

るため、まずは細胞を日本で培養した後に、カタールでシート化し、移植を行うインバウンド型から開始し、その後、カタールの人材を日本で教育・育成し、同時に必要な機器を備えた再生医療・細胞シートセンターをカタールに設置することで、将来的には細胞培養から移植までを現地で行う予定である。

また、民間が主体となって行われるわが国の知見の諸外国への提示も、例えば、人工透析が必要な患者の約2割にしか人工透析が実施されていないベトナムにおいて、日本の医師・看護師・検査技師が現地の医師・看護師・検査技師にトレーニングを行った事例のような、医療機関や学会レベルでの医療交流プログラムや、関西国際医療ネットワークが推進する高度医療の受療を希望する海外患者の受け入れなど、これまでに様々な形で数々行われてきている。

3. 今後の課題

こうした技術支援や人材育成を通じて、NCDの発見や治療に関するわが国の知見がこれまでに様々な形で諸外国に提示されている反面、包括的・疾患横断的なNCD対策を行うために必要な政策的観点からの知見の集約と情報発信は乏しい。わが国のNCD対策としては疾患毎に、あるいは疾患横断的に検診などの様々な介入が、ポピュレーション・アプローチまたはハイリスク・アプローチとして多様な形で実施されているが、介入の費用や結果を分析した実証研究はほとんどなく、これまでのところ、世界各国の施策に反映し得るようなわが国のNCD対策について効率的・効果的な知見が集約されているとは言い難い。

近年、高齢化の進展や医療技術の革新に伴い医療財政負担は年々増加しており、費用対効果の高い予防・治療政策に対する関心が世界的に高まっている。こうした背景の下で、世界各国で医療技術評価の政策決定への活用が進んでいる⁴。NCDが医療財政に与える影

響を考えてみると、多くの中・高所得国では死因に占めるNCDの割合が最も高く、高所得国の殆どで7割以上の死因を占めており、これらNCDに関連した医療費は増加傾向にある。わが国においても、平成23年度には総医療費の46.7%にあたる116.1億円が支出されている。途上国では依然として感染症対策が最優先課題であるが、NCDも増加してきており、その疾病負担は今後増加が予想される。こうした状況の下で、NCD対策においても今後益々、費用対効果の高い予防・治療政策を実施するための知見が求められていくことは想像に難くない。その一例として、4大NCDの発症リスクを高める要因として近年注目されている、慢性腎臓病（chronic kidney disease: CKD）について取り上げる。

CKDは、腎障害を示す所見や腎機能低下が慢性的に続く状態のことを指し、早期段階で治療を行わなければ末期腎不全（end-stage renal disease: ESRD）へと進行し、生涯人工透析を行うか、または腎移植を行うことが必要となるため、現在、先進国や中所得国では医療費に大きな影響を及ぼしている。また途上国においては、人工透析へのアクセスが乏しい、あるいは費用が高額で負担できないといった理由から毎年約320万人が亡くなっており、そのうち120万人の人々が糖尿病や高血圧症を合併している⁵。日本腎臓学会によると、わが国には人口の12.9%にあたる約1330万人のCKD患者がいると言われており、その早期治療と、新たなCKD患者の予防が望まれている。

疾病負担の大きさやESRDにかかる高額な医療費から、CKDの予防、早期発見と治療に対する関心が世界的に高まっているものの、CKDの予防や早期発見、治療のための介入の多くは糖尿病や高血圧の疾病管理プログラムに組み込まれる形で展開されているため、CKD対策としての介入の種類、その費用や効果についてはこれまでのところ、ほとんど研究が行われておらず、各国の政策決定者が

CKD 対策として効率的な施策を決定するための世界的なエビデンスが存在していない。

CKD 予防策の1つとして、日本、台湾、韓国、シンガポール（尿検査や血液検査は含まれない）では対象となる生徒全員に学校検診を実施している。また、これらの国では健康診断も実施しているが、法令による義務づけの有無、自己負担の有無、ハイリスク・アプローチとして追加的な検査項目の1つとしてスクリーニングを実施するなど、実施形態は異なる。さらに、国によって異なるが、健康診断の受診率は総じて高くないため、予防策としての費用対効果については実態が明らかにされていない。ESRDを予防するためのCKD早期発見策として実施される学校検診についても、その効果や費用対効果について疑問視する声があり、北米や欧州では小児および青年に対しCKDの早期発見を目的とした集団検診の実施を廃止する動きがあり、また、American Academy of Pediatricsは2007年に小児期の尿検査を推奨しないと勧告している⁶。

このように、疾患横断的に多様な介入が、ポピュレーション・アプローチまたはハイリスク・アプローチとして行われているCKDについては、今後、費用対効果の高い予防・治療政策を実施するための知見として、費用効果分析を含めた介入の国際比較が求められている状況にあるが、他のNCDについても同様のことが言える。

費用対効果に優れた介入を選択する為に医療技術評価を用いた介入の国際比較を行うWHOの共同研究（Choosing Interventions that are Cost Effective: WHO-CHOICE）では、無治療との比較など、分析手法の統一が図られており、疫学、インフラ、経済状況によってグループ化した14の地域毎に、飲酒、心血管疾患、糖尿病、喫煙を含む18領域の予防や治療のための介入の評価が進められている（表1）。今後わが国においても、このような統一的手法に則り、NCD対策におけるわが国の政策

的知見を用いて集約し、提示して行くことが必要であろう。

表1. これまでにWHO-CHOICEによって医療技術評価が実施された領域

飲酒
双極性気分障害
失明(白内障, トラコーマ)
心血管疾患
小児期の疾患
うつ病
糖尿病
てんかん
HIV/AIDS
室内空気汚染
鉄欠乏性貧血
マラリア
母子および新生児保健
統合失調症
喫煙
結核
危険な注射
安全な上下水設備, 衛生設備

出典：WHO. WHO-CHOICE Interventions⁷

疾病負担が高いNCDについて、わが国のNCD対策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、その知見が諸外国において費用対効果の高い政策の実施に資するものである必要があると同時に、各国の実情に合った政策が策定出来るよう、応用可能な知見である必要がある。医療技術評価は、国際的なエビデンスの創出だけでなく、地域に根差した意思決定を行う

（globalize the evidence, localize the decision）⁸ 際にも活用されており^{9,10}、この点においても、今後、NCD対策における政策的知見の集約には欠かせない視点であろう。

D. 考察・結論

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きていることが明らかになった。その一方で、わが国の政策的な知見の集約と

情報発信に向けた取り組みは緒についたばかりであり、諸外国のNCD対策の政策形成に資するような知見の集約・情報発信が期待される場所である。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、疾病負担が高く、予防や治療に対する施策の種類も複数存在するNCDに対して、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る。そのため、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。

参考文献

1. WHO.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>(2014年2月28日アクセス)
2. NCD Alliance. <http://www.ncdalliance.org/>
(2014年2月28日アクセス).
3. Medical Excellence JAPAN.
<http://www.medical-excellence-japan.org/jp/>(2月28日アクセス)
4. 富田奈穂子, 白岩健. 医療技術評価の政策決定への活用:ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ推進に向けて. 保健医療科学. 2013; 62(5):470-474.
5. Anand S, Bitton A, Gaziano T. The Gap between Estimated Incidence of End-Stage Renal Disease and Use of Therapy. PLoS ONE. 2013; 8(8): e72860.
doi:10.1371/journal.pone.0072860
6. Hogg RJ. Screening for CKD in children: a global controversy. Clin J Am Soc Nephrol. 2009;4(2):509-15.
7. WHO. WHO-CHOICE Interventions
<http://www.who.int/choice/interventions/en/>(2月28日アクセス)
8. Eisenberg JM. Globalize the evidence, localize the decision: evidence-based medicine and international diversity. Health Affairs. 2002;21(3):166-8.
9. Ministry of Health, Myanmar, World Health Organization (WHO), Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP). A feasibility study of the Community Health Initiative for Maternal and Child Health in Myanmar. Nonthaburi, Thailand: Tana Press Co., Ltd; 2010.
10. National Institute for Health and Care Excellence International. NICE International Review 2012.
<http://www.nice.org.uk/media/C65/36/NICEInternationalReview2012.pdf> (2014年2月28日アクセス)

E. 研究発表
なし

F. 知的財産権の出願・登録状況
なし

平成 24 年度厚生労働科学研究 地球規模保健課題推進研究事業
「わが国の生活習慣病対策を世界各国の政策へ適切に反映させるための比較政策的研究」
分担研究報告書

幼児・小児・青年期の健康的な栄養摂取の促進に関わる各国の対策

研究分担者 大澤絵里（国立保健医療科学院国際協力研究部主任研究官）

研究概要

【目的】

近年、生活習慣病の発症リスクとして、小児期の肥満の増加が課題としてあげられており、小児の健康的な栄養摂取への対応は急務である。本研究は、幼児・小児を対象に健康的な栄養摂取を促進するために各国がどのような対策をとっているかを明らかにする。

【方法】

PubMed を使用し検索した文献、WHO や関連団体からの報告書、関係者へのヒアリングによる情報収集・分析をした。

【結果】

英国、フィンランド、スウェーデンの子どもに対するフードマーケティングの対策および学校給食における健康的な栄養摂取の対策について情報を収集することができた。英国はすでに、不健康な食品に焦点をあてた子どもに対するマーケティングの規制を、テレビやラジオの広告放送規制として実施していた。フィンランド、スウェーデンは、子どもに対する全般的なマーケティング規制から、不健康な食品に焦点をあてたマーケティングへの提言をまとめていたが、政策への反映は実現されていなかった。

学校給食については、フィンランド、スウェーデンともに、長い歴史があり、現在は給食の質に着目し、より健康的な栄養摂取ができるように対策を講じていた。

【結論】

各国がフードマーケティング規制、学校給食のどちらを優先し、対策をすすめているかは歴史的、文化的な背景により異なると考えられる。子どもに対する栄養摂取の対策は、子どもの肥満の問題視されるようになったここ最近、多く議論されるようになり、各国ともに、Health in All policies の視点から、放送関係者、教育関係者、市民団体と取り組みを進めているが、対策は途上の段階であった。

A. 研究の背景および目的

世界保健機関（WHO）は、第51回WHO総会（1998年）で非感染性疾患に着目し、その予防と対策についての議決をした¹⁾。2002年のWorld Health Report²⁾による全世界の死因の60%が非感染性疾患であるとの報告を受け、その後、栄養および身体的活動と健康に関しての世界的戦略を次々と打ち出している³⁻⁴⁾。未だ感染症や低栄養が世界的な保健課題であると同時に、今や非感染性疾患、特に生活習慣病をどのように克服していくかが世界的な課題となっている。

特に、生活習慣病の発症リスクとして、小児期の肥満が課題としてあげられており、WHOは2004年にGlobal Strategy on Diet, Physical Activity and Healthにて、健康的な食習慣の促進、高カロリー、糖分、塩分食品のマーケティングへの適切な対策の開発を推奨している。2010年には、世界的に5歳未満児の約20%（推測4300万人）が肥満もしくは肥満のハイリスク群になるとの報告もある⁵⁾。WHOでも、小児の肥満予防の集団的アプローチの戦略を設定するうえでの技術的な情報提供を行うようになってきている^{6) -7)}。日本においても、小学校入学前や中学校入学前の小児期の肥満が増加しているとの報告があり、^{8) -9)}、小児の健康的な栄養摂取への対応は急務である。

本研究は、上記の背景もとに、幼児・小児・青年期を対象に健康的な栄養摂取を促進するために各国がどのような対策をとっているかを明らかにし、比較することを目的とする。

B. 研究方法

文献および関係者へのヒアリングによる情報収集・分析を実施した。文献レビューについては、PubMedにて「child」「food marketing」「school lunch」「nutrition」「policy」をフリーキーワードとし、各国の政策、政策展開を論じているものを採用した。さらに、WHOから発行されている本研究のトピックと関係の高い報告書も分析に利用した。また、本研究のトピックは、消費者団体や食品関連企業、政府機関などからの情報も重要と考え、PubMedではヒットしない報告書などを拾い、広く情報収集をするために、Google検索にて上記と同様のキーワードを使用しての検索も実施した。各論文および報告書内の参考文献からも重要と考えられた文献をスノーボール方式にて収集した。すべての情報や報告書に関して、情報の信頼性を確保するために、複数の文献および報告書の情報を重ねて内容を確認した。

関係者へのヒアリング調査では、主に各国の小児の栄養摂取についての現状、既に実施されている政策、将来に向けての政策展開の情報収集を行った。本年度は、比較的、生活習慣病対策が先進しているフィンランドおよびスウェーデンで、ヒアリング調査を実施した。

○ヒアリング先
フィンランド

・ Dr. Pekka Jousilahti, Research Professor, National Institute of Health and Welfare, Finland

・ Ms. Heli Kuusipalo, Senior Researcher, National Institute of Health and Welfare, Finland

スウェーデン：

・ Ms. Svanhilda Foldal, National Food Agency, Sweden

・ Ms. Anna-Karin Quetel, National Food Agency, Sweden

C. 結果

本年度は、子どもへのフードマーケティング対策が比較的発展している英国、学校給食などの健康的な栄養摂取対策が比較的発展しているフィンランド、スウェーデンを中心に情報収集を進めることができた。以下、各国の対策を報告する。

1) 英国における子どもに対するフードマーケティングの対策

英国では、2003年に放送通信法成立を受け、テレビ、ラジオ、通信、無線通信サービスの全体通して責任を持ち通信産業の管理をする独立規制機関、Ofcom (Office of Communication：放送通信庁) が誕生した。子どもに対する高脂質、糖分、塩分を含有する食品および飲料 (Food and drink with High in Fat, Sugar or Salt (HFSS)) のテレビ広告の規制は、Ofcom が発行する放送広告コードにて規定されている。Ofcom はコード違反が認められた場合には制裁を科す権限が与えられており、放送事業者に対して免許没収、訂正放送、罰金の支払いを命じることができる機関である。

Ofcom は、2004年に文化・メディア・スポーツ大臣からの要請を受け、子どもの肥満と食品広告の関連についての調査をし、“テレビ広告の子どもたちの食品選択への影響がどの程度あるのかのエビデンスは不十分であるが、テレビ広告に対していくつ

かの特別な規制が必要であるだろう”と報告をした¹⁰⁾。同年に、保健省から発行された白書 “Choosing Health”の中でもこれらの結果は引用され、テレビ広告の規制および学校での HFSS 食品・飲料のマーケティングの規制について言及している¹¹⁾。

2007年に Ofcom が HFSS 食品・飲料のテレビ・ラジオ広告規制についての最終結論に至り、16歳未満の子どもを対象に広告の放送内容、放送時間制限の規制が発表された¹²⁾。この規制は、当時規定されていた4つの放送広告コードに反映されたが、2010年にその4つのコードが集約化され、新しい放送広告コードとしてリニューアルされ¹³⁾、その中で子ども・青少年に対する HSFF 食品および飲料広告の規制が規定されている (表1)。

表1でもわかるように、英国の放送広告コードでは、対象とする子ども=16歳未満、HFSS 食品・飲料=2005年には、FSA (Food Standard Agency: 食品基準庁) により発行された栄養プロファイルに基づくものである (表2)¹⁴⁾。この栄養プロファイルは、食品の栄養素ラベリングにも使用されており、消費者がわかりやすいように、緑、黄、赤の信号のように表示されるようになっている (図1)¹⁴⁾。

2) フィンランドにおける健康的な栄養摂取促進の対策

フィンランドにおいて、子どもへのフードマーケティングへの提言が初めて文章化されたものとして、the National Institute of Health and Welfare, the Consumer Agency and Ombudsman, the National Food Agency, the National Board of

Education が協働で、2004 年に発刊したガイドライン「Children & Foodstuffs marketing」があるが¹⁵⁾、既存の消費者保護法（Consumer Protection Act, 1978）を基盤として、子どもへのフードマーケティングに絞り、提言をまとめている（表 3）。

2008 年には、政府が発行した健康的な身体活動および栄養に関するガイドライン¹⁶⁾の中で、「子どもや若者に対するフードマーケティングは、ヘルスプロモーションのメッセージと相反するものであってはならない。必要であれば、国は自主規制団体と協力して、規制するシステムを作ることになるだろう」との記載がある。しかし、その後、国としての法的規制の対策の展開に発展はしていない¹⁷⁾。

また、フィンランドでは、国民全体がより健康的な食品を選択できるように、フィンランド心臓協会（Finish Health Association）とフィンランド糖尿病協会（Finish Diabetes Association）が、2000 年にハートシンボルの表示システムを立ち上げた¹⁸⁾。ハートシンボル表示のために、食品ごとに脂質、塩分、糖分などの栄養素の条件が決まっており、シンボルを利用したい食品関連企業が申請、利用許可、利用料の支払いにて、シンボルを利用できる。許可が得られた食品は、ハートシンボルが表示され、店頭にならべる（写真 1）。

フィンランドは、世界で最も早期に学校給食が開始された国である。小学生を対象に無料の学校給食プログラムが開始されたと言われている戦後の 1948 年の以前の 20 世紀初頭より、小さな規模であるが給食が存在していた。現在では、地方自治体の責任において、The Basic Education Act

(1998)、the General Upper Secondary Schools Act, the Vocational Education and Training Act (1998)で、小学校～大学までの無料でバランスのとれた給食サービスが保障されている。給食サービスは、the National Board of Education によるコアカリキュラムの中で、ただ単に栄養摂取のみではなく、教育、社会的な活動として位置づけられている。フィンランドでは自分自身でとりわけのカフェテリアスタイルによる給食のため、子どもたちが進んでバランスのとれた食事をとれるように、カフェテリアが子どもたちにとって心地よい場所であり、食事の味や温度にも特別な注意をはらうことを推奨されている。2007 年に、the National Board of Education と the National Institute of Health and Welfare により、あめなどの甘いお菓子やソフトドリンクを学校内のカフェテリアや自動販売機で販売するべきでないとの提言をだしているが、対応への決定はそれぞれの学校に任されている^{19) - 20)}。

3) スウェーデンにおける健康的な栄養摂取促進の対策

スウェーデンは、子どもに対するフードマーケティングのみに焦点をあてた法律は整っていない。一般的に子どもに対する広告の規制として、TV and radio Law (1996) が存在する。この中では、テレビ広告は 12 歳以下の子どもに標的をあててはいけないこと、12 歳以下の子どもをターゲットとした番組内および番組の直後には広告をいれてはいけないこと、と述べられている。Marketing Act(2008)では、16 歳以下の子どもに対しての直接的なマーケティングは

禁止されている。

2003年に、スウェーデン政府の依頼により、the National Food Administration(現在のthe National Food Agency)およびthe National Institute of Public Healthが健康的な栄養摂取習慣および身体的活動の増加に関する計画作成のための調査を実施した。2005年に調査結果がとりまとめられ、その中では79の提言があげられている。²¹⁾ その中で、6つが子どもに対するフードマーケティング対策への提言である(表4)。しかし、未だ提言が政策に反映されていないのが現状である²²⁾。

また、スウェーデンにおいても、国民全体のより健康的な食品のマーケティングに関して、1989年からキーホールシンボルの表示システムがある(写真2)²³⁾。それぞれの食品に対しての栄養素の条件が決まっており、条件をクリアした食品に対して、シンボルを表示することができる。食品関連企業がキーホールを利用したいときには、自主的かつ無料で利用することができ、表示に関しては、地方自治体の公衆衛生担当が監督の第一人者となっている。現在では、ノルウェー、デンマークにおいても同じキーホールシンボルが利用されている。

スウェーデンでは、学校給食については、1880年には既に貧困対策の一つとして位置づけられていた。その後、政府報告書や提案書で、適切な学校給食についての提言が出され、1997年にNational Education Actにより、すべての7-16歳の生徒に対する無料の学校給食の義務化が定められた。2011年には、National Education Actの改正により、「無料」に加え「栄養分のある(nutritious)」という言葉も付け加えられ、

学校給食の質にも焦点があてられるようになった。しかし、フィンランドと同様にカフェテリアスタイルでの給食サービスとなるため、野菜や果物を摂取しないなど、子どもたちの偏った栄養摂取が課題であるとのことであった²²⁾。

D. 考察

幼児・小児・青年期の健康的な栄養摂取を進める対策として、学校給食を中心とするより健康的な食事摂取を促す対策と、マーケティング規制による高脂質、糖分、塩分を含む不健康な食品の摂取を減らそうとする対策がみられた。各国がどちらを優先し、対策をすすめているかは歴史的、文化的な背景により異なる。

本年度の調査では、十分な情報が得られなかったため詳しく記さなかったが、英国では、2006年から2009年にかけて学校給食規則が整い、現在でも、生徒が無料で学校給食を受けられるのは一部である²⁴⁾。フィンランド、スウェーデンのように、学校給食が長い歴史をもち、教育政策に含まれる形で重要視されている国々では、その強みをいかし、対策が進んでいると考えられる。英国は、子どもたちが学校の外で食事をとる機会がスウェーデン、フィンランドより多いと考えられ、子どもたちへの食品・飲料のマーケティングの規制にまずは比重をおき進んできたのではないだろうか。来年度は、英国の学校給食の現状もさらに調査をする必要がある。

また、米国においては、表現の自由からフードマーケティングの法的規制が難しいといわれており²⁵⁾、米国におけるフードマーケティングの現状も詳しく調べる必要が

ある。さらに不健康な食品摂取の減少を期待し、世界的に食品に含まれるカロリーや砂糖に対しての課税の議論があがっている。今後、カロリー税、砂糖税の議論がどのように進んでいくか着目する必要がある。

今回の調査より、ヨーロッパ各国は、Health in All Policies の理念のもと、放送関係者、教育関係者、市民団体などを協働し、政策への反映、提言を進めており、社会環境に大きく影響される生活習慣病への対策として、種々業界との横断的な対応が進められていることがわかった。

わが国は、生活習慣病対策が世界的に進んでいる国であるが、子どもの肥満率が増加しているとの報告もある。生活習慣病対策として実施されている特定健康診査、特定保健指導や、学校、職場、市町村における一般健康診査などが2次予防としての役割を担っていると考えられるが、子どもたちをとりまく食に関する生活環境の変化を鑑み、集団的アプローチとしての、フードマーケティングへの対策を考えていく必要があるだろう。また、日本の強みとなるのは、やはり歴史が長い学校給食の制度であり、世界的に日本の学校給食制度を適切に反映させていくためにも、来年度は、日本の現状をさらに調べ、各国と比較することが必要となる。

E. 結論

幼児・小児・青年期の健康的な栄養摂取を進める対策として、学校給食を中心とするより健康的な食事摂取を促す対策と、マーケティング規制による高脂質、糖分、塩分を含む不健康な食品の摂取を減らそうとする対策がみられた。子どもに対する栄養

摂取の対策は、子どもの肥満が問題視されるようになったここ最近、多く議論されるようになり、各国ともに発展途上の段階であった。来年度は、日本の現状の調査も加え、日本の対策を各国と比較し、各国の政策へ反映させていくためへの提言をまとめることとする。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録

なし

引用文献

- 1) Resolutions World Health Assembly 51.18 1998
<http://www.who.int/genomics/publications/governance/wha/wha062/en/index.html>
- 2) WHO. World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life, 2002
- 3) WHO. Global strategy on diet physical activity and health. World Health Organization; 2004 May 22. WHA57 17
- 4) WHO. 2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases, 2008.
- 5) M de Onis, M Blossner and E Borghi. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. American Journal of Clinical Nutrition .92.1252-64. 2010
- 6) WHO. Population-based prevention strategies for childhood obesity: Report of

the WHO forum and technical meeting.
2010

7) WHO. Prioritizing areas for action in the field of population-based prevention of childhood obesity, set of tools for members states to determine and identify priority area for action. 2012.

8) M Yoshinaga, A Shimago, C Koriyama, Y Nomura, K Miyata, J Hashiguchi and K Arima. Rapid increase in the prevalence of obesity in elementary school children. *International Journal of Obesity*.28.494-499.2004

9) H Sugimori, K Yoshida, T Izuno, M Miyakawa, M Suka, M Sekine et al. Analysis of factors that influence body mass index from 3 to 6 years: A study based on the Toyama cohort study. *Pediatric International*.46. 302-310, 2004.

1 0) UK Office of Communication. Child obesity –Food Advertising in context: Children’s food choices parents’ understanding and influence, and the role of food promotion. 2004

1 1) UK Department of Health. Choosing health making healthier choices easier. Public Health White Paper. Chapter 2: Health in the consumer society. 2004 Nov.16.

1 2) UK Office of Communication. Television Advertising of Food and Drink Products on Children: Final statement. 2007 Feb 22.

1 3) UK Broadcast Committee of Advertising Practice. The BCAP Code,

The UK code of broadcast advertising Edition 1. 2010.

1 4) UK Food standard agency. Front of pack traffic light signpost labeling Technical guidance Issue2. 2007 Nov.

1 5) Finland Consumer Agency & Ombudsman, National Board of Education and National Food Agency Finland. Children and foodstuffs marketing: Recommendations and good practices for business.2005.

1 6) Finland Ministry of Social Affairs and Health. Government resolution on development guidelines for health-enhancing physical activity and nutrition.2008.

1 7) Personal contact

1 8) Heart symbol in Finland
http://www.sydanmerkki.fi/sydanmerkki_tuotteet/etusivu/fi_FI/englanniksi/

1 9) Finish National Board of Education. School meals in Finland: Investment in learning. 2008.

2 0) Personal contact

2 1) Sweden National Food Administration and National Institute of Public Health. Background material to the action plan for healthy dietary habits and increased physical activity. 2005 July.

2 2) Personal contact

2 3) Keyhole symbol in Sweden
<http://www.slv.se/en-gb/Group1/Food-and-Nutrition/Keyhole-symbol/>

2 4) UK Parliamentary Office of Science and Technology. Postnote: Nutritional

standards in UK schools. 2009 July.

2 5) USA Institute of Medicine. Food Marketing to Children and Youth: Threat or Opportunity?. P342-351. 2006.

表1 イギリスの OfCom による HFSS 食品・飲料のテレビ広告放送規制内容

言葉の定義	広告内容の規制	広告放送計画の規制
<ul style="list-style-type: none"> ・対象とする“子ども”＝16歳未満 ・就学前および小学生をダイレクトに対象とした広告＝広告の放送時間帯に対して広告内容が就学前および小学生を対象としたもの ・ブランド価値のあるキャラクター＝広告主により作られたキャラクターで、商品やブランド名そのものであるもの ・公認キャラクター＝商品とは関連がないが、その価値を借りて商品のキャラクターとなっているもの ・HFSS 食品・飲料＝2005年にFSA*により発行されたFSA栄養プロファイル(表2参照) <p>*FSA (Food Standard Agency: 食品基準庁)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・販売促進のための特価提供の禁止 ・公認キャラクター・有名人の使用の禁止 ・栄養表示と健康強調表示の使用禁止 ・子どもにダイレクトに購入を訴えたり、子どもが親や周囲の大人に対して購入を求めることを誘う広告の禁止 	<ul style="list-style-type: none"> ・16歳未満もしくは明らかに子どもの視聴が多いプログラム中、およびプログラム前後での広告放送の禁止 ・文字放送やオンラインマーケティング広告の禁止

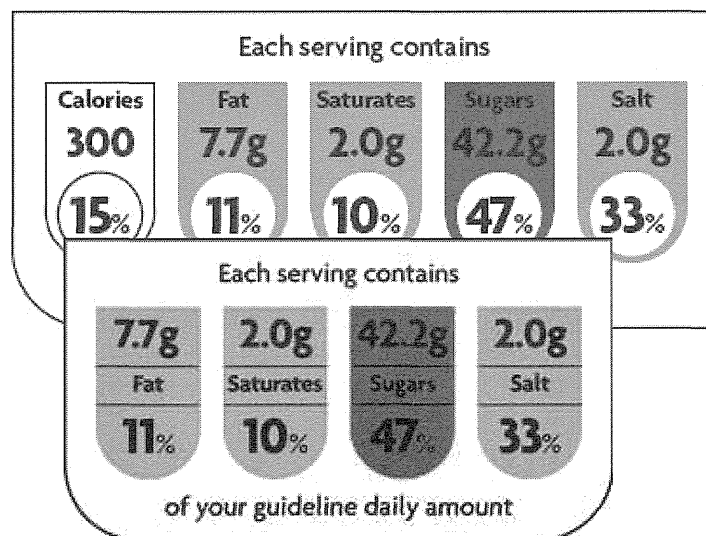
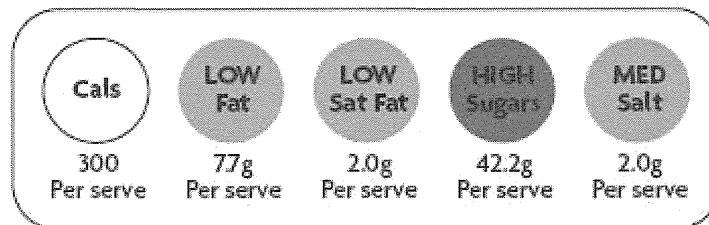
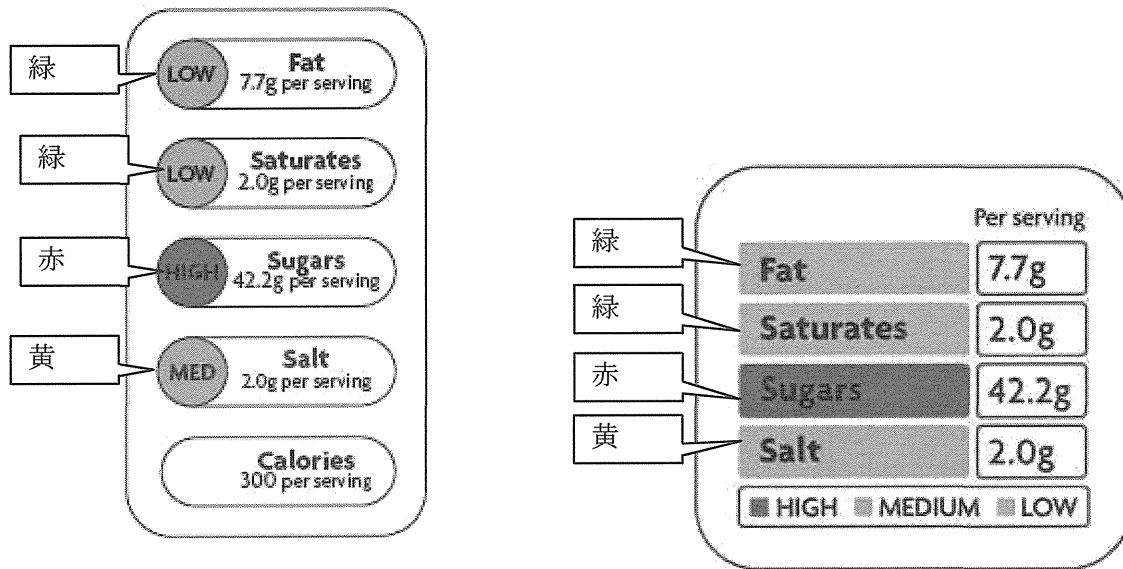


図1 英国における栄養表示の例

表2 英国の食品の栄養表示の条件

	Green (Low)	Amber (Medium)	Red (High)	
Fat	≤ 3.0 g/100g	> 3.0 to ≤ 20.0 g/100g	> 20.0 g/100g	> 21.0g / portion
Saturates	≤ 1.5 g/100g	> 1.5 to ≤ 5.0 g/100g	> 5.0 g/100g	> 6.0g / portion
Sugars	5.0 g/100g	> 5.0 to ≤ 12.5g/100g	> 12.5g/100g	> 15.0g / portion
Salt	≤ 0.30 g/100g	> 0.30 to ≤ 1.50g/100g	> 1.50 g/100g	> 2.40g / portion

表3 フィンランドにおける子どもに対するフードマーケティングについての具体的提言

-
- ・ 広告は、ある特定の商品を親が子どもに購入することで、親の責任である養育が、あたかも成功しているかのように印象を与えてはならない
 - ・ 広告は、人間の尊厳、生活の質や良好な人間関係が、食品を購入することで得られるという印象を子どもたちに与えてはならない
 - ・ 社会で受け入れられている一般的な常識に反する行動をする状況や、子どもが真似をして自分や他人を傷つけるような状況を、広告は示してはいけない
 - ・ 暴力は、子どもを対象とするマーケティングの全てに使用されてはならない
 - ・ 栄養についての誇大表示は避けるべき
 - ・ 隠れた広告や他のものに紛れた広告（例：漫画や雑誌の帯など）は避けるべき
 - ・ マーケティングに、子どもになじみのある漫画や人形など利用は避けるべき
 - ・ 商品についている無料ギフトも検討されるべき
 - ・ コレクションシリーズは、商品と関連させてはいけない
 - ・ 抽選や富くじが、商品の広告のメインとなってはならない
-

資料) Children and foodstuffs marketing: Recommendations and good practices for business.2005



図2 フィンランドのハートシンボル

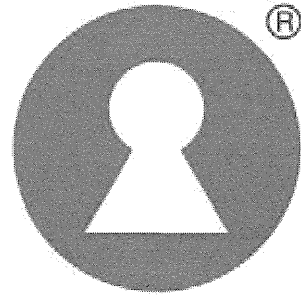


図3 スウェーデンのキーホールシンボル

表4 スウェーデンにおける子どもに対するフードマーケティング対策への提言

-
- ・スウェーデン政府は、テレビにおける子どもに対するフードマーケティングをEUと同レベルでの禁止を確実にするように努めるべきである。
 - ・子どもに対するフードマーケティング規制の必要性を検討するべきである。マーケティングの傾向を継続的に監視すべきである。マーケティングに責任をもつ協働グループを創設するべきである。
 - ・消費者団体の、スウェーデン消費者庁へのマーケティングの監視および開発物の公表のための費用申請および子どもへのマーケティングに関する議論の開始を可能とするべきである。
 - ・若者に対してのフードマーケティングと健康の関連についての資料を作成されるべきである。
 - ・地方自治体と学校は、フードスポンサーに関する政策を適用するべきである。
 - ・政府は、食品関連団体と、どのように健康的な栄養習慣へ貢献できるかを議論する場を設けるべきである。
-

資料) Sweden National Food Administration and National Institute of Public Health. Background material to the action plan for healthy dietary habits and increased physical activity. 2005 July



写真1 フィンランドにおけるハートシンボル



野菜や果物にもマークをつけることができる

写真2 スウェーデンのキーホールシンボル

平成25年度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
「わが国の生活習慣病対策を世界各国の政策へ適切に反映させるための比較政策的研究」
分担研究報告書

「イギリス，韓国，アメリカにおける子どもに対する高脂質・糖分・塩分食品および飲料の
マーケティング規制」

研究分担者 大澤絵里 国立保健医療科学院 国際協力研究部 主任研究官
研究協力者 石川みどり 国立保健医療科学院 生涯健康研究部 上席主任研究官

子どもたちが健康的な食習慣を身につけるための政策開発の基礎資料とすることを目的に、各国の子どもに対する HFSS (High in Fat, Sugar or Salt) 食品・飲料のマーケティング規制政策の具体的な内容を比較することで規制政策の国際的動向を把握し、今後の課題を提示した。既存の文献より、子どもに対する HFSS 食品・飲料のマーケティング規制政策各国の対応を 1) 法的規制, 2) 政府のガイドライン (法的根拠は伴わない), 3) 自主規制に分類し、その中から本研究では、イギリス，韓国，アメリカの 3 か国について、各国の関係機関，関係省庁から発表されている資料の内容をもとに、具体的な規制内容を比較した。その結果、子どもに対する HFSS 食品・飲料のマーケティング規制政策に関しては、12 歳未満の初等教育レベルの子どもに対して魅力的なマーケティングを規制する政策の必要性が明らかとなった。しかし、各国ともに学校給食などの子どもの望ましい食生活の推進のための政策も展開されており、今後、子どもたちが健康的な食習慣を身につけるための政策開発は、第一に規制政策の子どもの食習慣への影響評価の早期実施、および健康的な栄養摂取の推進などの他対策との比較検討が必要となる。わが国では現在、子どもに対する HFSS 食品・飲料マーケティングに対しての研究報告も少なく、法的規制や企業による自主規制の展開の議論はほとんど行われていない。また、開発途上国における子どもに対する食品マーケティングに関する研究も報告はない。一方、子どもの望ましい食習慣を推進するための、わが国の学校給食を含める食育政策の展開は世界的に先進的なものである。それらを世界各国へ提示すると同時に、地球規模での課題となると予測される子どもの肥満対策として、HFSS 食品・飲料マーケティングについて、今後も各国の動向を把握しながら、日本も含め、世界各国がどのように対応すべきかを検討していく必要がある。

A. 研究目的

平成 24 年度は、文献レビューおよび関係者へのヒアリング調査により情報収集をし、イギリス，フィンランド，スウェーデンの子どもに対する HFSS (High in Fat, Sugar or Salt) 食品・飲料のマーケティング規制の概要について報告をした。平成 25 年度は、子どもたちが健康的な食習慣を身につけるための政策開発の基礎資料とすることを目的に、各国の子どもに対する HFSS 食品・飲料のマーケティング規制政策の具体的な内容を比較し、規制政策の国際的動向を

把握し、今後の課題を提示する。

B. 研究方法

以下の 3 文献の内容を基に、各国の対応を 1) 法的規制, 2) 政府のガイドライン (法的根拠は伴わない), 3) 自主規制の 3 分類に分けた。

① Hawkes, C. : Marketing Food to Children: Changes in the Global Regulatory Environment 2004-2006 (2007) WHO ¹⁾

② Consumer International (CI) : The junk food trap; Marketing unhealthy food to

children in Asia Pacific(2008) 2)

③International Association for the Study on Obesity(IASO):The PolMark Project Policies on Marketing food and beverages to children. Final project report Executive Report (2010) 3)

例えば、平成 24 年度に研究対象国であったスウェーデンは、子どもに対するマーケティング全体を禁止する法律が存在するが、HFSS 食品・飲料のマーケティングに特化している規制はないため、このような国は一覧より除外している。

その中から、法的規制をとる国として、ヨーロッパの国々の中でも、早い時期より政府が関与しながら法的規制が進んだとされるイギリス、アジアの国の中で、最も体系だった法的規制をとる韓国を本研究の対象とした。また、法的規制はとっていないが、子どもの肥満割合の増加が報告される中^{13,14)}、企業が自主規制をとっている特徴的な国として、アメリカも本研究の対象とした。

前述の 3 つの報告書①～③に引用されていた文献を参考に、2013 年現在、関係機関、関係省庁から発表されている資料、同規制の具体的な内容の記述がある論文、法律文書からも最新の情報を収集し、法令・規則名、規制主体、規制主体の権限、“子ども”の定義、規制内容(放送内容、放送時間帯)、HFSS 食品・飲料の定義について 3 か国で比較検討した。

C. 研究結果

以下は、各国の子どもに対する HFSS 食品・飲料のマーケティング規制を 3 つのタイプに分類した結果である。

○法的規制を展開している国(6 か国)

フランス、アイルランド、英国、コロンビア、マレーシア、韓国

○法的支持はないが政府がガイドラインを発行している国(1 か国)

フィンランド

○企業の自主規制が主な対策である国(14 か国) そのうち

・政府が企業と規制を協働作成、もしくは政府が企業に作成を要請し、規制を作成している国(9 か国)

ベルギー、デンマーク、フランス、オランダ、ポルトガル、スペイン、英国、アイスランド、ノルウェー

・政府からの働きかけは「企業の自主規制が望ましい」との政策提言のみである国(4 か国)

ドイツ、オーストラリア、カナダ、アメリカ

・具体的対応は不明(1 か国)

インド

表 1 は、3 か国の具体的な規制内容の比較を示している。

○規則名、規制主体および規制主体の権限

イギリスでは、BCAP(Broad Committee on Advertising Practice)Code という放送広告規定により、通信産業分野の管理をする独立規制機関である Office of Communication (Ofcom)により規制されている。規定違反が認められた場合には、Ofcom は制裁として、放送事業者に対して免許没収、訂正放送、罰金の支払いを命じることができる。

韓国では、“The Special Act on the Safety Management of Children’s Dietary Life” という法律の中で、Ministry of Food and Drug Safety (以下 MFDS) が子どもに対する HFSS 食品・飲料の広告規制をしている。韓国では、違反行為が認められた場合には、1000 万ウォン以下の罰金が定められており、広告規制の違反に関しては、MFDS が放送時間の一部制限もしくは全面的な禁止の措置ができる。

アメリカは企業の自主規制の形をとっているが、アメリカにおいてビジネス・取引きの自主規制を管理するに関して重要な役割を担うのが、the Council of Better Business Bureaus(CBBB)であるが、この CBBB が主な食品関連企業と協働し、the Children’s Food & Beverage Advertising Initiative(CFBAI)を立ち上げ、各企業と協働して子どもに対する適切な食品・

飲料のマーケティングの実践を推奨している。企業の約束の遵守違反があった場合は、その企業は活動からの除名処分となる。

○マーケティングの対象である子どもの定義
イギリスは16歳未満、韓国は18歳未満、アメリカ自主規制団体は、12歳未満としている。

○規制される広告放送の時間帯

イギリスの規制では子どもの視聴が多いテレビ番組の前・中・後の放送を禁止していたが、韓国においては、MFDSが指定をした、多くの子どもが家庭でテレビを視聴する時間帯の全面禁止を実施していた。アメリカの自主規制では、広告放送の時間規制の規約はないが、テレビ、ラジオ、印刷物、インターネットにおいて、12歳未満（2～11歳）を対象とした広告とは、12歳未満の視聴者・利用者が25～50%を占めるものを指し、そこでの広告について、内容の規約を求めている。

○規制される広告放送の内容

法的規制を展開しているイギリス、韓国では、広告に人気キャラクターや無料のおまけつきなどの禁止、アメリカの自主規制でも、キャラクターの使用については、基準を作成し、管理することを規約としている。韓国においては、規制の対象とされる広告場所が、学校のカフェテリア、売店および学校周囲も含まれ、広告規制の評価は3か月毎に実施されている。

○HFSS食品・飲料の定義（表2および表3）

各国ともにHFSS食品・飲料について、具体的な栄養素プロファイル¹を示し、定義している。表2は、イギリスおよび韓国のHFSS食品・飲料の定義である。イギリスではFood Standard Agencyが基準を定め、食品100g当たりと1食のサービング（あるいはポーション）当たりの栄養素量であった。韓国においても、MFDSによ

¹ 疾病予防や健康増進のために、食品中に含まれる栄養成分により食品を分類・格付けした、根拠に基づいた食品分類

り定義されていた、1食のサービング（あるいはポーション）当たりのエネルギーと栄養素、または複数栄養素間の関係にまで規制がなされていた。

表3は、アメリカのCFBAIの健康的な栄養バランス製品の推奨基準および独自製品に対して企業が設定している基準の例である。CFBAIの推奨基準では、食品を詳しく10のカテゴリーに分類し、カテゴリーごとに栄養素プロファイルを提示していた。

D. 考察

子どもに対するHFSS食品・飲料マーケティングにおける“子ども”の定義は、3か国それぞれ、12歳未満、16歳未満、18歳未満と定義していた。少なくとも初等教育レベルにあたる12歳までの子どもの、テレビ広告への曝露の減少を目的とする政策であることが明らかとなった。

食品マーケティングの子どもへの影響に関するエビデンスには、マーケティングは子どもの食の嗜好、購入欲求、短期的な消費には影響があり^{4,5)}、テレビ広告への曝露の制限が子どもの肥満を減少させる可能性があることを示唆する報告もある⁶⁾。法的規制を実施している韓国では、3か月毎のテレビ広告のモニタリングを実施することで、子どもに対するHFSS食品・飲料のテレビ広告への曝露時間の減少、またマーケティングの対象となっている食品中の栄養成分の改善もみられているとの報告がある¹⁹⁾。しかし、食品マーケティング規制の子どもの食習慣の改善や、肥満の減少へのインパクトの報告はほとんどみられない。

WHOで2010年に承認された、子どもに対するHFSS食品・飲料マーケティングに関する12の提言“Set of recommendation on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children”の中でも、子どもに対するHFSS食品のマーケティングの影響を軽減する目的達成のために、明確な指標をもって政策の効果を評価する必要性が盛り込まれており⁷⁾、各国において子どもに対するHFSS食品・飲料マーケティン