

喫煙率低下に向けて我々医療職がすべきこと

(答 申)

平成29年3月

東京都医師会タバコ対策委員会

## タバコ対策委員会委員

	氏名	所属
委員長	村松 弘康	(日本橋医師会)
副委員長	坂井 典孝	(中野区医師会)
	荒井 敏	(調布市医師会)
委員	馬場 繁二	(港区医師会)
	池上 晴彦	(玉川医師会)
	島田 和典	(順天堂大学医師会)
	野村 英樹	(金沢大学総合診療科診療科長)
	岡本 光樹	(岡本総合法律事務所 弁護士)
	高野 直久	(日本歯科医師会 常務理事)
	龍岡 健一	(東京都薬剤師会 理事)
	大橋 純江	(東京都看護協会 常務理事)
	久 紀子	(東京都足立区寺地小学校 養護教諭)
	鳥居 明	(東京都医師会 理事)
	天木 聡	(東京都医師会 理事)
アドバイザー	作田 学	(日本禁煙学会 理事長)
	望月 友美子	(日本対がん協会 参事)
担当理事	蓮沼 剛	

# 目 次

はじめに

【総論】喫煙率低下に向けて、我々医療職がすべきこと

- I. 先進国の喫煙率10～15%に向けて今我々がなすべき事…………… 1
- II. 医療職をはじめとする多職種連携・協働の必要性  
～第10回日本禁煙学会学術総会での協働～…………… 4

【各論】医療・教育関係団体の取り組みと連携について

I. 第10回日本禁煙学会学術総会での合同シンポジウム開催について

- 1. 東京都医師会「各医療関係団体（四師会）の取り組みと連携について」  
…………… 8
- 2. 東京都歯科医師会「歯科からの禁煙支援 ―歯科医師会の取組―」  
…………… 13
- 3. 東京都薬剤師会「タバコのない社会を目指して～薬剤師会の取り組み～」  
…………… 17
- 4. 東京都看護協会「東京都看護協会におけるタバコ対策の取り組みについて～  
2013年看護職の喫煙率は7.9%～」…………… 21

II. さらなる連携への取り組み（市民や行政との連携・問題意識共有）

- 1. 教育現場での取り組み…………… 24
- 2. 地域医師会での取り組み（地域住民・商店街・行政との協働など）
  - (1) 港区医師会…………… 27
  - (2) 玉川医師会…………… 28
  - (3) 調布市医師会…………… 38

III. その他（行政への働きかけ、タバコ販売促進への対抗策）

- 1. 立法・行政・司法、および社会に向けたアプローチ…………… 41
- 2. 東京オリンピックに向けた受動喫煙防止法制定の必要性  
「受動喫煙防止法制定の必要性：循環器疾患における最近の知見から」  
…………… 42
- 3. 子供が同乗する車内での受動喫煙防止への法整備…………… 44
- 4. 新型タバコの問題点と比較検…………… 54
- 5. ニコチンの依存性と毒性に関する科学的知見のまとめ…………… 57
- 6. タバコ産業の情報戦に打ち勝つには、  
プレーンパッケージを日本で実現するために…………… 65

## はじめに

平成25年（2013）10月3日に、尾崎治夫会長からいただいた諮問内容は、「喫煙率低下に向けて、我々医療職がすべきこと」であった。

当委員会では、月1回の委員会ならびに委員間でのメールを通じて、1年半に渡って検討を重ねてきた結果、以下のとおり答申をまとめたので報告する。

東京オリンピック・パラリンピックが2020年に開催されることになったことを受けて、国際オリンピック委員会（IOC）と世界保健機関（WHO）の協定に基づき、東京に受動喫煙防止条例を制定しなければならないことになった。

また、東京オリンピックの会場は、競技によって千葉、埼玉、神奈川、静岡などの近県に分散する予定であり、特にサッカーは全国各地で開催されることが決定しているため、東京都だけの条例ではなく、国としての法律として制定されることが求められている。

東京都医師会は、オリンピックに向けて東京都歯科医師会、東京都薬剤師会ならびに東京都看護協会とも連携を取りながら、積極的に東京都に対して受動喫煙防止対策に関して、正しい情報提供をしたいと考えている。

受動喫煙対策の必要性もさることながら、日本では喫煙の有害性に関しても、まだまだ国民の理解が不十分であり、喫煙率低下に向けた取り組みの必要性が今後さらに増してくるものと思われる。

東京都医師会としても、喫煙率低下に向けた取り組みを加速させ、禁煙支援のみならず、若者への喫煙防止教育にも、学校の先生方との連携を深めながら、さらなるアプローチを実施して行く予定である。

平成29年3月31日

東京都医師会タバコ対策委員会  
委員長 村松 弘康

## 【総論】喫煙率低下に向けて、我々医療職がすべきこと

### I. 先進国の喫煙率10~15%に向けて今我々がなすべき事

アドバイザー 作田 学

- 20%       いま我々がいるところ
- 10~15%  先進諸国の喫煙率
- 10%       諸外国の大麻の喫煙率：厳しい法制がなければこれが限界
- 5%        禁煙推進勢力が究極の目標とするところ

1. あらゆるチャンネルを通じてGlobal scienceを伝える（テレビ、ラジオ、新聞、講習会、パンフレット）事が大切である。

JTの反宣伝に医学部や他学部の[教授]を使っているが、臨床の教授はいない。我々が喫煙科学研究財団を把握しているので、誰も使えなくなっている。

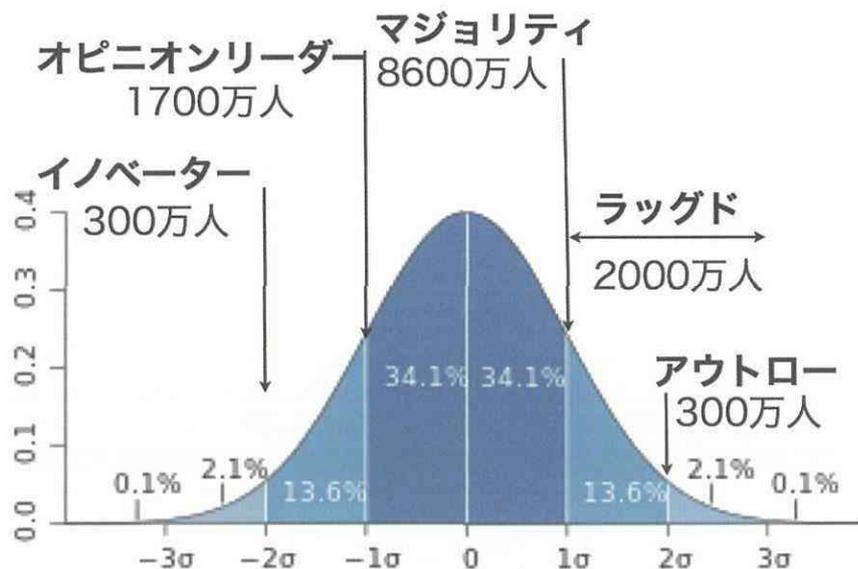
2. タバコに手を出させない（大学、短大などの禁煙を進める）教育。小中高校への出前教育を現在行っているが、これをさらに進める。

タバコに手を染めるのは大学などで多いが、構内禁煙の大学が増えている。

3. 現喫煙者の構造・性格を知り、対策を。

会社などでの禁煙講演、禁煙運動も大切である。

現在タバコを吸っているのは、late majorityの一部と、raggedと言われる層であり、比較的経済的に貧しく、教育程度が低く、理解力が乏しい。



4. 外来・病棟での禁煙勧奨。禁煙外来、薬局での禁煙推進（認知行動療法）。あらゆる機会を捉え、禁煙勧奨あるいは禁煙治療をおこなう。また、職種ごとの禁煙推進を考えることも大切である。さらに、求められれば会社などに行き、禁煙講習をおこなうべきである。
5. オリンピックを機に世界水準のタバコ規制・受動喫煙防止を。オリンピックを機に、東京に世界水準の受動喫煙防止条例をめざす。次に、そこから全国へ拡げて行く。JTの主張に対して科学に基づく反論をおこなう。
6. 禁煙をして、恨む人は一人もいない。禁煙ができて、恨む人は一人たりともいない。家族も感謝する。この運動のもっとも良いところである。

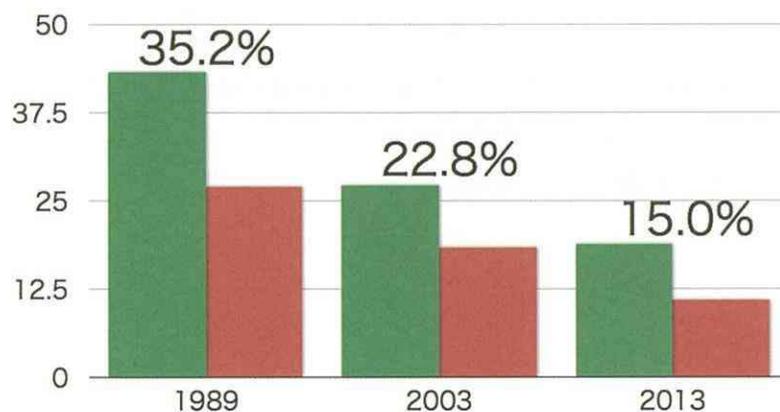
ブラジルでは画像による健康警告、タバコの値上げによって、25歳未満の教育水準の低い層を先頭に、全体に喫煙率を低下させる事に成功している。

1989年に国民全体で35.2% 男性40%の喫煙率が、2003年には国民全体で22.8% 男性で26%、2013年には国民全体で15.0% 男性18%、さらに2016年には国民全体で10.4%にまで低下させた。

Tobacco control doi, 10.1136

## ブラジルでの成功

■ 男性 ■ 女性 2008-2013



画像による健康警告、タバコの値上げによって、25歳未満の教育水準の低い層など全体に低下した。

教育水準の低い層だからといって、あきらめることはまったく無い。彼らこそ、画像による健康警告やタバコパッケージの値上げにもっとも良く反応するということが見事に証明されている。

我々も、ブラジルの成功に学び、財務省への訴えを強めていくべきである。また、パッケージには無理であっても、ポスターを積極的に使い、彼らの眼に止まるようにする。できれば、すべての喫煙所にブラジルの画像を貼りだしたく思う。

## タバコの健康警告表示と値段を上げるだけで、 教育水準の低い層も救われる



拘置者：2013年警察庁発表。全国の拘置者16000人のうち、61%が喫煙者。

生保受給者：富田ら、禁煙会誌2016

年収と喫煙率：厚生労働省2011年報告。

## II. 医療職をはじめとする多職種連携・協働の必要性

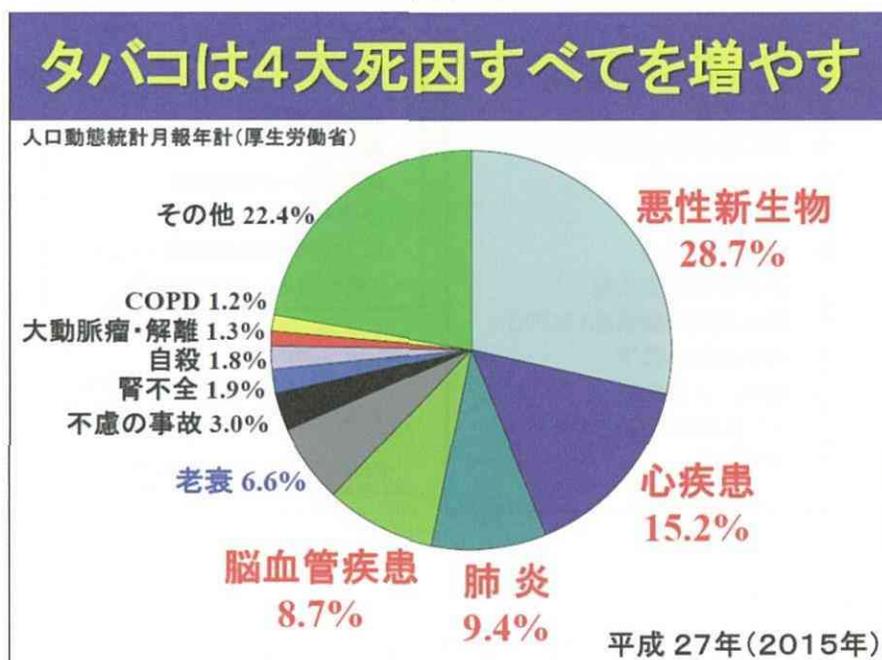
委員長 村松 弘康

### 1. タバコ対策の必要性

我が国の死因の第一位は「がん」であり、死因の約3割を占める（図表1）。

がん治療には膨大な医療費がかかり、医療経済の破綻を来たしかねない事態となつてきている。国民皆保険制度を守るためにも、国民病とも言えるがんへの対策は、日本にとって最重要課題の一つとなった。

（図表1）



平成19年4月に「がん対策基本法」が施行され、同年6月に「がん対策推進基本計画」が策定された。5年後の平成24年6月に、基本計画の見直しが実施され、国の施策として初めて喫煙率の具体的目標値が定められた。

平成22年の喫煙率が19.5%であり、そのうちの37.6%がタバコをやめたいと答えていたことから、タバコをやめたい人たちが、すべて禁煙を達成した場合を想定し、「喫煙率12%を平成34年までに達成する」とされたのである。

平成28年11月4日に厚生労働省が発表した国民健康・栄養調査では、現在の日本人の喫煙率は18.2%であり、このままでは平成34年までに目標である喫煙率12%を達成することは難しい見通しとなってきている。やめたい人たちが禁煙できずにいる状況が浮き彫りになったわけであり、さらなるタバコ対策の必要性が再確認されたところである。

また、平成28年9月2日に厚生労働省「喫煙の健康影響に関する検討会」の報告書（通称タバコ白書）が15年ぶりに改訂され公開された。今回、国内外の論文1600件ほどが

解析された結果、現在22種類の病気や病態と、喫煙の因果関係が「確実」とされた。同時に、6つの病気・病態と受動喫煙の関係も「確実」とされ、その中には「乳幼児突然死症候群」も含まれている（図表2）。

喫煙者のみでなく、受動喫煙により周囲の子供たちまでもが、様々な疾患の犠牲となっていること、さらに医療経済への負担を増すことなどを考えると、医療従事者として確固たるタバコ対策が必要であることを再認識させられる。

（図表2）

<b>タバコとの関連が確実な疾病や病態</b>	
＜喫煙との関係が「確実」なもの＞	＜受動喫煙との関係が「確実」＞
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ がん(10カ所のがんで「確実」)*</li> <li>・ がん死亡</li> <li>・ がん患者の2次がん罹患</li> <li>・ 虚血性心疾患</li> <li>・ 脳卒中</li> <li>・ 腹部大動脈瘤</li> <li>・ 末梢の動脈硬化症</li> <li>・ 慢性閉塞性肺疾患(COPD)</li> <li>・ 呼吸機能の低下</li> <li>・ 結核による死亡</li> <li>・ 2型糖尿病の発症</li> <li>・ 歯周病</li> <li>・ ニコチン依存症</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 肺がん</li> <li>・ 虚血性心疾患</li> <li>・ 脳卒中</li> <li>・ 臭気・鼻への刺激感</li> <li>・ 小児喘息</li> <li>・ 乳幼児突然死症候群(SIDS) (受動喫煙、妊婦の喫煙)</li> </ul>
	<p style="text-align: center;">がん(10カ所)*</p> <p style="text-align: center;">肺、口腔・咽頭、喉頭、鼻腔・副鼻腔、 食道、胃、肝臓、膵臓、膀胱、子宮頸</p>
	<p style="text-align: center;">厚生労働省「たばこ白書」平成28年8月31日 喫煙と健康(喫煙の健康影響に関する検討会報告書) <a href="http://www.mhw.go.jp/stt/shingiro/other-kenkou.html?tid=313655">http://www.mhw.go.jp/stt/shingiro/other-kenkou.html?tid=313655</a></p>

## 2. 多職種連携の必要性

喫煙習慣の本質はニコチン依存症であり、本人の意志だけで長期間の禁煙を持続できる喫煙者は、ごくわずかであることが明らかになっている。すなわち、あと5年で喫煙率12%を達成するためには、禁煙を希望する喫煙者に対して、医師だけでなく各医療従事者が、しっかりとした禁煙治療・指導を提供できる知識やスキルを身につけておくことが極めて重要となる。

喫煙や受動喫煙の有害性が、ここまで明らかになっているにもかかわらず、いまだに禁煙や受動喫煙防止に対して積極的に取り組もうとしない医療従事者が多いことも、実は喫煙率が低下しない大きな要因となっている。東京都医師会では、この状況を極めて深刻な事態と考えており、タバコ対策委員会を設置して、多職種連携・意識共有の場として活動している。

喫煙者に対して、正しい禁煙治療・指導ができるスタッフを育成するために、多職種で意識共有をしながら連携を深めて行く必要がある。

### 3. 多職種協働の必要性

医療従事者を含め、多くの国民がタバコ対策の必要性を過小評価してしまう原因として、タバコ産業側のメディアや行政への影響力の強さが挙げられる。喫煙や受動喫煙の有害性が、マスコミなどのメディアを通じて、しっかり国民に情報開示されておらず、いまだに「タバコは嗜好品」「喫煙する権利」などとタバコ産業側と同様の言葉を口にする医療従事者が多数いるのが現実である。

また、タバコ対策を推進すべき行政側が、タバコ産業との利益相反を持つことから、日本ではタバコ対策がまったく進まないという現実がある。日本は日本たばこ産業（JT）が、かつて専売公社としてタバコ販売を行ってきた歴史があり、現在も株式の30%以上を国（財務省）が保有している国有会社であるために、タバコ税や株主配当金を得る国から保護されてしまっている。

専売公社がJTとして民営化されるにあたって、昭和59年8月10日に制定された「たばこ事業法」（昭和59年法律第68号）の中では、第一章の第一条にて「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」とされ、この記載はタバコの有害性がここまで解明された現在でも訂正されていない。

さらに、国際社会の中でもタバコ規制は常識となり、WHOが定めている国際条約「タバコ規制枠組条約」には、日本を含めて世界180カ国が批准しているが、日本では同条約に沿ったタバコ規制を何ら実施していない（図表3）。

（図表3）



このような現状を変えて行くためには、医療従事者である我々が、一致団結して現状を打破して行くための協働をして行く必要がある。今回、この第一歩として、平成28年10月29日30日に東京で開催された第10回日本禁煙学会学術総会（大会長は東京都医師会の尾崎治夫会長）にて、合同シンポジウムを実施することができた。

医師会、歯科医師会、薬剤師会だけでなく、教育現場から養護教諭の先生にも加わって頂き、タバコ対策に対する協働姿勢を示したことは、内外に向けてひとつのモデルケースを提示できたものとする。今期の東京都医師会タバコ対策委員会にとって大きな収穫となった本経験を生かし、今後もさらなる協働体制を確立したい。各団体の先生方のご理解とご支援に心から感謝したい。

## 【各論】Ⅰ. 第10回日本禁煙学会学術総会での合同シンポジウム開催について

### 1. 東京都医師会「各医療関係団体（四師会）の取り組みと連携について」

副委員長 坂井 典孝

東京都医師会では平成23年にタバコ対策委員会を設置、禁煙推進のための行動指針を記した禁煙宣言の発表<参考資料1>、タバコQ&Aの作成、学校医用防煙教育スライド作成、タバコ対策に関する各地区医師会での委員会設置の推進などの活動をはじめ、受動喫煙防止条例制定に向けた活動ならびに都民への啓発活動を行ってきた。こうした中、受動喫煙防止に関する条例制定や都民への啓発を推し進める上では、医療関係団体が一丸となって行動することが大変重要であるとの認識にたち、平成25年からは委員会に東京都歯科医師会、東京都薬剤師会、東京都看護協会代表者がオブザーバーとして、平成27年からは委員会メンバーとして参加、積極的な意見交換や情報共有等を行ってきた。また、児童生徒への喫煙防止教育<以下防煙教育と呼称>の重要性を鑑み、学校教育現場で活動している養護教諭にも新たなメンバーとして参加していただいている。

こうした状況のもと喫煙率低下に向けて、医師（医師会）としてなすべきことはまさに前述した禁煙推進のための行動指針に要約されており、その実践に向けては全地区医師会にタバコ対策に関する委員会を設置することが必須と考えられる。特に喫煙者の禁煙への動機付けの場として、禁煙推進のための行動指針4.にも掲げたように禁煙外来設置医療機関を増やすことは重要で、そのためにも地区医師会の果たす役割は大きいと考えられる。これまでも会長協議会や諸々の医師会関連行事に際し、各地区医師会役員へ設置の呼びかけを行い、着実に委員会設置の医師会は増えてきており、また、各地区医師会でも各種医療関係団体や行政と協働でタバコ対策関連の行事を行う医師会も出てきているのが現状である。しかしながら、喫煙率低下に向けて即効性のある受動喫煙防止条例制定に関しては、その最大の機会である2020年（平成32年）東京オリンピック・パラリンピックの開催は間近に迫ってきており、早急に委員会設置数を増やすことが喫煙の課題ともいえる。そのためには、例えば医師会が中心となって他医療関係団体、行政、市民と連帯して活動を開始している調布市医師会のような地区医師会の具体的な取り組みを、都医ニュースで大々的に取り上げたり、都医ホームページで目立つように掲載したりするなど、委員会未設置地区医師会にさらに積極的にアピールしていくことも重要であると思われる。また、今一度地区医師会を通じて医師会会員にタバコに関するアンケート調査を行うなど、地区医師会を巻き込んだ協働行動を行うことも委員会設置の動機付けになる可能性があり、大切であると考えられる。

一方、禁煙推進のための行動指針6.に掲げたように、他の医療関係団体との協働行動は大変重要であり、今回その一環として平成28年10月30日、第10回日本禁煙学会学

術総会において特別企画II“タバコのない社会を目指して”と題した多職種合同シンポジウムを開催した。最初に医師会として“多職種連携を基盤にしたタバコのない社会を目指す医師会の取り組みについて”という題で、これまでの本委員会の活動内容の紹介や現状の活動報告、次いで医療関係団体を中心とした多職種連携構築に向けた活動の現況や今後の活動の方向性等に関して発表したく内容のスライドの一部を参考資料2に掲載。歯科医師会、薬剤師会、看護協会、養護関係者の順で発表（内容は本答申の各項で後述）の後、尾崎会長の司会のもと時間制約がある中、各団体の喫煙状況や活動状況の確認や協働行動の可能性などを含め諸々の活発な討論が行われ、今後の各団体の連携強化にも大いに役立つものとなった。

ところで、本委員会活動等を通して都レベルでの他の医療関係団体との横の連携は構築できつつあるが、さらに強固なものにしていくためには、各々の団体の活動内容を相互に紹介し、他団体の会員にも周知できるようなシステム作りを行うことも必要と考えられる。さらに、今後は医療関係団体が各々の下部地区団体との縦の関係をしっかりと構築していく必要性があり、そのためには都の各医療関係団体が相互に協力して手助けしていくことも重要であると思われる。世界禁煙デーに因んだ一般の方向けの協同行事等を定期的に行っていくことも一例として挙げられる。また、各医療関係団体の連携が強化することは、例えば喫煙者の歯周病患者さんを診察した歯科医からの禁煙外来紹介や、薬剤師による処方薬局での喫煙者チェックからの禁煙外来への紹介、あるいは患者さんに接する機会の多い現場看護師からの禁煙外来受診の勧めなど、喫煙率低下への波及的効果も期待される。

さて、喫煙率低下に向けては学校現場での防煙教育は非常に重要で、将来の喫煙者を生み出さないことが喫煙率低下への直接効果になるばかりでなく、現喫煙者の親の禁煙に繋がる可能性もある。現時点で養護教諭を中心とした学校関係者と学校医との連携のもと防煙教育が上手く実践されているかということに関しては、まだまだ不十分と言わざるを得ない現状があり、今後は小児科医会や学校医会とも情報共有を行いながら、医師会が率先して学校医の啓蒙を推し進め、さらには学校歯科医、学校薬剤師とも連携し、教育委員会も含めた学校関係者への働きかけも強化しながら防煙教育を推し進めていく必要性があり、この際、以前作成した防煙教育用スライドの活用等も有用なツールであろうと考えられる。

最後に、新型タバコ推進への方針転換新たな施策を打ち出しているタバコ関連産業に対し、喫煙率低下に向け、我々医師（医師会）としても柔軟かつ早急に対処すべく禁煙学会等の医療系専門学会との連携をさらに強化し、自らの啓蒙に努め、今まで以上に迅速な対応が求められていると思われる。

＜禁煙推進のための行動指針＞

1. 東京都医師会会員は医師としての自覚を持って、禁煙を推進し、最終的に医師および医療スタッフの禁煙率ゼロを目指す。
2. 医師会館はすべて敷地内完全禁煙とし、東京都医師会会員の施設も敷地内完全禁煙を目指す。また出入りする人々にも積極的に禁煙を勧奨する。
3. 患者さんが受診する際には、問診内容に必ず喫煙に関する項目を加え、禁煙を希望する方には、適切な治療を施すかあるいは治療施設を紹介する。
4. 地区医師会と協力して、保険で治療を受けられる禁煙外来施設を増やす。
5. 禁煙教育や受動喫煙防止のために、社会に向けて正しい知識の啓発や広報活動を行う。
6. 地区医師会、道府県医師会や医療団体および禁煙推進団体と連携し、「タバコによる健康被害のない社会」を実現するよう努力する。
7. 小中高生に対しては、学校医を通じてさらなる禁煙啓発を、大学生に対しては、キャンパス内での禁煙活動を積極的に広めていく。
8. 若年者や女性の喫煙防止のため、禁煙外来の保険適応拡大等、効果的施策の実施を求めていく。

第10回禁煙学会学術総会特別企画Ⅱ

多職種合同シンポジウム  
～タバコのない社会を目指して～

多職種連携を基盤にしたタバコのない  
社会を目指す医師会の取り組みについて

2016年10月30日  
東京都タバコ対策委員会副委員長  
坂井典孝



東京都タバコ対策委員会の歩み

第1期（平成23年・24年度）  
第2期（平成25年・26年度）  
第3期（平成27年・28年度＜現在＞）

各委員会への諮問内容

第1期：受動喫煙防止条例制定を視野に入れた東京都の総合的なタバコ対策の実施  
第2期：受動喫煙防止条例制定に向けた医療関係団体の取り組み及び都民への啓発  
第3期：喫煙率低下に向けて、我々医療職がなすべきこと

東京都タバコ対策委員会の活動(1)

- 平成23年タバコ対策委員会設置

“受動喫煙防止条例制定を視野に入れた東京都の総合的なタバコ対策の実施”

東京都タバコ対策委員会の活動(1)

タバコQ&Aの作成

タバコ Q&A



タバコ問題の真実を科学的データに基づいて明らかにします。

東京都医師会 タバコ対策委員会

東京都タバコ対策委員会の活動(2)

～受動喫煙防止条例制定に向けた医療関係団体の取り組みおよび都民への啓発～

- 医療関係団体を中心とした多職種連携の構築
- 地区医師会でのタバコ対策に関する委員会の設置の推進
- 都民への啓発を行うにあたって、都内各施設での受動喫煙の現状調査と分析

東京都タバコ対策委員会の活動(2)

～受動喫煙防止条例制定に向けた医療関係団体の取り組みおよび都民への啓発～

＜東京オリンピック・パラリンピック開催決定＞

1) 他の医療関係団体との連携強化の一環として、タバコ対策委員会に参加、情報共有や意見交換する中で、共同行動をとりやすい環境整備

2) 地区医師会でのタバコに関する委員会設置等のさらなる推進

3) 都民への啓発の一環としてアンケート形式で受動喫煙の現状調査を実施

＜医療施設(病院等)、公共施設(区市庁舎等)、教育施設(大学等)、ホテル・飲食店等＞

### 東京都タバコ対策委員会の活動<現在>(3)

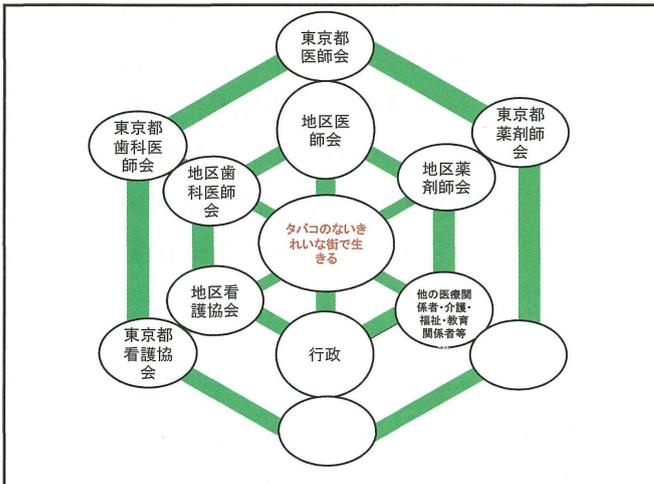
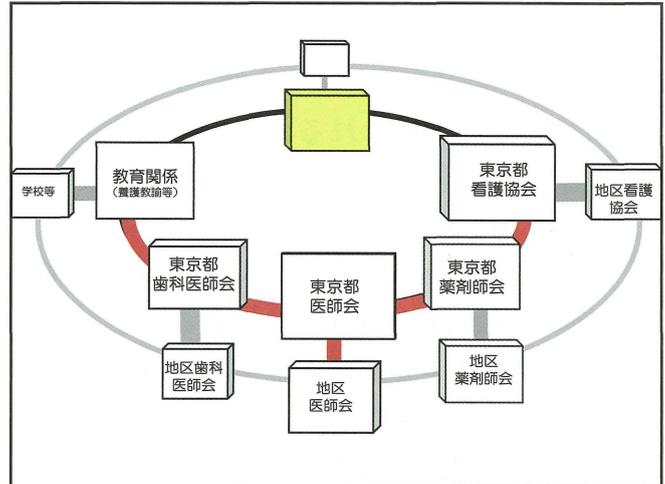
～喫煙率低下に向けて、我々医療職がなすべきこと～

#### ①医療関連団体とのさらなる連携構築

オリンピック・パラリンピックを契機に  
スモークフリー化へ向けた連携行動

#### ②禁煙教育

子供たちへの禁煙教育の重要性から、養護教諭の先生にもアドバイザーとして加わっていただき、学校現場の実情のより詳細な把握並びにさらなる具体的施策の検討



## 2. 東京都歯科医師会 「歯科からの禁煙支援 ー歯科医師会の取組ー」

委員 高野 直久

2020年に行われるオリンピック・パラリンピック東京大会に向けて、今日において様々な動きが行われ、競技施設や交通手段などの議論もある。近年行われているすべての開催都市においては、少なくとも「たばこフリー」の環境整備が求められている。開催国となる日本においても厚生労働省を中心に受動喫煙防止の立場から屋内禁煙が検討されている状況である。

平成14年より東京都歯科医師会においては、東京都8020運動推進特別事業禁煙支援プログラム研修会として、東京都医師会の協力の下に作成した禁煙支援プログラムに則り研修会を開催している。

平成18年には禁煙支援プログラム研修会以外にも、東京都8020運動推進特別事業禁煙支援フォーラムを開催している。来賓挨拶には、社団法人東京都医師会代議員会議長 柳内 嘉先生、趣旨説明には、社団法人東京都歯科医師会理事 高野 直久、基調講演「一般臨床における禁煙支援」東京衛生病院名誉院長 林 高春先生をお迎えして開催した。フォーラムのテーマとしては「かかりつけ歯科医から見た禁煙支援と医科との連携について」であり、パネリスト講演として、①「喫煙と歯周病」慶應義塾大学医学部歯科口腔外科学教室教授 中川 種昭先生、②「かかりつけ歯科医の禁煙支援」花島歯科医院 花島 直樹先生、③「医科からみる禁煙支援」社団法人東京都医師会理事 今村 聡先生、④「東京都のたばこ対策について」東京都福祉保健局保健政策部健康推進課長 福内恵子先生 以上4名にて行われた。

平成19年には、禁煙支援都民向け講演会を、『ご存知ですか？タバコとお口の健康』というテーマで、フジテレビアナウンサー 藤村 さおり氏の司会にて開催している。講演は2題として、講演Ⅰ「禁煙に挑戦してみませんか？」東京衛生病院名誉院長 林高春先生、講演Ⅱ「診療室における禁煙支援の実際」森岡歯科医院 森岡 俊介先生にて行われた。このほかパネルディスカッションとして、2名の講師の他、東京都医師会理事 近藤太郎先生、東京都歯科医師会理事 高野直久、成人保健医療常任委員会委員長 石塚哲也先生、東京都歯科衛生士会理事 大金伸子先生および禁煙成功者 町田政弘氏を迎えて行われた。



H18 運動推進特別事業禁煙支援フォーラム

H19 禁煙支援都民向け講演会

平成20年から平成22年まで、研修会を年2回のペースで開催している。平成23年には、「禁煙支援プログラム」を実施する歯科医療機関は約500を数えたので、その集大成として、医療関係者向けの禁煙支援フォーラムを「現状とこれからの禁煙支援事業について」のテーマのもと、都民に対する歯科からの禁煙支援を国内外での禁煙支援の現状や問題点等をふまえた視点にて3月17日に開催を予定しておりましたが、大地震のため開催を中止となりましたが、平成24年には、「禁煙支援フォーラム」を開催している。基調講演としては3題で、①「喫煙が健康に及ぼす影響～医科の立場から～」 ユビキタスクリニック龍ヶ崎 内田 義之先生、②「歯科医師会での禁煙事業の動向」日本大学歯学部医療人間科学教室教授 尾崎 哲則先生、③「歯科開業医禁煙支援の実際～やってみよう禁煙支援～」花島歯科医院 花島 直樹先生、にて行われた。さらに、パネルディスカッション（基調講演講師3名を交えて）成人保健医療常任委員会委員長高田 靖座長のもとに、日本歯科大学生命歯学部歯周病学講座教授 沼部 幸博先生と日本歯科大学生命歯学部衛生学講座准教授 福田 雅臣先生にて行われた。

平成24年から26年にかけては、かかりつけ歯科医禁煙支援プログラム研修会として、年2回のペースで開催している。



H24 禁煙支援フォーラム

H26 禁煙支援フォーラム

平成27年には、「禁煙支援フォーラム」として成人保健医療常任委員会委員長 高田 靖先生のもと、基調講演を2題として、①「歯科の立場からの禁煙支援」日本歯科大学生命歯学部衛生学講座教授 福田 雅臣先生、②「喫煙が健康に及ぼす影響及び東京都におけるこれからの禁煙政策について」東京都医師会タバコ対策委員会副委員長 村松 弘康先生にて行われた。さらに、パネルディスカッションを基調講演2名の講師含めて成人保健医療常任委員会副委員長 山根 秀樹座長のもと、さんくりにつく内田 義之先生、ならびに花島歯科医院 花島 直樹先生を迎えて行われている。

平成28年には、「平成27年度禁煙支援フォーラム」を講演を2題として、①「歯科の立場からの禁煙支援」板橋区歯科医師会理事 花島 直樹先生、②「喫煙・受動喫煙による健康被害～求められる屋内禁煙化～」東京都医師会タバコ対策委員会委員長 村松 弘康先生にて行われた。さらに、パネルディスカッションを成人保健医療常任委員会委員日本歯科大学生命歯学部衛生学講座教授 福田 雅臣先生のもと、板橋区

歯科医師会理事 花島 直樹先生、東京都医師会タバコ対策委員会委員長 村松 弘康先生、住友商事(株)歯科診療所歯科衛生士 茂木 美保先生にて行われている。

平成29年も、禁煙支援研修会は計画されている。

医療の一翼を担う歯科医師会も国民の健康被害を少なくする上からも受動喫煙防止には賛同し、日本歯科医師会をはじめとして多くの都道府県歯科医師会においても禁煙宣言が行われている。

歯科からの禁煙支援は、肺がんやCOPD対策だけではなく喫煙者本人ならびに受動喫煙を受ける方の健康、特に口腔の健康を考へての保健指導の一環である。

喫煙によるたばこの煙は、喫煙や受動喫煙に関わらずに、多くの化学部質を含む気流となり、口腔を通過して肺へと進む。受動喫煙では副流煙を多く吸い込むことで、より有害性の高いたばこの煙を吸うことになる。

世界保健機関（WHO）は、不健康な食事や運動不足、喫煙、過度の飲酒などの原因が共通しており、生活習慣の改善により予防可能な疾患をまとめて「非感染性疾患（NCD）」と位置付けている。心血管疾患、がん、糖尿病、慢性呼吸器疾患などが主なNCDで、これらに対して喫煙、健康な食事、身体活動の増加、リスクを高める飲酒の減少は関わりが強い。

日本人のがんの原因（2005年罹患例）の調査では、男性では喫煙（能動）が29.7%と1位で、女性では感染性要因が1位で、喫煙（能動）は2位の5.0%である。また、日本人のためのがん予防法で示された中に、喫煙に関して「たばこは吸わない。他人のたばこの煙をできるだけ避ける。」とされている。

喫煙は歯周病を悪化させるだけでなく、歯肉の色を黒くさせて見た目を悪くしたり、口臭の原因にもなる。さらには口腔がん（歯肉や舌にできるがん）の原因にもなる。

ニコチンの作用で、歯周組織への血流が悪くなると、細菌等に対する抵抗力が落ち、歯周病にかかりやすくなる。歯周病の初期症状（歯肉炎）が目立たないため、歯周病の早期発見がしにくくなる。また、歯周病の治療を受けても、効果が現れにくいといわれている。そのため、喫煙者は非喫煙者に比べ、早期に歯を失う傾向がある。

「タバコの煙暴露に安全なレベルは存在しない（There is no safe level of exposure to tobacco smoke.）」という事実を強調する論文が2008年12月になって「Pediatrics」という米小児科学会雑誌に発表された。セカンドハンドスモーク（直接受動喫煙）というのは喫煙する人が吐き出す煙や、くすぶらせる煙が拡散して、近くにいる人がその煙を吸わされ、喫煙者でなくても、心臓血管系の病気、脳卒中、肺がん、流産、新生児無呼吸症候群などのリスクを負わされることであり、いわゆる受動喫煙のことである。

サードハンドスモーク（間接受動喫煙）というのは、煙が消失した後、煙に含まれる物質が、喫煙者の髪、衣類、部屋のカーテン、ソファなどに付着し、それが汚染源となって、その場（直接）ではなく、時間が経て（間接的に）第三者がタバコの有害物質に暴露されることである。この他、妊婦が直接受動喫煙を受けると、胎児に

してみれば間接的に受動喫煙となるので、これもサードハンドスモークとなる。

妊娠前に禁煙すると出生体重は非喫煙者とほぼ同じで、妊娠3～4ヶ月まで禁煙すると低出生体重のリスクが非喫煙者のレベルに近づくされ、早産・周産期死亡のリスクが低下する。

喫煙による害は、喫煙直後に起こる急性影響だけではないとされ、長期にわたる喫煙の結果に引き起こされる慢性影響の方が実は深刻である。慢性影響は、様々な疾患による寿命の短縮につながる（健康長寿の妨げ）。そこで、喫煙を始めるという事は、「長い導火線に火をつける」ということであると言われている。

最近、街の中で周囲への後ろめたさから禁煙を考えていた人たちがE-cigaretteに移行していると聞く。E-cigaretteにはたばこの葉よりの抽出物とフレーバーとされるものが通常のたばこと同様に加えられた液体を、電氣的発熱体により加熱しvaping（蒸散）させる。ニコチンを含む気流は口腔内の粘膜に対しても直接的にも刺激しそして肺に到達する。この蒸散は非常に小さな（ナノ粒子）レベルのためより深部肺組織に到達し血流に溶け込み全身を回る。なお、通常のたばこよりは副流煙は少ないもののゼロではない。

喫煙について健康日本21における具体的な目標にもあるように、成人の喫煙率の減少（喫煙をやめたい人がやめる）、未成年者の喫煙をなくす、妊娠中の喫煙をなくす、受動喫煙（家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関）の機会を有する者の割合の減少を推進していくことが、医療人として歯科医師にも求められている。

### 3. 東京都薬剤師会「タバコのない社会を目指して～薬剤師会の取り組み～」

委員 龍岡 健一

近年、多くの医療関連学会・団体により喫煙、禁煙に対する提言、宣言がされてきたが、日本薬剤師会では2003年に禁煙運動宣言を採択し、専門職である薬剤師によるたばこ対策の検討・実施を進めてきている。FCTC発効の翌年2006年には「薬局・薬店ではタバコの販売を行わない」との宣言を追加して現在に至っている。

#### 禁煙運動宣言

私達は、国民の健康を守るため、以下のような取り組みを進め、禁煙の推進・受動喫煙の防止に貢献します。

公益社団法人 日本薬剤師会

1. 国民の禁煙支援に積極的に取り組みます。
2. 特に妊婦・未成年者への禁煙啓発活動を行います。
3. 薬剤師の禁煙を徹底します。
4. 薬局・薬店内の禁煙を徹底します。
5. 薬剤師会館の全館禁煙を徹底します。
6. 薬局・薬店ではたばこの販売を行いません。

全国的な薬局での実態については2009年の国立がん研究センター研究所・日本薬剤師会の合同調査<sup>1)</sup>で薬局薬剤師の喫煙率は約15%（2011年の類似調査では約10%）と推計され、禁煙の啓発活動、支援活動が多くの都道府県薬剤師会によって実施されていることが報告されている。薬局でのたばこ販売については、同主体の2011年の報告で「販売していない」が87.6%、「販売している（自動販売機を含む）」は3.2%であった（不明9.2%）。

また、多くの薬剤師が学校薬剤師として小中学校、高等学校で禁煙・防煙教育に携わっている<sup>2)</sup>。

喫煙の状況	実数	%
吸う	194	9.9%
かつて吸っていたが、現在は吸っていない	529	27.0%
喫煙経験なし	1,195	60.9%
未記入	43	2.2%

(n=1961)

たばこ販売の有無	実数	%
販売していない	1264	87.6%
販売している(自動販売機を含む)	46	3.2%
未記入	133	9.2%

(n=1443)

対策	実数	%
全面禁煙(駐車場等敷地内含む)	377	26.1%
薬局内禁煙	763	52.9%
従業員用の喫煙スペース有り	91	6.3%
対策を講じていない	76	5.3%
未記入	136	9.4%

(n=1443)

平成24年 日本薬剤師会・国立がん研究センター共同調査より

### 学校薬剤師による喫煙防止教育(中学校)



学校薬剤師活動	実数	%
現在活動している	323	16.5%
かつて経験がある	204	10.4%
現時点で、したことがない	1268	64.7%
未記入	166	8.5%

(n=1961)

平成24年 日本薬剤師会・国立がん研究センター共同調査より

日本薬剤師会では平成24年4月より薬剤師の生涯学習支援システムとしてJPALS (Japan Pharmaceutical Association Lifelong learning support system)の運用を開始している。

これは、自己の学習の実践記録としての「ポートフォリオ システム」と、その学習の支援としての「e-ラーニング」で構成されており、現在、登録者約2万7000名となっている。このプログラム中の到達目標（プロフェッショナル スタンダード）の1つとして禁煙支援が挙げられている。

東京都薬剤師会では2011年よりe-ラーニングとweb試験、実施例の審査による禁煙支援薬剤認定制度を発足させ、普及に努めている。現在、総受講者数246名、修了証取得者126名 認定者33名 名となっている。認定者の大幅な拡充が望まれる点でもある。

また2013年からオブザーバーとして、2015年からは委員として東京都医師会タバコ対策委員会へ参画し、医師、歯科医師、看護師をはじめ、弁護士、学校教諭と広範な多職種連携、情報共有が得られ、取り組みの大きな進展となった。



都内においても行政と地区薬剤師会との連携による禁煙支援事業が広く展開され、港区、練馬区等の実績がある。港区の例では、必要時には近隣の禁煙外来へ紹介することを前提に行われている。

一方、薬局・薬剤師による禁煙支援はまだ十分ではないとの指摘もあり<sup>3)</sup>、さらなる活動の推進が必要と考えられる。薬局薬剤師は一般用医薬品の相談、供給等を通じ、住民にとって身近な存在であり、処方箋調剤の服薬指導においても喫煙が危険因子となる疾患を推察し、患者への情報提供、指導をし得る立場にある<sup>4)</sup>。2025年に向けた国の構想である「健康サポート薬局」の要件にも禁煙支援が盛り込まれるなど<sup>5)</sup> 今後の薬剤師、薬局の禁煙支援活動の推進が期待される場所である。

また、薬剤師による禁煙支援は医科、歯科、看護など多職種の連携により禁煙成功率が向上することが明らかになっている<sup>4)</sup>。禁煙支援の分野においても多職種の連携が重要と考えられる。

- 1) 都道府県薬剤師会における禁煙支援への取り組み等に関する調査 結果報告  
2010;独立行政法人 国立がん研究センター研究所 たばこ政策研究プロジェクト  
社団法人 日本薬剤師会
- 2) 禁煙支援分野における薬剤師の役割・業務に関する報告  
平成 23 年度「薬剤師の禁煙支援の取り組みに関するアンケート調査」結果より  
2012;社団法人日本薬剤師会 独立行政法人国立がん研究センター がん対策情報  
センター たばこ政策研究部
- 3) 沼田 稔 禁煙支援と薬剤師の責務 医薬ジャーナル2010 ; Vol.46No.7
- 4) 石井正和ほか：保険薬剤師に期待される禁煙支援業務に関する調査研究  
日本禁煙学会雑誌2015 ; 第10巻第5号85－93
- 5) 前田健一郎 健康情報拠点としての薬局の使命 医薬ジャーナル2014; Vol.50  
No.7

#### 4. 東京都看護協会におけるタバコ対策の取り組みについて ～2013年看護職の喫煙率は7.9%～

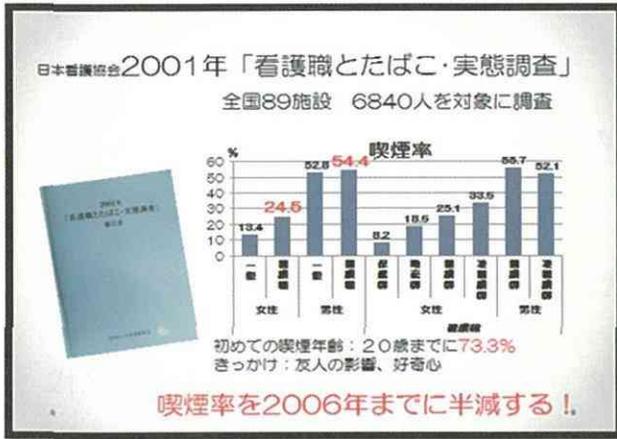
委員 大橋 純江

##### 看護師のたばこの実態 / 禁煙率 / 喫煙開始年齢

2013年公益社団法人日本看護協会看護職は、会員5,819人を対象に煙草実態調査を実施した。回答者の基本属性は、平均年齢41.8歳（女性42.0歳、男性36.5歳）、性別「女性」96.0%、「男性」3.5%、職種「保健師」15.5%、「助産師」14.4%、「看護師」52.4%、「准看護師」12.4%、「その他」0.8%結果、看護職の喫煙率は7.9%であった。喫煙率が国民の喫煙率を下回っている一方、喫煙に対する認識が依然として低いことなどの課題も明らかとなった。

- 看護職の喫煙率は7.9%（女性7.2%、男性29.5%）であった。  
今回調査結果では、看護職の喫煙率は男女ともに国民の喫煙率を下回っていた。
- タバコの害に関する認識は、肺がんやぜんそく、気管支炎、肺気腫といった呼吸器疾患や、喉頭がん、動脈硬化、妊婦への影響などでも7～9割程度にとどまり、胃潰瘍（35.6%）、歯周病（48.3%）への害を認識しているものは半数以下だった。
- これまで習慣的に喫煙した経験のある回答者全員（現在は喫煙していない人も含む）に、その開始年齢を尋ねたところ、20～29歳が最も多く66.8%だった、一方、20歳未満も28.3%だった。
- 喫煙者の34%が、中～高程度のニコチン依存度だった。

出典 公益社団法人 日本看護協会 広報部 2014年6月3日



2004年度  
日本看護協会 たばこのない社会をめざして  
**看護者たちの禁煙アクションプラン**

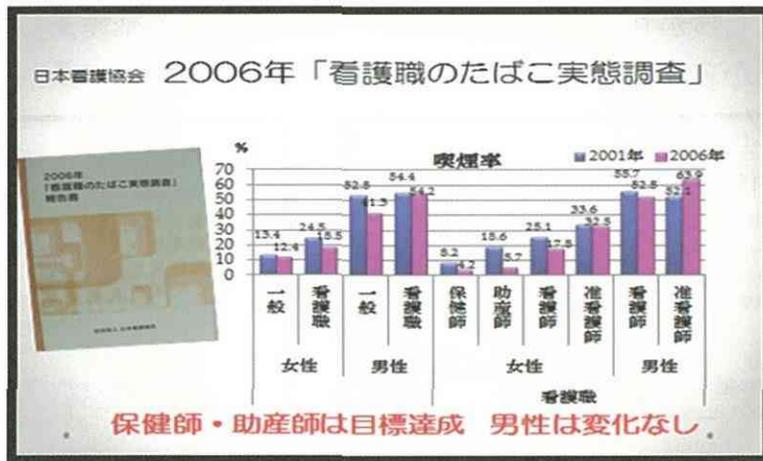
I. 看護者のたばこ対策行動計画  
「たばこ対策宣言」の達成目標を設定  
2001年時点の看護者の喫煙率を半減する  
職場での看護職の喫煙率0%

II. 看護者のための禁煙支援ガイド

↓

東京都看護協会  
**総会会場で禁煙キャンペーン**

① スモーカーライザーによる呼気一酸化炭素濃度測定  
② 禁煙外来実施医療機関名簿の配布  
③ 「Stop Smoking! やめた人からキレイになれる」  
禁煙キャッチコピー入りシールの配布  
聞こえない？ あなたの肺から ナースコール  
「ハイ」は元気に 「肺」は綺麗に



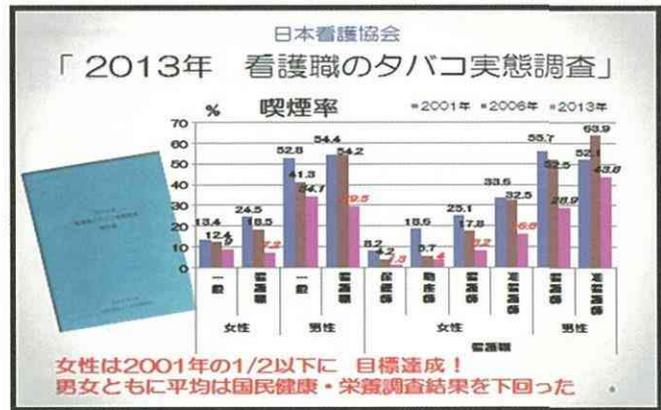
**看護職の喫煙率の低下には  
病院機能評価の影響は大きい！**

1999年～2005年 **分煙が行なわれていること**  
看護士の休憩室から灰皿が消え  
勤務時間内に喫煙することが困難な状況になった。

2005年 **病院機能評価Ver.5**  
**全館禁煙・敷地内禁煙** が要件に  
医療施設では一気に敷地内禁煙がひろまった。

↓

**医療職の禁煙を推進するきっかけに！**



公益社団法人東京都看護協では、上記看護職の実態を踏まえ以下の禁煙推進を実施している。

●看護職・看護学生に対して

総会および看護研究学会、看護学生学会での禁煙へのインフォメーションとしてリーフレットの配布。

●地域住民に対して

- ・例年「看護の日」に関連して開催する東京都看護協会主催「看護フェスタ」での、東京都医師会村松弘康先生の講演。
- ・はじめて出産を経験する夫婦「両親学級」（年間約500名参加）に対する次世代育成支援事業の実施。

妊娠中の喫煙の害について、特に胎児の脳を傷つける可能性があることを、妊婦と家族にしっかり伝える必要がある。妊婦自身への禁煙支援と並行して、妊婦を受動喫煙から守るために、夫や家族にも協力を求めている。

2013年11月～現在まで  
「看護の日」記念イベント **“看護フェスタ”**  
(新宿西口 イベントホール)  
東京都医師会タバコ対策委員会  
オブザーバー参加

**ミニ講座開設**  
講師 村松弘康先生  
中央内科クリニック院長

日本禁煙学会認定 **「禁煙サポーター研修」**  
2016年6月12日(日) 13:30～16:30  
「禁煙サポーターに求められる基礎知識」  
喫煙・受動喫煙の有害性、卒煙支援の必要性

講師 村松弘康先生  
中央内科クリニック院長

「あなたの大切な人を守るために」  
—看護職に出来ること—

講師 高橋病院教育顧問  
久保田睦美先生  
(タバコフリー高知代表)

参加者117名(禁煙学会HPから30名)

**今後の東京都看護協会の取り組み**

- 「禁煙サポーター研修」を継続
- 「看護フェスタ」での、ミニ講座を実施  
5月12日は看護の日
- 2013年調査から  
たばこの害に関する認識が低い!  
年間7,000人の研修受講者へ  
“禁煙の重要性や喫煙の害”  
インフォメーション、  
禁煙DVDの作成
- 両親学級  
や両親学級を  
年間600組(1,200人)  
のペアへの指導
- 看護学生への  
インフォメーション  
1,700人参加
- 会報「とうきょう」掲載

東京都民の健康を支援する看護の職能団体として、都内に従事する看護職が喫煙に対する正しい知識を身につけ、タバコのない社会を目指したい。

## II. さるなる連携への取り組み（市民や行政との連携・問題意識共有）

### 1. 教育現場での取り組み「小学校における喫煙防止教育について」

委員 久 紀子

東京都タバコ対策委員会に参加したことで、タバコについて正しい知識を深く知る機会を得た。多職種の方々の取組や東京都としての課題など幅広い議題内容の会であった。教育現場の職員として、タバコについて現在の情報を持っていなかったことを痛感した。タバコを吸わない人間にとって、電子タバコは耳にしたことがなかった。委員会で電子タバコについて知ってから、偶然、電子タバコのチラシを手にした。電子タバコについて事前に知っていたことで、誇大広告のチラシだと認識でき、家族に予防指導ができた。

禁煙学会の多職種シンポジウムは、其々が同じ目標に向かって指導をしているが、連携することで専門的知識を共有した指導形態がとれ、さらに有効的指導ができると思った。また、足立区の歯科医がタバコについてDVDを作成していたことを知ったが、シンポジウムに参加しなければ知らなかった情報である。取り組んでいても、さらに興味関心をもつ人を増やすには、どのように取組を広めるかも大事だと思った。



学校は、学力を向上させるだけでなく、予防教育をするところでもある。しかし、最新情報を正確に知っているかと言われると、私同様に電子タバコについて知らなかったという教員もいる。そこで、職場の教員と保護者に向けて、タバコだけでなく、電子タバコについても知識を得る場として学校保健委員会を開催した。講師をタバコ対策委員会の望月友美子先生にお願いし、テーマとして、下記の内容について話していただいた。

「子どもを取り巻く環境について考えよう」

～健康でいるための環境づくりとは～

○どうしてタバコをやめられないか、効果的な禁煙方法

○家庭や地域、学校の役割

○タバコや電子タバコ、受動喫煙の本人や周りの人への影響などについて話していただいた。

本校の職員と保護者40名に他校の養護教諭2名が参加した。



講演が終わってから、直接望月先生に質問をする母親がいた。父親が電子タバコを使用していて「禁煙のつもりで電子タバコを使い出した。水蒸気は害がないのか」と質問をしていた。電子タバコを使用して、「電子タバコは匂いや煙を工夫して、タバコを吸っているという意識をなくしている」という感想を言っていた。子供のために、実際に電子タバコを使用している人が害について知り、夫婦で話し合う姿が見られたことで学校保健委員会の開催意義があったと思われる。

また、望月先生が参加された足立区のプロジェクト01のポスターを掲示したことで、校内の主事や調理師も目にして、自然とタバコや電子タバコについて会話するようになった。足立区民であっても、区のプロジェク01のことを知らず、いかに取り組んでいるかということを経験していることが明らかになっています。ですから、「がん予防」には禁煙、タバコの煙を避けるための科学的知識が必要です。私たちも研究室から出て、コミュニティの中で健康な暮らしづくりの啓発を支援している方々を、最新の「科学的知見」の提供をとおして支援しています。

電子タバコについては、タバコ対策委員の方から資料をいただき、再度、保護者に便りて正しい知識を知らせた。参加した保護者からは、「サー



ドハンドスモークを子供と一緒に考えていきたい」「自分の身近な人に受動喫煙やサードハンドスモークなど知らせていきたい」という感想をいただいた。日頃、タバコの害について便りに載せていても、講演内容を載せることで正確な最新情報が載っているという意識で、さらに興味を持って便りを読んでくれていろいろな人と共有できたと実感した。

また、今回の講演の内容や資料は、本校近隣の学校の養護教諭にも提供した。他校で6年生にタバコの害について保健指導をしている養護教諭から「電子タバコについては知らなかった」と連絡がきたので、6名の養護教諭が集まり、勉強会を開催した。さらに、地域7校にも資料提供し、今後も、私自身がタバコ対策委員会で得た情報提供を養護教諭へ広めていきたいと思っている。

今回の学校保健委員会が開催できたことは、多職種が参加しているタバコ対策委員会に参加したことで実現できた。専門家による講演が、保護者に正しい知識として受け止められ、意識を変え、行動変容に結びついた。子供を取り巻く大人が、子供への健康被害を考えて自分の行動選択をしていけるような正しい知識を提供し続けていきたい。

情報や資料、講演にご協力いただいたタバコ対策委員会の方々に感謝しております。

## 1. 地域医師会での取り組み（地域住民・商店街・行政との協働など）

### (1) 港区医師会

委員 馬場 繁二

港区医師会に「タバコ対策委員会」を設置して、医師会員の喫煙に対する意識調査、喫煙率、禁煙指導（禁煙外来）、敷地内禁煙等に対する現状把握アンケート

10月に開催される「みなと区民まつり」において「医師会ブース」を開きタバコの害、受動喫煙禁止、呼吸機能検査（スパイロメーター）、ポスターによるミニレクチャー等を行なっています。

次回からは、三師会合同での「禁煙指導」を計画しています。

学校医による小学校・中学校でのかっこ「タバコの害について」の講話と生徒からの感想文を書いてもらっています。

#### 【港区】

「みなとタバコルール」に基づき、歩行喫煙禁止、ポイ捨て禁止、受動喫煙禁止に対して、区役所はじめとして区関係の施設（学校等での敷地内禁煙）、写真のようにシルバー人材センターに委託して各エリア毎にタバコの吸殻を拾い本数の集計、喫煙所の設置、保育園・学校の周辺に道路に写真のように看板、植込みをしている。



- ・玉川医師会会員における受動喫煙意識調査
- ・地区医師会と学校・教育委員会との連携における禁煙防止教育
- ・玉川医師会会員における受動喫煙意識調査

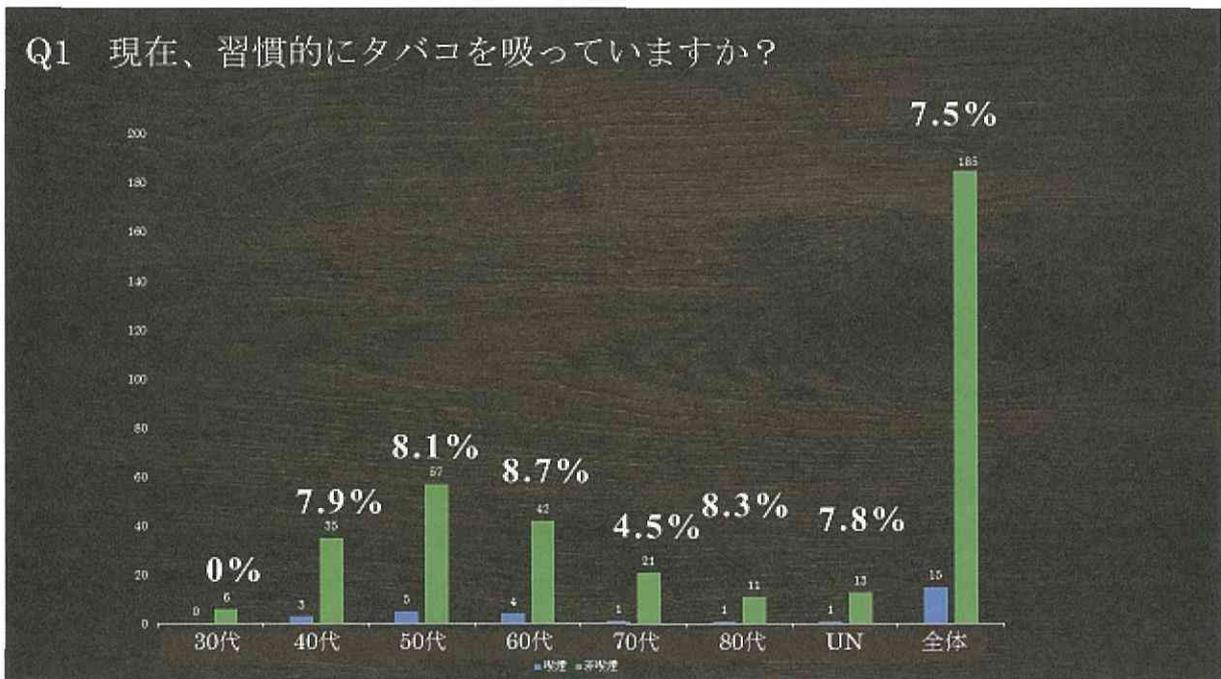
東京五輪を3年後に控えた東京において、罰則付きの室内完全禁煙など必要とされている受動喫煙対策がまだまだ整備されない中、医師をはじめとする医療従事者は積極的に推進の役割を求められている。一方で医師の喫煙率は減少傾向にあるが、一定の割合の医師がまだまだ喫煙者であり、住民の健康維持増進を担っていく上で、医師の喫煙状況および受動喫煙に対する意識を明らかにすることが、医師の意識改革を推進する上で重要と考えられる。

そこで、玉川医師会会員に対して、質問紙法を用いて喫煙状況を調査すると同時に、受動喫煙に対する意識調査を行い、その実態を明らかにした。

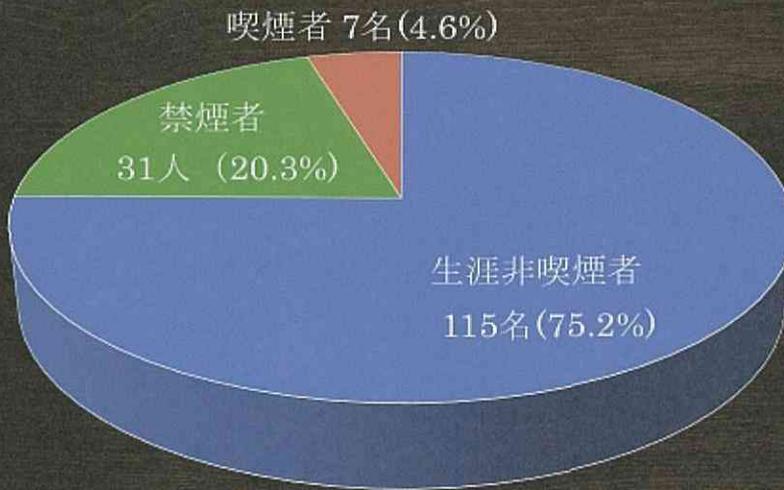
#### <方法>

- ・玉川医師会会員に対して無記名方式での質問
- ・紙ベースでアンケートを郵送し、返信用封筒で回収する。
- ・質問項目は、以下の項目である。プロフィールとしての年齢および専門科を問い、以下の質問を行った。
  - (1) 喫煙歴・喫煙状況
  - (2) 直近半年間での受動喫煙の経験の有無とその際の快不快について
  - (3) (喫煙者に) 他人がいる場所で喫煙する際に気を付けている点
  - (4) (非喫煙者に) 飲食店等を利用する際に受動喫煙防止に関して気を付けている点
  - (5) 受動喫煙にあった際にとっている行動
  - (6) 受動喫煙の健康への影響についての認識
  - (7) 公共の場で受動喫煙を防止する必要を定めた健康増進法25条の認識の有無
  - (8) 条例にて罰則付きで受動喫煙の規制することに対する賛否
  - (9) 受動喫煙を防止するために、医師会が取り組むべき対策
  - (10) 子供の利用が想定される公共的な空間において必要な受動喫煙防止対策
  - (11) 多数の人が利用する施設で必要な受動喫煙対策
  - (12) 建物内全面禁煙とすべき施設。

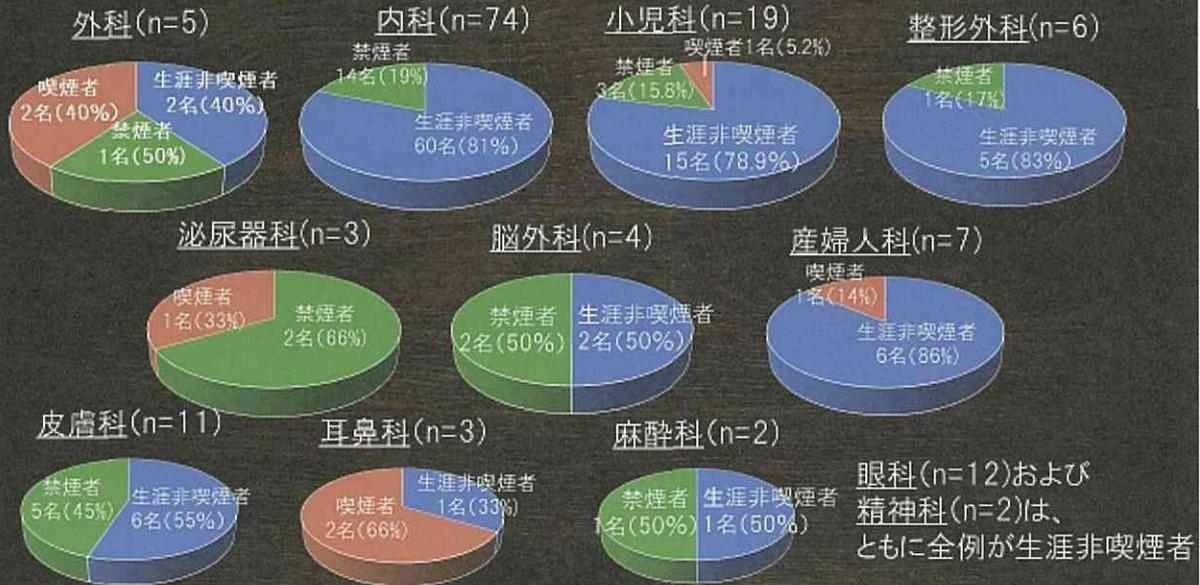
<結果>

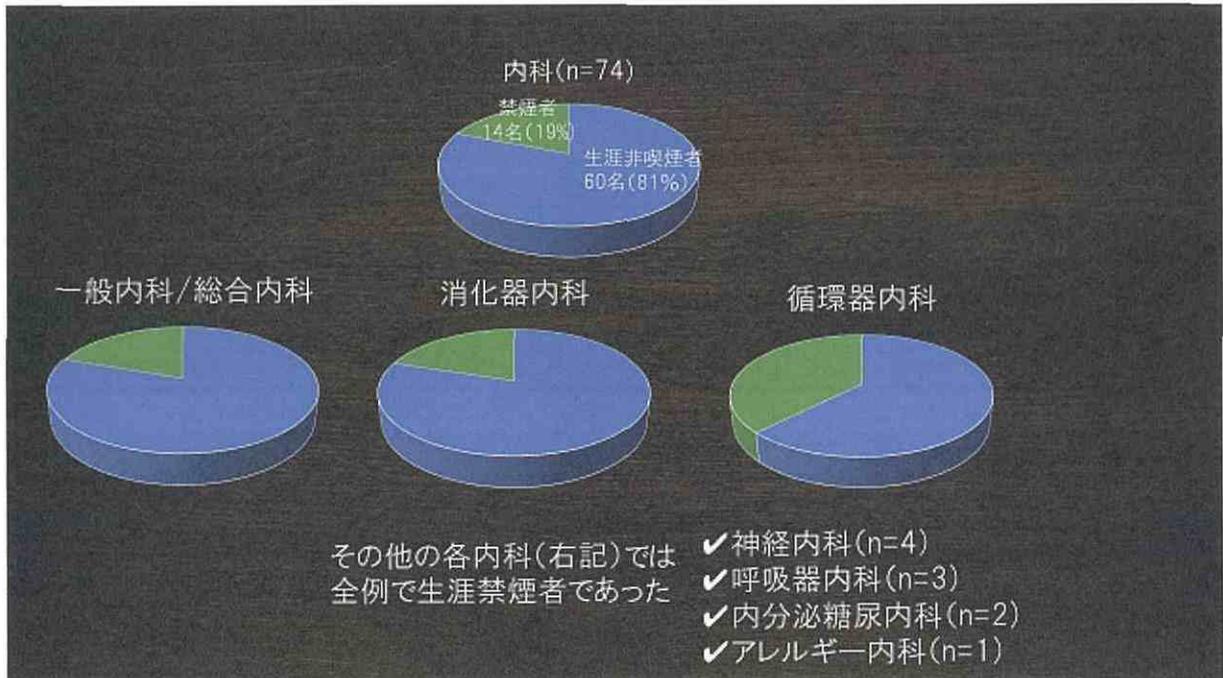


## 喫煙状況

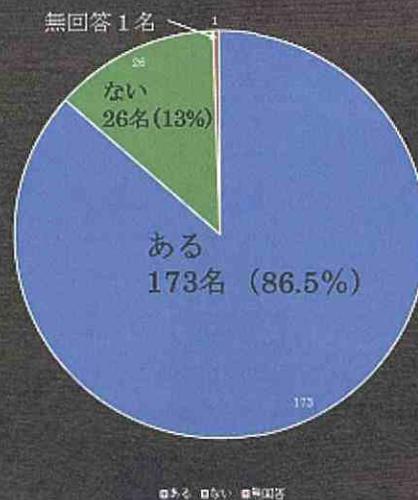


## 各診療科別の喫煙状況



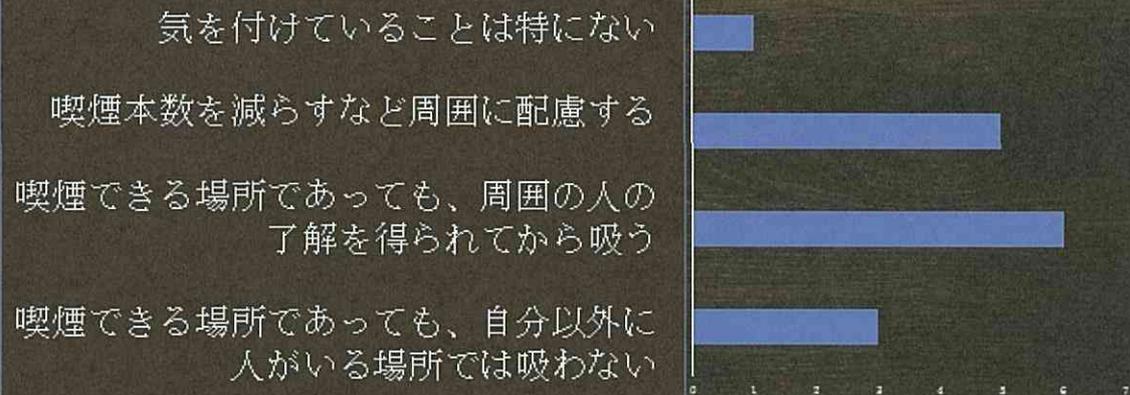


Q2「受動喫煙」とは室内またはこれに準ずる環境において、他人のたばこの煙を吸わされることを言います。  
あなたは、受動喫煙に遭ったことがありますか（この半年位の間に）



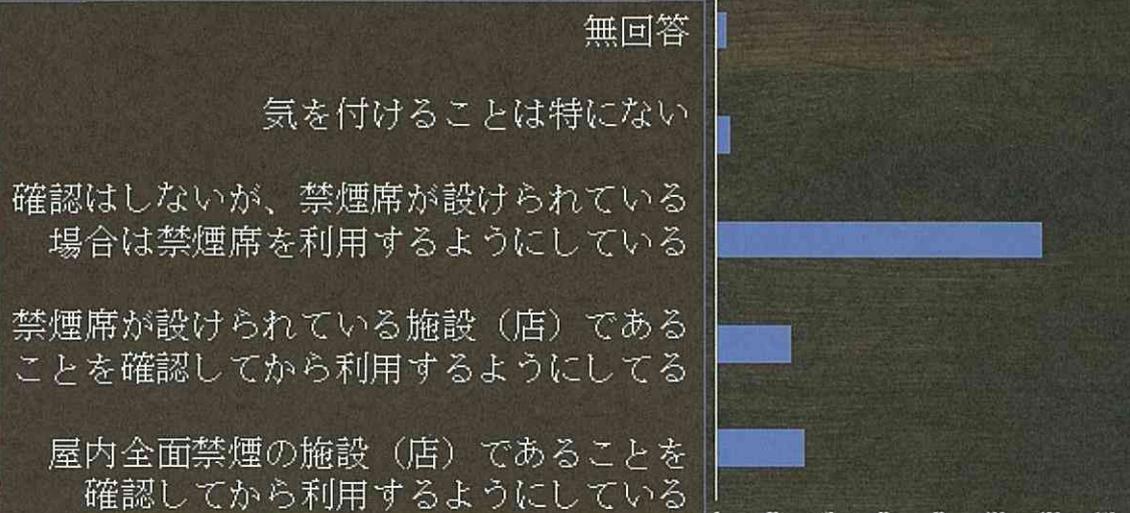
### Q3 (Q1で「吸っている」と答えた方に質問)

他人がいる場所でタバコを吸うとき、周囲の迷惑にならないように気を付けていることはありますか？

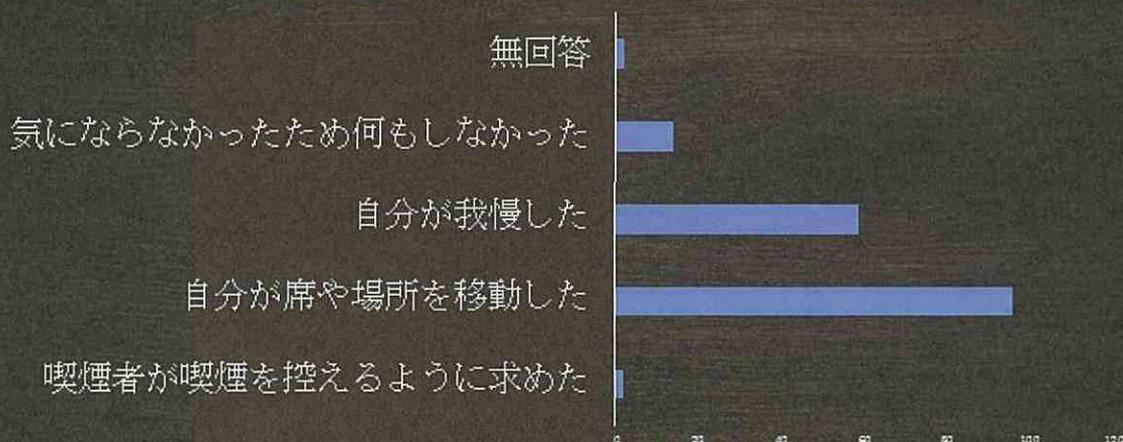


### Q4 (Q1で「吸っていない」と回答された方に質問)

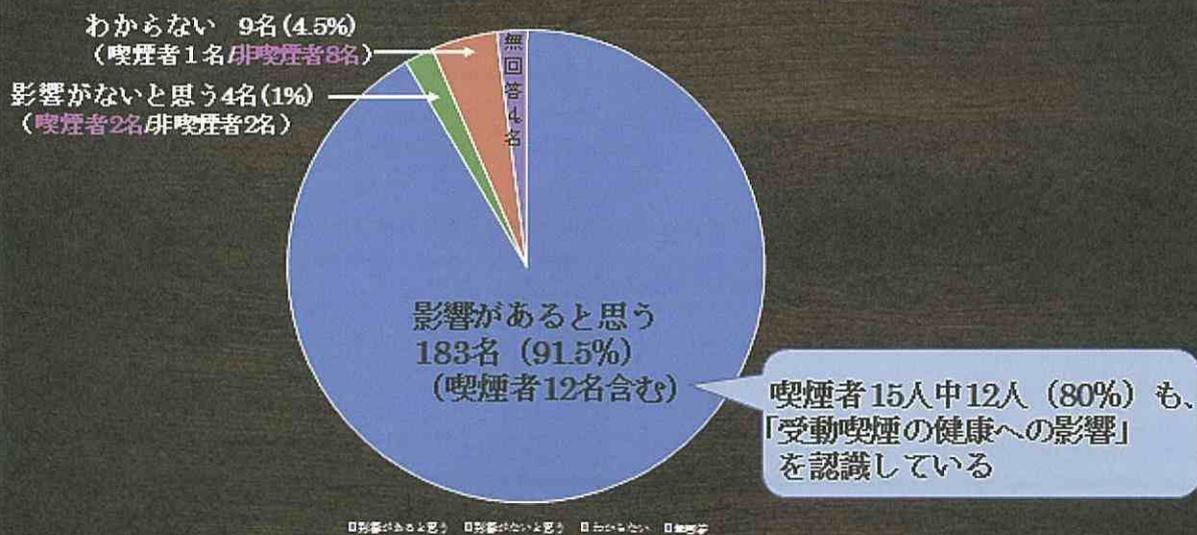
飲食店等を利用するときに気を付けていることはありますか？



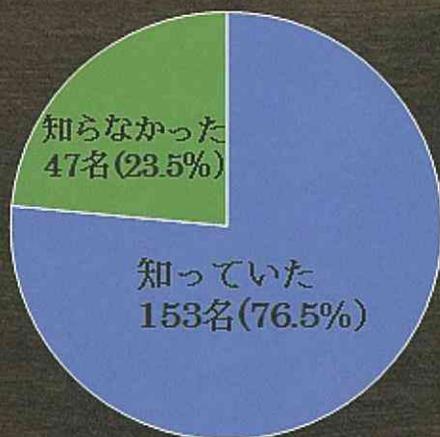
Q5 (Q2で「ある」と回答された方にお伺いします。  
あなたは今までに受動喫煙に遭った時、どのような行動をとりましたか？



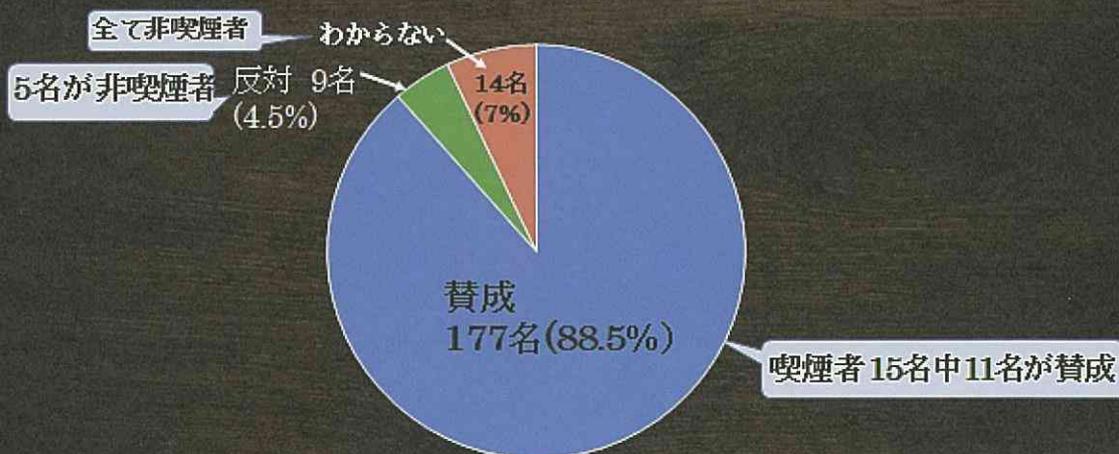
Q6 受動喫煙の健康への影響について、どのように思いますか？



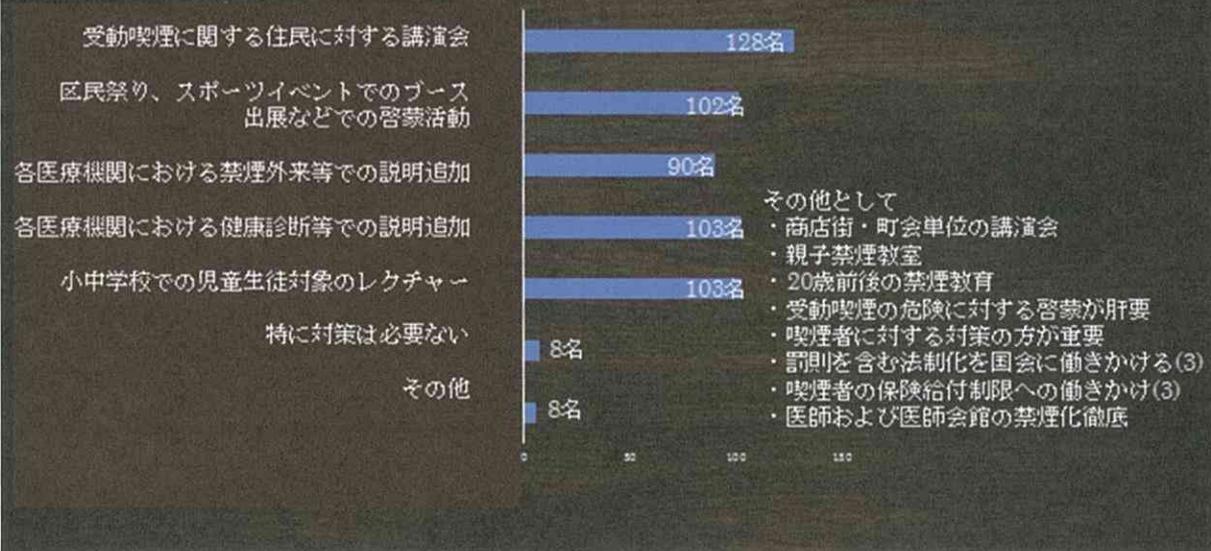
Q7 学校、病院、劇場、集会場、官公庁施設、飲食店等多くの人が利用する施設では、利用者の受動喫煙を防止するために必要な措置を講ずるよう努めなくてはならないと、法律（健康増進法25条）で定められていることをご存知でしたですか？



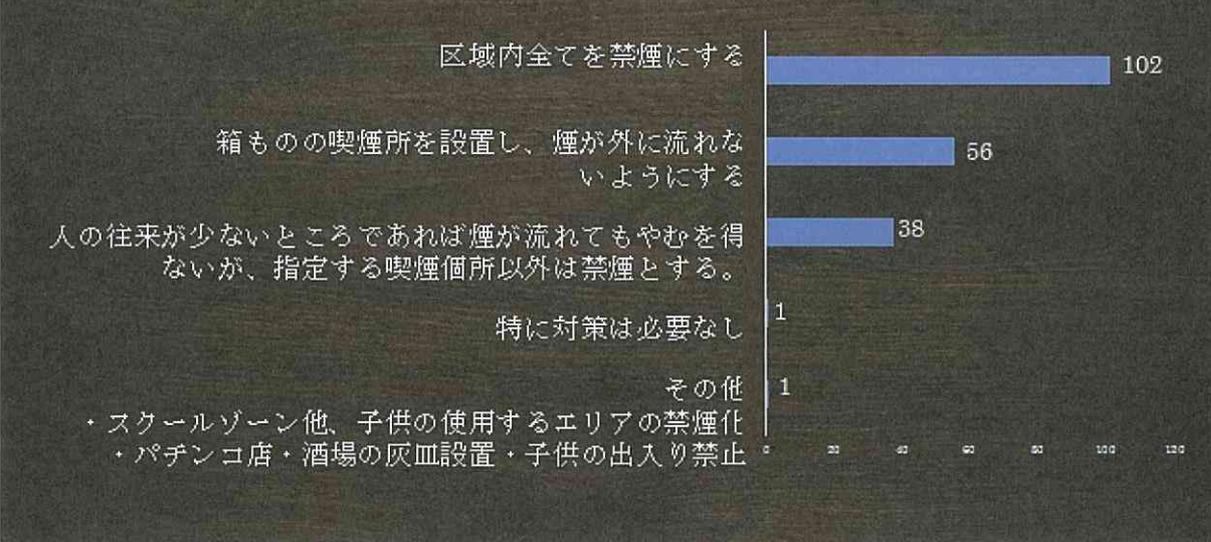
Q8 神奈川県では平成22年4月以降「公共的施設における受動喫煙防止条例」が施行され、不特定または多くの人が利用する各種施設での喫煙が規制（禁煙または完全禁煙）され、違反者には罰則が科せられています。このような条例で規制することについて、どのようにお考えですか？



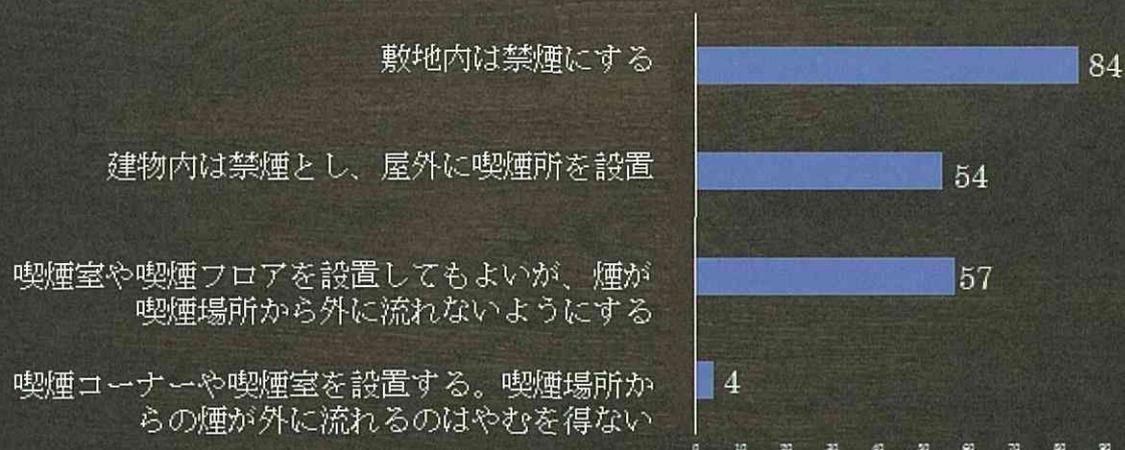
Q9 受動喫煙を防止するために、医師会が取り組むこととして望ましい対策は何ですか？（複数回答可）



Q10 公園内や海水浴場など子供の利用が想定される公共的な空間について、対策が必要と考えますが、お考えに近いものを1つお選びください。



Q11 多数の人が利用する施設で、どのような受動喫煙対策が必要と考えられますか？



Q12 建物内全面禁煙としてほしい施設を次の中から5つ選んで下さい。



### <総括>

回収は200例であった（回収率63.5%）。喫煙者は15名（喫煙率7.5%）で、女性の喫煙者は1名のみであった。年代別の喫煙率は80歳代が9.1%（11名中1人）、60歳代が8.7%（46名中4名）と多く、逆に30歳代に喫煙者は皆無であった。（2）の受動喫煙については86.5%で経験があり、多くが不快と感じていた。（3）の喫煙の際の留意点としては「喫煙できる場所であっても、周囲の了解が得られてから吸う」、（4）の飲食店等利用の際の留意点としては「禁煙席が設けられている場合は禁煙席を利用する」との回答が多かった。受動喫煙に遭遇した場合の行動を問うた（5）で受動喫煙に遭遇した際にとる行動については、「自分が席や場所を移動した」とする回答が多かった。（6）で受動喫煙の健康への影響については、喫煙者12名を含む183名（91.5%）が「ある」と回答し、（7）の健康増進法25条については76.5%が認識しており、（8）の罰則付きの受動喫煙規制については、喫煙者11名を含む177名（88.5%）が賛意を示した。（9）で医師会における受動喫煙に対して取り組む対策としては、「受動喫煙に関する住民への講演会」との回答が多く、「児童生徒対象のレクチャー」「各医療機関で健康診断等での説明追加」との回答が続いた。（10）で子供の利用が想定される公共的空間での対策を問うと、「区域内全てを禁煙にすべき」との回答が多く、（11）の公共的な施設における受動喫煙対策としては、「敷地内は禁煙にする」との回答が多く、（12）で建物内全面禁煙にすべき施設としては、病院・診療所、学校の順で多く、欄外回答で「全て」とする回答が10名あった。

### <考案>

今回の調査で、医師会会員の喫煙率が既報の医師における喫煙率より少なく、また直近の報告における日本人全体の喫煙率がようやく20%を下回ったことを考えると、かなり少ないことが明らかになった。科別では、外科・産婦人科・耳鼻科・泌尿器科と外科系の医師の喫煙率が高いことも明らかとなった。さらに、内科、整形外科、脳外科、皮膚科、麻酔科の医師の中には、現在喫煙している者を認めなかった。

また受動喫煙防止に対する意識は喫煙者を含め高いことも明らかとなり、受動喫煙防止に対する取り組むべき課題としては、日常の診療を超えて、地域住民や児童生徒への積極的な取り組みが望まれていることが分かった。

#### ・地区医師会と学校・教育委員会との連携における禁煙防止教育

喫煙が、がんや心臓病や脳卒中など死に至る病気の原因になることは、数多くの優れた研究ですでに明らかにされている。現在、国内とりわけ東京の少子高齢化が進み、健康問題のみならず社会問題となっている。高齢者で生活の質を落とさずに健康でいられる‘健康寿命‘を伸ばすために、脳血管疾患やがん、フレイル、認知症といったものを予防する必要があり、その最も容易な方法は喫煙者にとって、禁煙することであり、国および都道府県は、住民の喫煙率をより抑制することが必要である。

きたるべき東京オリンピックを見据え、受動喫煙に関する問題も注目されてきた。実際に自分では吸わない若者も、家庭や職場、飲食店などでタバコの害にさらされることで、がんや喘息、不整脈、乳幼児の突然死が増えることも明らかになってきた。

2006年から保健医療による禁煙治療が医療機関で行えるようになったが、長年喫煙をしている一部の方に禁煙を強いるのには多少困難を伴う。今後、喫煙率低下のために求められる対策としては、受動喫煙対策と並行して、まだ喫煙年齢に達しない、児童・生徒への喫煙防止教育が重要である。

現在、学校教育カリキュラムにおいてタバコ問題が保健授業に取り入れられ、学校によっては校医や保健教諭による喫煙防止教育がなされているところがありますが、いまだ市区町村が医師会と連携して喫煙防止教育を行っているところは少ない。

東京都内で世田谷区において、世田谷医師会および玉川医師会、世田谷区教育委員会、世田谷区校長会が連携し、同一プログラムでの禁煙防止教育を行い、その効果を短期および中長期的に検証することを検討している。

### (3) 調布市医師会

副委員長 荒井 敏

#### ・はじめに

調布市医師会では、2013年10月に医師会内にタバコ対策委員会を設置し、調布市におけるタバコ対策の推進に向け活動を開始した。タバコ対策委員会では医師会会員に向けたタバコ対策関係の講演会や医師会会員を対象とした喫煙状況についてのアンケート調査を実施しタバコ対策の必要性を会員へ訴えてきたが、残念ながら医師会会員のタバコ対策への関心は必ずしも高いとは言えなかった。また、医師会内のみの活動だけではこれ以上の広がりには期待できず、多職種連携の枠組み作りの必要性を感じていた。

#### ・ちょうふタバコ対策ネットワークの設立と活動

2013年のタバコ対策委員会設置直後に、調布市在住の鈴木隆宏氏よりタバコ対策について協働の申し入れを受けた。同氏は、これまでタバコ対策を推進するための活動を行い数々の活動実績をあげている市民活動家である。これを契機に、鈴木氏を核として、タバコ対策に関心を持つ医師・歯科医師・薬剤師・養護教諭・一般市民が参加して2015年4月8日、ちょうふタバコ対策ネットワーク(以下CTN) が設立された。

現在CTNの活動は、小学校での喫煙防止教育・市内の病院での講演・医師会での講演会や会員向けの研修会・調布市役所での職員向け研修会・医師会との共催による調布市福祉まつりへの出展など多岐にわたっており、個人会員数は現在23名に増え、調布市医師会・調布市歯科医師会・調布市薬剤師会が法人会員となっている。

(CTNの活動の詳細についてはホームページを参照<http://ctn.main.jp/>)

#### ・行政との連携の必要性和医師会の果たす役割

地域のタバコ対策推進のためには行政との連携が不可欠である。CTN会員個々の地道な働きかけとCTNの活動の広がりに伴い、行政との連携も進んでいる。行政のタバコ対策へのスタンスは、担当課によって一定ではなく温度差がある。調布市では現在、タバコ対策の推進に積極的である健康推進課と緊密に連携を図り活動を進めている。

具体的な活動例としては、調布市駅前広場の喫煙所設置の可否について、調布市よりタバコ問題の識者として調布市医師会タバコ対策委員会とCTNの見解を求められたため意見交換会に出席し、タバコの害をレクチャーするとともに喫煙所設置の不利益を説き、喫煙所設置の方針を撤回させることに成功している。

さて、CTNのような一般団体が行政との連携を図る際には、医師会・歯科医師会・薬剤師会が全面的にバックアップしていることを示すことが重要である。先述したように、行政内はタバコ対策について必ずしも一枚岩ではない。このため、福祉まつりへの出展などCTNの活動に際して調布市へ協力を依頼する場合などは医師会との共催にして、医師会名で依頼することでスムーズに協力が得られた。また、医師会理事3名がCTN会員であり、内2名は医師会の公衆衛生および小児保健担当理事として、調布市の健（検）診について長年健康推進課と協力して事業を進めてきた。また、他の1名は災害医療担当として行政と連携して調布市の防災マニュアルを作成しており、調布市の担当者と個人的な信頼関係が構築できていたこともCTNと調布市との連携がスムーズに行われている要因である。さらに、調布市歯科医師会の理事3名もCTNの会員に名を連ねており、歯科医師会からもタバコ対策の必要性和CTNへのバックアップを調布市に訴えていただいたことも見逃せない。

さらに調布市医師会では、医師会役員と市議会議員各会派との意見交換会を開催しているが、この席上でもタバコ対策の必要性を訴え、調布市のタバコ対策推進への協力と行政への働きかけを要請した。

調布市のこれらの取り組みは、各地域でタバコ対策を進めていく上でも参考になるのではないと思われる。地域のタバコ対策推進のためには、多職種協働の枠組みを構築することが必要であるが、行政との連携をスムーズに図るためには医師会をはじめとした医療団体の積極的な関与が極めて重要である。調布市医師会タバコ対策委員会とCTNは調布市のタバコ対策を推進する上での両輪と位置づけられる。

#### ・我々医療職がすべきこと

我々が掲げるタバコ対策の3本柱は以下の通りである。

- 1) 喫煙者にタバコの有害性を認識させ禁煙に導く。
- 2) 受動喫煙の害を広く周知し受動喫煙防止のための環境整備に努める。
- 3) 喫煙防止教育を積極的に行う。

1については、喫煙者と敵対するのではなくタバコの被害者にとらえ、粘り強くタバコの有害性を説き、禁煙の手段として禁煙外来の存在を広く知らしめ受診を勧めていく。また、我々医療職の禁煙支援のスキルアップも継続して行う。

2については、2020年東京オリンピック・パラリンピック開催に向けて、国による

受動喫煙防止法制定の気運が高まっているが、この法律が実効性を伴うものとなるように各方面に働きかけていく。調布市医師会とCTNは、調布市役所の幹部・職員に対する研修会も実施している。

3については、喫煙はニコチンによる依存症であるため、一度タバコを吸い始めると禁煙には多大な困難が伴う。また、喫煙開始年齢の90%は20歳以下であることから、喫煙率低下のためには、児童・生徒に対する喫煙防止教育の推進が最重要課題と考えられる。実際、京都府では、組織的な喫煙防止教育の取り組みで成果をあげている。調布市医師会とCTNでは、調布における喫煙防止教育の推進を2017年の最重要課題と位置づけて、調布市および調布市教育委員会と協議を開始している。



2016.9.16 喫煙防止教育についての勉強会



2016.12.9 第39回調布市福祉まつり（タバコの害についての展示と健康相談）

### Ⅲ. その他（行政への働きかけ、タバコ販売促進への対抗策）

#### 1. 立法・行政・司法、および社会に向けたアプローチ

委員 野村 英樹

喫煙および受動喫煙の害は、医療関係者にとっては当然のことと思われても、社会においては必ずしも周知されているとは言い難い。誤った情報が大量に発信される中、混乱に陥らずに正しい情報を選び取るには高い医学情報リテラシーが必要となる。さらに、正しい情報を正しい施策に結びつけるには、公衆衛生に対する高い見識が求められる。したがって、科学的根拠と予防原則に基づいた公衆衛生施策を立案・発信することは、医師会をはじめとする医療職能団体の極めて重要な役割である。

折しも日本は2020年の東京オリンピック・パラリンピックの開催を控え、国際オリンピック委員会（IOC）と世界保健機構（WHO）との協定に基づき、「タバコのないオリンピック」を実現する必要がある。このことから、受動喫煙の防止を目的とする法令の制定が厚生労働省や東京都において検討されているが、タバコ産業側は政治家へのロビー活動や巧妙なメディア戦略を展開し、加えて、「安全」性を強調して「新型タバコ」を投入するなど、あらゆる手段を講じてこれに対抗している。

このことを背景として、本答申では以下のように立法・行政・司法ならびに社会に向けたアプローチに資する情報をまとめた。

#### 1) 2020東京オリンピック・パラリンピックに向けた受動喫煙防止法制定の必要性：

循環器疾患における最近の知見から

受動喫煙においては、急性冠症候群や脳卒中などの循環器疾患の発症が非常に多い。能動喫煙および受動喫煙と循環器疾患の関連について最新の知見をまとめ、また、受動喫煙防止法令の施行が住民の健康アウトカムに与える効果について、医学的な観点からレビューを行った。

#### 2) 子どもを受動喫煙から守る条例（案）

親の喫煙によって家庭や自動車内などで子どもが被害を受けることが少なくなく、条例によって規制する必要があるため、条例案を提示した。

#### 3) 新型タバコの比較

「安全」を偽装した「新型タバコ」が、世界に先駆けて日本で発売され、急速にシェアを伸ばしている。まず、どのような「新型タバコ」が存在し、どれが日本において問題となっているのかを紹介した。

#### 4) ニコチンの依存性と毒性に関する科学的知見のまとめ

「新型タバコ」にも、ニコチンは紙巻きタバコ同様に含まれている。「新型タバコ」時代の喫煙防止教育や政策提言に資するため、ニコチンが脳内報酬系を乗っ取り依存性を獲得するメカニズムについて、最新の知見を含めてまとめた。

## 5) タバコ産業の情報戦に打ち勝つには、プレーンパッケージの啓発

長い年月をかけて喫煙行為の「de-normalization（当たり前ではない行為に変化すること）」が進みつつあるが、タバコ産業側は喫煙の「re-normalization（再び喫煙を当たり前の行為に変化させること）」を目指している。今後の対抗策の立案に資するため、タバコ産業側の戦略を記述し、分析した。

## 2. 東京オリンピックに向けた受動喫煙防止法制定の必要性

受動喫煙防止法制定の必要性：循環器疾患における最近の知見から

委員 島田 和典

### はじめに

世界保健機関（WHO）は、1996年の世界禁煙デーの際に“Tobacco Free Sports, Play It Clean!”と宣言し、スポーツ現場でのタバコ対策を推進している。国際オリンピック委員会（IOC）は、2011年にWHOとともに“すべての人々に運動とスポーツを奨励し、タバコのないオリンピックを実現し、子どもの肥満を予防するために健康的なライフスタイルを奨励することを共同で行う”と合意した。喫煙は、心血管疾患の発症や進展における危険因子である、さらに、受動喫煙もこれらの循環器疾患の発症や進展に深く関連する。本稿では、2020東京オリンピック・パラリンピックに向けての受動喫煙防止法制定の必要性について、循環器疾患における最近の知見をupdateして再確認する。

### 喫煙と循環器疾患との関連

喫煙は、急性心筋梗塞、狭心症、冠動脈バイパス術後の静脈グラフト閉塞、ラクナ梗塞やアテローム血栓性梗塞を含めた脳梗塞、くも膜下出血、脳内出血、腹部大動脈瘤の発症とその破裂、閉塞性動脈硬化症、閉塞性血栓性血管炎（バージャー病）、心不全、心房細動等、様々な循環器疾患の発症や進展と関連する。最近の米国における954,029例を対象とした研究では、さらに腎不全、高血圧性心疾患、虚血性腸疾患の死亡リスクとも関連することが明らかとなった<sup>1)</sup>。

近年の冠動脈カテーテル治療デバイスの進歩は著しく、冠動脈ステント挿入後の再狭窄率は、薬剤コーティングステントにより劇的に改善した。一方で、薬剤コーティングステント挿入後30日以降1年までの遅発性血栓症や1年以降の超遅発性血栓症が臨床的課題の一つである。最近の研究では、喫煙がこれらのステント血栓症のリスクであることが明らかにされている。SYNTAX試験では、喫煙はステント血栓症のリスク因子であることが報告され、その後の30試験によるメタ解析においても、喫煙はステント血栓症の独立した危険因子であることが確認された<sup>2)</sup>。

喫煙と循環器疾患発症との関連の機序は、能動喫煙と受動喫煙も同様と考えられる。

最近、遺伝子多型、さらにDNAメチル化あるいは脱メチル化により塩基配列情報自体は変化せず遺伝子発現のスイッチが制御されるエピジェネティクスとの関連が注目されている。ニコチン受容体や脳内報酬系に關与するbrain-derived neurotropic factor (BDNF) の遺伝子多型は、喫煙の開始や喫煙本数等の喫煙習慣に關与すること<sup>2)</sup>、喫煙はDNAメチル化を強力に修飾し<sup>3)</sup>、血小板凝集に關連するprotease-activated receptor (PAR)-1とPAR-4におけるCpGの低メチル化とも關連することが報告されている<sup>4)</sup>。その結果、喫煙は血小板凝集促進に作用し、心血管イベント発症に關与すると考えられる。

### 受動喫煙と循環器疾患との關連

受動喫煙は、総死亡リスク、脳卒中、大動脈疾患、末梢動脈疾患等も含めた心血管疾患イベント発症リスクと關連する<sup>2)</sup>。心房細動は、心不全や心原性脳塞栓症発症と深く關連する。前述のように、喫煙と心房細動との關連は、本邦においても確認されている。最近の報告では、家庭や職場での受動喫煙のみならず、小児期の受動喫煙、さらには胎児期の両親の喫煙が将来における心房細動の発症と關連することも明らかにされた<sup>5)</sup>。受動喫煙は、メタ解析において冠動脈疾患の相対危険度は1.25倍であり、本数や期間も含めた暴露度によりそのリスクがさらに高まることが報告されている<sup>2)</sup>。したがって、喫煙による冠動脈疾患の発症リスクは、喫煙者のみならず僅かな受動喫煙から増大する<sup>2)</sup>。実際に、受動喫煙防止条例の施行により冠動脈疾患発症が減少することが各国で報告され、メタ解析においても冠動脈疾患による死亡率が15%、脳血管イベントが24%、他の心疾患が39%低下することが確認された<sup>6)</sup>。本邦においても、神奈川県や兵庫県において受動喫煙防止条例が施行されており、循環器疾患の発症リスクに対する検証が待たれる。

### おわりに

喫煙と循環器疾患との關連について、受動喫煙との關連も含め最近の報告をupdateした。喫煙が動脈硬化性疾患を含め様々な循環器疾患の発症や進展に關与すること、禁煙により確実な疾患予防および生命予後改善効果が期待できること、受動喫煙防止法や条例施行による社会的、医学的有効性は明らかである。2020東京オリンピック・パラリンピックの成功、さらには、都民そして国民の健康長寿を目指すためには、社会的な喫煙率低下、禁煙活動に対する積極的な取り組み、そして受動喫煙防止のための法整備が極めて重要である。

### 参考文献

- 1) Carter BD, Abnet CC, Feskanich D, et al. Smoking and mortality--beyond established causes. N Engl J Med. 372:631-640, 2015
- 2) Morris PB, Ference BA, Jahangir E, et al. Cardiovascular effects of exposure to cigarette smoke and electronic cigarettes: clinical perspectives from the Prevention of

Cardiovascular Disease Section Leadership Council and Early Career Councils of the American College of Cardiology. J Am Coll Cardiol. 66:1378-1391, 2015

- 3) Breitling LP, Yang R, Korn B, et al. Tobacco-smoking-related differential DNA methylation: 27K discovery and replication. Am J Hum Genet. 88:450–457, 2011
- 4) Breitling LP, Salzman K, Rothenbacher D, et al. Smoking, F2RL3 methylation, and prognosis in stable coronary heart disease. Eur Heart J. 33:2841–2848, 2012
- 5) Dixit S, Pletcher MJ, Vittinghoff E, et al. Secondhand smoke and atrial fibrillation: Data from the Health eHeart Study. Heart Rhythm 13:3-9, 2016
- 6) Tan CE, Glantz SA. Association between smoke-free legislation and hospitalizations for cardiac, cerebrovascular, and respiratory diseases: a meta-analysis. Circulation. 126:2177-2183, 2012

### 3. 子供が同乗する車内での受動喫煙防止への法整備

委員 岡本 光樹

当委員会では、レストランやバー等のサービス産業を含む不特定又は多数の者が出入りする屋内施設全般及び「労働者」が働く全ての屋内職場を完全禁煙とする、国際的な水準に叶った受動喫煙防止条例案を作成し（平成25年3月答申70頁以下に掲載）、同条例案は平成26年10月29日に松沢成文・参議院議員及び作田学・日本禁煙学会理事長によって舛添要一東京都知事（当時）宛てに、提出されました。また、同条例案をもとにして、「受動喫煙のない日本をめざす委員会」（委員長：下光輝一。131団体によって構成される。）において若干の文言の修正が行われ、同年11月21日に同委員会から東京都宛てに提出されました。（平成27年3月答申4頁以下に掲載）

現在、2020年の東京オリンピック・パラリンピックやその前年に開催されるラグビーワールドカップに向けて、厚生労働省が、受動喫煙防止対策の強化を図るための法案を準備している状況です。この法案の制定が実現すれば、飲食店等のサービス業や職場において、今よりも受動喫煙の防止が進展するものと期待されます。

もっとも、当該法案が制定されても、いまだ取り残された受動喫煙問題があります。それは、家庭内等における子どもの受動喫煙の問題です。

子どもは、受動喫煙からの保護の必要性が高いにもかかわらず、これまで子どもの受動喫煙防止の法制はほとんど議論されず、手付かずの状態です。

当委員会は、子どもを受動喫煙から守るべく、条例の制定を提言します。

以下、要望書・陳情書、条例の案文を示します。

## 「子どもを受動喫煙から守る条例」 の制定を求める要望書・陳情書（案）

東京都知事 小池百合子 殿

東京都議会 議長 川井しげお 殿

平成29年（2017年）●月●日

東京都医師会

貴職の日頃の活動に敬意を表します。

さて今日、喫煙がもたらす健康被害は医学的・科学的に証明されており、日本学術会議の平成20年（2008年）3月4日「要望 脱タバコ社会の実現に向けて」において、「受動喫煙も科学的根拠を持って健康障害を引き起こすことが示されて論争に終止符が打たれたといえる。」「職場・公共の場所での喫煙禁止をさらに拡大・徹底する。現在では努力義務規定でしかない健康増進法第25条を改正して、屋内全面禁煙を明示し、罰則を設けて実効性のあるものにするべきである。」と提言されています。

2020年東京オリンピック・パラリンピックに向けて、今後、不特定又は多数の者が利用する施設や職場については、受動喫煙防止の法制がより強化される見込みです。

しかしながら、子どもに関しては、保護の必要性が高いにもかかわらず、これまで子どもの生活空間における受動喫煙防止の法制はほとんど議論されず、手付かずの状態です。

平成22年（2010年）2月25日厚生労働省健康局長通知「受動喫煙防止対策について」（健発0225第2号）別添の報告書には、「受動喫煙は、乳幼児突然死症候群、子どもの呼吸器感染症や喘息発作の誘発など呼吸器疾患の原因となる。特に親の喫煙によって、子どもの咳・たんなどの呼吸器症状や呼吸機能の発達に悪影響が及ぶ。」「少量のたばこの煙への曝露であっても影響が大きい子どもや妊婦などが、たばこの煙に曝露されることを防止することが重要で喫煙の課題となっている。」「受動喫煙については、子どもや妊産婦など特に保護されるべき立場の者への悪影響が問題となっている。屋外であっても、子どもや多数の者の利用が想定される公共的な空間（例えば、公園、通学路等）での受動喫煙防止対策は重要である。」と報告されています。

また、平成28年（2016年）8月の厚生労働省下「喫煙の健康影響に関する検討会報告書」（以下「平成28年版たばこ白書」といいます。）においても、小児の受動喫煙と、喘息の既往との関連及び乳幼児突然死症候群（SIDS）との関連について、「科学的証拠は、因果関係を推定するのに十分である（レベル1）」と判定されています。

子どもは、受動喫煙によって重篤な健康被害を引き起こすおそれがあり、その上、自らの意思で受動喫煙を避けることが極めて困難であり、受動喫煙からの保護の必要性が特に高い存在です。

- ・子どもが最も長い時間過ごす家庭内
- ・保護者に同伴されて行く可能性のある喫煙がなされている施設
- ・非常に狭い空間で濃厚な受動喫煙を受ける自動車内
- ・屋外であっても、日常的に日々利用される公園・通学路等

において、子どもの受動喫煙からの保護が図られるべきです。

今後は、家庭内や自動車内で子どもの近くでタバコを吸い、受動喫煙せしめる行為は、児童虐待や暴行・傷害の問題として、議論されるべきであろうと考えます。

海外では、子どもが同乗している自動車内での喫煙が、罰則付きの法律で禁止されています。オーストラリアでは16歳未満（州によっては18歳未満）の子どもが同乗している自動車内での喫煙は、罰則をもって禁止されています（2007年以後各州に拡大）。カナダでは16歳未満の子ども（州により2008~2010年頃から）、イングランドでは18歳未満の子ども（2015年から）、フランスでは12歳未満の子ども（2015年から）について適用されています。また、アメリカではカリフォルニア州及びオレゴン州（18歳未満の子どもに適用）をはじめ、8州及びいくつかの都市（州及び都市によって年齢は異なる）において、また、その他の国々（バーレーン、キプロス、モーリシャス、南アフリカ、アラブ首長国連邦など）でも、こうした法律が適用されています。

北海道美唄市では、平成28年7月1日施行の受動喫煙防止条例において、屋外の通学路（登下校時に校門から100m以内の路上と公園）での喫煙禁止を努力義務として定めており、注目されています。同条例は、「平成28年版たばこ白書」にも取り上げられ、その意義は大きいと評価されています。

この度、受動喫煙防止に取り組む弁護士及び大学教授のグループが中心となり、小児科医や医療関係者の意見を踏まえて、別紙「子どもを受動喫煙から守る条例（案）」が策定されました。東京都医師会タバコ対策委員会の平成29年3月「答申」にも掲載されています。また、厚生労働科学研究費補助金による循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「たばこ規制枠組み条約を踏まえたたばこ対策に係る総合的研究」班（研究代表者 中村正和）平成29年3月報告書にも掲載される予定です。

この条例（案）を踏まえて、東京都において「子どもを受動喫煙から守る条例」が制定されるよう求めます。

日本で初となる子どもの受動喫煙防止の条例が制定され、全国に先駆けて範を示すことで、ひいては、全国の地方自治体の条例及び国の法律によって全国に普及拡大することを願います。

「子どもを受動喫煙から守る条例」の制定を要望し、陳情いたします。

以上

## 「子どもを受動喫煙から守る条例」 の制定を求める要望書・陳情書（案）

●●区区長[●●市市長] ●●●● 殿

●●区区議会[●●市市議会] 議長 ●●●● 殿

平成29年（2017年）●月●日

東京都医師会

●●区[●●市]医師会

貴職の日頃の活動に敬意を表します。

さて今日、喫煙がもたらす健康被害は医学的・科学的に証明されており、日本学術会議の平成20年（2008年）3月4日「要望 脱タバコ社会の実現に向けて」において、「受動喫煙も科学的根拠を持って健康障害を引き起こすことが示されて論争に終止符が打たれたといえる。」「職場・公共の場所での喫煙禁止をさらに拡大・徹底する。現在では努力義務規定でしかない健康増進法第25条を改正して、屋内全面禁煙を明示し、罰則を設けて実効性のあるものにするべきである。」と提言されています。

2020年東京オリンピック・パラリンピックに向けて、今後、不特定又は多数の者が利用する施設や職場については、受動喫煙防止の法制がより強化される見込みです。

しかしながら、子どもに関しては、保護の必要性が高いにもかかわらず、これまで子どもの生活空間における受動喫煙防止の法制はほとんど議論されず、手付かずの状態です。

平成22年（2010年）2月25日厚生労働省健康局長通知「受動喫煙防止対策について」（健発0225第2号）別添の報告書には、「受動喫煙は、乳幼児突然死症候群、子どもの呼吸器感染症や喘息発作の誘発など呼吸器疾患の原因となる。特に親の喫煙によって、子どもの咳・たんなどの呼吸器症状や呼吸機能の発達に悪影響が及ぶ。」「少量のたばこの煙への曝露であっても影響が大きい子どもや妊婦などが、たばこの煙に曝露されることを防止することが重要で喫煙の課題となっている。」「受動喫煙については、子どもや妊産婦など特に保護されるべき立場の者への悪影響が問題となっている。屋外であっても、子どもや多数の者の利用が想定される公共的な空間（例えば、公園、通学路等）での受動喫煙防止対策は重要である。」と報告されています。

また、平成28年（2016年）8月の厚生労働省下「喫煙の健康影響に関する検討会報告書」（以下「平成28年版たばこ白書」といいます。）においても、小児の受動喫煙と、喘息の既往との関連及び乳幼児突然死症候群（SIDS）との関連について、「科学的証拠は、因果関係を推定するのに十分である（レベル1）」と判定されています。

子どもは、受動喫煙によって重篤な健康被害を引き起こすおそれがあり、その上、自らの意思で受動喫煙を避けることが極めて困難であり、受動喫煙からの保護の必要性が特に高い存在です。

- ・子どもが最も長い時間過ごす家庭内
- ・保護者に同伴されて行く可能性のある喫煙がなされている施設
- ・非常に狭い空間で濃厚な受動喫煙を受ける自動車内
- ・屋外であっても、日常的に日々利用される公園・通学路等

において、子どもの受動喫煙からの保護が図られるべきです。

今後は、家庭内や自動車内で子どもの近くでタバコを吸い、受動喫煙せしめる行為は、児童虐待や暴行・傷害の問題として、議論されるべきであろうと考えます。

海外では、子どもが同乗している自動車内での喫煙が、罰則付きの法律で禁止されています。オーストラリアでは16歳未満（州によっては18歳未満）の子どもが同乗している自動車内での喫煙は、罰則をもって禁止されています（2007年以後各州に拡大）。カナダでは16歳未満の子ども（州により2008~2010年頃から）、イングランドでは18歳未満の子ども（2015年から）、フランスでは12歳未満の子ども（2015年から）について適用されています。また、アメリカではカリフォルニア州及びオレゴン州（18歳未満の子どもに適用）をはじめ、8州及びいくつかの都市（州及び都市によって年齢は異なる）において、また、その他の国々（バーレーン、キプロス、モーリシャス、南アフリカ、アラブ首長国連邦など）でも、こうした法律が適用されています。

北海道美唄市では、平成28年7月1日施行の受動喫煙防止条例において、屋外の通学路（登下校時に校門から100m以内の路上と公園）での喫煙禁止を努力義務として定めており、注目されています。同条例は、「平成28年版たばこ白書」にも取り上げられ、その意義は大きいと評価されています。

この度、受動喫煙防止に取り組む弁護士及び大学教授のグループが中心となり、小児科医や医療関係者の意見を踏まえて、別紙「子どもを受動喫煙から守る条例（案）」が策定されました。東京都医師会タバコ対策委員会の平成29年3月「答申」にも掲載されています。また、厚生労働科学研究費補助金による循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「たばこ規制枠組み条約を踏まえたたばこ対策に係る総合的研究」班（研究代表者 中村正和）平成29年3月報告書にも掲載される予定です。

この条例（案）を踏まえて、貴区 [貴市] において「子どもを受動喫煙から守る条例」が制定されるよう求めます。

日本で初となる子どもの受動喫煙防止の条例が制定され、全国に先駆けて範を示すことで、ひいては、全国の地方自治体の条例及び国の法律によって全国に普及拡大することを願います。

「子どもを受動喫煙から守る条例」の制定を要望し、陳情いたします。

以上



# 子どもを受動喫煙から守る条例（案）

平成29年（2017年）3月

東京都医師会 タバコ対策委員会 作成

## （前文）

たばこの煙がたばこを吸う人だけでなく、周囲の人の健康にも悪影響を及ぼすことが明らかとなっており、これまで以上に関心と理解を高めていく必要がある。

とりわけ子どもについては、自らの意思で受動喫煙を避けることが困難であり、保護の必要性が特に高い。

また、子どもは社会の宝、活力の源、未来への希望であり、全ての子どもが安心して暮らせる環境を整備することは、社会全体の責務である<sup>1</sup>。

こうした認識に立ち、子どもの受動喫煙からの保護を一層図るべく、この条例を制定する。

## （目的）

**第1条** この条例は、子どもを受動喫煙による健康への悪影響から保護するための措置を講ずることにより、子どもの心身の健やかな成長に寄与するとともに現在及び将来の都民の健康で快適な生活の維持を図ることを目的とする。

## （定義）

**第2条** この条例において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) たばこ たばこ事業法（昭和59年法律第68号）第2条第3号に規定する製造たばこ又は同法第38条第2項に規定する製造たばこ代用品で、喫煙用のものをいう<sup>2</sup>。
- (2) 喫煙 たばこに火をつけ、又はこれを加熱<sup>3</sup>し、その煙又は蒸気を発生させることをいう。
- (3) 受動喫煙 他人のたばこの煙又は蒸気（肉眼で見える煙又は蒸気に限らず、残留するたばこの臭気を含む。）を吸わされることをいう。
- (4) 子ども<sup>4</sup> 児童虐待の防止等に関する法律（平成12年法律第82号。以下「児童虐待防止法」という。）第2条に規定する児童をいう。

<sup>1</sup> 「岡山県子どもを虐待から守る条例」前文参照。

<sup>2</sup> 兵庫県「受動喫煙の防止等に関する条例」第1条3項参照。

<sup>3</sup> 新型の加熱式たばこを含むことを明示した。「神奈川県公共的施設における受動喫煙防止条例」第2条(5)号参照。

<sup>4</sup> 本条例では、自らの意思で受動喫煙を避けることが特に困難である要保護の対象として、「児童虐待防止法」と同様に18歳未満を対象とした。他方、「未成年者喫煙禁止法」第1条において「満二十年ニ至ラサル者ハ煙草ヲ喫スルコトヲ得ス」と規定されていることと平仄をあわせて20歳未満の者を受動喫煙から保護すべきとする条例案も考えられる。その場合は、「子ども」を「未成年者」に変更し、定義を「満二十年に至らざる者」等に変更する。

- (5) 保護者 児童虐待防止法第2条に規定する保護者をいう。
- (6) 家庭等 子どもが住所又は居所として継続的に居住する場所をいう。
- (7) 関係機関等<sup>5</sup> 学校、児童福祉施設、医療機関その他これらに準ずるもので子どもの福祉に業務上関係のある団体及び学校の教職員、児童福祉施設の職員、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、弁護士その他これらに準ずる者で子どもの福祉に職務上関係のある者をいう。

(教育)

第3条 都は、学校教育その他の場において、受動喫煙の有害性及び受動喫煙の防止に関する情報の提供を行うものとする。

(家庭等における受動喫煙防止)

第4条 保護者は、家庭等において、子どもの受動喫煙防止に努めなければならない。

- 2 喫煙をしようとする者は、家庭等において、子どもと同室の空間で喫煙をしてはならない。

(家庭等の外における受動喫煙防止)

第5条 保護者は、家庭等の外においても、受動喫煙を防止する措置が講じられていない飲食店<sup>6</sup>、カラオケボックス、ぱちんこ屋<sup>7</sup>その他の施設<sup>8</sup>に、子どもを立ち入らせないように努めなければならない<sup>9</sup>。

(自動車内における受動喫煙防止)

第6条 喫煙をしようとする者は、子どもが同乗している自動車（道路交通法（昭和35年法律第105号）第2条1項9号に規定する自動車をいう。）内において喫煙をしてはならない。

(公園等<sup>10</sup>における受動喫煙防止)

第7条 喫煙をしようとする者は、公園又は児童遊園において、子どもの受動喫煙

<sup>5</sup> 「横浜市子供を虐待から守る条例」参照。

<sup>6</sup> 「健康増進法」第25条により、施設管理者に受動喫煙防止の努力義務が課されているが、いまだ徹底されていない。

<sup>7</sup> 受動喫煙対策が遅れている施設として、「神奈川県公共的施設における受動喫煙防止条例」別表第2「第2種施設」参照。

<sup>8</sup> 厚生労働省が今後提出予定の法案では、「喫煙室への未成年の立入りを防止する努力義務」を課す予定とのことである。今後の法律制定の状況を踏まえて、喫煙室や受動喫煙防止対策が講じられていない施設に子どもを立ち入らせることを、条例の罰則をもって禁止することも検討すべきである。

<sup>9</sup> 兵庫県「受動喫煙の防止等に関する条例」第10条2項参照。

<sup>10</sup> 「港区環境美化の推進及び喫煙による迷惑の防止に関する条例」第2条10号参照

防止に努めなければならない。

(学校周辺の受動喫煙防止)

第8条 喫煙をしようとする者は、子どもが学校生徒として登下校時に往来する校門を中心として100メートル以内の路上又は公園において子どもの受動喫煙防止に努めなければならない<sup>11</sup>。

2 喫煙をしようとする者は、通学、通園等の用に供されている道路及び児童等が日常的に利用している公園、広場等<sup>12</sup>において、子どもの受動喫煙防止に努めなければならない。

(通報<sup>13</sup>)

第9条 第4条1項若しくは2項、第5条又は第6条に反して、継続的に受動喫煙を受けていると疑われる子どもを発見した者は、これを都、又は、児童相談センター、児童相談所若しくは保健所<sup>14</sup>に通報することができる<sup>15</sup>。

(指導)

第10条 都、並びに、児童相談センター、児童相談所及び保健所は、第4条1項若しくは2項、第5条又は第6条の違反があったと思料するときは、関係機関等と連携し、当該保護者又は当該喫煙者に対し、子どもの受動喫煙の再発防止のための指導又は助言その他の支援を行うことができる<sup>16</sup>。

(罰則)

第11条 第6条の規定に違反して喫煙をした者は、2万円以下の過料<sup>17</sup>に処する。

<sup>11</sup> 「美唄市受動喫煙防止条例」9条2項

<sup>12</sup> 「東京都安全安心まちづくり条例」第27条

<sup>13</sup> 児童虐待防止法第6条参照。なお、法律上の「通告」とは異なる制度として、「通報」の語を用いた。「東大阪市子どもを虐待から守る条例」第9条参照

<sup>14</sup> この条例を区市町村が制定する場合は、適宜、「保健センター」や「子育て世代包括支援センター」等を対象に加える。

<sup>15</sup> 「横浜市子供を虐待から守る条例」第2条(5)号参照

<sup>16</sup> 「横浜市子供を虐待から守る条例」第11条2項参照

<sup>17</sup> 過料は行政罰である。警察による取締りを導入して実効性をより高めるためには、罰金刑(刑事罰)とした上で、いわゆる反則金制度(道路交通法125条以下)に類した制度を設けることも考えられる。なお、法律と条例とでは位置づけが異なるため、現行の反則金制度と全く同じではない。

参考法令

「健康増進法」

<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H14/H14HO103.html>

「神奈川県公共的施設における受動喫煙防止条例」

[http://www.pref.kanagawa.jp/uploaded/life/1058195\\_3558577\\_misc.pdf](http://www.pref.kanagawa.jp/uploaded/life/1058195_3558577_misc.pdf)

兵庫県「受動喫煙の防止等に関する条例」

<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf17/documents/h28zyoureide-ta.pdf>

「美唄市受動喫煙防止条例」

<http://www.city.bibai.hokkaido.jp/jyumin/docs/2015121700027/files/jyudoukituennjyourei.pdf>

「未成年者喫煙禁止法」

<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/M33/M33HO033.html>

「児童虐待の防止等に関する法律」

<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H12/H12HO082.html>

「横浜市子供を虐待から守る条例」

[http://www.city.yokohama.lg.jp/ex/reiki/reiki\\_honbun/g202RG00001817.html](http://www.city.yokohama.lg.jp/ex/reiki/reiki_honbun/g202RG00001817.html)

「東大阪市子どもを虐待から守る条例」

<http://www.city.higashiosaka.lg.jp/cmsfiles/contents/0000006/6306/joureiHonbun.pdf>

「岡山県子どもを虐待から守る条例」

<http://www.pref.okayama.jp/site/gikai/453398.html>

「港区環境美化の推進及び喫煙による迷惑の防止に関する条例」

[http://www.city.minato.tokyo.jp/reiki/reiki\\_honbun/g104RG00000310.html](http://www.city.minato.tokyo.jp/reiki/reiki_honbun/g104RG00000310.html)

「道路交通法」

<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S35/S35HO105.html>

以上



## ●●区 [●●市] 子どもを受動喫煙から守る条例（案）について

平成29年（2017年）3月

東京都医師会 タバコ対策委員会 作成

前記、東京都「子どもを受動喫煙から守る条例（案）」から、以下の点を変更して、条例（案）とする。

第1条について 「都民」を「区民」又は「市民」に変更する。

第3条について 「都」を「区」又は「市」に変更する。

第9条及び第10条について 「都」を「区」又は「市」に変更する。「児童相談センター、児童相談所、若しくは保健所」を適宜該当する児童相談所や保健所の記載に変更する。また、該当がある場合には「子育て世代包括支援センター」を加える。

以上

#### 4. 新型タバコの問題点と比較検討

副委員長 荒井 敏

##### ・電子タバコ

電子タバコは、電気を使用してリキッドを蒸気にして吸引するもので、リキッドにはニコチンを含有するものとしめないものがある。ニコチンを含有するものは、日本では薬事法の適用を受けるため、規制対象となり正規には発売されていない。ニコチンを含有しなくても電子タバコのリキッドには刺激性のあるプロピレングリコールが使用され、燃焼時には発癌性物質に分類されているホルムアルデヒド・アセトアルデヒド、さらに刺激性を有するアクロクレインなどを発生するものがあることが確認されている。さらに、電子タバコには粗悪品も多く、爆発事故の報告もある。

##### ・加熱式タバコ

加熱式タバコは、葉タバコを従来の燃焼以外の方法で加熱し吸引するもので、従来の紙巻きタバコよりは少量であるが、ニコチン・タールも含まれる。加熱式タバコは、副流煙は発生しないが、呼出煙には高濃度のPM2.5が含まれているとの報告もあり、喫煙のみならず受動喫煙の害も懸念される。

##### ・無煙タバコ

無煙タバコは、タバコ葉入りのカートリッジを、火をつけないで直接吸引するもの（ゼロスタイル スティックス:JT）や粉状にしたタバコ葉を上唇と歯茎の間に挟んで使用する嗅ぎタバコ（ゼロスタイル スヌース:JT）などがある。これらの無煙タバコは煙が出ないため無害であると思われがちであるが、ニコチンが含有されているのはもちろんのこと、ニトロソアミンやベンゾピレンなどの発がん性物質が含まれている。また、嗅ぎタバコの使用は、口腔がんを初めとする種々のがんを誘発するという報告もある。

近年、タバコ規制の高まりとともに多国籍タバコ企業は、加熱式タバコを相次いで発売し（図1.アイコス、図2.プルームテック、図3.グロー）、従来のタバコ販売から収益の軸足を移し生き残りを図ろうとしている。タバコ企業は加熱式タバコがあたかも無害であるかのような広告を流し、一般市民はこのような誤った認識を持っている者も多い。

今後のタバコ対策を考える上で、新型タバコの問題は極めて重要であり、その有害性を早めに周知していく必要がある。

電子タバコと加熱式タバコの比較を表1に示す。

## フィリップモリス アイコス




 Iqos One Plusは、従来の電子タバコよりも、よりリアルなタバコ体験を実現しています。

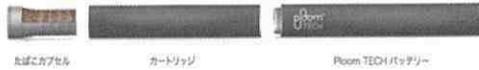
満足感のあるたばこの味わいを引き出す、最新のたばこヒートテクノロジー。

「最新のたばこヒートテクノロジー」により、フィルターにタバコ葉を巻き付け、加熱することで、満足感のあるたばこの味わいを再現します。



## JT プルームテック

### プルームテックの加熱と喫煙方法



たばこカプセル      カートリッジ      Ploom TECH バッテリー

プルームテックは、吸い込んだ時だけカートリッジ内にあるリキッドをバッテリーで霧状化、直接タバコ葉を加熱せず霧状化したものをタバコ葉(たばこカプセル)に通過させてニコチンを摂取します。

## BAT グロー



表1. 電子タバコと加熱式タバコの比較

名称（発売元）他	電子タバコ		加熱式タバコ		
	ニコチンなし	ニコチンあり	アイコス（フィリップモリス）	プルームテック（JT）	グロー（BAT）
管轄	厚生労働省	日本では規制対象	財務省		
仕組み	電気を使用し、リキッドを水蒸気にして吸引		タバコの葉を電気で温め加熱することによって蒸気を発生		
			タバコ葉を特殊プレートで加熱	吸入時カートリッジ内のリキッドをバッテリーで霧状化しタバコ葉を通過させニコチンを摂取	直接タバコ葉を電気で加熱
価格（器具一式）	700～25,000円		9,980円	4,000円	8,000円
特徴			吸引まで約30秒必要、1本毎に交換が必要。	1秒で吸引可、連続吸引可能。	吸引まで約40秒、連続吸引可。
有害性	発がん性物質（ホルムアルデヒド・アセトアルヒド）発生	発がん性物質 ニコチン含有	紙巻きタバコ同程度のニコチン含有 吐出煙中に高濃度のPM2.5を含む		
他	爆発の危険性		ファッションナブルであたかも無害であるかのような巧みなイメージ戦略		

## 5. ニコチンの依存性と毒性に関する科学的知見のまとめ

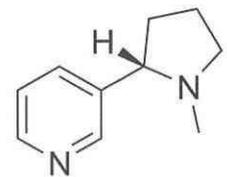
委員 野村 英樹

現在、ヒトがニコチンを摂取する方法として世界的に最も広まっているのが、紙巻きタバコ (cigarette) 喫煙である。紙巻きタバコの能動喫煙による健康被害はもちろんのこと、受動喫煙による健康被害に関しても、科学的な証明は10年以上前に結論が出ているが、我が国では2020年に東京でオリンピックが開催されることになってようやく、オリンピック開催国として慣例となっている屋内禁煙の法制化が議論され始めた。しかし、時を同じくして、いわゆる電子タバコと加熱式タバコ (両者を併せて新型タバコと呼ばれる) が、(能動喫煙・受動喫煙の) 健康被害を気にせず吸える「安全なタバコ」であるかのように宣伝され、急速にシェアを伸ばしている。

電子タバコにはニコチンを含まない製品もあり、それでも安全であるとは言えないが、依存性物質であるニコチンを含んだ製品でない限り、依存症に陥り継続的に使用するリスクは低いものと考えられる。そこで本稿では、ニコチン含有電子タバコ、および加熱式タバコの使用で共通して体内に取り込まれる毒性物質・依存性物質であるニコチンに再度焦点を当て、その健康上および社会的な害について最近の科学的知見をまとめ、対策を講じる上での参考に供したい。

### <ニコチンの急性毒性と法的規制>

ニコチンは無色油状の液体で、融点 $-80^{\circ}\text{C}$ 、沸点 $247^{\circ}\text{C}$ である。経口ニコチンの半数致死量 $\text{LD}_{50}$ は $50\text{-}60\text{mg}/\text{成人}$ または $40\text{-}60\text{mg}/\text{成人}$ とされており、体重を $60\text{kg}$ とすれば $1\text{mg}/\text{kgBW}$ 以下である。猛毒とされる青酸カリが $10\text{mg}/\text{kgBW}$ であるから、その10倍の猛毒ということになる。この致死量については、実際にはこの20倍程度ではないかとの推定も発表されている<sup>i</sup>が、それでも猛毒であることに変わりはない。



毒物及び劇物取締法 (以下、毒劇法) は、1950 (昭和25) 年12月28日に制定されてから66年を迎える古い法律である。たばこ事業法の制定が1984 (昭和59) 年8月10日であるから、これよりも約34年古い。毒劇法は、第2条で「毒物」「劇物」および「特定毒物」を指定しており、ニコチンは、27ある「毒物」の一つに指定されている。ちなみに、劇物は93項目、特定毒物は9項目が指定されており、毒物は経口の場合の $\text{LD}_{50} \leq 50 \text{ mg}/\text{kgBW}$ 、劇物は $\text{LD}_{50} \leq 300 \text{ mg}/\text{kgBW}$ と規定されている<sup>ii</sup>。

また、国際連合による化学品の分類および表示に関する世界調和システム (GHS) に沿った製品評価技術基盤機構 (NITE) の区分<sup>iii</sup>では、経口、経皮ともにニコチンの急性毒性は区分1 (経口では半数致死量 $\text{LD}_{50} \leq 5 \text{ mg}/\text{kgBW}$ 、経皮では $\text{LD}_{50} \leq 50 \text{ mg}/\text{kgBW}$ ) と、最も毒性の強い区分に分類されている。経口毒性はタバコ誤飲事故による健康障害、経皮毒性は葉タバコ農家などで発生する緑タバコ病の原因である。

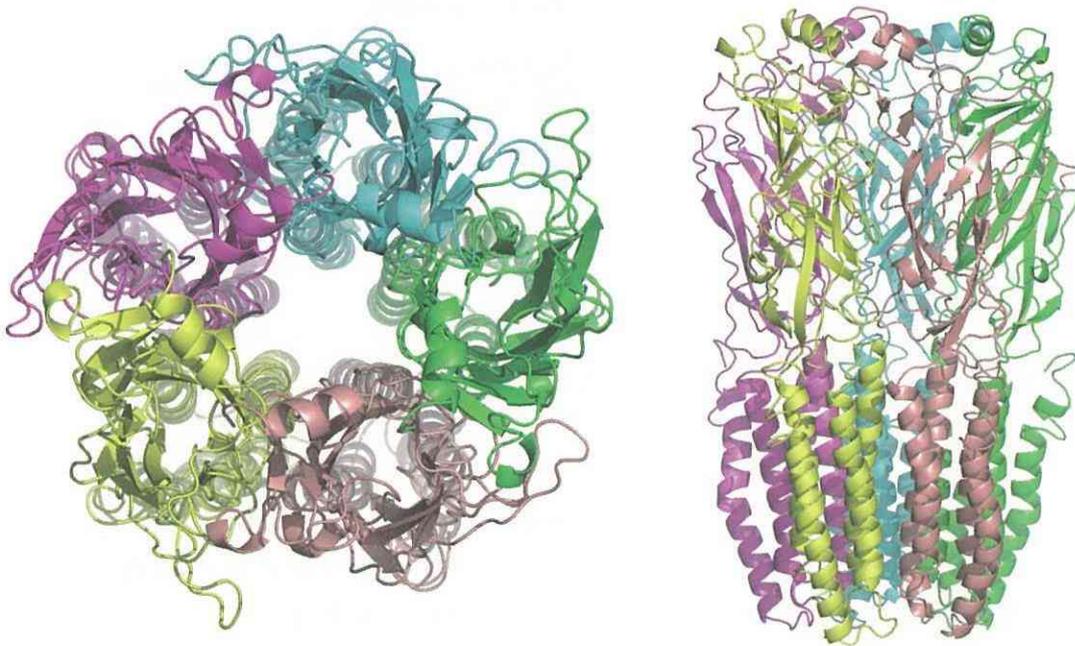


単回曝露による標的臓器は、神経系、呼吸器系、心臓血管系、消化管が区分1、気

道刺激性が区分3に分類されている。反復曝露による標的臓器は、データ不足のため分類不能の扱いとなっている。

#### <ニコチンの作用点>

ニコチンは、ニコチン性アセチルコリン受容体nicotinic acetylcholine receptors (nAChR)と呼ばれる、本来はアセチルコリンが結合する5量体構造のイオンチャンネル型細胞膜タンパク（図iv）に結合し、作動薬（本来の神経伝達物質やホルモンなどと同様の機能を示す物質）としてチャンネルを開く。nAChRは非選択的陽イオンチャンネルであり、 $\text{Na}^+$ 、 $\text{K}^+$ 、および、一部のサブユニットの組み合わせでは $\text{Ca}^{2+}$ の移動も生じる。

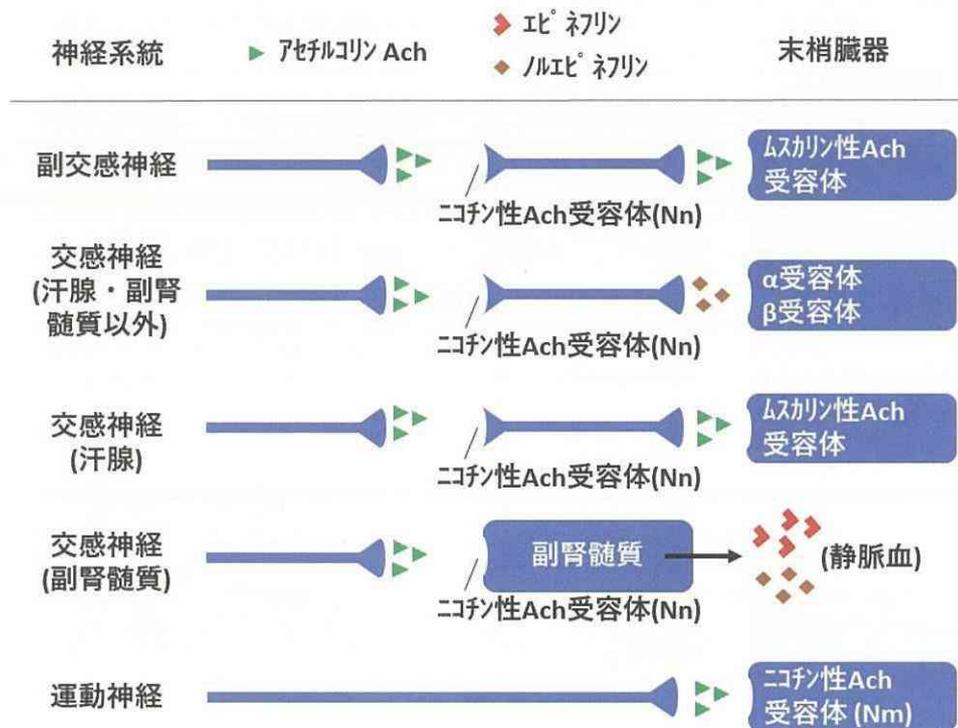


nAChRは、ヒトの体内では

- 運動神経と骨格筋が形成する神経筋接合部の筋細胞側（Nm受容体）
- 自律神経節で節前線維と節後線維（副腎髄質を含む）が形成するシナプスの節後線維側（Nn受容体）
- 中枢神経系

に存在する。

筋細胞に対しては、ニコチンにより筋収縮～痙攣がもたらされる。Nm受容体のサブユニット構成は、 $(\alpha_1)_2\beta_1\delta\epsilon$ または $(\alpha_1)_2\beta_1\delta\gamma$ 。また自律神経に対しては、交感神経および副交感神経の両方の節後線維に作用するため、副交感神経優位の心臓に対しては徐脈を、交感神経優位の血管平滑筋の収縮により血圧上昇を、副交感神経優位の消化管には蠕動および消化液分泌の促進をもたらす。Nn受容体のサブユニット構成は $(\alpha_3)_2(\beta_4)_3$ 。



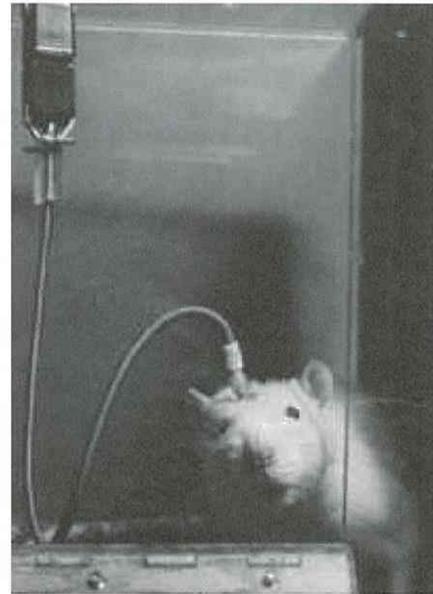
中枢神経系シナプスについては、nAChRは中枢神経系の広い範囲に発現しているが、実は、この受容体がシナプス伝達を担っていることを示す直接の科学的証拠はほとんど得られていない。実は中枢神経系のnAChRは、他の神経伝達物質によるシナプス伝達において節前線維末端付近に発現し、Achやニコチンによる刺激を受けてシナプス伝達を修飾することがわかっている。特に、ニコチンによる依存性の獲得には、中脳の腹側被蓋野（VTA）においてドーパミン神経に対して興奮作用を有するグルタミン酸神経の神経終末上に局在しているnAChRが重要な役割を果たしている。なお、中枢神経系nAChRのサブユニット構成として $(\alpha_4)_2(\beta_2)_3$ 、 $(\alpha_3)_2(\beta_4)_3$ 、および $(\alpha_7)_5$ が知られており、ニコチンの依存性には $(\alpha_4)_2(\beta_2)_3$ タイプが関与しているとされている。

#### <脳内報酬系の発見とその本来の役割>

1950年代、McGill大学（カナダ）のMilnerは、「毛様体を刺激すると動機づけできる」との仮説を検証するため、毛様体に微小電極を埋め込む実験を行っていた。T字迷路の一方の端に行った時にだけ、電極を通じて毛様体を刺激したところ、予想に反し、ラットは刺激を受ける側を避けるようになってしまった。そこに、心理学を専攻した若きJames Oldsが研究に参加、素人であったOldsは、より太いワイヤを用いた他、電極の埋め込みからワイヤの折り曲げまでの時間を短縮してしまった。すると、Oldsが毛様体に電極を埋め込んだはずのラットのうち一匹は、刺激を与えると興味ありげにクンクン臭いを嗅ぎながら前進し、刺激を止めると元の行動に戻った。そしてこのラ

ットだけが、刺激を与えられた方向に興味を示したのである。MilnerとOldsは、この段階で重大な発見をしたことに気づき、実験計画を中止して、この現象の原因を突き止める研究を開始したとされている。この研究が後に、学習心理学でいうところの強化reinforcement現象において中心的な役割を担う脳内報酬系rewarding systemの発見<sup>v)</sup>に結びついた。

Oldsらは、ラットの脳のさまざまな部位に電極を埋め込み、それらのラットを、電極（2本の銀線がエナメル被覆され、先端のみを露出させて先端の間で微小な電流が流れるようにしたもの）を通じて自分の脳を自分で刺激できるレバーを設えたスキナー箱に入れた。ラットが偶然レバーを押してしまった時に脳の一部が電気刺激されることにより、ラットがレバーを押す行動が強化される（オペラント条件付け）か、すなわち、レバー押し行動を学習するか否かを観察した。その後ラットは屠殺され、電極により刺激された部位が同定された。その結果、中核領域に電極が位置していたラットでは強化現象が認められた。Oldsらはこれを、「報酬効果」と呼んでいる。ちなみに、他の部位に電極が位置していたラットではレバー押し行動の強化は観察されず、何の影響もないか、あるいはレバー押しを避ける現象が観察された。



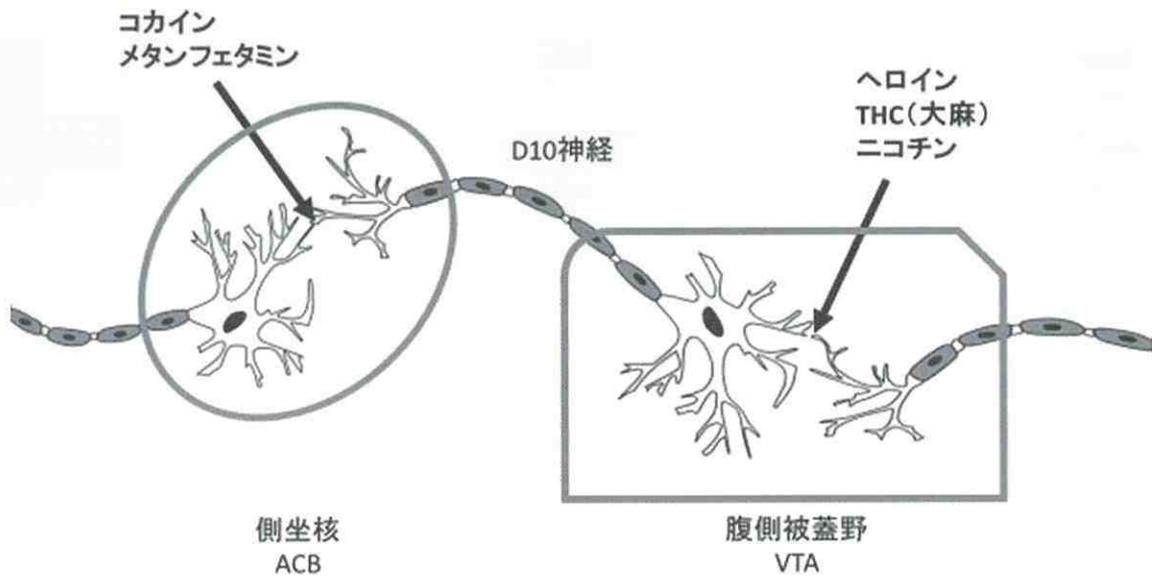
その後の科学の進歩により、「報酬系」の中心に存在するのは、中脳に存在する腹側被蓋野Ventral Tegmental Area (D10領域) から、腹側線条体の一部である側坐核に向かって投射されるドーパミン神経（中脳 - 辺縁系放射路）であることが明らかとなっている。単純に言えば、ある行動をとった時に食餌にありつけて空腹が満たされたり、交尾ができたりすると、その際に側坐核が興奮して動物に快の情動が惹起される。近隣には記憶に関わる海馬が位置しており、動物は快に関連した状況（場所や相手など）や行動を記憶する。また、類似の状況で快が得られることが繰り返されると、次第に快を得る前に類似の状況に遭遇しただけで側坐核が興奮するようになる。すなわち、側坐核の興奮は単に快の情動をもたらすだけでなく、快に対する「期待」や「意欲」にも関係しており、動物における最高位の意味決定機関の役割を担っている<sup>vi)</sup>。

その後の科学の進歩により、「報酬系」の中心に存在するのは、中脳に存在する腹側被蓋野Ventral Tegmental Area (D10領域) から、腹側線条体の一部である側坐核に向かって投射されるドーパミン神経（中脳 - 辺縁系放射路）であることが明らかとなっている。単純に言えば、ある行動をとった時に食餌にありつけて空腹が満たされたり、交尾ができたりすると、その際に側坐核が興奮して動物に快の情動が惹起される。近隣には記憶に関わる海馬が位置しており、動物は快に関連した状況（場所や相手など）や行動を記憶する。また、類似の状況で快が得られることが繰り返されると、次第に快を得る前に類似の状況に遭遇しただけで側坐核が興奮するようになる。すなわち、側坐核の興奮は単に快の情動をもたらすだけでなく、快に対する「期待」や「意欲」にも関係しており、動物における最高位の意味決定機関の役割を担っている<sup>vi)</sup>。

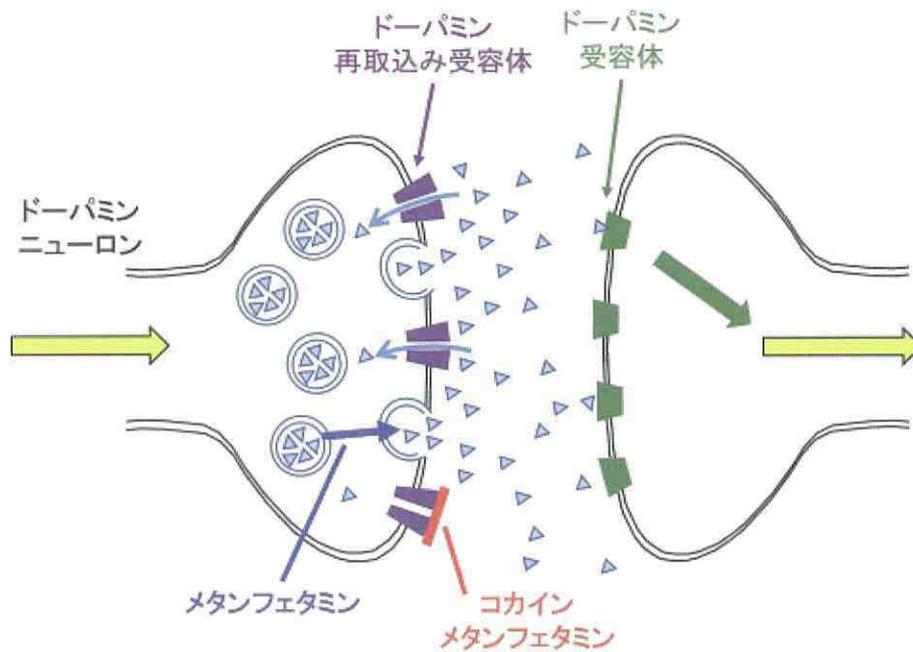
#### <ニコチンなどの薬物による報酬系乗っ取りのメカニズム>

ヒトを含め、動物において依存性を有する薬剤は全て、何らかのメカニズムによってこの放射路を刺激する。例えばコカインは、側坐核においてドーパミン神経末端のシナプス間隙側に局在するドーパミン再取り込み受容体を抑制することにより、シナプス間隙のドーパミン量を長時間維持してしまう。またメタンフェタミンは、同様のドーパミン再取り込み受容体の阻害作用に加えて、神経末端の小胞体内に蓄えられているドーパミンの放出を促す作用も有している。

## D10神経における薬物の作用点

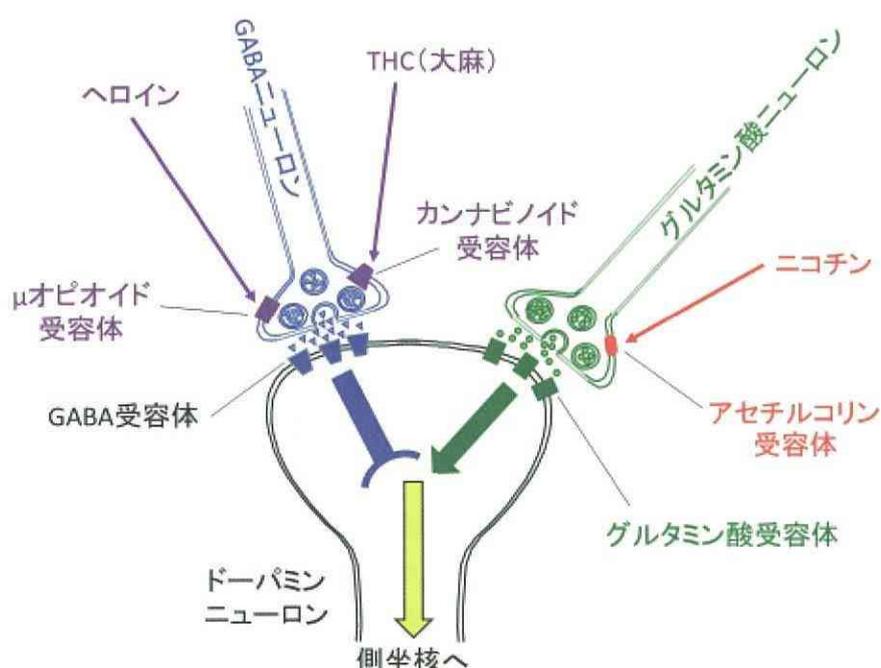


## 側坐核における薬物の作用



腹側被蓋野VTAでは、前頭前皮質などからの興奮系グルタミン酸神経や、抑制系GABA神経がドーパミン神経にシナプスを形成している。すなわち、グルタミン酸神経の興奮が伝わるとドーパミン神経が興奮し、GABA神経が興奮すると、ドーパミン神経の興奮が抑制される。GABA神経の末端には $\mu$ オピオイド受容体やカンナビノイド受容体が局在しており、それぞれヘロインやTHC(大麻の主成分)が結合してGABAの分泌を抑制することにより、ドーパミン神経の興奮性を高める。そして、グルタミン酸神経の神経末端にはnAChRが局在し、ニコチンが結合することによりグルタミン酸が放出されてドーパミン神経が興奮する。

## 腹側被蓋野における薬物の作用



実は、nAChRがニコチンによる刺激から数秒で不活化されてしまう。ところが中枢神経系においては、単回(初回)のニコチン投与が数時間にわたりドーパミンの増加をもたらすことが知られている。そのメカニズムとして、ニコチンがnAChRを介して、VTAにおけるグルタミン酸ニューロンとドーパミンニューロンとのシナプスに長期増強long-term potentiation (LTP) を起こしている<sup>vii</sup>ことが明らかとなっている。LTP現象は、1973年にテリエ・レモとティム・ブリスにより側坐核と密接に関係している海馬において最初に、毎秒20回の刺激を300回流した前後でシナプスの伝達強度が持続的に高まる現象として報告された<sup>viii</sup>。LTP現象自体は中枢神経系のその他の部位でも観察されるが、海馬や報酬系におけるそれは、行動によって快の情動が生じたことを記憶して、その行動を強化(学習)するために進化したメカニズムと考えられている。

すなわちニコチンは、学習のメカニズムを乗っ取ることによって、脳に喫煙行動を学習させ、タバコに関係する刺激を感じただけで喫煙行動を欲する脳を作り出していると考えられるのである。

#### <喫煙者の脳における反報酬系の活動>

喫煙者を含む薬物依存患者が、薬物の摂取によって「快」を得ることができるのは、実は依存に陥る初期だけと考えられている。通常の生活では生じないようなドーパミンの放出を繰り返すことにより、報酬系は同じ薬物の摂取により以前と同程度の快を感じなくなり、また、薬物以外の通常生活中の快も弱まってしまうため、通常の生活に意欲が持てなくなる。加えて扁桃体延長部回路においてストレスへの反応が高まり、陰性情動の発生に結びつく。アルコール依存症患者が飲酒を連想させる刺激を受けた際には、内臓感覚の中樞と考えられている島皮質が発火していることがfMRIにより確認されているが、ニコチン依存についても、脳梗塞により島皮質が障害された患者が苦勞なく自然とタバコを止めてしまうケースが多いことが明らかとなっている<sup>ix</sup>。すなわち、最初は単に快を得るために薬物を摂取していた薬物使用者は、不快から逃れるために薬物を摂取するようになるのである。

#### <依存症に対し社会はどう対応すべきか>

Oldsらが行ったラットの実験は、スキナー箱と呼ばれる小さな箱にラットを1匹だけ閉じ込めた環境で行われた。その後、ニコチンを含めた薬物の自己投与実験などが盛んに行われたが、これらは同様の箱の中で行われており、例えば箱の中に水と薬物入りの水を入れ、ラットが自由に選択できるようにすると、ラットが食事もせず薬物入りの水を摂り続ける様子などが観察されていた。ニコチンについては、頸静脈にカテーテルを留置し、ラットが箱の中のレバーを押すとニコチンが自己注入される状況に置くと、ラットがレバーを押し続けることが観察されている。

1978年にAlexanderは、通常より200倍広いケージに雌雄のラットを16~20匹入れ、ホイールやボールなどの遊び場や、自由に交尾ができる環境を整えたところ、ラットが薬物入りの水を選択なかったことや、薬物依存となったラットがこのケージに移された後に普通の水を飲むようになったことを報告した<sup>x</sup>。この研究は最近になり、孤独と孤立によるストレスが薬物中毒患者の回復を阻害することを動物で示した研究として注目されている。人間においても、ベトナム戦争中にヘロイン中毒となった兵士の40%がヘロインを試し、20%がヘロイン中毒に陥ったが、そのうち95%は帰国後すぐにヘロイン使用を中止できたことが明らかとなっている<sup>xi</sup>。

これらの研究結果は、薬物依存の本質が、反報酬系による不快感を薬物によって一時的に逃れる行動であることを示している。ニコチンは、このような依存性薬物としての特徴を他の薬物と共有する薬物であり、ニコチンの摂取を目的とした新型タバコは、従来のタバコ製品と同様の規制の対象とすると共に、喫煙者を阻害せず、配偶者・

恋人や家族、友人、地域における結びつきなどを促進して、少しでも容易に禁煙できる環境を提供することが重要と考えられる。

- 
- <sup>i</sup> Mayer B. How much nicotine kills a human? Tracing back the generally accepted lethal dose to dubious self-experiments in the nineteenth century. *Archives of Toxicology* 2014; 88(1): 5–7
- <sup>ii</sup> 国立医薬品食品衛生研究所. 毒物劇物の判定基準. <http://www.nihs.go.jp/law/dokugeki/kijun.pdf>
- <sup>iii</sup> <http://www.safe.nite.go.jp/ghs/06-imcg-0601.html>
- <sup>iv</sup> By Ataly - Own work, CC BY-SA 3.0, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=8778716>
- <sup>v</sup> Olds J, Milner P. Positive reinforcement produced by electrical stimulation of the septal area and other regions of rat brain. *Journal of Comparative and Physiological Psychology* 1954; 47, 419–427. ([http://www.wadsworth.com/psychology\\_d/templates/student\\_resources/0155060678\\_rathus/ps/ps02.html](http://www.wadsworth.com/psychology_d/templates/student_resources/0155060678_rathus/ps/ps02.html))
- <sup>vi</sup> Yamazaki Y, et al. Neural changes in the primate brain correlated with the evolution of complex motor skills. *Sci Rep* 2016; 6: 31084
- <sup>vii</sup> Mansvelder HD, McGehee DS. Long term potentiation of excitatory inputs to brain reward areas by nicotine. *Neuron* 2000; 27: 349-357.
- <sup>viii</sup> Bliss T, Lomo T. Long-lasting potentiation of synaptic transmission in the dentate area of the anaesthetized rabbit following stimulation of the perforant path. *J Physiol* 1973; 232(2): 331-56
- <sup>ix</sup> Naqvi NH, Rudrauf D, Damasio H, Bechara A. Damage to the Insula Disrupts Addiction to Cigarette Smoking. *Science* 2007; 315: 531-4.
- <sup>x</sup> Alexander BK, Coombs RB, Hadaway PF. The effect of housing and gender on morphine self-administration in rats. *Psychopharmacology* 1978; 58: 175–179
- <sup>xi</sup> Robins LN. Vietnam veterans' rapid recovery from heroin addiction: a fluke or normal expectation? *Addiction* 1993; 88: 1041-54.

## 6. タバコ産業の情報戦に打ち勝つには、プレーンパッケージを日本で実現するために アドバイザー 望月友美子

タバコ、特に最も普及しているシガレットは、世界中で 20 世紀を通じて流通量が 100 倍に拡大した消費財である。その爆発的流行によって長期利用者の中に肺がん等の疾患が増加し、そののちの臨床研究や疫学研究の対象になっていったが、タバコ産業自らは既に 20 世紀の半ばにはタバコの害を知っていたことが、内部文書によって明らかにされている。医学研究の方法論の発展とともに喫煙と疾病との因果関係が確定されると、そのリスクを根拠に政府の規制が強まることや消費者のタバコ離れが起こることは、企業経営を脅かすため様々な対抗戦略が立てられ実行に移されていった。これにより、リスクに見合った政策形成が阻止され、社会におけるタバコ製品やタバコ産業の存在価値そのものが正当化され、タバココントロールの進んだ国々と比べると日本の状況は三周回遅れと言わざるを得ない。タバコは世界中で年間 600 万人、日本だけでも 15 万人近くの死亡をもたらす、最大の人災であるにも関わらず、抜本的な規制（製品の製造・流通・消費の過程での介入）ができないできたが、この状態をリセットしたのが、たばこ規制枠組条約（Framework Convention on Tobacco Control, FCTC）であるが、我が国においては完全履行には程遠い [World Health Organization, 2015]。この状況を前進させるためには、タバコの健康被害を最もよく知るべき医療専門家が正しい知識を身につけ、自らの患者のみならず社会や政策決定者への情報発信や政策提言を行うことで、タバコ産業との情報戦の最前線に立つことが重要である。厚生労働省が 2016 年に公表した、いわゆる「たばこ白書」にはこれまでの報告書と異なり、日本人を対象にした最新の研究成果が厳密な基準にもとづいてまとめられている [喫煙の健康影響に関する検討会, 2016]。禁煙活動を行う各人が、これらの情報を武器として、総力戦を上げることが必要である。

我が国でも世界各国でもタバコ産業が行ってきた情報戦略は、下記のように分類できる。

- (1) リスクに関する研究成果の否定
- (2) 研究者の囲い込み、研究会の立ち上げ
- (3) 有識者・文化人 (KOL) の開拓
- (4) 有用性に関する文化的・財政的主張
- (5) メディアを使った情報操作
- (6) 偽装団体 (フロントグループ)
- (7) 政策形成への介入 (ロビイング)
- (8) 社会的責任行為 (CSR) による社会寛容の情勢
- (9) 新たな価値創造によるすり替え

それぞれについて、我が国での代表事例を紹介し、対抗策も同時に提示したい。

日本での事例	対抗策
(1) 疫学研究（平山コホート）を否定	メタアナリシスによるエビデンス統合、当事者・当時組織による反論の公表
(2) タバコ会社による委託研究、研究助成、学会設立	タバコ産業からの研究費を受けない組織方針の決定、世論形成、学会監視、利益相反方針
(3) 講演会や学会を通じた容認意見	言論監視と研究・論理による正当な反論、独自の言論空間の確保
(4) 新聞、雑誌への記事投稿	
(5) 民放へのスポンサー、企業広告	メディアリテラシー向上、発信、タバコ会社のメディアスポンサー禁止に関するアドボカシー（条約13条）
(6) 研究会、NPO、ホスピタリティ産業組合・協会の設立と支援	分析調査、アライアンス形成による対抗、ネットワークキング
(7) 族議員、ロビイスト、公聴会	議員対策、アドボカシー強化、パブリックコメント
(8) マナー・灰皿、喫煙所、奨学金	健康問題はマナーで解決できない主張、CSRの真の意味についての発信
(9) 分煙、ハームリダクション	詭弁を崩す正しい情報提供

プレーンパッケージは、タバコの本質を消費者や社会に届けるための方策として、オーストラリア、英国、ニュージーランド、等、多くの国々で実現している政策である [World Health Organization, 2016]。これまでタバコの害について画像付きの警告表示をパッケージの大きな面積を占めさせることが求められてきたが、タバコ産業は残されたわずかなスペースを用いて、タバコの魅力を色やデザインやフォントを通じて消費者に伝えることで、警告メッセージの意味を減弱してきた。そこで、タバコ製品の魅力を消し去ってリスクを直接伝えるための方策として、色やフォントまで統一したデザインで、産業による趣向を凝らしたパッケージデザインを一切排除する試みである。そもそも、パッケージとは、最終産物であるニコチンを魅力的に受容させるための機能であり、煙、タバコ製品、箱、カートンなどなど、何重にも最終産物がかかるまれている。日本では、タバコの包装表示は、たばこ事業法で定められているので、現状では消費低減に結びつくようなパッケージ変更は実現困難である。しかも、日本で特異的に増設されている、喫煙所（分煙の場所）はタバコ産業によるデザインが施され、中の喫煙者を包み込むパッケージの役割をはたしているともいえよう。従って、今後の喫煙所の設置にあたり、喫煙所が最も喫煙者に対して情報提供をしよう場であることを鑑み、設置の基準として内外に、海外のような警告表示を義務づける提案も、

しうるのではないかと考える。今後は、タバコを使用することを非正規化（当たり前でなくすること）を求めて、情報提供や政策提言を行うべきである。

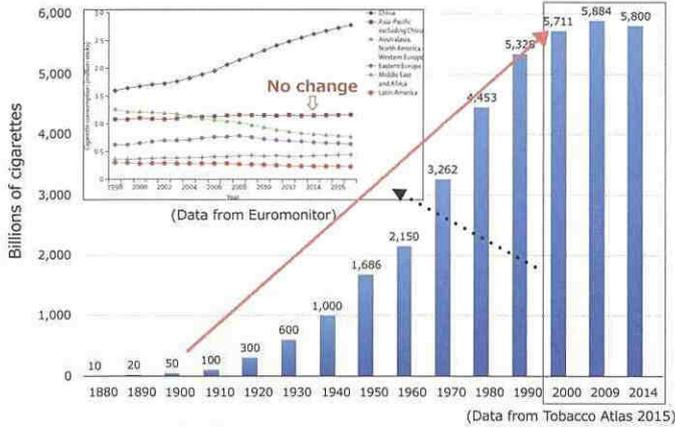
World Health Organization. (2015). WHO report on the global tobacco epidemic 2015. World Health Organization.

World Health Organization. (2016). Plain packaging of tobacco products: evidence, design and implementation. World Health Organization.

喫煙の健康影響に関する検討会. (2016). 喫煙と健康 喫煙の健康影響に関する検討会報告書. 厚生労働省.

## 20世紀は“シガレットの世紀”

1世紀でシガレット販売が100倍増

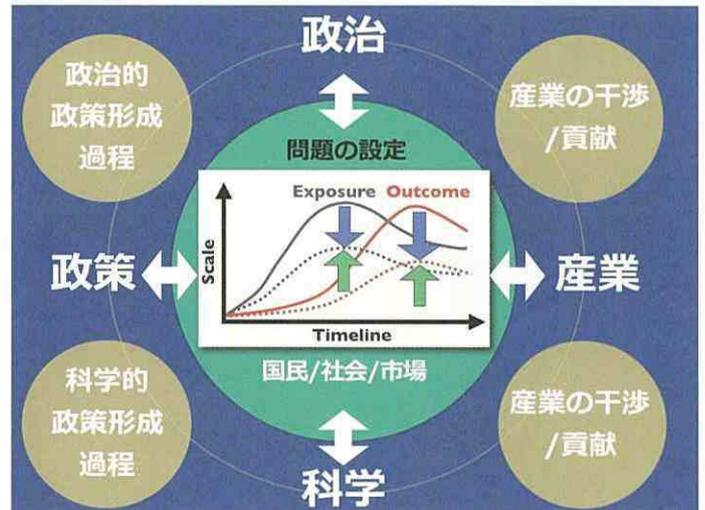


## タバコは人間が作ったとてつもなく甚大な「さけられる」リスク

	環境にあるリスク		遺伝と関係するリスク
	自然	“man-made” 人的 (政府・産業・社会)	
さけられる		タバコ	
さけられない	地震/津波	原発事故	

## タバコは人間が作ったとてつもなく甚大な「さけられる」リスク

	環境にあるリスク		遺伝と関係するリスク
	自然	“man-made” 人的 (政府・産業・社会)	
さけられる		地震、原発、タバコ	
さけられない			



## 事象⇒研究⇒証拠⇒知識の普及⇒“行動”

例えば：米国では第二次世界大戦前から肺がんが急増



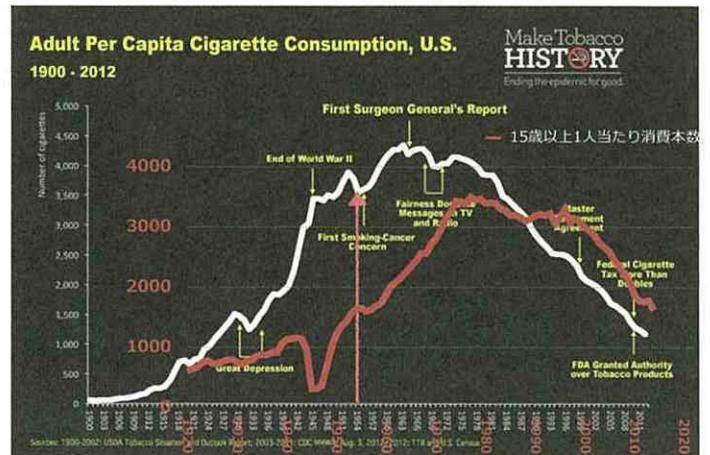
1950年代に、喫煙と肺がんに関する研究論文が多数発表



1954年、知識人に読まれていたリーダーズダイジェストが特集“Cancer by the Cartons”を組み、喫煙激減



## リーダイショック：米国初のタバコ消費抑制



## たばこ産業の反撃（メディアキャンペーン）

A Frank Statement  
to Cigarette Smokers

喫煙者の皆さんへの率直な声明

**健康・公衆衛生という  
概念の先取り**

those whose task it is to  
safeguard the public health.  
公衆衛生をまもる

Tobacco Industry Research Committee, 1954

## 日本でも懸念を払拭する広告宣伝

1957年  
“今日も元気だ  
たばこが元気だ”

**健康・生活・医療の  
イメージの先取り**

1958年  
“生活の句読点”

と並行して始まった「委託研究」

国<sup>の</sup>研究所・大学への  
お墨付き

1957

日本専売公社

委託研究は1986年JT民営化に伴い  
JT出資「喫煙科学研究財団」に移行  
(数倍)

年間  
大学・研究所の  
アライアンス形成  
→暗黙の圧力集団  
→新たな戦略も…

喫煙科学研究財団HPより

## タバコ企業との連携活動に関する 研究機関・学会の認識

### 利益相反に関する取り決め（研究機関）

- 取り決めなく、連携活動問題なし 20%
- 透明性確保されれば、問題なし 53%
- タバコ企業とは連携活動は行わない 4%

### タバコ企業からの広告・寄付・後援（学会）

- 特に、問題なし 6%
- 透明性確保されれば、問題なし 22%
- 受けない 35%

国立がん研究センター2014-2015調査

## タバコ産業の研究費に学会がNO

世界医師会宣言  
WHOたばこ規制枠組条約  
(5.3条、13条、20条)  
日本公衆衛生学会  
日本産業衛生学会  
日本癌学会…

**禁煙宣言**

日本癌学会

- ・タバコ産業と健康を守る利益は相反する（タバコ製品の致死性）
- ・タバコ産業の干渉により研究の自由と公明性公正性が損なわれる
- ・タバコ産業による研究を通じた政策干渉により人命が失われる
- ・タバコ産業の研究費により学会の科学的信頼性が損なわれる

国立がん研究センター  
National Cancer Center Japan

# JT vs NCC

2016/8/31  
受動喫煙による日本人の肺がんリスク約1.3倍

2016/8/31  
受動喫煙と肺がんに関わる国立がん研究センター発表に対するJTコメント

2016/9/28  
受動喫煙と肺がんに関するJTコメントへの見解

FRAMEWORK CONVENTION ON TOBACCO CONTROL  
WHO たばこ規制枠組条約第5条3項の実施のためのガイドライン

## 相容れない利害の対立

「たばこ規制に関する公衆衛生政策を  
たばこ産業の商業上及び  
他の既存の利益から保護すること」

FCTC  
**5.3**

本ガイドラインは、官僚、締約国の管轄権下にある全ての国、州、県、市、町村、又は他の公的もしくは準公的機関又は団体の代表及び従業員、ならびにその全ての代理人に適用される。たばこ規制政策の策定と実施、及びそれらの政策をたばこ産業の利益から保護することに責任を負う政府機関(行政、立法、及び司法)はいずれも、説明義務を負うべきである。

**指針となる原則**

原則1: たばこ産業と公衆衛生政策の間には、根本的かつ相容れない利害の対立が存在する。

たばこ産業は、常習性があり、疾患や死亡の原因となり、また貧困の増加など様々な社会悪を引き起こすことが科学的に実証されている製品を生産し、販売促進している。このため、締約国は、たばこ規制のための公衆衛生政策の制定及び実施を可能な限り、たばこ産業から保護すべきである。

**勧告**

(3) たばこ産業とのパートナーシップや、拘束力又は法的強制力のない協定を拒否する。

## 喫煙と健康

喫煙の健康影響に関する検討会報告書

# 情報と情熱は武器

## 各人が伝道師(伝闘士)となって

平成28年8月

喫煙の健康影響に関する検討会編

## 引き起こされるタバコ病

喫煙が引き起こす疾患	受動喫煙が引き起こす疾患
<p>がん: 肺癌、鼻咽癌</p> <p>慢性疾患: 脳卒中、失明、自死、歯周病、大動脈硬化、肥満、糖尿病、アテローム様心臓血管疾患、慢性腎臓病、慢性気管支炎・COPD、喘息および他の呼吸器作用、糖尿病、肥満、腎臓病、女性の生殖作用(喫煙者の低下率)</p>	<p>小児: 肺がん、中耳炎、急性呼吸器疾患、慢性呼吸器疾患、喘息、アトピー性気管炎、下気道疾患</p> <p>成人: 肺がん、中耳炎、急性呼吸器疾患、慢性呼吸器疾患、喘息、アトピー性気管炎、下気道疾患、女性の生殖作用(喫煙者の低下率)</p>

1. 喫煙は殆ど全ての臓器を冒し、多くの疾病の原因で、喫煙者の健康を損なう。2. 禁煙は直ちに、また長期的な利益をもたらすし、喫煙による疾病のリスクを下げ、健康状態を改善する。3. タール・ニコチン量の少ないシガレットは健康に十分な利益をもたらさない。4. 腫瘍大動脈瘤、急性腎臓病、慢性腎臓病、子宮頸がん、腎臓がん、膵臓がん、肺炎、歯周炎、胃がんが喫煙者のリストに加えられた。

1. 受動喫煙は小児と非喫煙者の早死死亡と疾病の原因。2. 受動喫煙を受けた小児はSIDS、急性呼吸器疾患、中耳炎、慢性呼吸器のリスクが高い。両親の喫煙は小児の呼吸器状態の原因で、肺の発達を遅らせる。3. 受動喫煙は成人では健康益への裨益が乏しくもたらされ、虚血性心疾患と肺がんの原因となる。4. 受動喫煙への曝露にはリスクフリーレベルはないことが科学的証拠で示されている。

## 日本の対策：順序がさかさま

路上喫煙禁止条例 (マナーからルールへ、そしてマナーへ??)  
受動喫煙防止条例 (吸わない人には吸わせない=吸いたい人には吸わせる??)  
禁煙支援 (やめたい人をやめさせる=やめたくない人は放任か??)  
未成年の喫煙防止 (大人になってから=成人からの奨励??)

# ユニバーサルプロテクションの発想が必要

次世代の子供たち → 喫煙者 = 1次被害 非喫煙者 = 2次被害 残留煙 = 3次被害 (屋外)

非常に伝播力の高い製品/行動

## タバコ産業も参入する ユニバーサルプロテクション

受動喫煙 禁

次世代の子供たち → 喫煙者 = 1次被害 非喫煙者 = 2次被害 残留煙 = 3次被害 (屋外)

新たなライフスタイルとしての浸透

# It's all about behavior.



Johns Hopkins University  
Jack Henningfield, 2014

“より依存性の高い製品を作り、タバコの消費開始を増やすために、行動科学はタバコ産業に乗り取られている。タバコ産業は、シガレットに含まれるニコチンや他の成分の強化作用、弁別作用、誘発刺激作用に影響を与える内的因子と外的因子について広範囲に研究してきた。”

## 変貌するたばこ製品 Changing Cigarettes

シガレットの変わらぬ本質＝「消費者に（依存性物質）ニコチンを送達するたばこ由来の製品」（米国公衆衛生総監報告書 2010）

「シガレットはプロダクト（製品）というよりもパッケージとみなすべきである。シガレットは多くのパッケージ層から成り立っている。カートンがあり、カートンには箱が含まれ、箱にはシガレットが含まれ、シガレットには煙が含まれる。煙が最終プロダクトなのである。喫煙者は自らが求めるものに到達するまでに、これらのパッケージ層をすべてはがしていかなければならない。」  
「1服の煙はニコチンの伝達手段である。煙はニコチンの伝達手段として最適であることには疑いの余地もない。シガレットの箱はニコチンの1日供給量の貯留庫と考えてみよ。シガレットはニコチンの1回用量の取り出し器と考えてみよ。」

(William L. Dunn, Jr. Philip Morris, 1972)



平均的なたばこ1本には10-14mgのニコチンが含まれ(Kozlowski et al. 1998)、喫煙により、1-1.5mgが体内に吸収される(Benowitz and Jacob 1984)。

## 何故パッケージが重要か

ブランド差別化  
社会的可視化  
衣服の一部  
広告効果



“バッジプロダクト”  
本質を覆い隠すため

## 最前線オーストラリアの警告表示の進化・深化

ブレンパッケージ



2002-2006

2006-2012

2012-

<https://youtu.be/8rSrrSTW0UU>

### Everybody knows?

## World No Tobacco Day 2016

### GET READY FOR PLAIN PACKAGING



No logos, colours, brand images or promotional information

Pack surfaces in a standard colour

Brand and product names in a standard colour and font

Graphic health warnings used in conjunction with plain packaging



31MAY:WORLDNOTOBACCO DAY

[https://youtu.be/rXUCTSp2\\_58](https://youtu.be/rXUCTSp2_58)

ブレンパッケージの根拠

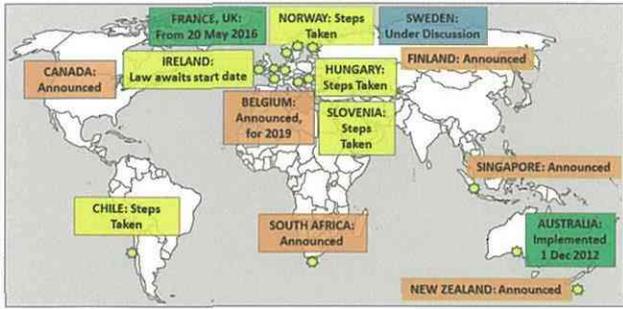
FCTC第11条ガイドライン

パッケージに、標準的な色とフォントで製品名を提示する以外に、ロゴ、色、ブランドイメージ、販促情報を使用することを禁じる

目的

1. たばこ製品の魅力を減退させる
2. 広告・販促の一形態としてのたばこパッケージの効果を排除する
3. ある製品は他の製品よりも害が少ないかもしれないと示唆するようなパッケージデザイン技術に注意を向けさせる
4. 健康警告の認知度と効果を高める

# プレーンパッケージを実現する国、続々 Tobacco Plain Packaging, 2016



Thanks to Rob Cunningham, Canadian Cancer Society

Learn more: <http://bit.ly/1YFCyVq>

# 国立がん研究センター調査2016

[http://www.ncc.go.jp/jp/information/pdf/press\\_release\\_20160530\\_02.pdf](http://www.ncc.go.jp/jp/information/pdf/press_release_20160530_02.pdf)

たばこ警告表示（注意文言）について 国民意識アンケート調査結果の概要

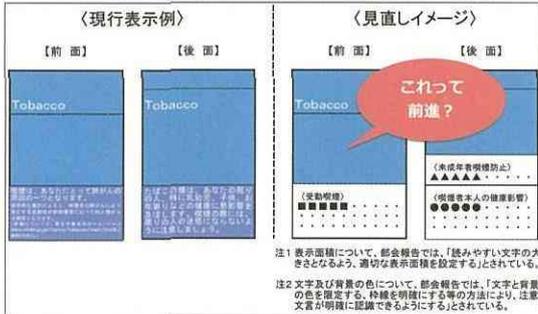
## 国民の大多数は画像付き警告表示を支持

平成 28 年 4 月にインターネット・アンケート調査を実施し、2,440 人から回答を得た。結果の概要は次のとおりである。（喫煙者 1000、前喫煙者 500、非喫煙者 500、未成年者 440）

- 喫煙者が表示を認識し、表示内容を読む効果が大きいのは、**画像付きの警告表示**。例えば「肺がん」では、喫煙者の 58 % が画像付きを 1 位に選択した。
- 画像を不快・不適切と感じるかどうかは、意見が分かれる。
- 警告表示の面積割合を大きくすることについては、喫煙者の 47%、成人全体の 72% が賛成。
- 大きな字でシンプルな文言にすることは、喫煙者の 56%、成人全体の 75% が賛成。
- 警告表示に画像を入れることは、喫煙者の半数近く、成人全体の **70% が賛成**。反対は喫煙者でも 20% と少ない。
- 個別の画像には不快・不適切と思うものがあったとしても、警告表示に画像を入れることには賛成。

## 一方、財務省パブコメでは… (2016/6/17-7/19)

- ・喫煙と健康に関する適切な情報提供という観点からは、提供情報が消費者に正確に受け止められるようにするとともに、過度に不快感を与えないようにすることが必要
- ・画像を導入した諸外国における導入効果等について十分に検証した上で、今後、検討
- ・製造たばこが自動販売機や製造たばこ以外の商品を扱う店舗でも販売されており、製造たばこのパッケージは喫煙者以外の目にも触れることとなるため、画像を用いた注意文言表示の導入については、流通や販売方法と一体的に検討



## 注意文言表示（健康警告）の目的は？

⇒消費減少であるはず、違うのか財務省？

・喫煙と健康に関する適切な情報提供という観点からは、提供情報が消費者に正確に受け止められるようにするとともに、過度に不快感を与えないようにすることが必要

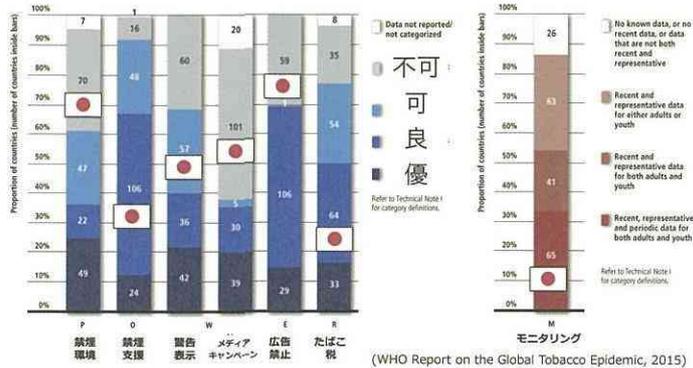
⇒不快でも受け入れられている、不快はリスク認知の現れ

・画像を導入した諸外国における導入効果等について十分に検証した上で、今後、検討  
⇒感情惹起は禁煙動機を増強、リスク認知を上げる

・製造たばこが自動販売機や製造たばこ以外の商品を扱う店舗でも販売されており、製造たばこのパッケージは喫煙者以外の目にも触れることとなるため、画像を用いた注意文言表示の導入については、流通や販売方法と一体的に検討  
⇒公衆、特に未成年への訴求効果、喫煙の非正規化、販売方法変更

## 日本の政策、MPOWER通信簿 禁煙環境、キャンペーン、広告禁止が「不可」

THE STATE OF SELECTED TOBACCO CONTROL POLICIES IN THE WORLD, 2014



## 日本におけるプレーンパッケージ実現のために

- ・タバコ産業は 20 世紀型手法 + イノベーションで攻めてくる (IoT)
- ・21 世紀型製品の登場を前提に政策を組み直す
- ・ニコチン依存・依存ビジネスを見誤らない
- ・最もハイリスクの子供と喫煙者ファーストで政策自体もパッケージ化する
- ・製品本質を表すパッケージ・流通規制を実現させる