

characters or celebrities, or other techniques of special appeal to children, on television over a 24-hour period.

31. Information generated from monitoring can be used: (i) to support enforcement; (ii) publicly to document compliance; (iii) to guide policy refinement and improvement; and (iv) to contribute to policy evaluation.

32. Evaluation of the policy should use specific indicators that evaluate the effect of the policy on its overall aim (that is, to reduce the impact). The indicators should also evaluate if children are directly or indirectly exposed to marketing messages intended for other audiences or media.

33. An example of how to assess a reduction in the *impact* may be to measure the changes in sales or market share for foods high in saturated fats, *trans*-fatty acids, free sugars, or salt; and measure the changes in children's consumption patterns in response to the policy.

34. Evaluation should ideally use baseline data as the benchmark, with such data being collected as a first step to establish the real policy impact.

---

## RECOMMENDATION 11

**The policy frameworks should also include a system to evaluate the impact and effectiveness of the policy on the overall aim, using clearly defined indicators.**

---

## Research

35. Global reviews have shown that most of the available evidence to date comes from high-income countries. Many Member States do not have national data and research that enable them to identify the extent, nature and effects of food marketing to children. This type of research can further inform policy implementation and its enforcement within a national context.

---

## RECOMMENDATION 12

**Member States are encouraged to identify existing information on the extent, nature and effects of food marketing to children in their country. They are also encouraged to support further research in this area, especially research focused on implementation and evaluation of policies to reduce the impact on children of marketing of foods high in saturated fats, *trans*-fatty acids, free sugars, or salt.**

# Resolution of the Sixty-third World Health Assembly Adopted 21 May 2010

---

## WHA63.14 Marketing of food and non-alcoholic beverages to children

The Sixty-third World Health Assembly,

Having considered the report on prevention and control of noncommunicable diseases: implementation of the global strategy and its annexed set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children;<sup>1</sup>

Recalling resolutions WHA53.17 on the prevention and control of noncommunicable diseases and WHA60.23 on the prevention and control of noncommunicable diseases: implementation of the global strategy;

Reaffirming its commitment to acting on two of the main risk factors for noncommunicable diseases, namely, unhealthy diet and physical inactivity, through the implementation of the Global strategy on diet, physical activity and health, endorsed by the Health Assembly in 2004 (resolution WHA57.17), and the action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases,<sup>2</sup> endorsed by the Health Assembly in 2008 (resolution WHA61.14);

Deeply concerned about the high and increasing prevalence of noncommunicable diseases in low- and middle-income countries which, together with the communicable diseases still affecting the poor, contribute to a double burden of disease which has serious implications for poverty reduction and economic development and widens health gaps between and within countries;

Deeply concerned that in 2010 it is estimated that more than 42 million children under the age of five years will be

overweight or obese, of whom nearly 35 million are living in developing countries, and also concerned that in most parts of the world the prevalence of childhood obesity is increasing rapidly;

Recognizing that unhealthy diet is one of the main risk factors for noncommunicable diseases and that the risks presented by unhealthy diets start in childhood and build up throughout life;

Recognizing that unhealthy diets are associated with overweight and obesity and that children should maintain a healthy weight and consume foods that are low in saturated fat, *trans*-fatty acids, free sugars, or salt in order to reduce future risk of noncommunicable diseases;

Cognizant of the research that shows that food advertising to children is extensive and other forms of marketing of food to children are widespread across the world;

Recognizing that a significant amount of this marketing is for foods with a high content of fat, sugar or salt and that television advertising influences children's food preferences, purchase requests and consumption patterns;

Recognizing the steps taken so far by segments of the private sector to reduce the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children, while noting the importance of independent and transparent monitoring of commitments made by the private sector at national and global levels;

Recognizing that some Member States have already introduced legislation and national policies on the

<sup>1</sup> Document A63/12.

<sup>2</sup> Document A61/2008/REC/1, Annex 3.

marketing of foods and non-alcoholic beverages to children,

1. ENDORSES the set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children;

2. URGES Member States:

(1) to take necessary measures to implement the recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children, while taking into account existing legislation and policies, as appropriate;

(2) to identify the most suitable policy approach given national circumstances and develop new and/or strengthen existing policies that aim to reduce the impact on children of marketing of foods high in saturated fats, *trans*-fatty acids, free sugars, or salt;

(3) to establish a system for monitoring and evaluating the implementation of the recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children;

(4) to take active steps to establish intergovernmental collaboration in order to reduce the impact of cross-border marketing;

(5) to cooperate with civil society and with public and private stakeholders in implementing the set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children in order to reduce the impact of that marketing, while ensuring avoidance of potential conflicts of interest;

3. REQUESTS the Director-General:

(1) to provide technical support to Member States, on request, in implementing the set of recommendations

on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children and in monitoring and evaluating their implementation;

(2) to support existing regional networks, and where appropriate to facilitate the establishment of new ones, in order to strengthen international cooperation to reduce the impact on children of marketing of foods high in saturated fats, *trans*-fatty acids, free sugars, or salt;

(3) to cooperate with civil society and with public and private stakeholders in implementing the set of recommendations to reduce the impact of marketing of foods and non-alcoholic beverages to children, while ensuring avoidance of potential conflicts of interest;

(4) to strengthen international cooperation with other international intergovernmental organizations and bodies in promoting the implementation, by Member States, of the recommendations on marketing of foods and non-alcoholic beverages to children;

(5) to use existing methodologies for evaluating the action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases to monitor policies on marketing of foods and non-alcoholic beverages to children;

(6) to report on implementation of the set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children as part of the report on progress in implementing the global strategy on prevention and control of noncommunicable diseases and the action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases to the Sixty-fifth World Health Assembly through the Executive Board.

(Eighth plenary meeting, 21 May 2010 – Committee A, fourth report)



SET OF RECOMMENDATIONS  
ON THE MARKETING OF FOODS  
AND NON-ALCOHOLIC BEVERAGES  
TO CHILDREN

9789241500210



平成24年度厚生労働科学研究費補助金（地球規模保健課題推進研究事業）  
「わが国の生活習慣病対策を世界各国の政策に適切に反映させるための比較政策的研究」  
（H24-地球規模 - 一般-006） 研究代表者：曾根 智史

分担研究報告書

「途上国の非感染性疾患対策の現状と文化的背景に関する研究」  
研究分担者 堀井聡子（国立保健医療科学院 国際協力研究部 主任研究官）

研究要旨

【目的】途上国に対する日本のNCD対策支援について検討するために、NCD対策に関する国際的な動向を取りまとめるとともに、途上国のNCDおよび対策の現状と、生活習慣に影響を与える文化的な要因について明らかにし、当該分野におけるわが国の協力に関する今後の展望について考察した。

【方法】WHOが公開しているNCD関係の文書、WHOが主催したNCD関連のワークショップにおける各国のプレゼンテーション資料、および各国保健省が公開している政策文書等から、途上国のNCDおよびその対策の現状を分析した。また、生活習慣に影響を及ぼす文化的要因についてPubMedなどのデータベースを用いて文献レビューを行い、NCD対策との関連から分析した。

【結果および考察】

1. 「NCD対策に関する世界戦略」策定以降、9割以上の開発途上国で、NCD対策に関する政策または計画が策定された。しかし、ヘルスシステムの脆弱さなどにより、実施や評価されていない国が多い。途上国におけるNCD対策支援では、ヘルスシステム強化を通じた包括的な支援が必要である。
2. 各国のNCD対策では、ポピュレーションアプローチとして、学校保健等が計画されているが、実施段階にいたっていない国が多い。施策の具体化が必要であり、同分野でグッドプラクティスが蓄積されている日本の経験を共有することは有用である。
3. ハイリスクアプローチを実施するうえで、途上国のキャパシティを考慮した医療テクノロジー（医薬品、医療機器）の導入が求められている。日本の医療機器等の製造・開発技術は国際的にも評価が高く、官民が連携し同分野で途上国を支援することも一案である。そのため今後は、民間によるNCD対策、関連のテクノロジーについて国内外で調査を深める必要がある。
4. 生活習慣には多様な文化的価値観の影響があり、NCD対策ではそれらに配慮した施策の策定が必要である。社会文化背景を踏まえた健康教育手法等を開発するために、住民参加型の研究手法であるCommunity Based Participatory Research (CBPR) 等を用いて、エビデンス集約と介入を同時に行うなど、研究分野における協力の方法について検討する必要がある。
5. NCD対策では、途上国も含め、各国、各自が、それぞれの責任を果たすことが求められる。今後は、各自がその責任を果たす際の共通の目標となるグローバルな枠組み（たとえば、たばこ規制枠組み条約）がますます重要になることから、日本には、国際社会の一員としてその策定のプロセスに参画すること、プロセスにおける交渉能力を強化することが求められる。

## A. 研究目的

### 1. 背景

今日、非感染性疾患 (Non-communicable Diseases ,NCD) は、世界の死因の 6 割以上を占めており、とりわけ途上国において NCD 負荷が増大する傾向にあることが明らかになっている<sup>1)</sup>。NCD による負荷は、健康はもちろん社会経済的にも大きなインパクトがあることから、2011 年には国連ハイレベルフォーラムで議論されるなど、NCD に対する取り組みが活発化している<sup>2)</sup>。こうした流れをうけ、途上国を含む各国における NCD 対策の推進は、各国の責務としてだけでなく、国際社会が一丸となって取り組むべき課題として認識されつつある。

わが国に対しても、国際社会の一員として、途上国への NCD 対策支援が求められるが、支援を行う場合には、まず、NCD 対策に関する国際的な動向を踏まえ、次に、途上国の NCD および NCD 対策の現状と課題を明らかにし、そのうえで、わが国の NCD 対策と他国の対策あるいは開発パートナーによる支援と比較し、わが国の優位性を考察する必要がある。また、NCD 対策支援を行う場合、NCD が直接的なリスクファクターのみならず、社会、経済、環境および文化等の要因の影響を受ける点を踏まえ、当該国の社会文化的背景を考慮する必要がある。このため、途上国の NCD の現状把握では、統計学的なデータだけでなく、生活習慣に影響を及ぼす社会文化的な要因についても調査を行う必要がある。

よって、本研究では、NCD 対策に関する国際的な動向を取りまとめるとともに、途上国の NCD および対策の現状と、生活習慣に影響を与える文化的な要因について明

らかにし、当該分野におけるわが国の協力に関する今後の展望について考察する。

### 2. 目的

- 1) NCD 対策に関する国際的な動向を取りまとめること
- 2) 途上国の NCD および政策の現状と NCD に影響を及ぼす文化的な要因について明らかにすること
- 3) 当該分野における日本の途上国支援の方向性や、協力するうえでの留意点について考察を行うこと

## B. 研究方法

WHO が公開している NCD 関係の資料 (Global Status Report on NCDs<sup>3)</sup>, Non-communicable Diseases Country Profile 2011<sup>4)</sup>, Global Strategy for the prevention and control of Non-communicable diseases, Action Plan for Global Strategy for NCD2008-2013<sup>5)</sup>, 2013-2020<sup>6)</sup>, Package of Essential Non-communicable Disease intervention for Primary Health Care in Low resource Setting (PEN)<sup>7)</sup> など)、WHO が主催した NCD 関連のワークショップ資料 (各国の NCD 担当者のプレゼンテーション資料)<sup>8),9)</sup>、および各国保健省が公開している政策文書等から、途上国の NCD およびその対策の現状を分析した。また、生活習慣に影響を及ぼす文化的要因について PubMed などのデータベースを用いて文献レビューを行い、NCD との関連から分析した。

## C. 研究結果

### 1. NCD 対策に関する国際的な動向

#### 1) 途上国における NCD による罹患・死亡とリスクファクターによる負荷

NCD に関する Global Status Report<sup>3)</sup>によると、2008 年現在、全世界の死亡者数のうち、63%が NCD によるものであり、そのうち、約 80%が途上国で発生している。また、若年死亡のうち 60 歳未満でなくなる割合が高所得国では 13%であるのに対し、低中所得国では 28%、低所得国では 41%と、国の生産年齢人口への影響を考慮すると、途上国における NCD 負荷が非常に大きいといえる。なお、死因を疾患別にみると、循環器疾患 (48%)、がん (21%)、慢性呼吸器系疾患 (12%)、糖尿病 (3.5%) であり、これら 4 疾患がほとんどを占めている。

リスクファクターは 4)、高血圧 (13%)、喫煙 (9%)、高血糖 (6%)、運動不足 (6%)、肥満 (5%) の順に高く、国の経済状況に関係なく、これらのリスクファクターが NCD の主な直接的要因となっている。ただし、これらリスクファクターのうち、どのリスクファクターの影響が大きいかは、国の所得レベル、ジェンダーによって違いがある。たとえば、高所得国では、女性の運動不足、脂肪消費量、総コレステロール値の曝露率が高い。一方、中所得国では、男性の喫煙、肥満率が高い傾向にある。なかでも、喫煙は、男性だけでなく女性でも、高所得よりも中所得国で、曝露率が高い傾向にある。

すなわち、中所得国では喫煙が、高所得国では運動不足や不健康な食事のリスクが高いといえる。

#### 2) NCD 対策に関する国際社会の対応

10)

NCD 負荷のインパクトについては、1998 年に初めて WHO 総会で取り上げられ、2000 年には「NCD 対策に関する世界戦略」が WHO 総会で採択された。世界戦略が採択されたことにより、①NCD 対策の優先度の引き上げ、とくに開発途上国における対策強化の必要性、②NCD のうち「循環器疾患、がん、慢性呼吸器系疾患、糖尿病」の 4 疾患を優先課題とすること、③「喫煙、不健康な食事、運動不足、過度な飲酒」の 4 項目を NCD の共通リスクファクターに定め対策を強化することなどのポイントが国際社会で共有された。

その後は、2003 年に WHO たばこ規制枠組み条約 (Framework Convention on Tobacco Control, FCTC)、翌年には、「食事・運動と健康に関する世界戦略」(2004 年)、2010 年には、「過度な飲酒を減らすための世界戦略」が採択されるなど、NCD に関する国際的な枠組みが徐々に整備されていった。

2011 年には、国連ハイレベル会合のテーマとして NCD が取り上げられ、NCD 対策の重要性が再認識された。なお、保健に関するテーマが同会合で取り上げられるのは、2003 年の AIDS に続き 2 回目であった。その後も、「健康的な生活の促進と NCDs 対策に関するモスクワ宣言 (NCDs 対策に関する閣僚級会合)」(2012 年) が開催されるなど、NCD 対策に向けた国際社会の対応は活発化している。

2000 年に採択された世界戦略については、その具現化に向け 2008 年に「NCDs 対策に関する世界戦略のための行動計画

(2008-2013)」が策定された。また、同行動計画の実施期間終了年である 2013 年(今年)「NCDs 対策に関する世界戦略のための行動計画 (2013-2020)」のドラフトが完成し、2013 年の WHO 総会にて採択される見込みである。

### 3) NCDs 対策に関する世界戦略のための行動計画の概要

#### (1) 行動計画 (2008-2013) <sup>5)</sup>

行動計画 (2008-2013) では表 1 の 6 つの目標を掲げ、それぞれの目標に関する WHO 加盟国、WHO 事務局および国際パートナーに向けた提言を取りまとめ、公表した。

5 年間の実施期間を経て、WHO では、①国際社会における NCD の優先化、関心の拡大、②4 大疾患と 4 リスクファクターへの焦点化、③セクター横断的な対応の必要性の認識、④国家レベルの政策・プログラムの増加、⑤根拠に基づく介入の促進 (best buys、プライマリケアへの介入パッケージの統合、Global Status Report の発表など) 等の成果が得られたと評価している <sup>11)</sup>。

#### (2) 行動計画 (2013-2020) <sup>6)</sup>

行動計画 (2008-2013) の実施期間終了を迎えるにあたり、WHO では 2012 年から「行動計画 (2013-2020)」の策定に取り組み、そのドラフトを 2013 年 1 月に公開した。同文書は、2013 年の WHO 総会において、正式に承認される予定である。

行動計画 (2013-2020) は、2011 年に実施された「NCD 対策に関するハイレベル会合」の結果 (グローバルヘルスにおける NCD の優先課題化の再認識、FCTC のようなグローバルな枠組みの拡大、ユニバーサルヘルスカバレッジ (Universal Health Coverage, UHC) を含むヘルスシステム強化の重要性など) を、フォローアップすることを目的にしている。そのため、同行動計画は、ハイレベル会合の内容や、行動計画 (2008-2013) の教訓をふまえるだけでなく、モスクワ宣言の内容、採択済みの NCD に関する複数の世界戦略に加え、リオ宣言 (健康の社会決定要因) を統合する内容となっている。

表 1 「NCDs 対策に関する世界戦略のための行動計画 (2008-2013)」の目標

1. グローバルおよび国レベルでの NCDs の優先課題化、他のセクターの政策への NCDs 対策の統合
2. 国レベルでの NCDs 対策に関する政策策定の推進
3. リスクファクター(喫煙、不健康な食事、運動不足、過度な飲酒)低減にむけた介入の促進
4. NCDs 対策に関する研究の推進
5. NCDs 対策のためのパートナーシップの推進
6. グローバル、地域、国レベルにおける NCDs のモニタリングと対策の進捗評価



表2 「NCDs 対策に関する世界戦略のための行動計画（2013-2020）」の目標

1. NCD 対策優先化のためのアドボカシーおよび国際協力の推進
2. 国レベルの NCDs 対策に関する、キャパシティ、リーダーシップ、ガバナンス、パートナーシップおよび分野横断的な取り組みの強化
3. ヘルスプロモティブな環境の構築による NCDs のリスクファクターの低減
4. UHC と人間中心的なプライマリケアを通じた NCD 対策への取り組みによるヘルスシステム強化
5. NCD 対策に関する国レベルの研究能力強化
6. NCD 対策の進捗や決定要因などのモニタリングと評価

行動計画（2013-2020）では、「NCD に起因する回避可能な負荷と影響を減らすために全世界が政治的、経済的にコミットすること。それにより、すべての年代の人々が健康と生産性を獲得すること。」をビジョンに掲げるとともに、①人権への配慮、②ユニバーサルアクセスと公平性・ジェンダー平等、③NCD による社会経済開発への影響、④ライフコースアプローチ、⑤根拠に基づく戦略、⑥住民とコミュニティのエンパワーメントの 6 つの原則にのっとった内容になっている。

計画の目標の基軸は、前行動計画と大きく異ならないが、新しい行動計画では「NCD に起因する予防・回避可能な死亡・罹患・障害を減少させること」を上位の目標に掲げ、表 2 のとおり、新たな個別目標を掲げた。

また、同行動計画の策定にあたり、グローバルレベルでのモニタリング枠組みが構築された。枠組みは、2025 年までの達成目標（9 つの任意目標）と 25 の指標（数値目標）からなり、達成目標は、死亡・罹患、

リスクファクター、ヘルスシステムの 3 項目に分かれる。なお、国レベルでモニタリング枠組みを構築する際、飲酒や肥満などの指標については、各国のコンテキストに応じて本枠組みに準じた具体的な指標を策定することを推奨している。

表3 NCD に関する国際的なモニタリング指標（任意目標）

死亡・罹患	4 大疾患による死亡を 25%減少させる
リスクファクター	過度な飲酒を 10%以上減少させる
	運動不足の割合を 10%減少させる
	塩分摂取量を 30%減少させる
	15 歳以上の喫煙率を 30%減らす
	高血圧の割合を 25%減らす
ヘルスシステム	肥満と糖尿病数がこれ以上増加しない
	脳卒中や心筋梗塞を予防するための医療やカウンセリングを受けられる人々が 50%以上になる
	基本的な診療技術や医療へのアクセスが 80%になる

#### 4 ) Package of Essential Non-communicable Disease intervention for Primary Health Care in Low resource Setting (PEN) の概要<sup>7)</sup>

「行動計画 (2008-2013)」の目標のひとつに「各国における NCD 政策と計画の立案」が定められ、同目標に関する WHO への提言として「NCD に関する費用対効果の高い介入策を各国に導入するための技術支援」が求められた。同提言を受けて WHO が策定したのが PEN である。

PEN とは、低中所得国など、資源の限られた状況での NCD 介入策であり、主要な NCD 疾患 (循環器疾患、がん、慢性呼吸器疾患、糖尿病) およびそのリスクファクターに焦点をあて、根拠に基づいた介入策

(早期発見、予防、治療) を特定している。途上国では、NCD による社会格差が拡大する傾向にある。そのため PEN では、プライマリケアで実施可能な介入に絞り、また、Primary Health Care (PHC) へ NCD 対策を統合することで、公平、効率的な介入を目指している。PEN を既存のプライマリケアに統合することにより、主要 NCD による負荷、医療費、および若年死や罹患率の低下が期待されている。

PEN の要素とそのうち基本的な医療機器と医薬品のリストをそれぞれ表 4、5、6 に示す。それ以外の、NCD 対策基本的介入のプロトコール、循環器疾患リスクの予測ツールについては、別紙資料とした。

表 4 PEN の要素

1. プライマリケアのキャパシティアセスメントツール
2. NCD ケアのカバレッジアセスメントツール
3. 保健情報のテンプレート
4. PHC のための基本的な NCD 介入に関する根拠に基づくプロトコール
5. 基本的な医療機器と医薬品のリスト
6. 循環器疾患リスクの予測ツール
7. コスティングのツール
8. モニタリングと評価のためのツール
9. 研修マテリアル
10. セルフケアのセット

表5 PENで規定している医療機器

Technologies	Tools
Thermometer Stethoscope Blood pressure measurement device* Measurement tape Weighing machine Peak flow meter** Spacers for inhalers Glucometer Blood glucose test strips Urine protein test strips Urine ketones test strips	WHO/ISH risk prediction charts Evidence based clinical protocols Flow charts with referral criteria Patient clinical record Medical information register Audit tools
<b>Add when resources permit:</b> Nebulizer Pulse oximeter Blood cholesterol assay Lipid profile Serum creatinine assay Troponin test strips Urine microalbuminuria test strips Tuning fork Electrocardiograph (if training to read and interpret electrocardiograms is available) Defibrillator	
* For facilities with nonphysician health workers a validated blood pressure measurement device with digital reading is preferable for accurate measurement of blood pressure (28, 29) ** Disposable mouth pieces required. Peak flow meters with one-way flow preferable.	

表6 PENで規定している医薬品

For Primary Care facilities with Physicians (for PC facilities with only non-physician health workers most of the medicines below are required for refill of prescriptions issued by physicians at a higher level of care)	
Thiazide diuretic	Ibuprofen
Calcium channel blocker (amlodipine)	Codeine
Beta-blocker (atenolol)	Morphine
Angiotensin inhibitor (enalapril)	Penicillin
Statin (simvastatin)	Erythromycin
Insulin	Amoxicillin
Metformin	Hydrocortisone
Glibenclamide	Epinephrine
Isosorbide dinitrate	Heparin
Glyceryl trinitrate	Diazepam
Furosemide	Magnesium sulphate
Spirolactone	Promethazine
Salbutamol	Senna
Prednisolone	Dextrose infusion
Beclometasone	Glucose injectable solution
Aspirin	Sodium chloride infusion
Paracetamol	Oxygen

Source: WHO model list Essential Medicines 16th edition (March 2009)

PEN の導入では、研修、資金、医薬品、医療機器が必要となる。すなわちヘルスシステムが機能していることが前提となる。PEN は、表 7 に示す通り、ヘルスシステム強化と NCD 対策強化が相互補完的な関係になるよう構成されており、WHO では、PEN を各国に導入することが、ヘルスシステムの 6 ブロック（リーダーシップ/ガバナンス、保健財政、医療技術、保健情報、保健人材、サービスデリバリー）強化につながるとしている。

WHO では、これら PEN の要素を各国に導入するための技術支援を、地域事務所や各国事務所を通じて行っている。なお、WHO は、医療機器や医薬品などの供与は行っておらず、PEN の介入策を行うにあたってこれら必須医薬品などを確保するために必要な技術支援を、保健省担当者を対象としたワークショップ等に組み込んでいる。

表 7 PEN とヘルスシステム（6 ブロック）と住民参加との関係

リーダーシップ /ガバナンス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・NCD対策に利用可能な資源をアセスメントし、効率的・効果的な利用を調整する</li> <li>・ユニバーサルカバレッジに関するアジェンダ運営について政府努力を支援する</li> </ul>
保健財政	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ユニバーサルカバレッジのための資金調達を支援するためにNCD対策を優先化する</li> <li>・NCDに対する経済保護の供給を段階的に廃止する</li> </ul>
医療技術	<ul style="list-style-type: none"> <li>・プライマリケアに基本的なNCD対策を統合するための必要要件を特定する</li> <li>・必須医薬品及び医療機器のリストを作成する</li> <li>・必須医薬品へのアクセスを改善する</li> </ul>
保健情報	<ul style="list-style-type: none"> <li>・信頼性の高い保健情報を収集するためのテンプレートを供給する</li> </ul>
保健人材	<ul style="list-style-type: none"> <li>・NCD対策に関する知識と技術を強化するための研修教材を供給する</li> <li>・パフォーマンスの監査を行う</li> </ul>
サービス デリバリー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・基本的なNCDケア（予防と治療）へのアクセスを改善する</li> <li>・早期発見に向けた機会を公平に供給する</li> <li>・費用対効果の高い中核的なNCD介入を特定し、実施のためのツールを供給する</li> <li>・一次医療のゲートキーパー的な機能を改善する</li> <li>・病院における加療を要する重症例によるコストを削減する</li> </ul>
住民	<ul style="list-style-type: none"> <li>・セルフケアへのコミュニティ参加とエンパワーメントのためのツールを開発する</li> <li>・健康アウトカムを改善する</li> </ul>

## 2. 途上国における NCD およびその対策の現状

### 1) 途上国における NCD 対策の現状<sup>4)</sup>

WHO の NCD に関する Country Profile (2011 年) では、各国の NCD 対策について①保健省内の NCD 対策局の有無、② NCD 関連予算、③NCD に関する情報システム、④NCD 関連政策の有無、⑤NCD 関連対策の実践状況（喫煙対策を対象）の観点から評価している。

同レポートによると、NCD 対策を担当する局、課、部などを設置している国は、全体の約 90%であった。また、NCD 関連予算に関して、国家所得に対する、NCD 治療、予防、ヘルスプロモーションに関する予算は、全体的に増加する傾向にあるが、サーベイランスやモニタリング評価に対する予算は少なく、とくに低所得国においてその傾向が著しかった。

情報システムについては、NCD による死亡率、罹患率、リスクファクターに関するデータが多く、多くの国で入手可能であった。しかし、それらのデータは多くの国で、住民からの届出に基づくデータ (population-based data)ではなく、国の保健情報システムのデータの分析結果 (national health reporting system) であった。

政策に関しては、全体の 92%で少なくとも 1 つは NCD 関連の政策または計画、戦略等を策定していた。一方でそのうち実施段階に入っているものは 79%で、予算が充当されているものは 71%にとどまっていた。

Country Profile では、NCD 対策の実施状況を、MPOWER の実施状況によって評

価している。6 つの対策のうち、モニタリングを除くすべての対策の実施状況に、改善傾向がみられていた。

なお、MPOWER とは、FCTC の内容を各国が実施するうえで WHO が導入した喫煙対策に関する根拠に基づく 6 つの介入の頭文字をとったもので、以下の 6 つの対策を指す。

### 喫煙対策の MPOWER

- ①喫煙率と喫煙対策政策のモニタリング
- ②タバコの煙からの保護
- ③禁煙支援
- ④タバコ害についての警告
- ⑤たばこ広告・スポンサーシップの禁止
- ⑥タバコへの増税

全体的に、NCD による死亡率およびリスクファクターによる負荷が増大する傾向にあるが、ヘルスシステム強化およびポピュレーションアプローチが取り入れられている国では、改善する傾向にある。一方で、多くの国では、プライマリケアへの NCD 予防、早期発見、治療の統合や、統合的な政策策定が困難であり、Country Profile では、NCD のハイリスク患者の多くが、いまだ診断および治療を受けていないと指摘している。

### 2) 各国の NCD 政策の現状<sup>8),9)</sup>

本稿では、WPRO が主催した圏内の保健省 NCD 対策担当者に対するワークショップの結果をもとに、低中所得、低所得国における国単位の NCD 政策の現状と課題を概観する。分析の対象は、同ワークショップ

プに参加した国\*のうち低中所得、低所得国に位置付けられるカンボジア、ラオス、フィリピン、モンゴル、ベトナムの5か国とし、それぞれ、i) 政策または計画等の存在(①NCD全般と疾患およびリスクファクター別)、ii) 政策運営能力、iii) 対策の内容(①ポピュレーションアプローチと②ハ

イリスクアプローチ)について取りまとめた。

### (1) 各国のNCDの現状

対象5か国の主要NCD罹患率とリスクファクターへの曝露率は、表8のとおりである。

表8 5か国の主要NCD罹患率(%)とリスクファクターへの曝露率(%)の比較

	カンボジア	ラオス	フィリピン	モンゴル	ベトナム
インカムグループ	低	低	低中	低中	低
全死亡に占めるNCD割合(%)	46	48	61	72	75
CVD	21	24	30	37	40
がん	7	9	10	21	14
呼吸器疾患	5	7	5	3	8
糖尿病	3	1	4	0	3
その他のNCD	11	8	13	12	10
喫煙					
M:男性	M 45.6	M 41.4	M 34.7	M 43.0	M 40.4
F:女性	F 3.7	F 2.5	F 7.7	F 5.2	F 1.0
T:合計	T 23.7	T 21.6	T 21.2	T 23.7	T 20.1
運動不足					
M:男性	M 10.8	M 15.6	M 20.0	M 7.9	M 14.2
F:女性	F 10.9	F 19.5	F 25.7	F 8.4	F 15.6
T:合計	T 10.9	T 17.6	T 22.9	T 8.2	T 14.9
高血圧	27.6	32.1	32.7	40.4	33
高血糖	4.2	—	5.8	8.7	6.9
Overweight	12.1	13.3	26.5	43.2	10.2
肥満	2.1	2.6	6.3	14.4	1.7
高コレステロール	29	—	41.8	36.3	—

文献4より筆者作成

\* ワークショップの参加国は、今回の調査対象の5か国(カンボジア、ラオス、フィリピン、モンゴル、ベトナム)のほかに、ブルネイ、中国、マカオ(特別行政区)、香港(特別行政区)、マレーシア、韓国、日本の5か国、2特別行政区。

## (2) 各国の NCD 対策の概要と課題

### 【カンボジア】

#### i) 政策または計画等の存在

##### ①NCD 全般

カンボジアでは、次頁表9のとおり、同国の保健に関する最上位の計画となる「保健戦略計画(2008-2015)」<sup>12)</sup>において、NCDをリプロダクティブヘルス、感染症対策に並び、優先課題化している。

NCDに関する目標は以下の3つである。

1. NCDにつながるリスクの高い行為を減らす
2. NCDに対する治療とリハビリへのアクセスを改善する
3. 基本的な公衆衛生を確保する(環境衛生、食品衛生など)

カンボジアでは NCD に関する優先課題として、糖尿病、がん、循環器疾患に加え、精神疾患、盲目症、口腔衛生、外傷などを含んでいる。

NCD に特化したプログラムとしては、2007年に策定された NCD プログラムがあり、現在、国家 NCD 予防対策戦略(2007-2010)をアップデート中である。

##### ②疾患、リスクファクター別

カンボジアでは、2005年にFCTCに批准し、国家タバコ対策戦略計画(2006-2010, 2011-2015)を策定し、喫煙対策に取り組んでいる。

また、FCTCへの批准以前から、国立ヘルスプロモーションセンター†にタバコユ

† 国立ヘルスプロモーションセンター  
(National Center for health Promotion)

ニットを開設している(1998)。また、省庁横断的なタバコ対策委員会(Inter-Ministerial Committee, IMC)についても、2001年に設置している。

#### ii) 政策運営能力

NCDに関する保健予算は、保健予算全体の1%であり、主な財源は保健省のプールファンドである。また、その内訳は、メディアを通じたNCD対策に20%、それ以外はオペレーショナルコストである。セクター協調は、保健省が中心となり、学校保健、ヘルシーシティに関して他セクター省庁に働きかけを行っている。このうち、学校保健に関しての保健省と教育省の連携が進んでいる。また、NCDに関する省庁横断的な枠組みとして、先述のタバコ対策委員会があるほか、今後、NCDに関するIMCを立ち上げる予定である。

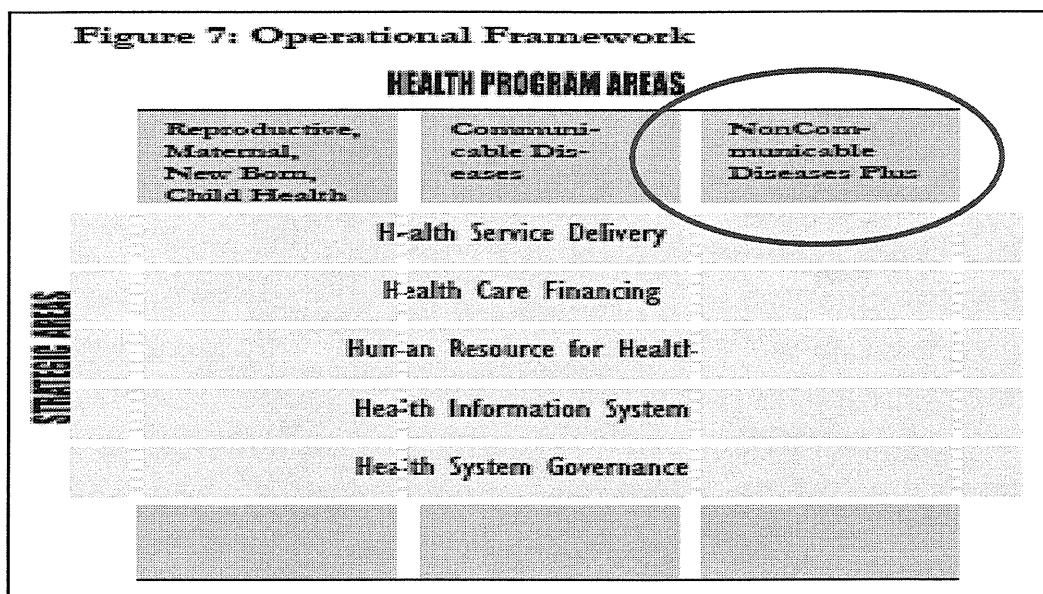
#### iii) 対策の内容

##### ①ポピュレーションアプローチ

現在、学校保健、ヘルシーシティプロジェクトの展開を検討している。学校保健に関しては2011年に、テクニカルワーキンググループが立ち上げられた。

とは、1982年に設置された国の機関であり、保健省管轄である。主な役割は、行動変容のためのコミュニケーション(Behaviour Change Communication)の開発、保健人材のサポートなどである。対象となる分野は、タバコ対策のほかに、衛生、PHC、リプロダクティブヘルスなどの12項目。ECとUnicefの支援を受けている。

表9 カンボジア「保健戦略計画（2008-2015）」の枠組み



②ハイリスクアプローチ

PEN の導入は進んでおらず（2012 年現在）、その理由として、①保健人材の能力（NCD リスクファクターに関するスキル）、②保健人材の配置（研修を受けたスタッフの移動）、③必須医薬品の不足、④優先性の低さ（感染症対策および母子保健優先）などがあげられている。

【ラオス】

i) 政策または計画等の存在

ラオスでは、保健に関する最上位の計画となる国家健康計画の、第 7 次計画（2011-2015）から、NCD を優先課題としている。また、2012 年には、国家 NCD 対策政策および戦略計画を策定した。同計画におけるターゲットおよび指標は以下の通りである。同指標のモニタリングの方法、結果は公表されていないが、STEP サーベイ（WHO が開発した NCD サーベイ）が、2008 年、2012 年に実施されている。

表 10 ラオス NCD 対策戦略計画の指標

n	Indicators	Targets		
		2010	2015	2020
1	% of known HTN not on medication	83.0 %	75%	70%
2	% of fruit and vegetable consumption < 5 servings	36.6 %	33%	30%
3	% of current daily smokers	19 %	17%	15%
4	% of insufficient physical activity	14.2 %	13 %	12%
5	% of those who drink alcohol 4 or more days per weeks	10.5 %	9%	8%
6	% of BMI > 30 kg/m <sup>2</sup>	5.8 %	5%	4%



ii) 政策運営能力

保健省内に NCD に特化した部署はないが、ヘルスケア部が関連政策などを策定している。

また、NCD 対策の実施では、保健省が中心となっており、セクター間協調は進んでいないが、コーディネーションコミッティの会合は開催されている。

iii) 対策の内容

①ポピュレーションアプローチ

今後、ヘルシーシティプロジェクトを計画中である。

②ハイリスクアプローチ

PEN の導入は進んでおらず、その要因として、リファーマル体制が構築されていないこと(1 次、2 次、3 次の医療体制間の連携・調整体制が整備されていない)、ヘルスシステムの分析が不十分であることなどが挙げられている。

【フィリピン】

i) 政策または計画等の存在

フィリピンでは、「NCD 対策行動計画」に従い、NCD 対策を推進している。表 11 に示すとおり、行動計画は、介入 (①環境、②ライフスタイル、③臨床の 3 分野)、④アドボカシー、⑤研究およびサーベイランス・評価、⑥ネットワークング (マルチセクトラルパートナーシップなど) とシステム強化の 6 分野にアプローチするものである。

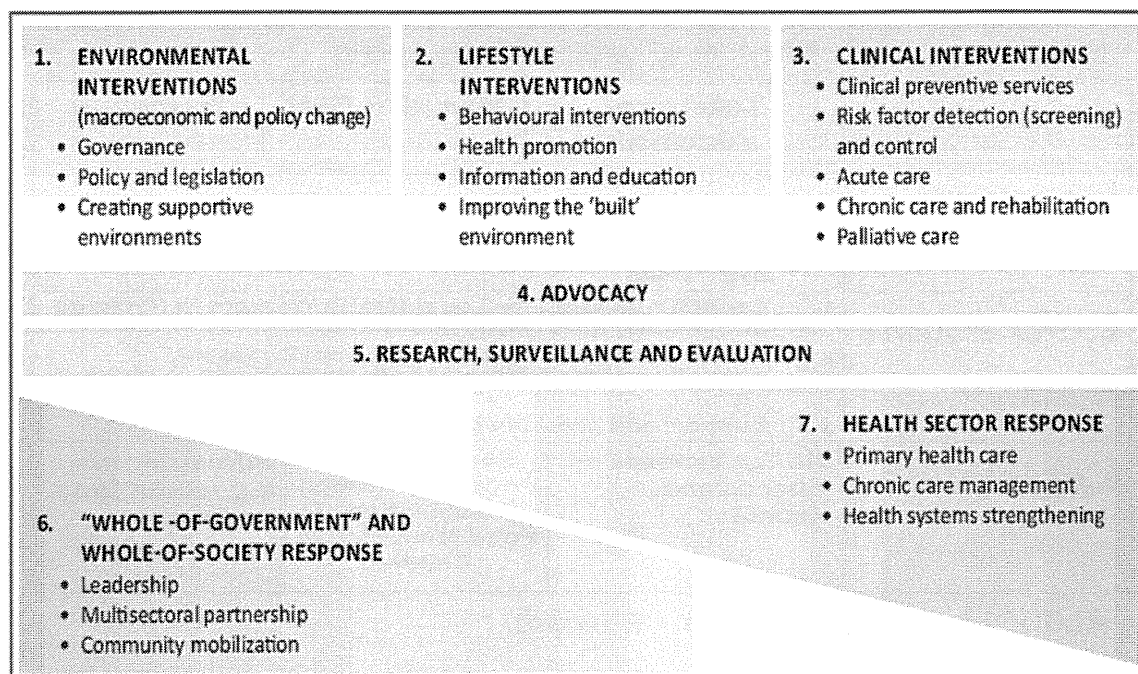
行動計画には、モニタリング指標が定められており、計画の実施により、NCD による死亡率の 2%低下 (年) が達成された。

ii) 政策運営能力

NCD 対策行動計画には、保健局 (いわゆる保健省に相当) の独自予算があてられている。

セクター間協調については、NCD に関するコーディネーション協議会が存在する。さらに今後は、マルチセクトラル戦略計画

表 1 1 フィリピン NCD 対策行動計画



の策定や、国家予防戦略に関するアドボカシーを進めるとともに、健康の社会決定因子と NCD に関する研究等を進める予定である。

### iii) 対策の内容

#### ①ポピュレーションアプローチ

「タバコ、食事、運動に関する 3×3 戦略」を策定、実施している。同戦略は、表 11 に示すとおり、3 つのアプローチ（教育、地方政府の活動、法律）と 3 つのターゲット（たばこ・アルコール、食事、運動）をマトリックスにし、介入を行うものである。

これを受け、2012 年 12 月には税改革法への大統領署名がなされ、2013 年 1 月からは、タバコおよびアルコールに対する増税が開始された。今後は、段階的に増税を行い、5 年後の 2017 年には、タバコ 1 箱あたりの価格を現在の 2 倍程度まで（1 箱あたり約 1.4USD まで）引き上げる予定である。

このほかに、今後は、学校保健を導入することが予定されている。

#### ②ハイリスクアプローチ

現在、PEN を段階的に導入している。導入にあたり、運営マニュアルのドラフト、州レベルの NCD コーディネーターの養成、4 州での自治体ヘルスオフィサーへの研修を行った。

また、モデル自治体では、一次レベルの医師・看護師・助産師（ノンメディカルヘルスワーカー）への研修、モニタリング情報システム構築（既存のシステムに統合）、必須医薬品（ベータ遮断薬、アスピリン等）および必須医療機器（血糖センサー、コレステロールメーターなど）の配置、健康手帳の開発（リスクファクターと疾患別）、IEC マテリアルの開発と健康教育の実施、NCD 治療に関する啓発（プライマリケアで利用できることを住民に周知）等を実施している。サービスの利用において、貧困層（最貧の 20%のグループ）は保険加入に関わらず無料、貧困層以外は一律 1.19US ドルを自己負担することになっている。

表 12 フィリピン タバコ、食事、運動に関する 3×3 戦略

	<b>Tobacco/ Alcohol</b>	<b>Healthy Diet</b>	<b>Exercise</b>
<b>Learning</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Health Education curriculum in all schools</b></li> <li>2. <b>Public Awareness Campaign through media and social networks</b></li> <li>3. <b>Promotion of Healthy Lifestyle in Schools, Workplaces and Homes</b></li> </ol>		
<b>LGU action</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Capacity-building for Local Health Workers in Package of Essential NCD (PEN) interventions</b></li> <li>2. <b>Local ordinances eg smoke free environment, regulation of marketing of harmful products to children, etc</b></li> <li>3. <b>Support and promote LGU-led programs</b></li> </ol>		
<b>Legislation</b>	<b>Sin Tax Increase on tobacco and alcohol</b>	<b>Food Labeling, Food Certification &amp; Regulation of Food Marketing to Children</b>	<b>Infrastructure e.g recreational facilities</b>

※LGU…Local Government Unit（地方政府局）

今後全国的に PEN を導入するうえで、NCD の優先性の低さ（感染症対策が優先）とともに、ヘルスシステムの弱さに起因する各種課題（保健人材への NCD に関する教育、必須医薬品・医療機器整備にかかる経費の不足、既存の情報システムへの NCD 情報の統合）が挙げられている。

### 【モンゴル】

#### i) 政策または計画等の存在

モンゴルでは、国家 NCD 予防対策プログラム（2006-2013）に従い、NCD 対策を推進している<sup>13)</sup>。同プログラムは 2 期（2006-2009、2010-2013）に分けてモニタリングしており、現在は 2 期目の実施期間中にあたる。概要を表 1 3 に示す。

モニタリングは、STEP サーベイ(2005, 2009, 2013 年)のほか、GSHS(2009,2013)、

塩分摂取サーベイ(2011)、子どもの食品と飲料に関するマーケティングサーベイ(2012)によって実施されている。

プログラム実施において、主要 NCD に共通のリスクファクターに対する包括的なアプローチ（政策策定、環境整備、キャパシティビルディングなど）や、エビデンスに基づいた住民オリエンティッドなアプローチなどを原則としている。

#### ii) 政策運営能力

NCD 対策予算は、保健予算の中の公衆衛生プログラムのための予算に含まれる。GDP に占める保健全体に対する予算の割合は 4.1%であり、そのうち、6%は公衆衛生に充てられている。この予算のほかに、タバコ、アルコール、輸入医薬品による税収入を用いたヘルスプロモーション基金の予算が、NCD 対策に充てられている。

表 1 3 モンゴル 国家 NCD 予防対策プログラムの概要

<p><b>上位目標:</b> サーベイランスシステム改善と効果的 HP 活動を通じた NCD による死亡率の減少</p> <p><b>目標:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. NCD 対策(循環器疾患、がん、糖尿病など)のための持続可能なコーディネーションメカニズムの構築</li> <li>2. 健康的なライフスタイルと環境を促進することによる主要 NCD のリスクファクターの減少</li> <li>3. 主要 NCD を志向したヘルスサービスへの方向転換(コミュニティベース、アクセス、効率性を備えたヘルスサービス)</li> </ol> <p><b>指標:</b> Step by Step reduction of NCDs by 25% by 2025 (NCD を 2025 年までに 25%までに減らす)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 喫煙率、アルコール摂取率の 15 %減少</li> <li>2. 緑色野菜と果物消費率の 30%の増加</li> <li>3. 運動の 30%増加</li> </ol>
---

NCD 対策の担当局は、保健省内の公衆衛生部である。同部のテクニカル部門として、ヘルスプロモーション基金のヘルスプロモーション局が位置付けられている。

サーベイは、NCD 以外の保健統計と合わせて、保健省内の統計局が担当している。

### iii) 対策の内容

#### ①ポピュレーションアプローチ

NCD 対策のための国家マルチセクター計画の強化を図っている。具体的には、タバコ・アルコール対策、課税、食事、運動に関するヘルスプロモーションキャンペーンを検討している。

また、現在、NCD（高血圧、糖尿病、乳がん、子宮頸がん）の予防、早期発見、マネジメントの国家キャンペーンを実施している。キャンペーンでは、PHC レベルにおけるクリニカルガイドラインの開発、早期発見・治療のための機材供与、PHC 医師への研修、PHC ワーカー支援のためのスーパービジョンなどを実施した。2012 年から 2013 年にかけては、リスクファクターの予防、早期発見、対応を展開する。

#### ②ハイリスクアプローチ

現在、既存の 1 次医療の強化を通じて、全国的に PEN の導入を進めている。2011 年には、臨床ガイドライン（高血圧、糖尿

病、乳がん・子宮頸がん、脳卒中、基本的なライフサポート、終末期ケア）の見直しを行った。また、それに合わせ、すべての家庭医に、ガイドライン、リスク患者の特定に関する研修を行い、スクリーニングを開始した。ただし、保健人材の数と質に関する不足、機材の供給が不十分な状況にある。

### 【ベトナム】

#### i) 政策または計画等の存在

##### ①NCD 全体

ベトナムでは、NCD に関しては、2002 年より大統領プログラムが存在していたが、2010 年からは、さらに国家プログラムとなり、第一優先課題に位置付けられている。プログラムは、高血圧、糖尿病、がん、COPD、精神疾患の 5 分野を含むものである。

また、現在 NCD 対策のためのワークプラン（2013-2020）を策定中である。

##### ②疾患、リスクファクター別

ベトナムでは、たばこ対策プログラムを 1989 年に策定した。保健省が担当省ではあるが、文化省、貿易金融省、教育研修省などを巻き込んだ、マルチセクターなプログラムとなっている。