

JICA グローバル・アジェンダ No.7

栄養の改善

クラスター事業戦略 「ライフコースを通じた栄養改善」



独立行政法人国際協力機構（JICA）は持続可能な開発目標（SDGs）を支援しています。

2024.4

1. クラスターの目的と概要

1.1 クラスターの目的

本クラスターは、「すべての人々のライフコース¹を通じた最適な栄養状態とウェルビーイング²の実現」をビジョンとし、各世代特有の栄養課題が解決されるために年齢と個々のニーズに応じた栄養・食行動が実践されることを目指し、JICA グローバル・アジェンダ「栄養の改善」で目指す「国際的に深刻化が懸念されている『あらゆる形態の栄養不良』の課題解決」に貢献する。

また、この取組は持続可能な開発目標(SDGs)ゴール 2(飢餓を終わらせ、食料安全保障及び栄養改善を実現し、持続可能な農業を促進する)のうちターゲット 2.2(5歳未満児の発育阻害や消耗性疾患について国際的に合意されたターゲットを2025年までに達成するなど、2030年までにあらゆる形態の栄養不良を解消し、若年女子、妊婦・授乳婦及び高齢者の栄養ニーズへの対処を行う)、及び3(あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を推進する)のうち3.1(2030年までに、世界の妊産婦の死亡率を出生10万あたり70未満に削減する)、3.2(すべての国が新生児死亡率を少なくとも出生1000あたり12以下まで減らし、5歳未満児死亡率を出生1000あたり25以下まで減らすことを目指し、2030年までに、新生児及び5歳未満児の予防可能な死亡を根絶する)、3.3(2030年までに、エイズ、結核、マラリア及び顧みられない熱帯病といった感染症を根絶するとともに肝炎、水系感染症及びその他の感染症に対処する)、3.4(2030年までに、非感染性疾患による早期死亡を予防や治療を通じて3分の1減少させ、精神保健及び福祉を促進する)に貢献する。

1.2 クラスターの概要

本クラスターは、プライマリ・ヘルス・ケア³における質の高い栄養サービスを実現し、個々人が健康的な選択のための知識と意欲を獲得し、健康的な食事(Healthy Diet⁴)推進環境が実現されることにより、年齢と個々のニーズに応じた栄養・食行動が実践されることを目指す。この実現のため、保健システムの整備を中心に、食料、水・衛生、教育、社会保護分野とのマルチセクターでの取組の推進を開発パートナー等と共に推進する。また、促進要因となるジェンダーと社会文化的衡平性に配慮された地域・社会環境の整備、マルチセクター・マルチステークホルダーの連携を推進する。

JICA は「JICA 栄養宣言」⁵に基づき、日本の経験を活用し、母子栄養改善と非感染性疾患(Non-Communicable Diseases, NCDs)に焦点を当てたプライマリ・ヘルス・ケアを通じた栄養改善、及び食育・給食の推進に取り組む。

¹ ライフコースとは、健康に影響するような身体的、社会経済的変化や結婚、出産等のライフイベント等を含めた、個人がたどる生涯の過程(WHO)

² ウェルビーイングとは、個人や社会の良い状態(positive state)を意味し、健康と同じように日常生活の一要素であり、社会、経済、環境により決定される(WHO)

³ プライマリ・ヘルス・ケアとは、すべての人は、どこでも、アクセス可能な最高レベルの健康を得る権利があるという大前提のもとで提供されるヘルスケアで、保健システムを強化しながら、健康とウェルビーイングのためのサービスをコミュニティに近づける社会全体のアプローチ(WHO)

⁴ 健康的な食事(Healthy Diet)とは、WHO が推奨する食事のあり方で、健康、ウェルビーイング、最適な成長と発達のための基礎となり、あらゆる形態の栄養不良(低栄養、過栄養、微量栄養素欠乏など)や、糖尿病、心臓病、脳卒中、がんなどの NCDs から身を守るのに役立つ食事(WHO)

⁵ JICA 2021. [JICA 栄養宣言\(全文\)](#).

2. 開発課題の現状と開発協力アプローチ

2.1 開発課題の現状

健康の維持には、適切な栄養摂取が欠かせない。栄養不良(malnutrition)とは、エネルギーや栄養素を摂取する際の不足、過剰、不均衡のことを指し、栄養が足りない状態(低栄養、undernutrition)も、過剰な状態(過栄養、overnutrition)も栄養不良である。

急性低栄養は最も死亡リスクが高い飢餓の症状であり、2022年には約4,500万人の5歳未満児(6.8%)が消耗症である⁶。また慢性低栄養も生命・健康を脅かすだけでなく、脳や神経の発達を妨げ、将来のNCDsのリスクを高める等の生涯にわたる影響を与え、2022年、1億4,810万人の5歳未満児(22.3%)が発育障害である⁷。その一方で過体重・肥満は、糖尿病や高血圧等の食事関連NCDsの主要因であるだけでなく、がんのリスクを高めることもわかってきている。過体重・肥満は世界のあらゆる地域で増加傾向にある。2016年には、18歳以上の成人の39%が過体重、13%が肥満であると報告されており、5歳未満児の過体重または肥満も増加傾向にあるほか、NCDsは世界の死因の74%を占め、そのうち77%が低中所得国で発生している⁸。

個人や集団の栄養状態が低栄養から過栄養に移行する過程で、低栄養と過栄養という「栄養不良の二重負荷、あるいは三重負荷⁹」が生じている。この移行は、世界中の殆どの国で課題となっている。また、低栄養の母親から生まれた子どもは低出生体重児が多く、低出生体重で生まれた子どもは将来のNCDsリスクが高い等、世代を超えた栄養不良の負のサイクルを断ち切る必要がある。このように乳幼児期の栄養不良が生涯にわたる健康に最も大きな影響を与えるが、成人期にはNCDs、高齢者にはフレイル¹⁰等をもたらす等、ライフコース全般を通じて栄養不良への対応が必要である¹¹。また、男性優位社会では家庭内で食料配分の不平等が起き、女性が十分な栄養を摂取できずに慢性的な栄養不良に陥ってしまうことがあり¹²、ジェンダー視点でもライフコースを通じた対応が重要である。

また、栄養不良に伴う生産性の低下、医療費・社会保障費の増加等を通じ、経済・社会にも多大な影響を及ぼす。低栄養対策のための栄養介入は1ドルの投資につき16ドル分のリターンが¹³、過体重への取組に1ドル投資するごとに、最大5.6ドルの経済的リターン¹⁴があると言われている。さらに、気候変動や紛争、低中所得国の人口増加等を背景に、食料安全保障も益々大きな課題となっている。地球全体での「持続可能で健康的な食事」の推進¹⁵は食料安全保障に貢献するだけでなく、低

⁶ 身長相応の体重基準値に満たない状態

⁷ 月年齢相応の身長基準値に満たない状態

⁸ WHO 2023. [Noncommunicable diseases \(WHO\)](#)

⁹ 低栄養、過栄養に微量栄養素欠乏を合わせた場合

¹⁰ 加齢とともに、心身の活力(運動機能や認知機能等)が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能が障害され、心身の脆弱化が出現した状態であるが、一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態像(厚生労働省研究班 2015)

¹¹ Perez-Escamilla R et al. Nutrition disparities and the global burden of malnutrition. BMJ. 2018;361:k2252

¹² JICA 2023. [JICA事業におけるジェンダー主流化のための手引き【保健医療】](#)

¹³ IFPRI 2014. [Global Nutrition Report 2014](#)

¹⁴ OECD 2019. [Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention](#)

¹⁵ WHO 2019. [Sustainable healthy diets: guiding principles](#)

栄養、過栄養の双方に貢献するという考え方やプラネタリーヘルス¹⁶の考え方に基づいた食事や栄養課題への取組も国際的議論の潮流となっている。

2.2 開発協力のアプローチ

(1) 栄養分野におけるグローバルな取組

ミレニアム開発目標(Millennium Development Goals: MDGs)では、ゴール1「極度の貧困と飢餓の撲滅」、ゴール4「乳幼児死亡率の削減」、5「妊産婦死亡率の削減」において飢餓や死亡率の削減がターゲットと位置づけられ、栄養関連指標では、生存(survival)が目標の主眼となっていた。しかし SDGsにおいては、2030 アジェンダ・ゴールを通じて健全な成長(thrive)¹⁷、過体重・肥満・NCDs 予防、ウェルビーイングにも焦点が充てられるようになり、健康に生活するための栄養対策が求められている¹⁸。

2008 年に発表されたランセット誌の「母子低栄養」シリーズ¹⁹において、「人生最初の 1000 日(胎児期から生後 2 年間)」が、神経、言語、高度認知機能が急速に発達する重要な期間であることが強調された。この期間の十分な栄養確保が心身の発達・発育や将来のNCDs予防のために必要であることから、以来、「人生最初の1000日」のアプローチは、保健セクターを超えてマルチセクターからの資金動員を強化する上で、重要な役割を果たしている²⁰。同時に、科学的根拠に基づいた費用対効果の高い栄養介入が整理された。更に同誌は 2013 年に「母子の栄養不良の二重負荷」について問題提起し、マルチセクターでの取組の必要性を強調した。

これら栄養不良対応のため、2010 年には各国政府、国連機関、援助機関、市民社会、産業界、学術界が参画して「Scaling Up Nutrition (SUN) Movement」が発足し、栄養に関する国際的な枠組みが初めて誕生することとなった。また、2012 年の世界保健総会において、発育阻害の 5 歳未満児の 40%削減、低出生体重児の 30%削減等、2025 年までに取組むべき 6 項目からなる「国際栄養目標 2025」²¹が設定され、地球規模で栄養問題への関心が高まるようになった。

2013年6月にイギリス政府が中心となって開催された「成長のための栄養(Nutrition for Growth: N4G)サミット」では、多様なステークホルダーにより政治・経済的コミットメントが交わされ、2021年12月に日本政府主催で開催された東京栄養サミットにおいても「東京栄養宣言(グローバルな成長のための栄養に関する東京コンパクト)」²²が発出され、2030 年までの栄養不良問題の終焉に向け、健康・食・強靱性・説明責任・財源確保について議論された。

また、2021年9月に開催された国連フードシステムサミットにおいて、2030年までに健康的で栄養のある学校給食をすべての児童学童に提供することを目標に School Meal Coalition²³が設立された。国連機関や87を超える政府のほか、欧州連合(EU)、アフリカ連合(AU)も参加し、学校給食

¹⁶ 「地球の健康」と「人間の健康」は相互に関係しているという考え方、またその状態。Planetary Health Alliance.

<https://www.planetaryhealthalliance.org/planetary-health> を参照。

¹⁷ 「健全な成長」とは、子どもの個別の資質や特性に合った(障害を持つ子どもも含めた)望ましい成長を指す。

¹⁸ Nomura M et al. 2015. Trends in Global Nutrition Policy and Implications for Japanese Development Policy. Food Nutr Bull. 2015;36(4):493-502.

¹⁹ The LANCET 2008. [The Lancet's series on Maternal and Child Undernutrition.](#)

²⁰ C. G. Victora, et al. 2008. [Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital.](#) Victora, Cesar G et al. The Lancet, Volume 371, Issue 9609, 340 - 357

²¹ WHO 2014. [Global nutrition targets 2025](#)

²² 外務省 2021. [東京栄養宣言](#)

²³ School Meal Coalition Website. [School Meal Coalition](#)

の展開が推進されている。

(2) 栄養に対する主要アプローチ

「人生最初の 1000 日」においては、保健医療サービスと栄養サービス、及び家庭でのケアが一体的また継続的に行われること、すなわち継続ケアが極めて重要である。特に栄養の観点からは、妊娠前、妊娠中、授乳中の女性の栄養をサポートし、出産の場において出生体重が計測され、生後 24 時間以内に与えることが推奨されている初乳の実施や、生後6か月間の完全母乳育児等の確実な栄養サービスが求められる。これらは WHO/UNICEF 策定の Infant and Young Child Feeding (IYCF) に関する各種実施ガイドラインに沿って行われる。

SDGs では、子どもの「生存(survive)」を守るとともに、「健全な成長(thrive)」を促すことが必要とされている。そのためには、保健医療だけでなく、栄養・食料、水・衛生、社会保護、教育等のセクターの協働により、子どもの成長に応じ、家庭だけでなく地域や学校でセクターを超えた栄養介入を行い、栄養不良を克服する環境を整えることが重要である。

Early Childhood Development (ECD) の新しい実施枠組みとして 2018 年に WHO が発表した Nurturing Care Framework では、乳幼児の発達を最大化・最適化するために、栄養は、発育のための栄養補給の役割を超えて、子どもの情操やコミュニケーションなどを育む Responsive Care を促す実践手段として必須コンポーネントとして位置づけられている²⁴。

また近年では、学校をプラットフォームとした学童期の栄養について活発な議論が進んでいる。5 歳未満だけでなく、感染症や栄養不良が成長を抑制することがわかってきた学童期前半(5~9 歳)、心身の大きな変化によってよい食生活と健康管理が必要な学童期後半から思春期前半(10~14 歳)、脳の成熟、社会とのかかわり、感情のコントロールを支えるための新しい対応が必要となる思春期後半(15~19 歳)から成人になるまでの 3 段階では、学校給食プログラムが費用対効果の高い栄養介入である²⁵。特にアジア太平洋地域においては、学校給食とともに身体活動、保健サービスとの統合、ヘルスリテラシー、食環境づくりを総合的に組み合わせた学校栄養パッケージ構築の議論に JICA も参画している。

食事は、個人の特徴(年齢、性別、ライフスタイル、身体活動の程度、疾病の有無等)、文化的背景、入手可能性、食習慣によって多様であるために、これまで画一的な栄養指針は存在しなかったが、近年の NCDs の増加を鑑み、WHO は、食事関連 NCDs を含むあらゆる形態の栄養不良の予防のために、科学的根拠のある「健康的な食事の基本原則」²⁶を発表し、以降国際社会は、この基本的考え方に基づいた取組を推進している。

さらに、この健康的な食事の実現のための食環境づくりとして、栄養表示、マーケティング規制、食品摂取基準の策定、年齢区分ごとの栄養所要量の策定、トランス脂肪酸や遊離糖の使用基準、食品への微量栄養素添加等、法的枠組みの整備も重要視されている。これら食環境づくりには、食品を製造・販売する民間企業の役割が極めて大きいため、世界全体のフードシステムを再考する議論が進められている。

²⁴ WHO 2018. [NURTURING CARE FOR EARLY CHILDFOOD DEVELOPMENT](#)

²⁵ Bundy DAP et al. 2018. Investment in child and adolescent health and development: key messages from Disease Control Priorities, 3rd Edition. Lancet. 2018;391(10121):687-699.

²⁶ WHO 2016. [WHO Fact Sheet "Healthy Diet"](#)

<日本の政策における位置づけ>

日本政府は長年栄養課題を国際アジェンダにおける重要課題と位置づけており、2009 年、世界銀行を通じて SUN 立ち上げのための資金(総額 2,200 万ドル)を拠出した。その後、2021 年 12 月に東京栄養サミットを主催し、同サミットは低栄養だけでなく、栄養不良の二重負荷をテーマとした初の栄養サミットとなった。

2022 年 5 月、日本政府は「グローバルヘルス戦略」を発表し、ライフコースを通じた対策を強化すること、そのためにユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)への栄養主流化に取り組んでいくとともに、食料システム・農業・緊急食料支援・教育等との分野横断的な取組が必要だと述べている。

なお日本政府は、学校給食コアリションに対し、設立年の2021年から閣僚級会合に参加している。

<日本の経験の優位性>

日本では、戦後の食糧難の時代から、経済発展による価値観や生活習慣の変化に伴って低栄養から過栄養へと栄養課題が変化した。NCDs 増加や高齢化に伴う新しい健康・栄養課題に対応し、現在では、日本は長寿国の一つであるとともに、OECD 諸国の中でも成人肥満割合、小児肥満ともに急速な増加を回避できている点で、世界でも稀有な国である。

「人生最初の 1000 日」に着目した栄養対策としては、日本では終戦直後から母子健康手帳を効果的に活用しながら、妊婦健診、乳幼児健診において母子の栄養状態が定期的にモニタリングされ、母乳育児や月齢・発達に応じた離乳食(補完食)の与え方を丁寧に指導している。

また、就学前児・学童期を対象として食育が地域色豊かに行われ、子どもたちがさまざまな経験を通じて、また教科横断的に食・栄養・健康を学ぶ機会が重視されている。特に学童期における学校給食は、日本人の健康的な食事のモデルとして、食育の「生きた教材」に位置付けられている。特に、給食を毎日、衛生的・栄養的に準備する仕組みを給食経営(あるいは給食マネジメント)といい、日本が有するノウハウである。

日本の NCDs 予防の取組として、特定健診・保健指導における専門職による食事指導とフォローアップが重要な役割を担っている。従来から日本では食塩摂取過多による脳血管疾患が多かったが、医師や保健師等の医療従事者に加えて、食生活改善推進員や保健補導員といった地域ボランティアによる地域ぐるみの健康づくり活動が行われてきた。2000 年には文部省(当時)、厚生省(当時)及び農林水産省が合同で「食生活指針」を策定し、マルチセクターで生活習慣病や食生活の乱れに取り組むための国民指針として閣議決定され、これに基づき食育基本法が 2005 年に制定されるなど、マルチセクターで栄養・食に取り組む制度づくりの面でも先駆的である。

こういった様々な取組は、基盤となる政策(母子保健法、地域保健法、健康増進法、食育基本法、高齢者医療確保法、食品衛生法、日本人の食事摂取基準等他多数)と、それを実践する人材(管理栄養士、栄養士、看護師、保健師、医師、地域ボランティア等)、国民の栄養状態のモニタリング機能である国民健康・栄養調査等、さまざまな制度によって支えられていることも日本の特徴である。

<JICA の過去の協力とアセット>

JICA の栄養分野の支援は長く母子保健分野や地域保健分野の一コンポーネントとして位置づけられてきた。母子保健案件では母子手帳等を活用した妊婦の栄養指導、母乳育児、乳児の成長モニタリング等が活動の中心となった。2000 年代中盤からは、コミュニティヘルスワーカー育成を軸とした

地域栄養の案件(ネパール、イエメン、エチオピア等)として取り組まれるようになった。2010 年代になるとスリランカやフィジーでの生活習慣病予防技術協力プロジェクトの中で NCDs 予防のためのヘルスプロモーションや、食生活改善のためのカウンセリングの技術向上等の取組が始められた。栄養分野では、対象となる集団の栄養状態を評価することが重要なため、JICA の技術協力プロジェクトの多くで世帯調査により体格測定や血液検査を行ってきた。このため、コミュニティレベルで世帯調査を実施するノウハウも蓄積されている。

日本の食育・給食のノウハウを活用した取組も長年実施されている。課題別研修「学校保健(2006 年から開始)」、「母子栄養改善(2006 年から開始)」、「生活習慣病対策(2004 年から開始)」、「離島・へき地における地域保健から学ぶ生活習慣病対策(2009 年から開始)」では学校給食の取組や食育が紹介されている他、モンゴル、マレーシア、パラグアイ等6か国で学校給食制度の導入・運営に対し協力を行っている。同分野への協力ニーズは増大していることから、2021 年度、2023 年度には基礎情報収集・確認調査を実施し、日本の取組の優位性を整理している。

マルチセクター・マルチステークホルダーでの取組も徐々に強化されつつある。JICA グローバル・アジェンダに「栄養の改善」が「保健医療」とは別に 1 つの課題として独立したことで、栄養改善という課題解決に向けて、保健医療だけでなく農業、水・衛生、教育等の複数分野を横断したアプローチに向けた体制強化の後押しとなった。マルチセクターによる栄養課題解決のための国際協力人材の育成を目的とした能力強化研修はこれまでに 9 回実施している。

また JICA は、東京栄養サミット 2021 に合わせて 10 箇条からなる「JICA 栄養宣言」²⁷を発表し、JICA の栄養支援の方向性を示し、マルチセクトラルアプローチや各セクターの栄養センシティブ化や様々なステークホルダーとの連携も宣言に含めている。

JICA の協力実績として、過去 5 年(2018-2022年度)の JICA の栄養分野での技術協力は、累計 1,089 件、総額約 910 億円、無償資金協力では 74 件、約 775 億円、有償資金協力では 117 件、約 4,640 億円に上る。また 2022 年に技術協力プロジェクト、課題別研修等により育成された栄養人材は 852 人に及ぶ。また、協力隊事業では栄養士隊員が 1965 年から 2022 年 9 月まで延べ 496 人派遣され、円借款においても、主に開発政策借款に栄養分野の政策アクションを含める形でルワンダ、エクアドル等で供与実績を有する。

3. クラスターのシナリオと根拠

3.1 クラスターのシナリオ

本クラスターのビジョンである「すべての人々のライフコースを通じた最適な栄養状態とウェルビーイングの実現」のためには、世代ごとに異なる栄養課題に対して、保健システム強化を中心に、マルチセクター・マルチステークホルダーによるシステム・アプローチによる取組を強化することが必須である。そのために起こるべき一連の変化のプロセスをシナリオとして以下のように作成した(図 1)。

²⁷ JICA 2021, [JICA 栄養宣言](#)

本シナリオでは、まず世代ごとに異なる栄養課題が存在し、かつ同世代の中でも状況により個人差があり、低栄養、過栄養等が存在する状況を当初の状態として明示した。その上で、これらの栄養課題が生じる要因として栄養サービスの未整備、個々人の栄養に関する適切な行動の欠如、健康的な食環境の未整備を挙げた。

これらの状態を解決するためには、保健システム強化を中心とし、食料システム、水・衛生システム、教育システム、社会保護システムの整備とマネジメントが改善される必要がある。加えてジェンダー・社会文化的衡平性への配慮、プラネタリーヘルスの概念を重視したマルチセクター・マルチステークホルダー連携が行われることにより、①プライマリ・ヘルス・ケアにおける質の高い栄養サービスの実現、②健康的な選択のための知識と意欲の獲得、③健康的な食事推進環境の実現が可能となる。この3条件が揃うことで、人々によって、個々の年齢とニーズに応じた栄養・食行動が実践され、世代ごとに異なる栄養課題の解決へとつながる。これにより、全ての人々がライフコースを通じて最適な栄養状態・ウェルビーイングにある状態を目指す。

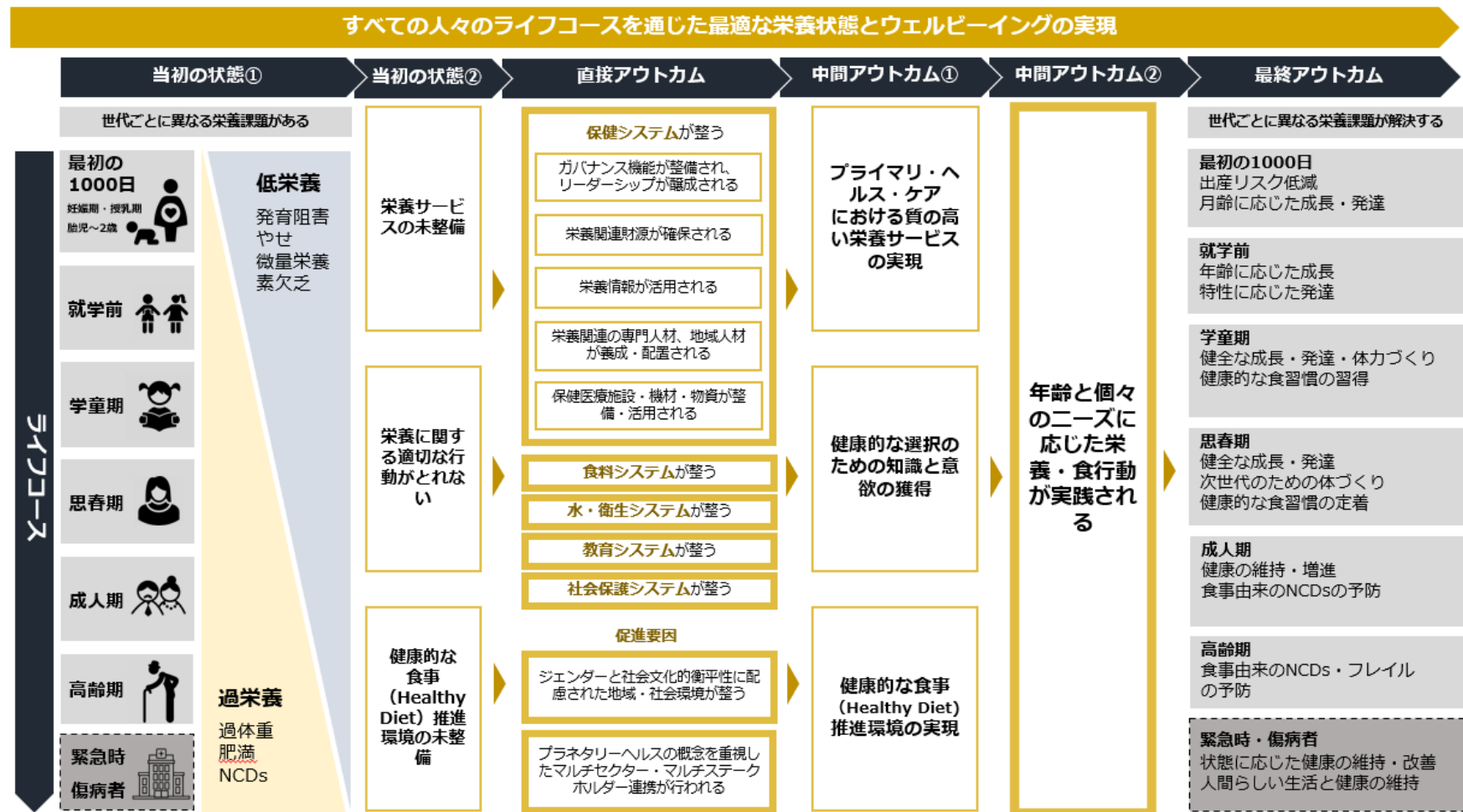


図1 クラスタ・シナリオの概念図

3.1.1 当初の状態

栄養課題の解決のためには、対象とする集団の年齢層や栄養課題を特定し、最適な介入が必要である。世代ごとの主な栄養課題は表 1 に記載の通り。

表1 世代ごとの栄養課題

最初の 1000 日(胎児期から 2 歳まで)	〈妊娠・授乳中の女性〉胎児の発育不全や出産時の母子リスクにつながる鉄欠乏性貧血、葉酸欠乏、妊娠糖尿病、妊娠高血圧症候群等。 〈乳児期〉感染症罹患²⁸のリスクを高める低出生体重、消耗症、発育阻害、鉄欠乏性貧血、ビタミン A 欠乏、亜鉛欠乏、カルシウム欠乏、ヨード欠乏等の微量栄養素欠乏、成人期の健康リスク²⁹を高める乳児期の低体重、過体重・肥満。
就学前(幼児期)	消耗症、発育阻害、微量栄養素欠乏等、生涯にわたる心身の発達の遅れや障害につながる低栄養。また、学童期・思春期・成人期の肥満・健康リスクに関連する幼児期の過体重・肥満。
学童期	消耗症、発育阻害、やせ、鉄欠乏性貧血等就学状況や学業成績の低下に関連する低栄養。また、思春期・成人期の肥満・健康リスクにも影響する過体重や肥満。
思春期	食習慣、食の選択やボディイメージに左右されるやせ、鉄欠乏性貧血等の低栄養や微量栄養素欠乏、高齢期以降の生命予後にも影響する過体重・肥満、若年妊娠による身体的負荷の結果生じる児の低出生体重、消耗症・発育阻害等の世代を超えた影響。
成人期	生活・食生活の乱れやストレスにも関連した過体重や肥満、心血管疾患、脳血管疾患、高血圧症、高脂血症、糖尿病等の食事関連 NCDs、鉄欠乏・亜鉛欠乏等の微量栄養素欠乏、食塩／ナトリウム摂取過多等の微量栄養素過剰。
高齢期	加齢に伴うフレイル ³⁰ と低栄養、微量栄養素欠乏(カルシウム欠乏等)、心血管疾患、脳血管疾患、高血圧症、高脂血症、糖尿病等の食事関連 NCDs、過体重や肥満。

²⁸ 乳幼児期の低栄養は、感染症罹患して脱水し死亡するリスクを高め、感染症の頻度と重症度を増加させ、回復を遅らせるリスクを高める。

²⁹ 乳児期の肥満は、成人期の肥満、Ⅱ型糖尿病、高血圧、循環器疾患と関連がある。

³⁰ 加齢に伴って「体重減少」「筋力低下」「疲労感」「歩行速度の低下」「身体活動の低下」等の機能低下が起こること。フレイル進行を予防するには適切な食事と運動が重要。

緊急時・傷病者 ³¹	災害や紛争による難民・避難民等の飢餓、重度急性低栄養や微量栄養素欠乏(ヨード欠乏、ビタミン A 欠乏、鉄欠乏)、食料援助に依存する集団では壊血病、ペラグラ、脚気。不健康な食事や運動不足が続くことによる肥満や食事関連 NCDs。
-----------------------	---

3.1.2 直接アウトカム

各年代の栄養課題と要因となる栄養サービスの未整備、個々人の栄養に関する適切な行動の欠如、健康的な食環境の未整備を解決するためには、保健システムを中心にしつつも、マルチセクターで取り組む必要がある。UNICEF Nutrition Strategy(2020-2030)³²では、栄養課題への取組に関連する5つの主要なシステムとして保健、食料、水・衛生、教育、社会保護の各システムが挙げられている。

保健システムは、①ガバナンス、リーダーシップ、②財源、③情報、④人材、⑤保健医療施設・機材・物資からなり、これら全てが整うことで、必要な時・場において⑥質の高い栄養サービスが提供されることとなる。食料システムには、食料へのアクセス、食料生産や栄養価の高い食品の提供、フードバリューチェーンが含まれる。水・衛生システムには、安全に管理された飲料水、安全に管理された衛生設備や、基本的な衛生のための手洗い場の整備等が含まれる。教育システムには、食育を含む栄養教育や知識獲得のための仕組みが含まれ、社会保護システムには、セーフティーネットとしての食料配給や食料チケット、現金支給に加え、児童婚や若年妊娠予防等が含まれる。

これらのシステム整備に加え、社会横断的な環境の整備も必須となる。ジェンダーや社会文化的な衡平性は、上記のシステム整備により整う栄養サービス、健康的な選択や行動、食環境の整備の恩恵を必要な人が必要な時に受けるための大前提となる。例えば、家庭内の栄養サービスアクセスや家計支出等の意思決定権が男性のみにある場合、母子栄養改善活動を行っても、妊産婦や乳児に栄養のための支出配分がなされないケースがある。そのため、個々の案件で当該地のジェンダーや文化社会の状況を調査・不均衡を把握し、当事者だけでなく周りも巻き込んだ対応をすることが重要である。また、プラネタリーヘルスの概念に沿って、栄養に関する保健サービスが提供されると同時に食料や安全な水を確保し、栄養に関する知識を得て、栄養に配慮された食料が流通されるためには、マルチセクター・マルチステークホルダーの連携も必須となる。

3.1.3 中間アウトカム・最終アウトカム

上述のように、サービス、個人と環境の要素が総合的に整うことで、①プライマリ・ヘル

³¹ WHO Website. [WHO Addressing nutrition in emergencies](#)

³² UNICEF 2020. [UNICEF Nutrition Strategy 2020-2030.pdf](#)

ス・ケアにおける質の高い栄養サービス、②健康的な選択のための知識と意欲の獲得、③健康的な食事推進環境の実現が可能となる。特に、食・栄養課題の特徴として、「食べる」あるいは「栄養をとる」のは日常生活における人々自身である。このため、人々が「年齢と個々のニーズに応じた栄養・食行動を実践する」ためには、サービスのみならず、②の知識・意欲の獲得や③健康的な食事推進環境が必須となることに留意が必要である。

一点目のプライマリ・ヘルス・ケアにおける質の高い栄養サービスには、2章で説明された通り、妊婦健診、乳幼児健診における母子の栄養状態のモニタリング、母子健康手帳を活用した母乳育児や月齢・発達に応じた離乳食(補完食)の推進、NCDs 予防のための栄養指導等が含まれる。

二点目の健康的な選択(healthy choice)のための知識と意欲の獲得には行動変容のための土台となるアドボカシー、政治的・社会的リーダーシップや、社会規範に影響するようなコミュニティ動員が必要となる。また、就学前から学童期の食育や、教員・保護者の栄養知識の獲得、地域における栄養教育等、ヘルスリテラシー向上のための取組が含まれる。

三点目の健康的な食事推進環境に関して、個人が健康的な選択を行うためには、法律や、基準・規制の整備などによって、健康的な食品の入手可能性や価格等様々な社会的・経済的要因への対応や、地理的・環境的側面(気候変動を含む)を整えることが必要である。特に近年では加工食品の消費増加、ライフスタイルの変化等により、過度な塩分、糖分、脂質の摂取が目立つようになってきた。政府、公共機関、民間企業等、複数のセクターやステークホルダーで連携し、貿易、食糧、農業政策を含む国家政策の策定、食品成分表示の整備、マーケティング規制や、健康的な食品と食事に対する消費者の需要促進、学校内外の売店で売られる食品の規制等が該当する。

これら3つが、社会的弱者なども含む幅広い層に普及することにより、年齢と個々のニーズに応じた栄養・食行動が実践され、最終的には、これらの行動が世代ごとの異なる栄養課題解決へとつながる、とシナリオを整理した。

3.2 シナリオの根拠・エビデンス

本シナリオが依拠するいくつかの根拠・エビデンスとなる考え方を以下に挙げる。

まずWHOは 2019 年、Essential Nutrition Actions (ENA)において、ライフコース全体を通じてあらゆる形態の栄養不良に取り組むことの重要性を強調しており³³、栄養課題は世代をまたいで影響する可能性や、保健セクターに加えて他のセクターの関与の重要性を指摘している。

³³ WHO 2019. [Essential nutrition actions: mainstreaming nutrition through the life-course](#)

2020 年に発表された UNICEF による栄養不良モデルでは、母子栄養課題の解決のためには、保健システムだけでなく、食料システム、水衛生システム、教育システム、社会保護システムの 5 つのシステムと連携して、システム・アプローチで取り組むこと(イノチェンティモデル)が提案された³⁴。

保健システムの考え方として WHO は Health System Building Blocks(①リーダーシップとガバナンス、②資金調達、③保健情報システム、④保健医療人材、⑤施設、機材、物資、⑥サービス提供)で保健システムの6つの基本的要素を定め、保健システムのモニタリングと評価の枠組みを提供し、保健医療サービスの向上をさせるものと位置づけている³⁵。そのため、栄養の介入においてもこれらの要素を効果的に組み合わせた取組が必要である。

また、「食料の確保と適切な栄養」は1978年以來、アルマアタ宣言に基づくプライマリ・ヘルス・ケア³⁶における主要活動項目の一つとされている。そして2018年のアスタナ宣言³⁷においても、増大する NCDs の課題の主因は不健康な食事であることが指摘され、ヘルスプロモーションと予防の重要性が言及されている。

上述の ENA では、「栄養は、すべての人の健康とウェルビーイングの基盤であるため、ライフコースを通じて、人々の健康ニーズを満たすこと」はプライマリ・ヘルス・ケアを構成する要素の一つと位置付けている。栄養を保健サービスに主流化することで、疾病だけでなく、人々とコミュニティの包括的なニーズを保健医療システムの中心にとらえ、人々が自らの健康により積極的な役割を果たせるようになることが期待される。そのためプライマリ・ヘルス・ケアでの栄養の介入においては、生涯を通じて健康増進から疾病予防、治療、リハビリテーション、緩和ケア等を通じて人々の栄養ニーズをサポートすることが重要である。WHO は近年、子どもと青少年の肥満問題の緊急性を認識し、ECHO(Ending Childhood Obesity)勧告³⁸、栄養不良の二重負荷の文脈における過体重・肥満を予防するための一次医療施設における子どもの評価と管理³⁹、第75回世界保健総会で「肥満防止のための加速計画」⁴⁰を承認し、プライマリ・ヘルス・ケア・アプローチによる小児肥

³⁴ UNICEF 2020. [Nutrition Strategy 2020-2030](#)

³⁵ WHO 2010. [MONITORING THE BUILDING BLOCKS OF HEALTH SYSTEM](#)

³⁶ WHO 1978. [Declaration of Alma-Ata](#). アルマアタ宣言によるプライマリ・ヘルス・ケアでは、科学的に有効かつ社会的に受容できるやり方や技術に基づく必要不可欠なヘルスケアと説明された。実施原則として、自立と自決の精神に則り、コミュニティや国がその発展度合いに応じ負担できる費用の範囲で、コミュニティの中の個人や家族があまねく享受できるように、十分な住民参加のもとで実施される。

³⁷ WHO 2018. [Declaration of Astana](#). アスタナ宣言によるプライマリ・ヘルス・ケアは、アルマアタの40年後の2018年に、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジや疾病構造の変化に対応した新たな方向性として宣言された。保健医療サービスと公衆衛生サービスの統合、コミュニティのエンパワメント、マルチセクター連携の3点を重視したヘルスケアとして実施されるもの。

³⁸ WHO 2016. [Report of the commission on ending childhood obesity](#)

³⁹ WHO 2017. [Assessing and managing children at primary health-care facilities to prevent overweight and obesity in the context of the double burden of malnutrition](#)

⁴⁰ WHO 2022. [A75/10 Add.6 Annex 12-Acceleration plan to support member states in implementing the recommendations for the prevention and management of obesity over the life course.](#)

満の対策⁴¹を進めている。

健康的な選択をするための知識と意欲を獲得するために、社会・行動変容コミュニケーション(Social Behavior Change and Communication)が、食習慣や食生活の改善を目指すプログラムで重要な戦略として使用されている。これは、知識、態度、規範、信念、行動の変化を促進するためにコミュニケーションの手法を戦略的に使用する方法である。特に新しい課題として NCDs 予防と管理のためのヘルスリテラシーの向上⁴²への取組が促進されている。

さらに健康的な選択のためには、健康的な食事環境を実現することが必要であり、WHO によると、この点においてもマルチセクトラルな一貫性を持った取組が重要であると述べられている。特に、幼稚園、学校、その他の公共機関、職場において健康的で栄養価が高く、安全で手ごろな価格の食品を確保できることや、健康的な食生活を促進するための基準の確立、マーケティング規制や栄養表示政策の重要性が挙げられる。また、食品衛生の世界戦略⁴³も新しく策定され、安全で健康的な食品を消費することを確実にするための取組が進んでいる。

4. クラスター展開の基本方針

4.1 シナリオ展開の基本方針

<クラスター・シナリオと JICA の取り組む領域>

前章で概観した通り、本クラスターは全ての人々がライフコースを通じて最適な栄養状態とウェルビーイングにある状態をビジョンとし、世代ごとに異なる栄養課題を解決するため、年齢と個々のニーズに応じた栄養・食行動が実践されるためのシナリオを示した。

栄養分野では、マルチセクター・マルチステークホルダーによる取組が重視されているが、どのように組み合わせることが効果的かについては議論途上である。JICA は 2020 年度テーマ別評価「多角的アプローチによる栄養改善」において、発育阻害を低減させるためには保健の取組を中心として、食料や水・衛生に働きかける組合せで効果があるとの

⁴¹ WHO 2023. [A primary health care approach to obesity prevention and management in children and adolescents: policy brief](#)

⁴² WHO 2022. [Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases](#), Volume 1-4.

⁴³ WHO 2022. [WHO global strategy for food safety 2022-2030: towards stronger food safety systems and global cooperation](#)

示唆を得た⁴⁴。このことから、本クラスターでは、保健分野を中心としつつ他セクターを組み合わせて行う栄養協力をシナリオの軸としている。

これらの実現のために、JICA 事業では、プライマリ・ヘルス・ケアを通じた栄養改善として母子栄養改善と NCDs対策、及び就学前から学童期の食育・給食推進を三本の柱として取り組む。この 3 つは、いずれも日本の経験が国際的に優位なノウハウを有し、国際発信力がある領域である。2.2 で述べたように、日本では、ライフステージのうち特に人生早期の栄養・食に関する取組・サービスが充実し、日本人の高い健康意識や食習慣が幼少期から醸成されていることで日本の健康長寿が支えられている⁴⁵。

これら 3 つの柱に取り組むことは、クラスター・シナリオの中間アウトカム②「プライマリ・ヘルス・ケアにおける質の高い栄養サービスの実現」、「健康的な選択のための知識と意欲の獲得」、「健康的な食事推進環境の実現」に横断的に取り組むことに繋がる。例えば、母子栄養改善において妊婦の出産リスク低減のため貧血対策や体重管理を行う際には、保健人材の育成等を通じプライマリ・ヘルス・ケアにおける質の高い栄養サービスを提供し、妊婦自身が知識獲得や意欲維持の努力を行い、家族や地域の支援を得て家庭での健康的な食事環境を実現させる必要がある。NCDs 対策においても同様の取組が求められる。食育・給食に関しては、「健康的な選択のための知識と意欲の獲得」「健康的な食事推進環境の実現」に焦点が当たることとなる。

<各国における JICA 事業を通じた取組>

母子栄養改善

「当初の状態」の「最初の1000日」に焦点を当て、栄養サービスの強化を中心に取り組む。具体的には、産前健診、産後健診等の機会を通じ、妊娠期の栄養指導・貧血予防、新生児・乳児への微量栄養素補給、成長モニタリング、適切な母乳・補完食の推進等の栄養サービスを主流化する。母子手帳の活用等、日本の経験も活用した取組を推進する。母子栄養改善の取組は、母子継続ケアの一環として取り組まれるべきものであることから、母子保健案件の活動の一部として実施していく。このため、協力対象国は母子継続ケアクラスターと同じ国々となる。技術協力プロジェクト以外にも、課題別研修「母子栄養改善」をフラッグシップ研修と位置づけ、各国の栄養人材の育成を戦略的に推進していく。

NCDs 対策

各世代の健康増進・維持、NCDs予防・管理のためには保健施設や職場等での健康診断時の栄養カウンセリングの実施や地域での健康的な食事推進のための啓発活動等が不可欠である。これらの実現のため、保健人材や地域人材の育成や栄養サービスの提供のための仕組みづくりに取り組む。近年NCDs 対策の技術協力プロジェクトの要請は南アジア、

⁴⁴ JICA 2021. 2020 年度 JICA テーマ別評価「[多角的アプローチによる栄養改善](#)」

⁴⁵ 厚生労働省 2021. 誰一人取り残さない日本の栄養政策～持続可能な社会の実現のために～。

中央アジア、大洋州、アフリカ地域等で増加傾向にあり、これらの案件の活動の一部として実施していく。技術協力プロジェクト以外にも、NCDs 対策の課題別研修(2023 年度2件)の中で日本の栄養政策に関する講義が既に含まれている。

就学前から学童期の食育・給食の推進

食育・給食については、日本の経験が活用できる分野として 2021 年度、2023-2024 年度に基礎情報収集・確認調査を実施し、開発途上国の現状整理、日本の経験の優位性、協力可能分野について分析を開始している。

給食に関しては、日本の給食の特色を生かし、対象(保育所か学校か)、導入目的(低栄養解消か生活習慣病予防か)、運営形態(コミュニティ主体か制度構築か)に応じ、摂取基準の作成、担い手の育成、食料調達・管理、衛生管理、行政強化等に取り組む。

食育に関しては、多くの国で何等かの栄養教育は実施されているものの、日本の食育の優位性である地産地消、保護者の理解促進、年齢毎の内容整理等を強化する形で協力を推進する。また、食育については協力隊員が取り組みやすい分野であることから、栄養分野で活動する隊員への教材提供、プラットフォーム活動を通じた活動支援を重点的に行う。

給食・食育分野の協力は、技術協力プロジェクト(モンゴル)、個別専門家(パラグアイ)、国別研修(マレーシア)、草の根技術協力(バングラデシュ)等が実施されてきたが、コミュニティ主体の給食推進は、コミュニティ協働型教育改善クラスター(通称:みんなの学校クラスター)の対象国を中心に想定し、また、制度化された給食については東・東南アジアを中心に推進する。また、協力ニーズの更なる特定のため、2025 年度以降は本邦研修を通じ、各国の中核人材の育成に取り組んでいく。

また、栄養分野は技術協力中心に取り組まれてきたが、その他の取組として、農業変革を通じた栄養改善のための分野別政策借款(ルワンダ)、新型コロナウイルス感染症危機対応緊急支援借款(エクアドル)、食糧安全保障緊急支援借款(コートジボワール、タンザニア)の円借款実績がある。今後も保健、食料安全保障、気候変動等の円借款の中に栄養コンポーネントを含めるよう働きかけていく。

<横断的取組・マルチセクターでの取組>

開発シナリオで示した通り、保健分野単体での取組では栄養課題の解決は完結しないことから、特に関係の深い食料、水と衛生、教育、社会保護分野の強化と合わせて取り組む必要がある。このため、これらの分野の JICA 事業と相乗効果を図るべく、マルチセクターでの取組事例を意識的に増やしていくとともに、その過程においては前例に捉われず、データ・デジタル技術利活用や Digital Transformation (DX)による革新的なアプローチも含めて検討していく。

過去の協力においても複数の事例が存在する(表 2)。例えば、モザンビークにおいて母子栄養改善と給水システム整備による安全な水の確保を目指した事例や、ソロモンにおい

てマラリア対策、NCDs、水と衛生、栄養課題に総合的に取り組んだヘルシービレッジ推進プロジェクト等が挙げられる。また、モンゴルでは学校における給食制度導入支援と栄養のある給食を提供するための材料確保の観点から、小規模農家支援(SHEP)の農業セクターの協力との連携の検討を始めるなど複数クラスターによる取り組みも進めていく。

表 2 マルチセクターによる栄養協力事例 ⁴⁶

大分類	小分類	マルチセクター連携の方法	JICA栄養協力における事例
複数案件型	①JICA内複数案件型	同じ国・地域で、JICA内複数セクターの案件が連携する	- 母子栄養サービス改善プロジェクト／ニアッサ州持続的給水システム及び衛生促進プロジェクト（モザンビーク） - トウモロコシ持続可能な自然資源管理及び代替生計手段を通じたコミュニティのレジリエンス向上プロジェクト（ECoRAD2）／乾燥・半乾燥地域における気候変動適応力強化を通じた食と栄養改善プロジェクト（IFNuS）／地方給水アドバイザー（ケニア）
	②国際機関型	同じ国・地域で、国際機関と連携する	食と栄養改善プロジェクトにおける世銀連携（マダガスカル）
	③複数部型	単一案件の中で、JICA内複数セクターにまたがる	- 農業変革を通じた栄養改善のための分野別政策借款（ルワンダ） - 学校給食導入支援プロジェクト（モンゴル）
単一案件型	④複数カウンターパート型	単一案件の中で、カウンターパートが複数セクター（数省庁、複数部、複数課）にまたがる	- 母子栄養サービス改善プロジェクト（モザンビーク） - 国別研修 LEP2.0「給食ガイドライン開発」（マレーシア） - 栄養センシティブ農業モデル村構築プロジェクト（エチオピア） - 連邦首都区における栄養改善能力向上プロジェクト（ナイジェリア） - 農業を通じた栄養改善プロジェクト（ブルキナファソ）
	⑤活動レベル型	単一案件の中で、活動レベルで複数セクターがかかわる	- プライマリ・ヘルス・ケアを通じた母子栄養改善プロジェクト（グアテマラ） - ヘルシービレッジ推進プロジェクト（ソロモン諸島）

また、横断的な視点として、上記各取組を進める上で、2021 年に発表した JICA 栄養宣言において約束されている「途上国の能力強化と主体性重視」、「マルチセクトラルアプローチ」、「日本の経験の活用」、「多様な支援ツール、国内関係者との協働」、「国際パートナーとの連携」を推進する。

4.2 インパクトの最大化・最終アウトカムに向けた取組

既述の通り、栄養改善についてはマルチセクター、マルチステークホルダーにて取り組む必要があることが世界の潮流となっている。従って、図2で示したとおり、JICA が本クラスターを通じて実施する栄養改善の活動に加えて、他 JICA/クラスターの活動を通じた栄養改善の取組との連携も必要となるとともに、JICA 以外の様々なステークホルダーとの連携を行うことでインパクトの最大化を目指していくことが不可欠である。

⁴⁶ JICA 緒方研究所 2024. 「複雑化する栄養問題へのマルチセクター／マルチステークホルダー・アプローチの実践による対応. 複合危機下の誠意社会と人間の安全保障. JICA 緒方研究所レポート「今日の人間の安全保障」第二号

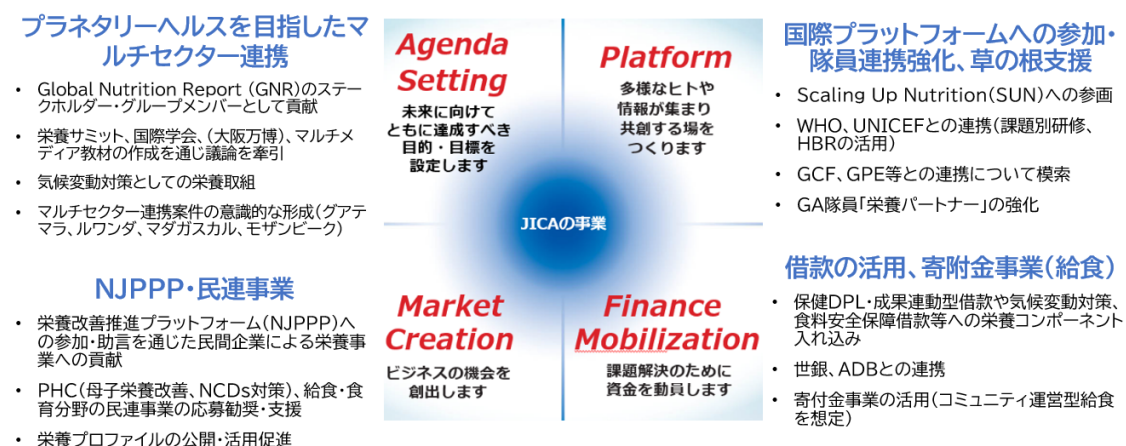


図2 インパクト最大化に向けた取り組み

グローバルには、2010 年に国際的な栄養改善フレームワークとして発足した SUN (Scaling Up Nutrition)の推進及び 2013 年にイギリスで開催され、その後オリンピックに合わせて開催されている「成長のための栄養:N4G」サミット(通称栄養サミットもしくは N4G)等のハイレベル会合への参画を基本とした連携を進めることで、栄養改善への貢献を行う。JICA は SUN の 4 つあるネットワーク(政府、国連、ドナー、ビジネス)のうちドナーネットワークに参加しているとともに、課題別研修では SUN 加盟国・加盟予定国を対象としたり、特に SUN アジア地域事務局から講師の協力を得たり等、連携実績もあり、本クラスターの推進においても SUN 関連ネットワークとの連携を重視しインパクトの最大化を図っていく。このほか、Global Nutrition Report(GNR)のステークホルダー・グループメンバーとして世界の栄養課題の最新潮流、データをフォローすると共に栄養課題の議論に貢献する。

また、2021 年 12 月に開催された東京栄養サミットにおいても、東京栄養宣言策定に貢献するとともに、JICA 栄養宣言を策定・発信し JICA の取組についての認知向上を図った。引き続きこうした栄養改善へのモメンタムも活用し、連携を促進する。特に、近年では気候変動やプラネタリーヘルスの文脈で栄養について議論される機会も多いことから、日本の経験および JICA 事業からの経験を元にこれらの国際的議論に貢献する。

上記の潮流において、国際機関も栄養改善に向けた活動を強めておりこれらとの連携も重視していく。特に MOC を締結している UNICEF や、保健的なアプローチに強みのある WHO とは、母子手帳を含む家庭用保健記録の活用に関する連携を栄養分野でも強化すると共に、課題別・地域別研修等でも連携を模索する。また、栄養改善への資金供給を進めている世銀、ADB 等とはグローバルな議論に対してともに貢献するとともに、各国における活動において引き続き積極的な連携を図る。学校給食・食育領域においては School Meal Coalition、食料関連の WFP をはじめ、FAO、IFAD、給食に力を入れつつある教育のためのグローバル・パートナーシップ(GPE)との連携も深めていく。

国内では、民間企業との連携を促進するために、JICA が関係省庁とともに設立に貢献し、運営委員会共同議長としても参画している「栄養改善事業推進プラットフォーム（NJPPP）」の活動を引き続き推進していく。同プラットフォームに参加する企業に対しては、これまでも国別栄養プロフィール作成や栄養ビジネスツアーの開催により現地情報の提供に努めるとともに、一部の活動については JICA スキームにつなげてきており、これらを引き続き継続していくとともに、JICA の取組を共有し、本クラスター活動との相乗効果を発揮させるような民間の取組も促進していく。また、2023 年より NJPPP と SUN Business Network との戦略提携も開始されたことから、本邦民間企業の参画に加え、現地栄養関係産業の巻き込みについても今後進める素地が整いつつある。また、JICA 内の取組として、栄養分野の草の根技協受託団体や GA 隊員「栄養パートナー」とのネットワーク強化に取り組むと共に、資金動員の一貫として寄附金の活用も検討する。

JICA 内でも栄養改善に貢献しうるクラスターは多々あることから、これらマルチクラスターを通じた栄養の改善も進めていく。各クラスターによる栄養改善への貢献は図3のとおりである。



図3 本クラスターと他 JGA・クラスターとの関係

JICA が実施する諸活動における具体的な連携については、同一国・同一地域において栄養改善に資する各種クラスター活動を重ねることで、より高いインパクトの創出につなげることで、本クラスターの開発シナリオのうち、特にマルチセクターが想定されている直接アウトカムの促進要因（ジェンダーの視点を含む社会的衡平性の推進やプラネタリーヘルスに関連する取組）について、他 JGA・クラスターによる貢献を把握する、等があげら

れる。これら貢献については、JICA も関与している国際的な栄養モニタリング活動である Global Nutrition Report 等を通じて積極的に発信していく。

マルチセクターによる取り組みを行うにあたり、様々なシステムでの人為的な変化が複雑、かつ相互に作用し、人間の生活を取り巻く様々な状況に悪影響を及ぼす可能性にも考慮しなくてはならない。また、急速に変化する気候、水不足の増加、耕地の劣化、漁場と花粉媒介動物の減少等は栄養豊富な食事の提供に悪影響を及ぼす。そのため、近年のランセットの報告書等では、地球の健康と人間の健康は密接に関連しているというプラネタリーヘルスの考え方を念頭に、環境の変化が人間の健康にどのような影響を与えるか検討し、持続可能な開発と人類の健康維持に向けたアプローチが提案されており、JICA においても今後重視していく。

また、人々の意識・行動の変容、適切な栄養摂取状況の実現、運動の促進等、栄養改善・NCDs 予防の多様な場面においてデータ・デジタル技術の利活用が進みつつある。本クラスター活動においても、DX による革新的なアプローチを進めていく。

5. クラスターの目標とモニタリング枠組み

最終目標<世代ごとに異なる栄養課題が解決する>

本クラスターの最終目標は、JICA 内外の資源を最大限に活用し、「世代ごとに異なる栄養課題が解決する」ことを目指す。世代ごとの指標は設定しないが、国際目標 10 指標(表 3)⁴⁷を参考指標とする。指標のうち、*のあるものについては UHC 指標にも該当する。

表 3 本クラスターが目指す 10 の国際指標(目標年は 2030 年)

国際目標 48	発育阻害	発育阻害の 5 歳未満児の数を 40%減少させる
	鉄欠乏性貧血	妊娠・出産適齢期にある女性(15-49 歳の女性)の貧血を 50%減少させる
	完全母乳育児	生後 6 ヶ月間の完全母乳育児の割合を 50%以上に にする
	消耗症	子どもの消耗症を 5%未満に維持する
	低出生体重	低出生体重児を 30%削減する
	子どもの過体重	子ども(5 歳未満)の過体重を増加させない

⁴⁷ 人数や人の割合を指標に設定する場合、脆弱層である女性と男性とのギャップを可視化し分析するために男女別にデータを取るようにする。

⁴⁸ ベースライン値は 2012 年

国際 NCD 指標 ⁴⁹	成人の過体重・肥満	成人の有病割合の上昇を抑制する
	糖尿病*	成人の有病割合の上昇を抑制する
	高血圧*	成人の高血圧の有病割合の相対的な 25%低下、または国の状況に応じて高血圧の有病割合を抑制する
	食塩摂取量	成人人口の平均食塩(ナトリウム)摂取量を相対的に 30%減少させる

また国際目標にはなっていないものの、5 歳未満児だけでなく、学童・思春期を対象にした案件の場合は、やせ(5-19 歳)、過体重・肥満(5-19 歳)を参考指標とする。

中間目標<年齢と個々のニーズに応じた栄養・食行動が実践される>

本クラスターの中間目標は、栄養課題に取り組むうえで最も重要なことは栄養状態の改善であり、そのためには、個人単位での栄養・食行動の実践が前提となることから、中間目標を「年齢と個々のニーズに応じた栄養・食行動が実践される」とした。

しかし本クラスターを構成する複数セクターが共通して使用でき、個人の行動変容を測定することのできる標準化された国際評価基準は存在していない。従って JICA による栄養協力案件のモニタリング指標としては、質の高い栄養サービスを受けた人数を計測し、指標を「育成された栄養コア人材によるサービスを受けた人の数」と定め、2030 年までに 110 万人を目標とする。また、サービスを受けた人の数のうち、男女とも対象となるサービスについては指標を男女別に取得し、有意な男女差が認められる場合はジェンダー視点に立った分析、対応策を実施する。

直接目標

本クラスターの直接目標は、「質の高い栄養サービスが提供できる育成された栄養コア人材⁵⁰の育成」とし、育成された栄養コア人材の数を指標とする。また、保健システムを中心として食料システム、水・衛生システム、教育システム、社会保護システムとの連携を通して目指す「マルチセクターの取組強化」の件数実績も合わせて指標としてモニタリングし、毎年少なくとも 1 件の新規案件形成を目標とする(表 4)。栄養マルチセクター案件とする選定基準については、「本クラスターとシナリオの一部を共有する案件」、ならびに「本クラスターの掲げる目標のうち、その一部に貢献する案件」とする。なお栄養マルチセクター案件の定義は 4 章の表 2 を参照のこと。

⁴⁹ ベースライン値は 2010 年

表 4 直接目標指標

栄養コア人材の育成【2024-2030 年度で累計4,300人の育成】 ・生体計測(体重・身長・血圧等)ができる医療従事者数・地域人材の数 ・血液検査(貧血・血糖等)ができる医療従事者数 ・栄養カウンセリング・指導ができる医療従事者数 ・栄養教育・食育・給食等に携わる地域人材(保護者、教師、調理師、生産者等)の数
栄養マルチセクター案件数【毎年少なくとも1件の新規案件形成】

実施する活動に応じ、保健システムを中心として食料システム、水・衛生システム、教育システム、社会保護システムにおけるそれぞれの指標をモニタリングする。栄養関連案件では、別紙のモニタリング指標・主要指標を参照し取得可能な指標をベースライン・エンドライン調査等を通じ、積極的に収集する。

本クラスターのモニタリング枠組み

上述の通り、直接目標及び中間目標で設定した指標(「育成された栄養コア人材の数」ならびに「育成された栄養コア人材によるサービスを受けた人の数」)、及び各国における活動に合致する指標により活動の進捗をモニタリングするとともに、最終目標である各年代の栄養状態の改善を測定することによりシナリオの確からしさを検証し、必要に応じシナリオ及びアプローチの見直しを行う。他パートナー及び政府の取組については、GNR ステークホルダー会議への参加等を通じモニタリングを行う。

クラスター事業の成果の把握及び目標達成状況、シナリオの確からしさを定量的に捕捉をするためのツールとして、栄養ダッシュボードを構築し活用する予定である。上述の本クラスター事業によって生じた成果を示す指標のみならず、他セクターのクラスターで取得した指標についても積極的に取り込むことで、包括的な栄養への取り組みをデータで把握することを可能とするとともに、重複したデータの取得を回避する。

以上

別紙 モニタリング指標・主要指標の参照例

別紙:モニタリング指標・主要指標の参照例

	指標	情報ソース例 (あくまでも例として示すものとする)
ビジョン	平均寿命	WHO World Health Statistics
	健康寿命	WHO World Health Statistics
	世界飢餓指数(GHI)	Global Hunger Index
	人間開発指数(HDI)	UNDP Human Development Reports
	乳児死亡率	WHO World Health Statistics
	妊産婦死亡率	WHO World Health Statistics
最終アウトカム	発育阻害の割合 (5 歳未満)	国際栄養目標
	鉄欠乏性貧血の割合(15-49 歳)	国際栄養目標
	低出生体重児の割合	国際栄養目標
	子どもの過体重の割合	国際栄養目標
	完全母乳育児の割合	国際栄養目標
	消耗症の割合 (5 歳未満)	国際栄養目標
	高血圧リスク者(女性、男性)の割合	国際 NCD 目標
	糖尿病リスク者(女性、男性)の割合	国際 NCD 目標
	食塩摂取量	国際 NCD 目標
	児童・思春期のやせの割合	WHO World Health Statistics
	児童・思春期の過体重・肥満の割合 (5-19 歳)	WHO World Health Statistics
中間 アウトカム②	◎妊娠・授乳期・胎児～2歳、就学前(5歳未満)	
	妊娠中の体重管理が適切にできている妊婦	要調査
	妊娠期、授乳期に食事摂取基準に沿った栄養摂取をしている割合	要調査
	母乳・補完食の与え方に関する各種指標(計 17 指標)	WHO Indicators for assessing infant and young child feeding practices
	下痢、マラリア、肺炎時に適切な各種治療を受ける割合	DHS/MICS
	◎学童期～成人期、高齢期、緊急時・傷病者	
	食塩/ナトリウム摂取量	WHO National capacity: Surveillance
	世帯の食生活の多様性(Household Dietary Diversity: HDDS)	FAO HDDS
	女性のための最小限の食事の多様性(The Minimum Dietary Diversity for Women: MDD-W)	FAO MDD-W
	野菜、果物、豆類、ナッツ類、全粒穀物で構成される食事をとっている (Healthy Diet)	WHO Healthy Diet
	野菜・果物を 400g/1 日摂取している人の割合	WHO Healthy Diet
	1 日の遊離糖摂取を全エネルギーの 10%(もしくは 50g)に抑える人の割合	WHO Healthy Diet
	1 日の脂肪摂取を全エネルギーの 30%に抑える人の割合	WHO Healthy Diet
	塩の摂取量を 1 日 5g 未満にする人の割合	WHO Healthy Diet
	ヨード添加塩を消費する世帯割合	WHO Healthy Diet
	塩分の多い加工食品を「いつも食べる」「よく食べる」割合	WHO STEPS Survey
	アルコール摂取量	WHO World Health Statistics
	身体活動不足の割合(週 150 分未満の中強度の活動、またはそれに相当する活動と定義される)	WHO STEPS Survey
	1 日あたりの平均身体活動時間(分)(四分位幅で表示)	WHO STEPS Survey
	(参考)朝食を欠食する割合	厚生労働省 食育推進基本計画

	(参考)朝食または夕食を家族と一緒に食べる「共食」の回数	厚生労働省 食育推進基本計画
	(参考)よく噛んでゆっくり食べる人の割合	厚生労働省 食育推進基本計画
	(参考)主食・主菜・副菜を組み合わせた食事を1日2回以上ほぼ毎日食べている人の割合	厚生労働省 食育推進基本計画
	(参考)地域等で共食したいと思う人が共食する割合	厚生労働省 食育推進基本計画
	(参考)食事摂取基準に沿って栄養摂取を行っている割合	厚生労働省「日本人の食事摂取基準」策定検討会報告書
中間 アウトカム①	プライマリ・ヘルス・ケアにおける質の高い栄養サービスの実現	
	◎母子栄養	
	妊婦のための鉄／葉酸サプリメント	WHO NLIIS
	熟練した保健医療従事者(SBA)による出産	WHO NLIIS
	出生時の体重計測	DHS/MICS
	赤ちゃんにやさしい施設での出産	WHO NLIIS
	0～23 ヶ月児の母親が、過去1年間に少なくとも1回、最適な母乳育児に関するカウンセリング、支援、またはメッセージを受けた割合	WHO NLIIS
	公衆衛生および/または栄養プログラムにおいて、母乳育児カウンセリング・サービスが国レベルで提供されている	WHO NLIIS
	産前ケア(ANC)1回を受けた割合	DHS/MICS
	産前ケア(ANC)4回を受けた割合	DHS/MICS
	産前ケア(ANC)8回を受けた割合	DHS/MICS
	産前ケア(ANC)において栄養指導を受けた割合	要調査
	出生時ケアが行われている出産施設の割合	DHS/MICS
	出産(出生)後の健診を受けた割合	DHS/MICS
	下痢のとき、経口補水塩(ORS)による治療を受けた5歳未満児の割合	DHS/MICS
	下痢のとき、亜鉛による治療を受けた5歳未満児の割合	DHS/MICS
	肺炎の治療を受けた5歳未満児の割合	DHS/MICS
	(マラリア)発熱の治療を受けた5歳未満児の割合	DHS/MICS
	(マラリア)殺虫剤処理を施した蚊帳で眠る5歳未満児の割合	DHS/MICS
	(マラリア)殺虫剤処理を施した蚊帳を最低1張保有している家庭の割合	DHS/MICS
	駆虫剤を受けた割合	DHS/MICS
	ビタミンAサプリメントを摂取している6～59 ヶ月児	DHS/MICS
	子ども用鉄剤の補給	DHS/MICS
	麻疹の予防接種を受けた1歳児	DHS/MICS
	完全予防接種を受けた割合	DHS/MICS
	身体計測された5歳未満児の割合	要調査
	適切に身体計測・カウンセリングを受けた5歳未満児の割合	要調査
	◎NCDs 予防	
	訓練された地域保健医療従事者の人口密度(／人口10万人)	WHO GHO
	健康診断を定期的に受けている人の割合	要調査
	歯科検診を定期的に受けている人の割合	要調査
	NCDs のスクリーニングをうけた人の割合(特に高血圧、糖尿病)	要調査
	NCDs スクリーニングのために身体計測された人の割合	要調査
	BMI 計算された人の割合	要調査
	食事に関する栄養指導を受けた人の割合	要調査
	適切にフォローアップされたリスク者の割合	要調査
	健康的な選択が可能となる知識と意欲の獲得	
	栄養に関する知識がある人の割合	要調査
	水衛生に関する知識がある人の割合	要調査

自分の健康管理を自分で決定している人(15～49 歳女性)	DHS
家庭での大きな買い物を決める人(15～49 歳女性)	DHS
外食や食品を購入する時に栄養成分表示を参考にする割合	厚生労働省 健康日本21(栄養・食生活)
自分にとって適正な食事内容や量を知っている割合	厚生労働省 健康日本21(栄養・食生活)
自身の食生活を改善する意欲がある割合	厚生労働省 健康日本21(栄養・食生活)
自身の食生活に問題があると認識している割合	厚生労働省 健康日本21(栄養・食生活)
運動や食生活等の生活習慣について、改善するつもりである(概ね6か月以内)人の割合	特定健診/保健指導 標準的な質問票
運動や食生活等の生活習慣について、近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている人の割合	特定健診/保健指導 標準的な質問票
運動や食生活等の生活習慣について、既に改善に取り組んでいる人の割合(6 カ月未満)	特定健診/保健指導 標準的な質問票
運動や食生活等の生活習慣について、既に改善に取り組んでいる人の割合(6 カ月以上)	特定健診/保健指導 標準的な質問票
健康的な食事(Healthy Diet)の推進環境の実現	
◎栄養及び NCD に影響する食品や飲料嗜好品の広告の規制の有無	
栄養表示(パッケージの裏面あるいは表面)	WHO NLIIS
食品マーケティング	WHO NLIIS
食品および清涼飲料水のマーケティング規制	WHO NLIIS
食品表示における健康・栄養表示の規制	WHO NLIIS
子どもへの TV コマーシャル規制	WHO NLIIS
学校でのマーケティング規制	WHO NLIIS
学校での不健康な食べ物や清涼飲料水の販売規制	WHO NLIIS
子どもに対する食品マーケティング規制	WHO NLIIS
人工の飽和脂肪酸摂取量の削減	WHO NLIIS
◎食品加工への国の介入の有無	
トランス脂肪酸を低減・除去するための製品改質の基準	WHO NLIIS
食塩摂取の低減	WHO NLIIS
砂糖を低減するための製品改質の基準	WHO NLIIS
微量栄養素食品添加: ヨード添加塩	WHO NLIIS
微量栄養素食品添加: 鉄添加	WHO NLIIS
微量栄養素食品添加: 葉酸添加	WHO NLIIS
健康的な食品の価格統制または補助金	WHO NLIIS
脂肪、糖分、塩分の多い食品への課税	WHO NLIIS
砂糖入り飲料への課税	WHO NLIIS
◎学校給食・食育	
国家食品ベースガイドラインの有無	FAO Food-based dietary guidelines
学校食事基準の有無	FAO Nutrition guidelines and standards for school meals A report from 33 low and middle-income countries
(参考)学校給食における地場産物を活用した取組	厚生労働省 食育推進基本計画
(参考)栄養教諭による地場産物に係る食に関する指導	厚生労働省 食育推進基本計画
(参考)学校給食における国産食材/地場産物の使用割合(金額ベース)	厚生労働省 食育推進基本計画
(参考)産地や生産者を意識して農林水産物・食品を選ぶ国民の割合	厚生労働省 食育推進基本計画
(参考)環境に配慮した農林水産物・食品を選ぶ国民の割合	厚生労働省 食育推進基本計画
(参考)食品ロス削減のためになんらかの行動をしている人の割合	厚生労働省 食育推進基本計画

	(参考)食品の安全性について基礎的な知識を持ち、自ら判断する国民の割合	厚生労働省 食育推進基本計画
	(参考)職域等における給食施設、レストラン、食品売場において、ヘルシーメニューの提供比率の割合	厚生労働省 食育推進基本計画
	(参考)地域、職域で、健康や栄養に関する学習や活動を進める自主グループの割合	厚生労働省 食育推進基本計画
	給食の普及率	要調査
直接アウトカム 保健	保健システムが整う	
	◎ガバナンス機能が整備され、リーダーシップが醸成される	
	国家栄養政策の有無★	WHO GINA
	国家栄養政策ガイドラインの有無	WHO GINA
	国家栄養政策の目標達成または SDGs のためのロードマップが作成されている	WHO GH0
	母乳のマーケティングに関する国際コードに沿い、母乳代替品のマーケティングの包括的規制を採択した国の数	WHO GH0
	母乳育児を確保するための母性保護法または規則を採択した行政数	WHO GH0
	子どもの急性栄養不良の管理に関する国家政策	WHO GH0
	子どもの過体重または肥満のサーベイランスに関する国家政策	WHO GH0
	子どもの下痢疾患に関する管理についての国家政策★	WHO GH0
	とくに NCDs 予防に関する政府の明確な方針と戦略 - 食品に基づく食生活指針 - 食塩のヨウ素化義務化の法制化 - 砂糖入り飲料税 - 食塩/ナトリウム消費量削減政策 - 飽和脂肪酸の摂取を制限する政策 - 工業的に生産されるトランス脂肪酸を排除する政策 - 飽和脂肪酸、トランス脂肪酸、遊離糖、塩分を多く含む食品・飲料のマーケティングが子どもに与える影響を減らすための政策 - NCDs に関連する不健康な食生活を減らすための運営上の政策、戦略、行動計画 - NCDs に関する多方面にわたる政策、戦略、行動計画 - 糖尿病に関する政策、戦略または行動計画	Global Nutrition Report Country Nutrition Profiles
	栄養改善におけるマルチセクター協力のための政策・戦略の有無	要調査
	栄養改善におけるマルチセクター協力のための中央からコミュニティとの調整機関の有無	要調査
	栄養法に関する調整機関の存在の有無★	要調査
	保健・栄養サービスの質を評価・認定する政府機関の存在★	要調査
	◎栄養関連財源が確保される	
	栄養に関する国家予算の割合の増加	WHO GH0
	国内の栄養プログラムに関する異なるセクター間の資金調整メカニズムの存在★	WHO GINA
	現在の保健医療費に占める栄養への公的および民間国内支出の割合の増加	要調査(参考:WHO Global Health Expenditure Database)
	栄養に関する支出の外部による財源の減少	WHO GH0
	栄養のためのドナー調整メカニズムの存在★	要調査
	政府の栄養に関する予算配分★	要調査
	栄養に関する ODA 予算の配分	要調査
	必須医薬品に対する政府の予算配分	要調査
	医療機器の供給とメンテナンスに対する政府の予算配分	要調査
	栄養に関する保健医療従事者の育成のための予算配分★	要調査

プライマリーヘルスサービスを監督するための予算配分	要調査
ドナー／実施パートナーによって支援されている、栄養に特化したプロジェクトのマップ(および更新メカニズム)	要調査
◎栄養情報が活用される	
政府によるコミュニティレベルの登録メカニズムを通じた正確な統計に関する収集	WHO GHO
コミュニティレベルを含む保健行政による栄養に関する報告フォーム	WHO GHO
施設による報告システム	WHO GHO
栄養に関するデータを計画や予算策定に活用している施設の割合	WHO GHO
施設や地域からの情報に基づく定期的な見直しの仕組み	WHO GINA
国家 NMIS が機能している	要調査
年次栄養報告書	要調査
データ発信元へのデータフィードバックの仕組み	要調査
データ監査システム	要調査
◎栄養関連の専門人材、地域人材が養成・配置される	
人口 10,000 人当たりの看護・助産従事者密度★	WHO World Health Statistics
特定年における、訓練された栄養専門家の数/国の人口 10 万人★	要調査(参考:Global Nutrition Monitoring Framework Operational Guidance for tracking Progress in Meeting)
栄養に関する研修を受けた保健医療従事者の数★	WHO GHO
栄養に関するトレーニング機関数	WHO GHO
複数の栄養専門家が配置されている施設の数★	WHO GHO
早産児または LBW 児のケアについて研修を受けた医療従事者がいる医療施設の割合	要調査
栄養の要素を含む現任前研修カリキュラムの存在★	要調査
栄養の要素を含む研修カリキュラムを使用している現職前研修機関の割合★	要調査
医療従事者による栄養サービス強化のための現任訓練プログラムの存在★	要調査
地域医療従事者による栄養教育とサービス強化のための現任訓練プログラムの存在★	要調査
保健施設およびコミュニティにおける栄養サービス強化のための、支援的監督システムおよび訓練を受けた監督者の存在★	要調査
地域医療従事者による栄養教育とサービス強化のための現任訓練プログラムの存在	要調査
保健施設およびコミュニティにおける栄養サービス強化のための、支援的監督システムおよび訓練を受けた監督者の存在	要調査
◎保健医療施設・機材・物資が整備・活用される	
施設を受診・検診し、低栄養と診断された患者数★	WHO GHO
栄養状態が改善した患者数★	WHO GHO
保健スタッフ向けのガイドブックと、地域住民や学生向けの栄養に関する SBCC 資料	WHO GHO
栄養に特化したサービスの利用と準備★	WHO GHO
外来栄養サービス利用	WHO GHO
必要不可欠な栄養補助食品／医薬品へのアクセス	要調査(参考:WHO GHO)
すべての一次医療施設に、産前・産後・育児に必要な以下の器具が設置される★ - 血圧計 - 体温計 - 成人用体重計 - 成人用身長計 - 成人用 MUAC 測定テープ	要調査

	- 子宮高測定テープ - ヘモグロビン測定器(レピッド)及び消耗品 - 新生児用体重計 - 乳児用高度計 - 幼児用体重計 - 小児用 MUAC 測定テープ - 母子手帳(年齢別体重・年齢別身長グラフ付き)	
	すべての一次医療施設において、以下の検査と医薬品の利用が可能となる - HIV 抗体迅速検査 - 梅毒抗体迅速検査(VDRL) - 葉酸鉄テーブル - メベンダゾール - IPTp 用スルファドキシン-ピリメタミン - ビタミン A サプリメント	要調査
	機能的なサプライチェーンと管理システムの存在	要調査
	機器メンテナンス・サービスおよび人的資源の利用可能性	要調査
直接アウトカム マルチセクター	◎食料システムが整う	
	中等度または重度の食料不安の割合★	FAO
	食料供給における食事エネルギー	FAO
	主食以外からのエネルギー	FAO
	健康的な食事にアクセスできない人の割合★	FAO
	健康的な食事のコスト	要調査(参考:世界銀行 Food Prices for Nutrition DataHub)
	一人当たりの食料供給変動	FAO
	穀物輸入依存率	FAO
	食品安全規制/実施	FAO
	不健康食品の規制★	FAO
	家計の飢餓尺度★	Household Hunger Scale: Indicator Definition and Measurement Guide
	◎水・衛生システムが整う	
	基礎的飲料水サービス(At least basic water supply service)を利用する人の割合★	WHO/UNICEF JMP
	安全に管理された飲料水サービス(Safely managed water supply service)を利用する人の割合★	WHO/UNICEF JMP
	基礎的衛生設備(トイレ)(At least basic sanitation service)を利用する人の割合	WHO/UNICEF JMP
	安全に管理された衛生設備(トイレ)(Safely managed sanitation service)を利用する人の割合	WHO/UNICEF JMP
	野外排泄(Open defecation)を行っている人の割合	WHO/UNICEF JMP
	基礎的手洗い設備がある人の割合★	WHO/UNICEF JMP
	基礎的飲料水サービスがある学校の割合	WHO/UNICEF JMP
	基礎的衛生施設(トイレ)サービスがある学校の割合	WHO/UNICEF JMP
	基礎的手洗い設備がある学校の割合	WHO/UNICEF JMP
	基礎的飲料水サービスがある保健医療施設の割合	WHO/UNICEF JMP
	基礎的衛生施設(トイレ)サービスがある保健医療施設の割合	WHO/UNICEF JMP
	基礎的手洗い設備がある保健医療施設の割合	WHO/UNICEF JMP
	JICA の技術協力による、水供給に関する人材の育成数	JICA 業務実績等報告書
	JICA の資金協力による、水供給によって増加した給水人口数	JICA 業務実績等報告書
	◎教育システムが整う	
	1 年生から始めて最終学年に達した学生(男女)★	MICS

小学校純就学率★	UNESCO
中学校純就学率★	UNESCO
留年と学校中退者率	WHO NLIIS
栄養学が医学部のカリキュラムの一部である	WHO NLIIS
栄養学の学位取得のための研修	WHO NLIIS
就園率	MICS
教員の数、質、食育や栄養に学んだ教員の数、子ども、保護者、教師、アクセス、質	要調査
◎社会保護システムが整う	
児童婚の割合★	MICS
若年妊娠の割合★	UNICEF Data Warehouse
フードクーポン配布の有無★	要調査
就労支援の有無	要調査
支援が必要な人・集団への生活保護プログラムの有無	要調査
栄養に関する情報アクセシビリティ(消費期限、栄養素、アレルギー表示等)	要調査(参考:UNICEF Disability Inclusive Humanitarian Toolkit)
社会保障制度の整備★	要調査(参考:UNICEF Disability Inclusive Humanitarian Toolkit)
セーフティーネット受益者の情報整備	要調査(参考:UNICEF Disability Inclusive Humanitarian Toolkit)
◎ジェンダーと社会文化的均衡性に配慮された地域・社会環境が整う	
国際貧困ライン以下の人口★	WHO NLIIS
世界飢餓指数★	Global Hunger Index
貧困削減戦略文書の栄養要素	WHO NLIIS
母性保護: 国際労働基準の遵守	WHO NLIIS
女性の教育レベル;高等教育、中等教育、初等教育、無教育★	WHO NLIIS
政策分野における女性の意思決定における参画★	世界経済フォーラム Global Gender Gap Report
自分たちのコミュニティでは、ほとんどの男性が家庭の決定について最終的な決定権を持っていると答えた男女の割合	FAO Guide to formulating gendered social norms indicators in the context of food security and nutrition
男兄弟や夫と同じ質の食べ物を食べた場合、家族に反対されると思う女児の割合	FAO Guide to formulating gendered social norms indicators in the context of food security and nutrition
自分の住んでいる地域では、ほとんどの妊婦がある特定の食品を食べないという意見に合意する男女の割合	FAO Guide to formulating gendered social norms indicators in the context of food security and nutrition
自分の住んでいる地域では、他のほとんどの女性が、年配の女性が母乳育児をやめた方がよいと判断した場合、母乳育児をやめると思う女性の割合。	FAO Guide to formulating gendered social norms indicators in the context of food security and nutrition

★は主要な栄養関連指標とする。「要調査」と記載があるものについては、必要に応じて案件内にて調査を行い情報を収集する。

また、栄養関連指標の主なデータポータルとして、以下を参考とする。

WHO NLiS: [Nutrition Landscape Information System \(NLiS\)](#)

WHO GINA: [The Global database on the Implementation of Nutrition Action \(GINA\)](#)

WHO GHO: [The Global Health Observatory](#)

[Global Nutrition Report Country Profile](#)

UNICEF [世界子供白書巻末統計](#)