# コミットメントが 国際的に評価されるために

# 分科会のゴール (農林水産省「東京栄養サミット」に向けた日本の取組(2020年11月)より)

- <u>分科会では、テーマ毎に、前提となる考え方を統一することを目指す。</u>これにより、 同じフォーマットに沿って各社独自のコミットメントを作成することで、作業がしやすく なり、日本企業の考え方が明確に伝える。
- コミットメントは栄養サミットのために新たに作成するものではない。コミットメントは各企業の経営経営計画に即して、関連する内容を「コミットメント」に翻訳し直す作業である。
- また作成にあたっては、海外で事業展開を見据えて、**欧米の評価指標に対応**できるようにすることも重要。
- 日本企業にとっては欧米の指標と相容れない部分については、その軌道修正をサミットの場を通じて働きかけていく(コンパクトへの反映を目指す)。

### コンパクト作成に係る前提となる考え方

- 分科会では、テーマ毎に、<u>前提となる考え方</u>を統一することを目指す。これにより、 同じフォーマットに沿って各社独自のコミットメントを作成することで、作業がしやすく なり、日本企業の考え方が明確に伝える。
- ⇒前提となる考え方
- ⇒N4Gにおける「コミットメント」の原則も考慮して作った方が、各 社の個別コミットメントが作りやすくなる。

### N4Gにおける「コミットメント」の原則

• 「コミットメント」とは何か

「国際栄養目標及びターゲットの達成に向けた進捗を支援する、計画的、政策的、あるいは財政的なもの」(コミットメント作成ガイドP9)

- ・コミットメントは同時に以下の4つの基準を満たす。
  - ➤SMARTであること (これは問題なし)
  - ➤国の優先事項に沿ったものであること (どこの国?)
  - ⇒栄養サミット参加原則に沿ったものであること(参加原則とは?)
  - ➤説明責任の枠組みとの整合性があること<u>(まだ出てない)</u>。

### SMARTであること

- 具体的: 具体的な行動を特定し、責任者を明示
- 測定可能: 進捗を測定できる適切な指標の設定
- 達成可能:過去に達成された進捗のレベルに沿う。
- 適切: 世界的優先事項と課題を反映し、過去に達成された進捗レベルに基づく
- 期限付き:達成のための現実的な期限を明示、マイルストーンを特定。
- ▶世界的優先事項:SDGターゲット2.2、3.4、世界保健総会で定められた低栄養、母乳育児、非感染症疾患、肥満に関するターゲット、第2回国際栄養会議の行動枠組み

### 国の優先事項に沿ったものであること

- ・ SUNが支持する国家栄養計画・目標に貢献。多分野に渡る。
- 現在の政策を改善し、実現可能〇
- 現在の計画の規模・範囲・野心を拡大〇
- ・ 女性や十分に考慮されていないグループを含む。もっとも阻害されたグループへの支援計画を含む。
- 資金的コミットメントの場合は、新規拠出か。調達計画を含む〇
- 費用対効果が高いか(経済モデル、エビデンスに即したものか)○
- ・ ジェンダーの影響や、栄養の成果の決定においてジェンダーが担う役割を考慮しているか
- 以下の内容に沿っているか
- **> SDGターゲット2.2、3.4に沿っているか。**
- ▶ 世界保健総会で定められた低栄養、母乳育児、非感染症疾患、肥満に関するターゲット
- > 第2回国際栄養会議の行動枠組み

### 栄養サミットの参加原則に則ったもの

### サミット参加原則 = SUNの参加原則

- 意図と影響に透明性がある〇
- 包摂的である(=ジェンダーなど に配慮)
- 権利に基づく〇
- 交渉の意思がある〇
- 予測可能で、相互に説明責任を 果たすことができる〇

- ・費用対効果が高い〇
- 継続的にコミュニケーションを行う〇
- 誠実かつ論理的に行動する〇
- 互いを尊重し合う〇
- 負の影響をもたらさない(トレードオフの関係に配慮)

### 考慮すべき点一覧

- ≪SMARTであること≫
- □世界的優先事項と課題を反映(≒SDGs, 世界保健総会のターゲット、第2回国際栄養会議行動枠組み)
- ≪国の優先事項に沿ったものであること≫
- ロSUNが支持する国家栄養計画・目標に貢献。多分野に渡る。
- □女性や十分に考慮されていないグループを含む。もっとも阻害されたグループへの支援計画を含む(ジェンダー)
- □ジェンダーの影響や、栄養の成果の決定においてジェンダーが担う役割を考慮している(ジェンダー)
- □ SDGターゲット2.2、3.4に沿っているか。
- □世界保健総会で定められた低栄養、母乳育児、非感染症疾患、肥満に関するターゲット
- □第2回国際栄養会議の行動枠組み
- ≪栄養サミットの参加原則に沿ったもの≫
- □包摂的である(=ジェンダーなどに配慮)
- 口負の影響をもたらさない(トレードオフの関係に配慮)

### SUNが支持する国家栄養計画・目標

• SUNが支持する国家栄養計画(62か国) とはほとんどが発展途上国である。たとえば、 アジア(南アジア含む)の国々は以下のと おり。

ベトナム、ラオス、カンボジア、ミャンマー、インドネシア、フィリピン、ネパール、パキスタン、スリランカ、タジキスタン、カザフスタン

- これらの国々も対象に含まれるのかを個別でのコミットメント作成の際は再度確認が必要。
- ※これらの国々を必ずしも含まなくてはいけないというわけではない(あくまでも推奨)



### 負の影響をもたらさない (トレードオフ)

- 経済・環境・社会が両立することが持続可能な開発。
- 一方がプラスの影響でも、片方がマイナスの 影響になってはならない。
- 減塩:塩分摂取量が減り高血圧が減る (+)、おいしくなくなり商品が売れなくなる(-)⇔塩分摂取量が減り高血圧が 減る(+)、健康的で味もおいしくなり商 品が売れるようになる(+)
- 三側面からプラスになるようなことを考える。



### 世界的優先事項と課題の反映

### 【SDGs=世界の達成目標(解決すべき事項)】

- Pledgeの提供する枠組みにおいても、SDGの目標2,3に重点を置いた企業戦略が重要視されている。特に、コミットメント作成ガイドではSDGの目標2のターゲット2.2、そして、SDGの目標3のターゲット3.4にコミットメントが沿っているかが重要視されている。
- Responsible Busines Pledge for Better Nutritionでも、公式声明の実施の際に「「2030年持続可能な開発アジェンダ」における中核として、栄養改善というグローバルな課題の緊急性を認識する」とあり、これはSDGを規定している2030アジェンダを指している。
- GAINが行ったIdentifying SMART Busines Pledge for the 2021においても、企業戦略に 栄養関連のSDG(つまり、ゴール2と3)を置くことが求められている。
- よって、分科会の活動でもSDGsは見逃してはいけない要素である。

### SDGsの目標2、ターゲット2.2

- 目標2「飢餓を終わらせ、食糧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」
- ・ターゲット2.2:5歳未満の子供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。
- 指標:
- ▶2.2.1:5歳未満の子供の発育阻害の蔓延度(WHO子ども成長基準で、年齢に対する身長が中央値から標準偏差-2未満)(総務省サイトより)
- ▶2.2.2:5歳未満の子供の栄養不良の蔓延度(WHOの子ども成長基準で、身長に対する体重が、中央値から標準偏差+2超又は-2未満)(タイプ別(やせ及び肥満))(総務省サイトより)
- ▶ 2.2.3: 15歳から49歳の妊婦(要確認)の貧血の蔓延度(Prevalence of anaemia in women aged 15 to 49 years, by pregnancy status (percentage) (UNDPサイトより、仮訳))

### SDGsの目標2、ターゲット2.2:ビジネスアクション

#### 【役立つ可能性のあるビジネスアクション】

- ビジネスが人々の食生活や食料へのアクセスに関し重大な影響があることを認識する。健康でバランスの取れた食事に役立つ食べ物を提供する(☑減塩食品の提供)。人々が自らの購買力を考慮した上で、栄養価の高い食品を購入できるように、公正な価格を設定(☑減塩食品も価格を高く設定しない)する。
- ・ 顧客が情報に基づいて選択できるよう、 栄養情報などの製品に関する十分な情報を提供 (☑食育にまつわる情報提供) する。
- トレーニング、カウンセリング、その他の職場プログラムを通じて、栄養も含め健康問題に関する従業員の意識を高める(☑社食を通じた栄養情報の提供(食育)(健康経営にも類似))。
- 子供が使う、消費する、あるいは子供が接する可能性のある製品やサービスは、安全で、精神的、道徳的、また身体的な害を及ぼさないことを保障する(☑子供向け加工食品の減塩および食育)。子供にとって適切でない、あるいは有害な製品やサービスに、子供がアクセスできないよう制限する。さらに、子どもを虐待する、搾取する、または子どもに危害を与える製品やサービスのリスクの防止および撲滅に向けて働きかける。

UNGC, GRI(2019)SDGsに関するビジネス・レポーティング:ゴールとターゲットの分析

### SDGsの目標3、ターゲット3.4

- 目標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、福祉を促進する。
- ・ ターゲット3.4 : 2030年までに非感染性疾患による若年死亡率を、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。
- 指標
- ▶3.4.1 心血管疾患、癌、糖尿病、又は慢性の呼吸器系疾患の死亡率
- ▶3.4.2自殺率

### SDGsの目標3、ターゲット3.4:ビジネスアクション

#### 【役立つ可能性のあるビジネスアクション①】

- 自身と家族の健康と福祉に十分な生活水準を得るという全ての人々の権利を尊重する。これには医療や必要な福祉サービスを含む。また、失業、疾病、障害、パートナーの喪失、老齢その他自らコントロールすることが困難な生活状況の変化に対する保障を受ける権利を守る。
- 従業員とその家族に提供される医療保険や、健康や福祉に重点を置いた会社のプログラム(例:運動や健康プログラム、禁煙プログラム、体重管理、メンタルヘルス電話相談)を含む、予防医療へのアクセスを支援する(□食育を通じた減塩(健康経営に類似))。
- ・従業員とその家族に提供される医療保険にメンタルヘルスケアが含まれることを保障するなど、メンタルヘルスケアへのアクセスを支援する(健康経営)。
- ・施設周辺の安全で健康的な環境を促進し、アクティブ・モビリティ(徒歩や自転車など、自らの身体を用いた移動手段)やスポーツを促進する(健康経営)。

### SDGsの目標3、ターゲット3.4:ビジネスアクション

#### 【役立つ可能性のあるビジネスアクション②】

- 上記のプログラムだけでなく、親や保護者が育児で最適なケアを行えるように、彼らに対する福祉、困難な状況への対処力・回復力の支援を提供することで、子どもの福祉に貢献する。労働時間の配慮、柔軟な勤務時間の提供、正社員雇用契約(可能な限り)、利益団体の活動の奨励、また、子どもがいる従業員、特にシングルマザーの支援等を通して、実践的な支援を提供する(☑減塩に関わる食育情報の提供)。
- 地域で暮らす人々、またはサプライチェーン上で働く人々のために、糖尿病、心血管疾患、癌および呼吸器系疾患のような非感染性疾患のリスクを増加させる、或いは症状悪化の原因になるとされている環境中の汚染物質、化学物質および有害物質を制限、さらには根絶する。
- 原料、製品、サービス、マーケティング活動により生じ得る健康への悪影響から、消費者およびエンド・ユーザーを守る責任を負う。健康への悪影響を最小限に抑え、好影響を促進するために積極的に取り組む (□減塩促進の活動実施)。原料、製品、サービスが消費者およびユーザーの健康に及ぼす短期的及び長期的なリスクについて市民に周知し、手頃な価格の医薬品を提供するための技術革新に取り組む。
- 食料生産における砂糖、塩、脂肪の使用に関することなど、非感染性疾患を減らすための政府の取り組みを支援する(☑各国の情勢に合わせた減塩の促進)。

UNGC, GRI(2019)SDGsに関するビジネス・レポーティング:ゴールとターゲットの分析

### SDGsの目標3、ターゲット3.4: 開示情報

開示事項3.4				
ビジネステーマ	ビジネスに関係する開示事項	単位	出所	
従業員手当	禁煙のためのフリーダイヤルへのアクセス(非感染性疾患)。	N/A	WHO Global Health Observatory Indicator (adapted)	
	特別明記されていなくても禁煙である屋内の公共の場所や職場(国内法)	N/A	WHO Global Health Observatory Indicator (adapted)	
	アルコール対策政策の行動計画(アルコールと健康に関する国際情報システム)	N/A	WHO Global Health Observatory Indicator (adapted)	
	アルコール対策に関する、ステークホルダー (非政府組織、事業者、地方自治体、その他)を巻き込んだコミュニティベースの介入/プロジェクト	N/A	WHO Global Health Observatory Indicator (adapted)	
	職場でのアルコールによる害に関するデータ (アルコールと健康に関する国際情報 システム)	N/A	WHO Global Health Observatory Indicator (adapted)	

UNGC, GRI(2019)SDGsに関するビジネス・レポーティング:ゴールとターゲットの分析

### SDGsの目標3、ターゲット3.4: 開示情報

	労働安全衛生	禁煙の医療機関 (国内法)	N/A	WHO Global Health Observatory Indicator (adapted)
		屋内禁煙オフィス(国内法)	N/A	WHO Global Health Observatory Indicator (adapted)
		禁煙場所の数 (国内法) (非感染性疾患)	場所の数	WHO Global Health Observatory Indicator (adapted)
	従業員手当	禁煙を支援する(非感染性疾患)	N/A	WHO Global Health Observatory Indicator (adapted)
		メンタルヘルスに関する独立した方針または計画 (メンタルヘルス)	N/A	WHO Global Health Observatory Indicator (adapted) WHO世界保健観測 所指標 (適応)
UNGC, C	GRI(2019)SDGsl	アルコールに関する意識向上活動:飲酒による健康への影響、職場での飲酒、飲酒 運転、違法/代用アルコール、先住民族、妊娠と飲酒、社会的損害、若者の飲酒 こ関するビジネス・レポーティング:ゴールとターゲットの分析	N/A	WHO Global Health Observatory Indicator (adapted)

### 各国の減塩情報(ラテンアメリカ)



The Challenge of Reducing Dietary Salt / Sodium Intake in Latin American Countries

### **Policy Brief**









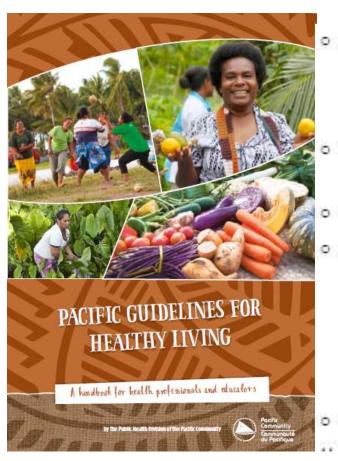




Country	Estimated salt	Main dietary sources of	Prevalence		
Country	intake (g/p/d))	sodium and contribution (%)	HT (%)	CVD (%)	
Argentina	11.2	Processed food: 65-70	34	35	
Brazil	11.8	Cooking salt and condiments: 74	21	31	
		Processed food: 19			
Costa Rica	11.5	Cooking salt: 60	36	30	
		Processed food: 25			
		Prepared food: 7			
Paraguay	13.7	Unavailable	46	Unavailable	
Peru	11	Unavailable	10	16	

INCIENSA(2020)The Challenge of Reducing Dietary Salt Sodium Intake Latin American Countries Policy Brief

### 各国の減塩情報 (太平洋諸島)



- Use other ways of adding flavour to the food:
  - use herbs, spices, lemon juice or vinegar to add flavour; and
  - make your own stock and gravy instead of using stock cubes or powder.
- If using other salty ingredients such as soy sauce or stock cubes during cooking, avoid adding extra salt.
- Avoid using pre-packaged seasoning mixes because they often contain a lot of salt.
- Remember to check the food labels for salt or sodium, and choose low salt options, i.e. options that contain less salt – (<300 mg sodium per 100 g of food).</li>
  - Low salt (<0.3 g/100 g)</li>
  - Medium salt foods (0.3–1.9 g/100 g food)
  - High salt foods (> 2 g/100 g of food)
- Check the ingredient list for salt.
  - Public Health Division of the Pacific Community(2018)Pacific Guidelines for Healthy Living

# 各国の減塩情報 (アフリカ)

Author, year, and design	Country	Study population	Method of assessment	Summary result
Alves et al <sup>29</sup> Cross-sectional study	Cape Verde	±18 years of age with at least 6 months living history in Plateau (formal area), in part of Vila Nova (informal area) and Palmarejo (formal and informal areas)	24-h dietary recall	<ul> <li>Median (range) sodium intake among the adult         Cape Verdeans age ±18 was 3707.4 mg/d (IQR: 2308.6-5219.7 mg/d)</li> <li>79.9% of women and 70.6% of men exceeded the WHO recommendations for sodium intake.</li> <li>Sex differences were observed in daily sodium intake, with higher values for men (P = .006)</li> </ul>
Challa et al <sup>31</sup> Cross-sectional study	Ethiopia	15-69 years of age and with more than 6 months of residential history in all regions of the country, including Addis Ababa and Dire Dawa city administration	Random spot urine sample collection	The mean salt intake among the adult Ethiopia population age 15-69 was 8.3 (95% CI 8.2-8.4) g/d, and most participants (96.2%) consumed more than the maximum recommended daily salt intake of 5 g salt/d. Mean salt intake was higher among males (9.0 g/d, 95% CI 8.9-9.1) than in females (7.4 g/d, 95% CI 7.3-7.4)
Charlton et al <sup>48</sup> Cross-sectional study	South Africa	20- to 65-year-old adult men and women in Cape Town, South Africa	Three 24-h urine sample collections	Mean (SD) urinary salt excretion was higher in white participants (9.5 g/d) than in mixed ancestry (8.5 g/d) or black participants (7.8 g/d)
Chariton et al <sup>48</sup> Nested observational study	South Africa	Men and women aged over 50 years old from WHO-SAGE South Africa Wave 2	24-h urine sample collection	Median (range) daily salt excretion was 6.3 (1-43) g/d

## 各国の減塩情報(アフリカ)

Derouiche et al <sup>25</sup> Cross-sectional study	Morocco	24- to 64-year-old adult men and women from the central region of Morocco	24-h urine sample collection	Mean (SD) daily salt excretion for all participants was 7 (3.5) g/d, with 7.4 (3) g/d in men and 7 (4) g/d in women
Mizehoun-Addisoda et al <sup>26</sup> Cross-sectional study	Benin	Adult, apparently healthy, population aged 25-64 years who lived in Bohicon, Tanvé district for at least 6 months	24-h urine sample collection	Mean (SD) daily dietary salt intake was 11.3 (5.4) g. A high intake of sodium was associated with urban area, age <a href="eq44">eq44</a> years, administrative occupation, higher income, BMI ±25 kg/m <sup>3</sup> , and a high waist circumference
Prynn et al <sup>34</sup> Cross-sectional study	Malawi	≥19-year-old adult Malawians living in Karonga District and Area 25 of Lilongwe, respectively	24-h urine sample collection	Mean salt intake was 6.8 g in the rural and 7.1 g in the urban area. Younger male and urban residents had the highest estimated salt intake
Queiroz et al <sup>00</sup> Cross-sectional study	Mozambique	25- to 64-year-old adult workers of the Maputo Central Hospital	24-h urine sample collection and 24-h dietary recall	Mean (SD) daily urinary salt excretion was 10.6 (4.6) g. Almost half (56.4%) of women and 41.9% of men had a salt intake above twice the recommended
Saeid et al <sup>61</sup> Cross-sectional study	Morocco	Children 6-18 years old in Rabat City	24-h urine sample collection	The average of urinary sodium was $2235.3 \pm 823.2$ mg/d, and 50% of children consume more than the corresponding upper limits. Sodium consumption increased significantly with age
Swanepoel et al <sup>47</sup> Cross-sectional study	South Africa	20- to 30-year-old apparently healthy black and white men and women from North West Province and KwaZulu-Natal, South Africa	24-h urine sample collection	The median daily salt intake was 7.2 g/d

### 各国の減塩情報(アフリカ)

Author, year, and design	Country	Study population	Method of assessment	Summary result
Tayo et al <sup>43</sup> Cross-sectional study	Nigeria	African diaspora	24-h urine sample collection	Mean (SD) daily urinary sodium of Nigerian participants was 145.5 (63.1) mmol, and their sodium excretion was 123.9 (54.6) mmol
Ware et al <sup>10</sup> Cross-sectional study	South Africa	Men and women aged over 18 years old from WHO-5AGE South Africa Wave 2	24-h urine sample collection and interviews	Median salt intake (6.8 $\pm$ 2.2g/d) was higher in younger than older adults (8.6 g/day vs 6.1 g/day; $P < .001$ ), and in urban compared to rural populations (7.0 g/d vs 6.0 g/d $P = .03$ )

Dejen, Joseph et al (2020) Review Paper "Monitoring and implementation of salt reduction initiatives in Africa: A systematic review"