

200400159A

厚生労働科学研究費補助金

政策科学推進研究事業

「たばこ規制枠組条約」を前提とした  
我が国のたばこ政策の政策評価—特に、規制インパクト  
分析及びプログラム評価—に関する研究

平成16年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 望月友美子

平成17(2005)年3月

厚生労働科学研究費補助金

政策科学推進研究事業

「たばこ規制枠組条約」を前提とした  
我が国のたばこ政策の政策評価—特に、規制インパクト  
分析及びプログラム評価—に関する研究

平成16年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 望月友美子

平成17(2005)年3月

## 目 次

### I. 総括研究報告

「たばこ規制枠組条約」を前提とした我が国のたばこ政策の政策評価 -特に、規制インパクト分析及びプログラム評価-に関する研究 望月友美子 .....	1
---	---

(資料1) Tobacco or Health in the European Union - Past, Present and Future 欧州連合におけるたばこか健康か-過去、現在、未来 (概要の翻訳) .....	12
--	----

(資料2) Effective Tobacco Control Policies in 28 European Countries ヨーロッパ28カ国の効果的なたばこ規制政策 (全訳) .....	24
---	----

### II. 分担研究報告

喫煙の社会規制をめぐる予備的分析に関する研究 細野助博 .....	88
--------------------------------------	----

(巻末表) たばこの税価格弾力性推計に使用したデータ .....	115
----------------------------------	-----

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 .....	123
---------------------------	-----

IV. 研究成果の別刷 .....	125
-------------------	-----

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）  
総括研究報告書

「たばこ規制枠組条約」を前提とした我が国のたばこ政策の政策評価  
—特に、規制インパクト分析及びプログラム評価—に関する研究

主任研究者

望月友美子 国立保健医療科学院研究情報センター情報デザイン室長

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）  
総括研究報告書

「たばこ規制枠組条約」を前提とした我が国のたばこ政策の政策評価  
—特に、規制インパクト分析及びプログラム評価—に関する研究

主任研究者 望月友美子 国立保健医療科学院研究情報センター情報デザイン室長

研究要旨

**目的** 2005年2月に発効した「世界保健機関たばこ規制枠組条約」を受け、締約国として我が国で実施される、あるいは実施されるべき、たばこに関する様々な規制が社会経済にもたらす影響（インパクト）を多面的に予測・評価し、政策決定者と国民（ひいては利害関係者）に情報提供することにより、国民の健康と経済を守るためのたばこ政策の合理的な政策形成に資することを目的とする。

**方法** 2004年度は予備調査として、たばこ消費の時系列データ、社会経済関連指標データ、医療・禁煙関連指標データ、行政施策関連データの収集を行い、また、国内外の文献調査、国連関連機関の勧告・報告書の収集と分類、キーワード分析を行い、さらに、審議会資料等のコンテンツアナリシスにより、政策課題分析、利害関係者の見解を抽出した。また、消費量のたばこ増税の消費抑制効果の推定を行うために、我が国におけるたばこ需要の価格弾力性を推計した。

**結果と考察** 欧州連合（EU）のたばこ規制グループによる効果のある包括的たばこ規制の達成尺度を用いた評価では、我が国のたばこ規制状況はEU加盟国と比較して最下位となり、特に、価格政策、警告表示、広告規制が評価を下げていることが分かった。EU加盟国のうち英国のたばこ政策を調査し、世界第2位の多国籍たばこ企業を擁しながらも、歴史的に疫学を中心とする科学的証拠が重視され、ブレア政権後、特に価格政策を含む規制が進展した背景に、利害関係者との合意形成を科学的に進める規制インパクト評価手法が有効に利用されたことが明らかになった。需要の価格弾力性は0.052から0.262（95%信頼区間）であり、我が国においても価格政策の有効性と利害関係者の合意可能性を示唆するものである。

**結論** たばこ政策は幅広い学際的な専門性に立った高次の政策判断が求められる一方で、利害関係者（特に、たばこ産業、時には財政当局）との調整が極めて難しい分野であるが、本研究で得られる実証的データにより、合意形成モデルの構築と、政策シミュレーションモデルの構築が図られる。効果のある包括的たばこ規制の国際水準に近づくためには、我が国でも価格政策をまず実現することが必要である。

分担研究者氏名

細野助博 中央大学総合政策研究科教授  
松本安生 神奈川大学外国語学部助教授

## A. 研究目的

2005年2月に発効した「世界保健機関たばこ規制枠組条約」を受け、我が国には締約国として様々な義務と責任が発生する。とりわけ、条約が求める様々なたばこに関する規制については、外務省の説明書によると新たな法的措置を執らず、現行法の中で対応することとされている。

注意表示や広告規制、自動販売機については、財政制度審議会における審議により、条約の最低基準を満たすような内容で実施、あるいは今後実施されることとなり、また、受動喫煙防止についても、健康増進法の規定により対応されている。しかし、効果のある政策手法であることが諸外国で実証され、世界銀行の報告書でも提言されている価格・増税政策については、我が国のたばこ価格が国際的にも最低水準（労働賃金換算）であることから、今後の課題として残されている。

本研究では、我が国のたばこ規制の現状と課題を個別に検証し、「たばこ規制枠組条約」及び既にいくつかの国々で実現されている真に効果のある規制を実施した場合、どのような影響（インパクト）が社会経済にもたらされるかを多面的に予測・評価し、政策決定者と国民（ひいては利害関係者）に情報提供することにより、国民の健康と経済を守るためのたばこ政策の合理的な政策形成に資することを目的とする。

## B. 研究方法

2004年度は予備調査として、たばこ消費の時系列データ、社会経済関連指標データ、医療・禁煙関連指標データ、行政施策関連データの収集を行った。また、国内外のたばこと健康問題に関する研究論文や報告書を文献データベースにより、抽出した。さらに、国連関連機関や欧州連合、英国、米国などの勧告や報告書の収集と分類、キ

ーワード分析を行った。国内の政策については、厚生科学審議会や財政制度審議会等の議事録や審議会資料等を収集し、コンテンツアナリシスにより、政策課題分析、利害関係者の見解を抽出した。たばこ規制枠組条約で求められている各措置に照らし合わせて、我が国のたばこ規制の進捗状況を評価した。

収集したデータを元に、消費量のたばこ増税の消費抑制効果の推定を行うために、我が国におけるたばこ需要の価格弾力性を推計した（分担報告書 参照）。

（倫理面への配慮）

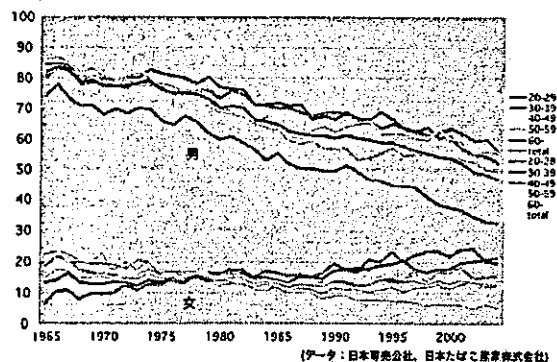
既に公表された研究論文や統計データ、審議会資料等を材料としているため、倫理面への配慮は必要ない。

## C. 研究結果

### （1）我が国の喫煙率・消費量の動向

成人喫煙率については、1960年代以降、男性は全ての世代で漸減傾向にあるが、女性は若い世代で近年上昇している。1980年代半ばに、日本専売公社が民営化され、その後、輸入関税が撤廃されて自由化された頃から、特に男女とも若い世代の喫煙率の増加あるいは減少傾向の鈍化が認められたが、1990年代半ば以降、男性では減少傾向が強まっている。

喫煙率の推移（性・年齢階級別）



消費量の傾向は喫煙率とはやや異なり、1970年代半ばと1990年代半ばに2つのピ

ークがあるが、この数年は一貫して減少している。特に、1995年のたばこ行動計画や1997年の厚生白書を契機として、抜本的な規制策は打ち出せないものの、国際会議の開催や健康日本21、健康増進法などを通じて、たばこによる健康被害を減らすため、本格的なたばこ規制の議論に向けて、厚生労働省側の政策スタンスは徐々に固まってきたといえる。



しかし、従来から指摘されているように、日本のたばこ対策は、先進国の中では大きく後れを取っていることは否めない。1970年代半ばの最初の消費減少の波は、民営化と自由化によるたばこ販売促進の圧力により大きく押し返されたことを考えると、最近の減少傾向がこのまま続くか否かは、今後、効果のあるたばこ規制策がどのように展開され、監視と評価が行われるかにかかっている。

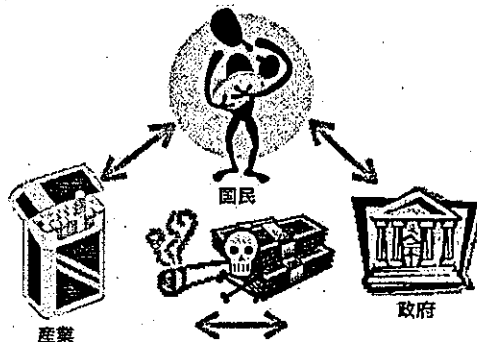
## (2) 我が国のたばこ政策の構造的問題

たばこはかねてより担税品であるのみならず、我が国では、たばこ産業の健全なる発展と財政確保を目的とした「たばこ事業法」の下に、警告表示（我が国では「注意表示」）、製品規制（タール・ニコチン量の測定と表示に関わるものとして）、広告規制、並びに部分的ではあるが自動販売機規制などの、たばこ規制に関わる項目が含まれている。このことは、法律の目的を損なうような規制の実現はありえようがなく、

健康に関わる注意表示の文言の決定においても、専売事業審議会、たばこ事業審議会、財政制度等審議会の意見が反映されてきた。

また、日本たばこ産業株式会社（JT）株を財務大臣が50%以上保有することも法律で定められており、政府とたばこ産業の密接な関係があることも日本の特徴である。このことは、政府が抜本的な対策が取れずに来たことの原因として挙げられることもあるが、株主としての責任から、JTに対する国内外の訴訟圧力により、従来の産業保護のスタンスから、たばこ（あるいはたばこ事業）のリスク（健康のみならずビジネス上も）を前提とした措置を行うべきであるというスタンスに変わりつつある。

## たばこ問題の当事者/構造



1998年に国とJTを原告としてたばこ病患者により提訴されたたばこ病訴訟は一番判決で却下されたが、判決文を読む限り、たばこの有害性や依存性に関する国際的にも確立した科学的根拠が、我が国では社会通念として共有されていないことが分かる。その根幹には、科学的根拠を蓄積し社会と共有するための情報基盤と提供体制が、我が国には欠落していることが考えられる。平成17年度より、厚生労働省本省と国立保健医療科学院にそれぞれ1名、たばこ対策担当官が増員されることになったが、米国やカナダでは、連邦レベルのみでも100名を越すたばこ対策専門の担当官が実働していることを考えると、桁違いに足りない。

### (3) たばこ規制枠組条約批准への道

以上述べたような政策上の構造的問題は一朝一夕で解決できるものではないが、たばこのない社会」実現に向けた行政と市民の弛まぬ努力が、たばこ規制枠組条約の批准という形で実を結んだ。その過程を時系列的に検証する。

たばこ規制枠組条約の実現において、我が国の参加は国際社会、とりわけ世界保健機関 (WHO) にとって不可欠であった。その理由は、日本がGDP世界第2位という大国であることのみならず、JT という世界第3位の多国籍企業を擁していることに由来する国際責任が重大であること、日本はたばこ規制の実施困難な国なので日本の成功事例が他の国々にもたらすインパクトが大きいことなどである。ブルントラント事務局長が就任して初めてのWHO主催の国際会議が日本で開催されたのも、条約策定の過程の当初から厚生省担当者が加えられたのも、日本のプレゼンスを国際社会において発揮させるためであったと考えられる。

実際、我が国のたばこ政策における政策転換は次のような経過を辿って実現した。科学が財政に優先した時期 (1997~1999年)、政治が科学に優先した時期 (1999~2000年)、そして、公共と政治 (健康を守る) と科学が政治 (産業を守る) に優先した時期 (1998~2004年) という変遷とダイナミズムである。

### 政策転換のダイナミズム

#### 科学>財政

- ①厚生省が大蔵省・JTに科学で挑戦 1997~
- ②厚生白書 1997
- ③21世紀のたばこ対策検討会 1998
- ④健康日本21たばこ消費半減目標案 1999

#### 政治>科学

- ⑤自民党政務調査会の反対決議 1999
- ⑥健康日本21たばこ半減目標の撤回 2000
- ⑦地方自治体+NGO vs 産業のバトル 2000



### publicとscienceによる政策奪還

#### 公共/政治/科学>政治

- ①国・JTに対する訴訟 1998~
- ②学術/専門団体のアドボカシー 2000~
- ③禁煙推進議員連盟 2002~
- ④地方条例 (千代田区等) 2002~
- ⑤財政制度審議会 2002 (リスク・依存性)
- ⑥厚生科学審議会 2002 (消費削減を提言)
- ⑦健康増進法 2003 (努力規定の実行者は民)
- ⑧NGO・学術/専門団体の協働 2003~
- ⑨たばこ規制枠組条約 2004批准、2005発効
- ⑩健康日本21中間見直し? 2005

この間、学術団体 (学会等) や専門職団体が禁煙宣言などを通じて、政府にたばこ対策の強力な推進を呼びかけ、専門分野を問わず幅広い保健医療専門組織のアドボカシーが実現した。さらに、東京都千代田区の生活環境条例や健康増進法の施行により、公共の禁煙空間が広がったことも、たばこのない社会」という社会通念の確立に貢献した。



#### 学 会 ・ 専 門 団 体 の 禁 煙 宣 言

- ①日本歯科医師会「禁煙宣言」2004
- ②日本小児科医学会「禁煙宣言」2004
- ③日本小児アレルギー学会「禁煙宣言」2004
- ④日本小児科医学会「たばこのない社会の実現に向けた行動宣言」2003
- ⑤日本小児科医学会「禁煙推進に関する日本医師会宣言」2003
- ⑥日本小児科医学会「禁煙推進宣言」2003
- ⑦日本小児科医学会「禁煙宣言」2003
- ⑧日本小児科医学会「禁煙宣言」2003
- ⑨日本小児科医学会「禁煙宣言」2003
- ⑩日本小児科医学会「禁煙宣言」2003
- ⑪日本小児科医学会「禁煙宣言」2003
- ⑫日本小児科医学会「禁煙宣言」2003
- ⑬日本小児科医学会「禁煙宣言」2003
- ⑭日本小児科医学会「禁煙宣言」2003
- ⑮日本小児科医学会「禁煙宣言」2003
- ⑯日本小児科医学会「禁煙宣言」2003
- ⑰日本小児科医学会「禁煙宣言」2003
- ⑱日本小児科医学会「禁煙宣言」2003
- ⑲日本小児科医学会「禁煙宣言」2003
- ⑳日本小児科医学会「禁煙宣言」2003
- ㉑日本小児科医学会「禁煙宣言」2003
- ㉒日本小児科医学会「禁煙宣言」2003
- ㉓日本小児科医学会「禁煙宣言」2003
- ㉔日本小児科医学会「禁煙宣言」2003
- ㉕日本小児科医学会「禁煙宣言」2003
- ㉖日本小児科医学会「禁煙宣言」2003
- ㉗日本小児科医学会「禁煙宣言」2003
- ㉘日本小児科医学会「禁煙宣言」2003
- ㉙日本小児科医学会「禁煙宣言」2003
- ㉚日本小児科医学会「禁煙宣言」2003
- ㉛日本小児科医学会「禁煙宣言」2003
- ㉜日本小児科医学会「禁煙宣言」2003
- ㉝日本小児科医学会「禁煙宣言」2003
- ㉞日本小児科医学会「禁煙宣言」2003
- ㉟日本小児科医学会「禁煙宣言」2003
- ㊱日本小児科医学会「禁煙宣言」2003
- ㊲日本小児科医学会「禁煙宣言」2003
- ㊳日本小児科医学会「禁煙宣言」2003
- ㊴日本小児科医学会「禁煙宣言」2003
- ㊵日本小児科医学会「禁煙宣言」2003
- ㊶日本小児科医学会「禁煙宣言」2003
- ㊷日本小児科医学会「禁煙宣言」2003
- ㊸日本小児科医学会「禁煙宣言」2003
- ㊹日本小児科医学会「禁煙宣言」2003
- ㊺日本小児科医学会「禁煙宣言」2003
- ㊻日本小児科医学会「禁煙宣言」2003
- ㊼日本小児科医学会「禁煙宣言」2003
- ㊽日本小児科医学会「禁煙宣言」2003
- ㊾日本小児科医学会「禁煙宣言」2003
- ㊿日本小児科医学会「禁煙宣言」2003

条約の政府間交渉の最終段階間際では、条約素案に反対する日本の交渉態度に対して、国際的非政府組織 (NGO) のネットワークが、ドイツ、米国と並んで「悪の枢軸」と非難したことは、国内世論を高め、批准に向けての国内NGOと学術/専門団体の協働路線をもたらした。禁煙推進議員連盟などの政治家グループの政府への働きかけも強まった。その結果、日本は世界で19番目の条約批准国となり、条約そのものは2005年2月27日に発効した。



最終的な条約内容は部分的に後退してはいるが、目的や基本原則は大きくは損なわれず、我が国は締約国として条約に合意し、それを実施していく責任が発生する。国策として条約目的と内容に適ったたばこ政策を実践していくには、たばこ事業法との齟齬など厳密にはいくつかの問題は残すものの、従来のたばこ規制の後れを取り戻す、千載一遇の機会を得たといえる。

#### (4) たばこ規制枠組条約への対応状況

条約の目的は、たばこによる健康等への破壊的影響から現在及び将来の世代を保護する、というもので、将来の世代には現に生を受けている子供たちが含まれることから、広い意味での未成年者の喫煙防止の枠組とも捉えることができる。従来、WHO が加盟国に勧告してきた包括的たばこ規制の諸方策が条約として強化され、需要抑制と供給抑制を合わせもった内容となっている。

#### たばこ規制枠組条約で求められるもの

目的：たばこによる健康等への破壊的影響から現在及び将来の世代を保護する	
需要抑制	供給抑制
価格・課税措置(財)	不法取引をなくす(財、公、法)
受動喫煙からの保護(厚、全)	未成年への販売の禁止(警、財)
製品含有物規制・情報開示(財、厚)	たばこ製作者等への代替活動の支援(農)
包装及びラベル(財)	その他
教育・情報伝達・訓練・啓発(厚、文、総)	環境保護・人の健康保護(環、厚、農)
広告、販売促進、譲渡の禁止又は制限(財)	責任・財政(法、全)
禁煙・依存治療(厚)	研究、監視、情報交換(全)

各規制事項は、厚生労働省や財務省のみならず、多くの省庁の所管にまたがるため、適正に実施するためには包括的な調整機関と監視・評価体制が必要である。現状では、関係省庁連絡会議(14省庁の局長級会議)が調整機能を有するが、議定書の検討や締約国会議への対応を考慮すると、将来的には独立した組織が必要になるだろう。

価格・課税措置については、2003年12月に1本82銭の増税があったが、詳細は分担報告書に譲る。

受動喫煙からの保護については、法的には健康増進法(第25条)のみであるが、努力義務規定とはいえ、殆ど全ての公共空間が対象となり、禁煙・分煙が進んでいる。これに先行した東京都千代田区的生活環境条例は指定地域での路上喫煙に過料を施し、地域の拡大と実効性を上げ、他の自治体に同様の条例が広がっている。日本医療機能評価機構による医療機能評価基準に、病院の敷地内禁煙が含まれたことは、それまで遅々として進まなかった病院の禁煙化・敷地内禁煙化を推進した。健康増進法を踏まえた文部科学省通知により、学校敷地内禁煙も進んでいる。日本社会全体の受動喫煙対策はこの1、2年で一気に進む土壌はできたが、分煙基準の見直しや既存の規制の強化など、監視・評価の必要がある。

製品規制については、たばこ事業法によりたばこ製品(製造たばこ)の定義がなされ、煙中のニコチン、タール量の測定法が規定されているが、製造法や添加物の開示や測定方法の再検討など、今後の課題となる分野である。厚生労働省は、たばこ煙成分分析を行い、日本の紙巻たばこ7銘柄に含まれる有害成分を測定し、たばこ事業法上の測定条件の問題点を明らかにしている。

包装及びラベルについては、たばこ事業法の所管であり、2005年7月より注意表示が一斉に変わることとなった。文言については、従来の1種類から今後は8種類の具体的病名や依存性に関する内容が含まれる点では改善したと言えるが、写真を大きく使ったカナダやオーストラリアなどと比較にならない質と量である。特に、限られたスペースに詰め込む文字情報が多すぎるため、リスクコミュニケーションの観点からもむしろ逆効果ともいえる。今後は、注意表示の消費に与える効果を検証しつつ、諸外国並みにした場合の消費に与える効果をもとに改善案を提示する必要がある。

教育・啓発については、学校や地域での健康教育は国や自治体の事業として行われているが、我が国ではメディアを使った広報キャンペーンは、一部の自治体や医師会番組内を除いて全国的には行われていない。インターネットを使った情報提供は厚生労働省や健康体力づくり事業財団など民間の組織が行っているが、マスに対してのアプローチは費用もかかることから予算確保も含めて今後の検討課題である。現状では、禁煙宣言を出している学会や団体が多数あることから、まずは保健医療職種の教育・啓発を十分にいき、間接的波及効果を狙うのが早道であろう。保健医療職種がたばこの害に無関心であったり認めないことの弊害は、たばこ広告以上に重大だからである。

広告・販促については、日本たばこ協会が自主規準を強化することで対応し、電車の車内広告や屋外の巨大看板は廃止されたが、雑誌や販売拠点、喫煙所での広告は除外されているので、広告量の総量と質を監視する必要がある。諸外国の例では、広告や販促の部分規制は他の媒体へのシフトを招くだけで、消費抑制には効果がないことが実証されている。また最近、番組での喫煙シーンのみならず番組全体が広告媒体となっている事例や、無料配布の雑誌での広告・販促も散見している。さらに自動販売機は日本における最多の販売拠点でもあるが、自動販売機を媒体とした広告・販促は規制から完全に漏れている。

禁煙・依存治療については、禁煙指導や禁煙補助剤が自費であることから、ニーズはあるものの普及は低迷しており、医療制度における支援体制整備が必要である。旧厚生省の調査では、喫煙者の約半数、1800万人がたばこ依存症として医学的支援が必要な患者と見なされる一方、残りの半数は動機付けや環境整備で禁煙に導ける可能性があることにも留意する必要がある。科学

的裏付けに基づいたサービス需給推計と資源配分とともに、最も費用対効果の高い禁煙支援体制を組み立てることが課題である。

不法取引については、我が国は偽造たばこや密輸の問題は殆ど起きていないと考えられるが、今後、価格政策等により我が国のたばこ価格が上昇した時には可能性があるため、監視体制については検討する余地がある。

未成年への販売禁止については、63万台の自動販売機の規制が必要だが、たばこ業界が年齢識別機能付機械を開発し、政府は容認している。販売店やコンビニエンスストアでは対面販売だが、未成年者喫煙禁止法の範囲では、「未成年が自用に供することを知りて」販売しない限り、年齢確認をしなかったり、未成年に販売しても法律違反ではない。先に述べたように、自動販売機はたばこの広告塔でもあることから、廃止あるいは未成年のアクセスできない場所への設置制限が必要である。実際、自動販売機の深夜稼働規制が未成年者対策として始まって以降も、自動販売機は未成年者のたばこ入手方法の首位であり続けている。年齢識別機能付販売機の設置が、未成年の喫煙に抑止効果があるか否かを十分に検証し、撤廃に向けて働きかける必要がある。

たばこ耕作者への代替活動支援については、財源確保が必要であるが、既に自然減少していることから、猶予期間を設けて転作奨励を行うことが必要である。JTは早期退職を勧告したが、社員の3分の1が応じたように、農家に対しても将来を見越した対策を講じるべきである。財源にはたばこ税を充当することが理に適っている。

環境保護・人の健康保護については、諸外国で報告されているようなたばこ耕作者の農薬や葉たばこによる健康問題が我が国にもあるか否か、実態調査の上、対策を講じるべきであろう。

責任・財政については、条約はたばこ産業の法的責任も考慮した訴訟などの活動を政府に求めているが、我が国では、政府がJTの株主でもあるという構造から難しい。しかし、WHOの政策形成過程でもあったような政策介入が、国内外のたばこ産業によってなされたかどうかの検証や今後の介入を未然に防ぐための方策の検討は開始すべきであろう。財政的な措置については、我が国のたばこ対策予算が国民一人あたり1円に満たないことを考慮すると、たばこ税等からの充当を目標とした価格政策の実施が必要である。

研究・監視等については、日本のたばこ関連研究は諸外国に比べて遜色のない質と量にも関わらず、統合化や共有化がなされていないために、政策決定者は一般国民が活用できていない。また、特定の分野に偏っており、介入研究や評価研究など政策決定に必要な研究分野が乏しい。今後は情報基盤体制の整備により、情報伝達の項とも関連するが、いつでもどこでもだれでも使える意味のある情報提供を可能にすべきである。監視については、政策評価指標を確立し、政策当事者のみならず、第三者機関による監視・評価も必要である。我が国では、たばこに関する公的研究費が少なかったこともあり、長年にわたりたばこ産業による研究助成が全国の大学・研究機関に対して行われてきた。WHOや世界医師連盟等は、たばこ産業による研究助成に対しては受ける側の倫理的問題を問うてきたが、我が国でも公的な場で検討すべき事項である。

#### (5) 包括的たばこ規制の達成尺度による我が国のたばこ政策の評価

欧州連合(EU)のたばこ規制グループは、「効果のある包括的たばこ規制」の達成尺度を、EU加盟国を代表する10名のたばこ規制専門家の討議により開発し、28ヶ国のたばこ規制を評価した。この尺度には政

策評価の観点からは、横断的な評価にすぎないという限界はあるものの、各国のたばこ政策がどの程度包括的であるか、また何が後れているかを客観的に判断するためには有用である。100点を満点として、次のような内訳で各国の状況を判定する(詳細は参考資料に譲る)。判定者は各国のたばこ対策担当者である。

規制項目	点数
紙巻たばこの価格	30ポイント
2004年1月1日の禁煙場所	22ポイント
2003年のたばこ規制予算	15ポイント
広告	13ポイント
禁煙	10ポイント
ラベリング	10ポイント

この尺度によると、アイスランドが76ポイントで最も高得点で、次に英国の72ポイント、最下位はルクセンブルグの23ポイントであった。1985～2003年の喫煙率の減少度を考慮すると、得点の高い国はおおむね喫煙率は大幅に減少していたが例外もあった。デンマークは低得点だが喫煙率は減少したのは、元々喫煙率が非常に高く、価格政策のような強力な手法を取らずとも(従って得点は低い)、他の要因により喫煙率が大きく減少する余地があったことが考えられる。この状況は我が国に近い。そこで、同じ尺度で我が国のたばこ規制状況を採点してみた。

規制項目	我が国の点数
紙巻たばこの価格	3ポイント
禁煙場所	6ポイント
たばこ規制予算	1ポイント
広告	2.5ポイント
禁煙	1ポイント
ラベリング	6ポイント
合計	19.5ポイント

すると、EU 加盟国と比較して最下位となり、特に、価格政策、警告表示、広告規制が評価を下げていることが分かった。禁煙場所の採点については、EU 尺度では拘束力を持たない規制は評価が低くなるので、健康増進法の評価は多数の公共施設をカバーし、実際に禁煙が実現しているとはいえ、評価が低くなる。また、広告規制についても同様である。今後は、このような国際的な評価尺度の適用も考慮しながら、我が国の国情に合わせた政策評価方法を開発することも課題である。しかし同時に、条約は包括的たばこ規制の最低基準を示すことを鑑みると、国際的な最高水準をめざし、そのための政策実現加速度の付け方について、真剣に検討しなければならない。

#### (6) 英国のたばこ政策

EU 加盟国のうち最もたばこ規制が進んでいる英国のたばこ政策について、発展の歴史、背景要因、政策実行者について、文献調査とヒアリングにより分析した。英国は世界第2位の多国籍たばこ企業(British American Tobacco, BAT)を擁しながらも、伝統的に疫学を中心とする科学的証拠が重視され、社会の啓発活動における医療従事者の役割が大きかった。

特に、1950 年台に疫学研究により、初めて喫煙と肺がんとの関係を解明したオックスフォード大学リチャード・ドール博士らの貢献が大きく、綿密に設計された症例対照研究及びコホート研究により、喫煙と肺がん等の疾患との関係が証明された。早くも 1962 年には、王立医師協会のイニシアチブによりそれまでの疫学研究が集大成され、喫煙と肺がん等との因果関係と必要な対策についての勧告がまとめられ、米国の公衆衛生総監諮問委員会の招集、そしてその報告書につながる端緒となった。さらにドール博士によるコホート研究は、英国医師会の男性会員を対象にした大規模長期

追跡研究であり、50 年の長きにわたって成果を生み出してきたことは特筆に値するが、医師会員自体への教育啓蒙効果もあったといえる。またそのような科学的証拠を一般社会に普及するに当たっては、研究者が中心となって設立した NGO である Action on Smoking and Health (ASH) の役割も大きい。政府は長い間、たばこ規制に対しては消極的であったが、研究者の生み出した科学的証拠に基づく医師会や NGO を中心とした健康教育や禁煙支援などが、英国の喫煙率や消費量の減少をもたらし、米国よりも早く肺がん等の減少につながった。

その後、ブレア政権になってから、特に価格政策を含む種々の規制が進展した背景に、利害関係者との合意形成を科学的に進める規制インパクト評価手法が有効に利用されたことが明らかになった。

#### (7) 今後の我が国のたばこ政策

我が国の状況は英国と比較すると、ドール博士の疫学研究に匹敵する研究は早くから行われたものの、当時は日本専売公社の時代でもあり、たばこ産業のロビーイングにより疫学そのものが否定された時期が続いていた。最近ようやく厚生労働省多目的コホート研究の成果が公表され、科学的証拠に基づくがん予防の考え方として禁煙が主張されるようになったが、これは英国に後れること 40 年である。さらに、医学関係団体や NGO の活動と専門性においては、政策実現に責任を持って関与するような活動は少なかったが、健康日本 21 やたばこ規制枠組条約を契機に、アドボカシーが活発に行われるようになってきた。それでも、医学界がこぞってたばこの害を認めるようになった英国の 1970 年代から比べると、最近の禁煙宣言の動きは 30 年後れである。

しかし、このような変化を見ると、たばこ規制先進国に数十年の後れをとっていても、たばこ規制枠組条約の基本原則にある

4要素を社会にしっかりと根付かせることを先決とすれば、我が国の状況は急速に改善されることと思う。

### FCTCの基本原則（第4条）

- すべての者がリスクについて知らされること：たばこの消費及びたばこの煙にさらされることがもたらす健康影響、習慣性及び死亡の脅威
- 強い政治の意思：受動喫煙防止措置、喫煙開始防止、禁煙促進、支援、消費減少措置、性差に応じた危険性に対応するための措置の必要性を考慮
- 公衆衛生の予防原則：消費減少のための多部門における包括的措置、対応
- 市民社会の参加：条約及び議定書の目的達成

既に我が国で約300万人がたばこが原因で早死にしていることを鑑みれば、たばこ規制については一刻の猶予もないことは明らかである。今後は社会のあらゆる部門が個人や組織、政・官・民を問わず、この大規模な避けられる死亡の減少に向けて、国家百年の計として取りかからなければならない。とりわけ、最も効果があり、健康も財政も両立しうる方策である価格政策の実施が最優先課題である。

年	注意表示の文言	超過死亡数 (累積)
1955	なし	3,500 (3,500)
1972	健康のため吸いすぎに 注意しましょう	33,200 (312,000)
1990	あなたの健康を損なう おそれがありますので 吸いすぎに注意しまし よう	85,000 (1,375,800)
2005	<以下を含む8種類> 喫煙は、あなたにとっ て肺がんの原因の一つ となります。 疫学的な推計によると、 喫煙者は肺がんにより死	115,000 (2,875,800)

亡する危険性が非喫煙者に比べて約2倍から4倍高くなります。 (詳細については、厚生労働省のホームページ <a href="http://www.mhlw.go.jp/topics/tobacco/main.html">www.mhlw.go.jp/topics/tobacco/main.html</a> をご参照下さい。)
---

### D. 考察

たばこ規制枠組条約を前提としたたばこ規制については、我が国の状況は批准はできたものの、国際水準から見ると立ち後れた部分が多々ある。たばこ政策の構造的問題は国や地域を問わず、共通しているが、多くの国々ではその困難を克服してきた。我が国でも、諸外国の成功事例を参考に、我が国の特性を生かしたたばこ政策の立案が必要である。当分の間、超過死亡数や社会損失の増加は免れず、一刻も猶予がない。抜本的な対策の実施のための財源確保と効果のあるたばこ規制の方策として、たばこ税の増税による価格政策が、最も優先されるべきであろう。価格政策は政策コストは低いが政治的コストが高いため、実施した場合の経済波及効果並びに耕作者等への補償も含めたシミュレーションモデルの構築が必要であり、次年度の課題としたい。

### E. 結論

たばこ政策は幅広い学際的な専門性に立った高次の政策判断が求められる一方で、利害関係者（特に、たばこ産業、時には財政当局）との調整が極めて難しい分野であるが、本研究で得られる実証的データにより、合意形成モデルの構築と、政策シミュレーションモデルの構築が図られる。効果のある包括的たばこ規制の国際水準に近づくためには、我が国でも価格政策をまず実現することが必要である。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

望月友美子. たばこ対策の今後の課題. 建築設備と配管工事 2004:42(7);81-85.

加藤治文, 平野隆, 池田徳彦, 坪井正博, 大平達夫, 林和, 加藤靖文, 望月友美子. 肺癌は予防できるか. 成人病と生活習慣病. 2004:34(5);619-623.

望月友美子. Tobacco Free \* Japan ニッポンのたばこ政策への提言 (会議録). 肺癌. 2004:44(5);304.

望月友美子. あらたに考えるたばこ対策情報 「国家百年の計」に参画しよう. 公衆衛生. 2004:68(12); 945-947.

### 2. 学会発表

望月友美子, 高原亮治, 内山充, 細野助博. 我が国のたばこ政策の展望. 日本公共政策学会. 京都, 2004. 6.

望月友美子. 転換期のたばこ政策. 第三回東北禁煙指導研究会. 仙台, 2004. 7.

望月友美子. 健康増進法とたばこ規制枠組条約による我が国のたばこ政策の転換. 日本健康心理学会. 東京, 2004. 9.

望月友美子. 転換期のたばこ政策と医療従事者への期待. 慶應大学臨床呼吸器学研究会. 東京, 2005. 1.

望月友美子. 今後のたばこ対策と国立保健医療科学院の役割について. 第18回公衆衛生情報研究協議会. 和光, 2005. 1.

## H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

# TOBACCO OR HEALTH IN THE EUROPEAN UNION

PAST, PRESENT AND FUTURE



## THE ASPECT CONSORTIUM



European Commission

## 要 要

本報告書の第 1 章では、欧州全域の個人および全住民の健康に喫煙が及ぼす影響について述べる。たばこ規制の進展にもかかわらず、引き続き喫煙は、欧州連合 (EU) における死亡および疾患の最大の単一原因となっている。欧州では喫煙を理由とする年間死亡者数が 65 万人を超えているが、これは EU 全域の全死亡者数の 7 分の 1 であり、1,300 万人を超える人々が喫煙の転帰として深刻な慢性疾患に苦しんでいる。また、たばこの煙が深刻な環境衛生上の有害物質であり、そのために欧州で数万人もの非喫煙者が死亡しており、他人のたばこの煙を吸い込むことによって、さらに数百万人もの人々が病気を悪化させていることは、今や疑いの余地なく立証されている。

喫煙は人体のほぼすべての器官に有害で、さまざまな疾病の原因となるが、喫煙と肺がんとの最初の関連が立証されてから 50 年あまりを経過した今日においても、喫煙を原因とするものと認定される疾病が増えているため、その被害の全容は未だ不明である。ただし、喫煙習慣継続者のおよそ半数が喫煙によって死亡すること、また喫煙の結果として中年期に死亡する者は平均して 22 年の人生を失い、そのように短縮された生涯のうち不健康な状態で過ごす期間の割合が大きくなることは知られている。

欧州では国によってたばこの流行の段階が異なるが、今後数十年にわたり、欧州の何百万もの人が喫煙の転帰として死亡し、病気に苦しむことは明らかである。喫煙を原因とする死亡は女性の間でなお増加しており、女性の間での流行の全容はまだ認識されていない。男性の間でさえ、肺がん死亡率は EU 内の 4 か国で依然として上昇している。また、喫煙は貧困との関連を強めており、EU 全域における健康に関する不平等格差の拡大に大きく寄与している。EU における喫煙の影響を例証するため、欧州 5 か国の死亡率のパターンについて簡単に説明する。

このような死亡および疾病はすべて完全に予防可能であることを前提に、第 1 章では、たばこを吸わせ続けるという点でニコチンが果たす重要な役割、およびたばこを止めた結果としてもたらされる劇的な健康上の恩恵についても探求する。

また第 2 章では、すべての EU 加盟国がたばこ製品の生産、製造、流通、および販売からどのような影響を受けているかを説明する。たばこ栽培が EU の農業活動に占める割合はごくわずかであり、EU におけるたばこ生産農家の割合は 1.3% のみであり、使用される農地の割合は 0.1% である。加えて、世界のたばこ栽培に占める欧州のシェアは、1980 年代半ばから減少してきている。

それにもかかわらず、たばこは欧州において 1 ヘクタール当たりの補助金額が最も大きい農作物である。EU は、この補助金にほぼ 10 億ユーロ、すなわち「共通農業政策」予算の 2.3%、「委員会」予算総額の 1.1% を支出している。EU は、賢明にもこの補助金を 2010 年までに段階的に廃止することを決定している。

EU/欧州自由貿易連合域内におけるたばこ製造は、世界の紙巻たばこ生産高のおよそ 25% を安定的に維持している。EU は、未加工のたばこの純輸入地域であり、加工済みたばこ製品の純輸出地域として世界の供給の 20% を担っている。たばこ栽培および製造部門の雇用者数は EU の雇用の 0.13% に過ぎず、この数字は減少しつつある。現在のたばこおよび関連医療に投入されている資金は、他の物品およびサービスに費やされるか、他の活動への投資のために蓄えられることになるので、たばこ規制の取組みが雇用に与える影響は、無視できる程



度のものだろう。

EU は、喫煙による大きな経済的負担を負っている。そのコストは、控えめに見積もっても年間 980 億～1,300 億ユーロ、すなわちこの地域の 2000 年国内総生産の 1.04～1.39%に上る。真のコストは、疑いの余地なくこれを上回っており、適切な措置を講じなければ上昇し続けるだろう。このようなコストの上昇は、EU に新しく加盟した 10 か国で喫煙率が比較的高いこと、ヘルスケアの改善、およびヘルスケア・サービスの需要増加に起因する。喫煙者だけでなく、非喫煙者、政府、および被用者もこのコストを負担しなければならない。たばこ消費は、たとえばたばこ税収、および喫煙者の早死にによる社会保険費の節約を考慮したとしても、最終的には国家予算にとって負担となることは、実証的証拠が示している。

EU 加盟国では、たばこ製品に対して「付加価値税」に加えて従価税と従量物品税の両方を賦課している。物品税の種類を選択は、紙巻たばこ 1 箱当たりの納税額への影響が甚大であり、「加盟国」の間で紙巻たばこの価格が大きく異なる理由の 1 つとなっている。従量物品税の方がより効果が高い。施行が比較的容易であり、また比較的安価なブランドの代用を助長するのではなく、すべての紙巻たばこブランドについて等しく喫煙を思いとどまらせるものであるため、EU の公衆衛生上の目標を強く支持するものである。

第 2 章では、「EU 加盟国」における現行たばこ課税水準が、収益確保の可能性に関する最適水準をいかに下回っているかを説明する。たばこ税の引上げは、圧倒的に最も費用効果の高いたばこ規制措置であり、たとえ密輸が行なわれる場合でも税収が増加することになる。また増税によって、大部分の EU 住民にとって依然として非常に手頃な値段である紙巻たばこのコストは上昇する。価格に基づかないたばこ規制政策は、包括的なたばこ規制プログラムの一環として行われた際、非常に効果的である。紙巻たばこの密輸は、紙巻たばこ税の引上げがたばこ消費および政府収入にもたらす望ましい影響の妨げとならないとしても、当該措置の効果を弱める可能性がある。

第 3 章では、1957 年の 6 か国から、1973 年に 9 か国、1981 年に 10 か国、1986 年に 12 か国、1995 年に 15 か国、2004 年には 25 か国へという共同体の拡大をはじめとする EU 自体の継続的發展を背景として、1980 年代以来 EU のたばこ規制政策が、どのように策定され、展開されてきたかを説明する。これは、共同体の諸機関の間、諸機関と「加盟国」の間、「加盟国」間、ならびに欧州共同体 (EC) と外部の国および世界保健機関 (WHO) のような組織との間の動的相互作用の歴史でもある。

指令、規則、決議、もしくは勧告といった形式にかかわらず、EU の制定するいかなる法制も、EU を設立した条約に法的根拠を必要とする。現在までのところ、ラベル表示、広告、および製品規制に関する法制はすべて、EC 条約第 95 条 (旧 EC 条約第 100a 条) の域内市場に関する法制を基礎としており、この種の立法を許さない保健法 (第 152 条) を基礎とするものではない。一部その結果として、1989 年以来制定されたたばこ製品のラベル表示、マーケティング、および規制に関する 6 件の法制のうち 4 件は法的な異議申立ての対象となっており、たばこ業界は「委員会」に対して立法過程の他の側面を争う訴訟も提起してきた。それにもかかわらず相当な進展があったが、もし特定の目的を持つ保健法が法的根拠として利用可能であったなら、たばこ規制ははるかに大きく前進していたはずである。

1987年以來、たばこ規制はECの「公衆衛生」政策の中心となっており、公衆衛生、課税、職場における健康および安全、ならびに農業という4つの大きな分野に分類されてきた。たばこ規制に関する「共同体」の政策の多くは、欧州委員会の保健・消費者保護総局(Health and Consumer Protection Directorate-General of the European Commission) (旧「雇用・社会問題理事会」: DGV, the Directorate for Employment and Social Affairs) が提案し、策定したものである。現在までに、この政策はとりわけ、たばこの広告、ラベル表示およびタール収量に関する指令、たばこ製品に関する指令、たばこ課税立法、職場での喫煙を制限する職場における健康および安全に関する指令、WHOと合同で組織した2つの会議、3つの「EU議長国」会議、ならびに他の欧州たばこ規制会議への支援が実現されている。またECは、WHOの「たばこ規制のための枠組条約(FCTC)」に署名しており、一部の「加盟国」におけるたばこの密輸への対策で効果を上げてきた。

第3章では、さらにEurope Against Cancer (EAC) プログラムがいかに喫煙防止に関するこのようなEC政策の成功の基礎となったかを説明する。その成功の原動力となったのは、ハイ・レベルの政治的支援、がん専門家委員会、欧州委員会内の専門チーム、主な利害関係者との提携、注目を集めるメディア戦略、先を見越した立法手法、および立法的イニシアチブを支援する専門家部局からの政策本位のリサーチ提供である。

「閣僚理事会」は、1985年以後健康問題に非常に積極的に取り組んでおり、たばこ規制はその最優先課題の1つとなっている。1988~2003年に、「保健閣僚理事会(Health Council)」は35回会合を開いたが、そのうち31回でたばこ規制を議題としている。

EUにおけるたばこ広告に関する議論は、これまで15年間継続しており、現在も進行中であるが、現在EU18か国においてたばこ広告の禁止が実施されている。たばこのラベル表示に関するECの最初の指令は、非常に大きな影響を及ぼした。指令は「加盟国」を拘束するので、ほとんどたばこ規制に関する立法を持たない国も、健康に関する警告を強化しなければならず、ECの立法はEUへの参加を望む多くの国にとって模範となりつつあった。

ECのたばこ政策は、EU域外にも影響を及ぼした。たとえば、スウェーデンでは、たばこ規制政策は1980年代に停滞期を迎えていた。EACプログラム(スウェーデンも参加した)には、スウェーデン側からすると、当時は急進的で論議的になるとと思われる提案がいくつか含まれていた。EACは、1990年代にスウェーデンにおけるたばこ規制を復活させた。ECの立法はまた、WHOの「枠組条約」を強化するものだった。

したがって、第3章は、保健法の法基盤を域内市場に依拠するにもかかわらず、ECが過去20年間に広範なたばこ規制措置に取り組んでおり、EU内外に大きな影響を及ぼしてきたことを示す。「EU加盟国」25か国すべてがFCTCを批准することにより、批准から5年以内に、「1998年たばこ広告指令」の廃止を補填する形で、各国でたばこ広告の包括的禁止が確実に立法化されることになる。これによって、たばこ製品の規制と職場の喫煙制限が、今後10年間にECおよび「加盟国」の直面するたばこ規制の最も差し迫った2つの課題となる。

本報告書第4章では、たばこ規制プログラムの財源と喫煙との関連を示す。一般に、たばこ規制に投入する金額が多いほど、喫煙率の減少幅は大きくなる。米国のデータを分析すると、たばこ規制の支出により紙巻たばこの売上高が減少するパターンが一貫していることがわかる。マス・メディア・キャンペーンの効果は、その規模と期間によって異なる。支出は、十分な期間で十分な回数に渡って喫煙者に行き届くに十分な規模でなければならない。主としてこのような支出の結果、マサチューセッツ州の喫煙率は1990年の23.5%から1999年には19%まで低下したが、この減少幅は米国の他の州の約5倍である。対照的に、1970年から1990年代までの英国における喫煙率の低下は、その期間において世界最大幅のものだったが、

## 概 要

現在は相当にペースを落としており、現在の傾向では、マサチューセッツ州の水準に到達するまでにあと 20 年かかる。

米国疾病対策予防センター（CDC）の推計によると、十分な期間にわたり十分効果を上げるためには、たばこ規制プログラムに年間 1 人当たり 1~3 米ドルの支出が必要とされる。CDC は、望ましい支出水準の推奨範囲も示している。カリフォルニア州の場合、推奨される支出の範囲は、年間 1 人当たり 17 米ドルから最低 6 米ドルだった。実際の支出額は 1 人当たり 4 米ドルである。マサチューセッツ州の場合、実際の支出額は 7 米ドルだった。英国における現在の数字は、年間 2 米ドル足らずであり、カリフォルニア州の推奨最低水準の 3 分の 1 にも届かないが、EU 内では英国が最大支出国である。EU では、マサチューセッツ州の実際の数字は、1 人当たり 5 ユーロ 70 セント、すなわち年間 26 億ユーロだが、英国の実際の数字も EU 水準で換算すれば、たばこ規制に年間 7 億 4,000 万ユーロを支出していることになる。したがって、EU 加盟国のたばこ規制への支出は著しく少ない。

健康に関する警告が大きく顕著であるほど、はっきりした相当大きな影響があるというベルギー、オランダ、ポーランド、および英国からの新たな証拠をはじめ、さまざまな特定の政策要素の影響に関して欧州諸国からもたらされた証拠もある。広告の禁止について、世界銀行は、制限を最大限包括的に行なえば、高所得諸国における消費の減少幅は 6% を超えるだろうと結論づけている。この見積もりは、EU の広告禁止（取消しになった）により紙巻たばこ消費がほぼ 7% 減少したであろうことを示唆している。密輸への取組みに成功した世界でも少数の国の 1 つであるスペインで劇的に示されたように、EU の密輸対策により「加入国」レベルで密輸が減少してきた。1995 年から 2002 年までの期間で、市場における密輸紙巻たばこの割合は、16% から 2% に低下した。最後に、英国における新しい治療サービスの影響に関する証拠を検討するが、かかる証拠は、貧困地域の喫煙者にまで当該サービスがうまく行き渡っており、健康上の不平等を是正する一助となる可能性もある。

EU のたばこ規制政策を支えるためには研究費を増加する必要がある。特に、最たる緊急課題として、標準的な方法を用いた欧州全域の喫煙率の測定が必要である。このような調査は可能な限り毎年実施するべきであり、欧州市民がたばこ規制政策の効果を確認できるように結果を公表するべきである。

喫煙は低所得者層への集中が強まっているので、欧州全域のたばこ消費を減少させるためには、この集団に効力を及ぼすことが不可欠である。このような要求に応えるため、包括的なたばこ規制政策によって低所得者層のニーズに合わせた措置を完全実施するべきであり、喫煙率調査には社会経済的地位別に分類されたデータを含めるべきである。

第 4 章では、増税による価格上昇、すべてのたばこ製品、ロゴ、およびブランド名に関する広告および販売促進の包括的禁止、職場での喫煙の禁止/制限、逆宣伝（広報キャンペーン）、マスコミ報道、および研究結果の公表を含めた情報公開の改善、紙巻たばこの箱およびその他のたばこ製品に付す直接の健康に関する警告ラベル、ならびに薬物治療へのアクセス増加を含めた喫煙依存者の禁煙を助ける治療といった介入を、すべてのたばこ規制プログラムで優先すべき中核的たばこ規制政策として確認する。

第 5 章では、たばこ製品自体に関する政府規制の必要性について確認する。但し、このためにはこれまで略述したようなたばこ規制に関する他の本質的な要素から注意をそらさないことがきわめて重要であることを確認する。現在までのところ、規制の主たる焦点は、タール、ニコチン、および一酸化炭素（CO）の取量、ならびに成分の機器による測定に当てられてきた。しかし、紙巻たばこその他のたばこ製品は複雑であるため、製品特性および排出物、

曝露、損傷、疾病リスク、請求および研究、ならびに監視を含めた多くの面に焦点を当て有害さを軽減することを狙いとす一層包括的な新しい規制の枠組みが必要である。加えて、たばこ製品が技術的に高度で精巧なニコチン供給手段であること、ならびに近い将来新規のたばこおよびニコチン製品が増加する可能性があることの両方を認識すると、ニコチンが喫煙で果たす根本的な役割を考慮し、さまざまな製品について意味のある評価を行なえる枠組みを提供することが規制において重要になる。

第 5 章で提示する包括的な規制の枠組みでは、現在の通例よりもはるかに幅広い技術的熟練と専門知識が必要になる。したがって、規制当局の能力を高める必要がある。

第 6 章では、欧州におけるたばこ規制政策に影響を与えようとするたばこ産業の取組みがいかにか大規模で広範囲に渡り組織的であったかを説明する。利害関係者を対象とする首尾一貫したマーケティング戦略が存在してきたことは明らかであり、このような戦略は消費者を対象とする戦略を反映している。いずれにしても目標は同一で、行動に影響を与えること、すなわち消費者の場合には喫煙行動に、利害関係者の場合には規制上、ロビー活動上、および職業上の行動に影響を与えることである。これらの活動の総合的な目的は、企業の収益性を高め、企業を長く存続させることである。その過程で、欧州の人々の健康に前例のない危害を及ぼすことになる。

たばこ業界の『利害関係者のマーケティング』で用いられる戦略には、脅威を最小限に抑え、機会を活かすため、脅威と機会を特定することが含まれる。たとえば、1998 年のたばこ広告の禁止は脅威だったが、これに対して、同情的な「加盟国」や補完性の原則、および EU の比較的弱い公衆衛生規定を用いて攻撃することが可能であった。業界はまた、労をいとわずに味方になりそうな候補者を特定し、彼らをこのような運動のために採用して、適当な対価を提供した。このような協力者は、草の根の喫煙者の権利擁護団体から国家元首にまで及んだ。逆に、敵対者も特定し、支持を得ようとするのではなく攻撃を行なった。WHO をおとしめようとする業界の組織的な試みは、ここで最も注目される例だが、「国際がん研究機関」(IARC) および「喫煙予防活動のための欧州事務局」(European Bureau for Action on Smoking Prevention) などの比較的小さな組織も、またこれら業界の取組みの中心的な対象とされてきた。

本報告書では、たばこ業界の利害関係者のマーケティングが効果的であったこと、またその成功の影響はこの上なく深刻なものであることを明らかにする。たとえば、重要な政策分野の 1 つであるマーケティング・コミュニケーション規制において、業界は重要な欧州指令の延期および撤廃に成功した。2003 年に英国で同様の広告禁止が導入されたとき、政府は、年間約 3,000 人も命が救われることになると見積もった。その理屈で言えば、欧州の広告禁止との闘いでたばこ業界が勝利を収めたことにより、数万人の命が犠牲になったことになる。

ある意味で、このような利害関係者のマーケティングは当然である。規制環境に影響を及ぼそうとすることは、標準的な商慣習である。しかし、たばこは標準的な事業ではない。紙巻たばこの有害さは特異なものであり、たばこを原因とする病気および早世死亡の規模の大きさには前例がない。このような公衆衛生上の脅威から、たばこの消費者マーケティングが一層厳格に制限されるようになった。それに反して、その利害関係者のマーケティングは、依然として全く制限されておらず、おそらくたばこ業界の側からすると一層重要になっている。