

# 栄養プロフィール

## スリランカ

2020年10月31日更新

## 栄養分野国家政策/計画

# 栄養関連政策・制度・規制

タイトル	位置付け	要旨
National Nutrition Policy of Sri Lanka, 2010	国家栄養政策 [保健省]	<p>居住地域や社会経済的地位に関係なくすべてのスリランカ国民が、適切な食料と栄養にアクセスできることをビジョンに掲げ、以下6つの政策目標を挙げている。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①ライフサイクルを通じて最適な栄養を確保する</li> <li>②効果的かつ適切な介入を行う能力を強化する</li> <li>③脆弱層の適切な栄養摂取に係る管理体制を確保する</li> <li>④すべての国民の食料・栄養保障を確保する</li> <li>⑤擁護、パートナーシップ、ネットワークを強化する</li> <li>⑥研究、モニタリング・評価を強化する</li> </ol>
Policy Guidelines for Fortification of Food, 2008	食物の栄養価強化のための政策ガイドライン [保健省]	<p>立法者、政府、製造業者等が食品強化に係るプログラムを実施する際のガイドライン。以下4つの目的を挙げている。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①食品の栄養価を維持・改善する</li> <li>②栄養価の過不足による栄養素の不均衡を回避する</li> <li>③虚偽あるいは消費者の誤解を招く行為を防止する</li> <li>④栄養素のバランスを保つよう、栄養価を高める製造業者向けのガイドラインを提供する</li> </ol>
National Health Policy, 2016-2025	国家保健政策 [保健省]	<p>すべての人々がアクセスできる質の高い予防・治療・リハビリテーションサービスにより最良の健康状態を確保し、スリランカの社会経済の発展に貢献することをミッションとする。政策課題の解決に向けた戦略的アプローチとして、以下7点を挙げている。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①予防医療に係るサービス提供の強化</li> <li>②すべての国民がアクセスできる質の高い治療サービスの確保</li> <li>③質の高いリハビリテーション・ケアへの公平なアクセスの促進</li> <li>④根拠に基づくサービス提供の強化</li> <li>⑤患者自己負担の削減と財政的リスク回避のための戦略開発</li> <li>⑥包括的な保健システムの確保</li> <li>⑦保健サービス提供に係るパートナーシップの構築</li> </ol>

## 栄養関連分野国家政策/計画

# 栄養関連政策・制度・規制

タイトル	位置付け	要旨
Overarching Agricultural Policy (Draft), 2019	包括的農業政策 [農業省]	<p>国の繁栄に向けた国際的競争力のある農業セクターをビジョンとしている。農業政策の原則として、以下5点を挙げている。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①豊かな農民コミュニティ</li> <li>②市場連携の活性化</li> <li>③地方経済の活性化</li> <li>④グローバルバリューチェーンに向けた水準の向上</li> <li>⑤食料・栄養保障と食料安全の確保</li> </ul>
National Policy, Strategies and Institutional Framework for Water Resources Development, Conservation and Management, 2019	水資源の開発・保全・管理に係る国家政策および戦略、制度枠組み [農業省]	<p>「水資源の持続的な利用を重視し、社会的および経済的發展に資するバランスの取れた環境を目標とする社会」をビジョンに掲げ、政策原則として11項目を挙げている。栄養の関連では、以下について示されている。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■飲料水と衛生は、食料安全保障を達成するために最優先されるべきニーズである</li> <li>■水の使用については、飲料水、衛生用水、家庭用水のニーズを満たすこと、食料の安全と生態系の安全を確保することが優先され、次いで経済發展に資する分野に活用される</li> </ul>
Maintenance of Healthy Canteens in Schools (Circular No. 35/2015)	学校の食堂整備に係る通達 [教育省]	<p>学生食堂あるいは学校環境において食事を提供する際の要件として、運営に係る責任の所在、委員会活動、モニタリング・評価に係る体制などについて規定している。</p>

## 基本データ： 栄養状況

# 栄養を取り巻く状況・課題

栄養指標	数値	解説	調査名/出典
<b>こども<sup>1</sup>の低栄養</b> 発育障害(慢性栄養不良) (2016) 都市部 農村部  消耗症(急性栄養不良) (2016) 都市部 農村部	平均17.3% No data No data  平均15.1% No data No data	<ul style="list-style-type: none"> <li>発育障害の割合は、2009年(19.2%)から2012年(14.7%)にかけて減少したが、その後2016年に増加がみられた。</li> <li>消耗症の割合は、2009年(11.8%)から2012年(21.4%)にかけて増加したが、その後2016年に減少がみられた。</li> </ul>	GNR 2020
<b>こども<sup>1</sup>の栄養過多(過体重) (2016)</b> 都市部 農村部	平均2.0% No data No data	<ul style="list-style-type: none"> <li>2007年(1.6%)から2012年(0.6%)にかけて減少したが、2016年に再び増加している。</li> </ul>	
<b>青少年<sup>2</sup>の低栄養(低体重) (2016)</b>	女子: 35.0% 男子: 40.4%	<ul style="list-style-type: none"> <li>男女とも栄養過多(肥満・過体重)よりも低栄養の問題を抱えている。</li> <li>低栄養、栄養過多のいずれも、男子のほうが女子よりも有症率が高い。</li> </ul>	
<b>青少年の栄養過多 (2016)</b> 肥満 過体重	女子: 4.4% 男子: 5.0% 女子: 11.7% 男子: 14.0%		
<b>大人<sup>3</sup>の低栄養(低体重)<sup>4</sup></b> 都市部 農村部	No data	—	—
<b>大人<sup>3</sup>の栄養過多 (2016)</b> 肥満 過体重	女性: 7.3% 男性: 2.9% 女性: 27.4% 男性: 18.7%	<ul style="list-style-type: none"> <li>肥満、過体重いずれも、女性のほうが男性より有症率が高い。</li> <li>肥満について、2000年(女性: 3.3%、男性: 1.0%)以降、男女いずれも増加傾向にある。</li> <li>過体重について、2000年(女性: 17.8%、男性: 11.0%)以降、男女いずれも増加傾向にある。</li> </ul>	GNR 2020

注1) 5歳未満児 注2) 15-19歳 注3) 15-49歳 注4) 低体重 (BMI<18.5)

## 基本データ： 栄養状況（微量栄養素）

# 栄養を取り巻く状況・課題

栄養指標	数値	解説	調査名/出典
こども <sup>1</sup> の微量栄養素欠乏 貧血 (2012年) 都市部 農村部  6-11カ月児 12-23カ月児 24-35カ月児 36-47カ月児 48-59カ月児	15.1% No data  34.0% 24.1% 13.1% 9.9% 6.9%	<ul style="list-style-type: none"> <li>公衆衛生上「軽度の問題」レベル<sup>2</sup>。</li> <li>月齢で見ると、特に1歳未満のこどもの貧血の割合が高く、月齢とともに改善傾向にある。</li> <li>男児 (17.1%) のほうが女児 (13.1%) よりも有症率が高い。</li> </ul>	National Nutrition and Micronutrient Survey 2012, Sri Lanka
鉄欠乏 ビタミンA欠乏 亜鉛欠乏	No data	—	—
女性の微量栄養素欠乏 貧血 15-19歳女性 20-29歳女性 30-39歳女性 40-49歳女性	No data	—	—
鉄欠乏 ビタミンA欠乏 亜鉛欠乏 葉酸欠乏	No data	—	—
大人 <sup>3</sup> の糖尿病 (2014) 高血圧 (2015) 塩分摂取量(2017) (g/日)	女性: 7.7%    男性: 7.0% 女性: 21.6%    男性: 23.0% 女性: 4.7    男性: 4.5	<ul style="list-style-type: none"> <li>糖尿病、高血圧、塩分摂取量のいずれも男女差はほとんどみられない。</li> </ul>	GNR 2020

注1) 5歳未満児

注2) WHOは、貧血有症率によって、<5%=公衆衛生上の問題ではない; 5-19.9%=軽度の問題(mild); 20-39.9%=中程度の問題(moderate); ≥40%=重度の問題(severe) と定義づけている。

([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/177094/1/9789241564960\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/177094/1/9789241564960_eng.pdf))

注3) 18歳以上

## 基本データ： 栄養・食事摂取関連行動

# 栄養を取り巻く状況・課題

栄養指標	数値	解説	調査名/出典
生後6カ月の完全母乳育児率(2016年)	82.0%	<ul style="list-style-type: none"> <li>2006年(75.8%)から増加している。</li> </ul>	GNR 2020
最低食事水準 <sup>1</sup> を満たすこども <sup>2</sup> の割合  6-11カ月児 12-15カ月児 16-19カ月児 20-23カ月児  都市部 農村部	No data	—	—
鉄分が豊富な食材を食べているこども <sup>2</sup> の割合(2016年) 都市部 農村部	平均59.2% 都市部 69.3% 農村部 58.1%	<ul style="list-style-type: none"> <li>都市部のほうが農村部より、鉄分が豊富な食材を食べている割合が高い。</li> </ul>	DHS 2016, Sri Lanka
ビタミンAが豊富な食材を食べているこども <sup>2</sup> の割合(2016年) 都市部 農村部	平均92.3% 都市部 91.5% 農村部 92.5%	<ul style="list-style-type: none"> <li>都市部と農村部で、ビタミンAが豊富な食材を食べているほとんど差は</li> </ul>	
ヨードを添加している塩を使用している世帯の割合(2016)	平均95.2%	<ul style="list-style-type: none"> <li>ヨード添加塩を使用する割合は高く、都市部(95.9%)と農村部(95.0%)で差はみられない。</li> </ul>	

注1) 最低食事水準=Minimum Acceptable Diet: WHO/UNICEFが定義する一日の食事回数と摂取食品多様性の最低基準を両方満たしているこども。

注2) 6-23カ月児

## 基本データ： 食物消費・食料安全保障

# 栄養を取り巻く状況・課題

指標	数値	解説	調査名/出典
世界飢餓指数 <sup>1</sup> (Global Hunger Index : GHI) (2019年)	17.1点 (117カ国中 66位)	<ul style="list-style-type: none"> <li>2005年(21.2点)までは「深刻レベル」にあったが、2010年(18.0点)には「深刻でないレベル」に改善した。</li> </ul>	<a href="https://www.globalhungerindex.org/results.html">https://www.globalhungerindex.org/results.html</a>
世界食料安全保障指数 (Global Food Security Index : GFSI)	60.8点 (113カ国中 66位)	<ul style="list-style-type: none"> <li>食料の購買可能性(affordability)、入手可能性(availability)はほぼ世界の平均に近いスコアを示している。安全性・質(quality/safety)については平均を下回り、113カ国中76位である。</li> </ul>	<a href="http://foodsecurityindex.eiu.com/">http://foodsecurityindex.eiu.com/</a>
1人1日あたりのエネルギー消費量 (2006-08年)	2,370Kcal/日/人	<ul style="list-style-type: none"> <li>1990-92年(2,170Kcal/日/人)以降、増加傾向にある。</li> </ul>	FAOSTAT
非主食 <sup>2</sup> からのエネルギー摂取の割合 (2012年)	44%	<ul style="list-style-type: none"> <li>2000年(44%)から横ばいである。エネルギー摂取の半分以上を主食に頼っている。</li> </ul>	GNR 2020
食事エネルギー供給量充足度(2017-2019年)	116%	<ul style="list-style-type: none"> <li>2000年以降すでに100%以上を示しており、食料の供給量は平均食事エネルギー要求量を満たしている。</li> </ul>	FAOSTAT
たんぱく質摂取量中の動物性たんぱく源の割合(2015-2017年)	28%	<ul style="list-style-type: none"> <li>たんぱく質摂取量63.0g/日のうち、動物性たんぱく源は17.7g/日。たんぱく質、動物性たんぱく質の摂取量はともに年々増加傾向にあるが、動物性たんぱく質の割合としては少ない。</li> </ul>	FAOSTAT

注1：エネルギー摂取量や栄養状態を複合的に指数化し、飢餓(hunger)の程度を提示・比較する。指数50点を「重大な警告レベル(extremely alarming)」、35-39点を「警告レベル(alarming)」、20-34.9点を「深刻(serious)なレベル」、10-19.9点を「深刻でないレベル(moderate)」、0-9.9点を「低いレベル(low)」と定義づけている。

注2) 非主食とは、穀物、塊茎、根菜の炭水化物以外のすべての食べ物。

## 基本データ： 関連セクターの状況（教育、水衛生）等

# 栄養を取り巻く状況・課題

栄養指標	数値	解説	調査名/出典
安全な水へのアクセス <sup>1</sup> (2017年)	No data (都市部: 91%, 農村部: —)	<ul style="list-style-type: none"> <li>農村部について、基本的な給水設備に往復30分以内にアクセスできる割合は、88%。</li> </ul>	WHO/UNICEF JMP ( <a href="https://washdata.org/">https://washdata.org/</a> )
安全な衛生設備(トイレ)へのアクセス (2017年)	No data (都市部: —, 農村部: —)	<ul style="list-style-type: none"> <li>他の世帯と共有しない基本的なトイレ設備へのアクセスは、96% (都市部: 95%, 農村部: 96%)。</li> </ul>	
野外排泄 (2017年)	1% (都市部: 0%, 農村部: 1%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>農村部においては、トイレ設備を持たない世帯が1%残されており、改善が求められる。</li> </ul>	
基本的な手洗い設備 <sup>2</sup> (2017年)	No data (都市部: —, 農村部: —)	—	
学校での安全な水へのアクセス (2016年)	0% (小学校: —, 中学校: —)	<ul style="list-style-type: none"> <li>全国平均で、80%の学校では水供給は限定的、20%の学校は水供給設備を有していない。</li> </ul>	UNESCO Institute of Statistics ( <a href="http://data.uis.unesco.org/">http://data.uis.unesco.org/</a> )
学校のトイレ整備率 (2016年)	100% (小学校: 100%, 中学校: 100%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>学校におけるトイレ整備率は、小学校、中学校ともに100%を達成している。</li> </ul>	
小学校純就学率 (2014年)	97.3% (女子: 96.4%, 男子: 98.1%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>2018年には99.1% (男女別データなし)の就学率を達成している。</li> </ul>	
中学校純就学率 (2018年)	91.0% (女子: 92.3%, 男子: 89.8%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>中学校への就学率は男女とも高く、女子のほうが男子を上回っている。</li> </ul>	
識字率 (2018年) 15-24歳 15歳以上 65歳以上	98.8% (女性: 99.0%, 男性: 98.5%) 91.7% (女性: 90.8%, 男性: 92.8%) 79.1% (女性: 74.4%, 男性: 85.1%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>65歳以上の年齢層においても比較的高い識字率を有しているが、65歳以上では他の他の年齢層と比べて女性の識字率が男性を大きく下回る。</li> </ul>	

注1：安全な水=安全に管理された設備からの飲水

注2：自宅に石けんと水を備えた手洗い用の設備があること。



# 栄養を取り巻く状況・課題

## 栄養不良に関連する主要な課題

課題	解説
こどもの低栄養 (消耗症)	<ul style="list-style-type: none"><li>こどもの消耗症の割合(15.1%)が、開発途上国の平均8.9%と比較して大きく上回っている。</li><li>発育阻害については、開発途上国の平均25%よりも下回っているが、2012年から2016年にかけては増加がみられ、注視していく必要がある。</li></ul>
こどもの過栄養	<ul style="list-style-type: none"><li>過体重のこどもの割合は、年々増加傾向にある。2012年では0.6%であったところ、2016年には2.0%に増加した。</li></ul>
大人の過栄養	<ul style="list-style-type: none"><li>男女いずれも年々増加傾向にある。</li><li>糖尿病、肥満、過体重については、いずれも女性の有症率が男性よりも高い。特に、肥満、過体重については、女性が男性の有症率を大きく上回っている。</li></ul>

## その他、スリランカの特徴

特徴	
データの不足	<ul style="list-style-type: none"><li>こどもの栄養不良に関する性別ごと・居住地ごとの内訳、大人の低栄養、微量栄養素欠乏などに係るデータが不足しており、適切に指標を分析できない状況にある。</li></ul>
完全母乳育児率が高い	<ul style="list-style-type: none"><li>スリランカの完全母乳育児率は、2006年から増加し、2016年時点で82.0%と高い水準にある。</li></ul>
男女とも教育水準が高い	<ul style="list-style-type: none"><li>小学校・中学校の就学率は男女ともに高い水準にある。</li><li>識字率に関しても、65歳以上の年齢層においては女性が男性を下回るが、他の南アジア諸国と比べると高い水準にある。</li></ul>

## 既存の栄養関連データベース・情報源

栄養を取り巻く状況・課題を  
知るためのデータソース

調査・データベース名	解説	出典
年次保健公報 (Annual Health Bulletin)	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健省により毎年発行される包括的な保健情報。</li> <li>罹患率および死亡率、母子保健・感染症・非感染性疾患・口腔衛生等の概況、リスク因子、保健医療サービス提供、保健システムについての現状を示している。</li> </ul>	保健省
院内罹患・死亡報告書 (Indoor Morbidity and Mortality Report)	<ul style="list-style-type: none"> <li>公的医療機関より四半期ごとに提出されるデータに基づきまとめられている。</li> <li>感染症および寄生虫症 血液・免疫性疾患、栄養および代謝性疾患、精神疾患、神経系疾患、循環器系疾患など、男女年齢別に退院・死亡症例数についてデータが示されている。</li> </ul>	保健省
農業世帯調査 (Agricultural Household Survey 2016-17)	<ul style="list-style-type: none"> <li>全国25郡を対象とした標本調査。</li> <li>農業世帯と農業経営者を対象に実施。農業世帯については、教育レベル、経済活動、健康状態、住環境、農業機械の利用、農地等の状況について示されている。農業経営者については、経営者の分布状況、生産作物、家畜について示されている。</li> </ul>	統計局

## 国家栄養事業実施体制・調整組織

# 体制 マルチセクター 栄養改善実施

組織/委員会	概要・状況
国家栄養事務局 (National Nutrition Secretariat)	<ul style="list-style-type: none"><li>• 2012年に大統領府により設立。</li><li>• 栄養関連課題に対するマルチセCTORALな取り組みを強化するため、政策やプログラム実施のための調整機関として設立された。</li></ul>
栄養運営委員会 (Nutrition Steering Committee)	<ul style="list-style-type: none"><li>• 2007年に保健省により設立。</li><li>• 栄養関連の課題、プログラムの政策決定のため、栄養分野の関係機関の調整、国家栄養政策の策定に係る調整を担う。</li><li>• メンバーには、保健省、農業省、教育省などの政府機関のほか、国連機関、国際NGO、学術機関が含まれる。</li></ul>
学校食料委員会 (School Food Committee)	<ul style="list-style-type: none"><li>• 2016年に教育省により設立。</li><li>• 学校給食や学校栄養プログラムの実施状況のモニタリングを行う。</li><li>• 学校長を委員長とし、学校保健担当の教員、教員、公衆衛生検査官、学校保健協会、学校開発委員会などで構成される。</li></ul>
州レベル栄養調整委員会 (Nutrition Coordinating Committee at Provincial Level)	<ul style="list-style-type: none"><li>• 州レベルにおいて、栄養事業の計画・管理、実施状況のモニタリングを行う。</li></ul>
母子栄養部会 (Maternal and Child Nutrition Subcommittee)	<ul style="list-style-type: none"><li>• 2007年に保健省により設立。</li><li>• 母子の栄養に係る課題に関し、保健省への技術支援を行う。保健省、国連機関 (UNICEF、WFP、WHO、WB)、学術機関により構成される。</li></ul>
学校保健調整委員会 (School Health Coordinating Committee)	<ul style="list-style-type: none"><li>• 栄養を含む学校保健プログラムに関する方針・ガイドラインを提示し、国家栄養プログラムの策定・実施に係る関係機関の調整を行う。</li></ul>

## 栄養関連の主なマルチセクター事業例

# 主なマルチセクター栄養事業

事業	事業概要/現況	実施体制
School Nutrition Programme (教育・栄養)	1931年より開始されたスリランカ政府のプログラム。 学校の生徒の栄養問題を最小限に抑えるとともに、学校への出席率を改善し、より良い食生活と健康的なライフスタイルを促進することで「健康でアクティブな若い世代」を創出することを目的とする。食事の提供に係るプロセスについては、ガイドライン(Manual on School Nutrition Programme)に示されている。	教育省
Increasing the Contribution of Food Systems to Food and Nutrition Security and Income Generation (栄養・農業)	スリランカ政府および民間部門に対し、農産物の多様化や生計向上のための高付加価値化など食料システムの強化に向けた技術支援を行っている。また、栄養分野では、栄養に配慮した農業、栄養価の高い食品へのアクセス、食生活の多様化を推進するためのツールやガイドライン、政策の策定に向けて支援している。	FAO