

Smoking Still Kills

タバコはまだ人を殺し続けている

PROTECTING CHILDREN, REDUCING INEQUALITIES

子どもを守り、格差を減らそう



一般社団法人 日本禁煙学会 理事 松崎道幸(訳)

目 次

	要約と勧告	4
	新たなビジョン	4
	新たな戦略	4
	新たな資金獲得戦略	5
	包括的対策	5
	勧告	7
第 1 章	人間が作り出した厄災は我々の力で終わらせる事ができる	10
第 2 章	成功の経験に学ぶ	11
	2.1 長期展望	11
	2.2 最近の 5 年	12
	2.3 野心的な新戦略	15
第 3 章	喫煙がもたらす被害の大きさ	19
	3.1 喫煙の健康被害	19
	3.2 子どもと若者	20
	3.3 喫煙は格差を広げる	22
	3.4 経済と社会にもたらす被害	25
第 4 章	汚染者が被害を償うべきである	26
	4.1 タバコ災害を終わらせるための投資	26
	4.2 タバコ会社の義務	26
	4.3 タバコ会社に義務を果たさせる取り組み	28
第 5 章	タバコ災害を終わらせるために 1: 禁煙の援助をしよう	30
	5.1 喫煙者はタバコ問題解決のパートナー	30
	5.2 禁煙サポートサービス	30
	5.3 あらゆる機会を生かして禁煙を援助する	31
	5.4 代替ニコチン製品	32
第 6 章	タバコ災害を終わらせるために 2: 禁煙を勧め、喫煙をデ・ノーマライズしよう	34
	6.1 タバコ製品の価格	34
	6.2 責任あるタバコ販売を	36
	6.3 マスメディアとソーシャルマーケティング	37
	6.4 タバコ煙のない環境	38
	6.5 映画などにおける喫煙シーン	40
第 7 章	結論	41
	参考文献	42



「Smoking Still Kills」は、Cancer Research UK(世界最大のがん撲滅のための研究と資金援助を行う事前援助団体)と英国心臓財団の援助を受けて Action on Smoking and Health(ASH)が作成し発表した報告書である。

イングランド政府が策定したタバコ規制 5 か年計画は、2015 年に最終年度を迎える。この報告書の目的は、今後 10 年間に喫煙率の大幅な低下を実現するうえで必要な新たな目標とイングランド政府の戦略を提案することにある。提案された諸勧告は、郡レベルの 4 回の会合で国と地方のタバココントロール専門家の意見を勧告したうえ、様々な分野の学者、専門家への諮問結果を編集委員会がまとめたものである。

編集委員会

Peter Kellner	President YouGov, Chair of the Editorial Board
Will Anderson	Managing Editor
Deborah Arnott	Chief Executive, ASH
Professor John Britton	Chair of Tobacco Advisory Group, Royal College of Physicians
Hazel Cheeseman	Director of Policy, ASH
Alison Cox	Director for Cancer Prevention, Cancer Research UK
Professor Martin Jarvis	Professor of Health Psychology, University College London
Dr. Mike Knapton	Associate Medical Director, British Heart Foundation
Professor John Moxham	Chair, ASH; Professor of Respiratory Medicine, King's College London

Observer

Martin Dockrell Tobacco Control Programme Lead, Public Health England

Data provided by

Howard Reed, Landman Economics

LeLan Solutions

YouGov plc

Professor Sarah Lewis, University of Nottingham

ISBN

978-1-872428-95-6

© Copyright 2015

All rights are reserved. No part of this publication may be reproduced in any form without the written permission of the authors. Applications for the copyright owner's permission should be addressed to Action on Smoking and Health, 6th floor, Suites 59-63, New House, 67-68 Hatton Garden, London EC1N 8JY

Graphic design: design@weecreative.co.uk

本報告書を支持承認した組織団体

NATIONAL

Arrhythmia Alliance
ASH Northern Ireland
ASH Scotland
ASH Wales
Association of Directors of Public Health
Association of Respiratory Nurse Specialists
Asthma UK
Atrial Fibrillation Association
Best Beginnings
Bliss
Bowel Cancer UK
British Cardiovascular Society
British Dental Health Foundation
British Heart Foundation
British Lung Foundation
British Medical Association
British Thoracic Society
Cancer Focus Northern Ireland
Cancer Research UK
Cardiovascular Coalition
Centre for Mental Health
Chartered Institute of Environmental Health
Chartered Trading Standards Institute
Cut Films
Diabetes UK
Faculty of Public Health
GASP
GMFA - The gay men's health charity
HEART UK
Macmillan Cancer Support
Medical Women's Federation
Mind
Mouth Cancer Foundation
National Centre for Smoking Cessation and Training
NHS Alliance
Primary Care Respiratory Society
QUIT
Roy Castle Lung Cancer Foundation
Royal College of Anaesthetists
Royal College of General Practitioners
Royal College of Midwives
Royal College of Nurses
Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
Royal College of Paediatrics and Child Health
Royal College of Pathologists
Royal College of Physicians

Royal College of Physicians of Edinburgh
Royal College of Psychiatrists
Royal College of Radiologists
Royal National Institute of Blind People
Royal Society for Public Health
Sands
Socialist Health Association
Solutions 4 Health
South Asian Health Foundation
STARS
Stroke Association
The Lullaby Trust
The Richmond Group of Charities
Tobacco Control Collaborating Centre
Tommy's
UK Health Forum
UK Centre for Tobacco & Alcohol Studies

LOCAL AND REGIONAL

Barnsley Metropolitan Borough Council
Bath and North East Somerset Tobacco Action Network
Brighton and Hove City Council
Bury Council
Calderdale Metropolitan Borough Council
Cornwall Council
Coventry Smokefree Alliance
Darlington Borough Council
Darlington Tobacco Control Alliance
Derbyshire County Council
Devon County Council
Fresh
Gateshead and South Tyneside Local Pharmaceutical Committee
Haringey Health and Wellbeing Board
Hartlepool Borough Council
Heart of Mersey
Herefordshire Council
Hertfordshire County Council
Hertfordshire Tobacco Control Alliance
Hull Alliance on Tobacco
Kirklees Council
Knowsley Council
Lancashire County Council, Public Health
Leeds City Council
Liverpool City Council, Public Health

London Borough of Bexley, Public Health Team
London Borough of Brent
London Borough of Enfield
London Borough of Harrow
Medway NHS Foundation Trust
Middlesbrough Council
North East Directors of Public Health Network
North Lincolnshire Smokefree Alliance
North Tyneside Smoke Free Alliance
Nottinghamshire County Council, Public Health
Plymouth City Council, Office of the Director of Public Health
Redcar and Cleveland Borough Council
Sheffield City Council
Smoke Free Newcastle
Smoke Free Northumberland Alliance
Smokefree Devon Alliance
Smokefree Gateshead Tobacco Alliance
Smokefree South West
Smokefree Tobacco Control Alliance of County Durham
Smokefree Wakefield Tobacco Control Alliance
Smokefree Yorkshire and the Humber
Solihull Stop Smoking Service
Somerset County Council
South Gloucestershire Council
South West Yorkshire NHS Partnership Foundation Trust
St Helens Metropolitan Borough Council
Stoke-on-Trent City Council
Sunderland Tobacco Alliance
Surrey County Council
Swindon Smokefree Alliance
Thurrock Council
Tobacco Free Futures
Tower Hamlets Tobacco Control Alliance
University Hospitals of Leicester NHS Trust
Wakefield Health and Well Being Board
Warwickshire County Council
West Yorkshire Fire and Rescue Service
Wiltshire Council
Worcestershire Tobacco Control Alliance

要約と勧告

新たなビジョン

喫煙という伝染病は、まさしく近代の現象である。紙巻きタバコは、技術的精緻とビクトリア王朝時代の企業家精神の産物であり、紙巻タバコ製造機械と大衆販売戦略によって生み出された。その後100年以上を経る中で、タバコ産業の創業者達は、紙巻きタバコ市場の拡大した地域に巨大な死者と病者の津波をもたらした。そうであればこそ、我々には、彼らがこのような膨大な「収穫」を手するために活用した技術力と資金力を、逆に活用して、この膨大な犠牲を食い止めることが要請されているのである。人が作り出した厄災は、人の力で終わらせることができる。

この35年間、イギリスの喫煙率は半減した。今や大人の喫煙者は5人中1人に満たない。この目覚ましい変化は、主に喫煙者の禁煙をサポートすることと、喫煙を非常識とする社会通念を広げる政府の政策によってもたらされた。1998年に全国的タバコ規制戦略 *Smoking Kills* が発表された後、禁煙者が増えたために、7万人以上の命が救われた。

しかしながら、喫煙はいまだに人を殺しつづけている。イングランドで数百万人の喫煙者が今なお喫煙関連疾患と早死の危険にさらされ、毎日何百人もの若者が喫煙を始め、タバコが健康格差をもたらす主要な原因となっているからには、タバココントロールの事業が完了したと言えないことは自明である。子どもたちが、多くの喫煙者が陥っている「タバコ依存症」にならないように守る義務が我々に課されている。この義務を果たすためには、喫煙を減らし喫煙率を今まで以上に速いスピードで減らすための新たな総合的活動を強化することが必要である。

イングランドにおけるタバココントロール対策が成功し広範な市民社会がさらにこの対策の前進を支持するようになったことによって、喫煙という厄災を最終的に押さえつけることが可能となる見通しが生まれている。我々は、2035年までに成人喫煙率をすべての社会階層で5%以下に抑えることを目標とすることを提起したい。

この目標は、豪胆かつ極めて挑戦的なものである。イングランドの喫煙率が劇的に低下してきたとは言え、低い社会経済階層の人々、精神疾患を持つ人々や慢性の疾病に苦しんでいる人々、犯罪を犯した人々においては引き続き高い喫煙率となっている。2013年の調査では、定型手作業業務（訳注：農林水産業、製造業など、あらかじめ定められた基準の正確な達成が求められる身体的作業：手作業あるいは機械を操縦しての規則的・反復的な生産作業）従事者層の喫煙率は28.6%であり、プロフェッショナル・マネージメント業務層の12.9%の喫煙率を2倍以上上回っていた。今後のタバココントロールは、この職種間の喫煙率の差をなくすることが核心的に重要な課題となる。

新たな戦略

イングランドでは、直近の政府が実行してきた五か年計画に替わる新たなタバココントロール戦略が緊急に必要である。「*Healthy Lives, Healthy People: a tobacco control plan for England*」は意欲的なプランであり、この間の前進には見るべきものがあるが、タバコのパッケージの表示をジェネリックにする、子どもの乗車する自動車内の喫煙禁止、欧州連合タバコ製品規制指令（訳者注：26 February 2014; The European Parliament formally approves the revised Tobacco Products Directive : The European Parliament has endorsed the political agreement reached with the EU Member States on the revision of the Tobacco Products Directive. This is a major achievement for tobacco control in the EU. The new Directive sets in place more stringent rules for tobacco and related products. From a public health perspective, the Directive focuses on limiting their appeal, in particular to young people. The new

measures cover labelling, ingredients, tracking and tracing, e-cigarettes, cross-border distance sales, and herbal products for smoking and will facilitate the smooth functioning of the EU market for tobacco and related products.)の実施など多くの事業が未達成である。

イングランドにおけるタバコ規制専門家集団の活動は、市民社会、NHS、地方行政機関、地域ごとのタバココントロール市民組織等の活動との協働、政府が実施した包括的タバコ規制対策の後押しによって、国際的な名声と称賛を得てきた。喫煙率を継続的に下げるためには、包括的なタバコ対策を実施することが必要であることが、これまでの各国の経験から明らかになっている。このようなアプローチなしには、一度下がった喫煙率が再増加することは必至である。

本報告書は、全国的な戦略が目指す新たな方針を提起する。それは、前に述べた長期的ビジョンと一致するものであり、タバココントロール活動に関与するすべての人々に、今後10年間に見るべき喫煙率の低下を勝ち取るための努力を強化することを求めている。とりわけ以下に示す目標の実現が望まれる。

- 成人喫煙率13%(2020年)、9%(2025年)
- 肉体労働者層喫煙率21%(2020年)、16%(2025年)
- 妊娠女性喫煙率8%(2020年)、5%(2025年)
- 15才喫煙率9%(2020年)、2%(2025年)

新たな資金獲得戦略

タバココントロールの費用対効果は極めて良好である。しかし、国と地方のタバコ対策と禁煙支援サービスの予算は充足にはほど遠い。それどころか、予算が減り始めている地方もある。タバコ厄災を終わらせるという長期目標を実現するためには、資金をしっかりと確保することが不可欠である。公的資金の窮乏状態に関係なく、資金を公正かつリーズナブルな手段で獲得する方法がある。それはタバコ厄災を引き起こした張本人に金を出させることである。

タバコ産業は、その製品の消費者と違って、きわめて「健康」である。従って、タバコ産業が自ら引き起こした損害を償うべきだと主張することは、きわめて理にかなっている。イギリスでは、日常の企業活動が引き起こした汚染を減らす費用を負担している大企業がすでに存在する。それはエネルギー会社である。政府はEnergy Companies Obligation(ECO)と言う法律を定めて、エネルギー会社に対して、エネルギー利用効率を改善させて、二酸化炭素と言う環境汚染物質を減らす事を義務付けている。それならば、Tobacco Companies Obligationという仕組みを作ることになんの異存もないはずである。タバコ産業は、その売り上げに応じて、喫煙者が禁煙するための支援と若者の防煙を進めるための費用を負担すべきであろう。

Tobacco Companies Obligationと言う仕組みは、市民の健康を守るための新たな武器と言える。この仕組みによる資金が、極めて高い透明性のもとで管理、配分、支出されるように運営する事が本質的に重要である。しかし、管理コストが増えることは避けなければならない。イングランドであれば、この仕組みは、保健省が管理し、全国あるいは地域レベルで承認されたタバココントロールプランに資金支出を行うようにすべきである。タバコ規制国際枠組み条約第5条3項に従い、Tobacco Companies Obligationの運営と資金の配布に、タバコ産業のいかなる関与も許すべきでない。

包括的対策

本書が提案している対策の多くはすでに実施されているが、格差の解消という新たな目標への取り組みを強める必要がある。この

ことは、喫煙者の禁煙支援の分野で特に必要である、Local specialist 喫煙者に最上の禁煙サポートを提供してきたStop Smoking Servicesは、禁煙支援事業の中心を担っている。地方政府の予算不足が続いている現在、これらの禁煙支援サービスが病気や貧困を抱えた層(disadvantaged groups)に行き届くようにすることが重要である。NHS(ナショナルヘルスサービス)全体にわたり、出来るだけ多くの喫煙者にアクセスし、タバコ依存から抜け出すためのサポートを行う必要がある。現在のところ、喫煙者にアクセスする機会を十分活用しているとは言えない。これは、禁煙サポート専門家のトレーニングが不十分であり、また、NHSの提供主体が、NICEが推奨する基本的禁煙サポートサービスを承認していないためである。

禁煙したいがニコチン依存から自力で脱出できない喫煙者のために、電子タバコを始め、様々なニコチン代替製品が作られ、タバコの害から抜け出す機会が増やされてきた。電子タバコを長い間使うことが本当に安全で禁煙に有効か懸念する声があるのは理解できる。また、電子タバコ製品の適切な管理制度は必要である。しかし、これらの製品が喫煙者の禁煙に果たす可能性を考えるなら、利用を進める試みを否定する必要はないだろう。一般の人々が、既存のタバコ製品と、これらのニコチン供給製品の健康被害の違いがあまりないと誤解していることを正すことも必要であろう。(電子タバコについては巻末の記注参照のこと)

イングランドでは、タバコ製品販売業者に対する規制の枠組みが弱い。これは、タバコ販売免許が不要なためである。しっかりした規制の枠組みを作ったなら、地方行政当局は小売業者と先を見越した対策を相談する関係を作ることができ、法律の遵守と営業の改善を進めることが可能となる。また、地方当局が、子どもにタバコを販売した等の違法な販売を行った事が発覚した際、業者にタバコ販売停止措置を勧告することが容易となる。

一時減っていた非合法的なタバコ販売が最近増加する状況があるため、地域だけでなく全国的行動の強化が必要である。この現象は、タバコ価格の値上げとは関係がない。タバコ製品出荷の追跡を行うWHOの非合法タバコ販売防止政策の徹底化がこの問題解決のキーポイントとなっている。

タバコ価格を上げることはタバコ消費を減らす最も有効な対策である。したがって、毎年物価上昇率を2%上回ればよいのではなく、5%以上上回るタバコ価格値上げを実行することが当然の対策となろう。それだけでなく、タバコ販売市場の不公正を正す必要がある。すなわち、紙巻きタバコ一本当たりの最低税額を、税率に関係なく高めに設定する措置を導入すべきである。この措置によって、超廉価タバコ製品が市場に流通することを抑制できる。製品として流通している紙巻きタバコ製品と税金の安い自分で巻いて紙巻きタバコとして使用するタバコ製品間の税額の差を減らす対策も必要である。

喫煙率を減らすうえで、タバコを売り込むマスメディアとSNSの活用は政府にとって、極めて重要である。なぜならば、これらの活用が喫煙率を減らすうえで極めて大きな役割を果たすからである。ただし、これらの手段は、持続的に活用する努力が必要であり、その効果の確認も注意深く行う必要がる。

受動喫煙防止法の推進によって、喫煙率が効果的に低下してきた。この対策は是非とも継続すべきである。ニコチン代替製品が数多く市場に出てくるようになった今、刑務所や演劇表現、タバコの商業的海上輸送についても、喫煙規制を強化すべきであろう。何故なら、自動車内の喫煙が、子どもたちだけでなく、健康にハンディを持つすべての人々に悪影響を及ぼし、交通事故の原因となるという理由で規制が必要であるという世論が強まっており、子どもが同乗する自動車での喫煙を法律で禁止する動きがあるからである。屋外施設、特に子どもが立ち入る施設の禁煙を歓迎する世論が高まっている今、屋外での受動喫煙から子どもを守るための対策を再検討する時期に来ている。家庭の受動喫煙防止は、自主的規制に頼らざるを得ないだろうが、家庭以外の受動喫煙

防止対策を推進すると、家庭での受動喫煙防止も前進するため、家庭の受動喫煙状況をモニタリングする価値がある。

子どもと若者は、映像メディア（映画やビデオ等）で喫煙シーンを見ると喫煙を始めやすくなるという確実な証拠がある。映像で喫煙シーンを見る機会が多いほど喫煙者になる率が増える。これに対しては、子どもの視聴許諾作品上演の直前に禁煙CMを流すことが有効とされている。

以上示した広範なタバコ規制対策が実施されるには、政治家、地方行政府、NHS、タバココントロールオフィス、市民組織など、広範な人々の賛同が必要である。下に示したこの報告書の勧告は、密輸、課税、製品規制などイギリス全体の政策にかかわるものと、イングランドに限った対策からなる。保健対策の責任が政府から移譲され、また、連合王国（イギリス）を構成する各国がタバコ対策の独自の戦略と目標を持つようになるため（1, 2, 3）、保健政策に関する勧告は基本的にイングランドの政府と関係者に向けたものとなる。ここに示した勧告は、ウェールズ、スコットランド、北アイルランドの希求するものと共通であり、イングランドのすべての社会層において喫煙厄災を終わらせるという長期展望に基づいた強力なビジョンを示したものである。

勧 告

1. 戦略とデータ

1.1 イングランドにおける新たな包括的タバコ規制計画を作り発表すべきである。それには、根本的に、格差をなくすための計画を含むべきである。

1.2 喫煙の厄災を終わらせる長期的ビジョンを定めるべきである。すべての社会階層の成人喫煙率を2035年までに5%以下に減らすことを目標とすべきである。

1.3 イギリス全体で実現可能性のある新たな中期的目標を定めること。

- ・ 成人喫煙率を2020年までに13%、2025年までに9%に減らす
- ・ 定型手作業業務層の喫煙率を2020年までに21%、2025年までに16%に減らす
- ・ 妊娠女性の喫煙率を2020年までに8%、2025年までに5%に減らす
- ・ 15才の若者の毎日および時々喫煙率を2020年までに9%、2025年までに2%に減らす

1.4 タバコのパッケージの表示のジェネリック化（訳注：製品名と有害警告をモノトーンで表示し、他の色とデザインを禁止する）、子どもの乗車する車両における喫煙禁止、子どもや若者のためのタバコ製品の代理購入禁止、欧州連合のタバコ製品に関する指令の完全実施

1.5 各地域のタバココントロールチームが、その地域政府が提供するあらゆる禁煙推進機会を活用できるように、喫煙率を減らすための戦略的アプローチを推進するように支援すること

1.6 格差の是正、不正取引の根絶、マスメディアの活用、調査と評価など、イングランドにおける適切性が証明されたところの地域の枠を超えたタバココントロール対策を進展させること

1.7 低、中所得国に対して、WHOタバコ規制枠組み条約（FCTC）とそのガイドラインを実施するための専門的サポートを行うこと

1.8 喫煙率に関する最新の信頼に足るデータを全国統計として収集すること。すべての社会経済階層別、慢性疾患を持つ人々、精神疾患を持つ人々、少数民族、LGBTなどの社会的身体的ハンディを背負った人々などの喫煙率も収集する

1.9 死亡の主因と考えられた場合、死亡診断書に喫煙歴を記載させ、死亡に対する喫煙のインパクトをより正確に反映させること

2. タバコ産業とタバココントロール活動のコスト

- 2.1 Tobacco Companies Obligationとして、毎年タバコ会社から資金を徴収する新たな制度を作り、効果が証明されたタバココントロール対策とイングランドにおけるStop Smoking Servicesの資金とすべきである。
- 2.2 全国あるいは地方レベルで効果が証明されたタバココントロール対策を実施するために必要な費用に基づき、Tobacco Companies Obligation制度への明解な拠出額算定方法を設定すべきである。拠出額は、タバコによる被害の大きさに比例するように、タバコ会社のシェアに応じて定めるべきである。
- 2.3 Tobacco Companies Obligation制度の運営にあたっては透明性と説明責任を確保すること。
- 2.4 タバコ会社が、喫煙者の禁煙を進めるためのTobacco Companies Obligation制度の費用負担を逃れることを防ぐために、欧州連合のタバコ税指令の改訂を追求すべきである。
- 2.5 タバコ会社に対して、販売データ、販売促進戦略、ロビー活動の全容を開示するよう求めること。
- 2.6 FCTC第5条3項とその施行ガイドラインを遵守するために、以下の事項を実行する必要がある：
 - いかなる行政レベルにおいても、公衆保健の方針決定に際して、タバコ産業の参加、意見聴取、介入を禁ずること
 - タバコ産業とその関連団体、および代理人がタバコの売上増を図る、あるいは、そのために政策の変更を勝ち取るために広告宣伝あるいは「企業の社会的責任活動」を行うことを禁止すること
- 2.7 地方レベルのすべての担当部局がFCTC第5条3項とその施行ガイドラインに合致した活動を行うよう督励すること

3. 喫煙者の禁煙支援

- 3.1 すべての喫煙者、とりわけ低社会経済階層と身体的社会的ハンディを背負っている人々に対する有効性の証明された良質のStop Smoking Servicesを提供すること
- 3.2 医療従事者のあらゆる教育プログラムに、超短時間禁煙アドバイスのトレーニングを組み込むこと
- 3.3 精神疾患を患っている人々と慢性疾患を患っている人々の標準的治療に、禁煙プログラムを組み込むこと
- 3.4 タバコに関するNICEガイダンス(<http://www.nice.org.uk/guidance/ph10>)に常に準拠すること。とりわけ以下の事項が重要である：
 - 短時間の禁煙アドバイスと禁煙外来への紹介
 - 二次的ケアとしての禁煙：急性疾患罹患時、妊娠、精神疾患
 - 妊娠中と出産後の禁煙
- 3.5 助産師がすべての妊婦に禁煙支援、呼気中一酸化炭素測定ができるようにすべきである
- 3.6 Stop Smoking Servicesとすべての医療従事者が、喫煙者に対して、ニコチンとニコチン供給商品の健康被害の大小（訳注：喫煙の害が最大、ニコチン代替製品の健康影響はそれよりもはるかに小さいということ等）について、正確かつ質の高い知識とアドバイスができるようにすべきである
- 3.7 禁煙できない喫煙者に対して、タバコのハームリダクションに関するNICEガイダンスに沿った、より害の少ないニコチン摂取手段への転換を勧めるためのサポートと情報提供を増やすこと
- 3.8 喫煙者の禁煙推進に役立ち、非喫煙者への害が少なくなるように、電子タバコおよび非タバコ由来ニコチン摂取商品市場を規制すること（電子タバコについては巻末の訳注を参照のこと）
- 3.9 電子タバコおよび非タバコ由来ニコチン摂取商品の品質、安全性、有効性を向上させること
- 3.10 電子タバコおよび非タバコ由来ニコチン摂取商品市場が喫煙行動にもたらす影響、（若者の）喫煙開始にもたらす影響、喫煙に対する社会的許容度に対する影響を詳細にモニターすること

4. タバコ製品の購入容易度(価格水準)および販売

- 4.1 タバコ税率を消費者物価増加率よりも5%高くなるように設定する仕組みを作ること
- 4.2 工場製造タバコと手巻きタバコの税率の差をなくすこと
- 4.3 最低価格銘柄の価格を上げて、安い銘柄へのスイッチを防げるように、国レベルの課税体系を変更すること。そして、欧州連合のタバコ税指令を改訂して、すべてのタバコ製品の単価に下限を設けること。
- 4.4 WHOのタバコ不法取引防止プロトコールを全面的に実施して、タバコ製品の国際的追跡を担当する仕組みを作ること
- 4.5 不法取引に連携して対処できる国と地方の共同の仕組みを強化すること
- 4.6 タバコ密貿易をなくするための新たな目標を設定すること:
 - 2020年までに、不法取引紙巻きタバコのシェアを5%以下にすること
 - 不法な手巻きタバコのシェアを、2020年までに22%以下、2025年までに11%以下にすること
- 4.7 タバコ製品の小売と卸売業者にpositive licensing schemeを導入すること。その費用はタバコ産業の負担とする。
- 4.8 licensing schemeを用いて、タバコ販売を法律に基づいて行わせ、小売業者と疎通を図り、タバコ製品供給チェーンをコントロールできるように、実行ガイドラインを改善すること

5. マスメディアキャンペーンとソーシャルマーケティング*

- 5.1 社会経済的に恵まれない層、ハンディキャップのある層をターゲットとしてマスメディアキャンペーンとソーシャルマーケティングを行い、先進事例に匹敵する広がり、期間と、頻度が確保できるようにすること
- 5.2 すべてのマスメディアキャンペーンが地域のStop Smoking Servicesを宣伝すること
(*従来の経営サイドのマーケティングとは異なり、社会全体の利益を考慮したマーケティング)

6. 受動喫煙防止

- 6.1 子どもの居る喫煙者家庭の住宅内禁煙率を2020年までに80%、2025年までに90%にする
- 6.2 刑務所を受動喫煙防止法の除外とすることをやめ、受刑者が社会復帰するまでに、タバコなしでいられるようにサポートする
- 6.3 舞台での喫煙を受動喫煙防止法の例外とすることをやめる
- 6.4 海上と運河を航行する船舶に受動喫煙防止法を適用する
- 6.5 すべての自動車内の禁煙についてレビューを行い喫煙禁止に向けた検討を行う
- 6.6 NHSの完全禁煙化のためのNICEガイダンスの全面的遵守を推進し、プライマリケア、セカンダリーケア、マタニティサービス、メンタルヘルスサービスの各施設の完全禁煙化を進める
- 6.7 公衆の保健増進に寄与する証拠が十分にある場合、屋外区域を法令あるいはそれ以外の手段で禁煙とすることが可能かについて、検討を行う

7. 映画などの映像メディア

- 7.1 こどもや若者が見る可能性のある喫煙シーンを含んだ映画、テレビ番組、有料インターネットチャンネルの上映前に短い禁煙フィルムを放映することを義務付けること
- 7.2 映像メディアにおける喫煙シーンが子どもと若者に及ぼす悪影響に関して、政策決定者が認識するように働きかけ、映画、インターネット、ミュージックビデオ、コンピュータゲームにおける喫煙シーンの規制対策について検討をはたらきかける

第1章

人間が作り出した厄災は我々の力で終わらせる事ができる

ビクトリア朝時代に都市の大改造、すなわち下水道と上水道の建設、住みやすく衛生的な住宅建設が行われたことにより、近世の公衆衛生の土台が作られたと言われている。しかし、公共財の充実を追い求めた人間の集団的熱意は、悲劇によってその価値を減じた。20世紀に人類を襲った最大の健康災害は、19世紀に発明された商品がもたらしたものである。1880年に製作された紙巻きタバコ製造機は、タバコ市場を全世界に広げた。それは同時に、数百万の喫煙関連死亡をもたらすことになった。

イングランドでは、これらは過去の病気だが、肺がんをはじめとする喫煙関連疾患は、今まさに我々の時代で最大の流行状態となっている。しかしこのタバコ病の蔓延は、避け難い人類の運命などではない。人間が作り出した災難なのだから、人間の力で終わらせることができる。我々には、そのための武器がある。ビクトリア朝時代の公衆衛生改革を実行するビジョン、能力、意志を持つことができるなら、未来の世代が称賛する大いなる遺産を遺すことができる。20世紀中期以降、歴代の政府は50%だったイングランドの喫煙率を今日の20%まで低下させてきた。タバコの禁止令でなく、包括的で効果的な規制対策によってもたらされたこの変化は実に目覚ましいものだが、今なおなすべきことが多く残されている。

ここ20年の間に、喫煙に対する公衆の考えはドラマチックに変化した。これは、政府の実施した対策と市民の間の議論の望ましい相互作用の結果である。タバコ宣伝の禁止と受動喫煙防止法の導入の両方とも、当時、大衆の支持を受けたが、その後、公衆の意識変化を促進し、喫煙が「社会通念に反する」行為であるとする認識が主流となった。その結果、喫煙場所を制限する政府の新たな対策に対する市民の支持がさらに大きくなった。いつものことだが、タバコ会社は、新たなタバコ規制は予想外の望ましくない結果を社会にもたらすと主張してきた。しかし、実際にはまさしく逆の結果となった。例えば、公衆の場での喫煙禁止で家庭内喫煙が増えると言われたがそのようなことはなく、受動喫煙防止法の施行後、自分の家を自発的に完全禁煙とする動きが大きく巻き起こった。個人の選択と政府の行動に後押しされたこの変革の勢いを持続させる必要がある。

タバココントロールのゴールは、喫煙者の禁煙を進め、受動喫煙ばく露を減らし、若者が喫煙を始めることを防ぐことによって、タバコの被害を減らすことであり、喫煙者を非難することではない。注意深くバランスを取る必要がある。若者の喫煙開始を減らし、喫煙者の禁煙を進めるためには、一般の人々に喫煙の健康影響の深刻さをリアルに認識してもらうことが必要である。しかしながら、そのことが喫煙者をいわずに非難することにならないようにすることが必要である。何故なら、喫煙者は、この喫煙という厄災を長期的に終焉させる運動におけるカギとなる同伴者だからである。

タバコ厄災をなくす戦いの最大の妨害者は、喫煙者ではなく―彼らの大部分は禁煙を望んでいる―タバコ産業である。タバコ産業は、公衆保健の向上という目標には与せず、常にタバコの害を減らすための政府と国際社会の取り組みに反対し妨害を行ってきた。タバコ産業が、国民の健康を犠牲にして、巨利をむさぼりつづけてきたからには、我々は、タバコ会社の妨害を排除するだけでなく、彼らに自らがもたらした損害を償わせるという新たな要求を突き付けることが必要である。

ビクトリア朝時代以前に、タバコ関連疾患で命を奪われた者は一人もいなかった。この遠い過去の事実を、近い将来再現することができる。何故なら、今日、タバコ厄災の終息が射程に入ってきたからである。喫煙者と喫煙関連疾患が、ほとんどゼロになる社会が近づいている。この文書は、そのような未来への確かな道筋を作るための、今後10年間のタバコ規制の新たな戦略である。

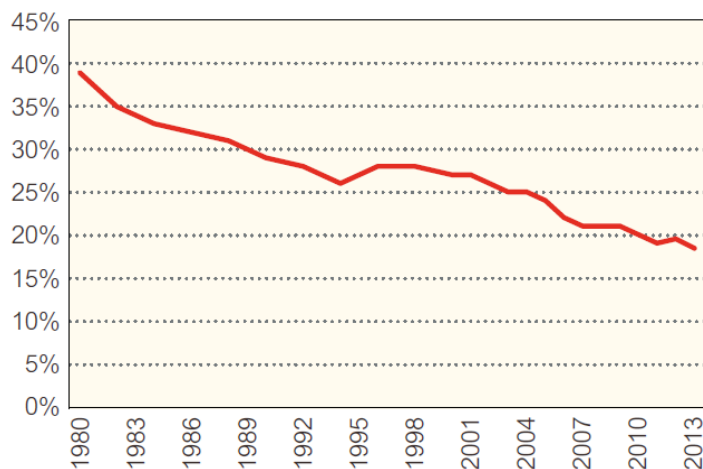
第2章

成功の経験に学ぶ

2.1 長期展望

この35年間でイングランドの喫煙人口は半減した。1980年成人喫煙率は39%(5人中2人)だった。2013年には18.4%(5人中1人未満)となった(図2.1)。

図2.1 イングランドの成人喫煙率 1980－2013年(6)

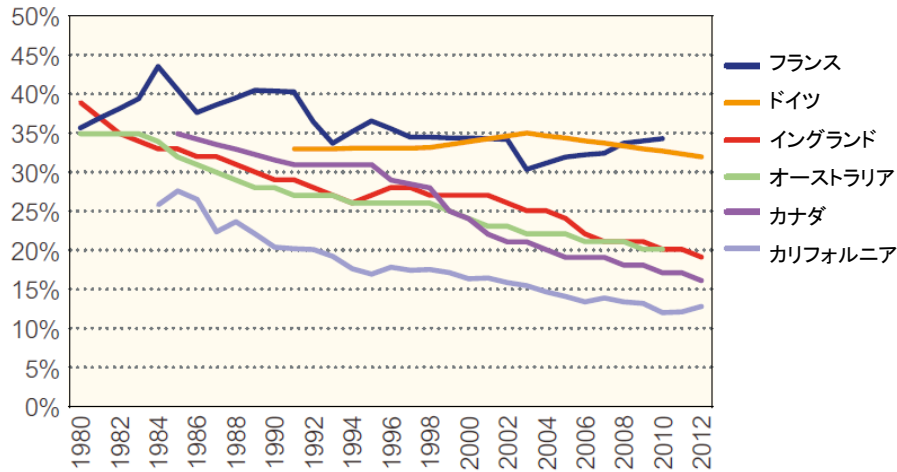


しかし、イングランドの18.4%(男21%、女16%)という喫煙率は、800万人以上の喫煙者が存在し、禁煙できなければ、その半数が喫煙関連疾患で早死することを示している(4)。喫煙はイングランドにおけるとびぬけて最大の予防可能な病気と死亡の原因となっている。

イングランドにおける喫煙率の低下は決して自然に起きたものではない。喫煙者個人が自主的に禁煙を選択しただけでなく、そのように選択することを促進した積極的なタバコ規制政策の賜物なのである。「*Smoking Kills*」と題した政府の包括的喫煙対策戦略は1998年に発表された。この戦略によって、1990年代半ばに足踏み状態だった喫煙率のトレンドが再び低下に転じた。1998年以降の喫煙率の低下によって7万人の早死と数十万人の健康悪化が食い止められた(5)。

喫煙率を低下させるためにはタバコ規制対策が重要であることは、世界各地の経験から明らかになっている。図2.2に最近30年間の6つの国と地域－イングランド、フランス、統一ドイツ、オーストラリア、カナダ、カリフォルニアの喫煙率のトレンドを示した。

図2.2 フランス、ドイツ、イングランド、オーストラリア、カナダ、カリフォルニアの成人喫煙率 1980－2012年



喫煙率の定義や調査法が国、地域によって異なるので、図2.2がある時点での正確な喫煙率の差を示しているとは言えないが、諸地域での喫煙率の変遷を示す良い資料と言える。

イングランドの喫煙率低下速度は、オーストラリア、カナダ、カリフォルニアと同じである。それらの政府はすべて、一致して健康に有害な喫煙をへらすための戦略的包括的タバコ規制プログラムを実行してきた。一方、フランスとドイツの喫煙率は最近20年間横ばいである。

これらの国々にも重要な変化が生まれている。欧州連合がタバコの宣伝と後援活動の禁止に踏み出した。しかし、イングランド、北アメリカ、オーストラリアが実行した包括的対策を実施するには至っていない。

イングランドの喫煙率が今後も順調に低下するという保証はない。喫煙率が下げ止まったり、フランスのように再び増加するおそれもある(7)。包括的な喫煙対策が実行されなければ、喫煙率のさらなる低下を実現することはできない。

2.2 最近の5年

2011年、新しく成立したイングランドの連立政権は、「Healthy Lives, Healthy People: a tobacco control plan for England (健康な人生、健康な人々; イングランドのタバコ規制計画)」を発表した。この戦略は、以下に述べる包括的なアプローチを取り入れていた。

- タバコの販売促進活動を禁止する
- タバコの価格を物価上昇率以上に上げる
- タバコ製品の効果的な規制を実施する
- 禁煙支援
- 受動喫煙防止

- タバコ規制の前進に寄与する効果的な対話活動

5年後、いくつかの重要な課題での未達成があるという問題はありつつも、この対策の枠組みによってかちとられた前進には目覚ましいものがあった：

タバコのプロモーションの禁止

- 以前スーパーマーケットに掲示されていた大きなタバコの広告が2012年までに撤去された。小規模の店舗では2015年4月までに、タバコの広告が撤去された。タバコの自販機は、2011年に廃止された。タバコ製品は、小売店ではほとんど見えない場所に置いてある。
- 2015年3月に議会はタバコ製品を「Standardised packaging *」とすることに同意した。この法律は2016年5月に施行される。（* 銘柄名、有害警告表示だけを印刷したパッケージ。プレーンパッケージングともよばれる） この対策の実施により、イギリスにおけるタバコ会社からタバコ製品販売促進活動の主要手段をすべて取り上げたことになる。
- 2014年に改訂された欧州連合タバコ製品指令によって、紙巻タバコのラベルやパッケージの表と裏に65%以上の面積を占める有害警告表示を印刷することが義務づけられた。前面には画像による有害警告を表示しなければならない。

タバコの値段を上げる

- 2008年以降、政府は物価上昇率を上回るタバコ税増税を実施してきた。イギリスの高級タバコの価格はヨーロッパではノルウェーに次いで2番目に高い(8)。しかし、タバコ会社は巧妙に価格を操作して、最も安いブランドの価格ができるだけ上がらないようにしてきた(9)。
- 2012～13年に、イギリスの不法タバコの市場占有率は、紙巻きタバコで7%、手巻きタバコで36%と過去最低を更新した。しかし不法市場はその2年後シェアを拡大し始めた。密貿易をなくすための取組と資金支出が引き続き必要なことを示している(10)。イギリスはまだWHOの不法取引プロトコールに参加していない。このプロトコールはタバコ製品についても国際的追跡を行うことになっている。
- 2014年に改訂された欧州連合タバコ製品指令では、工場製造紙巻きタバコ1箱の最低本数を20本、手巻きタバコでは40gと定めた。これらの対策により、タバコ製品の購入容易性が低下した。

タバコ製品とニコチン含有製品の規制

- 2011年11月以降、イギリスで販売されるすべての紙巻きタバコには、難発火性基準への適合が義務付けられた。この欧州連合全体の基準は、紙巻タバコによる火災と死亡を減らすために作られた。しばらく吸煙しないと消火する仕組みである。
- 2014年に改訂された欧州連合タバコ製品指令では、電子タバコ規制の枠組みも定められた。医薬品として免許を受けない限り、病気の治療や予防に効果があると宣伝したり、1ccあたり20mg以上のニコチンを含む溶液を使うことを禁止するものである。タバコ製品指令には、タバコ製品をより魅力的に見せるための添加物やフレーバーの使用を禁止している。また3%以上のシェアを持つ銘柄の販売を4年間に限ることも規定された。
- イングランドでは、2015年10月1日から18才以下の者に電子タバコを販売することが法律で禁止される。

禁煙(タバコ使用離脱)のサポート

- 2011～12年から2013～14年の3年間に、200万人以上の喫煙者がStop Smoking Services *で禁煙開始日を決めて禁煙に挑戦している(11)。禁煙開始日を決めた人の半数(51%)が4週後も禁煙を続けている。しかし最近2年間は、このサービスへの参加者が減っている。
(* イギリスのNHSのサービスの一つ。禁煙カウンセリングと処方箋料負担のみで禁煙治療薬の処方がなされる。
<http://www.nhs.uk/smokefree/help-and-advice/local-support-services-helplines>)
- 2013年にNICEは、タバココントロール対策における「ハーム・リダクション」に関する新たなガイドラインを発表した。それは、喫煙者が紙巻きタバコ以外の認可されたニコチン含有製品を使って、タバコの有害物質への曝露量を減らすことを可能とするものである。一時的使用あるいは期間を限定しない使用のいずれでも良いが、最終的にはニコチン摂取から離脱することを目標とする(12)。

受動喫煙防止

- 受動喫煙防止法令の順守度は高く、タバコの煙のない環境を支持する世論は年々増大している(13)。2011年に発表された イングランドにおける受動喫煙防止法のインパクトに関するレビューによれば、心臓病による入院数の減少を始め大きな健康状態改善効果がもたらされたことが明らかにされている(14)。
- イングランドでは、18歳以下の子どもが乗る自動車内の喫煙を禁止する法律が2015年10月1日から施行される。

タバコ規制活動のための効果的なコミュニケーション

- 政府は、タバココントロールのためのメディアによる広報を通じた禁煙推進キャンペーンを進めてきました。それは、Stoptober(訳注: 家族や友人と一緒に禁煙にチャレンジするキャンペーン)やQuit Kit(禁煙のための自助アイテム提供サービス)などの薬局が中心となって禁煙サービスを行うシステムです。しかし、このような取り組みの年間予算は、2004～2010年期の1650万ポンド(約30億円)から、2010～2013年期の430万(約6億円)ポンドに大きく減りました(15)。

「Healthy Lives, Healthy People」プランは、イングランドのタバコ規制活動の三大目標を示している

- イングランドの18歳以上の喫煙率を2015年末までに18.5%以下に減らす
- イングランドの15才児の常習喫煙率を2015年末までに12%以下に減らす
- 妊娠中の喫煙率を2015年末までに11%以下に減らす(出産時点で)

この目標の一番目は2013年にイングランドの成人喫煙率が18.4%に低下したことにより達成された。二つ目の目標は、この戦略方針が発表された2011年にすでに達成されている。15才の喫煙率は11%まで低下し、2013年には8%になった。三番目の目標は、達成ぎりぎりの状況である。妊娠中の喫煙率は毎年0.5%ずつ減少し、2013～14年度第四四半期には、11.5%となった。

勧告

- すでに実施中の法的対策—プレインパッケージ、子どもの乗る自家用車での喫煙禁止、未成年者の代理と称する者によるタバコ購入禁止、を全面的に実施すること、そして欧州連合のタバコ製品規制指令を十分に順守すること。

2.3 野心的な新戦略

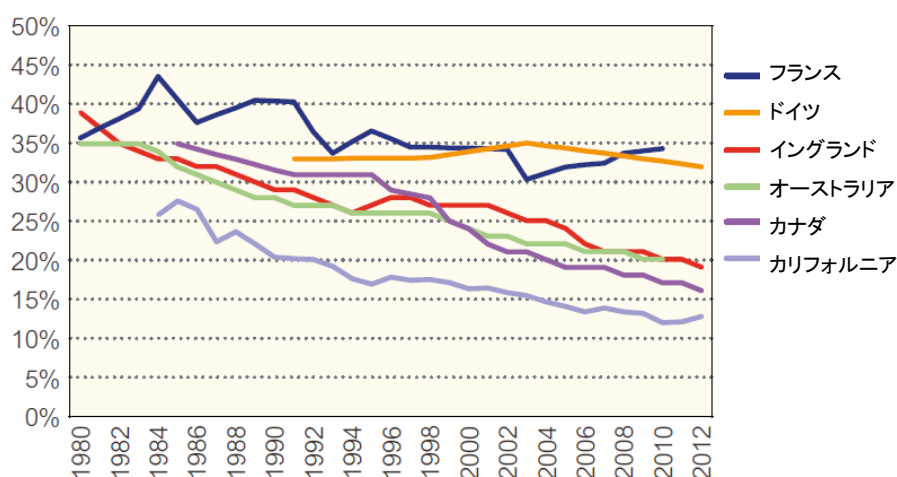
イングランドにおけるタバコ規制の成功的前進により、将来タバコ厄災が収束に向かう見通しを持つことができるようになった。この見通しの実現には、もう一世代の時間が必要かもしれないが、それが実現した場合の様相は極めて斬新なものになるだろう。タバコ規制の運動は、タバコ厄災を食い止めて、タバコの害を減らすだけでなく、タバコによる健康被害の根絶に直結する成果をもたらす可能性がある。

従ってこの未来像は、力強く、とびぬけて挑戦し甲斐のあるものとなる。何故なら、タバコの煙のない社会を待望するということは、（訳者注：喫煙者を含む）すべての人々がタバコの煙のない社会を享受することを意味するからである。イングランドの喫煙率は、急速に低下してきたが、低社会経済層とハンディキャップを持つ階層の喫煙率は高止まりが続いている。2013年の定型手作業業務層の喫煙率は28.6%であり、専門管理業務層の12.9%よりも高かった(16)。（第三章参照） この喫煙率の格差を解決することが、今後のタバココントロールの核心的課題である。

図2.3にイングランドの喫煙率が2035年までに5%以下になる過程を示した。実際のところ、成人人口の4分の1を占める定型手作業業務層以外の喫煙率はゼロに近くなる。

イングランドの最近 10 年間の喫煙率を図 2.3 に示したが、毎年 0.66%の減少である。図 2.3 の青線で示した目標トレンドを実現するためには、毎年 0.8%の低下が必要である。このトレンドが続くなら、2035 年には、成人喫煙率が1%を切るだろう。緑線は定型手作業業務層の喫煙率を 2035 年までに 5%以下にするという目標を達成するために必要な喫煙率低下の道筋である。毎年 1.1%の喫煙率低下は、最近 10 年間の低下率の 2 倍の速度である。

図2.2 フランス、ドイツ、イングランド、オーストラリア、カナダ、カリフォルニアの成人喫煙率 1980－2012年



社会階層別の喫煙率の全国データはあるが、慢性の病気を抱えた層、精神疾患を抱えた層、少数人種層、LGBT 層の喫煙率は不明であり、これらの層についても喫煙率を追跡する必要がある。これまで行われてきた喫煙率調査についても、調査時期と規模に

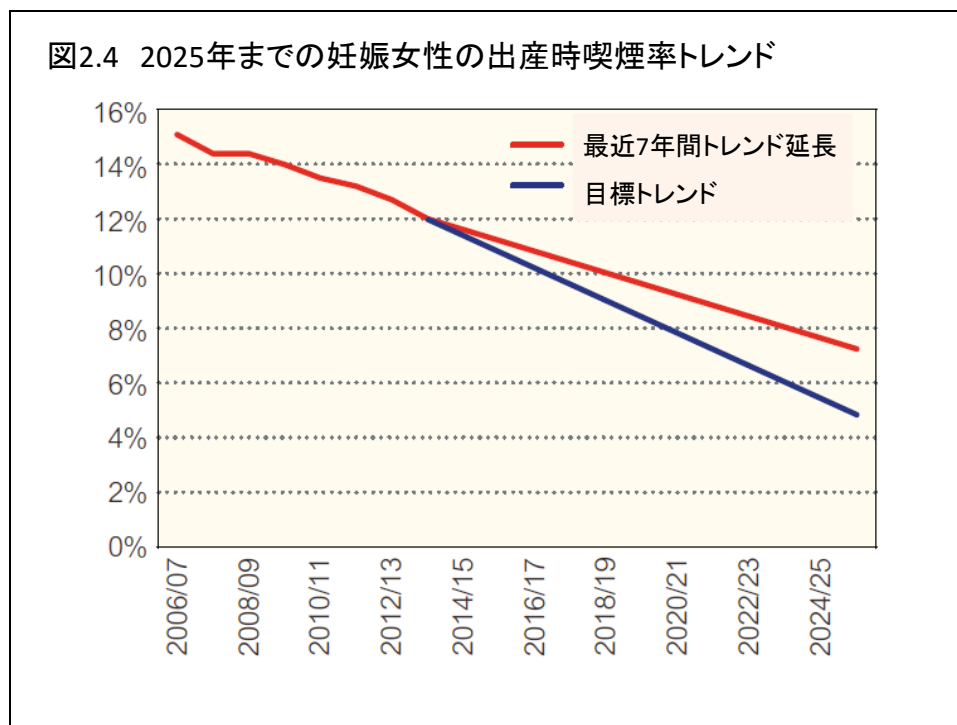
について見直しが必要である。

図 2.3 に示した喫煙率低下速度から、次のような中期目標が導き出される：

- 成人喫煙率を 2020 年までに 13%、2025 年までに 9%に減らすこと
- 提携作業業務層の喫煙率を 2020 年までに 21%、2025 年までに 16%に減らすこと

これらの目標の根拠となる線形モデルは、図 2.1 に示した成人喫煙率の長期的トレンドと合致する。しかし、これらの目標を実現するためには、喫煙率の低下速度を対前年比でより増やす必要がある。成人喫煙率が 9%まで低下した場合、次の年に 0.8%低下させることは、喫煙率が 18%の時よりも困難なはずである。しかし、多くの人々の間で喫煙がより一層片隅の存在となるほど、喫煙が社会通念上やめるべき行為であるという圧力は強く働くようになるはずである。タバコを吸う姿が人々の面前から減るにつれて、喫煙行動を促進し、維持する強化作用もどんどん減るようになる。最近若者の喫煙がドラマチックに減ってきたことを考えると、喫煙人口を直線的に減少させることは可能であると思われる。

新たな中期的目標を実現するためには、妊娠女性と子ども、若者の喫煙を減らすことも必要である。図 2.4 は妊娠女性の出産時の喫煙率の推移と、2025 年までのトレンドの予測を示したものである。

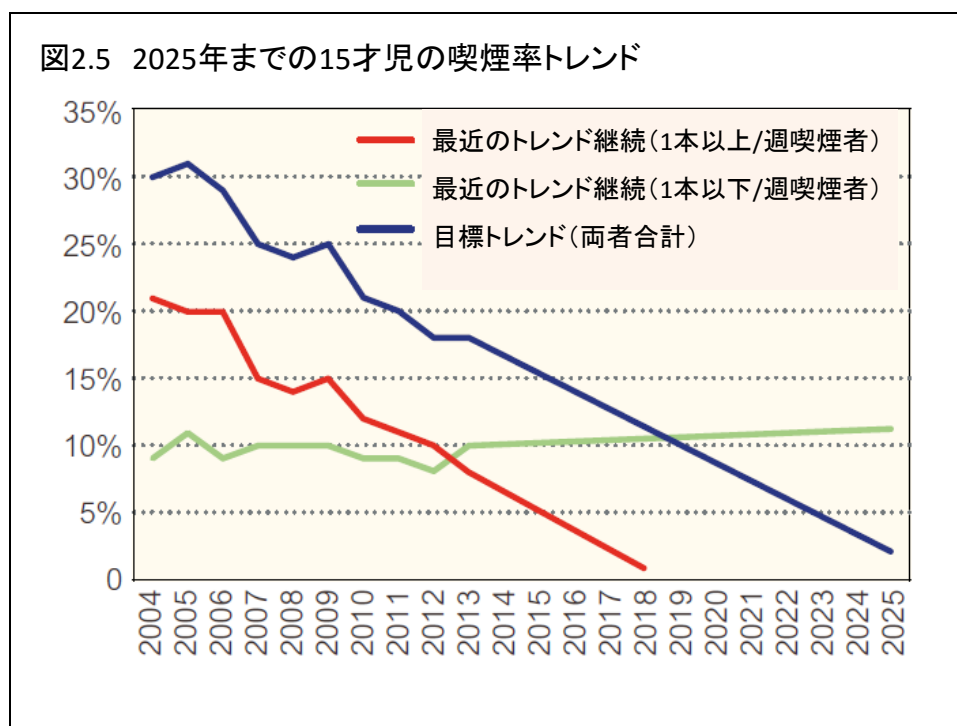


毎年 0.4%ずつ低下してきたトレンドから推測すると、2025 年の妊娠女性喫煙率は 7%となる。青線で示した毎年 0.6%というより意欲的な低下目標を設定すると、以下のようになる：

- 妊娠女性の喫煙率を 2020 年に 8%、2025 年に 5%とすること

これまで妊娠女性の喫煙率は出産時における自己申告に基づいて調査されていた。バイオマーカー測定なども取り入れたより正確な調査方法に改善することが望まれる。

最近若者の喫煙率が減っていることは実に注目すべき現象である。2004 年から 2013 年の間に、15 歳の若者の喫煙率（訳注：regular smoking 週に 1 本以上喫煙する者の率）は 21%から 8%に減った。これは毎年 1.44%ずつ減少したことになる。しかし regular smoking という定義で喫煙率を予測すると、2019 年までにこの年齢の若者の喫煙率はゼロになってしまう。（図 2.5）



残念なことに、週に 1 本以下タバコを吸う 15 才の若者の率(occasional smoking)は、この間ほとんど横ばいである。したがって、regular smoker と occasional smoker を合計した数字をこの世代の喫煙率として、対策を立てなければ意味がないことになる。この数字は 2013 年で 18%だった。

15 才の喫煙率(regular smoking+occasional smoking)の今後のトレンドを、最近の年間 1.33%の低下率をもとにして図 2.5 に示した。しかし、この喫煙率減少トレンドは、現在までの regular smoking のトレンドに基づいて予測したものであり、15 才の「総」喫煙率がこの予測通り低下するかどうかは、予断を許さない。

以上の検討に基づき以下の目標を提起する：

- 15 才の regular smoking+occasional smoking 率を 2020 年に 9%、2025 年に 2%に減らす

これらの目標とそれらの基礎となるビジョンを実現するためには、すべてのレベルの行政機関、NHS および市民社会全体の共同行動が不可欠である。国としてのリーダーシップは、地方レベルから国際レベルの協力援助があって初めて効果的なものとなる。

直近のイングランドとしてのタバココントロール戦略が発表されたのは 2011 年だが、それ以来、郡行政府は、2013 年に郡下の自治体にパブリックヘルスチームを派遣するなどのより戦略的活動を果たしてきた。この活動を通じて、タバココントロール専門集団は、従来から結びつきのあった trading standards 部門（訳注：商品取引の法令順守監視機関のようなもの。食品衛生、消費者保護、酒タバコの違法販売規制などを担う）や公衆衛生スタッフとの協力だけでなく、ソーシャルケア、ソーシャルプランニング、レジャー、教

育、公園担当部門のスタッフとの協働の機会も増えてきた。しかし、地方の行政当局は、深刻な予算不足に直面しており、また、タバココントロールに対する政治的サポートが弱い地域も見られる(17)。したがって、これらのタバココントロールチームへのできるだけだけの支援が必要である。

イングランド国内では地域によって、タバココントロール活動のレベルが大きく異なっている。現在タバココントロールオフィスを持つ地域(訳注:日本の県にあたる)は北東部、北西部、南西部の3地域だけである。しかし、これ以外にも、郡レベルなど下級政府にタバココントロールを担う機関が設置されており、これらのオフィス間の協働によって、喫煙率格差解消、不正取引、マスメディアキャンペーン、調査と評価などの事業が前進していることがひろく明らかになっている。

国際的にみると、イギリスは WHO FCTC とその実施ガイドラインの締約国であり、宣伝、課税、タバコ製品規制の分野で欧州連合のタバコ指令の策定に貢献してきた。イギリスはこれからもタバコ規制の国際的枠組みを科学的かつ意欲的に推進する指導的役割を果たすことが求められる。

WHO FCTC の締約国として、イギリス政府はタバコ使用の被害を減らす国際的対策をサポートする義務を負っている。タバコの宣伝と販売促進活動が効果的に規制されてきたイギリスは、タバコ産業にとって「dark market」化しつつあるため、タバコ産業は他の地域での販売を増やす必要に迫られてきた。このようなイギリスの経験、知識、政治的対策は世界中の低～中所得国の喫煙厄災をコントロールする長期的な取り組みに対して重要な役割を持っている。

勧告

- イングランド政府は、喫煙率格差解消を中心的課題とした新たな包括的タバココントロールプランを策定すべきである
- 喫煙厄災を終結に導く長期的ビジョンを決定すること:2035 年までにすべての社会階層の成人喫煙率を 5%以下にすること
- 実現可能な中期的目標を目指す新たな全国的ターゲットを定めること:
 - 成人喫煙率を 2020 年に 13%、2025 年に 9%まで減らす
 - 定型的手作業業務層の喫煙率を 2020 年に 21%、2025 年に 16%まで減らす
 - 妊娠女性の喫煙率を 2020 年に 8%、2025 年に 5%まで減らす
 - 15 才の喫煙率(週 1 本以上+週 1 本以下)を 2020 年に 9%、2025 年に 2%まで減らす
- 喫煙率に関する最新の信頼に足るデータを全国統計として収集すること。すべての社会経済階層別、慢性疾患を持つ人々、精神疾患を持つ人々、少数民族、LGBTなどの社会的身体的ハンディを背負った人々などの喫煙率も収集する
- 地方行政のタバココントロールチームが、その地域における喫煙率を減らす戦略的アプローチを推進できるようサポートすること。地方行政が提供するあらゆる機会を活用できるようにすること。
- イングランド全体で、適切な対策と認められたタバココントロールのための試され済みの地域対策を推進すること。喫煙率格差の是正、不正取引の取り締まり、マスメディア対策、調査、評価などがその内容。
- 低～中所得国に専門的援助と激励を与えて、WHO FCTC とそのガイドラインの実施を推進すること

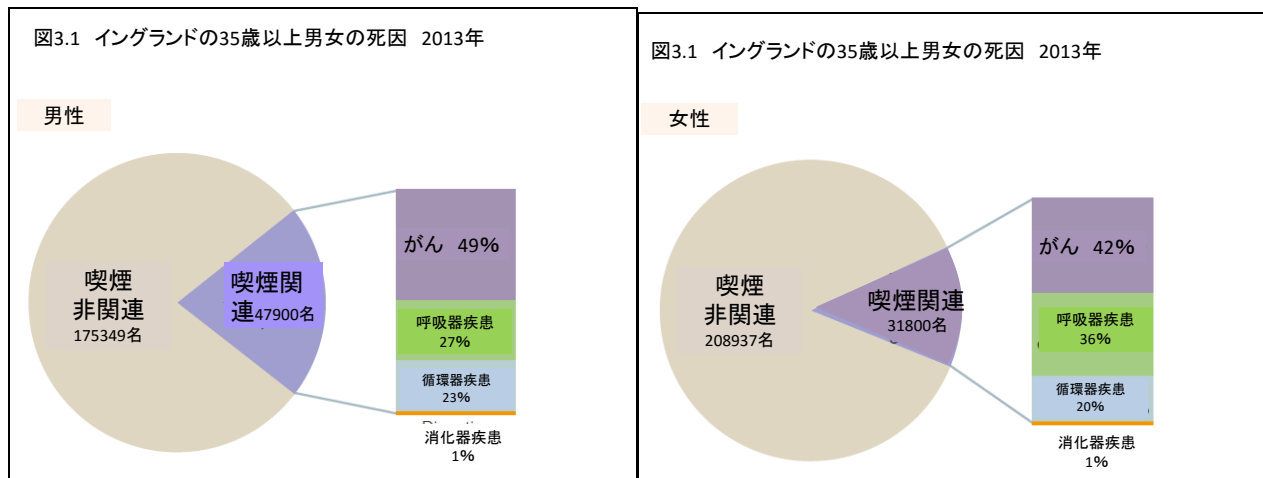
第3章

喫煙がもたらす被害の大きさ

3.1 喫煙の健康被害

毎日イングランドでは 200 名以上が喫煙関連疾患で死亡している。2013 年には、35 歳以上の死亡の 6 人に 1 人(17%)は喫煙によるものである(18)。喫煙は、肥満、アルコール、交通事故、非合法ドラッグ、HIV による死亡の合計よりも多くの人命を奪っている(19)。

図 3.1 に 2013 年に、喫煙がイングランドの 35 歳以上の成人の死亡にどれほど関与しているかを示した。



この年齢層では、男性死亡の 5 分の 1 以上(21%)、女性死亡の 8 分の 1 以上(13%)が喫煙に原因がある。男女ともがんが最も多くの死亡疾患となっている。しかし、呼吸器疾患死に占める喫煙の割合は、さらに大きい。喫煙は呼吸器疾患死の 35%、がん死の 28%、心臓病死の 13%の原因となっている。

残念なことに、死亡診断書に喫煙の有無の記入が必須とされていないため、喫煙関連疾患死についてこれ以上のデータは不明である。全国統計を改善するためにも、死因が喫煙によると考えられる場合、死亡診断書に喫煙歴の有無の記入を義務付けることが必要である。

世界では 2011 年現在、受動喫煙による死亡 60 万人を含め、600 万人が毎年タバコ使用によって命を奪われていると推定されている。タバコによる死亡の 80%は低～中所得国で発生している。タバコによる死亡は、2030 年には年間 800 万人に達すると推定されている(20)。

この様なタバコによる死亡の大きさは、病気と障害の大きさにつながる。喫煙による死亡者一人のうしろには、20 人の喫煙関連疾患に苦しむ喫煙者がいる(21)。先に述べた様々な病気のほかに、喫煙者は、喫煙によって引き起こされ悪化する数多くの深刻な病気に襲われている。それらには、アルツハイマー病、亢進症、気管支喘息、インフルエンザ、クローン病、胃十二指腸潰瘍、齲歯、歯槽膿漏、骨粗鬆症、慢性関節リウマチ、白内障、黄斑変性症、乾癬、不妊、インポテンス、うつ病、難聴、多発性硬化症、糖尿病などがある(22)。

毎年、イングランドでは数十万人が喫煙関連疾患によって入院している。2012～13 年には、35 歳以上の男性 287,900 人と女性 173,000 人が喫煙関連疾患で入院した。うち 4 分の 1(24%)が呼吸器疾患によるものである。

勧告

- 喫煙関連しに関する全国統計を改善するためにも、死因が喫煙によると考えられる場合、死亡診断書に喫煙歴の有無の記入を義務付けることが必要である

3.2 こどもと若者

子どもと若者は、喫煙厄災の最前線に立っている。毎年数万人の乳幼児、子ども、若者がタバコによって被害を受けている。未だ法的規制の行われていない家庭と自動車内での受動喫煙にさらされている。喫煙による健康と家族の経済的安定の悪化が彼らを襲っている。さらに、こどもと若者は、喫煙に手を出すことで、喫煙者になって健康を害する人生への入口に立つ。若者の喫煙は、喫煙厄災の「原動力」である：成人喫煙者の 80%は 20 歳以前に喫煙を始めているからである(24)。これはタバコ産業が否定できない事実である。

誕生前からタバコの害に見舞われる子どもは少なくない。2013～14 年に、妊娠女性の 8 人に 1 人(12%)は、出産時点で喫煙者だった。妊娠中の喫煙により、流産、死産、低体重出生が増える。妊娠中の喫煙は胎児に悪影響をもたらす：乳児死亡、気管支喘息、ADHD のリスクが高まる(25)。

タバコを吸う家族がいる家庭の子どもは、受動喫煙の害にさらされる。しかし、実は大部分の子どもが受動喫煙にさらされている：2012 年、11～15 才児の 3 分の 2(67%)が受動喫煙にさらされていると答えた。43%は家庭、55%は他家における受動喫煙だった(26)。この年齢層の子どもは自動車での受動喫煙にもさらされている：26%は自家、30%は他家の車においてである(26)。

小児期の受動喫煙は、肺炎、気管支炎、気管支喘息、中耳炎、侵襲性髄膜球菌感染症などの多くの重い病気をもたらす。受動喫煙は、メンタルヘルス不調、学校の欠席をももたらすという証拠もある(27)。

低所得家庭の子どもと若者は、喫煙による経済的困難にも見舞われる。現在イギリスの 120 万人の子どもが親の喫煙する貧困家庭で暮らしている。もし大人が禁煙をして、タバコ代が生計費に向けられたなら、36 万 5 千人の子どもが貧困ラインから脱出できる(28)(図 3.2)。

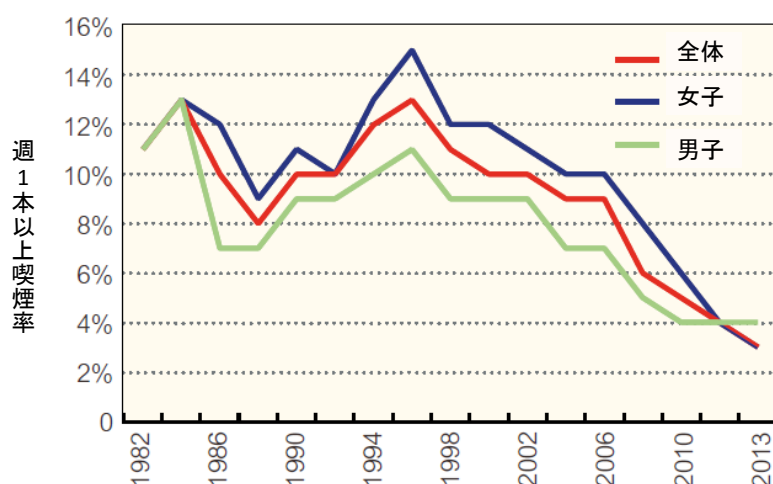
図3.2 紙巻きタバコ喫煙がイギリスの家庭、子ども、大人の貧困に及ぼす影響		
	貧困層	禁煙による可処分所得増による貧困層脱出人数
喫煙者のいる家族数	178万8千家族	51万2千家族
喫煙者のいる家庭の子ども総数	124万4千人	36万5千人
喫煙者のいる家庭の成人総数	319万2千人	86万6千人

家族にタバコを吸う大人や兄弟がいると、若者は喫煙を始め常習喫煙者となる危険が増える(29)。友人に喫煙者がいるとやはりタバコを吸い始めやすくなる。また、紙巻きタバコを手に入れやすくなる環境にある、タバコの販売促進キャンペーンにさらされる、映画やテレビドラマなどの映像メディアで喫煙シーンを多く見る者ほど喫煙開始率が増加する(30)。喫煙行動が社会的、経済的、文化的に若者に「受け継がれる」ことは、社会経済層別の若者喫煙率の「勾配」をみれば明らかである。その勾配は大人と同じである(第三章第三節参照)。

タバコを吸う子供と若者は、急性と慢性の肺・気管支の病気にかかりやすい。タバコを吸うと、咳、痰、喘鳴、息切れが2～6倍に増える(31)。喫煙は肺の成長を阻害し、呼吸機能を低下させ、中高年期になってからの慢性閉塞性肺疾患のリスクを増やす。喫煙開始が早いほど肺がんと心臓病のリスクが増える(32)。

幸いなことに、最近 20 年間で子供と若者の喫煙率が大きく減少してきた。イングランドの 11～15 歳児の喫煙率(週 1 本以上喫煙)は、1996 年の 13%をピークとして 2013 年には 3%まで激減した。とりわけ最近 10 年間の減少が著明だった(図 3.3)。タバコの宣伝禁止と受動喫煙防止法などの重要なタバコ規制対策がこの世代の喫煙率低下に大きく寄与したと考えられる。

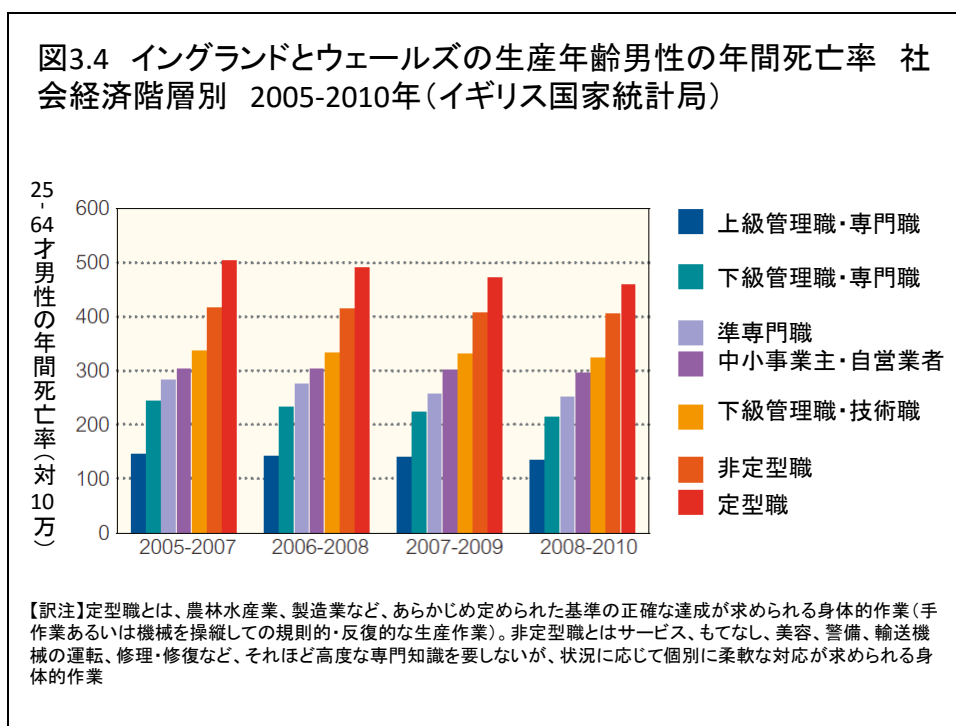
図3.3 イングランドの11-15歳児の週1本以上喫煙率 1982-2013年



しかし 15 歳の時点の週 1 本以上喫煙率は、8%のままである。もし週 1 本以下喫煙者(occasional smoking)を含めると、18%となる(図 2.5)。残念なことに、ニコチンの依存性形成作用は強力なので、週 1 本以下喫煙者は、すぐに毎日喫煙者になってしまう(34)。まだ小さな子どもの時に一本タバコを吸った子供は、17 歳の時点で毎日 1 本以上喫煙者になるおそれが倍増する(35)。従って、小さな子どもの喫煙を大目にみて放置することはできないのである。イングランドに今育ちつつある若者が、喫煙をノーマルな行為ではないと認識し、受動喫煙にさらされず、面前でタバコを吸う大人をみたり、テレビや映画で喫煙シーンを見たり、タバコの広告を見たり、店頭販売のタバコ製品を見たりしないようにさらに対策を講ずることが必要である。

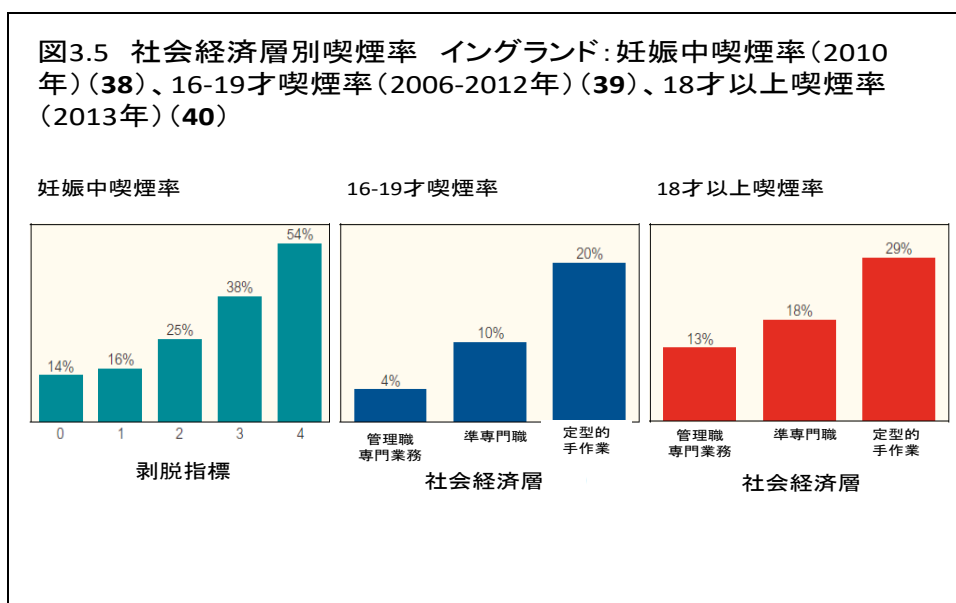
3.3 喫煙は格差を広げる

イングランドにおいて、「定型的手作業業種」に属する社会経済層の早死率は「管理的専門業種」層の3倍である。近年、すべての社会経済層を総計した死亡率は低下しているが、各層間の差異は驚くほど拡大してきた(図3.4)。

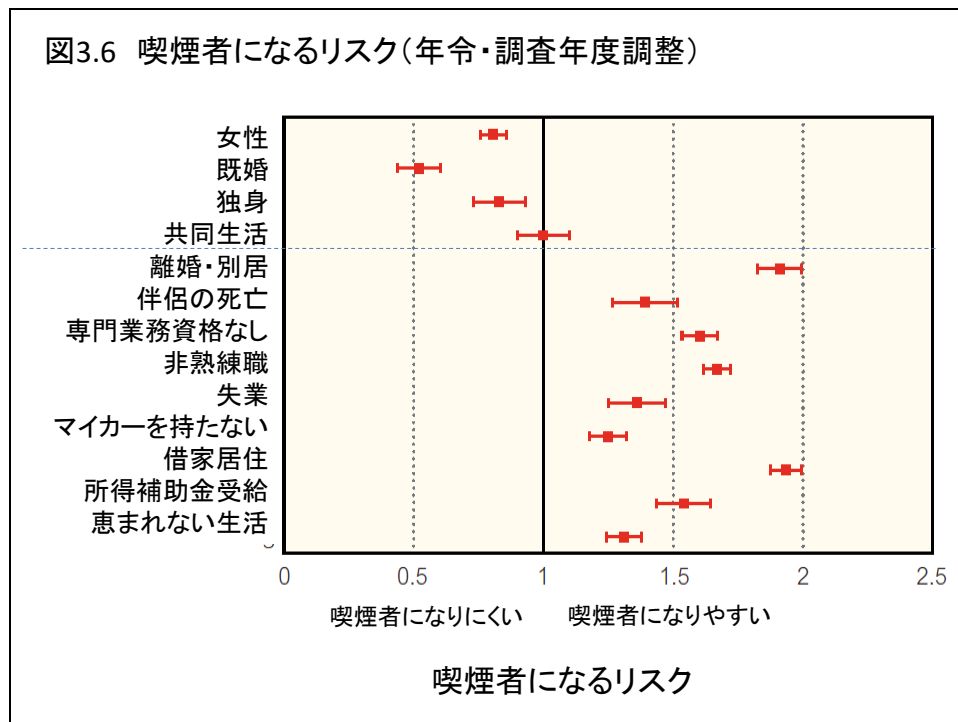


この社会経済条件が悪化すると死亡率が増えるという関係は主に喫煙によってもたらされている。社会経済的に最上層と最下層の早死率の違いは、喫煙率の違いによるものである(36)。社会経済格差をもたらす要因は数多くあるが、喫煙の影響は極めて大きい。経済的に恵まれているがタバコを吸う者よりも、貧乏だがタバコを吸わない者の方が長生きする可能性が大きい。

社会経済層別が違えば喫煙率も大きく違う。2013年の調査では、定型的手作業層の喫煙率は、28.6%で、専門的管理業務層の12.9%の喫煙率の2倍以上だった。この(社会経済状態の)違いは、次の世代に引き継がれる:社会経済的最下層の妊娠女性の喫煙率は高く、この経済層に属する若者の喫煙開始率も高い(図3.5)。



喫煙と様々な社会的ハンディが関連することを示したデータはたくさんある。図 3.6 に手作業職種、資格を持たない人々、離婚・別居した人々、失業中の人々借家に住む人々、生活保護を受けている人々、幸福な生活をおくれていないと考える人々の喫煙率が全体よりも高いというデータを示した。このような人々の喫煙率の高いことは、これらの人々の属性と独立に関連していた。



精神疾患を抱える人々の喫煙率も高い。長い間不安を抱えたり、うつ病などを患っている人々は精神的問題を抱えていない人々の2倍喫煙率が高かった(41)。精神疾患が重くなるほど喫煙率が高くなっていった。摂食障害を持つ人々の喫煙率は25%だが、重い精神疾患を抱える人々の喫煙率は56%にのぼっている(42)。最近の20年間、精神疾患を抱える人々の喫煙率はほとんど変わらなかった(43)。

最も喫煙率の高い層は、経済的貧困層である(44)。生計費が足りず、生活費を得るための力や機会を持たない人々は高い率で喫煙者となりやすく、禁煙をしようとしても失敗することが多い。ちなみに、2013年の調査では、ロンドンの聖 Mungo 教会が支援するホームレス単身者の喫煙率は73%だった(45)。刑務所の受刑者など刑事司法システムの収容者の喫煙率はさらに高く、およそ80%だった(46)。

このような困窮層は喫煙率が高いうえに、喫煙量も多い。社会経済的下層の人々は、起床後すぐに喫煙を始め、1日あたりの喫煙本数が多く(48)、経済的上層の人々よりも、喫煙一本当たりのニコチン摂取量が多い(49)。このような人々が専門的管理業務層の人々よりも禁煙成功率が低いのは、ニコチン依存が重いためと思われる(第5章参照)。

マイケル・マーモット氏のチームが発表した社会格差に関する報告書「Fair Society, Healthy Lives」は、公衆保健専門家に対して、社会的格差全体とりわけもっとも格差の大きな層に対する対策を進める必要があると述べている(50)。

(訳注:http://www.local.gov.uk/health/-/journal_content/56/10180/3510094/ARTICLE)

実践的には、格差全体をなくする取り組みと共に、最も下層の人々の状況を改善することに重点を置いて対策を進める必要がある

ということを意味する。このアプローチをタバココントロール活動全体にも貫く必要がある。経済的に貧しく社会的に疎外されている人々の喫煙率を減らすことが、これらの人々の格差改善に大きな効果がもたらすという点を押さえることが必要である。

タバココントロールの活動を「下流層」の問題行動としての喫煙に焦点を絞って進めることが必要である。タバココントロール専門家は、禁煙を効果的に推進するためには、喫煙者の生活を規定する社会経済的背景を十分考慮に入れる必要があることを認識している。さらに、タバココントロールの成功自体が、マーモット氏の提唱する6つの目標実現のために欠かせない要素である(表3.1)。したがって、タバココントロールは、格差を減らしてすべての人々の健康と福祉を改善するより広い公衆保健戦略の不可欠の部分であるということができる。

表3.1 健康的な人生実現におけるタバココントロールの意義

マーモットの指針	タバココントロールの意義
すべての子どもに最上の人生のスタートを保証する	最上の人生のスタートには、出生前と出生後の受動喫煙ばく露をなくすことが不可欠
すべての子ども、若者、大人が可能性を全面開花させ自分の望む人生を歩めるようにする	ニコチン依存症に陥ると、よりよい人生を目指すコントロールが不可能となる。タバコに手を出さないように働きかけることで、子どもたちの健康と幸福な人生が保証される
すべての人々に良好な仕事を与える	職場の受動喫煙完全防止によって、すべての人に健康で安全な労働環境を提供できる
すべての人々に健康な生活を保障する	家庭と職場がタバコ煙で汚染されていないことは、健康な生活の必須条件である。禁煙によってタバコ代がゼロになると、家計に余裕ができ、貧困ラインから脱出することが可能となる。喫煙率が減ると社会全体の病気と障害が減り、家族のケアの負担も減る
健康的で持続可能な居場所のあるコミュニティを作る	まったくタバコの煙がない施設を増やすことはすべての人々が希望している
病気を予防する活動を強める	喫煙開始予防と禁煙サポート活動は、最も効果的な疾病予防活動である

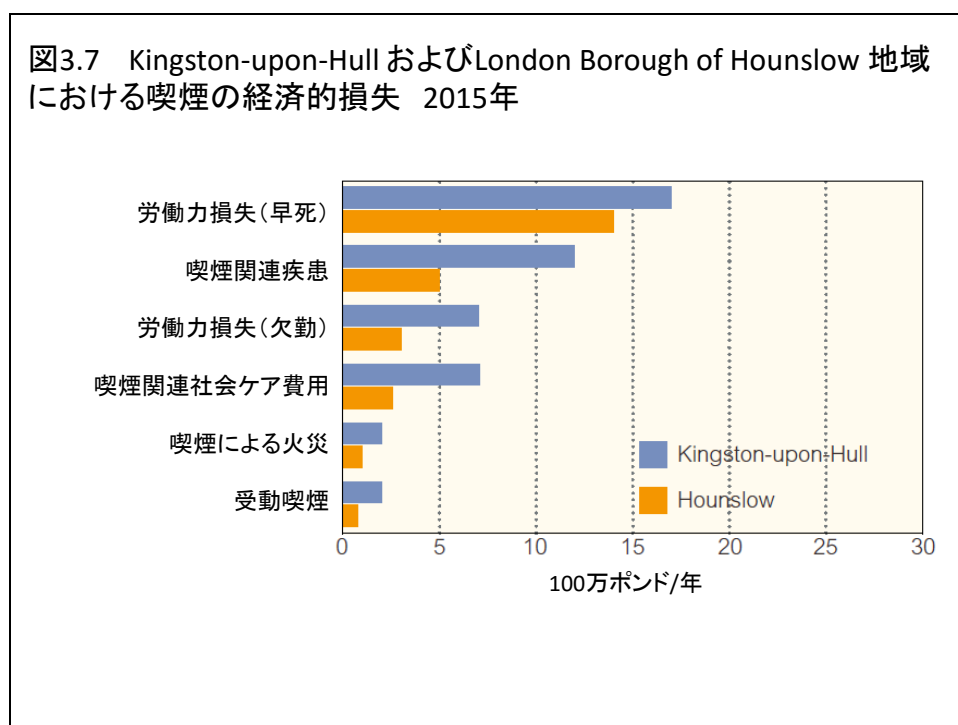
3.4 経済と社会にもたらす被害

喫煙が社会に与える経済的損害は巨額である。イングランドにおける喫煙による経済的損失は、控えめに見積もって年間 138 億ポンド(1ポンド 186 円として、2兆 5668 億円)である。(51) これは、喫煙関連疾患の直接医療費およびソーシャルケア費、労働力損失、火災による損失を合計したものである。費目別に示す：

- ・ 喫煙関連疾患医療費の NHS 年間負担: 20 億ポンド
- ・ 受動喫煙関連医療費の NHS 年間負担: 2 億 4200 万ポンド
- ・ 喫煙関連疾患による医療ケア費の個人および地方自治体負担分: 11 億ポンド(地方自治体分 6 億 600 万ポンド、個人負担分 4 億 5100 万ポンド)
- ・ 労働力損失: 喫煙による職場離脱: 65 億ポンド
- ・ 労働力損失: 喫煙による早死: 30 億ポンド
- ・ 労働力損失: 喫煙による欠勤: 10 億ポンド
- ・ 喫煙による火災(イングランドでは毎年 2700 件以上発生): 2 億 5900 万ポンド
- ・ タバコの吸い殻の投げ捨て: 毎年 320 億本(5494 トン): 損害額不明

これらの損害額は、適切な計算方法に基づき、控えめに見積もられたものである(52)。算定モデルにはそれなりの限界があるとはいえ、全体として、イングランドにおける喫煙のもたらす社会的損失額は巨大であるという結論はゆるぎないものである。2013～14年に、イングランドの喫煙者は大蔵省に 95 億ポンドの税金を払ったが、社会にもたらした損害額はその 1.5 倍である。

喫煙は、イングランドの各地域にも経済的損失をもたらしている。図 3.7 にイングランドの二つの地方自治体 Kingston-upon-Hull と London Borough of Hounslow における喫煙による経済的損失を示した。これらの自治体はほぼ同じ人口である(257,589 人、262,407 人)が喫煙率は大きく異なる(53)。2013 年の喫煙率は、Hull 29.4%(イングランドで最高)、Hounslow で 13.2%(イングランドで 5 番目に低い)(54)。



喫煙率が異なると、喫煙関連医療費とヘルスケアコストの額も異なる。NHS の喫煙関連疾患の年間ソーシャルケア費は、Hull で 1910 万ポンド、Hounslow で 760 万ポンドである。しかし、早死による労働力損失額は両自治体間でそれほど違いがなかった。これは、Hounslow の労働者数が Hull よりも多いためである。

この比較結果は、地方の喫煙率を引き下げることがイングランド全体の喫煙問題解決にもつながることを示している。喫煙率の低い地域であっても、喫煙者の絶対数が多ければ、地方自治体の財政と地域の経済に大きな影響がもたらされる。地域の視点に立てば、喫煙者が国にタバコ税を払うことが新たな負担となるのである。タバコ製品を買ったお金は地域経済を潤すことはない。ごくわずかがタバコ小売店の収入となるだけで、のこりはすべてタバコ産業の関係者の懐に入ってしまうから、地域の生活を向上させることはないからである。

第4章

汚染者が被害を償うべきである

4.1 タバコ災害を終わらせるための投資

喫煙率を減らし、喫煙がもたらした健康被害、社会的被害、経済的被害を減らすためには、多額かつ長期間の費用支出が必要である。米国公衆衛生長官はこの点について次のように断言している(55)。

包括的タバコ規制対策に多くの予算を投資した州では、紙巻きタバコ販売量が全米平均より大きく減少し、タバコ規制プログラムの予算が増やされるにつれて、成人と若者の喫煙率の低下が加速された。

タバココントロール対策に資金を支出することは、極めて望ましい投資である。イギリスでは、All Party Parliamentary Group on Smoking and Health(訳注:イギリスの禁煙議員連盟的組織。ASHが事務局)の調査の結果、「タバココントロールへの国庫の支出は、極めて費用効果が高く、毎年17億ポンドの増収を国庫にもたらす」(56)という結論が出されている。しかし、タバココントロール対策の費用効果の高いことが明らかにされたとはいえ、緊縮財政と地方自治体予算の削減という状況においては、タバココントロール費用が今後十分に確保される保証はない。

この状況を打開するために、新たな意欲的な対策を考える必要がある。本気でタバコ厄災を終わらせる覚悟があるなら、長期的な包括的タバココントロール対策を国及び地方レベルで確実に推進する必要がある。国と地方の財政の状態に関係なくこの対策を実現する簡単な方法がある。それは、**汚染者に負担させる**ことである。

4.2 タバコ会社の義務

喫煙厄災をもたらしている張本人はタバコ産業である。タバコ産業は法的には合法的な存在だが、性質の良いものではない。喫煙者に極めて依存性の高い商品を提供し続けるだけでなく、新しい喫煙者をタバコ市場に積極的に引きずり込む活動が続いている。タバコ産業は、タバココントロールの推進を妨害し遅らせてきた恥ずべき長い歴史を持っている(57,58,59)。妨害が行われるたびにタバコ会社は儲けを増やしたが、さらに多くの命が奪われた。

タバコ産業の利益は膨大である。2009年に、イギリスのタバコ製品シェアの94%を占める4代タバコ会社—インペリアルタバコ、JTI(Gallaher)、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・タバコの合計利益は10億ポンド以上となった(60)。世界的にタバコの売り上げが減り始める中で、企業の利潤は減っていない。タバコ産業は、タバコ税増税に紛れて、巧妙に価格を操作し、販売量の減少にもかかわらず、利潤を増やしてきた(61, 62)。例えば、インペリアルタバコは、イギリスで最大のシェアを持つが、販売量の減少にもかかわらず、世界全体の利潤を年々増加させている。2014年、紙巻きタバコ販売量が7%減ったにもかかわらず、インペリアルタバコの全世界での利潤は、20%増の15億ポンドに達した(63)。

タバコ産業は、その商品の消費者と違って、まったくもって(経済的に)健康である。したがって、タバコ産業が、その商品の使用によって生じた損害を償うべきだという主張は理にかなっている。イギリス国内で操業する化学プラントが環境を汚染して人々の健康を害したなら、その会社は、賠償金を課される。汚染をもたらした張本人が被害を償うべきである。タバコ産業にもおなじことが言える。タバコ産業は化学工場よりもずっと重大な健康影響を人々にもたらしているのだから。

タバコの煙は合法的な汚染物質である。しかしだからと言って、それによる健康被害に対して汚染者が金を払わなくても良いということにはならない。イギリスには、通常の操業で排出した合法的な汚染物質を減らすために資金を支出した企業がある。それは、エネルギー産業である。Energy Companies Obligation (ECO)という仕組みにより、エネルギー産業は貧困層と社会的弱者に省エネ対策を行うことを法律で義務付けられている。ECO の柱は、炭素排出削減義務というものであり、その企業の主要製品による環境汚染をへらすことに関する法定開示義務を企業に課している。

タバコ産業にも同様のロジックで義務を課することができる。炭素を含んだエネルギー源の使用を禁止したり、短期間のうちに、代替技術によって、炭素排出をゼロにできない事と同様、喫煙による汚染と被害を、使用禁止あるいは技術的改良によってすぐになくすることはできない。したがって、エネルギー会社の膨大な利益の一部を投入して、省エネ対策を進めることができたのだから、政府がタバコ産業から膨大な利益の一部をタバコ製品の消費を減らす対策にあてることは、正当で適切である。

Box4.1 アメリカにおける先例

米国では、タバコ会社が社会にもたらした経済的負担をタバコ会社に払わせるという原則が確立している。2009 年に、タバコ規制を FDA が行うために要する費用を毎年「利用者料金」としてタバコ会社から徴収することを定めた Family Smoking Prevention and Tobacco Control Act が施行された。このお金は、米国の連邦予算の枠外であり、FDA が直接執行できるようになっている。

この徴収金の額は米国におけるタバコ規制に要するコストを詳細に計算して決めている。この計算は、この法律の制定前に行われ、立法時に組み込まれた。それだけでなく、徴収された資金の使途をタバコ産業の規制という目的に限定した。

タバコ産業からの徴収額は、米国のタバコ市場のシェアに基づいて決められた。タバコ産業は、徴収額や使途についての発言権はなく、この制度の仕組みに対するロビー活動の余地も与えられなかった。それは、法律の施行に先立ち、徴収額に関する詳細で緻密な説明書が準備されていたことにもよる。

タバコ産業から「利用者手数料」を徴収するという考えは、議会で広く賛同が得られた。それは、総合課税の新設ではなく、社会的被害に対する課金という風に理解されたためである。

国が負担した特定のコストの一部をタバコ産業に払わせるという考えは、新しいものではない。米国では、FDA がすでにそのような課金を徴収しており(Box4.1)、Tobacco Companies Obligation も同様の手法で設定されるだろう。その金額は、現在国が負担しているタバココントロールと Stop Smoking Services のための費用(タバコが国に負わせている経済的損害の全額よりもずっと少額であるが)に基づいて公正に算定される。タバコ会社のイギリスにおける市場シェアに基づいて、毎年請求額を決める。シェアの内容だが、タバコ会社の利潤ではなく、売上高に応じて課金額を算定したほうが、発生させた被害の大きさに正確に見合うだろう。

Tobacco Companies Obligation で得られた資金は、まず喫煙者の禁煙サポートと若者の喫煙開始防止対策に支出される必要がある。この制度の目的は、過去の喫煙によって生じたヘルスケアコストを補てんするのではなく、喫煙率を下げて、タバコ厄災を終息に導き、喫煙によって長期的にもたらされる健康と経済の損害をなくすることにある。将来の被害を減らすことに焦点を当てることにより、過去の喫煙による損害ではなく、現在営業しているタバコ産業の販売するタバコがもたらす損害を償わせる制度ととらえる必要がある。そうは言っても、この課金制度は、NHS 事業の拡大推進にとって極めて重要な資金の供給源となるであろう。

イングランドの成人の 63%が、紙巻タバコ一箱あたりの価格に 25 ペンス(訳注:およそ 50 円。ただしイギリスの紙巻きタバコ価格は一箱あたり 1000 円以上)上乗せして、禁煙支援と若者の喫煙開始防止対策に充てることに賛成している。ちなみに反対は 19%、どちらとも言えないは 13%。(YouGov, Smokefree Britain Survey,ASH, 2015)

Tobacco Companies Obligation の導入によって、タバコの小売価格が上がる可能性がある。タバコ産業が、この負担を消費者(喫

煙者)に負わせる場合があるからである。タバコの小売価格を上げて、禁煙支援と若者の喫煙開始を防止する対策に充てる資金を確保する政策に賛同の声が多い(ボックス参照)とは言え、タバコ産業への課金を負担する者は、タバコ産業とその関係者であるべきであり、個々の喫煙者に負わせるべきではないだろう。この考え方は汚染者負担の原則にも合致する。

勧告

- タバコ会社に毎年課金する制度 Tobacco Companies Obligation を新たに導入し、効果の証明されたタバココントロール対策と Stop Smoking Services をイングランドで実施するための資金とすべきである
- 欧州連合のタバコ税指令を改正して、タバコ産業が Tobacco Companies Obligation に基づく費用負担を喫煙者に転嫁することを防ぐこと

4.3 タバコ会社に義務を果たさせる取り組み

タバコ会社にタバコ対策費用を負担させる Tobacco Companies Obligation という仕組みは、公衆保健における新たな重要な取り組みである。それだけに、この仕組みをしっかりと機能させ、資金を配分し、使用する過程における高度の透明性が確保されなければならない。しかし、このために、人と時間を割くことは避けなければならない。

このタバコ会社からの資金徴収制度をどのように運営するかは、イギリスを構成する国々の合議で決定する必要がある。イングランドでの検討の内容を以下に示す：

1. この義務制度によって得られた資金は、合意の得られたタバココントロール計画・戦略のために使用されること
2. 国レベルで、この制度による資金を受け取る保健省がこの制度の監視にあたる必要がある。保健省は、ヘルスケア専門家、タバココントロール専門家、イングランド公衆保健局、地方自治体代表者ならびに適切な第三者機関で構成される諮問委員会のサポートを受けること
3. 地方自治体への資金分配は、喫煙者数に見合うように、タバコ製品の売上高に応じて行うこと。自治体ごとのタバコの不法流通量に応じた配分も行うこと。
4. 地方自治体および国レベルの試算に基づく、タバコ会社への課金の見積りが必要である。物価指数の上昇に伴い、毎年課金は増加するであろう。また、タバコ厄災の状況と喫煙者の禁煙希望の状況に対応するため、4年ごとに見直しが必要である。
5. 米国に習い、一般の予算プロセスとは独立の運営を保証する必要がある。この制度に関する法律の中に課金を算定する条項を組み込む必要がある。
6. WHO FCTC 第5条3項とそのガイドラインに合致するように、タバコ産業がこの課金の使途に絶対に介入できない仕組みを作ること。タバコ会社が、この制度を企業の社会的責任活動であると宣伝することを禁止する。

課金をどのように使うかも話し合いをする必要がある。喫煙率低減に役立つ効果の証明された対策の実施に重点を置く必要がある。**Box4.2**に Tobacco Companies Obligationによって得られた資金で国あるいは地方レベルでどのような対策を実施すべきかをまとめた。Box4.2には、タバコの不法取引に関するHMRC(英国歳入関税局)の活動は挙げられていない。それは、この分野に対する支出は極めて費用効果が良く、英国財務省には直接的恩恵がもたらされ、予算支出額の10倍の効果が得られるからである。
(64) Box4.2に挙げられた活動のほかに、新しい地域的タバココントロールプロジェクトのサポートと評価に資する特別な資金供与が得られる可能性がある。

Box4.2 Tobacco Companies Obligation制度で得られた資金をどのようなタバココントロール対策に使うか

イングランド全体

- 国レベルのタバココントロールチームの結成と運営
- マスメディアキャンペーン
- タバコ産業の監視
- 全国統計の充実強化(喫煙率)
- 国立禁煙推進訓練センター
- 対策の評価と調査

リージョナル(日本の県に匹敵)

- タバココントロール地方事務所
- マスメディアキャンペーン
- 不法販売撲滅プログラム
- 2次医療ケアにおける禁煙サービス(CCGs資金を通じて)
- 委員会を通じた支援

ローカル(郡、市に匹敵)

- 地方自治体タバココントロールチーム
- 禁煙サービス
- タバコの不法取引、受動喫煙防止、タバコ製品購入の年齢制限、小売店でのタバコ展示の制限、プレーン・パッケージに関する法令の遵守活動
- タバコ販売免許交付と制度運営費用
- タバコ対策の共同行動

Tobacco Companies Obligation制度による獲得資金を公平に配分するうえで必要であることは言うまでもないが、こうした地域別のデータは各地方自治体におけるタバコ使用の現状を把握し、格差の問題を追及し、禁煙サービスを推進し、タバコ供給チェーンに対してより多くの監視を行うために重要である。この目的を実現するために、タバコ産業は販売データだけでなく、タバコ製品の販売促進戦略と価格決定戦略に関する情報の開示が必要である。

勧告

- 国及び地方レベルの効果の証明されたタバコ規制対策にかかる費用を賄えるようにTobacco Companies Obligation制度の課金額算定の明確な根拠を定めること。タバコ会社の営業によって発生した健康被害に見合うよう、タバコ会社のシェアに応じた課金額を請求すること。
- Tobacco Companies Obligationの管理運営に透明性と説明責任の原則を貫くこと
- タバコ産業に、売り上げデータ、販売促進戦略、ロビー活動の内容の全面的な開示を義務づける
- WHO FCTC第5条3項とそのガイドラインと合致するように以下の事項を実施する:
 - ・ 全ての行政レベルでタバコ産業が保健対策の内容に干渉することを禁止する
 - ・ タバコ会社、その子会社、代理者が「企業の社会的責任活動」を行って、彼らの利益と影響力伸張を計ることを禁止する
- 全て地方自治体当局が、WHO FCTC第5条3項とそのガイドラインと合致するように行動すること

タバコ災害を終わらせるために 1：禁煙の援助をしよう

5.1 喫煙者はタバコ問題解決のパートナー

大人の場合、禁煙の効果は絶大である。健康な人生が戻り、余命が劇的に延びる。他人に受動喫煙の害を及ぼさない人生となる。あなたが禁煙した姿は、知らず知らずのうちに、周囲の友人、家族、そしてとりわけ子どもたちに、タバコを吸わないのが普通という社会通念を広げる。禁煙をサポートすることはタバココントロールの中心的事業である。なぜならば、たばこをやめる人が一人増える毎に、社会的に大きなプラスの効果がもたらされるからである。

従って、喫煙者はタバコの煙のない社会を実現する旅路のとても大事なパートナーである。政府がタバコの増税で喫煙を抑制したり、受動喫煙が生じないように喫煙を禁止する対策をすることは正しい政策だが、それらの政策を、喫煙者のためになることすなわち、喫煙者が求めている禁煙のサポートと並行して進めることが必要である。

喫煙をデ・ノーマライズすることは、社会全体の喫煙に対する通念を変えるカギであるが、喫煙者の排除非難につながらないように注意する必要がある。喫煙者の排除非難は公正でなく、何も良いものを生み出さない。特に、禁煙のサポートサービスから喫煙者を遠ざけるという残念な事態を招くからである。

5.2 禁煙サポートサービス(Stop Smoking Services)

Stop Smoking Services は、イングランドにおける喫煙流行を終息させる長期的取り組みのカギとなる対策である。なぜなら、喫煙者にタバコをやめる最良のチャンスを提供するからである(65)。個人別のサポートと Stop Smoking Services が提供するサポートの組み合わせが禁煙成功率と維持率を達成できることが証明されているからである(66)。

喫煙厄災の本質である格差をなくする取り組みにおいて、専門的禁煙サービスはとりわけ重要な役割を果たす。なぜなら、低社会経済階層の喫煙者の禁煙成功率は豊かな階層よりも劣るからである(67)。貧しい喫煙者は、経済的に豊かな喫煙者よりもニコチン依存が強いために、禁煙が困難となっているとも言われている。このため、彼らの禁煙を成功させるには、より行き届いた禁煙サポートが必要である。Stop Smoking Services はこのような治療とサポートを行う上で、最善の機能を持っている。

Stop Smoking Services は、当初、低所得階層の喫煙者を対象に作られた。2013～14年にこのサービスを受けた定型的手作業労働者のうち 138,733 人が禁煙開始日を決めた(68)。しかし、この数字は 2011～12 年より 30%少なく、このサービスを受けた者が 28%減ったことに照応している。この受診者の減少の理由は不明である。マスメディアキャンペーンの標識がなくなったせい、公衆保健たんと部局が改変されたためか、電子タバコが流行したためか定かでない。このようなわけで、Stop Smoking Services には、すべての喫煙者とりわけ低社会階層、ハンディを持った人々の参加を増やせるような改革が必要である。

郡レベル行政区に移管された Stop Smoking Services は、質が高く、柔軟性が高く、地域とのつながりを強く持ったサービスモデルを作る新たな機会をもたらす可能性がある。しかし、このような新たなサービスは、現在地方の行政機関が直面している前例のない費用不足に見舞われる恐れがある。2014 年、いくつかの地域の Stop Smoking Services が公衆保健予算の不足に見舞われた。NHS からの移管後、タバココントロール部門の 13%で Stop Smoking Services の予算が削られた(69)。

Stop Smoking Services が優れた費用効果を発揮することは誰にも否定出来ないが、一人の喫煙者が禁煙したことによって節約出来る直接コストは、基本的に NHS の長期コストの軽減につながるものであり、その自治体のコスト削減とはならない。保健省が Stop Smoking Services の監督をしないことになったため、タバココントロールへの政治的サポートが十分でない地域では、予算を減らされる恐れが高い。したがって、Tobacco Company Obligation 制度によって予算を長期的に安定させて、Stop Smoking Services を国の中心的政策として継続させることが不可欠である。

勧告

- すべての喫煙者、とりわけ低社会経済階層と恵まれない人々が質の良い効果の保証された Stop Smoking Services を受けられるようにすべきである
- すべてのマスメディアキャンペーンにおいて、その地域の Stop Smoking Services の周知と受診勧奨を行うようにすべきである

5.3 あらゆる機会を生かして禁煙を援助する

Stop Smoking Services は喫煙者の禁煙を支援する国レベルの対策の中心だが、喫煙者の多くはこのサービスにアクセスしていない。喫煙者の20回の禁煙チャレンジのうち1回しかこの専門的サービスを利用していない。各地域の喫煙者がこの禁煙サービスにもっとアクセスできるような新たな工夫を行い、地域の喫煙者に喫煙者の日常生活の中で禁煙を実行する機会を総合的に提供する活動と補完し合うことが必要である。

タバコを吸う以外の問題で、保健社会サービスとかかわりを持っている喫煙者は少なくない。このような喫煙者に対して、保健専門家がこの絶好の機会を活用して、禁煙に誘導することが望まれる。残念なことに、保健専門家は「いかなるコンタクトをも無駄にしてはいけない」ということはわかっているが、それを実践することが不十分である。保健専門家が NICE ガイダンスに従って、簡潔な禁煙アドバイスをし、禁煙専門機関に紹介をするならば(70)、喫煙者と禁煙サービス機関の関係は抜本的に変わる。

NICE は妊娠中と出産後の禁煙サポートの大事なことも強調している(71)。また妊娠とメンタルヘルスサービスについても言及している(72)。妊娠女性の喫煙率は社会経済的低層ほど高くなる。また、メンタルヘルスを病む人々、慢性病を抱える人々ほど喫煙率が高くなる。NICE ガイドラインに従って禁煙アドバイスをすることによって、喫煙率の格差を減らすことができる。助産師は妊娠女性の喫煙率を減らすうえで極めて重要な役割を果たす。しかし、この役割の重要性は、まだ大方の認識となっておらず、その重要性に見合う医療資源配分もなされていない。

禁煙サポートが徐々に当たり前に行われるようになるという長期的見通しを実現するには、ヘルスケア専門家の教育プログラムに禁煙支援のトレーニングを組み込む必要がある。現行のカリキュラムは継ぎ接ぎだらけである。例えば、Stop Smoking Services の役割についての情報をカリキュラムに組み込んでいる医学部は半数(54%)に過ぎない。また、短時間の禁煙アドバイスの訓練を行っている医学部も3分の2(68%)にとどまっている(73%)。

イングランドでは、医療ケアと最も無関係な若者の喫煙率がいちばん高い。このような若者の多くは、自分を健康だと考え、禁煙のために専門家の助けが必要などとは思っておらず、ましてや Stop Smoking Services の様な禁煙サービスが存在すること等知らないだろう。普段の暮らしの中で、禁煙サービスにコンタクトする機会は皆無に等しい。ロンドンの建設工事現場の喫煙者に対する調査によれば、喫煙が健康にマイナスであることはわかっており、出来れば禁煙したいと思っているが、禁煙をサポートするサービスがあることを知っている者はほとんどいなかった(74)。このような喫煙者に禁煙サービス利用を勧めるには、紙巻タバコの代わりに害の少ないニコチン供給製品があるという情報を伝えることである。

勧告

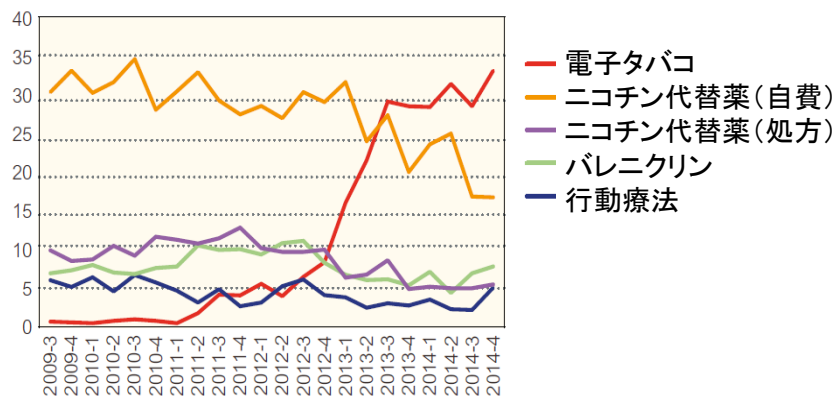
- タバコに関する NICE ガイダンスとリわけ以下の項目を遵守すること：
 - 短時間の禁煙アドバイスと禁煙専門外来への紹介
 - 二次医療機関における禁煙勧奨：急性期病院、産科、精神神経科
 - 妊娠中と出産後の禁煙支援
- 助産師に対して、すべての妊娠女性の呼気中一酸化炭素を測定できる訓練と機器の提供
- 精神疾患と慢性の病気を抱える人々に対して、禁煙サービスを必須の日常ケア事項として行えるようにする
- すべての医療専門家の教育カリキュラムに短時間禁煙アドバイスの訓練を組み込むこと

5.4 代替ニコチン製品

最近 5 年間で、非タバコ由来ニコチン含有製品の種類が増え、販売量が増加している。ニコチン代替療法 (NRT) 薬として認可された製品にはガムの他に、口内スプレー、鼻スプレー、パッチ、トローチがある。同時に、禁煙治療薬として認可されていない電子タバコの市場が急速に広がっている。電子タバコの製品は多種多様で、普通の店舗で販売されている。電子タバコの使用が広がると、喫煙の「再ノーマライゼーション」を招いたり、若者を喫煙に誘う「入り口」となると懸念する向きもある。しかし現在のところそのようなことが発生している証拠はない。喫煙経験のない者が電子タバコを使用することは、過去も現在もほとんど見られていない(75)。

もし電子タバコが「入り口」と言うのなら、それは禁煙への「入り口」として機能している様に見える。2009 年に禁煙のために電子タバコを用いた者は、禁煙にチャレンジした者の 1% 以下だったが、2014 年末には、3 人に 1 人 (33%) に急増した。電子タバコ使用は、現在、紙巻きタバコ喫煙者が禁煙をするために使用する最大の手段となっている(図 5.1) (76)。多くの小売店での電子タバコ販売を推進することによって、喫煙者が手軽に比較的安全なタバコ代替品を購入できるようになった。

図5.1 禁煙の際に利用した手段 2009-2014年(77)



そうは言っても、リスクは存在する。電子タバコ市場は出現して間もないので、タバコ産業が乗り込んで、彼らの利潤の根源であるタバコ製品の売り込みに役立つように、電子タバコ市場を変質させるおそれがある。政府には、ニコチン製品による禁煙推進という機会を最大限生かしながら、リスクを最小にするという難しいチャレンジが求められている。この拡大しつつある電子タバコ市場がもたらす影響と効果を注意深く監視し、2014 年欧州連合タバコ製品指令 (Box5.1 参照) に沿った新たな規制の枠組みに基づいて、禁煙推進の妨げとならないように電子タバコのイノベーションを進めてゆく必要がある。電子タバコ市場とそれをコントロールする仕組みが、タバココントロール活動の長年の成果を掘り崩さないように、慎重かつ十分なモニタリングと調査が必要である。

Box5.1 欧州連合のタバコ製品指令と電子タバコ

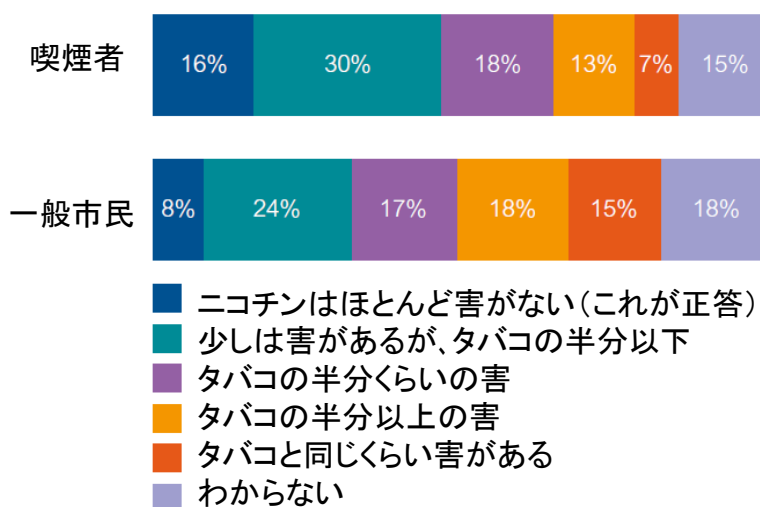
2016 年に施行されるこの欧州連合指令は、20ml/ml 以下のニコチン含有製品で医薬品認可を受けない製品に対して適用される(*)。イギリスでは、この指令の実行については、以下の項目を含む:

- ・ 新製品の安全性と品質基準が確保されること
- ・ 子どもが開けられないパッケージであること
- ・ 有害警告と依存性、毒性を詳しくパッケージに表示すること
- ・ 使用を促進する表現をパッケージに表示しないこと
- ・ 印刷物、インターネット、テレビラジオ広告を用いた外国へのタバコ宣伝の禁止
- ・ タバコ製品の販売量、使用者のプロフィール、傾向、トレンドなどタバコ会社が把握する情報を毎年公開すること

(*: 20 mg/ml 以上のニコチンを含む溶液を使用する電子タバコ製品は、医薬品としてイギリス政府の認可と規制を受けなければならない)

しかしながら、電子タバコの市場拡大に伴って様々な論議が巻き起こるにつれて、ニコチンの危険性について社会全体に誤解が生まれる可能性がある。現在イングランドの喫煙者の多くは、喫煙がからだに悪いのは、おもにニコチンのせいであると誤解している(図 5.2)。マスメディアキャンペーン(第 6 章第 3 項参照)だけにとどまらず、保健専門家は、喫煙者にタバコ製品と代替ニコチン含有製品の健康リスクの大小比較を喫煙者のしっかり伝える義務がある。もしこのことに失敗したなら、喫煙者は代替ニコチン摂取製品に乗り換えることに魅力を感じず、喫煙を続けることになる。これは喫煙者自身と社会全体に大きな損害をもたらす。

図 5.2 ニコチンと紙巻きタバコ喫煙の害の大きさに関する意識調査 (78, 79)



勧告

- Stop Smoking Services とすべての保健専門家が、正確で質の高い情報を習得して、喫煙者にニコチンとニコチン含有製品の健康リスクの違いを説明できるようにすること
- タバコハームリダクションに関する NICE ガイダンスに呈示された原則に基づいて、禁煙できない喫煙者に、より害の少ないニコチン摂取製品に替えるようにサポートし情報を伝える取り組みを強めること
- 喫煙者の禁煙に役立ち、非喫煙者に喫煙のきっかけを与えないように、電子タバコあるいは非タバコ由来ニコチン摂取製品市場をコントロールすること
- 電子タバコと非タバコ由来ニコチン摂取製品の品質、安全性、有効性の向上を目指すこと
- 上記製品が喫煙率、喫煙開始率、喫煙に対する社会通念に与える影響を詳しくモニターすること

第6章

タバコ厄災を終わらせるために2： 禁煙を勧め、喫煙をデ・ノーマライズしよう

6.1 タバコ製品の価格(高値感)

喫煙者がタバコを買う心理は、他の製34品を買う心理と同じである：値段が買うか買わないかの判断のポイントである。したがって、タバコ税の値上げでタバコの小売価格を上げることが、喫煙率を減らす最上の手段となる(80)。貧しい喫煙者は豊かな喫煙者よりもタバコ価格の増加に影響されやすいので、タバコ価格の値上げは喫煙格差の是正に大いに役立つ(81)。しかし、タバコの値段が上がっても禁煙できない貧しい喫煙者は、さらに健康面でひどい状況に追い込まれる。したがって、タバコの値上げ政策を実施するにあたっては、Stop Smoking Services 利用への勧奨を同時に進める必要がある。

タバコ価格の値上げによる禁煙促進効果が少なくなる様々な場合がある。まず、タバコ価格の上昇率が所得や物価の上昇率より小さな場合、タバコ製品の購入容易性は低下しない。日常購入する商品よりもタバコ価格の上昇率がずっと大きければ、タバコは値段の高いから買うのが大変な商品だという印象が広がる。現在実施されている、毎年の物価上昇率よりも2%余計にタバコ税を上げる程度の対策ではタバコの高値感は生まれない。タバコ価格が喫煙行動に影響することを利用して、タバコ小売価格を物価上昇率よりも5%余計に上げるべきだという強力な意見もある。タバコノ価格型の商品の価格よりもずっと大きく値上げされるようになると、とても買うのが難しい商品と感じられるようになる。

イングランドにおける調査では、成人の53%がタバコの値段が物価上昇率を5%上回るようにするタバコ税を増税政策に賛成した。反対は20%だった。(YouGov, Smokefree Britain Survey, ASH, 2014)

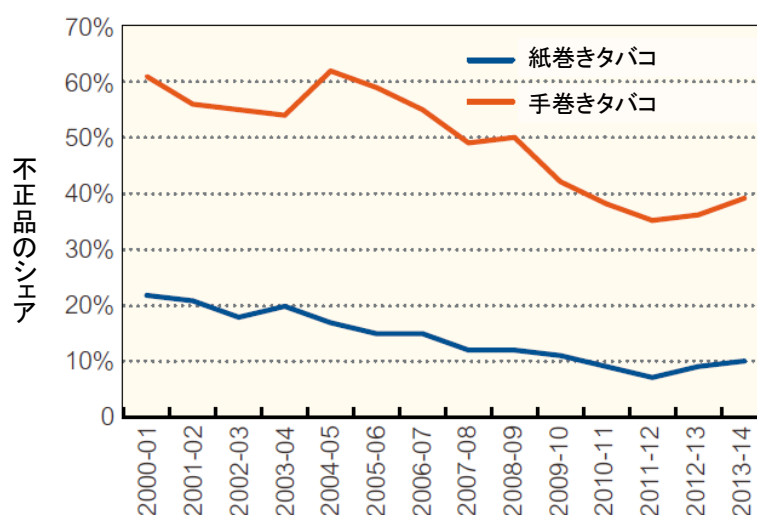
次に、高い価格のタバコから安い価格のタバコに乗り換えることで、価格の効果をなくすことができる。最近15年間、タバコ価格が上げられてきたが、喫煙者の三分之一が、手巻きタバコに乗り換えるようになった(82)。手巻きタバコは、機械製造紙巻きタバコよりも安い商品であり、税額の違いによって乗り換えが加速されてきた。手巻きタバコの方が、税率が低いためである。この税率の差をなくすると、このような乗換現象を防ぐことができる。

吸うタバコを高級ブランドから低級ブランドに替えることも行われる。タバコ税を上げる場合、タバコ会社は、高級ブランドにより多くの税額を加えて、増税額以上に小売価格を上げるようにする一方、低価格銘柄の増税額を低く抑えるようにしている(83)。この結果、小売価格の増加に差が生まれ、喫煙者はより低価格の銘柄に乗り換えるようになる。若い層、貧困層ではこの傾向が特に著しくなり、最低価格の銘柄を買うようになる(84)。この問題を解決するためには、紙巻きタバコ20本当たりの最低価格を最低税額に合わせて決めて、全銘柄に適用すべきである。この仕組みによって、どの銘柄を選んでも、増税分がすべての喫煙者にくまなく転嫁される。

3番目の方法として、不法タバコ製品を購入すると、税金だけでなく、関税も払わなくてすむ。2013~14年に、イギリスで消費された紙巻きタバコの10%、手巻きタバコの39%は、密輸あるいは偽ブランド品だった(85)。タバコ産業は、このような不法タバコの蔓延が、タバコ税増税あるいは、プレーンパッケージなどのタバコ規制対策強化のせいだと主張しているが、そのような証拠はない。

実際は、合法タバコ製品の価格が値上げされるにつれて、タバコの不法取引市場は縮小した。2000 年には紙巻きタバコの 21%と手巻きタバコの 61%が不正品だったからである(86)(図 6.1) この現象は、タバコ規制への投資額がタバコ市場の大きさを規定するという関係によるものである。タバコの値段は安い、タバコ市場の規制力が弱い低所得国の方が、イギリスのようなタバコの値段が高い、市場コントロール力も大きな国よりも不法タバコがはびこるのである(87)。

図6.1イギリスにおける不法工場製造紙巻きタバコと手巻きタバコの市場シェア
2000-2014年(歳入税関庁半期毎推定値)



最近、英国監査局(88)と下院決算委員会(89)は英国歳入関税局が 2000 年以降不法取引を減らすことに成功したと認めた。しかしながら、両機関とも、2010 年の決算レビュー後に実施された対策は、タバコ税収の歳入目標を達成できなかったこと、また、不正取引をなくするための投資が必要なレベルでなされなかったことを指摘した。とりわけ、決算委員会は、イギリス政府が行ったタバコの密輸と組織犯罪の訴追件数がタバコの不法取引がイギリス国民に負わせている年間 19 億ポンドの損失に見合わないとは指摘している。そして、英国輸入関税局が、タバコ規制対策の弱いヨーロッパの国々に大量にタバコを輸出して、不法取引市場を支え続けてきたタバコ産業に対してもっと厳しい態度を取らなかったと批判している(90)。

2015 年 3 月、「*Tackling illicit tobacco: from leaf to light*」と題した新たな政府の戦略が発表された(90)。この戦略は、省庁横断チームによって密輸を取り締まるもので、欧州連合が WHO 不法取引対策プロトコルの批准への支援を明言している。このプロトコルは、タバコ製品の国際的な追跡体制を作るものである。この戦略では、市民社会の組織を含む、地方自治体から、イングランド、イギリスそして国際的な担当部局が対策に参加することを目指している。しかし、この戦略には、タバコ製品製造者が不法マーケットを支える役割を果たしている事実に対する認識が欠けている。また不法取引マーケットを減らすという目標設定が甘い。不法な製造紙巻きタバコのシェアを 10%以下にする一方、不法な手巻きタバコのシェアの増加を許すような目標だからである。

タバコの不法取引対策への投資は支出額の 10 倍の効果を生むので(92)、積極的に対策投資を増やしてイングランドのすべての地域から不法紙巻きタバコ、手巻きタバコが一掃されるような目標を設定すべきである。

勧告

- 物価上昇率を 5% 上回るタバコ価格となるようタバコ税を自動的に上げる仕組みを作ること
- 工場製造タバコと手巻きタバコの税額の差をなくすること
- 最低価格銘柄のタバコの価格を上げて、低価格銘柄への乗り換えを防止すること。欧州連合タバコ税指令を改訂して、タバコ製品の最低単価（例：20 本あたり）を（高めに）設定すること。
- タバコ製品の国際的追跡体制の整備を含む WHO 不法取引対策プロトコールを完全実施すること
- タバコ製品の不法取引を根絶するため国から各級自治体までの協働作業システムを強化し予算を配分すること
- タバコ密輸対策の新たな目標を作ること：
 - 不法紙巻きタバコ市場のシェアを 2020 年までに 5% 以下に減らす
 - 不法手巻きタバコ市場のシェアを 2020 年までに、22%、2025 年までに 11% 以下に減らす

6.2 責任あるタバコ販売

死をもたらすドラッグであるにもかかわらず、イングランドでは誰でも、ほとんどどのような場所でもタバコを売ることができる。免許が不要だからである。以前、タバコ販売は免許制だった。昔から営業しているパブや店の看板には「アルコール飲料およびタバコ販売許可店」と書かれている。

イングランドの地方自治体には、必要な場合タバコ小売店の営業を禁止する権限がある。これを「negative licensing」という。しかし、これを実行するためには、小売店を訴えて裁判をするという時間と労力のかかる手続きが必要である。2013～14 年に、子どもにタバコを販売したことで有罪が言い渡された案件はわずか 34 件で、営業停止や販売停止は一件もなかった(93)。しかし、44%の案件で、喫煙する子どもはその店からタバコを買ったと証言しているのだが(94)。イギリス国内のタバコ製品の合法的市場は、収納税額から計算すると年間 95 億ポンドに上る大きな市場だ(95)が、ほとんど規制を受けないやりたい放題の状態となっている。

タバコ販売を許可制とすることには、圧倒的な世論の支持がある。イングランドの成人の 84%、喫煙者の 71%は、タバコ小売業を許可制とし、未成年者タバコを販売した場合免許を取り消すことに賛成している。反対意見は 5%だった。(YouGov, Smokefree Britain Survey, ASH, 2014)

過去に廃止されたタバコ販売免許制度を復活させることによって、政府と地方自治体当局は、タバコ小売市場にタバコ小売市場により厳しい規制を行い、不法な販売を中止させることが可能となる。現在地方自治体当局は、取引基準局担当官の法令施行活動を通じて小売業者との接点を持つだけである。タバコ販売の免許制度を実施することで、地方自治体の担当者は、法令の順守を推進し、模範的な営業を奨励することを通じて、小売店とより積極的な関係を築くことができる。このようになれば、地方自治体当局は、未成年者への販売や不法タバコの販売を発見した場合、営業停止処分を出すことが容易となる。

タバコ小売業の免許制導入は、タバコ製品サプライチェーン全体についても免許制を導入する入り口とすべきである。これは免許制を最良の対策として推進する WHO 不法取引対策プロトコールに基づいている。この仕組みがあると、免許を受けていない小売店でのタバコ製品販売は、自動的に非合法行為と認定することが可能となる。この仕組みによって、免許を受けた小売店の利益が増え、さらにタバコ規制対策が進む。

タバコ小売業者に免許制を導入することで、地方自治体の財政負担が増えるようなことは避けなければならない。取引基準局が厳

しい予算削減を迫られている現在、このことは特に重要である。この計画の実施に必要な費用の全額は、第 4 章に示したように、Tobacco Companies Obligation 制度を活用してタバコ産業に払わせるべきである。

勧告

- すべてのタバコ小売店と卸売を許可制とし、その費用はタバコ産業に負担させること
- 許可制の枠組みを活用して、タバコ販売の法令遵守、小売店との意思疎通、タバコ流通チェーンのコントロールを強化すること

6.3 マスメディアとソーシャルマーケティング

一般市民との対話およびソーシャルマーケティングはイングランドにおける国レベルから地方レベルのタバココントロールプログラムの重要な部分である。その中でも、マスメディアキャンペーンは、一般市民に喫煙の有害性、タバコに対するタイドや社会通念の変革、禁煙チャレンジの勧奨、成人の喫煙率減少に効果があることが証明されている(96)。イングランドの喫煙率が 2002 年から 2009 年の間に 13%減少したのは、マスメディアキャンペーンの効果である(97)。

マスメディアキャンペーンの効果は、到達範囲の広さだけでなく、キャンペーンの密度と継続期間にも左右される。喫煙者が常に禁煙を勧めるメッセージを受け取り続ける様にキャンペーンを続ける事が重要である(96)。2010 年 4 月に政府がマスメディアキャンペーンを中止すると、すぐに禁煙チャレンジ数が激減した。たとえば、国が運営している禁煙相談電話のコール数が 65%減った(98)。

今日、マスメディアによる情報伝達に代わり、SMS のようなソーシャルメディア、個対個のメッセージ交換が広がってきた。このような多様なメディア、無料あるいは有料のメディアを利用することは、禁煙のメッセージを伝える上で有効である(Box6.1)。

BOX6. 1 効果的なマスメディアキャンペーンの一例



FRESH Smoke Free Northeast は、2014 年に Don't Be the One campaign を開始した。このキャンペーンは、テレビとラジオの CM、インターネット・フェイスブックを使った広告、キャンペーンツールキット配布、地域の新聞に社説を掲載させるなどの活動を結合したものである。この地域の喫煙者の 3 分の 2 がこのキャンペーンを見たことがあると答え、57%は、禁煙の必要性を感じたと答えた。

一般的には、喫煙が体に悪いことを強調するメッセージの方が、禁煙チャレンジを引き出しやすい(96)が、禁煙のメリットを強調するメッセージにも同様の効果があることが最近のイギリスでの調査で明らかになっている(99)。キャンペーンの内容は、喫煙者のニーズや状況の変化に合うように常に見直す必要がある。とりわけ、ニコチンが健康に重大な悪影響をもたらすと誤解している喫煙者が多いので、禁煙治療のための代替ニコチン製剤の安全性を強調する必要がある(図 5.2)。

テレビの禁煙キャンペーンをみて禁煙チャレンジを決意した喫煙者は、自力で禁煙できることが多い。しかし、彼らが地域の Stop Smoking Services を利用したなら、禁煙成功の確率はさらに高まる。このような支援サービスがあることを知らない喫煙者が多いので、マスメディアキャンペーンでこの専門的サービスのメリットを宣伝することが必要である。

勧告

- 社会経済的貧困層に対するマスメディアキャンペーンとソーシャルマーケティングキャンペーンを強化し、情報の伝達範囲、継続期間、密度が最も効果的となるよう財政措置を行うこと
- Stop Smoking Services の宣伝と利用をすべてのマスメディアキャンペーンを通じて呼びかけること

6.4 タバコ煙のない環境

2007 年に受動喫煙防止法が制定されたことは大きな成功であり、21 世紀におけるイングランドの公衆保健の主要な成果として記憶されるべきである。法律実施の翌年に、心臓発作(100)や喘息発作(101)などによる入院が急速に減少したため、受動喫煙防止法が住民全体に大きな健康改善効果をもたらすことが証明された。この法律の遵守状況はきわめて良好であり、2007 年に 72%だったこの法律の支持率は、2014 年には 82%に増加した(103)。重要なことは、喫煙者においても受動喫煙防止法の支持率が高いことである(54%)。

タバコの煙のない環境が広がったことにより、一般市民がタバコ煙の存在を気にするようになり、受動喫煙防止が自分たちの健康とより良い生活に重要であるという認識が新たに生まれた。その結果、この法律を批判していた勢力の期待を裏切り、喫煙者のいる家庭の多くが自発的に禁煙となった(104)。このトレンドは、タバコ厄災を終息させる長期的目標実現にとって本質的に重要である。なぜならば、子どもたちが受動喫煙にさらされたり、喫煙を覚える場所が家庭だからである。

世論の支持が強いので、2007 年の立法時に禁煙化から除外された施設・区域についても禁煙とする時期に来ていると考えられる：

- まず、すべての刑務所を禁煙にすること。電子タバコを含め、多様なニコチン代替製品が使用できるので、タバコを吸わない受刑者と刑務職員への受動喫煙曝露は停止さるべきである。禁煙を希望する受刑者には、収監中および出所後に適切な禁煙サポートを与える必要がある。
-

イングランドの調査では、刑務所の禁煙化に賛成 49%、反対 24%だった。

(YouGov, Smokefree Britain Survey, ASH, 2014)

- 第2に、劇場演劇における喫煙も禁止する必要がある。俳優がタバコを吸わなくとも演出が可能なことから、劇場の観客が受動喫煙にさらされる必要はない。
- 第3に、イギリスの港から出港するすべての商用船舶にも受動喫煙防止法を適用すべきである。商用船内は非常に狭いので濃厚な受動喫煙にさらされるおそれがあるためである。

- 第4に、子どもをのせる自動車内の喫煙をテコにして、すべての自動車における喫煙禁止を視野に入れること。この措置は、交通安全上の見地からも正当である。タバコやライターを探す、火をつける、喫煙する、吸い殻を灰皿に入れるという行為は、注意を散漫にするため、交通事故を引き起こす原因となる(105)。乗り物の禁煙の例外をなくすと、子どもが乗っていても車外から確認できない場合があるという現行法の欠陥を除去することができる。運転者であろうと、乗客であろうと、心臓病を抱える人々もまた受動喫煙による心臓発作の危険から解放される(107)。

イングランドの調査では、すべての自動車の禁煙化に賛成 59%、反対 25%だった。

(YouGov, Smokefree Britain Survey, ASH, 2014)

自治体の NHS と行政当局は、受動喫煙防止法の適用範囲拡大を支援する必要がある。NHS は受動喫煙防止活動の手本を示すべきである。とはいえ、敷地内禁煙となっていない病院がまだ存在するが、二次医療機関における禁煙に関する 2013 年 NICE ガイダンスでは、「(敷地、車両、その他二次医療ケア実施に必要な施設については)強力なリーダーシップを発揮して完全禁煙とし、これらの施設を利用する人々がタバコを吸わないことが常識であるという意識を醸成する必要がある」と述べられている。この勧告は完全に実施されるべきである。

地方自治体当局には、パブリックプレイスを完全禁煙とすることによって、地域の環境を改善する機会がたくさんある。これらには、受動喫煙が他人の迷惑となる出入り口、屋外施設、子どもと若者が使う施設など、そこで大人がタバコを吸っている姿を子どもが見ると、タバコを吸うことは普通の事だと刷り込まれる可能性のある施設が含まれる。子どもの遊ぶ区域を自主的に禁煙としたり、歩行者天国となっている都心部を禁煙にすることで、禁煙区域拡大を実行している自治体も多い。ブリストル市議会は、現在市の広場の禁煙化を試験的に行っている。またロンドン市保健委員会は、ロンドン市長、ロンドン市議会、シティー・オブ・ロンドン自治体に対して、トラファルガー広場からパースメントスクエアまでの屋外区域を禁煙とするよう要請している(108)。見直しの勢いが盛んなため、このような禁煙区域拡大対策を全国に広げるための最良の方法を検討するよう要請する時期に来ている。

勧告

- 子どものいる喫煙者家庭の家庭内禁煙率を 2020 年に 80%、2025 年に 90%まで引き上げる
- 刑務所にも受動喫煙防止法を適用し、完全禁煙化する。受刑者の禁煙サポートを進める
- 劇場における演劇の演出としての喫煙を禁止する
- 外航船と内水面航行船にも受動喫煙防止法を適用する
- すべての自動車の禁煙化を推進するためのエビデンスを明らかにし、検討を開始すること
- NHS の完全禁煙化のための NICE ガイダンスを遵守し、一次ケア医療機関、二次ケア医療機関、産科施設、メンタルヘルス施設を完全に禁煙化すること
- 公衆の健康を守るうえで十分なエビデンスがある場合、屋外区域の完全禁煙化を法令あるいはそれ以外の方法で推進する方策を検討すること



郡のタバコオフィス Smokefree South West は地方自治体の議会と共同で、子どもたちの屋外の遊び場と学び場を禁煙にする自主的規則を作った。禁煙サインと禁煙区域を広げる方法の解説書を作った。地方の多くの施設が自主的規則を作った。この写真は Sedgemoor Somerset の Apex Park の例である。

6.5 映画などにおける喫煙シーン

この 20 年間に子どもと若者の喫煙率が急速に低下していることは、タバコの宣伝から喫煙シーンをなくすることなどによって、これらの世代において、タバコを吸うことが「デ・ノーマライズ(社会通念に反すると認識)」されたことを示している。若者は、目の前で喫煙が行われるとか、タバコを吸うことが「当たり前」とされることのない社会で育ちつつある。しかし、まだ喫煙が当たり前のこととして多くの若者の目の前で繰り上げられる分野がある。それは映画である。

映画の喫煙シーンが若者の喫煙開始を促進している証拠が世界各国から発表されている(109,110,111)。映画の喫煙シーンを多く見るほど、喫煙開始が増えることが明らかになっている。この影響はささやかなものではまったくない。ブリストル大学の調査によれば、15 才児では、映画の喫煙シーン視認率が最多グループは最低グループよりも 73%喫煙を始める率が高かった(112)。映画のスクリーン上の喫煙者の特徴は不適切なものである。魅力的だが放縱なタバコを吸う主人公は、若者に同様の印象を与える。

全英映像等級審査機構はかつて喫煙に関するガイドラインを発表している(113)。審査機構がこの問題に真剣に取り組んでいる証拠はない。1989 年から 2008 年までのイギリスの映画館の興行収入上位 15 位までの作品のうち、15 才未満鑑賞可作品の 56%、18 才未満鑑賞可作品の 92%に喫煙シーンが含まれていた(114)。

現在のところ、映画の喫煙シーンを見ることが若者の喫煙開始を促進するという問題に対して社会の関心は低いので、喫煙シーンのある映画を若者に見せないようにすべきだという意見には反対が少なくない。しかし、しかし、別のもっと効果のある方法で、この問題を解決することが可能である。子どもや若者視聴可だが喫煙シーンのある映画上映開始直前に、禁煙推進の短いフィルムを放映することが可能である。これによって、映画本編中の喫煙シーンが若者の喫煙開始を促進する効果を打ち消すことができるだけでなく(115)、映画製作者に喫煙シーンを含む作品を作ることが適切かどうかを考え直すきっかけを与える。

イングランドの成人対象調査では、喫煙シーンのある映画上映前に短い禁煙 CM を流すことに賛成 40%、反対 34%、どちらとも言えない 23%だった。（YouGov, Smokefree Britain Survey, ASH, 2014）

テレビでの喫煙シーン放映は激減した。これは、英国通信省ガイドラインが全英映像等級審査機構のガイドラインよりも編集上の決定を行う上で効果的であることにもよる。テレビが放映する喫煙シーンは、大部分が映画作品の放映であるため、テレビを通じた喫煙シーン曝露を減らすためにも、映画製作者の考えを変えさせることが大事である。しかし、ミュージックビデオの喫煙シーンが現在問題となっている。ミュージックビデオの喫煙シーンが若者の喫煙開始を増やすかどうかについては、まだはっきりした証拠がない。イギリスの青少年の視聴したユーチューブのミュージックビデオの 22%にタバコの映像が含まれていたという調査結果もある（116）。この分野で効果的な対策を進めるためには、若者がどのようなメディアで喫煙シーンに曝露されるかを詳しく調査し対応を考える必要がある。

勧告

- 喫煙シーンがあり子どもや若者が視聴する可能性のある映画およびテレビ番組、インターネット有料視聴番組の放映の前に、禁煙 CM を流すように義務付けること
- 政策決定者に映画の喫煙シーンが子どもと若者の喫煙開始を促進することを認識してもらい、映画、インターネット、ミュージックビデオ、コンピュータゲームの喫煙シーンを減らす対策に取り組むよう要請する

第 7 章

結 論

この報告書で提案された密輸、課税、製品規制などに関する政府に向けた勧告には、イギリス全体で検討の必要なものが含まれている。保健政策はイギリスから、各連合国政府（イングランドなど）に移譲された。委譲された国は、喫煙を減らすための独自の戦略と目標を持っているので、保健政策に関する勧告は、イングランド政府とその関係者に向けてなされたものである。これらの勧告は、イギリスの他の構成国の政策と一致しているが、イングランドにおける禁煙推進活動のための明確な方針である。

もちろん今後 5 年間のタバココントロールの新たな方向を定めて推進する役割は政府にあるが、この報告書が打ち出したビジョンの実現は、地方自治体、NHS、タバココントロール郡事務所そして市民社会等すべての関係者の協力なしには達成しえない。2035 年までに、すべての社会経済階層の喫煙率を 5%以下に減らす長期目標とそれに見合った中期目標は、真の意味で包括的かつ共同のアプローチなしには実現できない。

本報告書で提起した格差の解消への取り組みは、定型的手作業業種の喫煙率を指標にした目標を呈示することで明確化した。このグループの喫煙率を計画通り減らすことは、関係者が協力して、できるだけ禁煙サポートを行い、タバコを吸うことをデ・ノーマライズする取り組みを進めることなしには極めて難しい。しかし、これはたくさんある目標の一つに過ぎない。タバコ厄災を終息させるには、他の階層の喫煙率低下活動も忘れてはならない。精神疾患や慢性の病気のある層、刑務施設入所者層の喫煙率低下のためには新たな努力が必要である。子どもと若者がほとんど喫煙を目撃しない社会の実現は視野に入りつつある。すべての人々がそのような社会で過ごせるように頑張ろう。

参考文献

1. Scottish Government Creating a smokefree generation: a tobacco control strategy for Scotland, 2014
2. Department for Health and Social Services, Wales, Tobacco Control Action Plan for Wales, 2012
3. Department of Health Social Services and Public Safety, Northern Ireland Ten-year tobacco control strategy for Northern Ireland, 2012
4. Doll R, Peto R, Boreham J, et al. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004; 328:1519-33.
5. Lewis S (2015) update of Lewis S, Arnott D, Godfrey C et al (2005) Public health measures to reduce smoking prevalence in the UK: how many lives could be saved? *Tobacco Control* 14: 251-254.
6. Data for 1980-2010 are from the General Lifestyle Survey. This was superseded by the Integrated Household Survey in 2011. Data for 1980-2010 are for adults aged 16 or over; data for 2011-2013 are for adults aged 18 or over.
7. McNeill A, Guignard R, Beck F, Marteau R, Marteau T. Understanding increases in smoking prevalence: case study from France in comparison with England 2000-2010. *Addiction* 2015; 110 (3):392-400
8. EU cigarette prices. Tobacco Manufacturers' Association, 2015
9. Gilmore AB, Tavakoly B, Taylor G, Reed H. Understanding tobacco industry pricing strategy and whether it undermines tobacco tax policy: the example of the UK cigarette market. *Addiction* 2013; 108: 1317-1326.
10. Tobacco tax gap estimates 2013-14. HMRC, 2014
11. Statistics on NHS Stop Smoking Services, England - April 2013 to March 2014 Health & Social Care Information Centre, 2014
12. Tobacco: harm reduction approaches to smoking: PH45. National Institute for Health and Care Excellence, 2013
13. YouGov survey. Total sample size was 12,269. Fieldwork was undertaken between 5th and 14th March 2014. All surveys were carried out online. The figures have been weighted and are representative of all GB Adults (aged 18+).
14. Bauld, L, The impact of smokefree legislation in England: Evidence review, Department of Health, London, 2011
15. ASH Briefing: UK Tobacco Control Policy and Expenditure. ASH, 2013
16. Integrated Household Survey 2013 ONS, Oct. 2014; Smoking status by sex and NSSEC in England, ONS, 24 Feb. 2015
17. ASH. Taking a Reading: The impact of public health transition on tobacco control and smoking cessation services in England. Cancer Research UK, 2015.
18. Statistics on smoking: England, 2014 Health and Social Care Information Centre, 2015.
19. ASH Fact sheet (2014) Smoking statistics: Illness and death
20. Eriksen M, Mackay J, Ross H (2012). The Tobacco Atlas. Fourth Edition. American Cancer Society and World Lung Foundation.
21. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General US Department of Health and Human Services, 2010.
22. Cigarettes: what the warning label doesn't tell you. American Council on Science and Health, 2003.
23. Statistics on smoking: England, 2014 Health and Social Care Information Centre, 2015
24. Robinson S & Bugler C. Smoking and drinking among adults, 2008. General Lifestyle Survey 2008. ONS, 2010.
25. Quitting smoking in pregnancy and following childbirth Public health guidance 26, NICE, 2010
26. Smoking drinking and drug use among young people in England in 2012. The Health and Social Care Information Centre, 2013.
27. ASH Research Report: Secondhand Smoke: the impact on children, ASH, 2014
28. Reed H. Estimates of poverty in the UK adjusted for expenditure on tobacco. Landman Economics, 2015.
29. Leonardi-Bee J, Jere ML, Britton J. Exposure to parental and sibling smoking and the risk of smoking. *Thorax* 2011; 66(10):847-55.
30. Passive smoking and children. London, Royal College of Physicians, 2010
31. Smoking and the Young. London, Royal College of Physicians, 1992.
32. BMA Board of Science. Breaking the cycle of children's exposure to tobacco smoke. British Medical Association, London, 2007.
33. Smoking drinking and drug use among young people in England in 2013. The Information Centre for Health and Social Care, 2014.
34. Di Franza JR et al. Initial symptoms of nicotine addiction in adolescents. *Tobacco Control* 2000; 9: 313-319.
35. Jackson, C & Dickinson, D. Cigarette consumption during childhood and persistence of smoking through adolescence. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2004; 158: 1050-1056.
36. Jha P, Peto R, Zatonski W, et al. Social inequalities in male mortality, and in male mortality from smoking: indirect estimation from national death rates in England and Wales, Poland, and North America. *The Lancet* 2006; 368(9533):367-370
37. Gruer L et al. Effect of tobacco smoking on survival of men and women by social position: a 28 year cohort study. *BMJ* 2009;338:b480
38. McAndrew F et al. Infant Feeding Survey 2010 Health and Social Care Information Centre, 2012
39. Health Survey for England 2006-2012 pooled data (analysis for this report by M Jarvis, 2014)
40. Integrated Household Survey 2013 Smoking status by sex and NSSEC in England, ONS, 24 Feb. 2015
41. Health Survey for England 2010 cited in: Smoking and mental health. Royal College of Physicians and Royal College of Psychiatrists, 2013.
42. Adult Psychiatric Morbidity Survey 2007 cited in: Smoking and mental health. Royal College of Physicians and Royal College of Psychiatrists, 2013.
43. Szatkowski L, McNeill A. Diverging trends in smoking behaviours according to mental health status. Diverging trends in smoking behaviours according to mental health status. *Nicotine & Tobacco Research* 2014 Sep 1. [Epub ahead of print]

44. Graham H, Inskip HM, Francis B, & Harman, J. Pathways of disadvantage and smoking careers: evidence and policy implications. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60: (Suppl 2) ii7-ii12
45. St Mungo's Client Needs Survey 2013 (personal communication)
46. Reducing Smoking in Prisons: Management of tobacco use and nicotine withdrawal. Public Health England and Kings College London, 2015.
47. Health Survey for England 2006-2012 pooled data (analysis for this report by M Jarvis, 2014)
48. General Lifestyle Survey 2011 ONS, 2013
49. Fidler JA, Jarvis MJ, Mindell J & West R. Nicotine intake in cigarette smokers in England: distribution and demographic correlates. *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.* 2008; 17: 3331-3336.
50. The Marmot Review Team. Fair Society, Healthy Lives: Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010, 2010
51. ASH and LeLan Solutions (2015) The Local Cost of Tobacco, ASH Ready Reckoner 2015 Update.
52. For details of the methodology used within the ASH Ready Reckoner, see ASH (2014) Estimating the Financial Burden of Tobacco Use through Modelling - The Brunel and ASH models explained. <http://www.ash.org.uk/localtoolkit/>
53. Population estimates, mid-2013. ONS, 2014
54. Integrated Household Survey ONS, 2014
55. US Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking - 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General, 2014.
56. All Party Parliamentary Group on Smoking and Health. Inquiry into the effectiveness and cost-effectiveness of tobacco control, 2010
57. Hatchard JL, Fooks GJ, Evans-Reeves KA, Ulucanlar S and Gilmore AB. A critical evaluation of the volume, relevance and quality of evidence submitted by the tobacco industry to oppose standardised packaging of tobacco products. *BMJ Open* 2014; 4 (2) e003757
58. Smith KE, Savell E and Gilmore AB. What is known about tobacco industry efforts to influence tobacco tax? A systematic review of empirical studies *Tobacco Control* 2013; 22 (2), e1.
59. Savell E, Gilmore AB, Fooks G. How does the tobacco industry attempt to influence marketing regulations? A systematic review. *Plos One*, 5th February 2014. DOI: 10.1371/journal.pone.0087389
60. Branston JR, Gilmore AB. The extreme profitability of the UK tobacco market and the rationale for a new tobacco levy. University of Bath. 2015.
61. Gilmore AB, Tavakoly B, Taylor G, Reed H. Understanding tobacco industry pricing strategy and whether it undermines tobacco tax policy: the example of the UK cigarette market. *Addiction* 2013; 108(7): 1317-1326.
62. Gilmore, AB. Understanding the vector in order to plan effective tobacco control policies: an analysis of contemporary tobacco industry materials. *Tobacco Control* 2012; 21: 119-126
63. Bank of America Merrill Lynch: Imperial Tobacco Earnings Review, 2014
64. All Party Parliamentary Group on Smoking and Health. <http://www.ash.org.uk/APPGillicit2013> Inquiry into the illicit trade in tobacco products. 2013
65. Hiscock, R, Dobbie, F and Bauld L. Smoking cessation and socioeconomic status: an update of existing evidence from a national evaluation of English Stop Smoking Services. *BioMed Research International*, in press.
66. Bauld L et al. The effectiveness of NHS smoking cessation services: a systematic review. *Journal of Public Health* 2010; 32(1):71-82.
67. Kotz D, West R. Explaining the social gradient in smoking cessation: It's not in the trying, but in the succeeding. *Tobacco Control* 2009; 18: 43-6
68. Health and Social Care Information Centre. Statistics on NHS Stop Smoking Services in England, August 2014
69. ASH. Taking a Reading: The impact of public health transition on tobacco control and smoking cessation services in England. *Cancer Research UK*, 2015.
70. Brief interventions and referral for smoking cessation NICE public health guidance 1, 2006
71. Quitting smoking in pregnancy and following childbirth. NICE public health guidance 26, 2013
72. Smoking cessation - acute, maternity and mental health services. NICE public health guidance 48, 2013
73. Raupach T et al. Smoking cessation education and training in UK medical schools: a national survey. *Nicotine & Tobacco Research* 2014: 1-4.
74. Sheriff NS, Coleman L. Understanding the needs of smokers who work as routine and manual workers on building sites: results from a qualitative study on workplace smoking cessation. *Public Health* 2013; 127(2): 125-33.
75. ASH Fact sheet: Use of electronic cigarettes in Great Britain. ASH, 2014
76. West R, Brown J, Beard E. (2014) Trends in electronic cigarette use in England. *Smoking Toolkit Study*.
77. *Smoking Toolkit Study* 2015
78. YouGov plc. Smokefree Britain Survey, Total sample size was 10017 adults in England. Fieldwork was undertaken between 26th February to 12th March 2015. The survey was carried out online. The figures have been weighted and are representative of all England adults (aged 18+). Full question: According to what you know or believe, what portion of the health risks of smoking comes from nicotine in cigarettes? Question provided by Sara Hitchman, King's College London.
79. Tobacco: Harm reduction approaches to smoking, NICE, June 2013
80. Wilson LM, Tang EA, Chander G, et al. Impact of tobacco control interventions on smoking cessation, and prevalence: a systematic review. *Journal of Environmental and Public Health* 2012 Article ID 961724.
81. Hiscock R, Bauld L, Amos A et al. Socioeconomic status and smoking, a review. *Ann NY Acad Sci* 2012; 1248: 107-23.
82. ASH Factsheet: The UK Tobacco Industry ASH, 2014
83. Gilmore AB, Tavakoly B, Taylor G, Reed H. Understanding tobacco industry pricing strategy and whether it undermines tobacco tax policy: the example of the UK cigarette market. *Addiction* 2013; 108(7): 1317-1326
84. Gilmore AB, Tavakoly B, Hiscock R, Taylor G. Smoking patterns in Great Britain: the rise of cheap brands and roll your own (RYO) tobacco. *Journal of Public Health* 2015; 37(1): 78-88.
85. Tobacco Tax Gap Estimates 2013-14. HMRC, 2014
86. HM Customs & Excise (2001) Annual Report 2000-2001.

87. Joossens L, Merriman D, Ross H, Raw M. How eliminating the global illicit cigarette trade would increase tax revenue and save lives. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2009
88. Progress in tackling tobacco smuggling. National Audit Office, 6 June 2013
89. Public Accounts Committee. HM Revenue and Customs: Progress in tackling tobacco smuggling. 2013
90. See for example: BAT to appeal against oversupply fine. Tobacco Reporter, 17 November 2014
91. HMRC and Border Force. Tackling illicit tobacco: From leaf to light. The HMRC and Border Force Strategy to tackle tobacco smuggling. March 2015
92. Johnson P. Cost Benefit Analysis of the FCTC Protocol on Illicit Trade in Tobacco Products. ASH, 2009
93. Tobacco Control Survey England 2013/14: A report of council trading standards service activity. Trading Standards Institute, 2014
94. Smoking, drinking and drug use among young people in England in 2012. The Health and Social Care Information Centre, 2013
95. Tobacco Bulletin, November 2014. HMRC, 2014
96. Durkin S, Brennan E, Wakefield M. Mass media campaigns to promote smoking cessation among adults: an integrative review. Tobacco Control 2012; 21:127-138.
97. Sims M, Salway R, Langley T et al. Effectiveness of mass media campaigns to change tobacco use in England: a population-based cross-sectional study. Addiction 2014; 109 (6): 986-94.
98. Langley T, Lewis S, McNeill A, et al. The freeze on mass media campaigns in England: a natural experiment of the impact of tobacco control campaigns on quitting behaviour. Addiction 2014; 109(6):995-1002
99. Richardson S, Langley T, Sims M et al. How does the emotive content of televised anti-smoking mass media campaigns influence monthly calls to the NHS Stop Smoking helpline in England? Prev Med. 2014; 69: 43-48.
100. Sims M, Maxwell R, Bauld L and Gilmore A. The short-term impact of smokefree legislation in England: a retrospective analysis on hospital admissions for myocardial infarction. BMJ 2010; 340; c2161
101. Sims M, Maxwell R, Gilmore A. Short-term impact of the smokefree legislation in England on emergency hospital admissions for asthma among adults: a population-based study. Thorax 2013; 68: 619-624.
102. ASH Fact sheet: Smokefree legislation ASH, 2014
103. YouGov plc. Total sample size was 10112 adults. Fieldwork was undertaken between 5th to 14th March 2014. The survey was carried out online. The figures have been weighted and are representative of all England adults (aged 18+).
104. Jarvis MJ, Sims M, Gilmore A, Mindell J. Impact of smoke-free legislation on children's exposure to secondhand smoke: cotinine data from the Health Survey for England. Tobacco Control 2012; 21:18-23.
105. Stutts J, et al. The role of driver distraction in crashes: an analysis of 1995–1999 Crashworthiness Data System Data. Annu Proc Assoc Adv Automot Med 2001; 45:287–301.
106. All-Party Parliamentary Group on Smoking and Health. Inquiry into smoking in private vehicles. 2011
107. Pell JP, Haw S, Cobbe S et al. Smoke-free legislation and hospitalizations for acute coronary syndrome. New England Journal of Medicine 2008; 359: 482-91.
108. Better health for London. London Health Commission, 2014
109. US National Institutes of Health. The role of the media in promoting and reducing tobacco use. (Tobacco Control Monograph No. 19) US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, 2008
110. US Surgeon General. Preventing tobacco use among youth and young adults: a report of the Surgeon General. DHHS, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Washington, D.C., 2012
111. Smoke-free movies: from evidence to action. WHO, 2011
112. Waylen A, Leary, SD, Ness, et al. Cross sectional association between smoking depictions in films and adolescent tobacco use nested in a British cohort study. Thorax 2011; 66: 856-61
113. BBFC Classification Guidelines BBFC, 2014
114. Lyons A, McNeill A, Chen Y & Britton J. Tobacco and tobacco branding in films most popular in the UK from 1989 to 2008. Thorax 2010; 65(5): 417-22
115. Smoke-free movies: from evidence to action. WHO, 2011
116. Cranwell J, Murray R, Lewis S, et al. Adolescents' exposure to tobacco and alcohol videos. Addiction 2015; 110(4): 703-711

(注)電子タバコにつきましては、英国と日本とでは状況が異なっていると思います。

- 1) 日本では電子タバコにはニコチンを入れる事は法律で禁止されています。
- 2) 外国では子どもが電子タバコに手を出し、そのままニコチン依存症になることが報告されています。また、電子タバコがニコチン依存症治療に現在の治療薬と較べて効果があるという確かなレポートはまだありません。
- 3) ニコチン依存症で、唯一効果が証明されているのは現在の禁煙治療に使われているチャンピックスと、ニコチン製剤等のみです。(作田 学)

このパンフレットは ASH によるご許可と、日本禁煙学会 松崎道幸理事の翻訳による。

2015 年 11 月 11 日 一般社団法人 日本禁煙学会 翻訳・発行

162-0063 東京都新宿区市谷薬王寺町 30-5-201