

[第1部] 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

Cancer Research UK, Action on Smoking and Health (ASH)

翻訳：松崎道幸

「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勘案したうえ、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。



www.ash.org.uk/smokingstillkills

www.ash.org.uk/smokingstillkillssummary

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	Royal College of Physicians of Edinburgh	London Borough of Bexley, Public Health Team
Arrhythmia Alliance	Royal College of Psychiatrists	London Borough of Brent
ASH Northern Ireland	Royal College of Radiologists	London Borough of Enfield
ASH Scotland	Royal National Institute of Blind People	London Borough of Harrow
ASH Wales	Royal Society for Public Health Sands	Medway NHS Foundation Trust
Association of Directors of Public Health	Socialist Health Association	Middlesbrough Council
Association of Respiratory Nurse Specialists	Solutions 4 Health	North East Directors of Public Health Network
Asthma UK	South Asian Health Foundation	North Lincolnshire Smokefree Alliance
Atrial Fibrillation Association	STARS	North Tyneside Smoke Free Alliance
Best Beginnings	Stroke Association	Nottinghamshire County Council, Public Health
Bliss	The Lullaby Trust	Plymouth City Council, Office of the Director of Public Health
Bowel Cancer UK	The Richmond Group of Charities	Redcar and Cleveland Borough Council
British Cardiovascular Society	Tobacco Control Collaborating Centre	Sheffield City Council
British Dental Health Foundation	Tommy's	Smoke Free Newcastle
British Heart Foundation	UK Health Forum	Smoke Free Northumberland Alliance
British Lung Foundation	UK Centre for Tobacco & Alcohol Studies	Smokefree Devon Alliance
British Medical Association		Smokefree Gateshead Tobacco Alliance
British Thoracic Society		Smokefree South West
Cancer Focus Northern Ireland		Smokefree Tobacco Control Alliance of County Durham
Cancer Research UK		Smokefree Wakefield Tobacco Control Alliance
Cardiovascular Coalition	LOCAL AND REGIONAL	Smokefree Yorkshire and the Humber
Centre for Mental Health	Barnsley Metropolitan Borough Council	Solihull Stop Smoking Service
Chartered Institute of Environmental Health	Bath and North East Somerset	Somerset County Council
Chartered Trading Standards Institute	Tobacco Action Network	South Gloucestershire Council
Cut Films	Brighton and Hove City Council	South West Yorkshire NHS Partnership Foundation Trust
Diabetes UK	Bury Council	St Helens Metropolitan Borough Council
Faculty of Public Health	Calderdale Metropolitan Borough Council	Stoke-on-Trent City Council
GASP	Cornwall Council	Sunderland Tobacco Alliance
GMFA - The gay men's health charity	Coventry Smokefree Alliance	Surrey County Council
HEART UK	Darlington Borough Council	Swindon Smokefree Alliance
Macmillan Cancer Support	Darlington Tobacco Control Alliance	Thurrock Council
Medical Women's Federation	Derbyshire County Council	Tobacco Free Futures
Mind	Devon County Council	Tower Hamlets Tobacco Control Alliance
Mouth Cancer Foundation	Fresh	University Hospitals of Leicester NHS Trust
National Centre for Smoking Cessation and Training	Gateshead and South Tyneside	Wakefield Health and Well Being Board
NHS Alliance	Local Pharmaceutical Committee	Warwickshire County Council
Primary Care Respiratory Society	Haringey Health and Wellbeing Board	West Yorkshire Fire and Rescue Service
QUIT	Hartlepool Borough Council	Wiltshire Council
Roy Castle Lung Cancer Foundation	Heart of Mersey	Worcestershire Tobacco Control Alliance
Royal College of Anaesthetists	Herefordshire Council	
Royal College of General Practitioners	Hertfordshire County Council	
Royal College of Midwives	Hertfordshire Tobacco Control Alliance	
Royal College of Nurses	Hull Alliance on Tobacco	
Royal College of Obstetricians and Gynaecologists	Kirklees Council	
Royal College of Paediatrics and Child Health	Knowsley Council	
Royal College of Pathologists	Lancashire County Council, Public Health	
Royal College of Physicians	Leeds City Council	
	Liverpool City Council, Public Health	

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」を入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5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:2014年2月;欧州議会は改訂タバコ製品指令を公式に承認する:欧州議会は、タバコ製品指令改訂に関して欧州連合参加国が政治的に合意したことを確認した。これは、欧州連合におけるタバコ規制における大きな成果である。新たな指令では、タバコおよびその関連製品に関する規制はさらに厳格となる。公衆の健康を守るために、本指令は、とりわけ若者に対するタバコ製品のアピール力を削ぐことに重点を置いた。本指令は、タバコ製品の含有物表示、電子タバコの使用、タバコの密輸・不法取引、ハーブ喫煙に関するより厳格な規制を行うことにより、欧州連合におけるタバコとその関連市場がより円滑に機能することを目指すのである)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歳喫煙率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) という法律を定めて、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、二酸化炭素という環境汚染物質を減らすことを義務付けている。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という仕組みは、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こと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。地方の専門家が担ってきた喫煙者に最上の禁煙サポートを提供するStop Smoking Service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、でき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。

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ことが発覚した際、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正を正す必要がある。すなわち、紙巻きタバコ1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ソーシャルマーケティング・キャンペーン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ある。

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きている。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。

以上に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¹⁻³⁾、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歳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こと
- 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
- 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 子どものい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 子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しかける

第1章 人間が作り出した厄災は我々の力で終わらせることができる

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、幾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ことが必要である。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たずら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を支持せず、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。この遠い過去の実事実を、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)。

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。

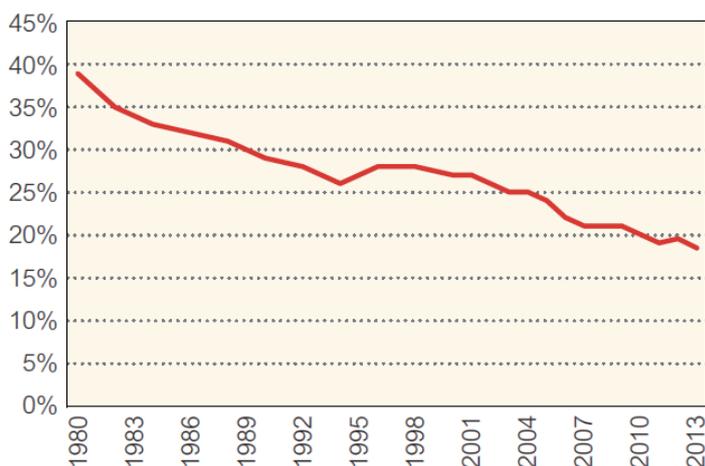


図2.1 イングランドの成人喫煙率 1980～2013年⁶⁾

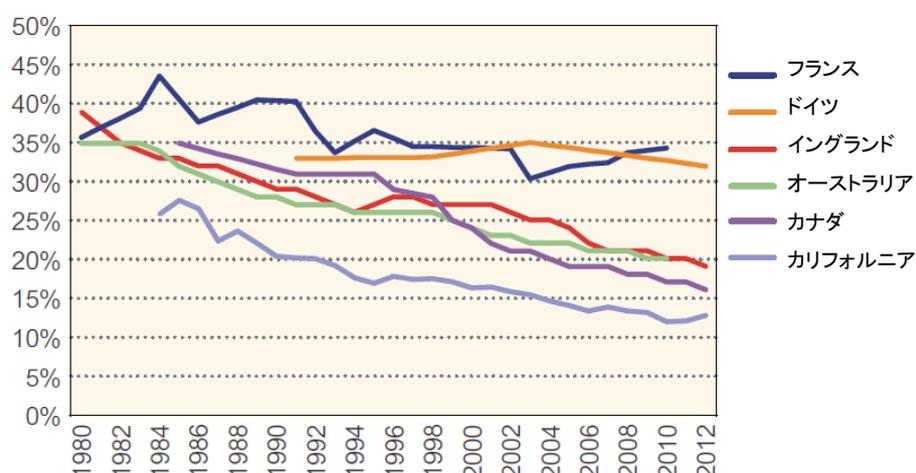


図2.2 フランス、ドイツ、イングランド、オーストラリア、カナダ、カリフォルニアの成人喫煙率 1980～2012年

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。

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減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は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。プレイ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、紙巻き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。密貿易をなくするための取組み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、紙巻き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歳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

- ・ 2011～14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

薬の処方なされる。http://www.nhs.uk/smoke-free/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ばく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を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ある。しかし、このような取り組みの年間予算は、2004～10年期の1,650万ポンド(約30億円)から、2010～13年期の430万(約6億円)ポンドに大きく減った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歳児の常習喫煙率を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歳の喫煙率は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

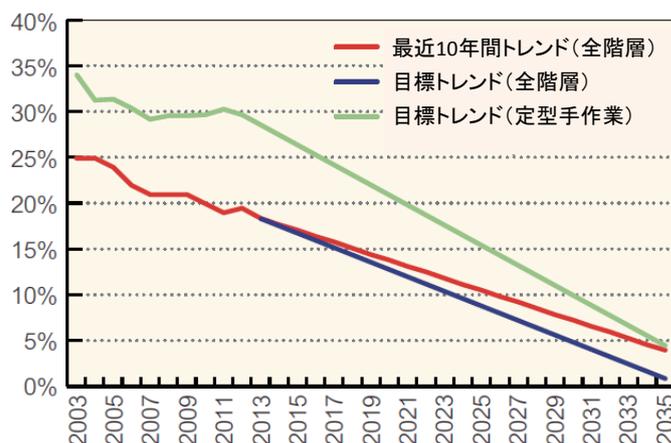


図2.3 2035年にすべての社会経済階層の喫煙率5%以下を実現する場合の喫煙率の軌跡

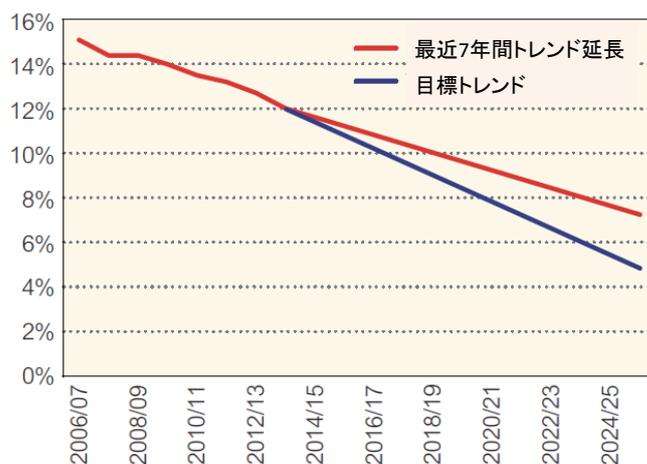


図2.4 2025年までの妊娠女性の出産時喫煙率トレンド

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。

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
- ・定型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歳の若者の率(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歳の喫煙率(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歳の「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歳の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、郡レベルなど下級行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

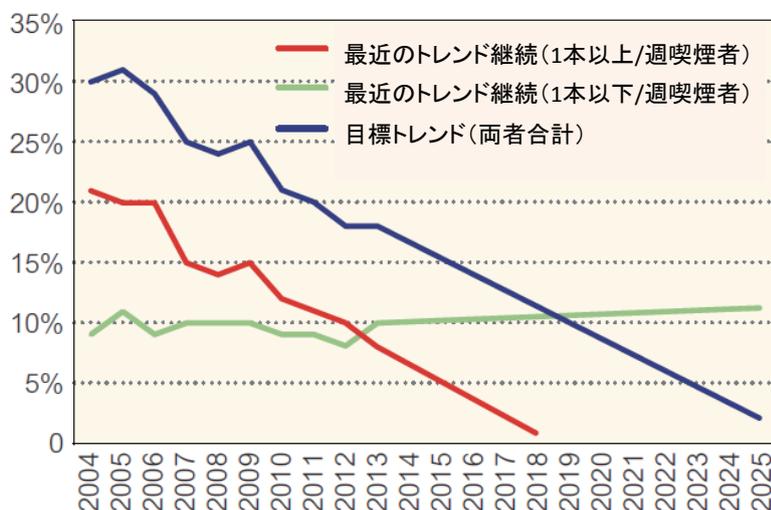


図2.5 2025年までの15歳児の喫煙率トレンド

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歳の喫煙率(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

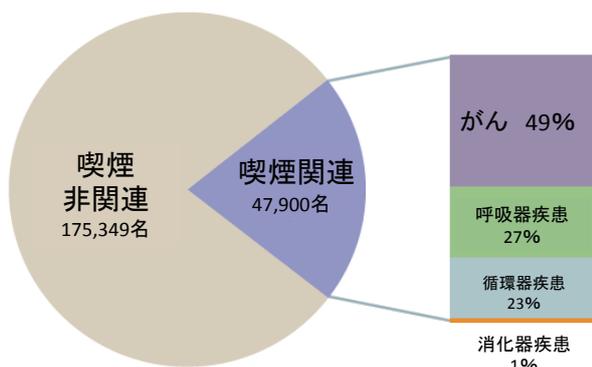
第3章 喫煙がもたらす被害の大きさ

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%)、

男性



女性

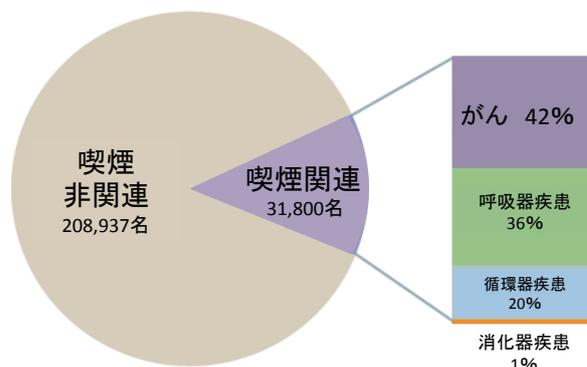


図3.1 イングランドの35歳以上男女の死因 2013年

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思われる場合、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⁾。

このよう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ちには、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、甲状腺機能亢進症、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、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²³⁾。

勧告

- ・喫煙関連死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思われる場合、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 子どもと若者

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、子どもと若者は、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歳児の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(図3.2)²⁸⁾。

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

	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大人総数	319万2千人	86万6千人

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

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3章第3節参照)。

タバコを吸う子どもと若者は、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年間で子ども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³³⁾。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。

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1本タバコを吸った子どもは、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ため、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³⁷⁾。

社会経済層別が違うと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)。

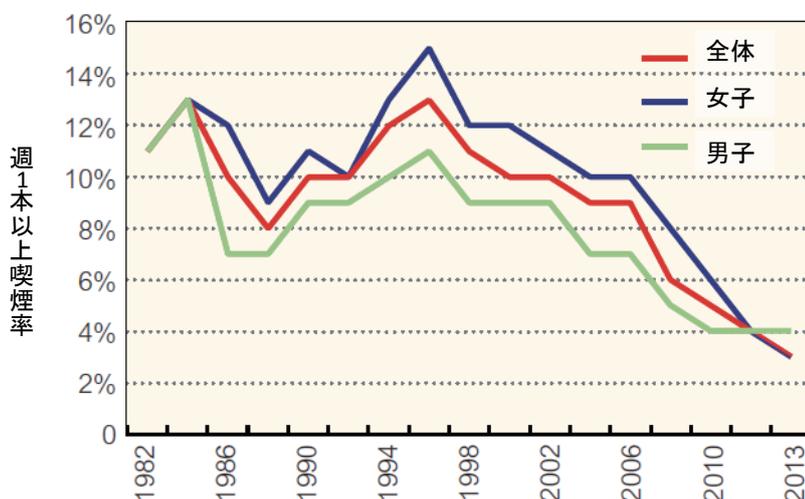
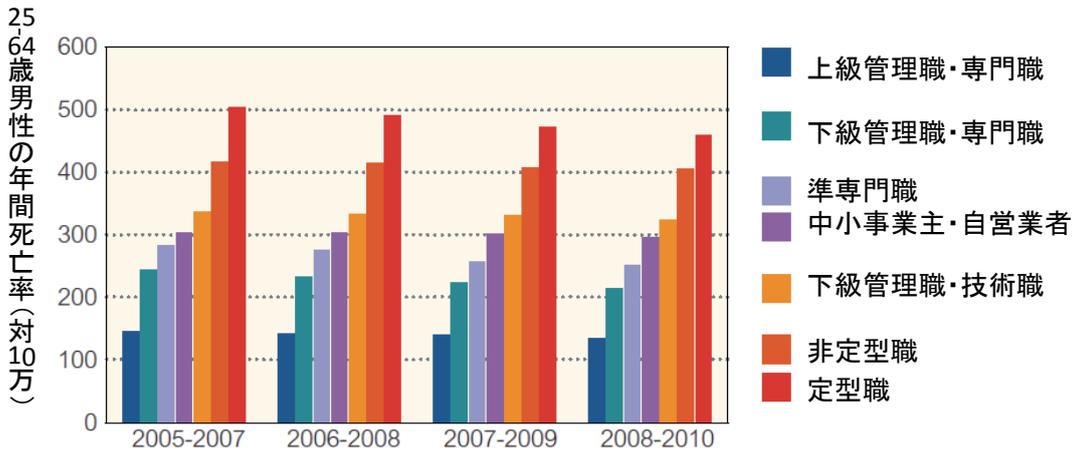
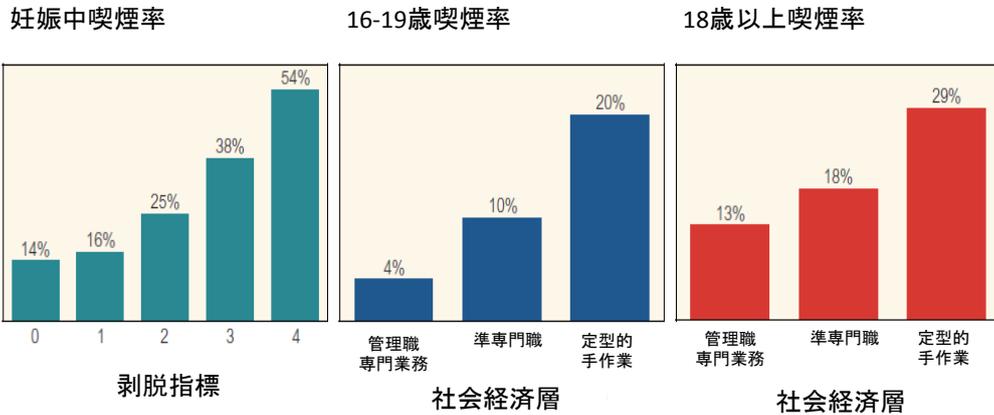


図3.3 イングランドの11~15歳児の週1本以上喫煙率 1982~2013年



【訳注】定型職とは、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)。非定型職とはサービス、もてなし、美容、警備、輸送機械の運転、修理・修復など、それほど高度な専門知識を要しないが、状況に応じて個別に柔軟な対応が求められる身体的作業

図3.4 イングランドとウェールズの生産年齢男性の年間死亡率 社会経済階層別 2005～2010年(イギリス国家統計局)



【訳注】剥脱指標とは、人並の生活より社会的経済的に劣っていると感じている諸指標の合計スコアの5段階分け。数字が大きくなるほど貧困感が大きい

図3.5 社会経済層別喫煙率 イングランド：妊娠中喫煙率(2010年)³⁸⁾、16～19歳喫煙率(2006～2012年)³⁹⁾、18歳以上喫煙率(2013年)⁴⁰⁾

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1本当たりのニコチン摂取

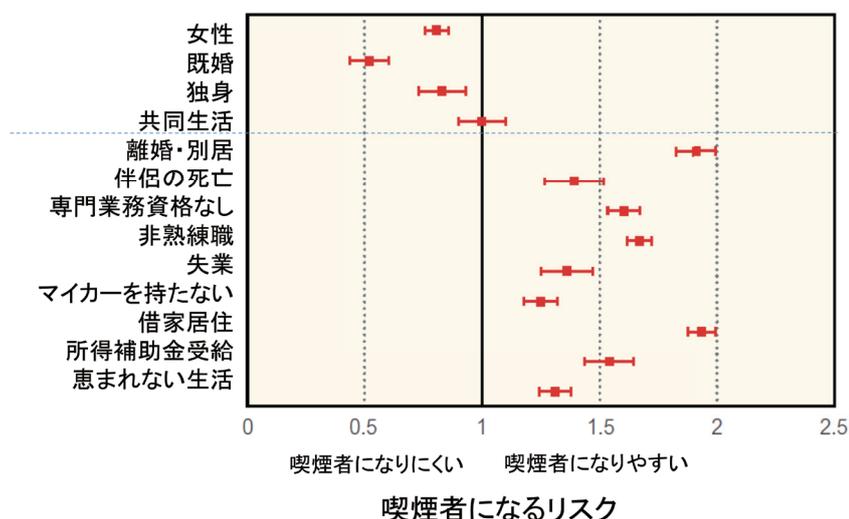


図3.6 喫煙者になるリスク (年齢・調査年度調整)

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

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、格差全体をなくす取り組みとともに、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の意味する。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を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。

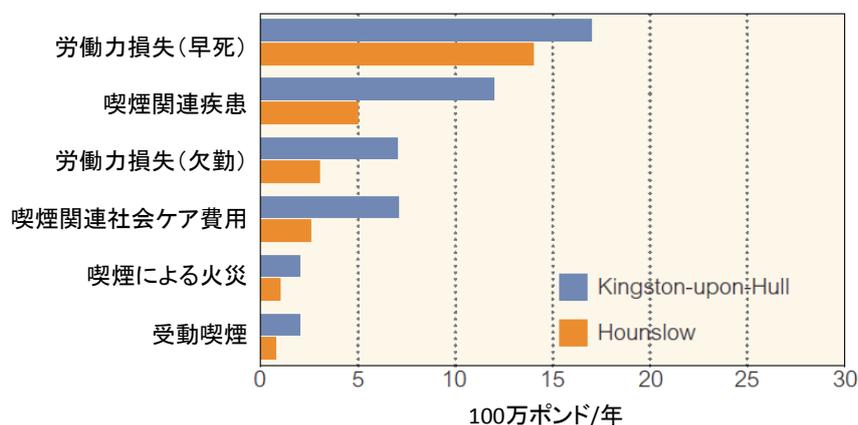


図3.7 Kingston-upon-Hull および London Borough of Hounslow 地域における喫煙の経済的損失 2015年

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失は巨額である。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、2兆5,668億円)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：2億4,200万ポンド
- ・ 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4億5,100万ポンド)
- ・ 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2,700件以上発生)：2億5,900万ポンド
- ・ タバコの吸い殻の投げ捨て：毎年320億本(5,494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1,910万ポンド、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をもたらされる。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のである。

参考文献 [第1部]

- 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.