

EUにおけるパブリック・ヘルス政策の展開

川又 竹男

■ 要約

EUにおいては、1980年代からパブリック・ヘルスに関する議論が本格化し、1992年のマーストリヒト条約によって「高水準の健康の保持の達成」がEUの政策目標として明確化された。1999年5月1日に発効したアムステルダム条約はさらにこの方向を深化させている。1993年のパブリック・ヘルスに関するフレームワーク文書で施策の基本的考え方と重点分野が確立し、がん、AIDS、健康増進、薬物依存、健康モニタリング、傷害予防、環境関連疾病、難病などの行動計画に基づき、具体的施策が展開されている。加盟国の権限との関係で、EUレベルでとられる施策は、情報交換、人材交流、研修、先駆的プロジェクト、ネットワークづくりなどが中心となっている。

現在、人口の高齢化、生活習慣病の増大、新たな感染症問題の発生、アムステルダム条約の発効やEU拡大などの状況変化を踏まえ、今後の政策の枠組みの見直しが行われている。今後の政策の重点とされているのは、分野横断的な健康情報ネットワークの確立である。

■ キーワード

パブリック・ヘルス、疾病予防、健康増進、行動計画(アクション・プログラム)、情報ネットワーク

I はじめに

「パブリック・ヘルス(Public Health)」を日本語に訳せば、「公衆衛生」という用語が一般的であると考えられる。しかしながら、この用語は伝統的な疾病予防、あるいは衛生状態の改善といった施策を連想させる。感染症対策などの面において、それは現在なお重要な意義・役割を有するものであるが、後に述べるように、その具体的な措置や施策を実施する権限は基本的には各加盟国に属している。共同体(EU)レベルで実施される政策には加盟国レベルの施策とは別の意義付けがなされており、それぞれの役割も異なっている。また、近年、「疾病予防」に加えて、より積極的に「健康増進」を重視する方向性が示されている。これらを踏まえ、

また、本分野での共同体(EU)レベルにおける政策の固有の意義と役割を明らかにし、これを強調する立場から、以下、本稿では「パブリック・ヘルス」と表記することとしたい。

EUパブリック・ヘルス政策の根拠と成立の経緯、基本的な考え方と施策の概要、その限界、今後の方向性について、順次紹介していく。

II パブリック・ヘルス政策の根拠

1. パブリック・ヘルス政策の確立

パブリック・ヘルスに関する共同体としての権限規定を独立した条文として明確に位置付けたのは、1992年のマーストリヒト条約¹⁾である。したがって、共同体としてのパブリック・ヘルス政策は、未だ

「初期的段階 (Very early stage)」²⁾にあるということが出来る。

同条約以前には、パブリック・ヘルスそのものを直接の目的とする施策の一般的な法的根拠はなかったといってよい。もっとも、貿易、農業、人やモノの自由移動、環境、研究などの各種施策において、「健康」に配慮することが直接・間接に前提とされている規定は存在した。例えば、欧州共同体の根拠となっているローマ条約(以下単に「条約」という。なお、1999年5月1日に発効したアムステルダム条約により条文番号に変更が生じているが、本稿では経緯を明らかにするために旧条文番号を用いて論を進める)において、モノの自由移動に関して「人々の健康の保持」を目的として例外を設けることが規定されている(条約第36条)ほか、労働者の自由移動に関連して健康に関する事項を根拠とする制限を予定している規定(条約第48条)がある。また、社会労働政策として、労働者の職業上の傷害や疾病の予防、衛生に関する施策の実施に関する規定がある(条約118条)。

域内市場の統合を目指した1987年7月の「欧州単一議定書」³⁾では、共通市場のための立法措置においては、安全、環境保護、消費者保護と並んで、「健康」が考慮されるべきことが述べられている(条約第100a条)。また、労働者に関して、労働安全衛生にとりわけ配慮すべきことが明記された(条約第118a条)ほか、環境政策に関して、「人々の健康の保持に資する」ことがその目的として規定された(条約第130r条)。

1980年代半ば以降から、がん対策をはじめとして、エイズ対策、タバコ・飲酒対策などの健康関連施策が本格的に議論されはじめた。例えば、1987年の「がんと闘うヨーロッパ(Europe Against Cancer)」は、共同体としてのパブリック・ヘルス政策における最初のプログラムとして位置付けられている。その後、1991年の「エイズと闘うヨーロッパ(Europe Against AIDS)」などが続いている。こ

うした施策の根拠とされていたのは、条約第235条であるが、同条は、共同体の目的達成に必要なであるにもかかわらず、条約上、必要な権限が規定されていない場合に理事会が全会一致で適当な措置をとることができることを定めた一般条項である。

このように、独立した規定がないまま関連施策が進められてきたが、マーストリヒト条約は、EUの政策目標として「パブリック・ヘルス」を包括的かつ明示的に位置付けた。

すなわち、条約第3条(o)において、EUの目的として「高水準の健康の保持(High Level of Health Protection)の達成に資すること」を新たに規定し、EUがあらゆる政策を策定し、実施する上での目標となるべきことを明記した⁴⁾。

また、条約上「パブリック・ヘルス」という題目を新たに創設し、EUのパブリック・ヘルス政策の根拠を明確に規定した(条約第129条)。さらに、消費者政策(条約第129a条)においても、消費者の「健康の保持」が目的として掲げられた。司法・内務協力の分野においても、薬物依存に関して行動をとることができるものとされた(マーストリヒト条約第K・1条(4))。

なお、1990年代には、組織面においても、1993年の「欧州麻薬監視センター」の設置⁵⁾(麻薬に関するデータ収集、分析、比較、評価を行う)、1994年の「労働安全衛生庁」の設置⁶⁾(職場における労働者の安全衛生に関する技術的、科学的、経済的な情報収集および提供を行う)などの改革が行われている。

2. パブリック・ヘルス政策の内容

条約第129条は、まず、EUは人々の高水準の健康の保持を保障することに貢献すべきであるとし、その手段としては、「加盟国間の協力を促進すること」および「必要な場合には加盟国の施策を支援すること」を規定している。

さらに、EUとしての施策の重点は、「疾病の予防、とりわけ薬物依存を含む主要な健康阻害要因

からの予防」に向けられるべきであるとし、その手段として、疾病の要因や伝染に関する研究を、健康に関する情報および教育と併せて促進することとされている。

また、EUにおける他の各種施策との関連では、「健康の保持」の要請がその構成要素の一部となるべきことを規定している。

加盟各国は、欧州委員会と連携しながら、それぞれの関連する政策や計画について調整し、欧州委員会は各加盟国と連携を密にしながら、そうした調整を促進するために有用な措置(Initiative)をとることとされている。

さらに、EUおよび加盟国は、パブリック・ヘルスの分野において、第三国や関係国際機関との協力を行うこととされている。

以上のような目的を達成するため、理事会は次のような措置をとる。第1に、経済社会評議会および地域評議会に諮問した後、条約第189b条(理事会と欧州議会との共同決定手続)に従って、加盟国に対するインセンティブとなる措置を採択する。ただし、各加盟国の法制を「調和化(Harmonization)」させる措置については、条文上、明確に排除されており、とることができない。すなわち、第一義的には加盟国の権限に属する分野とされているのである。第2に、欧州委員会の提案について、特定多数決によって勧告を採択する。

3. 「補完性」と「比例性」

EUの施策に関する一般原則である「補完性(Subsidiarity)」および「比例性(Proportionality)」の原則は、パブリック・ヘルスの分野においても当てはまる。

「補完性」とは、EUが排他的な権限を有しない分野においては、その規模や効果という観点からEUレベルで実施した方が望ましい場合に限り、EUとしての施策を行うという原則である。(条約第3b条第2パラグラフ)

具体的には、共同体として行うことが適当な活動は次のようなものであると整理されている⁷⁾。

- (a) スケールの観点から、個々の加盟国レベルでは対応不可能なもの。
- (b) 初期投資コストはかかるが、共同して実施することによって明確なメリットのあるもの。
- (c) 個々の加盟国の活動を補完するもので、域内に重要な影響を及ぼすもの。
- (d) 域内全体の適切な行動指針を確立するもの。
- (e) 域内の社会的結束の強化を促すもの。

疾病予防、健康増進などの具体的措置を実施する権限は基本的には各加盟国にあるため、欧州委員会としては、「補完性」の観点から、各加盟国間の格差の縮小、施策を効果的に実施するために必要な措置、調査研究、情報提供、専門家の交流などの「調整(Coordinate)」を行うのであり、条約第129条に定められているとおり、各国の施策の「調和」を目指すものではない。同条が疾病の「治療」には触れておらず、疾病の「予防」に重点を置くことと述べているのもこうした文脈で理解することができる。個々人の疾病の「治療」を行い、それを医療制度により財政的に支える施策は加盟国の権限に属するからである。

一方、「比例性」とは、EUの活動はその目的に対して比例的でなければならないこと、すなわち、過度であってはならないということであり(条約第3b条第3パラグラフ)、加盟国に対する過大な干渉への抑止原理となっている。こうした観点から、EUの施策は、複数の加盟国にまたがる共通の課題に重点を置き、いわば公約数的な施策を実施するのであって、特定の地域のみに関連する問題については各国レベルで対応することが原則とされている。

4. アムステルダム条約

1997年10月に署名されたアムステルダム条約は、マーストリヒト条約を全面的に改正する内容のものであり、1999年5月1日に発効した。

パブリック・ヘルスの分野においては、その法的根拠を強化する改正が行われている。条約第129条は、新たな条文では第152条となったが、その主な変更点は以下のとおりである。

第1に、EUの政策や施策を策定、実施する場合において、「高水準の健康の保持」が保障されるべきことが強調され、条文上冒頭に記述されることとなった。

第2に、EUの施策の重点が、単に「疾病を予防」し、「健康に対する危険を取り除く」ことだけでなく、「健康を増進する」ことにあることが明記された。

第3に、EUは、薬物依存による健康への危害を防止するための措置について、加盟国の施策を補完する措置を行う権限を有することがより明確にされた。

第4に、理事会が立法措置をとることのできる事項として、「臓器やヒトの組織、血液や血液関連物質の質と安全性に関する高水準の基準を設定すること」が明記された。市場統合による人やモノの移動の活発化や、最近の医療技術の進歩などを反映した新たな課題に対応する改正であると考えられる。ただし、EUによりとられる措置は、加盟国がその国内措置を維持し、あるいはEUより厳しい措置をとることを妨げるものではなく、また、加盟国が臓器や血液の提供および医療上の利用に関する国内措置をとることを妨げるものでもないことが明記されている。

第5に、パブリック・ヘルスの保護を直接の目的とする獣医学的、植物衛生的な分野における措置を農業政策からの適用除外分野として規定することにより、パブリック・ヘルスの観点から、より機動的な措置をとることが可能となった。

第6に、保健・医療の組織およびそのサービス提供に関しては、加盟国の責任に属するものであり、EUとしての施策はその点を十分尊重すべきことが明確に規定され、補完性の原則がより明確化されている。加盟国の法制の「調和化」を行わな

いとの規定は従来どおり残されている。

これらの改正は、マーストリヒト条約後の運用を踏まえて、それを充実・補完するものといえる。例えば「第4」および「第5」の点については、血液製剤によるHIV感染問題や狂牛病問題などを踏まえた改正である。また、加盟国との関係において「第6」のような原則があえて明確化されたことは、今後のEUパブリック・ヘルス政策の性格とその限界を規定するものと考えられる。

III パブリック・ヘルス政策の実施

1. パブリック・ヘルス政策のフレームワーク

マーストリヒト条約の発効直後の1993年11月、欧州委員会は、パブリック・ヘルス分野におけるEUの活動の基本的枠組みを提示するために、「パブリック・ヘルス分野における施策のフレームワークに関する文書」⁸⁾ (以下「フレームワーク文書」という)を提出した。これは、新設された条約第129条の内容を具体化するために、EUの役割、活動戦略、目標達成のために必要な手段、評価、レビューおよび協議のための手続きなどについて述べたものであり、主要な施策の分野を選定し、5カ年計画を策定することを提言している。現在に至るパブリック・ヘルス政策の全体像と具体的方針を明らかにしたものとして重要である。

2. 目的と手段

フレームワーク文書は、まず、パブリック・ヘルスの分野においてEUとして行う施策の目的および手段について述べている。

まず、施策の「目的」としては、以下の4点を挙げている。

- (a) 若者や労働世代に影響する高齢期前の死亡 (Premature Death) を防止すること。
- (b) 障害や疾病なく寿命を延ばすこと。
- (c) 健康状態を改善し、慢性的に障害のある状況

を避けることにより、生活の質を高めること。

- (d) 経済的・社会的状況に起因する健康状態の悪化を最小限にすることにより、一般的な福祉を増進すること。

次に、施策の「手段」としては、以下の点を挙げている。

- (a) 健康に対する新たな危機と課題に対する共通の目的の設定。
- (b) 経験の交換と専門家の交流、最も効果的な実践方法の普及。
- (c) 健康に関する比較可能なデータの標準化と収集、健康モニタリング・サーベイランスのシステムの改善。
- (d) 新たな治療方法や技術に関する情報ネットワークの構築、特にEUの計画の下で行われた研究成果の発表。
- (e) EU域内の健康状況に関する年次報告書の作成(各国からの報告に基づいて作成し、施策の評価や将来の意思決定の参考とするためのもの)。
- (f) 計画に対する財政的援助および先駆的プロジェクトの実施。
- (g) 加盟国が、患者の自由移動に対する障害を除去し、また、医薬品の適正使用によりコストを引き下げる努力を行う場合の補助(ただし、加盟国の権限を尊重しつつ実施)。

これらの「手段」を見れば明らかとなり、先に述べたEU施策の「補完性」と「比例性」への配慮が随所に見られる。

3. 重点施策

フレームワーク文書は、EUレベルで対応すべき「疾病や健康に対する危機」について、次のような定性的な説明を行っている。

- (a) 何も対策を講じなければ、重大な高齢期前の死亡を引き起こし、かつ(または)高い死亡率を有する(またはその可能性を有する)疾病。

- (b) 何も対策を講じなければ、高い罹患率を有し、かつ(または)重大な障害を引き起こすなど、重大な健康状態の悪化を引き起こす(またはその可能性のある)疾病。

- (c) 経済的・社会的影響とともに、生活の質に対して重大な影響(高額な治療コスト、休職など)を及ぼす疾病。

- (d) 実際の予防方法が存在する疾病。

- (e) 規模の経済により、EUレベルで対策を行うことにより付加価値の得られる疾病。

このような考え方をもとに、当該疾病が健康にいかなる影響を及ぼすのか、また、EUレベルで適切な予防措置が実施できるかどうか、という両面を考慮して、今後の施策の重点分野を掲げている。すなわち、「健康増進、教育、情報、訓練」「健康データ及び指標、疾病のモニタリングとサーベイランス」「がん」「薬物」「AIDS及び感染症」「事故及び傷害」「環境に起因する疾病」「難病」などである。フレームワーク文書は、これらの分野について3年以内に5カ年の行動計画(アクション・プログラム)を策定すべきことを提言した。

4. 行動計画(アクション・プログラム)

フレームワーク文書に基づき、欧州委員会は、8つの行動計画(アクション・プログラム)を提案し、1999年4月までにそのすべてが理事会で採択されている。

- (a) 「AIDS等の感染症に関する行動計画(1996-2000)」⁹⁾

(EUレベルで、HIV/AIDSその他の感染症のモニターと管理を推進し、情報提供と教育、専門家の訓練、HIV感染者の支援および差別の根絶などを目的とする。)

- (b) 「がんに関する行動計画(1996-2000)」¹⁰⁾

(データの収集、情報提供と健康教育、早期発見とスクリーニング、訓練と質的管理を行うもの。)

- (c) 「薬物依存に関する行動計画(1996-2000)」¹¹⁾

(各国の協力の下に薬物依存の防止に取り組むことを目的とする。若者とその家族、友人に対して日常生活上の防止措置を行うこと、電話相談サービス、患者の行動の自由、収監環境に関することなどが含まれている。)

- (d) 「健康増進・情報・教育・訓練に関する行動計画(1996-2000)」¹²⁾

(食事、アルコール、タバコ、社会的阻害などの一定の健康決定要因に焦点を当て、各国の保健政策において「健康増進」的アプローチをとることを求めたもので、健康的なライフスタイルを促進し、健康を阻害または増進する要因についての理解を深めることを目的とする。)

- (e) 「健康モニタリングに関する行動計画(1997-2001)」¹³⁾

(健康状態およびその推移に関し、信頼性があり、相互に比較可能な統計データを整備するとともに、健康決定因子を測定して対策に役立てようとするものであり、健康に関するデータを共有、分析、提供するための欧州レベルのネットワークの構築を目的とする。)

- (f) 「傷害予防に関する行動計画(1999-2003)」¹⁴⁾

(欧州レベルで事故などによる傷害に関するデータを収集し、情報交換を行うことにより、傷害予防対策の充実に資することを目的とする。)

- (g) 「環境汚染に関連する疾病に関する行動計画(1999-2001)」¹⁵⁾

(とりわけアレルギーおよび喘息のような呼吸器障害の増加を背景としたものであり、これらの疾病に関する信頼できるデータの提供、啓発活動、効果的な防止策の推進などを行うもの。)

- (h) 「難病に関する行動計画(1999-2003)」¹⁶⁾

(発生率が低いことから特別な配慮が必要な疾病についての措置を定めたもので、情報と経験の交換、患者およびその家族への支援、調査研究、の3つが主要な柱とされている。)

これらの行動計画の施策内容は、情報交換、人

事交流、研修、先駆的プロジェクト、情報キャンペーン、組織と専門家のネットワーキングなどから成立っている。

これらの行動計画のほかにも、「感染症サーベイランスとコントロールに関する域内ネットワークの確立に関する決定」¹⁷⁾「タバコの広告禁止に関する指令」¹⁸⁾「血液提供者の血液および血漿のスクリーニングに関する勧告」¹⁹⁾などの多くの立法が行われている。

また、域内の健康状況の実情に関連したデータの収集と分析およびそれらの情報発信にも力を入れており、「EU域内における健康状況に関する報告(1995年)」²⁰⁾「EU域内における女性の健康状況に関する報告(1997年)」²¹⁾などがまとめられ、公表されている。これらは、各加盟国間のデータ比較を行う上で貴重な資料となっている。

なお、研究分野においては、1998年末に採択された「研究・科学技術開発に関する第5次フレームワーク計画(1998-2000年)」²²⁾において、研究の重点施策として、「食品、栄養と健康」「感染症コントロール」「環境と健康」「人口高齢化」「保健衛生と健康サービス」などが盛り込まれている。

5. 各種施策における健康への配慮

先に述べたように、EUとして各種施策を策定する上で「高水準の健康の保持」という要請を考慮し、他の施策に「統合(Integration)」していくことが重要な政策目標となっている。

この点について欧州委員会は、各種の施策を策定する上で、「健康」という観点から、統一性がありバランスのとれた、かつ効果的な政策をとることの必要性を提言し、理事会もこうした方向性を支持する決議²³⁾を行っている。「バランスのとれた」とは、健康上の要請は「補足的(Supplementary)」なものであり、施策の主たる経済的・社会的目的を過度に妨げるものであってはならないということの意味している。

実際に各種施策においていかなる健康上の要請が配慮されたかについては、1995年以来、毎年、報告書²⁴⁾が提出されており、域内市場、競争政策、農業、運輸、通信、研究、エネルギーなどの各分野ごとに詳細なフォローアップが行われている。1998年に提出された第3回報告書(1996年内にとられた措置についての報告)においては、特に狂牛病問題を契機とした食品衛生、農業政策の分野における施策の発展に重点を置いた分析が行われている。

しかし、これらの報告書は、各方面で個々にとられた施策の「結果」を見て、そこから「健康」に関連すると思われる部分を抽出して記述したという印象が強い。施策立案の段階から、これらを担保する手段は必ずしも十分とはいえない。事前に関係部局間で協議や情報交換が行われているということだが、必ずしも手続的に義務付けられているわけではない。ある担当者のお話によれば、産業総局などの意見に押しきられてしまうことも多いというのが現状である。狂牛病問題などを教訓として、「健康上の配慮」への関心が高まっているのも事実であるが、手続的にどう担保していくかが今後の課題であるように思われる。

IV パブリック・ヘルス政策を担う組織

EUとしての施策を提案し、実施するのが欧州委員会である。担当する欧州委員はアイルランド出身のポートリック・フリン氏である²⁵⁾。欧州委員会の下で実務を担当する組織は「総局(Directorate General)」と呼ばれている。我が国の行政組織でいえば、各省庁に相当する。

まず、中心となるのは第V総局(社会・労働総局)であり、「パブリック・ヘルス及び労働安全」を担当する局(F局)を有する(在ルクセンブルク)。F局には5つの課があり、それぞれ、「パブリック・ヘルス(分析、調整、政策立案)」「疾病に対する行動計画の実施」「健康増進および疾病モニタリング」

「労働災害」「労働衛生」を担当している。

第XXIV総局(消費者・保健総局)は、狂牛病問題を契機として、1997年に消費者政策部局を改組してできた部局²⁶⁾であり、食品などの安全衛生に関する科学的分析・評価を担当している。

第III総局(産業総局)は、食品安全衛生、医薬品安全などに関する政策の企画立案、第VI総局(農業総局)は、農・水産物の衛生に関する政策の企画立案を担当している。また、第XI総局(環境総局)は、廃棄物、大気、水などの環境問題を担当している。

このほか、リスボンに欧州麻薬監視センター、ビルバオに労働安全衛生庁、ロンドンに欧州医薬品審査庁²⁷⁾、コペンハーゲンに欧州環境庁²⁸⁾などの外局を有している。

V パブリック・ヘルス政策の限界

ここでは、パブリック・ヘルス政策の限界に関する興味深い事例を最近の動きの中からいくつか紹介する。加盟国との関係、貿易との関係、科学的根拠の必要性などが関連する。

1. タバコの広告禁止に関する指令

喫煙については、フレームワーク文書でも「がん」の主たる健康阻害要因として指摘されている。がんによる死亡の3分の1が喫煙に関連するものといわれており、「がんに関する行動計画」においても、喫煙の減少を最優先課題として位置付けている。

1996年12月、喫煙による健康への影響を減少させるための欧州委員会の役割についての文書が提出された²⁹⁾。同文書は、域内において年間50万人が喫煙による影響で死亡しており、今後さらに増加する傾向にあるとして、EUレベルでの対策の必要性を指摘している³⁰⁾。また、EUレベルでの対策として、データの収集および研究、子供への悪影響を避けるための行動指針、タール許容量

の一層の削減、消費者への情報提供などを掲げ、また、加盟国間の協力を促進する措置として、喫煙率削減目標の設定、自動販売機などでの販売規制、タバコ価格の引き上げ、スポンサーの規制、健康教育の充実などを掲げている。

こうした中で、1997年12月、保健相理事会はタバコ製品の広告規制に関する指令に関して合意に達し(欧州委員会から提案されたのは1992年)、1998年6月に採択された³¹⁾。(ドイツとオーストリアが反対。スペインとデンマークが棄権)

その内容は、以下のとおりである。

- (a) EU域内におけるタバコ広告およびタバコ業界からの資金提供(スポンサー)は、いかなる形式のものも全面的に禁止する。ただし、域外の第三国の出版物であって、販売先を欧州に特定したものでなければ、同指令は適用されない。
- (b) 出版物における広告には1年間、資金提供(スポンサー)については2年間の猶予期間を設ける。なお、世界的規模のイベント(F1やサッカーワールドカップなど)については、これに加えてさらに3年間の猶予期間を設ける。
- (c) 遅くとも2006年10月からは、タバコ広告が全面的に禁止される。
- (d) 加盟国は、同指令の内容を3年以内に法制化する。

本指令をめぐる主な論点は、その条約上の根拠であった。成立した指令は、条約第100a条(域内共通市場における法制の調和化)を根拠としている。すなわち、同指令の直接の目的は、タバコ広告に関する制度の各国間の差異が統一市場におけるモノの自由移動の障害になるとして、その法制度の「調和化」を行うことにある。

しかし、ドイツなどは、広告規制の本来の目的はタバコによる健康被害の防止であり、こうした「パブリック・ヘルス」に関する政策は、基本的に加盟国の権限に属するものであるから、条約第100a条ではなく第129条を根拠とすべきであり、し

たがって法制の「調和化」を行うことはできない、として異議を唱えた。

この点については、欧州議会における2つの関連委員会でも意見が分かれた。すなわち、法務委員会は「条約第100a条を根拠としてタバコ広告を禁止することは法的根拠を欠く」と主張して指令案を否決したが、一方、環境・保健・消費者保護委員会は、第100a条を根拠とする欧州委員会の提案を無修正で可決し、最終的に、欧州議会総会において可決されている。

1998年10月、ドイツは、a)保健上の政策は基本的に加盟国の権限に属するものであること、b)広告規制は表現の自由に抵触すること、c)広告規制がタバコ消費の減少につながるという保証がないことなどを理由として、欧州司法裁判所に提訴した。しかし、その直後に実施された独総選挙の結果、政権が交代し、新たに保健相に任命された緑の党出身のフィシャー保健相は、訴えを取り下げることが表明している(同年11月保健相理事会)。欧州司法裁判所における法的判断が注目されていただけに残念な結果ではある³²⁾。

欧州委員会の見解によれば、「健康」に関する施策はすべて条約第129条を根拠としなければならない理由はなく、「高水準の健康の保持」がEUの共通目標として掲げられていること(条約第3条(o))、さらに、各種施策に健康上の要請を「統合」することが課題とされていることなどにかんがみれば、フレキシブルな対応が可能だというものである。加盟国の権限との関係で法制の「調和化」を排除している第129条の限界を示す事例であるとともに、条約上の他の規定を用いることにより、実質的に「調和化」を実現した前例として興味深い。

2. 狂牛病(特定危険物質の禁止)

狂牛病(BSE: Bovine Spongiform Encephalopathy)に関しては、英国からの牛肉の輸出禁止措置をはじめとして、さまざまな対策がとられてきたが、こ

ここでは、我が国との貿易にも深く関係する「特定危険物質 (SRM: Specified Risk Materials)」の使用禁止をめぐる議論を紹介したい。「特定危険物質」とは、ウシ、ヒツジおよびヤギの脳、眼球、扁桃腺、脊髄、脾臓など、BSE感染を媒介すると考えられる物質をいう。BSEは、ヒトのクロイツフェルト・ヤコブ病 (CJD: Creutzfeld-Jakob Disease) を含む海綿状脳症 (TSE: Transmissible Spongiform Encephalopathy) との関連性が疑われており、こうした疾病を媒介する疑いのある物質の使用や輸入を禁止しようというものである。1997年7月、欧州委員会は次のような決定を行った³³⁾。

- (a) 特定危険物質を用いて生産された獣脂、ゼラチンおよび動物性蛋白の使用禁止、ならびにこれらを使用して製造された食料、飼料、化粧品および医薬品の使用を禁止する。
- (b) これらを輸入するためには、生産国の当局が発行した証明書が必要とする。
- (c) 1998年1月1日から施行。

しかし、こうした厳しい措置に対しては、化粧品や医薬品の輸出に対する影響の大きいアメリカや日本 (BSEフリーの国である旨を主張) などが反発し、加盟国にも市場の混乱を懸念する慎重意見があったことから、農相理事会でも議論がまとまらず、施行期日が3回延期 (施行日が1998年4月1日、1999年1月1日、同年12月31日へと延期) された。しかし、同決定がこのまま施行される見込みはなく、1998年11月、欧州委員会は新たなTSE対策³⁴⁾を提案した。ここでは医薬品や化粧品は適用除外とされるに至っている。

健康上の要請による規制は優先されるべきであるが、一方では貿易や流通に対する障壁として問題となりうる。予防的措置としてどこまで規制を行うべきか、産業界の思惑も絡んで難しい問題である。

3. 塩化ビニール製玩具に関する規制

我が国でも各方面で議論を呼んでいる内分泌

攪乱物質 (いわゆる環境ホルモン) に関連する事例である。

ソフト塩化ビニール (PVC) 製の玩具および保育用具 (おしゃぶり等) に関して、内分泌攪乱作用が疑われているフタレートという物質が滲出しているとして、その規制を求める消費者運動の高まりを契機として、EUとしてこれを規制すべきかどうか議論の焦点となっている。

「製品の安全性に関する指令」³⁵⁾に基づき、緊急的にEUレベルにおいて措置を行うためには、「深刻かつ緊急の危険性 (Serious and Immediate Risk)」という要件を満たす必要がある。しかしながら、ごく微量の物質のきわめて長期間にわたる影響を科学的なデータをもって短期間のうちに検証することはきわめて困難な作業である。結局、明確な結論が出ないまま、1998年7月、各国に対し、フタレートを含むソフト塩化ビニール製玩具に関しての自主的な規制、モニタリング、情報提供などの措置を講じることを勧告³⁶⁾するにとどまり、EUレベルでの措置を採択するには至っていない。

なお、加盟国レベルでは、イタリア、オーストリア、ギリシャ、デンマーク、スウェーデン、フィンランドにおいて、すでに何らかの規制措置がとられ、あるいは検討されている。

4. 医薬品産業と統一市場

「パブリック・ヘルス」の範疇からはやや外れるが、医薬品に関して、統一市場との関係でひとつだけ指摘しておきたい。

1999年1月1日、EU11カ国 (加盟15カ国のうち、英、スウェーデン、デンマーク、ギリシャを除く) で単一通貨ユーロが導入され、欧州の統一市場の完成に向けて大きな前進が見られた。統一市場の基本的理念が「自由な流通と競争」である。

ところが、医薬品については、基本的には加盟国が自らの権限において、医療 (保険) 制度を通じてその価格を統制しているという特殊な性格を有

しているため、医薬品産業を「自由な流通と競争」という理念といかに調和させるかが大きな課題となっている。

1998年11月に欧州委員会が提出した文書「医薬品産業における単一市場」³⁷⁾によれば、加盟国の医療制度における固有の権限を尊重しつつ、現状を放置するのではなく、また、中央集権的な価格統制を行うのではなく、セクター別にきめ細かな施策を講じることにより、適正価格による医薬品へのアクセスを保障し、各国のヘルスケア・コストを過度に増加させないことが必要であると述べている。しかし、具体的にどのような施策を実施するのかについては不透明なままである。

各国の権限である医療政策における重要なファクターであるとともに、ひとつの流通商品としての側面を併せもつ医薬品について、どのような位置付けがなされていくのかが注目される。

VI 今後の課題

1. フレームワーク文書の見直し

1993年のフレームワーク文書で基盤が確立し、行動計画(アクション・プログラム)に従って具体的に発展してきたパブリック・ヘルス政策であるが、現在、見直しの議論が始まっている。

現行の行動計画の多くは、2000年にその期限を迎える。また、各計画が分立していることに伴う事務的負担や調整の難しさ、資金が分散することに伴う1計画当たりの予算不足などの制度的な問題点も指摘されている。

さらに、アムステルダム条約の発効に伴い、すでに述べたようなパブリック・ヘルス分野の位置付けの強化を具体化するためにも、新たな提案を行うことが課題になっている。

こうした中で、1998年4月15日、欧州委員会は、「今後のEUのパブリック・ヘルス政策について」と題する文書(以下「98年文書」という)を発表し

た³⁸⁾。同文書は、フレームワーク文書のその後の実施状況のフォローアップを行うとともに、今後のEUパブリック・ヘルス政策の基本的課題について提言を行ったものである。

2. パブリック・ヘルスに関する課題

98年文書は、域内住民の健康状況について、平均寿命の伸び、乳児死亡率の減少、妊産婦死亡率の減少など、おおむね高い水準を達成していると評価している。

表1は、EU加盟各国の平均寿命および乳幼児死亡率について、現在と20年前の指標を比較したデータであり、表2は、域内における死因別・男女別・年齢別の死亡数のデータ(1991年)である(ともに、前述の「EU域内における健康状況に関する報告(1995)」による。データ比較時の加盟国は12カ国)。

現状に関しては、次のような問題点があると指摘している。

第1に、生活習慣病(喫煙、運動不足、栄養不足などを要因とする疾病)を主な要因とする65歳未満の死亡数が依然として多い(毎年約60万人が35歳から64歳の間に死亡)ことである。

第2に、健康に対する新たな危機の顕在化である。AIDSをはじめとして、クロイツフェルト・ヤコブ病(CJD)、チキン・フル、エボラ出血熱などの出現、抗生物質への耐性菌の出現などである。

第3に、高齢化に伴う、要介護者の増加やアルツハイマー型老年痴呆症などの患者の増加である。

第4に、性別、あるいは社会的・経済的地位の差による死亡率や疾病率の差異である。一例を挙げれば、15～34歳の青年男子の死亡数は女子の3倍となっている。

3. ヘルスケア・コストの増大

以上のような個々の具体的な課題と相俟って、各国が頭を悩ませているのはヘルスケア・コスト

表1 加盟国の平均寿命と乳幼児死亡率の推移

	平均寿命(年)		乳幼児死亡率(出生数1,000当たり)	
EC	71.8 (1970)	76.5 (1991)	22.3 (1970)	7.5 (1991)
ベルギー	71.0 (1970)	75.7 (1989)	21.1 (1970)	8.5 (1989)
デンマーク	73.5 (1970)	75.4 (1992)	14.2 (1970)	6.5 (1992)
フランス	72.9 (1970)	77.7 (1991)	15.1 (1970)	7.3 (1991)
ドイツ	70.5 (1970)	75.7 (1991)	23.6 (1970)	6.9 (1991)
ギリシャ	73.8 (1970)	77.4 (1991)	29.6 (1970)	9.0 (1991)
アイルランド	70.7 (1970)	75.0 (1991)	19.5 (1970)	7.6 (1991)
イタリア	71.6 (1970)	77.2 (1990)	29.6 (1970)	8.0 (1990)
ルクセンブルク	69.7 (1971)	76.1 (1992)	20.5 (1971)	7.2 (1992)
オランダ	73.7 (1970)	77.3 (1991)	12.7 (1970)	6.5 (1991)
ポルトガル	67.0 (1971)	74.4 (1992)	49.8 (1971)	9.3 (1992)
スペイン	72.8 (1970)	77.0 (1990)	20.8 (1970)	7.6 (1990)
英国	71.8 (1970)	76.4 (1992)	18.5 (1970)	6.6 (1992)

注：カッコ内は西暦

出典：『EU域内における健康状況に関する報告』（欧州委員会, 1995年）

(パブリック・ヘルスに要する費用のみならず、治療のための医療費を含む概念)の増大である。ヘルスケア・コストは過去30年間でGDP比にしておおむね倍増し、国によって異なるが5%から10% (1991年における域内平均は7.4%)を占めている。その主な要因は、出生率の低下と平均寿命の伸長による人口の高齢化、医薬品や医療技術の進歩、ヘルス・サービスに対する市民の期待の高まりなどが挙げられている。これに対して各国は構造改革を行ったり、効率的で効果的な医療システムの構築に努めてきている。

4. EU拡大への対応

1998年11月、中・東欧諸国(第一次拡大候補国として、ポーランド、チェッコ、ハンガリー、エストニア、スロヴェニア、サイプラスの6カ国)とのEU加盟交渉が正式に開始された。

これら諸国の健康水準は現在のEU加盟国に比べて一般的に低く、また各種の制度も現加盟国と整合性のとれるものとはなっていない。EUの拡大

は、人の自由移動との関係で、労働力の移動などにより現在の加盟国のヘルスケア・システムに大きな影響を及ぼすことが予想される。また、モノの自由移動との関係においても、医薬品、血液製剤、医療用具が自由に流通することになれば、これらの製品価格や品質管理の問題が顕在化する。

保健担当のフリン欧州委員は、「各国におけるパブリック・ヘルス・システムは、これからますます国境を越えた発展、すなわち、財とサービスの市場のグローバル化、医療専門家や患者の移動、科学技術の発達などを考慮に入れていく必要があるだろう」(1998年7月)と述べている。

EUとしては、これら諸国に対し、すでにPHAREプログラム³⁹⁾などを用いて健康関連施策の法制の実施についての支援を行っているほか、現行のパブリック・ヘルスに関する各種の行動計画においても、中・東欧諸国に参加の途を開き、政策調和プロセスの一助としているところであるが、参加に伴って必要となる拠出金との関係で難色を示すケースが多いことが問題とされている。

表2 死因別・性別・年齢別死亡数(1991年)

(千人)

死因	性別	全年齢	0歳	1～14歳	15～24歳	25～34歳	35～64歳	65歳以上
心疾患	計	1525	0.4	0.7	1.7	4.7	179.8	1340
	女	833	0.2	0.3	0.6	1.5	47.5	783
	男	692	0.2	0.4	1.1	3.2	129.3	557
がん	計	862	0.1	2.2	2.9	6.7	250.3	600
	女	382	0.05	1.0	1.1	3.4	100.1	276
	男	480	0.05	1.3	1.7	3.3	150.2	324
外傷	計	189	1.0	5.1	22.9	23.7	58.7	77.6
	女	70	0.4	1.8	4.4	4.5	14.9	43.7
	男	119	0.6	3.3	18.5	19.2	43.8	33.9
感染症	計	25	0.5	0.5	0.4	0.8	5.2	18.4
	女	12	0.2	0.2	0.1	0.2	1.6	9.9
	男	13	0.3	0.3	0.2	0.5	3.6	8.5
呼吸器系疾患	計	268	0.7	0.6	0.8	1.4	25.2	239
	女	120	0.3	0.3	0.3	0.4	7.7	111
	男	148	0.4	0.3	0.5	0.9	17.5	128
精神神経系疾患	計	114	0.7	1.3	2.3	4.0	19.8	86.0
	女	62	0.3	0.6	0.6	1.0	6.5	52.7
	男	52	0.4	0.7	1.7	3.0	13.2	33.3
原因不明の疾患	計	76	5.1	0.7	1.5	2.8	16.6	49.2
	女	35	2.0	0.3	0.4	0.7	4.5	27.4
	男	41	3.1	0.4	1.2	2.1	12.1	21.8
消化器系疾患	計	158	0.2	0.2	0.3	2.1	46.1	109.6
	女	75	0.1	0.1	0.1	0.6	14.0	60.4
	男	83	0.1	0.1	0.2	1.4	32.1	49.2
内分泌系疾患	計	101	0.4	0.5	0.9	5.7	17.3	76.9
	女	58	0.2	0.2	0.3	1.1	5.7	51.4
	男	43	0.2	0.3	0.6	4.6	11.6	25.5
その他の疾患	計	166	19.9	2.3	1.3	1.5	14.2	127.6
	女	98	8.6	1.0	0.6	0.8	6.5	80.6
	男	68	11.3	1.2	0.7	0.7	7.8	47.0
合計	計	3486	28.9	14.1	34.9	53.4	630.1	2725
	女	1747	12.3	5.8	8.6	14.2	209.0	1497
	男	1739	16.6	8.2	26.4	39.2	421.1	1228

出典：『EU域内における健康状況に関する報告』(欧州委員会, 1995年)

5. 今後の重点政策

以上のような問題意識を踏まえ、98年文書は、今後のパブリック・ヘルス政策の重点として、次の3点を提示した。

- (a) パブリック・ヘルス政策の策定に関する情報を充実すること。
- (b) 健康に対する危機に迅速に対応すること。
- (c) 健康増進および疾病予防を通じて健康阻害要

因を排除すること。

第1点は、EUとして効果的で持続的な施策を実施できるよう、健康に関する各種データ、あるいは効果的なヘルス・システムに関する「情報」の収集・分析・発信の総合的なシステムを構築し、政策決定や評価を行うというものである。このため、健康モニタリングをはじめとする政府間のデータ交換システムを通じて、情報の収集、効果、調査、分析を可能とすることを目指している。こうした情報データベースは、EU拡大の候補諸国にとっても有益であると指摘している。

第2点は、伝染病などに対する早期警告、早期対応の可能なEUレベルのサーベイランス・システムの構築である。1998年9月に成立した「感染症サーベイランスとコントロールに関する域内ネットワークの確立に関する決定」はその一例といえる。その目的は、第1に、危険を特定して健康に対する被害を予想すること、第2に、健康への危害に対していかなる施策が必要であるかを決定し、当局に情報を提供することである。こうした施策は、感染症のみならず、難病、食品衛生、植物検疫、動物検疫、血液の安全性、環境に起因する健康被害、化学物質や毒性による健康被害、医薬品・医療機器による副作用などに応用することができるとしている。

第3点は、疾病予防とともに、アムステルダム条約で強調されている「健康増進」により重点を置くということである。健康増進とは、人々が健康決定要因をコントロールできるようにするため、個人の資質と能力を高めるとともに、個人や社会の健康に貢献するよう社会、経済、環境を改善していくことを目指した施策である。ただし、具体的にいかなる施策が可能なのかは今後の検討に委ねられている。

以上3点を通じて指摘できるのは、EUのパブリック・ヘルス政策における「情報」の占める役割の重要性である。具体的な措置の権限が加盟国にあること、および「補完性の原則」にかんがみれば、広域的なネットワークを構築してはじめて効果的に

機能する「情報」を主要なツールとする施策は、EUレベルの政策が効果を発揮しやすい分野といえる。こうした情報ネットワークは、EU域内にとどまらず、アメリカとの間で「感染症に関するタスクフォース」を設置するなど、第三国との協力関係をも視野に入れたものとなっている。

98年文書は、これら3つの考え方を柱として、新たなパブリック・ヘルスのフレームワークを策定すべきことを提言している。現行のフレームワークおよび各種行動計画は、一定の成果を上げているものの、各種施策が分立しており必ずしも連携がうまくいっていないこと、予算も縦割りで重複や非効率な面があることなどが指摘されている。

そこで、新フレームワークは、従来のようなエイズ、がん…といった施策分野別の計画ではなく、分野横断的な情報ネットワークの構築を目指している。具体的内容は未だ明らかではないが、パブリック・ヘルスに関する各国の情報提供を義務付けることなどが検討されている。ただし、収集した情報をもとにEUとして「欧州共通の健康指標(目標)」を策定するといった考えは今のところないようである。これは、(a)加盟国間のバラツキが大きいこと、(b)WHOがすでに健康指標を定めていること、(c)具体的施策の権限が加盟国にあるため設定した指標が未達成の場合にEUとしてとりうる具体的な手段がないこと、などがその理由である。また、EU拡大との関係では、中・東欧諸国を含めて幅広く参加する健康情報インフラの整備を視野に入れている。欧州委員会(DGV)によれば、1999年後半を目途に新フレームワークの草案を作成する予定であり、理事会と欧州議会の共同決定手続を経て、早ければ2001年頃の採択を目指している。

VII おわりに

「健康」問題への関心は、近年、ますます高まってきている。増加する高齢者の健康問題や成人病

の増加といった基本的な課題、80年代から急速に顕在化したエイズや狂牛病といった課題のほか、最近では内分泌攪乱物質(いわゆる環境ホルモン)、電磁波の人体への影響の問題など、複雑かつ科学的な証明が難しい分野への取り組みが行われている。

マーストリヒト条約(条約第129条の新設)を契機として、総合的なフレームワークと8つの行動計画の下で、EUのパブリック・ヘルス政策は順調に発展してきた。と同時に、具体的な施策の権限が原則として加盟国にあるという限界が強く認識されるに至っている。そこで、タバコ広告禁止指令の例に見られるように、あらゆる政策分野において健康に配慮するという観点から法制の調和化を目指す試みも行われている。また、パブリック・ヘルスに関する施策は、産業や貿易との関係でしばしば摩擦を引き起こすことがある。その際に施策の正当性を裏付けるのは科学的根拠の妥当性である。こうした観点から、域内の人的資源や情報を効率的に活用した調査・研究の重要性が指摘される。

98年文書で強調されているのは、分野横断的な情報ネットワークづくりの中心としてのEUの役割である。EUの補完性・比例性といった原則および各種行動計画の経験にかんがみて、「情報」こそがEUパブリック・ヘルス政策における最も効果的なツールであると認識されるに至ったといえよう。

EUは、現在、単一市場の創設、中・東欧諸国への拡大といった大きなうねりの中にあるが、こうした中でパブリック・ヘルスの分野においても、それらを踏まえたより広角的な視点から議論が行われている。

注

- 1) 1993年11月1日発効。マーストリヒト条約の意義や内容についてはすでに多数の解説書もあることから、ここでは繰り返さない。後掲「参考文献」参照。
- 2) *Public Health in Europe*, European Commission, 1997.
- 3) 1985年に作成されたもので、域内市場統合を目指して1992年までに実施すべき措置などを条文化(ローマ条約の改正)したもの。1987年7月1日に発効。
- 4) 欧州司法裁判所は、条約第3(o)条の高水準の健康保

持という要請は、健康に影響を及ぼすすべての分野に適用されるべきものであると述べている(Case C-180/96R, *United Kingdom v. Commission*, ECR 1996, I-3903)。

- 5) 規則No. 302/93 of 8 February 1993
- 6) 規則No. 2062/94 of 18 July 1994
- 7) *Public Health in Europe*, European Commission, 1997.
- 8) COM(1993) 559, 24 November 1993. 「COM」は欧州委員会発表文書に付された番号。
- 9) Official Journal of the European Communities (以下OJと略す) L95, 16 April 1996
- 10) OJ L95, 16 April 1996
- 11) OJ L19, 22 January 1997
- 12) OJ L95, 16 April 1996
- 13) OJ L193, 22 July 1997
- 14) OJ L46, 20 February 1999
- 15) OJ L155, 22, June 1999
- 16) OJ L155, 22, June 1999
- 17) OJ L268, 3 October 1998
- 18) OJ L213, 30 July 1998
- 19) OJ L203, 21 July 1998. 域内における血液・血漿提供者に関する共通基準(年齢, 体重, 血圧, 心拍数, ヘモグロビン濃度)を確立するとともに, HIVなどのスクリーニングについて定めることにより, 血液の安全性と人々の健康を確保しようとするもの。
- 20) COM(1995) 357, 19 July 1995. このような域内の健康状況に関する総合的な報告書は5年に1回公表されることになっている。
- 21) COM(1997) 224, 22 May 1997
- 22) 決定No. 182/1999/EC, OJ L126, 1 February 1999
- 23) OJ C350, Council Resolution of 20 December 1995, OJ C374, Council Resolution of 12 November 1996
- 24) 第1回報告書COM(1995) 196, 29 May 1995, 第2回報告書COM(1996) 407, 4 September 1996, 第3回報告書COM(1998) 34, 27 January 1998.
- 25) 1999年3月16日, 予算の不正支出問題等を契機として欧州委員会は総辞職したが, 委員が新任されるまでは引き続き通常事務を遂行することとされている。保健政策を担当する新欧州委員の候補は, アイルランド出身のデビッド・バーン氏であり, 欧州議会によるヒアリングを経て正式に任命される予定。
- 26) この組織改革は, 政策立案部門と科学的協議部門との分離, 政策立案部門と実施部門との分離, 透明性と情報へのアクセスの強化の必要性, という3つの考え方に基づくものである。
- 27) 規則No. 2309/93, OJ L214, 24 August 1993, バイオテクノロジーを利用した医薬品, 革新的な新医薬品については, 欧州医薬品審査庁(The European Agency for the Evaluation of Medicinal Products)が集権的に承認審査を行うこととされた。

- 28) 規則No. 1210/90, OJ L120, 11 May 1990, 環境政策に関して、情報収集、分析、評価を行うことにより、欧州委員会をサポートする。
- 29) COM (1996) 609, December 1996
- 30) 喫煙に関しては、これ以前にも、公共の場における喫煙の禁止に関する理事会決議 (1989) や、テレビにおけるタバコの広告規制 (指令 89/552/EEC), タバコ製品への健康を害するおそれの表示 (指令 89/622/EEC, 92/41/EEC), タールの許容量に関する規制 (指令 90/239/EEC) などの法的措置を実施してきている。
- 31) OJ L213, 30 July 1998
- 32) なお、同指令については、ヨーロッパ出版者協議会 (European Publishers' Council), ヨーロッパ広告三者協議会 (European Advertising Tripartite), ヨーロッパ新聞出版協会 (European Newspaper Publishers' Association), ヨーロッパタバコ製造者連盟 (Confederation of European Community Cigarette Manufacturers Ltd), ヨーロッパタバコ協会 (European Smoking Tobacco Association) などが反対を表明し、司法的措置も辞さない構えを見せている (Europe 紙 No. 7222, 1998年5月15日付)。また、1998年9月、イギリスのタバコ製造業3社 (British American Tobacco, Gallaher Imperial Tobacco, Rothmans) は、EUには保健政策に関する権限がないこと、タバコ広告の禁止は域内市場の調和化と無関係であることなどを理由としてイギリス高等裁判所に法的手続きをとることを決定した (Financial Times 紙, 1998年9月22日付)。
- 33) 欧州委員会決定 97/534/EC of 30 July 1997
- 34) COM (1998) 623, 18 November 1998 および COM (1998) 749, 11 December 1998
- 35) 指令 92/59/EEC. 消費者保健に関し、科学的根拠に基づく迅速な対応を目的として狂牛病問題を契機に制定された。消費者・保健総局 (DGXXIV) が担当している。
- 36) 欧州委員会勧告 98/485/EC, OJ L217, 5 August 1998
- 37) COM (1998) 588, 25 November 1998
- 38) COM (1998) 239, 15 April 1998
- 39) 中・東欧諸国に対する民主化、市場経済移行のための資金・技術協力。1989年、ポーランドおよびハンガリーの改革を支援する目的で創設された後、次第に対象国が拡大されてきた。

参考文献

- 田中友義・河野誠之・長友貴樹 1996『ゼミナール欧州統合』有斐閣ビジネス
- 藤井良広 1997『EUの知識』日経文庫
- 大西健夫・岸上慎太郎・中曾根佐織編『EU政策と理念』早稲田大学出版部
- European Commission. 1995. *EUROPEAN UNION, Selected instruments taken from the Treaties.*
- European Commission. 1993. *Commission communication on the framework for action in the field of public health.*
- European Commission. 1998. *Communication from the Commission on the development of public health policy in the European Community.*
- European Commission. *General Report 1996 & General Report 1997.*
- European Commission. 1995. *Report from the Commission on the integration of health protection requirements in Community policies.*
- European Commission. 1996. *Second Report from the Commission on the integration of health protection requirements in Community policies.*
- European Commission. 1998. *Third Report from the Commission on the integration of health protection requirements in Community policies.*
- European Commission. 1995. *Report from the Commission on the state of health in the European Community.*
- European Commission. 1997. *Report from the Commission on the state of women's health in the European Community.*
- Eurostat. *Eurostat Yearbook '97.*
- European Commission. 1997. *Public Health in Europe.*
- European Commission. 1998. *Communication from the Commission, Social Action Programme 1998-2000.*
- European Commission. 1995. *Communication from the Commission, Medium-term Social Action Programme 1995-97.*
- European Commission. 1998. *Communication from the Commission on the Single Market in Pharmaceuticals.*
- (かわまた・たけお
欧州連合日本政府代表部 (在ブラッセル) 一等書記官)