

医師とたばこ

デビット シンプソン 著 タバココントロールリソースセンター 発行 日本医師会 訳

Doctors and Tobacco
M e d i c i n e ' s B i g C h a l l e n g e

David Simpson The Tobacco Control Resource Centre

医師とたばこ

医師・医師会はいま何をなすべきか

社団法人 日本医師会



日本医師会

医師・医師会はいま何をなすべきか

社団法人 日本医師会

The Tobacco Control Resource Centre was established at the British Medical Association (BMA) in London on behalf of the European Forum of Medical Associations and the World Health Organization (WHO). The centre is funded by the European Commission and the BMA, and receives support from other national medical associations.

The work of the Tobacco Control Resource Centre is overseen by the Tobacco Control Advisory Group, which includes representatives from five national medical associations reflecting the demography of the European region.

Tobacco Control Advisory Group

Sir Alexander Macara	Chairman
Dr Özen Aşut	Türk Tabipleri Birliği (Turkish Medical Association)
Dr Jo Asvall	Regional Director, WHO Regional Office for Europe
Dr Giovanni Baldi	Federazione Nazionale Degli Ordini dei Medici Chirurghi E Degli Odontoiatri (Italian Medical Association)
Dr Christian-Nicolae Didilescu	Asociatia Medicală Română (Romanian Medical Association)
Dr Alan Rowe	European Forum of Medical Associations and WHO
Mr John Ryan	Directorate General V European Commission
Dr Klas Winnell	Suomen Lääkäriliitto (Finnish Medical Association)
Dr Göran Boëthius (Observer)	European Network of Smoking Prevention

Author

David Simpson

Editors

Gillian Shine

Anne Waddingham

Tobacco Control Resource Centre

Bill O'Neill	Director
Sinéad Jones	Project Leader
Lucien Rivière	Information Officer

© European Commission 2000. Revised and updated August 2000.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording and/or otherwise, without prior written permission of the publishers. The right of David Simpson to be identified as the author of this work has been asserted in accordance with the Copyright, Designs and Patents Act 1988, Sections 77 and 78.

This book is published and distributed by the Tobacco Control Resource Centre at the British Medical Association. It is available in English, French, German, Italian, Portuguese, and Spanish. Additional copies can be obtained directly from the TCRC (fax + 44 20 7383 6233; email tcrc@bma.org.uk), or contact the BMJ bookshop to find your nearest distributor (fax + 44 20 7383 6455; email orders@bmjbookshop.com). The full text of the book is also available through the TCRC web site: www.tobacco-control.org.

British Library Cataloguing in Publication Data

A catalogue record for this book is available from the British Library.

ISBN 0-7279-1491-X

Printed in Great Britain by Hobbs the Printers, Totton, Hampshire
Typeset by HWA Text and Data Management, Tunbridge Wells, Kent

目次

序章

第1章	はじめに	1
第2章	たばこの危険性	5
第3章	女性と若年者	21
第4章	たばこと社会的不平等	32
第5章	医師の潜在力	37
第6章	禁煙(喫煙をやめること)	43
第7章	たばこコントロール：地域の医師のための活動	58
第8章	教育とトレーニング	73
第9章	医師の認識を高める：医師会(NMA)への働きかけ	80
第10章	たばこコントロール：医師会としての行動	98
第11章	たばこコントロール政策	112
第12章	医師とたばこ訴訟	144
付録1	各国医師会(NMA)の職員のための禁煙方針の導入	153
付録2	たばこ産業からの研究費に関する規範	159
付録3	有用な情報源と連絡先のリスト	162

序 章

1951年のことになるが、Austin Bradford Hill教授と私は、肺がん喫煙習慣の関連性を調査する方法を模索していた。それらの方法は、私たちが肺がん患者とそれ以外の疾患を持つ患者の喫煙習慣の研究から導き出した結論を確証づける（あるいは否定する）ものとなるはずであり、当時Bradford Hill教授が素晴らしいアイデアを提案した。それは、わが国の医師たちに喫煙量を申告してもらい、この医師集団を追跡することで、どういう人が早く死ぬのか、また肺がんによる死亡率が、われわれの初期の研究から予測されるように、喫煙状況により差があるかどうかを調査しようというものだった。

Wynne Griffithの話によれば、医師を研究対象集団にしようというアイデアは、Bradford Hill教授がある日曜日にゴルフをしているときに思いついたという。重ねてWynne Griffithは、「私はBradford Hillのゴルフの腕は知らないが、あのアイデアはまさに天才の一撃である。」と称賛した。まさしくその通りである。というのも1951年10月、イギリスの医籍に登録されているすべての医師に手紙を出したところ、実に3分の2にあたる4万人が喫煙習慣についての詳細を報告してくれたし、この追跡調査が容易であったことは、死亡が判明した者を除くほとんどすべてが40年間追跡できたという事実が物語っている。もっとも、ゴルフ場でアイデアを思いついたという話はいささか怪しい。Bradford Hill教授は私には、風呂場で考え事をしているときに浮かんだと、謙虚に語った。

医師を対象にした研究から喫煙の害を示す証拠が急速に集まったのだが、イギリスの医師たちが、喫煙が肺がんの原因であると短期間のうちに確信するようになり、たばこをやめるという行動を起こしたのは、私の見るところ、これが自分自身や同僚を対象にして行われた研究であったことが大きいと思う。医師のように科学的に考える訓練をしていても、自国の研究者がその国の人を対象にして行った研究から得られた結論のほうが、遠い外国人を対象とした研究からの結論より受け入れやすいのは、人間の性というものであろう。その結論が自らのライフスタイルの変更を強いるものであったとしたならなおさらである。さらに喫煙についていうなら、この習慣（多くの場合、依存といったほうがあたっているが）は長い期間にわたり比較的無害であるとされ広く普及していたのであるから、喫煙が肺がんによる死亡の最大の原因であるといわれても、身近にそういうことを体験しないかぎり、にわかには信じがたかったわけである。

近年この状況が変わったのはご存じの通りである。多くの先進国で喫煙の害を示す貴重な証拠が次々と集まり、すべての医師が喫煙の害がどの程度にひどいのか正確に認識しているとはいえないにしても、そういった国の医師で喫煙の害について知らない人はほとんどいなくなった。喫煙の習慣が普及し、現在70～80歳代の男性がまだ若者のうちに紙巻たばこ（葉巻たばこ、パイプ、噛みたばこ、スナッフ（嗅ぎたばこ）等ではなく）を吸い始めた場合には、中年（35歳から69歳まで）のうちに喫煙者の4分の1が喫煙のために命を落とし、さらに4分の1がその後喫煙により死亡しているということが分かっている。また、長期にわたり喫煙している女性についても同様のことが言える。

しかしながら、多くの発展途上国では少々事情が異なるようである。これらの国では、喫煙の習慣は広まっただけのもの、ここ20～30年の出来事で、こういう国の医師には長期の喫煙による死亡の増加はまだ見られず、マスコミや国民一般も自らの目で見えていないものだから、喫煙の害について深刻には受けとめてはいない。ただ、これらの国で喫煙の害が明らかになったとしても、ヨーロッパや北アメリカでいろいろな疾患の死亡率に与えたと同じような影響がこれらの国で見られるとは限らないという問題もある。喫煙は他の多くの有害物質と相乗作用があるため、喫煙に関連した疾患の表れ方も国によって異なるからである。例えば、喫煙の心筋梗塞に与える悪影響を、この疾患の比較的まれな中国や日本で喧伝してもあまり意味がない。脳卒中やむしろ中国では結核に結びつけて喫煙の害が語られるべきである。

したがって、イギリスの医師やアメリカがん協会の支持者で行ったように、喫煙習慣の詳細を報告してもらい、その人たちを対象にコホート研究をすることは、自国の人からデータが収集されたというにとどまらず、喫煙とほかの生活様式の関連を明らかにすることができるという点でまことに意義深いものである。ただし、このような研究を行うことは重要なことではあるが、多くの国で一握りの医師にしかできない。それより大切なのは、すべての医師一人ひとりが、本書に述べられているような方法で、患者と接して長期的に彼らの健康を改善したり、医師会という組織を通じて政府の政策に反映させたりすることにより、同じ目的を達成することである。

こういう行動が広まっていけば、ここ数十年にわたりいくつかの国でみられたように喫煙率を急速に下げることが可能かもしれない。ただ、さらに公

衆衛生上ほとんど問題にならない程度にまで減らすためには、長期間の集中した取り組みを要するであろう（私自身は、われわれの社会が他の習慣性の薬物の根絶に対して手をこまねている限り、喫煙を根絶するのは期待できないと思っている）。しかしながら、多くの医師にとってこの種の行動はなじみのないものである。患者は医師に助けを求めてくるのであって、説教を聞きに来るのではない。また、予防医学を治療医学と同じくらい訓練されて、そのアート（技術）に通じている医師もほとんどいない。予防をするにしても治療をするにしても科学的な知識に加えアート（技術）にも通じていなければ役に立たないのだが、喫煙の予防についていうなら、本書の著者、David Simpsonほどアート（技術）にも通じた、すぐれた教師はいない。本書、『医師とたばこ』には喫煙関連疾患の予防のためのサイエンス（科学）とアート（技術）が記されているのである。

Sir Richard Doll

1999年7月

第1章 はじめに

本書は医師とたばこについての本であり、本書を執筆した理由は次の通りである。

ほとんどの医師にとって、たばこは、日常診療を通じて遭遇する疾病の原因のうち、最大の予防可能なものである
喫煙という大規模な保健医療問題に取り組むにあたり、医師の役割がきわめて重要であるからである

本書は次の2つの役割を果たすことを想定して書かれている。

各国医師会が、喫煙という公衆衛生上最大の難敵の征服に、指導的役割を發揮できるようにするためのマニュアル
医師が個人的レベルで、たばこに対してどんな行動がとれるかというチェックリスト

この2つめの役割に関して付け加えると、本書は第一義的には、臨床で患者を直接診ている医師を念頭において書かれてはいるが、もっと幅広く、たとえば公衆衛生や臨床以外に携わる医師にも役に立つことだろう。また、看護師、パラメディカル、保健教育者、さらに他の保健・医療サービスの職場で働く多くの人々にとってもよきガイドブックとなることを願っている。

本書はまず、たばこの害について概観し、続いて医師が個人、医師会活動それぞれのレベルでこの問題に取り組むための指針を示すという構成になっている。

はからずも本書の出版はヨーロッパの対たばこ政策の重大な転換期と重

なることになった。1998年7月にEU（欧州連合）閣僚会議で、たばこの広告規制指令が承認され、禁煙推進派にとって未曾有の明るい見通しが立ったのである。これによると、EU加盟国は一定の猶予期間ののち、たばこの宣伝をほぼ全面的に禁止する法律を制定しなければならない。

この決議の効力は現在のEU加盟国だけではなく、EUへの加盟を申請している国々にも及ぶ。

さらにこの動きはヨーロッパのほかの国々にとっても、ヨーロッパ以外の、EUと開発援助、貿易、外交政策などで関係のある国々にとっても重要な指標となるだろう。

もう一つの光明は世界保健機関（WHO）内部の変化である。新事務総長のGro Harlem Brundtland博士は、たばこコントロールを重点目標の一つとして掲げ、WHOのたばこ対策プログラム、「たばこからの解放運動」（Tobacco Free Initiative: TFI）を推進するプロジェクトチームを編成した。

医師がたばこコントロールに取り組む理由

診療時間のかなりの部分が喫煙に起因する疾患をもつ患者のために費やされている

医師は、喫煙によって起こされる悲劇と苦痛に日々直面しており、予防しうる疾患原因の中で最も大きいものがたばこである

医師個人あるいは各国医師会を通じてたばこコントロールに参加することは、われわれの時代が抱えている大きな公衆衛生上の課題に取り組む絶好の機会である

健康問題について最も信頼性の高い情報と助言を提供してくれるのは医師であると認識されており、医師は市民のお手本でもある



図1 英国の喫煙風刺漫画（煙を火事と間違えられ、従僕に水をかけられるウォルター・レイ卿）
(By kind permission of the Wellcome Institute)

WHOの『喫煙のないヨーロッパ』（Smoke free Europe）シリーズの出版は、長年にわたり、たばこのコントロールにおいてすべての重要な問題に詳細な指針を与えてきた。このシリーズに興味のある読者は、本書の付録3の出版物リストを参考にしてほしい。

たばこコントロールは、今日、その概念の出現以来最大の速さで広がっており、この問題に積極的に関わっていこうとする組織や個人のためのガイドの必要性も高まっている。

助力は手の届くところに

幸いなことに、ここ数年来、公衆衛生上共通の敵のたばこに対して、結束して十分な情報に基づくキャンペーンを展開するために、専門分野の枠を越えた協力が促進され、情報交換の場や実践するうえでの援助や助言を提供しようとする運動が国境を越えて生まれ、育ってきている。

インターネットを通じて、このような助力はいよいよ利用しやすくなっており、各国医師会にとってインターネットアクセスを持つことが非常に重要になっている。まずは、国際対がん連合（International Union Against Cancer[Union Internationale Contre le Cancer]：UICC）によって運営されている、たばこコントロールを主張するためのコミュニケーションとオンライン情報システムである、GLOBALinkの会員になることがきわめて大切になるだろう。

GLOBALinkは、ヨーロッパのたばこ対策情報を定期的に発行するのに加えて、電子会議を多数催したり、ある会員が（たとえば、たばこコントロールに取り組むうえで特殊な問題を抱えた国の医師会のように）ほかの会員の助言を求めることができるようなシステムになっている。

本書が主に医師と各国の医師会を対象にしていることに鑑み、イギリス・ロンドンの英国医師会内にある、たばこコントロール情報センター（Tobacco Control Resource Centre：TCRC）の重要性も同様に強調したい。

他の有用な情報源としては、BMJ出版発行の専門誌、『Tobacco Control』もある。この雑誌は年4回発行され、ピアレビューされた原著論文を含め、たばこコントロールのあらゆる問題をカバーしている。詳細は付録3を参照されたい。

TCRCはヨーロッパ医師会フォーラムとWHOを代表して設立された。たばこの諸問題の問い合わせに対し、情報センターとして機能することにより、各国医師会を幅広くサポートし、助言を与えている。このため高度なたばこデータベースを開発し、インターネット上にサイトを持っていて、それは急速に拡大している（本書もこのサイト上にある - 詳細は163ページ参照）。TCRCはEC、WHOと英国医師会の資金で運営され、他国の医師会からも資金援助を受けている。

この他にも、たばこコントロールに関わる医師会、医師、その他の医療関係者に役立つ機関がある。特にこれまでたばこコントロールへの取り組みが遅れていたヨーロッパの国々では、こういう機関が助けになるであろう。これらの機関とそのサービスの詳しい内容については付録3に掲載してある。

第2章 たばこの危険性

本章ではたばこが様々な疾患を引き起こすことの科学的な根拠を概観する。この件に関する文献は莫大であるから、ここではそれらの要点をいくつかの点のみを提示する。詳細を知りたい読者は参考文献として引用した資料や、レビュー論文にあたられることをお奨めする。

医師の中でもメディアのインタビューを受けたり、公の場で話す機会のある人は、たばこ問題に関する知識を増やし、一般大衆にたばこの害がいかにひどいものであるかを理解してもらうための技術を身につけたいと思うであろう。本書をその参考にしてほしい。

本章の要約

**たばこはヨーロッパおよび世界中で健康上の大問題となっている
先進国においては、予防できる早死の原因の第一位がたばことなっている**

たばこは、その規模の大きさとは別の理由から公衆衛生上特殊な問題であり、そのために予防がいっそう困難になっている

市販の紙巻たばこを吸うのが主流であるが、たばこはさまざまな方法で嗜まれている

たばこが原因となる病気としては、次のよう疾患が挙げられる

心血管系の疾患

がん

がん以外の肺疾患

流産、早産、およびその他の生殖関連の健康問題

口腔からのたばこ摂取により起きる、がんや他の諸疾患

喫煙者自身に生じるこのような疾患に加え、喫煙者の周囲の人々は、煙にさらされることによって、がん、心血管系の疾患、小児の呼吸器疾患等を引き起こすことがあり得る。受動喫煙、あるいは環境たばこ煙（Environmental Tobacco Smoke：ETS）とも言われる。

たばこの消費に伴い、さまざまな損失（あるいは利益）が生じ、これらの中には健康政策に関わってくるものもある。

たばこ：健康上の大問題

世界全体で、たばこは毎年300万人の命を奪っており（訳注：1995年現在の数字、2000年現在では400万人と推定されている）、この数字は今も増え続けている。今日の若年層の喫煙者が中年あるいは老年期に達するまでには、たばこによる死亡は年1000万人にのぼると言われていることからみても、多くの国の状況は今後ますます悪くなるばかりである。現在、生きている人のうち約5億人がたばこの犠牲になるだろうと予想されている¹⁾（うち2億5000万人は中年期の死亡であると見られている）。

先進国ではたばこが成人の最大の死因になっており、中年期に死亡した男性の3分の1（さらに老年期死亡の5分の1）がたばこによるものである。いくつかの致命的な、あるいはそうでない病態に対して喫煙が防御的に働く可能性が言われているものの、喫煙の健康に及ぼす影響は圧倒的に悪い方向へ働いている²⁾。

喫煙による死因は実に幅広い。先進国全体としてみると、男性の全死亡の24%、女性の全死亡の7%がたばこによるものである。女性の数字は増加しており、たばこの害はまだピークに達していない。中央、あるいは東

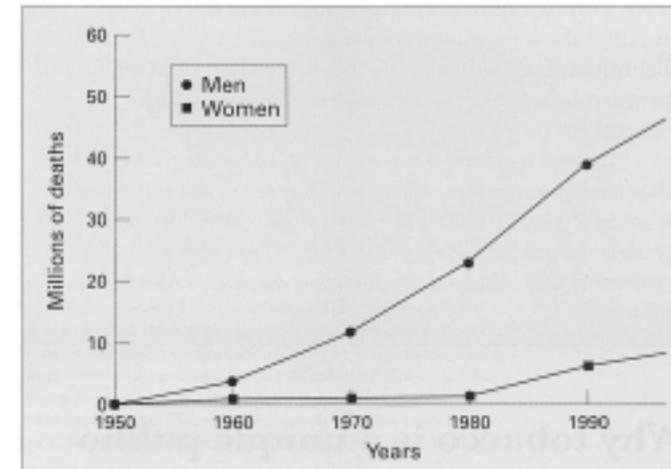


図2 先進国における1950～2000年のたばこによる累積死亡者数

(From data in the WHO Programme on Substance Abuse (1994) and Peto et al)³⁾

での死亡率は非喫煙者の約3倍であった。喫煙常習者の約半数は遅かれ早かれたばこにより命を落とすが、禁煙するのに遅すぎるということはない。イギリスの医師を対象にした調査では、たとえ中年期から禁煙した場合でも、平均寿命の大幅な改善が認められた。

全ヨーロッパの1990年の統計では、中年期（35歳から69歳）の死亡者のうち75万人が喫煙によるものであった。EU加盟国では同じ年、中年期の死亡者のうち25万人強でたばこが直接の死因となっている。その内訳は、男性21万9700人、女性3万1900人である。老年期（70歳以上）では、さらに多くの人たばこにより命を奪われている²⁾。旧ソ連を含めた、中央、東ヨーロッパの国では、喫煙による中年期での死亡が男性で44万1200人、女性で4万2100人にのぼった。

概して、西ヨーロッパの国ではたばこの消費量が減少しており、そのため、男性の喫煙によって起こされる病気の発生は峠をこえた。このたばこ消費量の減少は、主として、健康教育、たばこ税の引き上げを含むたばこ対

ヨーロッパのいくつかの国では、男性のこの数字は40%を超えている。喫煙者の平均寿命は非喫煙者より8年短くなるが、中年期（35歳から69歳）に亡くなった人では、22年も短命に終わる³⁾。

イギリスの医師を40年間追跡調査した結果では、喫煙者の中年期

策が功を奏したものである。一方、1990年以来、東ヨーロッパの旧社会主義国で喫煙が原因となる疾患のために死亡率が有意に増加しているが、この理由は定かでない。

Petoらは、先進国での喫煙による死亡の大規模な分析の一部として、1990年の死亡率から推定した、中年期（35～69歳まで）に死亡するリスクをまとめているが、これは有用である³⁾。

WHOの見解

1998年、公衆衛生の医師でノルウェーの前首相でもある、WHO次期事務総長Dr. Gro Harlem Brundtlandは総会でこう述べた。

「われわれは、劇的に増加している早死の主な原因に対し何らかの手をうたなければならない。その原因によって今年400万人が命を奪われた。このまま我々が手をこまねいていると、2030年には1000万人が死亡することになるであろう。このうち半数は老年期ではなく中年期に死亡しているのである。この問題の主な舞台は、今、発展途上国に移りつつある。この早死の原因というのは、たばこのことである。」

なぜたばこは公衆衛生上特異なのか

たばこは特殊な商品である。たばこの煙には何千種類もの化学物質が含まれ、その多くは既知の毒物であり、いくつかは血管に障害を与えることが知られている。その結果、全身に影響を及ぼす可能性がある。

病気、身体障害、早死といったたばこによる害の大きさを別にしても、たばこは、予防できる病気の原因として以下の理由で特殊である。

他の有害物質は、多量に摂取したり、乱用したりしたときに危険性が生じるが、たばこは少量であっても有害である

依存性が強い喫煙者が多い

たばこ産業は世界的に最大最強の産業の一つで、しばしば節操のないやり方で、積極的にたばこを宣伝している

喫煙者本人だけでなく、煙にさらされる周囲の人にも害がある

これらの特徴が物語るように、たばこは公衆衛生上非常に難しい問題となっており、政治的行動を含めたさまざまな広範な角度から緊急策が求められているのである。

たばこはどのように消費されているか

たばこには大別して、煙を出すものとそうでないものがある。ヨーロッパでは、ほとんど工場生産された紙巻たばこを吸って煙を出すという形で消費されている。これらの製品はフィルター付きのものもそうでないものもある。他の喫煙スタイルが普及している国でも、世界的に市場を開拓するたばこ産業の影響で、工場生産された紙巻たばこが主流となりつつある。そのため、本書では主として工場生産された紙巻たばこについて述べることにする。

さらに、割合にばらつきはあるが、ヨーロッパ中で他の喫煙スタイルもみることができる。たとえば、手製の紙巻たばこ（ノルウェーでよくみられる）パイプ、葉巻（デンマークとオランダに多い）等である。

また、煙を出さないたばこは口腔か鼻腔で使うものに分類できる。病気の原因という観点から見ると、口腔で用いるたばこ（たばこの葉を細かく挽いて、通常これに香りをつける）が最も害が大きい。これにはスナッフとして小さなティーバッグのような紙袋に入れて用いるもの（スウェーデンに多い）と、南アジアからの移民がやるように、未加工のたばこの葉を口腔に入れて使用するものがある。ヨーロッパのある地方では、燻製にしたたばこの葉を少量噛んだりするが、これを好むのは主として高齢者である。

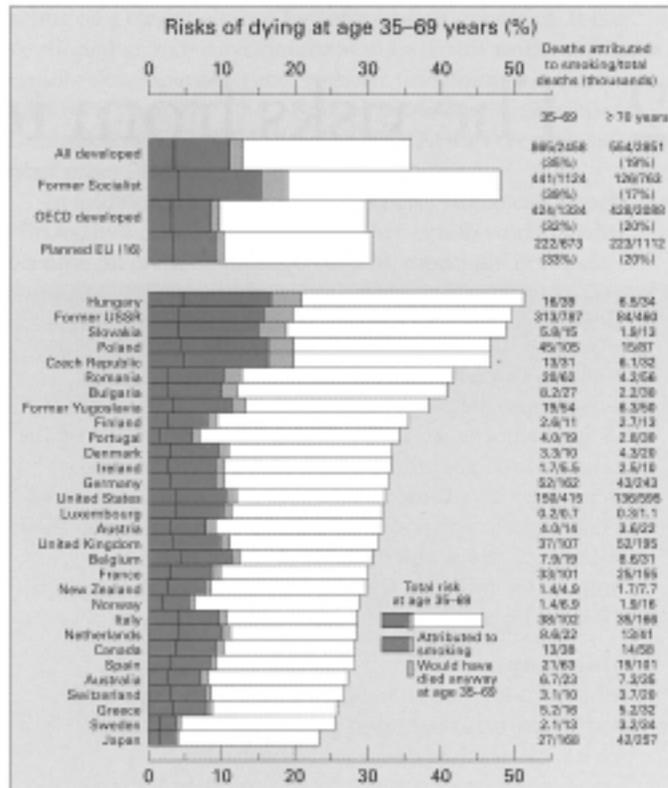


図3 先進国における1990年の死亡率から推定した35～69歳の男性の喫煙による死亡リスクと喫煙以外の原因による死亡リスク (From Peto et al)³⁾
 訳注：濃い影をつけた中のゼロから縦の線までは肺がんのために死亡する確率

巻たばこ会社に劣らぬ熱心さで売り上げを伸ばそうとしている気配があるので、油断は禁物である。皮肉なことに、公共の場所での喫煙の制限の強化が、喫煙スタイル以外のたばこ製品の売り上げを増やす結果につながりかねない。

鼻腔からの嗅ぎたばこは、今日ではごくまれにしか使われていないのでここでは問題にしないことにする。有害であるという証拠もはっきりしないし、公衆衛生上の意義はほとんどないとみなされている。

1980年代に、アメリカのたばこ会社がヨーロッパの数か国に製品を販売しようとしたが、EUは、その時以来、加盟国に対し、口腔で用いる新しいたばこ製品の導入と宣伝を不法行為として禁じている。しかし、スナッフのメーカーは、紙

心血管疾患

喫煙は心筋梗塞、脳卒中、突然死、末梢血管障害といった心血管疾患の発生率を高めることがわかっている⁵⁾。

イギリスの医師の喫煙習慣に関わる死亡率を40年追跡した前向き研究 (prospective study) によると、喫煙者の約半数が喫煙のために早死しており、早死の半分は69歳以前に生じていた。たばこの量が増えるとリスクも増大する。

喫煙により増加した分の死因の中には、次のものが含まれる⁴⁾。

虚血性心疾患

心筋変性

大動脈瘤

動脈硬化

脳血栓

その他の脳血管障害

心血管障害で死亡する患者の共通の特徴は動脈硬化であるが、喫煙は、血管の構造と機能、血小板、炎症性の白血球等に悪影響を与えることにより、動脈硬化を進行させているようだ⁵⁾。喫煙は、すでに知られている心血管障害危険因子の一つに過ぎないとはいえ、他の危険因子が多く心血管障害の発生率の高い国でも、あるいは他の危険因子が少なく心血管障害の発生率が低い国でも、喫煙の心血管障害に対する影響は明らかに認めることができる⁶⁾。心血管障害は男性に比べ女性の発生率は低いものの、喫煙が心血管障害に悪影響を及ぼすパターンは女性でも男性の場合と変わらない。

また、アテローム性動脈硬化によって、下肢の血管が狭小化し、歩行時の疼痛をきたすことがある。下肢の動脈障害のある患者の90%以上は喫煙者である⁷⁾。喫煙を続けて動脈障害がひどくなれば、下肢の壊疽をきたし、足指、足、脚を切断しなければならなくなる。ヨーロッパの複数の研究に

より、下肢切断の最大の原因は末梢血管障害であり、その最大の危険因子は喫煙であるということが分かっている^{8, 9)}。

さらに、経口避妊薬とたばこの併用により、心臓発作、脳卒中、その他の心血管疾患のリスクは10倍に跳ね上がる。この影響は40歳以上の女性で顕著である¹⁰⁾。

禁煙がもたらす効果

喫煙をやめると血栓を生じにくくなる。喫煙をやめると心臓はより多くの血液（および血液により運ばれる酸素も）を身体中に楽に送れるようになる。しかし、低タールたばこの喫煙により、心臓病のリスクが減少するという証拠はない¹¹⁾。

一方、禁煙により心臓発作のリスクは減少するが、これは特に、高血圧、高コレステロール血症、肥満、糖尿病など他の心血管疾患の危険因子をもつ人にとって重要である。たばこをやめると1年以内に心血管系疾患のリスクは半分以下になり、その後長期にわたってゆっくりと減少し続け、最終的には非喫煙者のリスクと同程度になる¹²⁾。また、冠動脈発作を生じた後に禁煙した場合、再発のリスクは半減する。脳卒中のリスクは2年で有意に減少し、5年後には非喫煙者と変わらなくなる¹³⁾。

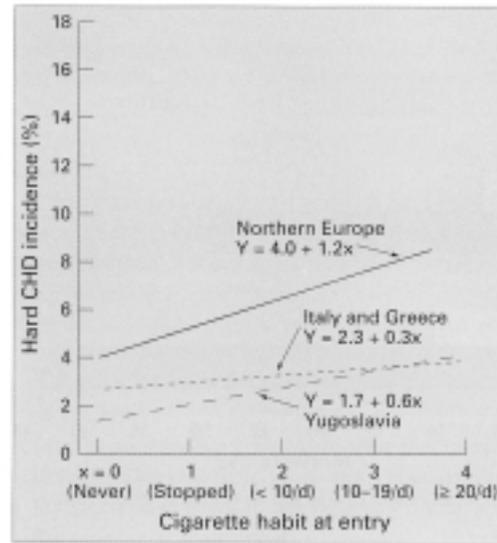


図4 北欧、ユーゴスラビア、イタリア、ギリシャの8717人の男性（調査開始時点では心疾患無し）における重症冠動脈性心疾患の10年間の年齢調整罹患率と喫煙状況の分類との回帰式
(Reprinted by permission of the publishers from Seven Countries by Ancel Keys,6)Cambridge,Massachusetts :Harvard University Press, copyright 1997 by the President and fellows of Harvard College)

がん

喫煙は以下のがんの直接の原因となることが明確に示されている。

- | | |
|--------|-----------------|
| 肺がん | 喉頭がん |
| 口腔内のがん | 膀胱がん |
| 食道がん | 腎がん |
| 胃がん | 白血病（特に急性骨髄性白血病） |
| 膵がん | 肝がん |

また、これらのがんの発生は喫煙の量と期間に影響を受けることも分かっている。

喫煙が長年にわたり習慣として確立している国では、がんによる死亡のうち一番多いのは肺がん、肺がんによる死亡の90%ほどが喫煙に起因する¹⁵⁾。ヨーロッパのいくつかの国では、近年の女性の喫煙率の上昇に伴い、女性のがん死の原因の第一位の座を、乳がんにかわって肺がんが占めるようになった。

喫煙開始年齢も重要である。喫煙開始時が若いほど肺がんにかかる危険が高くなる。そして、たばこの銘柄によるタール量の違いよりは、たばこの吸われ方のほうに意味がある。低タールたばこでも、より多くあるいは頻りに吸っていけば、その有害さは、高タールたばこの喫煙と違いがなくなる。

パイプや葉巻も紙巻たばこと同様、喉頭、口腔、食道のがんの危険因子である。これらのがんになるリ

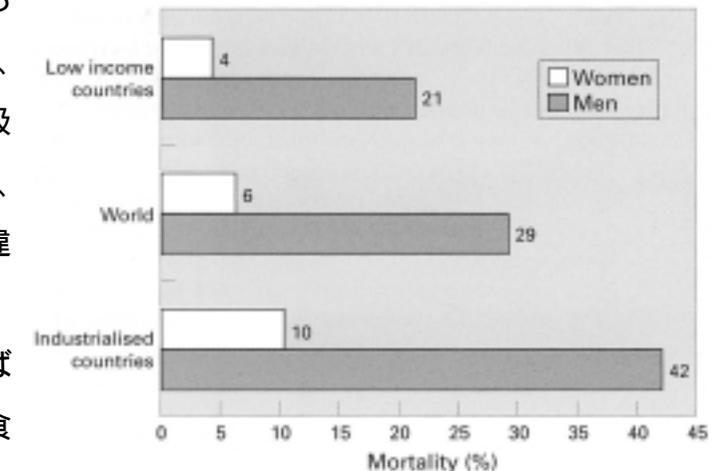


図5 全がん死亡のうち喫煙によると推定されるものの割合 (From peto et al)³⁾

スクは紙巻たばこの喫煙量に応じて高くなり、パイプや葉巻でも同様のことがいえる^{16, 17)}。

さらに、たばことアルコールが一緒になるとそのリスクは相乗的に増える。ヘビースモーカーで大酒家の人に発生した喉頭がんの9割はその習慣が原因である^{18, 19)}。口腔や咽頭のがんでもアルコールとたばこは相乗的にリスクを増やす方向に働く²⁰⁾。また、喫煙は子宮頸がんにも関係がある²¹⁾。

禁煙がもたらす効果は絶大である。がんが発生する以前なら、禁煙後すべての発がんのリスクは減少し、最終的には非喫煙者のレベルに近づく。

がん以外の肺疾患

喫煙によるがん以外の肺疾患で最も多いのは、慢性気管支炎と肺気腫を含む慢性閉塞性肺疾患(COPD)である。喫煙は、COPDの環境上の危険因子の中で最大の原因となっている。気管粘液の過分泌が起こり気流抵抗が増大するからである²²⁻²⁴⁾。

Principal diseases caused in part by smoking: mortality rates in cigarette smokers compared with rates in lifelong non-smokers. From Doll,¹⁶ by kind permission of the publishers.

Cause of death, England and Wales 1993	(% of deaths)	Ratio of mortality rates		
		British doctors 1951-91		American population 1984-91
		Men	Women	
Cancers of mouth, pharynx, larynx	(0.4)	24.0	11.4	6.9
Cancer of oesophagus	(1.0)	7.5	5.6	9.8
Cancer of lung	(5.6)	14.9	23.9	14.0
Cancer of pancreas	(1.0)	2.2	2.0	2.3
Cancer of bladder	(0.8)	2.3	3.9	1.8
Ischaemic heart disease	(25.3)	1.6	1.9	2.0
Hypertension	(0.5)	1.4	2.4	2.6
Myocardial degeneration	(2.0)	2.0		
Pulmonary heart disease†	(0.3)	∞	2.1	2.1
Other heart disease	(3.0)	—		
Aortic aneurysm	(1.6)	4.1	6.3	8.2
Peripheral vascular disease	(0.1)	—	9.7	5.7
Arteriosclerosis	(0.5)	1.8	2.7	3.0
Cerebral vascular disease	(10.6)	1.5	1.9	2.2
Chronic bronchitis and emphysema	(4.5)	12.7	17.6	16.2
Pulmonary tuberculosis	(0.1)	2.8	—	—
Asthma*	(0.3)	2.2	1.3	1.4
Pneumonia	(9.4)	1.9		
Other respiratory disease	(1.4)	1.6	2.5	1.7
Peptic ulcer	(0.7)	3.0	4.6	4.0
All causes		1.8	2.5	2.1

† No death was reported in non-smoking doctors.
* Smokers include ex-smokers, as asthma may itself cause cessation of smoking.
表 喫煙が原因の一部となる主な疾患：紙巻たばこ喫煙者の死亡率（生涯非喫煙者の死亡率を1とする）
(From Doll, by kind permission of the publishers)

COPDによる死亡率は、喫煙量に伴って顕著に増加する。1日25本以上たばこを吸う人のリスクは非喫煙者のその20倍以上にのぼる。低タールたばこの喫煙者では中程度にリスクが低下するという証拠が散見されるが、低タールたばこを多量に吸えば、このメリットも逆効果になるであろう。ある種の職業性粉塵や呼吸器に有害な物質は、たばこと相乗作用があるという報告もある。

では、たばこをやめればCOPDは治るだろうか。禁煙により呼吸機能にはめざましい改善はみられないものの、1秒での努力肺活量(FEV1: 1秒量)の悪化速度に歯止めがかかることがわかっている。咳、痰、喘鳴、呼吸困難といった症状の改善にもつながる。

受動喫煙のリスク

他人のたばこの煙を吸い込むことを、受動喫煙あるいは環境たばこ煙(Environmental Tobacco Smoke: ETS)と呼ぶが、小児や慢性的にたばこの煙にさらされている人では時に重大な被害をもたらす^{25, 26)}。受動喫煙は、成人の慢性呼吸器疾患に罹患するリスクを25% (10~43%)、小児の急性呼吸器疾患に罹患するリスクを50~100%も増加させる。

また、受動喫煙により肺がんのリスクが高まるという強力で一貫性のある証拠もある。たばこの本数、喫煙期間が増えると、喫煙者と同じように

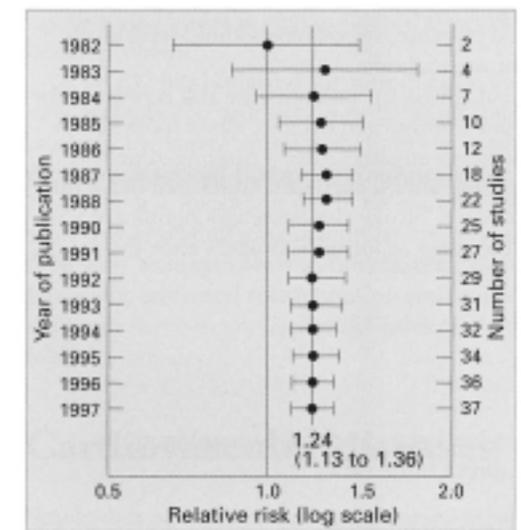


図6 生涯喫煙者の女性で喫煙者と同じように同居していたものの肺がんの相対危険を、データが公表される度に毎年すべてをプールし累積して推定したもの、バーの長さは95%信頼区間を表す(毎年推定に用いた研究数は右に示した)
(From Hackshaw et al,²⁶⁾ by kind permission of the BMJ Publishing Group)

との比較が考慮されていないので、利益と呼ぶことそのものに異論のあるものもある。

たばこによる費用は、以下のことにかかる経費を含んでいる。

たばこによって引き起こされた病気に苦しむ人々への余分の医療費

喫煙者における、死亡あるいは非喫煙者に比べて病欠が多いことによる生産性の低下

たばこにより死亡した人の扶養者への年金支給の前倒し (transfer cost)

たばこの不始末による火事

喫煙を許可しているために、禁煙の場合より余計にかかる建物の設備や公共交通機関の維持清掃にかかる費用

一方、利益には以下のものが含まれる。

たばこの製造、宣伝、販売による雇用の創出 (たばこの代わりに何か他のものの消費によって、もっと大きな雇用創出効果があるかもしれないが)

喫煙者が年金受給年齢まで生存しないこと、あるいは寿命が短いことによる年金支払いの減少

若いうちに死亡した喫煙者にかかったはずの老人医療費分の節約

たばこ税 (政府の収入)

費用と政策

ヨーロッパ地域の政府は、社会政策や保健医療政策を、相対的な財政上の費用と利益を勘案して立案しようという方向に動いてきてはいるが、大部分の国ではまだ厳密にはそこまでには至っていない。しかし、何人かの経済学者の研究によれば、喫煙率を継続的に有意に減少させることにより、短期から中期での保健医療費やその他の費用を減らすことができる。

ところが、長期的にみると、喫煙率の減少は経済的に正味の損失となりがちである。というのもたばこをやめることで、老年期まで生きる人の割合

が増え、非喫煙者であっても老人は若年者より保健医療サービスを多く使い、出費が増えることになりかねないからである。しかし、このことを根拠にたばこコントロール政策を行わないということは、救急隊員、医師、看護師、車両修理工場の従業員の雇用を確保するために、交通事故防止への取り組みをやめるといった類の議論で、とても文明国で受け入れられるものではない。

たばこ税を引き上げるための理由は、次の3点である。

政府の総予算の一部をカバーする

たばこの購買意欲を削ぐ

たばこの害の対策費とする

保健医療政策の議論の中では、時に、たばこについてより幅広い経済的見地が浮上してくる。しかし、それらの視点はいつも適切とは限らない。

この問題は複雑なので、各国医師会やたばこコントロールに取り組む人々がこの特別な研究領域から適切な根拠を獲得したり、政策論争を引き起こす際には、保健医療経済学者を含めることが役立つと思われる。

たばこ税に関する議論は、第11章の、課税によるたばこ価格の引き上げの項で詳しく述べる。

References

- 1 Peto R. Smoking and death: the past 40 years and the next 40. *BMJ* 1994;**309**:937-9.
- 2 Boyle P. Cancer, cigarette smoking and premature death in Europe: a review including the recommendations of European Cancer Experts Consensus Meeting, Helsinki, Finland, October 1996. *Lung Cancer* 1997;**17**:1-60.
- 3 Peto R, et al. *Mortality from smoking in developed countries 1950-2000*. Oxford, UK: Oxford University Press, 1994:A22.
- 4 Doll R, et al. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ* 1994;**309**:901-11.
- 5 Jeremy JY, et al. Cigarette smoking and cardiovascular disease. *J R Soc Health* 1995;**115**:289-95.
- 6 Keys A. *Sexes essential*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1990.
- 7 Laing SP, et al. The prevalence of cigarette smoking in patients with peripheral arterial disease. In Greenhalgh RM, ed. *Smoking and arterial disease*. London, UK: Pitman, 1981.
- 8 Rummens GM, et al. Epidemiology of lower limb amputees in the north of the Netherlands: aetiology, discharge destination and prosthetic use. *Prosthet Orthot Int* 1997;**21**:92-9.
- 9 Verhaeghe R. Epidemiologie et pronostic de l'arteriopathie oblitérante des membres inférieurs. (Epidemiology and prognosis of peripheral obliterative arteriopathy.) *Drugs* 1998;**56**(suppl 3):1-10.
- 10 Chollat-Tracquet C. *Homme and femme*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1992:38.
- 11 Royal College of Physicians of London. *Health or smoking: follow-up report of the Royal College of Physicians of London*. London, UK: Pitman, 1983.
- 12 US Department of Health and Human Services. *The health benefits of smoking cessation. A report of the Surgeon General, 1989*. Rockville, Maryland: Public Health Service, Centers for Disease Control, Office on Smoking and Health, 1990. (DHHS Publication No (CDC) 90-8416.)
- 13 Wolf PA, et al. Cigarette smoking as a risk factor for stroke. *JAMA* 1988;**259**:1025-9.
- 14 Doll R. Uncovering the effects of smoking: historical perspective. *Stat Methods Med Res* 1998;**7**:87-117.
- 15 Boyle P, Maisonneuve P. Lung cancer and tobacco smoking. *Lung Cancer* 1995;**12**:167-81.
- 16 US Department of Health, Education, and Welfare. *Smoking and health. A report of the Surgeon General, 1979*. Rockville, Maryland: Public Health Service, Office on Smoking and Health, 1979. (DHEW Publication No (PHS) 79-50066.)
- 17 Boffetta P, et al. Cigar and pipe smoking and lung cancer risk: a multicenter study from Europe. *J Natl Cancer Inst* 1999;**91**:697-701.
- 18 Franceschi S, et al. Smoking and drinking in relation to cancers of the oral cavity, pharynx, larynx, and esophagus in northern Italy. *Cancer Res* 1990;**50**:6502-7.
- 19 Andre K, et al. Role of alcohol and tobacco in the aetiology of head and neck cancer: a case-control study in the Doubs region of France. *Eur J Cancer Part B Oral Oncol* 1995;**31**:301-9.
- 20 Guenel P, et al. A study of the interaction of alcohol drinking and tobacco smoking among French cases of laryngeal cancer. *J Epidemiol Community Health* 1988;**42**:350-4.
- 21 Doll R. Cancers weakly related to smoking. *Br Med Bull* 1996;**52**:35-49.
- 22 Pride NB, Burrows B. Development of impaired lung function: natural history and risk factors. In Calverly P, Pride N. *Chronic obstructive pulmonary disease*. London, UK: Chapman & Hall, 1995:69-91.
- 23 Strachan DP. Epidemiology: a British perspective. In Calverly P, Pride N. *Chronic obstructive pulmonary disease*. London, UK: Chapman & Hall, 1995:47-67.
- 24 Rijcken B, Britton J. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 1998;**7**:41-73.
- 25 Law MR, Hackshaw AK. Environmental tobacco smoke. *Br Med Bull* 1996;**52**:22-34.
- 26 Hackshaw AK, et al. The accumulated evidence of lung cancer and environmental tobacco smoke. *BMJ* 1997;**315**:980-8.
- 27 Law MR, et al. Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence. *BMJ* 1997;**315**:973-80.
- 28 Anderson HR, Cook DG. Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. *Tobacco* 1997;**52**:1003-9.
- 29 Cook DG, Strachan DP. Summary of effects of parental smoking on the respiratory health of children and the implications for research. *Tobacco* 1999;**54**:357-66.
- 30 Pershagen G. Smokeless tobacco. *Br Med Bull* 1996;**52**:50-7.
- 31 US Department of Health and Human Services. *The health consequences of using smokeless tobacco. A report of the advisory committee to the Surgeon General*. Bethesda, Maryland: Public Health Service, National Institutes of Health, 1986. (NIH Publication No 86-2874.)
- 32 International Agency for Research on Cancer. *Tobacco habits other than smoking: betel-quin and areca-nut chewing; and other related substances*. Lyon, France: IARC, 1985.
- 33 Gupta PC, et al. Primary prevention trial of oral cancer in India: a 10-year follow-up study. *J Oral Pathol Med* 1992;**21**:433-9.
- 34 Grady D, et al. Oral lesions found in smokeless tobacco users. *J Am Dent Assoc* 1990;**121**:117-23.
- 35 Mikhailidis DP, Jeremy JY. Smoking and erectile impotence. *Int Angiol* 1993;**12**:297-8.
- 36 Vine ME. Smoking and male reproduction: a review. *Int J Androl* 1990;**19**:323-37.

第3章 女性と若年者

本章の前半は女性のたばこ問題、後半は青少年のたばこ問題を扱う。この両者をたばこ会社が特に販売のターゲットにしている現状を見るにつけ、特別の配慮と保護の必要を感じるからである。

本章の要約

ほとんどの国で女性の喫煙率は男性のそれに比べて有意に低く、このことからたばこ会社は女性、特に若い女性と少女を販売拡大の対象にしている。女性は男性に比べ喫煙率が低いため、たばこにより引き起こされる疾患の発生も低く、今まで予防対策の対象から漏れがちであった。各国医師会は女性と関係の深い団体やメディアと共同で、女性のたばこ問題への取り組みを促進する方向に動いてもらいたい。小児や思春期の子供は、他人のたばこの煙の犠牲となりやすく、たばこは実に出生前の胎児にも悪影響を及ぼすのである。それにもかかわらず、たばこ会社にとって、若年層が最も重要なターゲットである。というのもたいていの喫煙者は子供のうちに喫煙を始めており、非喫煙者の成人が喫煙を始めるということはほとんどないからである。

女性

ヨーロッパのほとんどの国では、女性の喫煙は男性に遅れること数十年して見られるようになった。女性がたばこを吸うことは社会的なタブーであり、たばこを買うお金もなかった。しかし、20世紀後半になって女性の喫煙

率は上がり、たいていは男性なみに、ときにそれを上回る勢いで増加している。この急速な喫煙率の上昇の起きた理由を検討することにより、女性や少女の喫煙を防ぐ方法についての示唆が得られるかもしれない。その理由は次の通りである。

社会的、経済的地位の変化

たばこ会社が販売促進の標的にしたこと

健康教育が女性の置かれている状況に無頓着だったこと

女性向けの健康教育がなかったこと

忘れられた女性

初期の健康増進キャンペーンでは、禁煙によってスポーツでよりよい成果が上がるとか、からだの健康状態が向上するなど、当時女性よりは男性のほうが関心を示すような話題をとりあげる傾向にあった。健康教育者側の認識不足という面もあっただろうし、喫煙が女性に普及する時期が男性よりかなり遅かったこと以上に、当時、たばこが原因となる疾患の発生率が女性ではかなり低かったというのも一因であろう。たばこ対策の上で、女性を要注意グループとしてマークし始めたのはつい20年前のことなのである。

たばこ会社が、成人女性や少女にたばこを売り込もうとして使用してきた戦術は次の通りである。

「スリム」なたばこ等の特別ブランドたばこの開発

女性雑誌への広告掲載

ファッション関係のイベントのスポンサー

女性に人気のある、ポピュラー音楽、ディスコ、テレビ番組、映画、

ビデオ、スポーツのスポンサー

「スリムな」たばこ

市場調査の結果、たばこ会社は女性、とくに若い女性にやせ願望があり、少なくとも世界中の女性ファッション業界ではスリムであることを高く評価していること、そして、多くの女性が喫煙により体重の増加を防ぐことができると思いこんでいるということをつかんでいた。

男性に人気の銘柄より長くて細い形をしたたばこに心を惹かれる女性がいるが、特にこれが女性好みの色の箱に包装されていたりするとなおさらである。かくしてたばこはファッションアクセサリーや、周囲が女性喫煙者である自分をどのように見てほしいかの主張を体現するものとなるのである。

ある種の女性にとっては、これらの「女性のためのたばこ」という特有のイメージの確立により、女性の喫煙に否定的な旧来の慣習を克服することができるようになる。「スリムな」たばこブランドの開発は、このように女性にアピールする要素をすべて集約したマーケティング戦略であり、たばこ会社が女性の新たな喫煙者を徹底的に開拓して増やし、喫煙し続けてもらうためのものであった。

女性雑誌を開くと大量のたばこの宣伝が目につくのが普通である。ただし、たばこの宣伝の掲載を拒否している見識の高い雑誌もあることも付け加えなければなるまい。たばこの宣伝を掲載する女性雑誌は、たばこの宣伝を拒否するものに比べると、健康関連の記事で、たばこをテーマとした執筆は有意に少ない傾向がみられる。たばこに比べればまったく重要でない健康問題について何度も詳細にとりあげる一方で、たばこの害に関しては実質的にまったく触れないという例もある。

女性へのたばこの宣伝は、たばこがセクシーでファッションナブルであり、

社会的な成功につながり、ストレスを和らげ、体重をコントロールできるなどの、ヨーロッパの若い女性にとって非常に魅力的なイメージを強めるように仕組まれている。

女性とたばこ：遅すぎた認識

残念ながら、喫煙が女性の健康にとって深刻な問題だという認識は最近になってようやく出始めたものである。保健医療従事者に限らず、政治・社会活動家、文筆業者、そしていわゆるウーマンリブ運動を進めてきたジャーナリストでも、女性の喫煙の重要さに気づくのが遅かった。

西ヨーロッパでは、ウーマンリブ運動の初期、医療健康問題として取り上げられたのは、ほとんどが生殖医療についてであり、たばこに関する懸念はウーマンリブに関係ないとして無視された。たばこを懸念することは、女性が、自らの意思で生き方を決める権利を主張し、一般的に男性のものともみなされていた活動に参加していこうとする傾向に逆行するものだとコメントする人さえいたのである。

たばこ会社はヨーロッパ女性の心をどう動かすか

ヨーロッパ17か国111の女性雑誌を分析したある研究では、これらの雑誌の広告に掲載されたたばこ広告が、直接女性をターゲットにする方法によって、どの程度たばこ会社の売上を伸ばしたか、雑誌のイメージを利用して広告の信頼性をどの程度高めたかが示された。それによると、

自発的にたばこ広告の掲載を拒絶したのは4誌だけだった

多くの国の女性は、たばこ広告によって喫煙について肯定的なイメージをみている

たばこの宣伝を掲載する雑誌は、喫煙にかかわるどんな健康問題につ

いても、正面から取り上げることが少ない

いくつかの雑誌では、たとえばスウェーデンのある雑誌のように、喫煙と健康について理解を示し、前向きに取り上げているものもあった

女性と喫煙による疾患

ヨーロッパの多くの国で、女性の肺がんの発生率が急激に高まっているのを見るにつけ、女性たちに喫煙を差し控えるようよきアドバイスをすべきであったと悔やまれる。肺がんの増加は劇的で、かなりの国で、それまで長年にわたりがん死のトップであった乳がんに代わって1位になっている。

かつて、喫煙による疾患は男性に比較して女性には起こりにくいものといわれていた。しかし、これは閉経前の女性の場合、心血管系疾患のリスクファクターとして喫煙の果たす役割は小さいという小さな例外を除けば、ほとんどの場合、間違いであることが分かってきた。対照的に、生殖医療の分野では、女性の喫煙者は男性よりも、喫煙により増えた罹患リスクに悩んでいる。

「女性が男性と同じようにたばこを吸えば、男性と同じように死ぬであろう」

Sir Richard Peto (オックスフォード大学教授 英国)

生涯にわたって喫煙し続け、男性と同じくらいの量のたばこを吸っている女性の死亡率と疾病罹患率は、ここで述べたことがあまりにも真実であることを証明した。

各国医師会は女性の喫煙問題について何ができるか

医師会がたばこ問題専門グループを編成しようとする際には、女性の喫煙には独特の問題が内在していることを肝に銘じる必要がある。そのうえ

で、次のことを考慮すべきである。

メンバーに女性を入れる
この問題についての専門知識のある人、あるいはそれを身につける意欲のある人の協力を得る

女性の喫煙に的を絞った実行委員会を作る。特にこの問題がこれまで余り注目を集めなかったとすればなおさらである

国レベルでたばこ問題の状況を見直し、援助してくれそうなグループを見極める

潜在的賛同者への教育

多くの組織を幅広く巻き込むための手始めに、喫煙と女性についての特別会議を開催する

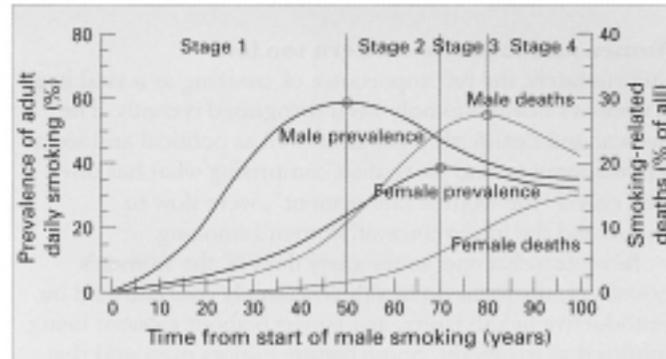


図8 喫煙流行の拡がりパターンの標準的モデル (From Ramstrom²⁾ by kind permission of Karger Basel)

個々の医師が女性の喫煙問題についてできること

たばこ会社は女性を標的にしているので、医師も女性に照準を合わせる必要がある。そのためには、特に次の4つの項目に配慮するとよい。

妊娠中の喫煙患者に特に注意し禁煙を支援する

経口避妊薬を処方する際のような明白な機会を逃さず、患者にたばこをやめるよう説得する

喫煙しているすべての女性患者に禁煙をすすめる

女性と喫煙に関する医師会のプログラムを支持する

女性の喫煙問題について各国医師会を援助できるのは、

女性向け出版物の出版社や編集者

女性団体

専門家団体や労働組合の女性部門

女性の健康問題にリーダーシップを示してきた著名人等の団体や人物

であろう。

また、喫煙問題に関心のある団体や個人の国際的ネットワークである I N W A T (付録3参照)を通じて、他国で女性の喫煙問題に取り組んでいる仲間と連携を取ることができる。

女性医師会員のリーダーのチャレンジ

女性団体がまだ対たばこ共同戦線に加わっていないならば、こちらの味方になるよう誘う必要がある。そのために女性医師会員(あるいは女性の保健医療専門職)の指導者たちが果たすべき役割は大きい。女性医師会員のリーダーは、たばこグループの集会やその他の行事に、女性団体のリーダーを参加させるよう努めるべきである。女性団体のリーダーたちは、このような機会を通して、喫煙問題一般や女性の喫煙に付随する特有の問題について認識を改め、たばこ問題キャンペーンに一定の役割を果たすようになるのである。

青少年

子供は以下の両面での保護を要することからも明らかなように、たばこに対して最も弱い立場にある。

他人のたばこの煙

たばこの宣伝やその他の喫煙への誘惑

だれもが、子供にたばこを始めさせてはならないことには同意する。

しかし...

ほとんどの喫煙者は子供のうちにたばこを吸い始めている。

子供がたばこを手に入れる手段が限られていても、次のようなパターンで喫煙者が現れる。

たまに試しに吸ってみる

試しの喫煙が定期的になる

大人になってたばこを買うお金ができると、定期的な喫煙の習慣が固着化するか依存の域に達する

“自分の意思で喫煙している人々...”

たばこ会社の公的な立場は、喫煙者は「彼らの自由意思で喫煙している」のであり、喫煙は「大人の習慣」であるから子供はたばこを吸ってはならない、というものである。選択の自由というのは訴求力のある概念だが、この文脈で使われるのはまったく不適當であり、多くの場合たばこ会社により濫用されている。なにしろ、子供が、大人のように自分の意思でたばこの何たるかを知った上で、喫煙についての選択をするなどということはないのである。アメリカでの訴訟の過程で明らかになったたばこ会社の内部文書からも、彼らが懸命に子供を喫煙するように仕向けようとしているのがうかがえる。アメリカのたばこ会社上層部の一部は、この点を認めているにもかかわらず、同じ会社の人たちがヨーロッパで、今日もせっせと同じような詭弁を弄し続けている。

子供と受動喫煙（環境たばこ煙）

生まれる前から、子供の健康は、親、特に母親の喫煙によりおびやかされており、その悪影響は何年にもわたって存在し続ける。子供が他人のたばこの煙にさらされることは、乳児突然死や重大な呼吸器疾患、その他喘息の早期発症を含む健康上の問題を引き起こしたり、その一因となったりするのである。

子供とたばこの販売促進

子供は、たばこ広告の特別なターゲットになっている。たばこ会社はやっきになってこのことを否定するが、アメリカの訴訟において公開されたその内部文書により証明された

子供は、おそらく、入念なリサーチの結果に基づき、非常に巧妙にたばこ販売の目標にされている。たとえば、たばこ会社は、テレビ中継により大勢の子供の目に触れることが分かっているスポーツイベントのスポンサーとなっている

子供たちは、ビルボードの定期的な広告や後援など、絶え間なくたばこ販売促進活動を眼にすることになる。その結果、

たばこにより肯定的な態度をとるようになる

たばこを試しに吸ってみようと思うようになる

このほか、子供の喫煙に影響を与えるものに、

両親、教師、年上の兄弟、仲間、彼らのモデルとなる人たちがたばこを吸うかどうか

両親、教師、その他彼らにとって大切な大人や仲間の喫煙に対する態度がある。

子供たちは、成長して試しに喫煙してみようとする頃には、喫煙が原因となる病気の知識によっては、長くは影響されないようになる。重大な疾患

は、自分たちよりずっと年上の人々に関わる出来事であり、子供たち自身の経験や想像からあまりにもかけ離れたように思える。そのため、子供たちは、自分たちと同一視できないのである。

“ 対策は子供から始めなければならない ”

たばこ問題に関わってまだ日の浅い人々から最も頻繁に聞かれるのがこの手の発言である。気持ちはよくわかるが、学校での健康教育をはじめとして、子供に関係のある領域にほとんどすべての努力をそそぎ込もうとする方向に流れやすい。しかしながら、これまでの経験から、たばこコントロール政策のどの一面をとっても、それだけではたばこ問題は解決しないことが分かっている。

子供の喫煙を予防するよりも、大人の禁煙を促すほうが有効であるのは厳然たる事実である。

このことをもって、若年層へのよい健康教育プログラムの普及を諦めるべきといっているわけではないが、他の活動を犠牲にして若年者への保健教育に集中するというのは現実的ではない。

思春期：喫煙開始のキーポイント

思春期は、子供たちが喫煙を開始する最も重大な時期である。この時期、子供たちは、小学校から中学校に進学し、これまでの最上級生から、新しい「大きな」学校の最下級生になってしまうのである。子供たちが自らのアイデンティティを求め、仲間うちでの地位を獲得しようともがいているこの期間には、社会的なプレッシャーが強く彼らにのしかかる。子供たちは、対外的に自立し、「かっこよく」、大人びて見えるようにしてくれるものなら何でもやってみようと思うのである。

医師会と子供の喫煙

医師会のたばこ専門グループ（84～86ページ参照）は次のような観点に注意し、子供の喫煙問題に取り組む必要がある。

子供の喫煙問題のあらゆる面からの見直し

この領域の専門家をグループに入れる

たばこコントロールに取り組むコーディネーター

的機能を発展させようとする

もし子供を対象としたプログラムがすでにあるなら、医師会が主役になるとうとするのは不適切だし不必要である。医師会のたばこ専門グループは子供と喫煙の問題から目を離さず、諸団体の活動から最大限の効果を得、労力の重複を避けるため、これらの活動がうまくコーディネートされるように支援すべきである。

子供の喫煙問題については、「たばこコントロール政策」の項の、「一般の人々向け教育プログラム」の中でも触れているので参考にしてほしい。

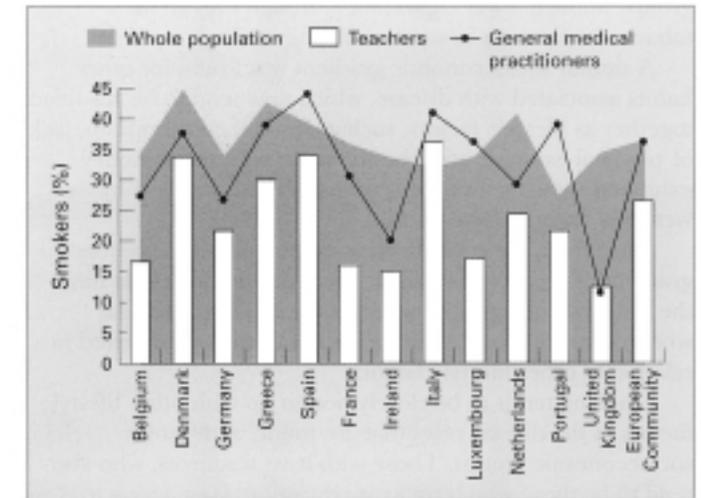


図9 EU全体と西欧諸国におけるキーとなる「お手本となるべき」人々（教師と一般医）の喫煙率 (From Huber et al,³⁾ by kind permission of Karger, Bsel)

References

- 1 Amos A, et al. Women's magazines and tobacco in Europe. *Lancet* 1998;352:786-7.
- 2 Ramstrom LM. In Bolliger CT, Fagerström K, eds. The tobacco epidemic. *Prog Resp Res* 1997;27:65.
- 3 Huber GL, et al. In Bolliger CT, Fagerström K, eds. The tobacco epidemic. *Prog Resp Res* 1997;27:28, 45.

第4章 たばこと社会的不平等

この章では、社会のいろいろなマイノリティに属する人々のたばこ問題に焦点を当てる。たばこコントロール活動の計画と、実行にあたって、これらの人々の存在を忘れてはならない。

本章の要約

ほとんどの国々では、社会のどの階層に属するかによってたばこの影響が違って来る。ほかの公衆衛生問題と同様に階層による違いを考慮し、最もリスクの高い人々を対象とすることで活用できる資源を用いて最大の効果をあげるようにしなければならない。

特にたばこの害にさらされやすい人々は、

低所得者層

移民を含む少数民族

である。

以下の項では、これらのグループの人々がそれぞれどうしてたばこの習慣に染まりやすいか、そしてどうしたらそれを防ぐことができるかを考察する。

低所得者層

喫煙とたばこコントロールの歴史が長い国では、異なる社会所得グループの間での喫煙率に、時代の移り変わりとともに注目すべき変化が認められる。

どういう人が何を吸うか - 時代は変わる

20世紀初頭の西欧の国々で喫煙が始まったばかりの頃、紙巻たばこを吸うのは社会の上層階級の男性というのが相場だった。当時、紙巻たばこは手製で高価だったのである。下層階級の人たちは、パイプで吸ったり、場合によっては噛みたばこを使っていたが、紙巻たばこはほとんど吸わなかった。

健康に悪いとされるほかの習慣についても、社会階層間の分布は似たようなものだった。今日では、生活習慣因子としてひとまとめにされる傾向にある、アルコールの消費、運動不足、肥満といったようなものである。これらはかつて金持ちに多く、貧乏人には少なかった。

しかし、時代の経過とともに、喫煙の社会階層間の分布が逆転してしまった。現在では、上層階級に多い専門職の人々の喫煙率は低く、低所得者が多い非熟練肉体労働者で喫煙率は最も高い。ほかの生活習慣因子についても同じような傾向が認められている。

喫煙はほかの生活習慣因子と緊密に結びついて、異なる社会階層間での疾病発生率に影響を及ぼしている。低所得者層は、概して教育水準も最低レベルで、病気のスクリーニングや信頼すべき健康に関する情報やアドバイスが得られにくい状況にある。そのため健康のために自らのライフスタイルを変えるのにもっとも消極的な人々となっており、公衆衛生上最大の難問となっている。

このような人々に、正しい情報を伝え、ライフスタイルを健康的なものに変えるよう促すには、人気商品やサービス（これらのものの中には、健康状態における不平等の最も著しい例の原因となっているものもある）を売り込むためにお金をかけて作られる宣伝と同じレベルのイメージーションと創造力の技術を総動員しなければならない。たばこの広告につられやすい人々、それは同時にたばこ会社が広告の対象として関心を向けている人々



図10 たばこのない新しいヨーロッパ
(By kind permission of the International Union
Against Cancer)

でもあるのだが、この人々の福祉のためには、たばこ広告を何ら規制しないという自由に対抗する議論がとりわけ的を射ている。

たばこによる疾患は、最も所得の低い層の人々に発生しやすい。このような社会的不公平の観点からみると、強力かつ誤解を招きやすいイメージが、この世で最も危険な商品（たばこ）の売り込みに役立っていることを考えてみても、低所得者がたばこの宣伝にさらされる自由よりは、宣伝からの保護に重きを置くほうが妥当であろう。

医師会と低所得者層

医師会のたばこグループは、次のことを行うべきである。

低所得者層の喫煙に関連した問題の見直し

労働組合の医学顧問や産業医、大衆紙の健康欄を執筆している医師、あるいは人気のあるラジオやテレビの番組の健康問題で登場するような特別な医師などをメンバーに入れる

低所得者層にメッセージが最も効果的に伝わるよう宣伝方法を定期的にチェックする

保健医療経済学者の役割

このような問題を扱うのに、保健医療経済学者がいると特に有用である。たばこ会社やたばこ問題について間違った認識の政治家によって、総合的なたばこコントロール政策に対する反対意見として出される根拠の一つは、たばこ税の引き上げによりたばこの値段を実質的に高くするといった政策は社会的に逆進課税であり、低所得者層の暮らしを良くするよりは悪くするというものである。

たばこの値段を税金で上げるの項（11章）で見ると、この議論は厳密な意味では正しくなく、税の引き上げによりもたらされるであろう低所得者層の予想以上の健康状態の改善について考慮すれば、たばこ税の引き上げは社会的に累進課税とも言えるのである。

低所得者層をめぐる問題で、往々にして政治的に緊張の高まる状況では、論議の過程で必要なデータをそろえたり、それを解釈したりするうえで、保健医療経済学者の助力が必要になる。

移民を含む少数民族

前述した低所得者層における問題の多くは、以下のグループにも同じようにあてはまる。

少数民族

一時的あるいは永住する移民労働者とその家族

ジプシー（ロマ民族）やその他の旅をしている民族で、定住地を持たない人々

このようなグループに属する人々は、たばこの消費の仕方が一般と異なっていたり、たばこから生じるさまざまな疾患のうち、あるものに特にかかりやすかったりすることがあるかもしれない。最も重要なことは、このようなグループのかなりの人々が、その国で使われている主要な言語を理

解できず、一般向けの健康問題に関するメッセージの大部分を受け取り損ねるということである。

医師会と少数民族

医師会をはじめとした公衆衛生政策の立案者は、すべてのたばこコントロール計画において少数民族の存在を念頭においておく必要がある。医師会のたばこ問題専門グループは、次のことを行うべきである。

少数民族の代表をメンバーとして選ぶ

少数民族の医療にあたっている、医師や医療従事者を含める

少数民族の健康問題の指導者が一同に会するフォーラムが機能するようにして、彼らがたばこ問題に取り組むよう促す

国全体のたばこコントロールプログラムと連動させる。たばこについて書いたパンフレットを作るなど、一般国民向けにたばこコントロール運動を始めようとするときは、少数民族の指導者と健康問題の専門家に加わってもらい、少数民族が対象から漏れないようにすることも大切である



図11 (From a book on doctors and tobacco, Hekim ve sigara, published by the Turkish Medical Association)

第5章 医師の潜在力

この章ではたばこの使用を減らし、ひいてはたばこがもたらす疾患と死亡率の低下を推進するのに、なぜ医師が社会のほかのどのグループよりも大きな役割を果たす潜在力を持っているのかを示唆する。

本章の要約

たばこに対する闘いを支援するうえで、医師は特有の強力な影響力をもつ立場にある

先駆的研究の大部分と、たばこコントロールへの初期の政治的ロビー活動は医師により行われた

たばこ問題の解決には、幅広い分野からの専門家の参画と専門的技術を要することから、医師たちは、彼らだけではこの問題を解決することはできないと認識するようになった

唯一強力な立場にある医師

医師は、次に示すような幾つかの要素を兼ね備えていることから、たばこ問題に特別の影響力を持っている。

疾患に対する詳細な知識

独立した健康のエキスパートとしての世評

健康問題のアドバイザーとしての地位

- ・個人に対して
- ・公的及び民間の組織に対して

・マスコミに対して

臨床において1対1で助言できる特殊な立場

患者が最も助言を受け入れやすいのは、このような状況であろう

政策決定者との人脈

社会的に安定しており、尊敬される地位

先駆者

イギリスにおけるたばこコントロールの短い歴史は、後に述べるように偶然が重なった面があるにしても、医師がたばこコントロールにおいて主要な役割を果たしうることを示す非常に顕著な例である。

他の工業化社会と同様、20世紀最初の数十年で、イギリスにおいて習慣性の毎日の喫煙が男性の間で急速に広まった。それ以前は、非常にまれであった肺がんによる死亡率が、喫煙の広まりに伴い上昇し続けた。

この頃、多くのケースコントロール研究が行われた。これらは、喫煙量と肺がん発生との強い関連性を明らかにした。Richard Doll と Austin Bradford Hillの2人の科学者は、「喫煙は肺がんの発生に關与する因子、しかも重要な因子である」と結論づけた。しかし、この結論は広く受け入れられなかった。しかも他の科学者は、関連性が認められたのは調査方法による人工産物によるとか、喫煙と他の因子との間に交絡があるためと疑った。

DollとHillは他の研究方法が必要であると悟った。彼らは、肺がんの患者についてのケースコントロール研究を行う代わりに、喫煙習慣のあることがあらかじめ分かっている集団を観察し、肺がんの発生を調べる前向き研究を行うことにした。

そして、この研究対象には非常に多くの参加者が必要であり、かつ質問に対する高い回答率が必要であった。彼らは、次の理由で対象者として医師を選んだ。

医師は特に研究に関心があり、それゆえ他の集団と比較して、自分たちの喫煙習慣について意欲的にしかも正確に答えるであろうと考えられた
医師は医療行為を行う際に登録が必要なため、彼らを追跡するのは比較的容易であった

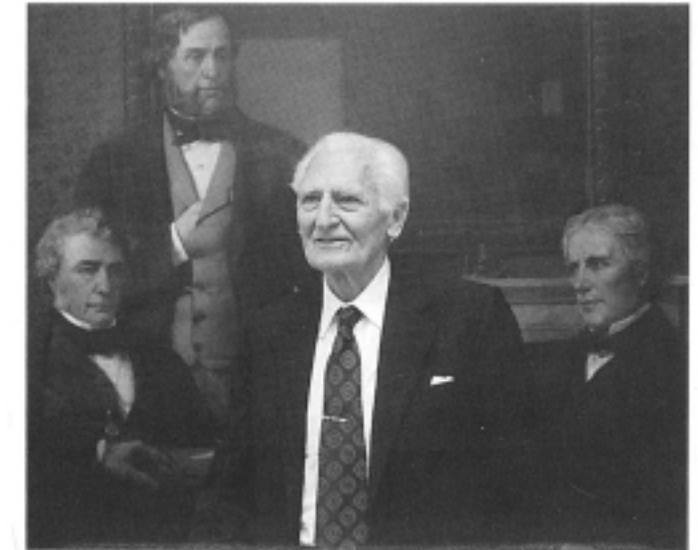


図12 1992年80歳の誕生日を迎えた Richard Doll 卿
(By kind permission of the London Times)

研究対象として医師を選んだことは、研究開始前には気づかなかったもう一つの利益をもたらした。医師たちが彼らの健康および国民の健康に関わる研究結果に関心を持つことにより、たばこコントロール政策の発展を押し進め、喫煙の危険について人々を教育することに寄与したからである。

医籍に登録されていた医師5万9,600人の3分の2以上が回答し、3年以内に喫煙と肺がんの関係が確証された。喫煙と冠動脈血栓との間にも統計学的に有意な関係が認められた。研究が進むにつれて他の多くの疾患において喫煙がもたらす影響の証拠も示された。

さらに、喫煙と肺がんや冠動脈疾患の関連という最初の結果が出た後にも解決されずにとどまっていた、いくつかの疑問に対する回答もこの研究が継続される中で明らかになってきた。たとえば、もともと喫煙者となりやすく、しかも肺がんなどの特定の疾患を起こしやすい素因の人がいるかどうか、そして、喫煙がどの程度心血管疾患の原因となっているかという疑問である。

「先生、こうなったのは運命ですか？」

「多分、生まれつき喫煙者になりやすい人は、生まれつきたばこを吸わないで済ませられる人よりは肺がんになりやすいのだろう」

上記の推論が正しいかどうかについては、英国医師を対象とした最初の研究結果が出た後も、おそらく最も重要な疑問として残りつづけ、結論は出なかった。このことは今でも、まだ多くの国で耳にすることであり、時に喫煙者が喫煙の続行を正当化する際に引き合いに出される。また、たばこ産業によっても、喫煙の危険を示した科学的根拠が正しくないことを示そうとしてしばしば用いられる。

このような喫煙者になりやすい素因と肺がんになりやすい素因という二重の素因説の可能性は、DollとHillの最初の研究結果（とそれ以前のケースコントロール研究）が発表された後に喫煙をやめたが、その後も継続して観察を受けた多くの医師の経験によって否定された。喫煙を止めた医師の場合、肺がんや喫煙に関連する他の疾患による死亡率は低下したが、一方、喫煙を継続した者では低下は認められなかった。これに対し、喫煙と関連のない疾病による死亡率は両群でほぼ同じであった。

これらの医師たちは40年間経過を観察され、その間、逐次、論文も発表された。最終報告は、1994年の「第9回たばこか健康か世界会議」での発表に合わせて、British Medical Journalに掲載された。

したがって、医師たちはたばこの危険を証明する研究での先駆者であるばかりでなく、前向き研究の調査対象となり、喫煙率の有意な低下を示した最初の大きなグループの一つを構成していたのである。

医師は広い分野間の協力が 必要であることを認識した

1955年に、DollとHillによる前向き研究の結果が初めて発表されて以来、多くの医師は喫煙をやめた。医師たちの間では、たばこコントロールに向けて効果的な対策をとるべきという気運が高まった。

このような気運に応じて、ロンドン王立内科医学会（Royal College of Physicians of London : RCP）は喫煙と疾病の関連を示す科学的根拠を検討する委員会を設置した。1962年には委員会による喫煙に関する最初の報告が行われ、広く認知されるようになった。そして、医師は健康教育等の充実をイギリス政府に対し働きかけたのである。

1964年には、イギリスのRCPによるレポートに触発され、アメリカの公

衆衛生局長官が喫煙に関するエビデンスの最初の総説を発表した。



図13 スウェーデンのたばこ法採択前の世論形成には医師が重要な役割をになった。このとき反たばこの医師組織が結成された。この写真は提出された法案の国会での審議中に、医師によるデモの際撮られた。

(From Tobacco control-Swedish style. By kind permission of the National Institute of Public Health, Stockholm, Sweden)

これがさらに、喫煙問題に関心のある多くの医師の行動を駆り立てたのだ。

1967年、R C Pは喫煙に関する第2回目のレポートを発表した。医師たちは今までの自分たちのアドバイスや行動では、イギリス政府に効果的な活動を起こすよう説得できなかったことに気づき、その後間もなく、R C Pは「喫煙と健康に関する運動」(Action on Smoking and Health: A S H)を設置した。この機関はたばこの害についての情報を一般の人々に提供するためのチャリティー活動を行っている。A S Hは今日まで存在し、最近では、たばこコントロールに関するE U指令をイギリス政府が支持するキャンペーンにおいて重要な役割を演じた。専門のたばこコントロール機関の設立についての詳細は第10章にまとめたので参考にしてほしい。

医師は、英国を含む多くのヨーロッパ諸国において、次の点でリーダーとして寄与してきた。

法律制定へのロビー活動

たばこ税の増税の推進

喫煙をやめるとこれを奨励することに焦点をあてるために、特別の日「禁煙デー」を設立し支援する

第6章 禁煙(喫煙をやめること)

この章では、医師が、喫煙による害の減少を援助するうえで、最も直接的で、個人的な方法 患者がたばこを止めることへの支援について述べる。

本章の要約

医師は、喫煙者の禁煙を助けることができる特別な技量を持っている
多くの喫煙者は、喫煙をやめたいと思っている。また、やめたいと思っていない喫煙者でも禁煙の勧めを心理的に受け入れられる人はいる
医師が少し介入するだけで、喫煙者が禁煙に成功する機会は増加することが示されている
ニコチン置換療法は、依存の強い喫煙者の禁煙成功率を増加させる。
また、他の方法にも効果のあるものがありそう

何千の人が毎日 ...

ほとんどの国で、何千人の患者が、毎日家庭医を受診する(たとえば、英国の人口は5700万人、喫煙率はヨーロッパ地域では平均的で、医師は毎日25万人の患者を診察する)。これら患者の相当部分が喫煙者であろう。さまざまな訴えで受診する患者の中では、喫煙者は特に多いといえる。したがって、毎日の介入の機会は計りしれない。

医師は禁煙を助けることができる

医師は次の理由により、患者が喫煙をやめる手助けができる特殊な立場にある。

健康に関する医師からの助言はほかの誰のものより信頼できる

医師は、人々が健康に関する助言を最も受け入れやすい時期に診察する
患者の既往歴や家族歴を参考にして、医師は個人にあった助言ができる

医師は非常に多くの喫煙患者を毎週診察する

喫煙者は禁煙したがっている

すべての国に、禁煙したいと考えている喫煙者がいる。そのような人々の中にはまだ禁煙を試みていない人もいるし、試みたが（時に何度も）失敗に終わった人もいる。

この「不調和な」グループ、つまり自分の習慣について不満があるものの喫煙を続けている群は、全喫煙者の3分の2におよぶともいわれている。

その中でも、医師に喫煙について相談を求める喫煙者には次のような特徴があり、医師に相談に現れた時が禁煙の手助けをする際の重要な出発点となる。

多くの喫煙者は

喫煙をやめたいと思っている

喫煙による危険を低く見積もったり誤解したりしており、誤解はしばしば非常に大きい

すでに咳、肺機能の低下など喫煙に関連する症状がある

自分の子供たちには喫煙を始めて欲しくないと思っている

お金を節約したい

喫煙をやめさせたいと思っている配偶者、子供、友人、同僚がいる

喫煙により生じるにおいや汚れが嫌いである

他の心血管系の危険因子を持つ

人々の喫煙をやめる時の経験はさまざまである。最初の禁煙でやめられたという者もいれば、最終的に禁煙に成功するまでに何回も試行錯誤した者もいる。また禁煙後に深刻な離脱症状を経験する者もいるし、全く経験しない者もいる。同一人物であっても、禁煙を試みたその度ごとに、非常に異なる経験をする場合もある。

さまざまに異なる禁煙経験は、医師がどのように患者の喫煙をやめるように勧めたらいいかを、知ることを難しくしている理由の一つである。

この問題に対する背景として、喫煙者の喫煙に対する態度と、彼らが喫煙をやめるまでに典型的に通過する心理的ステージのモデルを頭に入れておくことは有益である。喫煙者が禁煙したいという願望は、徐々にゆっくりとした経過をとることも多いが、次の段階を経て大きくなる。

禁煙に対する態度の変化 喫煙者の気持ちは次のように変化していく

- ・「喫煙をやめることを考えるべきだ」、その後
- ・「本当にやめなければならない」

喫煙者の多くは次の段階へ進む前、このやめなければならないと考えているだけのステージ（段階）に長くとどまる。

禁煙へと駆り立てるきっかけ、それは些細なことであるかもしれない。例えば、たばこ税率の引き上げ、友人や隣人の禁煙など。あるいは、もっと



図14 “たばこをやめようと思ったことがあるの？”

(By Mel Caiman, by kind permission)

個人的なこと 子供たちから喫煙をやめてとせがませたこと であるかもしれない。喫煙をする友人や親戚の疾病や死、自身の喫煙に伴う症状の増悪が引き金になることもありうる。その結果、喫煙者は次のように感じる

・「よし、本当に喫煙をやめよう」

禁煙の決意を実行に移す

残念ながら、多くの喫煙者は禁煙した後再び喫煙を始め、最終的にやめるまでにこのようなことを何回か繰り返すかもしれない。このような理由から、成功とか失敗についての話題は避けることが大切で、常に新たに喫煙をやめようとの気持ちを維持し、再度挑戦することを勧めるべきである。

禁煙に関する研究によると、禁煙をずっと維持できるようになるために、以前に禁煙を試みた経験が必要な人々がいる^{2,3)}。

しかし、喫煙者は反対に捉える傾向にある。つまり、彼らは喫煙をやめようと一生懸命試みて失敗したのだから（しばしば何回も）もう一度頑張っても無駄だと考えるのである。しかし、医師は上記の事実を各喫煙者に合わせながら、禁煙を再び試みよう働きかければよいのだ。喫煙者自身が見込む禁煙の成功率よりも、今度成功する確率は実はもっと高いかもしれない。

医師による介入

要 約

医師は患者の禁煙を次のような方法で手助けすることができる。

患者は自分の喫煙習慣を見直す。これはたとえ喫煙による症状が今まで何もなかった患者においてもそうである

すべての患者と定期的に禁煙の利益について話し合う（今までに禁煙に向けての行動を起こしていないものには繰り返し行う）

患者に喫煙をやめるように定期的に励ます

禁煙に同意したものに
対しては、より積極的
にカウンセリングを行
う

もし適切であれば、ニ
コチン置換療法（詳細
は51ページ）を行う
効果を維持するために
経過観察を行う

もし一度禁煙した患者が再び喫煙を始めたら上記の手順を始めから繰り返す

日常診療での次のような簡単な方法も、長期的成功を支援するのに役立っている。

喫煙者に喫煙習慣質問表に記入させる

患者の禁煙の進行具合を評価するために、患者の経過観察を行う旨を医師がいう

禁煙について説明した簡単なパンフレットを患者に渡す

奇跡の治療法などない...

喫煙を簡単にやめられる方法などないということを知っておくことが重要である。医師に自分の喫煙をやめさせてもらいたいと思っている患者や、どういうわけか彼らのために医師が禁煙を成功させるのを当然だと思っている患者がいるが、喫煙をやめることができるのは患者自身なのである。

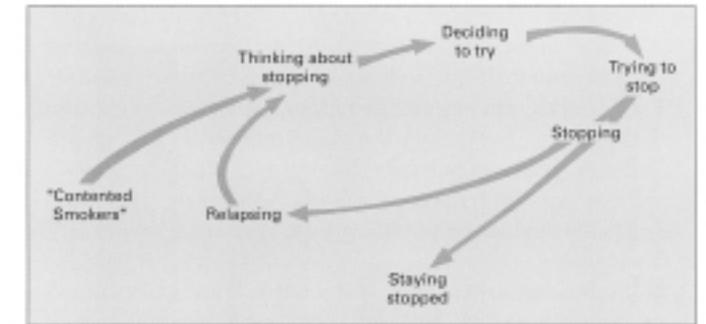


図15 たばこをやめるプロセス
(From *Help your patients*¹⁾ stop by kind permission of the publishers)



図16 禁煙指導のフォローアップでは、CO濃度測定器を用いて禁煙をつけているかどうかをモニターすることができる
(From *Tabacco control Swedish style*, by kind permission of the National Institute of Public Health, Stockholm, Sweden.)
Photo: Jacob Forsell

より高い動機づけを持つ、選ばれたグループとは異なり、これまで禁煙を試みた人々の成功率は、がっかりするほど低い。長期的な成功率を評価するのに最も現実的な期間は一年間だが、一年後にまだ禁煙している人が5%もいれば上出来である。

しかしながら、このようなことで禁煙を支援する意欲を失うのではなく、むしろ積極的に挑んでいくべきであろう。さらに、個々の医師、保健医療サービス提供機関、製薬会社の注意がより一層禁煙

へと向けられることにより、そして新しい禁煙方法が常に研究されることにより、将来かなり高い禁煙成功率が達成できるかもしれない。

禁煙について患者にカウンセリングする時には、医師はどのように長期の成功率を説明するかを注意深く選ぶ必要がある。そして、何よりも医師はすべての喫煙者に対して、喫煙をやめるよう可能な限り励まし、再喫煙患者には禁煙を再度試みるように促すべきである。

喫煙者に対しどう接していくかについて次に詳しく述べることにする。

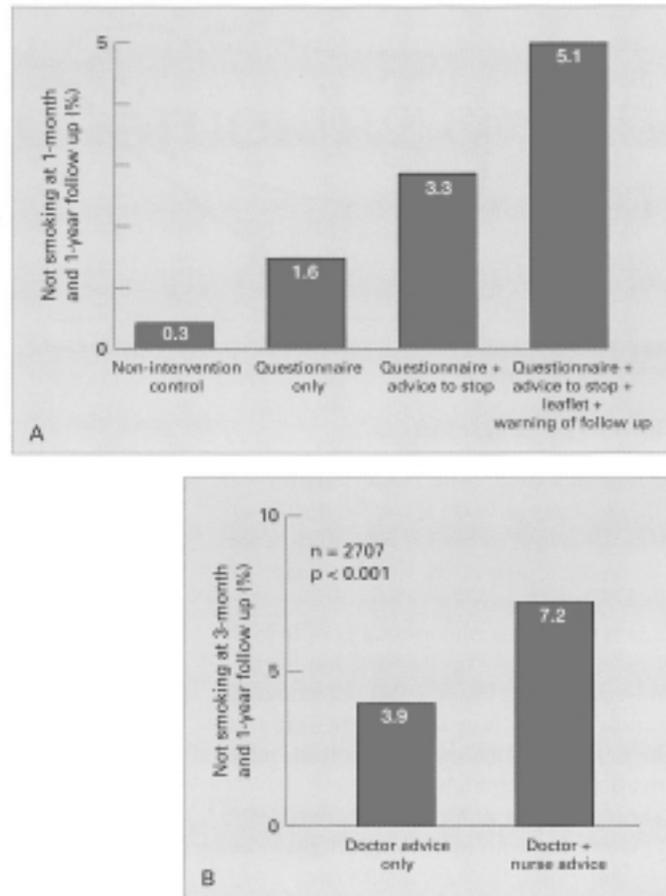


図17 (A) 一般医による禁煙の忠告の効果 (2000人の患者を4つのグループにランダムに割り付けた)

(B) プライマリケアにおける喫煙者に対する看護婦による禁煙支援のカウンセリング効果

(From Flower,⁴⁾ by kind permission of Karger, Basel)

簡単な介入

次に述べるアドバイスは、プライマリ・ケアを行う医師のみではなく、すべての医師に対してのものである。医師が喫煙者に対して行う簡単な介入方法は、医師が適切でないと判断する場合を除いては、一つのステップから次のステップへと続く単純なパターンのものである。

医師は、患者を診察する際、常に各々の患者が喫煙者であるかどうかをチェックすべきである。つまり、各々の患者の喫煙習慣を診療録に記載する必要がある。

喫煙に関する話題を持ち出さない十分な理由がない限り、喫煙患者を診察する際には必ず喫煙をまだ続けているのか、最近禁煙を試みたか、または禁煙しようとして(再び)考えたかどうかを患者に訊ねる。

医師は、患者がさらに詳しい情報や禁煙に対する励ましを受け入れるかどうか、そして、もし受け入れそうならば、それは具体的にどのようなものを判断しなければならない。患者がこれらを受け入れる場合を想定すると、医師は次のように、プロセスを進めていくことができる。

もし、患者が喫煙をやめたいと考えているようであれば、医師は次のことを行うべきである。

患者が禁煙したいという考えを、実際に行動に移すことができるように情報や助言や励ましを与える

禁煙しようという決心を強化する

利用できる禁煙用パンフレットがあれば、患者に渡す

ニコチン置換療法 (nicotine replacement therapy: NRT) が適切と考えられる場合は処方する。もしくは、処方なしで入手可能な場合は、一連の治療薬セットを購入することを勧め、使用方法について適切な助言をする。

ニコチン置換療法を行うかどうかは、治療薬が入手可能かどうか、患者

が以前禁煙を試みてニコチン依存のために失敗したかを考慮するニコチン置換療法を行うかどうかにかかわらず、禁煙を開始する日を前もって計画するよう患者にアドバイスする。禁煙開始日を決めるための準備について手短かに話し励ます

診察の終わりにもう一度、患者の禁煙しようという決意を確固たるものにする。患者には、今後も患者の禁煙の進行具合を観察し、必要であれば力となることを告げる



図18 “待合室で吸わないで下さい”
(By Larry, by kind permission)

各々の患者にどれだけ時間を費やすのか？

医師が喫煙患者の相談に応じる時間は限られている。したがって、最も効果的な方策を探すことが重要である。

長時間相談を受ける患者をより少なく限定する。より長い時間をかけて介入すれば成功率の上昇を達成できるが、その増加はわずかである

より多くの患者に対し数分ずつ相談を受ける

一般医の日常診療における禁煙介入に関する研究では、それぞれの喫煙者に対して長い時間をかけるより数分間の指導を行うことが最適のようである

禁煙への助言を繰り返すうち、それぞれの医師が喫煙患者に対する対処の仕方に、一定のスタイルと幅を持つようになる。いうまでもないが、医師は患者に対して思いやりをもって接し、可能な限り個人の状況に合わせた指導をするべきである。そして、患者に対して敵意があるような受け取られ方をしないよう注意すべきである。患者との関係の悪化、または患者が医師との相談から遠ざかるようなことを避けなければならないのは当然のことである。

また、熱心過ぎるアプローチは、かえって逆効果な場合がある。これを防ぐためには、個々の患者が自分自身をどのような喫煙者として見ているか、また、異なる介入方法に対してどのように反応するかを考慮したアプローチが最も受け入れられる⁵⁾。

もし、禁煙を受け入れそうなすべての患者に数分ずつ費やすことが時間的に難しいのなら、簡単な介入をハイリスクグループにのみに絞るとよい。ハイリスクグループとしては、心肺疾患を持つもの、喫煙量の多い、あるいは喫煙期間長い患者、妊婦が含まれる。

その具体的な方法は、この章の最後と付録3に示した情報源を参照されたい。

ニコチン置換療法

ニコチン置換療法(NRT)は医師による他の禁煙支援方法と比較して、より効果的であることが示されている。そこで、NRTについてもう少し詳しく述べておきたい。

NRTはどうして効果的か

ニコチン置換療法の背景にある理論は簡単なものである。禁煙を試みる時ニコチン離脱症状が通常経験されるが、この渴望症状を和らげる目的で、タバコを通じてではなく、純粋な形でニコチンを一時的に(8週間ま

で)患者に与えるのがNRTである。この期間に患者は非喫煙者としての生活に慣れていく。したがって、禁煙を試みるものは、心理的依存と身体的依存の両者を同時に断ち切る際の困難を免れることができる。

NRTの種類

NRTにはガム、貼付剤、鼻スプレー、吸入の4種類ある。ガムと貼付剤の使用が歴史的にも長く最も入手しやすいと思われるが、すべての国でこの4種類すべての薬剤が入手できるわけではない。

貼付剤では、ニコチンが患者の皮膚より血液へと入る。通常、患者の上腕、大腿、または背部に貼付する。貼付剤以外の方法では、ニコチンは口腔または鼻粘膜より吸収される

ガムには2 mgと4 mgの量がある。たばこを吸ったときの血中ニコチンレベルのピーク値と比べると、ガムを用いた場合は血中ニコチン値の上昇は中程度である。ガムは頓用で通常たばこを吸いたいと思った時に、あるいは1日の決められた時間に用いる

貼付剤は、貼付している間、血中ニコチン値は低いと比較的一定値に安定する。これは24時間貼付したままにしたり覚醒時のみ用いたりする

ガムと貼付剤を同時に用いることもできる。貼付剤により血中ニコチン値は一定の上昇をきたす。ガムはたばこを吸いたいと思ったときに血中ニコチン値を一時的にさらに上昇させるときに用いる

鼻スプレーと吸入は、ガムと同じようにたばこを欲したときに用いる。しかし、これらは比較的最近の製品で、まだ臨床の現場では十分評価されていない

コクラン共同研究たばこ依存グループ (Cochrane Tobacco Addiction Group ; 付録3参照) は、NRTと偽薬または無治療あるいは異なる用量を比較したランダム化比較試験のうち入手できるものをすべて集めて調べた。そ

の結果、次の点を臨床における指針として結論づけた。

NRTは、4つのいずれの方法も禁煙を促進する戦略の一部として有効である

どのような状況であっても成功率は2～3倍上昇する

禁煙に対する動機づけがはっきりしており、ニコチン依存が強い患者に用いるのが望ましい

1日に10～15本未満のたばこを吸う患者に対するNRTの効果を示すエビデンスはわずかしかない

どの製品を用いるかの選択には、患者のニーズ、忍耐力、費用についての考慮が反映されるべきである。ただ、プライマリ・ケアでは貼付剤が使いやすい

8週間の貼付剤療法も、さらに長期間の治療も効果に変わりはない。NRTを徐々に減量しながら終了するのと急にやめるのとの間にも効果の違いはない

貼付剤を覚醒時のみに用いるのと、24時間続けて用いる方法にも効果に差はない

ガムはたばこを吸いたい欲求のあるときのみを使う方法もあるし、決められた用量を規則正しく用いる方法もある。2 mgのガムで効果ない場合は、4 mgのガムを投与すべきである

NRTの費用

たばこ税が比較的低い国では、たばこが安く、患者はNRTの費用を高く感じるかもしれない。医師は、NRTの費用は一時的な出費であり、長期的には、禁煙すればお金を節約できることを強調すべきである。

たばこ税が高く、したがってたばこも高い国では、NRTの費用は、たとえ一時的であっても、たばこの平均的な出費を大きく上回ることはない。医

師はこの点を理由に、患者がニコチン置換剤を買って使用するよう勧めることができる。

NRTに加えてどのような支援が必要か

コクラングループが調べあげた一つひとつの禁煙支援方法には、すべて、喫煙者への何らかの簡単なアドバイスが含まれている。しかし、NRTは、一緒に用いる他の禁煙支援方法がどの程度強力であるかどうかに関わらず、効果があるようである。つまり、NRTの効果を最小限確保するものとは、NRTと併せた簡単なアドバイスということである。

さらに強力なレベルの支援は、禁煙の成功率を高めるうえで有益であるうが、NRTの成功にとって不可欠というほどではない。

ニコチン；最も危険が少ない方式だけが規制されている

NRTは他の薬剤と同様の規制を受けている。

一方、紙巻たばこはニコチンを血中にとりこむ最も強力な方法である。そして、同時に何千という化学物質が体内にとりこまれるにもかかわらず、紙巻たばこは未だに大部分が規制を受けていない。

その背景には、たばこ産業が長年にわたる恒常的で周到な政治家へのロビー活動によって、毒物、化学物質、環境汚染物質等他の危険物質の規制から自社製品が特別に免れるよう努力してきたことが挙げられる。

グルジアにおけるNRT

1997年、グルジア医師会は5000セット以上のニコチン貼付剤の寄付を受け、3ヶ月以上にわたり20以上の医療機関へ配布した。同時に、貼付剤を処方する医師に禁煙成功率を測定するための評価表も配布された。

他の技術

グループカウンセリングは、アメリカで医師の時間を最も有効利用する方法であることが示されている。しかし、その効果はいかに患者たちをグループへ誘い、留まらせるかにかかっている。禁煙をしたいと思っている喫煙者のグループがすでに存在するとき、また、このようなグループが簡単に形成できる場所ではグループカウンセリングを試みる価値はあるかもしれない。しかし、実際的に、また文化的な理由でグループカウンセリングが適切でない場合もあるだろう。

コクラングループが禁煙支援に関する文献を検討した結果に基づき、他の介入方法を要約すると、次の通りである。

抗うつ剤：ブプロピオンは、単独あるいは他剤との併用においてNRTより有効であることを示すエビデンスがある。ブプロピオンは、最近ヨーロッパのいくつかの国で、禁煙のための使用方法が認可されている⁶⁾

鍼治療：禁煙においては主にプラセボ効果しかないようである。鍼治療がニコチン離脱症状の軽減に効果を発揮できるようになるかどうかは、将来の研究は着目すべきである

抗不安剤：禁煙の助けとなるような証拠はない

ロベリン：長期間にわたる試験からは、ロベリンが禁煙に効果があるという証拠は得られていない

他の医療従事者との協力

医師のみでなく、他の保健医療従事者も、喫煙者のカウンセリングを行い、患者の禁煙の手助けをする機会がしばしばあるのを認識しておくことが重要である。

看護師、理学療法士、在宅ケア従事者、助産師、薬剤師、歯科医師、そ

他のスタッフは、すべて禁煙をサポートするうえで潜在的に重要な役割を果たすことができる。

個々の医師および各国医師会（NMA）は、喫煙に関する教育と訓練にこれら医療従事者の代表を加えるべきだ。彼らが国をあげてのトレーニングに参画し、各専門職団体が、たばこコントロールに関する国レベルの連携の一翼を担っていることを自覚するようになれば、第10章で勧めているように、これらの専門職グループによるたばこに関する認識は容易に向上するだろう。

役立つ参考資料

禁煙支援活動に役立つプログラムの実例とアドバイスを次に挙げる。

- Raw M, et al. Smoking cessation guidelines for health professionals. *Thorax* 1998;53(suppl.5):S119
- White paper on tobacco of the British Government: www.official-documents.ou.uk/document/cm4/4177/4177.htm
- World Health Organization. *Third action plan for a tobacco-free Europe 1997-2001*. Copenhagen, Denmark : WHO Regional Office for Europe, 1997. (Document EUR/ICP/ LVNG 01 04 01.)
- Raw M. *Help your patient stop*. London: British Medical Association and Imperial Cancer Research Fund, 1998.
- Raw M. *The physician's role. Smoke-free Europe 1*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe and Commission of the European Communities, 1987.

他の、証明されていない禁煙方法

NRT以外にも、効くと主張されている禁煙方法がたくさんある。吸いたい欲求を減らすとされる草木や化学調合物質もあれば催眠療法もある。また、にせタバコや鍼治療もある。これら多くは、十分な検討がされていないか、効果が比較的無効であると報告されており、ここでは詳しく述べない。

多くの医師は、禁煙方法のうち一つは効いたが、他の方法はすべてうまくいかなかったと確信する元喫煙者に出会うものだ。特定の個人に限って言えば、それはある程度真実であるかもしれない。しかし、このような事態は、医師が他の方法も有効であると推薦する理由にはならないし、反対に必ずしも、これらの方法の一つに熱中してたばこをやめようとしている患者を思いとどまらせる理由にもならない。

もっと重要なのは患者の喫煙をやめようという決心を強化することであり、成功の可能性を最大限とするために患者を教育し、情報を提供することである。つまり、患者が、奇跡の禁煙法を手に入れたと誤った希望を抱いている場合は、その点を注意深く告げてあげることが必要である。また、医師は、診察とカウンセリングの際にできれば、一般的に認められた通常の禁煙手順とNRTの使用が可能であるというべきである。

References

- 1 Raw M. *Help your patient stop*. London: British Medical Association and Imperial Cancer Research Fund, 1998.
- 2 Hymowitz N, et al. Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. *Tobacco Control* 1997;6(suppl 2):S57-62.
- 3 Juén CR, et al. Patterns and predictors of smoking cessation among users of a telephone hotline. *Public Health Rep* 1993;108:772-8.
- 4 Foaier G. In Bolliger CT, Fagerstrom K, eds. The tobacco epidemic. *Prog Respir Res* 1997;28:167.
- 5 Butler G, et al. Qualitative study of patients' perceptions of doctors' advice to quit smoking: implications for opportunistic health promotion. *BMJ* 1998;316:1878-81.
- 6 Byton J, Jarvis MJ. Bupropion: a new treatment for smokers. *BMJ* 2000;32:65-6.

第7章 たばこコントロール： 地域の医師のための活動

禁煙支援にたずさわる医師をサポートすることに加え、各国医師会はこの章で要約するように、個々のメンバーがより広い地域社会で様々な方法を用いて活動できるように保証したいと考えるであろう。

多くの国では、すべての医師が以下に示したすべての事を行うのは現実的に難しいかもしれない。しかし、各国医師会は、地域の支部ごとにそれぞれ特定の医師を指名し、たばこに対して特別の関心を持ってもらいながら、可能な限りのアイデアを実行できるように提案することもできるであろう。

本章の要約

ティーンエイジャー：10代のすべての患者に健康について（たばこも含めて）話し合うよう呼びかける。話し合いによって、大人の患者としての関係の基礎が作られることになる。学校は子供たちとさらに公にたばこについて話し合う機会を提供する

地域社会：医師はさまざまな事項にわたり地域社会のレベルでたばこコントロールに影響を与えることができる。報道とメディアを通じた活動がとりわけ効果的である

政治家：地域の政治家や他の政策決定者とコネクションをもつ。たばこについて、特に彼らを臨床の現場で教育し、行動を起こすよう働きかける。より大きな運動の一部として、報道を通じた活動との調整を図る

専門家による助言の役割：産業医、環境衛生または公衆衛生、あるいは地方自治体において専門家としてあるいは助言者としての地位を持つ医師には、たばこコントロール活動を行うに際し特別なチャンスがある

科学研究：医師は、たばこコントロール活動を支えるべく、研究に対する資金集めに影響を与えることができる。もしたばこ産業による研究費が提案された場合は、特別の責任が生じる

ティーンエイジャー

思春期は子供がたばこを試みに吸い、学習的に喫煙を始める時期として非常に重要であることが、多くの国の研究で示されている。この子供たちが、後に常習的に喫煙をする大人になっていくのである。

喫煙者の多くは、大人になってからではなく、子供のときに喫煙習慣が始まっている。子供の「喫煙開始者」（この皮肉な語はたばこ産業により密かに用いられている）のほとんどが思春期に喫煙を始めている。

西ヨーロッパでは、10代以前の子供時代から、そしてティーンエイジへの移行期が（11歳前後で小学生から中学生へ移行する時期が最も顕著であるが）喫煙を開始する最も危険な時期である。小学校で最高学年であったものが、突然中学校では最低学年となり、周りには自分たちよりさらに成長した子供たちがたくさんいる環境に置かれる。

医師はこれらティーンエイジャー、そしてその親と、相互理解に基づいて喫煙しないことに同意ができるように、できるだけ早い段階で喫煙について話し合えたらよいと考えるであろう。

そうすることで、喫煙開始を防ぎ、早い時期での禁煙を支援し、あるい

は人口の中で重要な部分でもある子供たちに、喫煙をしないという意識を植えつける一助になるかもしれない。

医師の中には、学生、教員や親たちと喫煙について話し合うために、学校や大学を訪れるのがよいと考える者もいるかもしれない。

医師らが喫煙に関してティーンエイジャーと接する効果は、研究する価値が大きそうだ。この領域は現在まであまり研究されていない。

喫煙の魅惑的なイメージ

たばこ、特に紙巻たばこの持つ大人びたイメージは、たばこ産業により意図的に作られてきたものである。魅惑、スポーツでの成功、そのほかのポジティブなイメージによって、思春期の子供たちは、苦心して、新しく、大人っぽく、“かっこいい”登場人物を真似ようとする。彼らは、子供たちにとって魅力的である。このイメージは、ファッション界やポピュラー音楽と絶妙に関わりつつ、広告、宣伝、その他多くの市場活動によって常に強化されているのだ。例えば、喫煙しているところをディスコで見られるのは、若い成人として受け入れられるバッジを身につけ、彼らが振り払おうとしている子供っぽい印象を取り除くことができたかのような気分を彼らに味わわせるのだろう。

地域社会

専門家としての行動とは別に、地域において医師がたばこに対する闘い（反たばこ活動）を行う機会はたくさんある。例えば、地域のメディアを通じた運動、がん、心臓、肺などに対する地域の組織活動、あるいは学校の委員会、地方自治体の委員会、住民の組織等のメンバーとしての活動などである。

医師が地域レベルでイニシアチブを発揮すべき場面の多くは、医師会の国レベルでの活動の地方版といえよう。これらのアウトラインは第10章に述べられている。地域に特有なほかの活動もあるだろう。

地域活動でイニシアチブを発揮すべき場面の例は以下のとおりである。

学校、病院、レストラン、職場、店、行楽で使われる場所を禁煙とする運動
喫煙者にたばこをやめるよう励まし、支援する特別の日の設定（通常、国全体のキャンペーンの一部として行われる）

地方自治体の庁舎や公共交通機関でたばこの広告を禁ずるよう、行政に働きかけること

現存する法律、例えば未成年者にたばこを売ることを禁ずる法律を遵守するように働きかけること

たばこ会社がスポンサーとなったスポーツ、ダンスなどの地域の行事に反対する活動

医師が地域で活動する際、医師は医学に関することでは最も信頼できる専門家であると人々が受け止めていることを利用しなければならない。このことは明白なようだが、医師たちも自身の役割をいつも十分認識しているわけではなく、また、十分な効果を引き出すように使われてもいない。さらに、ほかの専門家集団が、信頼できる情報源としていかに低く評価されているかを、人々は認識していない。特に報道関係の仕事においては医師の影響力は絶大である。

10代の若者の研究

英国の家庭医らの研究では、両親の同意が必要もしくは適当と思われる場合は同意を得て、ティーンエイジャーに特別面談を行った。予想に反して、彼らのうちの多く（67%）が、喫煙を含め10代の健康問題に

ついでに相談のために、家庭医または看護師を訪れた。そして、喫煙者のうち60%が禁煙を試みることで医師または看護師と同意した。

追跡調査が現在行われているが、このパイロット研究で判明したことの一つは、多くの医師と若者は、簡単な診療以外に、しっかり向き合うことがそれまでほとんどなかったことである。勇気づけられることには、10代の若者達は、このアプローチに、大人として友好的に応じ、たとえば若者が集まる機会に、仲間や年上の者から喫煙をしなければいけないような圧力がかかるような事柄について率直に話した²⁾。

たばこを吸わないでいる約束

もし10代前半の子供たちが一定の年齢（おそらく18歳か21歳）に達するまでたばこを吸わなかったら、子供たちにとって魅力的な褒美を親が与えるという約束でもできたら、10代の若者の喫煙を防ぐのに有効であることは経験上明らかである。このような約束は、注意深く、隠さず、また定期的に話し合われるべきである。子供たちが、なぜ両親がそれほど熱心に喫煙してほしくないと考えているのかを理解し、もしも一時的に喫煙してしまった時には隠さず話し合うように取り決めがなされていると、この約束は最も強いものとなる。

このような方法で子供の時期に喫煙を回避した大人たちは当時、個人的な報酬への関心とともに、その約束の存在自体が、喫煙者を含む仲間たちにとって印象的であったことを報告している。冒険心のない臆病者というレッテルを貼られる代わりに、この若い非喫煙者は楽しみに待つ報酬があることで羨ましがられ尊敬された。というわけで、この方法は、子供たちを喫煙に仕向ける周囲の圧力から守る効果的な方法であった。

“専門家”

マスコミの発達に伴い、“専門家”と呼ばれる人たちから、喫煙に関する賛否両論が聞かれる機会も増えている。そのような状況で公衆の冷笑（少なくとも聞いたことすべてをひとまず信用しないこと）といった現象はますます増えると思われる。そして、議論の多い事柄に対して、まったく中立である解説者はほとんどいない。したがって、彼らの意見は聴衆にあまり影響を与えないかもしれない。しかし、医師は何よりも人々の健康に関心があり、したがってたばこで利益を得ている他の者とは異なり、商業的な配慮に影響されないと受け取られる面がある。これは医師の大きな利点である。一般の人々との対話の中で、医師はこの点を強調しなければならない。

医師と報道機関、放送機関

地方の唱道者(advocate)として医師の最も効果的な時間の使い方は、地方の報道機関と放送機関においてイニシアチブをとることである。メディアへの登場は地方におけるイニシアチブの重要な要素となるであろう。たとえば、医師へのインタビューは、公共交通機関や公共の場所では禁煙が当たり前であるべきとしてキャンペーンを展開している地方のグループに、科学的な信頼性を付与することになる。

政治家

医師が自分達の意図するところを地域社会において実現させる最も直接的な方法の一つは、物事を変える力のある人、特に政治家を説得し、たばこコントロール政策を取り入れるように仕向けることである。



図19 WHOのポスターキャンペーン「たばこか健康か、もちろん健康」のトルコ版
(From a book on doctors and tobacco, Hekim vesigara, published by the Turkish Medical Association)

手紙

手紙を書くことは有効である。ある問題を、その地方の問題として取り上げて書いた場合は特に有効である。

喫煙による国レベルの罹患率および死亡率について述べることは、特に政治家の日常の経験と関心からは外れているように思われる。以下の2つの文章を比べてみると違いが分かるであろう。

「保健医療局長によれば、この国で毎年10万人の人々が喫煙のために早死にしている」

「あなたの選挙区の150人以上の有権者が、喫煙のために今年、早死にするであろう」

2番目の文章のほうが、地方の政治家にとってはずっと有意義なものがある。

文章を個人的な表現にすること

可能なかぎり、政治家との会話や彼らあての手紙では、たばこに関する現実を医師自身の最近の経験と関連づけて語るようにすべきである。いくつかの例を挙げると、

「今朝、私の患者を診たばかりだ」

「いつも外来診療の時間になると、喫煙さえしていなかったらば病気に

もならず済んだはずの患者さんが来る」

「十分予防可能なこの病気のために、私は数少ないベッドを患者に提供し続けている」

このようなアプローチの仕方は、単なる統計数字の繰り返しより有効であるばかりでなく、政治家にとっても一層役に立つ。このようなアプローチにより政治家が会議や討論で、一層説得力を持って彼らの仲間へたばこの現実を伝えることができるのだ。

「医学的意見の威力」

政治家は医師からの手紙をどのように受け止めるだろうか。

一通の手紙...単に一人の医師からの手紙である。

同じ事柄に関する二通の手紙...医師たちの中でこの事柄への関心が増しているようだ。

三通の手紙...明らかに医療界はこの事柄について関心を持って取り組んでいる。

何か特別な運動を始める前に政治家たちと個人的に知り合いになっておくことが助けになる。

臨床の場は、政治家と話をする最善の場である。また、顔見知りになるために一般的な話題で政治家と会っておくことも有用であり、そのようにして会ったからといって、後に特定の活動に関する会議でこの政治家と会えなくなるわけでもない。

政治家を招待する

政治家は健康問題に関して有権者から非常に頻繁に接触を受けるので、選出された代表者たる彼らにとって、地域の病院や家庭医の会合への招待

を断るのは難しい。

もしも好ましいと思う報道が、特に写真付で掲載されそうなときは、その会合への招待は政治家にとっては大変魅力的なことである。

だから、医師が喫煙問題の過酷な現実を説明できる会議へ政治家を招くのがよいだろう。次のような招待が考慮してみるに値する。

政治家の地域の病院、家庭医の診療所

医療従事者らの定期的会議

病院への訪問では、

喫煙によって疾患に罹った患者たちの治療をする呼吸器、循環器、腫瘍科の医師たちとの座談会

レントゲン所見を説明できる医師たち

喫煙者が、喫煙による疾患のため手術を受けるときに、現場のモニターを示しながら手術について説明できる外科医

このような経験は、政治家に非常に大きな影響を与えるであろう。なぜなら、医師とは異なり、政治家の仕事場は喫煙の結果起こることとは無縁だからである。

政治家らの活動を記録しておこう！

もし、政治家との会合が特別な活動と関係あるならば、最大限に報道されるよう、報道関係と調整することが非常に重要である。そして、政治家に対して、活動の主題に関し、政治家への陳情・要請活動をしたことをしっかりと記録することが重要である。

専門家として助言をする立場の医師

以下に関わる医師には、地域社会におけるたばこコントロールを大きく前進させる最も効果的なチャンスがある。

産業衛生

環境衛生

教育、公共交通機関、運動、行楽活動の実施に責任を持つ

部署を含む地方自治体

労働組合

報道と放送

定期的に新聞の医学や科学欄に論文を発表したり、ラジオやテレビに出演する医師も、たばこについて人々を教育し、たばこコントロール政策の特定の局面について人々の意見に影響を及ぼすことができる有利な立場にある。

産業衛生

産業医は、喫煙に関する問題を職場のあらゆるレベルに確実に伝えることができる。また、喫煙する職員と非喫煙者の双方にできるだけ達成可能なプログラムを始めることもできる。特に次のようなことが実現可能である。

医師の権威を利用し、管理職、産業看護師、人事担当者がたばこについて教育を受けるようにする
すべての職員を対象としてプログラムを考案する

非喫煙者を含む全ての職員に喫煙の危険性を認識させる

喫煙する職員に喫煙をやめるよう促す

すべての職場の禁煙化方針を推進する

喫煙をする職員が禁煙支援活動を



図20 トルコの禁煙ポスター
(From a book on doctors and tobacco, Hekim ve sigara, published by the Turkish Medical Association)

受けるために一定時間職場を離れることを管理職が許可するよう勧めるべきかどうか、禁煙をした職員には奨励金を与えるかどうかなど、考慮すべき選択肢はたくさんある。喫煙の問題に焦点を当てるために、可能なかぎり職場での出版物を利用すべきである。このようなすべての活動において、職場の禁煙化方針の取り組みと同様に（第9章と付記1参照）すべての状況で職場の健康増進と健康擁護を強調すべきである。さらに、雇用者は職員の健康や福祉に関心を持っていることを繰り返し明確にすべきである。

どのような場合にも、医師やたばこコントロールのまとめ役は、反喫煙者である印象を与えてはいけない。彼らの立場は単に反喫煙なのであり、もっと正確に言えば喫煙により起こる病気をなくそうという立場であることを理解してもらう必要がある。

環境衛生と地方自治体

環境衛生に携わる医師や、健康に関するさまざまなレベルで自治体への助言を行う医師は、たばこ政策に大きな影響を与える立場にあるといえる。

公共の場所における喫煙場所の設置といったこととは別に、彼らの立場によっては、たばこの宣伝活動や販売促進活動に関する政策へ大きな影響を与えることができよう。たとえば、多くの市議会や他の地方自治体当局は、たばこ会社がたばこの宣伝に使いたいと思うような屋外広告のスペースや公共建造物などの場所の使用権限を持っている。

医学的助言者からの陳述によって、市のいかなる公共物においてもたばこの販売促進活動を禁ずる措置を強力に押し進めることができる。さらに、特に国レベルでたばこの宣伝の禁止がほとんどなされていない国では、たばこの宣伝禁止運動が賛同を得て、知識を広め、たばこコントロールをさらに広めようという積極的な雰囲気をつくり出すことができる。

地方自治体に助言する医師は、さらに広範囲の政策に影響を与えることができる。たとえば、日常生活のさまざまな面に関して権限を持つ役人が自治体の様々な部署にいるかもしれない。例をあげると、

**レストラン、バー、勤務地、店舗の立ち入り調査
未成年者へのたばこの販売を禁止する法律の遵守
教育機関、病院、公共交通機関の規制**

このような領域では、医学的な助言者の強力な指導により、政策を改善することができる。また、医師ではないスタッフや政治家に医学の権威者としてバックアップし、すべてのたばこコントロールのイニシアチブにおいて重要な支援をすることができる。

科学研究

高等教育やその他の分野における職場で、研究資金に関する決定の際に、医師は大きな影響を与えうる。

たばこに関する膨大な量の研究が行われてきたとはいえ、さらに調べるべきことはたくさんある。研究資金を割り当てる人は問題の重要性や、たばこコントロールの効果をモニターすることの重要性を認識していないかもしれない。さらに、彼らは、どのようにたばこ産業が自社製品の売り込みを図るかといった研究は、まれな疾患についての実験室での研究などよりも価値がないとみなすかもしれない。

研究に関わる医師は、以下に述べるような様々な方法でたばこコントロール運動を推進することができる。

研究の資金を出す者が、たばこに関する研究の必要性を認識していることを確認する

いろいろな人口集団における喫煙率と喫煙関連疾患の罹患率をモニターする

一般の人々に情報提供し教育をする際に、たばこに関する研究結果を専門家の立場から説明する

たばこ産業による科学の悪用をモニターし反論する

たばこ産業による科学の悪用

たばこ産業による科学の悪用については今までもかなりの指摘がなされている。特にアメリカでの訴訟で社内機密文書が公にされた。これらには、でっち上げの科学データを作ろうとする計画さえ含まれていた。たとえば、受動喫煙は有害でないという証明の試み、一見独立しているように見える科学団体への侵入、表向き独立した大気汚染に関する国際会議をひそかに操作することなどが例として挙げられる。

反対に、最近ではたばこ産業の科学者たちは、過去を水に流すことを求めて率直な話し合いを求めるようになった。しかし、多くの医師は、たばこ産業がその活動を明確に変えるまでは、彼らと距離を置くべきだと感じている。

研究へ金銭的援助をするたばこ産業

医師がたばこコントロールに影響を与えられるもう一つの分野は、たばこ産業による研究への金銭的援助という大きな問題においてである。たばこ産業は以下に述べるような目的で大学や他の研究室のスポンサーとなっている。

世評を得る、あるいは政治家に好かれるため

たばこの有害性を示す研究の効果を弱くするため

たばこに関する研究をしそうな研究者に、たばこ以外の研究課題を取り上げさせるため

知識への敬愛のため？

たばこ産業がたばこに関すること以外の研究課題に金銭的援助をする理由は、結局はたばこの売上増に活用するためにほかならない。実際、純粋に利他的な理由で金銭的援助をすることは、たばこ産業の株主の資金を不適切に使うことを意味するのだから。

医師に何ができるか？

医師は、学術機関がたばこ産業から金銭的援助を受けることにより生じている公衆衛生上の潜在的被害を公にし抵抗することで、強力な影響力をもつことができる。医師たちは、同じ問題で闘う他の国の医師たちからの助けを求めることもできるだろう。

自分の意思に反して、たばこ産業がスポンサーとなっている研究に従事する医師らは、自分たちの意見を公的に言うことができないと感ずるかもしれない。しかし、彼らにも支援と助言が必要である。彼らは、医師会にこの問題を認識させ、援助を求めるべきである。

もし、同僚の医師がたばこ会社から金銭的援助を受けている場合は、彼らに問題点を指摘し、この問題を医師会や他の適切な機関に提示するようにアピールすべきである。

行動規範

たばこ産業からの研究資金に関する規範は、ヨーロッパで最大のがん研究チャリティ団体である「英国がん研究キャンペーン (Cancer Research Campaign of the United Kingdom)」により最近作られた。この規範は、政府から科学研究に資金を提供する篤志団体にまで広く

回覧された。

この行動規範の目的は、健康の敵であるたばこ産業の科学研究への介入を、可能な限り防ぐことである。この行動規範は、ほかのヨーロッパ諸国においても利用可能であろう。この規範は参考資料として付録2で紹介しているので参考にしてほしい。

第8章 教育とトレーニング

本章の要約

この本で勧めている、どんなたばこコントロール活動も、トレーニングが不可欠なわけではない。しかしトレーニングは役に立つはずである。この章では、次の4点に分けて、機会の活用につき解説する。

禁煙支援

医学生への教育

卒後教育および生涯専門家養成プログラム

広報トレーニング（特にたばこグループのリーダーや鍵となるスポークスマンに対するトレーニング）

トレーニング

たばこコントロールや禁煙カウンセリングの方法を、各国医師会（NMA）の会員および医師に教育することの利点は明らかであるが、常識や基礎的な情報を活用すると効果的である。医療従事者に対して、禁煙を促すためにどういふことをすればよいのかを身につけるトレーニングを行うことで、彼らが行う禁煙支援活動が増え、患者の予後に効果があることは実証済みである¹⁾。

特に、がん学会や心臓病学会のような全国のおよび国際的な機関とWHOは講習用の資料を作り、医師に対するトレーニングに力を入れている。また、各国医師会が国際的なたばこコントロール機関と密接に関わるようになれば、トレーニングのためにどういふ資料や機関が利用できるかも簡単に

Reference

- 1 Townsend J, Wilkes H, Haines A, et al. Adolescent smokers seen in general practice: health, lifestyle, physical measurements and response to anti-smoking advice. *BMJ* 1991;303:947-50.
- 2 Walker ZAK et al. An opportunity for teenage health promotion in general practice: an assessment of current provision and needs. *Health Educ J* 1999;58:218-27.

わかるようになるであろう。

特別トレーニングの機会は、喫煙や喫煙による疾患に関する国際会議において大きなテーマとして提供されることが多い。このようなトレーニング講習会は、本会議に付随して行われることが多くなっている。講習会は本会議と並行して行われる場合や、会議の前後に行われる場合もある。

トレーニング講習会のある国際会議としては、3年ごとに行われている「たばこか健康か」世界会議をはじめ、主な国際および地域の心臓病学会、呼吸器病学会、またはがん学会、そしてWHOや医師会の様々な会議が挙げられる。資源の少ない国の代表者のために、これら会議の予算に基金が組み込まれ、そういった国の代表者が会議に参加するときに利用できる奨学金も出るようになってきた。

機会を求め活用する

すべての医師、特に医師会のたばこコントロール活動のリーダーたちは、技術を高め経験を増やすために、可能な機会を全て活用すべきである。いくつかの例を以下に示す。

禁煙支援

患者の禁煙をサポートする医師の数を最大限増やす効果的方法についての論争と研究が、世界のいたるところで行われてきた。これらの中には、様々なトレーニングの選択、サービスに対する報酬、カウンセリング講習や教材、禁煙の助けとなるもの(特にニコチン置換製剤)、集団でのカウンセリング講習会などが含まれる。

しかし、世界中全ての国の一般診療において、これらの方法が全て行えるわけではない。たとえば、患者の禁煙カウンセリングを行うことに対する医師への報酬は、長期的な費用効果の点から正当化されるが、現段階では

多くの国では認められていないのが現実である。国家の医療財源が大きく制限されているところでは特にその傾向が強い。医師へのトレーニングは、彼らに自信を与え、その結果患者に禁煙を勧める機会が増えるが、患者全体の成功からみるとわずかな効果が得られるだけかもしれない。

なお、禁煙支援の実践については第6章で触れた。医師が禁煙支援についての情報を得て技術を高めることができるように、各国医師会がとるべき方法については第9章で述べることにする。

医学生への教育

「たばこについて医学生を教育する：計画と実行」²⁾という本はたばこ問題についての包括的な内容が記された出版物であり、詳細な情報とアドバイスが記されている。その本のアプローチは大変参考になると思う。何しろ、医学教育にさらに重荷を生じるようなものではなく、教官がたばこに関する事項が適切に教育内容に含まれていることを確認できるような工夫がなされているのである。

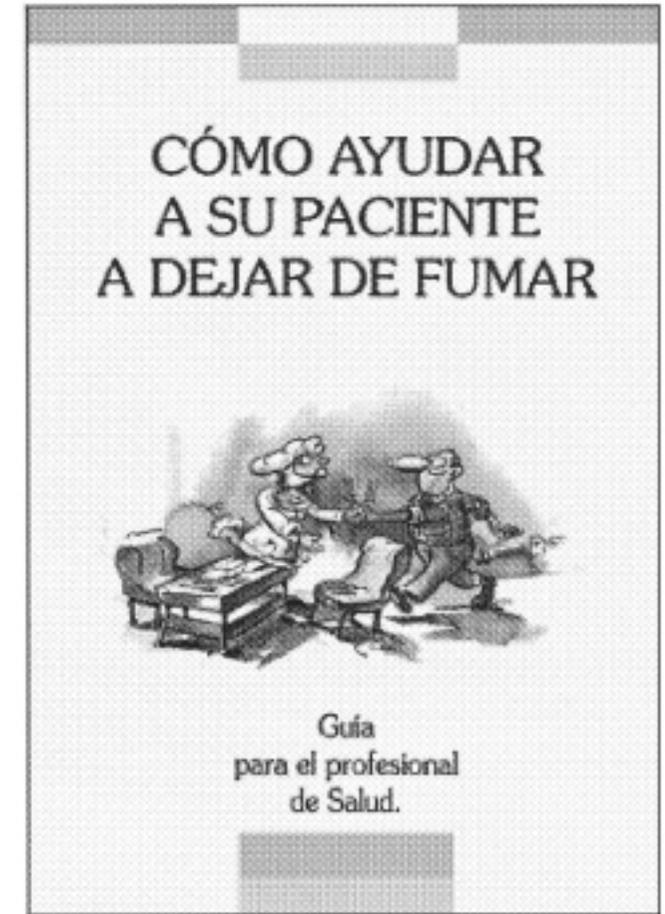


図21 スペインの保険医療専門職のための禁煙指導ガイド

同書の第1章の最後には、医学校でなすべき事項がチェックリストとして挙げられている。この第1章で述べられている事項をもう一度ここで抜粋し、次世代の医師たちに、疾病の原因としてたばこの重要性を確実に認識させる医学教育に役立てていただきたい。

医学部内で行うべき運動

たばこ教育のコーディネーターを設ける

最初に以下についての調査を検討する

医学生：彼らに合った質問表はWHOまたは「国際対結核・肺疾患連合 (International Union of Against Tuberculosis and Lung Disease: IUATLD)」から入手可能である

教師の態度：質問表は個々の学校で作ることが望ましい

コーディネーターは関係する同僚たちと相談のうえ、下記の内容を含む方針を作成し文書にするべきである

学校の建物内での禁煙

患者収容エリアでの禁煙

各科での教育 それぞれの科でチェックリストを作成するのがよい

試験 - たばこに関する問題が基礎医学試験および臨床試験に含まれるようにする(必ず喫煙歴を学生が記録するようにする)

学生の進歩をモニターする方法の提案

新入生には、入学したその日に簡単な講義を行うことが重要である。

この講義では、予防可能な主たる病因として喫煙が非常に重要であること、そして医師かつ非喫煙者としてのロールモデルになることの重要性を説明する

正式な評価：教員は上記のプログラム開始後1～2年後に正式にプログラムの成果を評価し分析すべきである

生涯教育と生涯専門家養成プログラム

医師はほかの分野の専門家と同様に、能力を維持するために生涯にわたって知識と技術を最新のものとする必要がある。生涯教育(Continuous Medical Education: CME)は科学のおよび技術的に向上させることである。一方、生涯専門家養成(Continuing Professional Development: CPD)はすでに形成された医師の知識をより広く開発することと考えられる。これには、医学と公衆衛生の人間的、社会的、そして政治的な面が含まれる。

CMEとCPDへの注目が高まることにより、医師がたばこコントロールの多くの面について学ぶ理想的な機会も増えることになる。一人の医師の努力により患者が禁煙を達成することは小さな成功に過ぎないかもしれないが、これが全国的に広がると罹患率と死亡率はかなり下がることになる。したがって、CMEとCPDでの教育は、医師の自覚を高め、たばこコントロールに関する活動を増加し、人々の健康に大きな違いをもたらすために大きな役割を果たす。

一人ひとりの医師が、生涯にわたってたばこ問題に関して学びアイデアを出すことが、個々の患者への働きかけの効果を最大限引き出したたり、禁煙を考えている患者に影響を与えたり、非喫煙者、特に若年者の行動を強化するのに役立つのである。



図22 ノルウェーの禁煙日誌、日々の禁煙ガイド

広報トレーニング

各国医師会（NMA）は、組織の代表者として、報道インタビューに応じたいと考えている者に比較的簡単にトレーニングを行うことができる。そのようなトレーニングには、たばこコントロールの基礎のみならず、健康増進のための一般論も含まれるべきである。このトレーニングは、特にたばこコントロールの経験のあるメンバーのいる他の団体との協力のもとで行ってもよい。各国医師会（NMA）のたばこコントロールの仕事の取材に熱心なさまざまな報道関係者からも協力を受けられるであろう。

トレーニングには、カギとなるトピックとして、たばこと疾患に関するありとあらゆる論議で論点をそらそうとする、たばこ産業の常套的戦略への対策が含まれるべきである（たばこ産業は疾患に関する議論を避けようとし、短期経済的あるいは商業的な議論に終始する）。そのようなトレーニングで大変効果的なのは、たばこに関するテレビ討論のシミュレーションである。

可能であれば、トレーニング要員として、たばこで利益を得るたばこ擁護派の人々とラジオやテレビ、または会議で討論した経験を持つ人を少なくとも1人は含めるべきである。あるいは、問題のある商品を守る他の産業の既得権に反対して討論した経験のある人を、おそらく消費者グループの人になるであろうが、メンバーに入れるべきである。たばこ産業が用いる戦術と彼らへの反論に必要な技術は、しばしば非常によく似ているものである。

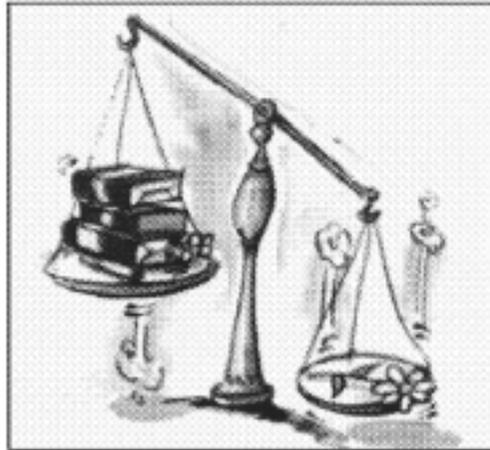


図23 “禁煙の利益と損失を秤にかけてみよう”
(From a smoking cessation booklet published by the Institute of Health, Spain)

トレーニング：テレビ討論のシミュレーション

役割練習は、広報トレーニングにおいて重要である。生放送のテレビ討論番組をシミュレーションすることにより、現実に近い経験が得られる。1人が討論の司会をし、あとの2人がたばこ産業の重役と健康擁護者をそれぞれ演ずる。残る参加者は、“スタジオの聴衆”となり、健康擁護者あるいはたばこ賛同者を演ずるように依頼する。

2人の演者を、たとえば3分間インタビューしたあと、司会者は聴衆にも討論に参加してもらい、10分から15分後に、再度それぞれの演者に1分で論拠をまとめさせる。

たばこ産業の戦術を扱い、また健康擁護の論拠を可能な限り短い時間で話すことは、貴重な体験である。

References

- 1 Lancaster T, et al. Training health professionals in smoking cessation (Cochrane Review). In *The Cochrane Library*, issue 1. Oxford: Update Software, 1999.
- 2 Richmond RL, ed. *Educating medical students about tobacco: planning and implementation*. Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 1996.

第9章 医師の認識を高める： 医師会（NMA）への働きかけ

この章では、医師のたばこに関する認識を高めるために各国医師会（NMA）が果たす役割についてまとめてみたい。

なおこの章では、各国医師会の会員自身に向けた働きかけの概略を述べ、次の章では、医師会外に向けた働きかけの概略を述べることにする。

本章の要約

医師の喫煙習慣と喫煙に対する態度に関する調査の遂行

調査の結果の公表

医師会内でたばこグループを作る

喫煙に関する会員の教育

医師会の建物内を禁煙とする

医療関係のメディアの活用

医師への禁煙支援の要点説明

医師による禁煙支援活動のサポート

医師会の資産内容を見直し、たばこ産業の株の保有を排除する

たばこ問題に関する知識は、各国で多様に異なっており、各国の知識の現状が、本章で述べるような活動レベルを決定することになる。

たばこに対する医師の意識がすでに高い場合

たとえ医師の認識がすでに高くとも、この主題を無視してしまってはならない。たばこの長い戦いのために医師の役割を改善していくためには、

学ばねばならぬことはいくらでもある。たばこに関する問題には、次のように日々新しいことが出てくるからである。

新しい科学的研究の知見

禁煙支援方法における新たな進歩

新しい政策の展開

しかも、常に新しい医師が誕生しており、その医師たちは、たばこに関する教育が必要である。

たばこに対する医師の意識が低い場合

なかには、たばこの全体像を把握している医師がほとんどいない国もあるであろう。そういった国では特に、科学的証拠、たばこの政治、経済、たばこの販売促進活動などの重要項目を、医師会のより徹底した幅広いプログラムへ組み込んでいく必要がある。

医師の喫煙率の調査

医師会会員を調査するという考えは、すでに過去の出版物でたびたび強調されてきた。その主なものとしては、WHOの「喫煙のないヨーロッパ」(付録3参照)での最初の出版物『The Physician's role (医師の役割)』が挙げられる。

たばこコントロール情報センター(付録3参照)は、医師の喫煙調査に関する標準プロトコールを作成し、広くヨーロッパの医師における喫煙習慣に関する調査を調整している。

なぜ医師の喫煙率を調べるのか

医師がどのくらいたばこを吸うのかを知ることは重要である。定期的な調査をすることでその進歩をはかることもできる。また、喫煙率の調査は次

のような側面ももっている。

もし医師の喫煙率が低ければ、医師会をモデルとして一般の人々にアピールできる

もし医師の喫煙率が高ければ、この問題解決が優先されるべきである

医師のたばこに対する態度

医師のたばこに対する態度や行動に関する調査は、医師がとるべき活動と方向を示し、また医師会に対し、その会員医師たちのたばこへの働きかけを最大限引き出すためには何をすべきかという道しるべを提供する。

そのような調査は定期的に行われるべきである。最大限、調査の効果を
得るためには、専門家、たとえば有能な統計学者を、質問用紙や方法論の
デザイン作成のために採用することが不可欠である。

スウェーデンの経験

スウェーデンの医師の喫煙率はほぼ30年にわたり調査されてきた。そこでは、無作為に抽出された5%の医師が調べられ、価値ある情報を生み出してきた。この30年間で、毎日喫煙者は46%から6%へと減少し、喫煙者の吸うたばこの本数は1日13本から5本へ減少した。興味深いのは、喫煙しないことの原因で、「医師は模範として禁煙を率先する」というのが10%から71%へと増加したことである。開業医（家庭医）の喫煙率はもっとも低く（4%）、精神科医の喫煙率がもっとも高かった（11%）。

調査結果の普及

どのように調査の結果を医師たちに知らせ、そのことによっていかに喫煙を減らせるかはある意味ではその調査の性質にかかっている。

医師会は次の点を考慮すべきである。

**医師会会員に知らせる
結果は医師会雑誌に公表する**

外部の医療関係マスコミに知らせる

すべてのマスコミに知らせる

医師の喫煙に関する傾向と問題を検討するため、出版と同時に特別会議や討議を開く

取り組むべき問題が多い場合

医師会が喫煙に関する問題に取り組むという固い決意をもっているならば、とくに医学または科学関係のメディアにサーベイランスの結果を公表することをためらうべきではない。高い喫煙率を示す調査であっても、その結果を肯定的に利用することができる。医師会は、調査はつぎのようなことを示したと説明すべきである。

医師会がたばこコントロールに取り組むことの正当性を示す

医師会は自ら行いを正しつつあることを示す

たばこによる弊害を日常目にしている医師でさえたばこをやめる戦いの

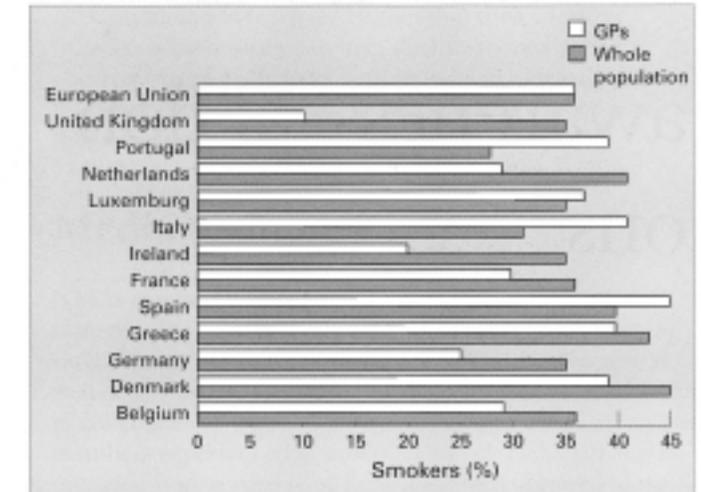


図24 EUにおける一般医と一般人口の喫煙率の比較 (From Fowler, by kind permission of Karger, Basel)

最中であり、医師もたばこに依存していることを示す

政府がこの問題に真剣に取り組まなければならない理由を示す

調査結果が良好な改善傾向を示すときは

喫煙率が低い状態であったり、または過去の調査に比べ大きな改善が認められれば、その結果をより広く知らせる必要がある。

医師の喫煙についての釈明

医師の喫煙に関する詳細なデータを公表する際には特別に注意を払わなければならない。というのも、医師による喫煙はすべて、医師または医師会会員が一般の人々に禁煙を促す時に、皮肉っぽい外部者に対して偽善の証拠だとの印象を与える可能性があるからである。そういったことに配慮し、多くの喫煙者にたばこが依存性のあることを認識しながら、たばこに関する有用なメッセージを促進するために、調査のあらゆる結果を利用していかななければならない。医師の喫煙率が一般人口のそれと比べ大幅に低ければ、その結果を用いて、たばこの有害性を強調することができるし、喫煙をやめることを支持する世論を増やすことができる。

たばこグループを立ち上げる

医師会員や事務局員の喫煙に関する一般的な関心を、実際のプログラムへと進展させるためには下記のような、いくつかのきっかけが必要である。

医師会の会議で決議をする

会長または議長の個人的関与

喫煙問題を憂慮している会員からの圧力

医師会雑誌の記事

たばこグループの中では、女性や少数派の意見がよく反映されるようにする。そうすることによって関連するアイデア、手法、そして連携すべきコネクションが得られるだけでなく、医師会内外においての信頼性が高められる。

典型的な実戦部隊として活躍するのは、がんや心臓病など喫煙の悪影響を日常みている専門家の、呼吸器内科医、心臓血管外科医、公衆衛生医、疫学者である。そのような専門家たちは、たばこグループの中心核となる可能性が高い。ただし、彼らが成功するためには、さまざまな段階での計画と実行を公式の医師会活動として位置づけることが必要である。

長期のキャンペーンと大規模な参画

はじめに、たばこコントロールは開始と実行に長い年月を要し、驚くほど複雑な問題であることを認識することが重要である。プログラムを指揮する人は、多くを学ぶ必要があるし、そのためにも医師会と実際に参加している人々の献身的貢献が必要となる。成果を上げるには、1年とか2年のキャンペーンで終わってしまうものであってはいけない。それゆえ、医師会の積極的な関与が不可欠で、医師会役員と最も有力な会員の参画を必要とする。

医師会総会（または会員の権限に基づく役員会議）は、次のようなことをする必要はある。

たばこグループの設立の承認

予算の承認（もしあるなら）

医師会のプログラムでたばこコントロールが重大な課題であるとの合意

たばこグループの活動の期間や範囲への合意

医師会委員会や会員への定期的な通知のシステムの確立

上層部からのサポート

新たなたばこグループが成果を上げるためには、医師会役員や事務局員幹部がたばこコントロールのねらいに同感している必要がある。早期の目標は、たとえその仕事に深くかかわれないとしても、たばこグループに実力者である役員が加わることである。

たばこグループの仕事を計画する

ほとんどたばこコントロールの歴史のない国では、たばこコントロールは最初に、この章で述べられている医師会会員教育に関する活動から優先して取り組むべきである。

医師によるたばこコントロールが確立された歴史のある国では会員教育を見直し、たばこコントロールプログラムを作成し実行すべきことはもちろん必要だが、一方で、次の章にまとめる対外活動を優先する、つまり医師会は、そのエネルギーを組織の外に向けるとよい。

会員のたばこ教育

すべての国において会員のたばこ教育は重要で、行わなければならない仕事であり、たばこグループの果たすべき責任は大きい。特にたばこコントロールの歴史のない国では、会員の教育が当面の最も大きな課題である。たばこコントロールの経験が豊富な国では、会員の教育の目的は、医師会のたばこに関する仕事を高いレベルで維持することといえるであろう。そのためたばこ専門グループは、特に新人医師に対し、たばこに関する情報提供をし、臨床医に対して患者への禁煙支援活動を実行するよう促していく必要がある。

どんな教育プログラムか

その地域の状況によって、いくつかの公式プログラムを開始する。その際、次のコツが役に立つであろう。

たばこグループは、活動可能なあらゆる機会、例えば、会議、トレーニングコースなどのスケジュールをチェックし、そうした機会を通じて、たばこに関する知識を会員に広める

たばこに関する記事の掲載のため、医師会の出版物を大いに活用することができることなら常にたばこを、ありとあらゆる医師会の会議の議題とする

広報は支援を育成する

各国医師会の会員の中には、特に喫煙関連疾患の治療の最前線において、医師会の出版物や他のメディアにたばこに関して喜んで広報しようとするものが多くいる。これらの人々のエネルギーを各国医師会の反たばこの取り組みに向けようすべきである。

“なぜこんなに大騒ぎするのか”

たばこコントロールを始めたばかりの時期は、医師会の会員やスタッフの中には、たばこに対する活動に関与しても報われないと思う人が出てくるかもしれない。また、たばこ問題に取り組むことは、他の問題に関心を持つ人々からの要求の水門を開くことになると危惧する人がいるかもしれない。彼らには、たばこ問題が特殊な規模と性質のものであることを改めて認識してもらう必要がある。そのうちに、たばこグループの指導者たちは、医師会の会員たちが、なぜたばこ問題が大きな問題であるのかを理解して、彼らが継続してたばこに関する情報を得られることを知り、さらに問題解決の一端を担う技術を取得できることを保証することができるようになるであろう。

医師会の建物を禁煙にする

医師会館内での喫煙を禁止することと医師会の会議を禁煙とすることは、ヨーロッパの多くの各国医師会ですでなされていて、実践的で象徴的な活動のひとつとなっている。医師会のたばこグループは、喫煙禁止を確実にするガイドラインを起草し、発表することで特に以下の場所での禁煙を徹底するとよいだろう。

医師会館内の全領域

医師会の会議（それがどこで開催される場合も禁煙）

医師会館内で開催されるほかの団体による会議

医師会およびほかの団体が合同スポンサーとなる会議

禁煙方針の基本的なステップ

国ごとにとる方法は雇用法の違いもあって、それぞれ少しずつ異なるであろうが、総括的には似通っている。

コーディネーターを設ける

たばこワーキンググループを立ち上げる

たばこ問題に関心のあるすべての関係者の意見を聞き、彼らを教育する

たばこ問題を“健康と安全”問題として取り扱う

たばこを吸わない人が職場でたばこの煙のない空気を吸う権利を保障し、一方で禁煙できないまたはする気のない人のニーズを考慮する

医師会内および会議中の禁煙の実施国

医師会の館内を禁煙にしているのは、グルジア、オランダ、スロバキア、スイス、イギリスである。また、医師会の会議中の禁煙を実施しているのは、ドイツとマルタである。

職員のための禁煙方針

医師会で働く職員のための禁煙方針の導入は、他の職場と同じように進めていくのが望ましい。その基本的な方法は上にまとめたが、より詳細に関しては付録1に示してあるので参考にしたい。

医療メディアの活用

医療メディアとすでにより関係を築いている医師会では、より幅広く禁煙のメッセージを伝えるためそのコネクションを利用することは、日常活動のごく自然な延長としてとらえられる。医師会から提供されるたばこに関する最新情報は、多くの医療雑誌の編集者や医療ジャーナリストたちにとって多くの利点を有している。

そうした話題には、医学的権威がある

それらは、常に話題となりうる。つまり入念な計画により、たばこの話題につなぐ機会や口実が常にある

そこには現代社会を悩ます病気の予防という重大な根本的テーマがある

医師は、インタビューしたり引用すべき十分に権威ある専門家である

子供たちに関連することはジャーナリストにとって大きな魅力であり、子供たちの保護は、たばこコントロールの強力な動機づけとなる

そして、たばこ産業が関係するところには、（それはたばこのどんな話でも）健康対貪欲、また真実対虚偽に代表される、古典的な善玉対悪玉の要素がある。

たばこに関しメディアと密接な関係をもつ

どの医師会もすでに、メディアとそれぞれつながりをもっていることだろう。たばこ問題でメディアと頻りに連絡をとることにより、有能なジャーナリストの中心グループはたばこに関し確実に精通し、この問題を大きく取

り上げてくれるようになる。たばこ問題は別の場所で述べたように、彼らの多くが最初に思った以上に複雑な問題なのである。

メディアとの距離を縮めるには

メディアとの距離を今よりも縮めたいと考えている医師会は、現在進行中のたばこの主なキャンペーンをメディアに強くアピールすることが、距離を縮めるよいきっかけになるにちがいない。

医療メディアはこれまで、医師会に対して、医師の報酬や乏しい医療保険財源の配分、その他もっと伝統的な医療問題に関して質問することしか考えていなかったかもしれない。しかし、たばこのキャンペーンについて、ジャーナリストにもっと幅広い興味を提供するようなやり方を講じることによって、医師会の指導者たちとメディアとが親密に連携するようになるだろう。良いジャーナリストは皆、たばこに関して、よく準備された信頼できる情報源や説明とコメントを得られるところを歓迎し、たばこ産業の言い分を分析し、反論する際の助けを特に尊重する。彼らはたばこに関する記事をもっと充実させるために、医師会にもっと頻繁に取材を求めるようになる。こうした新たな関係ができていけば、彼らは医師会にとって関心のある他の話題も扱うようになるであろう。これは、メディアと医師会の相互にとって有益なことである。

医師会の会報誌を忘れるな！

他の雑誌に加え、医師会が発行している新聞や雑誌は、たばこに関し、会員とコミュニケーションを取るよい手段である。医師会の会報に定期的にたばこの報告を載せている医師会は、イスラエル、オランダ、スロバキアである。

科学的データのたばこ産業によるまちがった解釈や論点をそらせようというもくろみ、たばこ産業のスポークスマンのしかけるさまざまな罠にひっかからないように医師会がジャーナリストに要点説明をすることは、特に重要である。

医師への禁煙支援の要点説明

医師が禁煙支援の技術や効果に関する最新の証拠をよく心得ていることは重要である。たばこに関する個人的教育のどのレベルにその医師がいようとも、医師は皆、自分が何をできるのかを知ることの意味がある。

医師の役割とは主に次の2つの役割である。

禁煙したい人を助ける

喫煙者全員に禁煙するよう促す

現状の禁煙支援

各国の臨床医による現状の禁煙支援は幅広いものがあり、熱心な医師は次のような行動を取っている。

常に患者の喫煙をモニターする

あらゆる機会を利用し禁煙を促す

ただ、残念なことにこうした医師のほとんどは、きちんとした、喫煙のトレーニングを受けたことがないのが実情である。一方では、どこの国においても次のような医師も多かれ少なかれ存在している。

喫煙について患者と話したことがない

自分自身が喫煙者である

自身が喫煙者であるために、患者の禁煙支援ができない

技巧にかたよらないように注意

医師の禁煙支援に関する知識を高めるときには、不必要に技巧的だととられないようにバランスよくやらなければならない。医師が、専門のトレーニングなしでは患者の禁煙を助けられないと思いきまないようにしなければならない。

短期トレーニングコース

基本的な禁煙支援のトレーニングコースは、次の2つのテーマについてのそれぞれ45分の授業で成り立っている。

禁煙支援技術と道具、またその効果に関するデータのレビュー

医師がどのように喫煙患者をモニターし相談にのり、そして禁煙の手助けをするべきか

医師会は禁煙支援にもっとも知識と経験があり、コースの講師になれる医師のなかから、小さいトレーニングパネルを構成する。35ミリスライドや、ビデオテープなどを、コース授業のために集めて利用してもよい。

こうしたコースは、ほかの多くのトピックスに関するセミナーの中で取り上げられてもよい。たとえば、心臓病、がん、胸部疾患に関する会議やセミナー、またはこの分野の専門医や一般内科医の生涯教育の一要素として、提供されてもよい。

トレーニングは望ましいが必須ではない

禁煙支援の情報と技術は、医師にさまざまな形で提供できるが、医師会のたばこグループ（専門家による禁煙支援小委員会があると有用である）は、以下のことに気をつけるとよい。

医療雑誌：定期的に禁煙支援の方法を取り扱うこと

トレーニングコース：医師会の禁煙支援小委員会を含む、専門家の中核グループをトレーニングすることは有用である

幅広い範囲のセミナーの中で使える簡略なトレーニングコースを作り、キーとなる講師に講義をしてもらう

禁煙支援活動で医師を助ける

次の2つの側面がある。

喫煙している医師が禁煙するのを支援する

患者が禁煙するのを支援するようにすべての医師に促す

2番めの話題は6章で取り上げたので、ここでは、医師自身の禁煙を促進することについて取り扱うことにする。

喫煙医師の禁煙を助ける

初めに強調しなければならないのは、一般の喫煙者、そして、特に喫煙する医師とつきあう場合、もしまちがった方法をとってしまうと、効果があがらない危険性があるということである。

この場合の間違った方法とはなにか

多くの喫煙者は喫煙習慣を擁護するので、彼らは禁煙に関するどんなコメントに対しても、批判的で、偉ぶっていて、横柄で、自分たちの苦境に対する理解が足りないとか、かなり否定的に捉えがちである。そして禁煙のメッセージを片づけてしまう。このような状況を避けるためには、メッセージはできるだけ客観的なものとするのが重要である。価値判断的トーンを避ける必要があるが、一方で禁煙が緊急を要する優先事項であることを明らかにして伝えなければならない。また、このような反応を引き起こす、否

定的なプロセスを理解し、このような反応を引き起こす機会を最小限にすることも重要である。

喫煙者の否認

喫煙者は、喫煙の危険性を聞けば聞くほど、心のどこかに禁煙しなければという気持ちが芽生えてくる。特にその喫煙者が医師であれば、健康問題に優れた知識を持っているがゆえに、なおさらこの気持ちが強くならざるをえないのである。そして、「有害だとわかっていながらなぜタバコを吸い続けるのか」という明白な疑問に対して、常識あるものは回答を求める。

もし喫煙者が、喫煙の依存性を認めないなら、喫煙しつづける唯一の理屈の通った説明は、タバコの有害性が人がいうほど大きなものではないということになる。

しかし、このことは、まともな議論としては通用しないので、喫煙者はすぐに論点を変えようとする。そして、ある人は喫煙の自由が侵されており、自分たちのほうが被害者だと反撃に出たりする。また、自身の喫煙に対するどんなコメントに対しても、攻撃的に抵抗することに慣れている人もいる。要するに彼らは、自分が喫煙者であること、さらに喫煙する医師であり、他人の悪い見本であるという問題を否定しようとする。

自らの依存性を認めようとしなない依存性の喫煙者は、「禁煙できない人は自分自身の人生を十分コントロールできていない」という暗黙の自白を恐れている。自分が自分自身の人生をコントロールできないと認めるのは恐ろしいことで、自身のイメージに反するものである。特に健康、他人の命にさえ責任のある医師にとっては、なおさらそうである。

タバコ依存の強さを認めること、少なくともタバコ問題の重大性を認めることは、喫煙者の気持ちのバランスをくずすうえで重要であろう。そうすることで、喫煙者はタバコ問題をより客観的に捉え、タバコは自分自身と、そしてほかの人の健康に害を与えるものだということを論じることができるようになるであろう。

そうした喫煙者、喫煙し続けることに関して基本的によく思っていない人は、「不調和の喫煙者」と呼ばれている。6章で述べた通り、この過程は禁煙するときには避けて通れない段階なのかもしれない。

行動を起こすため 考えること

医師会のタバコグループが医師の禁煙を助けるためにとる実践的なステップとしては、禁煙を促すために何がもっとも重要かを見直すことによるが、その中には様々な場所で会議やカウンセリングのコースを設けたりすることで、直接問題に直面させ、共感的な、情報量の多い禁煙のサポートを提供することが含まれる。



図25 タバコ会社の株を保有することの倫理上の問題を反タバコ組織が追求した結果、スウェーデンの大手保険会社がタバコ会社Swedish Match社の全持株を売却した。写真は、Doctors Against Tobaccoのメンバーが1997年3月スウェーデン、ストックホルムでSwedish Match社の株主に対して代替の年次報告を配布しているところ。
(From Tsbacco control-Swedish style, by kind permission of the National Institute of Public Health, Stockholm, Sweden. Photo credit: Anders Kallersand)

医療メディア

医師の喫煙習慣についての調査の結果を報告することによって、医師の禁煙の方法と利益に関する情報を自然にもたすことができる

たばこに関するほかの話題を定期的に取り扱うことで、医師の喫煙の問題点を改めて見直し、医師の禁煙に対するメッセージを強化することになる
医療雑誌や地方の医師会の支部によって、医師の禁煙の促進についてもっともうまくいきそうな方法のアイデアのコンテストがあってもよいだろう

ポーランドでの主張

ポーランドの医師会は、会員全員に禁煙するように呼びかけたと報告している。しかも、毎年医療カレンダーで繰り返し呼びかけたと報告している。この呼びかけの終わりには、次のような心打たれる声明がある。

「われわれは、この生まれ変わった自由の国がニコチン依存の呪いから解放されること、そしてわれわれポーランド人医師は、ヨーロッパで最初の理性・強い意志・そして愛国心の模範となることを信じている。」“Floreatresmedica！”(『長期の医療問題！』)より。

各国医師会の資産を見直す

多くの医師会は、直接にまたは会員が事務局の年金基金の一部として、投資財を保有するか管理している。その資産の中にたばこ会社の株式などがあるのはごく普通のことである。しかし、もしこのことが(なんの警告もなしにあり得ることであるが)一般に公表されるようなことになると、きまりの悪いことになるだろう。

医師会は、早急に自身の投資を見直したばこ会社の株を売り、ほかの健康機関にも同じことをするよう促すのが望ましい。たばこから利益を得ることは、どんな健康に関する機関にとっても適切ではなく、反対にたばこの株を始末することを公表することが、世の中からたばこをなくしていく過程を助けることになるのである。

もし、もうかる可能性のあるものだけに投資するような規則があるならば(年金の基金のように)規則そのものを変えるのが望ましい。代わりに、たばこに関係のない基金を設立するように決めてもよからう。

Reference

Fowler G. In Bolliger CT, Fagerström K, eds. The tobacco epidemic. *Prog Respir Res* 1997;28:169.

第10章 たばこコントロール： 医師会としての行動

この章では、医師が、各国医師会を通じて、医療専門職としての活動以外に、どのように反たばこキャンペーンを行うべきかを述べる。これは、医師と社会のほかの分野の人々との間の相互作用、いいかえると、各セクター間の協力である。

本章の要約

反たばこ活動のプログラムの明確化

ほかの保健組織との協力

メディアの活用

政治家との協力

保健医療施設の禁煙化キャンペーン

医学教育への関与

たばこコントロールを行う組織の立ち上げ

活動の拠り所になる国レベルのたばこに関する基礎レポートの準備

定期的調査の実施

反たばこ活動プログラムの明確化・公式化

前章でも述べた通り、こうしたプログラムを公式な医師会活動と位置づけ、実施を手助けする特別のたばこグループを持つ必要がある。以下、こうしたグループがあるものとして話を進めていく。

各国医師会と国としての政策

各国医師会の活動計画を作る際、国としてのたばこコントロール政策の主要な局面を念頭に置きいかにうまく医師がこの戦略に合わせていくかがポイントとなる。よって本章の引用文献は、国としての政策について述べた次章の末尾に掲載した。

国としての政策が存在するかどうか？

その国がたばこコントロールについての国としての政策を持っているかどうかによって、各国医師会が最初に行わなければならないことが異なってくる。もし、政府によって採用されている、または国の主要医療・保健組織が承認している国としての政策があるならば、各国医師会の仕事はそれに沿ったものとなる。こうした仕事は、後でも述べるが、ほかの健康機関、特にたばこに関して同じような姿勢を採っている者との協調が不可欠である。

もし、国としての政策がないならば、まず各国医師会がしなければならないことは、政策を起草し、広く配布し、政府によって採用されるべく、できるだけ多くの組織の協力を得ることである。

闘争の準備

医師会のリーダーとなる人は、たばこで利益を得ている人々との長く厳しい“戦争”が始まるのだということを十分に認識しておくことが必要である。しかしながら、すべての「戦い」がそうであるように、正義の側に立ち統一して、共通の目的に向かうものには、その力をいかに発揮する能力と機会がある。

最優先項目

国としてのたばこコントロールの政策の中にも、各国医師会が自ら行い得るもの、例えば広報活動や一般の人々への教育活動などがあることが多いが、国としての政策が見当たらなければ、各国医師会は次のことを最初にするべきである。

モデルとなる政策を作る(もし未だないのならば)

政治家に影響を与え得る組織や個人の協力を最大限得る

作った政策が採用されるべく、ロビー活動を計画・調整する

各段階の状況のモニタリングと、戦略の微調整

信頼すべき最新のたばこの状況に関する情報があまりない国では、基礎レポートを作成するか、あるいは作成するよう働きかける

壮大でかつ込み入った課題...

たばこコントロールとはとても複雑であるため、たばこグループにはさまざまな専門家をメンバーに任命する必要がある。このことを各国医師会のリーダーはしっかりと認識しておかねばならない。同時に、たばこコントロールにおいて、国レベルで目に見える進歩を得るには長い時間がかかることも知っておくがある。すぐに結果が出ないからと落胆する必要はない。

基礎レポートの発行は、効果的たばこコントロールのための戦いの端緒として重要である。詳しくは108ページに述べるので、そちらのほうも参考にしてほしい。

既得権

たばこコントロール運動を行うことは、政府を導くばかりでなく、強力に反対する産業界と対決することでもある。国際的なたばこ会社はどのような反たばこの方策にも反対するが、少なくとも初期には既得権をもつ他のものも、たばこに対する規制を最小限にすることにおいてたばこ会社に同調する。これらの中には、新聞や雑誌、(たばこの広告がテレビ・ラジオでの放送で未だに許されている国では)放送会社や、小売り、卸、配送、たばこ農家などが含まれる。

さらに、たばこ産業からのスポンサーシップの誘惑に負け、それを正当化してきたスポーツ・芸術団体はたばこ産業側にとっての最も強力な味方である。

専門家の団体を含む

他の健康関連機関・組織との協力

たばこコントロール政策のモデルに関して、他の組織と共通の理解をつくりあげていく過程は、強力な反たばこロビーを作るよりもはるかに有益である。よくコミュニケーションをとり、信頼を築き、仕事を分担し、資源を共有することによって、健康に関する各セクター間のより広範な協力が得られることになるはずだ。

たばこ問題で連帯

各専門家たちと協力するには連帯(たばこコントロール政策のモデルの具体化という共通の目標をもつ組織の緩やかな集まり)を作っていくことが重要である。定期的な会合や情報交換、共同活動を通して最大限のエネルギーと資源が得られる。

もし、こうしたものがないならば、各国医師会がイニシアチブをとって、こうした連帯を作るようにすべきである。呼びかける対象としては、次のような職種や団体が考えられる。

他の医療組織、特にたばこに関する臨床・研究経験のある医師を代表するような組織	看護師やパラメディカルの団体 薬剤師
歯科医	がんや心臓疾患、肺疾患の団体 健康増進・教育団体

ある段階に達すれば、各国医師会は、必ずしも健康に直接関係しないがたばこの規制に向けて友好的に支援してくれそうな次のような組織・団体へその連帯を広げなければならない。

各種教育団体	スポーツ・文化団体
小児福祉団体	宗教のリーダー達や団体
女性団体	労働組合

これら組織の反応いかんで、会議に代表を送ってもらい、たばこコントロールに向け効率的な協力が得られるような委員会を作り上げていく。

たばこに対する労働組合の立場

たばこ産業の労働組合は、初めは、反たばこ政策全体への労働組合としての支援表明を遅らせることに成功するかもしれないが、やがて彼らの態度も変わってくるものと思われる。

上手に情報提供をすれば、彼らは、雇用側が必ずしも労働者と利害を同じくするものではないと分かってくるであろう。たばこの売り上げ低下による分よりもはるかに多くの仕事が機械化によって失われるのだ。

メディアとの協力

医療メディアとの協力については前章89～91ページで述べた。国レベルで一般メディアと協力する際も、同じ原則を用いる。

メディア用スポークスマンの設置とその教育

たばこに関するさまざまな専門的コメントや解説をしてくれる医師やその他の人達に、医療を専門としないジャーナリストが気軽にアクセス出来るようにしておくのは極めて重要である。各国医師会はこうしたことを率先してやってくれる専門家をリスト・アップしなければならない。

各国医師会はこれらの専門家がいろいろな質問にどのように答えればいいのか、特にたばこ産業からの質問・挑戦に答えるか、短いメディア対策トレーニングコースを考えなければならない。詳しくは8章で述べている。

調整機能

ジャーナリストと接する各国医師会のスタッフやメンバーは、仕事が孤立しないように、また努力の重複や異なった議論から生じる困惑を避けるよう、注意を払うべきである。各国医師会で大きなものは、プレスやメディア関係の仕事进行调整するための職員や広報部門を持つことになる。

ジャーナリスト：交渉は容易

報道関係者とつきあった経験があまりない医師は、ジャーナリストのほとんどが、たとえ有名であっても、医療界における同じような地位にある人たちと比べれば驚くほど気さくで容易にコンタクトをとることができることを知らないことが多い。ジャーナリストにアクセスすることは思っているよりずっと簡単である。

政治家との共同作業

国政レベルの政治家と働く時の基本原理は、前章で述べた地方の政治家と働く際のものとほとんど同じである。65～66ページに、政治家に、たばこコントロールの会合やイベントへの招待を受けたいと思わせる方法を書いた。地方レベルと国レベルの差としては次のものが挙げられる。

ロビー活動のスケール

すべての主要な政党のそれぞれのアプローチや政策を監視し見直す必要性

監視（モニタリング）

各政治家が、健康問題にどのように発言し行動してきたかの記録を含め監視をする。特に重要なのは、どの政治家が商業利益よりも健康を優先させた行動をしそうか、反健康、特にたばこ産業側につきそうなのは誰かである。

政治家へのロビー活動

各国医師会でも大きなものは、健康に関心を持つ政治家と良好な協調関係を持つスタッフを有して、議会ロビー活動の機能をすでに持っているかもしれない。もしないならば、各種コンサルタントを雇うことも不可能ではないが、長期的には各国医師会内の人材でこのような機能を行い得るようになることが望ましい。しかし、それが無理ならば代わりとして、反たばこの連帯のなかで、この分野に強い他の組織（篤志的なたばこコントロール組織〔後述〕）がリーダーシップを発揮してもよい。

政治家へのロビー活動は次のようなものを含む。

好意的な政治家との定期的会合

健康問題を検討するように任命された政治家への意見具申

たばこ関連問題を議会で取り上げてもらう機会を見つけるべく議会日誌を調べる

もっとたばこコントロール問題を取り上げる機会を活用するようにキーとなる政治家に手紙を書いたり要約を配布したりする

保健省との会合

各党の主な健康問題専門家との接触を持つべく、政党集會中開かれる会合への参加

たばこに関する政治活動(またはその欠如)についての最新情報を政治ジャーナリストに要点説明をする

政治家へのロビー活動とEU広告規制

EU加盟国の医師会のロビー活動が主要な要因となって、EU議会のメンバーはたばこ広告に関するEU指令の採択に賛成して、たばこ産業界からのロビー活動に対する激しい闘いに成功を納めた。多くのヨーロッパ諸国の医師会は、政府・政治家に対してたばこ問題のロビー活動を定期的に行っている。活動記録を報告している国はアルメニア、ノルウェー、ポーランド、スロベニア、英国である。

保健・医療施設を禁煙化するキャンペーン

たばこコントロール政策の中でも各国医師会が初期に貢献できそうなのが、医療施設の禁煙化キャンペーンである。各国医師会は呼吸器科医や循環器科医、公衆衛生医など、各々の仕事の中でたばこ問題に関わってきた人たちをメンバーとして持っており、こうした人たちにたばこグループへの参加を呼びかけ、サブグループリーダーとなってもらふべきである。医療施設の禁煙化キャンペーンには多くの理由がある。

保健医療施設を禁煙化する強力な論拠がある

医師が最も影響力を持っている場所である

医師には、自分達の施設を秩序あるものにし、患者やスタッフを守り、ほ

かへの良き例を示す責任がある

これに関しては多くの研究文献や経験が揃う分野であり、他国の医師会とも経験を共有することもできる。

全体としての目的

公的な場所における喫煙への他の対策と同様に、保健医療施設での禁煙は当然行うべきこととし、喫煙は特別な場所に限定され、非喫煙者がたばこの煙に曝露されないようにすることを目標とすべきである。一般的な原則は次章の136～139ページに概説した。

リトアニアでの病院キャンペーン

リトアニア最大の病院の1つであるカウナス・アカデミック・クリニック (Kaunas Academic Clinic) の、「たばこのない病院」プロジェクトは、合理的なたばこコントロール政策の実施、すなわち、医師や患者の喫煙率の引き下げ、喫煙者への禁煙奨励や学生の喫煙開始の予防を目的としている。

医学教育への影響、医学生への動機づけ

医学教育への関与は、各国医師会が将来のメンバーに影響を及ぼし重要な変化を起こし得る分野である。

医学校名簿を作成し、医学校との既存の接触を活用する、ない場合はこれを作り上げる

医学生に対するたばこ教育に関する会議を開くことは各国医師会のたばこグループがなし得る重要なことで、詳しくは8章で述べている

広報活動のための篤志的なたばこコントロール組織の立ち上げ

たばこコントロール・キャンペーンは、長期的活動であると同時に、特殊技能を時に必要とするため、新たに特別な組織をつくって行うのも一つの手である。次章の129～133ページで述べる、広報活動を行う部門のもとで、アドボカシー活動がなされる。

たばこコントロールのための特別なアドボカシー組織を持つ利点としては下記の点が挙げられる。

このような組織では、専門家を迅速に養成し、かつ詳細な情報収集ができる各国医師会のスタッフはほかの責務も持っているため、たばこコントロールに關与する時間がない

専門家は一般報道や政治情報をきめ細かくモニターすることにより、また他国の仲間と意見交換 (GLOBALink ; 電子コミュニケーション、詳しくは付録3を参照)することにより、国際情報を含む最新情報を容易に手に入れることができる

他の健康関連の組織と資金集めでかち合うことなくたばこコントロールのみに集中することができるので、ネットワークづくりや潜在的ライバルとの協力を制御することにつながる利害衝突を避けることができる

資金集めは、こうした活動組織の立ち上げの際には重要な事項である。各国医師会やその他たばこコントロールに関わる機関は、がん協会や心臓病協会、胸部疾患協会といった補助金交付団体に対して、たばこコントロールは予防医学上最も重要なものであるとの説得に努め、資金を調達しなければならない。

篤志的なたばこコントロールのアドボカシー組織が、広報活動をリードすべきとの考えに多くの賛成を得るには何ヶ月か、または何年もかかるかもしれないが、地道に活動を続けなければならない。

このような組織の理想像としては、たとえ各国医師会によって実際は作られたにしても、評議会のレベルでは医師会の組織を越え、より広い利益を代表するものにするのがよい。前にも述べたように、評議会はより広いたばこコントロールの連帯を反映してなりたっているからである。

たばこに関する基礎レポート

たばこについての国としての基礎レポートとは、その国におけるたばこ問題の詳細なレビューと、たばこ問題への対処の優先順位を示したものである。もしこれに該当するものがないならば、各国医師会としては、自らこうしたものを作成するか、政府に作成するように圧力をかけることを考えなければならない。

このようなレポートは、たばこ問題の科学的解析に基づくものであるため、他の保健団体や政治家、報道の注目を引く。

よって、こうしたレポートは、たばこコントロールを高次の議論の題とするのに有効な武器となるばかりでなく、ほかの医療・保健団体との関係を深め、反たばこキャンペーンへの参加を呼びかけるのに役立つ。

基礎レポートは次の点に言及すべきである。

喫煙の歴史

たばこ消費の現状と将来予測

たばこによって引き起こされる病気のパターンと予測

たばこによって引き起こされる、健康問題やその他のコストをできるだけ予防するために行うべき行動の勧告

可能であれば、レポートは国のすべての権威ある医療団体の後援を受けるべきである。そして保健大臣や他の国のリーダー、政治家に提示し、レポートに示されたたばこコントロールの勧告の実行には法制化が必要だと要請する。

基礎レポートには、次のものを含むべきである。

喫煙率、特に医師など影響力のある専門職や女性、若者における喫煙率、これらのグループの調査は、公衆衛生医や疫学者で調査の手引きをつくることのできる優秀な科学者の監視のもとで、学生にやってもらってもよい
国内のたばこ関連疾患の調査 信頼し得る国内統計がない場合は、退院記録や肺がんや冠動脈疾患の有病率の変化に注目してきた高齢の医師の経験を活用しうる

たばこ使用による様々な病気の罹患率の予測 10歳代で喫煙を始めると、その結果として、4人に1人は69歳以前に亡くなる。主要な専門職についている者を含め多くの男性がまだたばこを吸っている国がヨーロッパにはいくつかあるが、そのことは社会の有能な人材を失うことを意味する
他国の経験の調査資料 情報源は多くあり、さまざまな国際・国内組織から情報を得ることができる

たばこ産業の作戦の監視、特に多国籍企業の新しいブランドとその販売促進のやり方 特に子供やティーンエイジャーをねらった販売促進例や、政治家に影響を与えるためのたばこ産業の活動例

たばこの経済的評価の簡潔な報告 たばこによる経済的な結果に関する詳細な報告は、後ですればよい。たばこの耕作を含むたばこの経済的な結果は一般に思われているものと非常に異なっていることが多い

基礎レポートが発行時にどのように使われるべきか各国医師会のたばこグループは注意深く検討しておく必要がある。たとえば、基礎レポートをもとに、国家的リーダーを巻き込むような会合を、できれば保健省と共催する。十分な時間を使い、ジャーナリストに対しては前もってその要点説明を行い、友好的な政治家には、これを公的政治論争の前面に据えるよう行動することを約束する。

定期的調査と再評価

政策の進展具合をモニターし、一般の人々の喫煙に対する態度や知識を測定するために、一定間隔で調査を行うことはたばこコントロール政策の不可欠な部分で、そうすることによってたばこコントロール政策の各項目を評価し、必要ならば改良することができる。

もし政府が真剣にたばこコントロールに取り組むのであれば、この機能は政府が採用する措置の一部となり、具体的な政策の実施は保健省か、その代わりとなり得る、適切な団体が行う。

しかし、そうでない時にはそれを適切に遂行し得る他の機関に頼まなければならない。こうした状況では、各国医師会が自らリードしていく覚悟が必要である。自ら実施するか委託するかによってこの仕事を実施していかなければならないのである。

調査や評価の仕事に各国医師会自らがすこしでも関与しなければならない場合のために、もう少し詳しく述べる。

たばこ問題を定期的に見渡し、予防措置の必要性を示し、たばこコントロール措置の効果を評価するためには、喫煙率、死亡率、罹患率を継続的に調査することが必要である。喫煙率調査のWHOの基準とガイドラインは有用で、これにより国際比較が可能となる

一般の人々の喫煙に対する意識・態度の調査は特に重要である。予防措置・健康教育といったものによって一般の人々の考えを変え得る。こうした調査によって、たばこコントロールのさまざまな措置に対する一般の人々の支持が、政府が思っていたレベルより高いものであることを示すことができる

たばこによる経済効果の調査も重要である。たばこは税収や輸出により経済を潤すばかりでなく、いろいろな損失を招き、コストがかかるものである。医療・保健のコスト、生産性低下、早死や障害による社会福祉の

コスト、火事、吸い殻ごみの収集、土地利用(たばこに使っている農地をもっと金になる作物のために使い得る)などである。たばこを生産しているほとんどの国では、多くが国内消費されており、その土地で代替作物を植えた時と比べて、たばこの経済的貢献度は疑問視されている。たばこの消費によって生じる病気で引き起こされる保健サービスのコストの増加を別としてもである

反たばこ措置それぞれについての成否を評価するのは重要である。というのも、結果を見て将来最も効果的な手段に集中できるからである。これはたばこ産業に与える影響を含めて分析・評価せねばならない。たばこ会社からの抵抗や妨害の程度で効果を相対的に押し量ることができる

たばこ会社からの抵抗に関しては、以下のとおり2つの重要なことを覚えておく必要がある。この点は、本書のどこかでもう一度取り上げようと考えている(第12章参照)

たばこ産業からの抵抗があまりない時、どうしてなのか たばこコントロール自体に効果がないのではないか、あるいは不適切なのではないか 注意深く調べなければならない

たばこ産業側が、「品種改良」や学校での健康教育のような措置を歓迎・奨励し、これらに注意を向ける場合には、政府は少なくともたばこ産業側が提唱しているような形では、これらの措置でたばこ消費は減らないと考えなければならない

第11章 たばこコントロール政策

この章では国としてのたばこコントロール政策の主なものについてまとめしてみた。WHOの「たばこのないヨーロッパに向けた第3次行動計画：1997-2001」を参照していただきたい。

本章の要約

たばこ問題の専門家の間では、有効なたばこコントロールには、包括的な政策と、しっかりとしたモニターと強い行使力を伴う国の法制化が必要であるという点で意見が一致している。

たばこコントロールのためには、単なる自主規制ではなく法律が必要で、その法律では次のことをカバーしていなければならない。

すべてのたばこ販売促進行為の禁止

課税による値上げ

一般の人々への教育と情報伝達

はっきりと明確な健康への警告

公共の場所の禁煙化

子供へのたばこ販売禁止

たばこの有害性軽減

禁煙の支援

たばこの生産量の減少、補助金の廃止

法的補償の検討

定期的監視(モニター)と評価

包括的政策の法制化の必要性

4半世紀以上の間、世界中の名高い専門家や組織がたばこについての諸問題について調べ、たばこによる疾病や障害、早死を食い止めなければならないと警告してきた。そしてその間に、どのようにたばこ問題に取り組みればよいか、多くの専門家の間で意見の一致をみてきた。結論は、包括的な政策が必要だということである。また、その政策には規制されるべき内容すべてを含んでいなければならないし、よくモニターされ、強い行使力を持つ法律によって裏打ちされていなければならない。

注意：結果が出るには時間がかかる

たばこコントロールとは時間のかかるもので、継続的モニタリングと評価を要し、時に改善や変更を必要とすることは肝に銘じておく必要がある。そして、政治家や保健政策の提唱者は、このことを受け入れて非現実的な期待を持たないように、また自ら継続的なプログラムの仕事に関与するようにしなければならない。これまで一貫して提唱されてきた主な手段は、上述の要約に示した通りである。ここには最近のコンセプトの、たばこ産業への法的補償の検討をもあわせて示した。

法制化に同意している専門機関

長年たばこ問題を取り上げ、本書で言っている内容と同様のたばこ規制の法制化を推奨している機関は以下のとおりである。

世界保健機関 (WHO)

世界銀行

国際対がん連合 (UICC)

合衆国公衆衛生長官

欧州厚生大臣会議

喫煙と健康に関する行動のための欧州医師会(EMASH)

欧州医師会フォーラム

世界医師会

これ以外にも、たばこの健康への害を取り上げ、それへの基本的対処法を支援している国際的及び国内および地域レベルの団体は数えきれないほどある。

他に、特に今まで反たばこ運動があまり起っていない国々では、たばこコントロール政策全体に関連した二つのタイプの基礎的調査研究をする必要がある。

「基礎レポート」の準備

政策実施の進展具合のモニターや一般の人々の喫煙に対する知識と態度の測定。こうした調査によって、たばこコントロール政策の各項目の評価をし、必要ならば改善を行う

各国医師会がこうした調査研究を推進する立場にあることは前章で述べた。これに加えて、さらに1つ述べておかなければならないことがある。それは、多くの感染症の流行や、戦争、自然災害による公衆衛生上の諸問題と異なり、たばこによって引き起こされる疾病は、より重要で特別の次元に属するということである。すなわち、世界でも最大かつ最強の産業であるたばこ産業は、上に記したような反たばこ政策の措置のほとんどに反対してくる。

効果的政策は売り上げを減らす

安全なたばこなどないということが分かると1つの簡単な事実が浮かびあがる。

たばこコントロール政策の成功とは、すなわちたばこ会社の販売の失敗を意味する。

いかなるたばこコントロール計画を立ち上げる際にも、この重要な真実を知っておくべきである。アメリカの法廷で明らかとなったたばこ会社の内部資料(第3章参照)で分かるように、たばこ会社は、たばこコントロールがその目標を達成しないように、特に効果的政策に対しては強く抵抗するものだ。逆に新しい政策がたばこ産業からあまり攻撃を受けないならば、それが効果的な方法ではないことを示唆しているのである。

“手術台の上ではなく内閣の議上で”

「今日の医療問題の解決法は、病院の研究室より議会内にあることが多い。将来の患者にとっての、解決法は、手術台の上での切開ではなく、内閣の議上で決まる予防政策に左右される。」

これは、英国保健大臣で、たばこに関する政治に詳しいGeorge Young卿の言葉である。つまりたばこによって起こる疾患と闘うということは、たばこ産業の利益と真正面からぶつかることなのである。各国医師会のメンバーの中には、当初これを不快に思う者もいるかもしれない。医学の問題を国会に持ち出そうとするのは「政治的過ぎる」と。

もちろん、いかなる1つの政党にも関わる必要はないけれども、実際上、たばこコントロールとは政治的なものである。たばこによる疾病の予防に携われれば、すでにあなたは政治の輪の中にいる。しかも、たばこ

という予防し得る病気の元凶に対して効果的に取り組むことほど公衆衛生上見返りの多い仕事はあまりない。問題の詳細が明らかになることで多くの各国医師会メンバーや他の多くの組織や、個人もすすんで闘いに参加してくれるであろう。これは不正に対する闘いであり、どんな闘争もそうであるように、賛同・参加してくれる人々はその力をいかに発揮する。

各国医師会は政治家に有効な行動を取らせるという重要な役割を担っている。

自主規制ではなく法律化を

理想的なたばこコントロール政策の内容について詳しく説明する前に、自主規制や緩やかな部分的政策ではなく包括的法律化が、政策の実行にとって必要であることを検証しておく。

法律化とは、以下の条件が揃っている時のみ有効である。

包括的である

内容が厳しく監視されている

強い強制力がある

法律化なくしてたばこコントロールは十分機能しないという証拠は、各国で毎年のように、いくらでも挙がっている。何しろ多国籍たばこ会社はいろいろな健康キャンペーンからの逆風にさらされ、より攻撃的となり、規制の法律を弱体化することに長けてきている。このことは、包括的法律を持たないいくつかのヨーロッパの国で特に顕著である。

自主規制を求めるたばこ産業

たばこ会社はいつも政府に対して「自主規制」や「自主的合意」によるたばこ政策の遂行を求め、法律化よりもよいことだと主張する。というのは、こうした方法では彼らの売り上げはほとんど減らないと知っているからである。そしてたばこ会社はたばこの自主規制が実施されている国では、この方法が成功し、よく機能していると主張する。こうした国の弱腰の保健大臣もこうした内容のことを言うことがあり、それをたばこ会社が引用することもある。残念ながら、このことがほかの政府に対して自主規制が有効であると説得する材料になってしまっている。自主規制は確かによく機能する。ただし、健康にとってでなくたばこ会社にとって。

自主規制とは何か？

たばこコントロール政策における自主規制とは次のような状況がそろっているものをいう。

たばこ広告のやり方や健康上の警告の表示等について、政府とたばこ会社で規制に関する合意がある

規制内で活動することに会社が同意している

より強い規制や法律は導入せず、もしそうした動き(例えば個々の政治家によるもの)があれば政府がこれを抑えるという約束が成立している

実際のところ、自主規制は会社側にとっての“成功”であり、会社側のために“よく機能している政策”なのである。しかし、健康改善の観点からは効果的というにはほど遠い。たばこ広告の「自主規制」や「自発的合意」とは、要するに、規制の弱体化の巧妙な方法なのであり、政府側のやる気を削ぐものでしかない。

自主規制の欠陥

主な欠陥は次のとおりである。

包括的でなく部分的である 主要な販売促進計画に対する規制は含まれていないことが多い

複数の異なる政府部門が関わり、時に足の引っ張り合いをする

自主的という性格上、法律化への脅しがない限り、合意を破棄したり、より強い方法を拒否しても失うものがあまりない

保健省の大臣や役人と、たばこ業界、広告業界、出版業界、小売り業界の代表者との会合において、新しい規制に関する話し合いは、年単位の時間を要し、この間にもたばこ会社側は巧妙に、その規制の裏をかく方法を考え出す

自主規制への合意の当事者の一方になることで、保健省が事実上無力化する

自主規制によるたばこコントロールを目指す政府は自主規制を擁護するようになる さもなければ自分たちの失敗を認めることになるからである。こうして改革は遅れ、他国へむけての悪い例となってしまう

サッカーの試合でストライカーが審判になるようなもの

保健省はたばこコントロールを行う原動力と言えるが、政府を巻き込んだ自主規制によりその立場は監視者かせいぜい調整役にとどまる。いわばチームで最も優秀なストライカーが審判になるようなものだ。

省庁間の分断と征服

自主規制の典型例では、政府の各省庁の立場が見事に反目しあって

しまう。例えば、スポーツ省はスポーツに多額の後援をしてくれる企業を好む。しかし、たばこ産業によるスポーツ支援とは、保健省がめざしていることのまったく反対である。保健省は、特にたばこは、とりわけ、スポーツの持つ健康的かつエキサイティングなイメージと結びつかないことを確認しようと努力している。たばこ会社は両者を結びつけようとしてスポーツを後援するのである。

たばこコントロール政策

理想的たばこコントロール政策の詳細に触れる前に、いくつかの概要を述べておく。

ヨーロッパ内外の国々で、包括的たばこコントロールの法律化が増えている

法律の内容はシンプルでよい - 言葉がややこしくなればなるほどたばこ会社やその弁護士は抜け道を考えやすくなる

モデルとなるたばこコントロールの法律の内容については、WHOから出ているが、それは各国の法的なシステムの要請に合わせて改善する必要がある

法律施行に際し、国の内外でたばこコントロールに携わる人々が各国医師会や政府の手助けをしてくれる

たばこ産業側は、たばこ規制の法律化に法的対抗措置を取ってくる。いくらでもやり方はあるし、だいいち負けても失うものはないからだ。たばこコントロールの法律化を支持するものはすべて、初めからこのことを知っておくべきである。たばこ会社の抵抗は、法律が有効である究極の証である

たばこの販売促進の禁止

包括的たばこコントロール政策の中で、たばこ会社が最も強く反対するものの1つが販売促進の禁止である。

たばこ会社は、販売促進によって新たな顧客が生まれるのではなく、今まで吸っていた人がブランドを変えるだけであるという既成概念を作り上げてきた。もしこれが本当ならば(実はたばこ業界の内部資料で正しくないことは示されているのだが)、会社は多くの金を販売促進のために使ったりはしないで、競争相手に勝つために価格を引き下げるはずである。

たばこ広告の種類

たばこは、ほかのいかなる商品よりも、次のような多くの方法で販売促進の努力が払われてきた商品である。

出版物やポスターによる直接広告

テレビやラジオでの広告

スポーツや芸術の後援

ほかの商品への「ブランド拡大」広告(内容については後ほど説明する)

映画館でのスポット広告

サンプルの配布

ギフトクーポンの発行

販売場所における広告

広報活動

直接・間接の広告機構への出資

直接・間接広告

直接広告とは、紙巻きたばこや他のたばこ製品のブランドの、あらゆる形の直接的販売促進である

間接広告とは、たばこのブランドの広告を意図しながら、別のものに見せかけている、あらゆる形態の販売促進で、代表例は、後援や「ブランド拡大」である

これらはすべてたばこ広告である！

アメリカでの訴訟で提出されたたばこ企業の何千もの内部資料が示すように、後援活動とは、たばこ会社にとって単なる一つの広告形態にすぎない。あるたばこ会社の重役の話では、「後援活動は、我々にとって魅力的かつ刺激的広告形態だ」とのことである。

後援活動は、広告禁止の抜け道として最も広く行われている。その広告効果以外にも次のような効果が得られているのである。

スポーツ界のスターやスポーツ団体など本来健康増進の側につくはずの人々や組織をだまらせ、かつたばこ会社の味方にする

たばこ業界からの支援で成り立っているスポーツが、たばこに関する規制法によって成り立たなくなるとしたら、一般の人々が反発し、たばこ会社を支持する

解決法としての健康増進基金

たばこ業界からの後援についての上記のような問題への解決策として、オーストラリアでは先駆的なやり方が行われている。すなわち、少額の追加税をかけることで多額の資金ができ、医学研究や健康増進に対する州の支出ばかりでなく、以前はたばこ業界から支援を受けていたスポーツや芸術への支援が可能になっている。

ブランドの拡大

たばこ会社は、広告規制・禁止があっても(法律が弱くあいまいな所では)、「ブランド拡大」によってすり抜けようとしている。「ブランド拡大」とは、

たばこの広告に使われていたのと同じ色やロゴ、字体を使ってたばこ以外の商品を広告する方法である。代表例はキャメルの靴やマルボロの服である。

こうしたトリックが行われていることからわかるように、広告禁止の法律はあらゆる例外を認めず、厳しい監視と強い強制力を持つ必要がある。多くの国で明らかのように、強い法律こそ有効なのである。

なにしろブランド拡大は、ヨーロッパ、特にEU諸国における間接的たばこ広告の主流になりつつあり、たばこ会社は、広告禁止下でも、貿易法や国際貿易合意に照らし、こうした販売促進は許されると信じているようだ。これは、EUの広告禁止指令を執行すべく国内法を作ったヨーロッパ諸国の保健省大臣たちの憂慮するところである。

間接的広告を広告禁止の抜け道とさせてはならない。

ベルギーの法廷はたばこ業界の言い分を却下

たばこと直接関係のない商品を通じて紙巻たばこのブランドを売り込み、広告規制を破ったとして、ベルギーではたばこ会社に多額の罰金が科せられた。会社側は、規制は間接広告に関してはあいまいで、違反しているとは知り得なかったと主張したが法廷はこれを却下した。罰金額は、規制破りの期間と数、および主に若者をターゲットにしている事実を考慮に入れ決められた。法の勝利である！一方、近隣諸国では同じ会社によって、まったく同じ販売促進が政府の意向に反して行われているが、自主規制では止められずにいる。

たばこ広告の特異性

たばこコントロール政策の詳細を見ていく際に、たばこの販売促進の特異性を検証しておく必要がある。

イメージがすべて：たばこ広告には何ら有用な情報は入っていない
良いイメージを連想させるやり方

- ・たばこ会社は決して自主的には、その製品を消費することに伴うユニークで大きな危険について語らない
- ・たいていのブランドや広告は、ある一定のグループ（例えば、若い女性や社会的に貧しい層の若い男性など）をターゲットにしている

男らしさ、女らしさ

すべての紙巻たばこは内容的には同じであり、乾燥したたばこの葉を刻み紙で包んだ、筒状のものである。それにもかかわらず、あるブランドは男らしさや強さ、スポーティと結びついていると認められ、あるものは女性らしさ、おしゃれ、ファッショナブル、スリム、“クール”と結びついていると認められているのは、ひとえに広告によるものである。

たばこ広告に反対する議論

売り込みによって若い人々の喫煙を促す

喫煙に対する社会的容認の維持

広告によりたばこが成功や魅力、独り立ち、スポーティなどといった良いイメージを持ち、健康教育が特に若者の耳に届くのを妨害する

倫理的問題 依存性があり、常に危険で、長期使用者の半分を殺す商品に巧妙に良いイメージをもたらすことを、特に子供がターゲットであるときには、まともな社会は容認できない

たばこの広告収入は、たばこの危険を適切に伝える報告の公表を押し込んでしまう

「私は医師であり、科学や証拠を信じる。本日ここに述べさせてもらう。たばこは人殺しである。たばこは広告されるべきではなく、補助金をたばこに与えてはならないし、カッコの良いものとしてはならない。」
Gro Harlem Brundtland博士、WHO事務総長、世界保健会議、スイス・ジュネーブ（1998年5月13日）

政府に対してたばこの販売促進禁止を訴える際に、子供の保護は最も説得力がある。

**子供がたばこの広告に影響を受けやすいことを示す証拠が、世界中にある
たいていの喫煙者は子供の時期に吸い始めている**

**たばこ広告を禁止している国々では、子供の喫煙率は有意な低下を示す
傾向がある**

“合法商品なんだから...” というたばこ会社の言い訳

広告禁止に対したばこ業界が好んで使う議論に、合法的に売られている商品なのだから、その広告も合法的に許されなければならない、というものだ。

この主張には次に挙げるように、いくつかの間違ひがある。

たばこおよびその広告が合法的になったのは、単なる歴史的偶然でしかない。というのは、そのユニークな危険性が知られる前に、長年にわたってすでに売られていたからである

販売は合法的でも広告が禁じられているものがある。たとえば多くの国では、特定の薬剤や有毒化学物質は一般の人々への広告は許されていない

支援は身近に！

幸運にも、たばこ広告の禁止を推し進めようとする国々は、容易に、すでに広告禁止にした国々の経験を参考にしたり、支援を得ることができる。モデル的な法律に関する情報や、たばこ業界側がよく使おうとする抜け道や典型的な言い分、彼らが論争に送り込んでくる“専門家たち”に関する情報、など広告禁止の推進に必要なあらゆる情報が集められるのである。まずは本書の最後にリストを載せた機関に連絡をとるとよい。

課税による値上げ

モデル的なたばこコントロール政策の不可欠の項目に、課税による定期的たばこの値上げがある。

価格は、おそらく短期的にはたばこ消費量に最も影響する因子である²⁾

価格は、たばこを吸い始める若者の数の決定に重要な役割を果たすことが示されている。従って、モデル的なたばこコントロール政策の中には、インフレを考慮してもなお実質的値上げになるように、たばこ税の定期的(好ましくは毎年)引き上げを含むべきである

財務大臣もびっくり！

たばこ増税は、最も容易な政策の1つである。財務大臣にとって、増税を迫られることはめったにない。

たばこ増税の発表の際に、



図26 たばこ税は定期的に引き上げるべきだ
(By Madhusudhana, by kind permission of the Economic Times, India)

財務大臣が医療専門家からの要請と説明する例が多くある。このことはたばこの危険性を知らせる有効な広報となる。そういった説明によって一般の人々にとっても増税の決定が受け入れやすくなる。

たばこ増税の論拠

きわめて危険な商品の消費の削減

政府の歳入増

容易に実行が可能 すでにたばこには税をかけており、それゆえ新たにややこしいシステムを導入する必要がない

値上げによってたばこの消費が大きく減ることは、多くの国で示されている。その効果については、国によってばらつきがあるが、平均すると需要の価格弾力性は約0.5、すなわち10%の値上げで5%売り上げ減となることがわかっている。同時に、政府の歳入は増える。もし定期的増税をしなければ、インフレにより税収は実質的には目減りし歳入減となる。

たばこ増税の結果生まれる歳入増加分の一部を政府のたばこコントロールのための予算として使うこともできるということも留意しておくべきである。

効果的税政とは

たばこ税の引き上げを喫煙の軽減に結びつけるためには、以下のことに配慮する必要がある。

明確なたばこ増税。 インフレ率や一般家庭の収入増も考慮した上での定期的増税でなければならない

増税は定期的実施されるべきである。 1つの方法は、消費者物価指数の上昇に応じて自動的に上がるようにすることだ

いくつかの国々では、たばこは消費者物価指数の項目から外されている。というのは、政治家は増税が生活費の増加を生みインフレ率へ影響する

のではと恐れているからだ

抜け道を防ぐ たとえば手巻きたばこにも同じように増税することにより、こちらへの消費移行を防ぐ

効果的な密輸の規制

たばこ増税反対に使われる理論

増税を発表するとよく出るのが、「増税は密輸を増やす」という反論である。これは、隣国間で課税額に大きな差があると密輸が増えるという主張だが、だから増税しないというのは盗まれたら困るからと良いコンピューターを病院が買わないというのに等しい。対処としては、密輸を最小限にする可能なあらゆる手段を講じる必要がある。また、最も効果的なのは、地域のすべての国が税額を統一することである。税関職員の増員も必要だが、これには増税で増えた歳入の一部を使えばよい。

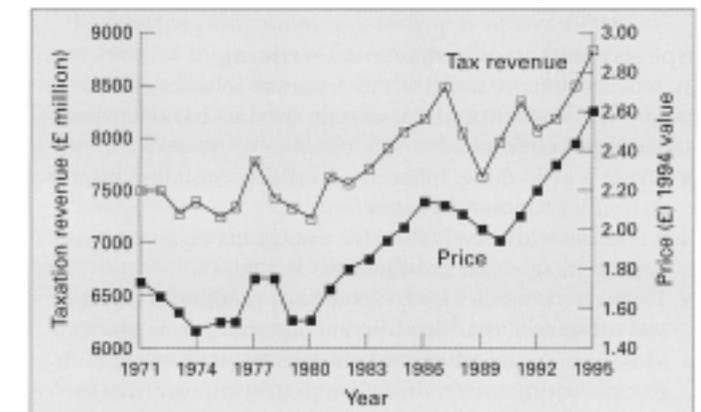
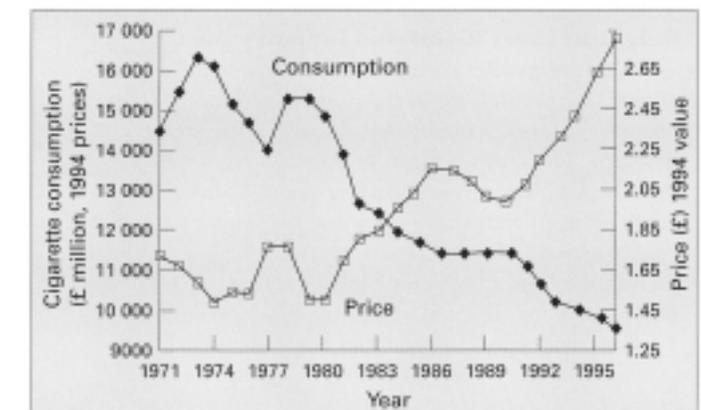


図27 英国における紙巻たばこの価格と、消費量（上図1971-1996年）及び税収（下図1971-1995年）、すべての変数はインフレを調整済み (Adapted from Townsend³⁾ by kind permission of the publishers)

そんなに潔白じゃない...

たばこ商品の一部が闇市場に行って犯罪行為につながり、そのブランドたばこの総売り上げの増加に寄与している。たばこ会社がこの事実を知っていることを証明する証拠が次々と出てきている。

EU政府はこの点を確認し、1998年5月、アメリカ製たばこのヨーロッパへの密輸を締め出すため、アメリカ政府に協力するよう加盟国に通知した。EUの主張は、たばこ製造者は日常的にたばこを密輸業者に売り、脱税用ルートを通して売りさばかれている、というものだ。

もう一つ、増税に対する反論としてよくなされるのが、「税収が減ってしまう」という主張である。実際は、たばこ税は、経済用語でいえばきわめて非弾力的（inelastic）であり、増税によって消費が減っても全体としての税収が減ることはない。

増税によってたばこの売上げは減っても、税率が高くなっているため以前の安い税率でたばこが多く売られていた時よりも税収は増えるであろう。

現実に、英国のようなたばこ税の高い国においてさえ税収が減り始める「分岐点」は今よりもっと増税してからであることが、当局の調べで明らかになっている。

さらに「たばこ増税は社会的逆進税である」という反論も多い。しかし、実際は低所得者は量を減らしたり、止めたりすることが多く、高所得者は吸いつづけられるため豊かな者の方がより負担が大きくなるのである。

つまり解決法としては、低所得者により安いたばこを提供する(これでは何の意味もない)のではなく、税収増加分の一部を、低所得層の喫煙者の禁煙支援に使うことである。低所得者の福祉を考え、たばこの増税ができない

というのは、次世代をたばこ依存にしようとのたばこ会社の目論見に沿うものだ。

一方、「増税はたばこ産業の労働者やたばこ農家を苦しめる」という反論がなされることもある。しかし、たばこ税を減らすことが本当の支援ではないはずである。むしろ、増税してその金でたばこで生計を立ててきた人々を必要に応じて支援するほうがはるかに費用対効果が高い。長期的には、たばこに費やしていた金をたばこ以外の商品やサービスに使ったほうが、はるかに多くの雇用が生まれる。実はたばこはすべての産業の中でも最も雇を生まない産業なのである。

また、「政府がたばこ税に頼るようになり健康対策が取りにくくなる」という反論が出てくることもある。これは事実とまったく異なる。より高いたばこ税を持つ国ほどより強力な反たばこ法を持つ傾向がある。さらに、増税による消費減により、ほかの反たばこの政策、例えば職場の禁煙化などがやりやすくなる。

一般の人々への教育と情報提供

定義

一般の人々への教育は、研究により導き出され、小規模テストを済ませたプログラムで、特定グループ、たとえば生徒や学生、若い成人、女性をターゲットにしている。

一方、一般の人々への情報提供とは、正確かつタイムリーなたばこコントロールについての情報を作って、配布し、一般の人々または特定のターゲットとするグループ(たとえば政治家)に報道メディアを通じて機会を逃さず速やかに情報を送ることである。

上の2つはたびたびオーバーラップする。しかし、一般の人々への教育と情報提供は、ともに包括的たばこコントロール・プログラムに不可欠なもの

である。両者は互いに拮抗するのではなく、補完・補強し合う必要があり、以下にさらに詳しく検討することとする。

一般の人々への教育

一般の人々へのたばこコントロール教育は、専門家によって行われるものである。たいていの国では保健省の役人や、州の健康増進のための組織の手で行われるが、医療の篤志活動が充実した国では、篤志団体によって行われている。

一般の人々への教育の主な目的は以下の通りである。

喫煙者の行動・態度を変える

非喫煙者が吸い始めないようにする

たばこは健康上危険であるという視点を確立する

非喫煙者がたばこの煙で汚されていないきれいな空気を吸う権利を確固

たるものにする

喫煙が普通と考えられている社会の文化的背景を変える

一般の人々への教育は次の手順を進めるとよい。

喫煙状況の基礎データ収集

ターゲットとするグループの決定

取り組むべき問題の分析

各ターゲット・グループへの教育材料や方法のデザイン

プログラムを送る側の訓練

小規模テストを行い、問題点を直す

ターゲットとするそれぞれのグループに合ったプログラムの配布 たとえば医師はたばこを吸う妊娠女性には、妊娠と喫煙に関する特別のパンフ

レットを渡す

プログラムが有効か、厳しく評価する

プログラムが完成した後も、繰り返し強化する計画があって、はじめてその効果を最大限発揮することができる。

貴重な資源の無駄使い

ほとんどの健康教育関係者は、たばこ（と他のトピックス）に関する健康教育プログラムが善意でつくられてはいても、効果がほとんどないと分かった後もそのプログラムが続けられたり、プレテストもなしにリーフレット配布のプロジェクトに多額の費用が投じられるという、空恐ろしい経緯を眼にしてきたはずである。

こうした愚行が続けられてしまうのは、政治的な理由である。何しろ政治家は、しばしば短期的方法を好む。というのは、有権者に行動を起こしているところや、問題解決に当たっているところを見せたいからである。そして、プログラムをつくりだした者にとっては、自負や偏見から自分のものであると感じるあまり、無効であると認めることができなくなる。それがプログラム中止をしばしば遅らせてしまうのである。

こうした資源の無駄使いは一刻も早くやめなければならない。各国医師会からの適任者、たとえば研究者が直接プログラムに関与することで、こうしたミスを防ぐことができる。

現実的になろう！

要は、非現実的なゴールを目指すようなプログラムには手をつけないことである。商業界では、マーケットでわずか数%の変化を起こす広告キャンペーンが賞賛され、健康キャンペーンに普通使えないような多額の出費を継続的に行っている。

では、どうすれば多額を費やすたばこ広告キャンペーンに対抗できるのか。1つの答えとして考えられるのは、公共のメディア、たとえば州のラジ

オヤテレビの番組でたばこ教育の機会を定期的に割り振ることを条件にすることである。政府が民間放送にライセンスを与える時に、一般の人々へのサービスの枠を一定時間設けるようにし、その時間の枠の一部を反たばこのスポット広告用として使用することもできる。

多くの国で、たばこ会社は、“若い人々への予防プログラム”に取り組み始めている。それらはいかにも効果がありそうであるが、たばこコントロール政策における真の改善を遅らせることになりかねないものである。

一般の人々への情報提供

情報提供の主な目的は以下の通りである。

たばこによる健康の影響について、多くの人の認識を高める

成人喫煙者がたばこを止めるように促す

若い人々に情報を提供し影響を与える

喫煙を非健康的な行為とみなす雰囲気づくり

非喫煙者がたばこの煙で汚されていない空気を吸う権利を確立する

そして、一般の人々への情報提供プログラムの特徴は以下の通りである。

よい意味での便宜主義でいく。すなわち、特定のターゲット・グループを含む多くの人々へ情報を伝えられる報道メディアをあらゆる機会をとらえて活用する

新聞や放送の仕組みを熟知する

ジャーナリストとは良い関係を保ち、近づきやすくして、情報やコメントを提供できるようにしておく

必要な時にはいつでも適任の専門家にインタビューして、ジャーナリストに手助けできるようにしておく

こうした仕事は、各国医師会によっては広報活動のスタッフの仕事の一部となっているかもしれない。しかし、そうでない場合、前章でも述べた通

り、たばこに関する情報提供の仕事は、専門家の団体に任せたいほうがよいこともある。

典型的な一般の人々への情報提供の方法は、下記の通りである。

ある特定の政策と目的、たとえばたばこ税の引き上げを公表し、一般の人々からのサポートを得られるようにする

たばこ業界のプロパガンダや活動を分析し対応する

反たばこ運動の重要性について論じ強調し、再確認するジャーナリストにとっての最大の関心事は次のようなことである。

たばこに反対する医学的・科学的論拠

たばこの消費傾向の変化

手本となるべき人達 - 例えば医師、教師、スポーツ選手 - の喫煙率

たばこを止める方法

たばこに反対する政府の行動(またはその欠如)

学校の対応

非喫煙者の権利

女性の喫煙についての特殊な問題

WHOの世界禁煙デーのような、特別の禁煙日や禁煙週間の設定

上に述べたことのいくつかをカバーする良い例として、各国医師会による反たばこキャンペーン開始がある。特別報告をいつ発表するかなどが、キャンペーン中のキーポイントである。

健康への警告表示

たばこコントロール政策の重要な項目の一つとして、たばこ製品の箱や、できればすべてのたばこ広告に、はっきりと分かる効果的な健康への警告の掲載を義務づけるということがある。健康への警告が効果的に機能すると、喫煙者はその危険を否応なく知ることになる。これは、ほとんどの国で認められているインフォームド・コンセントという概念のきわめて重要な部分である。消費者団体、特に消費者の権利法の専門家と緊密な協力体制をとると、たとえば、たばこコントロール・キャンペーンを進めるうえで大きな役割を果たしてくれるようになる。

健康への警告表示は、費用対効果の高い健康教育でもある。単に警告を載せるのではなく、効果的でなければならない。効果的であるためには次のことに配慮するとよい。

たばこの危険について、簡潔で強いことば遣いで、明確で、あいまいでないメッセージを入れる

危険性を言うだけでなくその危険性の相対的な大きさを盛り込む 喫煙者は喫煙が危険であることは知ってはいるが、総じて、個々の起こり得る病気についてはあまり知らず、また日常生活のほかの危険と比べてたばこの危険を過小評価しているとの証拠がある

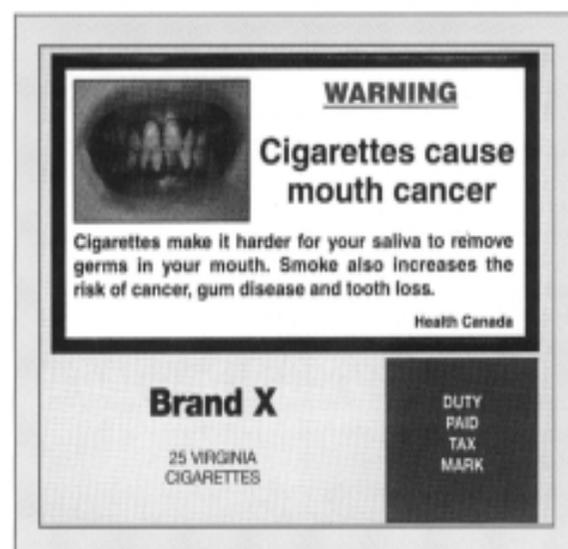


図28 カナダの健康擁護グループにより提唱されたショッキングな新しい健康への警告の例。1999年に議論のため回付され、最近カナダ連邦政府によって承認された。同じデザインがノルウェーでも検討されている。

喫煙者の多くが読むことができない、あるいは警告に書かれている言語が十分に理解できないばあいには、グラフや記号を使う

「保健省からの警告」といった帰属（クレジット）は取り除く。というのは、こうした言葉がメッセージの効果を弱めるとの研究があるからだ

販売時点での掲示を含め、すべてのたばこことすべての箱に適用する

箱の表のトップと裏の、各々の最低25%をカバーする大きさにして、見やすいようにする
すべての有害な成分と添加物を既に知られた健康への影響とともに開示する

ニコチンとタールの量(できれば第三者の施設での測定値)を、その重大な限界とともに載せる

誤解を招く名前やラベルを排除

・たとえば「ライト」や「ウルトラライト」といったことば遣いは規制する一連の(たとえば10個の)警告を一定期間内に交替させることを生産者に義務づけ、数週間のうちには喫煙者がすべての警告を目にするようにする

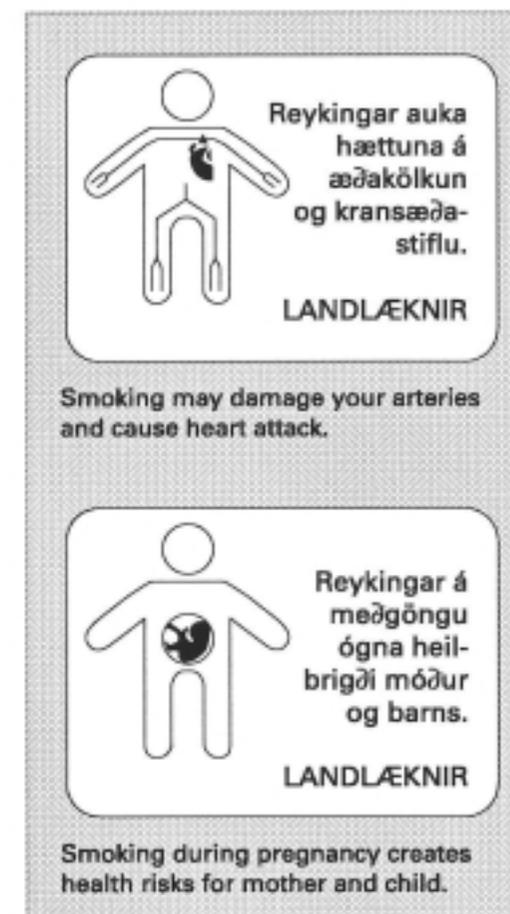


図29 アイスランドの紙巻たばこの警告表示の例
(From Physics on tobacco, published by the Swedish Medical Association)

たばこコントロールの法律では、求める効果を正確に、はっきりと提示しなければならない。というのは、たばこ会社は健康への警告によるインパクトを弱めるために、常に抜け道を捜しているからだ。

健康広告としてのたばこの箱

効果的な警告が載っていれば、たばこの箱はその販売促進効果よりもむしろ健康増進効果を持つ。生産者が商品の売り上げを増やそうとデザインするように、我々は健康メッセージがはっきりと見やすいように工夫しなければならない。

無料健康メッセージ同封

たばこ業者に警告よりも長文の健康メッセージをたばこの箱の中に同封させることは画期的なことで、喫煙者へのアピール度も強い。箱に書くときとは違い、健康メッセージを箱に入れる場合には、長い警告文だけでなく図などを示すことができ、たばこの危険をはっきりと示し、納得させることができる。

公共の場所での喫煙

公共の場所での禁煙を広げる目的は、公共の場所や公共の交通機関内で非喫煙者を他人のたばこの煙による害から守ることにある。そのためには、喫煙しないのが当たり前（その上で適切な場合には別に喫煙場所を指定する）とすることが必要であるが、たいていのヨーロッパの国ではこの逆になっている。

公共の場所での禁煙化政策も全体としてのたばこ消費を減らす効果を持つ。禁煙域でたばこを吸わなかった喫煙者は我慢した分すべてを、後で吸

うわけではないことが研究の結果示されている。加えてこの政策により喫煙に対する社会的容認度を減らすことになる。このため、たばこ会社はこの政策に強く反対している。

制限の論拠

非喫煙者を重篤な疾患の危険から守る

非喫煙が当たり前な社会にする(特に子供たちとの関連で)

たばこ会社重役の見方

1979年にスウェーデンのストックホルムで開かれた「たばこと健康世界会議」での、当時のWHO事務総長のスピーチに対して、会議の後、たばこ会社から出席したオブザーバーは次のようにコメントしている。「われわれが勝つか負けるか、社会的容認度が闘いの中心になる、との我々の分析は正しいようだ」

消えゆく痰壺

喫煙に生じる変化を考える際に、アナロジーとして「唾はき」について考えるとおもしろい。19世紀、唾をはくことは多くの国で一般的なことであった(痰が出るのは都市での空気汚染が原因の1つであることは間違いないが)。そして公共の場所でも痰壺がよく用いられた(このアナロジーでは灰皿がこれに相当する)。医学の進歩で唾はきによる病気の感染が分かり、生活様式や社会習慣の変化もあり、やがて社会的に容認されなくなり、さらに公共の場所で唾をはくことが違法となった。「唾はき禁止」のサインが掲げられ、やがて唾はきは見られなくなり、そうしたサインや痰壺は不必要となった。唾をはきたければはくのは自由、ただしほとんどの公共の場所や公共の交通機関で唾はきはしない。

制限への反論

「合法的な習慣を楽しんでいる者への差別だ」 たばこ産業が好んで使うこの主張にはいくつかの間違ひがあるが、ここで一番重要なのは、長期間にわたる受動喫煙の危険性の証拠はすでに十分確立しているという事実だ。

「公共の場所から人々を締め出している」 これは明らかにナンセンスである。というのは、喫煙者は何も公共施設から締め出されているのではなく、ただ、公共施設を使う時にたばこを吸えないというだけだからである。人に害を及ぼすほかの習慣を持っている人が、他人に害を及ぼす自由を主張できないのと同じだ。

各国医師会が先導を！

医師会は公共の場所での禁煙キャンペーンをリードする役目を果たすことができるし、現に多くの成功を納めつつある。ヨーロッパ医師会フォーラム加盟の各国医師会の協調しての努力は、航空会社に飛行機内を禁煙にさせるのに特に効果があった。これらの中にはデンマーク、マルタ、オランダ、ノルウェー、スロベニアの医師会が含まれる。

「受動喫煙の害については科学者間で意見が分かれている」 たばこ業界はこの問題を故意に欺こうとする一連の研究を画策してきた。たばこ業界から支援を受けていない真っ当な科学者の間ではこうした意見の分かれなど存在していない。

「換気すれば大丈夫」 どんな換気装置もたばこの煙のすべての毒を取り除くことはできない。そのうえ換気装置は高価で、建物の構造上換気が出来ないことも多い。

なぜ職場が特別なのか

喫煙の禁止や制限を進めていく場合、職場には特別な責任と配慮が必要である。責任が生じるのは、他のほとんどの公共の場所のようにたまたま30分過ごすというのでなく、毎日8時間かそれ以上過ごすからであり、またバーやレストランのようにたばこ臭いからと出て行く、または入らないという自由がないからである。職場における喫煙の問題点と、職場におけるたばこ対策の実施の仕方については、9章と付録1に述べているので参考にしてほしい。

子供への販売禁止

多くの国において、子供への販売禁止は、たばこに対する公共政策のうちで最も古いものの1つである。子供への販売禁止を進める目的としては以下の2点が挙げられる。

子供はたばこの害に特に弱い

子供たちが常習的喫煙者になるのを防ぐ

子供へのたばこ販売禁止に関しては、理論上および実行上、しばしば、ある欠陥が出やすいので注意する必要がある。

警察など関係当局が重要な問題と見ず、実行されないことが多い

子供、特に反抗期には、禁止を刺激的挑戦(禁じられた果実のイメージ)と受け止め、喫煙を大人の証と見ることが多い

禁止は次のように進められなければならない。

子供側ではなく、売った者に罪を課す

多額の罰金や、できれば販売のライセンスのシステムといった裏づけを持たせる

多額の罰金や、できれば販売のライセンスのシステムといった裏づけを持たせる

社会や教育機関による監視や支援を得る

より詳細な情報は、ヨーロッパの国々での多くの子供とたばこに関するプロジェクトを含め、多数の情報源から得ることができる。

たばこの有害性を削減する

たばこコントロール政策のモデルには、タールや一酸化炭素、ニコチンなどのたばこの煙の有害成分のレベルを規制する権限を含むことが必要である。たばこを止められない人の危険を少しでも減らすことを目的としている。

たばこの有毒性について

喫煙の有毒性は、煙の中の有害物質の濃度に相関している。有害物質への曝露を減らすことで喫煙による様々な病気の危険を減らし得る

政府やたばこ会社によって一般に行われている測定法は、人々を惑わすものである。それらは実験室での方法に基づいており、必ずしも喫煙者の有害物質への曝露量を反映しない

低タールたばこにすると、喫煙者はえてして、頻繁にかつ強く吸うようになり、そしてしばしば知らず知らずのうちに、換気孔をふさいでしまうものだ。こうした状況では、タール収量は公表されているレベルの10倍にも達することが明らかになっている⁵⁾

この政策を進める際には以下のことに気をつける必要がある。

厳しく政府からの管理・監視を受けなければならない。たばこの煙の排出方法をたばこ会社に定めさせてはならない。政府が設定した基準を受け入れない限り、関与させてはならない

有害物質の規制レベルを設ける政策が健康上どれほどの利益があるかは議論のあるところだが、もし排出レベルがEUの基準を超えている場合、政府は以下のアクションを採らなければならない。

すべてのブランドの排出レベル削減の命令

上限値を設定し、これを超える排出レベルの製品の販売禁止

有害物質削減政策は、喫煙関連疾患削減の一環として法的に実施・監視されるべきである。

WHOとUICCが推奨している市場の紙巻たばこの目標は、タール値5~15mgである。UICCは、25mg超、20mg、15mgと段階的に高タールタバコの市場からの撤廃を提唱している。欧州委員会は、すべてのEU加盟12カ国に、上限をまず15mgとし、1995年には12mgとすることを求めている。

個々の有害物質の相対的危険性に関する証拠に照らして、専門家の中には、たばこを吸い続ける者には低タール、低一酸化炭素で中等性のニコチンの紙巻たばこを最も危険性が少ないものとして推奨する者もいる。

しかしながら、1998年10月、アメリカ・オーストラリア・英国の医師会は、共同で、たばこの依存性を減らすことを目的に、これらの国では10年以内にニコチンレベルをほぼゼロにすることを製造業者に義務付けるよう各国政府に求めた。

たばこ業界のごまかしに注意

たばこ業界は、このたばこコントロール政策（たばこの有害性削減）を悪用して、タール収量を減らすためには新しいブランドの導入が必要で、このブランドを広く知らせるには広告が必要であると主張してきた。しかしこれは真実ではない。単にすでに存在するブランドのタール収量を変更するに過ぎないからである。

禁煙の支援

禁煙の支援を行うこともほかの項目同様重要な政策であり、ほかの政策項目と関連を持つ。

政府によっては、この政策に始めはあまり乗り気でないかもしれない。というのは他の項目より金がかかるとの間違った考えがあるからだ。実際は、政府が正しい課税政策(すでに述べた)を行っているならば、増える歳入の一部を禁煙の支援に使えばよいのである。全体的に見て禁煙支援に金がかかるという理由はないはずだ。

同じように大事なことは、政府が禁煙を支援していると思われるようになることである。喫煙の社会的容認度の低下や、喫煙者が自分の禁煙の努力を国が支援してくれると感じる雰囲気があるなど禁煙に有利な条件があるならば、この項目は国のたばこコントロール政策の重要な取っかかりとなる。禁煙の支援は国の政策の一環であるべきで、保健大臣に一定の権限と義務を持たせるのもひとつの手である。これらの中には、禁煙の支援に関して、保健医療当局に対して目標と基準を設け、禁煙の奨励と禁煙したい人に必要な支援を行うという全体の政策を公表することが含まれる。

以上は、英国の医療専門職のための禁煙支援ガイドライン⁶⁾を参照してまとめたものである。喫煙者の禁煙支援については、すでに6章でも述べた通りである。

農 業

たばこ農家に対する政策は特別な領域であり、国内外の、関連機関やこの問題に詳しい専門家から情報を集める必要がある。手短かに言えば、国連の食糧農業機関(F A O)がこの問題に言及しており、たばこ耕作から無害な作物への転換を勧めている。世界銀行もこの必要性を認めており、多

くの国の政策を見ても、たばこの生産や製造に関するどんな側面も推進しない傾向を示しており、たばこの生産とはまったく関わりのない、他の作物への移行を促すようになってきている。

最近の世界銀行のレポート⁷⁾は、たばこと関連のある経済的損失について強調し、健康に関する警告、たばこ税の引き上げ、たばこ広告や販売促進の禁止のような包括的な公衆衛生の手段が、世界的なたばこの流行を食い止めるために必要であると結論づけた。

訴 訟

たばこに関する訴訟は、次第に重要になってくると考えられる。訴訟における医師の役割も含め次章で詳しく述べる。かつては少数の国でのみ公衆衛生上の利益をもたらすと考えられていた領域が、今やすべての国が探索すべき、重大な進路として認識されるようになった。この点を踏まえると、訴訟の問題は、どのような総合的たばこコントロール政策においても含まれるべきである。

この主題は、次章で、さらに詳しく、訴訟における医師の役割の観点から扱っている。

References

- 1 World Health Organization. *Third action plan for a tobacco-free Europe 1997-2001*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe, 1997.
- 2 Chaloupka FJ, Wechsler H. Price, tobacco control policies and smoking among young adults. *J Health Econ* 1997;16:359-73.
- 3 Townsend J. The role of tobacco taxation in tobacco control. In Abedian I, et al, eds. *The economics of tobacco control*. Cape Town, South Africa: University of Cape Town, 1998:89.
- 4 Borland R, et al. Effects of a workplace smoking ban on the consumption of cigarettes. *Am J Public Health* 1990;80:178-80.
- 5 National Cancer Institute. *The FTC cigarette test method for determining tar, nicotine, and carbon monoxide yields of US cigarettes: report of the NCI Expert Committee*. Bethesda, Maryland: National Institutes of Health, 1996. (NIH Publication No 96-4028.)
- 6 Raw M, et al. Smoking cessation guidelines for health professionals. *Tobacq* 1998;53(suppl 5).
- 7 The World Bank. *Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco*. Washington DC, USA: The World Bank, 1998.

第12章 医師とたばこ訴訟

本章の要約

比較的新しいたばこコントロールの戦略は、たばこ会社に対する訴訟である

多くの国で、たばこは他の有害物質に比べ上手に消費者保護法をすりぬけてきた

たばこ訴訟は主としてアメリカで発展したが、ヨーロッパなどでも続いている

医師は証人としての役割を有しており、各国医師会は訴訟を奨励している

大量のたばこ産業の内部文書が公にされた

他の形の訴訟も試みられており、今後さらに多様化する

たばこコントロールの篤志的な法律家グループが存在し、その経験と忠告が訴訟に関心あるものに利用できる

訴訟：新しい戦略

たばこコントロールの多くの方法が何十年にもわたって推奨され実行されてきたが、ここにきて新しい手段である「たばこ訴訟」が重要な意味を持つてきている。

比較的最近までは、たばこコントロールに関する訴訟といえば、たばこ会社が起こすものであり、たいいていは政府のたばこ会社の販売促進活動への

規制や、その他のたばこコントロール政策に対して異議申し立てをする訴訟であった。しかし、弁護士や健康団体の長年の努力により、1990年代に入って劇的な変化が生じた。まず初めにアメリカで、そしてのちに他の国でも、民法を根拠にたばこ会社に対抗する運動が起こった。

たばこコントロールにおいてこの運動が盛んになり、重要性を増すのは間違いない。各国医師会はさまざまな面でこの運動を支援していくことを求められるになようになるだろう。

法的に特殊な面があるたばこ

たばこは、ほかの有害物質と比較しても、不健康と早死の原因としてはるかに大きい。にもかかわらず、たばこは、他の潜在的に危険な消費製品には多くの国で普通に適応されてきた規制を、長年にわたってもの見事にすりぬけてきた。

たとえば、食料品、アルコール、毒性物質、危険な工業化学薬品、薬物はごく普通に法律で規制されている。それらは、その製造過程、包装、広告、販売促進活動において、特別の法律や一般的な法律に基づく規制でコントロールされているのが普通だ。これらのものに対しては、政府や議会は新しい法律を特別に制定することなしに、規制を臨機応変に変えることができる。むしろそうすることが市民の福祉を守るための政府の責任とされているのである。政府にそうした権力を与える法律を授権法（enabling law）と呼ぶ。

しかし、たばこは、さらに危険性が高いにもかかわらず、ほとんどの国で規制を受けることを逃れている。それは法的には、たばこが前述の製品のどれにも当てはまらないとされるからである。その結果、たばこ産業は、消費者の健康を考える責任もなければ規制もないという状況を享受してきたのである。ある国では、たばこをたとえば薬品として分類することで自動的に

政府の権力の及ぶ法律の範囲に入れようと試みたりもしてきたが、たばこ産業はことごとくそうした動きを覆してきた。

特筆すべき例外は、アメリカのFDAがニコチンを薬物として、たばこ製品を薬剤投与手段（Drug Delivery Device）と定義すると決定したことであるが、この決定も訴訟で判決が下ってから初めて効力を持つことになる。この動きは他の国にとっても重要な影響をもつことになるであろう。

訴訟を起こすこと

今まで起こされた訴訟には、次の2つのタイプがある。

喫煙者の治療費をたばこ産業に転嫁しようという、保健医療サービス提供機関による訴訟

喫煙により危害を受けた患者たち、または患者たちを代表して起こされた訴訟、この場合はしばしば**集団訴訟（class action）**として起こされる訴訟である。ある集団全員、すなわちたばこが原因の病気に苦しむ喫煙者全員、または今もたばこに依存している人全員が潜在的原告とみなされ、**集団（class）あるいはグループを代表して法的行動がとられる**

医療サービス提供機関による訴訟

アメリカでこのタイプの訴訟が始まったのは1990年代半ばであり、州当局が喫煙習慣により健康被害を受けた喫煙者の治療費用をたばこ会社に請求する訴訟を起こしたのが最初だった。この訴訟を起こした州の法務長官によれば、州のメディケイド（低所得者を対象とした国民医療保障制度）は、たばこの影響によってより大きな費用を支払うことになった。もしも、たばこ会社がたばこの致命的性質を認め、販売促進活動をやめ、喫煙者のたばこ依存と健康被害の責任ある対応を取っていれば医療費はずっと少なかったはずというわけである。

現時点では、こうした多くの訴訟は裁判外の和解によって決着し、たばこ会社はその責任を認めて、総額何千億ドルもの金の支払いに同意している。

このタイプの訴訟の変形として次のものがある。

労働組合の健康保険機構によるもの

たとえば、アメリカのブルークロスやブルーシールドなど保険者による訴訟

個人による訴訟

2つ目のタイプは、喫煙者本人、またはその遺族（喫煙者が死去している場合）がたばこの損害を訴えるものである。そのような訴訟は1980年代に始まり、いまでも進行中であるが、これからもこのタイプの訴訟は起き続けるであろう。

アメリカでの訴訟の普及に励まされ、ヨーロッパやほかの国の弁護士や医療従事者は、似たような道を歩み始めている。1998年時点でフランス、イスラエル、イギリスといった多くのヨーロッパ諸国で訴訟が進行中である。

たばこ産業の反応と告訴

訴訟が起こされ始めた当初には、たばこ会社はたばこが有害であるとの訴えを認めようとせず、たとえ有害であるとしても喫煙の危険は警告してきたと言い張った。皮肉にも、法に定められた警告を利用して責任を回避していたわけである。さらに、たばこ会社は、喫煙者が健康に害があると思うのであれば、自ら止めるべきであったと反論してきたのである。

長い間、そうした責任逃れの防衛策をしてきたことで、たばこ会社は法的な制裁を受けることもなく、損害賠償を一銭も支払ったことがないと自慢さえしていた。しかし、アメリカの原告弁護団は、訴訟に勝てば、その際に支払われる多額の損害賠償金の相当部分をもらうという約束のもとで、無報酬で働き、何としても勝利を勝ちとろうとしたのである。

このような状況もあと押しして、たばこ産業が望むような判決が続くなかでも訴訟は継続されていた。そして、そのうち2つの大きな変化が起こり始めた。

1つ目の変化は、たばこ産業内部の報告書が公開され始めたことである。それは裁判所の命令によって公開されたものだった。この報告書の多くは、たばこ会社がついてきたさまざまなうそと故意に行ってきた反健康的な情報活動を明るみに出した

さらにもう一つの変化は、たばこ会社の元従業員が、当時の雇用主に不利な証拠を挙げるようになったことである

現役や元従業員は、以前は沈黙を守る傾向があった。それは、懲罰への恐れ、裁判所に出廷して明るみに出すことへの非常に大きな恐怖、私立探偵による調査、たばこ会社によって組織的に行われていた、初期の「告発者」に対する誹謗中傷キャンペーンのためであった。これらのことは、特筆しておくべきである。

しかしながら、たばこ会社に不利な証拠が増加し、たばこ会社の姿勢に世論の怒りが増すことで元従業員は証言しやすくなり、これによって今度は、たばこ会社に損害を与える証拠がさらに明るみにでることになった。さらに、以前はアメリカで最も力があり政治献金も多かったたばこ産業に反旗を翻すことをためらっていた政治勢力も、たばこ会社に反対する世論が育つに従い、訴訟に対して関与するようになった。

こうした傾向は、政治家によって任命される法務長官がたばこ産業の告訴を決定することにつながり、さらに、内部報告書を次々に攻撃していくことに拍車をかけていったのである。その内部報告書のいくつかは、たばこ会社に大きなダメージを与えるものであった。

1997年、訴訟はうなぎのぼりに増加し、有罪証拠の公開に直面したアメリカの巨大たばこ会社は和解を申請した。それは多額の賠償金（総計3,000



図30 “子供に売り続けることができるよう和解を撤回したのですか？” “全然”
(By Mike Luckovich of the Atlanta(Georgia,USA).
Reprinted by permission of Creators Syndicate)

のたばこ販売に影響を与えかねないので、たばこ会社が有罪とする証拠がどんどん出てくることを回避したいと考えてのことでもあった。

健康キャンペーンの推進者は、たばこ会社が支払う何千億ドルもの賠償額は、たばこの価格を少し上げたただですぐに回収できることを指摘してきた。アメリカでは昔からたばこは他の先進国に比べてはるかに安かったのである。

たばこ産業が必死に望んでいたのは、政治家にこの和解草案を納得させ、それを法律化することであった。そのために、たばこ会社は議会で盛んなロビー活動や世論へのPR活動を展開し始めた。しかし、たばこ会社にとってさらに悪いことが起こった。州の訴訟でさらに多くの文書が公開され、アメリカ合衆国の国会議員によってたばこ会社の提示額より高い損害賠償額とたばこ産業への将来の訴訟に対する保護を弱めた和解の改正案が提示されたのである。

そのため、たばこ会社は1998年4月、当初の和解案を撤回した。そして、国会における代替措置の試みも失敗して、たばこ産業と州の法務長官との

億ドル以上もの金額が州の医療費損害額と将来の健康教育プログラムのために支払われるというものを支払う代わりに、今後訴追を受けないで済むという内容である。

たばこ産業は、反たばこの世論を沈静化し、明らかに、底なしに続きそうだった賠償請求に終止符を打つことを望んだ。また、これは、海外で

交渉はふりだしに戻ったのである。今度は、州側の動機は、州民の健康を心から望んでいるというよりも多額の損害賠償を手にしたというのが本音であったようだが、大卒にて州側の要求通りの和解案が成立した。

訴訟における医師の役割

医師は訴訟において重要な役割を持っている。医師は2つの主なタイプの裁判で主要な役割を果たしてきた。

専門家として証言すること。公衆衛生医、疫学者の役割として、たばこが疾病の原因であるという証拠を述べること

個人の損害賠償裁判において、損害を受けた喫煙者を診察した医師として、その患者の疾病がたばこによるという意見を述べること

このような裁判でさらに多くの医師が証言するよう求められるであろうことには間違いない。法的、政治的に負けてしまった国でのたばこ会社の戦略は変わるかもしれないが、その他の国ではたばこ会社は、予算に糸目をつけずつぎ込んでできるかぎり強力な論戦を張って裁判を継続していくに違いない。

雇用という会社の掟の下では、会社組織を守るためならあらゆる手段が試される。たとえそれが、どれほど成功するチャンスの少ない方法であっても、また、それがどれほど不快なものに見えようともなのである。そのために、原告や証人の信用を傷つける作戦も駆使する可能性がある。

各国医師会は、訴訟問題を取り上げこれを支えるうえで、主導的な役割を担うことができ、たとえば次のような活動を行うことができる。

主要な関連法律専門家の会議を開く

医師として、法的措置をとっている弁護士団と専門的に連携するように促す

たばこは、特殊な有害物質であるという認識を強化して、たばこ訴訟の

考え方を広く知ってもらうために、経済分析学者やジャーナリストに要点を説明する

英国医師会、イスラエル医師会をはじめヨーロッパ地域の多くの医師会が、たばこ産業に対する訴訟を促進することにすでに関心を示してきている。

たばこ産業文書の公開

人々の健康を守るために訴訟が果たしてきた最も大きな成果は、何百万枚にもものぼる、たばこ産業の内部文書を公開させたことである。これらは、将来の訴訟にとって原告側に有利なだけでなく、あらゆる国で日常遭遇する普通の状況で行われているたばこ会社の情報操作を見破ることに役立つものでもある。

こうした文書は、たばこ会社が以下のようなことを故意にやっているという決定的な証拠となっている。

健康問題についての組織的な詐欺行為

喫煙依存者向けのニコチン操作

子供をターゲットにした計画的な販売促進活動

偽りの科学的証拠の組織的捏造と流布（特に受動喫煙の危険性について）

効果のあるたばこコントロールの措置をあらかじめ防ぐための、政治家や影響力のある人々への資金供与

これらの証拠を示す多くの文書はすでに公開され、まとめられており、それにどうやってアクセスするかという情報（多くはweb siteを通じて）は国際的な健康団体から得ることができる。

WHOは、全世界のたばこコントロールの努力を支援する、「たばこからの解放運動（Tobacco Free Initiative）」の一環として、この文書の公開の推進を検討している（訳注：すでに公開されており、([http://tobacco.who.int/repository/tpc48/Tobacco Explained.pdf](http://tobacco.who.int/repository/tpc48/Tobacco%20Explained.pdf))から入手することができる）。

その他の訴訟形態

すでに述べたように、さらに2つの訴訟形態にも注意を払う必要がある。
通常は、雇用主に対して、長年たばこの煙にさらされ、そのため健康を害したと個人が訴えるもの
適切に禁煙するように忠告されなかったと、将来、医師を訴えるかもしれないこと

このような訴訟における医師の役割を考えると、1つ目のタイプでは、医師は受動喫煙が原因で患者の病気が起こった確率はどれくらいであるのかという推定を依頼されるかもしれない。2番目のタイプでは、医師は患者が禁煙するのを助け、促すために合理的に可能なあらゆることをしたというのを証明しなければならないだろう。

たばこコントロールにおける法律家集団

今や、たばこコントロールに取り組む法律家集団が存在している。多くはアメリカにおいてであるが、たばこ訴訟の弁護士グループもできていて、独自の出版物や会議も開催している。その他の場所でも、たばこコントロールの提唱者と、関心のある弁護士は連絡を取り合っている。国際雑誌『*Tabacco Control*』（BMJ Publishing Group, 付録3参照）が、主要な法的進展について掲載している。

国際的な関心のある他の問題と同じように、各国医師会は、訴訟の経験をもち、訴訟に関する照会に対して支援の動機づけのある他の国の医師会と容易に連絡をとることができる。

References

- 1 Daynard RA. Tobacco litigation as a cancer control strategy. *J Natl Cancer Inst* 1988; 80:9-13.
- 2 Daynard RA, Bakes C, Francey N. Tobacco litigation worldwide. *BMJ* 2000 ; 320: 111-3.

付録1

各国医師会(NMA)の職員のための禁煙方針の導入

第9章で述べたように、各国医師会(NMA)で働く職員に対する禁煙方針の導入は、ほかの職場で勤められるのとまったく同じように行われなければならない。基本的方法は以下にまとめられており、11章の136~139ページ(公共の場所での喫煙)も参照されたい。11章は職場での喫煙の制限に関して、特別に配慮が必要な点に焦点を当てている。
禁煙方針への基本的なステップ

取るべき方法は、国ごとに雇用法の違いなどによりわずかに異なるかもしれないが、総括的には似通ったものである。

医師会は、方針を協議し実行する過程を指揮する技術と権限をもつコーディネーターを設けるべきである

喫煙者を含むすべての関係グループの代表者からなるワーキンググループを設けるべきである

相談や教育の期間も設けられるべきである

提案した変化を推進する力は、「職場の健康と安全」の原則である。

これは職場の建造物からアスベストの除去のような、このカテゴリーの他の重要な問題とまったく同じである

最小限の目標は、非喫煙者が職場でたばこの煙のない空気を吸う権利を確保し、一方で、たばこをやめられない人のニーズへの配慮もすることである

喫煙と雇用法

各国医師会は、他の健康団体の中に、雇用法と禁煙方針との関係について検討した団体があれば問い合わせ、それを参考にすべきである。

もし、禁煙方針の位置づけについて雇用法専門家からの意見を記録したものがなければ、各国医師会は雇用法専門家の意見を聞き、他の雇用主が似たような禁煙方針を実行する際の助けになるように、その内容を出版することを考えてほしい。

その国の雇用法の内容によっては、禁煙方針を実行するために話し合いをする必要が出てくる場合もあるが、他の法律との関係も考慮しながら館内禁煙の決定のための法的裏づけを形作っていく。

これらの中で決め手になるのは、雇用者に安全な職場を提供する雇用主の一般的義務である。この義務は、たいていの国の雇用法の中で規定されているが、基準を詳細に定めている国もあれば、ややおおまかに定義している国もある。

環境たばこ煙に長期にさらされることの危険性の証拠は今や非常に強固であるので、意思に反してたばこの煙に曝露される人々はその危険から保護されるべきであることを、最小限、認識しておく必要がある。

誤解のないようにつけ加えておくが、上記の「協議する」という言葉は、被雇用者の大多数がオフィスからの喫煙をなくすことに反対だからといってこれをあきらめるという意味ではない。

反対する人々の意見を聞き、彼らがどうやって新しい原則のもとでも働き続けられるか道を探ることなのである。具体的な方法としては、喫煙場所を設けたり、勤務中の休み時間にどうやって、いつたばこを吸えるようにするかという手順を設けたりするということが考えられる。

各国医師会は、喫煙に依存する人々の治療において合理的であることを望むものであるが、職員の雇用条件の変更に際しては、雇用法が合理的な対応をとるよう求めている。

職員に禁煙方針の決定を知らせる

新しく禁煙方針を実施する

決定を職員に説明するためには、あらゆるコミュニケーションの手段がとられるべきである。改革の計画が最終決定となる前に、禁煙方針の考え方を議論しておけば、禁煙方針はより受け入れられやすくなると思われる。

ワーキンググループは職員に次のことを説明すべきである。

長期の間接喫煙は重大な健康の危害を引き起こすという科学的根拠が存在する

各国の医師会は、職員からこの危険を取り除くことが必要であると決定した

さらに職員には、この改革をしなければならないほかの重要な理由についても述べるべきである。

医師はその地域で役割モデルとなるべきであり、各国医師会もまたそうである

喫煙者や各国医師会の職員がたばこを吸うのをやめたり、減らしたりすることの利点 改革後に生じるであろう掃除や維持費の削減、病欠の減少、火災保険料の減少（そして、もしあてはまれば健康保険料の減少も）など

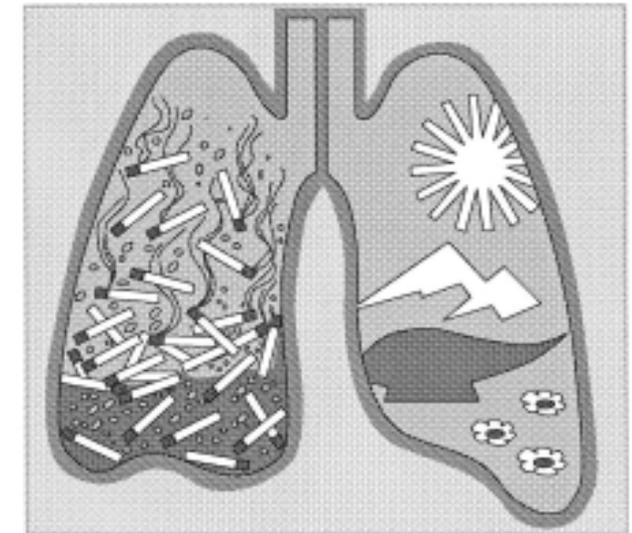


図31 ポジティブ面を強調する 職場での禁煙は、人々をたばこの煙から解放し健康を守る

職員の意見を調査する必要もあるが、それは多数意見がまかり通るとい
う印象を与えないような形で行わなければならない。反対が多数のため禁
煙方針も行わないのは、多数意見によって新しい食品衛生基準や火災安全
管理を決定してしまうのと同じくらい不適切である。

健康を第一に優先すべき

健康と安全が心配される別の分野では国の基準が決められ、究極的には
法律で強制される。理想的にはたばこの煙からの保護も、同じような方法
で実行されるべきである。この考え方は、各国医師会の基本方針とするべ
きである。

実 行

ワーキンググループは次の事項を詳細に決める必要がある。

どのように、またいつ禁煙方針を実行すべきか

「禁煙」サインを掲げること

たばこをやめたい人に対する忠告や相談の提供

もし適切で、かつスペースがあるのなら、たばこを吸わない人に影響を与
えないように、たばこをやめられない、またはやめるつもりのない人のた
めにある特定の喫煙場所を用意する

そのうえで方針を作成して公表し、そしてこれに対するコメントを職員
から求めるべきである。そして宣言した目標と矛盾しない範囲で、コメント
の内容を考慮しながら医師会内の禁煙方針に改良を加え、次のことを実行
する。

会館内禁煙をスタートする日を宣言する

「禁煙」サインを掲げる

館内が禁煙であるという知らせを職員や訪問者に配る もし適切と思わ

れるならば(多くの人が、各国医師会の場合は移行期を除いては、いかな
る時も喫煙を許可するのは不適切だというであろうが) 喫煙場所を知ら
せる

禁煙方針は強力的に監視し徹底する

適切な手続きをとるよう注意が払われ、喫煙者がもつ心理的反発の大き
さに十分配慮しさえすれば、喫煙しないことが職場では当たり前のことと
して受け入れられるようになることは、実際には簡単なことである。もしも
喫煙職員が好きなきにいつでも職場で喫煙することに慣れ切ってしまった
ている場合は、適切な予告、話し合い、説明をした上でのみ、禁煙方針を
導入することが重要である(そうしたプロセスが法律で定められている場合
もある)。

成功への秘訣

館内禁煙を導入するどの段階においても、その実施を容易にし、反対意
見をおさえる上手なコツがあるのでここに記載する。

新しい方針は次のようだと強調する。

喫煙者への反対運動なのではなく、有害な喫煙(特に受動喫煙)に反対
するものであること

誰が喫煙するかどうかではなく、いつ、どこで喫煙するかに関心がある
こと

あらゆるマイナスイメージの連想を避けること。喫煙が禁止されることは
明確にしなければならないが(それは喫煙者には乗り気のしない考え方
であるが) ポジティブな表現を使用すべきである。

各国医師会は、職員全員と、建物を利用する職員以外の全員の健康と福
祉を改善するために行動している

各国医師会は、たばこの煙のない環境と、たばこの煙からの自由を作り

出して、人々の健康を守り、良い見本となっている。これらは非常にポジティブな考え方である

より良い健康への否定的な見方？

館内の禁煙を進めるにあたっては、喫煙者や否定的なコメンテーター（たばこで利益を得る人々を含む）の提唱する消極的な方針の誤りを正すことが必要であろう。一般的に、彼らは健康を害するからという健康上の理由を無視しようとする。別の機会には、同じコメンテーターが、たとえばアスベスト粉じんのような室内の公害物質に注意を喚起していたりするにもかかわらずである。これに対処するためには、公衆衛生学上のはっきりとした理由を反復して説明する必要がある。

別のよくある否定的見解は、喫煙者が新しく禁煙になった館内に入れなくなるという捉え方である。たとえば、新聞は「喫煙者は、医師会のオフィスから閉め出された」などという見出しで記事を載せるかもしれない。これは明らかにナンセンスである。喫煙者もたばこを吸わない人と同様にオフィスには歓迎される。ただし、喫煙者も建物を使用できるが、館内にいる間は喫煙できないだけなのだ。それは、教師が学校の教室で飲酒しないのと同じである。

たとえば、教会、食料品店、工場など喫煙できないが、喫煙者が喫煙制限を十分に受入れている場所はたくさんある。各国医師会のたばこグループは、正すべきマスコミのコメントが出る前から、そうした批判が間違っていると一般の人にもわかるように、そのような比較を考えておくべきである。

付録2

たばこ産業からの研究費に関する規範

すでに7章に述べたように、欧州最大のがん研究に関するチャリティ団体である「英国がん研究キャンペーン」(Cancer Research Campaign of the United Kingdom : C R C)は、たばこ産業からの研究費に関する規範を作成した。この規範は、政府機関や篤志団体に広く紹介され、各機関、特に学長・副学長委員会 (The Committee of Vice-Chancellors and Principals) で積極的に取り入れられている。研究助成金を受けている、あるいは研究補助金申請しようとするものに英国がん研究キャンペーンが出している通知を、規範の本文とともに以下に示す。この通知では、規範を説明し、どのようにして研究助成金の申請者に影響を与えようと考えているかを示している。

1999年4月の研究費授与への付帯条件

「英国がん研究キャンペーン」は、たばこ産業からの助成金を受け取らないことを目指し、研究支援の条件を改訂しつつある。申請者および研究費受給者で、研究費の申請と受領を行う際に「キャンペーン」の条件に同意するよう求められた人々は、現行の授与条件（1995年12月付）を読み、以下に述べる、たばこ産業から助成を受けとる研究所に対する『「英国がん研究キャンペーン」研究助成に関する新方針』をよくみる。この方針は1999年4月1日以降に授与されるすべての新しい研究費に適用されるが、現在進行中の研究費には適用されない。新たな研究費や他の問題に対する、たばこ産業からの助成に関する方針を含んだ条件は近々完成する予定であり、すべての研究費受給者に配って、新しい契約書にサインを求めることになっている。

たばこ産業の大学や研究機関への経済的援助

「英国がん研究キャンペーン」は、その使命の追求において科学的・医学的研究における、最も高い道徳的実践を推進したいと考える。それゆえに、「英国がん研究キャンペーン」はたばこによる健康と生命への多大の危険を念頭に置き、直接・間接のたばこ産業とのつながりを避けるため、あらゆることをする。たばこ販売の促進とあらゆる形のたばこの使用にも反対する。それゆえ、副学長・学長委員会委員長の是認のもとに、「英国がん研究キャンペーン」は次のような規範を作った。

1999年4月1日より、「英国がん研究キャンペーン」は、「英国がん研究キャンペーン」の基金にサポートされている、またはサポートされるかもしれない人がたばこ産業にサポートされた人と親密に仕事をしていて設備や装置などの資源を共有している研究機関には、今後研究のサポートすなわち、新たな研究費は提供しない。ただし、同じ大学や研究機関の中でもまったく異なる学部の研究費には、このプロトコールは適用されない。

たばこ産業の助成には、たばこ商品の生産に従事する会社や会社グループからの助成や、たばこ商品のみで使用されるブランド名かどうかにかかわらず、たばこブランド名のついた助成、そしてたばこ産業やたばこ商品の生産に従事する会社によって作られた団体からの助成が含まれる。ただし、次のものはこのプロトコールから除外されるものとする。

付属や関連の企業からの助成でも、もし、それらが都合の悪い名前を持っていなければ、また、親会社や関連企業でその名前を持っているところが、資金供与を公表するようなことがなければよい

匿名の寄付

**(もしたばこ会社や紙巻たばこのブランド名が関係していなければ)
たばこ産業への投資からの遺贈**

**(歴史的理由で)たばこ産業との関連のある名前を持っているが、もはやたばこ産業と関係をもっていないトラストや財団からの予算
大学側のまったくの裁量による一般的な使用のために、大学に与えられた寄付金**

このプロトコールに当てはまる資金には、人件費・消耗品・装置・建物・旅費・会議・カンファレンス・研究室やオフィスの維持費等、研究のために提供され、用いられるすべての費用を含む。ただし、特別な研究プロジェクトと関連のない会議やカンファレンス費用を除く。

有用な情報源と連絡先のリスト

Denmark
WHO Regional Office for Europe Tobacco-free Initiative
 World Health Organization
 Regional Office for Europe
 8, Scherfigsvej
 2100 Copenhagen
 Contact: Patsy Harrington, Project Manager
 Tel: +45 3 917 1435
 Fax: +45 3 917 1854
 Email: pha@who.dk
 Web site: www.who.dk

France
International Non-Governmental Coalition Against Tobacco (INGCAT)
 68 Boulevard Saint-Michel
 75006 Paris
 Contact: Dr Karen Slama (kslama@worldnet.fr)
 Tel: +33 1 44 32 03 60
 Fax: +33 1 43 39 90 87
 Email: info@ingcat.org
 Web site: www.ingcat.org

Sweden
European International Network of Women Against Tobacco (INWAT)
 National Institute of Public Health
 Tobacco Control Programme
 S-103 52 Stockholm
 Contact: Margaretha Haglund
 Tel: +46 8 5661 3535
 Fax: +46 8 5661 3505
 Email: margaretha.haglund@hiinst.se

INWAT is a network dedicated to supporting and uniting women in actions to prevent tobacco use among women. INWAT's three major objectives are to counter the marketing and promotion of tobacco to women, to develop programmes that help girls and women to resist starting or to give up smoking, and to promote women's leadership in the tobacco control movement.

Switzerland
GLOBALink
 International Union Against Cancer
 3 rue du Conseil-General
 1205 Geneva
 Contact: Ruben Israel
 Tel: +41 22 809 1850
 Fax: +41 22 809 1810
 Email: israel@uicc.org
 Web site: www.globalink.org

International Union Against Cancer (UICC)
 3 rue du Conseil-General
 1205 Geneva
 Contact: Isabel Mortara
 Tel: +41 22 809 18 11
 Fax: +41 22 809 18 10
 Email: info@uicc.org
 Web site: www.uicc.org

Tobacco Free Initiative (TFI)
 World Health Organization
 1211 Geneva 27
 Contact: Derek Yach, Project Manager
 Tel: +41 22 791 2108
 Fax: +41 22 791 4832
 Email: yachd@who.ch
 Web site: www.who.int/toh

United Kingdom
ASH (Action on Smoking and Health)
 102-108 Clifton Street
 London EC2A 4HW
 Contact: Clive Bates, Director
 Tel: +44 20 7739 5902
 Fax: +44 20 7613 0531
 Email: action.smoking.health@dial.pipex.com
 Web site: www.ash.org.uk

Cochrane Tobacco Addiction Group
 ICRF General Practice Research Group
 Division of Public Health and Primary Care
 Institute of Health Sciences
 Old Road, Headington
 Oxford OX3 7LF
 Contact: Mrs Lindsay Stead, Coordinator
 Tel: +44 1865 226997
 Fax: +44 1865 227137
 Email: lindsay.stead@dphpc.ox.ac.uk

This group is part of the Cochrane Collaboration, which prepares, maintains and promotes the accessibility of systematic reviews of the effects of health care. Abstracts of reviews by the Tobacco Addiction Group are at:
<http://hivu.mcmaster.ca/cochrane/cochrane/revabstr/g160index.htm>

International Agency on Tobacco and Health (IATH)
 Tavistock House Tavistock Square
 London WC1H 9LG
 Contact: David Simpson
 Tel: +44 20 7387 9898
 Fax: +44 20 7387 9841
 Email: admin@iath.org

IATH is a non-governmental organisation which provides an information and advice service, including a detailed monthly information bulletin, to tobacco control colleagues in countries with fewer resources.

Tobacco Control: An International Journal
 BMJ Publishing Group
 Journals Marketing Department
 PO Box 299
 London WCH 9TD
 Contact: Natalie Somekh, Marketing Executive
 Tel: +44 20 7383 6862
 Fax: +44 20 7383 6661
 Email: nsomekh@bmjgroup.com
 Web site: www.tobaccocontrol.com

Tobacco Control Resource Centre
 c/o British Medical Association
 BMA House
 Tavistock Square
 London WC1H 9JP
 Contact: Lucien Rivière, Information Officer
 Tel: +44 20 7383 6754
 Fax: +44 20 7554 6754
 Email: tcrcc@bma.org.uk
 Web site: www.tobacco-control.org

United States
Advocacy Institute
 1707 L Street, NW, Suite 400
 Washington
 DC 20036
 Contact: Theresa Gardella, Manager
 Tobacco Control Project
 Tel: +1 202 659 8475
 Fax: +1 202 659 8484
 Email: tgardella@advocacy.org
 Web site: www.scarcnet.org

American Medical Association (AMA)
 515 North State Street
 Chicago
 Illinois 60610
 Contact: Dr Tom Houston, Director
 Department of Preventive Medicine
 Tel: +1 312 464 5957
 Fax: +1 312 464 4111
 Email: houston@globalink.org
 Web site: www.ama-assn.org

Office on Smoking and Health
 National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion
 Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
 Mail Stop K-50
 4770 Buford Highway NW
 Atlanta
 Georgia 30341-3724
 Contact: Samira Asma
 Tel: +1 770 488 5719
 Fax: +1 770 488 5939
 Email: sea5@cdc.gov
 Web site: www.cdc.gov/nccdphp/osh/tobacco.htm

World Bank
 Centers for Disease Control and Prevention
 Health, Nutrition and Population
 Room S-9065
 1818 H Street, NW
 Washington, DC 20433
 Contact: Tom Novotny
 Tel: +1 202 458 7505
 Fax: +1 202 522 3234
 Email: tnovotny@worldbank.org
 Web site: www.worldbank.org

Authorized translation edition of original English language, “ Doctors and Tobacco ” by The Tobacco Control Resource Centre, First Japanese edition, 2001 by the Japan Medical Association All Rights Reserved.

This translation was commissioned by the Japan Medical Association, which bears sole responsibility for its accuracy. The Tobacco Control Resource Centre is not responsible for the accuracy of this translation.

翻訳は日本医師会が行ったものであり、翻訳に関する責任はタバココントロールリソースセンターではなく日本医師会にあります。

Printed and bound in Japan

医師とたばこ

— 医師・医師会はいま何をなすべきか —

Doctors and Tobacco

Medicine’s Big Challenge

平成14年5月

発行 タバココントロールリソースセンター

翻訳 日本医師会

本書の内容を無断で複写・複製・転載すると、著作権・出版権の侵害となる場合がありますのでご注意ください。