



**World Health
Organization**

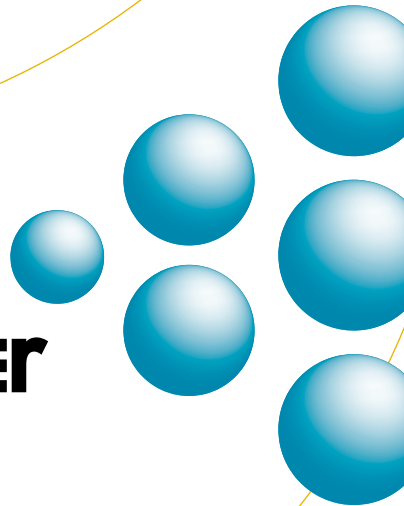
日本語版
独立行政法人国立がん研究センター
がん対策情報センター たばこ政策研究部
「喫煙と健康」WHO指定研究協力センター

WHO 2011年世界のたばこの流行に関する報告

たばこの危険性についての警告

fresh and alive

mpower

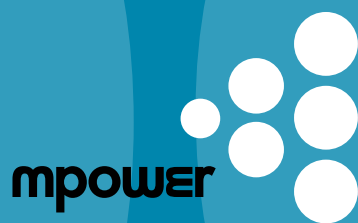


喫煙者のほとんどは、
たばこの使用が引き起こす
害に気づいていない。



最大で半数の喫煙者が、
たばこ関連の疾病によって
死亡するだろう。





- M**onitor (監視) たばこの使用と予防策の監視
- P**rotect (保護) たばこの煙からの保護
- O**ffer (支援) 禁煙の支援
- W**arn (警告) たばこの危険性の警告
- E**nforce (施行) たばこの広告、販促、後援の禁止
- R**aise (引き上げ) たばこ税の引き上げ

**たばこ包装の
大きな写真を使った
健康警告ラベル表示と
マスメディアによる
強力なキャンペーンにより、
たばこの消費は減らせる。**

「WHO 2011年世界のたばこの流行に関する報告:たばこの危険性についての警告」は、たばこの流行の状況と、これを阻止するために実行された介入措置の影響を追跡する一連のWHO報告書の第三弾である。

WHOライブラリ出版目録データ

WHO 2011年世界のたばこの流行に関する報告：たばこの危険性についての警告

1. 喫煙一防止と規制、2.たばこの煙公害一防止と規制、3.たばこ規制キャンペーン、4.保健政策。I.世界保健機関。
ISBN 978 92 4 156426 7 (NLM分類: WM 290)
ISBN 978 92 4 068781 3 (pdf)
ISBN 978 92 4 068782 0 (epub)
ISBN 978 92 4 068783 7 (mobi)

©World Health Organization 2011

無断転載禁止。世界保健機関の出版物はWHOのウェブサイト (www.who.int) で閲覧可能であるほか、WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorders@who.int) より入手できる。WHO出版物の複写または翻訳については、販売目的か非営利目的かを問わず、WHOのウェブサイト (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html) を通じてWHO Pressの許可を得ること。

本出版物に使用される名称および表現は、あらゆる国、地域、都市または統治領の法的状況に関して、あるいは国境または境界の決定に関して、世界保健機関のいかなる見解も示すものではない。地図上の点線はおおよその境界線を表し、これについて未だ完全な合意が得られていない場合もある。

特定の企業または特定の製造者の製品に関する言及は、言及されない同様の性質をもつ他製品よりも優れているとして、世界保健機関が公認あるいは推奨することを意味するものではない。誤記および省略を除き、ブランド名は頭文字を大文字で表記する。

世界保健機関は最大限の注意を払って、本出版物に含まれる情報を検証している。しかし、発表された情報の普及については、いかなる形の保証もない。情報の解釈および使用の責任は読者にある。いかなる場合も、使用に伴い発生した損害に対して、世界保健機関は責任を負わない。

イタリアにて印刷

日本語版について：2011年、世界保健機関により、WHO report on the global tobacco epidemic 2011: Warning about the dangers of tobaccoという表題で発行。

© World Health Organization 2011

世界保健機関事務局長は、国立がん研究センターがん対策情報センター たばこ政策研究部・「喫煙と健康」WHO指定研究協力センターに日本語版の翻訳権を譲渡し、同研究部は日本語版にのみ責任がある。

翻訳・発行 国立がん研究センター がん対策情報センター たばこ政策研究部・「喫煙と健康」WHO指定研究協力センター
〒104-0045東京都中央区築地5-1-1
Tel: 03-3542-2511 Fax: 03-3547-8098

制作 株式会社翻訳センター



World Health
Organization

WHO 2011年世界のたばこの 流行に関する報告

たばこの危険性についての警告

ブルームバーグフィランソロピーからの
資金提供により実現

目次

7 絶え間ない進歩—現在、約38億人に効果的なたばこ規制政策を適用

WHO事務局長補からの書簡

8 要約

12 たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約 (FCTC)

14 第11条—たばこ製品の包装及びラベル

15 第11条実施のための指針

16 第12条—教育、情報の伝達、訓練及び啓発

17 第12条実施のための指針

18 たばこの危険性についての警告

18 人々はたばこの使用の害についての正確な情報を得る権利がある

22 たばこの包装に表示する健康警告ラベル

28 反たばこマスメディア・キャンペーン

38 効果的な対策の実施を継続しはずみをつける

38 たばこの使用と防止政策を監視する

42 たばこの煙から人々を保護する

46 たばこの使用をやめる手助けを提供する

50 たばこの危険性について警告する

50 健康警告ラベル

54 反たばこマスメディア・キャンペーン



- 62 たばこの広告、販売促進、後援の禁止法を実施する
- 66 たばこの課税を引き上げる
- 70 たばこのない世界というビジョンを実現するには国の行動が不可欠

74 結論

76 参考資料

- 82 テクニカルノートI:既存の政策と施行の評価
- 86 テクニカルノートII:WHO加盟国の喫煙率
- 88 テクニカルノートIII:WHO加盟国におけるたばこの課税
- 93 付属書類I: MPOWER政策の地域的なまとめ
- 94 付属書類II: 紙巻たばこ包装の警告ラベル表示規則と全国反たばこマスメディア・キャンペーン
- 95 付属書類III: たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約 (FCTC) の現状

略語一覧

AFR	WHOアフリカ地域
AMR	WHOアメリカ地域
CDC	米国疾病管理予防センター
COP	WHO FCTC締約国会議
EMR	WHO東地中海地域
EUR	WHO欧州地域
NRT	ニコチン置換療法
SEAR	WHO東南アジア地域
STEPS	WHOのSTEPwise調査法
US\$	米ドル
WHO	世界保健機関
WHO FCTC	たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約
WHO TFI	世界保健機関たばこフリー・イニシアチブ (たばこのない世界構想)
WPR	WHO西太平洋地域



過去2年間で、新たに11億人の人々が、最上級レベルで
新規に適用される少なくともひとつの
MPOWER政策の対象となった。

人々には、たばこの使用による健康への危険性について
情報を受け取る固有の権利があり、
各国はそれを提供する義務がある。

世界保健機関事務局長補 アラ・アルワン博士

絶え間ない進歩—現在、約38億人に効果的なたばこ規制政策を適用

現在、たばこ規制政策によって保護されている人の数は驚くべきペースで増え続けている。たばこの需要削減政策の進展は、WHOたばこ規制枠組条約の影響が高まりつつある兆候である。WHOたばこ規制枠組条約は、国連史上最も迅速に採択され、大きな成功を収めてきた条約のひとつである。

本書は世界的なたばこの流行を国別に調査した定期報告書の第三弾で、どの国が命を救う効果的なたばこ規制政策を適用しているかを明らかにするものである。これらの国々は、たばこの消費の害から国民を守るためにさらなる努力を必要とする多くの国々にとって、行動の指針となりうる。たばこは今なお、たばこの煙にさらされることにより死亡する60万人以上の非喫煙者も含め、毎年600万人近い人々の命を奪っている。世界の10億人の喫煙者のうち、最大で半数の人々が、やがてたばこ関連の疾病によって死亡する。しかし私たちに、このような状況を変える力がある。

過去2年間で、新たに11億人の人々が、最高レベルで新たに採択されたMPOWER政策の少なくともひとつの対象となった。これは、30カ国による取り組みの成果であり、そのうち半数以上は低・中所得国である。これらの政策は多額の投資を必要とせず、たばこの使用パターンを変え、命を救うためにきわめて効果的であることが実証されたものである。

本書は、たばこの消費の害について人々の注意を喚起することに重点を置いている。人々にはこの情報を受け取る固有の権利があり、各国はその情報を与える義務がある。ここでは2種類の主要な警告方法を検証している。ひとつはたばこの包装上に表示された健康警告ラベル、もうひとつは全国反たばこマスメディア・キャンペーンである。大きな写真を使った健康警告ラベル表示と、マスメディアによる強力なキャンペーンは、たばこの消費を減らし、禁煙を促す効果があることが証明されている。

また本書では、世界の各国で収集した反たばこマスメディア・キャンペーンについての詳細なデータを初めて発表している。

示されたデータは見事なものである。現在、10億以上の人々が、国内で販売される全ての紙巻たばこ製品の包装に大きな写真のついた健康警告表示を義務付けた法律のある国に住み、19億の人々が、過去2年間に質の高い全国反たばこマスメディア・キャンペーンを放送した23カ国に居住している。たばこという命にかかわる製品に反対する動きが大きく進歩しつつあるのは明らかである。反たばこマスメディア・キャンペーンの開発の最前線にいるのは低・中所得国であり、どの国も所得程度に関係なく、介入政策を成功裡に実施できることを示している。

だが、今もたばこ産業による宣伝が行われ、たばこの消費が増えている国々の人口は増加し、たばこの依存性が極めて強くいったん開始するとやめるのが難しいなどの理由から、依然としてたばこは流行し続けている。進歩は見られるものの、たばこ製品の包装に大きな写真のついた健康警告表示を義務付けるという最良の実施基準を守っている国はわずか19カ国であり、この中に低所得国はひとつも入っていない。全ての国々は、国連、保健推進機関、市民社会と提携して、WHOたばこ規制枠組条約とその指針の下でのコミットメントを果たすことで、さらに多くの取り組みができるし、またそうしなければならない。



本書は、非感染性疾患（NCD）—主にごん、糖尿病、心血管及び慢性肺疾患—の流行拡大を食い止める上で、きわめて重要な時期に発表されることになった。これらの疾病は世界の全死亡原因の63%を占めているが、たばこの消費はその最大の寄与因子のひとつである。これらの疾病は驚くことに毎年3,600万人もの命を奪い、その80%は最も受け入れがたい低・中所得国で発症している。60歳未満の死亡者は900万人と推計される。2011年9月19日と20日の両日、国連総会は、非感染性疾患が世界の保健と人間の開発に与える脅威と影響について、初めてのハイレベル会合を開催し協議することになっている。ニューヨークで開かれる会合で、各国の元首は、たばこの使用をはじめ、いくつかの共通リスクを備えたこれらの関連疾病に対する認識を深め、戦略を打ち出すにはどうすればよいかを話し合う。

たばこの使用やたばこの煙にさらされることは世界の疾病や死亡原因の大きな部分を占めているため、たばこの規制をそれ相当の優先事項として協議し、これまでに収めた成功をさらに拡大できるようにしなければならない。そうすれば今後も、たばこの規制政策を、国連の非感染性疾患に関するハイレベル会合の中核議題として拡大していける。

世界保健機関事務局長であるマーガレット・チャン博士がかつて述べたように、「測定できるものは達成できる」のである。本書は、たばこ規制において達成した成果と、各国が今後さらに達成しなければならないことを継続して測定する強力で重要な手段である。数百万人もの人々の生命がかかっているのだから、私たちはこの努力を続けるし、また続けなければならない。

アラ・アルワン博士
世界保健機関事務局長補

要約

たばこの消費は今なお、世界の予防可能な死亡原因の第1位を占めている。世界では、たばこの消費により年間約600万人が命を落とし、数千億ドルもの経済的損失が生じている。このような死亡者は低・中所得国の人々がほとんどで、今後数十年の間にこうした国ごとの差はさらに拡大すると思われる。今の傾向がこのまま続くと、2030年まで世界で毎年800万以上の人がたばこによって命を奪われ、そのうち若年層の死亡の8割は、低・中所得国におけるものとなる。緊急に対策を取らなければ、21世紀の間にたばこの消費によって10億人が命を奪われる可能性がある。

たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約(WHO FCTC)は、世界の政治的意思によってたばこの規制を強化し、人命を救えることを明示している。WHO FCTCは法的拘束力のある国際条約で、各国がたばこの流行拡大に取り組むためにたばこ規制プログラムを実行・管理するための土台となるものである。2011年5月現在、WHO

FCTCには世界の人口の87%に当たる173カ国が加盟しており、国連史上最も迅速に承認された条約のひとつとなっている。

WHOは、各国がWHO FCTCに定められた義務を果たせるよう、2008年にMPOWER総合政策を導入した。これは科学的根拠にもとづく6種類のたばこ規制政策で、たばこの消費を減らし、人命を救う効果が立証されている。MPOWER政策はたばこの需要を減らす効果的な政策を国内で実施できるように、実際的な支援を提供している。WHOはWHO FCTCに含まれる供給サイドの対策の実施も重要であることを認識し、熱心に取り組んでいるが、MPOWER政策は需要の削減を最重視している。

WHO FCTCの継続的な成功は、世界たばこ規制政策の進捗状況に関する第3回WHO報告書である、今年の「WHO 2011年世界のたばこの流行に関する報告」に詳述されている。各国の6つのMPOWER政策の達成度を示す全てのデータには、

2010年までの最新データが記載され、さらにたばこの危険性に関する一般向けの警告についてのデータも収集された。今年の報告書は、健康警告を発する2つの主な戦略として、たばこ製品の包装のラベル表示と、反たばこマスメディア・キャンペーンについて詳細な検証を行っている。本書はたばこの消費の害について人々に警告を与える科学的根拠と、これらの政策の現状についての各国特有の情報の概要を包括的に示すものである。

データ分析の改善の過程において、政策成果のカテゴリーを改め、可能な場合は進展途上にある最新のWHO FCTCの指針と一致するようにした。2009年の報告書のデータも再度分析を行ってこれらの新しいカテゴリーと一致させたため、二つの報告書間の直接のデータ比較が可能になった。今年もまた報告書の最新の要約を印刷版とし、詳しい国別のデータをオンライン版で示した。(http://who.int/tobacco)



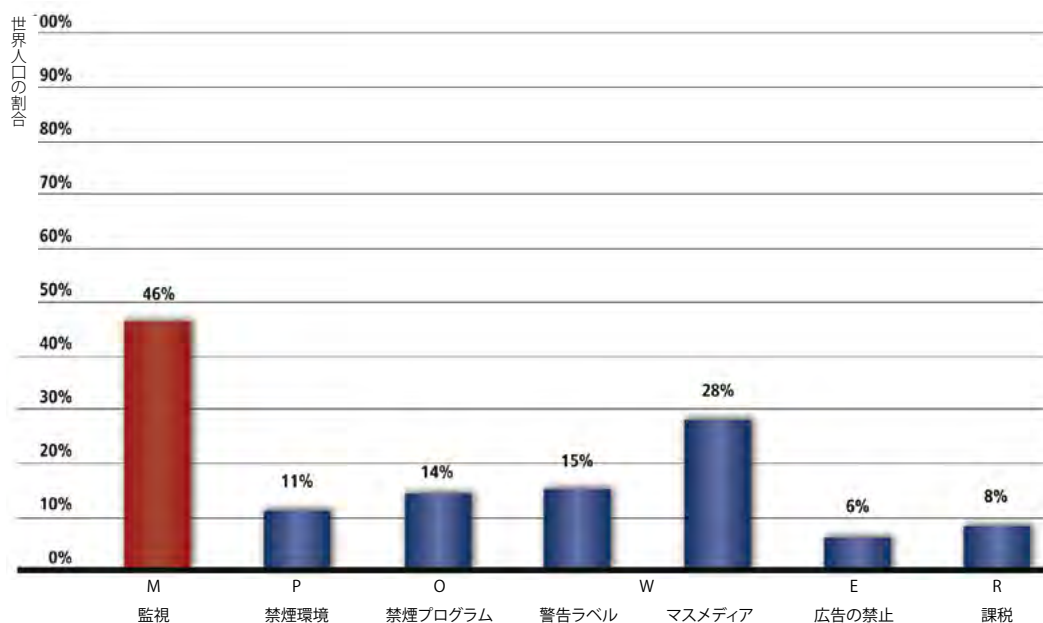
この分野で最大限の結果を出している包装の健康警告法が、10億以上の人々の住む19カ国で施行されている。

MPOWER政策の施行については、引き続き大きな進歩が見られる。2008年以降に施行された新しい政策の対象となった11億人も含め、38億人の人々(世界の人口の55%)に対して、最大限の成果を出している政策が少なくとも1つ以上施行されている。また10億人以上の人々(世界人口の17%)に対して、最大限の成果を出している政策が少なくとも2つ以上施行されている。あらゆる分野で進歩が見られ、2008年以降、最大限の成果を出している新しいMPOWER政策が少なくとも1つ以上実施されている国の数は合計30カ国に上る。MPOWER政策のひとつで、今回初めて評価を受けた反たばこマスメディア・キャンペーンは23カ国で実施され、2009年から2010年にかけて19億人が視聴した。

対象人口ベースで最も広く行われているMPOWER政策は、健康警告ラベルと反たばこマスメディア・キャンペーンである。対象人口ベースで、2009年報告書以降最も大きく進歩したMPOWER政策は、たばこの包装に表示する健康警告ラベルに関する規定である。この政策分野で最も成果を上げている包装への警告表示法の対象となる人口は、現在10億人以上に上っている。過去2年の間に、3カ国(合計人口約5億人)でこうした法案が可決された。特にアメリカは、これまでの非常に緩やかだった警告表示要件を、2012年に新しい警告表示規制を実施することで、世界で最も厳しい規制に移行する予定である。

また今年の報告書には、系統的に収集した反たばこマスメディア・キャンペーンについての情報が初めて掲載されている。この反たばこマスメディア・キャンペーンは、たばこの危険性を一般の人々に知らせる方法として非常に効果が高い。データを見ると、この分野で将来有望な活動が行われていることが分かる。対象期間中19億人以上(世界人口の28%)が住む23カ国で、少なくとも1つ以上の強力な反たばこマスメディア・キャンペーンが実施された。この強力なキャンペーンを行った23カ国のうち、高所得国はわずか7カ国で、模範的なキャンペーンを行ったと報告した国々のほとんどが低・中所得国だった。これは、所得水準に関係なく、あらゆる国が効果的なマスメディア・キャンペーンを実施できるという証拠である。

効果的なたばこ規制政策の対象となっている世界人口の割合、2010年



注:ここに示されたたばこ規制政策は各国の最高レベルの成果に相当する。これらの最高レベルのカテゴリーの定義はテクニカルノート1を参照のこと。

「WHO 2009年世界のたばこの流行に関する報告」は、包括的な禁煙法によって二次喫煙の害から公衆を守る重要性を強調したものだ。この分野は2008年以降大きく進歩した。バーやレストランなど、全ての公共の場と職場を禁煙とする国内法がさらに16カ国で制定され、その結果、新たに3億8,500万人以上の人々が、たばこの煙が健康に及ぼす害から守られることになった。2008年からは地方都市でも、包括的な禁煙法が制定され、新たに1億人がたばこの煙にさらされることの害から守られるようになった。

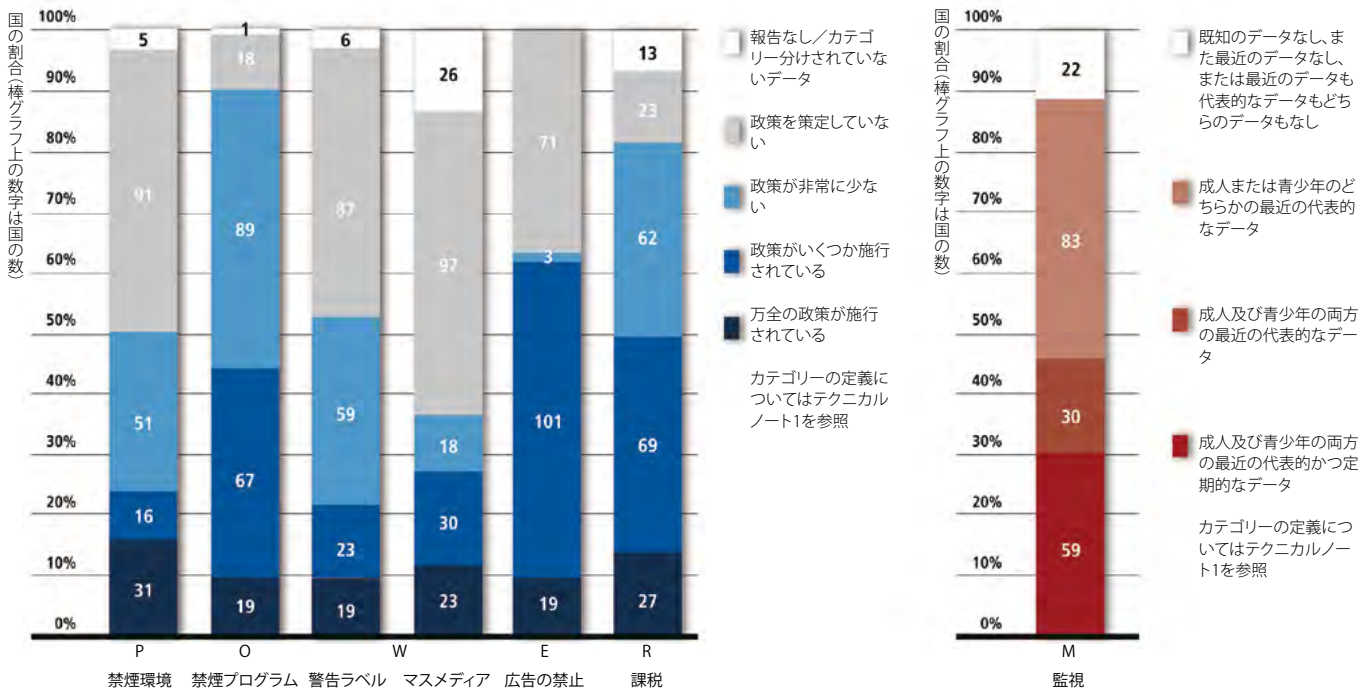
各国はWHO FCTC締約国になってから着々と進歩を積み重ねている。これによってさらに多くの人々が、二次喫煙の害から守られ、禁煙への支援が与えられた。また、たばこの包装のラベルやマスメディア・キャンペーンを通じて効果的な健康警告に触れ、たばこ企業の販売戦術に陥らないよう保護されるようになった。さらにたばこの消費削減とたばこの規制やその他の保健プログラムの資金調達を目的とした課税政策が施行されている。各国が粘り強くたばこ規制プログラムの適用範囲を拡大していくことが、たばこのない世界という目標を達成するために必要であり、今世紀中にたばこ関連の疾病

によって死亡するかもしれない10億人の人々の命を救うためにもきわめて重大な意味を持っている。

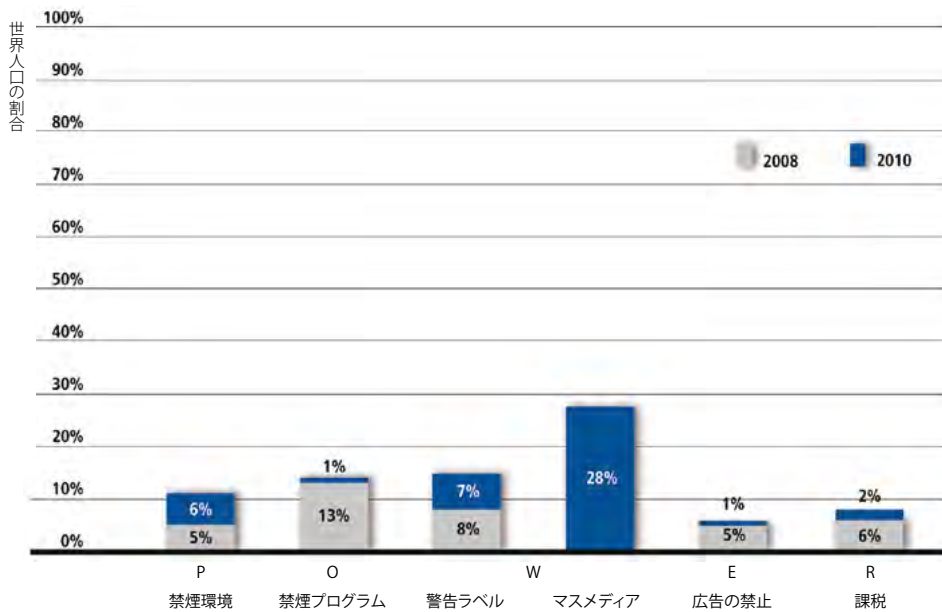
対象期間中19億人以上が住む23カ国で、 少なくとも1つ以上の強力な 反たばこマスメディア・キャンペーンが実施された。



世界の効果的なたばこ規制政策の現状、2010年



効果的なたばこ規制政策が施行されている世界人口の2008年以降の割合傾向



注: グラフには1%未満の変化は表示されていない。
 監視に関するデータは2008年と2010年では比較できないため、このグラフには示されていない。マスメディアのデータは2010年に初めて収集されたため、2008年については比較可能なデータはない。ここに示されたたばこ規制政策は、国内の最高レベルの成果に相当する。最高レベルのカテゴリーの定義についてはテクニカルノート1を参照のこと。

たばこの規制に関する 世界保健機関枠組条約

WHOが1948年に設立された時、加盟国によってWHO憲章に条約交渉権が盛り込まれた。この権限は、1996年に世界保健会議がWHO事務局長に、WHO憲章に従って世界のたばこ規制のための枠組条約策定に着手するよう要請する決議を採択するまで、一度も行使されたことはなかった。この未曾有の要請は、たばこの流行の世界的な急速拡大とたばこの消費による健康負担の増大に対処するため行われたものだった。世界では、たばこの消費のために年間約600万人が命を落とし、数千億ドルもの経済的損失が生じている。

今日、たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約(WHO FCTC) (1)は、国連史上最も迅速に承認された条約のひとつとな

り、世界の人口の87%に当たる173カ国が加盟している。これは締約国に法的拘束力のある義務を定め、たばこの需給削減の必要性に取り組み、政府のあらゆるレベルでたばこ規制政策を実施するための包括的な方向性を示すものである。この条約の統治機関は締約国会議(COP)、すなわち全締約国で構成される政府間機関で、WHO FCTCの効果的な実施を指導し推進する責務を負う。この責務の一環としてCOPは、WHO FCTC第21条に従って各締約国が定期的に提出する報告書と、条約事務局が作成したグローバルサマリーを検討し、その実施の進捗状況、成功、課題を検討する。

たばこの流行の複雑な性格と、きわめて潤沢な資金を持つ強力な多国籍企業に対抗するという課題を反映するため、WHO FCTC交渉担当者は、第6条と、第8条から第17条までに、需要の削減と供給の削減問題に関する幅広い包括的な規定を盛り込んでいる。

- 第6条 たばこの需要を減少させるための価格及び課税に関する措置
- 第8条 たばこの煙にさらされることからの保護
- 第9条 たばこ製品の含有物に関する規制
- 第10条 たばこ製品についての情報の開示に関する規制
- 第11条 たばこ製品の包装及びラベル
- 第12条 教育、情報の伝達、訓練及び啓発





- 第13条 たばこの広告、販売促進及び後援
- 第14条 たばこへの依存及びたばこの使用の中止についてのたばこの需要の減少に関する措置
- 第15条 たばこ製品の不法な取引
- 第16条 未成年者への及び未成年者による販売
- 第17条 経済的に実行可能な代替の活動に対する支援の提供

これらの需要供給対策に加えて、WHO FCTCは実施上の指針を定め協力を促している。特に、一般的義務に関する条項(第5条)、科学的及び技術的な分野における協力ならびに情報の送付(第20条、第

21条、第22条)、国際協力と資金(第25条、第26条)は、締約国が優良事例を最大限に利用し、経験を共有し、たばこ産業からの妨害を避ける上で有用なものである。

世界中でたばこの流行を終わらせようという強い姿勢が、WHO FCTCの条文と、効果的なたばこ規制政策がその施行以来、各国及び世界で収めてきた成功に現れている。この条約は、世界中でたばこの規制を支持し促進するための基準を打ち立て、疾病や障害を予防する手段としての国際法の役割や力を強化するものとなった。この条約の力は、全締約国を拘束する義務だけにあるのではなく、「たばこの消費及びたばこの煙にさらされることが健康、社会、環境及び経済に及ぼす破壊的な影響から現在及び将来の世代を保護する」(1)という、世界的に認識されている必要性を正式な形で示したことにある。

第7条(たばこの需要を減少させるための価格に関する措置以外の措置)で、WHO

FCTCは次のように定めている。「締約国は、第8条から第13条までの規定に基づく義務を実施するために必要とされる効果的な立法上、執行上、行政上又は他の措置を採択し及び実施すべきとする。…締約国会議は、これらの規定の実施のための適当な指針を提案する」(1)

2008年11月、COPは第11条の指針を全会一致で採択し、2010年11月には第12条の指針も全会一致で採択した。これらの指針は条約遵守責任についての高度な基準を定めたもので、目的、目標、基本理念も明示されている。

数多くの国が警告のラベルサイズを拡大し、文言をより強く具体的なものにし、文字だけではなく絵や写真を加えることで、すぐに政策を改善できる。

第11条—たばこ製品の包装及びラベル

WHO FCTCは科学的根拠にもとづいて策定された条約である。それがどこよりも明確に記されているのは第11条で、たばこの包装に表示する健康警告ラベルについて、強力かつ明確な法的義務基準を定めている。これらの基準は、健康警告が喫煙者に禁煙を推奨し、若者に喫煙を始めないように促す効果があると言う説得力のあるデータをもとに作成されている。第11条は、たばこが健康に及ぼす危険性を伝える国際的な行動のもとになるもので、締約国が条約を施行してから3年以内に、国内で販売またはその他の方法で流通される全てのたばこ製品に、規定通りの警告ラベルをつけるよう全締約国に義務付けている。

WHO FCTCの第11条は、たばこの包装に表示する健康警告ラベルについて、次の要件を定めている。(2):

- 権限のある国家機関が承認する。
- 主たる表示面の50パーセント以上を占めるものとし、主たる表示面の30%を下回ってはならない。
- 大きく明瞭で見えやすく判読可能なものとする。
- 「ライト」や「マイルド」など、誤解を招く用語を使用してはならない。
- 一定期間ごとに交換し、つねに消費者に新鮮で新しく感じられるようにする。
- 国家機関の定義に従い、該当する成分やたばこ製品の排出物に関する情報を記載する。
- その国の主たる言語で記載する。

たばこの危険性についての効果的な警告を人々に示すことが世界的により大規模に行われるようになったのは第11条に定められた文言や義務の力であるが、ほとんどの国や全ての地域で、すべき仕事はまだ残っている。数多くの国は、警告のラベルサイズを拡大し、文言をより強く具体的なものにし、文字だけではなく絵や写真を加えることで、すぐに政策を改善できる。

WHO FCTC健康警告データベース

国際協力を推進するため、COPはWHOのたばこフリー・イニシアチブ(TFI:たばこのない世界構想)に、絵表示付き健康警告やメッセージの集中データベースを設置し維持するよう要請した。TFIは、各国間や締約国間で、絵表示付き健康警告やメッセージを円滑に共有できるようにするため、WHO FCTC条約事務局と協力してこのようなデータベースを設置した。* この種の援助や支援は、WHO FCTCが行っているWHOの大規模なたばこ規制プログラムの一部である。またWHOは、加盟国が条約で定められたいくつかの責務を果たせるように、技術的支援としてMPOWER総合政策を提案した。MPOWERはたばこの消費を削減する効果が証明された6つのたばこ規制政策

を実施できるよう支援している。それぞれの政策はWHO FCTCのひとつ以上の条項に対応するもので、この6つの一括政策はたばこの需要削減の取り組みを拡大するための重要な入り口である。MPOWERはWHO 非感染性疾患予防管理行動計画の不可欠な部分である。(3) この行動計画は、2008年の第61回世界保健総会で承認され、WHO FCTCの実施に対するWHO加盟国のコミットメントを示している。

* 健康警告データベースは<http://www.who.int/tobacco/healthwarningsdatabase/en/index.html>で、一般公開されている。

第11条実施のための指針

第11条の指針の目的は、締約国がWHO FCTCの義務を果たせるように支援し、締約国が包装及びラベル政策の効果を高める方法を提案することである。第11条の指針の内容は7つの部分に分けられている。(2)。

効果的な包装及びラベル要件の策定

第11条の指針は、効果的な警告ラベルのデザイン要素と、成分及び排出物に関する情報の表示に関する勧告を明示し、包装及びラベルの効果を高めるために、次のような対策を勧めている。(2)。

- 警告ラベルが主たる表示面のできるかぎり広い部分を覆うようにする。
- 写真を使用する場合はフルカラーのものにする。
- 警告は包装の表と裏及び主たる表示面の最上部に表示して良く見えるようにし、包装を開くことで警告が回復不能な損傷を受けたり隠されたりしないようにする。
- 締約国は紙巻たばこのフィルター及び他の関連物(シガレットチューブ、フィルター、巻紙の包装など)、またその他の道具(水パイプ喫煙に使用する用具)に警告を印刷することを検討する。
- 警告には、健康への有害な影響や二次喫煙の影響についてのほか、たばこの消費に関連したさまざまな問題(禁煙に関するアドバイス、たばこの依存性、たばこ製品の年間購入費用など経済社会に有害な結果、たばこの消費が他者に与える影響、環境への悪影響、たばこ産業の慣行など)についての内容も含める。
- 警告は、サブグループ(青少年など)をターゲットとして策定する。
- 警告には、ひとつの銘柄が他の銘柄より有害性が低いことを示唆するような、たばこの成分及び排出物に関する定量的または定性的な表示(タール、ニコチン、一酸化炭素の数値)を含めないものとする。
- 可能であれば、発売前に試験を行い、対象とするターゲット集団への警告の効果を評価する。
- 締約国は、介入措置を実施するにあたり、成功事例として他で用いられている包装の警告を参考にする。
- 禁煙相談サービスが利用可能なところでは、禁煙支援サービスの利用を高めるために警告ラベルに禁煙相談の電話番号も記載する。
- 締約国は、無地の統一包装を義務付け、ロゴ、カラー、ブランドロゴ、販促情報の使用を禁止または規制する法案の制定を検討する。

効果的な包装及びラベル要件の策定プロセス

警告ラベルは全てのたばこの包装に表示するものとし、ラベルを喫煙が健康に及ぼすリスクを正確に伝える上で効果的のものとしなければならない。その実現のため、指針のこの部分では、各締約国が考慮しなければならない検討事項について記載している。

効果的な包装及びラベル規制の策定

たばこの包装は誤解を招くものであってはならない。特にこの指針では、排出物発生率の値をたばこの包装に表記しないこと、また標準的な色と字体で、ブランド名と製品名だけを包装に表記することによって、ロゴ、ブランドロゴ、販促情報の使用を規制した無地の統一包装を検討することを締約国に勧告している。

法的措置

締約国がWHO FCTCの要件を満たす実行可能な政策を策定し実施できるよう支援するため、この指針には、全てのたばこ製品に効果的な警告ラベルの表示を義務付ける法案策定についての数多くの具体的な勧告が記載されている。

施行

施行には適切なインフラと予算が不可欠である。締約国は、新しいラベル政策を全ての関係者に周知徹底し、検査官または調査官を使って輸入、輸出、小売施設で抜き取り検査を行う。違反に対しては迅速に対応し、可能であれば、一般市民が違反を報告し、苦情を申し立てられるようにする。

包装及びラベル政策の監視と評価

たばこ規制政策の効果の監視と評価は、その影響を評価し、改善が必要なところを明らかにし、新たな優良事例を増やすために不可欠である。この指針は、監視と評価について現在進行中であるとしている。

国際協力

この指針は包装及びラベル規定の効果を最大化するため、国際協力が必要であると述べている。WHO FCTCはいくつかの地域における締約国間の協力、情報及び専門知識の交換、支援の機会を作り、促進している。

第12条—教育、情報の伝達、訓練及び啓発

たばこ規制問題の啓発の促進と強化にあたり、最も効果の高い警告ラベルでも十分な成果が得られないことを認識し、WHO FCTC第12条では締約国の義務として他の手段の採用を定めている。第12条では、たばこの依存性、たばこの消費やた

ばこの煙にさらされることの危険性と害ならびに、たばこの生産が健康、経済、環境に与える悪影響について、幅広く利用可能な包括的情報を一般市民に提供することを締約国に義務付けている。また締約国には、たばこ産業についてのさまざまな

情報を一般市民も利用できるようにするよう義務付けている。

**教育、情報の伝達、
訓練を包括的たばこ規制プログラムに
盛り込むと最も効果的である。**



第12条実施のための指針

第12条の指針の目的は、たばこの生産や消費と二次喫煙による健康、社会、経済、環境への影響について人々を教育し、情報を伝達し、訓練するのに必要な主要政策を明らかにし、締約国がこれらの施策を支援するのに必要な持続可能なインフラを構築できるよう導くことである。WHO FCTCの他の指針と同様、この指針も入手可能な最良の根拠、最良事例及び経験をもとに策定されている。この指針は実施のための一連の指導指針も示している。第12条の指針の内容は次の6つの部分で構成されている。(4):

啓発のためのインフラ整備

この指針は、効果的に一般市民を啓発するにはしっかりした持続可能なインフラが必要であることを強調し、そのひとつとして、たばこ規制の中枢機関の設置を挙げている。この中枢機関は国家政府内にあって、たばこ関連の教育、情報伝達及び訓練のプログラムの実施を主導し、調整し、促進し、またこれらのプログラムを監視し評価するものである。

効果的な教育、情報伝達、訓練プログラムの実施

この指針は、啓発に関連する主要な用語の定義と、締約国が効果的な戦略を実施するための戦術を示している。これらの定義は、教育、情報の伝達、訓練を包括的たばこ規制プログラムに盛り込むと最も効果的であること、また効果を維持する持続可能なアプローチが必要であることを強調している。

市民社会の参加

締約国に対し、たばこ規制の教育、情報伝達、訓練プログラムの企画、開発、実施、監視、評価に、市民社会を積極的に参加させることを推奨している。また政府は、コミュニティにおけるたばこ規制に関する重要な指導者を特定して、その参加を仰ぐものとする。また、たばこ規制に取り組む市民運動に対して、直接的な財政支援やその他の援助の提供を検討すべきである。

たばこ産業に関する情報の幅広い利用の保証

この指針は、たばこ規制に対するたばこ産業の間接的な対抗策に関する数多くの戦略を概説しており、WHO FCTC第5条3項で規定されている、たばこ産業の影響が政策に及ばないようにするための義務について言及している。たばこ規制の教育、情報伝達、訓練の効果を高めるためには、たばこ産業についての正確かつ真実の情報が必要となる。また締約国は、このような情報を一般市民がいつでも自由に利用できるようにしなければならない。

国際協力の強化

この指針は、各国間で情報と優良事例を共有することが重要であり、世界規模でたばこ規制の啓発を行うためには協力が重要であることを認識するものである。

実施の監視と指針の改正

この指針は、比較を容易にし、傾向を観察し、明確な実施目標を与えられるように、締約国が情報の伝達、教育、訓練政策を監視し、評価し、改正する必要性を強調している。また必要性の判断、目標の策定、啓発プログラム開始前に必要な資源の特定も、評価の対象としなければならない。

また、第12条の指針には10の付属書類が添付されているが、これらは実用的な実施のアイデアを提供するものである。付属書類は一覧表で、包括的なたばこ規制プログラム内の教育、情報の伝達、訓練などの活動を実施するための行動計画チェックリストも含まれている。これらのチェックリストの後にはさらに8つのリストが添付され、啓発、教育、訓練の具体的なテーマ分野について詳細に示している。

たばこの危険性について の警告

人はたばこの使用の害について正確な情報を 得る権利がある

たばこ製品の消費者には、喫煙やその他の形態のたばこ使用の危険性について、正確な情報を得る基本的な権利がある。(5) WHO FCTCは、たばこの消費削減の根本となる必要条件は、たばこの使用とたばこの煙にさらされることが健康に与える影響、その依存性、それによって生じる障害や若年者の死亡の可能性を、全ての人に伝えることだと認識している。

たばこの使用と二次喫煙の危険性についての教育は、たばこの使用を開始する、あるいは使い続けるという個人の判断に影響を与えうる。一般市民にたばこの危険性について警告する究極の目的のひとつは、たばこの使用についての社会規範を変えることである。そうすれば、多くの人々がたばこを使用しないことを選択し、他のたばこ規制政策に対する支持を増やすことになる。

たばこの使用の害に気付いていない人が多い

たばこの使用の危険性については明らかな根拠があるにもかかわらず、世界中の多くの喫煙者は、自分自身や他人への危険性を軽視している。(6) 多くの人々が、たばこの消費は健康に害があることを一般論として知っていても、たばこの使用に関するさまざまな点が十分に説明されてい



たばこの消費削減に効果があると実証されている政策には、 たばこの包装への健康警告ラベルの表示義務付けや、 たばこの使用の害を示す強力な マスメディア・キャンペーンなどがある。

いため、ほとんどの喫煙者にはそれがよく理解されていない。

多くの喫煙者は、たばこ製品やたばこの煙に含まれる有害な化学物質と、たばこ消費がさまざまな原因となる特定の疾病の幅広さ(7)に対する知識がなく、喫煙が肺がん以外のがん、心臓疾患、脳卒中、その他の多くの疾病の原因にもなることを知らないことが多い。(8)また「ライト」や「低タール」の紙巻たばこ製品は害が少ない

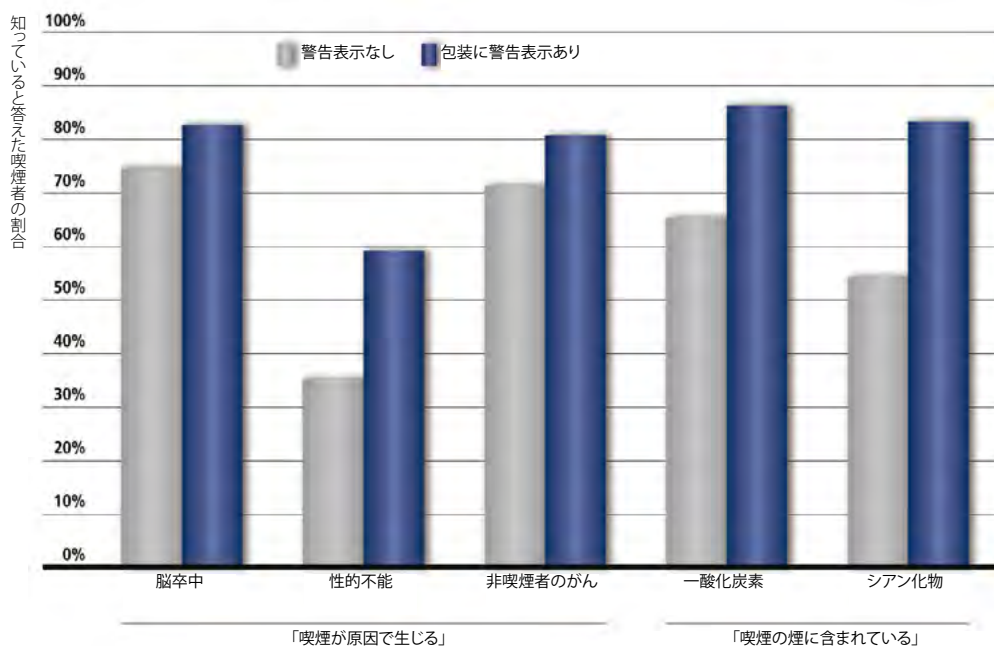
という誤った考えを持っている喫煙者も多い。(9-11)

このような知識の欠如が、たばこの使用に伴うリスクについて大きな誤解を生んでいる。その結果、喫煙者はたばこの使用が自分自身の健康に及ぼす危険性や、二次喫煙によって他人の健康に及ぼす危険性をかなり軽視する傾向がある。喫煙者は、

長期的なたばこの消費による障害や死亡の可能性、あるいは二次喫煙によって生じる害をきちんと正確に評価することが少ない。多くの非喫煙者も、二次喫煙の危険性を認識していない。(12)

たばこに非常に強力な依存性があることもあまり知られていない。喫煙者も含めて多くの人は、たばこの消費は単に「悪癖」

たばこ包装に警告表示がある国ではたばこの害についての知識が高い



出典：(6)

であり、依存ではないと考えている。(13) どれほど短期間にニコチン依存症になる可能性があるか、そして依存症がどれほど深刻になるか、十分理解していないことが多く、意思があれば健康問題が生じる前に簡単にやめられると簡単に考えている。

たばこの使用の真の危険性を示すには、科学的根拠に基づいた健康警告が必要となる。このような警告は、たばこ製品の包装に直接表示し、(まだ禁止されていない場合は)たばこ広告や販促資材の中に記載し、さまざまな種類のメディアにおける反たばこ広告に盛り込まなければならない。たばこの消費削減に効果があると実証されている政策としては、たばこ包装の健康警告ラベル表示の義務付けやたばこ使用の害を示す強力なマスメディア・キャンペーンなどがある。(14)。

青少年にも成人にもメリットがある成人対象のアプローチ

思春期は、たばこの使用を始める可能性が最も高いため(15)、たばこの使用を始める前に、若い人々に害を知らせることがとりわけ重要となる。健康警告は、たばこ包装の警告ラベル表示や、反たばこマスメディア・キャンペーンなど、さまざまな方法で伝えられる。青少年に効果的に警告を与えるには、成人とは異なるアプローチが必要だという考えが広く信じられているが、全ての年齢層を対象とした幅広い教育の取り組みのほうが、特に青少年だけをターゲットとするより、青少年の行動に影響を与える上で効果的であることが示されている。(16) 子供がたばこの使用を始めないようにする子供向けの反たばこ

プログラムは人気の高い政策で、広く一般受けするが、学校の保健教育授業の一環として行っても、青少年が喫煙を試みたり開始したりするのを大幅に減らすには役立っていない。(17、18) 子供向けの反たばこ教育イニシアチブだけを重視していると、もっと包括的な国民全体に向けた、長期的な影響をねらったアプローチが弱体化してしまう可能性がある。(19)。



人には、たばこの害についての情報を得る
基本的な権利がある。
各国はそれを与える法的な義務がある。



たばこの包装に表示する健康警告ラベル

健康警告ラベルは効果がある

たばこ包装への効果的な健康警告ラベルの表示は、包装のマーケティング効果を下げるなど、いくつかの目的を果たしている。たばこの広告、販促、後援を禁止するところが増え、たばこ製品の従来のマーケティング方法はいっそう規制が強化されているため、たばこ産業は主要なマーケティング手段として紙巻たばこ製品の包装への依存度を増やしている。(16、20、21) 警告ラベルはたばこ製品の包装のマーケティング効果を低減し、たばこ企業がブランド認知の強化をしにくくする。

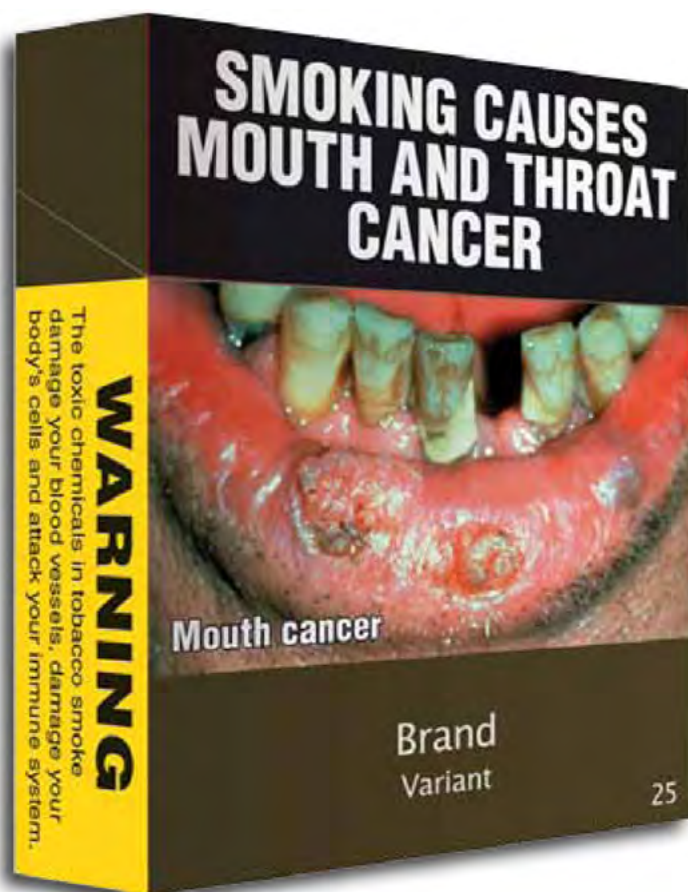
たばこ包装のマーケティング効果を最も大きく引き下げるのは、統一された(すなわち「無地」または「標準的」)包装を使うと

きである。これは無地の背景に単色の標準書体を使い、製品を特定するのに最小限の情報だけを記載し、それ以外にはロゴも定型書体も色も、意匠や画像も、あるいは説明文を付け加えることもしないというものである。統一包装はたばこの消費の危険性についての正しい認識を高め、喫煙率を下げる可能性があるため(21)、ロゴ、色、ブランド画像、その他の販促情報を使用禁止とする取り組みは現在勢いを増しつつある。包装が地味であるほど、表記されるブランド要素は少なくなり、包装に対する喫煙者の好感度が低下し、写真付き健康警告から受ける影響が大きくなる(22)。オーストラリアの国会は2011年にたばこの統一包装を義務付ける法案制定について審議しているが、これが採択されると、2012年7月からオーストラリアは

世界で最初に統一包装を義務付けた国になる。

また警告ラベルは、包装をマーケティング的な価値を持つものから、公衆衛生のメッセージを持つものに転換させる。効果的な警告ラベルは、健康への危険性に対する喫煙者の認識を高め(6)、禁煙について考える機会を増やし、たばこの消費を減らす(23-25)。WHO FCTCの要件に完全に合った目立つ健康警告は、喫煙者に向けた最も直接的な健康のメッセージであり(6、26、27)、喫煙者がたばこ製品を購入または消費するたびに、彼らのもとに届くことになる。(28、29) また警告は非喫煙者の目にも入り、喫煙や喫煙を始めることに対する彼らの認識に影響を与え、最終的にはたばこのイメージを変

効果的な警告ラベルは、健康へのリスクに対する喫煙者の認識を高め、禁煙について考える機会を増やし、たばこの消費を減らす。



オーストラリア政府がたばこ製品の統一包装として提案しているデザイン

え、その消費を「常態化しない」ために役立つことになる(30) (効果的な警告ラベルの特徴についてのWHO FCTCの指針は、前章に詳述されている)。

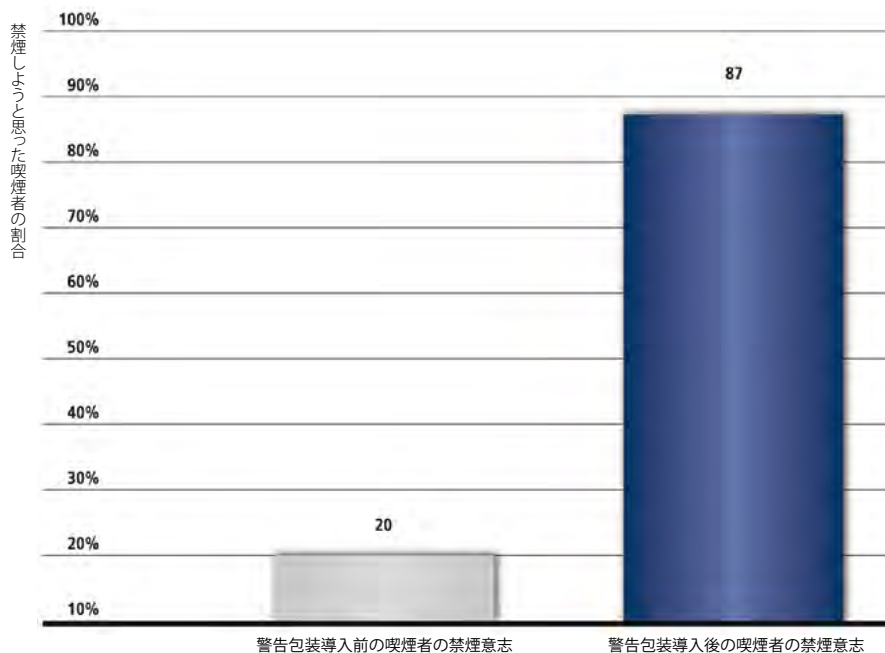
現在使用できる科学的根拠は、紙巻たばこ製品の包装に表示された健康警告ラベルの影響を検証したものがほとんどだが、絵表示付き健康警告ラベルも、青少年にとって無煙たばこ製品の魅力を低下させ、その危険性をはっきりと認識させる効果があることがわかっている。(31)

絵表示付き警告ラベルは特に影響力が大きい

絵表示付き健康警告は文章だけの警告より効果が高い(6、28、32-38)が、その理由のひとつは、より多くの人の目に留まり、より多くの情報を提供し、その画像に対して感情的な反応を喚起するからである。(28、39) 絵表示付き健康警告は、識字率が低く文章のメッセージを理解できない人の多い国々ではさらに重要である。強烈な健康警告のほうが、弱い警告や一般的な警告より効果が長続きする傾向がある。(28) 喫煙者は最近見た警告のほうが思い出しやすいため(40)、警告ラベルを一定期間ごとに変更し、定期的に新しいラベルを導入することが重要である。

喫煙者が、最もよく目に留まり効果が高いと評価しているのは、絵や写真のついた警告ラベルであるため(27、32)、警告ラベルのサイズが大きければ、効果も高くなる。(28) 現在紙巻たばこ製品の包装につける絵表示付き健康警告要件でサイズが最も大きい(包装の表と裏の平均で)国は、ウルグアイ(80%)、モーリシャス(65%)、メキシコ(65%)の3カ国である。

カナダでは写真付き警告ラベルの導入によって喫煙者の禁煙意志が向上



出典: (29)

包装の表側の警告の大きさは、直接的な影響を与える上で最も重要である。なぜなら包装は一般に表側を向けて陳列されており、喫煙者は包装の表側を見ながら、箱から紙巻たばこを取り出すことが最も多いからである。(28) 箱の下部ではなく最上部に警告ラベルを表示することも、視認性を高め、小売店での陳列時に警告をより隠しにくくする効果がある。

カナダは2001年に世界で初めて、大きな写真付きの健康警告ラベルを紙巻たばこ製品の包装に導入したが、導入後にラベルを読み、それについて考え、話し合った喫煙者は、禁煙したり、禁煙を試みたり、喫煙量を減らしたりする傾向が高かった。(29) 10人の元喫煙者のうち約3名が、警告ラベルによって禁煙意欲が生まれた

と報告し、4分の1以上が警告ラベルは禁煙を維持するのに役だったと答えている。

(41) また別のカナダの研究では、喫煙者の5人に1人が、箱の警告ラベルを見て喫煙量を減らしたと報告している。(42)

オーストラリアは2006年に写真付き健康警告ラベルを導入したが、それによって喫煙者の半分以上が、自分は喫煙関連の疾病によって死亡する危険性が高いと考えようになり、38%が禁煙する気になった。(40) その他、ブラジル(26)、シンガポール(43)、タイ(44)など、絵表示付き健康警告を実施した国々も、喫煙関連の行動に同様の効果があったと報告している。また、写真付き健康警告によって、喫煙者は非喫煙者の健康を守るため、自宅での喫煙量を減らしたり、子供たちの近くで喫煙

するのを避けたりするようになった。(43、45)。

健康警告ラベルは禁煙相談の宣伝に役立つ

強烈な写真付き警告ラベルを見ると、喫煙者はたばこの消費量を減らし、禁煙を検討する傾向が高い。(25) たばこの包装に、健康警告だけでなく、禁煙支援サービスの情報を直接記載すると、喫煙者の禁煙意欲が高まる可能性がある。たばこの包装に直接電話番号を記載して禁煙相談の宣伝をすれば、禁煙相談サービスが利用できることが分かり(46)、禁煙の手助けを求める喫煙者からの電話が増えることがいくつかの国の経験でも明らかになっている。(46)。



警告ラベルに対する青少年の反応


写真付き健康警告に対しては、青少年も成人と同じように反応する。(16) 写真付き警告ラベルは青少年の喫煙開始を防止し(47)、既に喫煙者である場合も、減煙や禁煙を検討する可能性が高い。(48) 児童と青少年についての多くの研究によると、健康警告ラベルに具体的な病名を記載する方が、一般的な警告より信憑性が高くなり、絵表示付き健康警告は、青少年に喫煙の健康に対する危険性や減煙を考えさせる効果がある。(49–51)。

警告ラベルによる政府のメリット

たばこの包装の警告ラベルは、ほとんど政府の費用負担なく実施できる。(28、32) 一般に、警告ラベルには一般市民の圧倒的な支持があり、その支持のレベルは85–90%以上(52–54)で、喫煙者さえラベル表示要件に賛成している者がほとんどである。警告は禁煙環境を確立するなど、他のたばこ規制政策を一般市民に容認してもらうのにも役立つ。全国的なたばこ規制プログラムが警告ラベル要件の遵守状況を監視することは重要である。なぜなら法律が制定されても、たばこ企業がその規則に従わない国があるからである。(55)

多くの国で健康警告をさらに強化できる

多くの国、特に低・中所得国の健康警告ラベルは効果が薄く、警告表示を義務付けていない国もある。警告の言葉が弱く曖昧で、具体的な健康の危険性に言及せず、一般的な情報のみを与え、絵や写真なしで小さく印刷している国が多い。警告が現地語で印刷されていない国もある。



**一般市民はおおむね警告ラベルを
圧倒的に支持しており、
その支持のレベルは85–90%以上
で、喫煙者さえラベル表示要件に
賛同する者がほとんどである。**

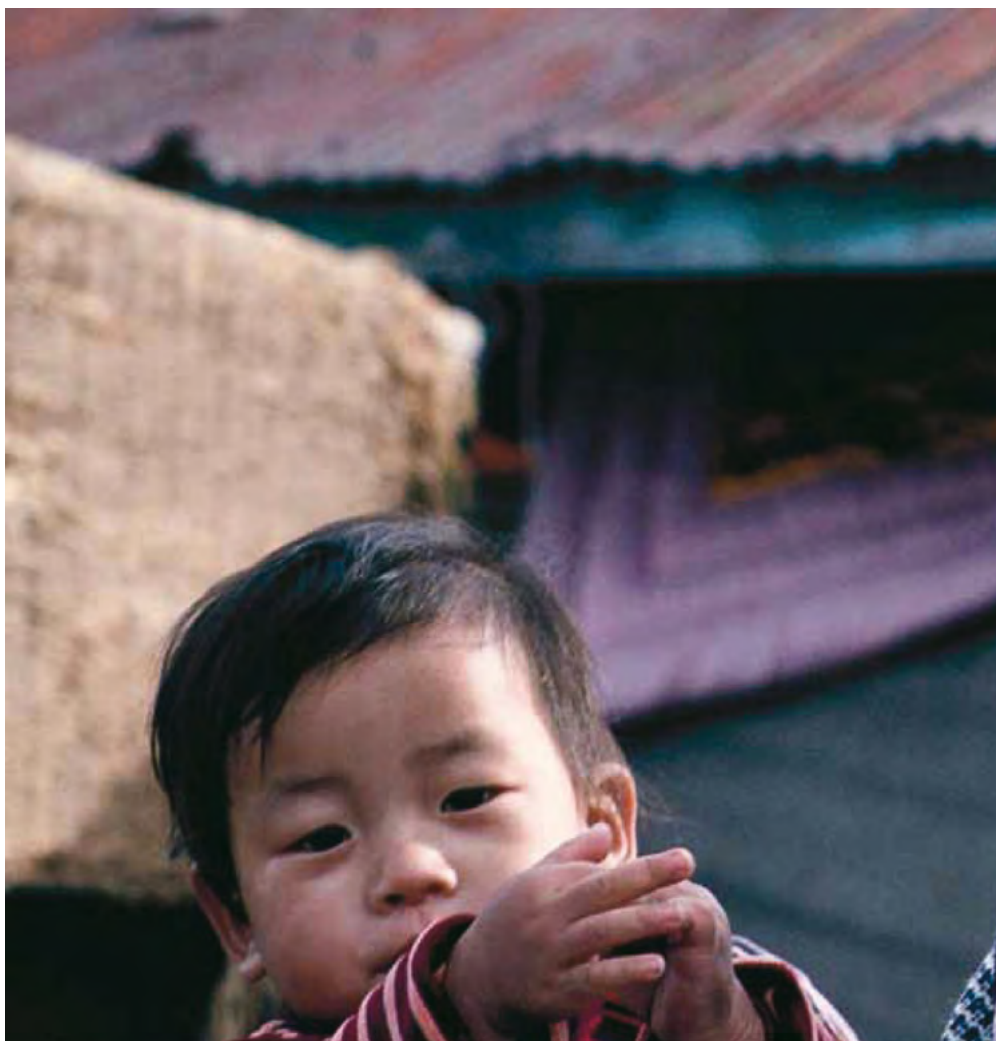
一部の国では、紙巻たばこ製品の警告ラベルのほうが他のたばこ製品や葉たばこの警告ラベルより強烈である。(56) そのため人々は、他のたばこ製品や葉たばこは害が少ないと考えてしまう。(57) これは、紙巻たばこ製品より現地の他のたばこ製品を使う割合が多い国では特に大きな問題となる。なぜなら現地で販売される製品は通常、警告ラベル要件の対象にならず、新しいラベル指針の実施も一貫していないからである。

たばこ産業の効果的な警告表示に対する議論は反論可能である

健康警告は喫煙への態度を変える効果があるため(58)、たばこ産業は健康警告の実施に繰り返し反対しており、特に大型の写真付き警告の表示には抵抗を示している(59)。健康警告の実施を妨げたり遅らせたりするため、たばこ産業はさまざまな虚偽の主張をしている。例えば、人々は既にたばこの消費の危険性を知っている、絵表示付き警告に効果があるという根拠はない、大型の写真付き健康警告はたばこ企業の商標と知的財産権の侵害にあ

たる、警告義務は費用がかかりすぎる、警告を実施するにはもっと時間が必要である、包装されていないたばこ(紙巻たばこのばら売りなど)を買う人々は警告を見られない、写真付き警告は喫煙者を悪者扱いしている、政府が健康警告を出したければ、政府自身が広告費を払うべきである(60、61)などである。これらの虚偽の主張は、しばしば健康警告法案を阻止するために利用されてきたが、このような主張に対しては、警告ラベルの効果と合法性についての事実で対抗できる。オーストラリアでは一部のたばこメーカーが、まもなく制定される統一包装の要件やその他、禁煙法や増税などのたばこ規制政策

たばこの包装の警告ラベルは、政府への費用負担をほとんどかけずに実施できる。



について、政府に苦情を呈するよう喫煙者を促すカードを、紙巻たばこの箱の中に挿入し始めている。(62)

警告ラベルに関するWHO FCTCの要件と推奨指針

WHO FCTC第11条では、たばこの包装に表示する健康警告ラベルは特定の規定を満たさなければならないと定めている。すなわち、管轄権を有する国家機関によって承認され、主たる表示面の30%以上、できれば50%を占め、大きく明瞭で見えやすく判読が可能なもので、誤解を招く用語(「ライト」や「マイルド」)を使用せず、同時に複数の警告を使用するか、一定期間後に新

しい警告を導入するか、いずれかの方法で定期的に変更し、該当する成分やたばこ製品の排出物に関する情報を記載し、その国の主たる言語で表示する、というものである。第11条(2)の指針には、健康警告ラベルについての他の勧告も多く記されている(WHO FCTCの警告ラベル要件と推奨内容の詳細については前章を参照のこと)。



**絵や写真付きの
警告ラベルは、
最もよく目に留ま
るとして
喫煙者から高い
評価を得ている。**

反たばこマスメディア・キャンペーン

メディアはたばこ規制の取り組みに重要

メディアは、報道ニュースや批評、娯楽番組、有料の広告や販売促進などを含み、たばこに関する知識、意見、態度、行動の形成に重要な役割を果たし、たばこの使用やたばこ規制問題について個人や政策立案者に極めて強力な影響を与えうる。(16、63、64) その結果、マスメディアによる広告キャンペーンは、たばこ規制プログラムの重要な構成要素のひとつとなっている。(16、65、66)

2010年11月、COP1は締約国が条約の義務を果たすのを支援するため、WHO FCTCの

第12条(教育、情報伝達、訓練及び啓発)の実施指針を採択した(第12条の指針についての詳細は前章を参照のこと)。

反たばこマスメディア・キャンペーンでたばこ消費削減が可能

反たばこマスメディア・キャンペーンは、喫煙と二次喫煙の有害性、特に健康に与える有害な影響についての認識を高めるために用いられる。(67) また反たばこ広告はたばこのない社会の利点を説明し、一般市民が不快に思うようなたばこ産業の戦術を明らかにするのに用いることもできる。このようなキャンペーンは、喫煙者の態度や考え方をを変えるのに役立ち、さ

らには喫煙関連の行動を変えることにつながる。特にたばこの消費を減らし、禁煙意欲を高めるだけでなく、非喫煙者の二次喫煙を減らすことにもなる。(16)

反たばこ広告はたばこ危険性についてのメッセージを発信するものである。広告キャンペーンはあらゆる種類のメディア(テレビ、ラジオ、印刷物、広告板、その他の屋外広告、インターネット)(16)、あるいはその他、喫煙者の目に留まりやすい事物(紙マッチのカバーなど)を使って行える。(68) 反たばこマスメディア・キャンペーンは経費が高いが、他の介入措置に比べて費用対効果は高く、多くの人々に迅速かつ効率よく伝えられるので、より大きな影響が期待できる。(16)



広告は、たばこ産業の宣伝によって作り上げられた、たばこ使用の好ましいイメージに対抗し、たばこの使用が危険の少ない習慣であるという間違った考えを正すのに活用できる。(67) このようにたばこの使用についての社会規範を変えることで、他のたばこの消費削減計画をさらに後押しすることにもなる。(70)

現在施行中の多面的なたばこ規制プログラムの中では、多額の資金で集中的に反たばこマスメディア・キャンペーンを実施することが最も効果的である。これはただ単に個別の介入措置の影響を合わせるより、複数の介入措置の相乗効果を活用する方が、喫煙を減らす能力が大きいという理由にもよる。(16、71、72)しかし、他のたばこ規制介入がなくても、マスメディア・

キャンペーンは単独でも効果が高いことが示されている。

健康警告ラベルの場合と同様、現在使用できる根拠は、高所得国の紙巻たばこの喫煙に関するマスメディア・キャンペーンの影響を調べたものがほとんどである。しかし、低・中所得国で明らかになった根拠や、他のタイプのたばこの使用の根拠も次々と報告されている。(73–75)

最も効果の高い広告メディアはテレビ

一般にテレビは最も強力な情報伝達メディアと考えられており、テレビ広告は特に効果が高いとされている。(16) 反たば

こテレビ広告はラジオや印刷メディアの広告より印象度が高いが(76、77)、その理由は、テレビでは視覚的なイメージが使いやすいからである。そのため、たばこ健康への危険な影響との結びつきを強調できる。苦痛や病気を映像で見せることによって、たばこの使用が人間に与える影響をより正確に描きだし、たばこの使用を社会的に望ましくない悪いものとして明確に伝えられるのである。反たばこ広告キャンペーンの費用が限られている国では、テレビ広告のほかに、またはテレビ広告の代わりに情報伝達メディアとして、費用の安いラジオ広告を使っても効果がある。特に、テレビ番組よりラジオ放送のほうが大勢の人々に届くようなところでは効果が高い。(78)

反たばこマスメディア・キャンペーンは経費が高いが、他の介入措置に比べて費用対効果は高く、多くの人々に迅速かつ効率よく伝えられるので、より大きな影響が期待できる。

効果的な反たばこマスメディア・キャンペーンにより、成人喫煙者は禁煙の可能性が高くなり(79)、青少年は喫煙習慣を身につける可能性が低くなるため(80)、成人にも青少年にも同じような効果をもたらす。頻繁な広告キャンペーン放送により十分な程度の情報公開を行うことで、成人喫煙率を下げ(81、82)、青少年の喫煙を減らし(83、84)、電話無料相談の禁煙支援サービスを求める喫煙者の数が増え(85)、成人喫煙率が増加し(86)、結果として、青少年の喫煙に対する態度や考え方や意志に着実にプラスの変化が生まれる。(88)反たばこテレビ広告をごくわずか視聴しただけでも、喫煙しないという青少年の意志を強め、将来喫煙者になる可能性を低くできる。(89)

世界成人たばこ調査(GATS)の結果が、テレビやラジオの反たばこ広告がその国の大部分の人々に届くことを証明している。(90)国によって違いがあるのは、現在行われている反たばこメディア・キャンペーンの頻度と期間及びテレビやラジオの利用度の違いに関係している場合がある。

ソーシャルメディアの重要性が増している

最も広範囲の人々に使用されているのは従来のメディアだが、インターネットなどの新しいソーシャルメディアの使用も急速に拡大している。これらの新しい情報伝達方法は、青少年に情報を伝える上

で、ますます効果的になってきている。なぜなら青少年は、他のメディアより新しいメディアに接する機会がはるかに多いことがあるからである。このような新しい形のメディアは、青少年の喫煙開始を防止したり、成人の禁煙を支援したりする反喫煙メッセージを広めるのに利用できる。(16、91)しかし、これらの新しい情報伝達方法を利用するにあたっては、科学的根拠に基づいた規定の禁煙指針(カウンセリング、無料禁煙電話相談、薬物療法など)を遵守することが重要である。(92)。



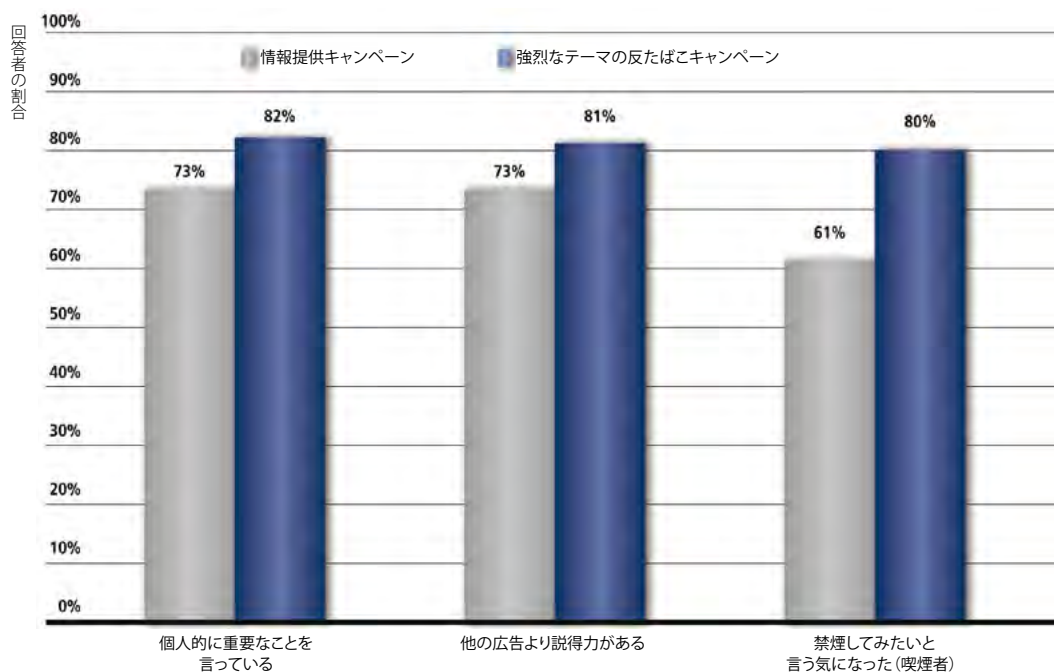
疾病の症例写真や、苦しみや死を目前にしている人を見せる キャンペーンは、たばこの使用の害をはっきりと示し、 特に喫煙者を禁煙させる説得力がある。

強烈なテーマの反たばこマスメディア・キャンペーンは禁煙への説得力を持つ

疾病の症例写真や、苦しみや死を目前にしている人を見せるキャンペーンは、たばこの使用の害をはっきりと示し、特に喫煙者を禁煙させる説得力を持つ。(93-95)

広告のターゲットは、いつでも可能な限り若年層から中年までの成人とすべきで、自分自身がたばこ関連の疾病に苦しんでいるか、あるいは誰か(親など)が病気になり悪影響をつぶさに見たことがあるかどうかは関係ないものとする。こうすることで、たばこ関連の疾病の影響を受けるのは年配者だけだという一般の思い込みを払しょくすることにつながる。

強烈なテーマの反たばこキャンペーンは情報提供キャンペーンよりも効果的(ブラジル、サンパウロ)



図中の差は全て有意 (p.<0.05)
出典: (74)

効果的な反たばこマスメディア・キャンペーンにより、 成人喫煙者は禁煙の可能性が高くなり、 青少年は喫煙習慣を身につける可能性が低くなるため、 成人にも青少年にも同じような効果をもたらす。

成人を主な対象として作成されたキャンペーンは青少年にも同様の効果を持つが(96、97)、青少年に焦点を絞った広告が成人に同様の影響を与えることはない。(98) 喫煙が健康に与える影響やその他のマイナス点を強調した広告は青少年に最も効果があると思われるが(16、99-101)、二次喫煙の害やたばこ産業の戦略に焦点を当てたメッセージも青少年の喫煙を防止する上で高い効果が見込まれる戦略である(102、103)。青少年は、感情に強く訴える広告を強く記憶に留める傾向がある。(104) 成人では、強い否定的な感

情を引き出す広告は最も効果が高いと評価されるが、ユーモアのある広告は効果が低いと見なされている。(16、105) 最近禁煙した成人喫煙者には、喫煙が原因の疾病を描いた広告、または禁煙を維持できる実用的な助言を与える広告が最も役に立つと考えられている。(106)

反たばこマスメディア・キャンペーンは一般に、ターゲットとするさまざまな人種や民族集団の文化価値に合わせて作成すると、さらに効果が上がると考えられているが、必ずしもそうではない(107)。少なくと

も青少年については、反たばこ広告への反応を判断する場合、民族性や国民性より広告の内容やその他の特徴のほうが重要になる(108-110)。さらに、多くの研究によると、成人喫煙者と非喫煙者は、両者間に文化や地理的な違いが認識された場合でも、感情的な反応を引き出す写真には同じような反応を見せることが示されている。(105) 選んだ方法がターゲット視聴者の共感を呼ぶかどうかを確認するため、メッセージを事前にテストすることが重要である。



反たばこマスメディア・キャンペーンは禁煙支援サービスの普及に役立つ

マスメディア広告キャンペーンはそれ自体効果的な介入措置だが、たばこの使用者に禁煙支援サービスについての情報を与え、禁煙電話相談へと誘導する方法としても有用である。(111) 広告で禁煙電話相談サービスを直接宣伝すると、喫煙者が禁煙の支援を求めるよう促すことになる。(85) しかし禁煙メッセージは、社会が喫煙への容認度を下げようとしている環境において、最も効力を発揮する。

例えばニューヨーク市は、市独自の包括的なたばこ規制プログラムを実施しているが、今年の反たばこ広告を重点的に実施した期間中には、キャンペーンを行わなかった昨年の同時期に比べて、禁煙支援

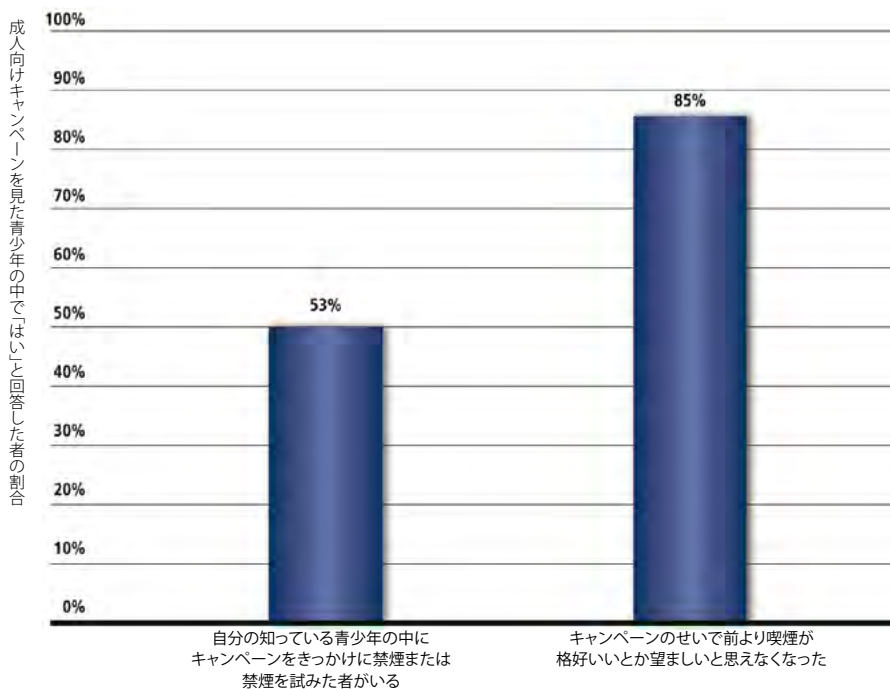
を求める電話が4倍に増加した。(112) また多くの研究でも、禁煙電話相談の割合から見ると、社会経済的地位の低い人々は、反喫煙テレビ広告に対する反応が低いことが示されているので、弱者層に情報を届けるためにはさらに多くの取り組みが必要である。(113)

反たばこマスメディア・キャンペーンは費用が高いが、費用対効果も高い

広告キャンペーンは多くの人々にメッセージを届ける費用対効果の高い方法といえるが、費用もかかる。テレビ広告は通常、包括的なたばこ規制プログラムの中で最も高くつくものである。(16) 各国は独自のキャンペーン素材を作成するのに必要な時間と費用を節約するため、他所で使われている広告をうまく改定していることが

多い。(114) キャンペーン素材に人間が登場しなければ、これが最も簡単な方法だが、改定する場合は、地理的な背景、人種や民族的なアイデンティティ、言語などの違いも反映しなければならない。最も重視すべきことは、効果的だという評価が出ている既存の素材を使うか改定することである。適切な既存の素材がない場合は新しい素材を使うが、可能であればそれを広く使う前にテストすることが必要である。

成人向けキャンペーンは青少年喫煙者と非喫煙者にも効果的(オーストラリア)



出典：(97)

放送時間や印刷メディアのスペースには費用がかかるが、それに加えて制作費も必要となる。反たばこ広告の制作は、たばこ産業の広告やマーケティング資料と同じ品質と説得力を実現しなければならない。通常、制作費と放送時間またはスペースには費用が必要だが、政府の補助金や非政府組織の資金、または放送局の放送時間の助成金などによって、無料または割引で提供されることもある。(16) たばこ規制プログラムも、例えば他の政府機関との共同発注によってさらに大きなボリューム・ディスカウントを得れば、その財源を最大限活用できる。また、政府によっては、たばこへの課税やその他からの歳入をメディア・キャンペーン費用の少なくとも一部に充てているところもある。

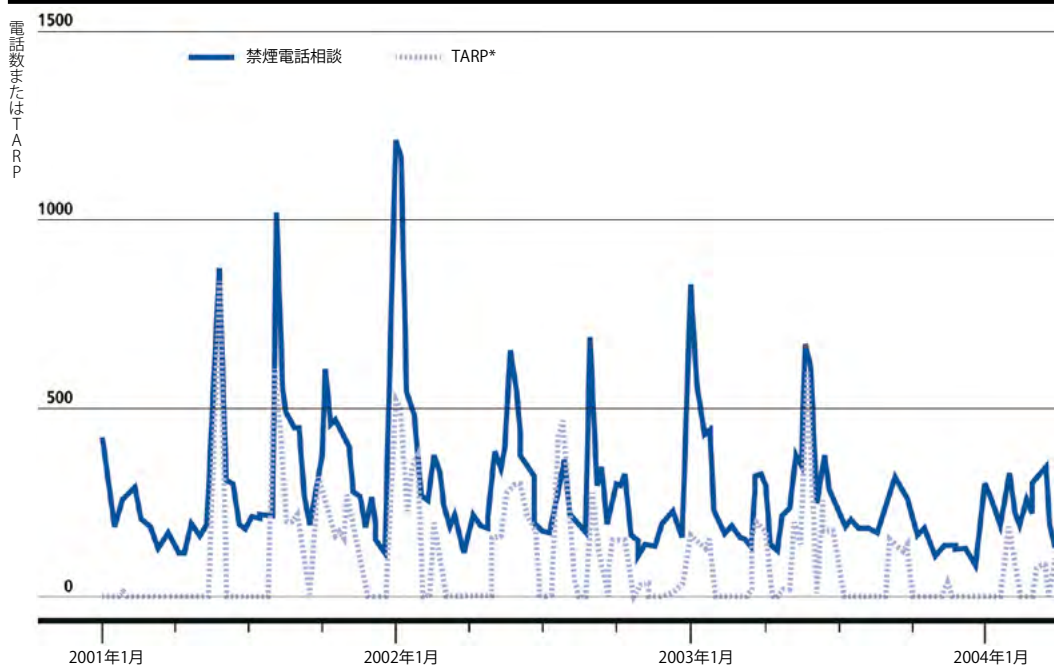
米国では1960年代、まだテレビのたばこ広告が禁止されていないころ、テレビ局は反たばこ広告を無料で放送することが義務付けられていた。これはたばこの消費を減らし、喫煙率を下げ、喫煙開始を抑えるのに効果があった。(115-117) 現在、一部の国では、反たばこ広告テレビキャンペーンのために無料の放送時間を提供することを義務付けているが、このような広告の質と内容はばらつきが大きい。

多くの研究によると、高所得国の政府は反たばこの保健情報の伝達と批判広告費用として、1人当たり年間約1.50-4.00米ドル(たばこ規制支出総額の約15-20%)を費やすべきだという。(70) しかし現在のところ、低・中所得国については比較できる推定値も推奨値もない。

反たばこマスメディア・キャンペーンは継続する必要がある

広告の効果は複雑で、他の介入措置によって間接的に拡散することも多いため(118)、反たばこ広告戦略が永続効果を持つためには通常長期間にわたって持続的に露出していく必要がある。(119) 広告キャンペーンは、問題を認識させるために少なくとも6カ月、態度に影響を与えるためには12-18カ月、行動を変えるには18-24カ月間続けなければならない。(120) 反たばこメディア・キャンペーンが長期間しっかりと行われれば、成人と青少年の喫煙が持続的に減少する可能性がそれだけ高くなる。(79、81、121) しかし多くのたばこ規制プログラムでは、これだけの期間キャンペーンを実施する資源が足りないことが多く、短期のキャンペーンでもいくらかの影響を与えられるため、上記の勧告は

反たばこマスメディア・キャンペーンによって禁煙支援を求める電話が増加(オーストラリア、ビクトリア州)



*テレビ広告視聴率(TARP)はテレビ広告の影響力を測る標準尺度で、特定の集団内において一定の時間内に広告を視聴した人の数を示す。
出典:(113)

目標として考えるべきで、短期間のキャンペーンをやめるべきではない。

逆に、反たばこキャンペーンが停止すると、喫煙が増える可能性がある。(122-124) わずか3週間のキャンペーンでも、青少年の喫煙開始を減らすのに目に見える影響を及ぼしうる。特に挑発的なテーマを用い、何年にもわたって繰り返し行い、さらに印刷物やその他のメディアの広告を加えれば、その影響は大きい。(125) 人を引き付ける力の弱いメッセージより、感情により訴えるテレビ広告のほうが、数は少なくても視聴者の記憶に残るので、キャンペーン費用を削減できる。(104)

計画と評価は重要なキャンペーン要素

反たばこ広告キャンペーンを策定し、その効果を評価するためには、継続的な計画と評価が必要となる。どんな種類の社会マーケティング・プロジェクトでも、そのプロセスには計画、実施、評価の3段階が含まれる。下記の表には、各段階で行う行動と、各キャンペーン要素のパフォーマンス目標を示している。(126)

たばこ産業は反たばこマスメディア・キャンペーンを阻止しようと戦っている

一般的にたばこ産業はたばこ規制の取り組みを弱める戦略の一環として、反たばこ広告キャンペーンの効果を妨げたり制

限したりするために、反たばこキャンペーンが正確性に欠き、政府の資源を誤用していると主張することも多い。(16) 全ての反たばこマスメディア・キャンペーンが、科学的根拠によってすぐに立証できる主張に基づいていれば、この種の挑戦にも負けずにすむ。たばこ産業はこれまで、事業規模を縮小しようとする政府の行動への対応として、独自の反たばこ広告を作成し、今後さらに厳しい規制が制定されないようにし、善良な企業市民としてのイメージを宣伝しようとしてきた。(16, 127, 128) しかしこれらの取り組みは、少々内容を変えた製品広告であることが多く(16)、喫煙を減らす効果がなく、特に青少年の間では喫煙を増やすことさえある。(87, 101, 129-132) WHO FCTC第5条3項の指針(133)には、青少年喫煙防止やその他のキャンペーンを実施するにあたって、政府機関とたばこ産業との提携を防止するいくつかの勧告が記載されている。

反たばこマスメディア・キャンペーンの策定枠組み

段階	評価	パフォーマンス目標
計画 ターゲット視聴者を特定 目標、戦略、活動を計画 素材の改定または作成	たばこ規制戦略	キャンペーンは包括的なたばこ規制プログラムの不可欠な一要素
	基礎調査	ターゲット視聴者の知識、態度、喫煙行動を徹底的に理解し、目標と戦略の指針とする
	事前テスト	キャンペーンの目的に合うように素材を事前にテストし改良する
実施 ターゲット視聴者への露出と影響を最大限にするメディア戦略の策定と実施	広告の出稿	キャンペーンのターゲット視聴者に効果的かつ効率的に情報を届けるメディアのプランニングとバイイング
	無料掲載メディアと広報	キャンペーンのためさらに無料のメディア報道を獲得する
評価 キャンペーンの実施と影響の評価	プロセスの評価	キャンペーンの実施状況进行评估する
	結果の評価	キャンペーンの影響进行评估する

出典：(126)

無料で「獲得」したメディアには大きな影響力がある

有料広告に経費を使用することなくメディア露出を得ることは「無料掲載」メディアとして知られており、広告料金を払う代わりに広報活動によってメディア露出を得るものである。ニュースメディアは一般市民向け健康情報の主要な情報源であり、たばこ規制計画全体の骨組みの働きをする。さらに、このたばこ規制計画自体のニュース性も高まりつつある。(16) たばこ規制の取り組みは、メディアを通じた世論の形成によって補完できるが、このアプローチは十分活用されないことが多い。(16) 無料でニュース報道をしてもらうことで、非常に効果的かつ低予算でたばこの害について一般市民に情報を与え、た

たばこ規制計画に注目を集め、たばこ産業の虚報に対抗できる。

メディアに対する広報活動は積極的に行い、たばこ規制に何らかの進展があれば必ず、メディアの関与を促すべきである。メディアは常々公共の利益の擁護者と見られることを望んでいるので(135)、たばこ規制問題については喜んで報道する傾向があり(16)、どんなニュースにも必ず、強力なたばこ規制を提言する考え方が含まれるようにすることが重要である。少なくともプレスリリースを発表すれば、メディアに大きく取り上げられる可能性がある(136)。

たばこ規制問題のニュース報道が増えると、たばこの消費が減り、禁煙の試みが増

え(137-139)、青少年の間では喫煙による害についての認識が高まる。(140) きちんと管理された広報に支えられたマスメディア・キャンペーンは、多くの人々にキャンペーンを知らせ、反応を呼び起こし、大きな影響を与えられる。無料で獲得したメディアにおける露出も、たばこ規制政策の改正が実施されたときには、喫煙者の禁煙意欲を高める効果がある。(141)



教育、情報伝達、訓練及び啓発に関するWHO FCTCの要件と指針

WHO FCTC第12条は、適宜、利用可能なあらゆる情報伝達手段を使って、たばこ規制問題についての一般市民の意識を高め強化することを締約国に義務付けている。この目的のため、締約国は、たばこの使用とたばこの煙にさらされることが健康に与える危険性や、禁煙のメリットについての教育プログラムを推進する義務がある。また、たばこ産業や、たばこの生産と消費が健康、経済、環境に与える悪影響についての情報を、一般市民がすぐ利用できるようにしなければならない。ヘルスワーカー、コミュニティワーカー、教育者、意思決定者、その他の関係者が取り組んでいる啓

発プログラムも支援されるべきである。締約国はさらに、一般市民、民間機関、NGOの間の機関間プログラムの作成を推進することも義務付けられている。第12条4項の指針には、教育、情報伝達、訓練、啓発についてのその他の勧告が数多く記載されている(勧告の詳細は前章を参照)。

無料でニュース報道をしてもらうことで、非常に効果的かつ低予算でたばこの害について一般市民に情報を与え、たばこ規制計画に注目を集め、たばこ産業の虚報に対抗できる。

効果的な対策の実施を継続し はずみをつける



たばこの使用と防止政策を監視する

WHOたばこの規制に関する枠組条約は次のように記している。(1)第20条:締約国は…たばこの消費及びたばこの煙にさらされることの規模、形態、決定要因及び影響に関する…監視のためのプログ

ラムを作成する。締約国は…地域的及び国際的にデータを比較し、かつ、分析できるようにするため、たばこの監視プログラムを国、地域及び世界的規模の保健監視プログラムに統合すべきである…。

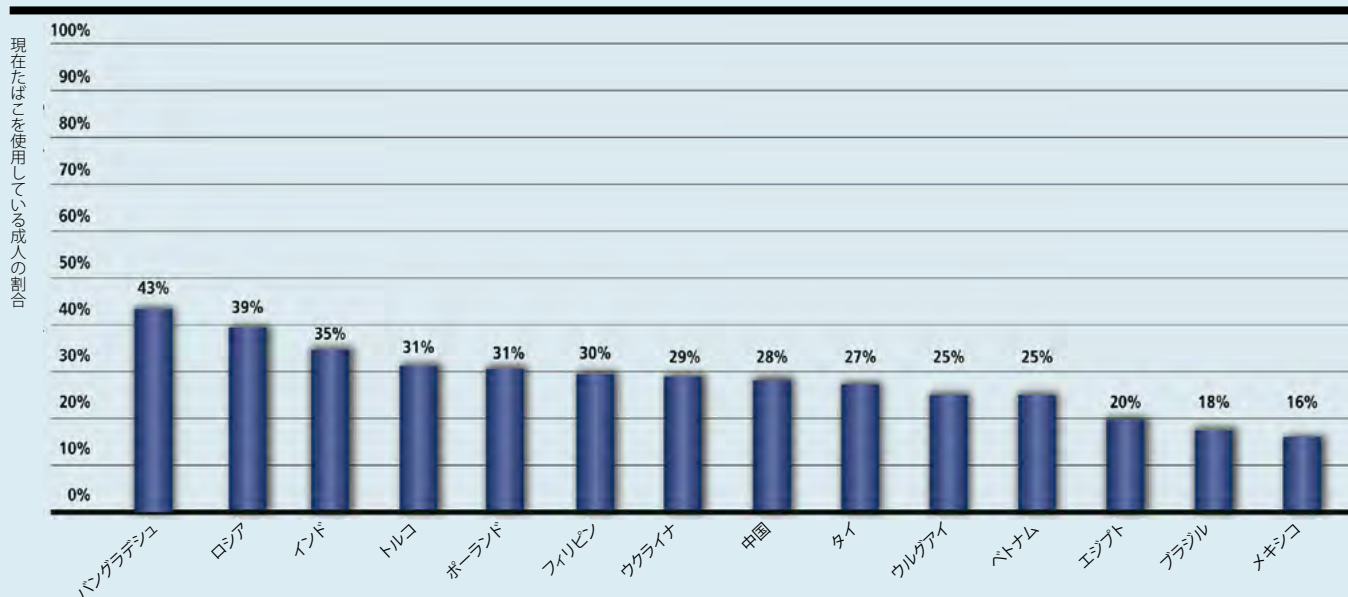
第21条:締約国は…この条約の実施について定期的な報告を…提出する。

最近の成果と進捗状況

2010年末までに、世界人口の54%を占める14の低・中所得国で、世界成人たばこ調査(GATS)が完了した。全てのGATSのデータは国際比較が可能であり、たばこの使用の的確な概算値を出せる。またGATSにより、MPOWER政策の進展状況ならびに政策構築の格差を追跡できる。たばこの使用とMPOWER政策の進展

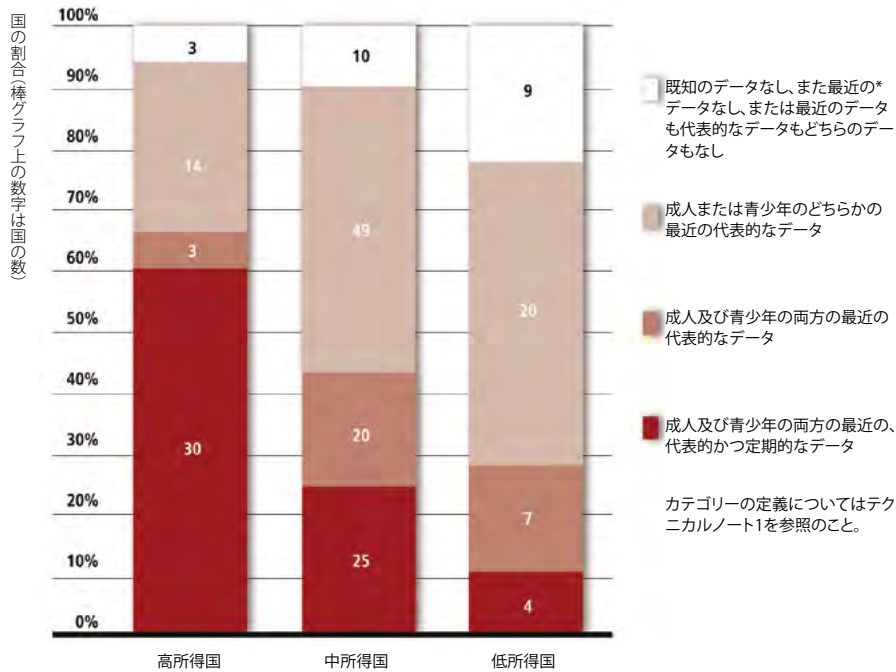
状況を測定するための一連の標準化された質問、「たばこ調査に関する質問(TQS)」が2011年に発表される。これらの質問はGATSの質問と合致するもので、各国が、国際的に比較可能なたばこの流行度を計測するため、現在行われている、もしくは今後行う予定の調査に利用できる。

世界成人たばこ調査(2008-2010年)を完了した14カ国における成人のたばこ使用流行度



出典: (90)

監視



たばこの使用とたばこの規制政策の達成度を監視することは、この流行を理解し、阻止し、他の5つのMPOWER政策を確実に成功させるのに不可欠である。

たばこの使用の流行度の監視—最も大きな成果を挙げた国々(2010年)



最も大きな成果を挙げた国: アルゼンチン、アルメニア*、オーストラリア、オーストリア、ベルギー、ブルガリア*、カナダ、チェコ共和国、デンマーク、ジブチ*、エストニア、フィンランド、フランス、ドイツ、ガーナ*、アイスランド*、インド、インドネシア*、イラン・イスラム共和国、アイルランド、イスラエル、イタリア、日本、ヨルダン、キルギスタン*、ラトビア、レバノン*、リトアニア、ルクセンブルク*、マルタ、モーリタニア、モンゴル*、モロッコ*、ミャンマー*、ナミビア*、オランダ、ニュージーランド*、ノルウェー、パナマ*、フィリピン*、ポーランド、ポルトガル、大韓民国、モルドバ共和国*、ルーマニア*、セルビア、スロベニア、スペイン、スリランカ*、スワジランド、スウェーデン、スイス、タイ*、トルコ*、ウクライナ*、英国、アメリカ合衆国、ウルグアイ、ベトナム*

*2008年12月31日以来新たに最高水準を達成した国

監視はたばこ規制の取り組みに不可欠

たばこの使用とたばこ規制政策の達成度を監視することは、流行を理解し、阻止し、他の5つのMPOWER政策を確実に成功させるために不可欠である。(142)優れた監視制度は、無煙たばこや新しく登場しつつある形態のたばこ(水パイプ、電子たばこ)の使用も含めたたばこの使用の指標ならびに政策介入の影響を追跡できるのでなければならない。(143)たばこ産業の活動も監視する必要がある。(14)正確なデータがあれば、適切な政策を実施し、効率的に影響を測定でき、必要な場合、時宜にかなった調整を行える。これらは全て成功率を大いに高めるものである。(14)

たばこの使用の監視は一部の国では強化されているが、他の多くの国ではなお弱い

「WHO 2009年世界のたばこの流行に関する報告」が出版されてから、新たに23カ国がたばこの使用の監視を強化した。成人と青少年の両方についての最近の代表的なデータも含まれるようになり、また現在定期的な調査を行い、これらのデータを少なくとも5年ごとに集めるようになった。この水準の監視を報告している国は59カ国となり、これは世界の人口の約半分の約32億人に当たる。

このような大きな前進にもかかわらず、成人と青少年の両方についての代表的なデータの集計がない国、または全くデータのない国は100カ国にとどまらない。さらに30カ国は定期的なデータがないため、たばこの使用傾向を正確に追跡することが難しい。2009年から2010年に

かけて14カ国に導入されたGATSは、多くの国における監視強化の重要な手段であり、質の高い監視を行うための手本にもなる。世界のたばこの流行と効果的に戦うために必要なデータを入手するには、一般的な健康調査の一部、あるいはたばこだけの調査のどちらであろうと、各国がたばこの使用とたばこ規制政策の実施に関する調査を作成し実施することが重要である。

一般的な健康調査の一部、あるいはたばこだけの調査のどちらであろうと、各国がたばこの使用とたばこ規制政策の実施に関する調査を作成し実施することが重要である。

フィリピンにおけるGATSやその他のたばこの使用調査の実施



フィリピンは充実した強力な保健監視インフラを備えている。フィリピンでは1989年から保健省の主導で、たばこの使用とその決定因子の監視が行われている。WHO-STEPS調査資料を用いた全国栄養保健調査など、国及び地方レベルのさまざまな機関によって、数々の調査が実施されてきた。

この報告書により、フィリピンのたばこの使用の監視制度では、成人と青少年の両方について代表的な喫煙の流行度を示す最新データを定期的に測定しており、監視の効果については、フィリピンは最も上位のカテゴリーに属していることが分かる。

青少年については、世界青少年たばこ調査(GYTS)が2000年、2004年、2007年に実施された。GYTSでは、中学2年生、3年生、高校1年生を調査し、13歳から15歳までの生徒の代表的な喫煙流行度の概算値を出す。2000年の調査では、男子の31%、女子の18%が現在たばこを使用していることが分かった。2004年には男子が21%、女子が12%に減少したが、2007年の調査では、男子が28%、女子が18%にふたたび増加した。(144)

さらに「世界医療専門学生調査」が、2005年には薬学部3年生に対して、また2009年には医学部3年生に対して行われた。2005年の調査によると、薬学部の男子学生の38%、女子学生の18%が現在喫煙していること、一度も喫煙したことのない学生の半数以上が日ごろから家庭で、また4分の3以上が公共の場で、それぞれ二次喫煙にさらされていること、薬学部の学生の約90%が全ての屋内の公共の場を全面禁煙にすべきだと考えていることが明らかになった(145)。

最も新しいたばこの使用調査であるGATSは、2009年にフィリピンで実施された。9705人の成人に面接調査を行い、15歳以上の全国の成人世帯人口の代表的サンプルを抽出した。この調査によると、男性の48%、女性の9%が現在喫煙者であること、成人のうち調査前1カ月間に職場で二次喫煙の煙にさらされた者は37%、家庭で二次喫煙にさらされている者は54%であること、紙巻たばこ製品の広告に気付いた者(71%)よりメディアの反たばこ情報に気付いた者(80%)のほうが多いことが分かった(146)。

WHOたばこの規制に関する枠組条約は次のように記している。(1)第8条:…たばこの煙にさらされることが死亡、疾病及び障害を引き起こすことは科学的根拠により明白に証明されている…。[締約国は]屋内の職場、公共の輸送機関、屋内の公共の場所及び適当な場合には他の公共の場所におけるたばこの煙にさらされることからの保護を定める…措置を…採択し及び実施…する。WHO FCTC第8条の指針は、締約国が条約第8条に定められた義務を果たすのを支援するために策定されたもので、締約国が適切な措置を採択する明確な時間軸(WHO FCTCの発効後5年以内)を定めている。

二次喫煙は命にかかわる

二次喫煙に安全なレベルというものはなく、二次喫煙によって、心臓病、呼吸器疾患、肺やその他のがん(148)など、重大でしばしば命にかかわるさまざまな疾病にかかりやすくなる。子供も二次喫煙による

害を受けることがあり、特に胎児や新生児は影響を受けやすい(148)。

禁煙法が命を救う

二次喫煙から人々を保護するために有効性が実証されている唯一の方法は、例外を認めない全面禁煙の環境を用意することである。(148)喫煙用の別室や換気システムを設けても二次喫煙は防げない。(148)政府は、法律制定後は、それを積極的かつ一律に施行して高いコンプライアンスレベルを実現できるように、強力な支援を維持しなければならない。(148)

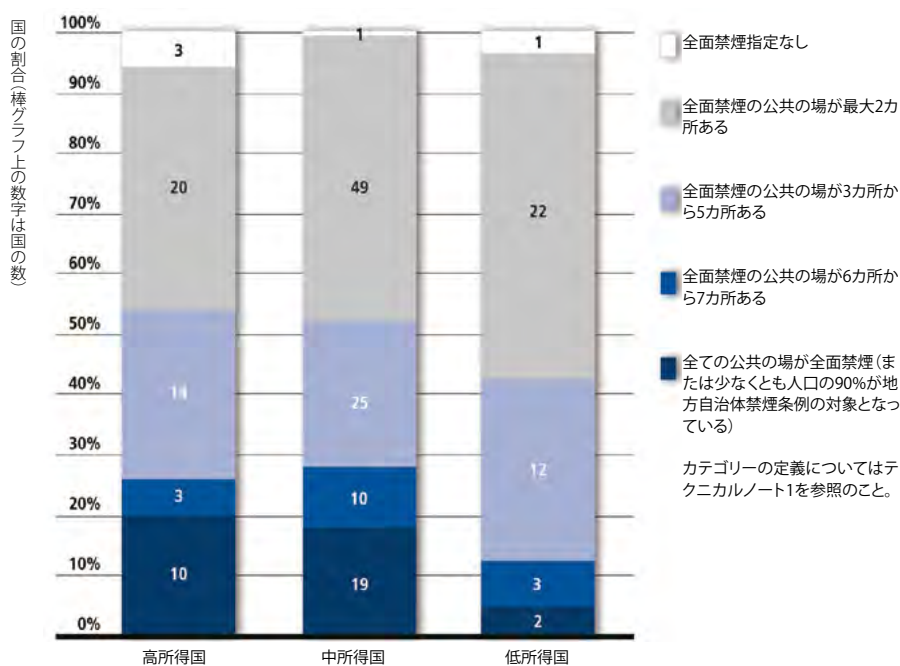
多くの国や地方での経験により、効果的な禁煙法の制定と施行が可能であることが明らかになっている。また禁煙法の制定と施行は一般市民により支持されており、景気に悪影響を与えることなく健康を改善できることも実証されている。(149)依然として世論調査でも、禁煙法が制定された地域において、禁煙法は一貫した

強い支持を得ていることが示されている。(148)禁煙環境の設定により、禁煙したいと思っている喫煙者を支援できる。また子供やその他の非喫煙者を保護するため、自宅を禁煙にするよう促す働きがある。(148)

禁煙法は経済に悪影響を与えない

たばこ産業やサービス産業の主張とは逆に、包括的な禁煙法が制定された全ての国で、禁煙環境は人気が高く、実施しやすく、サービス産業も含めて景気には何の影響もないか、または好影響を与えるかのどちらかであることが、実例から明らかになっている。(149)

禁煙法



最近の成果と進捗状況

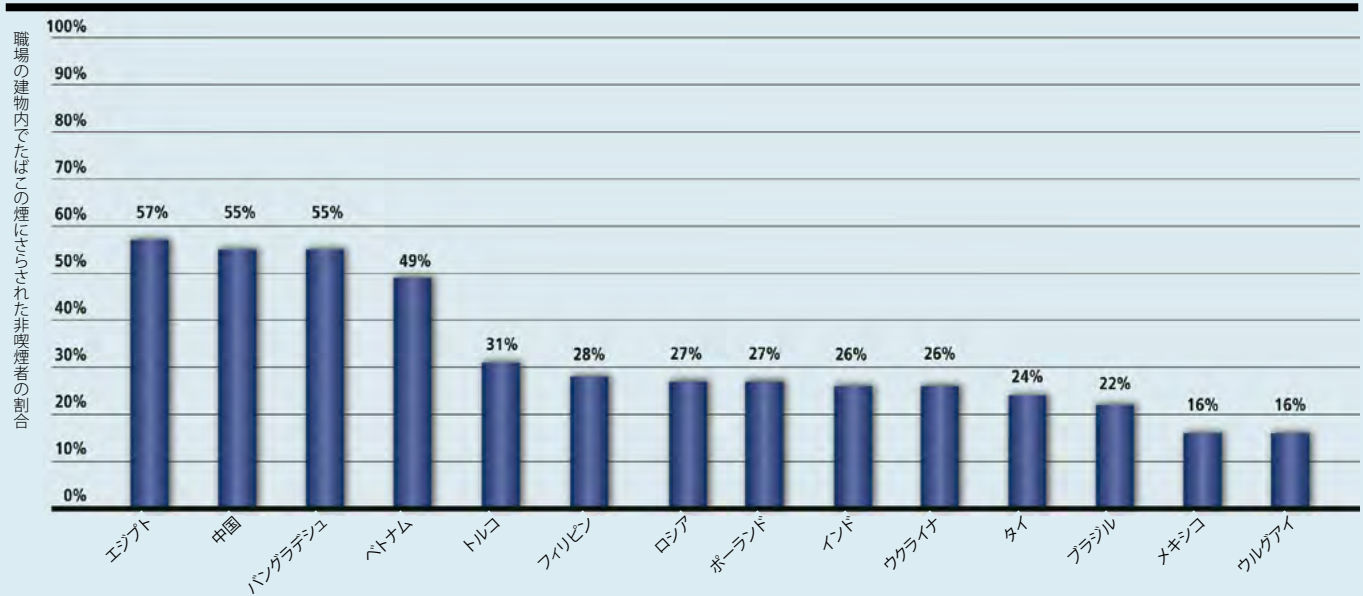
GATSの結果を見ると、多くの人々が相変わらず家庭や職場で二次喫煙にさらされていることが分かる。包括的禁煙法が制定されている国のほうが、一部の公共の場だけを禁煙とする禁煙法のある国や、まったく禁煙法が定められていない国より、二次喫煙が少ない。

2010年米国衛生総監報告書には、たばこの煙が原因で健康に害が生じることを確認する新しい科学データが示され、たばこの主流煙と副流煙が人体に害を与える生物学的、行動学的な仕組みが詳細に説明されている。(150) この報告書に示された科学的根拠と結論によって、以前の研究結果の妥当性が証明され、科学的

基盤が拡大・強化されている。また、たばこの煙にほんのわずかにさらされただけでも、体内の全ての臓器がさまざまな方法で悪影響を受け、病気や死亡につながるものが、非常に詳しく説明されている。

米国医学研究所によって発表されたさまざまな研究結果も一貫して、二次喫煙により非喫煙者の冠動脈精神疾患のリスクが25-30%高まること、また二次喫煙にさらされる程度が非常に低い場合でもリスクが増大することを示している。(151) 多くの研究により、禁煙法の施行後、喫煙者と非喫煙者の心臓発作の発生率が6-47%減少したことが明らかになっている。(151)

GATS調査国14カ国で、屋内で働く非喫煙者の成人が、職場で二次喫煙にさらされている(2008-2010年)



出典: (90)

禁煙環境—最も大きな成果を挙げた国々(2010年)



最も大きな成果を挙げた国: アルバニア、オーストラリア、バルバドス*、ブータン、ブルキナ・ファソ*、カナダ、チャド*、コロンビア、ギリシア*、グアテマラ、ホンジュラス*、イラン・イスラム共和国、アイルランド、リビア*、モルジブ*、マルタ*、マーシャル諸島、ナミビア*、ナウル*、ニュージーランド、パキスタン*、パナマ、パルー*、セイシェル*、スペイン*、タイ*、トリニダード・トバゴ*、トルコ、トルクメニスタン、英国、ウルグアイ

*2008年12月31日以降新たに最高水準を達成した国

禁煙政策の制定に著しい進歩

2008年から2010年の間に、16カ国で全国包括禁煙法が新たに制定され、これで二次喫煙から人々を最大限に保護すると定めた国の数が31カ国になった。その結果、世界人口の約11%に当たる7億3,900万以上の人々が包括的な国内禁煙法によって保護されており、これは2008年から3億8,500万人以上増加したことになる。

とりわけ中所得国は、全部または一部の公共の場の禁煙法を制定することで、積極的にこのような保護を拡大している(テクニ

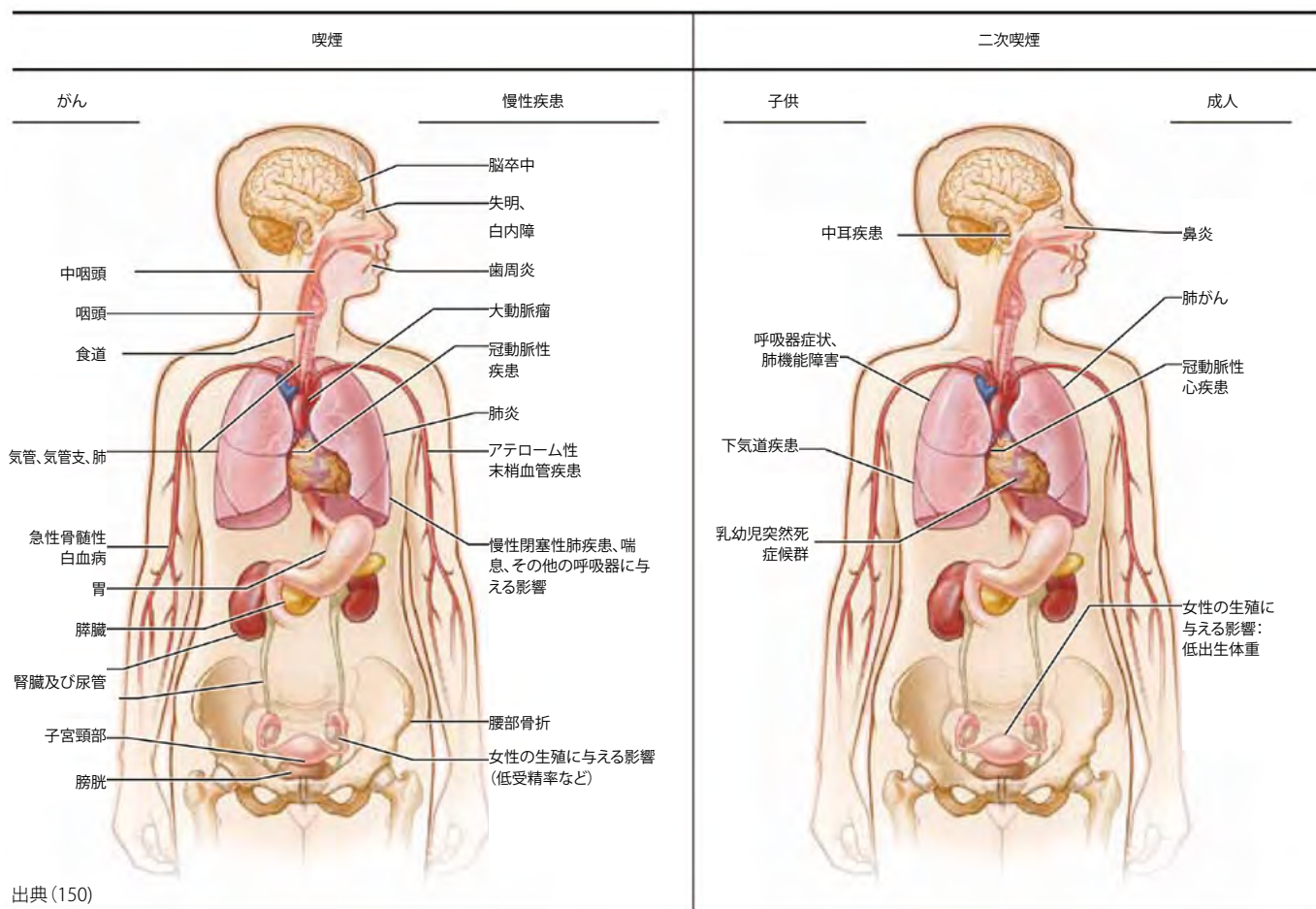
カルノート1参照)。各所得分類における約半数の国が、2カ所より多くの公共の場を対象とした禁煙法を制定しているが、もう半数の国々は、1カ所もしくは2カ所の公共の場を対象とした禁煙法の制定という最低限の政策しか実施していないか、あるいは全く禁煙法を制定していない。

また、地方の包括的禁煙法(条例)によって新たに2億1,000万人(世界人口の3%)が保護されるようになった。これは2008年から約1億人増加したことを意味する。特に進歩が著しいのはブラジルで、2008年に制定された地方禁煙法によって7,700万人

(ブラジルの人口の約40%)が保護されている。もう一か国は米国で、現在地方禁煙法によって新たに2,100万人が保護されるようになった。

二次喫煙から人々を保護できると実証されている唯一の方法は、例外を認めない全面禁煙の環境を用意することである。

喫煙と二次喫煙が原因で生じる疾病



セイシェルでは長期にわたるたばこ規制活動の 総仕上げとして強力な禁煙法を制定



**DEFANN
FIMEN**

**I KONT LALWA POU FIMEN
DAN SA LANDRWA**

「喫煙は禁じられています。この場所での喫煙は法律違反になります」

インド洋に浮かぶセイシェル諸島では、WHO FCTCの第8条（たばこの煙にさらされることからの保護）をはじめとするいくつかの条項について、大きな進歩があった。

セイシェルでは2009年8月にたばこ規制法が制定され、公共施設と職場の建物内、交通機関、保健施設、教育施設、競技場を含むいくつかの屋外区域を全面的に禁煙とすることが定められた。たばこの広告、販売促進、後援も全面禁止となり、何十年も掲示されてきたたばこ広告の撤去が正式に決定し、新しい形態のたばこのマーケティングにも禁止が適用されるようになった。

この報告について集めたデータによると、たばこ規制の専門家が全員一致で同法は遵守度が高いと評価したという。最近の調査でも、同法がきちんと遵守されていることが示されている。国内の最も人気の高い38カ所のサービス施設でコンプライアンスチェックを行い、そのうち顧客が喫煙していなかったところは97%にのぼった。(152)

セイシェルで最初の包括的なたばこ規制法案は1996年に作成されたが、成立しなかった。2000年に保健相によってたばこ規制国家委員会が設置され、新しい包括法案が作成されたが、屋内の公共の場の全面禁煙という条項が障害となって、何度か否決された。国際的なたばこ規制専門家の援助を得て、多くのコミュニティが同法案への支持を結集し、特に禁煙規則を提唱した。この提唱が鍵となって、2009年6月に国会で、全会一致で同法が制定する運びとなった。同法の制定は、セイシェルが2003年にアフリカ地域で初めてWHO FCTCを批准したことも含めて、たばこ規制の最前線に立つというセイシエルの伝統を受け継ぐものであり、他国の手本となるかもしれない。

**世界人口の約11%に当たる7億3,900万以上の人々が
包括的な国内禁煙法によって保護されており、
これは2008年から3億8,500万人以上増加したことを
意味する。**

mpower 禁煙への支援を提供する

WHOたばこの規制に関する枠組条約は次のように記している。(1)第14条:締約国は…たばこの使用の中止及びたばこへの依存の適切な治療を促進するため…効果的な措置をとる。締約国は…たばこの使用の中止を促進することを目的とした効果的なプログラムを立案し及び実施する…。WHO FCTC第14条の指針(153)は、締約国が条約第14条に定められた義務遂行を支援するために策定されたものである。

ほとんどの喫煙者が禁煙したがっている

たばこの危険性を認識しているほとんどの喫煙者は禁煙したがっているが、ニコチンは非常に嗜癖性が強いいため、支援なしで禁煙するのは難しい。(143)最終的に禁煙した人の大半は支援を受けることなく成功しているが、支援があると禁煙率は

大幅に上昇する。(143)禁煙するとただちに大きな健康上のメリットが生まれ、禁煙して数年のうちに、たばこに関連したリスクをほとんどなくすることができる。(143)

たばこの禁煙介入は効果的

臨床禁煙介入は他の医療制度の活動に比べるときわめて費用対効果が高い。(14)禁煙の取り組みには3種類の治療を含むべきである。(143)

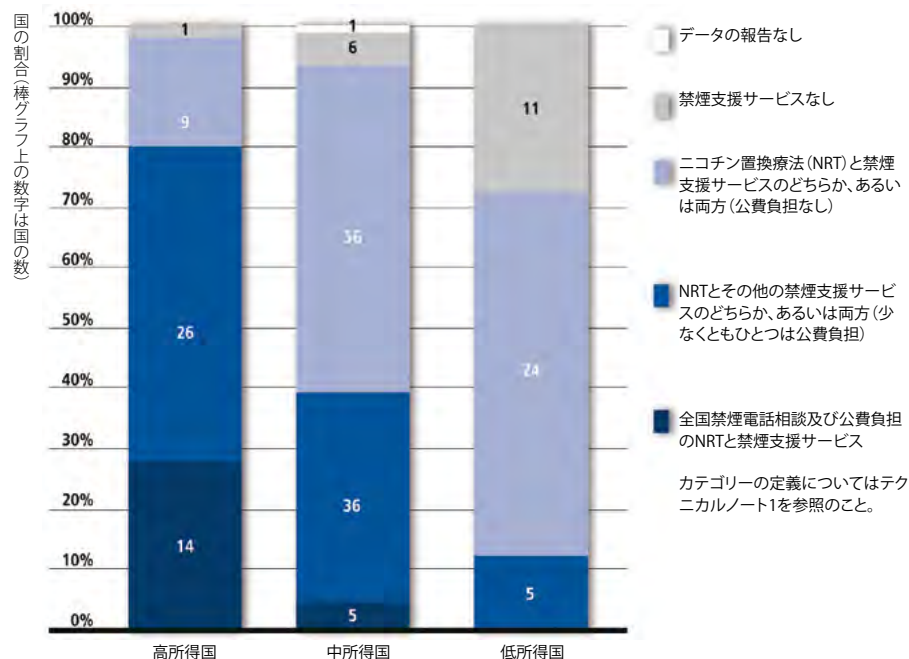
- 医療現場での禁煙のアドバイス。一次医療関係者からの簡易なアドバイスは禁煙率を高める。(143)
- 禁煙電話相談サービス。電話の無料相談という形で、禁煙のアドバイスとカウンセリングも提供できる。(禁煙電話相談として知られている)。(143)

- 薬物療法。禁煙にはニコチン置換療法(NRT)による治療があり、通常市販薬として入手できるものと、処方箋が必要なその他の薬剤がある。(143)薬物療法を行うと禁煙率を2倍または3倍にできる。(143、154)

禁煙治療に対する政府の支援

禁煙は、第一に各国の医療制度が責任を持って行わねばならない。(143)禁煙支援サービスは、総合的なたばこ規制プログラムの一環として行くと、きわめて効果が高くなる。(143)

たばこ依存症の治療

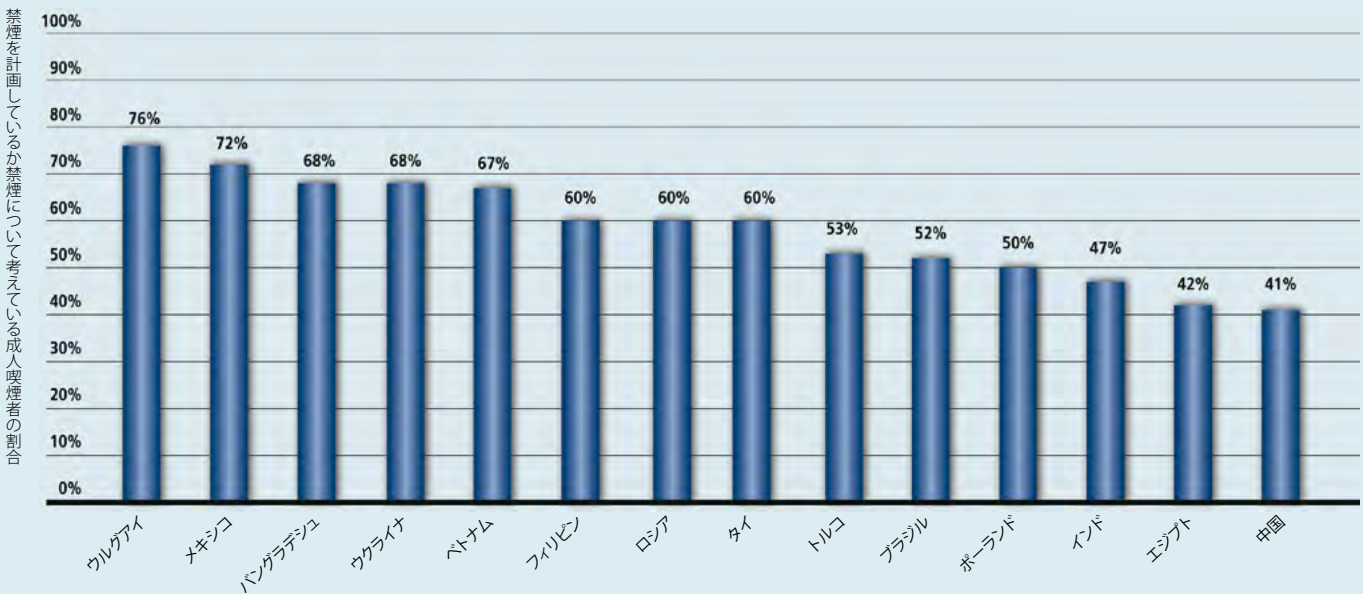


最近の成果と進捗状況

2010年11月、WHO FCTC締約国会議第4回会合は第14条の実施に向けた詳細な指針を発表した(たばこ依存症と禁煙に関する需要の削減対策) (153)。これらの指針は、禁煙意志を高め、禁煙支援や依存症治療が幅広く利用できるようにし、禁煙を促進する効果的な主要対策を特定している。さらに治療を全国たばこ規制プログラムや医療制度に取り入れるための持続可能なインフラを強化または設置するよう締約国に奨励するとともに、禁煙や治療の支援の開発または強化を促進するため締約国にそれぞれの経験を共有し協力するように促すことを目的としている。

治療や禁煙支援能力の拡大に向けた各国の技術的支援のニーズにさらに応えるため、WHO のたばこフリー・イニシアチブ(TFI)は「たばこ依存症治療のための一次医療(PHC)制度の強化」という包括的な訓練パッケージを作成した。これは各国がWHO FCTC第14条を実施し、たばこ依存症治療のための一次医療制度を強化できるように手助けするものである。訓練パッケージは5カ国(バハマ、バルバドス、イラン、パナマ、トリニダード・トバゴ)でパイロット試験を行い、さらにもう2カ国で追加のパイロット試験を行った後、2011年に最終決定され各国に配布される。

GATS調査国14カ国において、禁煙を計画しているか禁煙について考えている成人喫煙者の割合(2008-2010年)



出典: (90)

たばこ依存症の治療—最も大きな成果を挙げた国々(2010年)



最も大きな成果を挙げた国: オーストラリア、バーレーン、ベルギー、ブラジル、カナダ、フランス、イラン・イスラム共和国、アイルランド、イスラエル、ニュージーランド、大韓民国、ルーマニア、サウジアラビア、シンガポール、トルコ*、アラブ首長国連邦、英国、アメリカ合衆国、ウルグアイ
*2008年12月31日以降新たに最高水準を達成した国

禁煙の包括的支援の提供はほとんど進んでいない

2008年から2010年までに、全国無料電話相談、ニコチン置換療法、その他少なくともいくつかの禁煙支援サービスの公費負担も含めた、包括的¹なたばこ依存症治療の提供を新たに開始した国は1カ国(トルコ)だった。これによって最高水準のたばこ禁煙支援サービスを提供している国の数は19カ国となり、9億8,000万人(世界人口の約14%)がその対象となった。2008年から7,600万人増加したことになる。

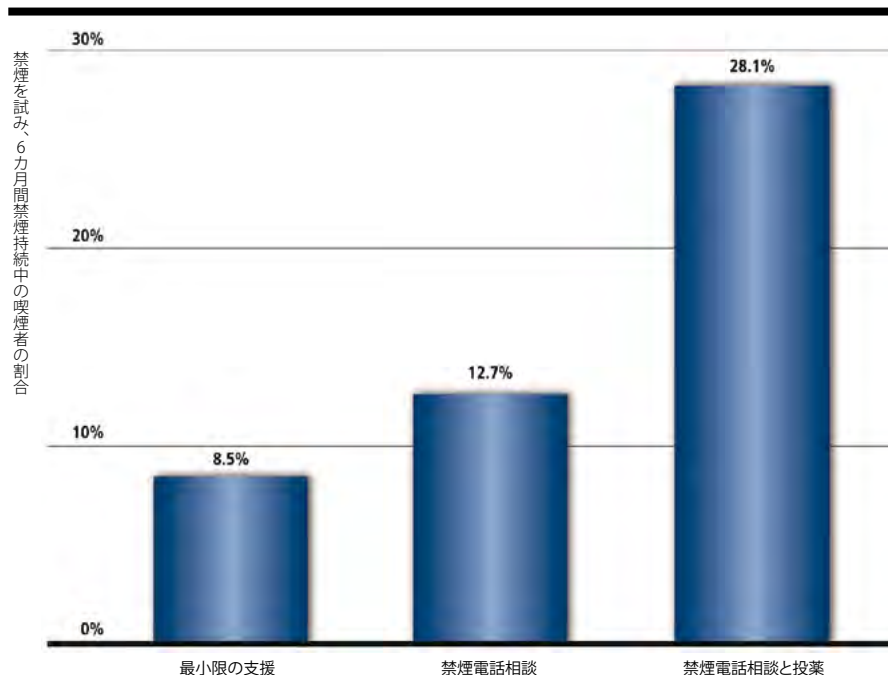
高所得国は必要な資金を持っているはずなので、さまざまな禁煙支援サービスを提供でき、その資金も出せる可能性が最も高いが、現在この所得分類に当てはまる国の30%はそのようなサービスを行っていない。たばこ依存症治療の少なくとも一部を公費負担することについては、高所得国も中所得国も進歩が見られ、高所得国の80%、中所得国の40%近くが現在この水準以上のサービスを提供している。しかし低所得国ではまだ、全国禁煙電話相談と公費負担による禁煙支援サービスを行っている国はなく、現在禁煙支援

サービスの費用を公費負担している国は8カ国のうち1国にすぎない。

¹「包括的」とは、指標0の最上位グループに認定される国を指す。詳しくはテクニカルノート1を参照のこと。

禁煙するとただちに大きな健康上のメリットが生まれ、禁煙して数年のうちに、たばこに関連したリスクをほとんどなくすることができる。

各種の支援を受け6カ月間禁煙を続けていると回答した喫煙者の割合



出典: (154)

ニュージーランド、 包括的な無料禁煙支援サービスを提供

ニュージーランド(アウテアロア)は、包括的なたばこ規制戦略の一環として、さまざまな無料禁煙支援サービスを提供している。2009年の成人の喫煙率は21%で、過去20年間に約3分の1減少したが、これは強力なたばこ規制政策と質の高い禁煙支援サービスを続けてきた結果である。ニュージーランドが最初に公費負担による禁煙プログラムを導入したのは1990年代後半のことで、国際的に確立されたモデルにもとづいた全国禁煙電話相談サービスと、「アウカティ・カイパイバ」という先住民のマオリ族を対象としたプログラムを開始した。

全国禁煙電話相談 (<http://www.quit.org.nz>) は、今では年間で禁煙を試みる5万人以上のニュージーランド国民を支援している。また文章によるメッセージやオンラインサービスも行うようになり、ブログのコミュニティには3万人以上が登録し、他の人がたばこのない未来に進めるように、禁煙体験を共有したり、アドバイスや支援や励ましを与えたりしている。

アウカティ・カイパイバのサービスもやはり、最初のパイロット試験から今では全国で30カ所以上に広がっているが、ここでは専門の禁煙コーチがいて「マオリからマオリへの」1対1のサービスを行っている。個人カウンセリング・プログラムは、最初の12週間に集中的に支援を行い、その後最初の1年間は3カ月ごとにカウンセリングを行う。このモデルは、このくらい個人的なサポートでなければだめだという多くの人に非常に効果が高い。

また同じ時期に、「喫煙者の禁煙により良い支援を」確実に与えることが、6項目に絞られた政府が掲げる保健優先目標のうちの1項目として正式に認められるようになった。この最終目標は、国内の病院に入院する全喫煙者の90%が禁煙のアドバイスと支援を受けられるようにすることである。ニュージーランドの保健制度はABCアプローチを使っている。すな

わち喫煙しているかどうかを尋ね(Ask)、簡易(Brief)なアドバイスを与え、禁煙(Cessation)支援を提供する、というものである。2009年に保健目標が初めて制定されてから、2011年5月の現在に至るまで、病院だけでも11万人以上の人々が禁煙の簡易なアドバイスを受けている。



健康警告ラベル

たばこの包装に表示された強い印象を与える写真付き健康警告ラベルを見た人の数はほぼ倍増

新たに3カ国（メキシコ、ペルー、米国）で新法が制定された。これによりたばこ製品に表示する健康警告ラベルが主たる表示面の50%以上を占めるように規定され、また写真の使用も含めてWHO FCTC第11条に記載された全ての主な特徴を満たすように、ラベルの要件が強化された。これで2007年の10カ国、2008年の16カ国からの増加した現在合計19カ国（合計人口10億人、世界人口の約15%）で、最も厳しい健康警告ラベル規制が義務付けられることになった。またこれによって、世界の人口の8%しか保護されていなかった2008年以降、世界中で強い印象を与える写真付き健康警告を新たに目にした人が、ほぼ2倍に

増えたことになる。世界の人口の5%しか保護されていなかった2007年に比べると、この最も厳しい水準の施策対象者はほぼ3倍に増えている。

中・高所得国の人々は強力な警告ラベルによって保護される傾向が強い

最も厳しい警告ラベルで保護されている人の数が増えているのは中・高所得国だけである。最も厳しく強力な警告ラベルを表示している中所得国の数は2007年から2倍に増えた。2008年から、4つの低所得国が警告ラベルをやや強化したが、最も厳しい警告ラベルを採用した国は、低所得国の中ではまだひとつもない。所得水準を問わず、87カ国において、箱の表面の30%未満を占める小さな警告が義務付けられて

いるか、警告ラベルの要件がまったくなく、中でも低所得国においては警告ラベルの要件が弱い傾向がある。

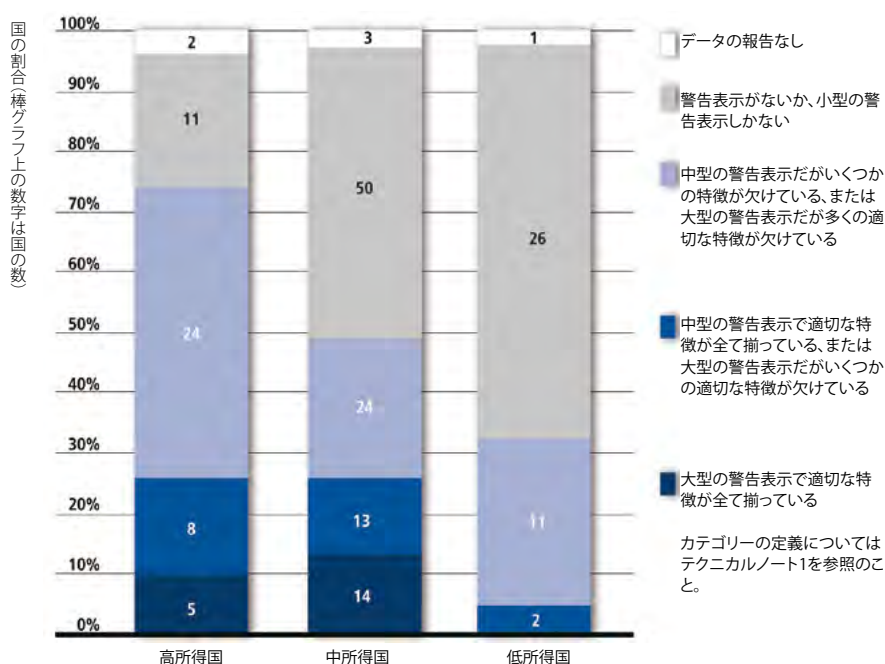
少なくともある種のラベルを義務付けている国がほとんどだが、まだ最も厳しい水準の警告ラベルを実施していないところが多い

この報告書で分類した紙巻たばこの箱の警告ラベルの特徴のうち、最も多く法制化されているのは、具体的な健康警告表示義務と、各個装と外側の包装（カートンの包装紙など）の警告表示である。どちらの場合も、130カ国がこれらの特徴を持った警告ラベル表示を義務付けている。

最も法制化されることの少ない特徴は、大



警告ラベル



サイズが大きく、画像を取り入れている健康警告ラベルは、
たばこの消費を減らし、命を救う。

たばこの危険性についての健康警告ラベルー最も実施率の高い国々(2010年)



最も実施率の高い国: オーストラリア、ボリビア、多民族国、ブラジル、ブルネイ・ダルサラーム国、チリ、ジブチ、エジプト、イラン・イスラム共和国、マレーシア、モーリシャス、メキシコ*、ニュージーランド、パナマ、ペルー*、シンガポール、タイ、米国*、ウルグアイ、ベネズエラ・ボリバル共和国

*2008年12月31日以降新たに最高水準を達成した国

型の警告ラベルの表示で、箱の主たる表示面(すなわち箱の表と裏)の50%以上を占める警告ラベルを義務付けているのは30カ国にすぎない。その次に少ないのは、写真またはその他の絵表示を使った警告で、これを取り入れているのはわずか42カ国だった。

サイズが大きく、画像を取り入れている健康警告ラベルは、最も効果的な警告となる。このような特徴をもっと広く実施すれば、たばこの消費を減らして命を救える。

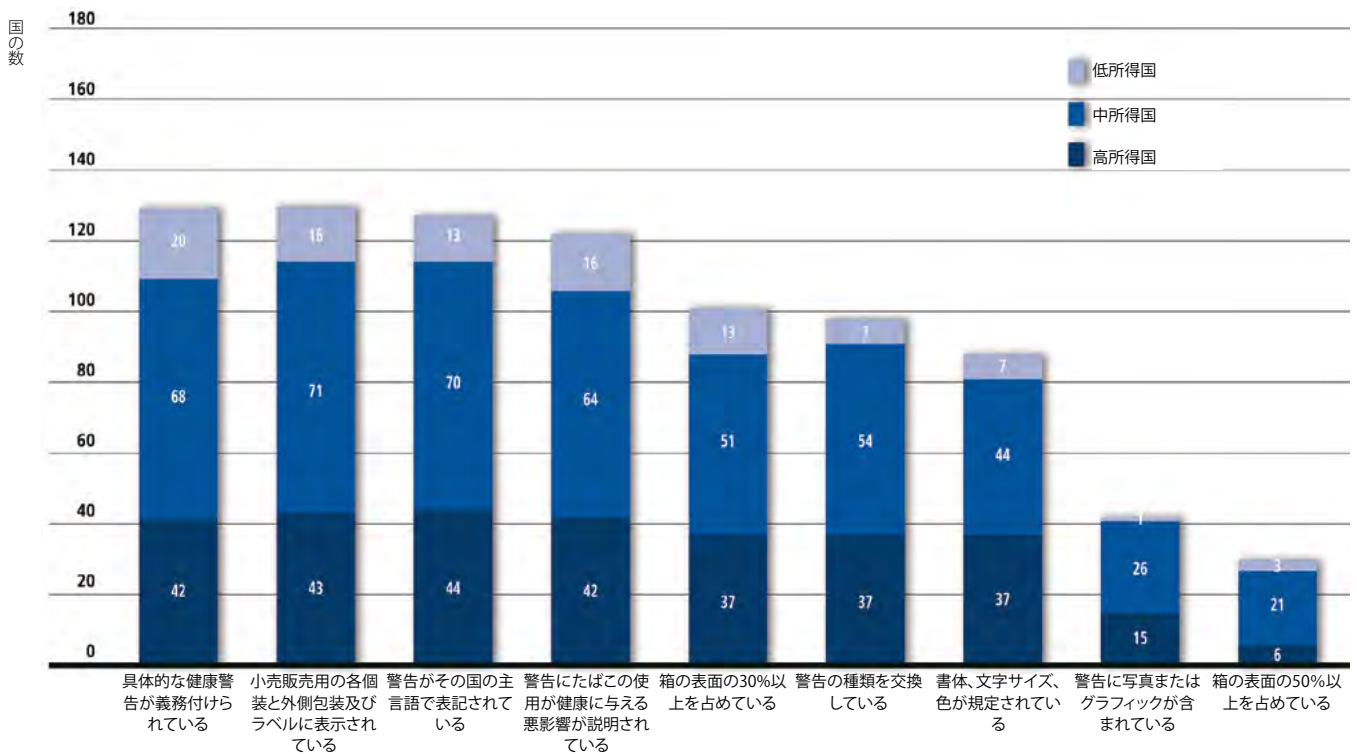
この他、半数以下の国でしか法的に規制されていない警告ラベルの特徴は、認識しやすい特定の書体、サイズ、色を使ってラベルを印刷することや、常に新鮮に受け止められ、影響が持続するように警告ラベルを定期的に変換することなどである。

この報告書の優良事例の評価項目には含まれていないが、「ライト」や「マイルド」などの誤解を招きやすい用語を禁止することも重要である。なぜなら、これらの用語は一部のたばこ製品が他の製品より害が

少ないという間違った印象を与える恐れがあるからである。紙巻たばこ製品にこのような用語の使用を禁止している国は合計89カ国、無煙たばこ製品に禁止している国は74カ国である。

現在、合計19カ国で10億人の人口に対して、最も厳しい水準の健康警告ラベル規制が義務付けられている。

紙巻たばこの個装に表示する健康警告、各特徴を法制化した国の数



無煙たばこ製品には健康警告ラベルがないことが多い

無煙たばこ製品が広く使われている国では、これらの製品に警告ラベルを直接貼付すれば、たばこの使用者に重要な健康情報を提供できるだろう。

126カ国の健康警告法には無煙たばこ製品が含まれており、無煙たばこ製品と明示されているか、全てのたばこ製品として包括的に言及されているかどちらかである。

これらの国の多くは、無煙たばこ製品に対して紙巻たばこ製品と同じような優良事例の特徴を備えた警告ラベルを義務付けていない。無煙たばこの警告に関して、包装の40%以上を覆う警告ラベルをつける

など、最高水準の規則を取り入れている国はわずか7カ国(チリ、エジプト、イラン、メキシコ、パナマ、ペルー、ウルグアイ)しかない。

この126カ国の無煙たばこ法に最もよく見られた2つの特徴は、警告はそれぞれの箱と外側の包装に表示しなければならないことと、その国の主言語で表記しなければならないということである。特徴の中で法制化されることが最も少なかったのは、警告に写真または絵表示を含めなければならないということである。

東南アジア地域(SEAR)では、無煙たばこ製品が広く用いられており、11カ国のうち7カ国が今回の報告書のために無煙たばこの使用について報告している。しかしそ

のうち、無煙たばこの包装に健康警告表示を義務付けているのは6カ国だけ(ブータン、朝鮮民主主義人民共和国、インド、モルジブ、ネパール、スリランカ)だった。現在、東南アジア諸国の中で、無煙たばこ製品に最も厳しい水準の健康警告を表示している国はひとつもない。



反たばこマスメディア・キャンペーン

世界人口の28%近くが、効果的な反たばこマスメディア・キャンペーンの対象となっている

この報告書では、反たばこマスメディア・キャンペーンの評価を初めて行った。現在、次のような適切な特徴を全て備えた全国的なメディア・キャンペーンを行ったことがある国は23カ国（合計人口19億以上、世界人口の28%）に上る。

- キャンペーンは政府の包括的なたばこ規制プログラムの一部である。
- キャンペーンはメディア・プランニング戦略を利用している。
- キャンペーンのメッセージと素材を作るために調査を実施した。
- キャンペーン素材は使用前にテストした。

- キャンペーンの実施中に監視を行い、素材が計画通り用いられていることを確かめた。
- キャンペーンの評価を行い、影響を測定した。
- キャンペーンの補助として無料掲載メディアを使用した。

この他に30カ国が上記の7つの特徴のうち5つ以上を備えたキャンペーンを実施した。

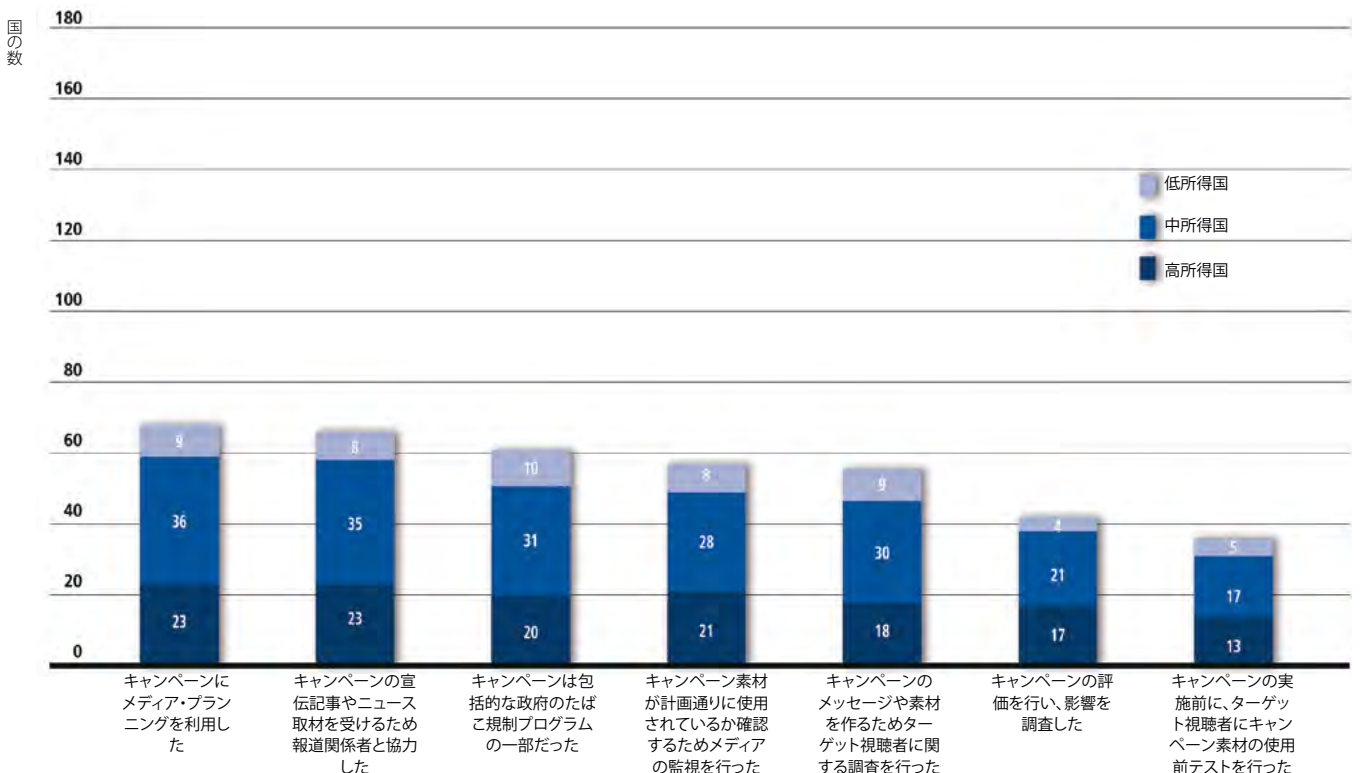
高所得国はメディア・キャンペーン実施に必要な資金を持つと推測され、これらの特徴の大半を備えたキャンペーンを実施できる可能性が最も高い。しかし低・中所得国の多くも、これらの特徴の大半または全てを備えた効果的なキャンペーンを行ったことがある。しかし調査期間中

（2009年1月から2010年8月まで）は、データを報告した全ての国の半分以上が、全国的なメディア・キャンペーンを全く行っていなかった。

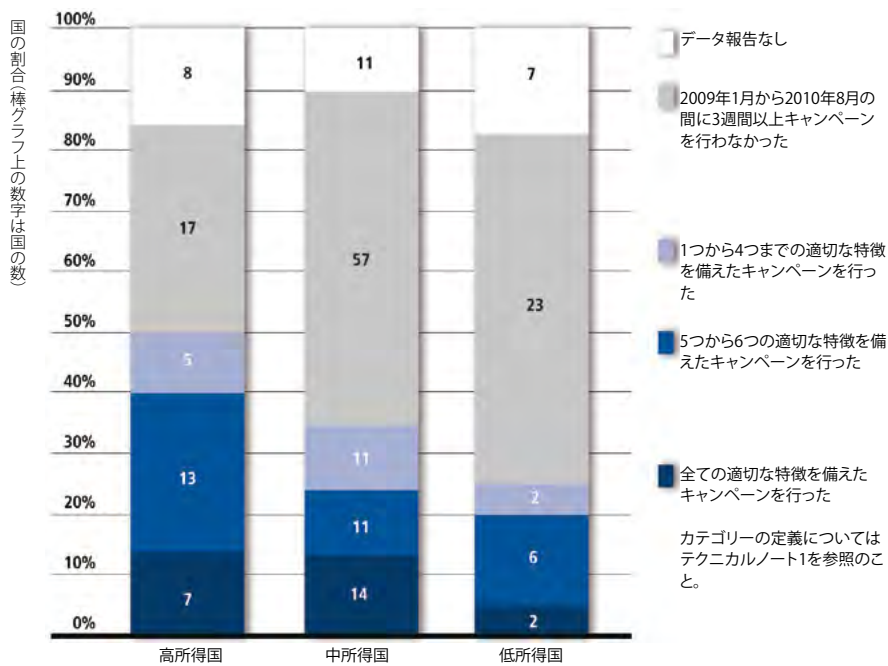
3分の1以上の国で、主要な特徴をいくつか備えた全国的な反たばこマスメディア・キャンペーンを実施したことがある

この報告書のキャンペーン報告評価7項目のうち、最も多く実施されていたのは、メディア・プランニング戦略を使ったキャンペーンだった。メディア・プランニングは、キャンペーンの影響力が最も大きい時間と場所で人々がキャンペーンに接触できるようにするもので、キャンペーンの重要な要素である。

国内の所得層別マスメディア・キャンペーンの特徴



マスメディア・キャンペーン



**60余りの国々が、キャンペーンは包括的な全国たばこ規制プログラムの一環として行われたと報告している。
これはキャンペーンの効果を最大限にするための戦略である。**

反たばこマスメディア・キャンペーン—最も大きな成果を挙げた国々(2010年)



最も大きな成果を挙げた国: ブータン、カンボジア、キューバ、デンマーク、エジプト、ギリシア、インド、アイルランド、レバノン、マレーシア、モンゴル、モロッコ、オランダ、ニジェール、フィリピン、ロシア、サモア、セルビア、シンガポール、スウェーデン、トルコ、英国、ベトナム。

心強いことに60余りの国々が、キャンペーンは包括的な全国たばこ規制プログラムの一環として行われたと報告している。これはキャンペーンの効果を最大限にするための戦略である。この要素は低所得国で最も多く見られたキャンペーンの特徴で、キャンペーンを実施した10カ国全てが、包括的な全国たばこ規制プログラムの一環として行ったと報告している。

特徴の中で最も実施された数が少なかったのは、キャンペーンの影響の評価と、キャンペーン実施前の素材のテストである。

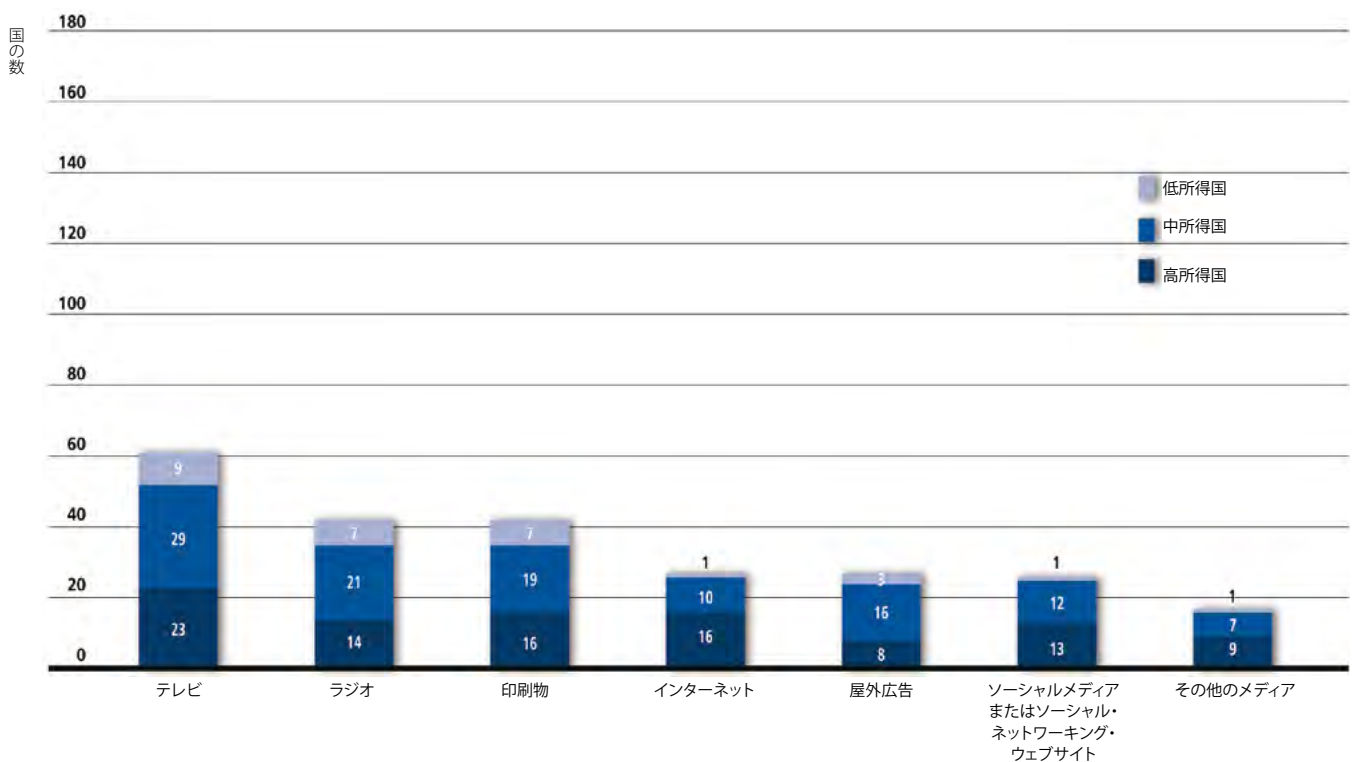
喫煙と二次喫煙の害に関する警告をキャンペーンの目標とするところが多い

48カ国にとって最も重要なキャンペーン目標は喫煙の害について警告することで、これは目的として最も多く言及されていた。二次喫煙の害についての警告もキャンペーン目標とした国が多く、35カ国が報告していた。低所得国の3分の2以上が、たばこの使用の危険性についての警告と二次喫煙の害についての警告を、キャンペーンの最大の目標としていた。これは重要である。なぜなら調査によると、低所得国では喫煙と二次喫煙が健康に与える害がよく理解されていないことが多く、教育を充実させることが必要だからである。

青少年のたばこの使用を阻止することも、キャンペーンの目標としていところが多く、35カ国から報告があった。一般的なキャンペーンのメッセージでも青少年の心に効果的に届くため、国全体にメッセージが届く強力なキャンペーンがあれば、青少年を特にターゲットとする必要はないかもしれない。

テレビ広告は反たばこマスメディア・キャンペーンに最もよく用いられるメディアである。

反たばこマスメディア・キャンペーンに用いられるメディア



放送メディアはキャンペーンに最もよく利用される

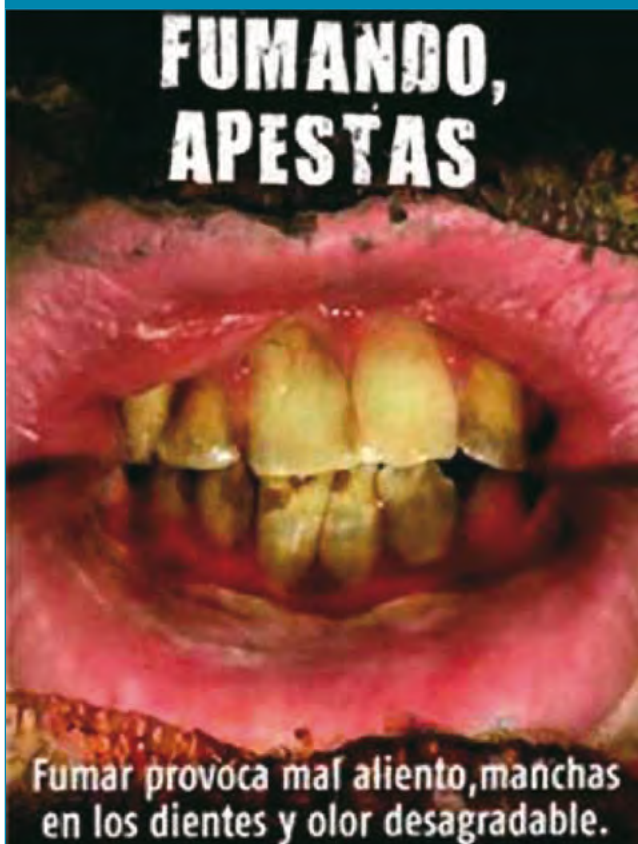
テレビ広告は反たばこマスメディア・キャンペーンに最もよく用いられるメディアで、61カ国が利用しており、ラジオも広く用いられている(42カ国)。放送メディアはメッセージの到達範囲が極めて広いため、その利用によって多くの人々に反たばこメッセージを提示できる。

印刷メディアも広く用いられており、42カ国が印刷広告をキャンペーンの一環として用いている。その他の対象者数が少ないメディアは利用度も少ない。そのうちいくつか(インターネットやソーシャルメディア)についてはさらに調査が必要である。これらの新しいメディア技術の利用は以前より普及しているため、反たばこキャンペーンに利用する国の数は今後増えることが予想される。

**合計19億以上の人々が住む23カ国で、
全国反たばこマスメディア・キャンペーンが実施された。**



ウルグアイ、WHO FCTC要件に従い、箱の大部分を占める写真付き警告ラベルを義務化



「たばこを吸う人は臭い。
喫煙は口臭、歯の汚れ、不快な臭いの原因になる。」

30年近く、紙巻たばこの箱に健康警告ラベルを表示することが義務付けられてきた。しかし最初のラベルはサイズが小さく、文章だけの警告で、包装の上に目立つように表示しておらず、「喫煙は健康に害を与えます」というような一般的なメッセージしか記していなかったため、迫力がなく効果がないと見なされていた。しかし2000年までに、ウルグアイの保健省は、より効果的なたばこ規制対策を実施するための対策に取り組み始めた。

その結果、2003年の健康警告は、「喫煙はがん、肺病、心臓病の原因になる恐れがあります」「妊娠中の喫煙は赤ちゃんに害を与えます」など、より直接的で具体的なメッセージを表示するように修正された。改善されたものの、警告のサイズはやはり小さく、目立つところに表示されず、写真も絵も使っていなかった。WHO FCTCを批准してから2005年までに、ウルグアイは警告ラベルのサイズを、包装の裏と表の主な表示面の半分を占めるように拡大したが、写真はまだ使われていなかった。

2005年3月、国内のたばこ規制政策が大幅に強化され、保健省によって正式な全国たばこ規制プログラムが策定された。その後数カ月間に、健康警告ラベルに写真が付け加えられ、「ライト」「ウルトラライト」「マイルド」などの誤解を招くような用語は禁止された。規制対策は2008年に一層強化され、WHO FCTC第11条に従い、1銘柄につき1つの表現だけを許可することになった。これは、たばこ製品の包装やラベルのデザイン、色、あるいはこのたばこ製品は他の製品より害が少ないという間違った印象を与える恐れのある標示など、虚偽や誤解を与えるような方法でたばこ製品の販売促進をしないようにするためである。2009年には警告ラベルのサイズが、箱の主要な表示面の80%を占めるまでに拡大された。世界成人たばこ調査によると、健康警告サイズが拡大したことで、ウルグアイの喫煙者の約半数が禁煙を検討中という結果が出ている。

ラベル規定の効果に対応して、たばこ企業は規制法を無効とするため国際仲裁を開始するという、相手側の意表を突く極めて攻撃的なやり方で規制法に異議を申し立てた。2010年初めに、国際たばこ企業は、ウルグアイがスイスとの二国間投資協定に違反したとして、世界銀行の国際投資紛争解決センターに仲裁請求を提出したと発表した。ウルグアイ政府は国際たばこ規制活動組織の助けを得て、同法を積極的に擁護している。

既に強力な健康警告ラベル要件を設定している国は、それをさらに強化できる。カナダは写真付きのラベルを義務付けた最初の国で、現在はそのラベルがたばこの箱の表と裏の50%を占めるように定めているが、ラベルのサイズをさらに箱の主な表示面の75%を占めるようにすることを提案している。ラベルの内容も、順に用いられる16種類の新しい写真付き健康警告と、色と写真を一新した8種類の新しい健康情報メッセージ、さらに新しい全国無料禁煙相談の電話番号とウェブポータルを付け加えた。写真付き健康警告の影響力を高めようとしているもうひとつの国はオーストラリアである。国会は2011年にたばこの統一包装を義務付ける法案を採択すると見られており、この法案が制定されると、オーストラリアでは2012年7月から世界初の統一包装が義務化されることになる。

ジブチ、情報を求める国民の声に答えて強烈な写真付き健康警告ラベルを実施

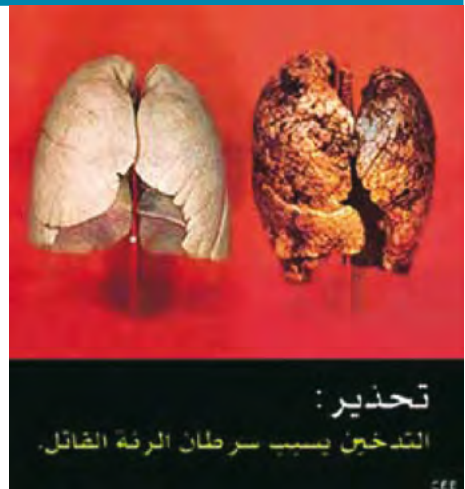
たばこが健康に与える害についての情報を求める声が高まる中、ジブチの保健省たばこ規制局は、高額な情報資料制作費用や大規模な教育・情報伝達活動の開始など、多くの課題を抱えていた。可能な限り少ない費用で健康情報を国民に直接提供し、WHO FCTCの要件も満たす方法として、ジブチ政府は強烈な健康警告ラベルをたばこの包装に表示することにした。

海外のたばこ規制専門家や国内組織の支援を得て、さまざまな警告ラベルの画像の事前テストが行われた。最終的には、喫煙者自身の健康への害と、二次喫煙により他者に及ぼす危険性を喫煙者に知らせるため、強烈な画像を表示した11種類のラベルが選ばれた。また、たばこ産業の反対を覆し、箱の表と裏の両面の50%における写真付きラベルの掲載と、両面の健康メッセージ表記を義務付けた。

この警告ラベルは2009年から実施され、しかも政府には何の負担も生じなかった。これらの新しいラベルの影響を監視した結果、ラベルの効果が実証された。1年もたたないうちに、箱の警告ラベルに「強烈な」画像を表示したたばこ製品の売上

は、「もっと穏やかな」画像を表示した製品の売上に比べて、大幅に減少した。その結果、ジブチは2012年から新シリーズとして、さらに強烈な画像のついた警告ラベルを表示することを提案している。水パイプの喫煙に用いるたばこ製品の健康警告ラベルには、現

在何の要件も定められていない。水パイプの使用が増加しているため、これらの製品の警告ラベルも強化する必要がある。



“SMOKING: Causes fatal lung cancer.”

モーリシャス、写真付きの大型警告ラベルを実施



FUMER CAUSE UNE MORT LENTE ET DOULOUREUSE

「喫煙の結果は長く苦しい死」

箱に写真付き健康警告表示を義務化した国となった。これらの警告は、箱の主な表示総面積の平均65%を占め、世界でも大きく、かつ目を引くものとなっている。

モーリシャスでは、たばこの使用が非感染疾病の蔓延の主因となっている。包括的たばこ規制5カ年計画の一環として、モーリシャスは2008年11月に新しいたばこ規則を制定し、アフリカの中で初めて、そして唯一、紙巻たばこの

写真付き健康警告は8種類を順に用いるようになっており、依存性、二次喫煙、健康への害をテーマとしたもので、他国の調査結果や優良事例体験をもとに選出した。これらの警告は事前にテストを行い、定性的手法を用いて、その妥当性、明瞭性、受容度、適切性、訴求性及び同国の多文化・多民族社会のニーズへの尊重を評価した。

評価により、新しい写真付き警告ラベルは、以前の文章だけの警告より大幅に効果が増大したことが分かった。喫煙者からは、新しい警告ラベルに気付いた、以前よりラベルに注目するようになった、警告ラベルのせいで不快感または警戒感を覚えるようになった、喫煙量を減らす可能性、または完全禁煙への意欲が高まったという報告が増えた。モーリシャスは人々の注意や関心を維持するために、今後も新しい写真付き健康警告ラベルシリーズを導入し、たばこの防止規制戦略の包括法案に沿った取り組みをしていくつもりである。

トルコ、反たばこ広告のためにラジオとテレビの無料放送時間拡大



İstanbul'da dumanlız hava sahası 19 Temmuz'dan itibaren genişliyor. İhtiyaç duyulan için 444 1016 benideyakma.com

「たばこに火をつけると、僕が病気になる」

トルコでは1996年から、ラジオ局とテレビ局に対して、反たばこ教育プログラムと広告のために、毎月最低90分間の無料放送時間を提供するよう義務付けている。しかしテレビチャンネルは普通、これらの広告を早朝または深夜に放送するため、反たばこメッセージを視聴できる人はわずかしかなかった。

2003年、トルコ国会保健委員会の委員長が、新しいたばこ規制法案の作成を開始した。この法案の中には、メッセージがもっと多くの成人に届くように、また子供たちに届く可能性を高めるように、日中から夜(8時から22時)の間に反たばこ教育プログラムを放送することを義務付けるという規定が盛り込まれた。さらに同法は、このメッセージを毎月少なくとも30分間、夕方のゴールデンタイム(17時から22時)に放送することも定めている。この時間帯は最も視聴率の高い番組枠である。

トルコではテレビやラジオのチャンネルが多いため、施行上いくつかの問題があったが、今では無料放送時間は効果的な反たばこ広告の事前テストに用いられている。他の国々は現在、無料放送時間を義務付けたトルコのたばこ規制法を、全国たばこ規制法案を作成する手本として検証している。

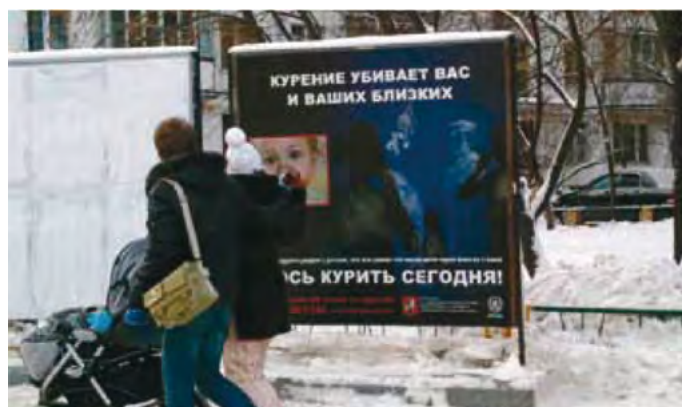
ロシアの主要地域では、強烈な反たばこ広告の実施が変化のきっかけに

ロシアの喫煙者は4,300万人で、その喫煙率は男性が60%、女性が20%と世界屈指の高さである。保健省は2010年後半まで、包括的なたばこ規制を義務付けてこなかったが、たばこ規制専門家は2008年初めから、強烈な反たばこ広告キャンペーンのための基礎固めを始めていた。

たばこ規制専門家は、全国たばこ規制プログラムを実施するよう政府に促す戦略の一環として、ロシアの主要地域を、メディア・キャンペーンを行うのに必要な人口規模、利用可能な資源、政治意志をもとに評価した。他国で効果があった広告素材を改定し、チュバシヤ、クラスノダルスク、モスクワ、サマラの地域行政府に技術支援を提供して、広告キャンペーンを放送した。

政府が乗り出したことで、大幅割引価格でのメディアバイイングが可能となり、無料掲載メディアも利用でき、キャンペーンのメッセージを広範囲に届けられた。例えばモスクワでは、17万5,000米ドルの広告費で、約250万米ドル相当のメディア露出効果を上げた。モスクワの調査結果を評価したところ、このキャンペーンによって人々は喫煙とその害について話すことが増え、喫煙者は禁煙を検討していることが分かった。これらのキャン

ペーンの成功によって、いくつかの地方自治体及び地域の政府も禁煙計画や禁煙法令を推進するようになり、2010年9月にはロシア政府が包括的な全国たばこ規制戦略を制定するに至った。



「喫煙はあなたと、あなたの愛する者の命を奪うー今すぐ禁煙を！」

インド政府、無煙たばこの危険性を強調する キャンペーンを放送

ChewOnThis.in

These are the images the tobacco industry doesn't want you to see.

Chew On This: Chewing Tobacco Kills

Mukesh Harane
Died 27th October 2009

Step one
Join the campaign to limit the devastating impact of tobacco.

First Name
Last Name
Email
Mobile

Join the Campaign!

Step two
Spread the word to your friends.

Men and women as young as 18 years of age have to get their voice boxes, sections of wind-pipes, cheeks and tongues surgically removed as a result of their tobacco use. You could save the life of a friend, or permanent scarring and suffering, by sharing this web site with as many people as possible. Help me get back to my job at the cancer ward, rather than dealing with these entirely preventable tobacco-caused diseases."
- Dr. Prashant Pawar, Head and Neck Cancer Surgeon, Tata Memorial Hospital

2009年11月から12月まで、11種類の現地語で、テレビとラジオで放送された。これには、たばこ関連のがんに罹患している患者の生々しい映像と、口腔がんの外科医が噛みたばこ使用者に見られる外見の損傷について説明するところを放映した。またこのキャンペーンでは、インド北東部の視聴者向けに改編したものを2010年初めに8週間放映した。キャンペーンの評価では、印象度、影響度ともに高い結果が出た。

無煙たばこ撲滅キャンペーンの第2段階は、2011年1月から3月まで、16言語でテレビとラジオで放送された。このキャンペーンでは、噛みたばこが原因の口腔がんが死亡した24歳の無煙たばこ使用者、ムケシュ・ハラネを取り上げたほか、無煙たばこの使用が原因で醜く変形

したりや致死のがんに苦しんでいるムンバイのタタ記念病院の患者たちを放映した。このキャンペーンに対しては多くの報道が行われ、国内の無煙たばこの流行についての事実を光を当てて一助となった。

厚生省とタタ記念病院は、無煙たばこ製品の危険性を提唱する基盤となるウェブサイト (<http://www.chewonthis.in>) を共同で作成し立ち上げた。無煙たばこの使用の害に関するテレビとラジオの広告を補完するため、携帯メールを使った画期的なモバイル技術も利用されている。



たばこの広告、販売促進、後援の禁止法を実施する

WHOたばこの規制に関する枠組条約は次のように記している。(1)第13条:…広告、販売促進及び後援の包括的な禁止がたばこ製品の消費を減少させるであろう…。締約国は…あらゆるたばこの広告、販売促進及び後援の包括的な禁止を行う。

包括的な禁止が必要

たばこ製品のマーケティングは、現在の喫煙者にもっと喫煙するよう促し、禁煙意欲を低下させ、青少年に喫煙の開始を促すものである。(143) たばこの広告、販売促進及び後援はたばこの使用を常態化させ、その害について人々を教育する取り組みを妨げる。(143) このような活動を全面禁止すれば、たばこ産業がまだたばこの使用を始めていない青少年や禁煙したいと考えている成人のたばこ使用者を対象にマーケティングを続けるのをやめさせられる。(143)

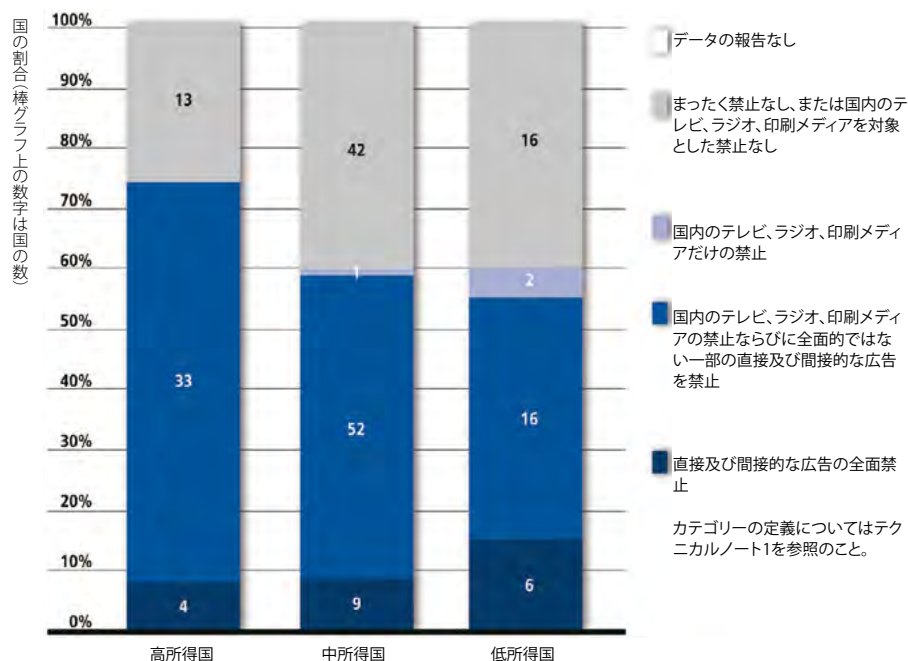
禁止は効果がある

直接的・間接的な広告はどちらも禁止しなければならない。(143) あらゆるたばこの広告、販売促進及び後援の包括的な禁止をすれば、他のたばこ規制介入がなくても(143)、たばこの消費を約7%減らすことができ、中には16%も消費が減った国もある。(143)

禁止は全面的かつ厳正に施行する必要がある

禁止は包括的でなければならない。部分的な禁止はほとんど、あるいはまったく効果がなく(143)、間接的な形のマーケティングはたいてい除外されている。(143) 自主規制も効果がない。たばこ産業は広告禁止の抜け穴を見つけようとするため、法案をしっかりと作成し、厳正に施行することが必要である。(143)

広告、販売促進及び後援の禁止



最近の成果と進捗状況

メディアにおけるたばこ産業の活動の精査が進めることで、広告禁止法の違反やWHO FCTCの遵守違反に焦点をあてられるようになり、またイベント後援についての世論を形成できるようになる。中国では、メディアによる否定的な報道と、中国の保健部門及びたばこ規制活動家からの提唱によって、2010年の上海万国博覧会などの注目度の高いいくつかのイベントにおけるたばこ企業の後援が取りやめになった(155)。2010年11月に広州で開かれた第16回アジア大会は、このような否定的な世論を避けるため、また中国のWHO FCTCに対する義務を尊重し、スポーツを通じて公衆衛生を推進するため、たばこ企業の後援やたばこ製品の広告、販売を含めて、最初から完全にたばこを排除して行われた(156)。

インドネシアでは、たばこ規制活動家がメディアと積極的な協力関係を結んだ。報道関係者へ働きかけた結果、アリシア・キーズ、ケリー・クラークソンなど人気歌手による注目度の高いコンサートなどのたばこ企業によるイベント後援の公表報道が行われ、批判的な世評によって後援は取りやめざるをえなくなった(157)。

あらゆるたばこの広告、販売促進及び後援の包括的な禁止をすれば、他のたばこ規制介入がなくても、たばこの消費を約7%減らすことができ、中には16%も消費が減った国もある。

たばこの広告、販売促進、後援の禁止法施行－最も大きな成果を挙げた国々(2010年)



最も大きな成果を挙げた国: チャド*、コロンビア*、ジブチ、エリトリア、イラン・イスラム共和国、ヨルダン、ケニア、クウェート、マダガスカル、モンテネグロ、ミャンマー、ニジェール、ノルウェー、パナマ、カタール、スーダン、シリア・アラブ共和国*、タイ、アラブ首長国連邦

*2008年12月31日以降新たに最高水準を達成した国

たばこの広告、販売促進、後援の包括的禁止はなかなか進まない

2008年から2010年までに、直接的、間接的な、あらゆる形態の広告を対象とした、たばこの広告、販売促進、後援の包括禁止法を新たに制定した国は3カ国(チャド、コロンビア、シリアアラブ共和国)だった。現在19カ国の4億2,500万人、世界人口の6%に当たる人々が、たばこ産業の宣伝戦術から十分に保護されており、2008年に比べると対象者は8,000万人増加している。

この19カ国のうち、低所得国は6カ国、高所得国は4カ国である。

国内のテレビ、ラジオ、印刷物のたばこ広告を禁止し、その他の直接的及び間接的な広告は全面的ではなく部分的に禁止した国は110カ国増えた。しかしこの禁止水準では、たばこの広告や宣伝から人々を守るのに不十分である。あとの74カ国(全体の38%)は、たばこの広告、販売促進、後援について全く規制がないか、最低限の規制しかない。

**禁止は包括的でなければならない。
部分的な禁止はほとんど、あるいはまったく効果がなく、
間接的なマーケティングはたいてい除外されている。**



Bangladesh のチッタゴン市、 強力な広告禁止条例を制定



禁止前



禁止後

人口400万のチッタゴン市は、Bangladesh 第2の都市である。この町には、市と緊密に協力にしてたばこ規制計画を進めようとする、たばこ規制支援組織の活動的なネットワークがある。2010年、この支援活動はチッタゴン市行政を支援し、紙巻たばこの銘柄の書かれたライターなど、代理広告やブランド拡張による間接的な広告も含め、あらゆるたばこの広告を禁じる条例の制定にこぎつけた。

現在 Bangladesh は全国的に広告板によるたばこの広告を禁じているが、この法律は間接広告、店頭広告、その他の販売促進活動を対象であると明示しておらず、全体的な施行状態

も最良であるとは言えない。チッタゴン市の条例は、広告板を使用したあらゆるたばこ広告を禁止し、法の施行の明確な仕組みを作り上げることで、全国的な法規制を拡大・強化するものである。

この条例の制定後、全てのたばこ広告の広告板がただちに撤去され、その後まもなく店頭広告などその他のあらゆる形態の広告も姿を消した。たばこ規制支援組織は、禁止条例を効果的に施行するため、市と協力を続けている。

現在19カ国の4億2,500万人、世界人口の6%に当たる人々が、たばこ産業の宣伝戦術から十分に保護されており、2008年に比べると対象者は8,000万人増加している。この19カ国のほとんどが低・中所得国である。

mpower たばこの課税を引き上げる

WHOたばこの規制に関する枠組条約は次のように記している。(1)第6条:価格及び課税に関する措置が…たばこの消費を減少させることに関する効果的及び重要な手段である…。[各締約国は]…措置を採択…すべきである。その措置には、次のことが含まれる。…たばこの消費の減少を目指す保健上の目的に寄与するため、たばこ製品に対する課税政策及び…価格政策を実施する…。第15条:たばこ製品のあらゆる形態の不法取引(密輸、不法な製造及び偽造を含む。)をなくすること…が、たばこの規制の不可欠な要素である…。

増税はたばこの使用を減らす最善の方法

増税によってたばこの価格を引き上げることは、たばこの使用を減らし、喫煙者に喫煙を促す最も効果的な介入である。(143) 青少年が喫煙を始めないように

し、貧困層のたばこの使用を減らす上で、増税は特に効果がある。(143) 小売価格をそれぞれ10%引き上げると、高所得国での消費量は約4%、低・中所得国では最大で8%減少し、喫煙率はそれぞれ約2%と約4%程度減少する。(14)

増税は歳入増加につながる

たばこ税は一般に広く受け入れられており、多くの喫煙者も支持している。これはほとんどの人がたばこの使用が有害であることを知っているからである。(143) 増税によって政府の歳入は増え、それをたばこ規制やその他の重要な保健や社会のプログラムに用いることができる。税収をこのように配分すれば、増税に対する国民の支持をさらに高められる(143)。

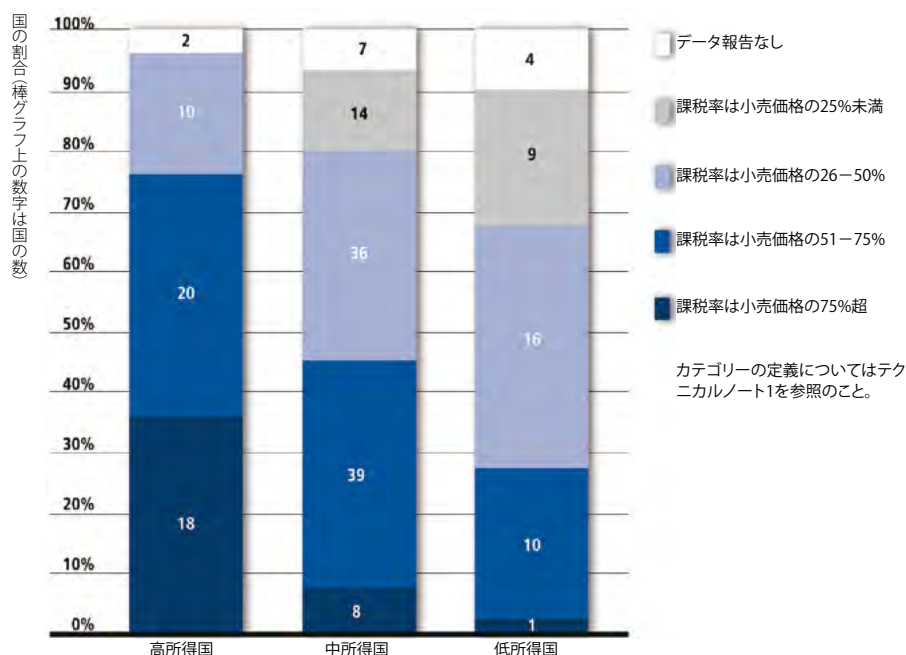
強力な税務管理がコンプライアンスを改善する

増税したからといって、必ずしも密輸が増加するわけではない。密輸の決定因子としては課税率の違いよりグッド・ガバナンス(良い統治)のほうが重要性が高い。(143) 各国は税務管理と税関管理能力を強化すべきであり、特に密輸や脱税が多いところではこの強化が重要である。(14)

課税はインフレと所得に歩調を合わせなければならない

インフレと所得増加と購買力の複合効果を相殺するため、定期的に増税の必要がある(143)。紙巻たばこ製品の実質価格の上昇速度が消費者の購買力の上昇ほど速くない限り、たばこは比較的手ごろな価格になってしまい、消費は増える(14)。

紙巻たばこ製品への課税



最近の成果と進捗状況

各国のたばこの課税と価格の引き上げを支援するため、WHOは外部の専門家と協議の上、全ての国が使用できる「たばこの課税管理に関する技術マニュアル」(158)を作成し、現在はさまざまな地域で、財務省関係者や国家財政の技術専門家向けにたばこの課税に関するトレーニング・ワークショップを開いている。

WHO FCTC締約国会議第4回会合で、WHO FCTC第6条(たばこの需要を減少させるための価格及び課税に関する措置)の実施のための指針作成作業部会が設置された(159)。またCOPでは、政府間交渉機関にたばこの非合法取引をなくすための議定書案を作成することを命じ、COPは2012年にその承認に向けた協議を行うこととした。

**増税によってたばこの価格を引き上げることは、
たばこの使用を減らし、喫煙者に禁煙を促す
最も効果的な介入である。**

たばこの課税引き上げ—最も大きな成果を挙げた国々(2010年)



最も大きな成果を挙げた国: アルゼンチン*、ベルギー、ブルガリア、チリ、クック諸島、チェコ共和国、エストニア、フィンランド、フランス、ギリシア*、ハンガリー*、アイルランド、イスラエル*、イタリア*、ラトビア*、リトアニア*、マダガスカル*、マルタ、ポーランド、ポルトガル、ルーマニア*、スロバキア、スロベニア*、スペイン、トルコ*、英国、ヨルダン西岸及びガザ地区*

*2008年12月31日以降新たに最高水準を達成した国

課税とたばこ価格の値上げの歩調が合っていない国もある

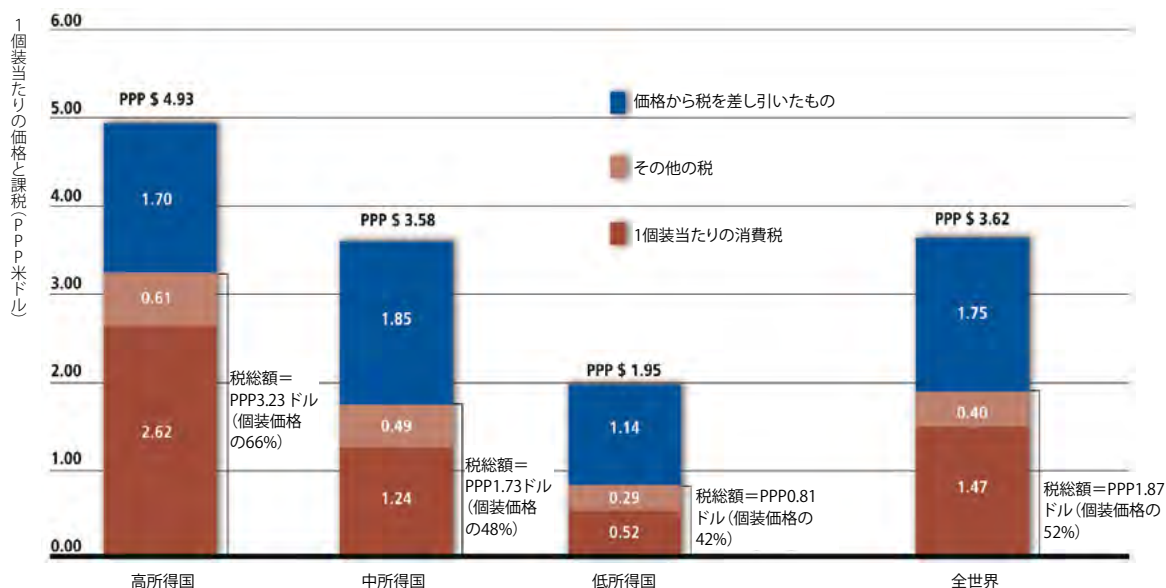
現在、26カ国と1つの地域で、たばこの課税率が小売価格の75%を上回っている。2008年以降、11カ国と1つの地域(アルゼンチン、ギリシア、ハンガリー、イスラエル、イタリア、ラトビア、リトアニア、マダガスカル、ルーマニア、スロベニア、トルコ、ヨルダン西岸とガザ地区)で、小売価格の75%を上回るようにたばこの課税が引き上げられた。しかし2008年にその水準のたばこ税を課していた6カ国は、2010年までに小売価格に占めるたばこの課税の割合が

75%の基準値より低くなった。これは必ずしも税率の引き下げによるのではなく、値上りしても税率(主に特定の税額に定められている場合)が上がらなかったためである。また、以前この水準の課税を報告していた2カ国(キューバとフィジー)からは、2010年の課税データの報告がなかった。この結果、現在推奨税率の75%を課税している国と地域は4カ所の純増となり、2008年以降新たに最高水準の課税で保護された人が1億1,500万人増え、合計で世界人口の8%に当たる5億3,900万人を上回った。

高所得国は小売価格の75%を上回るような十分に高い税率を課す傾向が高い。その基準値が50%になってもやはり同じことがいえる。しかし現在小売価格の75%の税率を課している国は低所得国ではわずか1国、中所得国でも全体の10%未満しかない。

2008年以降、11カ国と1つの地域で、小売価格の75%を上回るようにたばこ税が引き上げられた。

平均小売価格と課税



注: 各国の購買力の違いを明らかにするため、価格は購買力平価 (PPP) で調整したドルまたは国際ドルで表されている。高所得国45カ国、中所得国89カ国、低所得国33カ国の、最もよく売れた銘柄の価格、消費税、その他の税及びPPP換算要因をもとに算出。

エジプト、たばこ消費税を改正・増加し、増収分を保健プログラムの資金に割当て

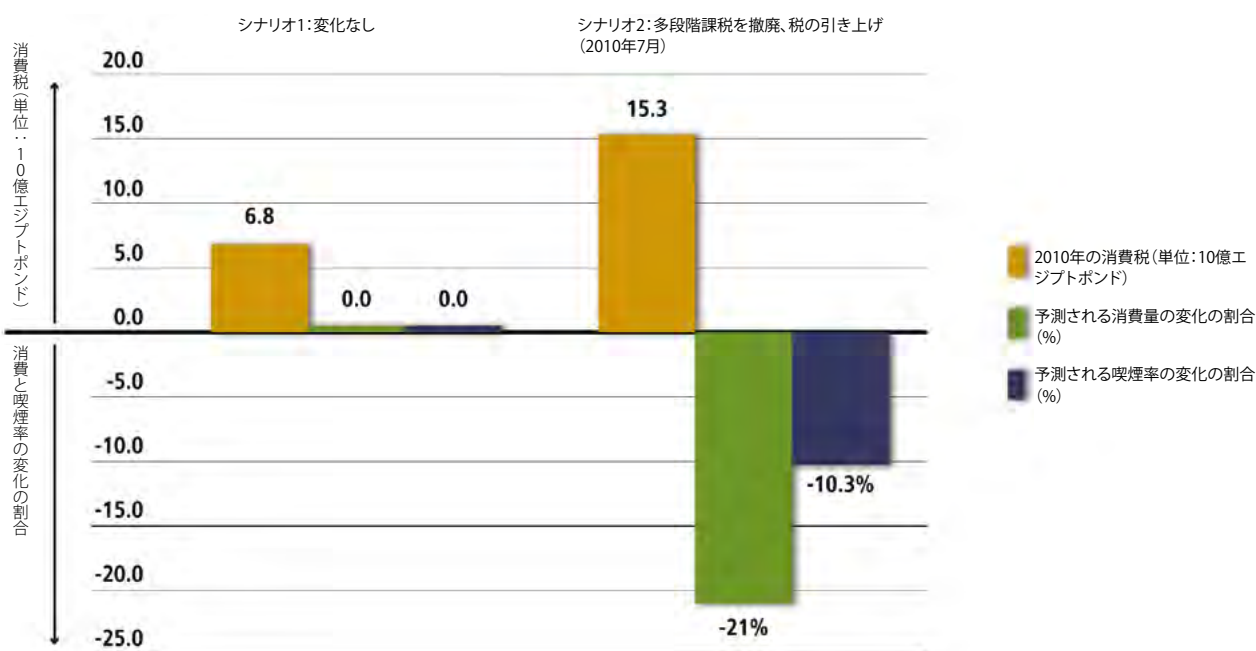
2010年7月、エジプトの財務省は、課税回避を減らし、歳入を増やし、たばこの消費の削減によって公衆衛生の改善をはかるため、たばこ製品の税制を改正した。政府は多段階課税を撤廃し、価格にもとづく8種類の税率と、一律で紙巻たばこ1個装当たり40%の従価税と1.25エジプトポンド(約0.20USドル)の単一特別税を課すこととした。葉たばこの課税率も100%引き上げられた。

新税制では、紙巻たばこ1個装当たりの税総額は平均で87%増加した。これによって平均小売価格は約44%値上がりした。このような増税による紙巻たばこの値上げで、紙巻たばこの消費を21%、喫煙率を10%余り減らせると予想され、それに

よって成人喫煙者の数を89万3,000人減らし、約20万8,000人の若年層の死亡を予防できる。

エジプトのたばこへの増税決定に関しては、医療システムを改正し、健康保険の対象を広げるため、さらなる資金を確保しようとする政府の動きもひとつの要因となった。(160) たばこの消費を減らし、医療に使うための資金を増やすという2つの目標を目指したエジプトのアプローチは、他国にも貴重な教訓となるだろう。

税制の簡素化によるたばこ税の引き上げによって、歳入は2倍に、消費は5分の1に、喫煙率は10%以上減ると予測される



注記: 多段階課税と、2) 2010年7月に実施された政策とでは、税制(多段階課税を廃止)が変化し、消費税率が引き上げられた。シナリオ2では、消費税歳入が2倍以上に増えた。また価格が値上がりし、紙巻たばこの消費と喫煙者数が大きく減少した。

たばこのない世界というビジョンを実現するには国の行動が不可欠

WHOたばこの規制に関する枠組条約は次のように記している。(1) 第5条: 締約国は…多くの部門における包括的な自国の戦略、計画及びプログラムであってたばこの規制のためのものを策定し、実施し、並びに定期的に更新し及び検討する。…(そして)たばこ規制のための国内における調整の仕組み又は中央連絡先を確立し又は強化し、およびこれらに資金を供与すること。また、WHO FCTC第26条2項には、締約国は、この条約の目的を達成するための国内の活動に関して資金上の支援を提供すると記されている。(1)

全国プログラムはたばこ規制の取り組みを進めるために必要

たばこの流行を抑制し、たばこの使用を削減するためには、効果的で持続可能な国内たばこ規制プログラム(NTCP)を実施す

る国の能力を増強することが不可欠である。(143) 保健省が中心となってNTCPのための戦略計画を作成し、指導すべきである。(143) 政府組織の高層機関において国内調整機構を設置し、公的な権限を持ってたばこ規制のインフラを構築し、政策の実施を調整することが必要であろう。(14)

大国の場合、より効果的に全国で施策を実行するため、地方に権限を分権して、NTCPを柔軟に実施できるようにすべきである。(14) たばこ規制施策は地方自治体を実施しているところがほとんどなので、施策の成功は、地方の公衆衛生専門家と行政指導者が十分な資源と適切な権限を持っているかにかかっている。(14) たばこの流行度は社会の不平等を映し出すように、ほとんどの場合、所得、年齢、民族集団、性別により異なる。国内たばこ規制プログラムはたばこ消費削減を目的として

いるので、たばこの使用が極端に高いサブグループにまで政策やプログラムがきちんと届くよう見届けることが不可欠である。(161)

たばこ規制のための資金が不十分

各国政府はNTCPに全国レベル、または該当する場合は地方レベルの安定した資金源を提供しなければならない。(143) 各国政府がたばこ消費税として徴収する税額は年間約1,330億米ドルだが、たばこ規制対策費用合計は10億米ドルにも満たない。しかもこの97%は高所得国により拠出されている。高所得国の1人当たりの消費税は、たばこ規制対策費の約124倍である。(1人当たりの消費税が167.57米ドルであるのに対し、1人当たりのたばこ規



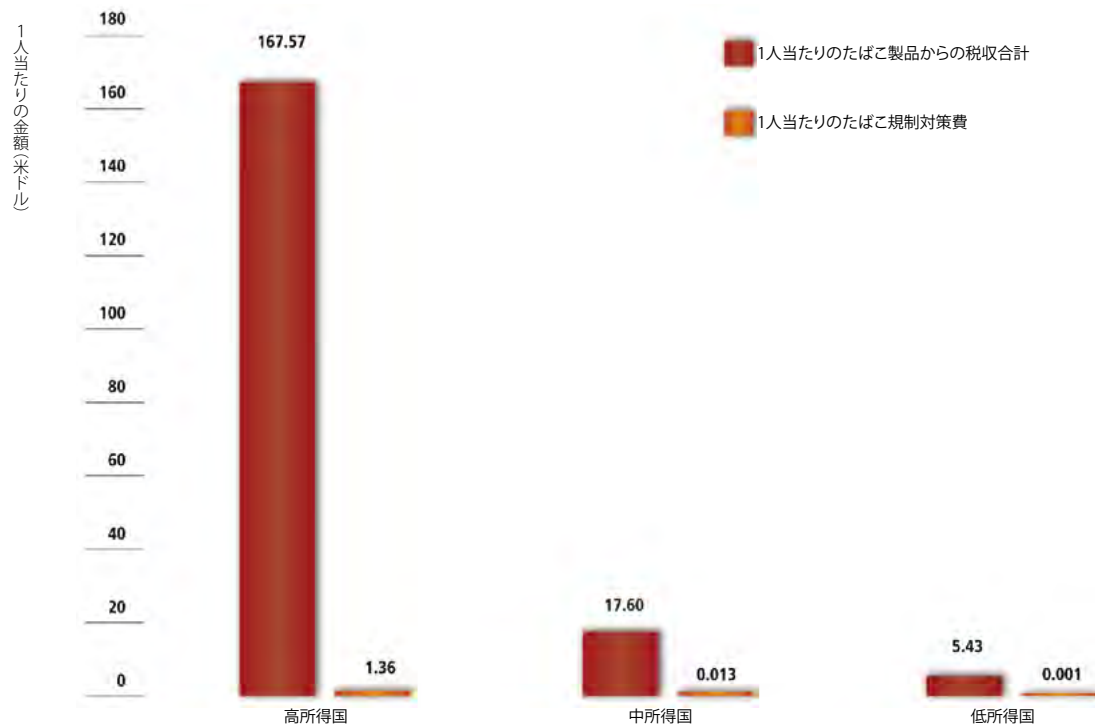
最近の成果と進捗状況

ロシアはWHO FCTC第5条に従い、2010–2015年たばこの使用に対する行動に関する国家政策構想を採択した。これによって保健社会開発省内に正式なたばこ規制プログラムの機構が設立された。ここは、増税、広告禁止、禁煙場所、警告ラベル、禁煙支援サービスに関する規定及び反たばこマスメディア広告を含む一般啓蒙運動などのWHO FCTCの全要件に取り組むため、包括的な国内戦略を実施する責務を負っている。2015年ま

でのプログラムの具体的な目標として、たばこの使用率を10–15%減らすこと、二次喫煙にさらされる人数を半分に減らすことなどが定められている(162)。

各国政府がたばこ消費税として徴収する税額は年間約1,330億米ドルだが、たばこ規制対策費用合計は10億米ドルにも満たない。しかもこの97%は高所得国により拠出されている。

たばこ規制は資金不足



注: 51カ国の入手可能な2009年たばこ消費税データにもとづいて作成。これらの国々のたばこ規制対策費は2007年から2010年までに報告された数値をもとにインフレ調整をした推計値である。これらの国々の2009年の税収とはたばこ製品(または紙巻きたばこ製品)の消費税である。「WHO 2009年世界のたばこの流行に関する報告」とは異なり、ここで示した税収はたばこ製品にかかる全ての税ではなく消費税に関するものである。基準が厳密になったため2009年の報告書より調査国数は減少した。

制対策費は1.36米ドルである。) 中所得国では、消費税はたばこ規制対策費の1339倍となり、さらに低所得国では消費税はたばこ規制対策費の4304倍と、その差がさらに大きくなる。

資金不足は深刻な懸念材料である。ほとんどの国はNTCPを拡張し、強化するために十分な資金を持っているからだ(143)。たばこに対する課税をさらに引き上げることで、資金を増やすことが可能である。(143)

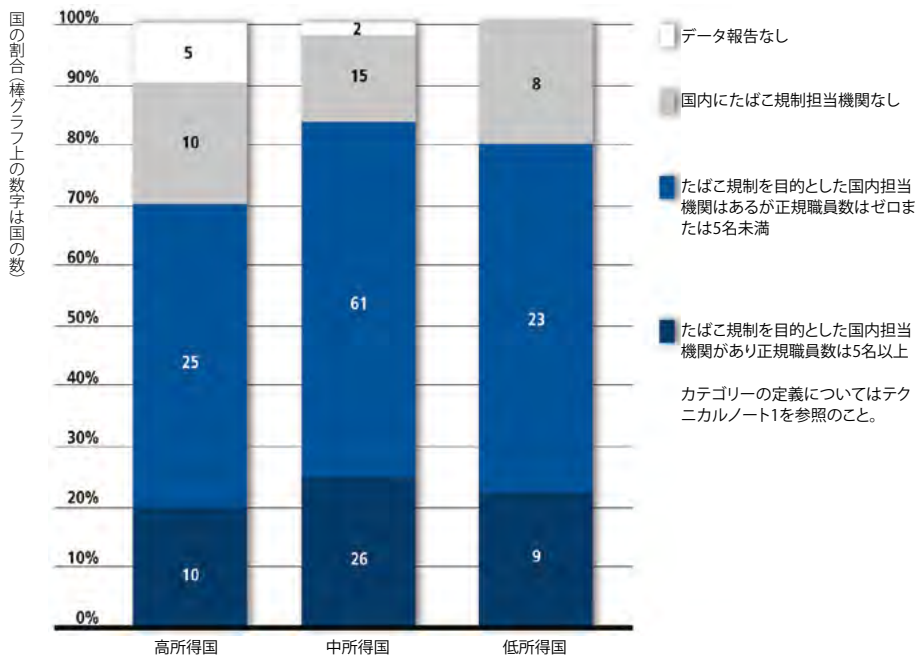
たばこ規制プログラムには十分な人材が必要

国と(該当する場合は)地方の両方のレベルでNTCPに正規の専門職員を配置できれば、あらゆるプログラムのイニシアチブの指導と管理をきわめて効果的に行える。(143) たばこ規制対策を実施し成功を収めるには、政府上層部の援助と技術専門家や企画実施の専門知識を持った人の支援も必要である。(14) たばこ規制のプログラムや戦略を策定している国は多いが、職員の数は今なお少ないのが現状である。

たばこ規制の取り組みには市民参加が不可欠

NTCPには、政府組織と市民社会のあらゆる団体からの後方支援と効果的な提携関係が必要となる。(143) 多くの非政府組織やその他市民団体は、国内外のたばこ規制の取り組みにこれまで多大な貢献をしており、今後の進展には引き続き関与が欠かせないものとなっている。(143)

国内たばこ規制プログラム



ほとんどの国には国内たばこ規制プログラムがあるが、多くの国では十分な職員がそろっていない

たばこ規制を目的とした国内担当機関のある国は少なくとも154カ国で、「WHO 2009年世界のたばこの流行に関する報告」で示された数値よりやや増えた。低・中所得国は高所得国よりこのような機関を備えているところが若干多い。しかし多

くの国ではこれらの機関に、たばこ規制対策の実施を適切に支援するために十分な数の職員を配置していない。正規職員数が5名以上の機関を備えた国は、高所得国では20%、中・低所得国では24%しかなく、前の調査期間とほとんど変わってなかった。過去2年間にプログラムの職員をこのレベルまで増員したのはわずか3カ国（ブルンジ、パキスタン、トルコ）しかない。30カ国以上が国内たばこ規制対策機関を備えていないか、またはWHO FCTC

条約の義務遂行に不可欠な基礎となるたばこ規制に関する国内目標を定めていないかどちらかである。

たばこの流行を抑制し、たばこの使用を削減するためには、効果的で持続可能な国内たばこ規制プログラム（NTCP）を実施する国の能力を増強することが不可欠である。

ベネズエラ、たばこ規制の政府間委員会を設置

ベネズエラ・ボリバル共和国は、WHO FCTCを批准する前から、同条約のたばこ規制対策の大半にすでに着手していた。ベネズエラの保健省は、条約の要件遵守を徹底するため、政府の全省庁間でたばこ規制プログラムの調整をはかる、たばこ規制のための政府間委員会を設置した。この委員会には教育省、環境省、内務司法省、外務省、国防省、労働社会保障省、経済金融省が参加するほか、国家関税税務行政統合サービス、国家反薬物局、ラファエル・ランゲル国家衛生研究所、予防・保健・労働安全保障研究所などの政府機関も加入している。

政府間委員会の設置は、ベネズエラが政府の全機関を挙げてたばこ規制を強力に支援している表れである。実用的な枠組には、監視や実施、課税や資金調達、禁煙支援、教育など各関係機関の責任が記され、全ての活動やプログラムの調整の仕組みが提示されている。また政府間委員会は、WHO、全米保健機構（PAHO）、アンディーナ保健機構（Oras-Conhu）、メルコスールなど、地域や国際的な機関とも協力関係にある。

たばこ規制対策を推進しようとする政府間委員会の取り組みは、たばこの広告や販売促進の禁止、紙巻たばこの箱に強力な印象を与える健康警告ラベルを表示するという要件、南米

で屈指のたばこ税率、密輸防止対策など、具体的な形となって表れている。今後のベネズエラのたばこ規制対策は更なる強化のために、同委員会の各参加機関が実施している活動の調整が継続されている。



保健社会保障省

結論

WHO FCTCは、毎年数百万人もの命を奪い、数千億ドルもの対策費を投じなければならぬ世界的なたばこの流行を阻止するため、これからも断固たる行動を取るという世界的なコミットメントを示すものである。世界人口の約87%を占める173カ国がWHO FCTCの締約国となり、効果的なたばこ規制対策を実施するという法的拘束力のある公約をしている。締約国は、WHO FCTCが提供するたばこ規制の手段を実施し、強制することで、たばこの消費を減らし、命を救う。

この「WHO 2011年世界のたばこの流行に関する報告」に示されたMPOWER政策の状況を見れば、政治構造や所得水準に関係なく、どの国でもたばこ消費削減に効果的なたばこ規制プログラムの実施が可能であることが分かる。

- 全体で世界人口の55%に当たる約38億人の人々に対して、最も効果的な政策が少なくとも1つ以上施行されている。また10億人以上の人々(世界人口の17%)に対しては、最も効果的な政策が少なくとも2つ以上施行されている。
- 2008年以降、全てのMPOWER政策の進展により、政府が最低1つのたばこ規制対策を全国規模で採択することで、保護される対象者数が新たに11億人以上増加した。MPOWERの政策のひとつで、今回の報告書で初めて評価を受けたマスメディア・キャンペーンは、23カ国で、19億人という膨大な数の人々を対象に実施され、2009年と2010年には優れた反たばこマスメディア・キャンペーンが放送された。
- 規制対策の対象人口から見て最も大きな成功を収めたのは、たばこ包装

の健康警告の分野であった。最も厳しい警告ラベルの表示を義務化する法を制定した国はさらに3カ国増え、4億5,800万人が新たに政策の恩恵を被ることとなった。

- 地方のマスメディア・キャンペーンの正式な評価は行われていないが、かなりの数の人が地方で行われた反たばこ広告を目にしたものと思われる。
- 公共の場と職場を全面禁煙とする国内禁煙法は新たに16カ国で制定され、3億8,500万人がその恩恵を被ることとなった。また地方の包括的禁煙法が制定されて、新たに1億人がその恩恵を被ることとなった。
- 包括的禁煙支援サービスを新たに1カ国が開始し、7,600万人がその恩恵を被ることとなった。



- たばこの広告、販売促進、後援の全面禁止法が新たに3カ国で制定された。3カ国の人口の合計は8,000万人である。
- 現在、たばこの推奨最低課税率を実施している国の住民は新たに1億1,500万人増えた。たばこの小売価格の75%という推奨最低課税率を実施しているのは26カ国と1地域である。
- 歳入となるたばこへの課税を実施している国では進歩が見られるものの、政府はたばこ規制活動に対して十分な資金供与を行っていない。政府はたばこ消費税として年間約1,330億米ドル近くを徴収しているが、たばこ規制対策費用は合計10億米ドル以下である。活動資金不足は中・低所得国で最も顕著である。

MPOWER政策が最高水準の成果達成に向けて進歩しているということは、WHO FCTCが成功を収めつつあるしるしである。またこのことは国レベルと世界レベルの両方で、たばこ規制を支持する政治的意志が存在していることを明らかに証明するもので、これらを活用すれば大きな効果を生みだせる。多くの国々はたばこ使用の流行への対抗活動において大きな進歩を見せている。これらの国々はこれらの対策を施行していない国に対して、行動の手本となりうるだろう。各国は効果的で持続可能なプログラムを実行するための財政手段と政治的なコミットメントを確保し、今後もたばこ規制対策を拡大強化する必要がある。

多くの国のたばこ規制は大幅に進歩したが、やらなければならない仕事はまだ残っている。既に収めた成功をさらに発展させ、世界の全ての人々がたばこの使用の害から十分に守られるようにしなければならない。

今後も進歩を続けていくことで、毎年何百万もの人々が予防可能なたばこ関連疾病によって死亡するのを防げる。また医療費や生産性の損失額は削減可能で、年間数千億ドルもの支出を抑えられる。これを確実に実現させられるかどうかは、私たちににかかっている。



References

1. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, World Health Organization, 2003 (updated 2004, 2005; http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf, accessed 12 April 2011).
2. Guidelines for implementation of Article 11 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control (Packaging and labelling of tobacco products). Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/fctc/guidelines/article_11.pdf, accessed 12 April 2011).
3. 2008–2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf>, accessed 12 April 2011).
4. Guidelines for implementation of Article 12 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control (Education, communication, training and public awareness). Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://www.who.int/fctc/guidelines/Decision.pdf>, accessed 12 April 2011).
5. Chapman S et al. Ensuring smokers are adequately informed: reflections on consumer rights, manufacturer responsibilities, and policy implications. *Tobacco Control*, 2005, 14(Suppl. 2):ii8–ii13.
6. Hammond D et al. Effectiveness of cigarette warning labels in informing smokers about the risks of smoking: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*, 2006, 15(Suppl. 3):iii19–iii25.
7. Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress. A report of the Surgeon General. Rockville, MD, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1989.
8. Siahpush M et al. Socioeconomic and country variations in knowledge of health risks of tobacco smoking and toxic constituents of smoke: results from the 2002 International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*, 2006, 15(Suppl. 3):iii65–iii70.
9. Tobacco: deadly in any form or disguise. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2006/Tfi_Rapport.pdf, accessed 12 April 2011).
10. Borland R et al. What happened to smokers' beliefs about light cigarettes when "light/mild" brand descriptors were banned in the UK? Findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*, 2008, 17:256–262.
11. Borland R et al. Use of and beliefs about light cigarettes in four countries. Findings from the International Tobacco Control Policy Evaluation Survey. *Nicotine & Tobacco Research*, 2004, 6(Suppl. 3):S311–S321.
12. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA, US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006 (<http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/report/index.html>, accessed 12 April 2011).
13. Romer D et al. The Catch-22 of Smoking and Quitting. In: Slovic P, ed. *Smoking – Risk, Perception, and Policy*. Thousand Oaks, CA, Sage, 2001.
14. MPOWER: a policy package to reverse the tobacco epidemic. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_english.pdf, accessed 12 April 2011).
15. Youth and tobacco: preventing tobacco use among young people. A report of the Surgeon General. Rockville, MD, US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994.
16. The role of the media in promoting and reducing tobacco use. Bethesda, MD, US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, 2008 (Tobacco Control Monograph No. 19; NIH Pub. No. 07-6242).
17. Wiehe SE et al. A systematic review of school-based smoking prevention trials with long-term follow-up. *Journal of Adolescent Health*, 2005, 36:162–169.
18. Thomas R, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006 (3)CD 001293.
19. Warner KE. The need for, and value of, a multi-level approach to disease prevention: the case for tobacco control. In: Smedley BD, Syme SL, eds. *Promoting health: intervention strategies from social and behavioral research*. Washington, DC, National Academies Press, 2000.
20. Difranza J et al. Cigarette package design: opportunities for disease prevention. *Tobacco Induced Diseases*, 2003, 1:97–109.
21. Freeman B et al. The case for the plain packaging of tobacco products. *Addiction*, 2008, 103:580–590.
22. Wakefield MA et al. How does increasingly plainer cigarette packaging influence adult smokers' perceptions about brand image? An experimental study. *Tobacco Control*, 2008, 17:416–421.
23. Borland R, Hill D. Initial impact of the new Australian tobacco health warnings on knowledge and beliefs. *Tobacco Control*, 1997, 6:317–325.
24. Borland R. Tobacco health warnings and smoking-related cognitions and behaviours. *Addiction*, 1997, 92:1427–1435.
25. Fathelrahman AI et al. Smokers' responses toward cigarette pack warning labels in predicting quit intention, stage of change, and self-efficacy. *Nicotine & Tobacco Research*, 2009, 11:248–253.
26. Opinião pública. 76% sao a favor que embalagens de cigarros tragam imagens que ilustram males provocados pelo fumo; 67% dos fumantes que viram as imagens afirmam terem sentido vontade de parar de fumar [76% are in favour of pictures on cigarette packs that illustrate the problems caused by smoking, 67% of smokers saw the pictures and say they made them want to stop smoking]. São Paulo, Datafolha Instituto de Pesquisas, 2002.
27. Thrasher JF et al. Smokers' reactions to cigarette package warnings with graphic imagery and with only text: a comparison between Mexico and Canada. *Salud Pública de México*, 2007, 49(Suppl. 2):S233–S240.
28. Borland R et al. Impact of graphic and text warnings on cigarette packs: findings from four countries over five years. *Tobacco Control*, 2009, 18:358–364.
29. Hammond D et al. Impact of the graphic Canadian warning labels on adult smoking behaviour. *Tobacco Control*, 2003, 12:391–395.
30. Hammond D et al. Tobacco denormalization and industry beliefs among smokers from four countries. *American Journal of Preventive Medicine*, 2006, 31:225–232.
31. Callery WE et al. The appeal of smokeless tobacco products among young Canadian smokers: the impact of pictorial health warnings and relative risk messages. *Nicotine & Tobacco Research*, 2011 (Epub ahead of print, 28 February).
32. Hammond D et al. Text and graphic warnings on cigarette packages: findings from the International Tobacco Control Four Country Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 2007, 32:202–209.
33. Nimbarte A et al. Comparison of current US and Canadian cigarette pack warnings. *International Quarterly of Community Health Education*, 2005, 24:3–27.
34. O'Hegarty M et al. Young adults' perceptions of cigarette warning labels in the United States and Canada. *Preventing Chronic Disease*, 2007, 4:A27.
35. O'Hegarty M et al. Reactions of young adult smokers to warning labels on cigarette packages. *American Journal of Preventive Medicine*, 2006, 30:467–473.
36. Peters E et al. The impact and acceptability of Canadian-style cigarette warning labels among US smokers and nonsmokers. *Nicotine & Tobacco Research*, 2007, 9:473–481.
37. Fong G et al. Effects of the Canadian graphic warning labels among high school students: a quasi-experimental longitudinal survey. Presentation at: The 2002 National Conference on Tobacco or Health, San Francisco, 20 November 2002 (http://ncth.confex.com/ncth/2002/techprogram/paper_6056.htm, accessed 12 April 2011).
38. Borland R et al. How reactions to cigarette packet health warnings influence quitting: findings from the ITC Four-Country survey. *Addiction*, 2009, 104:669–675.
39. Sobani Z et al. Graphic tobacco health warnings: which genre to choose? *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2010, 14:356–361.

40. Miller CL et al. Response of mass media, tobacco industry and smokers to the introduction of graphic cigarette pack warnings in Australia. *European Journal of Public Health*, 2009, 19:644–649.
41. Hammond D et al. The impact of cigarette warning labels and smoke-free bylaws on smoking cessation: evidence from former smokers. *Canadian Journal of Public Health*, 2004, 95:201–204.
42. Hammond D et al. Graphic Canadian cigarette warning labels and adverse outcomes: evidence from Canadian smokers. *American Journal of Public Health*, 2004, 94:1442–1445.
43. *Graphic health warnings on tobacco packaging inspire smokers to quit the habit*. Singapore, Health Promotion Board, 2004 (Press Release; http://hpb.gov.sg/hpb/default.asp?TEMPORARY_DOCUMENT=2982&TEMPORARY_TEMPLATE=2, accessed 12 April 2011).
44. *The International Tobacco Control Policy Evaluation Project: Thailand*. Waterloo, ON, The International Tobacco Control Policy Evaluation Project, 2010 (<http://www.itcproject.org/projects/thailand/thexecsummaryadults07pdf>, accessed 12 April 2011).
45. *Evaluation of new warnings on cigarette packages*. Toronto, Environics Research Group for the Canadian Cancer Society, 2003 (<http://www.cancer.ca/~/media/CCS/Canada%20wide/Files%20List/English%20files%20heading/pdf%20not%20in%20publications%20section/Environics%20study%20on%20cigarette%20warning%20labels%20-%20complete.ashx>, accessed 12 April 2011).
46. Wilson N et al. Long-term benefit of increasing the prominence of a quitline number on cigarette packaging: 3 years of Quitline call data. *New Zealand Medical Journal*, 2010, 123:109–111.
47. Vardavas CI et al. Adolescents' perceived effectiveness of the proposed European graphic tobacco warning labels. *European Journal of Public Health*, 2009, 19:212–217.
48. White V et al. Do graphic health warning labels have an impact on adolescents' smoking-related beliefs and behaviours? *Addiction*, 2008, 103:1562–1571.
49. *The International Tobacco Control Policy Evaluation Project: Thailand*. Waterloo, ON, The International Tobacco Control Policy Evaluation Project, 2010 (<http://www.itcproject.org/projects/thailand/thexecsummaryyouth07pdf>, accessed 12 April 2011).
50. Brown A, Moodie C. Adolescents' perceptions of tobacco control measures in the United Kingdom. *Health Promotion Practice*, 2010 (Epub ahead of print, 26 April).
51. Moodie C. Adolescents' response to text-only tobacco health warnings: results from the 2008 UK Youth Tobacco Policy Survey. *European Journal of Public Health*, 2010, 20:463–469.
52. Wade B et al. Cigarette pack warning labels in Russia: how graphic should they be? *European Journal of Public Health*, 2010 (Epub ahead of print, 21 July).
53. Abdullah AS. Predictors of women's attitudes toward World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control policies in urban China. *Journal of Women's Health*, 2010, 19:903–909.
54. Yang T. Attitudes and behavioral response toward key tobacco control measures from the FTC among Chinese urban residents. *BMC Public Health*, 2007, 7:248.
55. Wilson N et al. Distribution of new graphic warning labels: are tobacco companies following regulations? *Tobacco Induced Diseases*, 2009, 5:14.
56. Nakkash R, Khalil J. Health warning labelling practices on narghile (shisha, hookah) waterpipe tobacco products and related accessories. *Tobacco Control*, 2010, 19:235–239.
57. Roskin J et al. Canadian and English students' beliefs about waterpipe smoking: a qualitative study. *BMC Public Health*, 2009, 9:10.
58. Nakkash R et al. The tobacco industry's thwarting of marketing restrictions and health warnings in Lebanon. *Tobacco Control*, 2009, 18:310–316.
59. Oswal KC et al. Tobacco industry interference for pictorial warnings. *Indian Journal of Cancer*, 2010, 47(Suppl. 1):101–104.
60. Chapman S et al. "Avoid health warnings on all tobacco products for just as long as we can": a history of Australian tobacco industry efforts to avoid, delay and dilute health warnings on cigarettes. *Tobacco Control*, 2003, 12(Suppl. 3):iii13–iii22.
61. *Warning labels: countering industry arguments*. Washington, DC, Campaign for Tobacco-Free Kids, 2011 (http://www.tobaccofreecenter.org/files/pdfs/en/WL_industry_arguments_en.pdf, accessed 12 April 2011).
62. Davidson H. "Cheeky buggers": Big Tobacco aims to get smokers angry about taxes, bans. *Surry Hills, NSW, News Limited*, 1 April 2011 (<http://www.news.com.au/national/cheeky-buggers-big-tobacco-launch-campaign-against-anti-smoking-policies/story-e6frfkvr-1226031535298>, accessed 12 April 2011).
63. Brinn MP et al. Mass media interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010 (11):CD001006.
64. *Basic principles of media advocacy*. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/tobacco/policy/media/en>, accessed 12 April 2011).
65. *Applicability of the Fairness Doctrine to cigarette advertising*. Washington, DC, Federal Communications Commission, 1967 (32 Fed Reg 13162, 15 September 1967; <http://tobaccodocuments.org/rjr/501881916-1928.html>, accessed 12 April 2011).
66. Siegel M. Mass media antismoking campaigns: a powerful tool for health promotion. *Annals of Internal Medicine*, 1998, 129:128–132.
67. *Reducing tobacco use: a report of the Surgeon General*. Atlanta, GA, US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Centers for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2000.
68. Chan S. Health Dept. distributes matchbooks with grim alert. *The New York Times*, 22 Sept 2008:B3.
69. Ratcliffe J et al. Cost effectiveness of a mass media-led anti-smoking campaign in Scotland. *Tobacco Control*, 1997, 6:104–110.
70. *Best practices for comprehensive Tobacco Control Programs*. Atlanta, GA, US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2007 (http://www.cdc.gov/tobacco/stateandcommunity/best_practices/pdfs/2007/bestpractices_complete.pdf, accessed 12 April 2011).
71. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Decline in smoking prevalence – New York City, 2002–2006. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2007, 56:604–608.
72. Frieden TR et al. Adult tobacco use levels after intensive tobacco control measures: New York City, 2002–2003. *American Journal of Public Health* 2005; 95:1016–1023.
73. Thrasher JF et al. Evaluation of a social marketing campaign to support Mexico City's comprehensive smoke-free law. *American Journal of Public Health*, 2011, 101:328–335.
74. Alday J et al. Smoke-free São Paulo: a campaign evaluation and the case for sustained mass media investment. *Salud Pública de México*, 2010, 52(Suppl. 2):S216–S225.
75. Murukutla M et al. Results of a national mass media campaign in India to warn against the dangers of smokeless tobacco consumption. *Tobacco Control*, 2011 (e-pub ahead of print, 20 Apr).
76. Gilpin EA et al. *Tobacco control successes in California: a focus on young people. Results from the California Tobacco Surveys, 1990–2002. Final Report*. La Jolla, CA, University of California, San Diego, 2003.
77. Biener L et al. *Massachusetts Adult Tobacco Survey: tobacco use and attitudes after seven years of the Massachusetts Tobacco Control Program. Technical Report and Tables 1993–2000*. Boston, MA, University of Massachusetts, Center for Survey Research, 2001.
78. Durkin S, Wakefield M. Comparative responses to radio and television anti-smoking advertisements to encourage smoking cessation. *Health Promotion International*, 2010, 25:5–13.
79. McVey D, Stapleton J. Can anti-smoking television advertising affect smoking behaviour? Controlled trial of the Health Education Authority for England's anti-smoking TV campaign. *Tobacco Control*, 2000, 9:273–282.
80. Siegel M, Biener L. The impact of an antismoking media campaign on progression to established smoking: results of a longitudinal youth study. *American Journal of Public Health*, 2000, 90:380–386.
81. Bala M et al. Mass media interventions for smoking cessation in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, (1) CD004704.
82. Wakefield MA et al. Impact of tobacco control policies and mass media campaigns on monthly adult smoking prevalence. *American Journal of Public Health*, 2008, 98:1443–1450.

83. Farrelly MC et al. The influence of the national Truth campaign on smoking initiation. *American Journal of Preventive Medicine*, 2009, 36:379–384.
84. Farrelly MC et al. Evidence of a dose-response relationship between “truth” antismoking ads and youth smoking prevalence. *American Journal of Public Health*, 2005, 95:425–431.
85. Cotter T et al. Smokers respond to anti-tobacco mass media campaigns in NSW by calling the Quitline. *NSW Public Health Bulletin*, 2008, 19:68–71.
86. Hyland A et al. Anti-tobacco television advertising and indicators of smoking cessation in adults: a cohort study. *Health Education Research*, 2006, 21:348–354.
87. Farrelly MC. Sustaining “truth”: changes in youth tobacco attitudes and smoking intentions after 3 years of a national antismoking campaign. *Health Education Research*, 2009, 24:42–48.
88. Sly DF et al. Evidence of the dose effects of an antitobacco counteradvertising campaign. *Preventive Medicine*, 2002, 35:511–518.
89. Emery S et al. Televised state-sponsored antitobacco advertising and youth smoking beliefs and behavior in the United States, 1999–2000. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 2005, 159:639–645.
90. *The Global Adult Tobacco Survey*. Atlanta, GA, US Centers for Disease Control and Prevention, 2009 (<http://www.cdc.gov/tobacco/global/gats/introduction/index.htm>, accessed 19 April 2011).
91. Buller DB et al. Randomized trials on consider this, a tailored, internet-delivered smoking prevention program for adolescents. *Health and Education Behavior*, 2008, 35:260–281.
92. Abrams LC et al. iPhone apps for smoking cessation: a content analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 2011, 40:279–285.
93. Dunlop SM et al. The contribution of antismoking advertising to quitting: intra- and interpersonal processes. *Journal of Health Communication*, 2008, 13:250–266.
94. Leshner G et al. Scare ‘em or disgust ‘em: the effects of graphic health promotion messages. *Health Communication*, 2009, 24:447–458.
95. Davis KC et al. Exploring differences in smokers’ perceptions of the effectiveness of cessation media messages. *Tobacco Control*, 2010, 20: 26–33.
96. Wakefield M et al. Comparison of the National Tobacco Campaign with a youth targeted South Australian campaign. In: Hassard K, ed. *Australia’s National Tobacco Campaign: Evaluation report Volume one. Every cigarette is doing you damage*. Canberra, Commonwealth Department of Health and Aged Care, 1999; 255–268.
97. White VN et al. Do adult-focused anti-smoking campaigns have an impact on adolescents? The case of the Australian National Campaign. *Tobacco Control*, 2003, 12(Suppl. 2):ii23–ii29.
98. Dietz NA et al. The reach of a youth-oriented anti-tobacco media campaign on adult smokers. *Drug and Alcohol Dependence*, 2008, 93:180–184.
99. Vardavas CI et al. What defines an effective anti-tobacco TV advertisement? A pilot study among Greek adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2010, 7:78–88.
100. Sutfin EL et al. Adolescents’ responses to anti-tobacco advertising: exploring the role of adolescents’ smoking status and advertisement theme. *Journal of Health Communication*, 2008, 13:480–500.
101. Biener L. Anti-tobacco advertisements by Massachusetts and Philip Morris: what teenagers think. *Tobacco Control*, 2002, 11(Suppl. 2):ii43–ii46.
102. Goldman LK, Glantz SA. Evaluation of antismoking advertising campaigns. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 279:772–777.
103. Thrasher JF et al. Using anti-tobacco industry messages to prevent smoking among high-risk adolescents. *Health Education Research*, 2006, 21:325–337.
104. Biener L et al. How broadcast volume and emotional content affect youth recall of anti-tobacco advertising. *American Journal of Preventive Medicine*, 2008, 35:14–19.
105. Biener L et al. Adults’ response to Massachusetts anti-tobacco television advertisements: impact of viewer and advertisement characteristics. *Tobacco Control*, 2000, 9:401–407.
106. Biener L et al. Impact of smoking cessation aids and mass media among recent quitters. *American Journal of Preventive Medicine*, 2006, 30:217–224.
107. *Tobacco use among US racial/ethnic minority groups: a report of the Surgeon General*. Atlanta, GA, US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1998 (http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_1998/index.htm, accessed 12 April 2011).
108. Farrelly MC et al. Exploring the role of message sensation value in designing effective tobacco countermarketing advertisements. Paper presented at the World Conference on Tobacco OR Health, Helsinki, 2003.
109. Wakefield MR et al. Appraisal of antismoking advertising by youth at risk for regular smoking: a comparative study in the United States, Australia, and Britain. *Tobacco Control*, 2003, 12(Suppl. 2):ii82–ii86.
110. Terry-McElrath Y et al. The effect of antismoking advertisement executional characteristics on youth comprehension, appraisal, recall, and engagement. *Journal of Health Communication*, 2005, 10:124–143.
111. Czarnecki KD. Media campaign effectiveness in promoting a smoking-cessation program. *American Journal of Preventive Medicine*, 2010, 38(Suppl. 3):S333–S342.
112. Frieden TR et al. Public health in New York City, 2002–2007: confronting epidemics of the modern era. *International Journal of Epidemiology*, 2008, 37:966–977.
113. Siahpush M et al. Antismoking television advertising and socioeconomic variations in calls to Quitline. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2007, 61:298–301.
114. Cotter T et al. The case for recycling and adapting anti-tobacco mass media campaigns. *Tobacco Control*, 2010, 19:514–517.
115. Hamilton JL. The demand for cigarettes: advertising, the health scare, and the cigarette advertising ban. *Review of Economics and Statistics*, 1972, 54:401–411.
116. Warner KE. The effects of the anti-smoking campaign on cigarette consumption. *American Journal of Public Health*, 1977, 67:645–650.
117. Warner KE. Cigarette smoking in the 1970s: the impact of the antismoking campaign on consumption. *Science*, 1981, 211:729–731.
118. Hornik RC. Public health communication: making sense of contradictory evidence. In: Hornik RC, ed. *Public health communication: evidence for behavior change*. Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum, 2002:1–20.
119. McLeod J et al. On understanding and misunderstanding media effects. In: Curran J, Gurevitch M, eds. *Mass media and society*. London, Edward Arnold, 1991:235–266.
120. Schar E et al. *Tobacco use prevention media campaigns: lessons learned from youth in nine countries*. Atlanta, GA, US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.
121. Hersey JC et al. How state counter-industry campaigns help prime perceptions of tobacco industry practices to promote reductions in youth smoking. *Tobacco Control*, 2005, 14:377–383.
122. Niederdeppe J et al. Consequences of dramatic reductions in state tobacco control funds: Florida, 1998–2000. *Tobacco Control*, 2008, 17:205–210.
123. Dietz NA et al. Changes in youth cigarette use following the dismantling of an antitobacco media campaign in Florida. *Preventing Chronic Disease*, 2010, 7:A65.
124. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Effect of ending an antitobacco youth campaign on adolescent susceptibility to cigarette smoking – Minnesota, 2002–2003. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2004, 53:301–304.
125. Hafstad A et al. Provocative appeals in anti-smoking mass media campaigns targeting adolescents – the accumulated effect of multiple exposures. *Health Education Research*, 1997, 12:227–236.
126. *Tobacco control mass media resource*. New York, NY, World Lung Foundation, 2010 (<http://67.199.72.89/mmr/english/360mmrProcess.html>, accessed 12 April 2011).
127. Smith EA, Malone RE. Philip Morris’s health information web site appears responsible but undermines public health. *Public Health Nursing*, 2008, 25:554–564.
128. Sebrí EM, Glantz SA. Attempts to undermine tobacco control: tobacco industry “youth smoking prevention” programs to undermine meaningful tobacco control in Latin America. *American Journal of Public Health*, 2007, 97:1357–1367.
129. Wakefield M et al. Effect of televised, tobacco company-funded smoking prevention advertising on youth smoking-related beliefs, intentions, and behavior. *American Journal of Public Health*, 2006, 96:2154–2160.
130. Farrelly MC et al. Getting to the truth: evaluating national tobacco countermarketing campaigns. *American Journal of Public Health*, 2002, 92:901–907.
131. Henriksen LA et al. Industry-sponsored anti-smoking ads and adolescent reactance: test of a boomerang effect. *Tobacco Control*, 2006, 15:13–18.
132. Heaton C. Who’s afraid of the truth? *American Journal of Public Health*, 2001, 91:554–558.
133. *Guidelines for implementation of Article 5.3 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control (Protection of public health policies with respect to tobacco control from commercial and other vested interests of the tobacco industry)*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/fctc/guidelines/article_5_3/en/index.html, accessed 25 May 2011).

134. *Enforcing strong smokefree laws: the advocate's guide to enforcement strategies*. Atlanta, GA, American Cancer Society, 2006 (American Cancer Society/UICC Tobacco Control Strategy Planning Guide #4).
135. Wolfson M. *The fight against big tobacco: the movement, the state, and the public's health*. New York, NY, Aldine Transaction, 2001.
136. Chapman S, Dominello A. A strategy for increasing news media coverage of tobacco and health in Australia. *Health Promotion International*, 2001, 16:137–143.
137. Laugesen M, Meads C. Advertising, price, income and publicity effects on weekly cigarette sales in New Zealand supermarkets. *British Journal of Addiction*, 1991, 86:83–89.
138. Cummings KM et al. Impact of a newspaper mediated quit smoking program. *American Journal of Public Health*, 1987, 77:1452–1453.
139. Pierce JP, Gilpin EA. News media coverage of smoking and health is associated with changes in population rates of smoking cessation but not initiation. *Tobacco Control*, 2001, 10:145–153.
140. Smith KC et al. Relationship between newspaper coverage of tobacco issues and perceived smoking harm and smoking behaviour among American teens. *Tobacco Control*, 2008, 17:17–24.
141. McGoldrick DE, Boonn AV. Public policy to maximize tobacco cessation. *American Journal of Preventive Medicine*, 2010, 38(Suppl. 3):S327–S332.
142. *WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/tobacco/mpower/gtcr_download/en/index.html, accessed 12 April 2011).
143. *WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke-free environments*. Geneva, World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/en/index.html>, accessed 12 April 2011).
144. *Philippines (ages 13–15) Global Youth Tobacco Survey (GYTS) Fact Sheets*. Data retrieved from Global Tobacco Surveillance System Data (GTSSData). Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention (<http://apps.nccd.cdc.gov/GTSSData/Ancillary/DataReports.aspx?Option=1>, accessed 12 April 2011).
145. Miguel-Baquilod M. *Piloting of the Global Health Professionals Tobacco Survey (GHPS) among pharmacy school students in the Philippines*. Manila, Department of Health, 2005 (<http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/1A3DF538-0143-4B89-8488-C22008E9A1DE/0/PHLGHPS2005.pdf>, accessed 12 April 2011).
146. *2009 Philippines' Global Adult Tobacco Survey Country Report*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/tobacco/surveillance/2009_gats_report_philippines.pdf, accessed 12 April 2011).
147. *Guidelines for implementation of Article 8 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control (Protection from exposure to tobacco smoke)*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/fctc/guidelines/article_8/en/index.html, accessed 25 May 2011).
148. *Smoke-free air: the essential facts*. Washington, DC, Campaign for Tobacco-Free Kids, 2007 (http://tobaccofreecenter.org/files/pdfs/en/SF_facts_en.pdf, accessed 12 April 2011).
149. *Evaluating the effectiveness of smoke-free policies*. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2009 (IARC Handbooks of Cancer Prevention, Tobacco Control, Vol. 13: <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook13/index.php>, accessed 25 May 2011).
150. *How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease. A report of the Surgeon General*. Atlanta, GA, US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2010 (http://www.surgeongeneral.gov/library/tobaccosmoke/report/full_report.pdf, accessed 12 April 2011).
151. *Secondhand smoke exposure and cardiovascular effects: making sense of the evidence*. Washington, DC, Institute of Medicine, National Academies Press, 2009.
152. Viswanathan B et al. Impact of a smoking ban in public places: a rapid assessment in the Seychelles. *Tobacco Control*, 2011 (Epub ahead of print, 28 March).
153. *Guidelines for implementation of Article 14 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control (Demand reduction measures concerning tobacco dependence and cessation)*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/fctc/guidelines/article_14/en/index.html, accessed 25 May 2011).
154. Fiore MC et al. *Treating tobacco use and dependence*. Hyattsville, MD, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2008 (Clinical Practice Guideline. 2008 update).
155. Shanghai World Expo ditches 200-mln yuan tobacco sponsorship. Beijing, *People's Daily Online*, 22 July 2009 (<http://english.peopledaily.com.cn/90001/90776/90882/6707290.html>, accessed 12 April 2011).
156. *The 16th Asian Games to be tobacco-free*. Beijing, Chinese Olympic Committee, 2009 (http://en.olympic.cn/news/olympic_news/2009-11-20/1925365.html, accessed 12 April 2011).
157. *Kelly Clarkson dumps Indonesia tobacco sponsor*. New York, NY, Associated Press, 22 April 2010 (<http://www.cbsnews.com/stories/2010/04/22/entertainment/main6421011.shtml>, accessed 12 April 2011).
158. *WHO technical manual on tobacco tax administration*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/tobacco/publications/tax_administration/en/index.html, accessed 12 April 2011).
159. *Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control, fourth session. Decisions*. Geneva, WHO Framework Convention on Tobacco Control, 2010 (FCTC/COP/4/DIV/6; <http://www.who.int/fctc/copdecisionrevone.pdf>, accessed 12 April 2010).
160. *Increasing tobacco taxation revenue in Egypt*. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://www.emro.who.int/tfi/PDF/FactsheetEgypt2010.pdf>, accessed 12 April 2011).
161. David A, Esson K, Perucic A-M, Fitzpatrick C. Tobacco use: equity and social determinants. In: Blas E, Sivasankara Kurup A, eds. *Equity, Social Determinants and Public Health Programmes*. Geneva, World Health Organization, 2010.
162. *Concept of creation of a public policy on combating tobacco consumption from 2010–2015*. Moscow, Government of the Russian Federation, 23 September 2010 (http://www.tobaccofreecenter.org/files/pdfs/en/Russian_Concept_on_Tobacco_en.pdf, accessed 12 April 2011).



テクニカルノート

テクニカルノートI	既存の政策と施行の評価
テクニカルノートII	WHO加盟国における喫煙率
テクニカルノートIII	WHO加盟国におけるたばこの課税

付属書類

付属書類I	MPOWER政策の地域的なまとめ
付属書類II	紙巻たばこ包装の警告ラベル表示規則と全国反たばこ マスメディア・キャンペーン
付属書類III	たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約 (FCTC) の 現状
付属書類IV	世界のたばこ規制政策のデータ
付属書類V	国別プロフィール
付属書類VI	たばこの課税と価格のグラフ
付属書類VII	2009年の年齢調整済の推定喫煙率
付属書類VIII	各国から報告された喫煙率データ
付属書類IX	世界青少年たばこ調査のデータ
付属書類V	世界のたばこ規制政策データに関する地図

付属書類IVからXは本書115ページ付属のCD及び<http://www.who.int/tobacco/>から電子書式で閲覧可能。

テクニカルノート 1

既存の政策と施行の評価

2008年、2009年、そして2010年の「WHO世界のたばこの流行に関する報告」の一貫性を保ち、比較を可能にするため、データの収集と使用した分析方法は、基本的にはおおむね過去の報告書を踏襲している。改訂があったところは、以前の報告書のデータを再度分析し、どの年度でも結果が比較できるようにしている。このテクニカルノートでは、2010年の報告書で用いた方法を説明する。

出典

データは次の情報源を用いて収集した。

- 全地域について: WHO FCTC 締約国会議 (COP) の締約国から条約事務局¹を通じて提出された公式報告書。
- MIについて: COP報告制度に従って報告されていない喫煙率調査結果は、WHO世界インフォベース及び既存の文献を検索し、収集した。テクニカルノートIIに使用した方法が詳述されている。
- PとW (包装警告表示) 及びEについて: 下記の通り、全加盟国が採択した、禁煙環境、たばこの広告・販売促進・後援の包括的禁止、包装及びラベル政策に関連した最初のたばこ規制法案を注意深く見直した。
- W (マスメディア) について: 反たばこマスメディア・キャンペーンに関するデータは加盟国から入手した。不要なデータ収集をしないですむように、たばこフリー・イニシアチブにおいて、各国のWHO事務所で反たばこマスメディア・キャンペーンのスクリーニングを行った。マスメディア・キャンペーンを行うのに適切と特定された国では、それぞれの国の中央連絡先にこれらのキャンペーンに関する詳しい情報を問い合わせた。
- Rについて: 2010年7月時点で最も売れ行きの良い紙巻たばこ製品銘柄、最も安価な銘柄、及びマールポロの価格を、地元データ収集者を通じて収集した。紙巻たばこ製品 (東南アジア地域の一部の国についてはビーディ) の課税やたばこの課税による歳入に関する情報及びその他の関係書類を財務省庁を通じて収集した。用いた方法についてはテクニカルノートIIIで詳述している。

これらの情報源にもとづき、WHOは2010年12月31日現在、本報告書で用いられている131の各データを確認した。ただし、2010年11月に評価を行ったたばこ使用の調査、2010年7月に評価を行ったたばこ製品の価格と課税、2010年8月に評価を行った反たばこメディア・キャンペーンは除く。

データの妥当性

各国について、各データポイントを異なるWHO事務所の異なる2名の専門家、すなわち本部の専門家1名及び各地域事務所の専門家1名がそれぞれ独自に評価した。不一致が見つかった場合は、この2名のWHO専門職員と、まだ規制法の評価に参加していなかった3人目の専門職員が見直しを行い、(i) 規制法の原文をチェックし、(ii) データ収集に携わった2名の専門職員の意見の一致を得るように努め、(iii) それでも違いが残る場合は、3人目の専門家の決定をもって問題を解決した。データは、変数の完全性と論理的一貫性についてもチェックを行った。

データの承認

最終確認された各国のデータはそれぞれの政府に送られ、検討されて承認を受ける。政府が検討を円滑に行えるように、各国の要約版を作り、報告書のデータベースの締め切り前に検討できるように送付した。国内当局がこのデータについて明らかに承認しない場合は、特に付属書類の表に注記している。

データ処理手続きについての詳細は、WHOたばこフリー・イニシアチブで閲覧可能である。

データの分析

本報告書では評価手段、すなわち6つのMPOWER対策のそれぞれについて各国の成果を示す指数を示している。「WHO 2011年世界のたばこの流行に関する報告」のために作成された評価手段は、2009年の報告書のものと同じである。例外として、健康警告に関する指数は若干修正、改善したもので、反たばこマスメディア・キャンペーンに関する指数は今回新規に採用したものである。この2つの指標が本報告

書の中心的なトピックとなっている。ここで重要なのは、報告書のデータは既存の規制法をもとに作成し、規制法の採択状況を反映したもので、必ずしも実施状況とは一致していないということである。同法の発効日が明示され、法的な異議申し立てを受けていなければよい。

MPOWER政策を実施した国または人口の合計が、本書の分析で集散的に言及されている場合、これらの合計にはたばこ規制政策 (禁煙法、禁煙支援サービス、警告ラベル、反たばこマスメディア・キャンペーン、広告販売促進禁止法、たばこの課税) の実施のみが含まれている。たばこの使用の監視については別途報告されている。2008年以降に対象人口が変化した場合も、反たばこマスメディア・キャンペーンの実施データを除く、政策の実施データのみを含むものとした。なぜなら反たばこマスメディア・キャンペーンのデータは2010年に初めて収集されたので、2008年には比較可能なデータがないからである。

過去に発表されたデータの訂正

2009年版報告書のデータの見直しで、データポイントの約3%を訂正した。2009年の報告書発表時には規制法が制定されていたが、報告書の発行時点ではWHOがまだ入手していなかったことがほとんどの訂正の原因となっている。²このような訂正の結果、禁煙法については4カ国が、禁煙支援サービスについては1カ国が、広告・販売促進・後援の禁止については10カ国が、また税率については2カ国が、最上位グループから格下げとなった。

監視

報告書の各国の成果評価の記載箇所には、入手可能な最も新しい喫煙率調査データを示しており、次の情報を掲載している。

- 調査が最新のものであるかどうか
- 調査がその国の人口全体を表すものであるかどうか
- 成人、青少年、またはその両方を対象としているかどうか
- 調査が少なくとも5年ごとに繰り返されているかどうか (調査の周期性)

データが2005年以降に収集されたものであれば、その調査は最近のものと思なされる。サンプルが国内の人口全体を表すものであれば、調査は代表的であると見なされる。調査が少なくとも5年に1度行われるのであれば、調査は定期的であると見なされる。参加者が15歳より年上であれば、調査は「成人調査」と見なされる。全参加者が11歳から19歳までであれば、調査は「青少年調査」と見なされる。今年の報告書について、調査の周期性について収集した追加情報を反映するよう、指標を改定した。最上位のカテゴリーに入るための要件としては、成人と青少年の両方の最近の代表的なデータであることに加え、少なくとも5年に1度に調査を行うという周期性も含まれている。このため、先の報告書では最上位のカテゴリーに入っていた国（「最近の代表的なデータだけがある国」と定義）なのに、今回の報告書では最上位のカテゴリーに入っていないところもある。指標の分類は以下の通りである。

既知のデータなし、また最近の*データなし、または最近の*データも代表的な**データもどちらのデータもなし
成人または青少年のどちらかの最近の*代表的な**データ
成人及び青少年の両方の最近の*代表的な**データ
成人及び青少年の両方の最近の*、代表的**、かつ定期的な***データ

*2005年以降のデータ
**調査サンプルが全国人口を表している
***少なくとも5年に1回行っている

禁煙法

法律によってさまざまな場所や施設を禁煙にできる。禁煙法は全国または地方レベルで制定可能である。この報告書には、国内法及び地方自治体の条例に関するデータが含まれている。地方自治体の禁煙条例の評価には、国連地理情報作業部会(UNGIWG)が定めた第一次行政区分(国の第一次行政小区域)も含まれている。また、データ及び各条例が国の中央連絡先から提供されている場合は、他の地方自治体の禁煙条例の状況も報告されている。以下に示す場所のいずれの施設においても、常時、完全³な屋内禁煙環境が、国または地方自治体レベルで禁煙法令が定められているかどうかを確認するため、法令の評価を行った。

- ・ 医療施設
- ・ 大学以外の教育施設
- ・ 大学

- ・ 政府施設
- ・ 他のカテゴリーでは考慮されていない屋内の事務所や職場
- ・ レストラン及び主に食事だけを出す施設
- ・ パブやバー、主に飲み物だけを出す施設(アルコールのサービスが違法なところは適用外)
- ・ 公共交通機関

禁煙法指標のための分類は、喫煙が完全に禁止されている場所や施設の数をもとに行った。また、人口の少なくとも90%が、地方自治体の完全な屋内禁煙条例の対象となっている国は、最上位のカテゴリーに分類した。

いくつかの国では、レストランやバーなども含めた禁煙場所を大幅に増やすために、政策として、禁煙法の例外として指定喫煙室(DSR)の設置を認め、喫煙室の要件を技術的に非常に複雑で厳格なものにし、実施しようとする施設はほとんど、あるいはまったくなくにする必要があった。「非常に厳格な技術的要件」の基準を満たすため、禁煙法には以下の6つの特徴のうち少なくとも3つを含めなければならなかった(5番または6番の遵守は最低必須条件)。

指定された禁煙室は:

1. 閉じられた屋内環境でなければならない。
2. 自動ドアがあり、普通は閉じておかなければならない。
3. 非喫煙者が通行しない場所でなければならない。
4. 適切な換気機器を備えていなければならない。
5. 適切な設備と機能的な開口部があり、その部屋の排気が可能でなければならない。
6. 気圧は周りの区域を基準に、5パスカル以上に保たなければならない。

これらの基準を満たしている国は5カ国あるが、このセクションの分析対象にはされていない。なぜなら、これらの国の禁煙法はWHO FCTC第8条指針の勧告から大幅に逸脱しており、意図した通りDSRの設置数が非常に少ない結果になったという証拠を得るのが困難だったからである。禁煙法指標の分類は以下の通りである。

データ報告なし、またはカテゴリー分類なし
全面禁煙の公共の場が最大2カ所ある

全面禁煙の公共の場が3カ所から5カ所ある
全面禁煙の公共の場が6カ所から7カ所ある
全ての公共の場*が全面禁煙(または少なくとも人口の90%が地方自治体禁煙条例の対象となっている)

* パブやバーが違法とされる国では、このグループに分類されるためには7カ所の禁煙場所があればよい。

たばこ依存症の治療

禁煙相談は費用が安いにもかかわらず、このプログラムを実施している低・中所得国はごくわずかしかない。したがって最上位カテゴリーに入るためには、国内無料の禁煙電話相談も必要条件に含まれる。多くの低所得国の国家予算が厳しいことを考慮し、たばこ依存症治療の医療費控除は上位2つのカテゴリーだけの要件となる。上位3つのカテゴリーは、ニコチン置換療法や禁煙支援の利用に対する政府の努力の程度を反映している。たばこ依存症治療の指標の分類は以下の通りである。

データの報告なし
禁煙支援サービスなし
ニコチン置換療法(NRT)*またはその他禁煙支援サービス**あるいはその両方(どちらの費用も公費負担ではない)
NRT*またはその他禁煙支援サービス**あるいはその両方(少なくともひとつは公費負担)
全国禁煙電話相談及びNRT*とその他の禁煙支援サービス**のどちらも公費負担

* ニコチン置換療法
** 以下の場所のどこでも禁煙支援が利用可能:保健診療所またはその他の一次医療施設、病院、医療専門家のオフィス、地域社会

警告ラベル

本報告書のこのセクションでは、各国の健康警告表示についての成果の評価に注目し、紙巻たばこ製品の箱の警告について以下の情報について言及している。

- ・ 具体的な健康警告が義務付けられているか
- ・ 定められた警告の大きさが、紙巻たばこ製品の箱の表面と裏面の割合で示されているか

- 警告が個包装及び小売販売に用いられる外装とラベルにも表示されているか
- 警告にはたばこの使用が健康に及ぼす具体的な悪影響について説明されているか
- 警告は大きく明瞭で、見えやすく読みやすいか(例えば具体的な色、字体、大きさについて規定があるか)
- 警告は定期的に交換しているか
- 警告はその国の主言語(全て)で表記されているか
- 警告には写真または絵表示が含まれているか

紙巻たばこ製品の箱の表と裏の両方に占める警告の大きさの平均を出し、警告が占める箱の表面の全面積の割合を計算した。この情報を警告評価項目と組み合わせ、健康警告指標の分類を行った。

健康警告指標の分類は以下の通りである。

データ報告なし
警告なし、または警告が小さい ¹
警告の大きさが中型 ² でいくつかの ³ 適切な特徴 ⁴ が欠けている、または警告は大型 ⁵ だが多くの ⁶ 適切な特徴 ⁴ が欠けている ^{A4}
警告の大きさが中型 ² で適切な特徴 ⁴ が全て揃っている、または警告は大型 ⁵ だがいくつかの3適切な特徴 ⁴ が欠けている
大型の警告 ⁵ で適切な特徴 ⁴ が全て揃っている

¹ パッケージの表と裏の警告面の平均が30%未満

² パッケージの表と裏の警告面の平均が30%から49%の間
³ 1つ以上

⁴ 適切な特徴とは:

- 義務付けられた特定の健康警告である
- 個包装と小売販売用の全ての外装及びラベルに表示されている
- たばこの使用が健康に与える具体的な悪影響が説明されている
- 大きく明瞭で、見えやすく読みやすい(例えば具体的な色、字体、大きさについて規定がある)
- 定期的に交換している
- 写真または絵表示が含まれている
- その国の主言語(全て)で表記されている

⁵ パッケージの表と裏の警告面の平均が50%である
⁶ 4つ以上

反たばこマスメディア・キャンペーン

毎年多くの国で実施されている反たばこマスメディア・キャンペーンにはさまざまな種類がある。たばこの使用に対する態度を変え、喫煙の開始を抑制し、禁煙を促す可能性の高いマスメディア・キャンペーンについての報告に焦点を絞るため、本報告書では2009年1月から2010年8月までの期間、3週間以上全国で実施されたキャンペーンについて評価を行った。

対象となるキャンペーンの次のような特徴について評価を行った。

- 包括的たばこ規制プログラムの一環だったか
 - ターゲット視聴者を徹底的に理解するため、キャンペーン前に調査を実施または見直しを行ったか
 - 事前にターゲット視聴者にキャンペーンの情報伝達素材をテストし、キャンペーンの目的に合わせて改良したか
 - 放送時間(ラジオ、テレビ)や出稿(広告板、印刷広告など)は、その機関の内部資源、あるいは外部のメディアプランナーや代理店のいずれかを使って購入または確保したか(この情報は、キャンペーンがターゲット視聴者に効果的かつ効率的に情報を届けるために、徹底したメディアのプランニングとバイイングのプロセスを行っているかどうかを示すものである)
 - キャンペーンを行う代理店は、キャンペーンの宣伝記事やニュース取材を受けるため報道関係者と協力したか
 - キャンペーンがどれほど効果的に実施されたかを評価するため、プロセス評価を行ったか
 - キャンペーンの影響を評価するため、結果評価プロセスを実施したか
- マスメディア・キャンペーン指標の分類は以下の通りである。

データ報告なし
2009年1月から2010年8月の間に3週間以上のキャンペーンを行わなかった
適切な特徴を1つ以上4つ以下備えたキャンペーンを行った
適切な特徴を5つか6つ備えたキャンペーンを行った
全ての適切な特徴を備えたキャンペーンを行った

広告、販売促進、後援の禁止

たばこの広告、販売促進、広告の禁止における各国の成果は、その禁止法が次のような種類の広告を対象としているかどうかを基に評価した。

- 全国版のテレビとラジオ
- 地方の雑誌と新聞
- 広告板と屋外広告
- 店頭広告
- 郵送またはその他の方法によるたばこ製品の無料配布
- 販売促進割引
- たばこのブランド名が明らかに分かるたばこ以外の製品やサービス(ブランド拡張)

- 非たばこ製品のブランド名のたばこ製品への使用³
- テレビや映画でのたばこ製品の登場
- 後援イベント

最初の4つの禁止は「直接的な」広告の禁止と見なされ、残りの6つは「間接的な」禁止と見なされる。たばこの広告、販売促進、後援の全面禁止は通常、全国版のメディアにおける直接的な広告の禁止から始まり、間接的な広告、販売促進と後援の禁止へと進んでいく。全国版のテレビ、ラジオ、印刷メディアを対象とした禁止は最下位の2つのグループの基本的な基準であり、残りのグループは、禁止法が質問票に記載された直接・間接の禁止事項をどれほど包括的に網羅しているかをもとに構成されている。

広告、販売促進、後援の禁止法の指標の分類は以下の通りである。

データ報告なし
禁止法が全くない、あるいは禁止法が全国版のテレビ、ラジオ、印刷メディアを対象としていない ^a
全国版のテレビ、ラジオ、印刷メディアを対象とした禁止法
全国版のテレビ、ラジオ、印刷メディア、ならびに全面的ではなく部分的な直接的*または間接的**な広告を対象とした禁止法
全ての種類の直接的及び間接的な広告を対象とした禁止法

* 直接的な広告の禁止とは:

- 全国版のテレビとラジオ
- 地方の雑誌と新聞
- 広告板と屋外広告
- 店頭広告

** 間接的な広告の禁止とは:

- 郵送またはその他の方法によるたばこ製品の無料配布
- 販売促進割引
- たばこのブランド名が明らかに分かるたばこ以外の製品やサービス(ブランド拡張)
- 非たばこ製品のブランド名のたばこ製品への使用³
- テレビや映画でのたばこ製品の登場
- 後援イベント

たばこの課税

小売価格に占める税額の割合によって各国を分類している。評価の対象とした税金には、消費税、付加価値税(「VAT」と表記されることもある)、輸入税(輸入紙巻たばこ製品の場合)、その他の税金が含まれる。最も人気の高い紙巻たばこの銘柄の価格だけを対象としている。紙巻たばこの長さ、生産数量、または種類(フィルター付きかフィルターなしか、等)によってさまざまな課税が適用される国の場合、最も人気の高い銘柄に適用される税率を使って計算している。

国や、小売業者・卸売業者のブランドごと

の利益率に関する情報がないため、その利益はゼロと仮定している(国内データ収集者によって情報が提供されている場合は除く)。

たばこ税指標の分類は以下の通りである。詳しくはテクニカルノートIIIを参照のこと。

データ報告なし
税金は小売価格の25%以下
税金は小売価格の26-50%
税金は小売価格の51-75%
税金は小売価格の75%超

全国たばこ規制プログラム

各国の全国たばこ規制プログラムの分類は、たばこ規制を目的に関して責任がある国内担当機関の有無をもとに行っている。たばこ規制を目的とした国内担当機関に5名以上の正規職員を配置している国は、最上位グループの基準を満たすものとする。全国たばこ規制プログラム指標の分類は以下の通りである。

データ報告なし
国内にたばこ規制担当機関なし
たばこ規制を目的とした国内担当機関はあるが正規職員数はゼロまたは5名未満
たばこ規制を目的とした国内担当機関があり正規職員数は5名以上

コンプライアンス評価

5名までの国内専門家が全国禁煙法令及び包括的な地方自治体の禁煙法令と、広告、販売促進、後援の禁止(直接・間接的なマーケティングの両方を対象とする)の2分野におけるコンプライアンス状況を「低」「中」「高」で評価した。この5名の専門家は次の基準によって選出した。

- その国の保健省のたばこ対策担当者、あるいは政府のたばこ規制またはたばこ関連問題担当の最高責任者
- たばこ規制専門の著名な非政府組織の長
- たばこ関連疾病を専門とする医療専門家(医師、看護師、薬剤師、歯科医師)
- 大学の公衆衛生学部の職員
- 現地WHO事務所のたばこフリー・イニシアチブの中心担当者

これらの専門家はそれぞれ独自の評価を行った。5名の評価からWHOが総合点を計算した。計算では、非常によく実行された政策を2点、中程度に実行された政策を1点、最低限のことが実行された政策につい

ては0点とし、5名の合計が最低の場合は0点、最高は10点になるようにした。ここで得られたのは2010年6月30日までに制定された法律についてのコンプライアンス評価である。それ以降に法律を制定した国のコンプライアンス評価データは「適用なし」と報告している。

コンプライアンス評価手続きを短時間で終了するために、本報告書のコンプライアンス評価データはこれまでと異なる方法で収集した。本報告書では、可能なところでは、現地WHO事務所の職員が同じ専門家に直接連絡を取り、コンプライアンス評価を行うよう依頼した。それが可能でないところでは(以前の報告書には専門家を依頼しなかった、あるいは最初に依頼した専門家が見つからなかったなどの理由から)、該地域または国のWHO事務所が、上記と同じ選考基準で選んだ他の適切な専門家に連絡を取った。このような手順の変さらによって生じる本報告書のコンプライアンス評価の偏りを評価するため、前回の報告書から禁煙法や広告・販売促進・後援禁止法に変更のない国については、5名の専門家のコンプライアンス評価を比較した。適格国の4分の3のコンプライアンス評価が、前回の報告書とまったく同じかほとんど同じだった。これによって、コンプライアンス評価データを得る方法が違って、値は大幅に変わらないということが分かった。

各国が報告した回答は付属書類IXに記載されている。付属書類IIにはこの情報がまとめられている。コンプライアンス評価は別に示されている。(つまり、コンプライアンスはカテゴリー分類の計算には含まれていない。)

¹ 締約国は、第21条に則り、同条約の実施について報告している。報告の目的は、締約国が他国のWHO FCTCの実施経験から学べるようにするためである。締約国の報告書は、締約国会議が同条約実施の見直しを行う基盤にもなっている。締約国はその国でWHO FCTCが発効してから2年後に第1回報告書を提出し、その後はCOPが定めた報告手段によって3年ごとに提出する。2012年から全締約国は、2年に1度、同時に報告を行うことになっている。詳しくは<http://www.who.int/fctc/reporting/en/>を参照のこと。

² 詳しい分析により、以前の報告書では数カ国の情報の解釈に誤解があったことが分かった。本報告書では該当国の回答を訂正した。

³ 本報告書では例外なく喫煙が許されないことを意味する場合に「全面的な」という言葉を用いている。ただし住居や、長期的な住居施設と同種の機能を持つ屋内の場所、例えば刑務所や長期の医療施設や社会介護施設は除くものとする。換気装置及び指定の喫煙室や喫煙区域はどんな種類のものであっても、二次喫煙の害から人を保護することはできず、公共の場での全面禁煙を定めた法律だけが人を保護できる。

WHO加盟国の喫煙率

喫煙率の監視は、たばこ規制監視制度の中核である。信頼できる喫煙率データは、国が定めたたばこ規制行動の効果を評価するために必要な情報であり、たばこ規制活動家が、たばこの流行に対抗する取り組みにおいて利用できる。本報告書には、WHOがモデル化した喫煙率の推計値と、各国の報告による喫煙及び無煙たばこの使用のデータを掲載した。(付属書類VII参照)

たばこの推計使用率値の収集

テクニカルノートIで述べたように、本報告書のデータ収集プロセスは過去の2版の「世界的なたばこの流行に関するWHO報告書」から変更された。過去の報告書の情報は、加盟国が比較的最近に実施したたばこ調査について、詳細な質問票を送付して収集したものである。本報告書では、まず次の3つの情報を調査に使用した。(i) 締約国がWHO FCTC事務局に提出した報告書、及び(ii) 2005年以降に実施あるいは公式発表した最近の調査結果で、「WHOのSTEPwise調査法」チームが収集した情報(同チームはたばこを含む非感染疾患の8つのリスク要因に関する情報ポータル)のWHO世界インフォベースの担当でもある。<http://www.who.int/infobase> この上さらに広範な文献調査を行い、他の使用可能な情報を検索した。このプロセスにおいて、同じ情報に対して複数の情報源からのデータが多数見つかった。この場合は、次の4つの基準を満たす調査を優先するものとした。

- たばこの使用に関する4つの定義(常用喫煙者、現在喫煙者、紙巻たばこ常用喫煙者、紙巻たばこ現在喫煙者)の1つ以上について、国内調査の集計データを提供している。
- 調査対象者は無作為抽出されたもので、一般的な人口を代表するものである。
- 年齢と性別による喫煙率を表している。

- 15歳以上の成人人口を調査している。最近行った調査の公式の報告をWHOが入手していない場合は、加盟国に連絡を取った。

データは、たばこの喫煙に関する4つの指標について照合を行った。

- 現在及び常用的な喫煙率¹
- 現在及び常用的な紙巻たばこ喫煙率

これらの指標は、世界各国のたばこの喫煙状況を最も完全に表しているものである。世界のさまざまな地域で栽培、製造され、消費されるたばこ製品の種類は国によって異なるが、紙巻たばこ製品とその他のたばこの喫煙に関するデータは最も入手しやすいものであり、全ての国に共通であるため、統計分析が可能である²。

たばこの推定使用率の分析と発表

本報告書では使用率のデータを2つの形で表している。ひとつは直接各国から提出された粗率(付属書類VIII)、もうひとつはWHOが推計した、15歳以上の成人の年齢調整率である(付属書類VII)。共通の年(2009年)の紙巻たばこ製品とその他のたばこの喫煙のさまざまな指標の年齢調整済のデータを算定するため、WHOはまず各国から提出されたデータの調査方法の違いを調整した。すなわち年齢層、たばこの使用の指標、地理的範囲、調査年などである。これらを調整した後、WHOは直接年齢調整済推計値を出して各国間の比較ができるようにした。

各国から提出されたデータの調整

各国で実施したさまざまな調査のデータにより、たばこの使用の推計値を算定した。通常は、これらの推計値は粗率であり、全調査サンプルに占めるたばこ使用者の割合(%)である。これらの割合は、人口の関連指標(現在喫煙者、常用喫煙者など)の喫煙者数を推計するのに役に立つ。各

国の調査が常に標準的な方法を使っていれば、ある時点(この報告書では2009年)における喫煙率の粗率の推計を算定することはそれほど難しくない。しかし実際は標準的な調査方法を採用せず、調査にさまざまな情報源を使っている国が多い。

WHOは各国間の調査結果を比較可能にするため、推計値を調整する回帰法を開発した。回帰法の基礎となる一般原則では、ある国のデータが一部欠落しているまたは不完全である場合、該当国の地域で入手可能なデータを使用し推計値を出すというものである。この回帰法モデルは、国連の地域区分レベルである地域の年齢別喫煙率を出したい時に、男女別に用いられている。国の指標が不在でも、その国がこの地域区分内にあれば、そうして出された推計値を代用できる。ただし、この手法はデータのまったくない国には使えない。そのような国は分析から除外する。調査及び関連調整手順には次の4つの相違点がある。

調査対象となる年齢層の違い

標準年齢範囲(15歳から80歳までを5歳ごとに区分し、80歳から100歳まではひとつのグループとする)の喫煙率を推計するため、散布図を用いて各国の年齢と日常的な喫煙の関連性を男女別に推計した。このため各国の代表的な最新調査のデータを選出した。男女の喫煙率が別々の調査で提示されている場合、あるいは幅広い年齢幅を網羅するため追加調査で補完した場合は、複数の調査結果を使用する場合もあった。5歳ごとの年齢別の喫煙率を出すため、年齢の一階関数、二階関数、三階関数による常用喫煙率の推計値を使った回帰法モデルを散布図でグラフ化し、最も適した曲線を選んだ。残りの指標については、さまざまな方法を組み合わせて算定した。回帰法モデルは、地域区分レベルで年齢別の紙巻たばこ製品の現在及び常用喫煙率を算定するため用いられた。紙巻たばこ製品の喫煙が主流の地域では、喫煙率と紙巻たばこ製品の喫煙との等価関係を使って、標準年齢区分による年齢別の紙

巻たばこ製品の現在及び常用的喫煙率を算出した。

測定したたばこの使用指標の違い

たばこの現在喫煙データと紙巻たばこ製品の現在喫煙データがあれば、定義を調整することで、欠落しているたばこの常用喫煙データと紙巻たばこ製品の常用喫煙データ推定値を算定できる。同様にたばこの現在喫煙データとたばこの常用喫煙データしかない場合も、たばこ種類全体に関して調整を行い、現在及び常用的な紙巻たばこ製品の喫煙データ推定値を算定できる。

国内調査の地理的範囲の違い

地域区分内にある他国の都市部と農村部の喫煙率の関係を観察することで、データを調整できる。この都市部・農村部の回帰分析を国に適用すれば、全国レベルの喫煙率の推定ができる。例えばある国の都市部におけるたばこの常用的喫煙率データしかない場合、喫煙関係を回帰法で分析し、農村部の常用的喫煙率を出す。さらに都市部と農村部の人口比率を加重値として、これらを都市部の喫煙率と組み合わせれば、全国の喫煙率と全国の年齢別喫煙率の推計値を出せる。

調査年の違い

本報告書には2009年についての推計喫煙率が出されている。喫煙率のデータは各国が異なる年に行った調査を基にしている。入手可能な最新喫煙率データが2009年以前のものである場合もあれば、2009年以降の調査結果の場合もある。2009年の推計喫煙率の算定には、傾向情報を用いて、2009年以前のデータの場合それ以降の動向を予測し、2009年以降のデータの場合はそれ以前の動向を推定し推計値を算定した。このために各国の入手可能な全ての調査から、傾向情報を収集した。時系列データがない国では、該当地域区分の傾向情報を使用した。

喫煙者数の推計

一カ国における関連指標に対する喫煙者数を評価するために、調整済推計喫煙率を用いる。

年齢調整済普及率の推計

たばこの使用は一般に性別や年齢層によって大きく異なる。ある時点の1カ国における調整済喫煙率は当然のことながら理解しやすい。しかしある時点における2カ国以上の喫煙率を比較する場合や、1カ国の複数の時点における喫煙率を比較する場合、比較する2つのグループの母集団の年齢分布や性別によるたばこ使用に著しい変化があると、誤った解釈がされる場合がある。年齢調整は通常このような問題を解決するときに用い、有意義な喫煙率の各国間比較ができる。この方法では、各人口の年齢別の性別喫煙率をひとつの基準人口に当てはめる。年齢調整済喫煙率の算定のために、今回及び前回の「WHO 世界のたばこの流行に関する報告」ではWHO基準人口を利用した。これは年齢分布を人工的に作成した架空の人口で、主に低・中所得国の人口年齢構成を反映したものである。その結果出された年齢調整済喫煙率も、人口全体の割合(%)として表され、WHO基準人口100人当たりの喫煙者の数を示している。しかしこの方法を使って出された喫煙率は推測値に過ぎず、それ自体には実質的な意味はない。この値は複数国間の喫煙率の比較、あるいは同国における複数の時点の喫煙率を比較する場合にのみ有益である。国の全体の喫煙率を出すためには、男性と女性の年齢調整済喫煙率を組み合わせることで全体の喫煙率を出さねばならない。WHO基準人口は性別に関係なく同じであるので、男性と女性の年齢調整済喫煙率を組み合わせる場合は、2009年国連人口データの世界の男性と女性の人口加重を用いる。例えば、成人のたばこの年齢調整済喫煙率が男性は60%、女性は30%であれば、それらを合わせた全成人のたばこの喫煙率は $60 \times (0.51) + 30 \times (0.49) = 45\%$ と計算する。カッコ内の数字は男性と女性の人口加重を表している。よって、全喫煙率(45%)のうち、男性喫煙者の割合は $66.7\% [= (30 \div 45) \times 100]$ 、女性喫煙者の割合は $33.3\% [= (15 \div 45) \times 100]$ となる。この合計比率は付属書類VIIIに示されている。

¹ たばこの喫煙には紙巻たばこ、葉巻、パイプ、その他の形態の喫煙たばこが含まれる。

² 無煙たばこ製品の消費が多い国については、該当国のこれらのデータを発表している。

³ ひとつの地域区分とする場合は、合計18地区となる。一覧表は2008年世界の人口推計(<http://ewa.un.org/unpp/index.asp?panel=5>)を参照のこと。

WHO加盟国におけるたばこの課税

本報告書の付属書類には、各国から収集した税制情報をもとに、最も幅広く販売されている紙巻たばこ製品銘柄の価格に賦課された税額合計と消費税の割合に関する情報が記載されている。このテクニカルノートには、WHOが各国から報告されたデータを使用し、紙巻たばこ20本入り1箱の価格における税額合計及び消費税の割合を推計した方法についての情報を記載している。

データ収集

データは2010年7月から12月までの間にWHO現地データ収集者が集めた。税額合計及び消費税の割合を計算するために最も重要な2つの情報は価格と税率情報及び租税構造である。

調査情報には2010年7月時点で最も幅広く販売されている紙巻たばこ製品銘柄、最も安価な銘柄及びマールボロの価格

が含まれている。各国で紙巻たばこ製品（東南アジア地域の一部の国についてはビーディ）の課税やたばこの課税による歳入に関する詳細情報を収集した。提供された情報の裏付けとなる法律、政令、その他の公式資料などの文書も収集した。

租税構造に関するデータは、財務省庁の窓口を通じて収集した。この情報の妥当性は他の情報源と照合して確認した。これらの情報源は、税法文書、政令、その他の正式な税率及び租税構造表、また入手可能な場合は貿易情報も含まれており、各省庁のウェブサイト、あるいはComtrade (<http://comtrade.un.org/db/>) などその他の国連のデータベースからダウンロードした。その他の二次情報もデータの検証のため購入した。

主にたばこ製品にかかる間接税（さまざまな種類の消費税、輸入税、付加価値税など）に重点を置き、課税データを収集した。これらは通常、たばこ製品の価格に対

する政策の影響が最も直接的に表れるものである。この中で最も重要なのは消費税である。なぜなら消費税はたばこに直接的に適用され、たばこ製品の実質値上げに最も大きく貢献し、その結果消費の減少に大きく役立つからである。したがって消費税の税率、数量、機能及び適用を中心にデータを収集した。

その他の税（所得税、法人税など）に関するデータは収集していない。なぜならこれらの税に関する情報の入手が現実的に困難であり、価格に及ぼす潜在的な影響の判断が複雑だからである。

次の表には、収集した課税の種類に関する情報が示されている。

データ分析

小売価格の一定割合を占める税額の計算では、最も人気のある紙巻たばこ製品銘柄の価格だけを考慮した。紙巻たばこの

<p>1. 従量消費税</p>	<p>従量消費税とは、国内販売用に生産された、あるいはその国に輸入され販売される指定製品に課せられる税のことである。一般にこの税は製造業者や卸売業者から徴収するか、輸入業者が国内に持ち込んだ時点で輸入税とは別に徴収する。これらの税は1箱、1000本当たり、あるいは1キロ当たりなどの単位で課税される。例：紙巻たばこ20本入り1箱1.50米ドル。</p>
<p>2. 従価消費税</p>	<p>従価消費税とは、国内販売用に生産された、あるいはその国に輸入され販売される指定製品に課せられる税のことである。一般にこの税は製造業者や卸売業者から徴収するか、輸入業者が国内に持ち込んだ時点で輸入税とは別に徴収する。これらの税は生産または流通経路の同時点における2つの独立事業者間の取引価格の一定割合（%）で課税される。従価税は一般に製造業者と小売業者または卸売業者との取引価格に適用される。例：小売価格の27%。</p>
<p>3. たばこ輸入税</p>	<p>輸入税とはその国で消費するために国内に輸入された指定製品に課せられる税のことである。（すなわちその製品は他国へ輸出されない。）一般に輸入税は輸入業者が国内に持ち込んだ時点で徴収される。これらの税は従量税または従価税のどちらかになる。従量輸入税は従量消費税と同じように適用される。従価輸入税は一般にCIF（価格、保険、輸送費）の値、すなわち荷降ろしした積荷の価格に適用される。この価格には製品自体の価格、保険、輸送費、荷降ろしの費用が含まれる。例：CIFに50%の輸入税がかかる。</p>
<p>4. 付加価値税</p>	<p>付加価値税（BAT）は全ての消費財及びサービスに課せられる「段階的」の税で、消費者が支払う製品の代金に比例して適用される。製造業者と卸売業者も製造及び流通経路全体にわたってこの税の管理と支払いを行うが、税制控除制度によって全て返還されるため、最終的に支払いをするのは最終消費者だけとなる。VATを賦課するほとんどの国では、消費税や関税も含めた価格をもとにしている。例：小売価格の10%のVAT。</p>
<p>5. その他の税</p>	<p>消費税、輸入税、VAT以外の名称がついた、たばこの数量またはたばこ製品の取引価格に適用されるその他の全ての税について、課税対象は何か、納税者は誰か、課税方法はどうかについて出来る限り詳細に質問票で報告を受けた。</p>

長さ、数量、種類（フィルター付きかフィルターなし等）によりさまざまな課税率が適用される国の場合は、最も売れ行きの良い銘柄に適用される課税率だけを計算に用いた。唯一の例外はカナダと米国で、この2国については、連邦税に加えて、州あるいは場合によっては地方自治体によってさまざまな税が課されているため、価格と課税についての平均推計値を計算しなければならなかった。

輸入税は、国内に輸入される最も人気の高い紙巻たばこ銘柄だけに適用した。最も人気の高い銘柄が国産品であると報告した国については、税額合計の計算に輸入税を用いていない。

「その他の税」は、消費税、輸入税、VATを除くその他の全ての間接税である。これらの税は、たばこ製品に特別税率を課していれば消費税とみなした。例えば、タイではタイ健康促進財団の資金として使うためにたばことアルコールに割り当てた税を「その他の税」と報告している。しかしこの税はたばことアルコール製品だけに適用され、消費税のような働きがあるので、計算では消費税と見なしている。

消費税の次の段階は、全ての税率をひとつのベースに、この報告書の場合は税込小売価格（以下Pとする）に換算することである。次の例では、A国とB国が同じ従価税を適用しているが、B国では後から流通経路で税が適用されるため、最終的には課税が高くなっている。

シガレットの税込み小売販売価格	A国 (米ドル)	B国 (米ドル)
[A] メーカー価格（両国とも同じ）	2.00	2.00
[B] A国：メーカー価格に従価税（20%）を課税＝20%×[A]	0.40	-
[C] A、B国：従量税	2.00	2.00
[D] 小売業者および卸売業者の利益率（両国とも同じ）	0.20	0.20
[E] B国：小売価格に従価税（20%）を課税＝20%×[A]+[C]+[D]	-	0.84
[F] 最終価格＝P＝[A]+[B]+[C]+[D]+[E]	4.60	5.04

したがって、税がどの段階で適用されるかを考慮せずに、報告された従価税率を比較すると偏った結果を招く可能性がある。そのため、国内で最も幅広く販売されている紙巻たばこ製品1箱にかかるたばこ税の税率を計算するために、WHOは提供された税制情報を用いている。この指標は、紙巻たばこ製品1箱の価格に占める税額合計の正確な割合を考慮するもので、たばこ税の比重を最も正しく計測できる。

Calculation

S_{ts} は幅広く消費されている紙巻たばこ銘柄（1箱20本またはそれと同等のもの）の価格にかかる税率である。

$$S_{ts} = S_{as} + S_{av} + S_{id} + S_{vat} \quad ①$$

このとき

S_{ts} = 紙巻たばこ製品1箱の価格にかかる税率の合計

S_{as} = 紙巻たばこ製品1箱の価格にかかる従量消費税率（またはそれと同等のもの）

S_{av} = 紙巻たばこ製品1箱の価格にかかる従価消費税率（またはそれと同等のもの）

S_{id} = 紙巻たばこ製品1箱の価格にかかる輸入税率（最も人気の高い銘柄が輸入品の場合）

S_{vat} = 紙巻たばこ製品1箱の価格にかかる付加価値税率

S_{as} の計算は非常に簡単で、20本入り1箱の税額を合計価格で割ればよい。 S_{as} と異

なり、 S_{av} （従価税率）ははるかに計算が難しく、いくつかの仮定が必要となる。一方、 S_{id} は従量税になる場合もあれば、従価税になる場合もある。よって数量に課税される場合は S_{as} と同じように計算し、価格に課税される場合は S_{av} と同じように計算する。 S_{vat} は通常、VAT外税または税込の小売価格として、課税プロセスの最後に適用される。

価格を計算するため、紙巻たばこ製品1箱の価格が以下のように表されると仮定した¹：

$$P = [(M + M \times ID) + (M + M \times ID) \times T_{av}\% + T_{as} + \pi] \times (1 + VAT\%) \quad ②$$

このとき

P = 国内で消費される最も人気の高い銘柄の紙巻たばこ製品20本入り1箱の価格

M = 製造業者または流通業者の価格、あるいは輸入ブランドの場合は輸入価格

ID = 紙巻たばこ製品20本入り1箱にかかる輸入税の合計²（該当する場合）

T_{av} = 従価税の法定税率

T_{as} = 紙巻たばこ製品20本入り1箱の従量消費税率

π = 小売業者、卸売業者及び輸入業者の利益率（マークアップと表されることもある）

VAT = 付加価値税の法定税率

従価税、従量税、課税ベースの有無や、最も人気の高い銘柄が国産か輸入品かなど、国別の状況をもとに、この方程式の変更を検討した。従価税のベースは製造業者または流通業者の価格がほとんどだった。

価格（P）と従量税（ T_{as} ）が分かれば、 S_{as} （及び該当する場合は S_{id} も）の税率は簡単に算出できる。従価税（及び該当する場合は S_{id} も）の場合にはもっと複雑である。なぜなら従価税額を計算するには、税ベース（ $M + M \times ID$ ）を算出し、それを構成要素に分解する必要があるからである。ほとんど

の場合Mは未知数である(その国から具体的な報告がある場合は別)。

等式②を使ってMを計算できる。

$$M = \frac{P - \pi - T_{as}}{(1 + T_{av}\%) \times (1 + ID)} \quad (3)$$

残念ながら π は未知数であり、国別に系統的に設定されている。国産の最も人気の高い銘柄については、小売業者と卸売業者の利益率は小さいと仮定されるため、私たちはMの計算で π をゼロと考えた。するとMの値を高く見積りすぎて、従価税のベースも高くなる。そうすると従価税額の見積額が実際より高くなる。この計算の目的は普通の紙巻たばこ製品1箱の価格に占めるたばこ税の割合を算出することなので、小売業者や卸売業者の利益(π)をゼロと仮定するなら、従価税を低く見積りすぎてその国にペナルティーを科してしまう恐れはない。このことをふまえ、WHOが国別の情報を入手するまでは、国産の銘柄の小売業者または卸売業者の利益率はゼロと仮定することにした。

しかし大半の銘柄を輸入している国については、輸入業者の利益を考慮に入れなければならないため、 π をゼロに仮定すると従価税のベースがあまりにも高くなってしまふ。CIFの値に輸入税を課すと、その結果消費税は輸入税込のCIFの値に課せられることになる。輸入業者の利益または輸入業者が受け取る対価は税込CIFの値に上乗せされる。国産の紙巻たばこ製品については、製造業者の価格に製造業者の利益も含まれているので、自動的にMに含まれることになるが、輸入業者の利益を除いた輸入税込のCIFの値に課税される輸入製品の場合はそうはいかない。よって、③式のようにMを計算するのは、輸入業者の利益をゼロと考えた場合である。

輸入業者の利益は比較的大きいと仮定され、それを無視するとMの推定額が実際よりも高額になる。そのため輸入製品については、Mを別に見積もらなければならなかった。M* (またはCIFの値)は二次情報(国連Comtradeデータベースのデータなど)を用いて計算した。M*は通常、その国へ輸入される紙巻たばこ製品の輸入価格として計算される(輸入国への輸入量で輸入価格を割る)。しかし利用可能なデータが限られており、輸入データに一貫性がない場合もあるため、輸出価格も考慮しなければならなかった。両方の価格データがある場合は、どちらか高い方をCIFの値に選んだ。データをさらに詳しく見ると、輸入価格と輸出価格が相手国によって大きく異なる場合もある。この変動を考慮し、各国の平均輸入価格と平均輸出価格を、異なる相手国からの輸入量と輸出量で加重評価した。輸出価格を選ぶときは、輸出価格には価格、保険、輸送費が含まれていないため、CIFの値にさらに10セントを上乗せした。この10セントの値は輸入価格と輸出価格の世界的な比較を基に算出した。同様に、国内の紙巻たばこ製品についても、該当する場合はM*を基盤として、従価税とその他の税を計算した。

VATの場合、課税ベースは大概VATを除いたP(あるいは同様に、製造業者または流通業者の価格にVAT以外の税額合計を足したもの)であるケースが多い。つまり以下ようになる。

$$S_{VAT} = VAT\% \times (P - S_{VAT}), \text{これは} \\ S_{VAT} = VAT\% \div (1 + VAT\%) \text{と等しい} \\ \text{よって課税率は次のように計算される。}$$

$$S_{ts} = S_{id} + S_{as} + S_{av} + S_{VAT}$$

$$S_{as} = T_{as} \div P$$

$$S_{av} = (T_{av}\% \times M) \div P$$

または

$$(T_{av}\% \times M^* \times (1 + S_{id})) \div P$$

最も人気のある銘柄が輸入製品の場合

$$S_{id} = (T_{id}\% \times M^*) \div P \\ \text{(輸入税が従価税の場合)}$$

または

$$ID \div P$$

(従量税の場合)

$$S_{VAT} = VAT\% \div (1 + VAT\%)$$

価格

2008年にデータ収集した価格と2010年に報告された価格の不一致を避けるため、2010年にデータ収集者に配られた質問票には、2008年に報告された銘柄と価格を記載した。³

課税計算で用いた最も売れ行きのよい銘柄の場合、2010年に報告された情報は4つのグループに分けられる。

- 報告された銘柄は変わっており、価格は2008年と同じか高くなっている
- 報告された銘柄は変わっており、価格は低くなっている
- 報告された銘柄は同じで、価格は同じか高くなっている
- 報告された銘柄は同じだが、価格は低くなっている

各グループについて次のような行動を取った。

グループaとc: 何の行動も取らなかった。

グループa: 2年の間に報告された銘柄が変わっているため、データの比較可能性が問題になる可能性がある。しかし二次データが利用できる国については、報告された新しい銘柄の市場シェアは2008年に報告された銘柄と同じであることが多く、どちらも同じ価格帯だった。(このグループには22カ国が属している: アルバニア、アゼルバイジャン、バングラデシュ、ブルキナ・ファソ、カメルーン、ドミニカ共和国、エルサルバドル、ガンビア、ガーナ、グレナダ、ギニア、ホンジュラス、ヨルダン、モーリシャス、ミャンマー、ニカラグア、パラオ、パナマ、ロシア、セントクリストファー・ネイビス、トルコ、ザンビア)

グループaとc:2008年に比べて2010年には税率に変化はなかったが、価格が高くなっていったため、ここでまた別の問題が生じる可能性がある。しかし、インフレ、所得の増加、原価の値上がりのため、あるいは機会があればいつでも利益率を上げようとしているため、業界には製品価格引き上げの傾向があると仮定した。

グループbとd:税率の引き下げがなければ、2008年から2010年の間に価格は低下していた可能性があるという重要な仮説を立てた(ミャンマーなど)。インフレ率の上昇と所得の増加により、価格を下げることはできない。そこで価格を改定せざるを得なかった。

- グループbでは:2008年の銘柄と価格を2010年に報告されたデータに変更したが、この2年間に変化は見られなかった。多くの地域でデータ収集者のたばこの課税や価格の問題に対する知識が深まり、データの収集プロセスが改善されたため、2010年の価格は参考として選んだ。(このグループには12カ国が属している:アンティグア・バーブーダ、バハマ、コモロ連合、クック諸島、エクアドル、イラン・イスラム共和国、フィリピン、セントルシア、シエラレオネ共和国、スワジランド、トンガ、ツバル)
- グループd:2008年から2010年の間に税率は変化がない、あるいはその他に大きな出来事もなかったのに、同じ銘柄の価格が低下したというのは奇妙に思える。よって、報告に誤りがあったと仮定し、2008年の価格も2010年に報告された価格と変更した結果、この2年間に価格の変化はなくなった。(このグループには4カ国が属している:アフガニスタン、ドミニカ、モルジブ、ミクロネシア連邦)

税率の変化の解釈における考慮点

価格の一定割合を占める税額の変化は、

税率の変化だけでなく価格の変化にもよることに注意しなければならない。したがって税率が引き上げられても、税額の割合は同じか低くなる場合がある。同様に、税率に変化がなく、あるいは税率が引き下げられても、税額の割合が増加する場合もある。

現在のデータベースでは、2008年から2010年の間に税額が増加したケースがある。この場合、価格に占める税額の割合(%)は変化なしか、または減少している。これは主に、絶対的には価格の値上げが増税額より大きいという事実によるものである(特に従量税が引き上げられた場合)。

例えばウズベキスタンでは、消費税が2008年には1箱当たり104.1スムだったが、2010年には143.2スムに増加した。(これは無視できない増加である。)しかし最も売れ行きのいい銘柄の価格は1箱当たり700スムから1100スムに値上りしている。しかし税額の割合について言うと、2008年には消費税は価格の14.87%(104.1/700)だったが、2010年には価格の13.02%(143.2/1100)になっている。これは価格の上昇が税率の上昇より大きかったためである。

逆に、税率は変わらないのに、価格に占める税額の割合が増えた(減った)ケースもある。現在のデータベースでは、これには次のような理由のいずれかが考えられる。

- 価格が税率の変化に関係なく上昇した。(それによって税額の割合が低下した)
 - 輸入製品の場合、上記の通りCIFの値は二次データを用いて推計しなければならなかったが、CIFの値は米ドルで出しているため、現地通貨に換算した。計算には他の外部要因も取り入れたため、小売価格に占める税額に影響を与えることになった。(次に挙げる理由の一つ、または二つを組み合わせたもの)
- 2008年から2010年の間にCIFの値(米ドル)は低下(上昇)し、課税ベースの

値が低下(上昇)したので、税率は変わらないのに税額の占める割合は低く(高く)なった。

- 2008年から2010年の間に為替相場が低く(高く)なり、現地通貨におけるCIFの値が低く(高く)なったので、課税ベースの値も低下(上昇)し、税額の割合も低く(高く)なった。

¹ この方程式は、製造業者または流通業者の価格に従価税が適用されるとき、輸入税が製造業者または流通業者の価格かCIFの値に適用されるとき、VATがVAT抜きの小売価格に適用されるときに用いる。他のシナリオもある(例えば従価税率を小売価格に適用するなど)が、計算が簡単なことが多いのでここでは説明しない。

² 特恵貿易協定の場合、輸入税は原産国によって異なることがある。WHOは紙巻たばこ製品の箱の原産国を確認し、可能な場合はこのような税率適用の妥当性を判断しようと努力した。

³ いくつかの銘柄をデータ検証のため内部使用目的に使用したが、この報告書では発表していない。



付属書類 I： MPOWER政策の地域的なまとめ

付属書類Iではいくつかの効果的なたばこ規制政策の概要を紹介している。テクニカルノートIで説明した方法にもとづき、WHOの各地域について、監視と喫煙率、禁煙環境、たばこ依存症の治療、健康警告と包装、広告・販売促進・後援の禁止、課税率などの情報を記載した表を示している。

各国のデータは法律、規則、政策文書などの補足資料とともに提出されることが多いが、必ずしもそうとは限らない。特に最高水準に合致したと報告した加盟国については、WHOが入手できた文書の見直しを行い、それにより回答の修正を行った。

しかしこの文書は、各国の法律を、法的な面から徹底的かつ完全に分析したものではない。禁煙環境以外のデータは、国及び連邦レベルだけで収集されているため、地方自治体政府がたばこの規制に積極的な役割を担っている加盟国については、政策の報告に見落としがある。

男女合わせた年齢調整済喫煙率の推計値は、年齢調整した成人男性と女性の常用的喫煙率に、世界の男女の人口で加重評価をして算出した(付属書類VII参照)。世界の男女人口の加重は2008年国連人口データから得たものである。

付属書類 II: たばこ包装の警告表示の規制と各国の反たばこ マスメディア・キャンペーン

付属書類IIIには、たばこ製品の警告表示に関する法規制と加盟国の反たばこマスメディア・キャンペーンの情報を詳しく記載する。データはWHOの各地域に提供される。

健康警告に関するデータは、主に採択されている法律や規制など、これを支持する法的文書から引用した。入手した資料はWHOが審査し、正しい解釈に必要な場合は各国と議論した。反たばこマスメディア・キャンペーンのデータは加盟国から直接入手した。

付属書類 III: たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約の現状

付属書類IIIには、たばこの規制に関するWHO 枠組条約 (WHO FCTC) の状況を示す。批准 (ratification) とは、すでに条約に調印した国が当該条約によって拘束されることへの同意を正式に宣言する国際的な行為である。加盟 (accession) とは、協定/条約に調印していない国が当該条約によって拘束されることへの同意を正式に宣言する国際的な行為である。受託 (acceptance) および承認 (approval) は批准と法的に等しい。条約の調印とは、当該条約によって国は法的に拘束されないが、その規定を侵害しないことに同意することを示すものである。

WHO FCTCは2005年2月27日に発布された。ニューヨークの国連本部に40通目の批准書が寄託されてから90日目のことである。本条約は、加盟を希望する国や資格のある地域経済統合機構に対して、批准、受託、承認、正式確認および加盟に無期限に応じている。

uuuu



**World Health
Organization**

**20 Avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
Switzerland
www.who.int/tobacco**

ISBN 978 92 4 156426 7



9 789241 564267