

WHO 健康開発総合研究センター

# 年次報告書



WHO健康開発総合研究センター(WHO神戸センター)

〒651-0073 神戸市中央区脇浜海岸通1丁目5-1

I.H.D.センタービル9F

Tel: 078-230-3100 Fax: 078-230-3178

[http://www.who.int/kobe\\_centre/ja/](http://www.who.int/kobe_centre/ja/)

[wkc@wkc.who.int](mailto:wkc@wkc.who.int)



# WHO健康開発総合研究センター 年次報告書

## 目次

I. 都市部の健康格差是正を目指して	03
II. グローバルな政策展望において高まる都市部の保健対策の重要性	05
III. 2011年の公衆衛生の世界的状況とWHO神戸センターの取り組み	06
IV. WHO神戸センターの研究分野における進展	08
A. 都市部の健康評価	08
B. 都市部の保健行政	11
C. 都市部の健康危機管理	14
V. 都市部の健康課題の注目度とWHO神戸センターの活動の認知度の向上	16
VI. 結論および今後の計画	18
付録1: 2011年 WHO健康開発総合研究センター諮問委員会による提言	21
付録2: 非感染性疾患の予防および管理に関する国連総会ハイレベル会議の政治宣言	22
付録3: 健康の社会的決定要因に関する世界会議におけるリオ政治宣言	35
付録4: 2011年出版物および研究発表	42
付録5: 2011年職員およびインターン名簿	45

### © 世界保健機関(WHO) 2012

日本語は、WHOの公式言語ではなく、従って、この翻訳版は、WHOの公式出版物ではありません。

不許複製。WHO出版物の複製または翻訳にかかる許可申請は、目的の如何(販売、非営利の配布等)を問わず、以下にお問合せください。

World Health Organization  
20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland  
Fax : +41-22-791-4806  
E-mail : permissions@who.int  
または  
〒651-0073 兵庫県神戸市中央区脇浜海岸通1-5-1 I.H.D.センタービル9F  
WHO健康開発総合研究センター(WHO神戸センター)  
Fax : 078-230-3178  
E-mail : wkc@wkc.who.int

本報告書の中で用いられている呼称および資料の提示方法は、いかなる国家、領土、都市もしくは地域またはその当局の法的地位ならびにその国境または境界の設定に関するWHOの見解を表明するものではありません。地図上の点線は、関係国間でいまだに完全な合意が得られていない、おおよその境界を示しています。

文中に特定の企業や製品の名称が言及されている場合であっても、WHOはそこに言及されていないが類似した性質を有する企業、製品に比して、それらの企業、製品を特に支持または推奨するものではありません。誤植、脱落は別として、独自製品の名称は、頭文字に大文字を用いて表記しています。

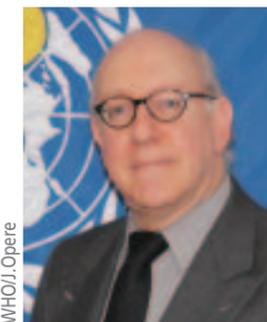
WHOは、本報告書の出版に際してあらゆる合理的な手段を講じて内容の確認を行っていますが、その配布にあたり、明示または黙示の別を問わず、一切の保証を行うものではありません。本報告書に記載されている内容の解釈、使用の責任は読者に帰します。WHOは、本報告書の使用によって生じた損害に対して一切の責を負いません。

Printed in Japan.

注) 文中に記載の呼称(人名・地名・団体名・会議名など)は、WHO健康開発総合研究センターによる非公式日本語訳・表記を含み、これを正式呼称とするものではありません。

Cover photo : WHO/A. Kari

## 序文



WHO/J. Opere

日本での2011年最大の課題は、間違いなく、悲劇的な大地震と津波、それに続く福島第一原発事故への懸念です。これほど短期間のうちに、このような3重の危機にさらされた国は他にはありません。また、これにより災害に対処する際にコミュニティが果たす役割の重要性にも、注目が集まりました。

WHO健康開発総合研究センター(WHO神戸センター:WKC)を含め、WHOは、この未曾有の災害に際し、東北地方および日本への支援を行いました。震災の直後から、詳細な状況の把握に努め、公衆衛生に関するリスク評価や勧告を行い、また、WHO指定研究協力センターなど、日本の担当専門機関に技術支援を行ってきました。WKCでも、情報を日本語に翻訳し発信するなどの役割を果たし、厚生労働省や国連諸機関、日本の皆様、在日外国公館などから高い評価をいただきました。

私たちの生命を脅かすのは、災害ばかりではありません。非感染性疾患(NCD)という形の物言わぬ敵(サイレント・キラー)と、私たちは日々闘っているのです。2011年9月、ニューヨークで開催された国連総会で、歴史に残る会合が開かれました。国連史上まだ2度目の、健康問題を議題としたハイレベル協議です。NCD、すなわち、心臓疾患・癌・糖尿病・呼吸器疾患が中心課題となり、この差し迫った健康問題に取り組むことが各国指導者により約束されました。そして、国連総会で、NCDの予防および管理に関する政治宣言が採択されたのです。WHOに対しては、「政府全体」での取り組みという合意に沿い、効果的なパートナーシップを通して多部門にわたる行動を強化し且つ促進するための選択肢を特定するなど、一連の活動が求められております。この活動を支援するために、WKCの多部門連携事業への取り組みが重要であり、私たちは引き続きこれらの活動の調整と記録に重要な役割を担うこととなるでしょう。

今も続く世界金融危機の中、ブラジル政府とWHOにより10月に開催された健康の社会的決定要因に関する世界会議で「リオ政治宣言」が採択されました。この会議により、WKCの活動の要である、健康格差に世界規模で取り組むことの重要性が改めて浮き彫りにされました。

都市部の健康と健康の公平性に向けたWKCの取り組みにより着実な成果と活動が生まれ、より健康でより平等な都市づくりをするための国際的な活動計画が進展しています。この2年間でセンターは都市における健康の公平性を評価し対応するための政策措置を特定するツール(アーバンハート)を開発しました。また、国連人間居住計画(UN-HABITAT)と共同でグローバルレポート「隠れた都市の姿」を作成し発表、さらに神戸行動宣言をまとめました。このように、世界中のあらゆる場所で根強い健康格差を解決するために、着実なステップを積み重ねているのです。こういった活動を通して、世界の人々が健康的な公共政策を選択できる社会づくりを支援しています。

就任してから数ヶ月間、WKCの事業やパートナー機関、「都市部のすべての人々に健康を」というビジョンの実現に向けた成果について、より深く理解するようになりましたが、これは素晴らしい経験でした。WKC諮問委員、国内のパートナー機関、皆様のご支援のおかげで、WKCの活動がより充実したものとなり、感謝いたします。新任の所長として、WKCが今後も優れた研究機関であり続け、公衆衛生の重要課題に対して革新的な解決策を講じ、世界的な保健政策と計画立案に貢献していきたいと思っております。そして、政府やコミュニティに向け、実証に基づく、革新的な政策の選択肢を提供し続けて参ります。

WKCの事業は、兵庫県、神戸市、神戸商工会議所、株式会社神戸製鋼所の皆様からの多大なご支援、ご協力なしには成し得ません。ここに、心より感謝申し上げます。

年次報告書では、WKCが2011年に取り組んだ多くの革新的アプローチや研究に焦点をあてています。その成果について、ぜひご一読ください。

WHO健康開発総合研究センター所長  
アレックス・ロス



## I. 都市部の健康格差是正を目指して

都市化が進み、人々の健康への影響が大きくなる中、その要因に焦点をあてるというWHO神戸センター(WKC)の役割がますます重要になっています。都市部の健康は、重要かつ今日的な、社会政策上の課題ですが、2010年の「都市化と健康」キャンペーンにより、都市部の健康に関する課題やコストや今後の展望に対する認識が世界的に高まりました。2010年に神戸で行われたグローバル・フォーラム「都市化と健康を考える」では自治体や国家の指導者が一堂に会し、都市部の健康増進と格差是正に向けた行動を求める宣言を行いました(神戸行動宣言)。

こうした趨勢に従い、2011年は「健康の公平性」を主流化することに焦点をあてました。都市部の健康格差は、都市で暮らす全ての人々にとって弊害となります。病気の発生、社会不安、犯罪、暴力行為などは、健康格差が住人に及ぼす悪影響のほんの数例にすぎません。こういった脅威はひとつの地区や区域から瞬く間に広がり、全市民の安全を脅かし、都市全体の評判を落としかねないものです。その人口密度の高さや、社会的・政治的・経済的重要性を考えれば、都市部の健康問題に真剣に取り組む、革新的な解決策を見出すために多部門の連携を強めることが、保健衛生を世界的に促進するために必要なのです。



WHO/A.Kari



WHO/A.Kari

健康格差是正に向け行動を起こすことで、都市やその住人が、非常に多くの面で利益を得られます。例えば、民間セクターへの魅力的な投資、社会的連帯感、暴力や犯罪の減少、リスク要因の減少(特に非感染性疾患(NCD)のリスクや環境の中のリスク)などが挙げられます。また、収入や年齢、性別、居住地区に関わらず、全ての都市居住者が等しく公衆衛生の恩恵を得られるようになるでしょう。

**以下のWKCの重点研究領域を中心に、2011年には大きな前進が見られました。**

- 都市部の健康評価
- 都市部の保健行政
- 都市部の健康危機管理

健康の公平性を主流化するというWKCの目的達成に向けて重要かつ基本的な推進力となるのは、この3つの研究領域において、さらに活動を広げることです。それにより、各加盟国の政策にも都市部の保健対策が組み込まれることが期待されます。都市部の健康の公平性を主流化するためには、政府の複数の部門と連携し、様々なパートナー機関と協力し、WHOの活動範囲の中で、あるいは従来の活動範囲を超えて、多種多様な課題に取り組む必要があります。その実現のためには、様々な関係機関の協力と貢献をとりまとめる必要がありますが、WKCは、まさにそれに相応しい立場にあります。

## II. グローバルな政策展望において高まる都市部の保健対策の重要性

今年は2011～2015年戦略の初年度でしたが、都市における健康の公平性の主流化というゴールに向けて大きく前進しました。2010年の神戸行動宣言および都市化と健康キャンペーンに基づき、中南米・西太平洋・東南アジアの各国の保健大臣により、都市部の健康という議題を国家政策に盛り込むという決議が採択されました。

WHO内部でも、都市化と健康という課題が引き続き注目を集めており、2011年には初めて独立した主要健康課題として認識されるようになりました。WHO事務局長自らが、都市化が取り上げられたフォーラムに参加、また9月の国連の非感染性疾患に関するハイレベル協議では、ニューヨーク市のタバコ規制の取り組みを取り上げ、モデル都市として評価しています。

また、国際政策や国内政策において、地方自治体首長の活動がさらに重要視されるようになってつつあります。今年6月、潘基文国連事務総長は、初めて全米市長会議の年次総会で演説を行い、市長たちが国連とともにエネルギー、環境、犯罪、共存、運輸や気候変動などの共通課題に取り組んだことに言及し、「市民の健康と幸福に貢献した」と述べ

ました。さらに続けて、「どんな状況でも、市長たちが、活動の中心となってくださいました。未来の平和と進歩への道筋は世界中の都市や町の中にこそあるのだ、というメッセージを皆様から頂いたように感じています」と語っています。

今日の健康課題を解決するにあたり、地方自治体首長が果たす役割の重要性が、ますます認識されるようになっていきます。これは、パートナー機関や国連機関、そして様々なレベルの地方政府と協力して、都市部の健康の公平性を主流化する、そして健康格差の問題に焦点をあてることが引き続き必要であることの表れです。

WKCでは、国連人間居住計画(UN-HABITAT)との強固な連携を通して、都市における健康の公平性の問題を主流化する努力を続けます。2011年、UN-HABITATとともに調印した覚書には、2012年以降の具体的な活動計画の骨子がまとめられています。また、WKCは引き続き、Metropolis(世界大都市圏協会)やUCLG(都市・自治体連合)といった地方自治体間のネットワークと協力して、都市部の健康という課題を主流化し、事務局レベルでの事業にこの課題が盛り込まれるよう活動を続ける予定です。またWHO内の連携により、2011年11月に、WHOアメリカ地域事務局が、都市部の健康を取り上げた新しい10年戦略を立ち上げています。



WHO/A. Kari

## III. 2011年の公衆衛生の世界的状況とWHO神戸センターの取り組み

### 国連総会にて非感染性疾患への取り組みを訴える歴史的発表

非感染性疾患(糖尿病、心臓疾患や脳卒中、慢性の呼吸器疾患、癌など)の死者数は世界で年間およそ3600万人です。都市化が急速に進むにつれて、人々の行動やライフスタイルが変化しているため、非感染性疾患のリスクがさらに高まりつつあります。

9月に特別開催された国連のハイレベル協議では、国連総会により非感染性疾患の予防および管理に関する政治宣言が採択されました。史上初めて、国連総会において、世界の指導者たちが、非感染性疾患と闘うための具体的な行動について合意しました。

この宣言では、今や世界中で主要な死亡理由となっているこれらの疾患のリスク要因への対処法をさらに進展させることが、WHOに要請されました。NCDを引き起こす主要リスク要因として、喫煙、運動不足、飲酒、そして不健康な食生活の4つがありますが、政治宣言の一部として、世界の指導者は、「政府全体」でのアプローチをとることで、これら4つの疾患と4つのリスク要因に対処し、さらに広範な多

部門連携事業を開発し制度化する道が開けると合意しました。各都市はこれまでこの領域で目覚ましい進歩を見せてきました。WKCは引き続き、多部門連携事業に取り組むとともに、WHOが国連協議のフォローアップにおいて指導的役割を果たす上で、その支援を行います。

非感染性疾患による年間死亡者3600万人のうち900万人の死は回避できるはずのものです。特に喫煙は、4種類の主な疾患すべてに影響しますが、最も予防可能なリスク要因です。喫煙がリスク要因であることを示す証拠は非常に多く、たばこ規制枠組条約では、たばこの消費削減が求められています。具体的な行動の一例に、WKCの禁煙都市モデル条例策定の取り組みがあります。これはWHO本部「たばこのない世界構想」部門とWKCが協力して作成したモデルであり、地方自治体の首長はこのモデルを叩き台として、自治体内の禁煙を進め市民を受動喫煙から守るための条例を策定できます。これは、たばこ規制の分野でできることのほんの一例であり、すべての都市居住者の健康を改善するための政策を立案し実施するためには、政府全体での取り組みという手法が必要であることが分かります。



WHO/F. Armada

### 世界的に重視される、社会条件が健康格差に及ぼす多大な影響

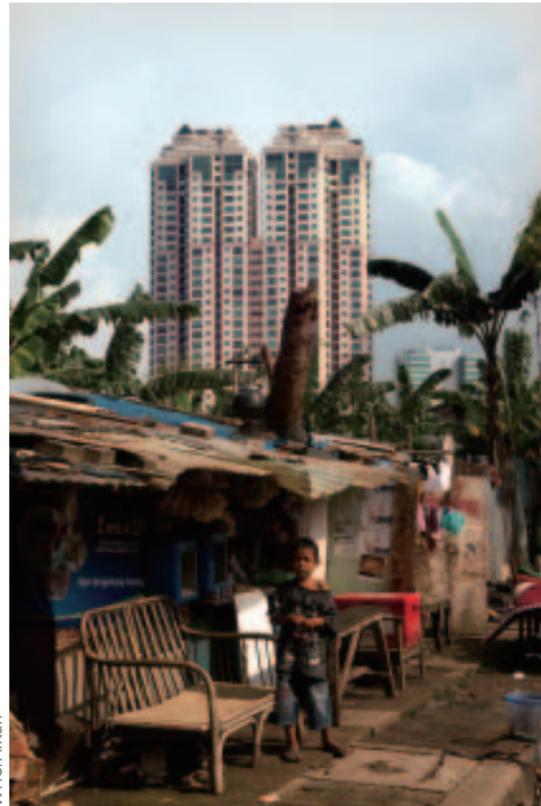
個人の健康状態は、当人の社会経済的地位によって大きく影響されます。低所得国の平均寿命は57歳ですが、高所得国では80歳です。2011年10月、WHOとブラジル政府は、健康の社会的決定要因に関する世界会議をリオデジャネイロで開催しました。世界100ヶ国以上の代表が健康格差の根本原因への対処について話し合いました。

この世界会議の先駆けとなり、歴史に残る世界会議を開催するための強い原動力となったのが、WHO健康の社会的決定要因に関する委員会による研究成果の数々でした。この委員会の活動を支援する9つの情報ネットワークの1つで、WKCはその中心拠点を担いました。この取り組みからの提言に応じて、都市における健康の公平性評価・対応ツール(Urban HEART)が開発されたのです。

2011年10月21日、加盟国はリオ政治宣言を採択し、5つの優先分野で行動を起こし、健康格差是正に取り組むことを誓いました。この優先分野とは、(1)健康格差の根本原因への取り組みを統治する、(2)コミュニティの指導者に参加を促す、(3)保健部門の役割を強化する、(4)活動の優先順位をつけ、関係機関を取りまとめた社会的決定要因への全体的な取り組みを行う、(5)社会的決定要因に関する政策の効果を測定、解析する、の5つです。

この宣言では、健康格差是正に焦点を合わせた公衆衛生政策の立案が謳われています。また、指導者たちは、社会的決定要因と結果としての健康の公平性との関連について住民に広く知らせることを約束しました。都市の健康格差の測定・評価にいち早く取り組んできたWKCは、この分野において、国家および自治体レベルで加盟国を継続的に支援する立場にあります。

宣言では、「健康の社会的決定要因アプローチ」を実践するために総合的に政策関与することが約束されています。ま



WHO/A. Kari

た、このアプローチが、各国国内において、健康格差の軽減に向けた効果的な行動計画と戦略を開発する推進力となることを期待されています。

ニューヨークとリオデジャネイロで開催されたこれら2つの画期的な国際会議には、WKCの多部門連携事業での活動と公平性を中心に据えた取り組みが貢献しています。いずれの分野でも、WKCは、国または地方自治体の政策立案者が必要とする基本的なツールや手法を開発し、普及させることができました。これらの道具立てを利用すれば、国、都市、コミュニティが、すべての居住者の健康に益するプログラムを、立ち上げ、実行し、その成果を確認することができるようになります。

## IV. WHO神戸センターの研究分野における進展

### A. 都市部の健康評価 一測定により深まる理解

人々の健康を測定・評価することの重要性や、政策決定にデータを活用することの意義については、いくら強調しても足りません。WHO事務局長は「What gets measured, gets done (測定できるものは、実行に移される)」とよく言います。国連総会の非感染性疾患の予防および管理に関する政治宣言と、健康の社会的決定要因に関するリオ政治宣言でも、このことについて繰り返し述べられています。WKCは、都市部の健康格差の測定などの調査に関する研究拠点として機能しています。また、都市部の健康リスクにさらされやすい人々における優先的な公衆衛生問題を特定するためのツールや指針を、国や地方自治体の指導者に提供しています。WKCが都市部の健康評価の研究を行う主な目的は、(1)都市政府が、健康格差を是正するための対策を実施し、科学的根拠に基づいた意思決定を行う支援をし、(2)国際機関や地域機関との連携、情報管理、広報を通して、都市部の健康評価という世界的課題に貢献することです。しかし、問題を測定するだけでは十分ではありません。WKCは、すべての研究領域を連携させ、データの収集や解析から見えてく

る新たな課題に対処できるような政策の立案を奨励、支援しています。これらの目的を達成するために、WKCは、都市部の健康評価において主要となる4つの分野、(1)都市における健康の公平性評価・対応ツール(Urban HEART)、(2)世界的な都市部の健康観測所、(3)都市部の健康についての指標、(4)高齢化と健康、に注力する予定です。

### 2011年の主な進展と成果

#### WHO神戸センターのアーバンハートを使用して健康格差を測定する都市がさらに増加

アーバンハートとは、都市の政策立案者とコミュニティが、健康格差是正に取り組むうえで、データを収集、分析し、効果的な対策を計画するプロセスを標準化したツールです。WHO健康の社会的決定要因に関する委員会の成果をもとにして、2007年にこのツールの概要が定められ、2008～2009年には試験的に10ヶ国<sup>1</sup>の17都市で導入されました。2011年10月までに、47ヶ国においてアーバンハート使用のトレーニングが実施されました(図1)。そのうちの20ヶ国以上の都市が、2011年までに、アーバンハートの導入を開始しました。試験的にアーバンハートを導入した各都市で、アーバンハートの使用経過と成果に対する評価が行われつつあり、2012年に結果が出る予定です。WKCは、WHO

図1. 2008～2011年にアーバンハートの導入トレーニングを受けた国々



<sup>1</sup>この10ヶ国とは、ブラジル、インドネシア、イラン、ケニア、マレーシア、メキシコ、モンゴル、フィリピン、スリランカ、ベトナムです。



地域事務局や各国のWHO代表部事務局と協力しながら、アーバンハートのトレーニングおよび導入のためのサポート、そして評価プロセスを実施しています。

アメリカ地域で実施されたアーバンハートトレーニングには、この地域の21ヶ国の国や地方自治体の指導者が集合し、自分たちの都市における健康格差を是正することを誓言しました。コロンビアで開催されたこのトレーニングでは、参加各国から訪れた地方自治体の公衆衛生担当官らが、ツールの使用法を学び、地元都市で最も差し迫った課題を割り出すスキルを身につけました。模範的な前例として、アーバンハートを既に試験的に導入した、ブラジルのグアルーリョス市の担当官らが、このツールを導入したことで、市内の3つの地区で若者の雇用率を改善することができたことを参加者に示しました。今後は、アーバンハートの実施事例を記録し、そこから学べる教訓や、健康格差是正のために都市が状況に応じて選択できる様々なイニシアチブなどについて、情報を発信する予定です。

#### 都市の健康に関するデータが揃うサイトをWHOが立ち上げ

都市化は今後十年、さらにそれ以降も主流となる健康課題ですが、都市部の健康データを世界どこからでも参照できる最初のサイトをWHOが立ち上げました。ここ数十年間で、国レベルでは、健康指標となるような根拠に基づく情報がより多く入手できるようになりましたが、世界的に合意された標準にもとづく都市レベルのデータは不足していました。いま、45ヶ国の都市のデータがWHO国際健康観測所(Global Health Observatory)のデータベースの一部として提供されるようになりました。

これは非常に重要な進展です。健康に関する法制定や法規制を根拠に基づいて行うために必要となるデータを提供することで、都市政策の改善につながります。しかし、都市がデータを収集するためには、さらなる取り組みが必要です。今回の都市の健康に関するデータベースの立ち上げは、都市居住者の生活を統計的に把握できるようになるための、長い行程の第一歩に過ぎません。そのような中、WKCは、世界の都市の健康データをコーディネートする研究センターとして機能します。

都市部の健康は、WHO国際健康観測所が掲げる20のテーマのひとつです。他のテーマに、女性と健康、道路の安全性、非感染性疾患などがあります。国際健康観測所にはテーマごとにサイトがあり、世界的な健康の主要課題に関するデータと分析内容を提供しています(都市の健康に関するサイトもそこに含まれています)。各テーマのサイトには、主だった指標やデータベース表示、主要な関連出版物、関連ウェブページへのリンクなどを掲載して、世界的な状況や今後の動向などの情報を分かりやすく提供しています。

例えば、都市の健康に関する統計によると、都市部で暮らす5歳未満の子どもの死亡率は、調査した国の86%で、改善がみられます(比較した期間は1990~1999年と2000~2007年)。しかし、都市部の富裕層と貧困層を比較した場合、ほとんど全ての国で健康格差があることもデータから読み取れます。乳幼児の死亡率、喫煙率、大気汚染、安全な水へのアクセス、HIV/エイズ感染率といった、都市部の健康の指標などが、この新しく立ち上げられたデータベースに含まれています。都市部の健康観測所の詳細はこちらのページをご覧ください。

[http://www.who.int/gho/urban\\_health/en/index.html](http://www.who.int/gho/urban_health/en/index.html)  
2012~2013年、WKCは各国のWHO代表部事務局と協力して、国際都市健康観測所が提供する情報の範囲を拡張する予定です。ブラジルのペロオリゾンテ、スペインのバルセロナ、イギリスのロンドンなどの都市健康観測所(Urban health observatory)の事例を研究し、世界の各都市がそれぞれの健康観測所を構築し、運営する方法を模索しています。今後、その結果をもとに、関連するガイダンスやツールを開発し、他の都市がそれぞれの観測所を設立して、WHO地域事務局やWHO本部とも連携しながら、より広範な地域または世界的ネットワークを形成できるようにする予定です。

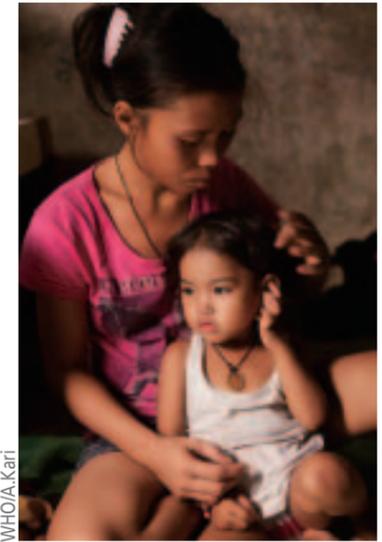
#### 都市部の健康の状態を比較する複合健康指標を開発

健康の側面も含め、複数の国家間での比較ができる世界的に合意された標準の指標として、過去に開発され、現在広く受け入れられているものがあります。国連開発計画の人間開発指数(HDI)はその好例です。この指標は、1人当たりの

国内総生産(GDP)の比較にとどまらず、福祉(well-being)を数値化しようとしたものであり、収入だけでなく国の教育や健康レベルなどを含む指標です。WKCは、世界的なパートナー機関や地方自治体と議論を続ける中で、各都市が利用できるような、都市部の健康に焦点をあてた複合的な指標の必要性を感じ、その開発に乗り出しました。理想的な指標とは、健康とその決定要因が考慮されており、都市全体の健康状態を総合的に評価することができる指標です。2011年の2月23~25日には、都市部の健康評価に関する専門家会議を開催しました。研究と政策の専門知識をもつ16名の代表者が世界中から集まり、都市の健康指標開発について討議しました。WKCはその会議でまとめられた提言や成果を出発点にして、その後も専門家と議論を重ねながら、パートナー機関とともに、世界中で使用でき、都市ごとのベンチマーク設定が可能になるような、複合的な都市部の健康の指標と都市部の健康格差指標の開発に取り組んでいます。さらにWKCは、2つの新しい分野において、世界的な指標の開発に携わっています。1つ目は、ハーバード大学人道援助組織(Harvard Humanitarian Initiative)と協力して開発している、災害や緊急時に迅速に健康評価をするための指標のセットです。2つ目は、WKCが主導しながら、カナダ公衆衛生庁と協力して開発している、WHO Age-Friendly Cities(高齢者にやさしい街)の指標です。

#### 高齢化と健康を支える都市環境づくりとその評価

WKCは、都市部の高齢化と健康が、益々重要な課題になっていることを認識して、改めてこのテーマの研究に取り組んでいます。2012年1月、WHO執理事務局が開催され、執理事務局は、日本が提唱した、健康な高齢化に関する決議を承認しました。過去100年間で世界の平均寿命は著しく伸びており、その理由の1つには公衆衛生の進歩が挙げられます。例えば、チリ人女性の平均寿命は1910年には33歳でしたが、たった100年後の現在は82歳になっています。100年間で、およそ50年も長く生きられるようになったのは、著しい躍進です。この人口高齢化は、公衆衛生政策および社会経済政策という面から見れば成功例のように思われますが、しかし同時



WHO/A.Kari

に、社会が適応すべき課題でもあり、高齢者の健康と身体機能、社会参加や安全性を最大限にすることが求められています。もうすぐ世界では、子どもよりも高齢者の数が多くなります。これから5年以内に、人類史上初めて、65歳以上の成人の数が5歳未満の子どもの数を超えると言われていす。日本では、65歳以上が人口の23%を占めていますが、この割合は世界で最大です。

WKCは世界各国の人々と緊密に協力して、WHO Age-Friendly Citiesの指標を開発するなど、高齢者にやさしい環境を研究しています。具体的には、東京大学、京都大学、日本福祉大学、そしてカナダ公衆衛生庁をはじめとした、国内外の専門家たちと協力しながら、(a)健康な高齢化を促進するための介入の有効性、(b)介入の有効性の評価手法、(c)都市間比較が可能なベンチマークの開発、などといった課題に取り組んでいます。

この分野にこれまで取り組んできた経験と、2010年世界保健デーやグローバル・フォーラムを通して築いたネットワークを生かして、WKCは、高齢化と健康がテーマの2012年世界保健デーを記念したキャンペーンにも貢献する予定です。WHOのスタッフや日本と世界各国のパートナー機関と連携して、WKCは取り組みを続けており、独自の立場から、健康な高齢化を確かなものにできる革新的な解決方法の開発に貢献できるでしょう。



## B. 都市部の保健行政 —知識から行動へ—

都市部の健康の公平性を高める方策を政策立案者にアドバイスするため、証拠(エビデンス)を収集し体系化するプロセスが、都市部の保健行政において注目を集めています。これは、都市部の健康の公平性の主流化に向けて持続した取り組みを行い、政策決定者に複数の政策案を提案するために重要な方法です(アーバンハートによる評価もその1例です)。既に3つの分野でプロジェクトを実施しています。これまでに取り組んできた、禁煙都市を広めるイニシアチブと多部門連携による保健事業のイニシアチブをさらに進め、その成果の発信に力を注いでいますが、新たに都市計画に関するイニシアチブにも着手しました。

### 2011年の主な進展と成果

#### 禁煙都市の実現に取り組む自治体首長への支援

喫煙が健康に及ぼす悪影響についてのWHOの知識と経験、さらに、WHOたばこ規制枠組条約(FCTC)という国際条約の締結にWHOが果たした大きな役割は、たばこの闘いにおいて際立っています。

たばこ規制枠組条約は、当初、批准国40ヶ国に対して2005年2月27日に発効しました。現在までに締約国は

174ヶ国にのぼり、国連史上最も広く受け入れられた条約のひとつとなっています。締約国は、たばこの値上げと増税、直接・間接的の如何を問わずあらゆる形式の広告や宣伝と資金提供の禁止、たばこ製品の新しい包装およびラベルの規定、受動喫煙にさらされることのないよう保護する規定、たばこ密輸を取り締まる法律の強化などに合意しています。

WHOたばこ規制枠組条約の第8条は受動喫煙に関する内容であり、WKCは、自治体レベルでの受動喫煙取り締まりの支援に重点的に取り組んできました。またWKCは、市が禁煙条例導入への活動を先駆的に行ったことが国の法律制定につながった英国・リバプールの事例などに基づき、自治体の条例がいかに国の法制定へと発展しえたかを検証し、研究を進めています。2011年、WKCは、受動喫煙から人々を守るための禁煙都市政策を促進するため、研究結果の発信と、地方自治体首長の能力強化を支援することに努めました。また、禁煙都市の条例制定のためのWKCのモデル条例と、禁煙都市実現への12ステップに基づき、試験的なトレーニングプログラムを開発、地方政府がこれらの手法を導入できるようにしました。自治体の担当官を特に対象として開催した初のワークショップには、西太平洋地域の13都市が参加しました。2012年早々に完成を目指すトレーニング・パッケージ最終版には、参加都市の指導者からの



WHO/F.Armada



WHO/F.Armada

フィードバックも盛り込まれる予定です。WKCが、WHO本部のたばこのない世界構想チームと協力して作成した政策立案者を対象とする最終レポート『禁煙都市を目指して』は、トレーニングと併せて活用されています。

また、WKCの所在地でもある日本国内にて、禁煙都市イニシアチブの記録と介入の影響評価に関する2つの研究、(1)兵庫県の禁煙条例に向けた取り組みの記録、(2)神戸薬科大学と協同で行っている神戸市の歩きたばこ禁止条例の健康への影響調査が開始されました。

2012年初めには、兵庫県が、神奈川県に続いて、公共の場所での喫煙を禁じる条例を制定する国内第2の県になるようとしています。いくつかの面でクリアすべき課題は残っていますが、条例の制定に向けて進展しています。

この兵庫県の取り組みを後押しすべく、WKCは、研究成果やWHOたばこ規制枠組条約の背景についていくつかのイベントで発表しています。例えば、兵庫県タバコフリー協会と兵庫県医師会が合同開催した「2011年世界禁煙ウィーク 兵庫県民フォーラム」、さらに、北九州市の産業医科大学が主催したシンポジウム「わが国の受動喫煙防止対策について」などです。

#### 国連の非感染性疾病に関するハイレベル協議にて多部門連携アプローチが優先事項であることを世界の指導者が宣言

多部門連携による保健事業(ISA)というアプローチは広く知られており、WHOも優先的に用いようとしていますが、公衆衛生の分野ではまだまだ難しい手法です。2011年、ニューヨークでの国連総会に出席した世界の指導者は、公衆衛生を改善するためにこの手法が重要であることを確認しました。WKCの多部門連携事業への取り組みは、WHO非感染性疾病の現状に関するグローバルレポートにも盛り込まれており、多部門連携という手法、研究の成果、そしてこの手法を取り入れた政府による成功事例をさらに広く発信することが求められています。

WKCはこの分野の研究を継続して行っています。具体的には、2011年を通して成功事例を収集、様々な提言を行ってきました。都市レベルでの事例を広く募り、様々な多部門連携方法や介入手法の開発と導入における地方政府の役割に焦点をあてた研究を行いました。具体的事例としては、(1)リバプールのアクティブ・シティ・プログラム、(2)ロンドンとニューヨークでの多部門連携の小児肥満プログラムの比較研究、(3)アブハ(サウジアラビア)での非感染性疾病への取り組み、(4)バルデ(デンマーク)の公衆衛生問題を他の部門の定期的な政策プロセスに組み込む試み、などがあります。また、2011年に、『多部門連携による保健事業:政策立



案者が効果的かつ持続可能な保健事業を実施するための『手引き』という小冊子を発行しました。これは、多部門連携による保健事業を公共政策の主要戦略と位置づけ、それに向けての提言や成果、アプローチをまとめたものです。

2012年、WKCは、これまでの経験に基づき、WHOの中核となって非感染性疾患やそのリスク要因への多部門連携アプローチを使った対策を進めるとともに、多部門連携事業と提携モデルの経験をまとめ、情報発信する予定です。2011年の国連総会の非感染性疾患に関する政治宣言を受け、WHOには多くの責任が課されていますが、そのひとつが多部門連携事業です。

以上の研究成果をもとに、次に多部門連携事業が大きく取り上げられる機会となる第8回健康増進世界会議(2013年6月ヘルシンキ)に貢献できると考えています。

### 都市計画とその健康への影響に関するエビデンスに基づく研究

多部門連携事業(ISA)と密接に関わりますが、公衆衛生を十分考慮した都市計画を研究する分野が、2011年3月に神戸で開催した専門家会議において生まれました。この専門家会議には、公衆衛生、ならびに、建築・都市化の両部門から、高所得国と低所得国に関する専門知識を持つ政策立案者、学者、地方政府の専門職員などが出席しました。そして、健康に好影響を及ぼすことに焦点をあてた都市づくりをどのように進めるかについて、WKCに対する勧告がまとめられました。今後数年間で、WKCは、地方政府が実践可能な、健康に配慮のある都市計画に対する提案を作り上げる予定です。



WHO/A.Kari

### C. 都市部の健康危機管理

東日本大震災、ハイチ、チリ、ペルー、トルコでの地震、タイやフィリピンでの大洪水を始め、2011年には、世界中で様々な自然災害が発生しました。これらの災害を機に、特に社会的弱者や都市にとって、災害への備えと対応、復旧がいかに重要かが再認識されました。2011年、WKCは、長年取り組んできた都市部の健康危機管理の研究に再び焦点をあてました。この取り組みの基礎となっているのは、ひとつには、減災や災害に対する備え、対応に関するWKCのこれまでの豊富な経験やリーダーシップにあり、もうひとつは、人道的援助において諸国際機関の活動を調整する国連委員会の一員として、保健分野を牽引するという、WHOの役割にあります。

2011年3月11日の東日本大震災に対する支援や研究、評価についての詳細は後述されています。長期目標は、都市部の健康危機への備えについて政策提言をしたり、気候変動への都市の優先的適応法を研究する事です。この目標に向けて、2011年は、複数の研究プロジェクトを通じて証拠(エビデンス)の収集がされました。

WKCは、神戸にある国連人道問題調整事務所(UNOCHA)や国連国際防災戦略事務局(UNISDR)との協力体制を強化しています。人道的活動への取り組みを共有し、国連人間居住計画(UN-HABITAT)と連携することで世界的な活動の機会をさらに増やそうとWKCはUN-HABITATと覚書を交わしています。

### 2011年の主な進展と成果 疾病の発生に対する都市の備え

WKCは、疾病の発生に対する都市の備えを目的として、WHO本部およびリヨンオフィスとともに「都市の備え:現状評価と行動計画」という調査を今年から開始しました。都市の災害リスク軽減ガイドラインの開発を支援するため、東地中海地域では、コミュニティに根差したイニシアチブという観点から、危機対策や人道的対応の評価が行われています。

### 東日本大震災への対応と、将来の災害への備え

WKCは、WHO本部および西太平洋地域事務局と緊密に協力し、3月11日の大津波以降、日本の状況のモニタ



WHO/M. Kano

リングを行い、公衆衛生上のリスク評価を行ってきました。WHOはチームを2度派遣し、復興への取り組みについての評価を行い、地球のどこを襲うかわからない今後の災害に備えて今回の経験を生かそうとしています。状況報告書や、FAQ、更新される日々のニュースなどが、WHO本部および西太平洋地域事務局のウェブサイトに掲載されてきました。WKCは、関係のある全ての資料を日本語に翻訳し、WKCのウェブサイトに掲載しました。すぐに利用できる資料を用意したことで、厚生労働省や国連諸機関、大使館、一般の人々からも感謝の声が寄せられました。

健康危機に対する備えと対応力についての研究を続けるWKCは、国連の最近の災害・緊急事態時における保健分野での対応の連携を目指す所に位置しています。マニラにある西太平洋地域事務局の協力のもと、この地域の今後の災害時において、WHO加盟国や国際機関の代表者は、密接に連携をとることを同意しています。世界的な保健分野の主導機関として、また、国連の人的協調体制における調整機関として、WHOには幅広い責任がありますが、この取り組みはその一端となります。

#### 都市の気候変動への適応に関するガイドラインの作成

気候変動への適応に関するガイドラインを作成するという国

際社会の長期目標と足並みを揃えて、WKCは、健康と気候変動への適応についての2つの研究の最終段階に入っています。これは、気候変動に対する政策が現在ない都市を支援するものです。感染性疾患(水媒介性・生物媒介性)や広い意味での健康に気候変動が及ぼす影響の評価を都市が実施できるような方法の開発にWKCは焦点をあてています。この関連で、マリ、ミャンマー、ネパール、スリランカにおいて、気候変動と感染性疾患に関する研究が始められました。この研究の経過と結果は現在まとめられつつあり、各都市が気候変動への適応を考慮した開発計画に役立つ提案に組み込まれます。また、今年、『気候変動と下痢やコレラとの関係—インドのコルカタの遡及データを用いた試験的研究』というテクニカルレポートが発行されました。これらの研究成果は、今後の政策提言に含まれます。

感染性疾患対策は環境適応政策の一部とみなされるので、もっと全体的な気候環境の変動が及ぼす健康への影響について多部門的な評価が必要となります。このような流れの中で、気候変動に対する保健政策の脆弱性と適応力の評価についての研究を、ネパールのカトマンズとブラジルのベロオリゾンテで行ないました。また、ボリビアのラパス市でも現在同様の研究を行なっています。



WHO/M. Kano

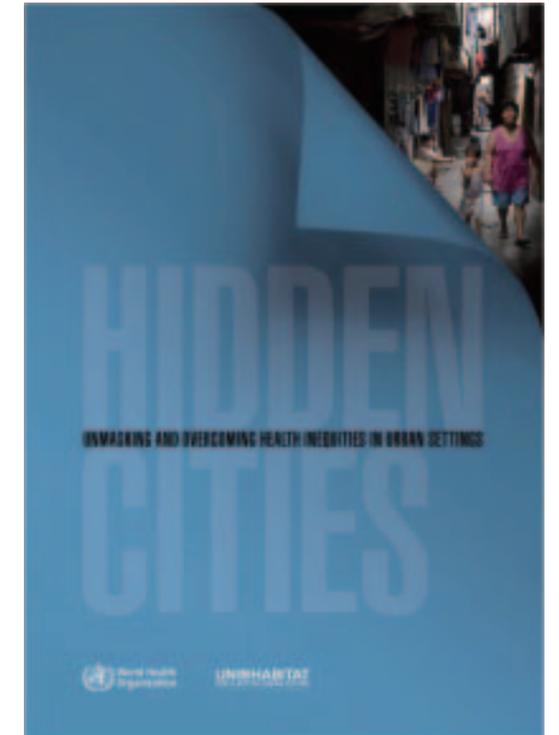
## V. 都市部の健康課題の注目度とWHO神戸センターの活動の認知度の向上

センターの主な役割の1つは、都市部の健康の公平性を提唱し、国や自治体の指導者、都市問題の専門家、コミュニティ及び関連機関が行動を起こすよう、働きかけることです。2010年の「都市化と健康を考える」グローバル・フォーラムと神戸行動宣言、2010年『隠れた都市の姿』報告書によって、都市部の健康課題研究の重要性の認識を高めました。これらの活動は、都市部の健康の公平性をグローバルな政策の優先課題とするために、不可欠です。センターの研究活動や政策を開発し実現する事はこの活動の一環であり、これまでの章でも取り上げてきました。センターのもう1つの取り組みは、都市部の健康政策に関する対話や研究を促し、国際会議や国内イベントの議題設定に影響を与えることです。研究成果を議論し、情報を共有、学んだことを活動に取り入れていきます。2011年、センターのスタッフは、そういった取り組みを様々な場で紹介してきました。以下にその一部をまとめますが、研究発表の一覧については、付録4に記載しています。

### A. センターの活動を世界に発信

2011年、センターのスタッフは15の国際的イベントに招待され、研究成果を発表し、政策課題を議論し、成功事例を伝えました。主なものを以下に挙げます。

- ・ハーバード大学が主催した「人道支援サミット」では、センターのスタッフがアーバンハートで使用した指標の開発方法の発表を行い、類似の指標が災害対応時にどのように使用できるかということについて活発な議論がなされました。現在、ハーバード大学や他の活動グループと協力して、新しい指標の開発に取り組んでいます。
- ・医学誌ランセット、ロンドン大学衛生熱帯医学大学院、ハーバード大学公衆衛生大学院が主催してシアトルで開催した国際健康指標・評価に関する会議には、健康評価・測定分野で著名な専門家たちが結集し、世界的な健康レベルの測定や評価を改善するための革新的なツールや方法論について議論しました。センターは、都



市部の健康格差の動向についての研究内容とアーバンハートを開発する上で得られた経験を発表するよう求められました。

- ・健康の社会的決定要因分野におけるセンターの政策研究と経験が、健康の社会的決定要因に関する世界会議の準備会合として開催された健康の社会的決定要因に関する西太平洋地域会議の討論の一翼を担いました。具体的には、禁煙都市に関する調査結果を紹介し、アーバンハートを使用した経験についてフィリピンとベトナムが発表しました。
- ・国連の非感染性疾患に関するハイレベル会議に先駆けて、WHO西太平洋地域事務局は中国の上海で「健康都市の健康的な生活と非感染性疾患の予防」と題した地域会議を開催しました。度重なる議論を通して、センターの都市計画および禁煙都市についての取り組みが11以上の国の都市行政担当者に共有されました。センターは、禁煙都市化提言の実施にむけての支援要請に対応しています。

- ・ドイツ政府の主催によりベルリンで世界保健サミットが開催され、都市環境での公衆衛生という分科会でのパネリストとして、センターのスタッフが招待されました。『隠れた都市の姿』報告書で描き出された低所得国の都市部居住者に対して気候変動が及ぼす影響についての調査結果を発表する好機となりました。
- ・都市部の健康問題に関する国際会議で年に1度だけ開催されるもののひとつに、「都市部の健康に関する国際会議」があります。センターの取り組みが認められ、今年の会議では、総会やワークショップ、様々な分科会において、センターのスタッフが8つのテーマで発表を行いました。
- ・この数年間の、都市部の健康格差の是正に向けた取り組みにより、センターは広く知られるようになりました。この分野での政策展望を形成するために、センターは多くのパートナーと協力を進めています。

## B. 国内の政府および地域の関連機関との協力

センターは、日本の研究者、政府担当官、学会、他の関連機関と緊密な連携を保っています。2011年、センターのスタッフに対して、東京都、大阪府、名古屋市、三田市、神戸市などから、約15件のプレゼンテーションの依頼がありました。また、活動成果を伝えることで地域コミュニティを支援するという取り組みの一環として、公衆衛生に関するフォーラムを神戸で4回開催しました。さらに大規模な地域会議を神戸市で2回開催しています。WHO西太平洋地域事務局と協力して開催した、保健分野における災害復興に関する非公式会議と、第1回保健クラスター西太平洋地域フォーラムです。

他にも、センターの重要な活動の1つに、インターンシップがあります。日本、フランスやアメリカなどの大学からのインターンを受け入れています。2011年、WKCは13名のインターンを受け入れ、精神保健と格差の問題、気候変動、健康の公平性の社会的影響評価、日本の都市における非感染性疾患の死亡率に関する研究を行いました。インターン全員のリストは、付録5をご参照ください。



WHO/J. Opere

## VI. 結論および今後の計画

2010～2011年の2年間、WKCが重視してきたのは、都市部の健康格差是正への取り組みの必要性を説くと共に、「都市部の健康」が世界の公衆衛生分野の主題に取り上げられるよう的確に貢献していくことです。

2010年の「都市化と健康」キャンペーンは神戸から発信され、3つの世界的なイベントを行い、都市部の健康格差の問題への政治的関心を高めました。ひとつは2010年世界保健デーです。世界中の1500以上の都市が参加し、都市部の健康問題を社会政策の問題としてとらえる必要性について世界的認識を高めました。2つ目は、国連人間居住計画（UN-HABITAT）と共同で作成した都市化と健康についてのグローバル・レポート「隠れた都市の姿」です。都市部の健康と健康格差について最新の調査結果を集約し、さらなるデータを集めるための基盤を提供しています。もうひとつは、WHOマーガレット・チャン事務局長も出席した、都市化と健康に関するグローバル・フォーラムです。あらゆるレベルの政府・自治体から政策立案者が参加し、重要な課題についての認識を討論、都市部の健康格差の問題に取り組むこと

を誓いました。

都市化と健康に関するグローバル・フォーラムの参加者によって採択された神戸行動宣言は、センターの活動、すなわち健康格差に関する証拠（エビデンス）の収集、適切な介入のための技術指導、多部門連携事業やコミュニティの参画といったプロセスなどで必要な基本方針に沿った活動の枠組みを提供しています。それと同時に、WHO神戸センターは、都市における健康の公平性評価・対応ツールの開発を通して都市部の健康を測定するための新しい基準づくりに携わりました。そして、WHOや加盟国での都市部健康観測所の設置に着手しました。

次の2012～2013年の2年間は、センターが行った「都市化と健康」キャンペーンを礎として、多部門連携事業および非感染性疾患に関する研究と、その実証的なデータの収集を強化します。この2年間は、センターが関わる各分野で重点的に取り組んでいる研究、すなわち多部門連携事業と自治体における非感染性疾患に関する法制化の事例研究、健康評価と都市部健康観測所、緊急時の災害復興に関する解析枠組みなどを更に発展させます。



WHO/A. Kari

今後の保健に関するニーズや傾向を受けて、WKCの持つ専門知識、資源、ネットワーク、召集力などを最大限に活用して世界に貢献する方法を模索します。国連総会で非感染性疾患(NCD)の予防および管理に関する政治宣言が採択され、社会、経済、人々の健康に与えるNCDの多大な影響、そしてNCDおよびそのリスクを管理する必要性に対する注目が高まりました。また、「政府全体」で対応策を講じる必要性も認識されるようになりました。NCDに関連の深い高齢化、ライフコースアプローチ、高齢者に優しい都市にも関心が集まり、WHOは2012年世界保健デー(4月7日)のテーマを「高齢化」に決定しました。

保健分野の進歩に向けて新しく注目を浴びているのが、次世代の研究や製品開発、保健医療サービスの提供、コミュニケーションなどにおける革新性です。センターの取り組みの基本原則は、研究の革新性、評価法の規格開発、研究成果の政策への反映、学際的アプローチです。センターは、これまであまり取り上げられていなかった課題や、まだ取り組

まれていない課題が多い公衆衛生の分野で大きく貢献しています。そのような課題には、都市部の健康、高齢化、災害時のリスク軽減、多部門連携事業などがあります。2012年、兵庫県や神戸市、日本全国、さらにはアジアや世界中の知識や革新的手法をセンターが最大限に生かして世界的な公衆衛生に寄与する手法を考えなければなりません。またセンターは、日本やアジアをはじめとした世界中のパートナーと新たな連携を模索していきます。

最も必要なこと、そしてチャンスとなるのは、技術評価、選択、資金調達、コミュニティへの利益に繋がる社会政策の枠組み作りへの取り組みでしょう。

2012年には、2004年に策定されたセンターの健康開発研究枠組みの改訂に取り組む予定です。改訂に際しては、これまでの活動から得た教訓をベースに、他のWHO事務局や地元・各国政府・地域の機関やパートナーとの連携を考慮した戦略的な新研究分野を決定します。



第15回WHO健康開発総合研究センター諮問委員会 (2011年11月8-9日)

WHO/Opere

## ANNEXES

付録1: 2011年WHO健康開発総合研究センター諮問委員会による提言

付録2: 非感染性疾患の予防および管理に関する国連総会ハイレベル会議の政治宣言

付録3: 健康の社会的決定要因に関する世界会議におけるリオ政治宣言

付録4: 2011年出版物および研究発表

付録5: 2011年職員およびインターン名簿

## 付録1: 2011年WHO健康開発総合研究センター 諮問委員会による提言

### 提言

諮問委員会による、センターの活動に関する提言は以下の通りです。

- 2010年の活動の勢いを推進力とし、またその勢いを継続させる。これにより、都市部における健康格差の是正という目標を達成し、また特に神戸行動宣言の徹底したフォローアップを確実に行うための適切な協力体制とネットワークを築き、都市における健康の公平性を主流化する。
- 過日の、国連での非感染性疾患の予防および管理に関する政治宣言と、健康の社会的決定要因に関する世界会議におけるリオ政治宣言を踏まえ、WKCは、公衆衛生の改善と健康格差是正を可能にする保健及び多部門連携政策の導入と評価を行う研究所として、都市と自治体を支援する取り組みを継続し強化する。
- 都市部の健康評価、都市部の保健行政、都市部の健康危機管理という3つを主軸に据えた総合的な事業計画である2011～2015年戦略という全体的な枠組みの中で、2012～2013の2年事業計画を実現し、都市部における健康格差を是正する。
- 健康と健康の公平性に焦点をあてた都市政策の採用を促すために、エビデンス、モデル、ツール、指針を更に開発する。また、こうした政策の効果を評価し記録する取り組みを支援する。
- アーバンハートの拡張戦略を作り、アーバンハートにより得られたエビデンスに基づき、都市や自治体による政策や計画の組み立てを支援する。
- 都市部の健康観測所の開発を強化し、都市間比較のアプローチと、都市における健康の公平性を表す世界的指標開発のための選択肢を調査する。

- 高齢化社会を支える革新的なアプローチおよび技術を開発するための研究の機会を探り広げる。たとえば、高齢者にやさしい街づくりに向けた評価基準と推進戦略の開発を行う。
- リスク評価力、管理能力、コミュニケーション力を強化するため、都市部の健康危機に対処する都市の防災ツールを評価し強化するというWHO本部と地域事務局の取り組みを支援する。
- WKCは、自らの強みとネットワークを活用して、戦略的研究を進め、専門家を召集できる機会を探り、特定する。そして、革新的な製品・サービス・アプローチを取り入れ、公衆衛生と公平性のバランスをとりながら、公衆衛生におけるイノベーションを推進する。
- WHO神戸センター協力委員会や他のパートナー機関と協力してWKCの活動を広く知らせるキャンペーンを行い、地域社会や海外のコミュニティにおけるWKCの知名度向上をはかる。
- 相互利益が得られる活動分野において、国内外の機関とのネットワークを拡大する。また、神戸市や兵庫県内など地元の研究機関と連携して、地域社会の優先課題に焦点をあてる。
- WKCの2011～2015年戦略実施に向け、神戸グループに支援の継続を依頼する。
- 活動の実施にあたり、諮問委員会の議論および見解を尊重する。

## 付録2: 非感染性疾患の予防および管理に関する 国連総会ハイレベル会議の政治宣言

United Nations

A/66/L.1



General Assembly

Distr.: Limited  
16 September 2011

Original: English

Sixty-sixth session

Agenda item 117

Follow-up to the outcome of the Millennium Summit

Draft resolution submitted by the President of the General Assembly

### Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases

*The General Assembly,*

*Adopts the Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases annexed to the present resolution.*

### Annex

### Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases

We, Heads of State and Government and representatives of States and Governments, assembled at the United Nations from 19 to 20 September 2011, to address the prevention and control of non-communicable diseases worldwide, with a particular focus on developmental and other challenges and social and economic impacts, particularly for developing countries,

- Acknowledge that the global burden and threat of non-communicable diseases constitutes one of the major challenges for development in the twenty-first century, which undermines social and economic development throughout the world, and threatens the achievement of internationally agreed development goals;
- Recognize that non-communicable diseases are a threat to the economies of many Member States, and may lead to increasing inequalities between countries and populations;
- Recognize the primary role and responsibility of Governments in responding to the challenge of non-communicable diseases and the essential need for the efforts



and engagement of all sectors of society to generate effective responses for the prevention and control of non-communicable diseases;

4. Recognize also the important role of the international community and international cooperation in assisting Member States, particularly developing countries, in complementing national efforts to generate an effective response to non-communicable diseases;

5. Reaffirm the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health;

6. Recognize the urgent need for greater measures at global, regional and national levels to prevent and control non-communicable diseases in order to contribute to the full realization of the right of everyone to the highest attainable standard of physical and mental health;

7. Recall the relevant mandates of the United Nations General Assembly, in particular resolutions 64/265 and 65/238;

8. Note with appreciation the World Health Organization (WHO) Framework Convention on Tobacco Control, reaffirm all relevant resolutions and decisions adopted by the World Health Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases, and underline the importance for Member States to continue addressing common risk factors for non-communicable diseases through the implementation of the 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases as well as the Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, and the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol;

9. Recall the Ministerial Declaration adopted at the 2009 high-level segment of the United Nations Economic and Social Council, which called for urgent action to implement the WHO Global Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases and its related action plan;

10. Take note with appreciation of all the regional initiatives undertaken on the prevention and control of non-communicable diseases, including the Declaration of the Heads of State and Government of the Caribbean Community entitled “Uniting to stop the epidemic of chronic non-communicable diseases”, adopted in September 2007; the Libreville Declaration on Health and Environment in Africa, adopted in August 2008; the statement of the Commonwealth Heads of Government on action to combat non-communicable diseases, adopted in November 2009; the outcome declaration of the Fifth Summit of the Americas adopted in June 2009; the Parma Declaration on Environment and Health, adopted by the Member States in the European Region of WHO in March 2010; the Dubai Declaration on Diabetes and Chronic Non-communicable Diseases in the Middle East and Northern Africa Region, adopted in December 2010, the European Charter on Counteracting Obesity, adopted in November 2006, the Aruban Call for Action on Obesity of June 2011, and the Honiara Communiqué on addressing non-communicable disease challenges in the Pacific region, adopted in July 2011;

11. Take note also with appreciation of the outcomes of the regional multisectoral consultations, including the adoption of Ministerial Declarations, which were held by the World Health Organization in collaboration with Member States, with the support and active participation of regional commissions and other relevant United

Nations agencies and entities, and served to provide inputs to the preparations for the high-level meeting in accordance with resolution 65/238;

12. Welcome the convening of the First Global Ministerial Conference on Healthy Lifestyles and Non-communicable Disease Control, which was organized by the Russian Federation and WHO and held on 28 and 29 April 2011, in Moscow, and the adoption of the Moscow Declaration, and recall resolution 64/11 of the World Health Assembly;

13. Recognize the leading role of the World Health Organization as the primary specialized agency for health, including its roles and functions with regard to health policy in accordance with its mandate, and reaffirm its leadership and coordination role in promoting and monitoring global action against non-communicable diseases in relation to the work of other relevant United Nations agencies, development banks, and other regional and international organizations in addressing non-communicable diseases in a coordinated manner;

#### **A challenge of epidemic proportions and its socio-economic and developmental impacts**

14. Note with profound concern that, according to WHO, in 2008, an estimated 36 million of the 57 million global deaths were due to non-communicable diseases, principally cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases and diabetes, including about 9 million before the age of 60, and that nearly 80 per cent of those deaths occurred in developing countries;

15. Note also with profound concern that non-communicable diseases are among the leading causes of preventable morbidity and of related disability;

16. Recognize further that communicable diseases, maternal and perinatal conditions and nutritional deficiencies are currently the most common causes of death in Africa, and note with concern the growing double burden of disease, including in Africa, caused by the rapidly rising incidence of non-communicable diseases, which are projected to become the most common causes of death by 2030;

17. Note further that there is a range of other non-communicable diseases and conditions, for which the risk factors and the need for preventive measures, screening, treatment and care are linked with the four most prominent non-communicable diseases;

18. Recognize that mental and neurological disorders, including Alzheimer’s disease, are an important cause of morbidity and contribute to the global non-communicable disease burden, for which there is a need to provide equitable access to effective programmes and health-care interventions;

19. Recognize that renal, oral and eye diseases pose a major health burden for many countries and that these diseases share common risk factors and can benefit from common responses to non-communicable diseases;

20. Recognize that the most prominent non-communicable diseases are linked to common risk factors, namely tobacco use, harmful use of alcohol, an unhealthy diet, and lack of physical activity;

21. Recognize that the conditions in which people live and their lifestyles influence their health and quality of life, and that poverty, uneven distribution of



wealth, lack of education, rapid urbanization and population ageing, and the economic social, gender, political, behavioural and environmental determinants of health are among the contributing factors to the rising incidence and prevalence of non-communicable diseases;

22. Note with grave concern the vicious cycle whereby non-communicable diseases and their risk factors worsen poverty, while poverty contributes to rising rates of non-communicable diseases, posing a threat to public health and economic and social development;

23. Note with concern that the rapidly growing magnitude of non-communicable diseases affects people of all ages, gender, race and income levels, and further that poor populations and those living in vulnerable situations, in particular in developing countries bear a disproportionate burden and that non-communicable diseases can affect women and men differently;

24. Note with concern the rising levels of obesity in different regions, particularly among children and youth, and note that obesity, an unhealthy diet and physical inactivity have strong linkages with the four main non-communicable diseases, and are associated with higher health costs and reduced productivity;

25. Express deep concern that women bear a disproportionate share of the burden of care-giving and that, in some populations, women tend to be less physically active than men, are more likely to be obese and are taking up smoking at alarming rates;

26. Note also with concern that maternal and child health is inextricably linked with non-communicable diseases and their risk factors, specifically as prenatal malnutrition and low birth weight create a predisposition to obesity, high blood pressure, heart disease and diabetes later in life; and that pregnancy conditions, such as maternal obesity and gestational diabetes, are associated with similar risks in both the mother and her offspring;

27. Note with concern the possible linkages between non-communicable diseases and some communicable diseases, such as HIV/AIDS, and call to integrate, as appropriate, responses for HIV/AIDS and non-communicable diseases and, in this regard, for attention to be given to people living with HIV/AIDS, especially in countries with a high prevalence of HIV/AIDS and in accordance with national priorities;

28. Recognize that smoke exposure from the use of inefficient cooking stoves for indoor cooking or heating contributes to and may exacerbate lung and respiratory conditions, with a disproportionate effect on women and children in poor populations whose households may be dependant on such fuels;

29. Acknowledge also the existence of significant inequalities in the burden of non-communicable diseases and in access to non-communicable disease prevention and control, both between countries, and within countries and communities;

30. Recognize the critical importance of strengthening health systems, including health-care infrastructure, human resources for health, health and social protection systems, particularly in developing countries in order to respond effectively and equitably to the health-care needs of people with non-communicable diseases;

31. Note with grave concern that non-communicable diseases and their risk factors lead to increased burdens on individuals, families and communities, including impoverishment from long-term treatment and care costs, and to a loss of productivity that threatens household income and leads to productivity loss for individuals and their families and to the economies of Member States, making non-communicable diseases a contributing factor to poverty and hunger, which may have a direct impact on the achievement of the internationally agreed development goals, including the Millennium Development Goals;

32. Express deep concern at the ongoing negative impacts of the financial and economic crisis, volatile energy and food prices and ongoing concerns over food security, as well as the increasing challenges posed by climate change and the loss of biodiversity, and their effect on the control and prevention of non-communicable diseases, and emphasize, in this regard, the need for prompt and robust, coordinated and multisectoral efforts to address those impacts, while building on efforts already under way;

#### **Responding to the challenge: a whole-of-government and a whole-of-society effort**

33. Recognize that the rising prevalence, morbidity and mortality of non-communicable diseases worldwide can be largely prevented and controlled through collective and multisectoral action by all Member States and other relevant stakeholders at local, national, regional, and global levels, and by raising the priority accorded to non-communicable diseases in development cooperation by enhancing such cooperation in this regard;

34. Recognize that prevention must be the cornerstone of the global response to non-communicable diseases;

35. Recognize also the critical importance of reducing the level of exposure of individuals and populations to the common modifiable risk factors for non-communicable diseases, namely, tobacco use, unhealthy diet, physical inactivity, and the harmful use of alcohol, and their determinants, while at the same time strengthening the capacity of individuals and populations to make healthier choices and follow lifestyle patterns that foster good health;

36. Recognize that effective non-communicable disease prevention and control require leadership and multisectoral approaches for health at the government level, including, as appropriate, health in all policies and whole-of-government approaches across such sectors as health, education, energy, agriculture, sports, transport, communication, urban planning, environment, labour, employment, industry and trade, finance and social and economic development;

37. Acknowledge the contribution and important role played by all relevant stakeholders, including individuals, families, and communities, intergovernmental organizations and religious institutions, civil society, academia, media, voluntary associations, and, where and as appropriate, the private sector and industry, in support of national efforts for non-communicable disease prevention and control, and recognize the need to further support the strengthening of coordination among these stakeholders in order to improve effectiveness of these efforts;

38. Recognize the fundamental conflict of interest between the tobacco industry and public health;



39. Recognize that the incidence and impacts of non-communicable diseases can be largely prevented or reduced with an approach that incorporates evidence-based, affordable, cost-effective, population-wide and multisectoral interventions;

40. Acknowledge that resources devoted to combating the challenges posed by non-communicable diseases at the national, regional and international levels are not commensurate with the magnitude of the problem;

41. Recognize the importance of strengthening local, provincial, national and regional capacities to address and effectively combat non-communicable diseases, particularly in developing countries, and that this may entail increased and sustained human, financial and technical resources;

42. Acknowledge the need to put forward a multisectoral approach for health at all government levels, to address non-communicable disease risk factors and underlying determinants of health comprehensively and decisively;

Non-communicable diseases can be prevented and their impacts significantly reduced, with millions of lives saved and untold suffering avoided. We therefore commit to:

#### **Reduce risk factors and create health-promoting environments**

43. Advance the implementation of multisectoral, cost-effective, population-wide interventions in order to reduce the impact of the common non-communicable disease risk factors, namely tobacco use, unhealthy diet, physical inactivity and harmful use of alcohol, through the implementation of relevant international agreements and strategies, and education, legislative, regulatory and fiscal measures, without prejudice to the right of sovereign Nations to determine and establish their taxation policies, other policies, where appropriate, by involving all relevant sectors, civil society and communities as appropriate and by taking the following actions:

(a) Encourage the development of multisectoral public policies that create equitable health-promoting environments that empower individuals, families and communities to make healthy choices and lead healthy lives;

(b) Develop, strengthen and implement, as appropriate, multisectoral public policies and action plans to promote health education and health literacy, including through evidence-based education and information strategies and programmes in and out of schools, and through public awareness campaigns, as important factors in furthering the prevention and control of non-communicable diseases, recognizing that a strong focus on health literacy is at an early stage in many countries;

(c) Accelerate implementation by States parties of the WHO Framework Convention on Tobacco Control, recognizing the full range of measures, including measures to reduce consumption and availability, and encourage countries that have not yet done so to consider acceding to the Framework Convention on Tobacco Control, recognizing that substantially reducing tobacco consumption is an important contribution to reducing non-communicable diseases and can have considerable health benefits for individuals and countries, and that price and tax measures are an effective and important means of reducing tobacco consumption;

(d) Advance the implementation of the WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, including, where appropriate, through the introduction

of policies and actions aimed at promoting healthy diets and increasing physical activity in the entire population, including in all aspects of daily living, such as giving priority to regular and intense physical education classes in schools; urban planning and re-engineering for active transport; the provision of incentives for work-site healthy-lifestyle programmes; and increased availability of safe environments in public parks and recreational spaces to encourage physical activity;

(e) Promote the implementation of the WHO Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol, while recognizing the need to develop appropriate domestic action plans, in consultation with relevant stakeholders, for developing specific policies and programmes, including taking into account the full range of options as identified in the global strategy, as well as raise awareness of the problems caused by the harmful use of alcohol, particularly among young people, and call upon WHO to intensify efforts to assist Member States in this regard;

(f) Promote the implementation of the WHO Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children, including foods that are high in saturated fats, trans-fatty acids, free sugars, or salt, recognizing that research shows that food advertising to children is extensive, that a significant amount of the 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, while taking into account the existing legislation and national policies, as appropriate;

(g) Promote the development and initiate the implementation, as appropriate, of cost-effective interventions to reduce salt, sugar and saturated fats, and eliminate industrially produced trans-fats in foods, including through discouraging the production and marketing of foods that contribute to unhealthy diet, while taking into account existing legislation and policies;

(h) Encourage policies that support the production and manufacture of, and facilitate access to, foods that contribute to healthy diet, and provide greater opportunities for utilization of healthy local agricultural products and foods, thus contributing to efforts to cope with the challenges and take advantage of the opportunities posed by globalization and to achieve food security;

(i) Promote, protect and support breastfeeding, including exclusive breastfeeding for about six months from birth, as appropriate, as breastfeeding reduces susceptibility to infections and the risk of undernutrition, promotes infant and young children's growth and development and helps to reduce the risk of developing conditions such as obesity and non-communicable diseases later in life, and, in this regard, strengthen the implementation of the international code of marketing of breast milk substitutes and subsequent relevant World Health Assembly resolutions;

(j) Promote increased access to cost-effective vaccinations to prevent infections associated with cancers, as part of national immunization schedules;

(k) Promote increased access to cost-effective cancer-screening programmes as determined by national situations;

(l) Scale up, where appropriate, a package of proven effective interventions, such as health promotion and primary prevention approaches, and galvanize actions



for the prevention and control of non-communicable diseases through a meaningful multisectoral response, addressing risk factors and determinants of health;

44. With a view to strengthening its contribution to non-communicable disease prevention and control, call upon the private sector, where appropriate, to:

(a) Take measures to implement the WHO set of recommendations to reduce the impact of the marketing of unhealthy foods and non-alcoholic beverages to children, while taking into account existing national legislation and policies;

(b) Consider producing and promoting more food products consistent with a healthy diet, including by reformulating products to provide healthier options that are affordable and accessible and that follow relevant nutrition facts and labelling standards, including information on sugars, salt and fats and, where appropriate, trans-fat content;

(c) Promote and create an enabling environment for healthy behaviours among workers, including by establishing tobacco-free workplaces and safe and healthy working environments through occupational safety and health measures, including, where appropriate, through good corporate practices, workplace wellness programmes and health insurance plans;

(d) Work towards reducing the use of salt in the food industry in order to lower sodium consumption;

(e) Contribute to efforts to improve access and affordability for medicines and technologies in the prevention and control of non-communicable diseases;

#### **Strengthen national policies and health systems**

45. Promote, establish or support and strengthen, by 2013, as appropriate, multisectoral national policies and plans for the prevention and control of non-communicable diseases, taking into account, as appropriate, the 2008-2013 WHO Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases, and the objectives contained therein and take steps to implement such policies and plans;

(a) Strengthen and integrate, as appropriate, non-communicable disease policies and programmes into health-planning processes and the national development agenda of each Member State;

(b) Pursue, as appropriate, comprehensive strengthening of health systems that support primary health care, deliver effective, sustainable and coordinated responses and evidence-based, cost-effective, equitable and integrated essential services for addressing non-communicable disease risk factors and for the prevention, treatment and care of non-communicable diseases, acknowledging the importance of promoting patient empowerment, rehabilitation and palliative care for persons with non-communicable diseases, and a life course approach, given the often chronic nature of non-communicable diseases;

(c) According to national priorities, and taking into account domestic circumstances, increase and prioritize budgetary allocations for addressing non-communicable disease risk factors and for surveillance, prevention, early detection, and treatment of non-communicable diseases, and the related care and support including palliative care;

(d) Explore the provision of adequate, predictable and sustained resources, through domestic, bilateral, regional and multilateral channels, including traditional and voluntary innovative financing mechanisms;

(e) Pursue and promote gender-based approaches for the prevention and control of non-communicable diseases founded on data disaggregated by sex and age in an effort to address the critical differences in the risks of morbidity and mortality from non-communicable diseases for women and men;

(f) Promote multisectoral and multi-stakeholder engagement in order to reverse, stop and decrease the rising trends of obesity in child, youth and adult populations respectively;

(g) Recognize where health disparities exist between indigenous peoples and non-indigenous populations in the incidence of non-communicable diseases, and their common risk factors, that these disparities are often linked to historical, economic and social factors, encourage the involvement of indigenous peoples and communities in the development, implementation, and evaluation of non-communicable disease prevention and control policies, plans and programmes, where appropriate, while promoting the development and strengthening of capacities at various levels and recognizing the cultural heritage and traditional knowledge of indigenous peoples and respecting, preserving and promoting, as appropriate, their traditional medicine, including conservation of their vital medicinal plants, animals and minerals;

(h) Recognize further the potential and contribution of traditional and local knowledge and in this regard, respect and preserve, in accordance with national capacities, priorities, relevant legislation and circumstances, the knowledge and safe and effective use of traditional medicine, treatments and practices, appropriately based on the circumstances in each country;

(i) Pursue all necessary efforts to strengthen nationally driven, sustainable, cost-effective and comprehensive responses in all sectors for the prevention of non-communicable diseases, with the full and active participation of people living with these diseases, civil society and the private sector, where appropriate;

(j) Promote the production, training and retention of health workers with a view to facilitating adequate deployment of a skilled health workforce within countries and regions, in accordance with the World Health Organization Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel;

(k) Strengthen, as appropriate, information systems for health planning and management, including through the collection, disaggregation, analysis, interpretation, and dissemination of data and the development of population-based national registries and surveys, where appropriate, to facilitate appropriate and timely interventions for the entire population;

(l) According to national priorities, give greater priority to surveillance, early detection, screening, diagnosis and treatment of non-communicable diseases and prevention and control, and to improving the accessibility to the safe, affordable, effective and quality medicines and technologies to diagnose and to treat them; provide sustainable access to medicines and technologies, including through the development and use of evidence-based guidelines for the treatment of non-communicable diseases, and efficient procurement and distribution of



medicines in countries; and strengthen viable financing options and promote the use of affordable medicines, including generics, as well as improved access to preventive, curative, palliative and rehabilitative services, particularly at the community level;

(m) According to country-led prioritization, ensure the scaling-up of effective, evidence-based and cost-effective interventions that demonstrate the potential to treat individuals with non-communicable diseases, protect those at high risk of developing them and reduce risk across populations;

(n) Recognize the importance of universal coverage in national health systems, especially through primary health-care and social protection mechanisms, to provide access to health services for all, in particular, for the poorest segments of the population;

(o) Promote the inclusion of non-communicable disease prevention and control within sexual and reproductive health and maternal and child-health programmes, especially at the primary health-care level, as well as other programmes, as appropriate, and also integrate interventions in these areas into non-communicable disease prevention programmes;

(p) Promote access to comprehensive and cost-effective prevention, treatment and care for the integrated management of non-communicable diseases, including, inter alia, increased access to affordable, safe, effective and quality medicines and diagnostics and other technologies, including through the full use of trade-related aspects of intellectual property rights (TRIPS) flexibilities;

(q) Improve diagnostic services, including by increasing the capacity of and access to laboratory and imaging services with adequate and skilled manpower to deliver such services, and collaborate with the private sector to improve affordability, accessibility and maintenance of diagnostic equipment and technologies;

(r) Encourage alliances and networks that bring together national, regional and global actors, including academic and research institutes, for the development of new medicines, vaccines, diagnostics and technologies, learning from experiences in the field of HIV/AIDS, among others, according to national priorities and strategies;

(s) Strengthen health-care infrastructure, including for procurement, storage and distribution of medicine, in particular transportation and storage networks to facilitate efficient service delivery;

#### **International cooperation, including collaborative partnerships**

46. Strengthen international cooperation in support of national, regional, and global plans for the prevention and control of non-communicable diseases, inter alia, through the exchange of best practices in the areas of health promotion, legislation, regulation and health systems strengthening, training of health personnel, development of appropriate health-care infrastructure, diagnostics, and promoting the development, dissemination of appropriate, affordable and sustainable transfer of technology on mutually agreed terms and the production of affordable, safe, effective and quality medicines and vaccines, while recognizing the leading role of WHO as the primary specialized agency for health in that regard;

47. Acknowledge the contribution of aid targeted at the health sector, while recognizing that much more needs to be done. We call for the fulfilment of all official development assistance-related commitments, including the commitments by many developed countries to achieve the target of 0.7 per cent of gross national income for official development assistance by 2015, as well as the commitments contained in the Istanbul Programme of Action for the Least Developed Countries for the Decade 2011-2020, and strongly urge those developed countries that have not yet done so to make additional concrete efforts to fulfil their commitments;

48. Stress the importance of North-South, South-South and triangular cooperation, in the prevention and control of non-communicable diseases to promote at national, regional, and international levels an enabling environment to facilitate healthy lifestyles and choices, bearing in mind that South-South cooperation is not a substitute for, but rather a complement to, North-South cooperation;

49. Promote all possible means to identify and mobilize adequate, predictable and sustained financial resources and the necessary human and technical resources, and to consider support for voluntary, cost-effective, innovative approaches for a long-term financing of non-communicable disease prevention and control, taking into account the Millennium Development Goals;

50. Acknowledge the contribution of international cooperation and assistance in the prevention and control of non-communicable diseases and, in this regard, encourage the continued inclusion of non-communicable diseases in development cooperation agendas and initiatives;

51. Call upon WHO, as the lead United Nations specialized agency for health, and all other relevant United Nations system agencies, funds and programmes, the international financial institutions, development banks, and other key international organizations to work together in a coordinated manner to support national efforts to prevent and control non-communicable diseases and mitigate their impacts;

52. Urge relevant international organizations to continue to provide technical assistance and capacity-building to developing countries, especially to the least developed countries, in the areas of non-communicable disease prevention and control and promotion of access to medicines for all, including through the full use of trade-related aspects of intellectual property rights flexibilities and provisions;

53. Enhance the quality of aid by strengthening national ownership, alignment, harmonization, predictability, mutual accountability and transparency, and results-orientation;

54. Engage non-health actors and key stakeholders, where appropriate, including the private sector and civil society, in collaborative partnerships to promote health and to reduce non-communicable disease risk factors, including through building community capacity in promoting healthy diets and lifestyles;

55. Foster partnerships between Government and civil society, building on the contribution of health-related NGOs and patients' organizations, to support, as appropriate, the provision of services for the prevention and control, treatment, care, including palliative care, of non-communicable diseases;

56. Promote the capacity-building of non-communicable disease-related NGOs at the national and regional levels, in order to realize their full potential as partners in the prevention and control of non-communicable diseases;



### Research and development

57. Promote actively national and international investments and strengthen national capacity for quality research and development, for all aspects related to the prevention and control of non-communicable diseases in a sustainable and cost-effective manner, while noting the importance of continuing to incentivize innovation;

58. Promote the use of information and communications technology to improve programme implementation, health outcomes, health promotion, and reporting and surveillance systems and to disseminate, as appropriate, information on affordable, cost-effective, sustainable and quality interventions, best practices and lessons learned in the field of non-communicable diseases;

59. Support and facilitate non-communicable disease-related research and its translation to enhance the knowledge base for ongoing national, regional and global action;

### Monitoring and evaluation

60. Strengthen, as appropriate, country-level surveillance and monitoring systems, including surveys that are integrated into existing national health information systems and include monitoring exposure to risk factors, outcomes, social and economic determinants of health, and health system responses, recognizing that such systems are critical in appropriately addressing non-communicable diseases;

61. Call upon WHO, with the full participation of Member States, informed by their national situations, through its existing structures, and in collaboration with United Nations agencies, funds and programmes, and other relevant regional and international organizations, as appropriate, building on continuing efforts to develop before the end of 2012, a comprehensive global monitoring framework, including a set of indicators, capable of application across regional and country settings, including through multisectoral approaches, to monitor trends and to assess progress made in the implementation of national strategies and plans on non-communicable diseases;

62. Call upon WHO, in collaboration with Member States through the governing bodies of WHO, and in collaboration with United Nations agencies, funds and programmes, and other relevant regional and international organizations, as appropriate, building on the work already under way, to prepare recommendations for a set of voluntary global targets for the prevention and control of non-communicable diseases, before the end of 2012;

63. Consider the development of national targets and indicators based on national situations, building on guidance provided by WHO, to focus on efforts to address the impacts of non-communicable diseases, and to assess the progress made in the prevention and control of non-communicable diseases and their risk factors and determinants;

### Follow-up

64. Request the Secretary-General, in close collaboration with the Director-General of WHO, and in consultations with Member States, United Nations funds and programmes and other relevant international organizations, to submit by the end

of 2012 to the General Assembly, at its sixty-seventh session, for consideration by Member States, options for strengthening and facilitating multisectoral action for the prevention and control of non-communicable diseases through effective partnership;

65. Request the Secretary-General, in collaboration with Member States, WHO, and relevant funds, programmes and specialized agencies of the United Nations system to present to the General Assembly at the sixty-eighth session a report on the progress achieved in realizing the commitments made in this Political Declaration, including on the progress of multisectoral action, and the impact on the achievement of the internationally agreed development goals, including the Millennium Development Goals, in preparation for a comprehensive review and assessment in 2014 of the progress achieved in the prevention and control of non-communicable diseases.

付録3:  
健康の社会的決定要因に関する  
世界会議におけるリオ政治宣言



## Rio Political Declaration on Social Determinants of Health

*Rio de Janeiro, Brazil, 21 October 2011*

1. Invited by the World Health Organization, we, Heads of Government, Ministers and government representatives came together on the 21st day of October 2011 in Rio de Janeiro to express our determination to achieve social and health equity through action on social determinants of health and well-being by a comprehensive intersectoral approach.
2. We understand that health equity is a shared responsibility and requires the engagement of all sectors of government, of all segments of society, and of all members of the international community, in an "all for equity" and "health for all" global action.
3. We underscore the principles and provisions set out in the World Health Organization Constitution and in the 1978 Declaration of Alma-Ata as well as in the 1986 Ottawa Charter and in the series of international health promotion conferences, which reaffirmed the essential value of equity in health and recognized that "the enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition". We recognize that governments have a responsibility for the health of their peoples, which can be fulfilled only by the provision of adequate health and social measures and that national efforts need to be supported by an enabling international environment.
4. We reaffirm that health inequities within and between countries are politically, socially and economically unacceptable, as well as unfair and largely avoidable, and that the promotion of health equity is essential to sustainable development and to a better quality of life and well-being for all, which in turn can contribute to peace and security.
5. We reiterate our determination to take action on social determinants of health as collectively agreed by the World Health Assembly and reflected in resolution WHA62.14 ("Reducing health inequities through action on the social determinants of health"), which notes the three overarching recommendations of the Commission on Social Determinants of Health: to improve daily living conditions; to tackle the inequitable distribution of power, money and resources; and to measure and understand the problem and assess the impact of action.

6. Health inequities arise from the societal conditions in which people are born, grow, live, work and age, referred to as social determinants of health. These include early years' experiences, education, economic status, employment and decent work, housing and environment, and effective systems of preventing and treating ill health. We are convinced that action on these determinants, both for vulnerable groups and the entire population, is essential to create inclusive, economically productive and healthy societies. Positioning human health and well-being as one of the key features of what constitutes a successful, inclusive and fair society in the 21st century is consistent with our commitment to human rights at national and international levels.

7. Good health requires a universal, comprehensive, equitable, effective, responsive and accessible quality health system. But it is also dependent on the involvement of and dialogue with other sectors and actors, as their performance has significant health impacts. Collaboration in coordinated and intersectoral policy actions has proven to be effective. Health in All Policies, together with intersectoral cooperation and action, is one promising approach to enhance accountability in other sectors for health, as well as the promotion of health equity and more inclusive and productive societies. As collective goals, good health and well-being for all should be given high priority at local, national, regional and international levels.

8. We recognize that we need to do more to accelerate progress in addressing the unequal distribution of health resources as well as conditions damaging to health at all levels. Based on the experiences shared at this Conference, we express our political will to make health equity a national, regional and global goal and to address current challenges, such as eradicating hunger and poverty, ensuring food and nutritional security, access to safe drinking water and sanitation, employment and decent work and social protection, protecting environments and delivering equitable economic growth, through resolute action on social determinants of health across all sectors and at all levels. We also acknowledge that by addressing social determinants we can contribute to the achievement of the Millennium Development Goals.

9. The current global economic and financial crisis urgently requires the adoption of actions to reduce increasing health inequities and prevent worsening of living conditions and the deterioration of universal health care and social protection systems.

10. We acknowledge that action on social determinants of health is called for both within countries and at the global level. We underscore that increasing the ability of global actors, through better global governance, promotion of international cooperation and development, participation in policy-making and monitoring progress, is essential to contribute to national and local efforts on social determinants of health. Action on social determinants of health should be adapted to the national and sub-national contexts of individual countries and regions to take into account different social, cultural and economic systems. Evidence from research and experiences in implementing policies on social determinants of health, however, shows common features of successful action. There are five key action areas critical to addressing health inequities: (i) to adopt better governance for health and development; (ii) promote participation in policy-making and implementation; (iii) to further reorient the health sector towards reducing health inequities; (iv) to strengthen global governance and collaboration; and (v) to monitor progress and increase accountability. Action on social determinants of health therefore means that we, the representatives of Governments, will strive individually and collectively to develop and support policies, strategies, programmes and action plans, which address social determinants of health, with the support of the international community, that include:

### 11. *To adopt better governance for health and development*

11.1 Acknowledging that governance to address social determinants involves transparent and inclusive decision-making processes that give voice to all groups and sectors involved, and develop policies that perform effectively and reach clear and measurable outcomes, build accountability, and, most crucially, are fair in both policy development processes and results;



## 11.2 We pledge to:

- (i) Work across different sectors and levels of government, including through, as appropriate, national development strategies, taking into account their contribution to health and health equity and recognizing the leading role of health ministries for advocacy in this regard;
- (ii) Develop policies that are inclusive and take account of the needs of the entire population with specific attention to vulnerable groups and high-risk areas;
- (iii) Support comprehensive programmes of research and surveys to inform policy and action;
- (iv) Promote awareness, consideration and increased accountability of policy-makers for impacts of all policies on health;
- (v) Develop approaches, including effective partnerships, to engage other sectors in order to identify individual and joint roles for improvements in health and reduction of health inequities;
- (vi) Support all sectors in the development of tools and capacities to address social determinants of health at national and international levels;
- (vii) Foster collaboration with the private sector, safeguarding against conflict of interests, to contribute to achieving health through policies and actions on social determinants of health;
- (viii) Implement resolution WHA62.14, which takes note of the recommendations of the final report of the Commission on Social Determinants of Health;
- (ix) Strengthen occupational health safety and health protection and their oversight and encourage the public and private sectors to offer healthy working conditions so as to contribute to promoting health for all;
- (x) Promote and strengthen universal access to social services and social protection floors;
- (xi) Give special attention to gender-related aspects as well as early child development in public policies and social and health services;
- (xii) Promote access to affordable, safe, efficacious and quality medicines, including through the full implementation of the WHO Global Strategy and Plan of Action on Public Health, Innovation and Intellectual Property;
- (xiii) Strengthen international cooperation with a view to promoting health equity in all countries through facilitating transfer on mutually agreed terms of expertise, technologies and scientific data in the field of social determinants of health, as well as exchange of good practices for managing intersectoral policy development.

## 12. ***To promote participation in policy-making and implementation***

12.1 Acknowledging the importance of participatory processes in policy-making and implementation for effective governance to act on social determinants of health;

## 12.2 We pledge to:

- (i) Promote and enhance inclusive and transparent decision-making, implementation and accountability for health and health governance at all levels, including through enhancing access to information, access to justice and public participation;
- (ii) Empower the role of communities and strengthen civil society contribution to policy-making and implementation by adopting measures to enable their effective participation for the public interest in decision-making;
- (iii) Promote inclusive and transparent governance approaches, which engage early with affected sectors at all levels of governments, as well as support social participation and involve civil society and the private sector, safeguarding against conflict of interests;
- (iv) Consider the particular social determinants resulting in persistent health inequities for indigenous people, in the spirit of the United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples, and their specific needs and promote meaningful collaboration with them in the development and delivery of related policies and programmes;
- (v) Consider the contributions and capacities of civil society to take action in advocacy, social mobilization and implementation on social determinants of health;
- (vi) Promote health equity in all countries particularly through the exchange of good practices regarding increased participation in policy development and implementation;
- (vii) Promote the full and effective participation of developed and developing countries in the formulation and implementation of policies and measures to address social determinants of health at the international level.

## 13. ***To further reorient the health sector towards reducing health inequities***

13.1 Acknowledging that accessibility, availability, acceptability, affordability and quality of health care and public health services are essential to the enjoyment of the highest attainable standard of health, one of the fundamental rights of every human being, and that the health sector should firmly act to reduce health inequities;

## 13.2 We pledge to:

- (i) Maintain and develop effective public health policies which address the social, economic, environmental and behavioural determinants of health with a particular focus on reducing health inequities;
- (ii) Strengthen health systems towards the provision of equitable universal coverage and promote access to high quality, promotive, preventive, curative and rehabilitative health services throughout the life-cycle, with a particular focus on comprehensive and integrated primary health care;
- (iii) Build, strengthen and maintain public health capacity, including capacity for intersectoral action, on social determinants of health;
- (iv) Build, strengthen and maintain health financing and risk pooling systems that prevent people from becoming impoverished when they seek medical treatment;
- (v) Promote mechanisms for supporting and strengthening community initiatives for health financing and risk pooling systems;



- (vi) Promote changes within the health sector, as appropriate, to provide the capacities and tools to act to reduce health inequities including through collaborative action;
- (vii) Integrate equity, as a priority within health systems, as well as in the design and delivery of health services and public health programmes;
- (viii) Reach out and work across and within all levels and sectors of government by promoting mechanisms for dialogue, problem-solving and health impact assessment with an equity focus to identify and promote policies, programmes, practices and legislative measures that may be instrumental for the goal pursued by this Political Declaration and to adapt or reform those harmful to health and health equity;
- (ix) Exchange good practices and successful experiences with regard to policies, strategies and measures to further reorient the health sector towards reducing health inequities.

#### 14. *To strengthen global governance and collaboration*

14.1 Acknowledging the importance of international cooperation and solidarity for the equitable benefit of all people and the important role the multilateral organizations have in articulating norms and guidelines and identifying good practices for supporting actions on social determinants, and in facilitating access to financial resources and technical cooperation, as well as in reviewing and, where appropriate, strategically modifying policies and practices that have a negative impact on people's health and well-being;

14.2 We pledge to:

- (i) Adopt coherent policy approaches that are based on the right to the enjoyment of the highest attainable standard of health, taking into account the right to development as referred to, inter alia, by the 1993 Vienna Declaration and Programme of Action, that will strengthen the focus on social determinants of health, towards achieving the Millennium Development Goals;
- (ii) Support social protection floors as defined by countries to address their specific needs and the ongoing work on social protection within the United Nations system, including the work of the International Labour Organization;
- (iii) Support national governments, international organizations, nongovernmental entities and others to tackle social determinants of health as well as to strive to ensure that efforts to advance international development goals and objectives to improve health equity are mutually supportive;
- (iv) Accelerate the implementation by the State Parties of the WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC), recognizing the full range of measures including measures to reduce consumption and availability, and encourage countries that have not yet done so to consider acceding to the FCTC as we recognize that substantially reducing tobacco consumption is an important contribution to addressing social determinants of health and vice versa;
- (v) Take forward the actions set out in the political declaration of the United Nations General Assembly High-Level Meeting on the Prevention and Control Noncommunicable Diseases at local, national and international levels – ensuring a focus on reducing health inequities;
- (vi) Support the leading role of the World Health Organization in global health governance, and in promoting alignment in policies, plans and activities on social determinants of health with its partner United Nations agencies, development banks and other key international organizations, including in joint advocacy, and in facilitating access to the provision of financial and technical assistance to countries and regions;

- (vii) Support the efforts of governments to promote capacity and establish incentives to create a sustainable workforce in health and in other fields, especially in areas of greatest need;
- (viii) Build capacity of national governments to address social determinants of health by facilitating expertise and access to resources through appropriate United Nations agencies' support, particularly the World Health Organization;
- (ix) Foster North-South and South-South cooperation in showcasing initiatives, building capacity and facilitating the transfer of technology on mutually agreed terms for integrated action on health inequities, in line with national priorities and needs, including on health services and pharmaceutical production, as appropriate.

#### 15. *To monitor progress and increase accountability*

15.1 Acknowledging that monitoring of trends in health inequities and of impacts of actions to tackle them is critical to achieving meaningful progress, that information systems should facilitate the establishment of relationships between health outcomes and social stratification variables and that accountability mechanisms to guide policy-making in all sectors are essential, taking into account different national contexts;

15.2 We pledge to:

- (i) Establish, strengthen and maintain monitoring systems that provide disaggregated data to assess inequities in health outcomes as well as in allocations and use of resources;
- (ii) Develop and implement robust, evidence-based, reliable measures of societal well-being, building where possible on existing indicators, standards and programmes and across the social gradient, that go beyond economic growth;
- (iii) To promote research on the relationships between social determinants and health equity outcomes with a particular focus on evaluation of effectiveness of interventions;
- (iv) Systematically share relevant evidence and trends among different sectors to inform policy and action;
- (v) Improve access to the results of monitoring and research for all sectors in society;
- (vi) Assess the impacts of policies on health and other societal goals, and take these into account in policy-making;
- (vii) Use intersectoral mechanisms such as a Health in All Policies approach for addressing inequities and social determinants of health; enhance access to justice and ensure accountability, which can be followed up;
- (viii) Support the leading role of the World Health Organization in its collaboration with other United Nations agencies in strengthening the monitoring of progress in the field of social determinants of health and in providing guidance and support to Member States in implementing a Health in All Policies approach to tackling inequities in health;
- (ix) Support the World Health Organization on the follow-up to the recommendations of the Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health;

- (x) Promote appropriate monitoring systems that take into consideration the role of all relevant stakeholders including civil society, nongovernmental organizations as well as the private sector, with appropriate safeguard against conflict of interests, in the monitoring and evaluation process;
- (xi) Promote health equity in and among countries, monitoring progress at the international level and increasing collective accountability in the field of social determinants of health, particularly through the exchange of good practices in this field;
- (xii) Improve universal access to and use of inclusive information technologies and innovation in key social determinants of health.

**16. Call for global action**

16.1 We, Heads of Government, Ministers and government representatives, solemnly reaffirm our resolve to take action on social determinants of health to create vibrant, inclusive, equitable, economically productive and healthy societies, and to overcome national, regional and global challenges to sustainable development. We offer our solid support for these common objectives and our determination to achieve them.

16.2 We call upon the World Health Organization, United Nations agencies and other international organizations to advocate for, coordinate and collaborate with us in the implementation of these actions. We recognize that global action on social determinants will need increased capacity and knowledge within the World Health Organization and other multilateral organizations for the development and sharing of norms, standards and good practices. Our common values and responsibilities towards humanity move us to fulfil our pledge to act on social determinants of health. We firmly believe that doing so is not only a moral and a human rights imperative but also indispensable to promote human well-being, peace, prosperity and sustainable development. We call upon the international community to support developing countries in the implementation of these actions through the exchange of best practices, the provision of technical assistance and in facilitating access to financial resources, while reaffirming the provisions of the United Nations Millennium Declaration as well as the Monterrey Consensus of the International Conference on Financing for Development.

16.3 We urge those developed countries which have pledged to achieve the target of 0.7 percent of GNP for official development assistance by 2015, and those developed countries that have not yet done so, to make additional concrete efforts to fulfil their commitments in this regard. We also urge developing countries to build on progress achieved in ensuring that official development assistance is used effectively to help achieve development goals and targets.

16.4 World leaders will soon gather again here in Rio de Janeiro to consider how to meet the challenge of sustainable development laid down twenty years ago. This Political Declaration recognizes the important policies needed to achieve both sustainable development and health equity through acting on social determinants.

16.5 We recommend that the social determinants approach is duly considered in the ongoing reform process of the World Health Organization. We also recommend that the 65th World Health Assembly adopts a resolution endorsing this Political Declaration.

**付録4:  
2011年出版物および研究発表**

**Publication**

An urban health and health equity index: problems, pitfalls, and potential
Attaining Urban Health Equity: A policy brief (Japanese)
Healthy Urban Planning, Report of a Consultation Meeting, 10-11 March 2011, Kobe, Japan
Intersectoral Action on Health: A path for policy-makers to implement effective and sustainable action on health
Making cities smoke-free
Relationship between climate variability and occurrence of diarrhoea and cholera: A pilot study using retrospective data from Kolkata, India
Report of Consultation Meeting on Urban Health Metrics Research, 23-25 February 2011, Kobe, Japan
介護予防プログラムの効果に関する文献レビュー：日本国内の事例を中心に [Systematic Literature Review of the Effectiveness of Programs to Prevent Elderly Persons' Dependence on Long-Term Care] (Japanese w/ English abstract)
Taking the pulse of an urban world: mechanisms for characterizing urban health and urban health equity
Urban HEART (Japanese)
Urban HEART User Manual (French)
Urban HEART User Manual (Spanish)

**Journal**

"Kanagawa, Japan's Tobacco Control Legislation: a Breakthrough?", co-author, the Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, Volume 12, Issue 8, 1909-1916, 2011
"Local Governments and Civil Society Lead Breakthrough for Tobacco Control: Lessons from Chandigarh and Chennai", co-author, Indian Journal of Public Health, Volume 55, Issue 3, Jul-Sep 2011
"Roundtable on Urban Living Environment Research (RULER)", co-author, Journal of Urban Health, Volume 88, Number 5, October 2011
"Street smoking bans in Japan: A hope for smoke-free cities?", co-author, Health Policy, Volume 102, Issue 1, 49-55, September 2011
"Urban Planning, Development and Noncommunicable Diseases", co-author, Planning, Practice and Research, Volume 26, Number 4, 373-391, August 2011



## Presentations

Title	Event	WKC Contributors
WHO Kobe Centre's Updates on Urban Risk Reduction Initiatives	8th Meeting, Urban Regional Task Force on Urban Risk Reduction, Kobe, Japan, 13 January	Lapitan, Dr Jostacio M.
WHO Health Policy and Stop Tuberculosis Partnership	Stop Tuberculosis Partnership Japan and Kansai – 1st International Tuberculosis Symposium in Kansai, Osaka, Japan, 15 January	Kumaresan, Dr Jacob
A global perspective on ageing and health	HEM21 Seminar, Kobe, Japan, 2 February	Kano, Dr Megumi
WHO's Role in Public Health: Global overview on urban health	Seminar of Nagasaki University Graduate School of Biomedical Sciences, Nagasaki, Japan, 11 February	Kumaresan, Dr Jacob
Urban HEART: a methodology for developing indicators	Harvard Humanitarian Summit, Cambridge, USA, 4-6 March	Prasad, Mr Amit
WHO's Urban Health Equity Assessment and Response Tool. Global Health Metrics & Evaluation Conference: Controversies, Innovation, Accountability	Global Health Metrics & Evaluation Conference: Controversies, Innovation, Accountability, Seattle, USA, 14-16 March	Prasad, Mr Amit Kano, Dr Megumi Kumaresan, Dr Jacob
Global Trends in Urban Health Inequalities		Kano, Dr Megumi Prasad, Mr Amit
Health recovery and development	JICA-IRP Training on Resilient Recovery for Haiti, Kobe, Japan, 16-18 March 2011	Lapitan, Dr Jostacio M.
Six presentations: 1) Introduction to Urban HEART; 2) Build and Inclusive team; 3) Indicators and Benchmarks; 4) Matrix and Monitor; 5) Prioritizing health equity issues 6) Developing a Plan of Action	Urban HEART workshop; Bogota, Colombia, 6-14 May	Prasad, Mr Amit Kimura, Ms Yumi
Aiming for good government: Public policies, equity and mental health	1st International Scientific Forum: Urban suffering, Human rights and Good governance, Milan, Italy, 23-25 May	Garçon, Mr Loïc
Overview of Recovery efforts	Meeting on Disaster Recovery for the Health Sector; Kobe, Japan, 26 May	Pesigan, Dr Arturo
Street smoking bans in Japanese cities	Sanda City Public Forum on Second-Hand Smoke, Sanda city, Japan, 4 June	Kashiwabara, Ms Mina
Assessing and responding to urban health inequalities in the Western Pacific Region	The Western Pacific Regional Meeting on Social Determinants of Health, Manila, Philippines, 6-10 June	Armada, Dr Francisco
Smoke-free cities	2011 World No Tobacco Day Hyogo Forum - WHO Framework Convention on Tobacco Control, Sanda City, Japan, 11 June	Kashiwabara, Ms Mina
Seminar on Urbanization and Health	JICA's International Seminar on Health Systems Management 2011, Tokyo, Japan, 23-25 June	Prasad, Mr Amit
Introduction to Urban HEART	NIPH student lecture, Tokyo, Japan, 23 June	Prasad, Mr Amit
Introduction to Urban HEART	Japan Gerontological Evaluation Study (JAGES) Workshop, Nagoya, Japan, 24 July	Prasad, Mr Amit
WHO's Urban HEART	International Conference on Social Stratification and Health, Tokyo, Japan, 5-8 May	Kano, Dr Megumi
Adaptation of Urban HEART to Japan Gerontological Evaluation Study (JAGES)	Workshop on Developing Benchmarks for Evaluating Japan's Long-term Care Insurance Policy, Nagoya, Japan, 17 August	Kano, Dr Megumi
Two presentations: 1) Urban Planning-an Overview; and 2) 12 Steps to a Smoke-free city	The Western Pacific Regional Meeting on Promoting Healthy Living and Preventing NCDs through Healthy Cities, Shanghai, China, 30 August - 2 September	Armada, Dr Francisco
Climate Change and Health	Southeast Asian Ministers of Education-Tropical Medicine (SEAMEO-TROPED) Network Policy Forum, Bangkok, Thailand, 7 September	Pesigan, Dr Arturo
Six presentations: 1) Introduction to Urban HEART; 2) Build and Inclusive team; 3) Indicators and Benchmarks; 4) Matrix and Monitor; 5) Prioritizing health equity issues 6) Developing a Plan of Action	Urban HEART workshop, Changchun, China, 15-20 September	Prasad, Mr Amit
Introduction to Urban HEART The Kobe Call to Action	Consensus Meeting on the Kobe Call to Action, Addis Abeba, Ethiopia, 12-18 September	Garçon, Mr Loïc
WHO's research on Social Determinants of Health and Urban HEART	Japan Gerontological Evaluation Study (JAGES) Workshop Group Meeting with MHLW, Tokyo, Japan, 19 September	Kano, Dr Megumi
Plenary: Affecting public policy through partnerships	MOVE 2011 World Congress - International Sports and Culture Association, Paris, France, 19-21 September	Sloate, Ms Lori
WHO Kobe Centre research on smoke-free cities	Symposium on the Future of Second-hand smoke measures in Japan, Kobe Japan, 23 September	Kashiwabara, Ms Mina
Measuring and Monitoring Progress of Age-Friendly Cities	First International Conference on Age-Friendly Cities, Dublin, Ireland, 30 September	Kumaresan, Dr Jacob

Title	Event	WKC Contributors
Assessing health facilities' preparedness for disasters in cities: a case study of two hospitals in Kobe, Japan	31st International Union of Architects/Public Health Group Seminar on Safety and Security in Healthcare Environment, Tokyo, Japan, 2 October	Lapitan, Dr Jostacio M.
Disaster recovery for the health sector	JICA-IRP Training on Resilient Recovery for Haiti, Kobe, Japan, 3-6 October 2011	Pesigan, Dr Arturo
Panel speaker: Urban Environmental public health in low-income countries - health challenges facing urban societies	World Health Summit, Berlin, Germany, 23-26 October	Lapitan, Dr Jostacio M.
Developing Indicators for disaster preparedness in cities		Prasad, Mr Amit Lapitan, Dr Jostacio M.
Assessing urban health equity in the Greater Ho Chi Minh City (HCMC) Metropolitan Area: an application of the Urban HEART		Prasad, Mr Amit
Socioeconomic inequalities in anxiety and mood disorders in urban areas of nine countries		Kano, Dr Megumi
Trend in noncommunicable disease mortality in the 13 largest cities in Japan, 1999-2009	10th International Conference on Urban Health, Belo Horizonte, Brazil, 2-4 November	Kano, Dr Megumi
Plenary: The Importance of Local Data Observatories: Accumulated Experiences		Ross, Mr Alex
Plenary: The Role of International Agencies in Promoting Urban Health Metrics		Prasad, Mr Amit
Workshop: How can metrics better capture health needs and respond to demand in cities?		Kano, Dr Megumi
Urban health challenges in the Asia Pacific Region		Prasad, Mr Amit
Six presentations: 1) Introduction to Urban HEART; 2) Build and Inclusive team; 3) Indicators and Benchmarks; 4) Matrix and Monitor; 5) Prioritizing health equity issues 6) Developing a Plan of Action	Joint event: 1st International Symposium on Health Research and Development with the 3rd Symposium of the Western Pacific Region of the World Federation of Public Health Assoc., Bali, Indonesia, 14-20 November	Prasad, Mr Amit Kano, Dr Megumi
Presentations on: 12 Steps to make a smoke-free city, tobacco control in countries of the Western Pacific region, smoke-free policy	Western Pacific Regional workshop on Making Your City Smoke-free, Manila, Philippines, 23-25 November	Kashiwabara, Ms Mina Garçon, Mr Loïc
Urban Health Emergency and Disaster Management	Informal Consultation on Anti-microbial Resistance in Emergencies, Manila, Philippines, 29-30 November	Pesigan, Dr Arturo
International Aid Mechanisms: Doing Better	Founding Conference of the Chinese Society of Disaster Medicine and the First International Summit Forum on Disaster Medicine, Shanghai, China, 7-8 December	Pesigan, Dr Arturo
Climate Change, Urbanization and Disasters		Pesigan, Dr Arturo
Global efforts to address Social Determinants of Health in Urban Settings	International Symposium on World Trends in Research on Social Determinants of Health, Tokyo, Japan, 23 December	Kano, Dr Megumi

## WKC Public Health Forums

Title	Event	WKC Contributors
Smoke-free cities: how to make your city smoke-free	WKC Health Forum: Smoke-free cities, Kobe, Japan, 15 January	Armada, Dr Francisco
Street smoking bans in Japanese cities		Kashiwabara, Ms Mina
Hidden cities: analysing urban health inequity	WKC Health Forum: Urbanization, social disparities and their impact on mental health, Kobe, Japan, 4 March	Kano, Dr Megumi
Responding to Health Emergencies in the Western Pacific Region	WKC Health Forum: Disaster Recovery for the Health Sector, Kobe, Japan, 25 May	Pesigan, Dr Arturo
Risk Reduction and WHO work	WKC Health Forum: Strengthening for disaster resilience, Akashi, Japan, 20 November	Pesigan, Dr Arturo Lapitan, Dr Jostacio M.

## 付録5: 2011年職員およびインターン名簿

### 所長室

所長 アレックス・ロス (2011年10月15日着任)
所長 ジェイコブ・クマレサン (2011年9月1日離任)
荒井 美奈
リチャード・ブラッドフォード
ロイック・ギャルソン
ロバート・マティル
西川 あずみ
奥田 啓子
ロリ・スロート
吉田 久美子

### 総務

赤澤 俊一
今井 亜紀子
ジュネビエーヴ・メルマン・マルティネス
ジェームス・オベレ
ロメロ・レロマ
坂口 美樹
リホン・スー
竹林 順子

### 研究プログラム

ニーナ・アンダーソン
フランシスコ・アルマーダ
井上 葉子
狩野 恵美
ジュスタシオ・ラビタン
アルトゥーロ・ベシガン
アミット・ブラサード
リーカ・ランタラ
メリッサ・ロメロ
ヘラルド・サンチェス
横尾 真理子

### インターン

Name	Nationality	Affiliation	WKC Work focus
Ms Yoko Aihara	Japan	University of Yamanashi	Research on mental health and psychosocial support post Great East Japan Earthquake
Ms Jessica Barry	USA	Johns Hopkins School of Public Health	Assist in the organization of an expert consultation meeting on urban health metrics; research on institutional mechanisms in place to quantify, monitor and share information on urban health equity
Ms Claire Boulange	France	Institute for Urban Planning, Grenoble, France	Crime and Physical Activity; Climate change risks
Ms Shiori Eguchi	Japan	University of Tokyo	Review of the success of health impact assessment tools and defining links with Urban HEART
Ms Miyuki Hotta	Japan	Osaka University Graduate School of Medicine	NCD mortality trends in Japan; methods for M&E local interventions to promote healthy ageing
Mr Zhan Qiu Mao	China	Japan National Institution of Public Health (NIPH)	Generate a preliminary evidence base, analysis, conclusions and recommendations regarding the vulnerability and adaptation of health emergency management systems in urban settings to the health impacts of climate change with a focus on floods in 3 Asian cities (Manila, Dhaka and Tokyo)
Ms Kanako Masuno	Japan	University of Tokyo Graduate School of Medicine	Develop inventory of the vulnerability and capacity of health emergency management systems to the health impacts of earthquakes; Conduct a literature review and compile standards, policies, programmes and practices (both national and international) for older persons in urban settings that promote active and healthy ageing
Ms Azusa Matsumoto	Japan	University of Tokyo Graduate School of Economics	Assist in a literature review of English and Japanese literature on methods and metrics to evaluate the effectiveness of interventions to promote active and healthy ageing
Ms Ebelechukwu Mogo	Nigeria	University of Edinburgh, Scotland	Conduct a literature review, including grey literature and official documents on megacities and health in Africa with a focus on documenting examples on the area of health governance; Identify and document some examples of public policies in cities worldwide that have had an impact on health equity through urban planning with a focus on increasing physical activity
Mr Patou Musumari	DRC	Kyoto University Graduate School of Public Health	Smoke-free cities; local intervention in WPRO cities
Ms Nicole Reyes	USA	State University of New York Downstate Medical Center	Physical activity promotion through urban planning ; some ISA-related tasks
Ms Lucy Mimi Wu	USA	School of Public Health, Li Ka Shing Faculty of Medicine, University of Hong Kong	Assist in the Centre' s technical work on developing guidelines and policy recommendations for urban adaptation to climate change; Support the technical team in deriving lessons for policy-making and extracting information from urban climate change and health vulnerability and adaptation assessment
Ms Sakiko Yasuda	Japan	Kyoto University Graduate School of Public Health	Smoke-free cities; legislation in Hyogo Prefecture