

5. たばこ規制に関する世界保健機関枠組条約 (Framework Convention on Tobacco Control) と日本政府の対応

WHO はタバコが健康におよぼす悪影響から現在および将来の世代を保護することを目的とし、2003 年に「たばこ規制に関する世界保健機関枠組条約(略称「たばこ規制枠組条約」)」を採択した。主な内容としては、タバコ規制のための調整機構・中核機関の設立(第5条)、タバコ価格・税の引上げ(第6条)、職場・公共の場所での受動喫煙の防止(第8条)、タバコの警告表示の強化(第11条)、タバコ広告の包括的禁止(第13条)、禁煙治療の普及(第14条)、未成年者へのタバコ販売禁止(タバコ自動販売機の制限を含む)(第16条)などが定められている(45)。本条約の履行に向けて、すでに2回の締約国会議が開催されており、第1回は2006年にジュネーブにて、第2回は2007年にバンコクにて開催された。

日本は国会による全会一致での可決・承認を得て、2004年に19番目の国として本条約を批准して締約国となった。したがって、日本政府は、日本国憲法第98条第2項に定められているごとく、国際条約である本条約を遵守し履行することが求められている。しかし、タバコ産業の健全な発展を目的とする「たばこ事業法」(46, 47)のもとで、財務省・財政制度等審議会の審議を受けて行われたタバコ箱の注意表示の強化や広告・販売規制に関しては、規制先進国の警告表示と比べると、本条約の求めるような「大きく、明瞭で、読みやすい健康警告」とはなっていないし、広告規制は業界の自主基準に任されたままである。また、タバコ自動販売機は成人識別機能装置をつけることによって存続がはかられようとしている。そして、2006年実施されたタバコ税の引き上げは1本約1円の小幅なものにとどまった。現時点では、厚生労働省主導の「健康日本21」においても、また、2007年4月より施行された「がん対策基本法」に基づく「がん対策推進基本計画」においても、喫煙率削減の数値目標は、タバコ産業界などの反対や「たばこ事業法」を所管する財務省への配慮等により設定されていない。2006年に新設された「ニコチン依存症管理料」により禁煙治療に保険適用が可能となったことが、本条約発効以降に唯一評価できるタバコ規制の制度的な取組みであるといえる。

わが国の成人男性の喫煙率は徐々に減少しつつあり、2005年には39.3%となり初めて40%割れとなったが(48)、WHOのTobacco Atlasによる2002年の比較では、日本は46.9%で、英国27.0%、米国24.1%などに比べて突出して高いレベルにある(44)。わが国の成人女性の喫煙率は2005年で11.3%と全体として低くとどまっているが、若い世代では増加している(48)。

日本におけるタバコ規制対策の現状を客観的に評価するため、欧州の30カ国のタバコ規制の取り組みを点数で評価したTobacco Control Scale(49)に沿って、日本学術会議・脱タバコ社会の実現分科会の委員12名が個々に、その採点時期である2005年7月時点の日本のタバコ規制対策状況を評価したところ、平均点で25.5

点(範囲 20~36 点)であった。第 1 位のアイルランドが 71 点、第 2 位の英国が 70 点と高く、第 29 位のルーマニアが 27 点、最下位のルクセンブルグが 26 点である。したがって、日本は欧州 30 カ国との比較では最下位に位置しており、脱タバコ社会実現度の最後進国であることが数値としても示された。

特に、カフェやレストラン、それ以外の職場、公共交通機関や公共の場所の 3 箇所に分けて採点する職場や公共の場所における禁煙では、22 点満点中 3 点と極めて評価点数が低かった。2006 年から厚生労働省の合同庁舎 5 号館が全館禁煙となったこと、2006 年にニコチン依存症管理料の施設基準として敷地内禁煙が条件となったため医療機関の敷地内禁煙が進んだことにより、2007 年 1 月の評価点数は 3 点から 4 点になったものの、依然として極めて低いレベルにある。

国内における職場(一般事業場)における受動喫煙の取り組みは、厚生労働省が 5,000 事業場を対象として実施した 2005 年の調査によると(有効回答率 45.6%)、喫煙対策に取り組んでいる事業場は 88.2%で、このうち全建物内禁煙を実施しているのは 20.7%であった(50)。回答率の低さを考慮に入れると全建物内禁煙を実施している職場は未だ少ないといわざるをえない。一方、率先して受動喫煙対策に取り組むべきであるとされている学校、役所、病院については、2005 年の調査で敷地内全面禁煙を実施しているのは、小学校で 44.4%、中学校で 39.1%、高等学校で 43.6%であった(51)。役所では、敷地内禁煙あるいは施設内全面禁煙は、都道府県庁舎で 51%、市町村役場で 28%であった(52)。病院では、2006 年度大阪府内の 546 施設の調査で、全館禁煙は 68.9%、敷地内禁煙は 19.2%であった(53)。さらに、医・歯学部およびその附属病院における敷地内禁煙状況調査では、敷地内禁煙にしているのは、医学部 29%、同附属病院 40%、歯学部 16%、同附属病院 34%であった(54)。

諸外国では、「たばこ規制枠組条約」に沿った国レベルでの法的規制が進みつつある。カフェやレストランを含めすべての囲いのある公共の場所と全ての職場の完全禁煙法が 2004 年に国としては始めてアイルランドで施行され、2007 年 9 月現在、英国、ニュージーランド、イラン、ウルグワイ、米国のニューヨーク州・カリフォルニア州など 11 州、カナダの 7 州、オーストラリアの 3 州などで完全禁煙法が施行されている。さらに、一部例外はあるものの原則的禁煙法が、ノルウェー、イタリア、スウェーデン、スペイン、南アフリカ、タイ、シンガポールなどで施行されており、フランスにおいても 2008 年から施行される(55)。

6. わが国の医学界や日本学術会議におけるタバコ規制の取り組み

1997 年以来、日本呼吸器学会、日本小児科学会、日本公衆衛生学会、日本学校保健学会、日本口腔衛生学会、日本循環器学会、日本気管支学会、日本プライマリーケア学会、日本歯周病学会、日本口腔外科学会、日本口腔腫瘍学会、日本癌学会、日本癌治療学会、日本頭頸部癌学会、日本臨床内科学会、日本疫学会、日本歯科医学会、日本臨床スポーツ医学会、日本歯科人間ドック学会、

日本禁煙学会、日本禁煙科学学会、日本禁煙医師歯科医師連盟、日本対がん協会、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会などが禁煙宣言・脱タバコ宣言を公表し、脱タバコ社会の実現を呼びかけてきた。しかるに、前述のごとく、「健康日本 21」や「がん対策推進基本計画」においては、医療側委員の強い主張にもかかわらず、喫煙率削減の数値目標は、タバコ産業界などの反対や「たばこ事業法」を所管する財務省への配慮等によって設定することができなかった。

日本学術会議は、第 19 期において口腔機能学研究連絡委員会、齲蝕学・歯周病学研究連絡委員会、咬合学研究連絡委員会により、報告「ガムたばこの蔓延阻止に向けてー禁煙から脱たばこへー」を平成 16 年度に公表した。この中において、輸入ガムタバコがなんの規制も受けることなくわが国では市販されるようになったことに憂慮し警告を発したが、第 20 期においては、2006 年 6 月に健康・生活科学委員会と歯学委員会合同で「禁煙社会の実現分科会」を立ち上げ、2007 年 2 月に「脱タバコ社会の実現分科会」と改め、合計 12 回の分科会を開催して審議を行ってきた。この間、2007 年 7 月には日本学術会議主催公開講演会「脱タバコ社会の実現のためにーエビデンスに基づく対策の提言ー」を日本学術会議講堂にて開催し、さらに同年 9 月には日本学術会議主催・日本口腔外科学会共催市民公開講座「脱タバコ社会をめざす」を名古屋国際会議場で開催して国民の教育・啓発にも力を注いできた。

7. 提言

前述のごとく、タバコが人々の健康を損ない、火災の発生原因となり、環境を汚染し、経済的損失も与えていることは紛れもない事実であり、近い将来、タバコは地球上から駆逐されることになる可能性は高い。わが国が健康面や環境面においても国際的リーダーシップを発揮するためには、他国に追従するのではなく、一刻も早く率先して脱タバコ社会を実現させなければならない。「たばこ規制枠組条約」の批准国として、わが国もタバコ対策を強力に進めていくことが求められていることをふまえ、日本学術会議は科学者コミュニティの代表機関として、タバコの害から国民の健康を守り、その環境汚染から地球を守るために、以下の提言を行う。

提言 1. タバコの直接的・間接的健康障害につき、なお一層の教育・啓発を行う

タバコによる直接的・間接的健康障害については科学的証拠があり、論争には終止符が打たれたとの視点に立ち、現世代ならびに次世代の国民をタバコの害から守るために、無煙タバコなども含め、脱タバコ社会を目指して、なお一層の教育・啓発を行う必要がある。わが国ではいまだ、喫煙は趣味・嗜好の問題であるという意見が根強いが、喫煙はニコチン依存症であると認識するべきである。すなわち、喫煙者はニコチン依存を伴う喫煙関連疾患保有者であり、その

ような疾患の予防と進行を防ぐための禁煙の重要性につき、なお一層の教育・啓発が必要である。

また、喫煙を短期的に中止することはそれほど困難でないため、タバコはいつでもやめられると錯覚している人が多い。しかし実際には本人のみの努力による長期禁煙成功率は5%程度にすぎず、専門的治療をうけても長期禁煙成功率は30~40%程度である(1, 56)。その意味でも、タバコをやめたくてもやめられない60%以上の喫煙者にとって、喫煙を単なる趣味・嗜好の問題とみなすことは正しくない。その点、厚生労働省がニコチン依存症という病名のもとに禁煙治療を保険診療の対象とした点は大いに評価できる。

喫煙関連疾患は禁煙により防げることから、予防可能な単一疾患としては最大の病気である。禁煙は最も確実に重篤な疾病を減らし、国民の健康維持と莫大な医療費の節約に寄与する最大のものである。しかし、このような事実を知る国民はいまだ少数である。

タバコ規制先進国では、タバコの広告を全面的に禁止する一方で、政府予算によりテレビなどのメディアを通して喫煙防止・禁煙支援のキャンペーンが大々的に行われている。学校などでの喫煙防止教育は、喫煙防止のキャンペーンやタバコ価格の値上げ、公共の場所の禁煙などの対策とあいまって初めて効果が上がる。また、喫煙はニコチン依存症であるとの観点からの禁煙支援のキャンペーンを繰り返し行うことにより、喫煙者は禁煙に動機づけられ、環境改善の方策と相まって禁煙を試みる者が増加する。

提言 2. 喫煙率削減の数値目標を設定する

2006年12月の厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会における「健康日本21」ならびに2007年6月に閣議決定された「がん対策推進基本計画」でも、喫煙率の削減についての数値目標は示されなかった。喫煙が、がん、虚血性心疾患、脳卒中をはじめとする多くの病気と早死の単一かつ最大の予防しうる原因であることは明らかであり、タバコ規制先進国では喫煙率の数値目標を設定して喫煙規制対策を推進することにより、肺がんなど喫煙関連疾患による死亡減少の成果をあげている。

タバコ規制の対策を推進し、その成果を評価するには、成人喫煙率の目標設定およびモニタリングが必須である。「健康日本21」がモデルとした米国のHealthy People 2010においては、タバコ規制を含む28の分野での2010年における目標数値とベースラインの1998年および各年の達成値が示されている。タバコ規制に関しては、成人喫煙率（目標：12%）、喫煙開始年齢（同14歳）、未成年者の月1回以上喫煙率（同16%）、過去1年間に1日以上禁煙したものの割合（同75%）、屋内喫煙禁止の職場（同100%）など詳細な数値目標を設定し、モニタリングを行っている(57)。

日本の成人男性の喫煙率が依然として先進国の中で突出した高さにとどまっている状況において、喫煙率削減の数値目標を打ち出し、国民に対して政府の

タバコ規制に関する明確な意思表示を行うべきである。

提言 3. 職場・公共の場所での喫煙を禁止する

受動喫煙が肺がんや心筋梗塞、小児の気管支炎・肺炎や喘息の悪化、乳幼児突然死症候群などの原因となることには、十分な科学的証拠がある(2, 4-6)。このため、職場・公共の場所での喫煙禁止を推進することは、公衆衛生の立場からは非常に重要である。他人の健康を害してまで喫煙する権利を喫煙者に認めるわけにはいかない。2007年にバンコクで開催されたWHO「たばこ規制枠組条約」第2回締約国会議では、第8条(受動喫煙の防止)履行のためのガイドラインが日本を含め全会一致で採択された。このガイドラインでは、締約国に対して、自国での条約発効後5年以内に、すなわちわが国では2010年2月27日までに、屋内施設の100%完全禁煙を実現するための法的規制をとることを求めている(58)。わが国の健康増進法第25条は、施設の管理者に対する受動喫煙防止の努力義務しか規定していないが、上記のガイドラインに沿って、職場、レストランやバーを含む公共の場における屋内ならびにタクシーを含む公共交通機関での全面禁煙を明示し、罰則のある強制力を伴う法を整備する必要がある。

提言 4. 未成年者喫煙禁止法を遵守し、次世代の国民を守る

次世代の国民をタバコの害から守るために、すでにある未成年者喫煙禁止法(59)を遵守し、違反者(販売者及び営業者)に定められている罰則規程を適用すべきである。なお、法律自体にも不備・不足があるので、以下の諸点について検討する必要がある。①法律に違反した未成年者が所持するタバコおよびその器具を没収する手続きについての法令の整備をする(第2条)。②未成年者の喫煙を知りつつも制止しなかった親権者等は科料に処せられるが、監督者としての学校の責任についても法令の整備をする(第3条)。

さらに文部科学省学習指導要領に基づく喫煙防止教育を徹底させる必要がある。そのためには、①学習指導要領において、小学校低学年から受動喫煙を含むタバコによる健康障害とその予防に関する教育を行うように記載する。②学習指導要領の記載にもかかわらず、学校現場における喫煙防止教育は未だ不十分であると言わざるを得ないが(60)、その根底には保健についての授業の軽視がある。学習指導要領では健康に関する指導は学校の教育活動全体を通じて適切に行うものとされているにすぎないが、国民の健康に害を与える喫煙問題に関しては、これまで以上に学校全体として積極的に取り組む必要がある。③文部科学省は、学校現場においても未成年者喫煙禁止法の遵守と喫煙防止教育実施状況のチェックを厳重に行うことは勿論のこと、学校敷地内禁煙に伴い未成年者の喫煙率が激減しているとの報告もあることより(61)、教師の喫煙率の低減を含めた喫煙防止教育のなお一層の推進を学校現場に求めるべきである。

なお、文部科学省は2003年に各大学等に対して喫煙対策を取るべき旨を通知し、多くの大学・短大等において分煙は進みつつあるが、敷地内禁煙は一部の

施設(全国で約 80 キャンパス)にとどまっている(62)。大学等においては未成年者の占める割合も高く、入学時には低かった喫煙率は上昇し(63)、また大学は将来喫煙防止教育の担い手ともなる教師や保健医療従事者の人材養成の場でもあることより、大学を含めた全ての教育機関の敷地内禁煙の早期実現をはかるべきである。

また、タバコ産業の未成年者喫煙防止キャンペーン(「たばこは 20 歳になってから」など)に対する、内閣府などの後援を中止するべきである。このキャンペーンは、結果的にはタバコ産業を守り、タバコ規制を妨害しているとの報告もある(64)。むしろ、重大な健康被害に関する警告(「たばこを吸うと肺がんになります」、「たばこを吸うとしみやしわが増えて老化が 10 年進みます」など)の方が未成年者の喫煙したくないという気持ちにつながりやすいと報告されている(65)。したがって、タバコ産業は、一種の宣伝活動ともいえる未成年者喫煙防止キャンペーンを中止するべきである。

提言 5. タバコ自動販売機の設置を禁止しタバコ箱の警告文を簡潔かつ目立つようにする

わが国ではタバコの自動販売機が 56 万台以上設置され(66)、誰でもどこでもタバコを買える。これは、約 2,700 万人と推計されている国内の成人喫煙者の 50 人に 1 台、10 代の未成年者 22 人に 1 台の割合である。タバコ自動販売機は国内の街中いたる所に存在し、本来は禁止されるべきタバコの広告塔の役割も果たしている。欧米でタバコ自動販売機の街頭設置が認められているのはドイツのみであり、わが国の現状が国際的には異常であることを認識するべきである。2004 年の「未成年者の喫煙および飲酒行動に関する全国調査」によれば、中・高校生のタバコの入手先のトップは自動販売機である(67)。タバコ業界は年齢識別 IC カードによる成人識別機能付きタバコ自動販売機を開発し 2008 年に全国的稼働が予定されているが、実験的に導入された種子島では成功していない(68)。したがって、姑息な手段を講ずるのではなく、国際的に見て当然の規制であるタバコ自動販売機の設置禁止をなによりも優先するべきである。なお、アジアのタバコ規制先進国であるタイでは、タバコを公衆の目に触れるところに陳列することさえも禁止されている(69)。

消費者がタバコを吸うか吸わないかを自己判断するにあたっては、喫煙に伴うリスクと禁煙のベネフィットに関する正しい情報が的確に伝えられる必要がある。「たばこ規制枠組条約」は、喫煙者が直接手にするタバコ製品の包装表示を媒体として、これらの情報を明確な表現で表示することを求めている。

わが国では、従来「健康のために吸いすぎに注意しましょう」、「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ょう」という文言が表示され、これらは吸いすぎなければ大丈夫という誤ったメッセージを含み、国際的にも最低の表示であるとされていた。2005 年からは具体的な「警告表示」となり、直接喫煙による病気(肺がん、心筋梗塞、脳卒中、肺気腫)に関する 4 種

類の文言を第1グループ、それ以外(妊婦、受動喫煙、依存、未成年者)の4種類を第2グループとして、この2つのグループからそれぞれ1種類以上の文言を選び、1つの製品に計2種類以上の文言を表示することが義務付けられた。しかし、これらは依然としてあいまいな表現の残る小さい文字だけの表示であり、「たばこ規制枠組条約」が求めている「大きく、明瞭で、見やすく、読みやすいもの」にはなっていない。ヨーロッパ連合やカナダを始めとする諸外国の警告表示と比べてインパクトに乏しく、表示面積も包装最大面の30%を占めるに過ぎない。最近、ブラジル、タイ、シンガポールが包装最大面の全面(100%)を使った写真入りの警告表示を実施している(70, 71)。わが国においても、これらの表示例を参考に、写真入りで大きく読みやすく簡潔な表現による実効性の高い警告表示にすべきである。また、「たばこ規制枠組条約」が求めているように、「マイルド」あるいは「ライト」といった一見リスクが低いと惑わせるような商品名の使用を禁止すべきである。

提言 6. タバコ税を大幅に引き上げて、税収を確保したまま、タバコ消費量の減少をはかる

WHO「たばこ規制枠組条約」の中でタバコ価格の十分な引き上げはタバコ規制にとって非常に重要かつ不可欠な施策とされている。たとえば、本条約の締約国に対して、政策実施のための実際的な指針を提供しているWHOの『タバコ規制のための国家能力の構築 ハンドブック』は、第12章「経済措置および資金調達のイニシアチブを探る」において、次のように明確に述べている。①「タバコおよびタバコ製品の価格引き上げは、消費を単独で減らすことのできる最も有効な方法である。紙巻タバコの価格を10%引き上げると、高所得国では5%までの消費の低下になり、低・中所得国では8%の低下につながる」(p. 203)、②「全世界でタバコ税10%の増税による紙巻タバコ価格の引き上げは、実際には税収を平均7%増加させる。……世界中で喫煙者が推定4,200万人減少し、1,000万人の命が救われる」(p. 204) (72)。

経済学の分野でも、過去20年間にアメリカを中心とする多数の実証研究が蓄積され、その結果、先進国においては、タバコ税の増税によるタバコ価格の引き上げが税収の増加をもたらし、喫煙量や喫煙者数を減らす効果を持っていることは共通の認識となっている。すなわち、タバコ需要の価格弾力性(価格が1%上昇したときに需要量が何%変化するかをあらわす数値で、通常はマイナスの値を取る)についてはマイナス0.3からマイナス0.5の間にあること、喫煙率の価格弾力性はマイナス0.1近辺にあるが長期の弾力性はこれの2倍程度と考えられること、そして、未成年者の喫煙率の価格弾力性はこれより数倍以上も高いことなどには、ほとんど異論がないところである(73, 74)。

こうした中、日本政府はこれまでタバコ税の引き上げについて、タバコ消費を減少させるための観点からその必要性を議論することには消極的であった。このため、現在でもわが国のタバコの税負担(消費税を含め一箱につき約189円)

(75) の水準は、同じ喫煙率の高いドイツに比較しても、その半分程度に過ぎず、英国の一箱につき付加価値税を含め約 4.0 ポンド(約 944 円) (76) よりはるかに低い。このような政府のタバコ価格への取り組みのあり方は早急に改める必要がある。現実的な第一段階として、現在のタバコ税を 2 倍に引き上げることを検討するべきである。

この政策がわが国のタバコの消費や喫煙行動等にどのような影響を及ぼすかは、当然わが国の喫煙者の特性に依存する。残念ながら、喫煙行動に関するわが国の実証研究の数は少なく、しかもその質や結果にもかなりのバラつきがあるので、わが国の実証研究の結果だけから、この問題に答えることは難しい。しかし、これまでのわが国の研究で得られた喫煙の価格弾力性や所得弾力性の値は、そのほとんどが欧米の実証研究で得られた弾力性の分布の範囲に収まっている(77)。したがって、今後、わが国の実証研究の蓄積が進めば、わが国のタバコ需要の価格弾力性の推計も現在の欧米のコンセンサス値の周辺に収束してくることが期待される。

こうした状況を考慮すれば、わが国についても、喫煙率やタバコの需要に関する欧米のコンセンサス弾力性の値を使って、タバコ税の大幅増税のシミュレーションを行うことは十分に正当化されよう。今、タバコ需要の価格弾力性をマイナス 0.4、喫煙率の価格弾力性をマイナス 0.1 と仮定して、現在のタバコ税を一箱につき 180 円増税すると、タバコ価格はほぼ 2006 年のドイツなみの水準に達し、税収は約 1.2 兆円増加し、タバコの消費量は 4 分の 1 減少し、喫煙者数は最低でも 200 万人以上減少することが見込まれる。

なお、「たばこ規制枠組条約」第 17 条は、締約国はタバコ関連労働者のために経済的に実行可能な代替活動を促進することとしており、タバコ栽培農家の転作やタバコ小売業者の転業補助への経済的措置を講じる政策を考慮することも脱タバコ社会の実現に向けた施策を進めるために望まれるところである。

提言 7. タバコの直接的・間接的被害より国民を守る立場から、タバコに関する規制を行う

タバコ専売制度の廃止に伴い、1985 年に日本たばこ産業株式会社(JT)が発足し、「たばこ事業法」(46, 47)が施行され、タバコに関する警告表示や広告なども財務大臣の管轄下に置かれることになった。本法第一条は、「この法律は、たばこ専売制度の廃止に伴い、製造たばこに係る租税が財政収入において占める地位等に鑑み、製造たばこの原材料としての国内産の葉たばこの生産及び買入れ並びに製造たばこの製造及び販売の事業等に関し所要の調整を行うことにより、我が国たばこ産業の健全な発展を図り、もって財政収入の安定的確保及び国民経済の健全な発展に資することを目的とする」と書かれており、あくまでもタバコ税を中心とする財政面が強調され、喫煙が引き起こす国民の健康障害問題などには一切触れていない。

しかし、タバコによる健康障害が明らかにされた以上、喫煙はニコチン依存

症であるとの認識に立ち、その予防を含めて、タバコの直接的・間接的被害より国民を守るという立場から、タバコに関する規制が行われるべきである。そのためには、現在、「たばこ事業法」の枠内において、もっぱら販売のための広告に際しての注意表示義務等に留まっているタバコに関する規制のあり方について、抜本的な見直しを行うことが必要である。

平成 18 年度から新設されたニコチン依存症管理料による禁煙治療は、指導終了後 3 カ月後、6 カ月後も禁煙継続しているものが約 30%と成果を挙げている(56)。したがって、今後も質を担保しつつ量的拡大をはかり、さらに多くの喫煙者が容易に禁煙治療を受けることができるようにするとともに、地域や職域で広く実施されている健診・検診の場においても、禁煙支援を受けることができるようにするなど、禁煙治療・禁煙支援の体制を整備する必要がある。そのためにも、GDP 比では極めて低いレベルにあるタバコ対策推進費をタバコ規制先進国なみに増額すべきである。

たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約第8条を履行するための ガイドライン

受動喫煙が肺がんや心筋梗塞、小児の中耳炎、気管支炎・肺炎や喘息の悪化、乳幼児突然死症候群などの原因となることには、十分な科学的証拠がある。このため、職場・公共の場所での喫煙の禁止を推進することは、公衆衛生の立場から当然である。他人の健康を害してまで喫煙する権利を喫煙者に認めることはできないからである。たばこ規制枠組み条約の第8条（たばこの煙にさらされることからの保護）では、以下のように規定している。

1 締約国は、たばこの煙にさらされることが死亡、疾病及び障害を引き起こすことが科学的証拠により明白に証明されていることを認識する。

2 締約国は、屋内の職場、公共の輸送機関、屋内の公共の場所及び適当な場合には他の公共の場所におけるたばこの煙にさらされることからの保護を定める効果的な立法上、執行上、行政上又は他の措置を国内法によって決定された既存の国の権限の範囲内で採択し及び実施し、並びに権限のある他の当局による当該措置の採択及び実施を積極的に促進する。

2007年6月30日から7月6日までバンコクで開催されたたばこ規制枠組み条約第2回締約国会議において、たばこ規制枠組み条約第8条履行のためのガイドラインが日本を含め全会一致で採択された。このガイドラインは、締約国に対し、屋内施設の100%完全禁煙を実現するための法的規制をとることを求めている。このガイドラインの基本要素は以下の通りである。

- 1：第8条は基本的な人権に基づくものであることを承認すべきこと
- 2：自主規制ではなく、法的な規制であるべきこと
- 3：全ての人々を対象とするべきこと
- 4：100%全面禁煙の環境とするべきこと
- 5：包括的に適用するべきこと
- 6：法律の起草は注意しておこなうべきこと
- 7：公衆を啓発し、参加させるべきこと
- 8：市民団体を関与させるべきこと
- 9：法律の遵守をさせる責任部署とその責務を特定するべきこと
- 10：適切な罰則を設けるべきこと
- 11：効果的な執行の基盤を構築するべきこと
- 12：執行は戦略的におこなうべきこと
- 13：法律の「将来における変化の可能性」を示すべきこと
- 14：モニタリングと評価をおこなうべきこと

出典：<http://www.nosmoke-med.org/PDF/fctc8.pdf>、
http://www.fctc.org/x/documents/WHO_COP2/FCTC_COP2_7-en.pdf

屋内禁煙法による心筋梗塞の減少

1. Glantz SA. Meta-analysis of the effects of smokefree laws on acute myocardial infarction: An update. *Preventive Medicine*. doi:10.2016/i.ypped.2008.06.007

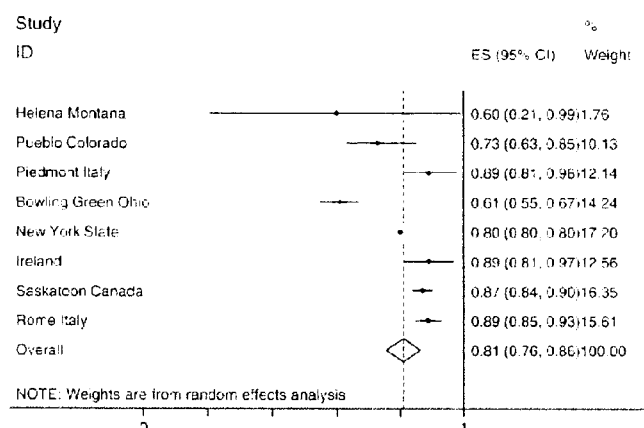


Fig. 1. Summary of studies of the effects of smokefree laws on acute myocardial infarction in Helena, Montana (Sargent et al., 2004), Pueblo, Colorado (Bartocci et al., 2005), Piedmont, Italy (Barone Adesi et al., 2006), Bowling Green, Ohio (Khuder et al., 2007), New York State (Juter et al., 2007), Ireland (Cronin et al., 2007), Saskatoon, Canada (Lemstra, Neufort and Opondo 2008), and Rome, Italy (Cesaroni et al., 2008).

2. Pell JP et al. Smoke-free legislation and hospitalizations for acute coronary syndrome. *N Engl J Med* 2008;359:482-91

スコットランドでは2006年3月31日より全面禁煙法が施行された。同地区510万人の人口のうち、300万人の医療を担当する9病院で、季節を6月～3月に統一した10ヶ月間で、ICD-10コード：I21による入院患者を対象として漏れのない調査を、プロスペクティブに、喫煙歴を確認しながら、受動喫煙の状態を問診と血中・尿中コチニンの生体試料で確認し、全面禁煙法の前後の急性冠症候群（Acute Coronary Syndrome.: ACS）の入院患者数の比較分析が行われた。

全面禁煙法施行前の10ヶ月間（2005年6月～翌年3月）のACSによる入院患者数3235人は、施行後の10ヶ月間（2006年6月～翌年3月）には2684人では2684人で17%の減少が観察された。

喫煙の有無による入院減少率は、喫煙者で14%減（1176→1016＝160人）、元喫煙者で19%減（953→769＝184人）、非喫煙者で21%減（677→537＝140人）であった。

現喫煙者におけるACS減少率の比較では、女性喫煙者は19%減で男性喫煙者の11%減よりも大きく、元+非喫煙者でも同様に女性の23%減は、男性の元+非喫煙者の18%減よりも大きかった。年齢層による検討では、中年（男性55歳以下、女性65歳以下）の現喫煙者の9%減に対し、高齢者は18%減少。中年の元+非喫煙者の8%減少に対して、高齢者は22%減少していた。

米国各州の屋内施設における喫煙の法的規制、施設別

(2008 年第 1 四半期)

Office on Smoking and Health State, Tobacco Activities Tracking and Evaluation (STATE) System, Legislation-Smokefree Indoor Air-All sites)

	Banned 100% Smokefree	Separate Ventilated Areas	Designated Areas	Total Number of States with Any Restriction	No Restrictions
Bars	15* (0, 0, 6)	2	5	22	29
Commercial Day Care Centers	35*† (19, 22, 29)	1	4	40	11
Enclosed Arenas	24* (2, 2, 11)	3	12	39	12
Government Worksites	29* (8, 11, 17)	6	13	48	3
Grocery Stores	26* (6, 6, 12)	3	13	42	9
Home-based Day Care Centers	34*† (11, 12, 23)	1	3	38	13
Hospitals	25* (5, 5, 14)	4	17	46	5
Hotels and Motels	7 (0, 0, 1)	1	21	29	22*
Malls	22* (1, 1, 9)	4	6	32	19
Prisons	6 (0, 2, 4)	2	3	11	40*
Private Worksites	24* (0, 0, 9)	3	12	38	12
Public Transportation	33* (15, 16, 22)	3	10	46	5
Restaurants	24* (1, 1, 10)	3	15	42	9

Banned 100% Smokefree の ()内の 3つの数値は、1995 年、2000 年、2005 年の各第 4 四半期におけるものである。

* Includes Washington, DC

† Includes 12 states where smoking is banned when children are on premises for Commercial Day Care centers and 24 states for those of Home-based Day Care Centers.