

☒ 1. UHC indicators and available data in Asia/Pacific Region.

| | Australia | Bangladesh | Brunei Darussalam | Cambodia | China | Fiji | India | Indonesia | Japan | Korea, DPR | Korea, Rep | Laos | Malaysia | Mongolia | Myanmar | Nepal | New Zealand | Pakistan | Papua New Guinea | Philippines | Singapore | Solomon Islands | Sri Lanka | Thailand | Vietnam | available data |
|--|-----------|------------|-------------------|----------|-------|------|-------|-----------|-------|------------|------------|------|----------|----------|---------|-------|-------------|----------|------------------|-------------|-----------|-----------------|-----------|----------|---------|----------------|
| Access to health care | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (n/25) | |
| Health care insurance coverage(%), | ○ | | ○ | | | | ○ | ○ | ○ | | ○ | | | | | | ○ | | | ○ | | ○ | ○ | | | 10/25 |
| Problems in accessing care due to financial reason, | | | ○ | | | | ○ | ○ | ● | | | | | | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | ○ | | | 8/25 |
| problems in accessing care due to difficulties in getting permission, | | | ○ | | | | ○ | ○ | | | | | | | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | ○ | | | 8/25 |
| problems in accessing care due to distance, | | | ○ | | | | ○ | ○ | ● | | | | | | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | ○ | | | 8/25 |
| Inequities in access to essential services | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antenatal care from a skilled provider and no antenatal care among women | | ○ | | ○ | | | ○ | ○ | | | | ○ | | ○ | ○ | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | 14/25 |
| Postnatal care among women | | ○ | | ○ | | | ○ | ○ | | | | | | | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | ○ | | | 9/25 |
| DPT immunization coverage among children aged 12-23months | ● | ○ | | ○ | | | ○ | | ● | | | ○ | | ○ | ○ | ● | | ○ | | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | 12/25 |
| Children with diarrhea, who received treatment | | ○ | | ○ | | | ○ | ○ | | | | ○ | | ○ | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | ○ | ○ | 13/25 |
| Finance | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total expenditure on health per capita, public and private, USD PPP | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 24/25 |
| Average annual growth rate in real health spending and GDP per capita, 2000-12 | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 24/25 |
| Change in total expenditure on health as a share of GDP | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 24/25 |
| Financing of healthcare | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Change in public share of total expenditure on health 2000-2012 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 24/25 |
| Change in out-of-pocket spending as a share of total expenditure on health 2000-2012 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 24/25 |
| Out-of-pocket and private prepaid plans spending as a share of private expenditure, | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 24/25 |
| External resources as a share of total expenditure on health, 2005 and 2012 | | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | ○ | | ○ | ○ | | ○ | | ○ | | | | ○ | ○ | ○ | 16/24 |
| Pharmaceutical expenditure | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pharmaceutical expenditure per capita, USD PPP, and average annual growth rate in real pharmaceutical spending per capita, 2000-2010 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 24/25 |
| Change in pharmaceutical expenditure as a share of total expenditure on health 2000-2010 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 24/25 |
| Public share of pharmaceutical expenditure | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 24/25 |

○ Data available, ● possibly available data, not found in referred source[2]

表 1. SDG (Sustainable Development Goals)における保健関連分野

| Goal 3 Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages | | Key area |
|--|--|---|
| By 2030 | 1 Reduce the global maternal mortality ratio to less than 70 /100,000 live birth | Maternal Health |
| By 2030 | 2 end preventable deaths of newborns and children under 5 years of age | Child Health |
| By 2030 | 3 end the epidemics of AIDS, tuberculosis, malaria and neglected tropical diseases and combat hepatitis, water-borne diseases and other communicable diseases | Infectious Diseases |
| By 2030 | 4 reduce by one-third premature mortality from non-communicable diseases through prevention and treatment and promote mental health and well being | NCD(Non-communicable diseases) |
| By 2030 | 5 Strengthen the prevention and treatment of substance abuse, including narcotic drug abuse and harmful use of alcohol | Drug / Alcohol Abuse |
| By 2020 | 6 halve the number of global deaths and injuries from road traffic accidents | Injuries |
| By 2030 | 7 ensure universal access to sexual and reproductive health-care services, including for family planning, information and education, and integration of reproductive health into national strategies and programmes | Reproductive Health |
| | 8 Achieve universal health coverage, including financial risk protection, access to quality essential health-care services and access to safe, effective, quality and affordable essential medicines and vaccines for all. | UHC |
| By 2030 | 9 substantially reduce the number of deaths and illness from hazardous chemical and air, water and soil pollution and contamination | Environmental Health |
| | a Strengthen the implementation of the World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control in all countries, as appropriate | Tabacco Control |
| | b support the research and development of vaccines and medicines for the communicable and non-communicable diseases that primarily affect developing countries, provide access to affordable essential medicines and vaccines, in accordance with Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public health, which affirms the right of developing countries to use the full the provisions in the Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights regarding flexibilities to protect public health, and, in particular, provide access to medicines for all. | R&D |
| | c substantially increase health financing and the recruitment, development, training and retention of the health workforce in developing countries, especially in least developed countries and small island developing states | Health Finance and Human Resources (esp.developing countries) |
| | d strengthen the capacity of all countries, in particular developing countries, for early warning, risk reduction and management of national and global health risks | Capacity Building (esp.developing countries) |

平成 26 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
「保健分野のポスト国連ミレニアム開発目標に向けた指標開発に関する研究」
分担研究報告書

「ポスト MDGs における NCDs 対策の方向性
-ナショナルヘルスプランにおける NCDs 対策の指標に関する分析-」

分担研究者 三浦宏子 国立保健医療科学院 国際協力研究部 部長

研究要旨

【背景】NCD は今や先進国だけでなく、多くの中所得国においても共通の健康課題であり、ポスト MDGs においても対応が求められるところである。特に、アジア大洋州諸国においては、NCD 有病状況の顕在化が著しく、早急な対応策の導入が求められる。

【目的】途上国におけるナショナルヘルスプランにおける NCD 対策の導入状況を明らかにし、NCDs 対策をナショナルヘルスプランの中に位置づける場合の数値目標のあり方について検討した。

【方法】本年度の研究では、NCDs 対策を積極的に推進している WHO 西太平洋地域事務局管内の中・低所得国 17 か国を対象として、各国の NCDs 有病状況に関する統計データやナショナルヘルスプランなどの関連 2 次データを収集した。まず、対象国での NCDs 有病状況と代表的なリスク要因の状況についてレビューを行った上で、ナショナルヘルスプランにおける NCDs 対策の導入の有無を調べた。また、導入されている場合は具体的な評価指標についても調べた。

【結果】今回の対象国における男性の平均喫煙率は 47.1%と高率であった。ナショナルヘルスプランにおいて、何らかの項目として NCDs が記載されていた国は対象国の 41.2%であったが、独立した項目として NCDs を記載していた国は 23.5%のみであった。フィジーとトンガにおいては、ナショナルヘルスプラン以外に NCDs 対策に特化した国家戦略プランを策定しており、特に NCDs への取組みを強化していた。また、ナショナルヘルスプランのなかで NCDs 対策を明記していた国々において、NCD の評価指標として共通して取り上げられていたのは「喫煙率」と「糖尿病有病率」であった。

【結論】人口の高齢化と相俟って、急激に NCDs 有病者が増加している WHO 西太平洋地域事務局管内においても、ナショナルヘルスプランに NCDs 対策を位置づけているのは 4 割程度であった。途上国のナショナルヘルスプランに MDGs は大きな影響を与えていることから、長期的に NCDs 対策を推進するためには、ポスト MDGs に NCDs 対策を位置づけることが強く求められる。また、わが国での健康日本 21 や特定健診・保健指導での経験から、PDCA サイクルに基づくアプローチは途上国でも有効であると考えられた。

A. 研究背景と目的

NCDs は今や先進国のみならず、中・低諸国においても大きな健康課題であり、ポスト MDGs において対応が図られるべき項目のひとつである。ポスト MDGs に大きな影響を与えるとされる国連持続可能な開発会議 (SDGs) が 2014 年 9 月に出した SDGs オープンワーキンググループ報告書は環境面からの目標項目が数多く提言されているが、そのなかにおいても NCDs への対応やユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) 等の新しい健康課題についての記述がある [1, 2]。

また、2011 年に公表された NCDs に関する国連ハイレベル会合の政治宣言以降、WHO では、2025 年までを目途として 9 つの目標 (①NCDs 早期死亡の減少, ②アルコールの有害使用の減少, ③低身体活動, ④食塩/ナトリウム摂取の減少, ⑤たばこ使用の減少, ⑥血圧高値の抑制, ⑦糖尿病と肥満の増加抑制, ⑧心臓発作と脳卒中の重症化予防, ⑨NCDs 必須医薬品と基本技術の拡大) が掲げられたこともあり [3], 世界規模で NCDs 対策が進みつつある。

このように、途上国においても、今後 NCDs への対応を図ることが、これまで以上に求められるところである。NCDs 対策には、個人の生活習慣の改変と社会的環境の改善が必要となり、地域レベルで改善を図るためには長期間のアプローチを必要とする。これらのことより、ナショナル・ヘルス・プラン (NHP) の中に NCDs 対策を位置づけることは、途上国での健康寿命の延伸に大きく寄与するものであると考えられる。

2012 年の WHO 統計データによると、NCD による死亡者数は 5,600 億人に達しており、そのうちの約 2 割が西太平洋地域事務局管内からの報告であった。アジア大洋州諸国では、人口の高齢化も相俟って、NCDs の有病状況が高く、早急に対策の導入を図る必要がある。

そこで、本研究では、特にアジア大洋州の低・中所得国に焦点をあて、NHP における NCD 対策の導入状況を明らかにし、NCDs 対策を NHP の中に位置づける場合の指標のあり方について検討した。

B. 研究方法

(1) 調査対象国

WHO 西太平洋地域事務局の管内国のうち、国家所得レベルが Low から Upper Middle であり、かつ NHP を英語で公開している 17 か国を調査対象国とした (表 1)。

表 1. 対象国 (アルファベット順)

| | |
|------------|----------------|
| 1. カンボジア | 2. 中国 |
| 3. クック諸島 | 4. フィジー |
| 5. キリバス | 6. ラオス |
| 7. マレーシア | 8. モンゴル |
| 9. パラオ | 10. パプア・ニューギニア |
| 11. フィリピン | 12. サモア |
| 13. ソロモン諸島 | 14. トンガ |
| 15. ツバル | 16. バヌアツ |
| 17. ベトナム | |

(2) 分析方法

対象国の英語で記載された NHP の最新版と NCDs の国別有病状況をまとめた WHO の 2014 年版 Country Profile を収集し、本研究の対象国における NCDs の状況分析

に用いた。

次に、NHP についての分析を行い、国家戦略としてのNCDs 対策の位置づけを把握した。分析にあたっては、NCDs 対策の導入の有無と、導入されている場合は、その目標や指標について重点的に調べた。

C. 研究結果

(1) NCDs に関する国家課題

①全死亡におけるNCDs による死亡割合

WHO のNCDs 目標のうち、特に重要な指標とされている全死亡におけるNCDs 死亡割合の状況を表2に示す。なお、対象国のうち、クック諸島、キリバス、サモア、トンガ、ツバル、バヌアツの6か国は本事項についてのデータが公表されていないため、表2から除いた。

最も高い割合を示したのが中国の87%であり、最も低かったのがパプア・ニューギニアの42%であった。今回の調査国の平均は66.0%であった。

②喫煙率

NCDs の主要なリスク要因である喫煙について、男女別に表3に示す。男性喫煙率の平均は47.1%、女性喫煙率の平均は12.1%であり、国によって若干の差異はあるが、いずれにおいても男性において高い喫煙率を示した。対象国での男性の平均喫煙率は47.1%、女性の平均喫煙率は12.1%であった。女性においては、島嶼諸国において、相対的に高い値を示した。

表2. 全死亡におけるNCDs による死亡割合

| 国名 | 全死亡におけるNCDs (%) |
|------------|-----------------|
| 中国 | 87 |
| フィジー | 80 |
| モンゴル | 79 |
| ベトナム | 73 |
| フィリピン | 67 |
| カンボジア | 52 |
| ラオス | 48 |
| パプア・ニューギニア | 42 |
| 平均±SD | 66.0±16.7 |

表3. 男女別の喫煙率

(a) 男性

| 国名 | 喫煙率 (%) |
|------------|-----------|
| キリバス | 67 |
| パプア・ニューギニア | 55 |
| ラオス | 48 |
| モンゴル | 48 |
| 中国 | 47 |
| ベトナム | 46 |
| ソロモン諸島 | 45 |
| フィリピン | 44 |
| マレーシア | 43 |
| バヌアツ | 43 |
| トンガ | 43 |
| カンボジア | 42 |
| クック諸島 | 41 |
| 平均±SD | 47.1±7.00 |

※フィジーについては男女別のデータが入手できなかったため、表より除外した。

(b) 女性

| 国名 | 喫煙率 (%) |
|------------|-----------|
| キリバス | 37 |
| パプア・ニューギニア | 27 |
| クック諸島 | 27 |
| ソロモン諸島 | 18 |
| トンガ | 12 |
| フィリピン | 10 |
| バヌアツ | 8 |
| モンゴル | 6 |
| ラオス | 4 |
| カンボジア | 3 |
| ベトナム | 2 |
| 中国 | 2 |
| マレーシア | 1 |
| 平均±SD | 12.1±11.7 |

※フィジーについては男女別のデータが入手できなかったため、表より除外した。

④肥満

肥満は代表的なNCDsのリスク要因であり、特に大洋州地域では大きな健康課題である。

表4に示す様に、今回の対象国において、明確な地域格差が認められた。クック諸島、トンガ、サモア、キリバス、フィジー、ソロモン諸島といった島嶼諸国での肥満者の割合は3割以上であり、喫煙状況と併せて、非常に高いNCDsリスクであった。一方、ラオス、カンボジア、ベトナムでは肥満者率は5%未満と低率であった。

表4. 肥満者率 (男女合計)

| 国名 | 肥満者率 (%) |
|------------|-----------|
| クック諸島 | 63.7 |
| トンガ | 57.6 |
| サモア | 54.1 |
| キリバス | 46.0 |
| フィジー | 30.6 |
| ソロモン諸島 | 30.0 |
| バヌアツ | 27.5 |
| パプア・ニューギニア | 16.2 |
| モンゴル | 14.4 |
| マレーシア | 14.0 |
| フィリピン | 6.3 |
| 中国 | 5.7 |
| ラオス | 2.6 |
| カンボジア | 2.1 |
| ベトナム | 1.7 |
| 平均±SD | 24.8±21.6 |

(2) NHPにおけるNCDs対策の導入状況

NHPにおいて、NCDsに関する項目についての記載の有無について調べたところ、NCDsが独立した項目として記載されていた国はフィジー、カンボジア、キリバス、トンガの4か国のみであった。そのうち、フィジーとトンガについては、NCDsについて特化したプランを策定し、重点的に対応していた。この4か国において、NCDsに対して具体的な数値目標を設定していた国は、フィジー、カンボジアとトンガの3か国であった。

また、NHP中に、NCDsに関する記述はあるが、独立した項目としての取り扱いはなされていなかった国は中国、バヌアツ、ラオスの3か国であった。

(3) NHP での NCDs 関連目標と指標

本項では、NHP において NCDs の記載がなされている 4 か国（フィジー、カンボジア、キリバス、トンガ）について、その目標と指標の詳細について示す。

①フィジー

フィジーは今回調査を行った国々のなかでは、NCDs 対策に国家レベルで積極的に取り組む姿勢が特に強く打ち出されていた。フィジーの NHP は表 5 に記載するように、7 つの大目標から構成されており、NCDs については最初の項目として掲げられている。

表 5. フィジー-NHP の主要領域

- 1) NCD 対策
- 2) 感染症予防
- 3) 妊産婦の健康
- 4) 子どもの健康
- 5) 青少年期の健康
- 6) 精神保健
- 7) 水管理

さらに、NCDs 対策の具体的項目として、たばこ、栄養、運動、口腔保健、アルコール、がんについての関連指標が提示されていた。表 6 には、そのうち数値として補足できる代表的な指標一覧を示す。

表 6. フィジー-NHP での NCDs 関連指標

- 1) 糖尿病有病率
- 2) 喫煙率 (15-65 歳)
- 3) 肥満者率
- 4) 中強度の運動習慣を有する者の割合
- 5) 12 歳児の齲蝕有病者率
- 6) アルコール関連の事故数の割合
- 7) 子宮頸がん検診の受診者率
- 8) 乳がん検診の受診者率

②カンボジア

カンボジアの NHP での主要な目標は、「妊産婦・乳幼児死亡率の低下」、「HIV/AIDS、マラリア、結核等の感染症による罹患・死亡状況の改善」「NCDs 等による負担の軽減」の 3 つであり、相対的に母子保健と感染症対策に関する事項に焦点があてられていた。

しかし、カンボジアでも NCDs の有病率が経年的に増加傾向にあることもあり、NHP においても NCDs の目標が新たに加わり、指標も提示されている(表 7)。現在のカンボジアの NCDs 有病状況は、まだ深刻ではないが、今後を見据えて NCDs の予防戦略を導入しているところが、特色のひとつである。

表 7. カンボジア NHP での NCDs 関連指標

- 1) 子宮頸がん有病率
(公的医療機関での報告値)
- 2) 糖尿病有病率
(公的医療機関での報告値)
- 3) 高血圧有病率
- 4) 成人における喫煙率

③キリバス

キリバスのNHPにおいての主要項目は、表8に示すように6項目であり、カンボジア同様に、母子保健と感染症対策に重点が置かれている。また、家族計画の推進など人口増加への対応（抑制策）が挙げられている点は、キリバスの特色のひとつである。

表8. キリバス NHP の主要領域

- | |
|------------------|
| 1) 家族計画の推進 |
| 2) 母子保健対策 |
| 3) 感染症対策 |
| 4) NCDs 対策 |
| 5) 医療提供体制の体系的な確立 |
| 6) 女性の健康 |

NCDs 対策の指標としては、表9に示す7項目であるが、NCDs 対策を推進する組織数の増加に関して数値目標を提示している点は他国にない取り組みである。

表9. キリバス NHP での NCDs 関連指標

- | |
|--------------------|
| 1) 喫煙率（15-64歳） |
| 2) 肥満者率 |
| 3) 糖尿病有病率 |
| 4) 糖尿病性足病変を有する患者数 |
| 5) NCDs 予防に取り組む組織数 |
| 6) 子宮頸がん検診率 |
| 7) 高血圧患者数 |

④トンガ

トンガでのNCDs対策は、NHPのなかに目標のひとつとして位置づけられるとともに、別途NCDs戦略・行動計画として下位目標が定められている。NHP中に記載さ

れている目標は「NCDs罹患率の低下」であるが、その指標としては、「糖尿病有病率の低下」、「成人と小児の肥満者率の減少」、「中強度の運動習慣者の増加」、「野菜・果物を毎日摂取する者の増加」、「喫煙率の低下」、「アルコール過剰摂取者の低下」が挙げられている。

D. 考察・結論

(1) NHPにおけるNCDs対策の位置づけ

本研究において対象としたアジア大洋州諸国において、特に島嶼諸国でのNCDs有病状況は深刻な状況であり、その対策は喫緊の課題であることが確認された。特に、肥満者と喫煙者の割合は島嶼諸国全般において極めて高率であり、早急な対策が求められるところである。しかし、島嶼諸国のNHPにおいて、NCDs対策を目標として提示していたのはフィジー、キリバス、トンガの3か国のみであった。

NCDs対策は、一次予防と二次予防を切れ目なく繋げる必要がある、個人の生活習慣の改変だけでなく、それを支える社会環境の整備ならびに重症化予防を図るための医療機関との連携体制の構築が求められる。また、NCDs対策には長期的視野に立脚した国家戦略が必要である[4, 5]。しかし、サモア、クック諸島やソロモン諸島など、より強力な対策を行う必要性がある国においても、NHPでのNCDs対策の記載がなかったことは、今後のNCDs対策を推進していく上で克服すべき重要な課題のひとつだと考えられる。

途上国のNHPはMDGsの影響を強く受けて目標が設定される傾向があるため[6]、これらのNCDs対策が遅れている国での状

況改善のためにも、ポスト MDGs において NCDs に関する目標が設定されることが強く求められる。

(2) わが国の生活習慣病対策の経験からの考察

わが国での PDCA サイクルに基づく健康日本 21 と特定健診・保健指導の取組みから得られた成果は、ポピュレーション・アプローチとハイリスク・アプローチの両者を組み合わせることが、NCDs 対策に有効であることを示唆するものである [7, 8]。PDCA サイクルに基づく NCDs 対策の推進は、途上国にも応用できる政策であると考えられるが、そのためには、NCDs 関連指標について、地域で定期的に評価できる体制の構築が重要となる。

(3) 途上国における NCDs 対策の評価指標の検討

今回の結果において、NCDs 対策の指標として共通して挙げられていたのは、「喫煙率」と「糖尿病有病率」であった。肥満については、カンボジアではその割合が低いため、指標として挙げられていなかったが、フィジー、キリバス、トンガでは指標として挙げられていた。

また、子宮頸がん検診の受診率については、フィジー、カンボジア、キリバスの 3 か国で挙げられていた点は、途上国における NCDs 指標の選択において示唆を与えるものであった。子宮がん検診については、WHO の NCDs 対策のフレームワークでは主要 9 項目として位置づけられてはならず、その他の項目として記載されているものである。しかし、途上国にお

ける NCDs 対策では主要 9 項目に準じて、目標や指標として取り上げるべき事項として考える必要性があるかもしれない。

今回の調査では、NCDs 有病者が多く、かつ比較的二次データが整備されていると考えられる WHO 西太平洋地域事務局管轄地域での低・中所得国を対象として調査を行ったため、他の地域での状況については不明である。次年度は、他の地域の状況についても調査を行い、広く途上国の状況を踏まえた上で、ポスト MDGs における NCDs の指標について検討を行っていきたい。

<参考文献>

- [1]藤生将司. ポスト 2015 年開発目標策定の背景とその主な動向. 立法と調査 2014 ; 353 : 77-85.
- [2]Alleyne A, et al. Embedding non-communicable diseases in the post-2015 development agenda. Lancet 2013; 381: 566-574.
- [3]World Health Organization. Global status report on non-communicable diseases 2014. WHO, 2014.
- [4]Sridhar D, et al. Recent shifts in global governance: implications for the response to non-communicable diseases. PLOS Medicine 2013; 10: e1001487.
- [5]McKee M, et al. Towards a comprehensive global approach to prevention and control of NCDs. Globalization and health 2014; 10:74.
- [6]池上清子. 2015 年以降の開発アジェンダ (ポスト MDGs) の現況. 国際保健医療

2013 ; 28 : 253-265.

[7]厚生労働省健康局. 健康日本2 1 (第二次), 2012.

[8]厚生労働省健康局. 標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】, 2013.

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

平成 26 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
「保健分野のポスト国連ミレニアム開発目標に向けた指標開発に関する研究」
分担研究報告書

「ポスト MDGs における各国の NCD モニタリング実施の現状」

研究代表者 大澤絵里 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

【背景・目的】 2016 年以降の次期国連開発目標の議論も進み、ポスト MDGs に大きな影響を与えるとされる国連持続可能な開発目標 (SDGs) のオープンワーキンググループの報告書が 2014 年 9 月に公開された。NCDs は保健分野の重要課題として認識され、ターゲットとしてもあげられている。

NCDs に関しては、WHO グローバルモニタリングフレームワークで 9 つの目標 25 の指標を提示している。そこで、本研究では、世界各国の NCDs モニタリングの現状を把握し、ポスト MDGs における可能性の高い NCDs 指標、および各国のモニタリング継続の可能性について検討をした。

【方法】WHO が進めている各国の NCD 調査 (STEPwise approach to surveillance (STEPS)) の公開されている報告より、報告されている項目、および各調査の対象地域、対象人数を整理した。また、各国の NCD 担当官への質問票調査を実施し、NCD 指標のモニタリングの継続の可能性を検討した。

【結果】WHO STEPS の報告書を公開している 90 か国中、1 回実施は 73 か国、2 回実施は 13 か国、3 回実施は 2 か国、4 回実施は 1 か国、5 回実施は 1 か国であった。

実施年別による国の数である。調査実施は 2001 年から始まり、90 か国で延べ 118 回の実施報告があった。2007 年に最多の 15 国からの報告書が公開されていた。STEP1 (質問紙調査)、STEP2 (身体測定調査)、STEP3 (血液検査) までの報告をしているのは 54 か国であった。共通して報告されていたのは、喫煙率、アルコール摂取頻度、果物・野菜の摂取頻度、運動量、BMI、平均血圧、高血圧の割合であった。今年度は、NCD 対策専門家の調査は、マレーシアから研究協力を得られた。マレーシアは 2005 年に実施した STEPS を基に、National Health and Morbidity Survey を 4 年毎の国民調査として実施していた。

【結論】STEPS 報告書の分析から、多くの国で NCD に関する全国調査は 1 回のみのも報告であったが、マレーシアのように STEPS を基に国内で全国調査へと発展させている国もあり、ポスト MDGs に合わせて他の国にも調査の継続性を期待したいところである。本調査では、多くの国で STEP2 の身体測定調査までは実施しており、生活習慣 (喫煙、アルコール、栄養、運動)、BMI、血圧は、ポスト MDGs での NCD のリスクファクター指標

として可能性の高いと考えられる。NCDのモニタリングは、ポストMDGsに向けて、各国がWHOのSTEPSを活用しながら、データ収集に取り組み始めている。来年度もNCD対策専門家への調査を継続し、ポストMDGsにおけるNCDのモニタリングの継続性について検討をしていきたい。

研究協力者 Honey Faith Molina-Berena (Post Ph.D)

A. 研究背景と目的

2016年以降の次期国連開発目標の議論も進み、ポストMDGsに大きな影響を与えるとされる国連持続可能な開発目標(SDGs)のオープンワーキンググループの報告書が2014年9月に提出された[1]。その中の保健分野の目標の一つとして、NCDsへの対応もあげられている。2014年度(平成25年度)の本研究班の報告書においても、ポストMDGs策定に向けたハイレベル・パネルの提言書および他関係機関の議論を整理した結果、ポストMDGsにおける重要課題として、NCDsの対応の必要性をあげた。

NCDsに関しては、WHOが、グローバルモニタリングフレームワークの中で、2025年までを目途として9つの目標、およびそれ以下に、目標のモニタリングのための25の指標(任意の指標も含む)を提示している[2](資料1)。ポストMDGsでは、その25指標の中から、収集可能なものが、指標設定になる可能性が高い。しかし、MDGs同様、ポストMDGsを確実に前進させるためには、確かなモニタリングを実施していく必要性があり、各国のNCDsのモニタリング能力を高めていく必要がある。

そこで、本研究では、世界各国のNCDsモニタリングの現状を把握し、ポストMDGsにおける可能性の高いNCDs指標、および各国のモニタリング継続の可能性について検討をした。

B. 研究方法

(1) WHO STEPwise approach to surveillance (STEPS)の報告書の分析

WHOは、NCDsのサーベイランスのパッケージとして、STEPwise approach to surveillanceを推奨している。STEPwise approach to surveillanceとは、①質問票による調査、②身体検査、③血液検査の3ステップから構成されるNCDsリスクファクターに関する調査である(平成26年度報告書参照)。本研究では、各国のこの調査の報告書を分析の対象とする。

① 対象国

WHO STEPS実施の概要把握の対象は、ウェブサイト¹でファクトシートおよび報告書を公開している全90か国(表1)とした。また調査項目の詳しい分析に関しては、英文ファクトシートを公開している67か国(章末表2の★の国々)を対象とした。

② 分析方法

WHO STEPS実施の概要把握のために、表1の国々のSTEPS実施回数、実施年を整理した。加えて、英文のファクトシートが公開されている67国については、STEPSの3ステップに沿って、質問票による調査(喫煙、飲酒、栄養、運動)、身体測定、血液検査について、報告されている

¹ <http://www.who.int/chp/steps/reports/en/> (2014年10月 - 2015年3月にかけてアクセス)

項目、および各調査の対象地域、対象人数を整理した。

表1 WHO STEPS のウェブサイトでファクトシート（もしくは英文報告書）を公開している国の数（WHO 地域事務所ごと）

| | |
|---------|-------|
| アフリカ地域 | 36 か国 |
| アメリカ地域 | 10 か国 |
| 南東アジア地域 | 9 か国 |
| ヨーロッパ地域 | 2 か国 |
| 東地中海地域 | 14 か国 |
| 西太平洋地域 | 19 か国 |
| 計 | 90 か国 |

(2) 各国の NCD 対策専門家への質問紙による調査

① 本年度実施国および調査対象者
マレーシア国

② 調査方法・分析方法

研究班で作成した独自の質問紙を活用し（資料2）、現在の NCD 指標のモニタリングの現状について、調査名、実施時期、調査項目について調査し、整理した。

（倫理的配慮）

本研究の一部である各国の NCD 対策専門家への質問紙調査は、国立保健医療科学院の研究倫理審査の承認を得て実施された（NIPH-IBRA#12056 平成 25 年 10 月 29 日承認）。個人情報を取り扱う研究ではないが、得た情報内に個人情報が存在した場合や、知れた情報のうち公表困難のものがある場合には、事前に研究協力者に確認をとり、情報の扱いに注意する。

C. 研究結果

(1) WHO STEPS 実施の概要

公開の報告書による STEPS 実施回数別による国の数を図 1 に示した。

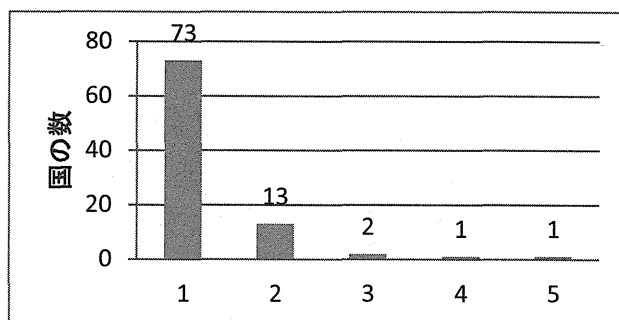


図1 実施回数別による国の数

表1の90か国中、1回実施は73か国（アフリカ地域34か国、アメリカ地域10か国、ヨーロッパ地域2か国、東地中海地域10か国、西太平洋地域17か国）、2回実施は13か国（アフリカ地域2か国、南東アジア地域6か国、東地中海地域3か国、西太平洋地域2か国）、3回実施は2か国（南東アジア地域2か国）、4回実施は1か国（南東アジア地域1か国）5回実施は1か国（東地中海地域1か国）であった。南東アジア地域に属する国々は比較的、WHO STEPS に沿った NCDs 調査を複数回実施している傾向がみられた。

図2は、実施年別による国の数である。本調査対象国では、STEPS は2001年から始まり、90か国で延べ118回の実施報告があった。2007年で最多の15国からの報告書が公開されていた。これは、2004年の第57回WHO保健総会にて

「Global Strategy on diet, physical activity and health」が採択された2004年の第57回WHO保健総会の前後からそれ以降2000年半ばに、比較的、実施回数が多い傾向にある。

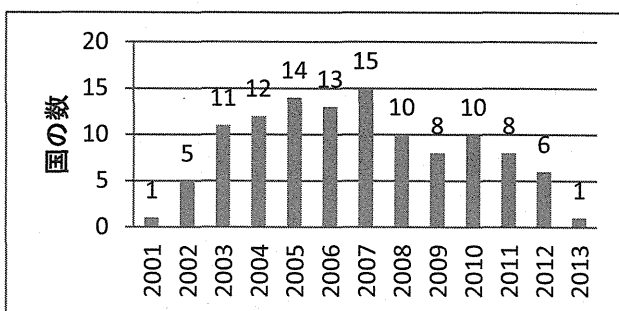


図2 実施年別による国の数

(2) 各国の報告調査項目

次に、英文ファクトシートを公開している67か国について、各国の調査項目を分析した。すべての国において、報告の調査項目や数は異なるもの、STEP2（身体測定）の調査報告までは実施していた。STEP3の項目を報告は、54か国であった。

表3-1は、3分2以上の国々（45か国以上、STEP3は35か国以上）で、共通に報告していた項目である。

喫煙に関しては、多くの国でタバコ加工品の喫煙に関して報告していた。受動喫煙の有無や無煙タバコの喫煙の質問を加えている国もみられた。

飲酒に関しては、過去1年の禁酒を報告している国が最も多かった。逆に、飲酒歴や過度な飲酒についての項目では、過去1年や過去1か月と、国によって質問の期間が異なった。また、宗教上飲酒が認められない国々では、調査項目からははずれているなど、文化的背景による違いがみられた。

栄養・運動に関しては、他の項目よりも報告の項目の種類は多くなく、表3の中にある項目が、多くの国で共通してみられる項目であった。

数²

1週間のうち野菜を摂取する平均日数

おおよそ1日で摂取する野菜の平均サービング数

果物や野菜を、平均して1日5サービング以下しか摂取しない人の割合

③ 運動

低レベル運動量（600MET³未満）/週の人割合

高レベル（3000MET³以上）運動量/週の人割合

1日の運動に費やす時間（分）の中央値

活発な運動をしない人の割合

STEP2 身体測定による調査項目

BMI 平均値、過体重（BMI \geq 25）の割合、肥満（BMI \geq 30）の割合、腹囲の平均値、収縮期血圧の平均値、拡張期血圧の平均値、高血圧（SBP \geq 140またはDBP \geq 90）の割合

STEP3 血液検査による調査項目

空腹時血糖の異常（静脈血： \geq 6.1mmol/L

（110mg/dl） $<$ 7.0mmol/L（126mg/dl）抹消全血： \geq 5.6mmol/L（100mg/dl） $<$

6.1mmol/L（110mg/dl）の割合、

総コレステロール値の平均

高コレステロール血症（ \geq 5.0mmol/L or 190mg/dl）の割合

表3 共通していた報告指標

STEP1 質問票による調査項目

① 喫煙

喫煙者の割合、デリースモーカーの割合、喫煙を始めた平均年齢、タバコ加工品を喫煙するものの割合、（タバコ加工品の）1日平均喫煙本数

② 飲酒

過去1年間飲酒をしていない人の割合、

③ 栄養

1週間のうち果物を摂取する平均日数

おおよそ1日で摂取する果物の平均サービング

STEP2については、BMI、肥満度、腹囲は多くの国で共通した項目であった。血圧の平均や高血圧症の割合は、加療している人を除外する国もあれば、含む国もあり、報告は様々であった。STEP3の血糖値異常や血中コレステロール値に関しても同様のことが言え、各国における治療へのアクセスや調査のサンプリング方法の限界から、このような各国の違いがあると考えられる。

² 1サービング：果物であれば中程度の大きさのリンゴやバナナもしくはハーフカップ、野菜であればハーフカップ

³ MET: Metabolic Equivalent の略。1METは安静に座しているときに消費するエネルギー（1kcal/kg/hour）

(3) 各調査の調査方法

78 調査 (67 各国) について、調査対象地域、調査対象年齢、調査対象人数 (参加人数) を分析した。53 調査 (50 各国) は、特に地域を限定せずに全国調査として報告をしていた。20 調査 (17 各国) は、1 地域に限定した調査報告であり、1 調査 (1 各国) は 2 地域限定、2 調査 (2 各国) は 3 地域、1 調査 (1 各国) は、病院限定の調査報告であった。例えば、ネパールは 1 回目の調査は 1 地域のみ、2 回目は 3 地域、3 回目は全国調査と、回数を重ねるごとに調査対象地域の範囲を拡大させていた。また、複数回の調査をしている国では、STEP2 までの年、STEP3 までの年など、その回ごとに調査対象項目をアレンジしていた。血液検査を実施するには、財政的にも人的にも負担が大きいと考えられ、STEP3 までの調査を複数回実施するにはそれなりの環境を整える必要がある。

調査対象年齢は、25 歳-64 歳が 37 各国、15 歳-64 歳が 25 各国、18 歳-64 歳が 2 各国と、多くの国で 64 歳までの調査であった。

(4) NCD 対策専門家への質問紙調査

ポスト MDGs において、今後の NCD 指標のモニタリングの継続の可能性を検討するために、現在の NCD 指標のモニタリングの現状について、各国の NCD 対策専門家への質問紙調査を計画した。今年度は、マレーシアの NCD 対策専門家から研究協力を得ることができた。

質問紙 (資料 2) では、WHO NCD グローバルモニタリングフレームワークのコア指標を基に、各指標がどんな調査により収集が可能か、また、その調査は何年おきに実施しているかなど、ポスト MDGs の議論で焦点が当てられている社会経済的指標との組み合わせによるデータ収集が可能であるかを尋ねた。

本年度、研究協力を依頼しコンタクトがとれたのはマレーシアであった。マレーシアは、WHO

STEPS の報告より 2005 年に一度調査をしていた。本質問票調査より、その後、STEPS を基盤に、2011 年に「National Health and Morbidity Survey」を実施しており、この調査が 4 年おきの調査となっていた。また独自に塩分量の調査もサンプル調査ではあるが実施していた (表 4)。

NCD 発症予防のための受診率や、治療や検査のための薬や機器、技術の普及率の指標は不測であった。

表 4

2014 年現在のマレーシアでの NCD に関する調査

| 調査名 | 最近の調査年 | 調査項目 | 具体的な指標 |
|--------------------------------------|----------------|--------------------|------------|
| Vital statistics | - | 死亡率 | 継続的 |
| National Health and Morbidity Survey | 2011 (4 年毎) | 罹患率, | STEPS に基づく |
| | | アルコール摂取, 運動, 喫煙 | STEPS に基づく |
| | | 高血圧, 高血糖 | STEPS に基づく |
| Sample Survey | 2012 (4 年毎) | 塩分摂取 | 24 時間蓄尿塩分量 |

D. 考察・結論

本年度は、ポスト MDGs における可能性の高い NCDs 指標、および各国のモニタリング継続の可能性について検討するために、WHO STEPwise approach to surveillance (STEPS) の報告書の分析、および NCD 対策専門家への質問紙による調査を実施した。

本調査の対象国であった 90 各国で、2001 年から 2013 年の間に、118 回の調査が実施されて

いた。73 国が 1 回のみの報告であり、継続的に調査を実施している国は少なかった。しかし、マレーシアへの質問票調査からわかるように、政府の対応として、STEPS を基に全国調査へと発展している国もあり、他の国々にも期待したいところである。低・中所得国では、現在でも人々の健康のモニタリング・評価のための予算配分は、保健分野予算の 5% のみとの報告もみられる [3]。また、モニタリングを実施できる人材の不足の問題 [4] もあり、現 MDGs から引き継がれる指標に加え、NCD も含む新たな指標を、ポスト MDGs において継続的にデータ収集するには、国際的に保健指標のためのデータ収集に力を注ぐ必要がある。

本調査では、多くの国で STEP2 の身体測定調査までは実施しており、生活習慣（喫煙、アルコール、栄養、運動）、BMI、血圧は、ポスト MDGs での NCD のリスクファクター指標として可能性の高いと考えられるが、今後は、これらの NCDs リスクファクターの指標の標準化、データの質の向上が課題となる [5]。

ポスト MDGs における NCD の主指標となるであろう早期（30 歳 - 70 歳）死亡率のモニタリングには、人口動態統計が必須となる。しかし世界の 85 カ国（世界人口 66% にあたる）には、十分な死因統計がない [6]。

このように、NCD 対策のモニタリングには多くの課題が残るが、ポスト MDGs に向けて、世界各国が WHO の STEPS を活用しながら、データ収集に取り組み始めている。来年度も NCD 担当者への調査を継続し、ポスト MDGs における NCD のモニタリングの継続性について検討をしていきたい。

<参考文献>

[1] Open Working Group proposal for

Sustainable Development Goals. Full report of the Open Working group of the General Assembly on Sustainable Development Goals. 2014, July.

[2] WHO NCD Global Monitoring Framework. http://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/2013-11-06-who-dc-c268-whp-gap-nlds-techdoc-def3.pdf?ua=1

[3] WHO Country Health Information Systems A review of the current situation and trends. 2011

[4] Aqi A, Lippeveld T, Hozumi D. PRISM framework: a paradigm shift for designing, strengthening and evaluating routine health information systems. Health Policy and Planning 2009;1-12

[5] Ala Alwan et al. Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. The Lancet 2010; 376: 1861-68

[6] Mahapatra P et al. Civil registration systems and vital statistics: successes and missed opportunities. The Lancet 2007. Published online Oct 29. DOI:10.1016/S0140-6736(07)61308-7.

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表2 調査対象国および各国の調査の概要

| 地域 | 国名 | 実施年 | 全国か地域限定か | 対象年齢下限 | 対象年齢上限 | 調査参加者(対象者) | STEP | 注 |
|---------|---------------|------|----------|--------|--------|------------|------|---|
| アフリカ地域 | ★ アルジェリア | 2003 | 全国 | 25 | 64 | 4102 | 3 | |
| | ★ ベニン | 2007 | 1地域 | 25 | 64 | 2568 | 3 | |
| | ★ ベニン | 2008 | 全国 | 25 | 64 | 6904 | 3 | |
| | ★ ボツワナ | 2007 | 全国 | 25 | 64 | 4003 | 2 | |
| | ★ カメルーン | 2003 | 全国 | 15 | 64 | 9720 | 3 | |
| | ★ ケープベルデ | 2007 | 全国 | 25 | 64 | 1762 | 3 | |
| | ★ 中央アフリカ共和国 | 2010 | | | | | | |
| | ★ チャド | 2008 | | | | | | |
| | ★ コモロス | 2011 | | | | | | |
| | ★ コンゴ | 2004 | 1地域 | 25 | 64 | 2030 | 3 | 3のみリスクファクターある人 |
| | ★ コンゴ民主共和国 | 2005 | 1地域 | 15 | 64 | 1948 | 3 | |
| | ★ コートジボアール | 2005 | | | | | | |
| | ★ エリトリア | 2004 | 全国 | 15 | 64 | 2319 | 2 | |
| | ★ エチオピア | 2003 | 1地域 | 25 | 64 | 3990 | 2 | |
| | ★ エチオピア | 2006 | 1地域 | 25 | 64 | 4000 | 2 | |
| | ★ ガボン | 2009 | | | | | | |
| | ★ ガンビア | 2010 | 全国 | 25 | 64 | 4111 | 2 | |
| | ★ ガーナ | 2006 | 1地域 | 25 | 64 | 2662 | 3 | |
| | ★ ギニア | 2009 | | | | | | |
| | ★ レソト | 2012 | 全国 | 25 | 64 | 2310 | 3 | |
| | ★ リベリア | 2011 | 全国 | 25 | 64 | 2508 | 3 | |
| | ★ マダガスカル | 2005 | 2地域 | 25 | 64 | 5743 | 2 | |
| | ★ マラウイ | 2009 | 全国 | 25 | 64 | 5206 | 3 | |
| | ★ マリ | 2007 | 3地域 | 15 | 64 | 2810 | 3 | |
| | ★ モーリタニア | 2006 | 1地域 | 15 | 64 | 2600 | 3 | |
| | ★ モーリタニア | 2004 | | | | | | |
| | ★ モザンビーク | 2005 | 全国 | 25 | 64 | 3310 | 3 | |
| | ★ ニジェール | 2007 | 全国 | 15 | 64 | 2760 | 3 | |
| | ★ ナイジェリア | 2003 | | | | | | |
| | ★ セイシェル | 2004 | 全国 | 25 | 64 | 1255 | 3 | |
| | ★ シエラレオネ | 2009 | 全国 | 25 | 64 | 4997 | 2 | |
| | ★ スワジランド | 2007 | 全国 | 25 | 64 | 1302 | 3 | 糖尿病診断ある人は除いた |
| | ★ トーゴ | 2010 | | | | | | |
| ★ タンザニア | 2012 | 全国 | 25 | 64 | 5680 | 3 | | |
| ★ ザンビア | 2008 | 1地域 | 25 | 64 | 1912 | 3 | | |
| ★ ザンジバル | 2011 | 全国 | 25 | 64 | 2639 | 3 | | |
| ★ ジンバブエ | 2005 | | | | | | | |
| アメリカ地域 | ★ アルバ | 2006 | 全国 | 25 | 64 | 1565 | 3 | |
| | ★ バルバドス | 2007 | 全国 | 25 | 64 | 1282 | 3 | |
| | ★ ケイマン諸島 | 2012 | 全国 | 25 | 64 | 2105 | 3 | |
| | ★ コロンビア | 2010 | | | | | | |
| | ★ ドミニカ | 2008 | 全国 | 15 | 64 | 1059 | 3 | |
| | ★ グレナダ | 2010 | 全国 | 25 | 64 | 1129 | 2 | |
| | ★ セントルシア | 2012 | 全国 | 25 | 64 | 64 | 3 | |
| | ★ セントキット | 2008 | 全国 | 25 | 64 | 1443 | 2 | |
| | ★ トリニダードトバゴ | 2008 | | | | | | |
| | ★ ウルグアイ | 2011 | | | | | | |
| 南東アジア地域 | ★ バングラデシュ | 2002 | | | | | | |
| | ★ バングラデシュ | 2010 | 全国 | 25 | | 9725 | 2 | |
| | ★ ブータン | 2004 | 1病院 | 35 | | 410 | 2 | |
| | ★ ブータン | 2007 | 1地域 | 25 | 74 | 2484 | 3 | |
| | ★ 朝鮮民主主義人民共和国 | 2005 | | | | | | |
| | ★ | 2007 | | | | | | |
| | ★ | 2008 | | | | | | |
| | ★ インド | 2007 | | | | | | |
| | ★ | 2003 | | | | | | |
| | ★ インドネシア | 2001 | | | | | | |
| | ★ | 2003 | 1地域 | 25 | 64 | 1806 | 3 | |
| | ★ | 2006 | 1地域 | 25 | 64 | 1027 | 3 | |
| | ★ モルジブ | 2004 | 1地域 | 25 | 64 | 2000 | 2 | |
| | ★ | 2011 | 1地域 | 15 | 64 | 1780 | 2 | |
| ★ ミャンマー | 2004 | 1地域 | 25 | 75 | 4448 | 3 | | |
| ★ | 2009 | | | | | | | |
| ★ ネパール | 2003 | 1地域 | 25 | 64 | 2030 | 2 | | |
| ★ | 2005 | 3地域 | 15 | 64 | 7792 | 2 | | |
| ★ | 2007 | | | | | | | |
| ★ | 2012 | 全国 | 15 | 69 | 4143 | 3 | | |
| ★ スリランカ | 2003 | 1地域 | 15 | 74 | 3000 | 2 | | |
| ★ | 2006 | | | | | | | |
| ヨーロッパ地域 | ★ グルジア | 2010 | 全国 | 18 | 64 | 6497 | 3 | |
| | ★ モルドバ | 2013 | 全国 | 18 | 69 | 4807 | 3 | |
| 東地中海地域 | ★ バレーン | 2007 | | | | | | |
| | ★ エジプト | 2005 | | | | | | |
| | ★ エジプト | 2011 | 全国 | 15 | 64 | 5300 | 3 | |
| | ★ | 2005 | | | | | | |
| | ★ | 2006 | 全国 | 15 | 64 | 30000 | 2 | |
| | ★ | 2007 | 全国 | 15 | 64 | 30000 | 3 | |
| | ★ | 2008 | 全国 | 15 | 64 | 30000 | 2 | |
| | ★ | 2009 | 全国 | 15 | 64 | 30000 | 2 | |
| | ★ | 2003 | | | | | | |
| | ★ | 2006 | 全国 | 25 | 65 | 4503 | 3 | |
| | ★ | 2004 | | | | | | |
| | ★ | 2007 | 全国 | 18 | | 3654 | 3 | |
| | ★ | 2006 | 全国 | 20 | 64 | 2280 | 3 | |
| | ★ | 2008 | | | | | | |
| | ★ | 2009 | 全国 | 25 | 64 | 3590 | 3 | |
| | ★ | 2010 | 全国 | 15 | 64 | | 3 | 4394 (WestBank), 6957 (Palestine), 2563 (GazaStrip) |
| | ★ | 2006 | | | | | | |
| ★ | 2012 | 全国 | 18 | 64 | 2496 | 3 | | |
| ★ | 2005 | | | | | | | |
| ★ | 2005 | 1地域 | 25 | 64 | 1573 | 3 | | |
| ★ | 2003 | | | | | | | |
| 西太平洋地域 | ★ アメリカ領サモア | 2004 | 全国 | 25 | 64 | 2072 | 3 | |
| | ★ | 2010 | | | | | | |
| | ★ | 2003 | 全国 | 25 | 64 | 2036 | 3 | |
| | ★ | 2002 | 全国 | 15 | 64 | 6794 | 3 | |
| | ★ | 2010 | | | | | | |
| | ★ | 2004 | 全国 | 15 | 64 | 1755 | 3 | |
| | ★ | 2008 | 1地域 | 25 | 64 | 4180 | 2 | |
| | ★ | 2005 | | | | | | |
| | ★ | 2002 | 全国 | 15 | 64 | 3040 | 3 | |
| | ★ | 2002 | 1地域 | 25 | 64 | 1638 | 3 | |
| | ★ | 2006 | 1地域 | 15 | 64 | 2835 | 3 | |
| | ★ | 2005 | 全国 | 15 | 64 | 3411 | 3 | |
| | ★ | 2009 | | | | | | |
| | ★ | 2004 | 全国 | 15 | 64 | 2081 | 3 | |
| | ★ | 2011 | 全国 | 15 | | 916 | 3 | |
| | ★ | 2007 | 全国 | 15 | 64 | 2944 | 3 | |
| | ★ | 2002 | 全国 | 25 | 64 | 2817 | 3 | |
| | ★ | 2006 | 全国 | 15 | 64 | 2833 | 3 | |
| | ★ | 2005 | 全国 | 15 | 64 | 586 | 3 | |
| ★ | 2004 | 全国 | 15 | 64 | 958 | 3 | | |
| ★ | 2011 | 全国 | 25 | 64 | 4671 | 3 | | |

資料 1

NCDs の予防管理のための Global Monitoring Framework と指標の概要

(http://apps.who.int/gb/ncds/pdf/A_NCD_2-en.pdf)

| 目標 | 指標 |
|---|--|
| 死亡・罹患 | |
| 1. NCDs 早期死亡 | |
| 目標：循環器疾患、がん、糖尿病又は慢性呼吸器疾患による死亡の 25%相対的減少 | <ul style="list-style-type: none"> ● 循環器疾患、がん、糖尿病又は慢性呼吸器疾患により 30-70 歳に死亡する未調整確率 |
| 危険因子 | |
| 行動危険因子 | |
| 2. アルコールの有害使用 ^[脚注 1] | |
| 目標：各国の実情に応じて適当なアルコールの有害使用 ^[脚注 2] の最低 10%相対減少 | <ul style="list-style-type: none"> ● 各国の実情に応じて適当な人口 1 人（15 歳以上）当たりの（統計上及び統計で把握されていない）年間純アルコール消費総量 ● 各国の実情に応じて適当な青年と成人の間欠的大量飲酒者の年齢標準化割合 ● 各国の実情に応じて適当な青年と成人のアルコールに関連する疾病罹患及び死亡 |
| 3. 低身体活動 | |
| 目標：身体活動が不十分な者の割合の 10%相対減少 | <ul style="list-style-type: none"> ● 身体活動が不十分な青年の割合（毎日の中等度から高度の活動が 60 分未満と定義） ● 身体活動が不十分な 18 歳以上の者の年齢標準化割合（週当たりの中等度の活動が 150 分以下又は同程度と定義） |
| 4. 食塩/ナトリウム摂取 | |
| 目標：食塩/ナトリウムの平均集団摂取量の 30%相対減少 ^[脚注 3] | <ul style="list-style-type: none"> ● 18 歳以上の者の、一日当たりの食塩（塩化ナトリウム）のグラムでの平均集団摂取量の年齢標準化平均値 |
| 5. たばこ使用 | |
| 目標：15 歳以上の者の、現在たばこ使用の割合の 30%相対減少 | <ul style="list-style-type: none"> ● 青年の、現在たばこ使用の割合 ● 18 歳以上の者の、現在たばこ使用の年齢標準化割合 |
| 生体危険因子 | |

| | |
|--|--|
| 6. 血圧高値 | |
| 目標：各国の状況に応じて、血圧高値有病率の25%相対減少、又は、血圧高値有病率の抑制 | <ul style="list-style-type: none"> ● 18歳以上の、血圧高値の年齢標準化有病率（収縮期血圧\geq140mmHg 又は拡張期血圧\geq90mmHg と定義）と、平均収縮期血圧 |
| 7. 糖尿病と肥満^[脚注4] | |
| 目標：糖尿病と肥満の上昇の抑止 | <ul style="list-style-type: none"> ● 18歳以上の者で、血糖高値/糖尿病の年齢標準化有病率（空腹時血漿血糖\geq7.0mmol/L (126mg/dL) 又は血糖高値への薬剤治療と定義） ● 青年の、過体重と肥満の年齢標準化割合（WHO Growth Reference に従い、性年齢ごとの1標準偏差のBMIを過体重、性年齢ごとの2標準偏差のBMIを肥満と定義） ● 18歳以上の、過体重と肥満の年齢標準化割合（過体重としてBody Mass Index 25kg/m²以上、肥満として30kg/m²以上と定義） |
| 国内政策の対応 | |
| 8. 心臓発作と脳卒中予防の薬物療法 | |
| 目標：心臓発作と脳卒中予防のために薬剤療法と相談（血糖管理を含む）を受けている適当な者が少なくとも50% | <ul style="list-style-type: none"> ● 心臓発作と脳卒中予防のために薬剤療法と相談（血糖管理を含む）を受けている適当な者（循環器疾患を有するものを含む、10年循環器疾患リスクが30%以上の40歳以上のものと定義）の割合 |
| 9. 主要NCDs治療のためのNCD必須医薬品と基本技術 | |
| 目標：公的・私的双方の医療機関で、主要なNCDs治療のために必要な、手頃な基本技術と、ジェネリックを含む、必須医薬品の利用可能性が80% | <ul style="list-style-type: none"> ● 公的・私的双方の医療機関での、質が高く、安全で、有効な、ジェネリックを含む、NCD必須医薬品と基本技術の利用可能性と入手可能性 |

脚注1：各国は、各国の実情に応じて適当で、かつWHOのアルコールの有害な使用を低減するための世界戦略と整合した形で、大量飲酒、人口1人当たりアルコール消費総量、アルコール関連疾病罹患・死亡を含む、有害使用の指標を1つ又は複数選択する。

脚注2：WHOアルコールの有害な使用を低減するための世界戦略では、アルコールの有害使用の概念は、健康に悪影響を与えるリスクが増加するような飲酒パターンのみならず、飲酒者自身及び飲酒者の周囲の者や社会全体の健康若しくは社会的立場に悪影響を及ぼすような飲酒を包含する。

脚注3：WHOの勧告は1日1人当たり食塩5g以下又はナトリウム2g以下。

脚注4：各国は国内の状況に応じて適当な指標を選択。

※間欠的大量飲酒者（Heavy episodic drinkers）とは：週に1回以上、1回につき60g以上の純アルコールを摂取する者

その他の指標

死亡・発症

- 10万人当たりの部位別がん発症

危険因子

- 1日当たり果物と野菜を5皿(400グラム)未満食べている者の年齢調整割合(18歳以上)
- 18歳以上の者の、飽和脂肪酸からの総エネルギー摂取割合の年齢標準化平均値^[脚注]
- 18歳以上の者の、総コレステロール高値の者の年齢標準化割合(総コレステロール ≥ 5.0 mmol/Lまたは190 mg/dLと定義)と総コレステロール平均値

国内政策の対応

- 少なくとも1回以上子宮頸がん検診を受けたことがある30-49歳の女性の割合と、国の施策や政策に基づいて、より低い又はより高い年齢層の女性の割合
- 小児に実施されたB型肝炎ワクチン3回接種(HepB3)の数で把握されたB型肝炎に対するワクチン接種率
- 適当な場合には、もし費用対効果がよく入手可能であれば、国の施策と政策に従い、ヒトパピローマウイルスワクチンの利用可能性
- 飽和脂肪、トランス脂肪酸、無糖甘味料や食塩が多い食品と非アルコール飲料の販売促進による子供への影響を減らす政策
- がん死亡当たりの(メタドンを除く)強力オピオイド鎮痛剤のモルヒネ等量消費量による緩和ケアへのアクセス
- 国の状況と施策において適当な場合には、飽和脂肪酸を制限し、食品添加物から部分水素添加植物油を実質上取り除く、国の政策の適応

脚注：飽和脂肪酸の幅広い分画にある個々の脂肪酸は特有の生物学的性質と健康影響を持ち、それらは作成中の食事基準と関連づけることができる

指標の数は、死亡・罹患で2個、危険因子で15個、国内政策の対応で8個