

表 1 4 ベトナム NCD プログラムの概要

<p>上位目標: NCD による死亡率と罹患率を下げる (対象は循環器疾患、がん、糖尿病、精神疾患、NCD のリスクファクター)</p> <p>目標:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. NCD に関するコミュニティの意識の向上 2. ヘルスシステムのすべてのレベルに属する保健人材の能力強化 3. PHC に焦点を置いた NCD マネージメントの質の向上 <p>指標:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 保健予算に占める NCD 予算割合 2. 喫煙率/塩分摂取量/運動不足/野菜・果実摂取量/肥満/血糖値/高血圧 3. NCD による 30-70 歳の死亡率

ii) 政策運営能力

NCD 対策プログラムに特化した予算が確保できており、プログラムが実施されている。

たばこ対策プログラムの実施体制など、NCD に関するマルチセクトラルな枠組みが複数存在する。同枠組みは、保健省のイニシアティブのもと、年一回の事務局総会を開催されている。

iii) 対策の内容

①ポピュレーションアプローチ

現在、タバコ対策プログラムが実施されている。今後は、学校保健プログラム、塩分摂取削減プログラム(住民主体)などを展開することが検討されている。

②ハイリスクアプローチ

PEN の導入はしていないが、独自に、高血圧、循環器疾患のリスクに焦点を当てた NCD マネージメントに関するプライマリ

ケアの能力強化を進めている。そのために必要な、必須医薬品と医療機器、早期発見と治療に関する保健人材の研修、健康教育活動の実施を行っている。

また、今後は、一次レベルでは、高血圧、ぜんそく、精神疾患、糖尿病に関する統合マネージメントを導入する予定。加えて、PEN においてディストリクトレベルで推奨されている高血圧と糖尿病の管理についても、今後、ディストリクトレベルで導入することも検討されている。

3. NCD に影響を及ぼす文化的要因

NCD の主なリスクファクターである「喫煙、不健康な食事、運動不足、過度な飲酒」のうち、食は、医学、農学、家政学、そして文化人類学など様々な領域で研究対象となってきた¹⁴⁾。WHO の「食事と運動に関する世界戦略」においても、「健康的な体重、脂質による過度のエネルギー摂取の制

限、野菜や果実の消費、塩分摂取の制限」を勧める一方で、国家戦略を策定する場合には、食や食行動が文化や地域の伝統に深く根付いていることを踏まえることが必要であると述べている¹⁵⁾。

食を文化の問題として扱う研究は、ここ30年ほどで急速に進んだ¹⁶⁾。文化とは、人間が後天的に獲得あるいは作り出したものであり、食文化を研究するといった場合には、食物の生産、貯蔵、運搬、売買、調理、食事（消化、味覚など）などが研究対象となる。そこで、本稿では、NCDのリスクファクターの中でも食事に焦点を当て、世界戦略の提言内容を中心にその文化的な側面について記載する。

1) 入手可能性（物理的・社会的）

（1）物理的入手可能性（気候と食物の原産）

健康的な食事を実践するには、ある程度バラエティに富んだ食品を入手できなければならない。食品が物理的に入手可能かどうかは地域によっても大きく異なる。たとえば、主な野菜や果物の原産地として挙げられている地域は、気候分布でみると熱帯雨林気候や、温暖湿潤気候など温帯に属する地域に集中している。この地域は、おおむね穀物・家畜の分布とも一致し、豊かな食品を消費することが可能と推測できる。一方で、砂漠気候やステップ気候帯では、家畜や伝統的なアルコール類の分布は見られるものの、野菜、果実、穀物等の現産地ではなく、入手可能性が低くなる¹⁷⁾。

また、アフリカなどでは、伝統的な天水依存の農業を営んでいる地域が多いため、原産地といえども、天災や人災で入手が困

難になる可能性がある。

（2）社会的な入手可能性

①宗教（仏教・イスラム・ヒンドゥー）

かつて日本でも、6世紀ごろに伝来した仏教の殺生戒の影響により、牛や鶏（鶏卵を含む）などの肉食が禁止された時期があったが¹⁸⁾、宗教によっては、食品や食習慣に関する規定が存在するものがある。

今日、アジア、中東、アフリカなどで広く信仰されているイスラム教では、食を含むすべてのことからは、「義務、推奨、許容、忌避、禁止」の5つの法規定に分類される。食は許容（ハラール）か禁止（ハラーム）のいずれかに分類され、豚肉や酒については、「コーラン」の第5章第三節に「禁じられた食物、ハラーム」として記されている。一方で、喫煙は、はっきりと禁止されておらず、大麻の葉からつくるハシーシュや水タバコの吸引が、アルコールに代わる嗜好品として愛用されている。ただし、イスラム教は広く分布しているため、宗教的なさまざまな規定は、地理や気候条件、土着の慣習などを反映して、現地にあったものに習合している^{18),19)}。

インド、ネパールなどを中心にみられるヒンドゥー教では、日常守るべき生活の規範が「マヌ法典」と呼ばれる法典にまとめられている。一般的に、ヒンドゥー教では牛肉が禁止されていると考えられがちだが、法典には、牛肉の禁止の記載はなく、むしろ、魚が禁忌の食物となっている。こうした禁忌は、浄・不浄の概念によって規定されており、徹底した菜食主義（卵も不可）がもっとも浄性が高いとされ、宗教倫理上勧められている。また、水は不浄性を伝え

る物質として扱われており、このため、料理では、水煮や生食よりも、油煮や油で揚げたものの浄性が高いとされている²⁰⁾。

②ジェンダー

ジェンダーによっても食の入手可能性は異なる。とりわけ、産前産後の女性には地域によって多様な食の規制が見られる。規制の内容は地域によって異なるが、妊産婦に食の規制が存在する理由は、妊娠中や授乳中に女性が摂取する食事が、胎児や乳児の成長や性格への影響を及ぼすと考えられているためであることが多く、そのため、妊娠期および、産後1、2年の女性には、食の禁忌がある地域が多い²¹⁾。

③貧困

食品の入手可能性とは、食品があるかないか以上に、入手するための経済的、社会的能力を備えているかによるところが大きい。センによれば、人が十分な食料を手に入れる能力がないか、飢餓を避けるためにこの能力を用いない場合、飢餓が起こる。すなわち、当該社会の法的、政治的、経済的、社会的特徴と、その人の社会における地位の相対によって、食糧の入手可能性は規定される²²⁾。

当該社会に、豊富な食材、食糧が存在しても、相対的・絶対的な貧困状態にあるものは、食糧を入手する能力がないため、必要な食料を入手することが不可能になる。

2) 生活様式と食事形態

多くのアフリカ社会では、いわゆる主食・副食という概念もなく、また、一日3回定期的に食事をするスタイルは一般的で

はない²³⁾。

たとえば、カラハリ砂漠のブッシュマンは、季節ごとに実る植物のなかから、最もおいしく栄養価の高いものを選んで食事をする。ときに、肉が手に入れば、それがなくなるまで、肉ばかりの食事をとる。また、遊牧民においては、家畜は大切な財産であるため、それを食べることはほとんどなく、乳製品によって食がまかなわれることが多い。一方、農耕民では、トウモロコシやヒエなどを粉にし、それを餅状にして、野菜の煮汁につけて食べる事が多く、いわゆる主食と副食が存在する。しかし、調理をするのは、夕食時の一回のみで、朝食にはその残りを食べる事が多い²³⁾。

このように、アフリカの諸民族の食生活は、食事の内容は概してバラエティに乏しく、また、基本的には食事とは夕方の一食だけというケースが多い。こうした食生活は、先述の物理的入手可能性との関係が大きいと考えられる。

3) 味覚・食欲に関する文化差

味の感じ方は個人によっても異なるが、おいしい(よい味)あるいはまずい(よくない味)といった味覚には、国や地域による多様性が存在することが明らかになっている²⁴⁾。たとえば、過度な脂肪や食塩の摂取を控えることはNCD対策において必要であるが、「油味」や「塩味」を、おいしさを規定する重要な味覚とする地域は多い。とくに、塩分に関しては、人類の食事に塩が導入された時代から、ほとんどの人がうまいと感じる味として認識されてきた。ただし、現代日本では、食事において「健康」が重要な概念となっているため、近年、砂

糖の消費量は急激に減少しており、また、「うす味」が中心の味付けが好まれる傾向が広がっている。

また、どのような時に「食べたい」と感じるかという感覚、欲求についても、文化によって違いがあることが明らかになっており²⁵⁾、文化差を考慮する必要がある。

4) 身体観と社会・政治（肥満・やせ症に関するパースペクティブ）

肥満ややせのとらえ方についても文化差が存在する。多産が好まれるいわゆる前近代社会では、女性の肥満は肥沃性、すなわち多産の象徴とされ、肥満の女性が好まれることがある²⁶⁾。他方、先進国では、19世紀後半に肥満が増加したが、20世紀初頭からは理想体型が「ふっくら」から「やせ型」に移行し、20世紀中ごろからは、拒食や過食など摂食障害の問題が増加する傾向が見られている²⁷⁾。先進国における摂食障害の原因としては、家庭環境などを指摘するものもあるが、身体的外見や外見と結びついたセクシャリティ、ダイエット概念の広がりなど、工業化に伴う様々な変化が、間接直接に関係していると考えられている²⁸⁾。また、国家主導の肥満対策など、ヘルスプロモーションプログラムが、個々の身体観に影響を及ぼし、その結果摂食障害を引き起こすケースなども報告されている²⁹⁾。

このように身体観とは、当該社会の在り方、社会関係と密接に関係しており、社会や時代によって「肥満・やせ」のとらえ方は変化する。また、政治介入も身体観に変化をもたらす要因となりうる。

D. 考察

1. 途上国における NCD 対策の現状と課題

1) NCD 対策とヘルスシステム

NCD に関する世界戦略のための行動計画において、NCD 対策の優先化、政策策定が促進されたことにより、今日、9 割以上の国に、NCD に関する何らかの政策が存在していた。しかし、各国の状況を見ると、政策が存在するだけで、実施されていない国もあり、枠組みだけが形骸化しているケースも見られた。

今回、各国の現状を把握するうえで取り上げた 5 か国の中で、実施段階に入っている国（フィリピン、モンゴル、ベトナム）では、NCD 対策予算も確保されており、またモニタリングの方法や指標が明確に示され、実施後評価もなされていた。また、これらの国では、WHO が一次レベルにおいて導入を勧めているハイリスクアプローチのひとつ PEN についても、国の状況に合わせて導入を進めていた。すなわち、1, 2, 3 次のすべてのレベルで、ヘルスシステムがある程度機能していることが、NCD 対策を進めるうえで重要な要素であるといえるだろう。

一方で、カンボジアやラオスでは、政策的には NCD を優先課題に挙げていても、実際には、PEN 導入も含め NCD 対策が進んでいるとは言い難い。たとえば、カンボジアでは、保健開発計画の 3 本柱のひとつに NCD を挙げているにも関わらず、NCD 対策予算は保健予算の 1% にすぎない。これは、ほかの 3 か国と異なり、NCD による死亡率が 50% 未満であり、母子や感染症などの健康課題と比較し、実際の NCD の優

先度が低く位置づけられているからだけでなく、ヘルスシステム自体が十分に機能していない可能性が示唆される。それは、カンボジア保健省がPENの導入が困難である理由として、予算や保健人材の不足など、ヘルスシステムの脆弱性に起因する課題をあげている点からも指摘できる。

以上から、NCD対策を支援する際には、NCD対策をパーティカルにとらえるのではなく、各国のヘルスシステムを包括的にとられ、支援していくことが重要であると考えられる。

なお、PENは、その導入にかかるプロセス自体が、ヘルスシステム強化（Health System Strengthen、HSS）につながるとされている。したがって、PENの実践に必要なヘルスシステムの要素（保健人材の能力強化など）を支援することで、ヘルスシステム強化につなげていくことも一案と考えられる。ただし、個別課題対策を通じたHSSの枠組みは、PEN以外にも、HIV/AIDS対策を通じたHSS（グローバルファンド）や予防接種拡大計画を通じたHSS（世界予防接種連盟）など多様に存在するなかで、HSS支援の観点からPENを導入することが妥当かどうかは、各国の状況を慎重に見極める必要がある。今回は、調査の対象国をアジアに絞ったが、低所得国が集中するアフリカ地域などでは、母子や3大感染症による負荷が高い地域も多く残されている。当然のことながら、一律にPENの導入を推進するのではなく、その国の健康ニーズを慎重に捉え、支援していくことが必要であるといえるだろう。

2) 施策の具体化の必要性

今回、調査対象となった5か国のNCD対策を比較すると、モンゴルのように具体的な施策が実施されている国がある一方で、他の国ではアプローチの内容に具体性に欠ける傾向があった。とくにポピュレーションアプローチに関しては、多くが学校保健やヘルシーシティプログラムを計画しているが、具体策についての情報がなく、計画段階でとどまっているものも多かった。

途上国における政策は、実質的には外国人の開発コンサルタントなどが策定していることも多く、その結果、枠組みやコンセプトは存在するものの、運営能力との乖離や、具体的な手法の欠如により、実施に至らない場合もある。具体的なアプローチを検討するためには、他国のグッドプラクティスを参照することは有効であり、学校保健など、日本のポピュレーションアプローチの具体例を紹介することは、途上国支援を行う上で有用であると考えられる。

2. NCD対策に影響を及ぼす文化的要因

WHOのCountry Profileの結果からは、リスクファクターへの曝露率は、国によってあるいは同一国内でも性別等によって異なる傾向にあることが示された。このような違いが生じる一因として、生活習慣（リスクファクター）に関係する社会文化的な価値観の影響があると考えられる。

本研究では、リスクファクターのうち食事に焦点を当てたが、食物の物理的、社会的な入手可能性（宗教、ジェンダー、貧困）や、生活様式と食事形態、味覚や身体観（肥満ややせのとらえ方）などに文化差があることが明らかになった。これらの文化差については、政策の策定と実行、とくに健康

教育を行う際に、十分に考慮されなければならない。文化に配慮しない健康プログラムは、新たな健康問題を生み出す可能性があることも考慮にいれ、政策を策定することが重要である。

また、今回の文献レビューからは明らかにならなかったが、NCDは症状が顕在化しない、あるいは慢性化する特徴があることから、地域の風土病とみなされ、治療を受けないままに、後遺症等とともに生きている人々がいる可能性がある。

こうした文化的な要因については、地域ごとに非常に多様で、一般化することが困難な場合もあるが、現地調査をふまえたエビデンスの集積は、NCD対策の推進において重要である。ただし、時間とコストのかかる人類学的な調査は、公衆衛生上限界があることから、Community Based Participatory Research (CBPR) 等の手法を用い、現地の行政・学術関係者とともに、介入を行いながら、同時にエビデンスを集約させ、文化に配慮した政策、健康教育手法の開発を行っていくことが有益と考えられる。

3. 日本による協力の可能性

今日、開発途上国においてNCD対策の政策策定は進んでいるものの、実施には至っておらず形骸化しているケースも多かった。脆弱なヘルスシステムはその一因であり、途上国に対するNCD対策支援では、NCDという固有の課題にだけ着目した支援ではなく、ヘルスシステム強化を通じた包括的な支援が必要である。

日本のヘルスシステムは、戦前から戦後にかけて、結核対策、母子保健対策を通じ

てその基盤が急速に整備された。NCDが死因の5割を超え、1980年前後からNCD対策を本格化させることができたのも、基本的なヘルスシステムが整備されていたからといえる。今日の途上国と当時の日本の状況は、社会開発のレベルや、健康課題の複雑性など、異なる点が多い。しかし、わが国はこれまでも、日本の公衆衛生の経験を生かした母子保健や感染症対策支援によって、途上国のヘルスシステム強化に貢献してきた。したがって、今後NCD対策支援を行う場合、こうした既存の支援のスケールアップによって、途上国のNCD対策強化に貢献していくことも一案と考えられる。

途上国におけるNCD対策では、ヘルスシステムの脆弱性に加え、施策の具体化に関する課題も見られた。とくに、ポピュレーションアプローチでは、学校保健を計画している国が多かったが、実施されておらず、施策の具体化が必要と思われた。日本は、長い地域保健の経験のなかで、学校保健だけでなく、NCD対策全般において、多くのグッドプラクティスを有している。日本がNCD対策を支援する場合には、政策など枠組みを支援することよりも、それを具体的に実践するための支援に強みがあると考えられ、同分野での日本の経験を発信していくことは重要であると考えられる。

また、NCD対策では、とくにハイリスクアプローチにおいて、PENで特定された必須医薬品や機材等、いわゆるテクノロジーの導入が、不可欠な要素となる。日本の医療機器や医薬品の製造、開発に関する技術は、国際的にも評価が高い。したがって、途上国の経済レベルと持続可能性を考慮し

た医療テクノロジーの導入を、官と民とが共同して支援していくことも、日本の NCD 対策支援のひとつになりうるだろう。ただし、その際には、官民連携のあり方、BOP (Base of Pyramid, 途上国に暮らす低所得層) など新たなビジネスマーケットの開拓の可能性と限界も十分に踏まえる必要がある。なお、民間については、ポピュレーションアプローチにおいても、企業の画期的な取り組みもあることから、今後は国内外の民間のアプローチについて、情報収集を深める必要がある。

最後に、NCD 対策においては、途上国の人々は、一方的に援助を受ける側ではなく、各国、各自が、それぞれの責任を果たしていく必要がある。次期「NCD 対策に関する世界戦略のための行動計画(2013-2020)」においても、グローバルな枠組みの策定など環境調整の重要性が指摘されており、各自がその責任を果たす際の共通の目標となる、FCTC のようなグローバルな枠組みが、今後ますます重要になるものと思われる。このようなグローバルな枠組みの策定において、日本は、国際社会の一員として策定のプロセスに参画していく必要があると同時に、そのプロセスにおいて、自国民の健康、権利を守るために、適切な交渉の能力

(Global Health Diplomacy) もそなえていく必要があると考えられる。

4. 本研究の限界

各国の NCD 対策の現状に関しては、対象国が限定的であるだけでなく、分析の対象となった資料が、ワークショップの結果と入手可能な保健省の資料のみであったため、情報に偏りが生じている可能性がある。

また、現地の視察は行っていないため、事実と異なる可能性もある。

E. 結論

1. NCD 対策に関する世界戦略策定以降、9 割以上の開発途上国で、NCD 対策に関する政策が策定されたが、ヘルスシステムの脆弱さ等を理由に、実施や評価にいたっていない国が多い。途上国における NCD 対策支援では、ヘルスシステム強化を通じた包括的な支援が必要である。
2. 各国の NCD 対策では、ポピュレーションアプローチとして、学校保健等が計画されているが、実施段階にいたっていない国が多い。施策の具体化が必要であり、同分野でグッドプラクティスが蓄積されている日本の経験を共有することは有用である。
3. ハイリスクアプローチを実施するうえで、途上国のキャパシティを考慮した医療テクノロジー (医薬品、医療機器) の導入が求められている。日本の医療機器等の製造、開発技術は国際的にも評価が高く、官民連携し同分野で途上国を支援することも一案である。民間による NCD 対策、関連のテクノロジーについて国内外で調査を深める必要がある。
4. 生活習慣には多様な文化的価値観の影響があり、NCD 対策ではそれらに配慮した施策の策定が必要である。社会文化背景を踏まえた健康教育手法等を開発するために、住民参加型の研究手法である Community Based Participatory Research (CBPR) 等を用いて、エビデンス集約と介入を同時に行うなど、研究分野における協力の方法について、検討する必要がある。

5. NCD 対策では、途上国も含め、各国、各自が、それぞれの責任を果たすことが求められる。今後は、各自がその責任を果たす際の共通の目標となるグローバルな枠組み（例・たばこ規制枠組み条約）がますます重要になることから、日本には、国際社会の一員としてその策定のプロセスに参画すること、そのために、プロセスにおける交渉能力を強化することが求められる。

[参考文献]

- 1) Rafael Lozano, Mohsen Naghavi, Kyle Foreman, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 The Lancet, Volume 380, Issue 9859, Pages 2095 - 2128, 15 December 2012
- 2) United Nations. Political declaration adopted at the UN General Assembly, 2012 Available at: http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration_en.pdf (Accessed March 8, 2013).
- 3) World Health Organization (WHO). Global status report on non-communicable diseases 2010 http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf (Accessed March 8, 2013).
- 4) WHO. Non-communicable diseases country profiles 2011 Available at: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502283_eng.pdf (Accessed March 8, 2013).
- 5) WHO. Action plan for the Global Strategy for the prevention and control of Non-communicable diseases 2008-2013 Available at: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418_eng.pdf (Accessed March 8, 2013).
- 6) WHO. Action plan for the Global strategy for the prevention and control of NCDs 2013-2020 Available at: http://www.who.int/nmh/events/2013/revised_draft_ncd_action_plan.pdf (Accessed March 8, 2013).
- 7) Package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. 2010 Available at: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241598996_eng.pdf (Accessed March 8, 2013).
- 8) Country Presentation. Western Pacific Regional Meeting on National Multi-sectoral Plans for NCD Prevention and Control. Kuala Lumpur, Malaysia 11 - 14 June 2012
- 9) Country Presentation. Western Pacific Regional Consultation on Strengthening NCD Prevention and Control in Primary Health Care, Beijing, China. 14-17, August, 2012
- 10) WHO. Non-communicable diseases and mental health. WHO web page.

- Available at:
<http://www.who.int/nmh/en/>
(Accessed March 8,2013).
- 11) Nick Banatvala. Development of an updated action plan for the global NCD strategy, 2013-2020 from Western Pacific Regional Meeting on National Multisectoral Plans for NCD Prevention and Control, Kuala Lumpur, Malaysia 11-14 June 2012
 - 12) Ministry of Health of Cambodia. Health Strategic Plan 2008-2015 - Cambodia Available at:
<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18360en/s18360en.pdf>
(Accessed March 8,2013).
 - 13) The government of Mongolia. National Program on prevention and control of non-communicable diseases.2007 Available at:
[http://moh.mn/moh%20db/Healthreports.nsf/ecb18f03b32fae434825768500144b6e/776847c20ad6dc99c72572c1002eae42/\\$FILE/XUTULBUR_ENG.pdf](http://moh.mn/moh%20db/Healthreports.nsf/ecb18f03b32fae434825768500144b6e/776847c20ad6dc99c72572c1002eae42/$FILE/XUTULBUR_ENG.pdf)
(Accessed March 8,2013)
 - 14) 吉田集而.人類の食文化について.人類の食文化.農山魚村文化協会.東京.1998, 11-30
 - 15) WHO. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. 2004. Available at:
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/en/index.html>
(Accessed March 8,2013).
 - 16) 石川寛子編著. 食生活と文化.神奈川. 弘学出版.1988
 - 17) 吉田集而.世界の食文化地図. 人類の食文化.農山魚村文化協会.東京.1998,409-431
 - 18) 後藤明・山内昌之編.イスラームとはなにか.新書館.東京.2003
 - 19) 堀内勝.イスラーム教と食事.人類の食文化.農山魚村文化協会.東京.1998,230-250
 - 20) 小西正捷.ヒンデュー食の思想. 人類の食文化.農山魚村文化協会.東京.1998, 2501-271
 - 21) 田中雅一、中谷文美.ジェンダーで学ぶ文化人類学.世界思想社.京都.2006
 - 22) アマルティア・セン.貧困と飢饉.黒崎卓、山崎幸治訳.岩波書店.東京.2004
 - 23) 田中二郎.狩猟採集民の食.人類の食文化.農山魚村文化協会.東京.1998,134-150
 - 24) 吉田集而.味の認識と調味の種類. 人類の食文化.農山魚村文化協会.東京.1998, 369-408
 - 25) Miyagawa Tako, Goudy Marylynn. A cross-cultural Analysis of Motivation for Eating as a Contributing Factor in the Emergence of Glocal Obesity :Japan and the United Status.大手前女子短期大学大手前栄養製菓学院研究集録 21, 243-260, 2001
 - 26) Fatoumata-agens Diarra.Femmes africaines en devenir,editions anthropos,paris.1971
 - 27) Brumberg JJ.Fasting girls;the histry of anorexia nervosa.Vintage Books,New York,2000
 - 28) 波平恵美子.からだの文化人類学.大修

館書店,2005

- 29) 磯野真穂.マイクロコンテキストとハビ
テュスからみた摂食障害—シンガポ
ールにおける摂食障害のエスノグラフィ
ーを通して.こころと文化.6(2),157
-164,2007

G. 研究発表

1. 学会発表

堀井聡子, 曾根智史. 途上国への日本の
NCDs 対策の応用可能性の検討—開発の視
点からの分析.第 27 回日本国際保健医療学
会学術大会抄録集 p169,2012 年 11 月;岡山

Protocol : 1P Integrated management of hypertension and diabetes
(For prevention of heart attacks, strokes, renal failure, amputations and blindness)
(Total risk approach using hypertension, diabetes and tobacco use as entry points)

Apply Protocol to any of the following:

- Age > 40 years
- Smokers
- Obesity*
- Raised BP
- Diabetes
- History of premature CVD in first degree relatives
- History of diabetes or kidney disease in first degree relatives

Action 1. Ask about:

- Known heart disease, stroke, TIA, diabetes, kidney disease
- Chest pain and/or breathlessness on exertion, pain in calf on walking
- Medicines that the patient is taking
- Current tobacco use (yes/no)
- Alcohol consumption (yes/no)
- Occupation (sedentary or active)
- Engaged in more than 30 minutes of physical activity daily at least 5 days a week (yes/no)

Action 2. Asses:

- Waist circumference *
- Palpation of heart, peripheral pulses and abdomen
- Auscultation heart and lungs
- Blood pressure
- Fasting or random plasma glucose (DM= fasting ≥ 7 mmol/L (126 mg/dl) or random ≥ 11.1 mmol/L (200 mg/dl))
- Urine protein
- Urine ketones in newly diagnosed DM
- Plasma cholesterol if test available
- Test sensation of feet and foot pulses if DM

Action 3. Referral criteria for all visits:

- BP ≥ 140 or ≥ 90 mmHg in people < 40 years (to exclude secondary hypertension)
- Known heart disease, stroke, TIA, DM, kidney disease (for assessment as necessary)
- Angina, claudication
- Worsening heart failure
- Raised BP $\geq 140/90$ (in DM above 130/80 mmHg) in spite of treatment with 2 or 3 agents
- Any proteinuria
- Newly diagnosed diabetes with urine ketones 2+ or in lean person of < 30 years
- DM with fasting blood glucose > 14 mmol/l despite maximal metformin with or without sulphonylurea
- DM with severe infection and/or foot ulcers
- DM with recent deterioration of vision or no eye exam in 2 years

Action 4. Estimate cardiovascular risk in those not referred:

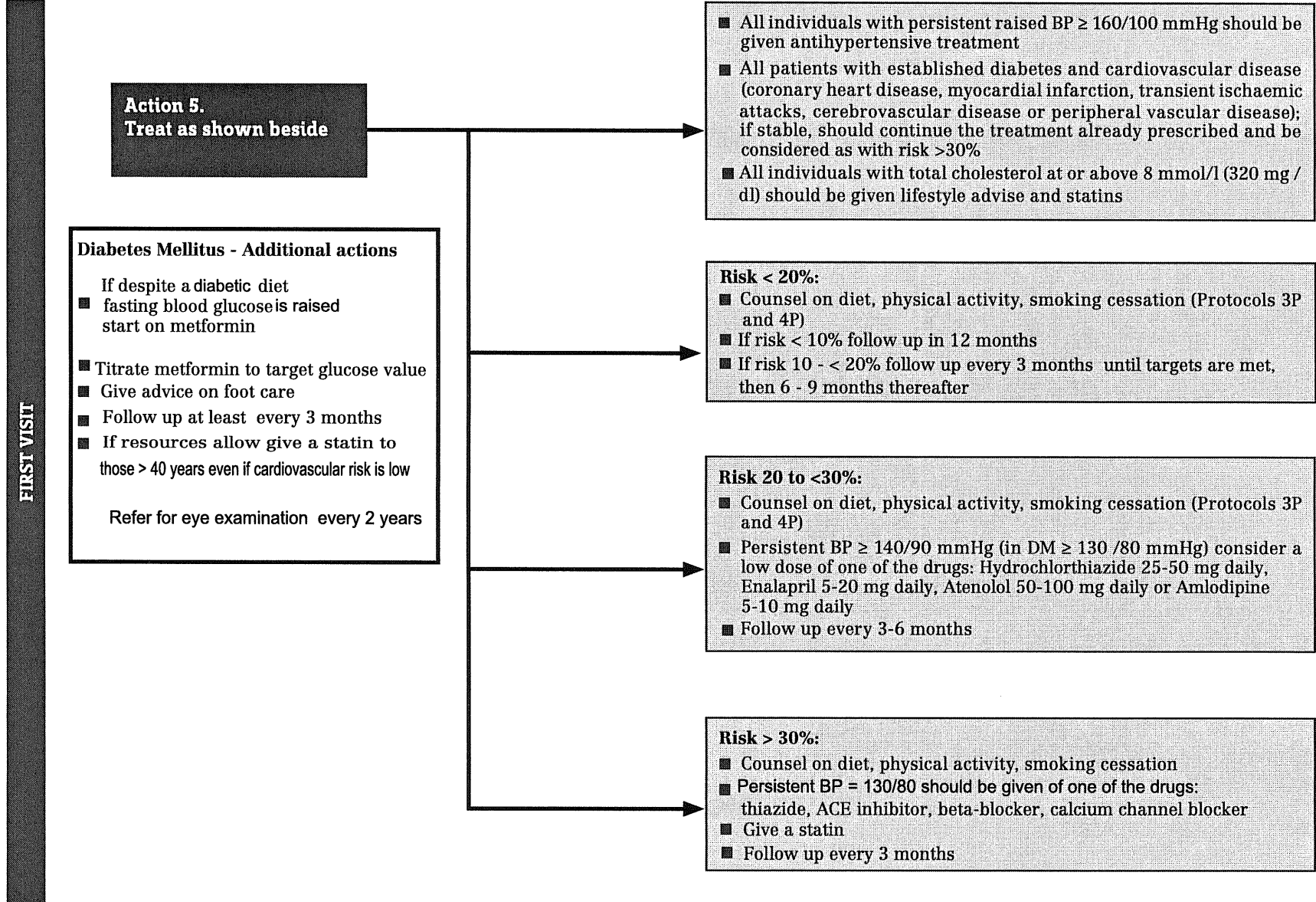
- Use the WHO/ISH risk charts relevant to the WHO subregion (Annex and CD)
- Use age, gender, smoking status, systolic blood pressure, diabetes (and blood cholesterol if available)
- If age 50-59 years select age group box 50, if 60-69 years select age group box 60, etc.; for people age < 40 years select age group box 40

FIRST VISIT

* e.g. waist circumference ≥ 90 cm in women and 100 cm in men

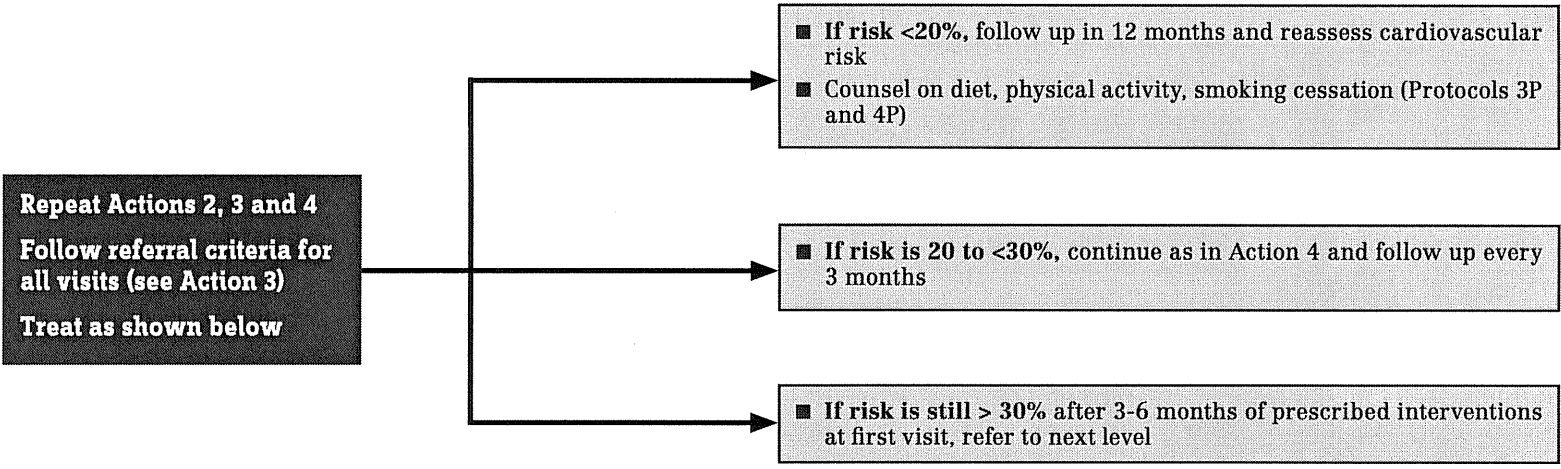
Protocol : 1P (continued)

50



Protocol : 1P (continued)

SECOND VISIT



Advice to patients and family

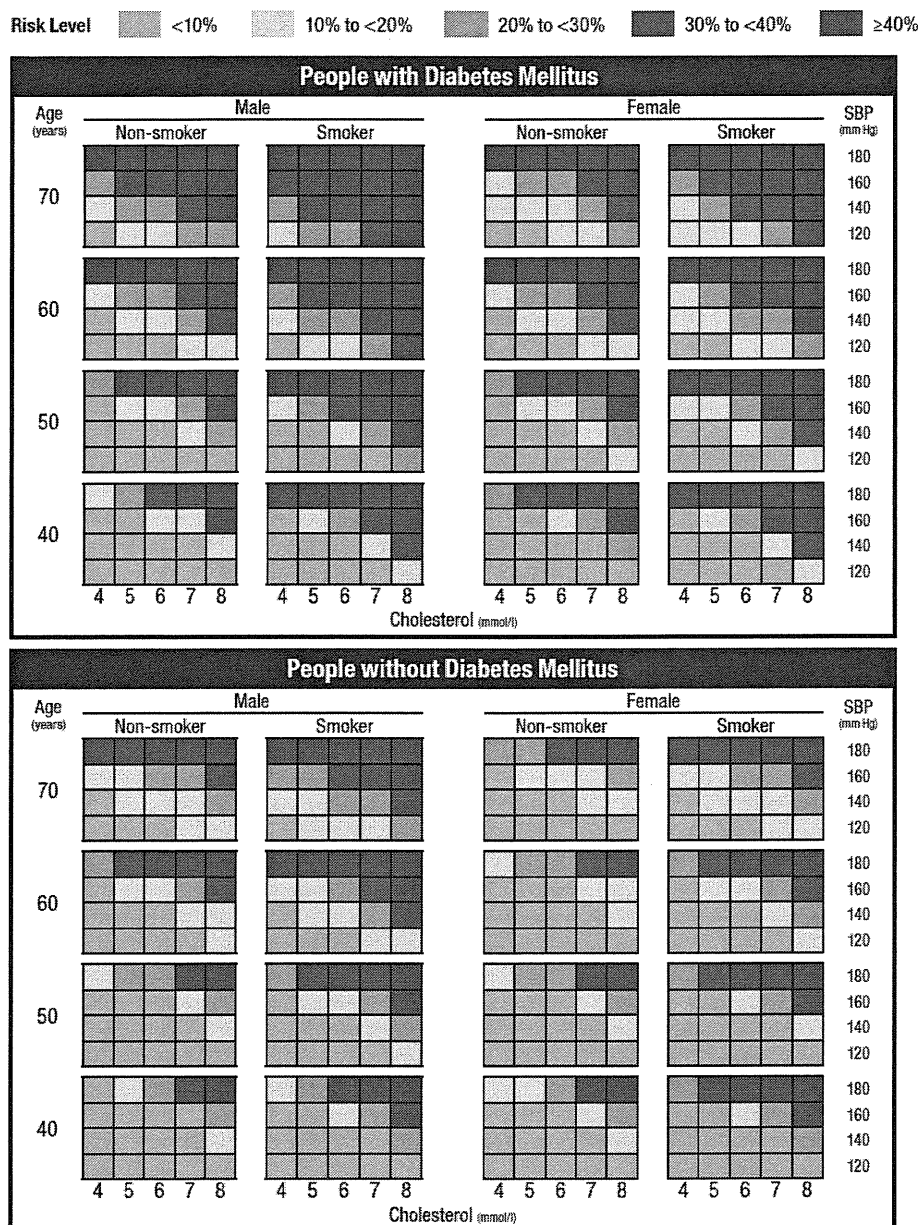
- Avoid table salt and reduce salty foods such as pickles, salty fish, fast food, processed food, canned food and stock cubes
- Have your blood glucose level, blood pressure and urine checked regularly

Advice specific for diabetes

- If you are on any diabetes medication that may cause your blood glucose level to go too low, carry sugar or sweets with you
- If feasible, have your eyes checked every year
- Avoid walking barefoot or without socks
- Wash feet in lukewarm water and dry well especially between the toes
- Do not cut calluses or corns, nor use chemical agents on them
- Look at your feet every day and if you see a problem or an injury go to your health worker

資料 2 WHO 循環器疾患リスク予測チャート (Package of Essential Non-communicable Disease intervention for Primary Health Care in Low resource Setting)

Figure 4. WHO/ISH risk prediction chart for use in settings where blood cholesterol can be measured. 10-year risk of a fatal or non-fatal cardiovascular event by gender, age, systolic blood pressure, total blood cholesterol, smoking status and presence or absence of diabetes mellitus.



厚生労働科学研究費補助金（地球規模保健課題推進研究事業）
分担研究報告書

グローバル化下のたばこ対策の国際比較

研究分担者 富田 奈穂子（国立保健医療科学院国際協力研究部主任研究官）

研究要旨

わが国の生活習慣病対策のうち諸外国に活用し得る要素を抽出し、政策パッケージを開発するための基礎資料として、たばこ対策が進む欧州諸国を中心に、諸外国のたばこ規制への取り組み状況を把握するとともに、一国のたばこ対策に対してグローバル化が与える影響について検討した。その結果、欧州では受動喫煙の防止や広告の規制については禁止や規制を行っている国が多い一方で、禁煙支援に用いる医薬品に対し、わが国のように医療保険による償還を行っている国は少ないことが分かった。また、グローバル化は様々な形でたばこ対策に影響することが確認され、多国籍たばこ企業による低中所得国への市場拡大を後押しするとともに、国のたばこ対策との間に紛争を生じさせる事例も見られた。たばこ対策については、政治、経済、文化的な要因に加え、地政学的要因にも配慮しながら、喫煙者の多くが集中する低中所得国に対する禁煙支援を中心とした政策パッケージを提示することが、わが国の知見を活かす一つの方策ではないかと考えられた。

A. 研究目的

心血管疾患、がん、糖尿病、慢性呼吸器疾患などに代表される生活習慣病の予防可能な行動危険因子として、喫煙、不健康な食事、運動不足、過度の飲酒が挙げられる。中でも喫煙は上述の代表的な4疾患全てに関わる最大の危険因子であるため、生活習慣病対策におけるたばこ対策は重要である。

2005年に発効されたたばこ規制枠組み条約（Framework Convention on Tobacco Control: FCTC）に代表されるように、たばこ対策は他のリスク要因と比較して、具体的な対策の策定が世界的に進んでいる分野である。現在、生活習慣病対策として他の行動危険因子への取り組みも進められているところであるが、その展開において、たばこ対策から得られる示唆は少なくない。

たばこ対策として実施すべき措置は体系化され、収斂されてきているが、その一方で、各国を取り巻く政治、経済、文化的な要因に

よって、検討、実施される具体的施策の種類や程度は大きく影響を受けると考えられる。

また、近年では、二国間あるいは多国間における自由貿易協定やEU統合など、ますます広がるグローバル化が一国のたばこ対策に与える影響も少なくなく、訴訟に発展したり、たばこ対策の実効性を弱めたりする事例も生じている。そのため、実施すべき対策を考える際には、こうした影響についても十分な配慮が必要であろう。グローバル化はたばこ産業と同様に、不健康な食事や過度の飲酒といった生活習慣病の行動危険因子に関わる産業にも共通して影響を及ぼすと考えられ、たばこ対策の事例を通じてグローバル化の影響を検証しておくことは、今後の生活習慣病対策を検討する上でも重要である。

本研究では、平成25年度においてわが国の生活習慣病対策のうち諸外国に活用し得る要素を抽出し、政策パッケージを開発するため

の基礎資料として、たばこ対策が進む欧州諸国を中心に、諸外国のたばこ規制への取り組み状況を把握するとともに、一国のたばこ対策に対してグローバリゼーションが与える影響について検討した。

B. 研究方法

たばこ対策、生活習慣病対策、グローバリゼーションをキーワードに WHO の出版物および国内外の学術誌を中心とした文献調査ならびに関係者への聞き取り調査を行い、たばこ規制への取り組みが進む欧州諸国の施策について、さらにグローバリゼーションがたばこ対策に及ぼす影響について分析を行った。

C. 研究結果

1. 諸外国のたばこ規制への取り組み状況

締約国が行うべき措置として FCTC が掲げている主な条項は、たばこ需要削減のための措置と、たばこ供給削減のための措置とに大別される。前者には①価格および課税措置、②受動喫煙の防止、③成分の規制と情報開示、④健康への影響についてのパッケージ上の警告、⑤教育、訓練、啓発、⑥広告、販売促進やスポンサー行為の規制、⑦禁煙促進と依存治療が、後者には⑧不法取引、⑨未成年者への販売禁止措置などが含まれる。FCTC 批准国は FCTC の規定に沿って規制への取り組みを進めているが、各国の置かれた状況によって、その方策や進展度には違いが見られた。

公共の場での喫煙に関する規制（表 1）については、全体として公共施設、公共交通機関ともに喫煙が禁止あるいは規制されているが、アルバニア、イギリスでは医療施設、教育施設、行政機関いずれにおいても自発的合意として、またドイツでは医療施設で自発的合意として受動喫煙の予防が行われており、行政機関では規制なしとなっている。また、ルクセンブルグでは行政機関において規制がなく、ポルトガルとウズベキスタンでは自発的合意となっている。レストラン、パブやバ

一、タクシーなど、公的度合が比較的弱いもののほど自発的合意や規制のない国が増える傾向にある。

広告の規制（表 2）についてはテレビ、ケーブルテレビ、ラジオについて広告の禁止や規制を行っている国がほとんどであるが、ベラルーシとキルギスタンがいずれも部分的規制に留まり、セルビアはケーブルテレビについて規制がなく、ロシアではラジオについて部分規制が行なわれている。また、テレビやラジオに比べ、国内向け雑誌や新聞、看板や屋外壁面の広告では部分的規制または規制の無い国の割合が増え、売店、キオスクや映画館での広告の規制ではその割合がさらに増加する。

禁煙支援（表 3）についてはニコチン補充療法やブプロピオン等の医薬品に対し医療保険による償還を行っている国が少ないことが特徴的であり、限定付償還か否かを問わず、双方の保険償還を行っている国はフランス、アイルランド、イギリスの 3 カ国のみであった。また、禁煙支援についての医療従事者研修（表 4）は、国によって実施状況が様々であるが、全体として医学部生や看護学部生に比べ、歯学部生や薬学部生に対する研修が少ない傾向にある。

たばこの販売規制（表 5）については、ばら売りまたは無包装の紙巻きたばこの販売を禁止している国が多く、年齢制限を 18 歳または 16 歳とする国が多い他は、各国の規制状況は様々である。

表 1 から表 5 を通して全体的に言えることは、公共の場での喫煙に関する規制や広告の規制は、禁煙支援や販売規制に比べてより規制されており、また、広告の規制については旧東欧と旧西欧の取り組み状況に若干の違いが見られるものの、公共の場での喫煙に関しては両者に違いは見られなかった。これは、現在進められているプレーン・パッケージの導入検討など、EU 加盟国全体での協調と、その周辺国への影響によるものと考えられる。

WHO では、国毎のたばこ対策への取り組み支援を目的に、MPOWER（たばこの使用と防止策の監視、たばこの煙からの保護、禁煙支援の提供、たばこの危険についての警告、たばこの広告、販売促進、スポンサー行為の禁止、たばこ税の引き上げの6つの頭文字を繋げた略語）の各側面について、問題の所在や実施すべき政策、科学的論拠などを示しており、これら6つの側面について加盟国の取り組みを4段階で評価した「世界のたばこ流行に関する報告2011」によると、ヨーロッパ諸国に比べ、我が国の属するWHO西太平洋事務局加盟国では喫煙率が高く、また、受動喫煙に対する取り組み、たばこのパッケージ上の健康警告表示、広告の規制、たばこへの課税などにおいて、ヨーロッパの取り組みに後れを取っている。¹⁾

2. たばこ対策に対してグローバリゼーションが与える影響

グローバリゼーションがたばこ対策に及ぼす影響については、近年、自由貿易協定の締結が盛んになっており、それと同時に公衆衛生政策と国際経済法との間に紛争が生じる事例が増加している。公衆衛生上の見地からは、たばこに対する規制は生活習慣病対策の要として当然であるが、国際貿易や国際投資の観点からは、投資や海外での商品販売を行う権利を脅かすものという解釈も可能であり、例えばタイにおけるフィリピンからの紙巻きたばこに関する関税および財政措置の事例では、WTOの小委員会により、タイのたばこ税措置の実施がGATTならびに関税評価協定に整合しない差別的な形であったと判断された。

また、クローブたばこを禁止し、メンソールたばこを禁止しないという米国のフレーバーたばこ製品規制に対し、インドネシアが異議を申し立て、この規制が貿易の技術的障害に関する協定（TBT協定）第2条第1項に違反する差別的なものであると認められる事例もあった。

こうした自由貿易協定は近年、多国籍たばこ企業がたばこ規制に対する異議申し立てを行うための手段としても使われており、最近ではフィリップ・モリス（ノルウェー）が欧州経済領域に関する協定（EEA協定）に基づいて行った、店頭におけるたばこ製品陳列を禁じたノルウェー政府の措置に対し、申し立てを行っている。²⁾

他にも、2011年11月にオーストラリアで、従来のたばこのパッケージ・デザインを禁止し、決められた位置、色、フォントで会社名と製品名を表示するとともに、健康への影響に関する警告画像を表示した新しいパッケージの使用を義務付けるプレーン・パッケージ法案が成立し、翌年12月に完全施行されたが、途中、たばこ大手4社（フィリップモリス・インターナショナル、ブリティッシュ・アメリカン・タバコ、日本たばこ産業、インペリアル・タバコ）が無効確認訴訟を提起している。

グローバリゼーションはまた、時に政治や経済環境の変化をもたらすが、例えばブルガリアでは政治体制の変化やEUへの新規加盟に乗じて多国籍たばこ企業がたばこの密輸に関与し、さらにたばこ税の引き上げに対するロビー活動を行うなど、たばこ対策に影響を与えたことが明らかになっている。³⁾

韓国では1988年の経済自由化により多国籍たばこ企業が国内市場に参入したことにより、たばこ製品の輸入や販路の拡大、広告活動の活発化が生じ、たばこの消費拡大、特に若年者や女性の喫煙者の増加を招いた。⁴⁾

6つの地域事務局のうち、我が国も所属するWHO西太平洋地域事務局の域内は喫煙者が最も多く、世界の1/3を占めている。特に太平洋諸島の国々では紙巻きたばこの値段が安く、入手も簡単であることから、喫煙率が高止まりであることが指摘されている。⁵⁾ 表6はWHOアジア太平洋事務局加盟国のたばこ価格を比較した表であるが、島嶼国では最もよく売れている銘柄の一箱あたりの価格が低い

傾向にあり、価格が高く設定されているニウエ、キリバス、バヌアツ、クック諸島、ナウル、パラオなどの国では高率の輸入税が価格に反映されているため、こうした国々では自由貿易協定により、大きな影響を受けることが予想される。

さらに、たばこ企業が外国直接投資に関わっている国においてはたばこの消費の顕著な増加が認められ⁶⁾、また、投資が比較的大きい国は、たばこ規制が比較的弱いことも明らかとなっている。⁷⁾

D. 考察・結論

たばこ対策について、わが国や、わが国の所属する WHO アジア太平洋事務局加盟国とヨーロッパの取り組み状況には大きな違いが見られる一方で、ヨーロッパ諸国における旧東欧と旧西欧の取り組み状況には、今回の比較ではさほど差が感じられなかった。このことから、政策の適用可能性を考える際には、地政学的要因も加味する必要があると考えられる。

たばこ対策は、新たな喫煙者の防止、喫煙者の禁煙支援、受動喫煙の抑制という3側面への働きかけである。この観点から、今回主に情報を収集した欧州とわが国とのたばこ対策を比較すると、欧州では規制を通じた新たな喫煙者の防止、受動喫煙の抑制への取り組みが進んでいる一方で、喫煙者の禁煙支援においてはわが国の取り組みが進んでいると言えるのかも知れない。なぜなら、禁煙治療が保健医療給付の対象である国の方が、禁煙治療へのアクセスを保証、増加させることが可能であるからである。

特に、WHO 西太平洋地域事務局の域内は喫煙者が世界の1/3を占めており、こうした国においては、たばこの価格の値上げと同時に、禁煙支援も行う必要があり、ここに、禁煙治療に対する保健医療給付や、禁煙外来、特定健康診査・特定保健指導において培ってきたわが国の知見が活かせるのかもしれない。

グローバリゼーションは貿易や投資と絡んで一国のたばこ対策にしばしば問題をもたらすことが分かった。さらに、多国籍たばこ企業は、たばこ対策の進展に伴いいくつかの高所得国や高所得国でたばこ製品の使用が減少していることもあり、グローバリゼーションの波に乗って低所得国への市場の拡大を行っている。現在では、世界の10億人の喫煙者のうち、約80%が低所得国で暮らしているとの報告があり⁵⁾、こうした国々に対し活用し得るような知見の政策パッケージ提示が望まれる。

参考文献

1. WHO. Report on the global tobacco epidemic, 2011.
2. WHO. Confronting the tobacco epidemic in a new era of trade and investment liberalization. 2012.
3. Skafida V, Silver KE, Rechel BPD, Gilmore AB. Change in tobacco excise policy in Bulgaria: the role of tobacco industry lobbying and smuggling. *Tob Control* 2012; 0:1-8.
4. Lee S, Lee K, Holden C. Creating demand for foreign brands in a 'home run' market: tobacco company tactics in South Korea following market liberalization. *Tob Control* 2012; 0:1-8.
5. WHO/WPRO. Pacific tobacco taxation project. <http://www.wpro.who.int/tobacco/pacifictobac cotaxationproject/en/index.html> (2013年3月14日アクセス).
6. Gilmore A, McKee M. Exploring the impact of foreign direct investment on tobacco consumption in the former Soviet Union. *Tobacco Control*, 2005, 14: 13-21.
7. Gilmore A, McKee M. Tobacco and transition: an overview of industry investment, impact and influence in the former Soviet Union. *Tobacco Control*, 2004, 13: 136-142.

E. 研究発表

なし

F. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表 1 公共の場での喫煙に関する規制

国	公共施設					公共交通機関				
	医療施設	教育施設	行政機関	レストラン	パブ、バー	屋内の職場 事務所	劇場、映画館	バス	タクシー	電車
アルバニア	自発的合意	自発的合意	自発的合意	規制なし	規制なし	自発的合意	自発的合意	自発的合意	自発的合意	規制なし
アンドラ	禁止	禁止	禁止	規制なし	規制なし	規制なし	禁止	禁止	禁止	禁止
アルメニア	禁止	禁止	規制	規制	規制	規制	規制	禁止	規制なし	禁止
オーストリア	禁止	禁止	禁止	自発的合意	自発的合意	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止
アゼルバイジャン	禁止	禁止	規制	規制	規制	規制	禁止	規制	禁止	規制
ベラルーシ	禁止	禁止	禁止	規制	規制	規制なし	規制	禁止	禁止	規制
ベルギー	禁止	禁止	禁止	規制	規制	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止
ボスニア・ヘルツェゴビナ	禁止	禁止	禁止	禁止	規制	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止
ブルガリア	禁止	禁止	禁止	規制	規制	禁止	禁止	禁止	禁止	規制
クロアチア	禁止	禁止	禁止	規制	規制	禁止	禁止	規制	規制	禁止
キプロス	禁止	禁止	禁止	規制	規制	規制	禁止	NA	NA	NA
チェコ	禁止	禁止	禁止	規制	規制	禁止	禁止	禁止	禁止	規制
デンマーク	規制	規制	規制	規制なし	規制なし	規制	規制	規制	規制なし	規制
エストニア	禁止	禁止	禁止	規制	規制	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止
フィンランド	禁止	禁止	禁止	規制	規制	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止
フランス	禁止	禁止	禁止	規制	規制	規制	禁止	禁止	禁止	規制
グルジア	規制	規制	規制	規制	規制	規制	規制	規制	規制	規制
ドイツ	自発的合意	規制	規制なし	自発的合意	自発的合意	禁止	規制なし	自発的合意	規制なし	自発的合意
ギリシャ	禁止	禁止	禁止	規制	規制	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止
ハンガリー	禁止	禁止	禁止	規制	規制	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止
アイスランド	禁止	禁止	禁止	規制	規制	禁止	禁止	禁止	禁止	利用できない
アイルランド	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止
イスラエル	禁止	禁止	禁止	規制	規制	禁止	規制	規制	規制	規制
イタリア	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止
カザフスタン	禁止	禁止	禁止	規制	規制	規制	禁止	禁止	禁止	規制
キルギスタン	禁止	規制	規制	規制なし	規制なし	規制なし	規制なし	禁止	禁止	規制
ラトビア	規制	禁止	規制	規制	規制	規制	規制	禁止	禁止	禁止