (括弧内数字は政策番号：別添参照)</p> <p>(20-2) 高齢者ケアのための保健及びその他の関連サービスの提供者を育成するためのメカニズムを確立する。(21)</p> <p>NCD 対策強化(4) NCD 対策強化(11) NCD 対策強化(19) (循環器、緩和ケア、脳卒中、精神保健、呼吸器疾患) 眼科対策(19) 循環器科強化(20-2) 脳卒中ユニット(22)</p>	3	既存の体制で十分なサービスが提供されていないうえ、今後の高齢者数の増加に伴いニーズがさらに増える。	2	既存のサービスの提供体制の見直しは容易に実現可能であるが、高齢化に備えた体制の見直しには専門医の育成や機材整備などに時間や資源を要する。	2
17	保	リハビリテーション機能の強化	<p>リハビリテーション強化(19)</p> <p>各県に最低一つのリハビリテーション/老年/緩和ケア病院の設立(20-2)</p> <p>身体的/精神的リハビリテーション戦略の中期・長期フレームワークの開発(国家障害者政策に基づく)(20-3)</p> <p>リハビリテーションの保健分野の人材戦略の策定(20-3)</p> <p>国家・州レベルでの包括的リハビリテーションサービスの確立・拡大(20-3)</p> <p>1. コミュニティリハビリテーション ( Community-based Rehabilitation: CBR) サービスの開発(20-3)</p> <p>2. 学際的なリハビリテーションチームの促進(20-3)</p> <p>薬品・機材への予算の増加(20-3)</p> <p>国家医療保険計画の導入(20-3)</p> <p>1. 各個人への家庭医のカバーを確実にする</p> <p>2. 特別なニーズのある子どもに適切な CBR プログラムを、MOH を通じて提供する</p> <p>3. 地域看護サービスを拡張する</p> <p>1. 非政府セクターを巻き込んだリハビリテーションの国家計画の策定</p>	3	リハビリは高齢者の健康を維持、回復に重要であるが、現段階ではほとんど提供されていないため、その重要度は極めて高い。	3	対象者が明確であり人材もあられる程度揃っていることから、実現可能性は高い。設置が機材の調達や設備の確保と調達が必要な場合、予算の確保と調達が必要である。	3



解決策番号	分野	対策	先方の政策との合致性 (括弧内数字は政策番号：別添参照)	評価	重要性・緊急性	評価	実現可能性	評価
			2. 非保健セクターを含めたセントラルアプローチの確立 国家計画策定によるリハビリテーションサービスの規制メカニズムの確立 すべての医療施設に障害者のためのアクセスを促進するインフラを整備する 1.CBR プログラムの強化 2.他の形態/代替医療の伝播 3.リハビリテーションケアの複合サービスをつくるためのあらゆる形態の医療の統合(20-3) リハビリテーション病院 (ユニット) の設置(22)					
18	保	高齢者の医療サービスへのアクセス向上	NCD 対策強化(19) 全ての保健施設での高齢者のニーズに対応した外来サービス(22)	2	今後高齢者が進むため、それを見据えた医療サービスの提供は重要である。	2	地域に応じて全ての住民を網羅した提供体制の確立には時間を要するが、在宅ケアなどを、既存のサービスの強化による改善は実現可能である。	2
19	保	高齢患者に配慮した医療施設の改善	高齢者向け病院の資機材改修(3) 高齢者向け施設資機材の改修計画(3) 全ての病院での高齢者に対応した設備(内装、トイレ、廊下など)の設置 長期高齢者ケアに対応できる施設の設置(22)	3	医療施設のバリアフリー化は必要であり、今後の改善は必要であるが、現行でもサービスは提供可能である。	1	医療施設投資(手すりやスロープの設置など)は必要になるが、大幅な改築や改修でなければ実現可能である。	2
20	全体	少子化対策の導入	スリランカ政府の少子化関連の政策は、現時点ではない。	-	高齢化の抜本的な改革であり、社会の持続性という観点から、極めて重要度は高い。	3	多種多様な対策が必要となり時間を要するが、母子保健や家庭保健を活用した対策から進めることは可能である。	2
その他			義肢器具センターの設置(22)					

注：分野のうち、「全体」は高齢化対策全般、「社」は社会福祉分野、「保」は保健医療分野を指す。

#### 添付資料－5：少子化対策に関する議論

調査団は、高齢化対策として、高齢者への諸対策と併せて少子化対策が必要であると結論付けたが、先方政府との合意には至らなかった。今後の調査の際には、先方政府の最新情報を適宜収集し、再度検討することが望ましい。

- **少子化対策の未実施**

本来、少子化対策のうち、出生数の増加に関する対応をするのは保健省の家庭保健課の管轄になるが、保健省の年次活動計画や家庭保健課の活動内容の中に少子化対策は含まれていない。高齢化対策と併せて、少子化対策への対応が求められる。

---

## 介護技能実習制度の活用

### 1-1 介護技能実習制度に関する調査の背景と目的

本調査において、スリランカにおけるケアギバー育成に関しいくつかの課題が確認されている。質が良くない、ケアギバーに適切なキャリアパスが設定されていない、ケアギバーに職業としての魅力がない等である。

これらの課題に対する対策として、技能実習制度等を取り入れた対策が検討され得る。海外展開を検討する日本の介護関連事業者にとっても、技能実習制度を活用した日本での人材育成・活用と、育成した人材の事業展開国での活用をセットにした戦略が重要となっており、本制度の推進は、スリランカ、日本の事業者の双方にとって良い策といえる。

一方で、技能実習制度には課題も指摘されており、介護技能実習制度の現状と課題を把握し、これらの課題を踏まえたうえで、本制度のスリランカのケアギバー育成への活用の可能性、JICA の支援可能性を検討するための情報とする。

### 1-2 技能実習及び関連制度の制度・概要

まず、外国人技能実習制度（介護）に関連する制度について、スリランカに限らない外国人材の受入れ状況、制度について整理を行う。

#### 1-2-1 介護分野における外国人材の受入れ概況

介護分野における在留資格「技能実習」での入国者数は2019年3月時点で1,823人（外国人技能実習機構「平成30年度業務統計」）となっている。

また、「特定技能」の枠組みにおけるフィリピン、カンボジア、ネパール、インドネシア、モンゴル、日本国内の介護技能評価試験、及び、介護技術評価試験合格者数は2019年12月末時点でそれぞれ累計1,400名を超えた（厚生労働省「介護技能評価試験・介護日本語評価試験の試験結果」）。

#### 1-2-2 外国人技能実習制度概要

##### (1) 本制度の法的枠組み

2016年11月28日、外国人の技能実習の適正な実施及び技能実習生の保護に関する法律（技能実習法）が公布され、2017年11月1日に施行された。それ以前は、出入国管理及び難民認定法（昭和26年政令第319号）とその省令を根拠法令として実施されている。

##### (2) 本制度の目的

我が国で培われた技能、技術又は知識の開発途上地域等への移転を図り、当該開発途上地域等の経済発展を担う「人づくり」に寄与するという、国際協力の推進にある。

この理念は技能実習制度が創設されて以来一貫したものであり、技能実習法には、基本理念として「技能実習は、労働力の需給の調整の手段として行われてはならない」（法第3条第2項）と歌われている。

---

### (3) 本制度の概要

技能実習制度は過去の運用実態などにおける課題などより改善がされている。2020年12月末時点の技能実習法に基づく本制度の概要をまとめると下記のようなになる。

#### 1) 外国人技能実習機構の設立

技能実習法に基づき外国人技能実習機構が設立され、同機構は、技能実習計画の認定、実習実施者の届出の受理、監理団体の許可申請の受理等を始め、実習実施者や監理団体に対する指導監督や、技能実習制度の適正な実施及び技能実習生の保護に関する業務を行う。

#### 2) 技能実習計画の認定制

技能実習の実施者は、技能実習計画を作成しその技能実習計画が適当である旨の認定を受けること。

#### 3) 実習実施者の届出制

実習実施者が技能実習を開始したときには、遅滞なく届け出なければならない。

#### 4) 監理団体の許可制

監理事業を行おうとする者は、主務大臣の許可を受けなければならない。

#### 5) 技能実習生の保護

技能実習生の保護のため、技能実習の強制、違約金設定、旅券又は在留カードの保管等に対する禁止規定を法律に定めるほか、これに違反した場合の罰則に関する規定を定めている。

#### 6) 二国間取決めに基づく送出国による送出機関の認定

日本政府と送出国政府との間で二国間取決めに順次作成し、各送出国政府において自国の送出機関の適格性を個別に審査し、適正なもののみを認定する仕組みを構築する。

### (4) 受入方式

受入方式には、企業単独型と団体監理型の二つがあるが、企業単独型は2.8%、団体監理型が97.2%となっている（2018年末）。

- 企業単独型: 日本の企業等(実習実施者)が海外の現地法人、合弁企業や取引先企業の職員を受入れて技能実習を実施。
- 団体監理型: 事業協同組合や商工会等の営利を目的としない団体(監理団体)が技能実習生を受入れ、傘下の企業等(実習実施者)で技能実習を実施。

#### 1) 企業単独型と団体監理型のメリット・デメリット

上記のとおり団体監理型による受入がほとんどを占めるが、それは下表に示す企業単独型と団体監理型のメリット・デメリットによるものであると考えられる。

表 1-1-1 企業単独型と団体監理型のメリット・デメリット

	企業単独型	団体監理型
メリット	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 企業側は事前に実習生の人柄などもよく知った上で受入れることができる</li> <li>● 実習生も企業のことをよく理解して応募するため、実習時における齟齬が発生しない</li> <li>● 管理費が発生しない</li> <li>● 帰国後も現地事業所等で働くため、企業側としては受入れにかかったコストを回収しやすい</li> </ul>	<p>以下の支援があり、技能実習に専念できる</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 入出国に係る事務手続きを監理団体が代行してくれる</li> <li>● 配属までの日本語講習実施</li> <li>● 専任担当者の配置</li> <li>● 組合専属通訳スタッフの配置</li> </ul> <p>送出し企業との資本関係要件の緩和</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 受入れ人数の制限緩和</li> <li>● 担当職員による巡回サポート</li> </ul>
デメリット	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 海外に支店や関連企業等の現地法人がある場合のみ可能となっている。</li> <li>● 入出国に係る書類などの事務手続きや日本語講習などの実習をすべて企業自身で対応しなければならない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 実習生候補とのコミュニケーションの機会が限定される</li> <li>● 管理費などのコストが発生する一方、監理団体、送出し機関など外部機関の質に左右される</li> </ul>

出所：各種 Web サイト<sup>135</sup>、ヒアリングなどより JICA 調査団が取り纏め

## 2) 企業単独型の受入れ条件

上記、企業単独型のデメリットとして大きな点は支店・現地法人などがあることが求められることであるが、企業単独型方式で技能実習生を受け入れるには、受け入れ先の日本企業が以下の四つのうちのいずれかの海外の事業所を持っていることが基本的な条件となっている<sup>136</sup>。

- 現地法人 現地の法律に基づいて設立された法人
- 合弁会社 複数の企業が共同で出資した企業
- 子会社 議決権の過半数を所有する会社
- 関連企業 議決権の 20%以上を所有する会社

### (5) 他制度への移行

- 無試験で特定技能に移行可能である。
- 特定技能に移行すれば、さらに最長 5 年間、介護施設で働けるようになる。

## 1-2-3 特定技能（在留資格）概要

2018 年 12 月の臨時国会において、在留資格・特定技能の新設を柱とする出入国管理及び難民認定法及び法務省設置法の一部を改正する法律が可決・成立し、2019 年 4 月 1 日より人手不足が深刻な産業分野において特定技能での新たな外国人材の受入れが可能となった。

<sup>135</sup> <https://www.hng.co.jp/humanvillage/>, <https://titps.jp/>,

<sup>136</sup> または、下記のいずれかの関係を有する外国の事業所がある場合も受入れを行うことができる。1 年以上の国際取引実績または過去 1 年間に 10 億円以上の国際取引の実績を有するもの、または国際的な業務上の提携を行っている等の密接な関係を有すると法務大臣が認めるもの。

---

中小・小規模事業者をはじめとした深刻化する人手不足に対応するため、人材確保が困難な状況にある産業上の分野において、一定の専門性・技能を有し即戦力となる外国人を受入れていくもの。

- ①介護; ②ビルクリーニング; ③素形材産業; ④産業機械製造業; ⑤電気・電子情報関連産業; ⑥建設; ⑦造船・船用工業; ⑧自動車整備; ⑨航空; ⑩宿泊; ⑪農業; ⑫漁業; ⑬飲食料品製造業; ⑭外食業
- 特定技能1号は14分野で受入れ可能だが、⑥建設、⑦造船・船用工業のみ特定技能2号の受入れも可能。

介護分野では2019年4月のフィリピンに続いてカンボジア、インドネシア、ネパール、モンゴルでも資格試験が実施され、約3千人が受験した。合格者のうち85%をフィリピンが占める。

- 2019年12月時点で、受入れ人数は19人に留まる。

#### 1-2-4 EPA（経済連携協定）概要

経済活動の連携の強化の観点から実施し、インドネシア、フィリピン、ベトナムの3ヶ国から外国人を受入れている。

- 日・インドネシア経済連携協定（平成20年7月1日発効）に基づき2008年度から、日・フィリピン経済連携協定（平成20年12月11日発効）に基づき2009年度から、日・ベトナム経済連携協定に基づく交換公文（平成24年6月17日発効）に基づき2014年度から、年度ごとに、外国人看護師・介護福祉士候補者の受入れを実施。
- 2019年8月末時点で、累計受入れ人数は3ヶ国併せて6,400人を超えた。
- 看護師・介護福祉士の国家資格を取得することを目的として、協定で認められる滞在の間（看護3年間、介護4年間）に就労・研修することになっている。

日本においては国際厚生事業団（JICWELS）が唯一の受入れ調整機関となっている。

##### (1) 他制度への移行

2019年より、EPAに基づいて介護福祉士の候補者として来日した外国人についても、一定の条件を満たせば試験を受けずに、新たな在留資格「特定技能」に移行できるようになった。

##### (2) 介護（在留資格）

平成28年11月「出入国管理及び難民認定法の一部を改正する法律」が成立し、公布された（平成28年法律第88号）。

この改正法の内容の一つは、介護福祉士の資格を有する外国人が介護業務に従事するための在留資格を設けることであり、同法を基に2017年に在留資格「介護」が創設された。

介護福祉士の資格を有する外国人が介護施設等との契約に基づいて介護（又は介護の指導）の業務に従事するための在留資格であり、日本の介護福祉士養成施設（都道府県知事が指定する専門学校等）を卒業し、介護福祉士の資格を取得した人が対象となっている。

### (3) 在留資格までの典型的な流れ

在留資格までの典型的な流れは下記の二つ流れとなる。

#### 1) 留学

- 外国人留学生として入国
- 介護福祉士養成施設で修学（2年以上）
- 介護福祉士の国家資格取得

#### 2) 介護

- 在留資格変更「留学」→「介護」
- 介護福祉士として業務従事

### 1-2-5 日本・スリランカにおける取決め

日本・スリランカ間において関連する取決めとして、以下の2の覚書が締結されている。

#### (1) 技能実習に関する協力覚書（MOC）

- 文書名：日本国法務省・外務省・厚生労働省とスリランカ海外雇用省との間の技能実習に関する協力覚書（MOC）
- 作成日：2018年2月1日
- 主な内容
  - 日本側
    - ◇ 技能実習法の基準に基づき、監理団体の許可・技能実習計画の認定を行う。
    - ◇ スリランカ側が認定した送出機関及び認定を取り消した送出機関を日本で公表し、スリランカ側が認定した送出機関からの技能実習生のみを受け入れる。
    - ◇ 監理団体・実習実施者に対して、許認可の取消や改善命令を行った場合は、その結果をスリランカ側に通知する。
  - スリランカ側
    - ◇ 本協力覚書の認定基準に基づき、送出機関の認定を適切に行う。
    - ◇ 送出機関の認定を取り消したときは、日本側に通知する。
    - ◇ 日本側から不適切な送出機関についての通知を受けたときは、調査を行い適切に対処する。またその結果を日本側に通知する。
  - 共通
    - ◇ 技能実習制度の運用について、定期的な意見交換を行う。

#### (2) 特定技能に関する協力覚書（MOC）

- 文書名：スリランカとの在留資格「特定技能」を有する外国人材に関する制度の適正な実施のための基本的枠組みに関する協力覚書（MOC）
- 署名日：2019年6月19日
- 内容

- 両国が特定技能外国人の円滑かつ適正な送出し・受入れの確保（特に、悪質な仲介事業者の排除）及び特定技能外国人の日本国での就労における問題の解決等のための情報連携及び協議の基本的枠組みを定めている。

なお、MOC の締結としては 6 ヶ国目で、日本語試験実施国 9 ヶ国以外では初めてとなる。

### 1-2-6 スリランカ人介護人材の受入れ状況

2019 年 12 月末時点でのスリランカ人介護人材の受入状況は、下表のとおり、技能実習がそのほとんどを占めている。特定技能はまだ開始間もない制度であるため、今後人数が増加するものと考えられる。

表 1-2-6 在留スリランカ人（2019 年 12 月末時点）

#	在留資格	人数
1	技能実習	740 人
2	特定技能 1 号	5 人
3	在留資格「介護」	1 人

出所：e-Stat (<https://www.e-stat.go.jp/>) より JICA 調査団が取り纏め

### 1-3 応募から受入れプロセス（技能実習制度及び特定技能）

スリランカにおいて日本との協力覚書が交わされ、現状及び今後に活用が期待される技能実習及び特定技能について応募から受入プロセスを整理する。

#### 1-3-1 技能実習制度

##### (1) 応募要件

- 帰国後、修得した技能等を要する業務に従事する予定、介護と同種の業務に従事した経験を有する等が求められる。
- 日本語能力について、入国時は N4 程度が要件だが、1 年後は N3 程度が要件となる。
- 1 年後に N3 程度に満たない場合、雇用されている事業所で介護の技能の習熟のために必要な日本語を学ぶこと等を条件に、引き続き 3 年目まで在留することが可能である。

##### (2) 来日までのプロセス

表 1-3-1-1 来日までのプロセス（技能実習制度）

#	現地(送り出し機関・外国人人材)	受入れ機関
1		監理団体に加入、受入れ申し込み(求人募集)
2	送出し機関による現地での募集・事前選考	
3	現地面接・マッチング(雇用契約締結)	
4	送出し機関による現地での講習日本語能力試験等	

出所：厚生労働省；アジア産業技術交流協会 Web サイトより JICA 調査団が取り纏め



- 各プロセスに要する時間は、機関によって異なるが、協同組合三和の場合を以下に例示する。
  - 外国送出機関での技能実習生募集: 1 週間
  - 選考: 2 週間
- 基本的に、応募者に対して受入れ機関が現地で面接を行う（オンライン、代理面接<sup>137</sup>の場合もあり）。したがって、応募者はその事業者での就労を希望した上で、受入れ機関側がその面接結果等を踏まえて受入れを決定する。
- 管理団体と送出機関は、外国人技能実習機構（OTIT）で一覧が確認可能である。

下表は、あるスリランカ人技能実習生の来日までのプロセスについてのヒアリング結果である。この事例のように、現状、実習先の選択においては、特別な検討を行っていないと推測される。日本の事業者にとってはスリランカ人実習生候補との接触の機会をいかに増やすかが重要となると考えられる。

表 1-3-1-2 来日までのプロセスに関するスリランカ人の事例

項目	概要
なぜ日本で介護をしようと思ったか	日本の四季（富士山、桜、雪、紅葉）が好きで日本に来たかったため、日本で仕事をする機会を探していた。在日スリランカ大使館で働きたいと思い、面接も受けたがなかなかチャンスがなかった。日本で働くには、お金も掛かる上にビザも必要で、介護技能実習制度を知って応募した。女性なので工場より介護がいいと思い、また親も介護を推したため、介護を選んだ。
応募した送出機関を選んだ理由	監理団体の新聞広告を見た親戚の人から募集を教えてもらい知った。
現在の実習先での実習を選択した理由	日本に来る前に実習先の理事長がスリランカに来て面接を受けた。他の施設の面接は受けなかった。
スリランカ現地での講習	スリランカで 6 か月間のトレーニングを受けた。その殆どは語学の勉強であった。

出所：ヒアリングより JICA 調査団が取り纏め

スリランカ人の受入れ実績のある介護事業者に対するヒアリング（表 1-3-1-3）において、受入プロセスに課題はなかったとしている。一方、直接現地まで出向き面接を丁寧に行っている、監理団体の動きも良かった事などがその要因として挙げられる。

表 1-3-1-3 受入プロセスに関する介護事業者の事例 1

項目	概要
現地募集において	特に無かった。

<sup>137</sup> オンラインは企業が直接行うが、代理面接は現地にいる第三者によって行われるものである。これらの面接方式はコロナ禍以前より企業事情や方針によって採用されていたものであるが、コロナ禍によりオンラインあるいは代理面接は増えていると思われる。

問題はあるか。	
面接はどのように行っているか。(現地、オンライン、代理面接など)。	現地で行った。 第二期は人材要望を事前に監理団体に提出し、2020年2月に現地面接を行っている。その際は、実習生候補者の自宅まで出向きご両親にも面会し個々人のバックグラウンドを理解しようと努めた。
受入れ(来日)までの過程で困ったこと、課題は	全く無かった。 必要書類も全て監理団体が準備してくれた。
良い人材を集めるのに重要なことは	監理団体がしっかり運営されていること。

表 1-3-1-4 受入プロセスに関する介護事業者の事例 2

項目	概要
現地募集において問題はあるか。	特には無いが、実習生が借金をされているかもしれない点や募集時に介護という仕事についての説明がしっかりとされているかに多少不安がある。
面接はどのように行っているか。(現地、オンライン、代理面接など)。	現地面接。 現在はオンラインで面接をしている。
受入れ(来日)までの過程で困ったこと、課題は	内定後に日本語試験不合格や諸事情で来日しないことがある。
良い人材を集めるのに重要なことは	優良な送出し機関と教育機関が集めた人材であること。

## 1-3-2 特定技能

### (1) 応募要件

- 技能試験(介護技能評価試験)及び日本語試験(N4以上及び介護日本語評価試験)に合格すること

### (2) 来日までのプロセス

表 1-3-2 来日までのプロセス(特定技能:新規入国の場合)

#	外国人人材	受入れ機関
1	技能・日本語試験に合格	
2	企業の求人募集に直接申し込む / 民間の職業紹介事業者による求職の	求人募集・人材紹介会社から紹介

	斡旋	
3	面接等の上で受入れ機関と雇用契約締結	

出所：経済産業省；コンチネンタル国際行政書士事務所 Web サイトより JICA 調査団が取り纏め

- 特定技能外国人を紹介するには、有料職業紹介事業の許可が必要（他の人材紹介事業と同様）である。
  - 特定技能の外国人を海外から紹介する事業者に対する留意点については、厚生労働省が示している。
- 外国人人材が直接、あるいは職業紹介事業者を通じて求人に応募することとなるため、応募者はその事業者での就労を希望した上で、受入れ機関側がその面接結果等を踏まえて受入れを決定する。

なお、既にスリランカ人技能実習生を受け入れている介護事業者によると、特定技能による外国人材の受入については、技能実習を補完する位置付で研究をしているとのことである。今のところ、他職種への転職可能性があることや、監理団体によるフォローがないことが技能実習制度と比べたデメリットと考えているとのことであった。

また、スリランカ人技能実習生を受け入れている別の介護事業者は、特定技能のメリットとして、トータル費用が安価に思われる点、既に技能実習生で来日経験がある人も対象となる点を挙げている。一方、デメリットとして、要件が技能実習生と比較し緩いため、介護認識が低い可能性が懸念されるとしている。

#### 1-4 受入れ後の実習環境の実態（技能実習制度）

現状、外国人材の育成・活用において主要な方法である技能実習制度において、その受入れ後の実習環境の現状、課題等を整理する。

##### 1-4-1 技能実習時における現状、課題

日常会話に加え、介護記録等で読み書きにおいても高い日本語能力が求められるという介護の業務上の性質から、日本語習得が技能実習における大きな障害となっている。

##### (1) 外国人介護人材が認識する課題

多くの外国人介護人材が、日本語の習得に課題を感じている。

- MURC（2020）によると、技能実習生の47%が最近1年で困ったこととして「日本語の勉強」を挙げている。
- 同調査によると、場面別の日本語理解度は、「いつもの生活での会話」は93%と高いが、「介護施設での引きつぎ、申し送り」（74%）、「介護記録の読み」（70%）、「介護福祉士国家試験の勉強」（62%）、「介護記録の書き」（59%）と、業務に関連する場面では割合が低下傾向にある。

## (2) 介護事業者が認識する課題

- 外国人介護人材を受け入れる事業者も、日本語能力を重視しているものの、十分な支援を行えていない。
  - MURC (2020) によると、介護事業者が採用時に重視する点としては日本語能力が最多(78%)となっている。
  - 同調査によると、「介護現場に必要な日本語習得のための支援」を外国人介護職員への重要な支援として挙げる事業者が最も多い(68%)。
    - ◇ 外国人介護職員向け研修における実施困難なテーマは、「介護福祉士国家試験に必要な日本語」が35%で最多である。
    - ◇ 技能実習生に対する日本語学習に関わる「施設からの支援」としては、「施設で日本人員に教えてもらっている」が最多(83%)となっており、特別な研修ではなくやりながら教えるという形式になっていることがうかがえる。
  - 本調査において行ったスリランカ人の受入れ介護事業者に対するヒアリングにおいても、日本語を教えるプロではない点を課題としてあげており、受入れ後の日本語教育の難しさが指摘される。なお、同事業者は、スリランカ技能実習生の介護技能に関する課題については、当初は慣れない日本人職員と同様と捉えていると回答しており、日本語教育と比べると大きな課題として捉えていない。

## (3) 日本語能力不足による悪影響

- 日本語能力が低いと、携われる業務範囲も限られてしまう。
  - みずほ情報総研(2020)の調査では、身体介護については大きな差がないものの、日本語能力が高い、あるいは就業期間の長い技能実習生は、その他にも様々な介護業務に従事していることが分かった。
  - インドネシア人の介護福祉士候補者と日本人職員とを比較した伊藤(2014)の研究<sup>138</sup>によると、20の調査項目(介護技術)の平均習得期間は、日本人の平均4.8ヶ月に対し、インドネシア人候補者は平均約8.7ヶ月であった。
    - ◇ 最も差異が大きかった技術は、介護記録である。
    - ◇ 本研究の対象は、基礎的な学力・専門知識を備えたEPA人材であった。技能実習生の場合はより差が大きくなると推測される。

## (4) 介護事業者の希望

- みずほ情報総研(2020)によると、受入れにあたって事業者が難しいと感じることとして、「業務に必要な日本語の習得が十分でない」や「指導を担当する職員の負担が重い」が比較的多く挙げられる。
  - ◇ 技能実習制度を活用する上で受入れ事業者が希望することとしては、「入国までの日本語学習の機会の充実」と「受入れ環境整備に対する資金面の支援の充実」が多い。
- MURC(2020)によると、介護事業者が採用時に重視する点としては日本語能力が最多(78%)となっている。

<sup>138</sup> 伊藤鏡(2014)「介護現場における外国人介護労働者の評価と意欲 - インドネシア第一陣介護福祉士候補者受け入れ施設のアンケート調査をもとに」

## 1-4-2 キャリア形成

キャリア形成のための支援は、多くの事業者で定期的な面談・フィードバックや職員間の交流に留まる。1-2 割の事業者では、介護福祉士国家資格取得を見据えた教材・学習機会を提供している<sup>139</sup>。

## 1-5 外国人介護人材に対する支援

MURC（2020）によると、外国人介護職員の定着・活躍支援について連携している機関・団体として、技能実習生のみを受け入れている事業者では、監理団体・登録支援機関が最も多い（約 80%）。次いで、約 10%の事業者が日本語学校と連携していると回答している。

- MURC（2020）によると、具体的な監理団体・登録支援機関との連携内容は次の通り：送り出し機関に関する情報の収集、技能実習生に関する相談・問い合わせ、監査の実施。

### 1-5-1 監理団体の主な役割

監理団体の主な役割は、下記の通り。

- 技能実習計画作成に対する作成指導
- 自ら企画した入国前講習・入国後講習の実施
  - 入国前講習は、母国で1ヶ月以上かつ160時間以上の課程で、次に関する講習を行う：日本語、日本での生活一般に関する知識、日本での円滑な技能等の修得等に資する知識。
  - 入国後講習は、第1号技能実習期間の6分の1以上を行うことが義務付けられている（入国前講習を1ヶ月以上かつ160時間以上の課程で実施した場合は、第1号12分の1に短縮される）。入国前講習の内容に加え、出入国又は労働に関する法令の規定に違反していることを知ったときの対応方法その他技能実習生の法的保護に必要な情報についての講習も行う。
- 監査・訪問指導（監査報告書の作成）
- 母国語相談
  - 直接母国語による相談が受けられる体制の確保が義務付けられている。

介護職種の監理を行う場合、監理団体に5年以上の実務経験を有する介護福祉士等を配置する必要があるため、介護は積極的に取り扱わないという監理団体も多い。

なお、スリランカからの受入れが可能な監理団体のリストの一部は下表のとおり。

#	団体名	本社所在地	Web サイト及び備考
1	ビジネスネット 協同組合	東京都	<a href="http://bnet-k.com/">http://bnet-k.com/</a> スリランカ、ミャンマー、ベトナム、中国それぞれ政府公認の送り出し機関と連携
2	グリーンテック 協同組合	三重県	<a href="https://www.green-tec-coop.com/intern/">https://www.green-tec-coop.com/intern/</a> モンゴル、中国、インドネシア、ベトナム、カンボジア、ネパール、スリランカから受け入れ可能

<sup>139</sup> みずほ情報総研株式会社、外国人介護人材の受入れの実態等に関する調査研究事業報告書、2020

3	CIC 協同組合	愛知県	<a href="https://www.chuubu-ic.com/01gmain/">https://www.chuubu-ic.com/01gmain/</a> 中国、インドネシア、ベトナム、フィリピン、タイ、ペルー、ラオス、スリランカ、インド、ミャンマー、モンゴル、ウズベキスタン、カンボジア、ネパール、バングラデシュから受け入れ可能
4	サンエス協同組合	愛知県	<a href="https://sanesu.or.jp/lp/1/index.html">https://sanesu.or.jp/lp/1/index.html</a> フィリピン、スリランカ、ベトナム、タイ、中国等に運営・提携機関あり。特にスリランカの質の高い実習生を獲得できるのが特徴と謳う
5	トラスト協同組合	広島県	<a href="https://www.hiroshima-trust.info/">https://www.hiroshima-trust.info/</a> ベトナム、スリランカの送り出し機関と提携
6	にっぽん技術振興協同組合	東京都	<a href="http://ntpc.or.jp/strength.html">http://ntpc.or.jp/strength.html</a> 中国、ベトナム、タイ、インドネシア、フィリピン、カンボジア、ラオス、スリランカ認定送り出し機関と提携
7	公益財団法人国際人材育成機構	東京都	<a href="http://www.imm.or.jp/Organizationoverview.html">http://www.imm.or.jp/Organizationoverview.html</a> インドネシア、タイ、ベトナム、バングラデシュ、スリランカ政府が直接選抜した技能実習生を受け入れ
8	全国人材支援事業協同組合	長野県	<a href="http://jinzai.coop/index.html">http://jinzai.coop/index.html</a> ベトナム、中国、インドネシア、カンボジア、フィリピン、ミャンマー、タイ、ネパール、バングラデシュ、モンゴル、スリランカ、ラオスの送り出し機関と取引実績あり
9	協同組合信プロジェクト	群馬県	<a href="https://jissyusei-shinproject.com/">https://jissyusei-shinproject.com/</a> ベトナム、中国、インドネシア、ミャンマー、インド、フィリピン、ネパール、スリランカ、モンゴルから受け入れ可能
10	協同組合東京共同事務センター	東京都	<a href="https://www.tokyo-jim.com/">https://www.tokyo-jim.com/</a> タイ、モンゴル、ベトナム、ミャンマー、スリランカ、中国の送り出し機関と提携
11	富士ビジネス協同組合	東京都	<a href="http://fujibusiness.net/">http://fujibusiness.net/</a> ベトナム、スリランカ・タイ、モンゴル、カンボジア、インドネシア、ミャンマーからの受け入れ実績あり

## 1-6 外国人介護人材の受入れにおける日本の事業者の意向と課題

### 1-6-1 外国人介護人材に対する受入れ意向

外国人介護人材に対する受入れ事業者の評価は総じて高く、今後も受入れていく意向を示す事業者が多い。

- MURC (2020) によると、今後3年間で外国人介護職員の受入れ意向がある事業者は、全体の78%となっている。

- 外国人介護人材に対する評価は総じて高いものの、事業者の期待値に十分に込められていない面もある。
  - みずほ情報総研（2020）によると、介護サービスの質や業務に対する意欲、利用者・職員等からの評価、受入れの満足度は総じて高い。
  - 一方で、MURC（2020）によると、外国人介護人材に対して受入れ事業者は、外国人介護職員の統括・指導や事業所でのロールモデルといった役割を期待しているものの、実際にそうした人材がいると回答した事業者は非常に限定的。
- 事業者としては、EPA よりも技能実習制度の方が取り組み易い。
  - 候補生は事業者の支援と3年間の就労経験を通じて日本語能力と専門知識を修得し、来日4年目で介護福祉士の国家試験の合格が期待されている。しかし、教育のプロではない事業者が、就労中の外国人である候補生に対して、試験合格に向けた学習支援を行う負担は大きい。
  - 一方、技能実習制度では1-5年目まで実習生の滞在年数に応じて、達成すべき日本語能力と介護技能のレベルが示されている。事業者は実習生と当面の具体的な目標や達成度合い等を共有しながら実習を進められるため、取り組み易い枠組みである。
- スリランカ人技能実習生を受け入れているある介護事業者は、外国人介護人材の受入理由を慢性的な人材不足としている。スリランカをあえて選択したわけではなく、同事業者が依頼した監理団体が介護職で扱う国が（当時）スリランカのみだったためと説明している。人材不足は日本の介護事業者の共通的な課題であるが、本ケースのように事業者側が特に対象国を問わない場合、監理団体を通じた介護事業者へのスリランカのアピールは検討の余地があると考えられる。
- また、スリランカ人技能実習生を受け入れている別の介護事業者は、外国人介護人材の受入理由を人材不足としながらも、完成度の高い日本式介護技術を海外へ伝える為の人材育成としても捉えていると回答している。スリランカを選んだ理由として、政府が送出し機関で安心である点を挙げている。また、外国人人材採用時に重視する点として、面接時に介護知識・介護業務内容への理解・知識があることを挙げている。なお、同事業者は、スリランカ人は非常に優秀で勤勉であると高く評価している。また、利用者（高齢者）やその家族への人種的な懸念があったが、実際には全く問題が無いとしている。

## 1-6-2 活用

日本の介護事業者が進出を検討する国々では多くの場合、現地における介護産業が未成熟である。そのため、日本で習得した高い技能・知識を活かせる場を母国に作る事が求められている。実習生の主な送り出し国である中国やASEAN諸国は介護産業が未成熟であり、日本の介護の技能や知識を修得した実習生が力量を発揮する場が不足している<sup>140</sup>。

一方で、外国人介護人材のうち、長期的には介護分野以外で働くことを希望する人材が一定程度存在する。外国人介護人材のキャリアに対する希望として、5年後・10年後共に、「介護の技術や能力を高めたい」が最多（それぞれ72%、41%）だが、10年後は「介護以外の仕事をしたい」と考える人材の割合が34%と高くなる傾向にある<sup>141</sup>。

<sup>140</sup>みずほ情報総研株式会社、外国人介護人材の受入れの実態等に関する調査研究事業報告書、2020

<sup>141</sup>三菱UFJリサーチ&コンサルティング、外国人介護人材の受入れ実態等に関する調査研究事業報告書、2020

## 1-7 外国人介護人材から見た制度の魅力・課題

既存調査<sup>14)</sup>によると、来日理由としては介護技術の習得が最も多いが、仕事上での目標としては金銭面が大きい。

- ▶ 技能実習生が日本で介護の仕事を希望した理由としては、「日本の介護を学びたいから」が最多(79%)である。
- ▶ 同調査によると、外国人介護人材の日本で介護の仕事をする上での目標では、「仕送りや貯蓄」が最多(44%)。「介護福祉士等の資格の取得」(28%)、「日本の高度な介護を学ぶこと」(19%)が続く。
- ▶ 外国人介護人材の日本での就労経験に対する満足度は高い。
- ▶ 働いている施設の就労条件面に対する満足度は、各項目概ね高い結果が得られている。
- ▶ 同調査によると、施設からの各種支援面における満足度についても、全体としては7割から8割程度の満足度となっている。
- ▶ 但し、「将来のキャリアに関する説明・支援」(73%)と「家族への支援」(74%)は低めである。

表 1-7 スリランカ人の介護技能実習制度への期待など

項目	概要
実習先	特別養護老人ホーム
来日時期	2018年8月
なぜ日本で介護をしようと思ったか	日本の四季(富士山、桜、雪、紅葉)が好きで日本に来たかったため、日本で仕事をする機会を探していた。在日スリランカ大使館で働きたいと思い、面接も受けたがなかなかチャンスがなかった。日本で働くには、お金も掛かる上にビザも必要で、介護技能実習制度を知って応募した。女性なので工場より介護がいいと思い、また親も介護を推したため、介護を選んだ。
来日前の期待・想像と実際の違った点	<p>【生活面】</p> <p>来日前、日本人には厳しいイメージを持っていたが、優しい人が多かった。食生活では、スリランカでよく食べるカレーの材料等はスリランカ人がやっている店から買っており問題ない。</p> <p>【日本語】</p> <p>心配していたほどではなかった。高齢者との会話でも優しく話してくれている。</p> <p>【介護技能・実務】</p> <p>施設が立派で驚いた。スリランカにはこういった施設がないので驚いた。同僚や高齢者から肌の色の違いによる拒否感が心配だったがそうでもなかった。</p> <p>【その他】</p> <p>来日後、監理団体での1か月の訓練期間に語学と介護のトレーニングを受けた。スリランカには介護施設があまりない。</p>
技能実習制度について良い点、課題	給料がもっと欲しい。技能実習制度ではアルバイト等が出来ない。
来日前、帰国後で望む支援	来日前については特にない。帰国後は待遇改善に繋がる技能実習終了の認証制度のようなものがあれば良いと思う。



はあるか	
帰国後に希望するキャリアパス	日本の介護用具・機器の店をスリランカで出そうと考えている。技能実習期間がまだ2年間程あるので、その後スリランカで介護機器の店を出したい。

出所：ヒアリングより JICA 調査団が取り纏め

## 1-8 技能実習制度を活用した人材育成にかかる課題とその対策案

本項目では、技能実習制度（特定技能を含む）を活用したスリランカ人のケアギバー育成への活用の可能性介護課題及び考えられる施策をまとめる。

### ● スリランカ人ケアギバー候補

現状・課題	考えられる対策・支援
技能実習での就労は、そもそも出稼ぎ目的が主である場合がある。その場合、介護技術を学ぶ意欲が低い、スリランカに帰国後に介護職を希望しないというリスクが想定される。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・支援プログラムの趣旨（日本でのスキル獲得→スリランカでの介護関連職での活用など長期的なキャリアパス支援）を説明し、同趣旨に合意した人に応募してもらう。</li> <li>・上記には監理団体、送出し機関との連携も図る。</li> <li>・実習期間は長期に渡るため、日本滞在中も定期的にコンタクトを取り実習生のモチベーションを維持する。</li> </ul>
日本で技術を獲得しても、スリランカ帰国後に活躍の場がない。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・（より高いスキルが求められると考えられる）民間事業者と連携し、優先的に採用をしてもらうなどの取り組みを行う。</li> <li>・民間連携事業などにより日本の介護事業者の展開を促し、就職の場を増やす取り組みをする。</li> <li>・技能実習生と起業家などと引き合わせ、新規ビジネス創出を促す。</li> </ul>
日本語能力不足、その他の問題で実習に集中できない。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・スリランカで日本語などの研修をより充実させる。そのため、既存機関、民間連携事業などとの連携を行う。</li> <li>（日本での支援は困難・不可能と思われるため、日本での研修などは省く）</li> </ul>
日本の介護事業者の関心がまだ低く、引き合いが少ない。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日本の介護事業者の関心を高める。</li> <li>・日本での説明会の実施、スリランカ人の魅力を高めるための日本語教育の充実化、日本介護事業者の現地進出促進など。</li> </ul>

### ● 日本の介護事業者

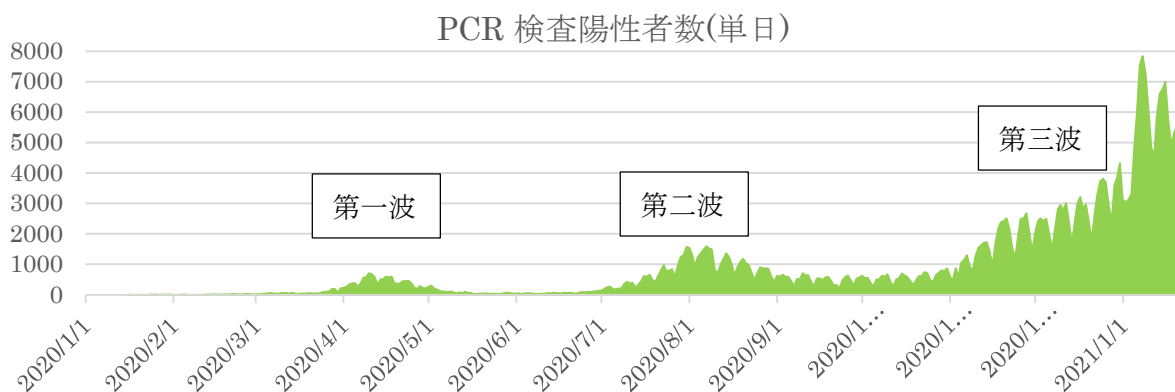
現状・課題	対策・支援
スリランカのことがよくわからない。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日本でスリランカ、スリランカ人についての説明を実施する。</li> <li>・監理団体へ働きかけを行う。</li> </ul>
日本語、介護の基礎を習得している人に来て欲しい。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・スリランカで日本語、介護教育を行い、スリランカ人材の魅力を高める。その為、既存機関との連携、民間連携事業などを活用する。</li> </ul>

# 新型コロナウイルス感染症

## 1-1 日本のコロナ対策の時系列の動き

日本では、2020年1月に中国武漢市に滞在歴のある男性から、最初の COVID-19 陽性者が確認されている。当該男性は、日本帰国日の1月6日に日本国内のクリニックでインフルエンザ迅速診断キット陰性とされ、自宅療養をしていたが、症状が軽快せず、1月10日にX病院を受診し、胸部レントゲン写真で肺炎像が確認された。1月13日には肺炎症状が改善されないことを受け、1月14日に管轄保健所により行政検査の手続きがとられ、1月15日夜に確定診断がなされ、日本国内で検知された新型コロナウイルス感染症第一例目となった。世界保健機関（WHO）に対しては1月16日未明に国際保健規則に基づいて症例の発生が通告している。

WHOは1月14日の段階で武漢市の新型コロナウイルス感染症事例に関して、限定的なヒト-ヒト感染が起こっている可能性があること、より広範囲なアウトブレイクが発生する可能性があることを指摘した<sup>142</sup>。日本国内において、医療機関・地方自治体との良好な連携体制に基づき、第一例目を迅速に探知し、適切に対応できたこと、また、1月15日の段階で、武漢市における市中感染の発生を認知することができたことなど、貴重な事例であると考えられている<sup>143</sup>。



出所：厚生労働省取り纏めデータを基に JICA 調査団作成

PCR検査数を拡大させる諸外国と異なり、限られたPCR検査能力で事態に対応するため、所謂「三密」・クラスター（感染者集団）対策と濃厚接触者の特定に重点が置かれた。流行初期はこの方策がある程度奏功したと指摘されているが、流行第三波が到来した2020年末時点では、東京や大阪などでは感染経路不明者の割合が半数に達し、クラスター対策で制御できる状態ではないと認識されるに至っている。第二波（2020年夏）は夜の繁華街が問題視される風潮にあったが、このような状況を受け、厚生労働省は第三波でのクラスター対策は高齢者施設等を優先する方針を示している。また、当初より指摘されていたPCR検査体制は諸々の要因で迅速に拡充出来たとは言い難く、現在に至るまでその検査件数は諸外国に比べて著しく限定的である。2020年6月8日の時点で10万人あたり1

<sup>142</sup> WHO ( <https://www.who.int/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19> )

<sup>143</sup> 国立感染症研究所「日本国内の新型コロナウイルス感染症第一例を契機に検知された中国武漢市における市中感染の発生」

日平均 PCR 検査数は 3 人であり、諸外国に比べて一桁以上少ない。

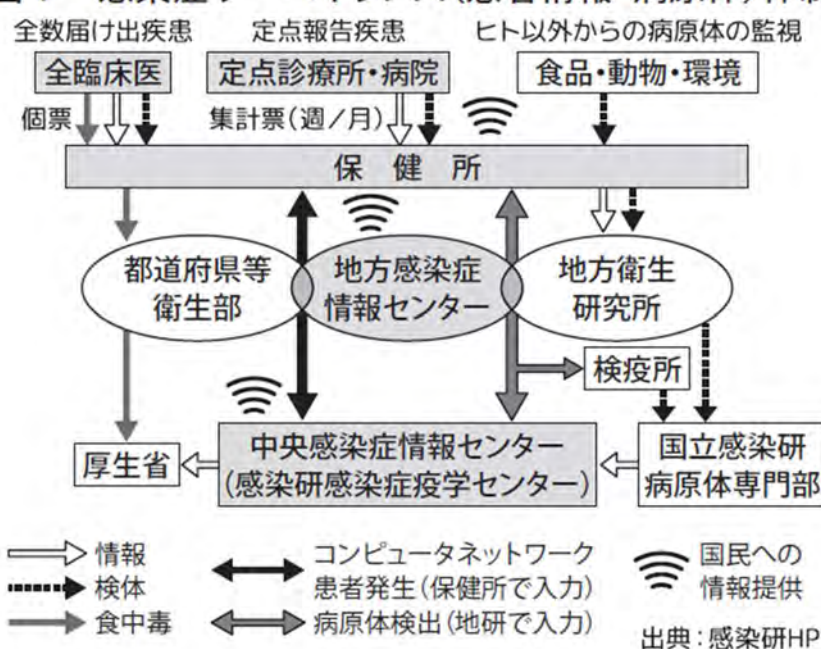
10 万人当たりの PCR 検査実施数

日本	3
イタリア	83
ドイツ	56
韓国	25
アメリカ	138
フランス	42

出所：東京保険医協会

この原因として、2020 年 1 月 28 日に厚労省が新型コロナウイルスを感染症法の「2 類感染症並み」に指定したこと、厚生労働省と保健所と言う公的機関による行政検査の独占体制の二点が指摘されている<sup>144</sup>。2 類感染症はポリオや結核、ジフテリアに相当する感染症である。また、2 類感染症に指定することで、感染症法上、新型コロナウイルス対策で PCR 検査を仕切るのは厚労省—国立感染症研究所（感染研）—保健所・地方衛生研究所（地衛研）のラインが PCR を含む行政検査を「独占」することとなった。

図 1 感染症サーベイランス(患者情報・病原体)体制



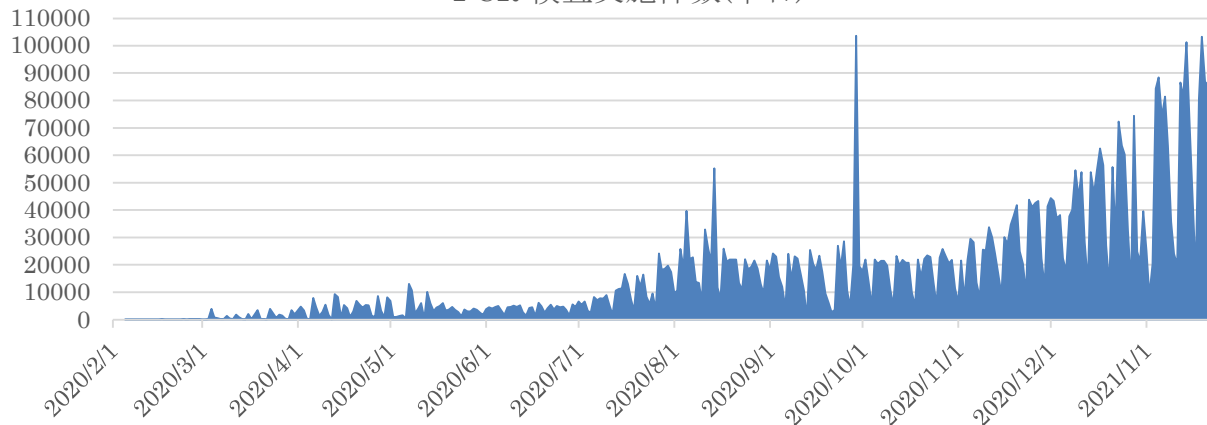
出展：国立感染症研究所

この結果、PCR 検査は保健所と地衛研が独占し、検査対象は海外からの帰国者と濃厚接触者に限定され、更に PCR 検査で感染が判明すれば、たとえ無症状でも強制的に入院させることになった。このような法的な措置は、クラスター対応等に必要な PCR 検査資源の有効活用には一定程度奏功したと推測される一方で、感染症法で規定されない PCR 検査の拡大や、自宅やホテルでの療養のハー

<sup>144</sup> 東京保険医協会「日本ではPCR検査がなぜ進まないのか」(<https://www.hokeni.org/docs/2020070200078/>)

ドルを上げ、社会全体で医療資源を浪費する結果にもなった。これはコレラなどを対象とした従来の感染症法のやり方をそのまま踏襲した結果であり、無症状の感染者が周囲にうつすことなど念頭においていなかったためとの指摘が出ている。

PCR 検査実施件数(単日)

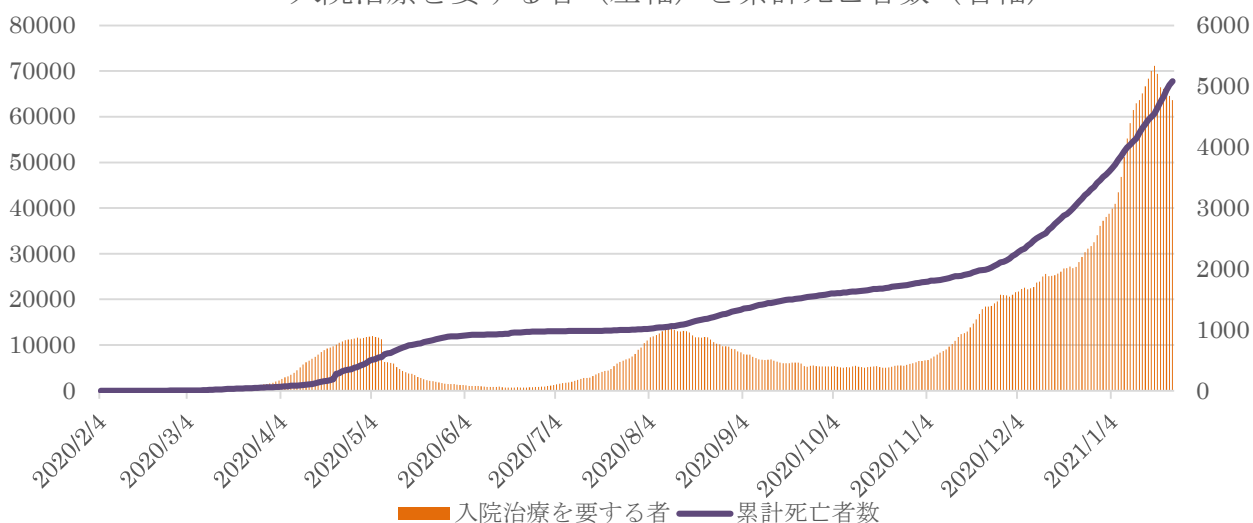


出所：厚生労働省取り纏めデータを基に JICA 調査団作成

注) 令和 2 年 9 月 29 日の一時的な PCR 検査数の増加は福岡県における民間検査機関等での実施件数（過去実施分含む）を計上したためである。

2020 年末の段階では、日本における COVID-19 の流行は第三波のフェーズに入っており、重症者・死者数も増加しており、首都圏では「新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言」の発出と緊急事態措置（2021 年 1 月 8 日～2 月 7 日）に至っている。当初、諸外国で行われたようなプライバシーを含む私権を制限した強権的な措置を取ることなくクラスター対策を講じ、一方で従来からの衛生的な慣習（マスク、手洗い、行動様式など）に加えて飲食店等の営業自粛や三密対策など、国民の協力的な取り組みにより比較的的成功したと思われていた日本の COVID-19 対策であるが、今後の流行は予断を許さない状況である。

入院治療を要する者（左軸）と累計死者数（右軸）



出所：厚生労働省取り纏めデータを基に JICA 調査団作成

## 1-2 介護施設でのクラスター発生状況

新型コロナウイルス感染症の重症化、死亡のリスクを高める要因の一つは高齢であり、高齢者の中でも介護施設等に集団で居住している人のリスクはとりわけ高いと考えられる。

日本国内では流行第一波の段階から多数の医療・福祉関係の施設内感染（クラスター）が発生している。例えば、2020年3月1日から4月12日までの約1か月半に、全国で893人の施設内感染が発生しており、同期間の総感染者数の約16%を占めている。

所在地	施設名（発表または記事掲載日） *1 通所型	最初の報告数	施設内感染総数 *2 運営会社単位	総感染者数	施設内割合 (%)
北海道	3/10 釧路労災病院 4/8 介護施設「グループホームぬくもりの里」 4/9 札幌呼吸器科病院	12	29	267	10.9
青森	4/9 認知症グループホーム「なかよし荘」	3	9	22	40.9
山形	4/5 特別養護老人ホーム翠明荘	2	2	34	5.9
茨城	3/28 JA とりで総合医療センター 3/31 アレーテル・つくば 4/1 ハミングハウス*1 3/24 筑波記念病院	15	44	109	40.4
群馬	3/28 公立館林厚生病院 3/12 ましも内科・胃腸科 4/10 有料老人ホーム「藤和の苑」	6	52	90	57.8
埼玉	4/12 社会福祉法人「皆成会」運営2施設*2	10	18	386	4.7
千葉	3/10 北総育成園 3/10 高齢者向け介護施設（市川市）*1 3/10 福祉事業所（市川市）	13	99	455	21.8
東京	3/23 永寿総合病院 3/26 慶応大病院 3/27 国立がん研究センター中央病院 4/12 中野江古田病院 4/9 東京都立多摩総合医療センター 4/4 東京慈恵会医科大学附属病院 4/14 都立墨東病院*3	23	307	2,080	14.8
神奈川	3/15 ハートケア湘南・芦名 3/2 福祉事務所 4/8 グループホーム（横浜市） 3/31 聖マリアンナ医科大学病院 4/4 北里大学病院 3/28 横須賀市立市民病院	12	35	478	7.3
富山	4/9 県立中央病院 4/9 富山市民病院	2	14	20	46.7
石川	4/7 岡部病院	3	5	113	4.4
岐阜	4/4 岐阜大学医学部付属病院	3	3	105	2.9
静岡	3/30 市立静岡病院	1	1	41	2.4
愛知	3/25 八事日赤病院 3/6 緑区デイサービス施設 A、B（名古屋市） 3/7 南生協病院 4/5 碧南市立病院 3/17 大同病院	10	30	319	9.4
京都	3/10 福知山市民病院 4/10 堀川病院	4	8	193	4.1
兵庫	3/10 仁恵病院 3/15 宝塚第一病院 3/12 北播磨総合医療センター 4/3 兵庫県立尼崎総合医療センター 3/10 グリーンアルス伊丹*1 3/13 仁科整形外科*1 3/24 県立西宮病院 4/9 神戸赤十字病院	13	112	375	29.9



	4/9 神戸市立医療センター中央市民病院				
広島	4/10 介護施設「デイサービスセンター水明園」*1	1	17	56	30.4
高知	4/9 高知医療センター	1	1	60	1.7
福岡	4/1 新小文字病院	19	81	362	22.4
	3/1 楽陽園				
	4/4 福岡記念病院				
	4/9 介護サービス会社運営有料老人ホーム「名島シーサイド1」「あいくらす香椎参道」「あいくらす立花」他1施設*2				
	4/9 福岡徳洲会病院				
4/2 西福岡病院					
大分	3/20 国立病院機構大分医療センター	5	26	42	61.9
	3/22 大分県立病院				
首都圏（埼玉、千葉、東京、神奈川）		58	459	3,399	13.5
全国		158	893	5,617	15.9

出所：東京保険医協会（<https://www.hokeni.org/docs/2020070200078/>）

医療崩壊の生々しい状態が伝えられたアメリカニューヨーク州においては、全死亡者の3分の1が高齢者の居住系施設で発生している（8月5日までの推計値）。また、同じくイタリア北部のロンバルディア州においても、国立衛生研究所（Istituto Superiore di Sanità）は同州内の4月上旬までの高齢者の死亡のうち3分の1以上が居住系高齢者施設で発生していると結論付けている。緊急事態宣言が発出された第一波の最中の5月8日時点での国内の死亡者557人のうち介護施設の入居者が占める割合は14%であることを報じている<sup>145</sup>。高齢者の居住系施設でのクラスターは発生したものの、その規模は少なくとも一時のニューヨーク州やロンバルディア州に比べると少なかったといえる。

日本の介護施設における感染がそれほど拡大せず、入所者の死亡数と割合が低い背景には、各施設が通常の感染予防対策を遵守したことがあり、厚生労働省が出した、2月の事務連絡によるところが大きいとの指摘もある。加えて、介護保険制度創設時から義務化されていた施設内の感染対策委員会の活動、新型インフルエンザ特別措置法の影響、非営利の運営主体、施設規模の小ささも感染の拡大を防いだ理由になったと考えられる<sup>146</sup>。

## 2 介護に関する影響

### 2-1 新型コロナ対策に係る政府通達・ガイドライン

介護事業所等における新型コロナ対策としては、以下に示す「介護事業所等向けの新型コロナウイルス感染症対策等まとめページ」が厚生労働省より作成、公開されており、最新の事務連絡や物品の確保に関する情報や感染対策等が、一覧性がある形で公表されている。なお、以後使用する「感染者」等の用語の定義は、厚生労働省の通達のそれに沿い以下の通りである。

用語	定義
感染者	医療機関が特定 ・PCR 陽性の者

<sup>145</sup> 共同通信「介護施設で死亡全体の14% 新型コロナ、共同通信自治体調査」（<https://www.47news.jp/4808143.html>）

<sup>146</sup> 井出 博生 東京大学未来ビジョン研究センター「介護施設で感染が拡大しなかった理由」（<https://www.covid19-jma-medical-expert-meeting.jp/topic/3430>）

感染が疑われる者	施設等が判断 ・息苦しさ（呼吸困難）、強いだるさ（倦怠感）、高熱等の強い症状のいずれかがある者、高齢者等で発熱や咳などの比較的軽い風邪の症状等がある者、医師が総合的に判断した結果感染を疑う者 ※PCR陽性等診断が確定前の者
濃厚接触者	保健所が特定 ・感染者と同室・長時間接触 ・適切な防護無しに感染者を診察、看護、介護・感染者の気道分泌液等に直接接触 ・手で触れることの出来る距離で必要な感染予防策なしで、患者と15分以上の接触
感染が疑われる者との濃厚接触が疑われる者	施設等が特定 ・「感染が疑われる者」と同室・長時間接触 ・適切な防護無しに「感染が疑われる者」を診察、看護、介護 ・「感染が疑われる者」の気道分泌液等に直接接触 ・手で触れることの出来る距離で必要な感染予防策なしで、「感染が疑われる者」と15分以上の接触

The screenshot shows a web browser window displaying the official website of the Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW) of Japan. The page title is "Summary of COVID-19 countermeasures for nursing facilities" (介護事業所等向けの新型コロナウイルス感染症対策等まとめページ). The page content includes a list of administrative updates (事務連絡更新状況) and a section for information (介護事業所等向けの情報) with icons for infection prevention, hygiene, and staff measures.

( 出典:厚生労働省 [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/taisakumatome\\_13635.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/taisakumatome_13635.html) )

2020年1月31日に厚生労働省から「社会福祉施設等における新型コロナウイルスへの対応について」という事務連絡が発出されており、これは介護施設を含む社会福祉施設等を対象としたものであり、この中では新型コロナウイルスに対して正しい認識を持つこと、感染対策マニュアル等を通じて基本的な感染症対策に努めることに触れた。

2月13日に通知は更新され、中国・湖北省又は浙江省から帰国した職員について、発熱、呼吸器症状がある場合の対応が指示されている。

更に2月24日に「社会福祉施設等（入所施設・居住系サービスに限る。）における感染拡大防止のための留意点について」という事務連絡が発出され、以下の感染防止に関するポイントを含め、ここではさらに踏み込んだ対応が記述されている。

- 1) 検温等の職員の健康管理
- 2) やむを得ない場合を除く面会制限
- 3) 委託業者等の物品の受け渡し等の制限
- 4) 感染が疑われる利用者に対する個室管理等の対応

介護施設で持ち込みによる感染の拡大を防ぐという観点からは、2)及び3)の措置を厳しくとり、介護施設自体を半ばロックダウンすることは重要な対策であったと評価されている。以下、2020年11月24日に発令された「高齢者施設における感染拡大防止対策の再徹底について」に示されている具体的な対策を、「入所施設・居住系サービス」、「通所・短期入所等サービス」、「居宅を訪問して行うサービス」の3類型につき、それぞれ感染防止の取組と感染者等が発生した場合の取組に分けて示す。

## (1) 感染防止の取組に関するガイドライン

### 1) 入所施設・居住系サービス

	取組
(1) 施設等における取組	<p>(感染症対策の再徹底)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 感染の疑いをより早期に把握できるよう、日頃から利用者の健康の状態や変化の有無等に留意</li> <li>○ 管理者は、日頃から職員の健康管理に留意、職員が職場で体調不良を申しやすい環境作り</li> <li>○ 感染防止に向け、職員間での情報共有を密にし、感染防止に向けた取組を職員が連携して推進</li> <li>○ 円滑な疫学調査協力のため、症状出現後の接触者リスト、ケア記録、勤務表、施設内出入者記録等の準備</li> </ul> <p>(面会及び施設への立ち入り)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 面会については、感染経路の遮断という観点と、つながりや交流が心身の健康に与える影響という観点から、地域における発生状況等も踏まえ、緊急やむを得ない場合を除き制限する等の対応を検討すること。具体的には、地域の発生状況等を踏まえ、管理者により制限の程度を判断し、実施する場合には、適切な感染防止対策を行った上で実施すること。引き続きオンラインでの実施も考慮</li> <li>○ 委託業者等についても、物品の受け渡し等は玄関など施設の限られた場所で行うことが望ましく、施設内に立ち入る場合は、体温を計測、発熱が認められる場合には入館を断る</li> <li>○ 面会者や業者等の施設内に出入りした者の氏名・来訪日時・連絡先について、積極的疫学調査への協力が可能となるよう記録</li> </ul> <p>(外出)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 入所者の外出については、生活や健康の維持のために必要なものは不必要に制限すべきではなく、「三つの密」を徹底的に避けるとともに、「人と人との距離の確保」「マスクの着用」「手洗いなどの手指衛生」等の基本的な感染対策を徹底し、自らの手で目、鼻、口を触らないように留意すること</li> </ul>



(2) 職員の取組	<p>(感染症対策の再徹底)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「高齢者介護施設における感染対策マニュアル改訂版」、「介護現場における感染対策の手引き」等を参照の上、マスクの着用を含む咳エチケットや手洗い、アルコール消毒等を徹底。</li> <li>○ 出勤前に体温を計測し、発熱等の症状が認められる場合には出勤を行わないことを徹底。</li> <li>○ 感染が疑われる場合、「新型コロナウイルス 感染症についての相談・受診の目安」を踏まえ適切に対応</li> <li>○ 職場外でも感染拡大を防ぐための取組が重要。換気が悪く、人が密に集まって過ごすような空間に集団で集まることを避ける等の対応を徹底</li> </ul>
(3) リハビリテーション等の実施の際の留意点	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ ADL 維持等の観点から、リハビリテーション等の実施は重要である一方、感染拡大防止の観点から、「三つの密」（「換気が悪い密閉空間」、「多数が集まる密集場所」及び「間近で会話や発声をする密接場面」）を避ける必要</li> <li>○ 可能な限り同じ時間帯・同じ場所での実施人数の縮小、定期的な換気、互いに手を伸ばしたら手が届く範囲以上の距離の確保、声を出す機会の最小化、声を出す機会が多い場合のマスク着用、清掃の徹底、共有物の消毒の徹底、手指衛生の励行の徹底</li> </ul>

## 施設等における取組

### ■感染症対策の再徹底

感染の疑いの早期把握に向け、管理者が中心となって毎日の検温の実施、食事等の際における体調の確認を行うこと、日頃から利用者の健康の状態や変化の有無等に留意が求められている。管理者は、日頃から職員の健康管理に留意し、職員が体調不良を申しやすい環境づくりに努め、無症候又は症状の明確でない者から感染が広がる可能性を踏まえ、人と人との距離をとること（**Social distancing**: 社会的距離）、外出の際の常日頃からのマスク着用、咳エチケット、石けんによる手洗い、アルコールによる手指消毒、換気といった一般的な感染症対策や、地域における状況（緊急事態宣言、居住する自治体の情報）も踏まえて、予防に取り組む。

介護保険施設においては、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会の開催等により、感染拡大防止に向けた取組方針の再検討や各施設における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針に基づく取組の再徹底を行う。感染防止に向け、職員間での情報共有を密にし、感染防止に向けた取組を職員が連携し取組を進めること。感染者が発生した場合に積極的疫学調査への円滑な協力が可能となるよう、症状出現 2 日前からの接触者リスト、利用者のケア記録（体温、症状等がわかるもの）、直近 2 週間の勤務表、施設内に入出入りした者等の記録を準備、入国拒否の対象地域から帰国後症状がある職員等がいる場合、施設長は、すみやかに市区町村に対して、人数、症状、対応状況等を報告する。発熱等の症状により感染が疑われる職員等がいる場合は、保健所に報告して指示を求める。また、最新情報を収集し、職員等に情報提供すること。厚生労働省で開発を進め令和 2 年 6 月 19 日付でリリースされた「新型コロナウイルス接触確認アプリ（COCOA : COVID-19 Contact-Confirming Application）」について、本アプリは利用が増えることで感染防止の効果が高くなることが期待されており、本アプリの活用について、職員に周知を行う。面会者、業者等の施設内に入出入りする者にも周知を行うことが望ましい。

## ■面会

面会については、感染経路の遮断という観点と、つながりや交流が心身の健康に与える影響という観点から、地域における発生状況等も踏まえ、緊急やむを得ない場合を除き制限する等の対応を検討する。具体的には、地域における発生状況や都道府県等が示す対策の方針等も踏まえ、管理者が制限の程度を判断する。一部の施設においてはオンライン面会を実施しており、「高齢者施設等におけるオンラインでの面会の実施について」（令和2年5月15日付厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室事務連絡）、「障害者支援施設等におけるオンラインでの面会の実施について」（令和2年5月22日付厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課事務連絡）等も参考に引き続きオンラインでの実施を考慮する。地域における発生状況等を踏まえ面会を実施する場合は、以下の留意事項も踏まえ感染防止対策を行った上で実施すべきであること。

## ■面会を実施する場合の留意事項

面会者の体温計測を実施し、発熱が認められる場合及び、のどの痛み、咳、倦怠感、下痢、嗅覚・味覚障害等の感染症が疑われる症状を有する場合やその他体調不良を訴える場合には面会を断る。面会者の氏名・来訪日時・連絡先については、感染者が発生した場合に積極的疫学調査への協力が可能となるよう記録する。面会者は原則として以下の条件を満たす者であること。

- ・ 感染者との濃厚接触者でないこと
- ・ 同居家族や身近な方に、発熱や咳・咽頭痛などの症状がないこと
- ・ 過去2週間内に感染者、感染の疑いがある者との接触がないこと
- ・ 過去2週間以内に発熱等の症状がないこと
- ・ 過去2週間以内に、入国制限、入国後の観察期間設定国・地域等への渡航歴がないこと。
- ・ 人数を必要最小限とすること。

面会者には、面会時間を通じてマスク着用、面会前後の手指消毒を求め、面会者の手指や飛沫等が入所者の目、鼻、口に触れないように配慮する。寝たきりや看取り期以外の場合は居室での面会は避け、換気可能な別室で行う。面会場所での飲食は可能な限り控え、大声での会話も控えること。面会者は施設内のトイレ使用を極力控え、やむを得ず使用した場合はトイレのドアノブも含め清掃及び必要に応じて消毒を行う。面会時間は必要最小限とし、1日あたりの面会回数を制限する。面会後は、必要に応じて面会者が使用した机、椅子、ドアノブ等の清掃又は消毒を行う。

## ■施設への立ち入り

委託業者等については、物品の受け渡し等は玄関など施設の限られた場所で行うことが望ましく、施設内に立ち入る場合については、体温計測を実施し、発熱や咳などの呼吸器症状等が認められる場合には入館を断る。業者等の施設内に入入りした者の氏名・来訪日時・連絡先については、感染者が発生した場合に積極的疫学調査への協力が可能となるよう記録する。委託業者等が施設内に立ち入る場合は、マスク着用と手指消毒を実施する。

## ■外出

「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針」（令和2年3月28日（令和2年5月25

日変更)) (新型コロナウイルス感染症対策本部決定) 三(3)1)①において、外出の自粛が促される状況であっても、屋外での運動や散歩など、生活や健康の維持のために必要なものについては外出の自粛要請の対象外とされており、入所者の外出については、生活や健康の維持のために必要なものは不必要に制限すべきではなく、「三つの密」を徹底的に避けるとともに、「人と人との距離の確保」「マスクの着用」「手洗いなどの手指衛生」等の基本的な感染対策を徹底し、自らの手で目、鼻、口を触らないように留意する。感染が流行している地域では、人との接触機会の低減の観点から、外出を制限する等の対応を検討する。

## 職員の取組

### ■感染症対策の再徹底

職員、利用者のみならず、面会者や委託業者等、職員などと接触する可能性があると考えられる者を含めて、マスクの着用を含む咳エチケットや手洗い、アルコール消毒等により、感染経路を断つことが重要であり、「高齢者介護施設における感染対策マニュアル改訂版」、「介護現場における感染対策の手引き」等を参照の上、対策を徹底する。職員は、各自出勤前に体温を計測し、発熱等の症状が認められる場合には出勤を行わないことを徹底する。なお、過去に発熱が認められた場合にあっては、解熱後 24 時間以上が経過し、咳などの呼吸器症状が改善傾向となるまでは同様の取扱いとする。なお、このような状況が解消した場合であっても、引き続き当該職員の健康状態に留意する。該当する職員については、管理者に報告し、確実な把握を行うよう努める(ここでいう職員とは、利用者に直接介護サービスや障害福祉サービス等を提供する職員だけでなく、事務職や送迎を行う職員、調理員等、当該事業所のすべての職員やボランティア等含む)。

発熱や呼吸器症状等により感染が疑われる職員等については、「新型コロナウイルス感染症についての相談・受診の目安」の改訂について(令和2年5月11日厚生労働省子ども家庭局総務課少子総合対策室ほか連名事務連絡)を踏まえて適切に対応する。職場はもとより、職場外でも感染拡大を防ぐための取組を進めることが重要であり、換気が悪く、人が密に集まって過ごすような空間に集団で集まることを避ける等の対応を徹底する。職員が感染源となることのないよう、症状がない場合であっても利用者と接する際にはマスクを着用し、食堂や詰め所でマスクをはずして飲食をする場合、他の職員と一定の距離を保つ。

## リハビリテーション等の実施の際の留意点

社会福祉施設等においては、利用者の廃用症候群防止や ADL 維持等の観点から、一定のリハビリテーション又は機能訓練や活動を行うことは重要である一方、感染拡大防止の観点から、「三つの密」(「換気が悪い密閉空間」、「多数が集まる密集場所」及び「間近で会話や発声をする密接場面」)を避ける必要があることから、リハビリテーション等共有スペースで実施する場合は、以下に留意する。

- ・ 可能な限り同じ時間帯、同じ場所での実施人数を減らす。
- ・ 定期的に換気を行う。
- ・ 利用者同士の距離について、互いに手を伸ばしたら手が届く範囲以上の距離を保つ。
- ・ 声を出す機会を最小限にし、咳エチケットに準じてマスク着用を考慮する。
- ・ 清掃を徹底し、共有物(手すり等)については必要に応じて消毒を行う。

- 
- ・ 職員、利用者ともに手指衛生の励行を徹底する。

## 2) 通所・短期入所等のサービス

感染防止に向けた取組を徹底する観点からは、日頃から以下のような感染防止に向けた取組を行うことが重要である。

### (1) 施設等における取組

#### ■感染症対策の再徹底

(入所施設・居住系サービスと同様)

#### ■面会、外出

(入所施設・居住系サービスと同様)

#### ■施設への立ち入り

(入所施設・居住系サービスと同様)

### (2) 職員の取組

#### ■感染対策の再徹底

(入所施設・居住系サービスと同様)

### (3) ケア等の実施に当たっての取組

#### ■基本的な事項

(入所施設・居住系サービスと同様)「リハビリテーション等の実施の際の留意点」

#### ■送迎時等の対応等

社会福祉施設等の送迎に当たっては、送迎車に乗る前に、本人・家族又は職員が本人の体温を計測し、発熱が認められる場合には、利用を断る。過去に発熱が認められた場合、解熱後 24 時間以上が経過し、呼吸器症状が改善傾向となるまでは同様の取扱いとする。なお、このような状況が解消した場合であっても、引き続き当該利用者の健康状態に留意する。送迎時には、窓を開ける等換気に留意するとともに、送迎後に利用者の接触頻度が高い場所(手すり等)の消毒を行う。発熱により利用を断った利用者については、社会福祉施設等から当該利用者を担当する居宅介護支援事業所又は相談支援事業所等(以下「居宅介護支援事業所等」という。)に情報提供を行い、当該居宅介護支援事業所等は、必要に応じ、訪問介護等の提供を検討する。市区町村や社会福祉施設等においては、都道府県や衛生主管部局、地域の保健所と十分に連携の上、必要となる代替サービスの確保・調整等、利用者支援の観点で居宅介護支援事業所等や社会福祉施設等において必要な対応がとられるように努める。

#### ■リハビリテーション等の実施の際の留意点

(入所施設・居住系サービスと同様)

	取組
(1) 施設等における取組	<p><b>(感染症対策の再徹底)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 感染防止に向け、職員間での情報共有を密にし、感染防止に向けた取組を職員が連携して推進</li> <li>○ 円滑な疫学調査協力のため、症状出現後の接触者リスト、ケア記録、勤務表、施設内出入者記録等の準備</li> </ul> <p><b>(施設への立ち入り)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 委託業者等による物品の受け渡し等は玄関など施設の限られた場所で行うことが望ましく、施設内に立ち入る場合については、体温を計測してもらい、発熱が認められる場合には入館を断る</li> <li>○ 業者等の施設内に入入りした者の氏名・来訪日時・連絡先について、積極的疫学調査への協力が可能となるよう記録</li> </ul>
(2) 職員の取組	<p><b>(感染症対策の再徹底)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「高齢者介護施設における感染対策マニュアル改訂版」、「介護現場における感染対策の手引き」等を参照の上、マスクの着用を含む咳エチケットや手洗い、アルコール消毒等を徹底</li> <li>○ 出勤前に体温を計測し、発熱等の症状が認められる場合には出勤を行わないことを徹底</li> <li>○ 感染が疑われる場合は、「新型コロナウイルス 感染症についての相談・受診の目安」を踏まえ対応</li> <li>○ 職場外でも感染拡大を防ぐための取組が重要。換気が悪く、人が密に集まって過ごすような空間に集団で集まることを避ける等の対応を徹底</li> </ul>
(3) ケア等の実施時の取組	<p><b>(基本的な事項)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 感染拡大防止の観点から、「三つの密」（「換気が悪い密閉空間」、「多数が集まる密集場所」及び「間近で会話や発声をする密接場面」）を避ける必要があり、可能な限り同じ時間帯・同じ場所での実施人数の縮小、定期的な換気、互いに手を伸ばしたら手が届く範囲以上の距離の確保等の利用者同士の距離への配慮、声を出す機会の最小化、声を出す機会が多い場合のマスク着用、清掃の徹底、共有物の消毒の徹底、手指衛生の励行の徹底</li> </ul> <p><b>(送迎時等の対応等)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 送迎車に乗る前に、本人・家族又は職員が本人の体温を計測し、発熱の場合には、利用を断る</li> <li>○ 送迎時には、窓を開ける等換気に留意。送迎後に利用者の接触頻度が高い場所（手すり等）を消毒</li> <li>○ 発熱により利用を断った利用者については、居宅介護支援事業所に情報提供。同事業所は必要に応じ、訪問介護等の提供を検討</li> <li>○ 市区町村や社会福祉施設等においては、都道府県や衛生主管部局、地域の保健所と十分に連携の上、必要となる代替サービスの確保・調整等、利用者支援の観点で居宅介護支援事業所等や社会福祉施設等において必要な対応がとられるように努める</li> </ul> <p><b>(リハビリテーション等の実施の際の留意点)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ADL維持等の観点から、リハビリテーション等の実施は重要である一方、感染拡大防止の観点から、「三つの密」を避ける必要</li> </ul>

### 3) 居宅を訪問して行うサービス

感染防止に向けた取組を徹底する観点からは、日頃から以下のような感染防止に向けた取組を行うこと重要である。

#### (1) 施設等における取組

##### ■ 感染対策の再徹底

(入所施設・居住系サービスと同様)

##### ■ 外出

以下の通り訪問介護員等の通院・外出介助、散歩の同行が訪問介護費の支給対象となりうることが示されている。その他は入所施設・居住系サービスと同様。

- ・「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」(平成 12 年 3 月 17 日付老計第 10 号)
- ・「適切な訪問介護サービス等の提供について」(平成 21 年 7 月 24 日付厚生労働省老健局振興課事務連絡)

## (2) 職員の取組

### ■感染症対策の再徹底

(入所施設・居住系サービスと同様)

## (3) ケア等の実施に当たっての取組

### ■基本的な事項

サービスを提供する際は、その提供に先立ち、利用者本人・家族又は職員が本人の体温を計測し(可能な限り事前に計測を依頼することが望ましい)、発熱が認められる場合には、「「新型コロナウイルス感染症についての相談・受診の目安」の改訂について」(令和 2 年 5 月 11 日厚生労働省子ども家庭局総務課少子化総合対策室ほか連名事務連絡)を踏まえた適切な相談及び受診を行うよう促すとともに、サービス提供に当たっては以下の点に留意する。

- ・ サービスを行う事業者等は、保健所とよく相談した上で、居宅介護支援事業所等と連携し、サービスの必要性を再度検討の上、感染防止策を徹底させてサービスの提供を継続する。
- ・ サービスを提供する者のうち、基礎疾患を有する者及び妊婦等は、感染した際に重篤化するおそれが高いため、勤務上の配慮を行う。
- ・ サービスの提供に当たっては、サービス提供前後における手洗い、マスクの着用、エプロンの着用、必要時の手袋の着用、咳エチケットの徹底を行うと同時に、事業所内でもマスクを着用する等、感染機会を減らすための工夫を行う。
- ・ 可能な限り担当職員を分けての対応や、最後に訪問する等の対応を行う。

	取組
(1) 施設等における取組	<p>(感染症対策の再徹底)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 感染防止に向け、職員間での情報共有を密にし、感染防止に向けた取組を職員が連携して推進</li> <li>○ 積極的疫学調査への円滑な協力が可能となるよう、ケア記録、勤務表の記録等を準備</li> </ul>
	<p>(外出)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 入所者の外出については、訪問介護等における利用者の通院・外出介助や屋外の散歩の同行について制限する必要はないが、「三つの密」を徹底的に避けるとともに、「人と人との距離の確保」「マスクの着用」「手洗いなどの手指衛生」等の基本的な感染対策を徹底し、自らの手で目、鼻、口を触らないように留意すること。</li> </ul>

(2) 職員の取組	<p>(感染症対策の再徹底)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「高齢者介護施設における感染対策マニュアル改訂版」、「介護現場における感染対策の手引き」等を参照の上、マスクの着用を含む咳エチケットや手洗い、アルコール消毒等を徹底</li> <li>○ 出勤前に体温を計測し、発熱等の症状が認められる場合には出勤を行わないことを徹底</li> <li>○ 感染が疑われる場合は、「新型コロナウイルス感染症についての相談・受診の目安」を踏まえて適切に対応</li> <li>○ 職場外でも感染拡大を防ぐための取組が重要。換気が悪く、人が密に集まって過ごすような空間に集団で集まることを避ける等の対応を徹底</li> </ul>
(3) ケア等の実施時の取組	<p>(基本的な事項)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ サービス提供に先立ち、本人の体温を計測し、発熱が認められる場合には、「新型コロナウイルス感染症についての相談・受診の目安」を踏まえた対応について」を踏まえた適切な相談及び受診を行うよう促すとともに、サービス提供時は以下の点に留意 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保健所とよく相談した上で、居宅介護支援事業所等と連携し、サービスの必要性を再度検討の上、感染防止策を徹底させてサービスの提供を継続</li> <li>・ 基礎疾患を有する者及び妊婦等は、感染した際に重篤化するおそれが高いため、勤務上の配慮を行う</li> <li>・ サービスの提供に当たっては、サービス提供前後における手洗い、マスクの着用、エプロンの着用、必要時の手袋の着用、咳エチケットを徹底。事業所内でもマスクを着用する等、感染機会を減らすための工夫</li> <li>・ 可能な限り担当職員を分けての対応や、最後に訪問する等の対応</li> </ul> </li> </ul>

## (2) 感染者等が発生した場合の取組に関するガイドライン

社会福祉施設等の利用者等(職員を含む)に感染者が発生した場合、保健所の指示に従うとともに、協力医療機関にも相談し、次の措置をとることとしている。

### 1) 情報共有・報告等の実施

- 速施設長等への報告を行い、当該施設内での情報共有
- 指定権者(障害福祉サービス等は、当該利用者の支給決定を行う市町村を含む)への報告
- 当該利用者の家族等に報告

### 2) 消毒・清掃等の実施

新型コロナウイルス感染者の居室及び当該利用者が利用した共用スペースについては、消毒・清掃を実施する。具体的には、手袋を着用し、消毒用エタノールで清拭する。または、次亜塩素酸ナトリウム液で清拭後、湿式清掃し、乾燥させる。なお、次亜塩素酸ナトリウム液を含む消毒薬の噴霧については、吸引すると有害であり、効果が不確実であることから行わないこと。トイレのドアノブや取手等は、消毒用エタノールで清拭する。または、次亜塩素酸ナトリウム液(0.05%)で清拭後、水拭きし、乾燥させる。保健所の指示がある場合は、その指示に従う。

### 3) 積極的疫学調査への協力等

- 保健所の指示に従い、濃厚接触者\*となる利用者等の特定に協力する
- 可能な限り利用者のケア記録や面会者の情報の提供等を行う

\* 具体的には以下：

- ・ 同室または長時間の接触があった者
- ・ 適切な感染の防護無しに診察、看護若しくは介護していた者
- ・ 気道分泌液若しくは体液、排泄物等の汚染物質に直接接触した可能性が高い者

- 
- ・手で触れる距離（1メートル）で、必要な感染予防策なしで15分以上の接触があった者

#### 4) 新型コロナウイルス感染症の感染者等への適切な対応の実施

##### ① 職員の場合の対応

職員の感染が判明した場合、原則入院、症状等によっては自治体の判断に従う。

##### ② 利用者の場合の対応

利用者の感染が判明した場合は、高齢者や基礎疾患を有する者等である場合には原則入院、それ以外の者については症状等によっては自治体の判断に従う。令和2年4月2日付け「新型コロナウイルス感染症の軽度者等に係る宿泊療養及び自宅療養の対象並びに自治体における対応に向けた準備について」（厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡）において、地域での感染拡大の状況によっては、高齢者や基礎疾患を有する者など以外の方で、症状がない又は医学的に症状が軽い方には自宅での安静・療養を原則としつつ、高齢者や基礎疾患を有する者等への家庭内感染のおそれがある場合等には、入院措置を行うものとする旨が示されている。

#### 5) 新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者等への適切な対応の実施

濃厚接触者等については、保健所と相談の上、最終接触から14日間の健康状態の観察することが基本となるが、詳細な期間や対応については保健所の指示に従う。

##### ① 職員の場合の対応

自宅待機を行い、保健所の指示に従う。職場復帰時期については、発熱等の症状の有無等も踏まえ、保健所の指示に従う。発熱等の症状がある場合は、自宅待機を行い保健所の指示に従う。発熱等の症状がない場合は、保健所と相談の上疑われる職員数等の状況も踏まえ対応する。

##### ② 利用者の場合の対応

保健所により濃厚接触者とされた利用者については、以下の対応を行う。

- ・ 当該利用者については、原則として個室に移動
  - ・ 有症状となった場合は、速やかに別室に移動
  - ・ 個室が足りない場合は、症状のない濃厚接触者を同室とする。
  - ・ 個室管理ができない場合は、濃厚接触者にマスクの着用を求めた上で、「ベッドの間隔を2m以上あける」または「ベッド間をカーテンで仕切る」等の対応を実施。
  - ・ 濃厚接触者が部屋を出る場合はマスクを着用し、手洗い、アルコール消毒による手指衛生を徹底。
  - ・ 当該利用者とその他の利用者の介護等に当たっては、可能な限り担当職員を分けて対応を行う。
  - ・ 職員のうち基礎疾患を有する者及び妊婦等は、感染時の重篤化の可能性を踏まえ勤務上配慮する。
  - ・ 当該利用者へのケアに当たっては、部屋の換気を1、2時間ごとに5～10分間行うこととする。
- また、共有スペースや他の部屋についても窓を開け、換気を実施する。
- ・ 職員は使い捨て手袋とサージカルマスクを着用する。咳込みなどがあり、飛沫感染のリスクが高い状況では、必要に応じてゴーグルやフェイスシールド、使い捨て袖付きエプロン、ガウン等を着用。
  - ・ 体温計等の器具は、当該利用者専用とし、その他が使用する場合は、消毒用エタノールで清拭。



- 
- ・ ケアの開始時と終了時に、(液体) 石けんと流水による手洗いまたは消毒用エタノール による手指消毒を実施する。手指消毒の前に顔(目・鼻・口)を触らないように注意する。「1 ケア 1 手洗い」、「ケア前後の手洗い」を基本とする。
  - ・ 濃厚接触者のうち有症状者については、リハビリテーション等は実施しない。無症状者については、利用者は手洗い、アルコール消毒による手指消毒を徹底し、職員は適切な感染防護の上で個室又はベッドサイドにおいて、実施も可能。

#### <個別のケア等の実施に当たっての留意点>

##### (i) 食事の介助等

- ・ 食事介助は、原則として個室で行う。
- ・ 食事前に利用者に対し、(液体) 石けんと流水による手洗い等を実施。
- ・ 食器は使い捨て容器、または、濃厚接触者のものを分けた上、熱水洗浄自動食器洗浄機を使用。
- ・ まな板、ふきんは、洗剤で十分洗い、熱水消毒するか、次亜塩素酸ナトリウム液に浸漬後、洗浄。

##### (ii) 排泄の介助等

- ・ 使用するトイレの空間の分離。
- ・ おむつ交換では、排泄物に直接触れない場合でも手袋、サージカルマスク、使い捨て袖付きエプロンを着用。
- ・ 使用済みおむつ等の廃棄物の処理に当たっては感染防止対策を講じる(注)。

※ ポータブルトイレを利用する場合の介助も同様とする。(使用後ポータブルトイレは洗浄し、次亜塩素酸ナトリウム液等で処理を行う。)

##### (iii) 清潔・入浴の介助等

- ・ 介助が必要な場合は、原則として清拭で対応する。清拭で使用したタオル等は熱水洗濯機(80℃10 分間)で洗浄後、乾燥を行うか、または、次亜塩素酸ナトリウム液浸漬後、洗濯、乾燥を行う。
- ・ 個人専用の浴室で介助なく入浴ができる場合は、入浴を行ってもよい。その際も、必要な清掃等を行う。

##### (iv) リネン・衣類の洗濯等

- ・ 当該利用者のもをその他の利用者と必ずしも分ける必要はないが、熱水洗濯機(80℃10 分間)で処理し、洗浄後乾燥、または、次亜塩素酸ナトリウム液浸漬後、洗濯、乾燥を行う。
- ・ 当該利用者が鼻をかんだティッシュ等のごみの処理は、ビニール袋に入れるなど感染防止対策を講じる。

## 1) 入所施設・居住系サービス

	(1)情報共有・報告等	(2)消毒・清掃等	(3)積極的疫学調査への協力等	(4)感染者への対応/(5)濃厚接触者への対応	
				職員	利用者
感染者	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者等に発生した場合、速やかに管理者等に報告し、施設内で情報共有</li> <li>・指定権者、家族等に報告</li> <li>・主治医及び居宅介護支援事業所に報告</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>居室及び利用した共用スペースを消毒・清掃。</li> <li>手袋を着用し消毒用エタノールまたは次亜塩素酸ナトリウム液で清拭等</li> <li>・保健所の指示がある場合は指示に従う</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者等に発生した場合、保健所の指示に従い、濃厚接触者の特定に協力</li> <li>・可能な限り利用者のケア記録や面会者の情報を提供等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>原則入院（症状等によっては自治体の判断に従う）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>原則入院。高齢者や基礎疾患を有する者等以外の者については症状等によっては自治体の判断</li> </ul>
感染が疑われる者	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者等に発生した場合、主治医や地域で身近な医療機関、受診・相談センターに電話連絡し、指示を受ける</li> <li>・速やかに管理者等に報告し、施設内で情報共有</li> <li>・指定権者、家族等に報告</li> <li>・主治医及び居宅介護支援事業所に報告</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者等に発生した場合、当該施設等において、感染が疑われる者との濃厚接触が疑われる職員を特定</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>協力医療機関や地域で身近な医療機関、受診・相談センターに電話連絡し、指示を受ける</li> </ul>	
濃厚接触者	-	-	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>自宅待機を行い、保健所の指示に従う</li> <li>・職場復帰時期については、発熱等の症状の有無等も踏まえ、保健所の指示に従う</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>原則として個室に移動。個室が足りない場合は、症状のない濃厚接触者を同室に。個室管理ができない場合、マスク着用、ベッド間隔を2m以上あける等の対応。部屋を出る場合はマスクを着用し、手指衛生を徹底</li> <li>・可能な限りその他利用者と</li> </ul>

感染が疑われる者との濃厚接触が疑われる者	-	-	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>・発熱等の症状がある場合は、自宅待機を行い、保健所の指示に従う。復帰時期については上欄と同じ。</li> <li>・発熱等の症状がない場合は、保健所と相談の上、疑われる職員数等の状況も踏まえ対応</li> </ul>	<p>担当職員を分けて対応</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアに当たっては、部屋の換気を十分に実施</li> <li>・職員は使い捨て手袋とサージカルマスクを着用。飛沫感染のリスクが高い状況では、必要に応じてゴーグル等を着用</li> <li>・体温計等の器具は、可能な限り専用に</li> <li>・ケアの開始時と終了時に、石けんと流水による手洗い等による手指消毒を実施。手指消毒の前に顔を触らないように注意。「1ケア1手洗い」等が基本</li> <li>・有症状者については、リハビリテーション等は実施しない。無症状者については、手指消毒を徹底した上で、職員は使い捨て手袋とマスクを着用し個室等において、実施も可能</li> </ul> <p>※保健所と相談の上、対応 ※個別ケア等実施時の留意点は別添のとおり</p>
----------------------	---	---	---	---	--

## 2) 通所・短期入所等のサービス

(入所施設・居住系サービスと同様)

	(1)情報共有・報告等	(2)消毒・清掃等	(3)積極的疫学調査への協力等	(4)感染者への対応/(5)濃厚接触者への対応	
				職員	利用者
感染者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者等に発生した場合、速やかに管理者等に報告し、施設内で情報共有</li> <li>・指定権者、家族等に報告</li> <li>・主治医及び居宅介護支援事業所に報告</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居室及び利用した共用スペースを消毒・清掃。手袋を着用し消毒用エタノールまたは次亜塩素酸ナトリウム液で清掃等</li> <li>・保健所の指示がある場合は指示に従う</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者等に発生した場合、保健所の指示に従い、濃厚接触者の特定に協力</li> <li>・可能な限り利用者のケア記録や面会者の情報を提供等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・原則入院（症状等によっては自治体の判断に従う）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・原則入院。高齢者や基礎疾患を有する者等以外については症状等によっては自治体の判断</li> </ul>
感染が疑われる者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者等に発生した場合、主治医や地域で身近な医療機関、受診・相談センターに電話連絡し、指示を受ける</li> <li>・速やかに管理者等に報告し、施設内で情報共有</li> <li>・指定権者、家族等に報告</li> <li>・主治医及び居宅介護支援事業所に報告</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居室及び利用した共用スペースを消毒・清掃。手袋を着用し消毒用エタノールまたは次亜塩素酸ナトリウム液で清掃等</li> <li>・保健所の指示がある場合は指示に従う</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者等に発生した場合、当該施設等において、感染が疑われる者との濃厚接触が疑われる職員を特定</li> <li>・特定した利用者について居宅介護支援事業所に報告</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・主治医や地域で身近な医療機関、受診・相談センターに電話連絡し、指示を受ける</li> </ul>	

濃厚接触者	-	-	-	・自宅待機を行い、保健所の指示に従う ・職場復帰時期については、発熱等の症状の有無等も踏まえ、保健所の指示に従う	・自宅待機を行い、保健所の指示に従う。居宅介護支援事業所は、保健所と相談し、生活に必要なサービスを確保
感染が疑われる者との濃厚接触	-	-	-	・発熱等の症状がある場合は、自宅待機を行い、保健所の指示に従う。復帰時期については上欄に同じ。 ・発熱等の症状がない場合は、保健所と相談の上、疑われる職員数等の状況も踏まえ対応	・短期入所においては、必要に応じ、入所施設・居住系サービスと同様の対応

### 3) 居宅を訪問して行うサービス

(入所施設・居住系サービスと同様)

<サービス提供にあたっての留意点>

- ・自身の健康管理に留意し、出勤前に各自で体温を計測して、発熱や風邪症状等がある場合は出勤しない。
- ・濃厚接触者とその他の利用者の介護等に当たっては、可能な限り担当職員を分けての対応や、最後に訪問する等の対応を行う。
- ・訪問時間を可能な限り短くできるよう工夫を行う。やむを得ず長時間の見守り等を行う場合は、可能な範囲で当該利用者との距離を保つように工夫する。
- ・訪問時には、換気を徹底する。
- ・ケアに当たっては、職員は使い捨て手袋とサージカルマスクを着用すること。咳込みなどがあり、飛沫感染のリスクが高い状況では、必要に応じてゴーグルやフェイスシールド、使い捨て袖付きエプロン、ガウン等を着用する。
- ・体温計等の器具については、消毒用体温計等の器具については、消毒用エタノールで清拭を行う。
- ・サービス提供開始時と終了時に、(液体)石けんと流水による手洗いまたは消毒用エタノールによる手指消毒を実施する。手指による手指消毒を実施する。手指消毒の前に顔(目・鼻・口)を触らないように注意する。「1ケア1手洗い」、「ケア前後の手洗い」を基本とする。

<個別のケア等の実施にあたっての留意点>

濃厚接触者に対する個別のケア等の実施にあたっては以下の点に留意すること。

- (i) 食事の介助等 (共通)
- (ii) 排泄の介助等 (共通)
- (iii) 清潔・入浴の介助等

・ 介助が必要な者（訪問入浴介護を利用する者を含む）については、原則清拭で対応する。清拭で使ったタオル等は、手袋とマスクを着用し、一般的な家庭用洗剤で洗濯し、完全に乾燥させる。

(iv) 環境整備

・ 部屋の清掃を行う場合は、手袋を着用し、消毒用エタノールで清拭する。または、次亜塩素酸ナトリウム液で清拭後、湿式清掃し乾燥させる。なお、次亜塩素酸ナトリウム液を含む消毒薬の噴霧については、吸引すると有害であり、効果が不確実であることから行わないこと。トイレのドアノブや取手等は、消毒用エタノールで清拭し、消毒を行う。または、次亜塩素酸ナトリウム液（0.05%）で清拭後、水拭きし、乾燥させる。保健所の指示がある場合は、その指示に従うこと。

	(1)情報共有・報告等	(2) 消毒・清掃等	(3)積極的疫学調査への協力等	(4)感染者への対応/(5)濃厚接触者への対応	
				職員	利用者
感染者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者等に発生した場合、速やかに管理者等に報告し、施設内で情報共有</li> <li>・指定権者、家族等に報告</li> <li>・主治医及び居宅介護支援事業所に報告</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者等に発生した場合、保健所の指示に従い、濃厚接触者の特定に協力</li> <li>・可能な限り利用者のケア記録を提供等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・原則入院（症状等によっては自治体の判断に従う）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・原則入院。高齢者や基礎疾患を有する者等以外の方については症状等によっては自治体の判断</li> </ul>
感染が疑われる者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者等に発生した場合、主治医や地域で身近な医療機関、受診・相談センターに電話連絡し、指示を受ける</li> <li>・速やかに管理者等に報告し、施設内で情報共有</li> <li>・指定権者、家族等に報告</li> <li>・主治医及び居宅介護支援事業所に報告</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者等に発生した場合、当該施設等において、感染が疑われる者との濃厚接触が疑われる職員を特定</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・主治医や地域で身近な医療機関、受診・相談センターに電話連絡し、指示を受ける</li> </ul>	
濃厚接触者	-	-	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自宅待機を行い、保健所の指示に従う</li> <li>・職場復帰時期については、発熱等の症状の有無等も踏まえ、保健所の指示に従う</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅介護支援事業所等が、保健所と相談し、生活に必要なサービスを確保。その際、保健所とよく相談した上で、訪問介護等の必要性を再度検討</li> </ul>

感染が疑われる者との濃厚接触が疑われる者	-	-	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>・発熱等の症状がある場合は、自宅待機を行い、保健所の指示に従う</li> <li>・発熱等の症状がない場合であっても、保健所と相談の上、可能な限りサービス提供を行わないことが望ましい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・検討の結果、必要性が認められ、サービスを提供することとなる場合には、以下の点に留意</li> <li>□基礎疾患を有する者及び妊婦等は、感染した際に重篤化するおそれが高いため、勤務上配慮</li> <li>□サービス提供時は、保健所とよく相談した上で、その支援を受けつつ、訪問時間を可能な限り短くする等、感染防止策を徹底。サービス提供前後における手洗い、マスクの着用、エプロンの着用、必要時の手袋の着用、咳エチケットの徹底を行うと同時に、事業所内でもマスクを着用する等、感染機会を減らすための工夫</li> <li>※サービス提供時及び個別ケア等実施時の留意点は別添のとおり</li> </ul>
----------------------	---	---	---	---	--

### (3) 介護職員向けオンライン研修

厚生労働省は介護保険サービス従事者（職員及び管理者）向けの感染対策に関する研修をオンラインで行っている。当該オンライン研修の目的は、介護保険サービスに従事する職員が標準感染予防策と感染発生時の備えを理解し実施できることとしている。サービス類型別に実際のケアの場面での対策について動画で示した内容も含まれており、感染症の基礎から感染発生時の対応まで幅広く学ぶことができるようになっている。内容以下そのコンテンツと公開日である。

#### 【職員向け】

- ・介護サービス提供の場で行う感染対策 【11月9日公開】
- ・標準予防策と感染経路別予防策 【11月9日公開】
- ・感染拡大防止のための職員の健康管理 【11月9日公開】
- ・生活の場における高齢者の健康管理 【12月2日公開】
- ・介護サービスを提供する際の衛生管理 【12月2日公開】
- ・手洗い、個人防護具の適切な使用 【12月2日公開】
- ・感染予防策を踏まえた介護・看護ケア（平常時・感染症流行時） 【12月2日公開】
- ・感染症発生時の対応（濃厚接触者・陽性者発生時を含む） 【12月2日公開】
- ・家族等への支援 【12月2日公開】
- ・感染症による死亡への備え 【12月2日公開】

#### 【管理者・感染対策教育担当者向け】

上記①に加えて、以下のプログラム

- ・生活を支えるための感染対策 【12月14日公開】
- ・感染対策マニュアルの見直しによる感染管理体制の改善 【12月14日公開】

- ・感染予防に取り組む職員のメンタルヘルス 【12月14日公開】
- ・感染症発生時の対応 【12月14日公開】
- ・実技・演習の進め方 【12月14日公開】

## 2-2 介護現場

### (1) 介護現場への影響

2020年の新型コロナウイルス感染症による利用控えや衛生用品を中心とした経費増加で介護事業者の経営は圧迫されている。2020年の春から夏にかけて、利用控えがあり、デイサービスや訪問の利用が落ち込み、年末には回復傾向だったところに感染の第三波が襲来している。密を避ける各種コロナ対策により、必然的に施設稼働率は低下している。

介護現場はコロナ以前から恒常的な人手不足産業であったが、コロナ対策で職員負担が増加した結果、人手不足が悪化している。例えばデイサービスでは、疫学調査の観点から送迎や入浴で誰が一緒になったかを常に記録し、作業ごとに消毒が欠かせない。クラスターが発生した施設で感染した職員の中には、後遺症や周囲への負目といった精神的な負担から、離職を希望するケースも出ている。また、人手不足を乗り越えても超過勤務手当がかさみ、経営を圧迫しているケースもある。

2021年度の介護報酬改定は感染症や災害への対応強化が柱であり、感染症や災害で利用者が急減した場合、報酬を上乗せすることになったが、経費の補助など介護報酬とは別に事業者への支援が必要になるとの指摘もある<sup>147</sup>。東京商工リサーチによると、2020年の介護サービス事業者の倒産件数は過去最多となっている。

### (2) ヒアリング

新型コロナウイルスの影響について、実際の介護事業者にヒアリングを行った。ヒアリング対象先はいずれも感染者が発生しておらず、一般的な内容であった。

#### 1) ショートステイ

1 事業者				
法人概要				
名称	LIFE・DESIGN 株式会社			
住所	〒851-0101 長崎県長崎市古賀町993番地3			
電話	095-832-0001			
FAX	095-832-0007			
URL	https://life-des.com/publics/index/2/			
職員数	合計	名	内、常勤	名
事業所/施設概要				
名称	ショートステイ王樹			

<sup>147</sup> 沖縄タイムス 「【深掘り】利用を自粛 消毒が負担 人手も不足 コロナ第3波に介護施設が危機感」  
(<https://www.okinawatimes.co.jp/articles/-/694731>)

住所	〒851-0101 長崎県長崎市古賀町 993 番地 3		
電話	095-832-0001		
URL	095-832-0007		
職員数	合計	35 名	内、常勤 一名
定員	30 名		
サービス	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input checked="" type="checkbox"/> 上記以外（ショートステイ＝短期入所生活介護、小規模多機能等 4 か所）		

2 介護現場での対応	
感染者・感染を疑われる者・濃厚接触者の発生有無	
発生時期、人数、属性（介護サービス利用者、職員、出入り業者、その家族等）、発生経緯	一切無し
発生時の対応	
概要	
対応	
対応の参考となった行政側の指示・ガイドライン・支援等の有無とその内容	

3 施設内感染防止策、資源不足時の感染防止策の工夫	
感染防止策	
概要	一般的な対策
対応	面会制限 当施設は開設当初から約 10 年、施設内全てに次亜塩素酸水を噴霧する設備を導入しておりインフルエンザ、ノロウイルスが一切発生していない。その効果が多少コロナにも影響しているのではと 思料。
対応の参考となった	一般的なガイドライン



行政側の指示・ガイドライン・支援等の有無とその内容	
資源（マスク、消毒液等）不足対応	
概要	
対応	いち早く必要資源を抑えて在庫に問題無し
対応の参考となった行政側の指示・ガイドライン・支援等の有無とその内容	

4 高齢者向けの新型コロナ感染症対策の啓発活動	
概要	
高齢者本人	一般的な対応。面会制限。
その家族	一般的な対応。面会制限。
上記の参考となった行政側の指示・ガイドライン・支援等の有無とその内容	

4 with コロナでの福祉（特に介護）サービス運用例、課題	
with コロナの介護サービス運用	
新型コロナによりサービス提供に変更・制限が出たか、またその内容	特に無い。
with コロナの介護サービス運用例	「不特定多数の方々の出入りがある＝怖い」という認識がご家族にも広まり「短期預かりではなくそのまま中長期で施設内に留めてほしい（施設内の方が安全安心）」という要望が多く、対応している。
課題	
入居高齢者の社会との接点が少なくなる事による弊害はあるかもしれない（が、何とも言えない）。	

## 2) 特別養護老人ホーム

1 事業者	
法人概要	
名称	社会福祉法人かつみ会
住所	〒369-0217 埼玉県深谷市山河 557 番地 1

電話	048-585-0462			
FAX	048-585-5251			
URL	<a href="https://www.enzel.jp/overview/">https://www.enzel.jp/overview/</a>			
職員数	合計	400名	内、常勤	250名
事業所/施設概要				
名称				
住所				
電話				
URL				
職員数	合計	一名	内、常勤	一名
定員	一名			
サービス	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input checked="" type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input checked="" type="checkbox"/> 上記以外（サ高住、ショートステイ、ケアハウスなど）			

## 2 介護現場での対応

感染者・感染を疑われる者・濃厚接触者の発生有無	
発生時期、人数、属性（介護サービス利用者、職員、出入り業者、その家族等）、発生経緯	無
発生時の対応	
概要	
対応	
対応の参考となった行政側の指示・ガイドライン・支援等の有無とその内容	

## 3 施設内感染防止策、資源不足時の感染防止策の工夫

感染防止策	
概要	一般的ガイドライン
対応	面会禁止。職場において職員の移動制限等

対応の参考となった行政側の指示・ガイドライン・支援等の有無とその内容	
資源（マスク、消毒液等）不足対応	
概要	現状は大丈夫
対応	備蓄
対応の参考となった行政側の指示・ガイドライン・支援等の有無とその内容	*他施設のクラスター発生事例を鑑みると一気に備蓄が無くなるので十二分に留意が必要と認識

4 高齢者向けの新型コロナ感染症対策の啓発活動	
概要	
高齢者本人	抗原検査（保険適用）
その家族	特に無し
上記の参考となった行政側の指示・ガイドライン・支援等の有無とその内容	一般的ガイドライン

4 with コロナでの福祉（特に介護）サービス運用例、課題	
with コロナの介護サービス運用	
新型コロナによりサービス提供に変更・制限が出たか、またその内容	面会禁止
with コロナの介護サービス運用例	窓越し面会
課題	
今後のワクチン接種。 仮にクラスターが発生した場合、介護職員の宿泊施設等のサポートが無いと運営が厳しい	

---

## オンライン国内セミナー

### 1) セミナーの概要

名称： スリランカのシニアビジネス市場の今 ～現地展開の tips や JICA の支援スキームについても学べます～

目的： 介護・医療分野においてスリランカ進出に関心を有する日本企業に対して、スリランカ高齢化セクター情報収集・確認調査の調査結果、現地の経済概況、現地政府の関連政策、現地のビジネスニーズ、JICA の支援スキーム等を紹介し、現地展開の一助とする。

日時： 2021年2月9日（火）18:00-19:50

アジェンダ：

- 18:00-18:10 挨拶及び JICA の支援スキームの紹介  
(JICA 浅井誠 南アジア部南アジア第三課 課長)
- 18:10-18:30 スリランカ経済概況  
(JETRO 糸長真知 コロンボ事務所長)
- 18:30-18:50 スリランカ政府による外国企業誘致策及び支援  
(在日スリランカ大使館 Samantha P.K. Wijesekera 公使参事官)
- 18:50-19:10 スリランカの介護・医療分野の課題とビジネス機会  
(スリランカ高齢化セクター情報収集・確認調査コンサルタント)
- 19:10-19:30 スリランカの老人ホームの現状と介護分野のニーズ  
(NobleAged 株式会社 Ruwan Padukkage 代表取締役)
- 19:30-19:50 スリランカの介護人材育成、モバイル診療の現状、介護・医療分野のニーズ  
(NGO ヘルプエイジスリランカ Samantha Liyanawaduge エグゼクティブディレクター)

参加者： 日本企業関係者を中心に 90 名（詳細リストは別添参照）

### 2) セミナー中の質疑応答（高齢化セクター関連部分）

■ 高齢者向けサービスは非常に少ないことを理解しました。それはそのサービスに対するスティグマが非常に強いからではないでしょうか（例：施設に入る＝家族に恥をかける）。ここに関するシニアの方の新しい傾向の調査（調査団注：高齢者向けサービスに関する高齢者の最新の意識調査の意と史料）はしているのでしょうか。

➤ ご指摘の通り高齢者向けサービスに対するスティグマが強いことはあるかと思います。高齢者ご自身だけでなく、家族も施設に入れる事を恥と捉える方も多いようです。そのような調査は行っておりませんが、政府関係者などによりますと、若い世代の中にはサービスを利用することに対する抵抗が少ない人も増えているようだとのこと。また、家族によるケアが良いとしながら、高齢者宅へ訪問すると、奥に隠され放っておかれている高齢者が少なくないとのことで、家族によるケアも問題が多いといえるかと思います。（調査団 高木）

■医療分野のニーズに関する質問。プレゼンで言及のあった mobile medical unit について、課題や求められるソリューションがあればお聞かせ願いたい。

- 背景として、スリランカでは医療アクセスに課題があり、14,500 人のコミュニティの高齢者から医療の共有に需要が追い付いていないとの要望が多く出ているため、ヘルプエイジでは 2 つの mobile unit を設置して対応している。これらの unit では高齢者の緑内障の対応に当たっている。スリランカの高齢者の 60%程度が視力に問題を抱えており、10%が白内障を抱えているが、白内障を発症すると著しく視力が低下するため、その発生を抑えることで高齢者の生活を高めることが出来る。Mobile unit のサービスを通じて、コロンボにある一日 20 件の白内障手術が出来る大規模病院へ手術が必要な患者の紹介を行っている。この病院は 2002 年に設立された病院で、3 万 8 千件の手術の成功例がある。このような活動を通じて課題に対応している。(ヘルプエイジ)

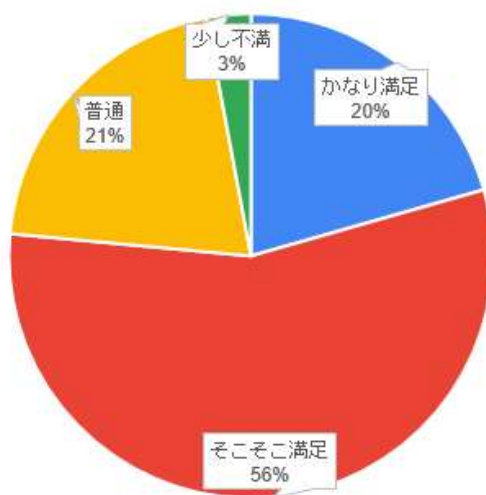
■高齢化に伴う認知症に対する政府の対応について教えて欲しい。

- スリランカの政府は様々なプログラムで認知症に取り組んでいるが、まだまだ不足している部分が多い。一つの問題は、疾患の状態の把握が出来ておらず、特に家族の意識・理解不足がある。そういった意識を高めるためにプログラムが求められているが、早期段階でのスクリーニング・検知も必要とされており、どんどん取り組んで行く予定である。(ヘルプエイジ)

## 2) アンケート結果 (回答数 34 件)

Q1 本日のセミナーの満足度をお聞かせください

A. 下図のとおり



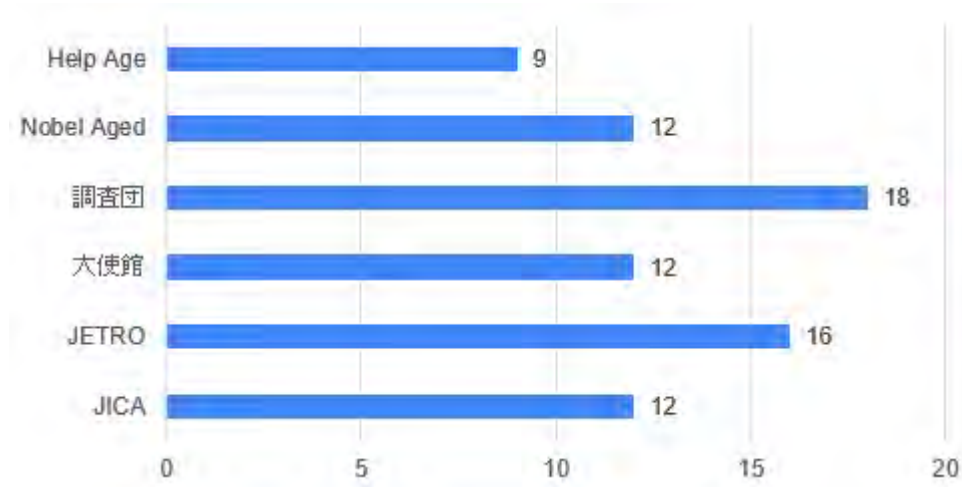
Q2. 上記 Q1.で少し不満及び不満と回答された方はその理由をお聞かせください。

A. 資料の共有・質疑応答の共有がなかった (1 件)

※投影資料については後日参加者に共有することとなった。

Q3. 特によかったプレゼンを教えてください。(複数回答可)

A. 下図の通り



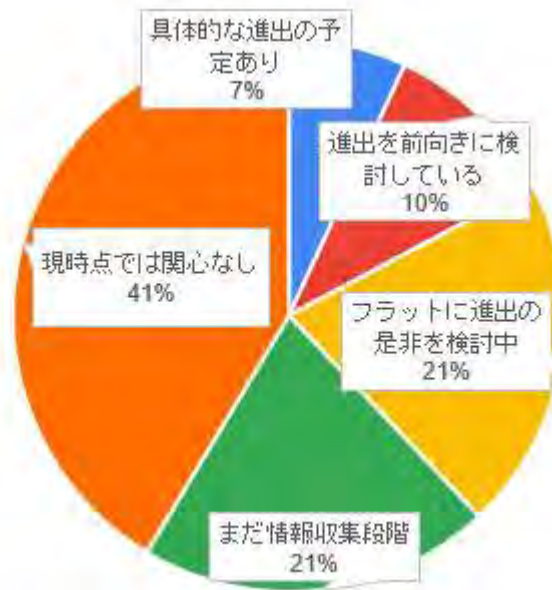
Q4. 上記 Q3.を選ばれた理由をお聞かせください。

A. 以下、回答より一部抜粋

● インターネットでは入手しにくい情報を聞くことができたので
● ”シニアビジネス”に関連したより詳細な話であったため
● 進出への支援について学べた点と福祉事業に関するニーズに興味をもてた
● 特に民間事業との連携に関しては弊社の経験が無い事から、大枠の概念を理解する事が出来た
● 具体的に現地の様子を伺うことができた
● スリランカで高齢者向け産業が発展途上であり、ビジネスの可能性が大きいことがわかった
● スリランカの高齢対策・介護支援の様子（ニーズや課題）がコンパクトにまとめられていてよく理解できました

Q5. スリランカ進出についての関心度合いと進捗をお聞かせください。

A. 下図の通り



Q6. 上記 Q5.で関心ありと回答された方は、スリランカに進出する上での御社のサービス・製品の強みを教えてください。

A. 以下、有効な回答を抜粋

<ul style="list-style-type: none"> <li>日経企業のサポート</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>グループ会社の介護事業の実績</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>介護人材育成機関の支援</li> </ul>

Q7. スリランカ進出を進める上での現状の課題をお聞かせください。

A. 以下、有効な回答を抜粋

<ul style="list-style-type: none"> <li>スリランカ側でのパートナーがない</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>日経企業（主に商社）はあまりスリランカに興味がないから</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>スリランカの情報があまりないこと</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>関税や輸出コストがかかるため、日本製品を輸出販売したいが、他国の低価格商品に価格で負けてしまう</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>介護人材の育成をしたいが、そもそもスリランカにおいて介護ビジネス自体が採算の取れる事業となるのかどうか、情報収集が必要</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>経営資源</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>特定技能で労働者を呼び込むために必要な取り決めはスリランカでまだなされていない</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>スリランカでは民間ビジネスの成功例が少ない</li> </ul>

Q8. スリランカ進出を進めるうえで JICA に期待する支援があればお聞かせください。

A. 以下、有効な回答を抜粋

<ul style="list-style-type: none"> <li>ビジネス文化、ハードル等に関する説明を詳しくいただきたい</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>弊社の持ち得る資源とのマッチング方法に関してご教示を頂きたい</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>このような勉強会の機会がたくさんあるといいなと思います</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>民間連携事業スキームの充実と拡大</li> </ul>

- 
- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>● ビジネス環境の情報提供</li></ul> |
|---|

Q9. その他ご意見、ご感想があればお聞かせください。

A. 以下、有効な回答を抜粋

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>● とても有意義な時間でした</li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>● 時間の制約下、密度のあるセミナーだったと思います。もう少し質疑応答の余裕があると咀嚼時間が取れて良かったように思いました。他の方のご質問が見えないまま、回答だけ流れる場合があったように思いました。見るところを見ていなかったかもしれません。</li></ul> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>● スライド資料を配布していただきたい</li></ul>   |

### 3) 調査団からの気づきの点

- 当初の想定 of 30～50 名を大きく超える参加者があり、参加者の満足度も総じて高かったことからイベントとしては一定の成果があったと判断する。他方で、コアのターゲットである介護・医療関係の企業関係者の参加は必ずしも多くはなかったことから、次回以降の実施に際してはよりターゲットを絞ったイベント広報が求められる。
- 運営に際しては、全体の時間との兼ね合いで質疑応答の時間が元々短かった上、当日は持ち時間を超過する登壇者がいたために質疑応答がかなり慌ただしくなってしまった。次回以降はタイムキープを徹底するとともに、計画時点で質疑応答の時間をもう少しゆとりをもって設定する必要がある。他方で、登壇が終わった後も登壇者がチャットで質問に回答するという対応は参加者に対して一定の満足度を高める効果があったと思われる。
- 投影資料を参加者に配布する場合には、アンケートの回答率を上げるために、アンケートの回答者に限って資料を配布するという打ち手が効果的であることが確認された。

以上



---

地域包括ケアシステム（現地協議用）

# Lessons learned from Community-based integrated elderly care services in Japan

JICA Data Collection Survey on aging sector in Sri Lanka  
(Fujita Planning Co., Ltd)

Community-based integrated care system for elders  
Analysis of academic literatures

---

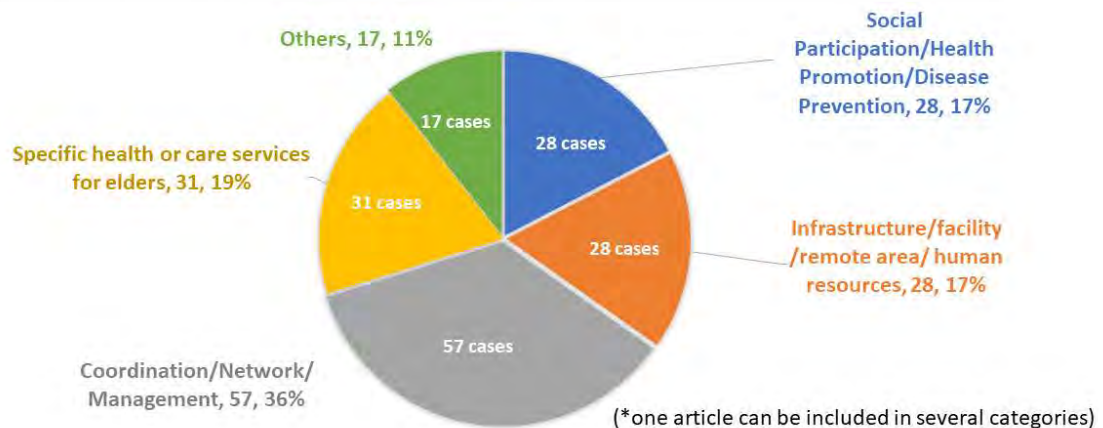
## Purposes of survey

- Purpose of this survey is to identify major topics to be discussed, important factors for successful system development and maintenance, good practices and lessons-learned from Japanese academic articles investigating community-based integrated care system in Japan.

## Articles to be compiled

- Data source: Ichu-shi (operated by Japan Medical Abstract Society)
- Key word: Community-based Integrated care system
- Number of articles to be retrieved from website: 96 articles
- Number of articles to be used for analysis: 95 articles

## Major contents and key factors written in the articles of community-integrated care system for elders



## Details of Social participation/Health Promotion/Care Prevention

	N
Social participation	19
Social participation of persons with dementia	13
Health Promotion/Care prevention	7

Social participation (including persons with dementia)

- To use public library as communication space for elderly and dementia persons.
- Community café for elderly persons (with dementia) – involvement of other generation and supporters
- Provide learning opportunity for elderly persons including dementia patients
- Urban residents tend to have less opportunity to participate in/find supports – need to have some mechanism to connect them.

### Key points of implementation (for Sri Lanka):

- Provide opportunity of social participation for elders and persons in community.
- Flexibility is needed based on elders' needs and feasibility of maintenance/operation.
- Consider how to include dementia persons in social participation.
- Urban area: need framework to link supporters and elderly people, especially persons to be isolated from society.

## Details of Social participation/Health Promotion/Care Prevention

	N
Social participation	19
Social participation of persons with dementia	13
Health Promotion/Care prevention	7

### Health promotion/care prevention

- Care for prevention by oral rehabilitation
- Sport activities are effective for reducing isolation and care prevention.
- Regional intervention to give opportunity of sport activities will contribute on healthy life among elderly persons.
- Community café for elderly persons (with dementia)
- Effectiveness of stretching as self-medication for improving metabolism and relaxation.

### Key points of implementation (for Sri Lanka):

- Going out, exercise/sports contribute on prevention of dementia
- Importance of oral rehabilitation for care prevention
- Important to make opportunity of sports activities and exercise.
- Importance of public promotion to encourage elders to join social activities.

## Details of Coordination/Network/Management

	N
Multi-sectoral coordination/interprofessional work	22
Management/coordination by Government	15
Coordination between health and care services	13
Resident or resident group participation	12
Participation of University Medical Hospital	7
Care management by nurse or care manager	6
Support to discharge and back to normal life	5
Information sharing/networking	5
Hospital-centered integrated care	5

### Key points of implementation (for Sri Lanka):

- Multi-sectoral alignment and coordination are crucial
- Building of a network and information sharing about elderly people

### Multi-sectoral coordination/Interprofessional work

- Interprofessional work is crucial for community-based integrated care system and interprofessional education is key for realization of better coordination.
- Need to strengthen interprofessional education among experts of social welfare and social work.
- Need to reduce discrepancy of recognition among health and social welfare and connect them.
- Important to make face-to-face relationship among staff of health, social welfare and other relevant experts.
- Need networking between medical service providers and social care service providers.
- Train public officers to establish framework of community-care system based on opinions from residents and make action plan.
- Need to promote multi-sectoral coordination for elderly services



## Details of Coordination/Network/Management

	N
Multi-sectoral coordination	22
<b>Management/coordination by Government</b>	<b>15</b>
Coordination between health and care services	13
Resident participation	12
Participation of University Medical Hospital	7
Care management by nurse or care manager	6
Support to discharge and back to normal life	5
Information sharing/networking	5
Hospital-centered integrated care	5

### Key points of implementation (for Sri Lanka):

- Leadership and overall coordination by government is crucial
- Need to make multi-sectoral coordination mechanisms by government

### Management/coordination by government

- Strengthen leadership of middle-class management contributes on team-building and effective governance for elderly services
- using PDCA cycles for implementation and problem solving
- Important for regional government to coordinate among all the relevant stakeholders.
- The government need to be a leader to organize periodical meeting for information-sharing and coordination among experts working for elderly care.
- Many elders did not know home-based nursing care system – need publication of services
- Need government to develop information management tools including aspects of both medical and social welfare.
- Need to identify continuous care-management process from hospital to community

## Details of Coordination/Network/Management

	N
Multi-sectoral coordination	22
Management/coordination by Government	15
Coordination between health and care services	13
<b>Resident/volunteer participation</b>	<b>12</b>
Participation of University Medical Hospital	7
Care management by nurse or care manager	6
Support to discharge and back to normal life	5
Information sharing/networking	5
Hospital-centered integrated care	5

### Resident/volunteer participation

- Volunteers contribute on checking elders living safely and identifying needs for support their lives by periodical visit and discussion.
- Important to communicate between regional volunteers and care managers/nurses.
- Single, male, person with small network with neighbors tend to be difficult to reach social support for daily life.

### Key points of implementation (for Sri Lanka):

- Multi-sectoral alignment and coordination are crucial
- Building of a network and information sharing about elderly people

## Details of Coordination/Network/Management

	N	
Multi-sectoral coordination	22	<b>Participation of University Medical Hospital</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>University hospital joins community activities – many young people have chance to participate in social activities.</li> <li>Collaboration with University contributes on training young generation to work for elderly services</li> <li>University medical hospital can contribute on training future geriatricians, public health nurses, OT and PT and service providers for elderly people – apply necessary curriculum of both theory and practice.</li> </ul>
Management/coordination by Government	15	
Coordination between health and care services	13	
Resident participation	12	
<b>Participation of University Medical Hospital</b>	<b>7</b>	
Care management by nurse or care manager	6	
Support to discharge and back to normal life	5	
Information sharing/networking	5	
Hospital-centered integrated care	5	

### Key points of implementation (for Sri Lanka):

- University and university hospital should be included in the community integrated care system to provide social services
- Future professionals should be trained based on needs and conditions.

## Details of Coordination/Network/Management

	N	
Multi-sectoral coordination	22	<b>(Care) management by nurse or care manager</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Public health nurses and care managers are expected to make appropriate care plan for each elder person considering all possible medical and care services</li> <li>Necessary to strengthen management and coordination capacity of (public health) nurses and care-givers</li> <li>Necessary to educate human resources (nurses) for ensuring quality of home-based care</li> </ul>
Management/coordination by Government	15	
Coordination between health and care services	13	
Resident participation	12	
Participation of University Medical Hospital	7	
<b>(Care) management by nurse or care manager</b>	<b>6</b>	
Support to discharge and back to normal life	5	
Information sharing/networking	5	
Hospital-centered integrated care	5	

### Key points of implementation (for Sri Lanka):

- Public health nurses and care managers should be trained both professional skills and care management.
- Continuous training is needed to revitalize their skills and knowledge.
- Governments should share necessary information and opportunity of discussion with them to provide appropriate services.



## Details of Coordination/Network/Management

	N	
Multi-sectoral coordination	22	Support to discharge and back-to normal life
Management/coordination by Government	15	Information sharing/networking
Coordination between health and care services	13	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Management and coordination capacity of (public health) nurses and care-givers</li> <li>• Important to coordinate between hospitals and communities to support elders to come back to community.</li> <li>• Effective to conduct care conference with medical staff and social welfare staff.</li> <li>• Establishing admission-discharge center in university hospital for smooth coordination for patients to come back from hospital to community</li> </ul>
Resident participation	12	
Participation of University Medical Hospital	7	
(Care) management by nurse or care manager	6	
Support to discharge and back to normal life	5	
Information sharing/networking	5	
Hospital-centered integrated care	5	

### Key points of implementation (for Sri Lanka):

- Continuous coordination and support for elders is needed from hospital to community.
- Continuous coordination between medical services and care services is crucial
- Need to set opportunities of discussion and information sharing

## Details of Framework/infrastructure/human resources

	N	
Regional Development/Framework	12	Regional development/framework
Human resource/Education/Training	11	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Need to establish community-based health services in the system in order for elderly people to live in their accustomed homes until the end of life.</li> <li>• Need to strengthen regional care function for prevention of dementia and promotion of appropriate knowledge about dementia for making elders with dementia-friendly community</li> <li>• Regional integrated support center organized by regional association of doctors – comprehensive center in coordination of all kinds of stakeholders.</li> <li>• Need to connect elderly persons living alone with neighbors to build support system.</li> <li>• Need to consider its own style of integrated community care based on regional characteristics and resources.</li> </ul>
Resident/elderly care home	7	
Nurse/elderly care station	4	

### Key points of implementation (for Sri Lanka):

- The system should be its own style based on regional characteristics and resources.
- Consider including all necessary stakeholders and elders, especially high-risk elders to be isolated.

## Details of Framework/infrastructure/human resources

	N
Regional Development/Framework	12
Human resource/Education/Training	11
Resident/elderly care home	7
Nurse/elderly care station	4
Infrastructure/social services in remote area	2

### Human resource development

- Need to strengthen capacity of public health nurses not only for clinical aspects but also management decision-making in the integrated care.
- Positive mind-set among care providers contributes on elderly people coming back to their normal lives.

### Key points of implementation (for Sri Lanka):

- Necessity of training medical and care professionals for elders such as geriatricians, public health nurses, care managers and care givers for providing home-based care services.
- Both technical skills and knowledge and management skills are needed for care management.
- Positive mind-set is needed to encourage and support elders to select how they want to live.

## Details of Framework/infrastructure/human resources

	N
Regional Development/Framework	12
Human resource/Education/Training	11
Resident/elderly care home	7
Nurse/elderly care station	4
Infrastructure/social services in remote area	2

### Resident/elderly care home

- Need to identify utilization of care services and provide several kinds of services to respond to the needs and support elderly people to keep their daily lives.
- Need to establish elderly home with hub function containing home-based medicine, nursing services, care services working in 24hrs.

### Key points of implementation (for Sri Lanka):

- Hub function including all kinds of elderly services should be established.
- Many kinds of care services should be provided to satisfy elders' needs based on their conditions.
- Consider both quality of services and efficiency of service provision.



## Details of Specific medical services/care services

	N	
Dementia	13	<b>Dementia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dementia assessment is effective for care management in community-level.</li> <li>Need to consider psychiatric aspects for treatment, care and social participation for both elders and their families.</li> </ul>
Care services	5	
Oral frail/dental issues	5	<b>Care services</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Need to provide continuous care services in community: without any termination.</li> <li>Small-scale multi-functional nursing home is effective to provide needs-oriented services and contributes on building community integrated care system.</li> </ul>
Home-based nursing care	3	
end-of-life care	3	
Geriatric medicine/Home medical care	3	
Rehabilitation	2	
Disease care services	2	
Psychiatric services	2	
Emergency system for elders	1	

## Details of Specific medical services/care services

	N	
Dementia	13	<b>Oral frail</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Appropriate oral care contributes on reducing duration of hospitalization, incidence of pneumonia and prevention of additional cause of diseases.</li> <li>Important to strengthen coordination between medical and dental services and include dental care specialists into multi-sectoral coordination.</li> <li>Important to encourage dental care specialists to join regional care meeting to participate in the regional integrated care system.</li> </ul>
Care services	5	
Oral frail/oral function issues	5	<b>End-of life care</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Need multi-sectoral cooperation and psychological approach for both elders, families and nurses/care givers.</li> <li>Effective to provide training opportunity for experts providing community care services and families of elders.</li> </ul>
Home-based nursing care	3	
end-of-life care	3	
Geriatric medicine/Home medical care	3	
Rehabilitation	2	
Disease care services	2	
Psychiatric services	2	
Emergency system for elders	1	

## Details of Specific medical services/care services

	N
Dementia	13
Care services	5
Oral frail/oral function issues	5
Home-based nursing care	3
end-of-life care	3
Geriatric medicine/Home medical care	3
Rehabilitation	2
Disease care services	2
Psychiatric services	2
Emergency system for elders	1

### Home-based medical care/geriatric medicine

- Need to train doctors who can provide home-based medicine and care/family doctors.
- Need to establish one-stop elderly services including home-based medicine and care.

### Rehabilitation:

- Current training curriculum: mainly acute rehabilitation, not enough for daily rehabilitation/community-based rehabilitation. Need to strengthen education of community-based rehabilitation, too.

## Details of Specific medical services/care services

	N
Dementia	13
Care services	5
Oral frail/oral function issues	5
Home-based nursing care	3
end-of-life care	3
Geriatric medicine/Home medical care	3
Rehabilitation	2
Disease care services	2
Psychiatric services	2
Emergency system for elders	1

### Psychiatric service:

- Important for psychiatric approaches not only for patients and their families but also all kinds of service providers for smooth coordination of multi-sectoral cooperation.

### Disease care services 1: Heart Failure

- Disease control of heart failure: Establishing “health promotion center” as comprehensive disease prevention and control center in community.

### Disease care services 2: COPD

- Continuous and integrated support system for patients with COPD in community

## Others

	N
Respite care/family support	7
Overview	5
Infection/hygiene control	3
Nutrition	2
Disaster control	1

### Nutrition

- Repeating hospitalization and discharge may be a risk factor of bad nutritional condition – importance of nutritional management during hospitalization
- Necessity of unified nutritional information management among health facilities, elderly homes and home-based care.

### Infection control

- Developed manuals for hygiene and infection management in elderly care home. Will improve the contents after evaluation of the utilization.
- necessary to provide infection control training for medical professionals and care providers.

### Disaster management

- Need to establish disaster management system including hospital into the integrated community-care system

## Community-based integrated care system for elders Good practices at municipalities in Japan

Source and Reference: Collection of cases on community-based integrated care system  
[https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/jirei.pdf](https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/jirei.pdf)  
Ministry of Health, Labour and Welfare



## Long-term Care Services

**Kakegawa City, Shizuoka Prefecture**  
**Establishment of a system for comprehensive home care through multidisciplinary cooperation**  
 Population: 118,922  
 % of pop. ≥ 65yrs: 22.6%  
 Medium and small city

**Background** Since the citizens desired medical care and nursing care at home, it was necessary to establish a Community-based Integrated Care System that focuses more on the life in the community and not only on the elderly. In order for all the citizens to live to the end of their lives in environments familiar to them, Kakegawa City worked on the development of a community health and medical care support center, "FUKUSHIA", which would serve as a community base and general consultation counter for supporting comprehensive home care including medicine, health, welfare, and nursing care.

**Activities**

- Kakegawa City established the system which set up local government, Community General Support Center, Council of Social Welfare, Home Visiting Nursing Station in a same facility
- Kakegawa City promotes the community-based integrated care system which combines formal service and informal service using the network.

**Local Government**

- Assignment of Public Health Nurse and administrator
- General support by multidisciplinary cooperation

**Support for home medical care**

- collaboration with primary care physicians (PCP), clinic and hospitals
- Promoting end-of-life care at home
- Advocacy to citizens and care giver to provide medical knowledge

"FUKUSHIA"

**Support for home long-term care**

- Long-term care prevention
- General consultation
- Protection of rights
- Comprehensive and continuous care management

**Daily life support**

- watching system in the community
- fostering of a council of social welfare
- Projects related self-reliance support of daily life

**Output/Outcome** Enabled to respond issues more quickly and prevent cases from becoming severe

The "FUKUSHIA" system has made easier collaboration among the organizations by arranging multiple organizations at a single floor, which also made it possible to approach difficult cases (financial and psychological support, risk of abuse, etc.) from multiple perspectives, such as elderly people living with unemployed children and disabled people who were not certified as recipients of governmental support but need support.

## Collaboration between Medical care and Long-term care

**Tsuruoka City, Yamagata Prefecture**  
**Promoting Collaboration between Medical care and Long-term care by Medical Association Team's utilization of ICT**  
 Population: 135,403  
 % of pop. ≥ 65yrs: 29.6%  
 Medium and small city

**Background** A number of care manager who coordinate services of long-term care in community voiced their dissatisfaction about collaboration with medical care, saying that they could not get the information from nurses and others of hospitals, hospital related personnel could not understand the actual situation of long-term care in community, and could not take the time to consult with us even if it was necessary. These were the turning point to lead to the promotion of collaboration between medical care and long-term care.

**Activities**

Establishment of Information Sharing System by Medical Association Team's utilization of ICT

- Net4U: Tool of sharing information of patients for both medical and long-term care staff
- Note4U: Tool of sharing information and communication for the elderly and their family with professionals

**[Net4U]**

- **medical information:** diagnosis, findings, prescription, treatment, test results etc.
- **documentation template**
- **electric data and image**
- **messages between professionals**

**[Note4U]**

- **message:** medical information, care diary, message
- **Vital signs:** Wt, BP, BS etc
- **Other information:** dietary intake etc.
- **Photo library**
- **Message between the elderly and their family**

**Output/Outcome** Strengthened collaboration between Medical and Long-term care, actioned timely

- Both medical and long-term care providers have gained a mutual understanding of each other's positions and duties, which has facilitated cooperation between them.
- By shortening the time required for information sharing, doctors and nursing care facilities can share information in both directions, enabling them to respond appropriately to patients.



## Collaboration between Medical care and Long-term care

Yusuhara Town, Kochi Prefecture

**Collaboration of medical, health and long-term care by establishing a hospital with health and welfare support center**

Population: 3,750  
% of pop. ≥ 65yrs: 41.8%  
Rural village

**Background** Yusuhara Town has a history of becoming a no-doctor district in 1971 and experienced difficulties in securing doctors. During the era that main issues of health sector were infectious diseases and MCH issues in early of the 20th century, it experienced establishing a sanitation association to improve the sanitary environment of residences. The residents desire to secure doctors, to prevent disease, and to ensure health promotion was consistent with the government's one, Yusuhara Town enhanced the collaboration of the hospital and health and welfare facilities cooperating with the residents.

### Activities

- Coordination of medical, health, welfare, and nursing care through the establishment of Yusuhara Hospital and the Yusuhara Health and Welfare
- Support Center Promotion of regional health and welfare in collaboration with residents
- Conduct community care meetings and care plan meetings.
- Implementation of comprehensive measures for all stages of life, from the inside of the belly to the elderly.

- Child Rearing Support Group
- Community meeting place for elderly
- Elderly exercise group by volunteer
- Dementia support volunteer
- Elderly's family association
- NPO
- Human resources center for elderly

- Public assistance**
- Yusuhara hospital
  - Nursing service care facilities (Special care, day service, home-visit care, care management office etc.)
  - Fire, police and judicial institutions



### Output/ Outcome

**Health checkup coverage is 73% through supports by health promotion volunteer**

- The integration of the hospital and the administrative building has promoted information sharing and cooperation among related parties, and improved the level of staff satisfaction
- By integrating the hospital and administrative buildings, information sharing and cooperation among related parties were promoted, and staff satisfaction was improved.
- Information sharing and detailed support were promoted through the implementation of community care / care plan meetings.

## Housing

Nanbu Town, Tottori Prefecture

**Secure housing for low-income people through Shared residence using existing resources.**

Population: 11,568  
% of pop. ≥ 65yrs: 31.1%  
Medium and small city

**Background** There were the issues related housing for the elderly such as; 1) With the aging of the generation whose family member is a few, the number of elderly people who live alone or tend to stay indoors has been increasing, and 2) there were the a few residences such as special care facility and long-term care facility in the town for the elderly who needs home care, and there was a lack of residences for the people with minor illnesses or low income. Against these issues, the residents and local government jointly started the project securing these residences and the place to communicate for the elderly.

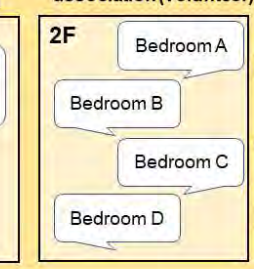
### Activities

- Renovation of existing private houses and public facilities, etc.
- Local residents provide daily life support services such as watching over and distributing meals as necessary
- Medical and nursing care, and long-term care services are provided as visit-home services as necessary.
- Keep the burden on users as low as possible.

### Image of shared residence for the elderly



### Management by community association (volunteer)



Support by Community Social Worker and Life Support Assistant

Watching over service / Meal distribution service (volunteer)

Home-visit medical care / Home-visit nursing care / Home-visit long-term care

### Output/ Outcome

**The residence having the advantages of both "home care" and "facility care"**

- By renting and renovating vacant houses, labor and rent costs reduced and set fees that are accessible to low-income people. It makes easier for pensioners to use the facilities. The community communication space gives a sense of security to those who live alone.
- Life supports such as nursing services, meal distribution and watching over services by volunteers are provided as needed.

## Housing

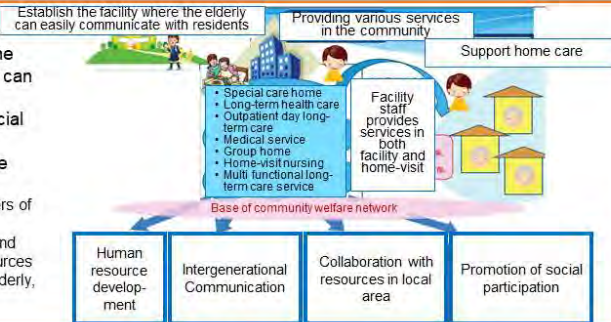
### Sakaiminato City / Yonago City, Tottori Prefecture Expansion of the function of special care facility into the community

Population: 36,004  
% of pop. ≥ 65yrs: 27.4%  
Medium and small city

**Background** In the past, long-term care service facilities were not located in areas where many of the elderly had been lived, which made it difficult to take a comprehensive activity for all the community residence including the elderly. In addition, since there was a lack of social resources in the community, the elderly needed the services in the wider community area.

#### Activities

- Establishing a base of care in the place where many of the elderly can easily access
- Expanding the functions of special care facility into the community
- How to effectively implement the above initiatives
  - Consider the development of leaders of the younger generation.
  - Intergenerational communication and collaboration with local social resources
  - Promote support for not only the elderly, but also the needy



#### Output/ Outcome

Strengthen communication between local residents and elderly care facilities, created an environment of cooperation in the community.

- The care facility is located to the community residents, such as near school, which make the residents work together with the facility
- Increased communication between generations
- Enable care provider to provide continuous support at the elderly's home, and to support elderly people living in the community.
- All organizations / facilities in the community are involved in understanding the needs of the community

## Life support

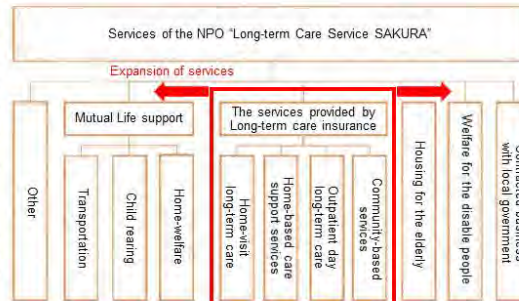
### Nagoya City, Aichi Prefecture Efforts by NPOs to provide livelihood support services with the participation of residents

Population: 2,247,645  
% of pop. ≥ 65yrs: 22.3%  
Three metropolitan areas

**Background** Nagoya City has about 80,000 elderly people who need support and care, and the City developed "Medium-term Strategic Vision" which includes the following measures; 1) support for elderly people who need nursing care to live in their own communities, 2) support for elderly people who have difficulty in living at home, and 3) improvement of long-term care services. Against this background, the NPO "Long-term Care Service SAKURA" was established with the basic principles of "helping, learning, and raising up each other", and has developed into a wide range of services for the elderly.

#### Activities

- The informal services which local resident support are the basic concept of the service.
- It is important for people to be willing to help others even when they are 70 years old, and the NPO established a mechanism matching these people with the others' needs. It is important to be aware that the way local residents are involved differs depending on the characteristics of each district.
- For sustainability of its projects as the NPO, try to stabilize its management.
- By understanding each other's characteristics, both the NPO and local government, and collaborating and cooperating, their activities are enhanced more.



#### Output/ Outcome

From "support given" to "participation in support" through community participation

- Awareness of going out and social participation of the elderly has been promoted.
- Safety and lifestyle support services are provided to the elderly people in the community.
- Enabled the elderly to maintain their lives in their familiar communities
- Develop a community where the elderly can continue to live with peace of mind.



## Life support

**Doshi Village, Yamanashi Prefecture**  
**Watching over, supporting shopping, and creating a place to communicate in a mountaintious village**  
**Population: 1,903**  
**% of pop. ≥ 65yrs: 30.1%**  
**Rural village**

**Background** The villages are scattered in the long and narrow mountains. The population is aging, and 34% of the households are single, married couples, or parents and children. In addition, 18.2% of the residents live in villas, and most of them are single or elderly couple households. Some people feel burdened by socializing with their neighbors, and the function of mutual aid that the community used to have is declining. In response to a call from the local government, residents identified issues in their village and discussed what they could do to solve them.

**Activities**

- **NIKKORI (smiling) CALL:** A system to watch over the elderly in the community was developed. [Village/Prefecture/ Central government] budgetary support for operator personnel costs
- **Shopping tour:** Monthly Operation of a microbus for shopping support. [Village] budgetary support of driver's fee and volunteer insurance, free rental of village bus
- **Community tearoom :** Creating a place for residents to communicate.

• The information broadcast by the disaster prevention radio can be provided in not only by voice but also by text and pictures.

• The system is also equipped with a mutual communication function, enabling communication between each household and village office.

**Output/ Outcome** **Strengthen the watching system for the elderly and long-term care prevention in the village**

- NIKKORI CALL: Strengthened the system for watching over the elderly and provide appropriate services as necessary
- Shopping tours: Regular outings activities for elderly people makes the effect to prevent long-term care more, and increase the enjoyment and motivation of volunteers.
- Community tearoom: By providing a room of individual home as a place of tearoom, which makes social participation easier, and it leads to the prevention of long-term care for the elderly who do not participate in various activities in the community.

## Long-term care prevention

**Tone Town, Ibaraki Prefecture**  
**Promotion of resident-centered long-term care prevention projects and dementia countermeasures**  
**Population: 17,481**  
**% of pop. ≥ 65yrs: 32.4%**  
**Medium and small city**

**Background** Tone Town had participated to the research which includes the exercise for dementia patients, conducted by the local national university since 2001. In connection to the activities by prefectural government and town government, the town started training for the elderly volunteers to develop the exercise instructors, and the instructors established the "Rehabilitation exercise elderly instructors' Association" in 2005. They have held exercise classes at the elderly clubs continuously.

**Activities**

- Established exercise classes for the elderly at a community center etc as voluntary activity. (Held 2-4 times a month at 13 locations in the town)
- **Rehabilitation Exercise Elderly Instructor Training Course**

**Changes in the percentage of people certified as requiring long-term care**

Year	Japan	Ibaraki Pref.	Tone Town
2001	12.4%	9.2%	10.1%
2011	17.6%	14.5%	11.1%

• **Public Health Nurse**  
Utilize the town newsletter to spread awareness  
Encourage those who need participation in the exercises

• **Doctors in public clinic**  
Encouraging outpatients at clinics to participate in gymnastics and supporting the activities of instructors

**Output/ Outcome** **Long-term care prevention is promoted through the support to the elderly by the elderly**

- It is a great opportunity for the elderly to have fun and to take social participation.
- In Ibaraki Prefecture, municipalities with a larger number of Elder Rehabilitation Exercise Instructors have a lower rate of people requiring minor long-term care.
- The "FURI-FURI-Gripper Exercise", which activates muscles, conducted with the national university has been proven to increase blood circulation and activate the brain.



## Employment Support

**Shinjuku City\*, Tokyo Metropolitan** (\* Shinjuku City is the one of total 23 cities in Tokyo)

**Housing, living support and job creation for people with low income, isolation, and disability issues, and who need care**

**Population: 320,996**  
**% of pop. ≥ 65yrs: 19.6%**  
**Three metropolitan areas**

**Background** As a result of the shortage of facilities to accept poor elderly and isolated people in Tokyo, many elderly people were housed in illegal buildings in other prefectures and did not receive adequate care. In 2009, 10 of them died in the illegal building due to fire accidents. This case revealed the issue of how to support the housing and daily lives of low-income elderly people. Since low-income elderly people who are at risk of housing poverty are not only economically deprived but also lack various social supports, this support including informal support was launched with cooperation of the NPO and local government.

**Activities**

- The NPO "Furusato-no-kai" provides support to the people who need help with housing and daily life. For example, the people who;
  - currently living on the streets
  - unemployed or precariously employed people with no fixed address
  - elderly people who need care but cannot receive help from their families
  - single people or families who are isolated due to physical or mental disabilities.
- The consultation desk of the local government is entry point of the supports.

**Refer suffering people to provide the support**

**Consultation and support desk of the offices at local government and other organizations**

**[NPO: Furusato-no-kai]**

- Comprehensive consultation and support for self-reliance in the community
- Outreach service

**Support based on the individuals' needs**

**Life support staff**

**Person who needs support**

**Employer**

**Job coach**

**Residence/ Life support**

- Preparation home for independence
- Shared residence with employment support
- Mutual aid house
- Lease guarantee support

**Employment support**

- Employment with care
- Employment by contracted employers
- Employment through placement offices etc

**Livelihood reconstruction support**

- Financial management and workshops
- Utilization of rights protection services

**Output/ Outcome** **Needy people with illnesses and disabilities become life supporters for the elderly**

- The system makes the needy people to get employment with receiving care. Employers, job coaches and life support staff work together to promote the independence and social participation of the elderly people who lost their jobs and young people who have inhibitions to employment.
- Both private and public social resources in the community are linked through outreach activities, and various cooperation among related organizations is generated.

## Use of good practice in Sri Lanka

### 1. Multi-sectoral coordination / Interprofessional work

#### Major contents and key factors written in the articles:

- Interprofessional work is crucial for community-based integrated care system and interprofessional education is key for realization of better coordination.
- Need to reduce discrepancy of recognition among health and social welfare and connect them.
- Important to make face-to-face relationship among staff of health, social welfare and other relevant experts.
- Need networking between medical service providers and social care service providers.

#### Key points of implementation:

- Multi-sectoral alignment and coordination are crucial
- Building of a network and information sharing about elderly people

#### Good practice in Japanese municipalities : Kakegawa City, Shizuoka Prefecture

#### Establishment of a system for comprehensive home care through multidisciplinary cooperation

Multi-sectoral life support center "Fukushia" was developed and has worked for smoother interprofessional-coordination



Multi-sectors such as health, social welfare and childcare work at the at the same floor



Multi-sectoral coordination



Outreach support in community



Multi-sectoral approach in providing service



Emphasis on prevention

Photos: <https://www.city.kakegawa.shizuoka.jp/gyosei/docs/9832.html>



## Use of good practice in Sri Lanka

### 2. Social participants / Care prevention

#### Major contents and key factors written in the articles:

##### [Social participation]

- Provide opportunity of social participation for elders and persons in community.
- Provide learning opportunity for elderly persons including dementia patients

##### [Care prevention]

- Sport activities are effective for reducing isolation and care prevention.
- Regional intervention to give opportunity of sport activities will contribute on healthy life among elderly persons.
- Care for prevention by oral rehabilitation

#### Key points of implementation:

- Flexibility is needed based on elders' needs and feasibility of maintenance/operation.
- Urban area: need framework to link supporters and elderly people, especially persons to be isolated from society.
- Important to make opportunity of sports activities and exercise.

#### Good practice in Japanese municipalities: Tone Town, Ibaraki Prefecture

#### Promotion of resident-centered long-term care prevention projects and dementia countermeasures

The elderly works as volunteers to provides exercise class for care prevention in their communities weekly.



Exercise classes;  
 1) to make the daily life activities easy,  
 2) to build up and maintain physical strength  
 3) To prevent aspiration [oral exercise]

Photos: <http://www.town.tone.ibaraki.jp/page/page000901.html>

## Use of good practice in Sri Lanka

### 3. Resident/volunteer participation

#### Major contents and key factors written in the articles:

- Volunteers contribute on checking elders living safely and identifying needs for support their lives by periodical visit and discussion.
- Important to communicate between regional volunteers and care managers/nurses.
- Single, male, person with small network with neighbors tend to be difficult to reach social support for daily life.

#### Key points of implementation:

- Multi-sectoral alignment and coordination are crucial
- Building of a network and information sharing about elderly people

#### Good practice in Japanese municipalities: Nagoya City, Aichi Prefecture

#### Efforts by NPOs to provide livelihood support services with the participation of residents

- Residents registered as volunteers to the coordination body such as NPO and cooperative society etc, and the coordination body dispatch the volunteers according to the elderly's needs.
- Volunteers provide informal service for livelihood support for a fee, such as laundry, house-cleaning, meals serving.



service of transfer (NPO Sakura)

Not only in Aichi, but also in the other prefectures, volunteers provide similar livelihood services.



services of livelihood supports (Cooperative society of Iwate)

Photos: <https://www.kaigo-sakura.com/support/index.html>, <https://www.iwate.coop/member/tasukeai/shien-wks.html>



## Process of establishing “Community-based integrated care system for elders” in municipalities in Japan



Reference: [https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link1-6.pdf](https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link1-6.pdf) (Ministry of Health, Labour and Welfare)

## How to implement “Community-based integrated care” in Sri Lanka

