

population is 34 % in average and the rate of B, C islands belonging to A are over 40%. The majority of population are involved in tourism, agriculture and fishing.

2.3 Implementing structure

The Project was carried out by initiative of public health nurse of A town under the support of the private organization called “the health promotion center”. Community member, local public organization and township hospitals engaged in the implementation process as well.

3. Overall Meeting Objective

1. Develop a community which can support demented person and their family members together
2. Set up a network among local organizations and professionals in order to realize healthy community

4. Specific objective

Several specific objectives identified by community members

5. Activities and time frame

5.1 Setting project objectives

Project objectives were set up through a series of discussions among public health nurses of town A and experts form “the health promotion center”. As a result of series of discussions, overall meeting objectives mentioned above were set up.

5.2 Creating a plan for achieving the project objectives

Means to achieve the objectives were identified as follows.

Regarding Objective 1;

1. Take place an exhibition to arouse the concern of community members,
2. Organize workshops with community members and professionals.

Regarding Objective 2;

1. Hold case conference by relevant organizations and professionals,
2. Justify each role of organizations and professionals concerning to activities planned as results of the case conference

5.3 Organizing community participatory workshop (table 1)

To arouse the interest of the community members to the project, we hold an exhibition

as well as PR advertising carried out. As a result, 43 participants gathered and 9 workshops were organized from 2008 to 2009.

At the first workshop, we asked community members to have future image of the community which “enable people to have an ideal life even though they have dementia or their family member have dementia”. Then, we discussed with them about necessary means, specific activities and conditions in order to realize the community they imaged. In order to carry out the activities which they identified, we justified the each role of community members, local organization and professionals. Finally, they selected activities which can easily accomplish and started to carry out with the activities.

5.4 Organizing public reporting meeting for community members

Responding to desires expressed by community members who participated in the workshop, we held a public meeting to give feedback to other community members on the activities planned in the workshops and the discussions that took place. We also took this opportunity to offer care consultations and gave out information on dementia prevention. The meeting drew broad attendance from the community, including volunteers and staff from local hospitals and long-term care facilities.

As a follow-up to this meeting, “community development committee” was formed, with members comprising community members, professionals, and public administrative staff. The committee continues to meet regularly today.

6. Indicators

Indicators were developed in accordance with specific objectives identified by community members.

7. Expected outcomes (Discussion)

Based on the concept of PGVM, this project was carried out not from the perspective of reducing dementia patients but from the perspective of making it possible for community members to lead an ideal life even if they had dementia. This approach enabled us to arrive at a common image of a healthy community among community members and health professionals, since this model relies on interaction between the technical knowledge and experience of professionals and the hopes and dreams grounded in the lived experience of community members.. In this model, the role of public health nurses was to find common ground between community members and professionals by reviewing the workshops, and seeking to obtain an overall perspective of the broader community. In this way, the project not only achieved the social

participation of the community members who took part in the activities, but also lead to development social capital, which itself was a process that can serve to lifestyle focused on prevention and well-being. In addition, because the project engaged community members in the planning and implementation phases, the activities had strongly grounded in the community system.

Furthermore, the use of this model also led to the capacity building of the local public health nurses. For instance, their capacity for fostering community participatory planning and partnerships between community members and health professional was strengthened. Finally, an attitude of respect for diverse values and for the opinions of the community was fostered.

8. Conclusion

In seeking to deal effectively with NCDs, consideration of the diverse values of community members is essential. PGVM was successful in reflecting the values of community members and was also able to promote self-sustaining activities by encouraging community participation in the project planning and implementation process. Moreover, such community participation itself has the potential benefit of realizing lifestyle focused on prevention and well-being. It was also seen to foster the building of social capital as well. Finally, our result suggested that this method can contribute to strengthening the capacity of local nursing professionals in the process of project planning and implementation.

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

ー、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を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/pacific_tobacco_taxation_project/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

リトアニア	禁止	禁止	禁止	規制	規制	規制	禁止	禁止	禁止	禁止
ルクセンブルク	禁止	禁止	規制なし	規制なし	規制なし	規制なし	禁止	禁止	規制なし	規制
マルタ	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	NA
モンテネグロ	禁止	禁止	禁止	規制	規制	規制	規制	禁止	禁止	禁止
オランダ	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
ノルウェー	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止
ポーランド	規制	規制	規制	規制	規制	規制	規制	禁止	禁止	規制
ポルトガル	禁止	禁止	自発的合意	自発的合意	自発的合意	自発的合意	禁止	禁止	禁止	規制
モルドバ	禁止	禁止	規制	規制なし	規制なし	規制	規制	禁止	禁止	禁止
ルーマニア	禁止	禁止	禁止	規制	規制	禁止	禁止	禁止	自発的合意	禁止
ロシア	規制	規制	規制	規制なし	規制なし	規制	規制	禁止	禁止	規制
セルビア	禁止	禁止	禁止	規制	規制	禁止	禁止	禁止	禁止	規制
スロバキア	禁止	禁止	禁止	規制	規制	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止
スロベニア	禁止	禁止	禁止	規制	規制	禁止	規制	禁止	禁止	規制
スペイン	禁止	禁止	禁止	規制	規制	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止
スウェーデン	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止
スイス	規制	規制	規制	規制なし	規制なし	規制	規制	自発的な合意/禁止	自発的な合意/禁止	自発的な合意/禁止
旧ユーゴスラビア マケドニア共和国	禁止	禁止	禁止	規制	規制	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止
トルコ	規制	規制	規制	規制なし	規制なし	規制	規制	規制	規制	規制
トルクメニスタン	禁止	禁止	禁止	規制なし	規制なし	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止
ウクライナ	規制	規制	規制	規制なし	規制なし	規制なし	規制	禁止	禁止	規制
イギリス	自発的合意	自発的合意	自発的合意	自発的合意	自発的合意	自発的合意	自発的合意	禁止	規制なし	禁止
スコットランド	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止
ウズベキスタン	規制	規制	規制なし	規制なし	規制なし	規制なし	規制	禁止	禁止	規制

出典：WHO (2007) The European Tobacco Control Report, Table 6, Table 7.

表 2 広告の規制

国	全国放送 テレビ	ケーブ ル テレビ	全国放 送 ラジオ	国内向 け雑誌 新聞	看板 屋外壁 面	売店 キオス ク	映画館
アルバニア	禁止	禁止	禁止	禁止	規制なし	規制なし	部分的 規制
アルメニア	禁止	禁止	禁止	部分的 規制	禁止	部分的 規制	部分的 規制
オーストリア	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	部分的 規制	部分的 規制
アゼルバイジャン	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	部分的 規制	禁止
ベラルーシ	部分的規 制	部分的 規制	部分的 規制	部分的 規制	部分的 規制	規制なし	部分的 規制
ベルギー	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	部分的 規制	禁止
ボスニア・ ヘルツェゴビナ	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止
ブルガリア	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	部分的 規制	禁止
クロアチア	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	規制なし	部分的 規制
チェコ	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	規制なし	禁止
デンマーク	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	部分的 規制	禁止
エストニア	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止
フィンランド	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止
フランス	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	部分的 規制	禁止
ドイツ	禁止	禁止	禁止	規制なし	規制なし	規制なし	部分的 規制
グルジア	禁止	禁止	禁止	部分的 規制	部分的 規制	規制なし	部分的 規制
ギリシャ	禁止	禁止	禁止	規制なし	規制なし	規制なし	規制なし
ハンガリー	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	部分的 規制	禁止
アイスランド	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止
アイルランド	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	部分的 規制	禁止	部分的 規制	部分的 規制
イタリア	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	部分的 規制	禁止	規制なし	禁止
キルギスタン	部分的規 制	部分的 規制	部分的 規制	部分的 規制	禁止	規制なし	規制なし
ラトビア	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	部分的 規制	禁止
リトアニア	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止
ルクセンブルク	禁止	禁止	なし	部分的 規制	禁止	禁止	禁止

マルタ	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	規制なし	禁止
モンテネグロ							
オランダ	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	部分的規制	禁止
ノルウェー	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止
ポーランド	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止
ポルトガル	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止
モルドバ	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	規制なし	部分的規制
ルーマニア	禁止	禁止	禁止	部分的規制	部分的規制	部分的規制	部分的規制
ロシア	禁止	禁止	部分的規制	部分的規制	部分的規制	規制なし	部分的規制
セルビア	禁止	規制なし	禁止	禁止	禁止	規制なし	禁止
スペイン	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止
スロバキア	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止
スロベニア	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	規制なし	禁止
スウェーデン	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止
スイス	禁止	禁止	禁止	部分的規制	部分的規制	部分的規制	部分的規制
タジキスタン	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	規制なし	規制なし
旧ユーゴスラビア マケドニア共和国	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	部分的規制	禁止
トルクメニスタン	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	規制なし	規制なし
トルコ	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	部分的規制	禁止
ウクライナ	禁止	禁止	禁止	部分的規制	部分的規制	部分的規制	規制なし
イギリス	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	部分的規制	禁止
ウズベキスタン	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	規制なし	規制なし

出典：WHO (2007) The European Tobacco Control Report, Table 9.

表 3 禁煙支援

国	電話相談	ニコチン補充療法の有無	医療保険制度によるニコチン補充療法の保険償還	ブプロピオンまたは同等の治療薬の有無	医療保険制度によるブプロピオンの保険償還	たばこの使用の中止を促す、年齢や性別に基づいた宣伝、教育プログラム	たばこ依存の治療と予防を含む健康保険制度	タバコ依存の予防、診断、治療を含むプライマリ・ヘルスケアプログラム
アルバニア						あり	あり	あり
アンドラ	なし	OTC	なし	要処方箋	あり	ない	ない	ない
アルメニア	計画中	OTC	なし	OTC	なし	地域レベル	ない	地域レベル
オーストリア	あり	スプレー式点鼻薬は要処方箋、その他は OTC	なし	要処方箋	なし	ない	あり	あり
ベラルーシ	地域レベル	OTC と要処方箋	なし	なし	なし	地域レベル	ない	地域レベル
ベルギー	あり	OTC	妊婦に限り償還	要処方箋	なし	地域レベル	あり	あり
ボスニア・ヘルツェゴビナ	なし	OTC	なし	OTC	なし	ない	ない	あり
ボスニア連盟とヘルツェゴビナ	なし	OTC	なし	OTC	なし	あり	あり	あり
スルプスカ共和国								
ブルガリア	なし	OTC	なし	要処方箋	なし	地域レベル	あり	ない
クロアチア	あり	OTC	なし	OTC と要処方箋	なし	あり	ない	地域レベル
キプロス	あり	OTC	あり、資金調達 の制限付き	要処方箋	なし			
チェコ	あり	OTC	なし	要処方箋	なし	ない	あり	あり
デンマーク	あり	OTC	いくつかの郡で 償還	要処方箋	なし	あり	あり	ない
エストニア	あり	OTC	なし	要処方箋	なし	あり	あり	あり
フィンランド	あり	正規小売店/ OTC/要処方箋	なし	要処方箋	なし	あり	あり	あり
フランス	あり	OTC	限定付償還	要処方箋	限定付償還	あり	ない	あり
グルジア	あり	OTC	なし	なし	NA	地域レベル	あり	計画中
ドイツ	あり	OTC	なし	要処方箋	なし	地域レベル	ない	ない
ギリシャ	なし	OTC	なし	要処方箋	なし			
ハンガリー	あり	OTC	なし	なし	NA	ない	あり	地域レベル
アイスランド	あり	OTC	なし	要処方箋	なし	ない	ない	地域レベル
アイルランド	あり	OTC	あり、限定付償還	要処方箋	あり、限定付償還	あり	あり	あり

イタリア	あり	OTC	なし	要処方箋	なし	あり	あり	地域レベル
カザフスタン	あり	OTC	なし	要処方箋	なし	地域レベル	あり	あり
キルギスタン	なし	OTC	なし	なし	NA	あり	ない	地域レベル
ラトビア	あり	OTC	なし	要処方箋	なし	あり	あり	あり
リトアニア	あり	要処方箋	なし	要処方箋	なし	あり	あり	あり
マルタ	あり	OTC	なし	要処方箋	なし	あり	ない	あり
モンテネグロ						あり	あり	あり
オランダ	あり	OTC	なし	要処方箋	なし	ない	ない	なし
ノルウェー	あり	OTC	なし	要処方箋	なし	あり(年齢), 地域レベル(ジェンダー)	あり	あり
ポーランド	あり	OTC	なし	要処方箋	いくつかの禁煙クリニックで無料	地域レベル	あり	地域レベル
ポルトガル	あり	OTC	なし	要処方箋	なし	あり	あり	あり
モルドバ	なし	OTC	なし	なし	NA	地域レベル	ない	ない
ルーマニア	あり	利用できない	なし	要処方箋	喫煙者のプロピリン服用のピロットプログラム	ない	あり	ない
ロシア	なし	OTC	なし	なし	なし	地域レベル	あり	あり
セルビア	なし	OTC	なし	OTC	なし	あり	あり	地域レベル
スロバキア	あり	OTC	なし	要処方箋	なし	地域レベル	ない	ない
スロベニア	あり	OTC	なし	要処方箋	なし	あり	ない	地域レベル
スペイン	計画中	OTC	なし	要処方箋	なし	あり	ない	あり
スウェーデン	あり	OTC	なし	要処方箋	あり	あり	あり	あり
スイス	あり	吸入剤は要処方箋、その他はOTC	なし	要処方箋	なし	あり	ない	地域レベル
旧ユーゴスラビア マケドニア共和国	なし	OTC	なし	なし	NA	ない	あり	ない
ウクライナ	なし	OTC	なし	要処方箋	なし			
イギリス	あり	OTCと要処方箋	あり	要処方箋	あり	あり	あり	あり
ウズベキスタン	なし	OTCと要処方箋	なし	OTCと要処方箋	なし	あり	ない	あり

出典：WHO (2007) The European Tobacco Control Report, Table 11, Table 12.

表 4 たばこ対策と禁煙支援についての医療従事者研修

国	医学部生	看護学部生	歯学部生	薬学部生	医師の卒後研修
アルバニア	あり	あり	あり	あり	あり
アルメニア	地域レベル	地域レベル	なし	なし	あり
オーストリア	あり	あり	あり	あり	あり
ベラルーシ	地域レベル	地域レベル	なし	なし	地域レベル
ボスニア・ヘルツェゴビナ ボスニア連盟と ヘルツェゴビナ スルプスカ共和国	あり あり	あり あり	あり あり	あり あり	あり あり
ベルギー	地域レベル	地域レベル	地域レベル	地域レベル	地域レベル
ブルガリア	なし	地域レベル	なし	なし	地域レベル
クロアチア	地域レベル	地域レベル	なし	なし	地域レベル
キプロス	なし	なし	なし	なし	なし
チェコ	あり	あり	地域レベル	なし	あり
エストニア	なし	なし	なし	なし	あり
フィンランド	あり	準備中	なし	なし	あり
グルジア	なし	なし	なし	なし	計画中
ドイツ	なし	なし	なし	なし	地域レベル
ギリシャ	なし	あり	なし	なし	地域レベル
ハンガリー	あり	あり	あり	あり	あり
アイスランド	あり	あり	あり	あり	なし
アイルランド	あり	あり	あり	あり	あり
イタリア	なし	なし	なし	なし	なし
カザフスタン	あり	あり	あり	あり	あり
キルギスタン	あり	あり	なし	なし	あり
ラトビア	あり	あり	あり	あり	あり
リトアニア	なし	なし	あり	あり	あり
マルタ	あり	国レベル	あり	あり	なし
ノルウェー	あり	あり	なし	なし	なし
ポーランド	地域レベル	あり	なし	なし	あり
ポルトガル	なし	なし	なし	なし	あり
モルドバ	なし	なし	なし	なし	なし
ルーマニア	あり	なし	あり	なし	あり
ロシア	あり	あり	あり	あり	あり
セルビア	なし	なし	なし	なし	あり
スロバキア	地域レベル	なし	なし	なし	あり
スロベニア	あり	あり	あり	あり	あり
スペイン	なし	なし	なし	なし	なし
スウェーデン	あり	あり	あり	あり	あり
スイス	なし	なし	なし	なし	あり
旧ユーゴスラビア マケドニア共和国	あり	あり	あり	あり	あり
ウズベキスタン	あり	あり	あり	あり	あり

出典：WHO (2007) The European Tobacco Control Report, Table 13.

表 5 たばこの販売規制

国	年齢制限	自動販売機	セルフサービスの販売	通信販売または電子媒体による販売	ばら売りまたは無包装の紙巻きたばこの販売	免税のタバコ製品	紙巻きたばこの無料サンプル	小売りの許認可
アルバニア	なし	規制なし	規制なし	規制なし	規制なし	規制なし	規制なし	なし
アンドラ	18	部分的規制	部分的規制	規制なし	禁止	規制なし	部分的規制	なし
アルメニア	18	部分的規制	部分的規制	規制なし	禁止	部分的規制	部分的規制	あり
オーストリア	16	部分的規制	規制なし	規制なし	禁止	部分的規制	禁止	あり
アゼルバイジャン	なし	禁止	規制なし	規制なし	禁止	規制なし	禁止	規制なし
ベラルーシ	18	禁止	禁止	規制なし		部分的規制	部分的規制	あり
ベルギー	16	禁止	禁止	部分的規制	禁止	部分的規制	禁止	あり
ボスニア・ヘルツェゴビナ	18	禁止	禁止	規制なし	禁止	規制なし	禁止	なし
ブルガリア	18	禁止	禁止	規制なし	禁止	規制なし	禁止	あり
クロアチア	18	禁止	部分的規制	部分的規制	禁止	部分的規制	禁止	なし
キプロス	18	禁止	禁止	規制なし	禁止	規制なし	禁止	あり
チェコ	18	部分的規制	禁止	禁止	禁止	部分的規制	禁止	なし
デンマーク	18	規制なし	NA	部分的規制	禁止	部分的規制	禁止	なし
エストニア	18	禁止	規制なし	規制なし	禁止	規制なし	禁止	あり
フィンランド	18	部分的規制	部分的規制	規制なし	禁止	部分的規制	禁止	なし
フランス	18	禁止	禁止	禁止	禁止	部分的規制	禁止	あり
グルジア	18	規制なし	規制なし	規制なし	禁止	規制なし	規制なし	なし
ドイツ	16	自発的合意	規制なし	規制なし	禁止	部分的規制	禁止	なし
ギリシャ	なし	NA	NA	NA	禁止	部分的規制	部分的規制	あり
ハンガリー	18	禁止	規制なし	規制なし	禁止	部分的規制	禁止	あり
アイスランド	18	禁止	禁止	規制なし	禁止	規制なし	禁止	あり
アイルランド	18	規制なし	禁止	規制なし	禁止	部分的規制	禁止	なし
イタリア	16	規制	禁止	規制	禁止	部分的規制	禁止	あり
カザフスタン	18	禁止	禁止	禁止	禁止	規制なし	規制なし	なし
ラトビア	18	禁止	規制なし	規制なし	禁止	規制なし	禁止	あり
リトアニア	18	禁止	規制なし	規制なし	禁止	規制なし	禁止	あり
マルタ	18	規制なし	規制なし	規制なし	禁止	規制なし	禁止	なし

オランダ	16	部分的規制	規制なし	規制なし	禁止	部分的規制	禁止	なし
ノルウェー	18	禁止	規制なし	部分的規制	禁止	規制なし	禁止	なし
ポーランド	18	禁止	規制なし	規制なし	禁止	規制なし	規制なし	あり
ポルトガル	16	部分的規制	規制なし	規制なし	禁止	部分的規制	部分的規制	なし
モルドバ	18	規制なし	規制なし	規制なし	禁止	規制なし	規制なし	あり
ルーマニア	16	禁止	禁止	規制なし	禁止	部分的規制	禁止	なし
ロシア	18	禁止	規制なし	規制なし	禁止	規制なし	規制なし	なし
セルビア	18	禁止	禁止	規制なし	禁止	部分的規制	禁止	あり
スロバキア	18	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止	あり
スロベニア	15	禁止	禁止	規制なし	禁止	規制なし	禁止	あり
スペイン	18	部分的規制	禁止	禁止	禁止	部分的規制	禁止	あり
スウェーデン	18	部分的規制	禁止	部分的規制	禁止	部分的規制	禁止	なし
スイス	なし	規制なし	規制なし	規制なし	禁止	規制なし	規制なし	なし
タジキスタン	18	規制なし	規制なし	規制なし	規制なし	規制なし	規制なし	なし
旧ユーゴスラビア マケドニア共和国	16	規制なし	規制なし	規制なし	規制なし	規制なし	規制なし	あり
トルコ	18	規制なし	規制なし	規制なし	禁止	規制なし	禁止	あり
トルクメニスタン	18	規制なし	規制なし	規制なし	規制なし	規制なし	規制なし	なし
ウクライナ	18	規制なし	規制なし	規制なし	規制なし	規制なし	禁止	あり
イギリス	16	部分的規制	規制なし	規制なし	禁止	部分的規制	禁止	なし
ウズベキスタン	18	規制なし	規制なし	規制なし	規制なし	規制なし	規制なし	あり

出典：WHO (2007) The European Tobacco Control Report, Table 15.

表 6 WHO アジア西太平洋事務局加盟国のたばこの価格

国	最もよく売れている銘柄の一箱あたりの価格（現地通貨額）	通貨単位	最もよく売れている銘柄の一箱あたりの価格（PPP）	最もよく売れている銘柄の一箱あたりの価格（米ドル）	個別消費税	従価税	輸入税	税合計
オーストラリア	11.98	AUD	7.74	10.77	55%	0%	0%	64%
シンガポール	11.60	SGD	11.30	8.52	61%	0%	0%	67%
ニュージーランド	11.30	NZD	6.95	8.19	61%	0%	0%	72%
ニウエ	10.00	NZD	NR	7.24	0%	0%	42%	63%
キリバス	8.00	AUD	NR	7.19	0%	0%	50%	50%
バヌアツ	653.00	VUV	10.69	6.56	12%	0%	37%	60%
クック諸島	8.20	NZD	NR	5.94	0%	0%	68%	78%
ツバル	6.00	AUD	NR	5.39	0%	14%	2%	19%
ナウル	4.96	AUD	NR	4.46	0%	0%	42%	42%
トンガ	7.30	TOP	7.43	3.79	55%	0%	0%	68%
パラオ	3.50	USD	NR	3.50	0%	0%	57%	57%
日本	300.00	JPY	2.71	3.47	58%	0%	0%	63%
サモア	8.00	WST	5.51	3.22	48%	0%	0%	61%
マレーシア	10.00	MYR	5.54	3.14	38%	10%	0%	52%
マーシャル諸島	2.75	USD	NR	2.75	0%	0%	36%	36%
韓国	2500.00	KRW	NR	2.11	53%	0%	0%	62%
ミクロネシア連邦	1.50	USD	NR	1.50	0%	25%	47%	72%
ブルネイ	1.90	BND	2.29	1.39	63%	0%	0%	63%
モンゴル	1500.00	MNT	1.94	1.11	22%	0%	2%	33%
ベトナム	14000.00	VND	1.99	0.75	0%	33%	0%	42%
中国	5.00	CNY	1.29	0.74	1%	25%	0%	41%
ラオス	5000.00	LAK	1.46	0.61	2%	18%	0%	39%
フィリピン	22.00	PHP	0.90	0.48	52%	0%	0%	63%
カンボジア	0.33	USD	NR	0.33	0%	11%	0%	20%
フィジー	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
パプアニューギニア	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
ソロモン諸島	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

出典：WHO（2011）世界のたばこ流行に関する報告データセットより作成。

NCD 対策に関するわが国の知見の集約と情報発信についての動向と 今後の課題

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

NCD の予防や早期治療の重要性については国際的な関心が増々高まっており、地球規模の公衆衛生課題として各国の知見を活用した対策を講じることが求められている。本研究は、NCD 対策におけるわが国の知見を世界各国の政策へ適切に反映させて行くという観点から、わが国のこれまでの NCD 対策の知見の集約と情報発信の動向について調査するとともに、今後の課題について検討した。NCD 対策として、これまでにわが国は諸外国に対し、早期発見や治療にかかる医療技術の伝達や提供、人材育成を通じて様々な知見を提示していることが明らかになったが、他方で、諸外国の NCD 対策の政策形成に資するような知見の集約・情報発信は緒についたばかりである。NCD 対策におけるわが国の知見を世界各国の政策へ適切に反映させて行くためには、諸外国が費用対効果の高い施策をエビデンスに基づいて選択・実施出来るような状況を整備し、提示することが必要であり、今後は、わが国でこれまでに実施された NCD の予防や治療に関する施策について医療技術評価を用いた政策評価を実施し、積極的に国際的なエビデンスの創出に貢献することが必要であろう。

A. 研究目的

WHO の報告によれば、世界では毎年 3600 万人以上の人生活習慣病

(non-communicable disease: NCD) により死亡している¹。NCD はアフリカを除く全ての地域において主な死因となっており、先進国、途上国に共通する公衆衛生課題である。特に、心血管疾患、がん、慢性呼吸器疾患、糖尿病は NCD の 4 大疾患として WHO の地球規模 NCD 行動計画においても優先課題として取り上げられており、2011 年の国連ハイレベル会合を受け、WHO 加盟国ではアルコールの有害な使用、運動不足、塩/ナトリウム摂取、喫煙、高血圧、糖尿病と肥満を NCD のリスク要因とし、NCD 予防のためにモニタリングすることで合意している。

慢性的な疾患である NCD の治療には長期に渡る治療の継続や投薬が必要であるが、人

口の高齢化や医療技術の革新と相俟って

NCD にかかる医療費は年々増加している。さらに、NCD は疾病負担が高いことから、貧困、経済成長の障壁、世界的な危機の原因としても認識されている。

こうした状況を背景に、NCD の予防や早期治療の重要性については国際的な関心が増々高まっており、地球規模の公衆衛生課題として各国の知見を活用した対策を講じることが求められている。

本研究は、NCD 対策におけるわが国の知見を世界各国の政策へ適切に反映させて行くという観点から、これまでにわが国が諸外国に提示してきた NCD 対策の知見の集約と情報発信の動向について調査するとともに、今後、わが国の知見を各国の政策へ適切に反映させて行く上での課題について検討することを目的とした。

B. 研究方法

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、わが国の NCD 対策についての知見の集約と提示についてのこれまでの動向を調査するとともに、NCD 対策におけるわが国の知見を世界各国の政策へ適切に反映させて行くための今後の課題について検討した。

C. 研究結果

1. NCD 対策に関する知見の集約と情報発信についての国際的な動向

NCD について、世界保健総会や国連総会等を中心に政策提言やアドボカシー・キャンペーンの展開を行う国際的な組織として、NCD Alliance が知られている。NCD Alliance は NCD によって引き起こされる予防可能な苦痛、障害、死亡をなくすことを目的として、2010 年 5 月に国際糖尿病連盟、国際対がん連合、世界心臓病連盟、国際結核・肺疾患連合の 4 つの国際連盟が設立したグローバル・パートナーシップである²。現在までに 170 か国以上、2000 を超える市民社会団体が加盟しており、NCD によって引き起こされる予防可能な苦痛、障害、死亡をなくすための具体的な長期目標として、①NCD 対策の国家計画の策定、②タバコの煙の無い世界の実現、③ライフスタイルの改善、④保健医療制度の強化、⑤安価で質の高い医薬品や医療技術に対するアクセスの向上、⑥NCD 罹患者の人権問題への対応を掲げ、政策提言やアドボカシー・キャンペーン活動を展開している。

わが国においては、NCD に関するステークホルダーが国内外の知見を共有、議論する組織として特定非営利活動法人 日本医療政策機構を中心として 2012 年に NCD Alliance Japan が設立されており、包括的・疾患横断的な NCD 対策の推進と、わが国の知見の海外への情報発信を目指して、活動を開始している。

2. NCD 対策に関するわが国の知見の諸外国への提示についての最近の動向

わが国の知見の諸外国への提示については近年、官民一体となって日本の医療技術やシステムの国際展開を推進する観点から、国が積極的に関わっている。そうした流れの中で、2011 年に一般社団法人 Medical Excellence Japan (MEJ) が経済産業省の支援により設立された³。MEJ は健康・医療戦略（平成 25 年 6 月 14 日関係閣僚申合せ）に基づき、医療技術・サービスの国際展開に係る取組を総務省、外務省、文部科学省、厚生労働省、経済産業省、その他の関係政府機関と連携して推進するために内閣官房の健康・医療戦略推進会議の下に設置された国際展開タスクフォースと連携し、わが国の医療技術や医療産業の積極的な海外展開を支援しており、特に地球規模の公衆衛生課題である NCD について注目している。

MEJ は設立当初から日本で低侵襲医療、高度医療、テーラーメイド医療などの検査や治療を希望する外国人患者に対し、受け入れを希望する医療機関の紹介と外国人患者の受診のサポートを行うインバウンド型のサービス提供を行っており、現在までに治療を目的として来日した外国人患者の数は 1000 人程である。2013 年からは日本の医療サービスの海外展開、いわゆるアウトバウンド型の支援も開始しており、これまでに粒子線、陽子線、ホウ素中性子線による治療を行うための医療機器、MRI や CT の導入や、使用にあたっての医療専門家への技術支援などを実施している。

事業主体は MEJ であるが、教育研究機関がより積極的に関わった事例としては、大阪大学医学部附属病院未来医療開発部による再生医療・細胞シートセンターの設立・運営にあたっての技術支援がある。この再生医療分野におけるカタールとの連携では、心臓病や角膜の病気の治療に用いる細胞シートを作成す