

地域及び多職種による受動喫煙の防止  
ならびに喫煙率低下の推進

答 申

平成 3 1 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

|        |         |                        |
|--------|---------|------------------------|
| 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                  |
| 〃      | 白 石 宏 志 | 江戸川区医師会                |
| 〃      | 池 上 晴 彦 | 玉川医師会                  |
| 〃      | 正 林 浩 高 | 大森医師会                  |
| 〃      | 伊 藤 大 介 | 練馬区医師会                 |
| 〃      | 島 田 和 典 | 順天堂大学医師会               |
| 〃      | 野 村 英 樹 | 金沢大学                   |
| 〃      | 山 本 秀 樹 | 東京都歯科医師会               |
| 〃      | 龍 岡 健 一 | 東京都薬剤師会                |
| 〃      | 大 橋 純 江 | 東京都看護協会                |
| 〃      | 片 山 律   | Wealth Management法律事務所 |
| 〃      | 湯 谷 恭 子 | 東京都養護教諭研究会             |
| アドバイザー | 作 田 学   | 日本禁煙学会                 |
| 〃      | 望 月 友美子 | 日本対がん協会                |
| 担当理事   | 蓮 沼 剛   |                        |

## 目 次

|                                    |    |
|------------------------------------|----|
| はじめに                               | 1  |
| 【総論】 地域及び多職種による受動喫煙の防止ならびに喫煙率低下の推進 |    |
| Ⅰ. 地域・多職種によるタバコ対策の必要性について          | 2  |
| Ⅱ. 循環器領域における喫煙・受動喫煙の害について          | 5  |
| Ⅲ. 新型タバコも含めたタバコ対策の必要性について          | 9  |
| 【各論】 各組織での取り組みと今後の課題・戦略            |    |
| Ⅰ. 学校における喫煙防止教育の充実について             |    |
| 1. 東京都養護教諭研究会                      |    |
| 「義務教育における喫煙防止教育の取り組みについて」          | 21 |
| 2. 港区医師会「港区・港区医師会におけるタバコ対策」        | 24 |
| 3. 玉川医師会                           |    |
| 「世田谷区における組織連携・体制の構築と喫煙防止教育の実際」     | 33 |
| Ⅱ. 多職種による市民（外部）及び会員（内部）への啓発活動      |    |
| 1. 東京都医師会・中野区医師会「医師会での禁煙対策」        | 43 |
| 2. 東京都歯科医師会                        |    |
| 「東京都歯科医師会の禁煙支援への取り組みについて」          | 58 |
| 3. 東京都薬剤師会                         |    |
| 「薬剤師会による禁煙・受動喫煙防止の啓発活動」            | 68 |
| 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」        | 70 |
| Ⅲ. 地域医師会における（禁煙治療・禁煙指導への）取り組み      |    |
| 1. 大森医師会「大田区三医師会及び大森医師会での取り組み」     | 74 |
| 2. 練馬区医師会                          |    |
| 「練馬区における受動喫煙防止への取り組みと今後の課題」        | 77 |
| 3. 江戸川区医師会「江戸川区のタバコ環境」             | 82 |
| Ⅳ. 行政への働きかけ、タバコ産業側への対抗策            |    |
| 1. オリンピックに向けた健康増進法改正と都条例制定について     | 84 |
| 2. 地区医師会としての行政への働きかけ（調布市医師会）       | 92 |
| 3. タバコ産業側との情報戦に打ち勝つための戦略について       | 96 |
| 4. タバコ産業から命の政策を守るには                |    |
| ～政策干渉の回避と社会合意の形成に向けて～              | 99 |

## はじめに

平成 29（2017）年 10 月 1 日に、尾崎治夫会長からいただいた諮問内容は、「地域及び多職種による受動喫煙の防止ならびに喫煙率低下の推進」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、約 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。

さらに、最近の新型タバコ（電子タバコ、加熱式タバコなど）に関しては、タバコ会社の広告効果によって多くの誤解が存在しており、これらを正すべく今期はタバコ Q&A の改訂を行った。

東京都医師会では、2020 年の東京オリンピック・パラリンピックに向けて東京都歯科医師会、東京都薬剤師会及び東京都看護協会など様々な職種の方々と積極的に連携を取っており、タバコ対策委員会としても、多くの方々に対して正しい情報提供をしたいと考えている。

平成 31 年 3 月

東京都医師会タバコ対策委員会  
委員長 村松 弘康



## 【総 論】地域及び多職種による受動喫煙の防止ならびに喫煙率低下の推進

### I. 地域・多職種によるタバコ対策の必要性について

委員長 村松 弘康

#### はじめに

2020年に東京オリンピック・パラリンピックが開催されることで、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、東京を中心として日本においても受動喫煙を防止する法規制が必要となった。

国としては平成30年7月18日に改正健康増進法が成立し、東京都では東京都受動喫煙防止条例が平成30年6月27日に成立して、ともに2020年4月には全面施行されることとなったが、国民の喫煙・受動喫煙に対する様々な誤解は依然として根強く存在している。

これらの誤解を払拭するためには、医師だけの力では不十分であり、各地域において多職種の方々との連携・協力体制の確立が必要である。

#### タバコ対策の必要性

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、受動喫煙でも多く発生することも「確実」となった<sup>1)</sup>（表1）。

| ＜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>がん発症<br/>（10カ所の部位で「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）<br/>（受動喫煙、妊婦の喫煙）</li></ul>                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | <div>がん発症部位（10カ所）*<br/>肺、口腔・咽頭、喉頭、鼻腔・副鼻腔、<br/>食道、胃、肝臓、膵臓、膀胱、子宮頸</div> <div>厚生労働省「たばこ白書」平成28年8月31日<br/>喫煙と健康（喫煙の健康影響に関する検討会報告書）<br/><a href="http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-kenkou.html?tid=313655">http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-kenkou.html?tid=313655</a></div> |

表1：喫煙・受動喫煙と因果関係が「確実」な疾患・病態

一方、2020年に東京オリンピック・パラリンピックが開催されることで、国としては平成30年7月18日に改正健康増進法が成立し、東京都では東京都受動喫煙防止条例が平成30年6月27日に成立して、ともに2020年4月には全面施行されることとなった<sup>2) 3)</sup>。両者の比較を表に示す（表2）。

|                           | 改正健康増進法<br>(平成30年7月18日成立)                                                         | 東京都受動喫煙防止条例<br>(平成30年6月27日成立)                    |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 幼稚園、小・中・高校、<br>大学、病院、行政機関 | 敷地内禁煙<br>(屋外喫煙所の設置は可)                                                             | 敷地内禁煙(幼稚園・保育所、<br>小中高校は屋外喫煙所も不可)                 |
| 大規模の飲食店<br>(チェーン店など)      | 資本金＞5000万円の飲食店、<br>客席面積＞100m <sup>2</sup> の飲食店、<br>また新規に開業する飲食店は<br>屋内禁煙(喫煙室の設置可) | 従業員のいる飲食店は例外なく<br>屋内禁煙(喫煙室の設置可)                  |
| 小規模の飲食店<br>(個人経営店など)      | 資本金≤5000万円かつ<br>客席面積≤100m <sup>2</sup> の既存店は<br>標識を掲示すれば喫煙可<br>(期限付きの経過措置)        | 従業員がいない飲食店のみ<br>(同居中の家族だけで営業する店)<br>標識を掲示すれば喫煙可  |
| 飲食店内での<br>加熱式タバコの扱い       | 「当分の間(期限は未定)」の経過措置として<br>加熱式タバコ専用の喫煙室内ならば飲食しながらの使用も可                              |                                                  |
| その他の施設<br>(オフィス、ホテルなど)    | 原則屋内禁煙(喫煙室の設置可)                                                                   |                                                  |
| 未成年者の保護規定                 | 喫煙スペースへの立ち入り禁止                                                                    |                                                  |
| 罰則(行政処分)                  | 管理者:50万円以下の過料<br>喫煙者:30万円以下の過料                                                    | 管理者:5万円以下の過料<br>喫煙者:3万円以下の過料<br>(加熱式タバコには罰則適用せず) |

表2：改正健康増進法と東京都受動喫煙防止条例の比較

今回の法規制では、加熱式タバコに対しては規制されない内容となっており、従来のタバコについても喫煙室が一部許可されていることから、海外における「Tobacco Free Olympic Games」からは、かけ離れている。

海外における「タバコのないオリンピック大会」とは、従来の燃焼式タバコだけでなく、他のタバコ製品の使用も禁止された状態（Smoking and use of other tobacco products were not be permitted）とされている<sup>4)</sup>。

世界保健機関（WHO）は、各国の受動喫煙防止対策について4段階でレベル評価しているが<sup>5)</sup>、今回の法改正ならびに都条例制定がなされたとしても、評価は最低レベルから1段階アップするにすぎない（表3）。

- 世界の186か国中、公衆の集まる場（public places）すべて（8種類）に屋内全面禁煙義務の法律があるのは55か国
- 日本は、屋内全面禁煙義務の法律がなく、区分は最低レベル

| 禁煙場所の数 | 国数   | 代表的な国            |
|--------|------|------------------|
| 8種類すべて | 55か国 | 英国、カナダ、ロシア、ブラジル等 |
| 6～7種類  | 23か国 | ノルウェー、ハンガリー等     |
| 3～5種類  | 47か国 | ポーランド、韓国等        |
| 0～2種類  | 61か国 | 日本、マレーシア等        |

|                               |       |          |     |         |
|-------------------------------|-------|----------|-----|---------|
| 公衆の集まる場<br>(public places)とは、 | ①医療施設 | ②大学以外の学校 | ③大学 | ④行政機関   |
|                               | ⑤事業所  | ⑥飲食店     | ⑦バー | ⑧公共交通機関 |

表3：WHOによる受動喫煙防止対策レベル評価

### 多職種連携の必要性

日本では、タバコ対策を推進すべき国が、元専売公社である日本たばこ産業（JT）の株式を3分の1以上保有している筆頭株主である<sup>6)</sup>ことから、タバコに対する規制が進まないという現実がある。

多くの国民が、喫煙・受動喫煙の有害性を過小評価しており、未だに「タバコは嗜好品」「喫煙する権利」などとタバコ会社と同様の言葉を口にする医療従事者すら多数いるのが現状である。

このような現状を変えていくためには、医師会、歯科医師会、薬剤師会だけではなく、教育現場からは養護教諭の先生にも加わって頂くなど、多くの職種の方々と連携しながら、地域毎にタバコ対策を実施していく必要がある。

### <出典・参考文献>

- 1) 厚生労働省 喫煙と健康「喫煙の健康影響に関する検討会報告書」平成28年  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-kenkou.html?tid=313655>
- 2) <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000189195.html>
- 3) <http://www.metro.tokyo.jp/tosei/hodohappyo/press/2018/04/20/19.html>
- 4) [http://www.who.int/tobacco/free\\_sports/olympics/en/](http://www.who.int/tobacco/free_sports/olympics/en/)
- 5) WHO report on the global tobacco epidemic 2017
- 6) <https://www.jti.co.jp/investors/stock/overview/index.html>

## Ⅱ. 循環器領域における喫煙・受動喫煙の害について

委員 島田 和典

### はじめに

喫煙は、循環器疾患の発症や進展に深く関与する。そして、喫煙は、すべての動脈硬化性疾患における主要な危険因子である。また、喫煙者が吸煙する主流煙による能動喫煙だけではなく、受動喫煙も動脈硬化性疾患の発症や進展に関連する。一方、禁煙はこれらのリスクを改善させる確実な治療法である。本稿では、喫煙と循環器疾患との関連、喫煙が動脈硬化の発症や進展に関与する機序、禁煙の効果について、最新の知見も含め概説する。

### 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。最近の研究では、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にされている<sup>1)</sup>。

近年の冠動脈カテーテル治療の進歩は著しく、冠動脈ステント治療後の再狭窄率は、薬剤コーティングステントの臨床応用により劇的に改善した。一方、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課題である。SYNTAX 試験では、喫煙が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>。

### 受動喫煙と循環器疾患との関連

受動喫煙は、総死亡リスク、脳卒中、大動脈疾患、末梢動脈疾患も含めた心血管疾患イベント発症リスクと関連する<sup>2)</sup>。心不全や心原性脳塞栓症発症の原因となる心房細動は、受動喫煙と関連することが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関連することも明らかにされた<sup>3)</sup>（図 1）。

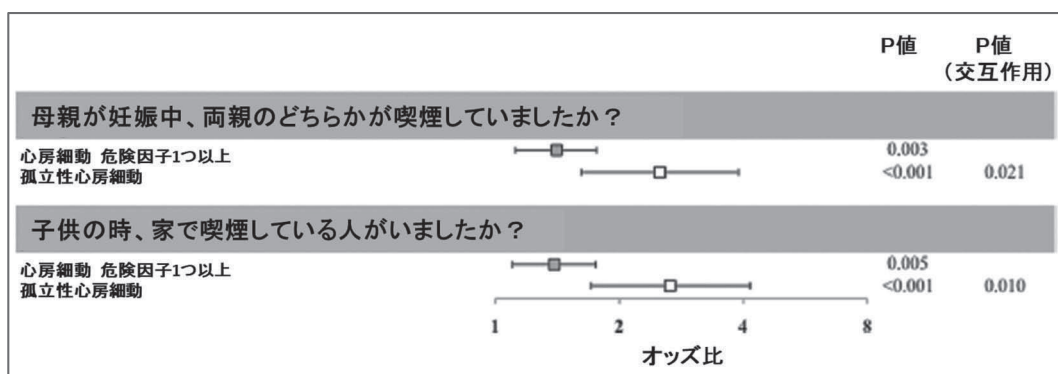


図 1：胎児期や小児期における受動喫煙と将来の心房細動発症リスク（文献 3 一部改）

胎児期や小児期における受動喫煙は、将来の心房細動発症リスクと関連した。



受動喫煙は、メタ解析において冠動脈疾患の相対危険度が 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<sup>2)</sup>、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も増大する<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>4)</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、2018 年 6 月 27 日には東京都で従業員を雇う飲食店を原則屋内禁煙にする受動喫煙防止条例が可決、さらに 2018 年 7 月 18 日には受動喫煙対策を強化する改正健康増進法が国会で可決成立した。実際に、神戸市における急性冠症候群の発症は、受動喫煙防止条例施行の 1 年目 7.3%、2 年目 11.5%低下したことが確認されている<sup>5)</sup> (図 2)。

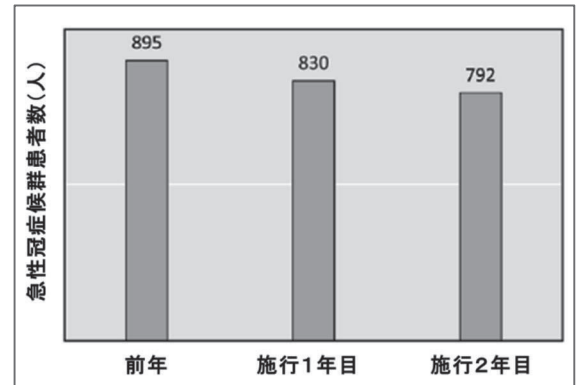


図 2：神戸市の急性冠症候群患者数 (人)  
(文献 5 一部改)

神戸市の急性冠症候群発症数は、受動喫煙防止条例施行後 1 年目 7.3%、2 年目 11.5%減少した。

### 喫煙が循環器疾患発症に関連する機序

喫煙が循環器疾患発症に関連する機序は、能動喫煙のみならず受動喫煙も同様と考えられる。タバコ煙には、約 70 種の発がん物質、約 200 種の有害物質、4000 種以上の化学物質が含まれ<sup>2,6)</sup>、喫煙と動脈硬化の発症や進展との関連には様々な機序が関与する。

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関与する brain-derived neurotrophic 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関与すること<sup>2)</sup>、喫煙は DNA メチル化を強力に修飾し<sup>7)</sup>、血小板凝集に関連する protease-activated receptor (PAR)-1 と PAR-4 における CpG の低メチル化とも関連することが報告されている<sup>8)</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関与すると考えられる。

### 禁煙の効果

禁煙は、心血管疾患の発症や再発予防に極めて重要かつ確実な治療法の一つである。禁煙した冠動脈疾患患者は、喫煙継続患者に比較して死亡率が 36%低下した<sup>9)</sup>。この禁煙の効果は、アスピリン、β 遮断薬、アンジオテンシン変換酵素阻害薬、スタチン等の内服以上に効果的であったことは極めて重要な知見である<sup>8)</sup>。また、虚血性心疾患の発症や死亡に対するリスクの低下は、禁煙後の比較的早期から認められる。本邦で行われた前向き多施設研究 Osaka Acute Coronary Insufficiency Study Group (OACIS)では、急性心筋梗塞発症後に禁煙した群は、喫煙継続群に比較して死亡率が 61%低下した<sup>10)</sup>。実際に、4 週間の禁煙により、血管内皮前駆細胞数は増加した<sup>11)</sup>。

最近、禁煙による体重増加と2型糖尿病の発症、心血管疾患死亡、総死亡のリスクとを検討した研究が報告された。大幅な体重増加を伴った禁煙は、2型糖尿病発症の短期リスクの上昇に関連したが、禁煙による心血管死亡と総死亡の減少に対する有益性を減少させなかった。すなわち、禁煙の効果は、体重増加の有無に関わらず心血管死亡と総死亡の減少に寄与することが明らかとなった<sup>12)</sup> (図3)。

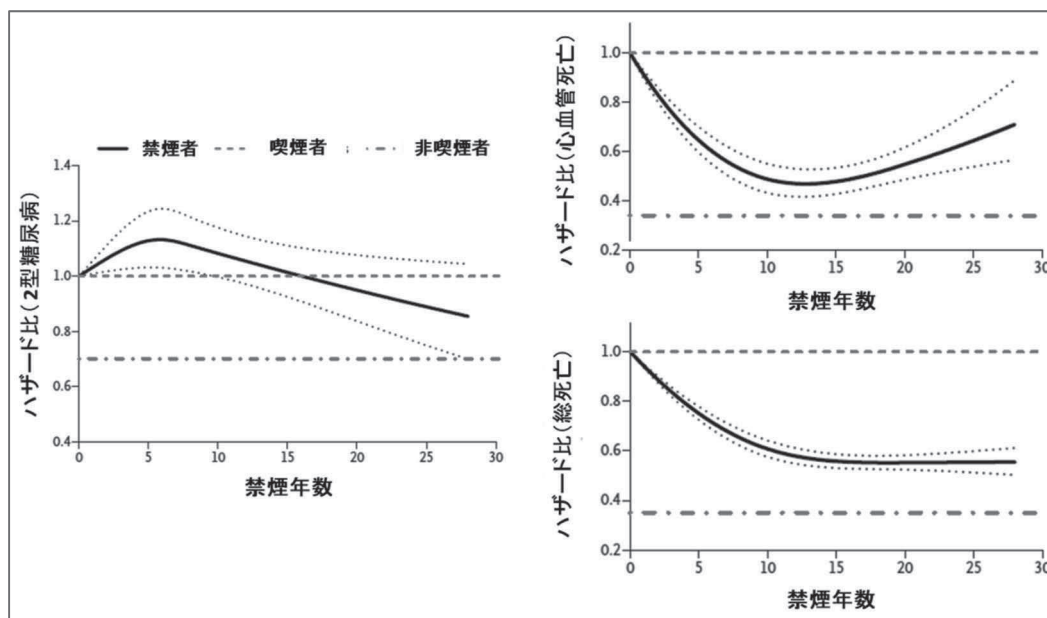


図3：禁煙年数と2型糖尿病発症リスク、心血管死亡リスク、総死亡リスク（文献12一部改）

禁煙による体重増加は2型糖尿病の発症リスクと関連するが、禁煙の効果は体重増加の有無に関わらず心血管死亡と総死亡の減少に寄与する。

## おわりに

喫煙と循環器疾患との関連について概説した。喫煙が動脈硬化性疾患も含め様々な循環器疾患に及ぼす重大な影響、禁煙による確実な疾患予防及び生命予後改善効果、受動喫煙防止条例施行による多大な社会的かつ医学的インパクトは明らかである。健康長寿を目指すためにも、社会的な喫煙率低下、禁煙活動に対するより積極的な取り組み、受動喫煙防止のための法整備とその遵守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) 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
- 4) 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
- 5) Sato Y, Minatoguchi S, Nishigaki K, et al. Results of a prospective study of acute coronary syndrome hospitalization after enactment of a smoking ban in public places in Hyogo Prefecture - comparison with Gifu, a prefecture without a public smoking ban. *Circ J*. 80:2528-2532, 2016
- 6) 島田和典：循環器疾患. 禁煙学 改訂第3版（日本禁煙学会編）, p26-28, 南山堂, 2014 年
- 7) 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
- 8) Breitling LP, Salzmänn K, Rothenbacher D, et al. Smoking, F2RL3 methylation, and prognosis in stable coronary heart disease. *Eur Heart J*. 33:2841-2848, 2012
- 9) Critchley JA, Capewell S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. *JAMA* 290:86-97, 2003
- 10) Kinjo K, Sato H, Sakata Y, et al. Impact of smoking status on long-term mortality in patients with acute myocardial infarction. *Circ J* 69:7-12, 2005
- 11) Kondo T, Hayashi M, Takeshita K, et al. Smoking cessation rapidly increases circulating progenitor cells in peripheral blood in chronic smokers. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 24:1442-1447, 2004
- 12) Hu Y, Zong G, Liu G, et al. Smoking cessation, weight change, type 2 diabetes, and mortality. *N Engl J Med*. 379:623-32;2018

### Ⅲ. 新型タバコも含めたタバコ対策の必要性について

委員 野村 英樹

#### はじめに

タバコ製品が通常の使用によって依存となること、使用者本人の生命や健康を害すること、及び、他者の生命や健康にも危害を及ぼすことは、前世紀に確立された科学的事実である。その被害は甚大で、本来であればその販売・保持・使用が法令で禁止されて然るべきレベルと言えるが、未だ国民の 18.3%（男性 30.2%、女性 8.2%）が喫煙（平成 28 年度国民健康・栄養調査）し、タバコ税が総税収（国税＋地方税）の 2%という状況の下、国民以上に喫煙率が高い立法府に対して「タバコ取締法」の整備を期待しても、残念ながら当面は実現しない可能性が高い。

しかしながら、タバコに対する国民の認識は着実に変化している。このことは、タバコマナーによるメディア支配の網をかいくぐり、正しい科学的情報が理解力のある層に一定程度伝わり、タバコの使用は少なくとも制限されるべきだとの考えと行動が、いわゆるティッピング・ポイント（転換点）を超えて拡大していることを示している。この状況に対して、タバコから直接ないし間接的に利益や権益（権利とそれに伴う利益）を得ている個人や組織（すなわちタバコ利権側）は、今後も喫煙場所の制限や価格の上昇が進み、喫煙率が低下し続け、さらには、タバコ製品の販売や使用に対して税制上の、あるいは法令上の制限がかけられ、今までのようには利益が得られなくなるのではないかと危機感を抱いているものと想像される。

#### 新型タバコ戦略の本質

さて、タバコ産業側がタバコを売り続けるために従来から採用してきた戦略には、

- 1.（科学的事実に反して）依存性を否定する
- 2.（科学的事実に反して）使用者本人への害を否定する
- 3.（科学的事実に反して）他者への害を否定する
4. タバコを使用することは権利（幸福追求権、思考権）だと主張する
5. 財務省、族議員、タバコ会社、流通・小売業者、葉タバコ生産者、  
広告代理店、メディア、飲食業組合などによる利権構造の維持・強化

などがある。

ここで「科学的事実」とは、当然のことながら、その時点で既に存在している「従来のタバコ製品」を対象とした研究成果の蓄積から得られるものである。そこでタバコ産業側は、科学的に明らかになった既存のタバコ製品に関する不都合な事実を否定してみせながらも、

6. 「新しいタバコ製品」を市場に投入し、「従来のタバコ製品」よりも  
「安全」であるかのように宣伝する

戦略を繰り返している。彼らにとってこの「新型タバコ戦略」の目的は、従来のタバコ製品の害を心配する喫煙者にタバコの使用を継続させ、また若者や女性に安心してタバコを吸い始めさせ、そして、タバコ製品に対する税法上あるいは法令上の規制に抜け道を作る



ことである。もちろん、当然ながら安全性は検証されていないが、**タバコ産業側にとって、この戦略における「新型タバコ」が本当に安全である必要は全くない。**いかにも新しく開発された製品に見え、従来のタバコ製品より安全らしいと思込ませることに成功すれば良い。すなわち「**新型タバコ**」とは本質的に、「**安全なタバコが開発されたと誤解させるために市場に投入した罠のような新製品**」と捉える必要がある。

## 従来のタバコ製品

「タバコ製品」とは、「ナス科タバコ属の栽培種の葉（葉タバコ）を加工し、含まれる成分（依存性物質であるニコチンを含む）を体内に摂取するための製品」である。「体内に摂取する」方法の違いにより、従来のタバコ製品は大きく

- 喫煙用タバコ＝乾燥させた葉に点火して発生した煙を吸い込み、煙に含まれる成分を主に肺胞粘膜から吸収させるもの
  - 葉巻きタバコ
  - 刻みタバコ（パイプやキセル用）
  - 紙巻きタバコ
- 無煙タバコ＝唾液や粘液に成分を溶出させ、主に口腔ないし上気道粘膜から吸収させるもの
  - 噛みタバコ
  - 嗅ぎタバコ
  - 口腔用タバコ（湿性嗅ぎタバコ）

に分類される。

この中で、日本で初めて一般大衆に広く普及し、公衆衛生上の大きな課題の中心となったのは紙巻きタバコである。一方、葉巻きタバコ及び刻みタバコは大衆が気軽に使用できるものではなく、さらに無煙タバコの存在は、大衆にはほとんど知られていなかった。

## 新型タバコ戦略の変遷

### 1. フィルター付きタバコ

タバコの健康への悪影響が科学的に報告されるようになってから、初めてタバコ産業側が「**新型タバコ戦略**」として市場に投入したのは、「**フィルター付きタバコ**」である。

それ以前の紙巻きタバコは、乾燥させて刻んだ葉タバコを紙で巻いただけ（両切りタバコ）か、あるいはストロー状のマウスピースがついた製品（口付きタバコ）であった。第2次世界大戦後の1950年から、世界では喫煙によって肺がんが発生するとの研究報告が次々と出始めたが、さらに、マウスの皮膚にタバコのタールを塗り続けるとがんが発生するとの実験結果がセンセーショナルに報道されたことにより、大衆はタバコががんの原因となることを理解するようになった。1952年、初めて本格的な「フィルター付き」タバコ（ケント）が米国で発売されたことを皮切りに、様々な銘柄のフィルター付きタバコが発売され、5年後の1957年には、日本でも初めてのフィルター付き紙巻きタバコ銘柄（ホープ）の発売が開始された。

さらに3年後の1960年、同じくフィルター付きタバコのハイライトが、当時としては最も「軽い」タバコとして、当時としては斬新なパッケージで、湿気を帯びないようにセロファン包装されて発売された。この銘柄は発売後2週間で4億本が売れたとされ、同年には世界で最も販売量の多い銘柄となっている。このように、フィルター付きで（当時としては）軽いタバコは、タバコによる健康への害に不安を感じ始めていた日本人を取り込むことに成功した。この成功体験によりタバコ産業側が、「より健康、より安全に見えるタバコ」を市場に投入する「新型タバコ戦略」の有効性を認識したことは想像に難くない。

## 2. いわゆる低タールタバコ

1964年、米国の公衆衛生総監報告書が、紙巻きタバコ喫煙は男性の肺がんの原因であり、女性においても同様である可能性があることを明記、他の多くの疾病と喫煙との関連も解明して、適切な対策を講じる必要性を勧告した。これに対してタバコ産業は、報告書公表の僅か5日前に、フィルターに穴が開いていて煙を薄めるしくみの「低タールタバコ low-yield cigarette」カールトンが発売し、初めてタール及びニコチン量をパッケージに表示した（図1）。1976年には、フィリップ・モリス社は低タールタバコ銘柄メリットの宣伝に4500万ドル（現在の価値で約285億円）を投じ、10年後に「ウルトラライト」が発売した際にはさらにその倍の宣伝費を費やしているが、実際にはこれらの銘柄を品薄状態に保ち、入手を困難として、代わりに高タール製品を買わせる「幻の製品」戦略を採っている。

1988年時点で米国で販売されていた紙巻きタバコ160銘柄の内30銘柄が1本当たりのタール6mg以下としており、これらの銘柄には「超低タール」や「99%タールフリー」などとパッケージに書かれていたことが報告されている。これらの製品のフィルターは、FTC（連邦取引委員会）の規定に合わせて機械に吸引させるとタールが低く測定されるが、喫煙者が吸い込んだ場合には口唇で塞がれる穴が多く、表示されているほどには「低タール」とはならない。すなわち、低タールタバコが規制機関であるFTCの「お墨付き」であるかのように誤解することを意図した戦略と言える。

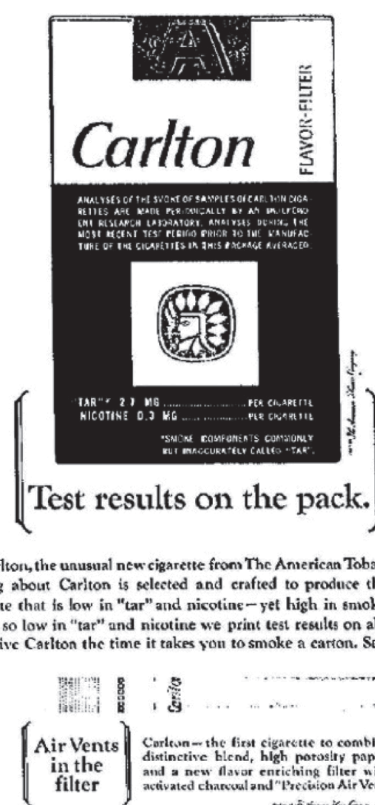


図1：Maximum yields might improve public health - If filter vents were banned: A lesson from the history of vented filters - Scientific Figure on ResearchGate. Available from: [https://www.researchgate.net/Carlton-cigarette-magazine-advertising-first-used-on-5-June-1964-in-Life-Magazine\\_fig1\\_7053483](https://www.researchgate.net/Carlton-cigarette-magazine-advertising-first-used-on-5-June-1964-in-Life-Magazine_fig1_7053483) [アクセス日 2018/8/15]

表 タール 6mg/本以下の紙巻きタバコのパッケージに書かれていた表現

|               |       |
|---------------|-------|
| Ultra low tar | 16 銘柄 |
| Ultra lights  | 13 銘柄 |
| Lowest        | 5 銘柄  |
| 99% tar free  | 3 銘柄  |
| Ultra low     | 2 銘柄  |
| Smooth        | 2 銘柄  |

Davis RM, Healy P, Hawk SA. Information on Tar and Nicotine Yields on Cigarette Packages. Am J

Public Health 1990; 80: 551-3.

一方日本では、1967 年に日本専売公社がタバコ煙中のニコチンとタールの量を公表した。しかし、1974 年までの日本人男性（15 歳以上人口）一人当たりのタバコ喫煙本数は右肩上がりに増加しており、明らかな「低タールタバコ」戦略は採用されなかった。1976 年に初めて、オイルショックやタバコ値上げの影響を受けてこの数字が減少を記録すると、日本専売公社は翌 1977 年、人気銘柄セブンスターの「軽い」バージョンであることを示す銘柄としてマイルドセブンを発売。すると、その年の男性一人当たりのタバコ喫煙本数は一時回復を見せた。しかし、翌年以降は再び緩やかな減少を示し続けたため、1980 年代に入ると、1985 年のピース・ライト SOFT など、「ライト」「ワン（1mg）」「ウルトラライト」「スーパーライト」などを銘柄名に付けた商品で販売促進を図っている。また、**非喫煙者の多い女性をターゲットにした銘柄**も発売され始めている。この状況は、海外において「マイルド」や「ライト」などの「安全であるかのように誤解を招く表現」を商品名に用いることが禁じられるようになり、日本でも自主規制されるようになるまで続いたのである。

### 3. 無煙タバコ

無煙タバコは、世界には古くから存在するタバコである。その一種である噛みタバコは、ニコチンを含んだ唾液を口腔粘膜から吸収させるものであり、唾液を飲み込むと急性ニコチン中毒症状が現れるため、唾液を吐きださなければならない。大リーグ選手やプロフットボール選手がフィールドで唾を吐きだしている姿は、この噛みタバコの使用に伴うものであるが、**何人かの大リーガーが、噛みタバコにより口腔がんを後に発症している。**

日本においては、唾液を吐き出す必要のある噛みタバコは、文化的に受け容れられにくいと思われる。そのため日本で無煙タバコは普及していなかったが、1985 年に一度、嗅ぎタバコの一種の輸入販売が試みられたことがある。この際は、旧厚生省が「無煙たばこの健康影響に関する文献評価報告」を発表するなどの対策が講じられ、実際の輸入販売は行われなかったようである。

さて、無煙タバコがほとんど普及していない日本にとっては、無煙タバコは一種の新型タバコだと言える。2003 年に、受動喫煙を防ぐことを目的に健康増進法が施行された際には、秋山産業という会社がスウェーデン・マッチ社のファイヤーブレイクという名称のガムタバコ（噛みタバコに分類される）を輸入し、小田急商事が販売を開

始した。ただし、この製品は広く普及することなく販売中止となっている。

2010 年には、JT がゼロスタイルという銘柄名で無煙タバコの販売を開始している。この名称は、煙がゼロという意味だと説明することが可能ではあるものの、タールの量が 1mg のタバコの銘柄名に「ワン (1)」を付加して健康への害が小さいかのように誤解させる戦略を採っていたことを考えれば、いかにも健康上の害も「ゼロ」であるかのような誤解を招く名称である。JT は現在も口腔用タバコ（ゼロスタイル・スヌース）及び口から吸う嗅ぎタバコ（ゼロスタイル・スティックス）を販売しているが、幸いなことに広く普及はしていない。しかしながら、タバコ産業側は紙巻きタバコ使用者が禁煙の場所で使用することを想定して無煙タバコの販売を継続していると考えられ、依存症患者がタバコ製品を使い続けることを狙った商品として位置付けているものと思われる。

#### 4. 100%無添加・無香料タバコ、オーガニックタバコ

後述するように、喫煙者の肺がんによる死亡リスクは 1960 年代～2000 年代までの間に急激に増加しているが、この原因の一つとして、燃焼促進剤、防腐剤、アンモニア（ニコチン吸収促進剤として用いられている）、香料など、多種大量の添加物が加えられるようになっていたことが影響しているのではないかとされている。また、仮にそのことを一般の喫煙者が知らないとしても、食品や洗剤、化粧品などの市場では、添加物や香料を含まない「ナチュラルな」製品には一定のニーズが認められている。

ナチュラルアメリカンスピリット (Natural American Spirit) は、1991 年にサンタフェ ナチュラルタバコ社が販売を開始した、化学薬品「100%無添加」を謳う紙巻きタバコの銘柄である。同社はレイノルズ・アメリカン社が 2002 年に取得し、現在は独立子会社となっている。このタバコは日本にも輸入され、アメスピと呼ばれて若者の間で人気となっていたが、2016 年 1 月、JT はレイノルズ・アメリカン社からナチュラルアメリカンスピリットの米国外事業買収が完了したと発表した。買収額は約 6,000 億円で、これは破格の高値の買収と報じられ、前年の発表の際には JT の株価が一時 10%下落するほどだったとされている。2017 年 10 月には、JT はナチュラルアメリカンスピリット銘柄から有機栽培の葉タバコのみを使用したオーガニックを発売している。ただし、JT によるアメリカンスピリットの広告などでは、特に健康や安全を前面に出したプロモーションは行っていないようである。これは、100%無添加タバコが健康への害が少ないと宣伝をすれば、他のタバコに加えている添加物が危険であることを認めることになるためだと考えられる。

アメリカンスピリット銘柄は、2016 年 1～12 月の国内シェアは 1.5%であったが、2017 年の同時期には 1.8%と増加している。JT 全体の国内シェアがこの間に 61.1%から 61.3%へちょうど 0.3%伸びており、100%無添加・無香料という第 4 の「新型タバコ」戦略が、ある程度効果を挙げている可能性がある。

#### フィルター付きタバコ・低タールタバコによる健康被害の増大

2013 年 1 月、New England Journal of Medicine に、過去 50 年間の米国におけるタバコ関連死の変遷についての研究結果が報告された。それによると、生涯非喫煙者と比較した喫



煙者の多変量調整後の肺がん死亡リスク比は、女性では 1960 年代（1959～65）、1980 年代（1982～88）、及び 2000 年代（2000～10）にそれぞれ 2.73、12.65、25.66 と急激に上昇、男性でもそれぞれ 12.22、23.81、24.97 と増加してほぼ高止まりしている（図 2）。同様に総死亡のリスク比についても、女性でそれぞれ 1.35、2.08、2.76、男性でそれぞれ 1.76、2.33、2.80 と増加している。

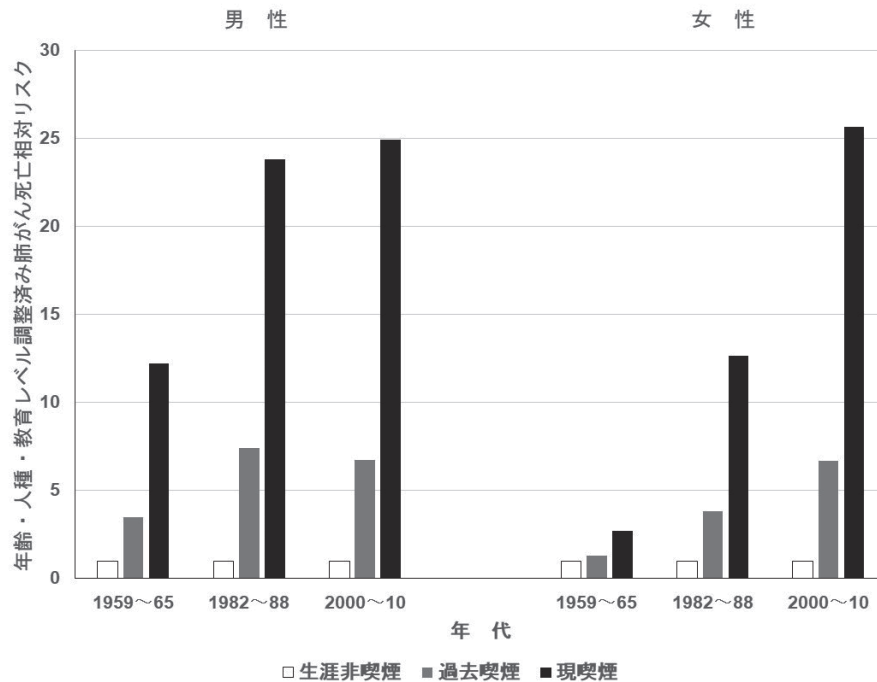


図 2：1960 年代、1980 年代、2000 年代の喫煙者の男女／年齢層別肺がん死亡数の比較（米国）

リスク比は非喫煙者との比率で表された数値であるため、この増加は当然のことながら、（大気汚染など）非喫煙者にも等しく及ぼされるタバコ以外の要因によるものではなく、フィルター付きタバコの普及、さらにはその後の低タールタバコの普及、加えて、原料の葉タバコと巻紙自体には変化がないとすれば、タバコ産業側がタバコに様々な添加物を加えるようになったことが原因と考える他はない。

ただし、この現象は科学者たちによってある程度予測されていた。人体は、大気中の様々な浮遊物質を直接脆弱な肺胞に取り込まないよう、気管支粘膜の細胞には繊毛が備わっており、繊毛の表面は杯細胞やクラブ細胞から分泌された粘液が覆っている。気管支に入り込んできた異物が粘液に捕捉されれば、この粘液ごと繊毛運動によって体外へ送り出されるしくみとなっている。気管支は終末細気管支までに 16 回も分岐して内腔が細くなるため、そこを通過する間に多くの異物はこのしくみのため除去されるが、直径  $2.5\mu\text{m}$  以下の粒子状物質（いわゆる PM2.5）はここを通過して肺胞に到達する。肺胞には、大食細胞という異物処理係が存在する。

繊毛上皮や肺胞大食細胞が捕捉した粒子は、水分以外は基本的にすべて異物である。進化の過程では喫煙によってもたらされる量に匹敵する異物が気管支粘膜や肺胞に到達して生存が脅かされることが珍しかったため、喫煙に耐えられるような異物処理機能が備わる

ことはなかったと考えられ、喫煙に伴い蓄積された異物は炎症などを介して組織を破壊したり、がんを発生させたりする原因となっていると考えられる。また、ニコチンや一酸化炭素などは肺胞から急速に吸収されて左心房に還流し、直ぐに脳を含む全身に運ばれる。

紙巻きタバコのフィルターは煙の中の大きな粒子（灰など）を除去するため、上気道の刺激は少なくなり、むしろ煙を肺の奥深くまで吸い込めるようになる。またいわゆる低タールタバコは、フィルターの外周に小さな穴が開けられており、タバコの煙を吸い込む際にその穴から外気が同時に吸い込まれることにより、口の中に吸い込まれる煙は周囲を外気がカバーするような形で咽頭や気管・気管支を通過する。このため刺激が少なくなり、より深く吸い込むことになる。さらに、低タールタバコは同時にニコチン濃度も低いが、喫煙の本質はニコチン依存であり、十分に満足できる量のニコチンを取り込もうと、無意識のうちに大きく吸い込むことになる。その結果、フィルター付きタバコやいわゆる低タールタバコの使用者の肺胞にはより大量の異物や毒物がもたらされることになり、より大きな健康被害をもたらす可能性が指摘されていたのである。

いずれにせよ、極めて重要なことは、この衝撃の事実が明らかになるまでに、1952年に米国で最初の本格的なフィルター付きタバコが発売されてから、優に60年を要していることである。したがって、再び「健康被害の少ない新型タバコ」という戦略に騙されることがないように、歴史からの教訓をしっかりと活かす必要がある。

## 第5の新型タバコ：加熱式タバコ・電子タバコの投入

そして、主として2010年代に入ってから市場に投入された「新型タバコ」、それが電子タバコといわれる加熱式タバコである。

電子タバコは、Phil Rayによって開発された1979年のプロトタイプが最初とされている。この時に、電子タバコを吸引することをvapeと表現するようになった。1990年代～2000年代前半には、様々な製品が開発されたが、その中にはRJレイノルズ社が開発した最初の非燃焼加熱式（heat-not-burn）タバコEclipseや、その後継のPremier（日本でもAIRSという商品名でJTが扱った）、さらにそれに対抗してフィリップ・モリスにより1998年にヴァーモント州リッチモンドと東京で試験販売されたAccord（日本ではOASYS）が含まれる。しかしながらこれらの製品は、商業的には失敗に終わっている。2003年、北京の薬剤師Hon Lik（現在のRuyan社）が世界で初めて電子タバコを商品として発売を始めた。2006年には欧州でも電子タバコが販売されるようになり、米国への輸入は2006年である。2008年、Ruyan社の資金により電子タバコの成分分析が公表されて以降、電子タバコの安全性に関する研究や議論が盛んとなっている。

一方、日本では電子タバコの製造は認可されていない。話が前後するが、2004年に、米国スタンフォード大学出身の2人の技術者が加熱式タバコを開発、2007年にベンチャー企業Ploomを起こし、2011年にJT Internationalと業務提携して米国以外での商業化権を譲渡。そしてJTは、2013年12月に国内で加熱式タバコPloom（プルーム）を専用通販サイト及び原宿で限定的に発売を開始した。

2014年11月、フィリップ・モリス社は日本を加熱式タバコの「テスト市場」と位置づけ、日本でIQOS（アイコス）の販売を開始した。社内で行った測定結果を第三者機関の裏



付けがないまま広告宣伝に使用して「有害物質 9 割減」「煙が出ない」などと宣伝、テレビ番組で取り上げられたことなどもあって急激に普及が始まり、デバイスの供給が追いつかない状態となった。そこへ JT が Ploom TECH（プルーム・テック）を、ブリティッシュ・アメリカン・タバコ（BAT）社が glo（グロー）を投入し、現在に至る三つ巴のシェア拡大競争を繰り広げている。

現在、世界の加熱式タバコ売上げの 9 割を日本が占めている。野村証券は、2017 年の日本のタバコ市場全体における加熱式タバコのシェアは 12%と試算し、またユーロモニター社は 2017 年末の市場シェアが 18%としている。日本市場での成功を受け、既に IQOS は世界 25 か国以上で販売され、JT も Ploom TECH をスイスで発売開始した。IQOS のデバイスは年内にも新製品が発売されるとの憶測が流れている他、JT は早ければ年内にも Ploom TECH の後継新製品を発売すると発表している。

なお、少なくとも IQOS にはマイクロチップが 2 つ内蔵されており、使われている半導体の種類からみて、ユーザーが何回タバコを吹かしたか、特定の 1 日に何本吸ったか、などの情報を保存することができると見られている。フィリップ・モリス社は否定しているが、デバイスの交換や修理の際にデータを回収し、製品の「改良」（より依存性を高めるニコチン供給パターンなど）や販売戦略に活用している可能性は十分に考えられる。

### 加熱式タバコ・電子タバコによる受動喫煙

タバコ産業側は、加熱式タバコや電子タバコは「煙が出ない」「副流煙がない」ため、禁煙の場所でも吸えるタバコとしてプロモーション活動を行っている。これは、フィルター付きタバコや低タールタバコを含めて紙巻きタバコでは行って来なかった宣伝活動である。

「煙が出ない」という表現は、加熱式タバコや電子タバコから吸い込むものが無害であるかのような誤解を与える表現である。確かに、加熱式タバコや電子タバコは燃焼しないため、出てくるものは「煙」ではなく「エアロゾル」であるが、「何も出ない」わけではない。さらにタバコ産業側は、このエアロゾルを「蒸気」と表現する。「蒸気」と言えば無害な水蒸気を連想しやすいが、加熱式タバコで葉タバコの成分を抽出する溶剤として用いられているのは水ではなくプロピレングリコールやグリセリンなどであり、出ているのは水蒸気ではなくプロピレングリコールやグリセリンに葉タバコの成分が溶け出した細かい粒子を含むエアロゾルである。

また、「副流煙がない」という表現は、受動喫煙が生じ得ないかのような誤解を与える表現である。確かに、加熱式タバコや電子タバコは燃焼しないため副流煙（タバコが燃焼しているところから立ち上る煙）はほとんど出ないが、**使用者が吐き出す「呼出煙」により、受動喫煙は当然生じることになる。**

このように、「煙が出ない」「副流煙がない」という表現は、消費者に誤解を与えることを意図して使われていることは明らかであり、後述するように米国では、このような表現を用いることが禁じられている。日本はこの点での規制がほとんどないと言って良く、これがフィリップ・モリス社が日本を IQOS のテスト市場として選んだ大きな理由となっていると考えられる。

実際に、室内で IQOS を吸うことにより、肺胞をはじめとした気道組織に沈着する 1 $\mu$ m

以下の極小粒子の数が紙巻きタバコの 1/4 に及ぶことが示されている（図 3）。なお、 $1\mu\text{m}$  以下の極小粒子は空気中で凝集して落下しやすいことが知られており、 $1\sim 2.5\mu\text{m}$  の微小粒子（いわゆる PM2.5）についてはより長く空気中に留まることから、PM2.5 の沈着数は 1/4 を超える可能性がある。

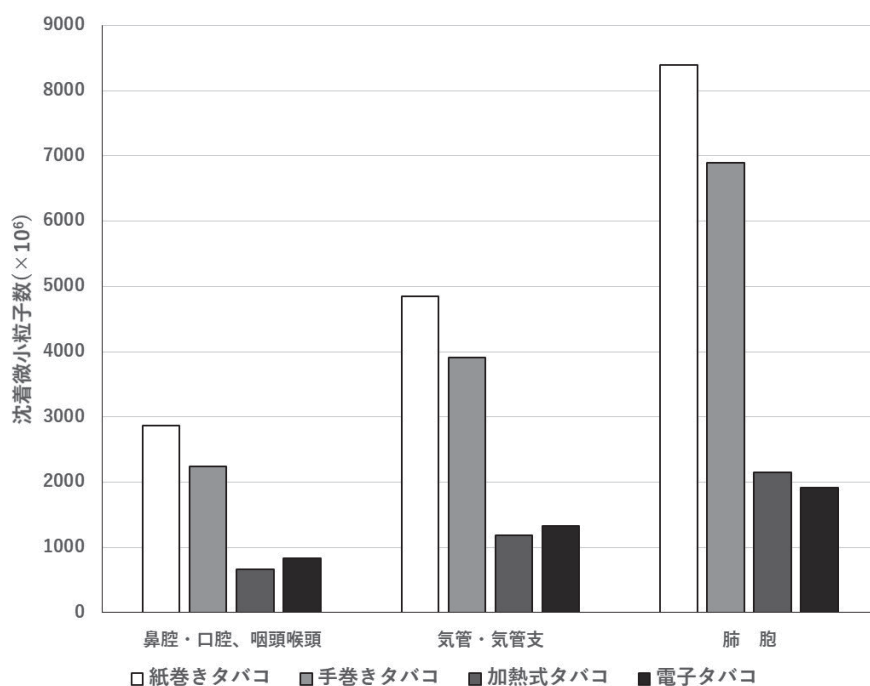


図 3：加熱式タバコ（IQOS）を 1 本吸った室内にいる成人の呼吸器に沈着する  $1\mu\text{m}$  以下の極小粒子数（推計値）

また、Auer ら及び Bekki らは、IQOS のエアロゾル成分を分析し、ニコチンは紙巻きタバコとほぼ同量、タバコ特異的ニトロサミンが 10~20%、多環芳香族炭化水素が 0.1~9%、揮発性有機化合物（有機溶剤）が 4~82%含まれていると報告している。ただし注意しなければならないのは、これらはあくまで既知の有害化学物質の測定値であり、紙巻きタバコが実際に起こしている健康被害の原因の内、これらの物質による害がどの程度を占めるのかもわかっていないことである。未知の化学物質が紙巻きタバコの健康被害の多くの原因となっている可能性も十分にある。

実際、2 次元ガスクロマトグラフィーによる IQOS エアロゾルの分析では、82 種類の未知の化学物質が検出されている（図 4）。その内 43 種類は紙巻きタバコからも検出されているが、39 種類は IQOS エアロゾルでのみ検出された化学物質であったと報告されている。これら 82 種類の中に、さらに強い毒性を有する物質が存在する可能性もある。

このような事実から、加熱式タバコや電子タバコが紙巻きタバコと比較して使用者本人あるいは周囲の他者への害が大きいのか小さいのか、あるいは同程度なのか、現段階では何ら科学的に確からしい結論や推論を導き出すことはできない。

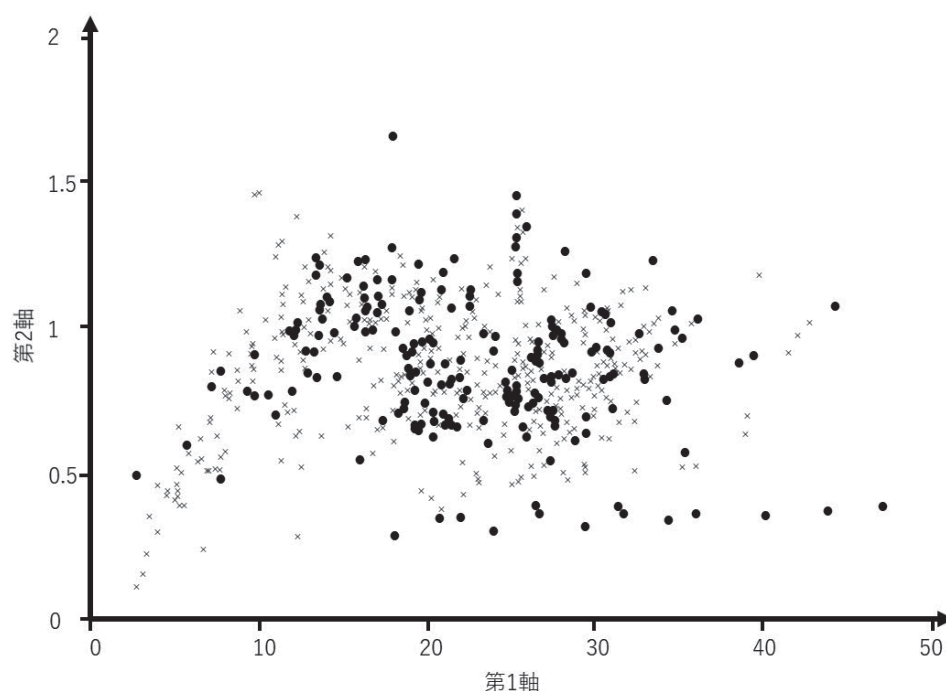


図4：加熱式タバコ（IQOS）から排出されるエアロゾル中の化学物質の  
2次元ガスクロマトグラフィー分析（●は未知の物質、×は既知の物質を示す）

#### 新型タバコに対する米国食品医薬品局（FDA）の権限と対応

2000年3月、米国食品医薬品局（U.S. Food & Drug Administration, FDA）とブラウン&ウィリアムソンタバコ社が争った裁判において連邦最高裁判所は、クリントン政権におけるFDAが、議会から権限を与えられていないのに一般消費用タバコ販売規制を行ったとの判断を下した。これによりFDAによるタバコ規制は一時法的根拠を失うこととなったが、9年後の2009年1月に就任したバラク・オバマ第44代米国大統領は同年6月、FDAにタバコ規制の権限を与える家庭内喫煙予防・タバコ規制法 Family Smoking Prevention and Tobacco Control Actに署名した。この法律によりFDAは食品・医薬品・化粧品法(Federal Food, Drug, and Cosmetic Act) 911章の下、「リスク修飾タバコ製品 Modified Risk Tobacco Products, MRTP」の許認可権を有することになった。

**MRTP** とは、従来のタバコ製品と比較して、「個人の使用者および住民全体の健康リスクの軽減をもたらすタバコ製品」の指定に用いられる用語である。すなわちFDAは、本当に低リスクなタバコ製品が開発された場合には、従来のタバコから低リスク製品への移行を促進することは否定していない。その一方で、この指定を受けていないタバコ製品に、健康リスクが低いと誤解される可能性がある商品名をつけたり、健康リスクが低いと宣伝したり、警告表示を変更したりすることは禁止している。これまでに、IQOS や無煙タバコに対する MRTP 指定を求める申請が提出されたがすべて却下され、2018年8月現在までに認可されたものは一つもない。特にIQOSに関してFDAの科学諮問委員会は、IQOSが既知の毒性化学物質の含有量が従来の紙巻きタバコよりも少ないことは認めながら、IQOSの健康上の害が少ないとは証明されていないことを理由に、MRTPとして認可しなかったのである。これは、フィルター付きタバコや低タールタバコなど、過去の「新型タバコ」で得た苦い教訓が活かされていることを表していると言えるだろう。

## 結論：加熱式タバコ・電子タバコを含めたタバコ対策の必要性

加熱式タバコや電子タバコも、ニコチンという依存性物質を継続的に摂取させることで莫大な利益を得ることをビジネスとしているタバコ産業が、それまでのタバコ製品に健康上の害があることが社会に知られるようになると、「安全なタバコが開発されたと誤解させるために市場に投入した罠のような新製品」に他ならない。加熱式タバコや電子タバコの「有害性」を科学的に証明しようとするれば、フィルター付きタバコやいわゆる低タールタバコに大きな害があることが疫学的に明らかになるのに要した 60 年という歳月を再び要することになる。この時間稼ぎこそがタバコ産業側の狙いである。

ニコチンという強い依存性を有する毒物を供給するタバコ製品が、安全になることはあり得ない。私たちは、過去に「新型タバコ」を巡って繰り返されてきた健康被害の歴史から学び、加熱式タバコや電子タバコ、さらには今後登場するであろう第 6、第 7 の新型タバコも含め、あらゆるニコチン供給装置の使用が医学的にはもちろん社会的にも異常な行動であるとの認識を共有し、対策を講じていく必要がある。そしてその対策とは、新型タバコが疫学的に安全であることが証明されない限り、従来の紙巻きタバコと同等ないしそれ以上の害があるものとして扱い、公共の場における喫煙を同様に制限し、喫煙率を低下させる政策を強力に推進することである。

## <参考文献>

- 1) United States Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Cancer Institute (2001-11-19). Monograph 13: Risks Associated with Smoking Cigarettes with Low Tar Machine-Measured Yields of Tar and Nicotine.
- 2) Smoking and Health: Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service, 1964
- 3) 吉見逸郎、祖父江友孝. 日本のたばこ問題に関する現状・歴史的背景・今後の見通しについて — 我が国における喫煙の実態—. 日呼吸会誌 2004; 42(7): 581-8
- 4) White C. Tobacco industry knowingly duped public with "low tar" brands. BMJ. 2002 Mar 16; 324(7338): 633.
- 5) Kozlowski LT, O'Connor RJ, Giovino GA, Whetzel CA, Pauly J, Michael CK. Maximum yields might improve public health - If filter vents were banned: A lesson from the history of vented filters. Tobacco Control 2006;15(3):262-6
- 6) 日本たばこ産業株式会社. 業績報告書 vol. 60. 2017 年度実績および 2018 年度業績見込.
- 7) Thun MJ, Carter BD, Feskanich D, Freedman ND, Prentice R, Lopez AD, Hartge P, Gapstur SM. 50-year trends in smoking-related mortality in the United States. N Engl J Med. 2013 Jan 24;368(4):351-64
- 8) ニューズウィーク日本版ウェブ編集部. 日本の加熱式たばこは「ガラパゴス市場」か「テスト市場」か. 2018 年 06 月 04 日
- 9) ロイター特別リポート：加熱式たばこ iQOS に喫煙データ収集機能. 2018 年 5 月 16 日. <https://jp.reuters.com/article/special-report-iqos-idJPKCN1IH135>

- 10) Protano C, Manigrasso M, Avino P, Sernia S, Vitali M. Second-hand smoke exposure generated by new electronic devices (IQOS and e-cigs) and traditional cigarettes: submicron particle behavior in human respiratory system. *Ann Ig* 2016; 28: 109-12.
- 11) Auer R, Concha-Lozano N, Jacot-Sadowski I, Cornuz J, Berthet A. Heat-Not-Burn Tobacco Cigarettes: Smoke by Any Other Name. *JAMA Intern Med.* 2017;177(7):1050-2
- 12) Bekki K, Inaba Y, Uchiyama S, Kunugita N. Comparison of Chemicals in Mainstream Smoke in Heat-not-burn Tobacco and Combustion Cigarettes. *J UOEH.* 2017;39(3):201-7
- 13) Savareear B, Lizak R, Brokl M, Wright C, Liu C, Focant JF. Headspace solid-phase microextraction coupled to comprehensive two-dimensional gas chromatography–time-of-flight mass spectrometry for the analysis of aerosol from tobacco heating product. *J Chromat A* 2017; 1520: 135-42.



## 【各論】各組織での取り組みと今後の課題・戦略

### I. 学校における喫煙防止教育の充実について

#### 1. 東京都養護教諭研究会「義務教育における喫煙防止教育の取り組みについて」

委員 湯谷 恭子

#### 小学校

小学校では、5・6年生の保健体育において「病気の予防」という観点から、喫煙という行為が健康を損なう原因となることを中心に指導が行われている。具体的には、喫煙による自分自身の体への負担、受動喫煙による周囲の人々の健康への影響等、知識を習得する学習活動が行われている。

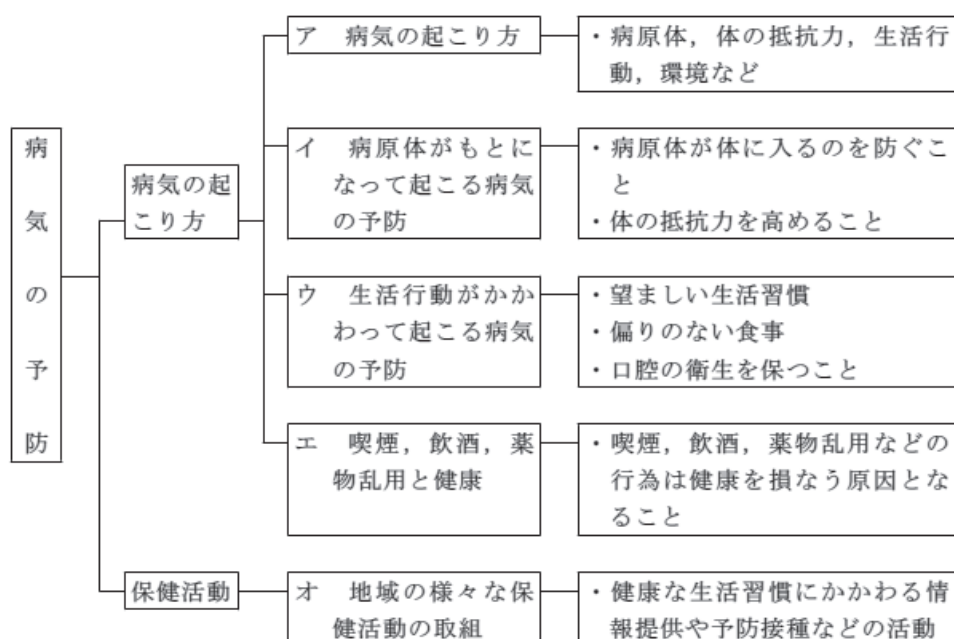
また、長期間の喫煙が肺がんや心臓病等の病気にかかりやすくなることや、低年齢からの喫煙は特に害が大きいことも取り扱うとともに、未成年の喫煙は法律によって禁止されていることにも触れることで、喫煙が大人だけの問題ではなく、今の自分達も考えなくてはならない問題だという考えに児童が到達するように配慮している。

喫煙や飲酒については、知識の習得だけではなく、習得した知識を活用する学習活動を積極的に行い、児童の思考力・判断力等を育成することも大切にされている。

#### 〈思考力・判断力育成の指導方法の工夫〉

| 指導方法       | 特 徴                                | 活用例                          | 期待される効果            |
|------------|------------------------------------|------------------------------|--------------------|
| ブレインストーミング | テーマについて様々なアイデアや意見を出す               | 喫煙のきっかけや背景<br>喫煙に頼らない生活のスタイル | 思考力の形成             |
| ロールプレイング   | 役割に必要な能力や技術を習得したり、効果的な対処方法について理解する | 喫煙に誘われた場合の対処                 | 現実的な問題への対処方法・技術の形成 |

これらの学習活動を行うにあたり、地域や学校の人材を活用することが多い。私達養護教諭も、必要に応じて授業への参加・協力を行っている。また、地域や外部の人材を活用することで、健康な生活習慣に関わる取り組みや情報提供等の活動が身近な社会の中で行われていることを児童が理解できるという利点も大きい。



「小学校学習指導要領解説保健体育編」より

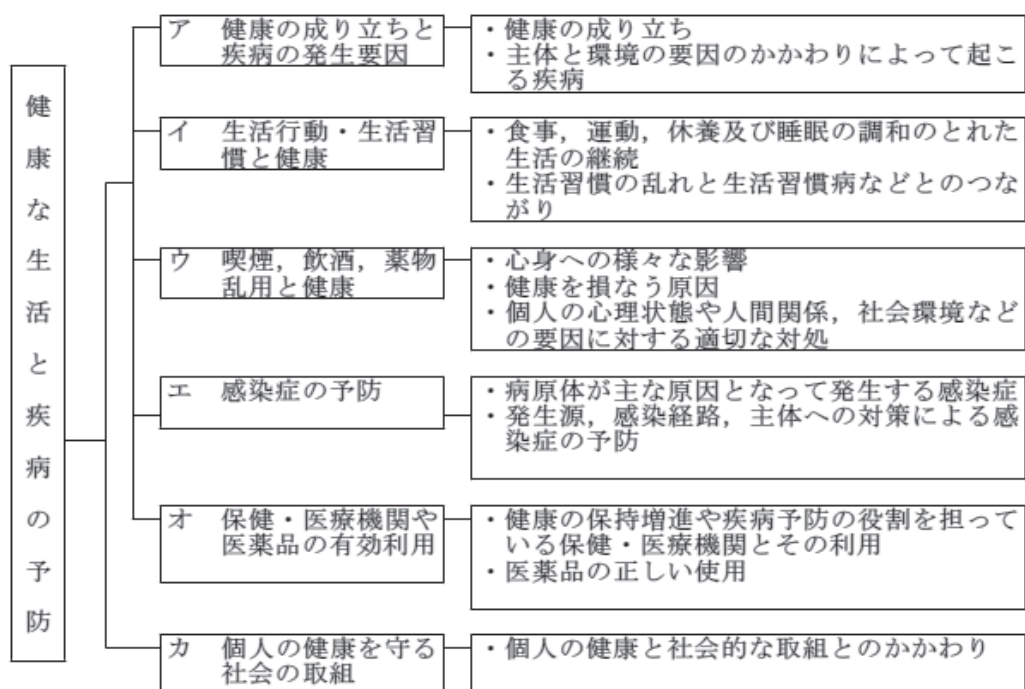
## 中学校

中学校では、3年生の保健体育において「健康な生活と疾病の予防」という観点から、喫煙という行為は心身に様々な影響を与え健康を損なう原因になること、そして喫煙という行為が、個人の心理状態や人間関係、社会環境が影響することから、それらの要因に適切に対処することを中心に指導が行われている。

知識の習得の学習活動では、喫煙の影響について、小学校の時よりも科学的で専門性の高い内容を学習する。また依存性の問題にも触れることで、心身への影響についても学習する。

そして、中学生は自己形成の途中にあり、多感な時期でもある。そういった自分達の置かれた状況が喫煙のきっかけにも大きく関係するということ、また、周囲には喫煙開始に影響を与える人や広告等があふれていることを理解することで、社会の中での喫煙防止対策を考える学習も行う。

小学校同様、習得した知識を活用する学習活動を積極的に行い、思考力・判断力等を育成する取り組みも必要である。そのため、保健体育だけではなく、特別活動や総合的な学習の時間も活用し、様々な角度から学習活動を行っている学校も多い。



「中学校学習指導要領解説保健体育編」より

## 今後の課題

保健体育の授業内で喫煙防止教育を行うのは、小学校 6 年間・中学校 3 年間でそれぞれ 2～4 時間と、大変少ない。不足した分を特別活動や総合的な学習の時間を利用して実施することも可能だが、都道府県・区市町村・各学校によりその差は大きい。喫煙防止教育の意義と必要性は、すべての学校・教職員が理解しているが、時間確保の厳しさ、講師選定の困難さ等の理由から喫煙防止教育を実施できていない学校が多い。

これらの問題に対処するためには、区市町村の教育委員会の主導で喫煙防止教育を実施することが必要である。そうすることによって、学校間の差がなくなり、すべての児童生徒が喫煙防止教育を受けることが可能になる。また、区市町村の医師会・薬剤師会や保健所の協力を得て、前年度のうちから計画を立案しておくことが大切である。一方で、私達教職員が喫煙防止教育の必要性を再度理解するために、自ら喫煙防止教育の研修を受けることも意味のあることだろう。

そして、児童生徒へ指導の機会を設けた時は、知識の習得だけに留まらず、自分の人生や夢、希望を実現するために喫煙が必要なのか、そして本当に必要なものは何かを考える機会を与えることが重要である。喫煙問題を、自分の問題としてとらえることが防止教育の第一歩になるであろう。

学校現場では多くの目的の中、児童生徒の教育を行っている。様々な教育活動を行うにあたり、その根底には『児童生徒の健康』は必要不可欠であり、児童生徒の現在そして未来の命を守り育てていくことは、すべての教育に共通する部分である。義務教育の 9 年間で、子ども達が自分自身で自分の命を守るために何が必要なのかを考える機会を与える教育を、今以上に考えていく必要がある。

## 2. 港区医師会「港区・港区医師会におけるタバコ対策」

委員 馬場 繁二

### 港区

#### 【みなとタバコルール】（図 1）

「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」を平成 26 年 7 月 1 日施行。

区内における屋外の公共の場所\*で、路上・歩行喫煙や吸い殻のポイ捨てをしない。

千代田区における罰則ではなく、タバコを吸う方一人ひとりに、大人としてのあたりまえのマナーを守っていただく。

\*公共の場所：区内の道路、公園、児童 遊園、公開空地、等（屋外に限る）



図 1

### 区のタバコ対策

港区では、吸う人も吸わない人も快適に過ごせるまちを目指し、対策を行っている。

港区各施設における禁煙（区役所、学校等）

1. 指定喫煙場所の設置：75 カ所（平成 30 年 8 月 1 日現在） 屋外 49 屋内 26
2. 啓発キャンペーン：区民・事業者等の地域の方々と啓発と環境美化のキャンペーン活動
3. 路上などでの PR：路面シール「路面喫煙禁止」・・・4 カ国語（図 2）



図 2



4. 巡回指導・啓発：巡回指導員による、路上のタバコの吸殻を清掃しながらポイ捨て抑止の啓発（図3）



図3

5. みなと保健所健康推進課：

- ・「煙のないレストラン」小冊子発行（図4）  
（港区みなとタバコ対策優良施設・登録飲食店ガイドブック）
- ・優良施設ガイドライン（みなとタバコ対策・港区受動喫煙防止対策）の手引き、優良施設シール交付（図5、6）
- ・港区禁煙外来マップ（図7）
- ・禁煙外来治療費一部助成（20歳以上の区民に一人一回限り1万円）（図8、9）



図4



図5





図 6

## 港区 禁煙外来マップ

喫煙がなかなかやめられないのは、ニコチンによる依存状態にあるのが原因です。禁煙外来では、ニコチンを含まない飲み薬等を使うことで、タバコを吸いたくなる気持ちを抑え、我慢せずに禁煙ができるようになります。一定の条件を満たした場合、保険が適用されます。

このマップには、港区内で禁煙治療を実施している医療機関を掲載しています。

**港区**  
みなと保健所健康推進課健康づくり係  
☎ 03-6400-0083

図 7

## ～子育て中の働き盛り世代の禁煙を応援するために～ 禁煙外来治療費の一部を助成します

港区では、子ども及び妊娠の受動喫煙を防止し、さらには、区民自身の健康づくりを支援するため、禁煙外来で保険が適用される禁煙治療を受け、所定の治療を全て完了した方に治療にかかった費用の一部を助成します。

**助成を受けることができる方**

20歳以上の区民で、18歳未満の子ども又は妊婦と同居している方及び妊婦本人

**助成金額**

1万円（助成対象者1人につき1回限りとなります。）

ただし、自己負担額が1万円未満の場合は、自己負担額（100円未満切り捨てた額）を助成します。

**申請の流れ**

① 登録申請
② 治療開始
③ 治療完了後に  
交付申請及び請求
④ 助成金交付
⑤ 事後アンケート  
の提出

**登録・交付申請及び請求に必要な書類**

(1) 登録時（治療開始前）  
港区禁煙外来治療費助成金交付登録申請書  
（港区ホームページよりダウンロードできます。）

(2) 交付申請及び請求時（治療完了後）

- ① 港区禁煙外来治療費助成金交付申請書兼請求書  
（港区ホームページよりダウンロードできます。）
- ② 禁煙外来に要した医療費及び薬剤費の領収書等（原本）
- ③ 妊娠していることを証明する書類（母子手帳等の写し）  
※妊婦本人又は妊婦と同居している場合のみ必要
- ④ その他（本人確認ができる書類等）

【問い合わせ】港区みなと保健所 健康推進課 健康づくり係 03 (6400) 0083

図 8

## 大切な家族のために そろそろタバコ やめませんか？

Tobacco Free  
タバコに、さようなら。  
協力 NPO法人 禁煙ネット

知っていましたか？  
禁煙しよう！と思った直後から  
メリットがたくさんあること。

**禁煙決意**

直後 周囲の人をタバコの煙で汚染する心配がなくなります。

20分後 血圧と脈が正常になり、血流が回復して手足の温度が上昇します。

8時間後 血中の一酸化炭素濃度が正常になり、血中の酸素濃度が上がります。

24時間後 心臓発作の可能性が少なくなります。

48時間後 味覚や嗅覚が改善します。体内のニコチンは完全に消失します。

2週間～3カ月後 身体全体の血流が回復し、歩行が楽になります。肺活量が31%回復します。

1カ月～9カ月後 咳や痰切れが改善します。スタミナが戻ります。気道の自浄作用が高まり、感染を起こしにくくなります。

1年後 喫煙によって高まった虚血性心疾患のリスクが1/2になります。

10年～15年後 様々な病気にかかるリスクが、タバコを吸わない人のレベルに徐々に近づきます。

**禁煙後はこのような経過で効果があらわれます。**

禁煙は1度で成功しないこともありません！

**達成！**

港区

図 9

## 港区医師会

1. 医師会館における敷地内完全禁煙の実施
2. 公衆衛生委員会の下に「タバコ対策委員会」設置：医師会員に対してのアンケートを2回実施し、禁煙・受動喫煙に対する意識の向上（資料）
3. 区民祭り（平成30年10月6日）において区民への「タバコの害」の啓発活動に併せて、呼吸機能検査を実施
4. 小学校、中学校における薬物中毒の一環として「タバコの害、受動喫煙の害」について学校医が講演を行っているが、今後は教育委員会の指導のもとに港区全体の小中学校に広げていく
5. 産業保健委員会の産業医研修で、タバコ対策等について東京都医師会タバコ対策委員会村松委員長、岡本先生、片山先生に講演していただいた
6. 港区役所において東京都医師会タバコ対策委員会村松委員長に、各科学学校医、薬剤師、養護教諭、保護者を対象とした喫煙防止の重要性について講演していただいた（学校保健委員会主催）

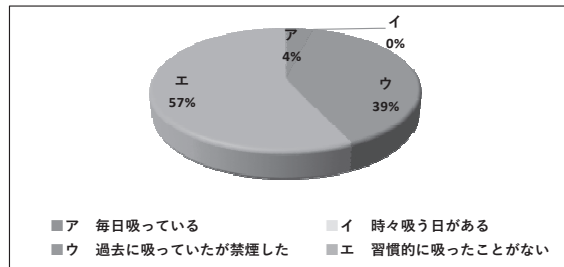
平成27年7月 小学校・中学校からの喫煙防止教育の重要性 村松先生

## 資料：受動喫煙防止対策アンケート実施結果

### 問1 あなたはタバコを吸いますか？

- ア) 毎日吸っている  
イ) 時々吸う日がある  
ウ) 過去に吸っていたが禁煙した  
エ) 習慣的に吸ったことがない

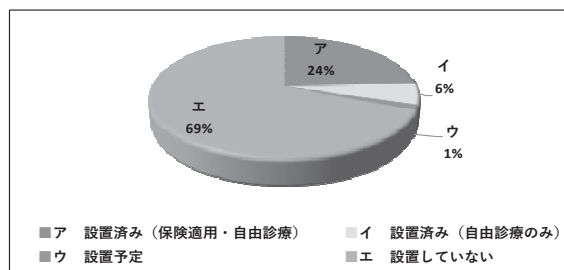
|       | ア |   | イ |   | ウ  |   | エ  |   |
|-------|---|---|---|---|----|---|----|---|
|       | 男 | 女 | 男 | 女 | 男  | 女 | 男  | 女 |
| 30代   | 0 | 0 | 0 | 0 | 0  | 0 | 1  | 1 |
| 40代   | 0 | 0 | 0 | 0 | 5  | 1 | 2  | 6 |
| 50代   | 2 | 0 | 0 | 0 | 6  | 0 | 6  | 5 |
| 60代   | 0 | 0 | 0 | 0 | 13 | 0 | 7  | 5 |
| 70代   | 1 | 0 | 0 | 0 | 3  | 0 | 2  | 3 |
| 80代以上 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1  | 0 | 4  | 0 |
| 合 計   | 3 |   | 0 |   | 29 |   | 42 |   |



### 問2 禁煙外来の設置についてお答えください

- ア) 設置済み（保険適用・自由診療）  
イ) 設置済み（自由診療のみ）  
ウ) 設置予定  
エ) 設置していない

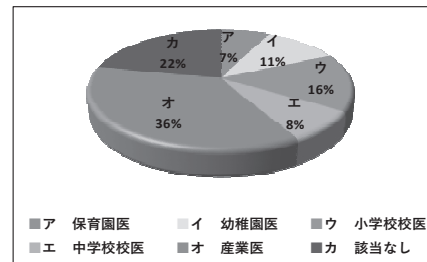
|       | ア  |   | イ |   | ウ |   | エ  |   |
|-------|----|---|---|---|---|---|----|---|
|       | 男  | 女 | 男 | 女 | 男 | 女 | 男  | 女 |
| 30代   | 0  | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1  | 0 |
| 40代   | 5  | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 2  | 4 |
| 50代   | 2  | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 11 | 3 |
| 60代   | 4  | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 15 | 4 |
| 70代   | 3  | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3  | 3 |
| 80代以上 | 0  | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5  | 0 |
| 合 計   | 18 |   | 4 |   | 1 |   | 51 |   |



### 問3 地域保健活動として参加しているものを全てお答えください。 ※複数回答

- ア) 保育園医  
イ) 幼稚園医  
ウ) 小学校校医  
エ) 中学校校医  
オ) 産業医  
カ) 該当なし

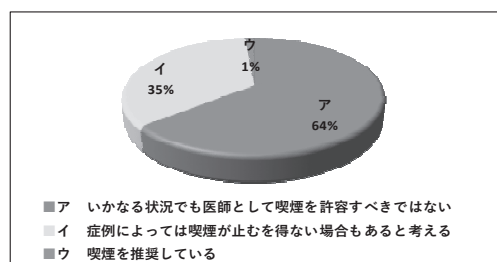
|       | ア |   | イ  |   | ウ  |   | エ |   | オ  |   | カ  |   |
|-------|---|---|----|---|----|---|---|---|----|---|----|---|
|       | 男 | 女 | 男  | 女 | 男  | 女 | 男 | 女 | 男  | 女 | 男  | 女 |
| 30代   | 0 | 0 | 0  | 1 | 0  | 0 | 0 | 0 | 0  | 1 | 1  | 0 |
| 40代   | 1 | 0 | 1  | 1 | 2  | 1 | 0 | 1 | 4  | 3 | 2  | 3 |
| 50代   | 2 | 2 | 3  | 2 | 6  | 3 | 3 | 1 | 10 | 3 | 1  | 0 |
| 60代   | 2 | 0 | 4  | 0 | 5  | 0 | 4 | 0 | 8  | 2 | 7  | 3 |
| 70代   | 0 | 1 | 0  | 0 | 0  | 0 | 0 | 0 | 4  | 2 | 3  | 1 |
| 80代以上 | 0 | 0 | 0  | 0 | 0  | 0 | 0 | 0 | 3  | 0 | 3  | 0 |
| 合 計   | 8 |   | 12 |   | 17 |   | 9 |   | 40 |   | 24 |   |



### 問4 医師の立場として、喫煙者（患者）への対応についてお尋ねします。

- ア) いかなる状況でも医師として喫煙を許容すべきではない  
イ) 症例によっては喫煙が止むを得ない場合もあると考える  
ウ) 喫煙を推奨している

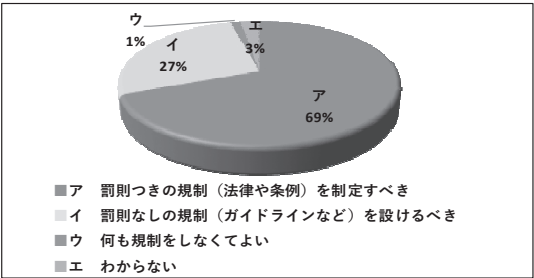
|       | ア  |   | イ  |   | ウ |   |
|-------|----|---|----|---|---|---|
|       | 男  | 女 | 男  | 女 | 男 | 女 |
| 30代   | 1  | 0 | 0  | 1 | 0 | 0 |
| 40代   | 6  | 4 | 1  | 3 | 0 | 0 |
| 50代   | 9  | 3 | 4  | 1 | 0 | 1 |
| 60代   | 12 | 3 | 8  | 2 | 0 | 0 |
| 70代   | 4  | 1 | 3  | 2 | 0 | 0 |
| 80代以上 | 5  | 0 | 1  | 0 | 0 | 0 |
| 合 計   | 48 |   | 26 |   | 1 |   |



問5 オリンピック開催都市では罰則付きの規制を制定して環境の禁煙化の取り組みが進められてきました。東京都も禁煙化を進めるべきとお考えですか。

- ア) 罰則付きの規制（法律や条例）を制定すべき  
イ) 罰則なしの規制（ガイドラインなど）を設けるべき  
ウ) 何も規制をしなくてよい  
エ) わからない

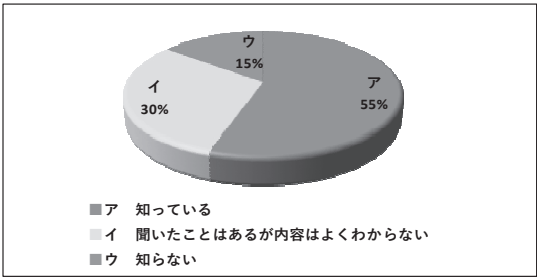
|       | ア  |   | イ  |   | ウ |   | エ |   |
|-------|----|---|----|---|---|---|---|---|
|       | 男  | 女 | 男  | 女 | 男 | 女 | 男 | 女 |
| 30代   | 1  | 0 | 0  | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 40代   | 6  | 5 | 1  | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 50代   | 10 | 5 | 3  | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 60代   | 11 | 3 | 8  | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 70代   | 4  | 3 | 2  | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 80代以上 | 4  | 0 | 2  | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 合 計   | 52 |   | 20 |   | 1 |   | 2 |   |



問6 みなとタバコルールについてご存知ですか？

- ア) 知っている  
イ) 聞いたことはあるが内容はよくわからない  
ウ) 知らない

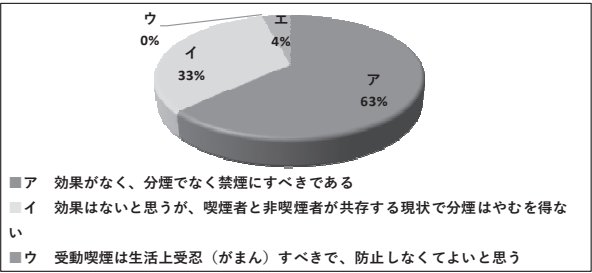
|       | ア  |   | イ  |   | ウ  |   |
|-------|----|---|----|---|----|---|
|       | 男  | 女 | 男  | 女 | 男  | 女 |
| 30代   | 1  | 1 | 0  | 0 | 0  | 0 |
| 40代   | 5  | 4 | 1  | 2 | 1  | 1 |
| 50代   | 7  | 3 | 6  | 2 | 1  | 0 |
| 60代   | 10 | 2 | 6  | 2 | 4  | 1 |
| 70代   | 5  | 2 | 2  | 0 | 0  | 1 |
| 80代以上 | 2  | 0 | 2  | 0 | 2  | 0 |
| 合 計   | 42 |   | 23 |   | 11 |   |



問7 あなたは、飲食店や宿泊施設における分煙についてどのようにお考えですか。

- ア) 効果がなく、分煙でなく禁煙にすべきである  
イ) 効果はないと思うが、喫煙者と非喫煙者が共存する現状で分煙はやむを得ない  
ウ) 受動喫煙は生活上受忍（がまん）すべきで、防止しなくてよいと思う  
エ) わからない

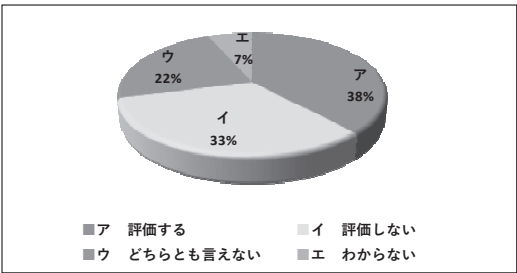
|       | ア  |   | イ  |   | ウ |   | エ |   |
|-------|----|---|----|---|---|---|---|---|
|       | 男  | 女 | 男  | 女 | 男 | 女 | 男 | 女 |
| 30代   | 1  | 0 | 0  | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 40代   | 6  | 6 | 1  | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 50代   | 10 | 1 | 3  | 4 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 60代   | 11 | 3 | 7  | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| 70代   | 4  | 3 | 3  | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 80代以上 | 3  | 0 | 3  | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 合 計   | 48 |   | 25 |   | 0 |   | 3 |   |



問8 日本たばこ産業株式会社をはじめとするタバコ関係者は、分煙の促進の取り組みを行っています。これについてどのようにお考えですか。

- ア) 評価する  
イ) 評価しない  
ウ) どちらとも言えない  
エ) わからない

|       | ア  |   | イ  |   | ウ  |   | エ |   |
|-------|----|---|----|---|----|---|---|---|
|       | 男  | 女 | 男  | 女 | 男  | 女 | 男 | 女 |
| 30代   | 0  | 0 | 0  | 0 | 1  | 1 | 0 | 0 |
| 40代   | 2  | 2 | 5  | 2 | 0  | 1 | 0 | 2 |
| 50代   | 4  | 2 | 6  | 1 | 4  | 1 | 0 | 1 |
| 60代   | 8  | 4 | 4  | 0 | 6  | 1 | 2 | 0 |
| 70代   | 4  | 1 | 2  | 2 | 1  | 0 | 0 | 0 |
| 80代以上 | 2  | 0 | 3  | 0 | 1  | 0 | 0 | 0 |
| 合 計   | 29 |   | 25 |   | 17 |   | 5 |   |



問9 あなたは飲食店を選ぶ際に、入口などに禁煙や分煙の表示があれば利用する際の参考にしますか。

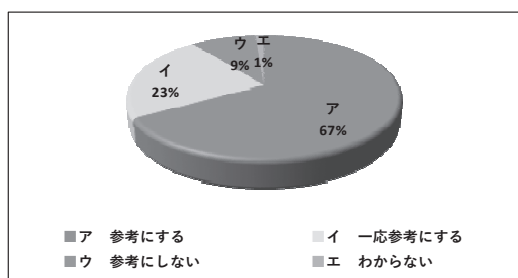
ア) 参考にする

イ) 一応参考にする

ウ) 参考にしない

エ) わからない

|       | ア  |   | イ  |   | ウ |   | エ |   |
|-------|----|---|----|---|---|---|---|---|
|       | 男  | 女 | 男  | 女 | 男 | 女 | 男 | 女 |
| 30代   | 1  | 0 | 0  | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 40代   | 6  | 7 | 0  | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 50代   | 11 | 4 | 3  | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 60代   | 12 | 3 | 4  | 1 | 3 | 1 | 1 | 0 |
| 70代   | 2  | 1 | 5  | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 80代以上 | 4  | 0 | 1  | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 合 計   | 51 |   | 17 |   | 7 |   | 1 |   |



問10 あなたは多数の人が利用する屋内施設で、どのような受動喫煙防止対策が必要と考えますか

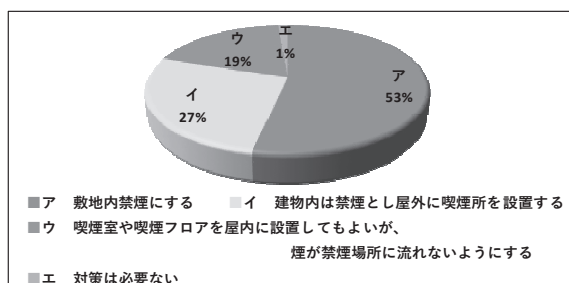
ア) 敷地内禁煙にする

イ) 建物内は禁煙とし屋外に喫煙所を設置する

ウ) 喫煙室や喫煙フロアを屋内に設置してもよいが、煙が禁煙場所に流れないようにする

エ) 対策は必要ない

|       | ア  |   | イ  |   | ウ  |   | エ |   |
|-------|----|---|----|---|----|---|---|---|
|       | 男  | 女 | 男  | 女 | 男  | 女 | 男 | 女 |
| 30代   | 1  | 0 | 0  | 1 | 0  | 0 | 0 | 0 |
| 40代   | 5  | 5 | 0  | 1 | 2  | 1 | 0 | 0 |
| 50代   | 5  | 2 | 4  | 3 | 4  | 0 | 0 | 0 |
| 60代   | 12 | 3 | 5  | 0 | 3  | 2 | 0 | 0 |
| 70代   | 3  | 0 | 2  | 2 | 2  | 0 | 0 | 1 |
| 80代以上 | 4  | 0 | 2  | 0 | 0  | 0 | 0 | 0 |
| 合 計   | 40 |   | 20 |   | 14 |   | 1 |   |



問11 公園や海水浴場など子供の利用が想定される公共的な屋外空間について、あなたはどのような受動喫煙防止対策が必要と考えますか。

ア) 区域内すべてを禁煙にする

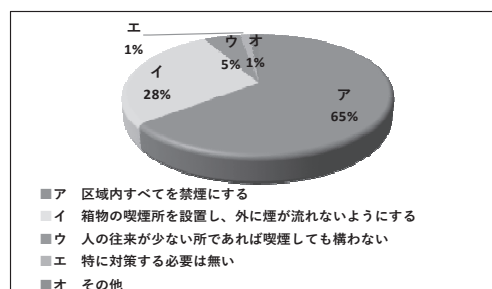
イ) 箱物の喫煙所を設置し、外に煙が流れないようにする

ウ) 人の往来が少ない所であれば喫煙しても構わない

エ) 特に対策する必要は無い

オ) その他

|       | ア  |   | イ  |   | ウ |   | エ |   | オ |   |
|-------|----|---|----|---|---|---|---|---|---|---|
|       | 男  | 女 | 男  | 女 | 男 | 女 | 男 | 女 | 男 | 女 |
| 30代   | 1  | 0 | 0  | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 40代   | 6  | 4 | 1  | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 50代   | 9  | 3 | 2  | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 60代   | 12 | 3 | 7  | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 70代   | 3  | 3 | 3  | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 80代以上 | 5  | 0 | 1  | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 合 計   | 49 |   | 21 |   | 4 |   | 1 |   | 1 |   |



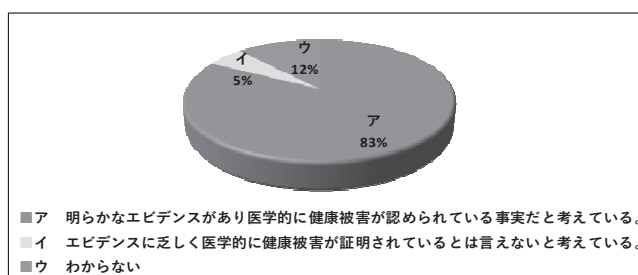
問12 禁煙学会やWHO等が発信しているたばこの健康被害についてどう考えていますか。

ア) 明らかなエビデンスがあり医学的に健康被害が認められている事実だと考えている。

イ) エビデンスに乏しく医学的に健康被害が証明されているとは言えないと考えている。

ウ) わからない。

|       | ア  |   | イ |   | ウ |   |
|-------|----|---|---|---|---|---|
|       | 男  | 女 | 男 | 女 | 男 | 女 |
| 30代   | 1  | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 40代   | 7  | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 50代   | 11 | 4 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 60代   | 13 | 3 | 2 | 0 | 5 | 2 |
| 70代   | 6  | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 80代以上 | 6  | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 合 計   | 62 |   | 4 |   | 9 |   |



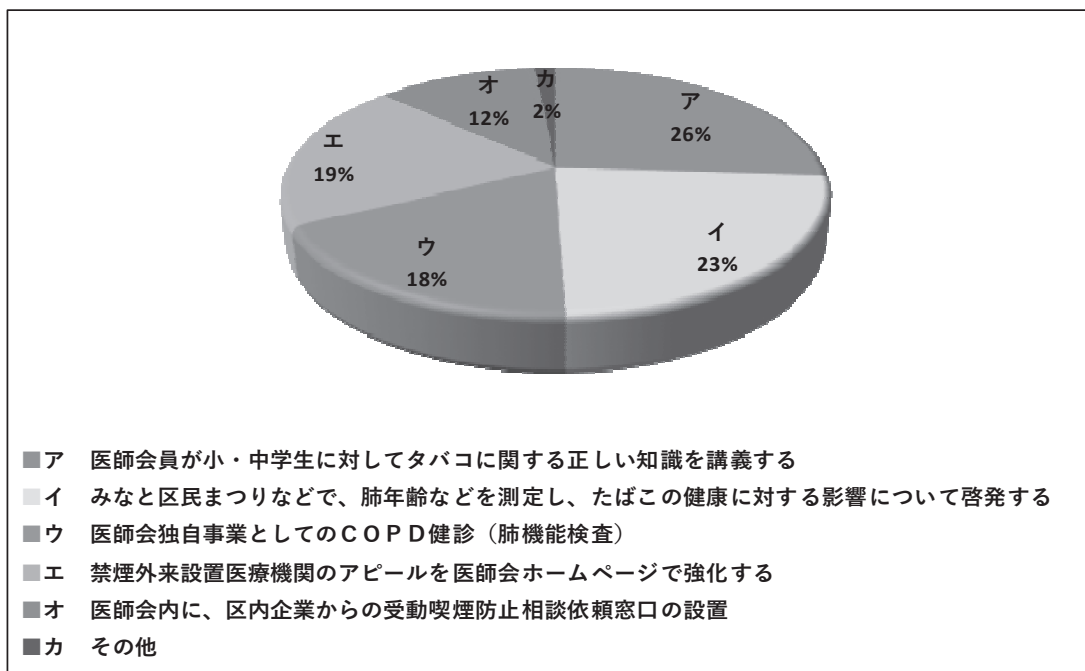


**問 1 3 港区医師会として受動喫煙防止対策の啓発活動を行う場合  
どのような取り組みが良いでしょう。すべてお答えください。**

※複数回答

- ア) 医師会員が小・中学生に対してタバコに関する正しい知識を講義する  
イ) みなと区民まつりなどで、肺年齢などを測定し、たばこの健康に対する影響について啓発する  
ウ) 医師会独自事業としてのCOPD健診（肺機能検査）  
エ) 禁煙外来設置医療機関のアピールを医師会ホームページで強化する  
オ) 医師会内に、区内企業からの受動喫煙防止相談依頼窓口の設置  
カ) その他

|       | ア  |   | イ  |   | ウ  |   | エ  |   | オ  |   | カ |   |
|-------|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|---|---|
|       | 男  | 女 | 男  | 女 | 男  | 女 | 男  | 女 | 男  | 女 | 男 | 女 |
| 30代   | 1  | 1 | 1  | 1 | 1  | 1 | 1  | 1 | 1  | 1 | 0 | 0 |
| 40代   | 5  | 3 | 2  | 4 | 4  | 2 | 3  | 4 | 1  | 0 | 1 | 0 |
| 50代   | 8  | 5 | 9  | 3 | 8  | 3 | 6  | 2 | 5  | 3 | 1 | 0 |
| 60代   | 14 | 5 | 11 | 5 | 10 | 1 | 12 | 1 | 4  | 0 | 1 | 0 |
| 70代   | 5  | 3 | 4  | 3 | 2  | 1 | 4  | 2 | 3  | 1 | 0 | 0 |
| 80代以上 | 2  | 0 | 4  | 0 | 3  | 0 | 3  | 0 | 4  | 0 | 0 | 0 |
| 合 計   | 52 |   | 47 |   | 36 |   | 39 |   | 23 |   | 3 |   |

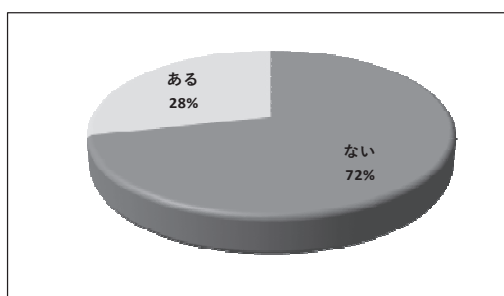


その他意見

- タスポ禁止と対面販売の禁止推奨を厚生省に働きかける。
- 歩道に設置された喫煙所撤去させる。
- 研究支援・タバコに強い人と弱い人の差を明確にする。

#### 問 1 4 院内に肺活量検査機器を備えていますか？

|       | ない |   | ある |   |
|-------|----|---|----|---|
|       | 男  | 女 | 男  | 女 |
| 30代   | 1  | 1 | 0  | 0 |
| 40代   | 5  | 6 | 2  | 1 |
| 50代   | 11 | 3 | 3  | 2 |
| 60代   | 11 | 5 | 9  | 0 |
| 70代   | 3  | 3 | 3  | 0 |
| 80代以上 | 4  | 0 | 1  | 0 |
| 合 計   | 53 |   | 21 |   |



|    | メーカー名 | 機種名            |
|----|-------|----------------|
| 1  | フクダ電子 | スパイロシフト        |
| 2  | フクダ電子 | SP-350 COPD    |
| 3  | フクダ電子 | スパイロシフト SP370  |
| 4  | 日本光電  | マイクロスパイロ HI201 |
| 5  | フクダ電子 | SP-350         |
| 6  | 日本光電  | マイクロスパイロ HI801 |
| 7  | 日本光電  | CHESTAC-8900   |
| 8  | 日本光電  | —              |
| 9  | チェスト  | CHESTA-8900N   |
| 10 | 日本光電  | マイクロスパイロ       |

|    | メーカー名     | 機種名                   |
|----|-----------|-----------------------|
| 11 | チェスト      | CHEST GRAPHJr. HI-101 |
| 12 | フクダ       | SP-370 COPD           |
| 13 | フクダ       | SP-370 COPD           |
| 14 | ミナト医科     | AS303                 |
| 15 | ミナト       | AS-407 Auto spiro     |
| 16 | チェスト      | HI-101                |
| 17 | チェスト K. K | CHEST GRAPHJr. HI-101 |
| 18 | フクダ       | S P-350               |
| 19 | 不明        | —                     |
| 20 | フクダ電子     | スパイロシフトSP-350COPD     |
| 21 | フクダ電子     | スパイロシフトSP-310         |

#### 問 1 5 その他たばこに関すること、委員会の活動についてご意見があればお聞かせください

- 問 7 は、分煙は効果があり、分煙はすべきである。という選択肢があってもいいと思われもした。
- 東京の最も中心に存在する港区の医師会として、禁煙やタバコ被害の根絶に対し、貢献していただけたらありがたいです。以前横断歩道脇の喫煙所に関し区役所に電話しましたが「管轄外です。」と、とりあってもえませんでした。「医師会として」なら効果があるのではと。患者（喘息の患者さん）から、クリニック脇の横断歩道のタバコの煙で喘息発作出るので何とかしてほしいと要望あり、区役所に電話したのですが。
- たばこ対策委員会を中心として学校医・産業医も協力して、禁煙・受動喫煙防止を推進してほしい。区民公開講座でもたばこの害についても開いてほしい。
- 日本政府、厚生労働省は、専売公社→JT（全株一国有保有）と名称は変えても、国が有害無益なタバコを販売している事実を国民に明らかにせず、国自から批准したタバコ枠組条約に違反してJTのコマーシャルをテレビ等で放映している。WHOからも指導されている通り、世界中でがん予防対策に最も遅れを取っているのが日本である。
- 先づ、喫煙する医師を、無くすことです。
- 約18年前から日本医師会広報部でも受動喫煙の防止についてテレビでのコマーシャル番組迄作成したが、メディアが全く受けなかった。現在もメディアが忖度しており状況が変わっていない。医師及び医師会は使命として受動喫煙の防止に取り組むべきである。日本は未だに発展途上国である。
- みなとタバコ対策優良施設になっています。
- 「港区も、罰則をつくってほしい」と伝えてほしい。みなとタバコルールのポスターを医師会で配布してほしい。
- 日本での喫煙を禁止する方針で運動を進めて欲しい。日本でたばこの販売をしないようにしていただきたい。健康被害があるので、国がたばこ税をとるのも不適切。
- 形ばかりの分煙にならないように指導。加熱式たばこの害について啓発をする。（匂いがない分危険、副流煙、三次被害等）
- 喫煙後の呼気から出る煙や灰皿から流れる煙等も含め映像（動画）をTVやネットで流す等、目で見て瞬時にわかる啓蒙も。
- 医師会（委員会）としても、個人の医師としても、全ての人が禁煙にむかうべきと考えています。

### 3. 玉川医師会「世田谷区における組織連携・体制の構築と喫煙防止教育の実際」

委員 池上 晴彦

#### 医師会の縦横連携と学校・区との協力体制の構築

##### 1. 区内2医師会の連携

世田谷区には玉川医師会と世田谷区医師会の2医師会が存在し、平成27年に玉川医師会が、平成28年には世田谷区医師会がそれぞれタバコ対策委員会を設置しそれぞれ活動を開始していたが、区・教育委員会及び学校との協議を円滑に運ぶためには両医師会でより緊密に連携する必要があると、平成29年7月に両医師会合同タバコ対策委員会を発足させた。以後半年毎に合同委員会を開催し、平成30年5月に開催された第三回合同委員会からは、区教育委員会担当者がオブザーバーとして加わり、学校における喫煙防止教育の他、会員におけるタバコの害や加熱式タバコに関する知識の共有、禁煙治療の普及推進、受動喫煙対策などタバコに関する協議活動を継続している。

##### 2. 医師会と区・学校間の協力体制の構築

世田谷区では、タバコ対策は、環境政策部門、産業政策部門、保健福祉部門・保健所が各々縦割りの行政を行ってきたが、その弊害と限界を考慮し、平成30年9月に両医師会と学校の代表と各部門の横断的な組織として、世田谷区健康づくり推進委員会内に「禁煙支援・健康教育専門部会」を設置して、より包括的なタバコ対策の政策を実現するべく議論を開始した。学校における喫煙防止教育に関しては、両医師会と区教育委員会の担当者間で協議が始まり、上記のごとく両医師会合同委員会が有機的に区教育委員会と連携して、本専門部会の中核を構成している。

#### 喫煙防止教育

##### 1. 喫煙防止教育の実施

世田谷区においては児童・生徒の喫煙防止教育の重要性を考え、両医師会が主導し、平成29年より小学校6年生、中学校3年生に45分の授業を開始した。

平成29年に小学校6年生を対象に玉川医師会管内の小学校でモデル授業として喫煙防止教育（村松委員長による）を行い、続いて同年にさらに1小学校、平成30年には区内合計7校（小学校6年生4校、中学校3年生3校）において、モデル授業に準じて行い、順次実施校を増加させていく予定である。

##### 2. 喫煙防止教育の効果評価

喫煙防止授業の直後に下記の内容で児童・生徒にアンケート調査を行った。

Q1.授業で最も印象に残ったことは何ですか。

Q2.タバコを吸うといけないのはなぜですか。

Q3.友達から「タバコを吸ってみたい？」と誘われたら、どう答えますか。

Q4.授業の感想を書いて下さい。

その結果、以下のような回答を得た。

A 1. 授業で最も印象に残ったことは何ですか。

- ① 日本がタバコを吸ってもいいじゃないかと考えていて、禁えんなど分けていても何も変わらず、体に悪いということ。日本ではきびしい罰そくなども無いこと。
- ② サルが喫煙していることに驚いたこと。
- ③ 写真。
- ④ タバコを吸ったら、病気にかかりやすくなるのが分かって良かった。
- ⑤ ねむかった。えぐかった。たばこはえぐい。
- ⑥ 子供がすってるとは、知らなかった。
- ⑦ タバコは危険だな。
- ⑧ タバコが命にかかわること。
- ⑨ 「たばこ」を吸うと、自分以外にも害がくるというコト。
- ⑩ タバコは悪いもの。
- ⑪ 多くのびょうきにかかるということ。
- ⑫ たばこによっておこる病気などの、たばこの怖さ。
- ⑬ タバコに思ったより多い70種類もの発ガン物質があったこと。
- ⑭ 肺が悪くなったり、口がいけないことになること。
- ⑮ 発がんせい物質があんなに入っているとは思わなかった。
- ⑯ たばこには有害物質がたくさん入っていると知ったとき。
- ⑰ はいがくろくなる。
- ⑱ タバコはすってはいけないということ。
- ⑲ 肺が黒くなるということ。
- ⑳ 人のすったけむりをすって、病気を起こすのはいやだなと思いました。
- ㉑ 子どもでもたばこをすっているくにながること。
- ㉒ 体にわるいということ。
- ㉓ 2才の子どもがたばこをすっていること。ファミレスに中国と同じくらいのPM 2. 5のけむりがあること。
- ㉔ チンパンジーがたばこをすっていたことです。
- ㉕ 日本以外の国では室内のたばこが禁止されていること。
- ㉖ 自分はタバコを吸っていなくても、まわりの人が吸うことによって病気になってしまうことがあること。子どももタバコを吸う国があること。チンパンジーもニコチンにいぞんしてしまうこと。
- ㉗ タバコを吸う人の肺。病気になる種類。赤ちゃんがタバコを吸ったこと。
- ㉘ タバコはまやくと同じという事を知りました。
- ㉙ 日本でオリンピックが2020にあるのにタバコの厳しいきまりなどが全然無いという事実。
- ㉚ 双子の姉妹がたばこを吸ったことでしわができてしまっていたこと。
- ㉛ 子どもがタバコをふつうにすっていたこと。タバコをすうとさまざまな病気にな

りやすいこと。

- ③② チンパンジーや2才の子がすっていてびっくりしました。
- ③③ 外国で2才の子供がタバコを吸っていたという事。
- ③④ 2才の子がタバコをすっていたこと。受動きつえんになることにおどろいた。チンパンジーがタバコをすっていたこと。
- ③⑤ タバコ（けむり）は周りの人にも病気をうつしちゃうので、とてもこわいと思いました。しょう来タバコを吸いたくないと思いました。
- ③⑥ タバコを吸ったけむりがすごい長いきよりに広がるということ。
- ③⑦ インドネシアでは2才の子供がふつうにたばこを吸っていたということ。
- ③⑧ たばこを吸うといっぱいの人死んでしまうことです。
- ③⑨ タバコを吸った後の肺が全ぜんちがう事にびっくりした。2才でタバコをいっばい吸っている事がびっくりした。インドネシアでタバコを吸わせてる親がいてびっくりした。
- ④⑩ たばこを吸ったら、一緒に住んでいる家族も死んでしまうのが一番こわかったです。
- ④⑪ インドネシアの2才の男の子がタバコを吸っていたことです。チンパンジーがタバコを吸っていたことです。

## A 2. タバコを吸うといけないのはなぜですか。

- ① 自分にも、周りの人にも悪い影響を与えてしまう。悪い物質もたくさん入っている。
- ② 発癌物質が自分にも他人にもくっつくから。
- ③ 体に悪いから。
- ④ ニコチンいぞんになって、タバコをすわないといけなくなるから。  
肺がくろくなって肺炎になりやすくなり、なおりにくくなるから。
- ⑤ まわりにめいわくかかるし、しかもすぐしぬかもしれない。
- ⑥ 病気になったりしてしまうから。
- ⑦ 危険だから。
- ⑧ 命がきけん。いろいろな病気になる。
- ⑨ 周りに迷わくがかかるから。ニコチンなどの有害物質が入っていて、肺以外にも害が来るから。寿命が短くなるから。
- ⑩ 害があるから。
- ⑪ はいがよごれ、こわれ、びょうきにかかりやすくなるから。
- ⑫ 周りの人も、自分も、病気で死んでしまう。
- ⑬ 悪い物質がたくさん入っているから。
- ⑭ 肺が悪くなってしまう。近くにいた人もすってしまうため。
- ⑮ 自分だけでなく他人にも影響を与えるから。
- ⑯ 有害物質がたくさん入っている。四大死因の原因になるから。他人にも影響を与えるから。
- ⑰ 金がなくなるから。あといぞんするから。



- ⑮ 周りの人に多くの有害物質が出るから。
- ⑯ 肺が黒くなる。病気になりやすくなる。
- ⑰ いろいろな病気などをおこす。
- ⑱ 自分でも相手にも死にそうなくらいの害を与えるから。
- ㉑ 体にわるいから。
- ㉒ たくさんの有害物質がふくまれているから。
- ㉓ 自分の体にもわるいし、まわりの人にもめいわくをかけてしまうからです。
- ㉔ 自分だけに害が及ぶのではなく、まわりの人に害が及んでしまうから。
- ㉕ 血液の流れが悪くなってしまうから。病気になってしまうから。
- ㉖ がんなどの病気になってしまうからです。高れいになると歩くことさえ辛いからです。
- ㉗ 血管が縮んでボケたりするからです。肺がよごれたりするからです。
- ㉘ 体に悪いえいきょうがありすぎる（ボケる、がんなどの病気にかかりやすい、血管が縮まる、などなど）。周りの子どもやペット、老れい者が吸ってしまう。
- ㉙ がんや病気がおこりやすくなるから。またまわりの人に迷惑になるから。
- ㉚ 病気になりやすいことや、歯や肺が汚れて空気も悪くなってしまうから。
- ㉛ はいがくさったり、がんになったりするから、吸ってはいけない。
- ㉜ 血管が縮むので、血液が通らなくなるから。肺えんにかかりやすくなるから。
- ㉝ 血管が縮むので、血が通らなくなる。有害な物しつが体に入るから。
- ㉞ がんなど人に病気をうつしちゃうというこわいことがあるからです。動物にもうつしちゃうので吸ってはいけないと思います。命にもかかわりがあるからです。
- ㉟ 肺のがんやのどのがんになったりする。吸った人だけではなく、周りの人（猫）も病気になってしまうから。
- ㊱ 有害な一酸化炭素等が体の中に入り、主に肺に負担がかかるし、他の人にも悪えいきょうだから。
- ㊲ 病気とか歯がわるくなるからです。他人にもめいわくをかけてしまうからです。
- ㊳ 肺えんになって、命にかかわることもあるから。  
たばこにはニコチンという有害な物質がふくまれているから。
- ㊴ 吸うと、いろいろなおもい病気にかかってしまうから。
- ㊵ 周りの人にめいわくをかけるからです。肺がんになるからです。

A 3. 友達から「タバコを吸ってみない？」と誘われたら、どう答えますか。

- ① 「いやだっ」と答える。
- ② 「いやだよ」
- ③ かってにやってろ、むかえがはやくくるぞ。
- ④ 「無理だよ。」
- ⑤ はっ？かすかよ。
- ⑥ 死ぬときに吸うよ。
- ⑦ 「・・・・・・・・お前、まじか。」

- ⑧ 「ううん・・・。やめとく・・・。」
- ⑨ 「たばこ」の害についてを短く話し、相手にわかってもらえなかったらきっぱりと断る。
- ⑩ 一回だけ吸ってみる。
- ⑪ いやです。早じにするよ。
- ⑫ 「いいよ」といっておいてやらない。
- ⑬ キツイ言葉で非難する。
- ⑭ ことわる。
- ⑮ 「いやーだよー。ベー。」「勝手に吸っとけ！！」
- ⑯ 自分が吸わないのはもちろん、友だちにも今日教えてもらったことを教えてあげる。
- ⑰ やだ。
- ⑱ ぶんなぐる。そしてタバコをうばいとる。
- ⑲ 「ぜったい、いやだ」ときっぱりことわる。
- ⑳ 私は病気になりたくないからすわない。
- ㉑ あなたはたばこをすって、ほんとうにいいんですか。
- ㉒ ことわってあいてもとめる（かいしんさせる）。
- ㉓ 「吸わねー」
- ㉔ 「体にも悪いしやめておくよ」
- ㉕ 他の人に害を及ぼしてしまうからやめときます。
- ㉖ 「将来のためにも私は吸わないよ。」
- ㉗ 「将来が見えてるからいらないよ。」
- ㉘ 「吸ったらこきゅうが苦しくなったり、肺えんになったりするからやだよ！君も吸わない方がいいよ。」
- ㉙ 吸うわけないだろ！君もやめろよ！
- ㉚ 「いりません」と言う。
- ㉛ 「病気になりやすいから、やめとく。」
- ㉜ 「ぼくはぜんそくだから吸わない」と答えます。
- ㉝ 「私は吸いたくないのでけっこうです。」
- ㉞ 「いやだ、いやだ、いやだ、いやだ、吸いたくない。体に悪いから。」
- ㉟ 「いや。だいじょうぶです。」といいます。
- ㊱ 「吸うわけないじゃーん。タバコの悪さ知らないのー？」
- ㊲ 「へっ、吸わねえぜ！おばかちゃんね。」
- ㊳ 「ぼくは吸いたくないです。」走ってにげる。
- ㊴ 「あまりきょうみはない。」
- ㊵ 「いやだ！！たばこは体に悪いから吸わないから！！」
- ㊶ 「運動ができなくなるから吸いません。」

A 4. 授業の感想を書いて下さい。

- ① 海外には、タバコをきびしく取りしまっている所もあれば、2才からでも吸うところがあり、おどろいた。日本では20からとあるが、20からすいましょうではなく、20でも50でもいけません、という言葉をお忘れするようにします。
- ② とっても良い授業でした。また、世界がやめようとしていることに日本が協力しなかったのがいやだった。
- ③ ためになりました。
- ④ タバコをすっている人は街にもいっぱいいるから、意しきしなくても、受動きつえんしていることがわかってびっくりした。
- ⑤ すわないよ。
- ⑥ すごく勉強になった。
- ⑦ タバコはストレスで吸うものだと思っていたけど、「ニコチン」という物質のせいで死ぬのはこわいなと思った。
- ⑧ 動物や人間にも、害をあたえるので、ぜったいに、すいたくない。
- ⑨ 「たばこ」はカッコいいと思っていたけど、カッコいいより前に「死」の危険性があるので、吸っちゃダメだと思った。家族（身内）は全員吸ってないので、私も吸わないようにしようとした。
- ⑩ 害があるのは、分かっているけど、一回だけ吸ってみたい。
- ⑪ タバコのいろいろなことについてしれてよかった。
- ⑫ たばこの怖さをしり、なにがあってもすわないようにしようと思えた。
- ⑬ 新しく知ったこともあっておどろいた。  
オリンピックまでに法律をつくってほしいと思った。
- ⑭ どうしてタバコをすったらいけないのかが分かりました。
- ⑮ たばこがいかに有害かがよくわかった。とてもいい授業でした。
- ⑯ 前から、たばこを吸おうとは思っていないが、たばこの怖さを知ったので、どんなことがあっても絶対に吸いたくないと思いました。今日は本当にありがとうございました。
- ⑰ 電子タバコはどうかききたかった。
- ⑱ おじいちゃんがすっているから注意しようと思った。
- ⑲ タバコの危けんさについて知ることが出来た。  
これからは、タバコのけむりをなるべくさける。
- ⑳ お父さんはたばこを吸っているの、この授業で知ったことを教えたいと思います。
- ㉑ たばこはだめだと改めてわかった。
- ㉒ 気をつけようと思った。家の人にはなそうと思った。
- ㉓ ぜったいにたばこを吸わないと決意した。
- ㉔ とてもためになりました。ありがとうございました。
- ㉕ たばこにはいけないことがたくさんあって大人になってもすいたくない。
- ㉖ 今回の授業でタバコを吸うことの恐ろしさがよく分かりました。

ありがとうございました。

- ②⑦ タバコは吸うつもりは全くないけれど、少々興味がありました。  
ここまで詳しく分かってとてもうれしいです。ありがとうございました。
- ②⑧ タバコを吸ったら、しわが増えたり、肺えんになる可能性があるということを知りました。
- ②⑨ タバコが僕の思っている以上におそろしいことを若いうちに知ることができてよかった。ありがとうございました。
- ③⑩ いままではたばこは吸ってはいけないとぼんやり思っていたのだが、今度の授業で吸ってはいけないのだとはっきり思った。ありがとうございました。
- ③⑪ タバコで病気になることは知っていたけれど、たくさんの悪い病気になりやすくなると思うと、今、私たちの周りで吸っている人たちの近くをさけたいと思った。改めて、吸わないと思った。
- ③⑫ さいしょからさいごまで、ていねいに話してくださり、ありがとうございました。
- ③⑬ 父がたばこを吸っているの。学んだ事を教えてあげたいと思います。私も将来はたばこを吸わない大人になりたいです。
- ③⑭ タバコの悪さにおどろいた。おじいちゃんが、ちょう吸っているんでとめようと思った。
- ③⑮ タバコの事をいろいろ知って、しょう来タバコは吸いたくないと思いました。
- ③⑯ 周りの人はタバコをすっていませんが、喫煙所の近くは通らないようにします。
- ③⑰ たばこについていろいろ分かり、たばこは悪いものだとなりました。お父さんにも、たばこをやめた方がいいといいます。今日はありがとうございました。
- ③⑱ 今日はしらなかったことを教えてくれてありがとうございます。  
たばこは吸いたくないです。
- ③⑲ たばこを吸っちゃいけない理由が良く分かりました。  
日本もほかの国を、見ならった方がいいと思いました。
- ④⑩ たばこを吸ったら体に悪いから将来すわないように気を付けます。
- ④⑪ 私のお母さんもタバコを吸っていて、お母さんと同じ環境にいるから、私もけむりを吸って病気になりやすいと思い、少し怖くなりました。  
タバコがきけんということを学んで、お母さんに教えようと思いました。

以上、授業後の感想として、

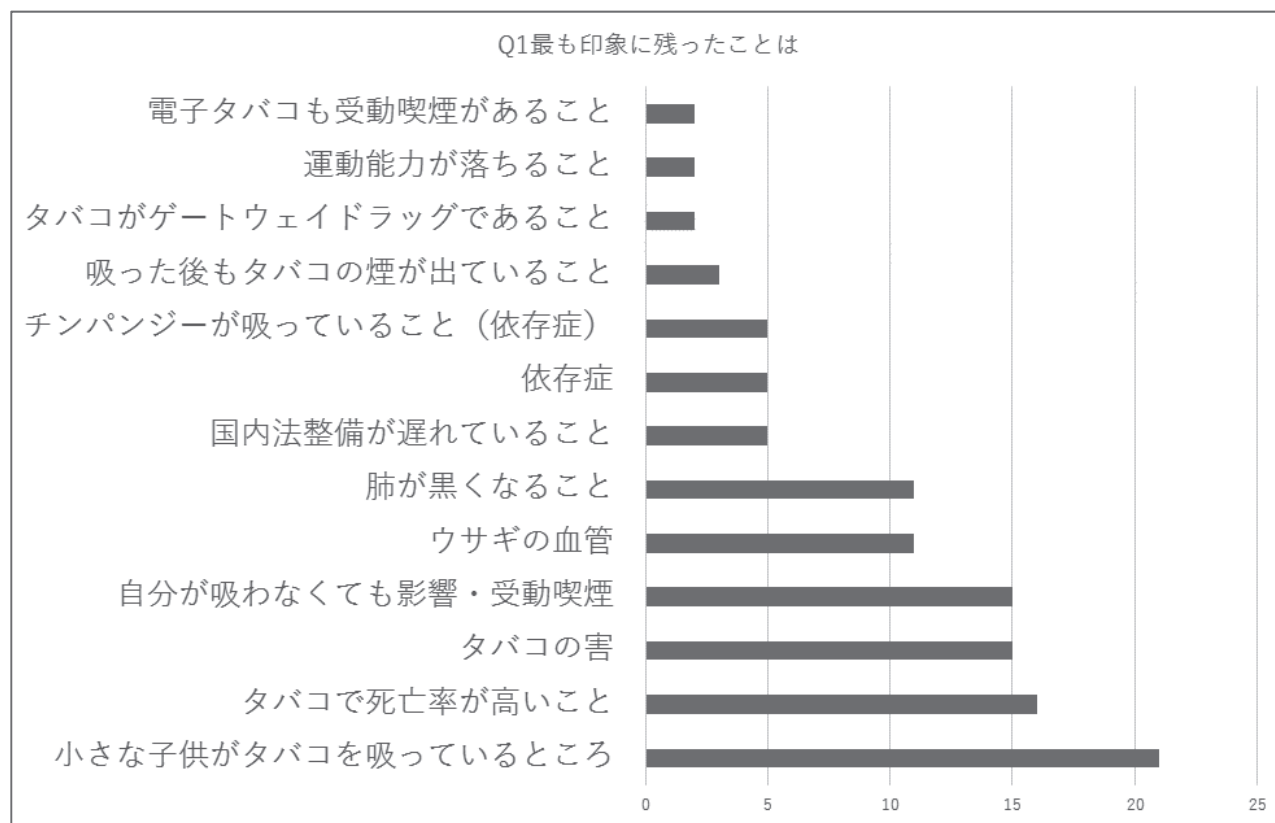
- (1) タバコの害及び有害成分、依存性があること
- (2) 喫煙者のみならず周囲への影響、つまり受動喫煙について
- (3) 日本においてタバコ規制が外国に比べて遅れていることを理解でき、
- (4) タバコを自分は吸わないし、他人が吸うことも勧めないという意識が芽生え、  
今まで何となく意識していたタバコの危険について、はっきり理解できたという意見が多くみられた。

喫煙防止教育を推進していくうえでの課題として挙げられることは、各学校、校長及び養護担当者、校医によって取り組む姿勢に温度差があること、校医においては各専門性により喫煙防止授業に対する苦手意識を持っている場合があることもその理由の一つである。これらの問題に対しては、児童・生徒から得られた感想を蓄積して、また東京都医師会や他の地区医師会と情報共有を行い、それを未参加の学校や校医の先生にフィードバックすることを通して、参加校を増やしていく努力をしていく必要がある。さらに長期的には喫煙防止教育の受講状況と、その後20歳時点(成人式を想定)での喫煙状況など意識調査し、その有効性を実証することでより関係者の理解を深めることも検討中である。

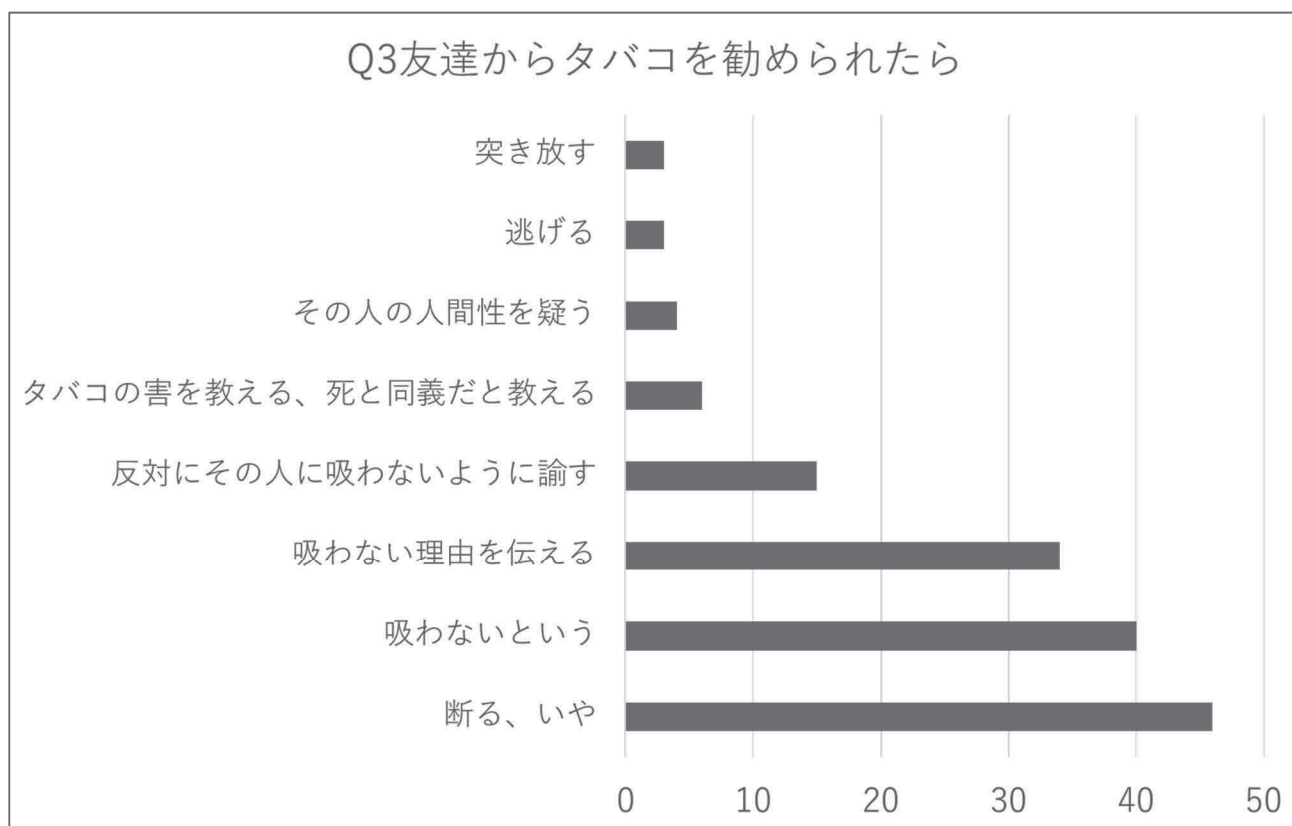
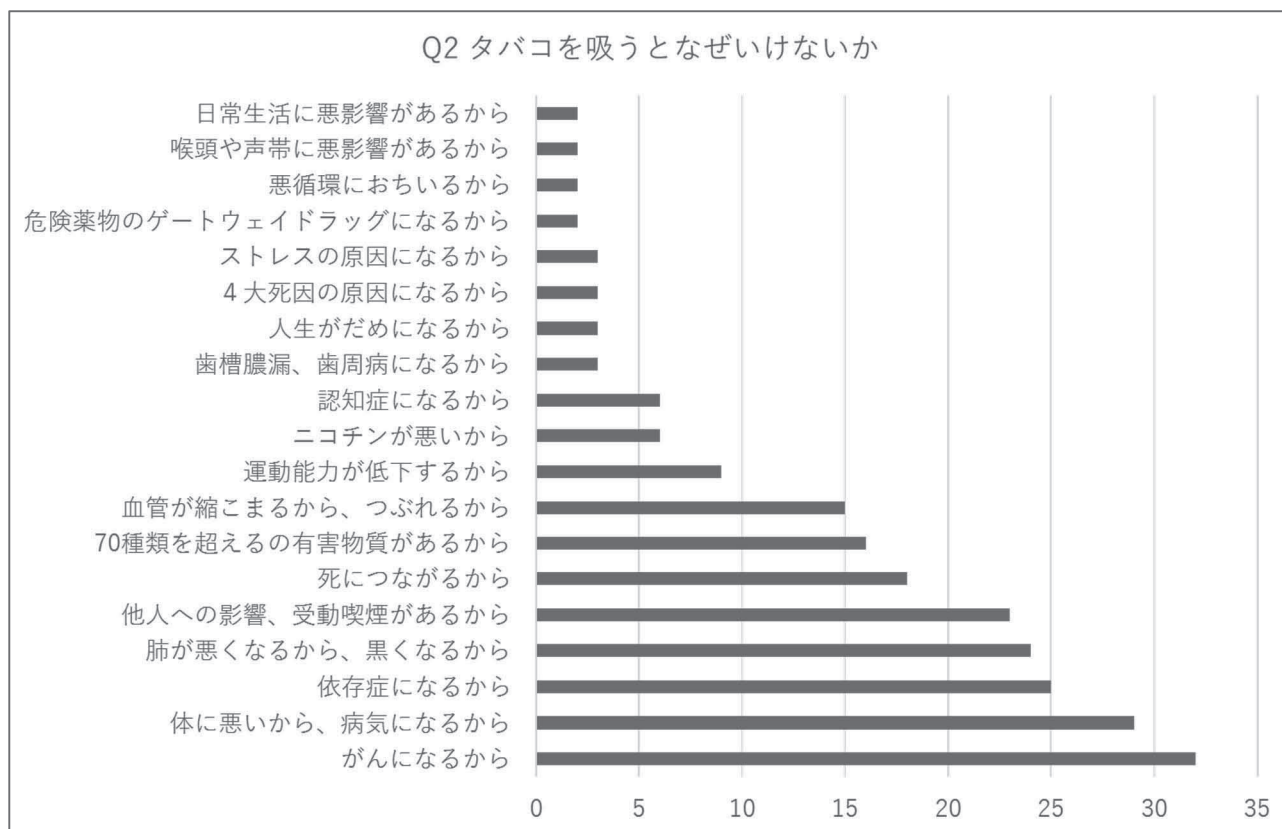
もう一つの課題としては、区の行政部門による温度差である。都において子どもを受動喫煙から守る条例が施行され、受動喫煙防止条例が成立したことで、ある程度飲食店での喫煙規制が進んだとはいえ、産業政策部門などでは喫煙に対する理解が十分でないことが否めない。こういった点を改善するために既に述べた、横断的組織である「禁煙支援・健康教育専門部会」にて議論を深め、意識の共有を図っていく必要がある。

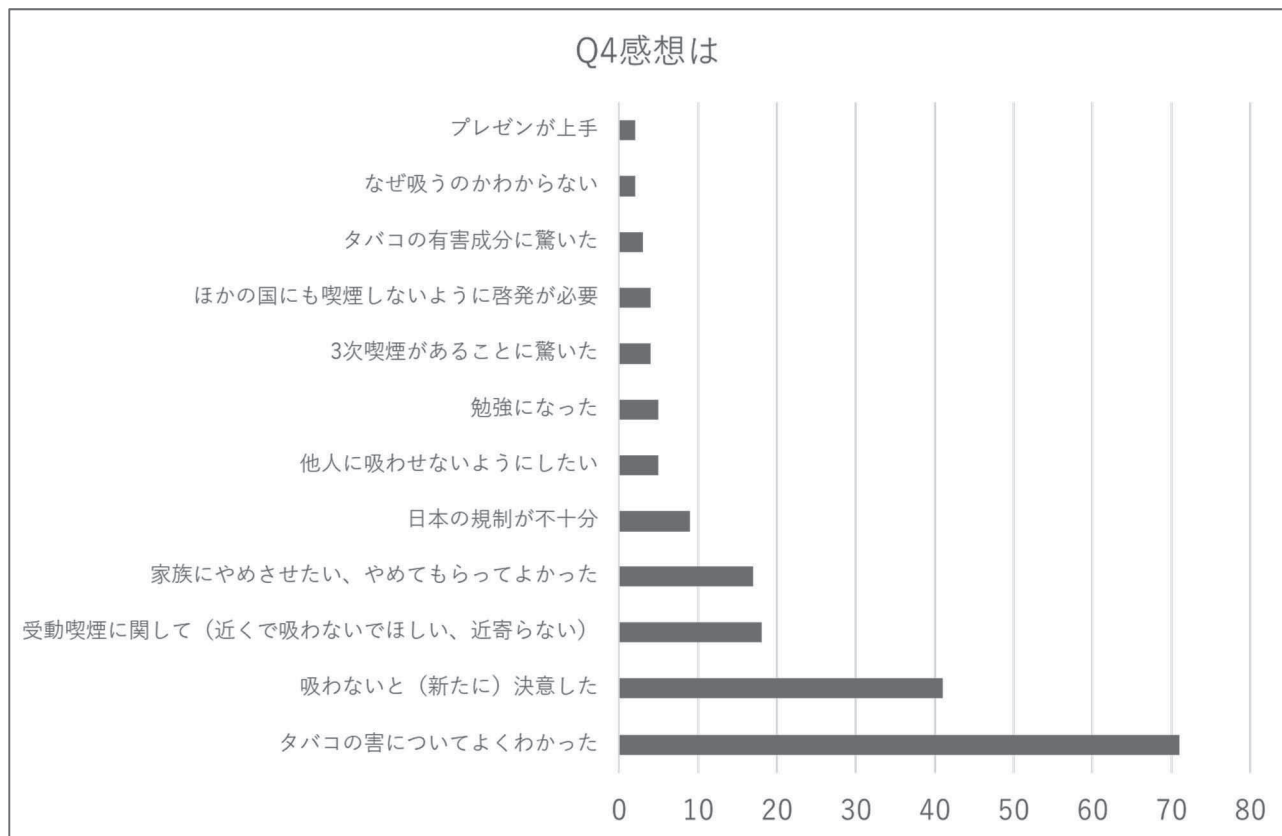
## 総括

以上、世田谷区における組織連携・体制の構築と喫煙防止教育の実際と、その課題と戦略について概説した。学校における喫煙防止教育の充実のためには、区内の医師会同士、区や学校との協力連携のみならず、さらに都医師会や他の地区医師会との連携が重要である。









## Ⅱ. 多職種による市民（外部）及び会員（内部）への啓発活動

### 1. 東京都医師会・中野区医師会「医師会での禁煙対策」

副委員長 坂井 典孝

#### 東京都医師会

東京都医師会では平成23年にタバコ対策委員会を設置、比較的早期より東京都歯科医師会、東京都薬剤師会、東京都看護協会などの医療関係団体に働きかけ、概ね月1回開催するタバコ対策委員会で積極的な意見交換や情報共有等を行ってきた。さらには児童生徒への喫煙防止教育の重要性の観点から学校教育現場で活動している養護教諭もメンバーに加わり、これまで禁煙関連イベントや学会の合同シンポジウムなどで協働行動をとってきた。

こうした状況のもと2020年東京オリンピック・パラリンピック開催に際しての受動喫煙防止条例制定に関し、ともすれば後退しかけていた国の法律よりも強固な条例をホストシティ東京で制定すべく、それまでの連携を礎に医療関係団体が一丸となって署名活動を展開した。具体的には平成30年4月8日有楽町駅前での各医療関係団体代表が参加した街頭署名活動に引き続き（資料1）、各団体が傘下の各地域団体にも呼びかけ、1か月という短期間にもかかわらず、21万筆あまりの署名を集めた。この結果都の条例制定に大きく寄与することとなった。また、平成30年5月10日オリンピック開催地を抱える千葉県医師会の代表とも意見交換などを行い、情報共有をはかった。

今後の課題としては成立した都条例の実践に向け、東京都医師会ならびに医療関係団体が具体的にどういった協力ができるかを検討する必要がある。

なお、一般都民向け啓発として東京都医師会発行の情報誌“元気がいいね”にタバコ関連の特集記事を4回にわたり掲載したり、株式会社龍角散の受動喫煙対策に関する新聞広告に医師会長自らが登場した（資料2）。平成29年10月に開催された第56回十四大都市医師会連絡協議会においてもタバコ対策に関し議論した。

一方、医療従事者が患者さんや一般の方にタバコに関し正しくわかりやすい説明をする際の参考になるよう2012年に発行した“タバコQ&A”は、大変好評であったが、発行から時間がたち、受動喫煙がクローズアップされたり、新型タバコ普及など新たな問題も生じてきたことから、これらに対処すべく今回“タバコQ&A”の全面改訂を行った（発行予定）。

[illegible]



## 中野区医師会

中野区医師会では東京都医師会のタバコ対策に関する活動を参考に、平成 24 年 5 月に医師会学術公衆衛生部の下に喫煙対策委員会を設置、委員会を中心として地道な活動を行ってきた。

### 1. 医師会員への啓発活動

今回 5 年ぶりに医師会員向けアンケートを実施、設問はなるべく同一項目を入れることで医師会員の喫煙率の推移とともに医師会員の喫煙に関する考え方の変化を把握しやすくするとともに、新たな項目の設置（例えば FCTC や WHO と IOC の協定に関する事項）によって、タバコに対する会員への啓発活動の一環とした（資料 3）。このアンケート結果からは会員の喫煙率は確実に低下していることが確認でき（6.1%→3.3%）、ほぼ全員が未成年者への防煙教育の必要性を感じ、受動喫煙に対しても厳しい視点を持つようになり、タバコを有害なものとはっきり認識していると考えられる反面、タバコを嗜好品ととらえる会員が相変わらず多く、文化の一つと考える会員もあり、このような誤った認識をいかに正していくかも重要な問題となった。同時に FCTC に関しての認知度の低さが浮き彫りになり、今後、このようなキーとなる条約を一般の方のみならず会員にいかに周知徹底するかも合わせて大きな課題と考えられた。なお、可能なら禁煙外来設置希望の医療機関も相当数あることから、委員会では他区医師会の活動の把握も含め禁煙外来医療機関増設のための施策を検討するとともに、禁煙外来周知のための禁煙外来マップ発行に関し準備を行っている。

### 2. 区民への啓発活動や行政への働きかけ等

学校での防煙教育用スライドを作成、配布した。

平成 30 年 5 月 31 日世界禁煙デーに医師会担当理事 2 名と医師会職員 4 名が区の区民向け禁煙デーイベントに参加し、区職員とともに中野駅前周辺で禁煙ティッシュを配布、区民への啓発を行った。平成 30 年 9 月 6 日には地域活動講演会の一環として、区事業の“健康づくり研修会”にて担当役員が受動喫煙に関する講演を行い、区職員ならびに区民に対する啓発を行った。また、同日新区長との懇談会を開催、医師会から区への要望事項の中に受動喫煙防止や区民への禁煙啓発活動推進を盛り込み、働きかけた。特に医師会としては公共の場での新たな喫煙所の設置などには断固反対するとの明確な意思表示をした（資料 4）。その後、中野区区議団各会派に対しても、懇談会として要望書の説明を行った。

なお、地区の他医療関係団体とは協働行動をとるには至っていないが、区歯科医師会ならびに区薬剤師会とは役員懇親会を通じて、担当役員の確認と今後の協力の約束を取り付けた。今後は都医師会のようにいかに協力関係を築き、協働行動をとりながら行政等に働きかけていけるかが鍵となる。



資料 3：喫煙対策委員会 アンケート結果

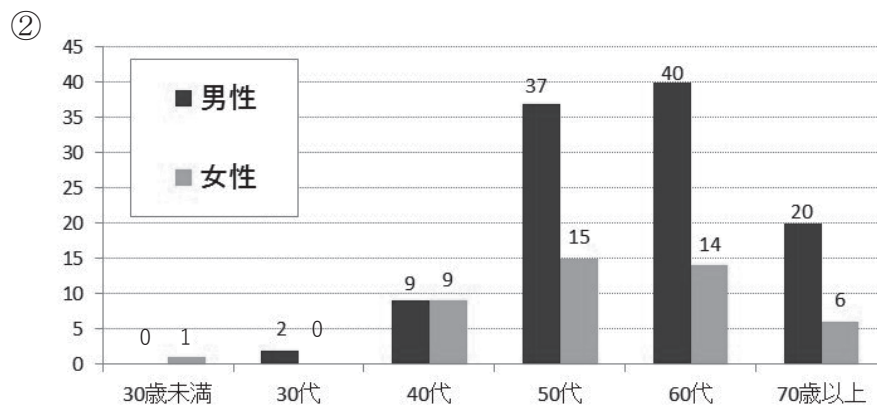
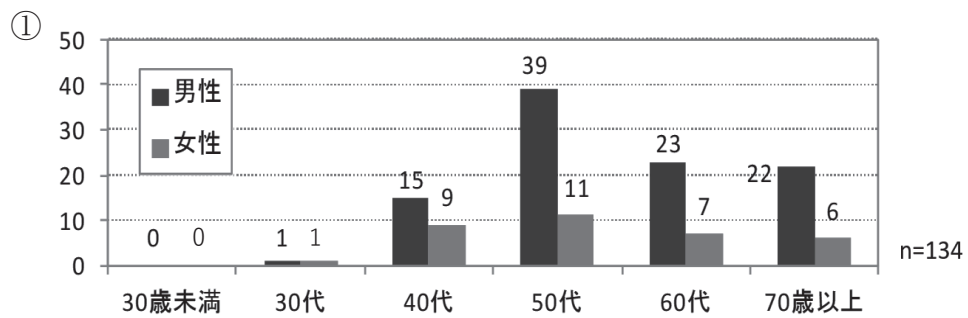
① 平成 25 年 6 月

② 平成 30 年 2 月

(1) 回答者

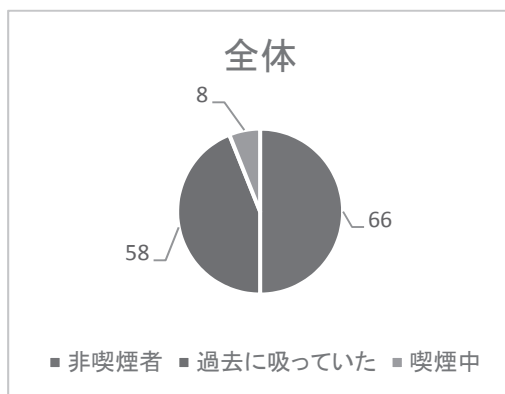
① 134 人 (100 : 34)    ②153 人 (108 : 45)

年齢分布

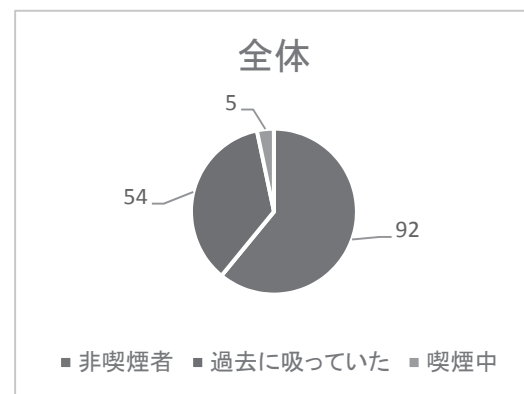


(2) 喫煙状況について

①非喫煙者 51.5%

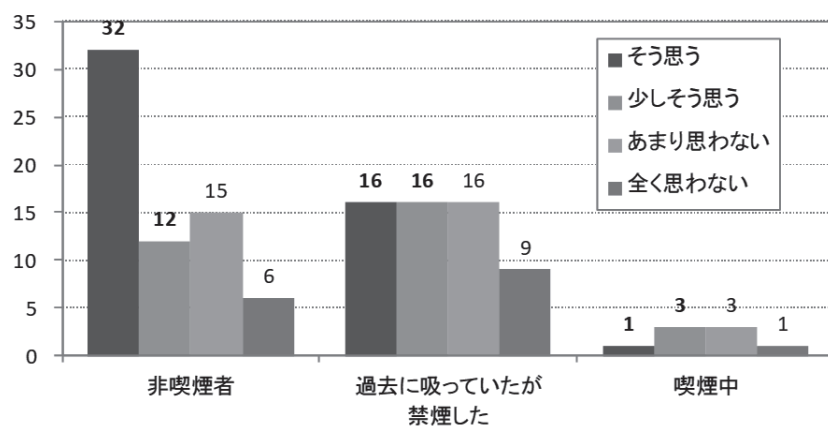


②非喫煙者 60.9%

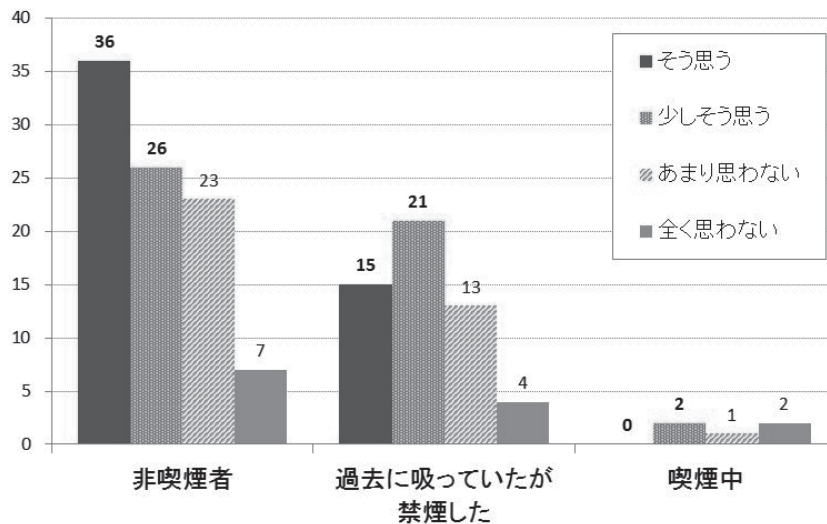


(3) タバコを吸うこと自体、病気である

①

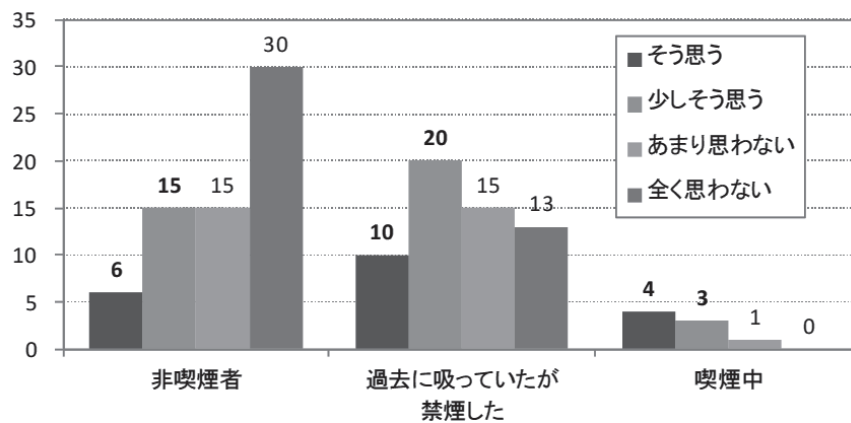


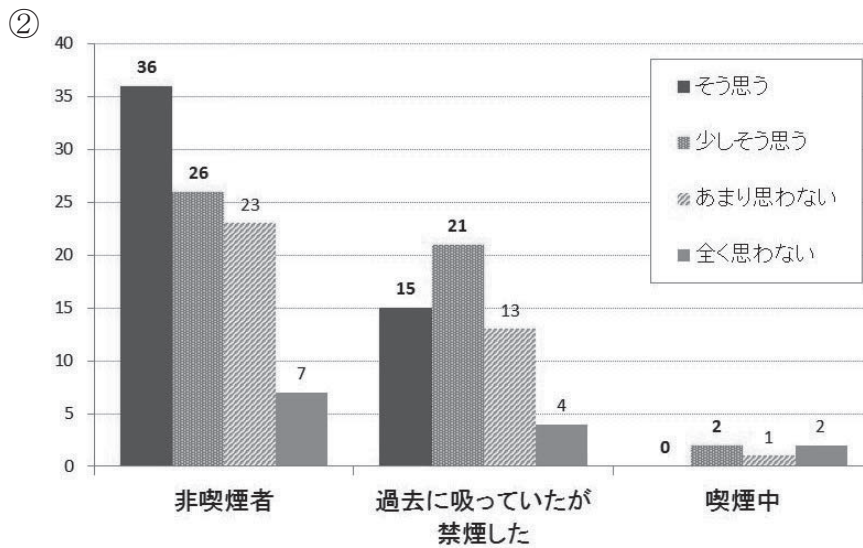
②



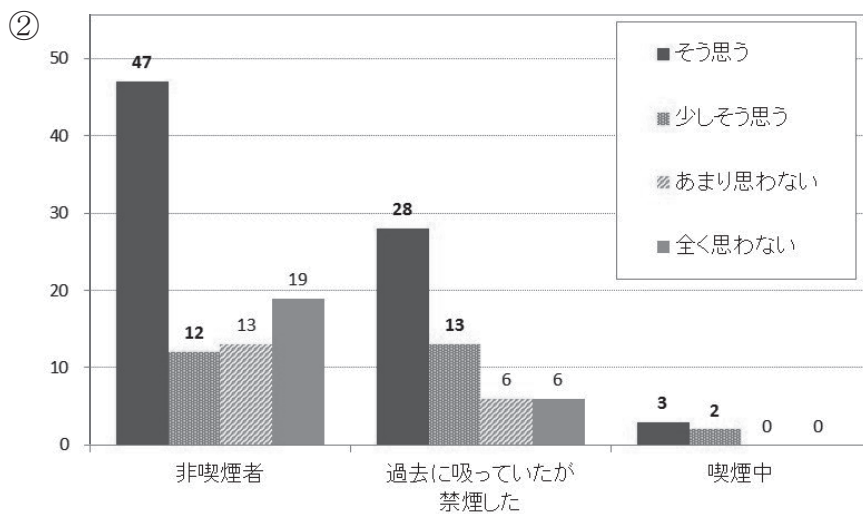
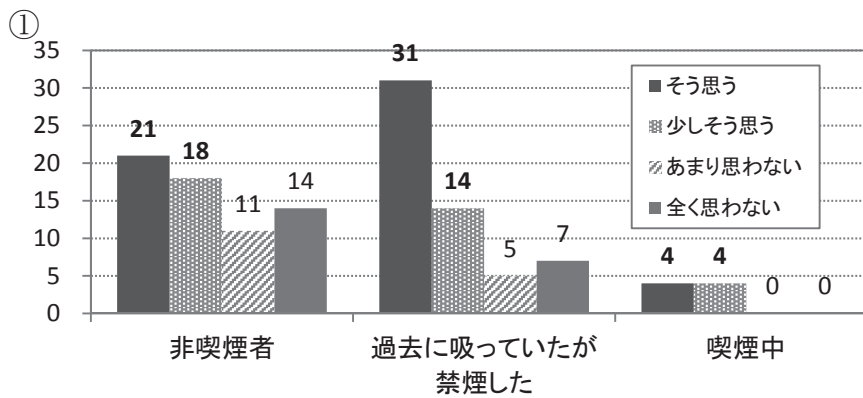
(4) 喫煙には文化があり、喫煙する生活様式も尊重されてもよい

①



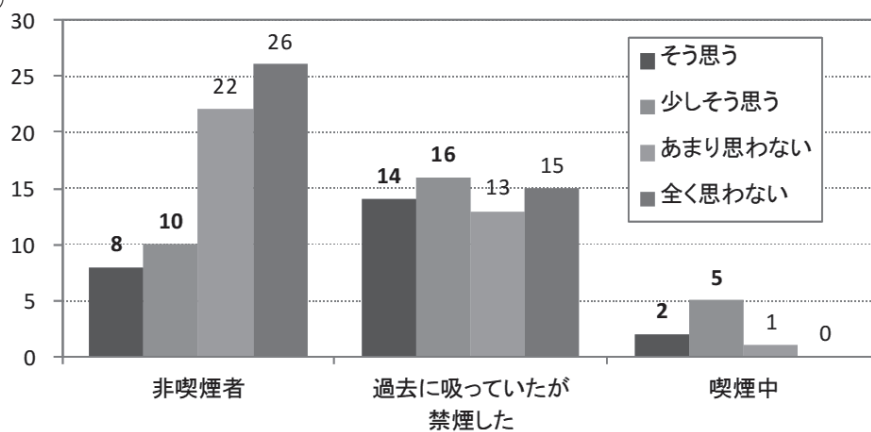


(5) タバコは嗜好品である

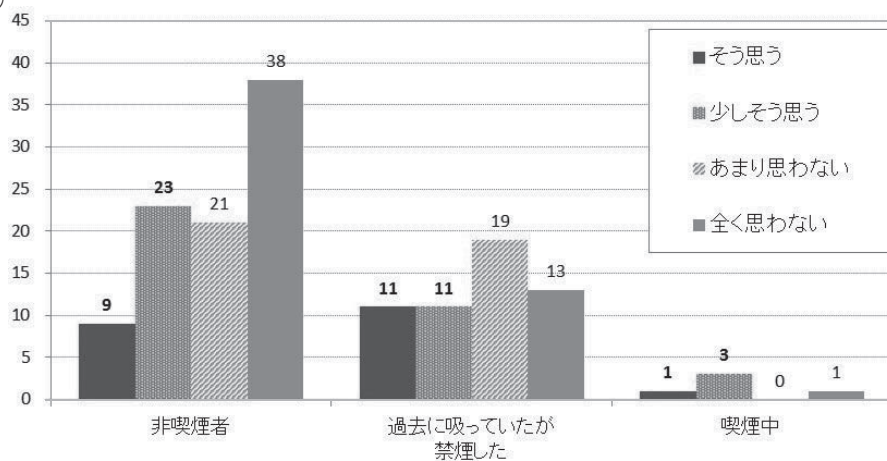


(6) 喫煙により人生が豊かになる人もいる

①

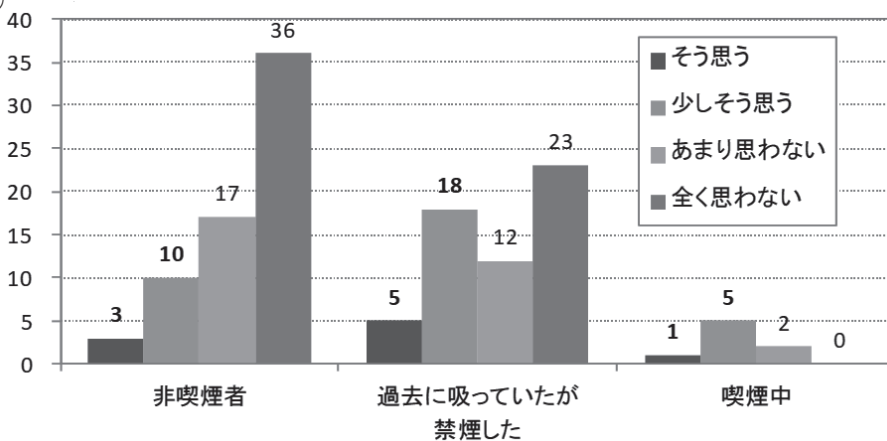


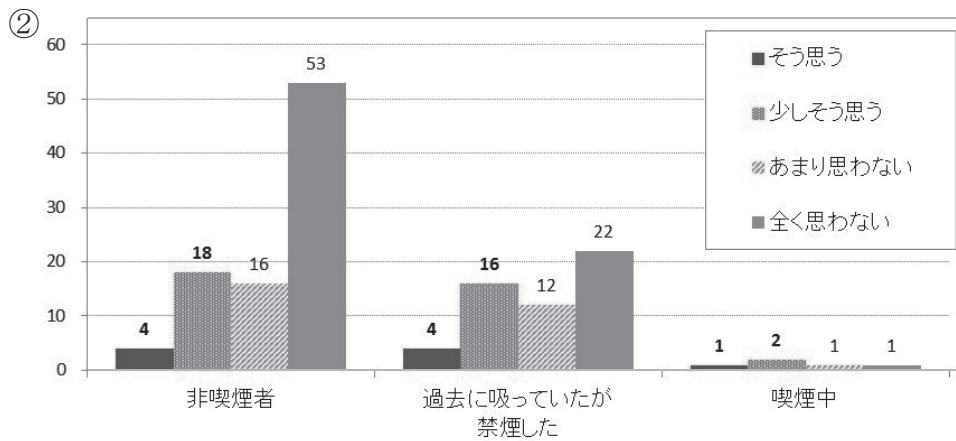
②



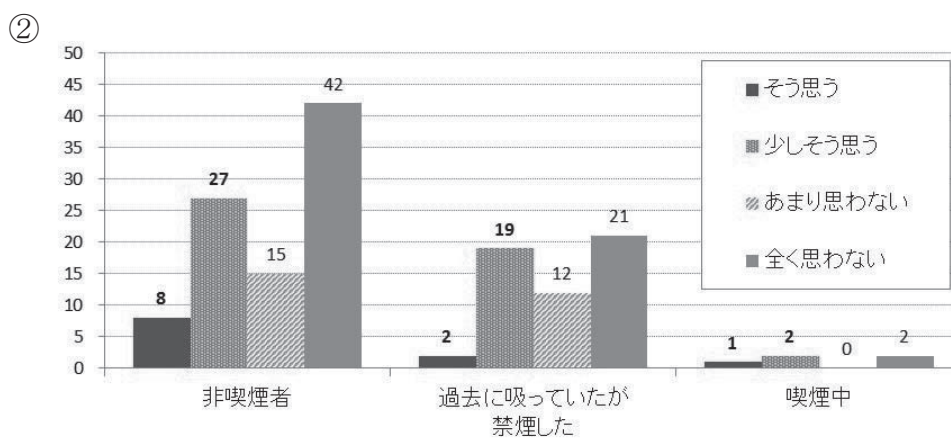
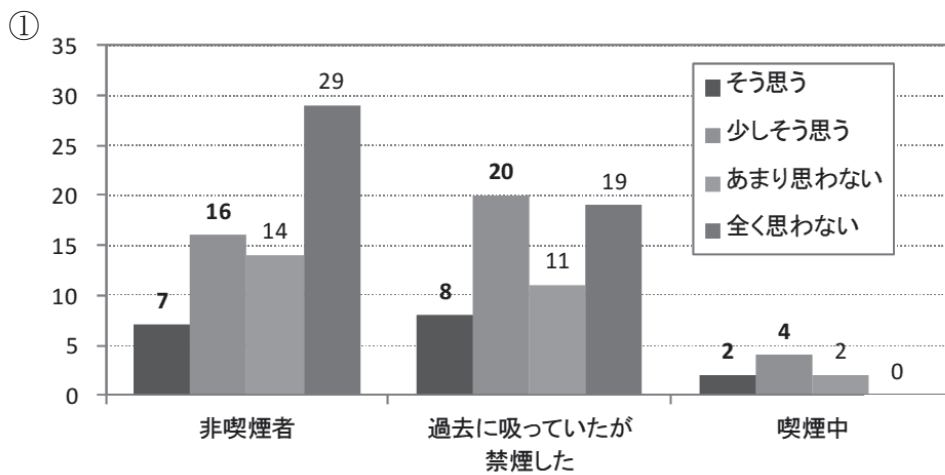
(7) タバコには体や精神に良い作用がある

①



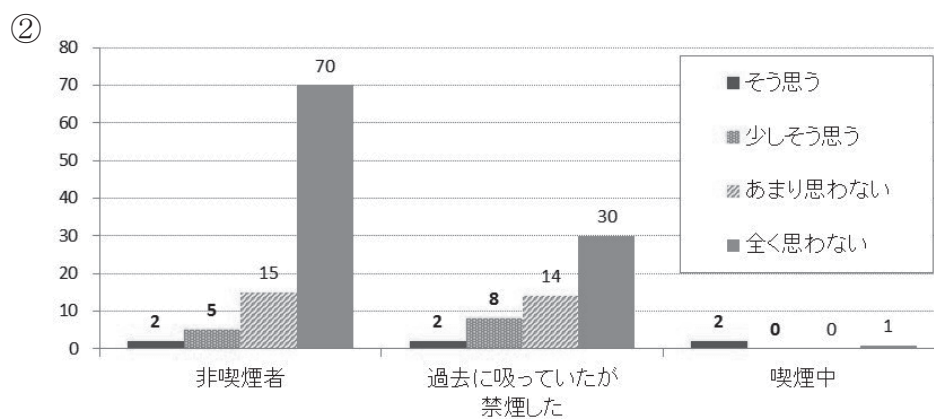
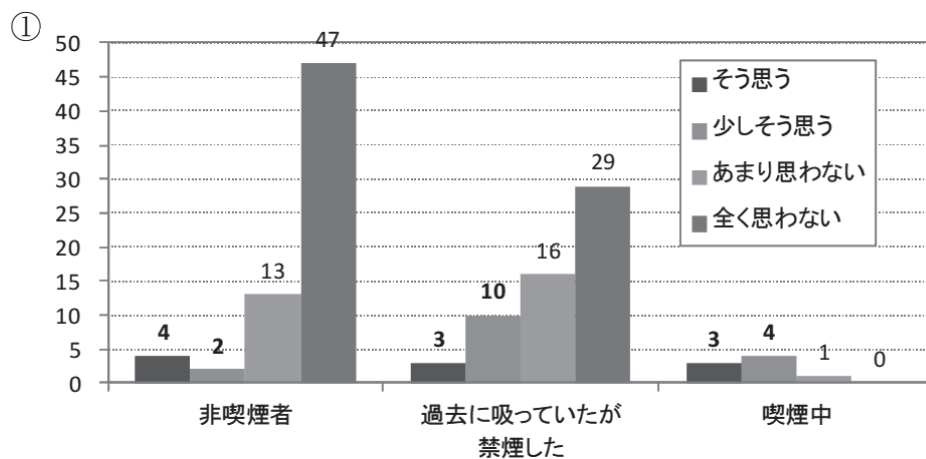


(8) タバコは喫煙者の脳の働きを高めたり、ストレスを解消する作用がある

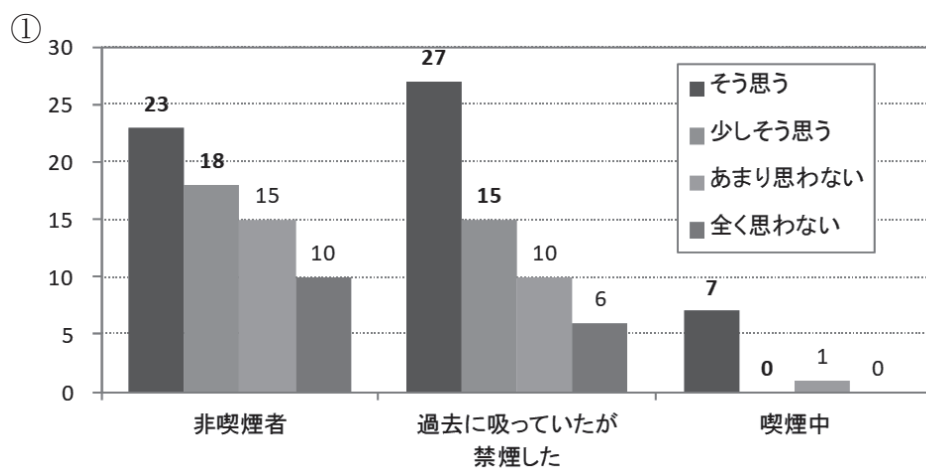




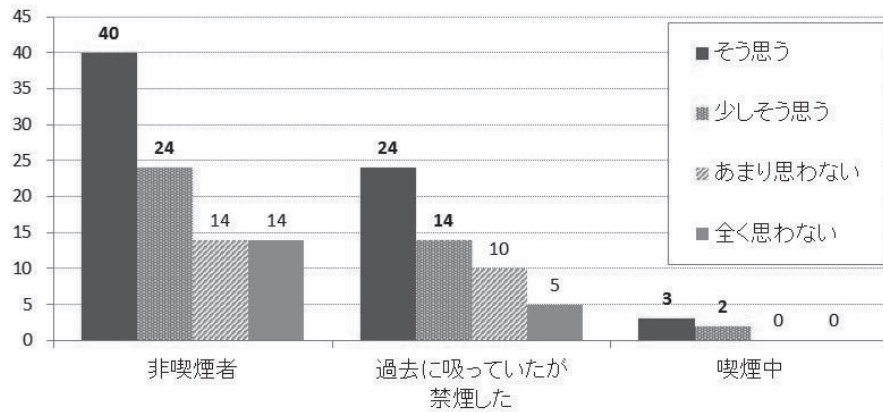
(9) 医者はタバコの害を騒ぎすぎる



(10) 灰皿が置かれている場所は喫煙できる場所である

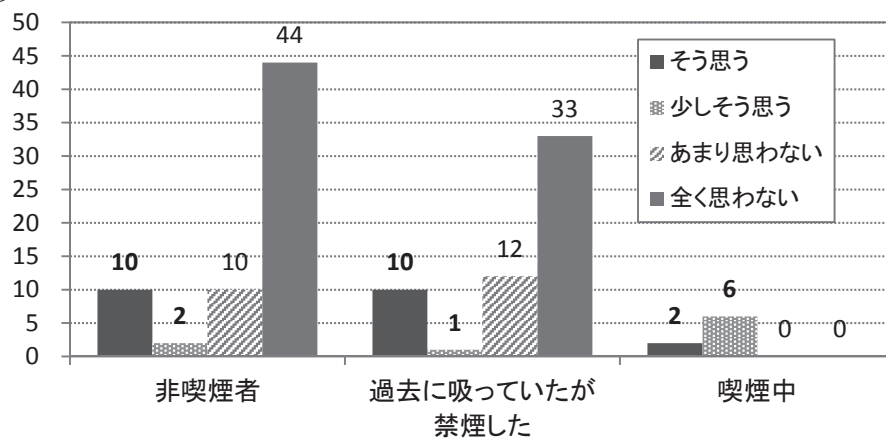


②

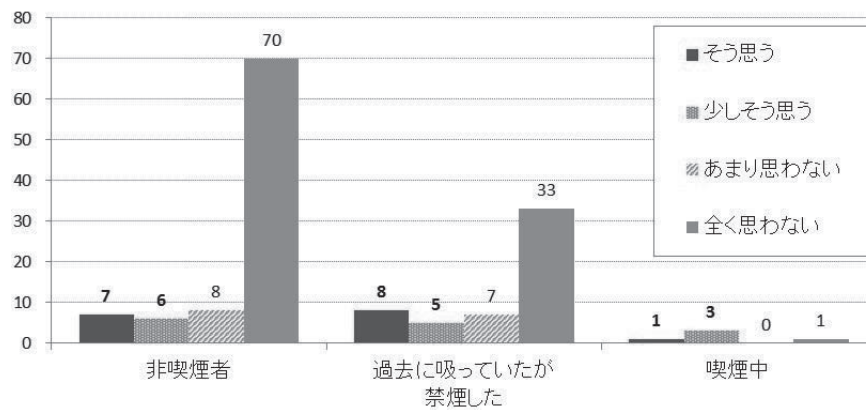


(11) 他人のタバコの煙を吸うのは気にならない

①

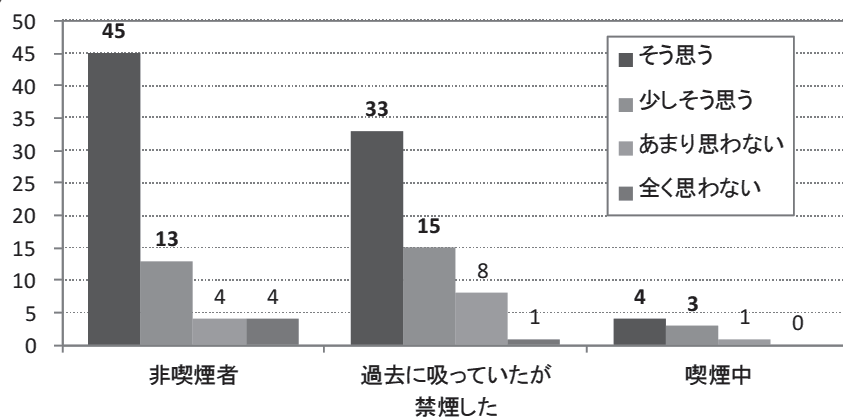


②

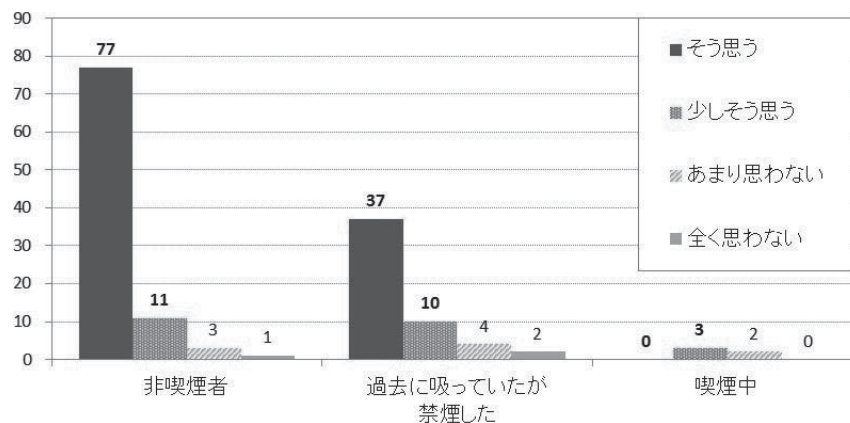


(12) 受動喫煙による健康被害を感じる

①

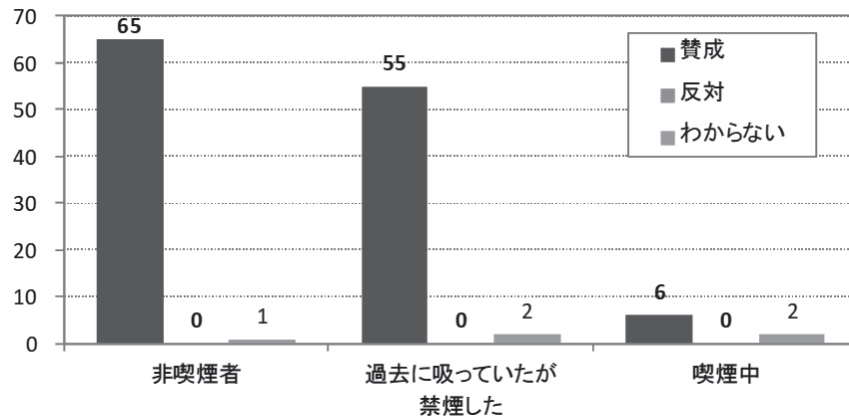


②

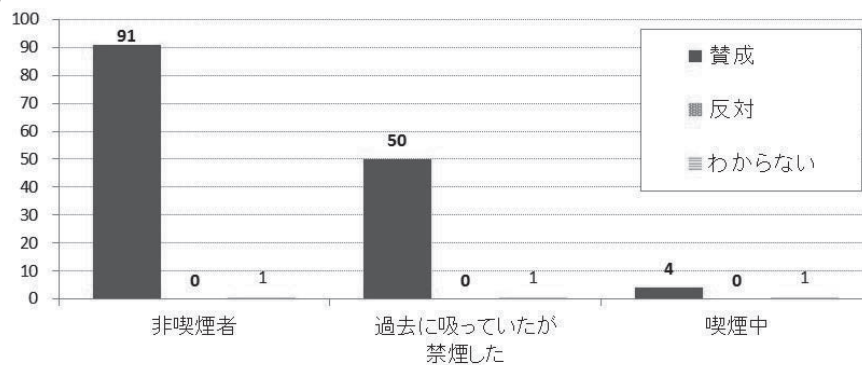


(13) 未成年者に喫煙のリスクを教育し、将来の喫煙者を減らすのに賛成ですか？

①

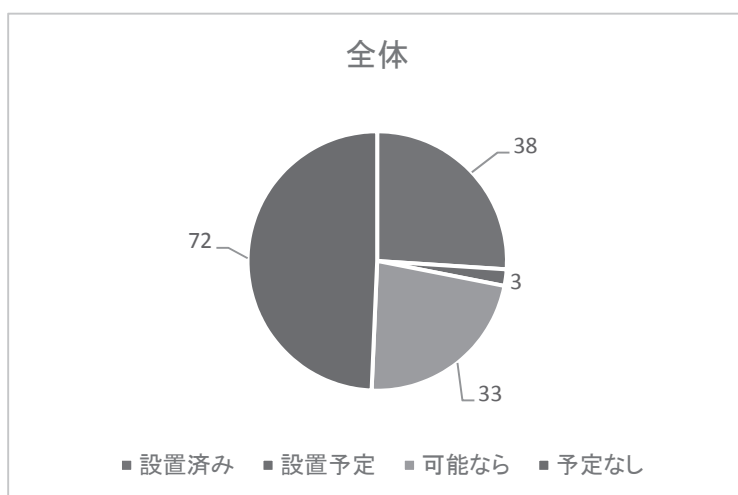
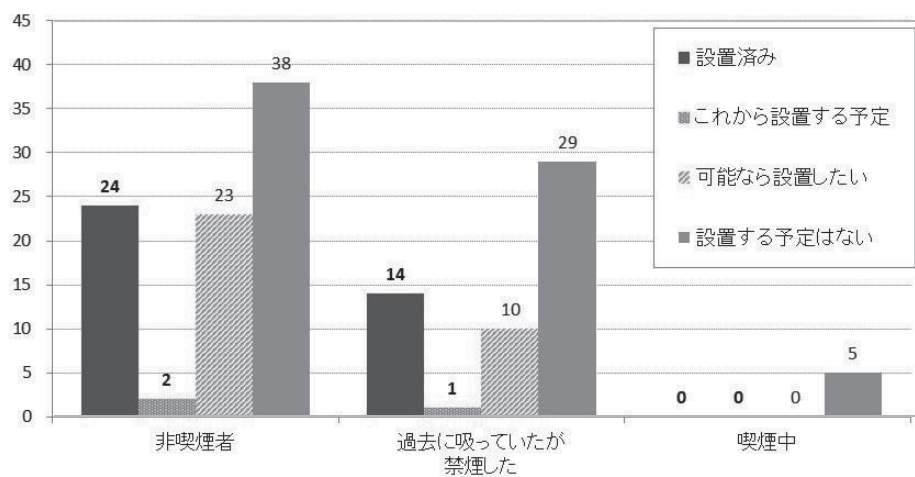


②

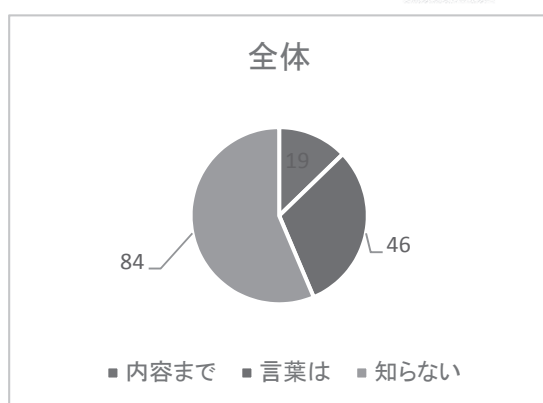
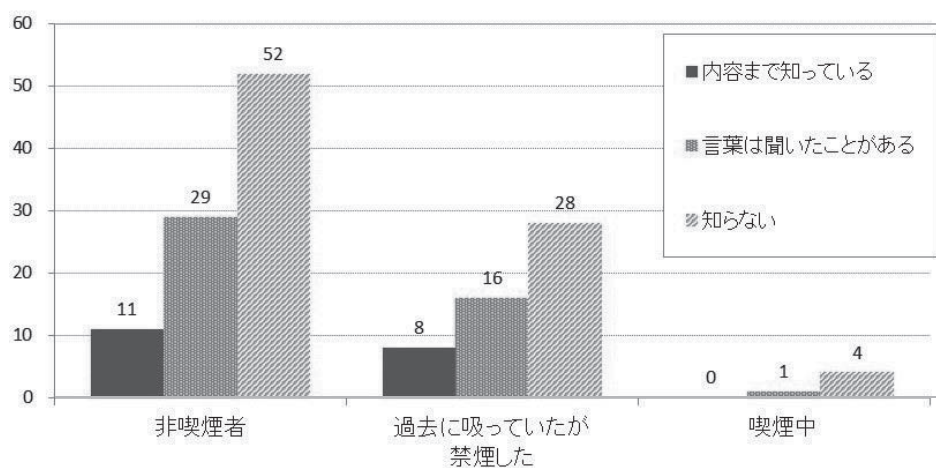


☆以下は平成 30 年のみの設問

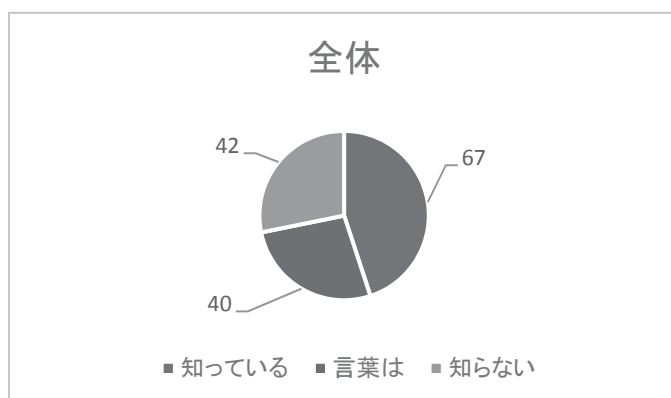
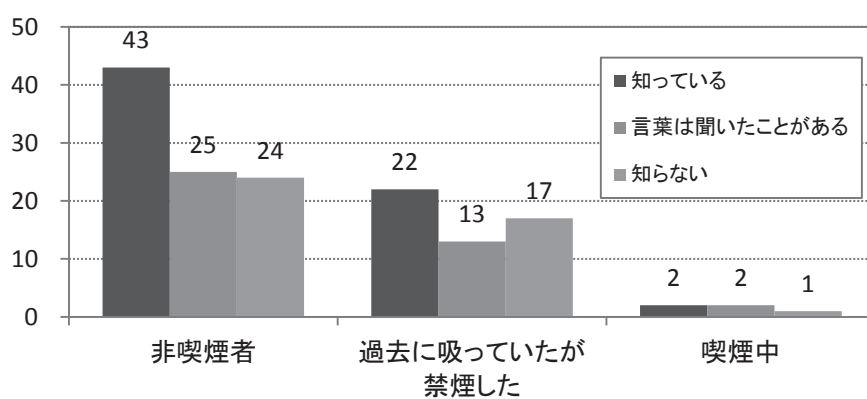
(1 4) 禁煙外来の設置についてお答えください



(15) FCTC について



(16) WHO と IOC の健康的なライフスタイルとタバコのないオリンピックを目指す協定について





平成 31 年度 医師会事業に関する中野区への要望書

1. 受動喫煙対策

1) 学校における喫煙防止教育を要望します

大切な子どもたちの未来を守るため、たばこの害についての正確な知識を小中学生に教育することを要望します。正しい喫煙防止教育を行うことにより、周囲の成人への喫煙防止、禁煙にもなります。

学校における「がん教育」も開始されつつありますが、喫煙は発がんの最大のリスク因子であり、70 種類もの発がん物質がたばこには含まれています。子どもたちが自らの、そして周りの人々の命の大切さを知るために喫煙防止教育は不可欠です。

成人後の喫煙開始より健康被害が大きく、がん（肺がんでは非喫煙者の 5.5 倍）や虚血性心疾患での死亡、肺機能の低下や運動能力、知能の低下に関連します。

中野区医師会では、たばこの害についての正確な知識の教育のために教育用資材を作成しています。

2) 受動喫煙を防止するため、公共的な場の早急な禁煙環境を要望します

受動喫煙による健康被害は科学的に明らかとなり、受動喫煙による死亡数が我が国では年間 1 万 5 千人以上にものぼっており、受動喫煙対策への早急な対応が必要です。

がんや脳卒中、子どもの中耳炎や喘息、齲歯への影響が示されており、子どもたちは咳、息切れ、呼吸機能低下の症状をきたします。また、乳幼児突然死症候群や低出生体重児にも受動喫煙が影響します。

受動喫煙に安全なレベルはなく、空気清浄器や強制換気でも受動喫煙は防止できないため、分煙は意味がありません。

分煙はドアの開閉に伴う漏出や、喫煙者の呼吸及び衣類への付着によるたばこ煙の持ち出しにより、受動喫煙を防止できません。また、清掃業者やレストランなどのサービス産業従事者の受動喫煙も大きな健康被害となります。

喫煙室や喫煙可の飲食店の PM2.5 濃度は北京の数倍から数百倍にもなります。

中野区の子どもたちの健やかな成長を守るため、そして安心して出産・子育てができる環境のためにも公共的な場での早急な禁煙環境を要望します。また、新たな公共的な場での喫煙場所の設置は、医学的な見地から反対です。

3) 禁煙治療への助成を要望します

受動喫煙の防止のために、喫煙者への禁煙支援は不可欠です。しかし、喫煙はニコチン依存症であり個人の意思の力だけでは、なかなか禁煙が難しいのも事実です。禁煙をしたい方のために禁煙治療の助成を行うことで、禁煙に取り組む人を増やすことができます。また、喫煙者だけでなく受動喫煙による健康被害も確実に減らすこともできます。

#### 4) 禁煙マップの作成・配布を要望します

禁煙をしたいと思っているが、どうしたらよいかわからない喫煙者は多く存在します。禁煙へのアプローチ、禁煙外来設置医療機関を掲載したマップを配布することで禁煙への具体的な一歩を踏み出すことができます。また、様々な場所・機会に配布することで禁煙を検討する人を増やすことができます。

## 2. 東京都歯科医師会「東京都歯科医師会の禁煙支援への取り組みについて」

委員 山本 秀樹

### はじめに

東京都では、2020年東京オリンピック・パラリンピック開催都市として、さらなる受動喫煙対策が急がれてきたが、2018年7月4日に東京都受動喫煙防止条例が公布され、『屋内での受動喫煙による健康影響を未然に防止し、誰もが快適に過ごせる街』を実現するための独自の新しいルール、東京都受動喫煙防止条例は、2020年4月1日より全面施行の予定となっている。この条例によれば、医療機関には、2019年9月1日までに敷地内禁煙が求められている。

さて、東京都歯科医師会の禁煙支援の取り組みは平成14年から始まり、禁煙支援プログラム研修会を4年間に渡り開催し、受講を終了した歯科医療機関は527件であった。ここ数年は、東京都歯科保健普及啓発事業のイベントの一つとして禁煙支援フォーラムを毎年開催し、タバコに関する新たな知見や歯科医院での取り組み等を広く歯科医療関係者に紹介している。平成29年度の「禁煙支援フォーラム」は、平成30年1月30日に歯科医師会館1階大会議室にて開催した。基調講演①として、「歯科医院からのタバコ情報発信と禁煙支援」を公益社団法人東京都板橋区歯科医師会理事の花島直樹先生に、基調講演②として、「新型（加熱式）タバコの有害性～新たなるタバコの問題点～」を公益社団法人東京都医師会タバコ対策委員会委員長の村松弘康先生にお願いした。基調講演の後、パネルディスカッションを上記2名の講師を交えて、日本歯科大学生命歯学部衛生学講座福田雅臣教授の座長のもと行った。

こうした日本社会の受動喫煙防止への流れが加速してきた時代背景から、本年度、東京都歯科医師会では『タバコに関するアンケート』を実施した。東京都歯科医師会会員の歯科診療所（7,761件）に地区歯科医師会を通じてアンケートを配布し、回収後、集計した。アンケートの設問は、地域の歯科医療機関としてタバコに関する正しい知識を得ているか？、診療所内スタッフの喫煙状況について、患者さんへの禁煙支援・禁煙指導の動向、受動喫煙対策として何ができるのか？を考えて設定した。有効回答総数は1,327件（17.1%）であった。

## 結果及び考察

### タバコに関するアンケート

問1 先生ご自身はタバコを吸っていますか？

- A. 吸ったことはない
- B. 以前は吸っていたが、現在は吸っていない
- C. 禁煙したことがあるが、うまくいかず現在は吸っている
- D. 吸っている

図1

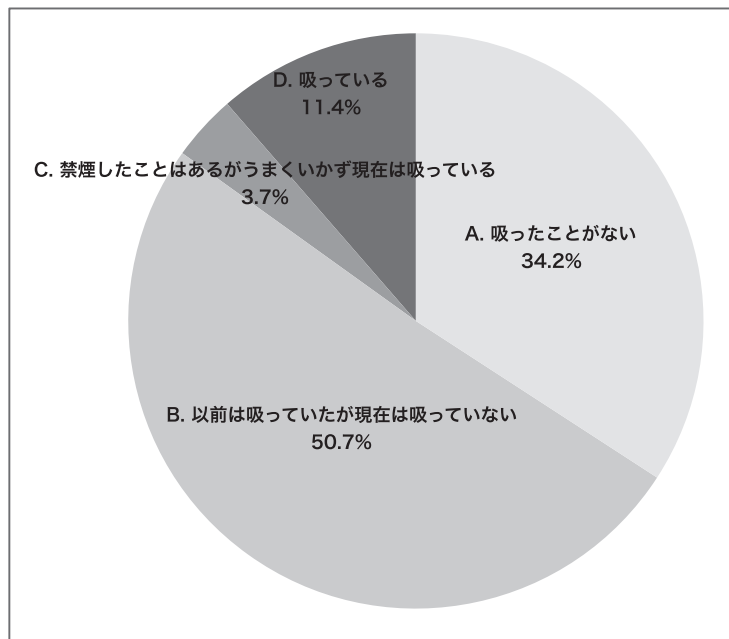
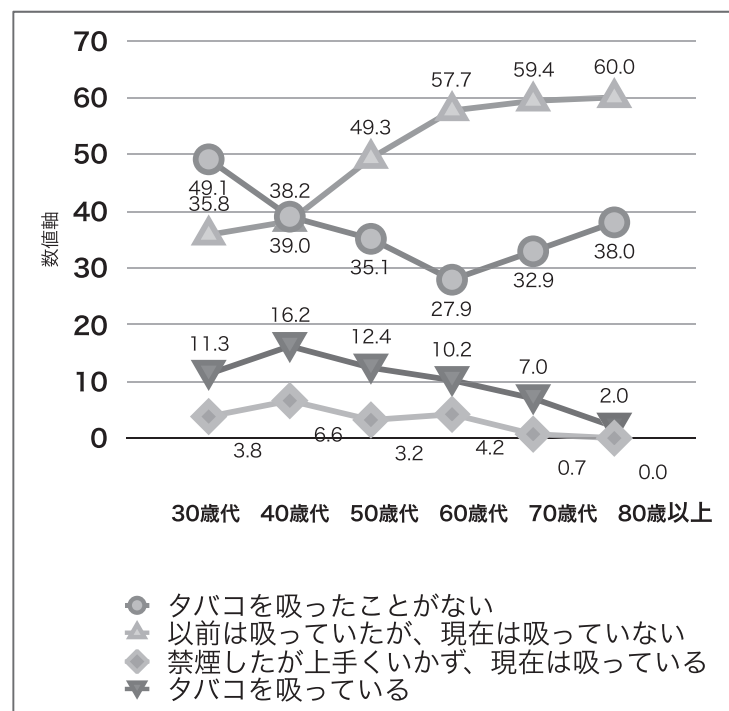


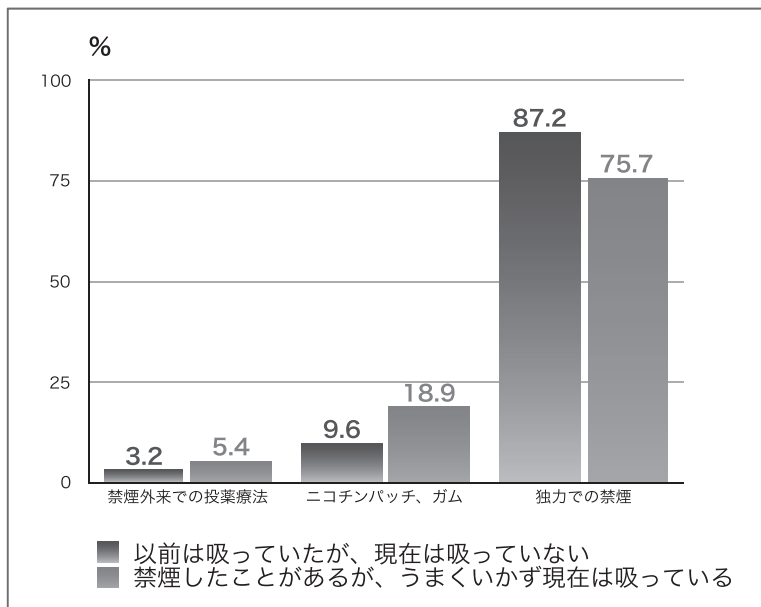
図2



問 1- A 禁煙した時の方法について下記の 1～3 よりお選び下さい。

1. 禁煙外来での投薬療法を利用
2. ニコチンパッチ、ガムを利用
3. 独力での禁煙

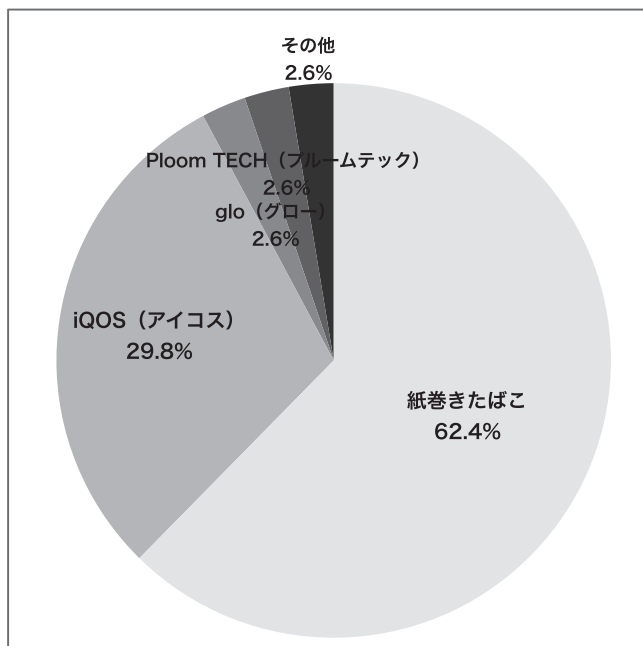
図 3



問 1- B 喫煙の種類を下記の 1～4 よりお選び下さい。

1. 紙巻タバコ
2. IQOS (アイコス (フィリップモリス))
3. glo (グロー)
4. PloomTECH (プルームテック (JT))
5. その他

図 4





問1では、東京都歯科医師会会員の診療所を開設管理している会員の喫煙行動とタバコに対する現在の認識を問うこととした。現在、タバコを吸っているのかどうか？、また禁煙に成功した会員の禁煙方法についても質問した。さらに現在もタバコを吸っている会員のタバコの種類についても質問した。

私見ではあるが、最近の東京都歯科医師会会員の喫煙行動を見てみると、30歳代の若い会員はタバコを吸わない傾向であるが、最も会員数の多い50、60歳代の会員は喫煙を続けている傾向が高いように感じている。

タバコを吸ったことのない歯科医師会会員は34.2%、以前はタバコを吸っていたが現在は吸っていない会員はアンケート回答者のほぼ半数の50.7%、禁煙したことはあるがうまくいかず、現在は吸っている会員は3.7%、タバコを吸っている会員は11.4%だった。現在の成人喫煙率については、厚生労働省とJTの調査結果がある。厚生労働省「国民栄養調査」によれば、平成26年度の男性の喫煙率は32.2%、女性の喫煙率は8.2%と報告されている。また、JT全国喫煙者調査によれば、平成30年度の男性の喫煙率は27.8%、女性の喫煙率は8.7%と報告されている。喫煙率は近年減少傾向ではあるが、タバコ対策先進国に比べるとまだ高い状況であると指摘されている。歯科医師会会員の喫煙率は国民の喫煙率に比較すれば低いものの、医療従事者としての意識改革が必要と考えられる。

禁煙に成功した歯科医師会会員に禁煙方法を聞いたところ、独力で禁煙に成功した会員が87.2%、ニコチンパッチ・ニコチンガムの利用で禁煙に成功した会員は9.6%、禁煙外来での投薬療法で禁煙に成功した会員が3.2%だった

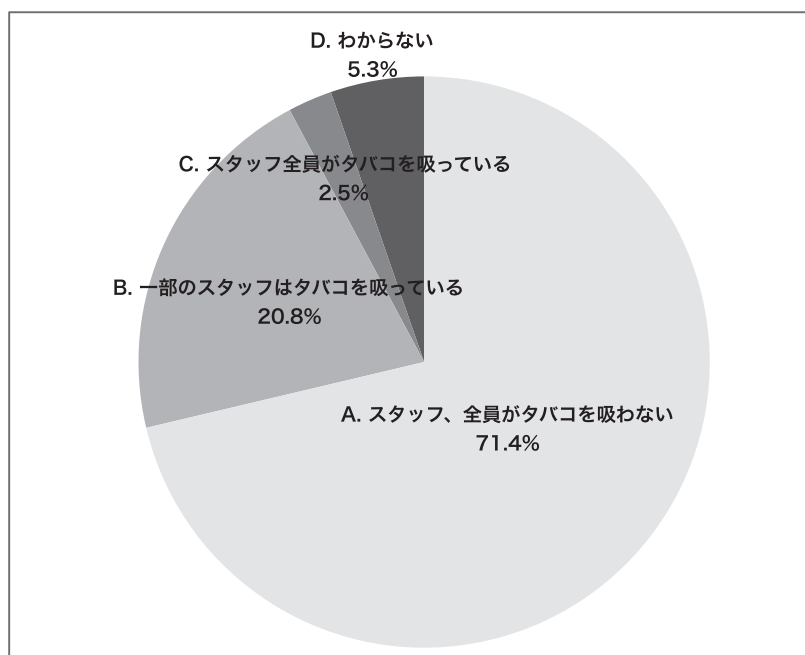
「タバコを吸っている」と回答した会員のタバコの種類を聞いたところ、紙巻きタバコを利用する会員が62.4%、IQOS（アイコス）を利用する会員は29.8%、glo（グロー）やPloom TECH（プルーム・テック）を利用する会員はともに2.6%であった。

年齢による相関性を確認したところ、『タバコを吸ったことがない』年齢層は30歳代が最も多くほぼ半数の49.1%であった。『タバコを吸ったことがない』年齢層が最も少ないのは60歳代で27.9%であった。『タバコを吸っている』と回答した会員が、30歳代、40歳代、50歳代、60歳代といった現役世代の会員ではいずれも10%以上であった。特に40歳代の喫煙率が最も高く16.2%だった。

問2 診療所のスタッフはタバコを吸っていますか？

- A. スタッフ全員が喫煙しない
- B. 一部のスタッフが喫煙している
- C. スタッフ全員が喫煙している
- D. わからない

図5



都内歯科診療所は数名の女性スタッフが勤務している小規模な施設が多い。また、人手不足の影響で、歯科診療所のスタッフの募集には常々苦労している状況である。したがって、女性スタッフの喫煙行動まで考慮して採用できるような背景ではないと考えられる。

しかし、東京都受動喫煙防止条例では2019年9月1日以降、敷地内禁煙が求められるため、今後は、歯科診療所の開設管理者としての何らかの対応が必要と考えられる。

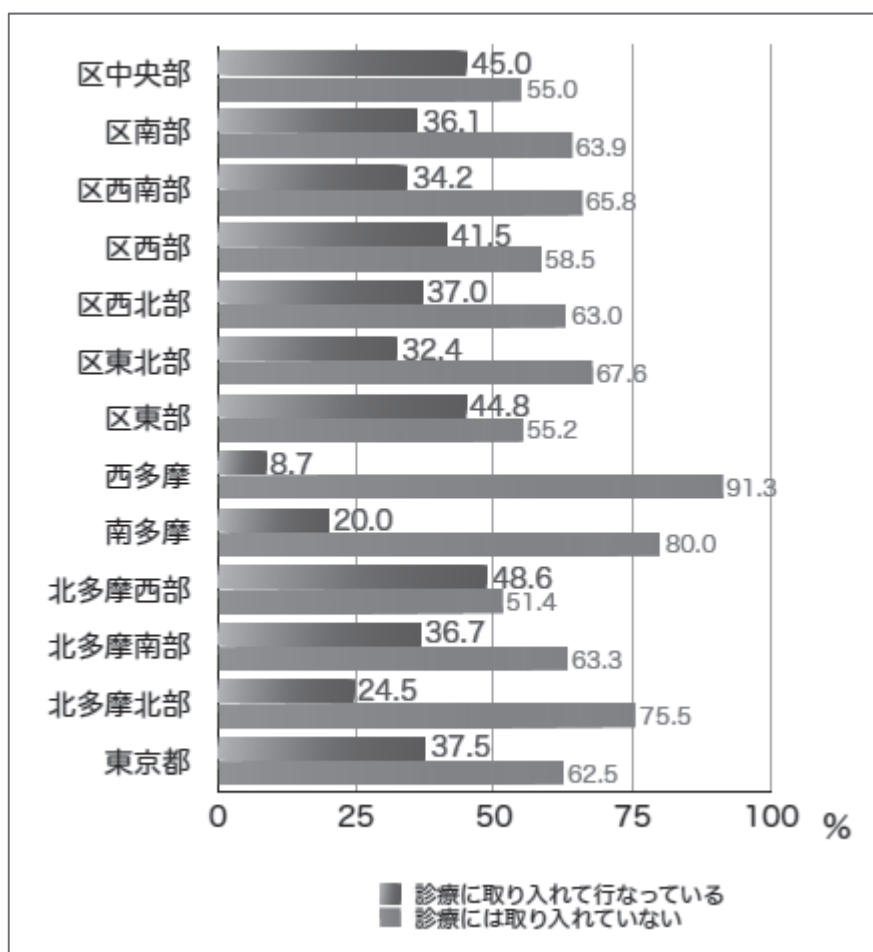
問2では、診療所の開設管理者の立場として診療所スタッフのタバコの喫煙行動について十分に把握できているのか？を質問した。

「スタッフ全員がタバコを吸わない」と回答した会員診療所は71.4%、「一部のスタッフがタバコを吸う」と回答した会員診療所は20.8%、「スタッフ全員がタバコを吸う」と回答した会員診療所は2.5%、「スタッフの喫煙状況を把握できていない」と回答した会員診療所は5.3%であった。今後、スタッフが喫煙している約30%の歯科診療所では、何らかの対応が必要となってくる。

問3 患者さんへの禁煙指導、禁煙支援を現在行っていますか？

- A. 診療に取り入れて行っている
- B. 診療に取り入れていない

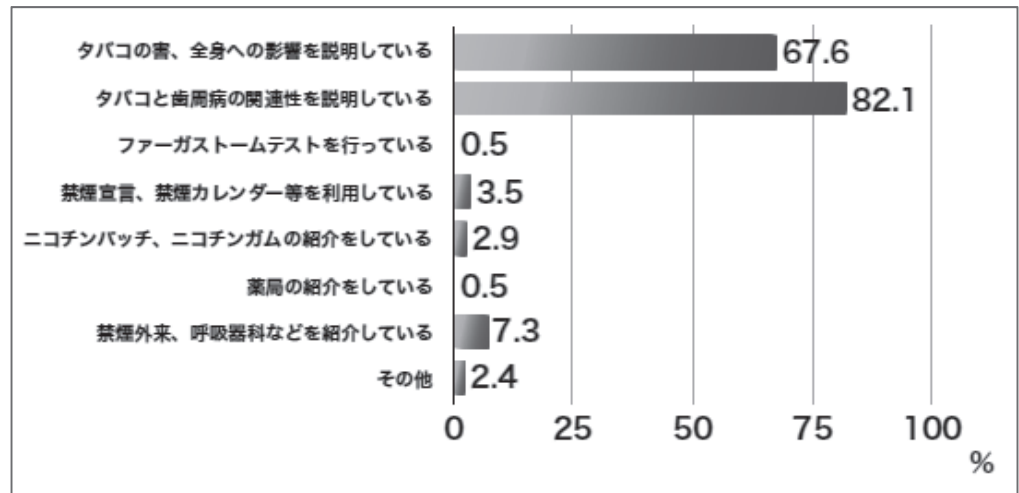
図6



問4 患者さんへの禁煙指導、禁煙支援を行っている先生にお尋ねします。

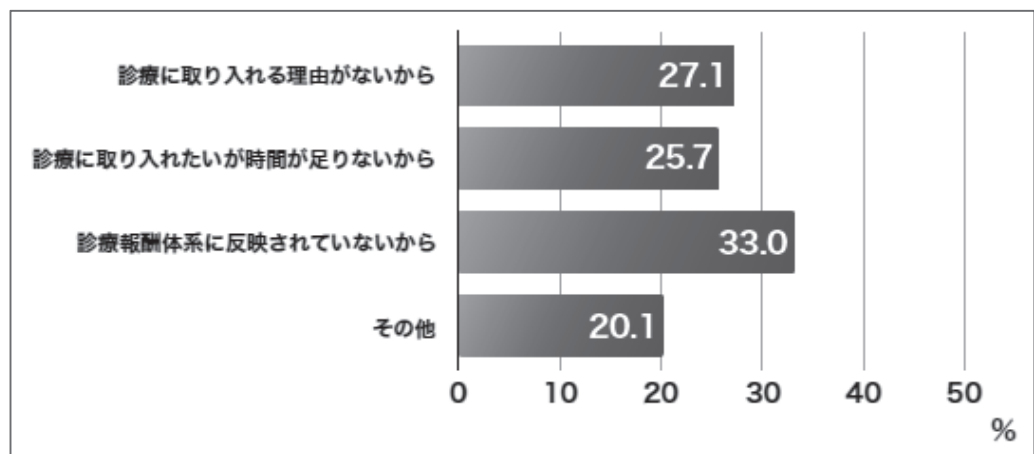
- A. タバコの害、全身への影響を説明している
- B. タバコと歯周病の関連性を説明している
- C. ファーガストームテストを行っている
- D. 禁煙宣言、禁煙カレンダー等を利用している
- E. ニコチンパッチ、ニコチンガムの紹介をしている
- F. 薬局の紹介をしている
- G. 禁煙外来、呼吸器科などを紹介している
- H. その他

図 7



- 問 5 禁煙指導、禁煙支援を行っていない先生にお尋ねします。  
なぜ、診療に禁煙指導、禁煙支援を行っていないのでしょうか？
- A. 診療に取り入れる理由がないから
  - B. 診療に取り入れたいが、時間が足りないから
  - C. 診療報酬体系に反映されていないから
  - D. その他

図 8



問 3、問 4、問 5 では、歯科医師会会員が実際に臨床現場で、禁煙指導や禁煙支援プログラム、医療連携による医科への紹介などを取り入れているか？、どのような形で禁煙支援を行っているのか？あるいは禁煙指導、禁煙支援を診療に取り入れないのはどうしてか？を尋ねた。

患者さんへの禁煙指導、禁煙支援を取り入れている会員は 37.5%、禁煙指導、禁煙支援を取り入れていない会員は 62.5%だった。大まかに捉えると、23 区内の会員診療所が多摩地区の会員診療所よりもやや積極的に禁煙指導、禁煙支援を取り入れている傾向があった。

禁煙指導、禁煙支援を行っている会員にどのような方法を診療に取り入れているのかを尋ねたところ、『タバコと歯周病の関連性について』を説明している会員が 82.1%、『タバコの害、全身への影響』を説明している会員が 67.6%だった。『ファーガストームテスト』を利用する会員は 0.5%、『禁煙宣言、禁煙カレンダー』などを利用する会員は 3.5%であった。このような禁煙支援のツールは開業歯科医にとっては人気がないツールと言えよう。『ニコチンパッチ、ニコチンガム』の紹介をしている会員は 2.9%、『薬局を紹介している』と回答した会員は 0.5%、『禁煙外来、呼吸器科などを紹介している』と回答した会員は 7.3%であった。

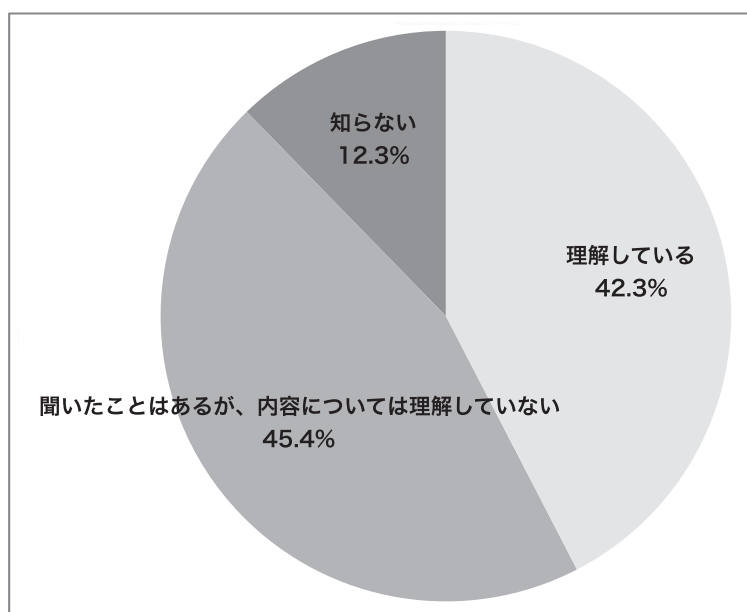
地域包括ケアシステムの構築がスタートしており、様々な場面での医歯薬の連携の必要性が増しているが、『禁煙の取り組み』では連携体制はまだ進んでいないと言えよう。

禁煙指導、禁煙支援を取り入れていない会員にその理由を尋ねたところ、「診療報酬体系に反映していない」と回答した会員が 33.0%で最も多かった。

問 6 受動喫煙防止について定めた健康増進法 25 条を知っていますか？

- A. 理解している
- B. 聞いたことはあるが、内容については理解していない
- C. 知らない

図 9



健康増進法第 25 条は「学校、体育館、病院、劇場、観覧場、集会場、展示場、百貨店、事務所、官公庁施設、飲食店その他の多数の者が利用する施設を管理する者は、これらを利用する者について、受動喫煙を防止するために必要な措置を講ずるように努めなければならない」と規定している。また、本条において受動喫煙とは「室内又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」と定義している。

問 6 は、東京都歯科医師会の会員が、開設管理者として歯科診療所の禁煙化を積極的に進める健康増進法第 25 条の趣旨を理解しているのかどうか？その認識を質問した。



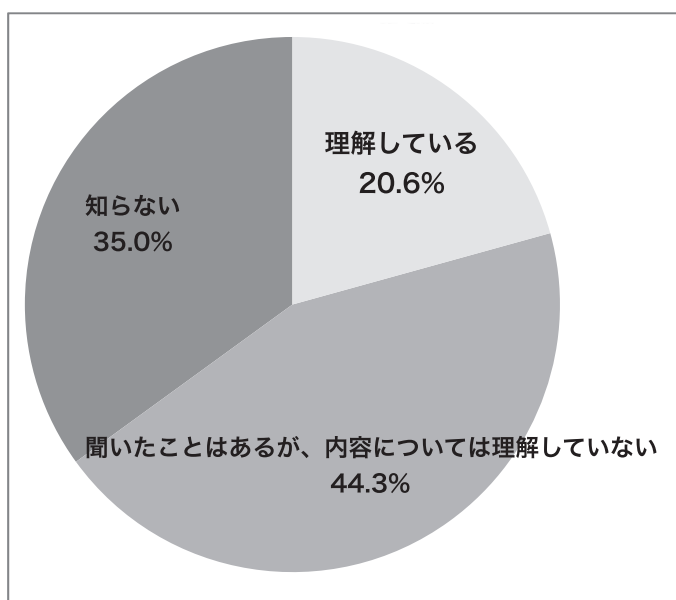
『受動喫煙防止について定めた健康増進法第25条』の内容まで理解している会員は42.3%であった。健康増進法第25条は聞いたことはあるが内容について理解していない会員は最も多く45.4%であった。健康増進法第25条を知らないと回答した会員は12.3%であった。

今回のアンケート調査は東京都受動喫煙防止条例の公布とも時期が重なったため、およそ88%の会員には『受動喫煙防止について定めた健康増進法第25条』の存在は知ってもらえたものと推測された。

問7 タバコの規制に関する世界保健機関枠組条約（FCTC）を知っていますか？

- A. 理解している
- B. 聞いたことはあるが、内容については理解していない
- C. 知らない

図10



WHOは、喫煙が健康・社会・環境及び経済に及ぼす悪影響から、現在及び将来の世代を守ることを目的として策定した「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約（たばこ規制枠組条約：FCTC）」を2005年2月27日に発効している。わが国も本条約を批准し、締結国となっているが、日本政府のタバコ対策は遅々として進んでいないのが現状である。

問7では、東京都歯科医師会の会員に「たばこ規制枠組条約（FCTC）」について、どの程度理解されているかを質問した。

世界保健機関枠組条約（FCTC）の内容まで理解している会員は20.6%で最も少なかった。FCTCは聞いたことはあるが内容について理解していない会員は最も多く44.3%であった。FCTCを知らない会員も35.0%であった。

## 最後に

東京都歯科医師会会員の喫煙率は 15.1%であった。喫煙している会員の多くは歯科医師会の中堅クラスの 40 歳代、50 歳代であり、今後の会員の喫煙率をこれ以上下げるとはかなり難しい。

東京都受動喫煙防止条例では、2019 年 9 月までに診療所の敷地内禁煙が求められているが、およそ 25%の会員診療所ではスタッフが喫煙しているため、スタッフへの禁煙支援は喫緊の課題であり、今後、会員、診療所スタッフ向けに同条例についての研修を実施していく必要があるだろう。

歯科診療に禁煙支援、禁煙指導を取り入れないのは、「診療報酬体系に反映されていないから」と回答した会員が最も多かったことから、歯周病と深い関連のあるタバコに対する禁煙指導が何らかの形で診療報酬に反映されることが望まれる。

禁煙支援、禁煙指導での最も大きな問題点は、医療連携がうまく進んでいないことであろう。この問題は地区歯科医師会だけの問題ではなく、地区医師会、地区薬剤師会も一緒に取り組む必要があるだろう。例えば糖尿病医療連携のような取り組みを参考にして、禁煙支援、禁煙指導を行っている歯科診療所、内科診療所、病院、薬局などのリストづくり、マップづくりを各地区で展開し、簡便に使える連携シートのようなツールを開発していくことも必要と考えられる。

### 3. 東京都薬剤師会「薬剤師会による禁煙・受動喫煙防止の啓発活動」

委員 龍岡 健一

#### はじめに

近年、受動喫煙を含めた喫煙の害が、科学的に明らかにされ、多くの疾患のリスクとなっている。一方、我が国の喫煙率はピーク時（1966 年）から、約 3 分の 1 まで減少しているものの、依然 G7 と称される主要先進国 7 カ国中で最も高いとされている。

こうした状況の中、日本薬剤師会は国民の健康を守る医療関連団体の 1 つとして、禁煙の推進や受動喫煙の防止に積極的に貢献するべきとの観点より、都道府県薬剤師会や市区薬剤師会と連携して啓発活動に努めている。

また、それぞれ「禁煙支援薬局」の制度を地域に合わせて運用し、市民への啓発と禁煙支援の成果を上げている都道府県薬剤師会、市区薬剤師会も多くなっている。

#### 日本薬剤師会の「禁煙運動宣言」

日本薬剤師会は 2003 年に「禁煙運動宣言」を行い、タバコ対策の検討・実施を進め、2005 年の「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」の発効後には、「薬局・薬店ではたばこの販売を行わない」という宣言文を追加した。

#### 東京都薬剤師会の啓発活動

##### 1. 「基準薬局」認定制度による啓発

東京都薬剤師会では、地域に密着した健康情報の拠点として薬局が機能するよう「基準薬局」の認定制度を実施しているが、その認定基準の中に「薬局内は全面禁煙とし、タバコの販売をしていない」との項目を設け周知している。

##### 2. 東京都薬剤師会会館の敷地内全面禁煙化による啓発

これまで、建物内全面禁煙であった東京都薬剤師会会館の建物外の喫煙室を 2017 年に撤廃することにより、敷地内全面禁煙とした。

##### 3. 都民啓発活動用資材の提供

「タバコと健康」一般用と小・中学生用のスライド資材を作成し、各地区の薬剤師が地域、あるいは学校での啓発活動を行う際に使用でき、ホームページ上で都民等からの閲覧も可能なものとしている。

また、2017 年度の事業として、小学校高学年を対象とした受動喫煙防止のフラッパー型啓発資料「受動喫煙に NO！」を作成し、「薬と健康の週間」における都内該当相談所 47 ヲ所に配布する予定であり、本年度も学校薬剤師活動の一環として地域の学校や青少年薬物乱用防止講習会等での活用も考慮している。

\*フラッパー 特殊な折り方により 1 面～2 面、3 面、4 面と  
折り目に沿って開くことができる印刷物（資料）。



#### 4. 禁煙支援薬剤師認定制度による啓発

禁煙補助剤が一般用医薬品に転換され、それらを活用して禁煙を指導する薬剤師が増えることを予想し「禁煙支援薬剤師認定制度」を2011年10月より実施している。「禁煙指導の意義を理解し、禁煙支援・指導方法の正しい知識を持ち、喫煙者へ禁煙相談、禁煙プログラムを適切に提供できる認定禁煙支援薬剤師を養成すること」を目的とし、e-ラーニング及びWeb試験、実践報告例審査のうえ認定されるが、この制度の周知により会員の啓発につなげている。

#### 5. 多職種による啓発活動

東京都薬剤師会は2018年に、東京都の医療4団体（医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会）の1つとして、街頭署名運動へ参加した。また、署名提出による受動喫煙防止条例制定への活動を行った。

現在、薬局・薬剤師には「かかりつけ機能」に基づいた地域包括ケアシステムへの参画、地域住民への健康サポート機能の充実が求められ、多職種との連携が不可欠となっている。今後のタバコ対策についても、薬剤師と多職種の連携による、都民、会員への啓発活動がより重要なものになると考える。

資料：受動喫煙防止 啓発用フラッパー



#### 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」

委員 大橋 純江

##### はじめに

東京都看護協会では、国の健康増進法改正案（受動喫煙防止対策）による受動喫煙対策の強化や2020年に開催される東京オリンピック・パラリンピックに向け、東京都民の健康を支援するうえで看護職員のタバコ実態を把握し看護職自身の健康管理も含め適切な対策を講じることが重要であるとして、2018年度東京都看護協会として初めてタバコ実態調査を実施することとした。また、例年実施している、看護職への研修や都民への啓発活動について紹介する。

1. 東京都看護協会会員のタバコ実態調査の概要
2. 「禁煙サポーター研修」
3. 「看護フェスタ」

##### 東京都看護協会会員のタバコ実態調査の概要

※調査結果に関しては、平成31年度学会、及び東京都看護協会公式ホームページ・協会ニュース、関係各誌に掲載・公表予定である。

##### 1. 目的及び意義

「健康増進法」、「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」発効などにより、社会の禁煙・分煙の取り組みは拡大している。さらに2006年の禁煙治療の保険適用開始、2010年のタバコ税増税、健康日本21（第1次～第2次）における受動喫煙の防止、COPD対策、禁煙希望者の禁煙支援、未成年者の喫煙防止対策等の重視、社会全体における禁煙支援環境が強化されてきた結果、国民の喫煙率は全体として低下傾向にある。加えて、2020年に開催される東京オリンピック・パラリンピックに向けた取り組みについて、「大会は健康増進に取り組む弾みになるものであり、大会に向け受動喫煙対策を強化する」との内閣総理大臣発言を受け2016年11月に基本方針が閣議決定された。

2013年日本看護協会は、国民の健康を守る専門職として「タバコ対策」に積極的に取り組む、看護職の禁煙をサポートする、保健医療福祉施設における受動喫煙を予防するため禁煙・分煙の環境整備を推進する、看護学生の喫煙・防煙教育に積極的に取り組むとの、4つのタバコ対策を発表し、「吸っている人も吸わない人も、ひとり一人の看護職がたばこのない社会をめざす」ことを宣言した。

このような背景を踏まえ、東京都看護協会は東京都民の健康を支援するうえで看護職のタバコの実態を把握し看護職自身の健康管理も含め適切な対策を講じることが必要と考える。そこで、東京都内で働く看護職の喫煙状況と喫煙関連要因（労働環境・職場の禁煙・受動喫煙防止対策等の状況、夜勤や睡眠・不眠など）を明らかにし、その調査結果を踏まえ、課題や必要な対策を明確にする。



## 2. 対象者への主な調査内容

喫煙の有無、及び生活習慣につき、自記式調査票（設問数 47）を用いた調査。

## 3. 調査対象者

東京都看護協会会員 41,519 人（2018 年 4 月末）から無作為に抽出した看護職 600 人を対象（内訳：保健師 100 人、助産師 100 人、看護師 300 人、准看護師 100 人）。調査期間は 2018 年 5 月 24 日から 8 月 10 日まで。

## 調査票（全 47 問）の一部

**2018 年 東京都看護職のたばこ実態調査 調査票**

東京都民の健康支援にあたる看護職の皆さま、喫煙に関する実態等を把握し、今後の必要な支援策等を検討してまいります。ぜひ本調査にご協力ください。

本調査は、看護職の実態状況とその関連要因（飲酒や睡眠等の生活習慣、ストレス、夜勤等の労働環境等）を明らかにし、必要な支援策等を検討していくためのものです。この調査票は、東京都看護協会の会会員から無作為抽出された会員の皆さま（保健師、助産師、看護師、准看護師）にお送りしています。本調査へのご協力をお願いいたします。

**■本調査の実施にあたって、以下の点に留意していただきます。**

- ・調査票のご記入は皆さまの自由意思に基づきます。調査票のご返送をもって、下記事項に同意いただいたものとさせていただきます。
- ・返送されない場合にも不利益は生じません。
- ・調査票にご記入いただいた内容はすべて統計的に処理しますので、個人や施設名が特定されることはありません。
- ・調査票返信用封筒には、予め皆さまの住所・氏名等が記されています。これは、調査票未提出の方を特定し、再度調査票をお送りする目的のために使用し、それ以外には使用しません（調査票の返送の無い方には、再送付を 2 回程度行う予定です）。住所・氏名等が表示された返信用封筒は、日本看護協会にて封入のうえ、調査票を封入いただいた小封筒（無記名）とは別々に保管いたします（下記開封参照）。したがって、調査票から個人が特定されることはありません。
- ・本調査は、東京都看護協会倫理委員会による倫理審査を受け、承認されています。
- ・本調査結果は、今後の本会事業の効果的推進や政策提言の実施のために活用させていただくとともに、平成 30 年 11 月ごろには、調査報告書や本会広報媒体（ホームページ等）による公表、関連学会での発表や論文投稿を通じて、広く社会に還元いたします。
- ・調査以外の目的でデータを使用することはありません。

**※返送期限：2018 年 6 月 8 日（金）までにご返送ください。（切手は不要です）**

**■調査票の返送（投函）の方法について【図解】**

①調査票を半分に折り、さらに四つ折りにする。→ ②小封筒に入れ、密封する（無記名）。→ ③小封筒を中封筒（住所・氏名あり）に密封し、投函する。→ ④個人を特定できないよう別室別々に保管します。

調査実施主体：公益社団法人東京都看護協会（研究代表者：常任理事 大橋 純江）  
同調査支援者：日本大学（公衆衛生学分野 助教 地家 真紀）

＜調査票等に関するお問合せ先＞  
東京都看護協会「2018 年看護職のたばこ実態調査」  
TEL 03-5229-1532（月～金、10 時～17 時）

**ここからは、すべての方にお聞きします**

**たばこに関する環境・考えについて**

**問 10** あなたの同居する家族で、現在たばこを吸う人はいますか。（複数回答可）

1. 祖父 2. 祖母 3. 父親 4. 母親 5. 配偶者（パートナー）  
6. 成人した子ども 7. 自分の兄弟姉妹 8. その他（ ） 9. いない

**問 11** あなたの上司（管理者）はたばこを吸いますか。

1. 毎日吸う 2. ときどき吸う 3. 吸わない 4. わからない 5. 上司はいない

**問 12** 所属する病院・診療所・機関では以下のような禁煙対策を行っていますか。（複数回答可）

1. 敷地内を全面禁煙にしている  
2. 施設内（屋内）は全面禁煙とし、敷地内（屋外）に喫煙所を設置している  
3. 施設内（屋内）に喫煙場所を設置している  
4. 職員に対する禁煙治療の費用補助等を行っている  
5. 禁煙に成功した職員に対する褒賞（お祝い金等）がある  
6. その他（ ）  
7. 何もしていない

（問 12-1）質問で 1～3 に○をつけた方にお聞きします。その禁煙対策は守られていますか。

1. 守られている 2. ほぼ守られている 3. あまり守られていない 4. わからない

**問 13** あなた自身は、保健医療従事者として患者や対象者、学生等への「たばこ教育」（たばこに関する教育）を行うことがありますか。

1. 頻繁にある 2. ときどきある 3. あったにない 4. まったくない

**問 14** 看護職という立場上、たばこを吸うべきではないと思いますか。

1. はい 2. いいえ 3. わからない

**問 15** 喫煙の影響によって罹患しやすくなったり、リスクが高まるものは、どれだと思いますか。（複数回答可）

1. 肺がん 2. ぜんそく 3. 気管支炎 4. 肺炎 5. 心筋梗塞  
6. 動脈硬化症 7. 動脈瘤 8. 喉頭がん 9. 食道がん 10. 胃潰瘍  
11. 胃がん 12. パーキンソン病 13. クモ膜下出血 14. 肝臓がん  
15. 不妊症 16. 糖尿病 17. 妊婦への影響（出生時低体重など）  
18. 乳幼児の中耳炎 19. 乳幼児突然死症候群（SIDS） 20. 周産期死亡

**問 16** 受動喫煙の影響によって罹患しやすくなったり、リスクが高まるものは、どれだと思いますか。（複数回答可）

1. 肺がん 2. ぜんそく 3. 気管支炎 4. 肺炎 5. 心筋梗塞  
6. 動脈硬化症 7. 動脈瘤 8. 喉頭がん 9. 食道がん 10. 胃潰瘍  
11. 胃がん 12. パーキンソン病 13. クモ膜下出血 14. 肝臓がん  
15. 不妊症 16. 糖尿病 17. 妊婦への影響（出生時低体重など）  
18. 乳幼児の中耳炎 19. 乳幼児突然死症候群（SIDS） 20. 周産期死亡

**喫煙習慣・喫煙状況等について**

**問 1** あなたはこれまでに、たばこを習慣的に吸っていたことがありますか。

1. ある 2. ない → 問 10 へ

**問 2** あなたが、たばこを習慣的に吸い始めた年齢をお書きください。 → 〇 歳

**問 3** あなたは現在（この 1 か月間）、たばこを吸っていますか。

1. 毎日吸う 2. ときどき吸っている 3. 今は（この 1 か月間）吸っていない

（問 3-1）あなたは通常 1 日に何本たばこを吸いますか。  
「ときどき吸う方」は、吸うときの 1 日の本数を教えてください。 〇 本

（問 3-2）たばこをやめたいと思いますか。

1. やめたい 2. 本数を減らしたい 3. やめたくない 4. わからない

（問 3-3）今は（この 1 か月間）吸っていない方にお聞きします。  
たばこをやめた理由は何ですか。（複数回答可）

1. 健康上良くないから 2. 美容上良くないから 3. 妊娠したから  
4. 出産したから 5. 病気をしたから 6. 体調が悪くなったから  
7. たばこの値段が高くなったから 8. 職場で喫煙しづらくなったから  
9. 身近な人がたばこが原因で病気になったから  
10. 身近な人がたばこが原因で死亡したから  
11. 身近な人に禁煙を勧められたから 12. 患者等への指導上支障があるから  
13. 職業倫理上良くないから 14. その他（ ）

**問 4** たばこを吸い始めた動機は何ですか。（複数回答可）

1. 親（父または母）が吸うため 2. 友達や恋人が吸うため 3. 職場の同僚が吸うため  
4. 兄弟姉妹が吸うため 5. ストレス解消のため  
6. テレビ・広告などで見たため 7. その他（ ）

**問 5** 起床後何分で最初の喫煙をしますか。

1. 5 分以内 2. 6～30 分 3. 31～60 分 4. 61 分以上

**問 6** 駅や、図書館、映画館など、喫煙を禁じられている場所で禁煙することが難しいですか。

1. はい 2. いいえ

**問 7** 1 日の喫煙の中でどれが一番やめにくいですか。

1. 起床後の最初の 1 本 2. その他の 1 本

**問 8** 他の時間帯より、起床後数時間によく喫煙しますか。

1. はい 2. いいえ

**問 9** ほとんど 1 日中、床に伏しているような病気の時でも喫煙しますか。

1. はい 2. いいえ

**職場・業務の状況について**

**問 34** あなたは現在、主にどの免許に基づき業務を行っていますか。

1. 保健師 2. 助産師 3. 看護師 4. 准看護師 5. その他（ ）  
6. 働いていない → 問 44 へ

**問 35** あなたの所属する機関はどれですか。あてはまるもの一つに○をつけてください。

1. 病院 → 問 35-1 へ 2. 診療所 → 問 35-1 へ 3. 訪問看護ステーション  
4. 健（快）診センター・労働衛生機関 5. 介護老人保健施設・介護老人福祉施設  
6. 都道府県（県立保健所含む） 7. 保健所設置市・特別区  
8. 市町村（直営の地域包括支援センターを含む） 9. 地域包括支援センター（委託）  
10. 企業・事業所 11. 大学・教育研究機関 12. その他（ ）

（問 35-1）病院・診療所に所属の方のみにお聞きします。主な診療科はどれですか。（複数回答可）

1. 内科 2. 呼吸器科 3. 消化器科 4. 循環器科 5. 外科  
6. 整形外科 7. 小児科 8. 産婦人科 9. 精神科 10. 皮膚科  
11. 泌尿器科 12. 眼科 13. 耳鼻咽喉科 14. 脳神経外科  
15. 放射線科 16. リハビリテーション科 17. その他（ ）

**問 36** あなたの雇用形態はどれですか。

1. 正規職員 2. 臨時職員（雇用期間の定めのある人） 3. 派遣社員  
4. パートタイマー・アルバイト 5. その他（ ）

**問 37** あなたの現在の職位は何ですか。

1. 非管理職（スタッフの看護師、職位のない保健師、専任教員など）  
2. 中間管理職（看護部長、主任、都道府県・市町村の係長等、教務主任など）  
3. 管理職（看護部長、総務部長、副看護部長、学部長、都道府県・市町村の課長など）

**問 38** 過去 1 か月間における 1 日の平均労働時間は何のくらいですか。 → 平均 〇 時間

**問 39** 過去 1 か月間に取得した休日（土日含む）・休暇は何のくらいですか。 → 〇 日

**問 40** 過去 1 か月間に、仕事上ミスをしたにせう、ヒヤリ、ハットしたことがありますか。

1. まったくなかった 2. あまりなかった 3. あった 4. たびたびあった

**問 41** あなたは現在、なんらかの夜間の勤務をしていますか。あてはまるもの一つに○をつけてください。

1. 職場に夜勤はない 2. 職場に夜勤はあるが現在は夜勤をしていない（日勤のみ）  
3. 三交代制・変則三交代制 4. 二交代制・変則二交代制  
5. 上記 3・4 以外の交代制夜勤 6. 当直制  
7. 夜勤専従（主として夜間のみ勤務するもの） 8. 管理夜勤 9. 管理当直  
10. 家または自宅待機（緊急時の呼び出しに応じて勤務につくもの・オンコール体制）  
11. その他

## 「禁煙サポーター研修」の開催

日本禁煙学会の認定制度（学会指定講習会）

日 時：2018 年 6 月 2 日（土）

参加者：45 人

〔演題〕

「卒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、卒煙支援の必要性など）」

講師：村松 弘康先生 中央内科クリニック院長（一般社団法人日本禁煙学会理事）

「看護職に出来ることー当院の取組みー」

講師：鈴木 恭子先生 国立がん研究センター中央病院 摂食嚥下障害認定看護師



公益社団法人東京都看護協会 社会経済福祉委員会企画研修

日本禁煙学会認定  
**平成30年度 卒煙サポーター研修**

受動喫煙が健康に悪影響を及ぼすことは、科学的に明らかであり、心筋梗塞や脳卒中、肺がんに加え、子どもの喘息や乳幼児突然死症候群等のリスクを高めることがわかっています。厚生労働省ではこれを踏まえ、受動喫煙防止対策の必要性という共有認識を拡大し、受動喫煙のない社会を目指すことに多くの人が賛同でき、社会的気運を向上するために、「受動喫煙のない社会を目指して」ロゴマークを発表しました。

今では、たばこを吸うことに健康影響があると知らない人はいないでしょうが、たばこを吸う人は、そうした健康影響の詳細を知らなかったり、まだずっと先の話だと思ったり、たいしたことがないと過小評価する傾向があることが知られています。

厚生労働省は、2020年の東京五輪・パラリンピックに向けて受動喫煙防止への法制度化を推進するとしています。

平成28年度の診療報酬改定では、重症化予防の取り組みとしてニコチン依存症管理料の対象患者が見直され、若年層のニコチン依存症患者にも治療が実施できるよう、対象患者が拡大されました。卒煙サポーター研修を受講し、看護職として禁煙に取り組もうとしている方たちをサポートしていきましょう。

この研修を受講された方は、日本禁煙学会が認定する卒煙サポーターの申請をすることができ受講証明書を発行いたします。

ただし、認定を受けるには、日本禁煙学会の会員であること（年会費 5,000 円）が条件であり、別途認定料 3,000 円が必要です。（一度認定されると更新は不要です）



| 職種     | 人  | %     |
|--------|----|-------|
| 1:保健師  | 4  | 8.9   |
| 2:助産師  | 0  | 0.0   |
| 3:看護師  | 35 | 77.8  |
| 4:准看護師 | 2  | 4.4   |
| 5:その他  | 4  | 8.9   |
| 0:無記入  | 0  | 0.0   |
| 合計     | 45 | 100.0 |

| 勤務先(種類)      | 人  | %     |
|--------------|----|-------|
| 1:病院         | 23 | 51.1  |
| 2:診療所        | 10 | 22.2  |
| 3:老人福祉・介護施設  | 0  | 0.0   |
| 4:看護学校       | 0  | 0.0   |
| 5:訪問看護ステーション | 0  | 0.0   |
| 6:障がい者施設     | 0  | 0.0   |
| 7:その他        | 11 | 24.4  |
| 0:無記入        | 1  | 2.2   |
| 合計           | 45 | 100.0 |

| 勤務先(規模)    | 人  | %     |
|------------|----|-------|
| 1:無床       | 18 | 40.0  |
| 2:20床未満    | 0  | 0.0   |
| 3:20～99床   | 3  | 6.7   |
| 4:100～299床 | 7  | 15.6  |
| 5:300～499床 | 9  | 20.0  |
| 6:500～799床 | 4  | 8.9   |
| 7:800床以上   | 0  | 0.0   |
| 0:無記入      | 4  | 8.9   |
| 合計         | 45 | 100.0 |

## 第16回「看護フェスタ」

市民向け広報として看護の日を開催する東京都看護協会主催の「看護フェスティバル」でのミニ講座を実施。

毎年、講師を東京都医師会タバコ対策委員会委員長村松弘康先生にお願いしている。

2018 年度は、受動喫煙防止条例への署名のお願いと、村松先生の研修会開催のお知らせを配布した。

日 時：2018 年 5 月 12 日（土） 於 新宿駅西口広場イベントコーナー

参加者：1,329 人





## おわりに

東京都看護協会では、今年度の会員看護職のタバコ実態調査の結果を踏まえ、対応すべき課題を抽出しポイントを明確にして施策を実施する。また、タバコを吸い始める機会となる看護学生への介入など、看護に関わる対象を広げて巻き込んで進めていく。卒煙サポーターの育成とサポーターがより施設内で活躍できるための支援を事業として継続する。看護職としてタバコを取り巻く社会的背景やその実態をより正確に認識することは、喫煙する、禁煙したい同僚や自身の家族にも客観的で有効な関わりとなる。

### Ⅲ. 地域医師会における（禁煙治療・禁煙指導への）取り組み

#### 1. 大森医師会「大田区三医師会及び大森医師会での取り組み」

委員 正林 浩高

##### はじめに

大森医師会では、平成 29 年度に「タバコ対策専門委員会」を立ち上げ、タバコ対策について本格的な活動を開始した。受動喫煙防止やタバコの害の啓発活動を行うには、歯科医師や薬剤師など他の医療専門職との連携が大きな力となる。また、大田区には蒲田医師会、田園調布医師会、そして大森医師会と三つの医師会があるが、互いに協力していくことも重要である。ここでは、大森地区の三師会（大森医師会、大森歯科医師会、大田区薬剤師会）で行っている「大森完全禁煙の店推奨運動」と、大田区三医師会の協力で実現した「喫煙防止教育」について紹介する。

##### 大森完全禁煙の店推奨運動

大森地区では、年に 1 回開催される大森三師会総会をはじめ、定期的に三師会で意見交換を行っている。大森医師会が平成 29 年度に「タバコ対策専門委員会」を立ち上げたことをきっかけとして、タバコ対策に関しても協力していくこととなった。医療従事者向け講演会や区民講座の共同開催、禁煙外来実施医療機関への患者紹介などを検討し、順次実施しているところである。

健康増進法の改正や東京都受動喫煙防止条例が話題となっているが、大森三師会では完全禁煙を実施している飲食店を応援する活動を平成 30 年 5 月から開始した。

##### 【目的】

受動喫煙が、早期死亡を含め非喫煙者の健康に有害な影響を及ぼすという科学的コンセンサスにより、多くの国で非喫煙者の健康を守るために公共の場及び職場での禁煙が促進されてきた。受動喫煙の影響を最も受けやすい場所といわれている飲食店において非喫煙者を受動喫煙から守ることは、大変重要なことと考える。受動喫煙による健康被害を防ぐため、それに取り組む飲食店を応援することを目的として、この度、大森医師会、大森歯科医師会、大田区薬剤師会は共同で「大森完全禁煙の店」を応援するプロジェクトを立ち上げた。

##### 【実施主体】

大森医師会、大森歯科医師会、大田区薬剤師会

##### 【対象施設】

事業の目的に賛同し、次の区分のいずれかに該当する取り組みを実施している飲食店。敷地内完全禁煙または建物内完全禁煙またはテナント内完全禁煙の飲食店を推奨対象とする（当面は、原則として大森医師会管内の飲食店に限定する）。

なお、以下に該当する場合は対象外とする。

1. ランチタイムのみの禁煙等、特定の時間帯のみの禁煙。
2. 禁煙席と喫煙席に分けたエリア別禁煙。
3. 禁煙フロアと喫煙フロアに分けたフロア別禁煙。
4. テラス・ベランダが喫煙場所となっており、店内のみ禁煙。

主旨に賛同いただいた飲食店には同意書を提出していただき、三師会が推奨していることを示すポスター及びステッカーを掲示していただくとともに、三師会それぞれのホームページに完全禁煙の店として掲載している。



## 喫煙防止教育

成人喫煙者の多くは中学や高校時代から喫煙を始めており、そのきっかけは友人や先輩など身近にいる喫煙者からの誘いである。したがって、子ども達に早い時期からタバコについての正しい知識を与え、喫煙の誘惑をきっぱりと断ることができるようにすることが、喫煙防止の重要な対策と考えられる。「喫煙防止教育」はがん教育の一環でもあり、地域の学校保健に携わる医師会が行うべき活動と考える。そこで、大田区三医師会（蒲田、田園調布、大森）は大田区学校保健会へ働きかけを行い、平成 28 年 9 月に「喫煙防止教育準備



会」を立ち上げた。大田区教育委員会を事務局とし、構成メンバーは内科学校医 4 名、耳鼻科学校医 2 名、学校歯科医 2 名、学校薬剤師 2 名、小学校学校長 1 名、中学校学校長 1 名、養護教諭 4 名、大田区教育委員会指導課主事 1 名の合計 17 名とした。

喫煙防止教育準備会（以下準備会）では、大田区立小学校 59 校と中学校 28 校に対して、喫煙防止教育の授業についてアンケート調査を行った。その結果、喫煙防止教育は保健体育の授業として小学 6 年と中学 3 年で行われていた。小学校の多くは担任が授業を行っていたが、17 校で外部講師を招いていた。また、教材として教科書を使用していたのは 31 校だった。中学校は 27 校で保健体育科の教諭が授業を担当しており、教科書を使用したのは 6 校のみで、担当教諭が作成した資料など様々な教材が使用されていた。これらの調査結果から、小中学校ともに喫煙防止教育は行われているものの、その内容は学校毎にかなり違いがあることが分かった。

そこで準備会では、大田区立のすべての小中学校において標準化された教材を用い、同じレベルの授業を行える体制の構築を検討した。授業に用いる教材は、準備会の内部に作成部会を設けて、内科学校医、学校歯科医、学校薬剤師及び養護教諭の協力により作成した。教育委員会指導課の確認の後、学校長会や教育委員会の承認をいただき、「大田区立小学校高学年用喫煙防止教育教材」が完成した。また、授業は各学校の内科学校医（または耳鼻科学校医）と学校歯科医にお願いすることとし、医師会及び歯科医師会を通じて協力依頼を行った。

初年度に当たる平成 30 年度は、小学校のみで 6 年生を対象として学年単位で 1 単位（45 分）の授業を行うこととした。実施学校数 8 校程度を予定したが、希望調査をしたところ 59 校中 17 校から応募があった。準備会で検討し、平成 30 年度は 10 校（蒲田 3 校、田園調布 3 校、大森 4 校）での実施を決定した。平成 30 年 7 月 5 日に初回の授業が行われたが、大田区ではプレスリリースで、『はじまります。おおたの学校で「喫煙防止教育」子どもたちの「身近なお医者さん」学校医と学校歯科医の“出前実施”』を発表し、授業の様子は J:COM の取材を受けてケーブルテレビの地域のニュースでも紹介された。また、大田区報及び区立小中学校の全世帯に配布される広報誌「おおたの教育」にも記事が掲載され、行政の積極的な協力が得られた。

平成 30 年 4 月 1 日から「喫煙防止教育準備会」は「喫煙防止教育委員会」として、大田区学校保健会の常設委員会に昇格した。平成 31 年度から、小学校で実施校を増やすとともに中学校での喫煙防止教育の授業を開始すべく、「大田区立中学校用喫煙防止教育教材」を作成し、準備を進めている。また、喫煙防止のみならずがん教育に関して役割を担っていく予定である。

## 2. 練馬区医師会「練馬区における受動喫煙防止への取り組みと今後の課題」

委員 伊藤 大介

### はじめに

一般社団法人練馬区医師会では、平成 28 年度より、練馬区長ならびに練馬区議会各会派に対して、練馬区内における無煙化推進に向けた取り組みについて、各種の要望を行い、平成 30 年 6 月より「練馬区禁煙医療費補助事業」が開始された。また、平成 30 年 8 月より、練馬区医師会館及び練馬区医療健診センター内での敷地内全面禁煙を施行することになり、「練馬区医師会における区内無煙化推進に係る練馬区行政への要望」、「練馬区禁煙医療費補助事業の導入施行に向けた経緯」、及び「これからの活動について」報告する。

### 練馬区の取り組み（図 1）

練馬区では、平成 27 年 1 月に歩行中のマナーの点から、歩行喫煙等の防止に関する練馬区条例が施行された。喫煙をしながら歩行することは、年齢を問わず望まない受動喫煙に繋がり、火のついたタバコを持ちながら歩くことは他者への危険もあることから、歩行しながらの喫煙を禁じ、駅周辺の人の往来が多いエリアでは喫煙場所を限定した。また、歩道での吸い殻の散乱は街の美観を著しく損なう観点から、平成 21 年 12 月から「タバコのポイ捨てをやめよう」というマナーの面からの啓発活動が始まり、一定の成果が得られてきた。

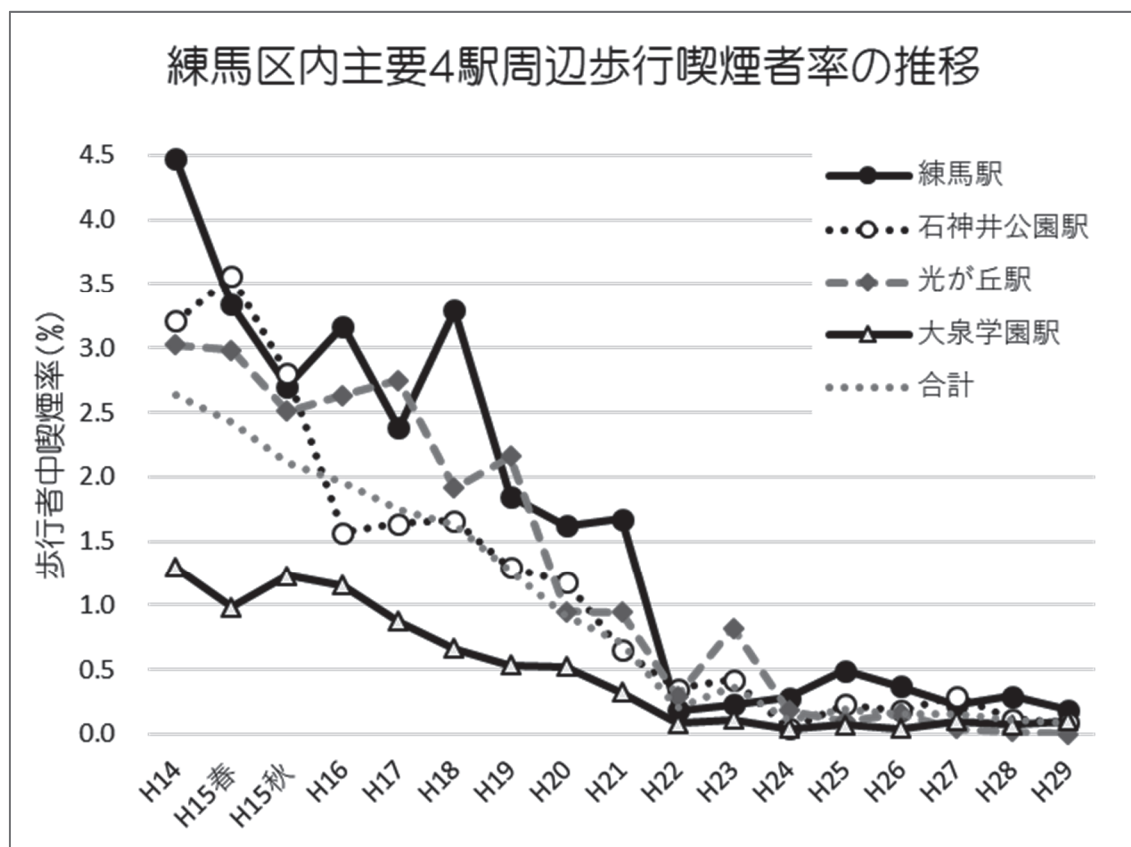


図 1

### 練馬区医師会から練馬区行政への要望（資料 1）

平成 28 年 8 月、次年度における練馬区予算編成に伴う練馬区医師会から練馬区行政への要望事項に、練馬区内の「無煙化推進のため、禁煙治療医療費の助成制度」等の予算措置を要望した。これは、2020 年の東京オリンピック・パラリンピックに向けて、都内の無煙化が推進されているなかで、禁煙を希望する区民の禁煙外来にかかる自己負担金は、禁煙希望者にとって大きな受診抑制に繋がっている可能性があるため、「禁煙外来受診者に対する補助金制度の導入」について要望した。

また、平成 30 年度練馬区予算編成に「区内の無煙化推進のため、禁煙治療医療費の助成制度」実現を要望した。より具体的な資料を示し、区長・区議会の各会派に申し入れを行った。練馬区における無煙化推進のため、禁煙外来受診者で禁煙に成功した者に対して、自己負担金の一部助成を要望するとともに、公共施設・飲食店・職場・家庭等から受動喫煙の害をなくすため、禁煙外来受診の動機づけのための助成制度について要望した。

### 練馬区議会での承認（資料 2）

平成 30 年 2 月、練馬区議会にて平成 30 年度から「禁煙医療費補助事業」として、禁煙を希望する区民が事前に練馬区に申請を届け出て、その後禁煙が成功したと判断された区民の禁煙治療に対し、一人 10,000 円の補助を導入することの予算措置が決定された。

### 受動喫煙防止条例施行に向けた署名活動

平成 30 年 4 月、練馬区医師会でも、東京都医師会が進める受動喫煙防止条例施行に向けた署名活動を行い、練馬区医師会の代表も、東京都医師会のタバコ対策委員の一人として、受動喫煙防止条例施行に向けた有楽町街頭署名活動を行った。

### 練馬区医師会館 敷地内全面禁煙へ（資料 3）

平成 30 年 6 月、練馬区では練馬区禁煙医療費補助事業が開始された。東京都では、東京都議会にて東京都受動喫煙防止条例が可決され、平成 31（2019）年 9 月から学校・病院等敷地内禁煙及び飲食店の店頭表示を義務化され、平成 32（2020）年 4 月より全面施行されることとなる。平成 30 年 7 月、国会でも改正健康増進法が可決されたことを受けて、平成 30 年 8 月より、練馬区医師会館内及び練馬区医療健診センター内、敷地内全面禁煙が練馬区医師会理事会で報告された。

### これからの活動について

平成 31 年度練馬区予算編成に伴う要望事項として、喫煙による肺の疾病の早期発見のため CT 装置を活用した「胸部 CT 検診」導入に関して要望している。また、未来志向型の教育として禁煙教育を取り入れ、喫煙の有害性、受動喫煙の危険性、加熱式電子タバコの危険性について、タバコのない教育環境づくりへと、教育委員会に働きかけをしていくことが重要と考えている。電子タバコに関しては、その形状、剤型等から違法ドラッグ吸引や大麻、覚せい剤吸引のきっかけとならないよう加熱式電子タバコに関しても、その危険性について、小児期からの啓発が必要と考えている。

資料 1

練馬区医師会における区内無煙化推進に係る練馬区への要望及び  
練馬区「禁煙医療費補助事業」の導入施行に向けた経緯

練馬区医師会では、平成28年度より、練馬区長及び区議会各会派に対して、練馬区内の無煙化推進に向けて要望し、平成30年6月より、「練馬区禁煙医療費補助」事業が施行された。

|         |                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 平成27年1月 | 練馬区歩行喫煙等の防止に関する条例施行(練馬区)                                                                                                                                                                                                           |
| 平成28年8月 | 平成29年度練馬区予算編成に伴う要望事項に、区内の「無煙化推進のため、禁煙治療医療費の助成制度」等の予算措置を要望(練馬区医師会)<br><br>(2020年東京オリンピック・パラリンピックに向けて、都内の無煙化が推進されている。<br>また、禁煙外来の自己負担金は禁煙希望者にとって大きな受診抑制に繋がっているため、禁煙外来受診者に対する補助金制度の導入する事を要望した。)                                       |
| 平成29年8月 | 平成30年度練馬区予算編成に伴う要望事項に「区内の無煙化推進のため、禁煙治療医療費の助成制度」実現を再要望(練馬区医師会)<br><br>予算措置を具現化するために、より具体的に資料を示し、区長・区議会各会派に申し入れを行った。練馬区における無煙化推進のため、禁煙外来受診者で禁煙に成功した者に対して、自己負担金の一部助成を要望するとともに、公共施設・飲食店・職場・家庭等から受動喫煙の害をなくすため、禁煙外来受診の動議づけのために助成制度の実現を要望 |
| 平成30年2月 | 平成30年度から「禁煙医療費補助事業」導入を予算措置(練馬区 10,000円/人)                                                                                                                                                                                          |
| 平成30年4月 | 受動喫煙防止条例施行に向けた署名活動(東京都医師会)                                                                                                                                                                                                         |
| 平成30年6月 | 練馬区禁煙医療費補助事業開始(練馬区)<br><br>東京都受動喫煙防止条例可決(東京都議会)<br><br>2019年9月学校・病院等敷地内禁煙及び飲食店の店頭表示義務化 2020年4月より全面施行(東京都)                                                                                                                          |
| 平成30年7月 | 改正健康増進法が可決(国)                                                                                                                                                                                                                      |
| 平成30年8月 | 練馬区医師会館敷地内全面禁煙施行(練馬区医師会)<br><br>平成31年度練馬区予算編成に伴う要望事項として、CT装置を活用した「肺がん検診」導入に関して要望(練馬区医師会)                                                                                                                                           |



平成 30 年 5 月作成

平成 30 年 6 月 1 日登録受付開始！



# 練馬区 禁煙医療費補助事業 はじめました。

「禁煙しようかな？」と思っている方は、  
**今がチャンスです！**

練馬区は、区民の皆様の禁煙を応援するために禁煙医療費補助事業を開始します。

平成 30 年度～平成 32 年度の期間限定の事業です。

詳しくは、  
区ホームページを  
ご覧いただくか、  
問合せ先に  
ご連絡ください。

**内容 上限 1 万円**

禁煙にかかる医療費自己負担分の  $1/2$  を補助します。

※補助になる対象および補助金交付の条件あり。

## 対象者

- 練馬区に住民登録をしている 20 歳以上の方
- 本事業登録時、禁煙治療の開始前または治療中の方  
※禁煙治療終了後の方は登録申込みができません。
- お 1 人様 1 回限り

**定員 100 名**

**まずは、登録申込を！**

登録申込は、①登録申込書・アンケートを申込み先へ郵送または持ち込みで提出

②電子申請でもできます。

※申込書類は、区役所内健康推進課・保健相談所、区内の協力医療機関・歯科医院・薬局にあります。または区ホームページからダウンロードしてください。



健康くん  
健康推進課公認キャラクター

**問合せ・申込み先** 練馬区健康部 健康推進課 健康づくり係 ☎03 (5984) 4624  
〒176-8501 練馬区豊玉北 6-12-1 (練馬区役所東庁舎 6 階)



資料 3



医師会館 外観



医師会館 正面入口 サイン



地下駐車場 入口 サイン



地下駐車場エレベーター サイン

### 3. 江戸川区医師会「江戸川区のタバコ環境」

委員 白石 宏志

#### 江戸川区医師会

数年前、当医師会では当時の医師会長が禁煙治療の実施を医師会会員に積極的に勧めていた。その結果どれだけ禁煙治療を始めた医療機関が増えたのかは不明だが。医師会内部では最近、公衆衛生委員会の中にタバコ対策小委員会が設置されたところである。活動の一つには区民公開講座で「最近のタバコを取り巻く状況について」という演題で東京臨海病院呼吸器内科部長である山口朋禎先生による講演会が開催されている。

#### 江戸川区の対応

かつて区の職員で職場の受動喫煙被害を訴えて職場の禁煙を唱え、最後には裁判まで起こした職員がいた。まだまだ喫煙に寛容な時代だったため、その職員は冷ややかな目で見られた。裁判は罰金数万円の江戸川区敗訴に終わっている。

現状では保健所以外の区の公共施設は喫煙室が設置されている。商店街などの路上は「歩きタバコ禁止」だが、「路上喫煙禁止」ではない。これは受動喫煙対策ではなく、火傷予防の意義であると思われる。したがってタバコの自動販売機の横にある灰皿で立ち止まって喫煙しても条例違反にならない。区へ苦情を言ったところ、数カ月は灰皿が撤去されたが、その後また置かれてしまった。

今回の東京都の禁煙条例に対して慎重にするよう意見を送った自治体の一つに江戸川区があるのが非常に残念でならない。

#### 私自身の勤務医時代

大学病院での研修医時代にカンファレンスで何の演題かは忘れたが、喫煙の害や受動喫煙について拙い発表をした。まだまだ医師の中でも喫煙に寛容な時代だったため、当時の助教授が褒めてくれた程度であった。

#### 医師会業務での声かけ

特定機能健診などの際に喫煙中の方には一言禁煙を勧め、区内の禁煙治療実施医療機関の受診を勧めている。もちろん限られた時間内のため1、2分程度しか話せないが、やらないよりはましだろうと思っている。医師会から依頼された産業医業務で健診の結果についての相談があるが、その際には禁煙についてある程度の時間をとって会社内での禁煙の意義について説明している。

医師会の広報活動として区の広報誌に「健康ひとくちメモ」というコーナーがある。以前「分煙ができないわけ」という表題で提出したところ、江戸川区の施設でも分煙しているところがあるため表題を「禁煙のすすめ」などに変えて欲しいと区から言われたが、趣旨と異なることと、禁煙を勧める記事はそもそも喫煙者は読まない。分煙の話題ならそれに意義があると勘違いしている区民が読む可能性があるからと拒否した。今回新たに「煙が出なくてもタバコは有害です」という表題で投稿した。

## 自院での禁煙活動

禁煙治療は保険適応になる以前のニコチンパッチが使用できるようになってから始めている。もちろん「禁煙治療のための標準手順書」も無かったため試行錯誤しながらだった。ネット上の資料で一番役に立ったのは「洲本市禁煙専門外来（老人保健事業／喫煙者個別健康教育）&洲本市禁煙支援センターのホームページ」

（<http://www1.sumoto.gr.jp/shinryou/kituen/>）だった。ここから様々な資料を拝借したり、リンク先を利用したりした。最も役に立っているのが「禁煙外来／喫煙者個別健康教育／禁煙教室グッズ集」の「禁煙外来パンフ集」である。改変自由なのでこれを禁煙治療の際のテキストにしている。オリジナルは小さいので B5 版に変更し、時に応じて改訂して使用している。その他の資料も豊富で大変役に立っている。また、禁煙学会、禁煙科学会のメーリングリストに入会していて情報収集をしている。

受動喫煙防止条例に対する署名活動は家族や職員はもとより、診察の際に患者さんにもお願いした。すると町会で回って署名を集めてくださった患者さんもおられた。その他、製薬会社の MR には自分自身と営業所での署名を、既に異動した MR にはメールで異動先の営業所で署名をお願いした。かなりの数が集まったと思われる。

今後は、自院のホームページにて禁煙飲食店の紹介を考えている。

## 中学校がん予防出前教室

江戸川区では中学生を対象に「中学校がん予防出前教室」を学校医が担当校で開催するようになった。この中には当然タバコの話は入ってくる。講演用のパワーポイントのデータは江戸川区が作成したものがああり、改変自由となっている。よってタバコの話を増やし、加熱式タバコの話がなかったためそれを付け加えて講演した。その際に生徒の保護者に JT 関連業界の方もおられる可能性があり、JT を直接批判する言葉は差し控えた。しかしその後開催された学校保健委員会（校長、副校長、養護教諭、PTA、民生委員などが参加）でもその講演内容を披露することになり、JT への批判を交えて講演した。

## 今後の課題

江戸川区に限らないが、飲食店業界からは禁煙が営業に悪影響をきたすという考えがまだまだ存在する。加熱式タバコについての誤った認識も改めなければならない。医師会員内での禁煙外来も増やしていければ良いと考えている。

## IV. 行政への働きかけ、タバコ産業側への対抗策

### 1. オリンピックに向けた健康増進法改正と都条例制定について

委員 片山 律

#### はじめに

我が国においては、財務省が所管する「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」たばこ事業法はあるものの、受動喫煙からの健康被害防止を目的とした法律は、施設管理者や事業者に受動喫煙防止の努力義務を規定した健康増進法第 25 条及び労働安全衛生法第 68 条の 2 にとどまっていた。しかし、2004 年に批准し、翌 2005 年に発効済みの「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」(WHO Framework Convention on Tobacco Control :以下「FCTC」という)を受けて、地方自治体レベルでは、神奈川県及び兵庫県で罰則付きの受動喫煙防止条例が制定されるなど不十分ながら受動喫煙規制が進んできていたところ、2020 年の東京オリンピック・パラリンピック開催に向けて、2017 年～2018 年にかけて、国においては健康増進法の改正、また東京都においては受動喫煙防止条例の制定といった大きな動きがあった。さらに、現在も千葉県等をはじめとした各地自体においても引き続き受動喫煙防止条例制定の動きがある。

以下、健康増進法改正及び東京都受動喫煙防止条例制定を取り上げる。

#### FCTC (たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約)

##### 1. FCTC 第 5 条 2 項及び第 8 条

FCTC は、「たばこ消費の削減」を目的に掲げ、各締約国が「たばこの消費及び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」や「出生前にたばこの煙にさらされることが児童の健康上及び発育上の条件に悪影響を及ぼすという明白な科学的証拠があること」等を認識したうえで、目的達成のための基本原則及び各締約国の義務について規定している。受動喫煙防止に関しては、第 5 条 (一般的義務) 2 項 (b) 及び 8 条において規定されている。

##### **第五条 一般的義務**

2 このため、締約国は、その能力に応じ、次のことを行う。

(b) タバコの消費、ニコチンによる習慣性及びタバコの煙にさらされることが防止し及び減少させるための適当な政策を策定するに当たり、効果的な立法上、執行上、行政上又は他の措置を採択し及び実施し、並びに、適当な場合には、他の締約国と協力すること。

##### **第八条 タバコの煙にさらされることからの保護**

1 締約国は、タバコ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タバコ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。

## 2. ガイドライン

2007 年の第 2 回締約国会議において、受動喫煙規制（ガイドラインでは、「受動喫煙」という用語は使うべきではないとされているが、我が国の状況に鑑み「受動喫煙」のままとする）に関する第 8 条のガイドラインにおいて、以下の点を含む 7 つの原則が確認された。

すなわち、まず、受動喫煙から保護するための有効な方策を実行するためには 100 %タバコ煙のない法的環境を作り出す必要があり、タバコ煙曝露に安全レベルはなく、換気、空気清浄機、喫煙区域の指定など 100%タバコの煙のない法的環境を実現する以外の解決策が無効であるとされている（原則 1）。また、すべての人が受動喫煙から保護されるべきであり、屋内の職場及び屋内の公共の場はすべて禁煙とすべきであること（原則 2）、受動喫煙から人々を保護するための強制力を持った立法措置が必要であること（原則 3）、受動喫煙から人々を保護することは、必要に応じて強化し拡大すべきであり、かかる処置には、新法または修正法の制定や施行の改善、あるいは新しい科学的証拠や事例研究の経験を反映させたその他の対策も含まれる場合があること（原則 7）等がガイドラインで示されている。

そのうえで、ガイドラインは、「効果的な法律の範囲」として、以下のとおりの原則を示している。すなわち、第 8 条は、すべての屋内の公衆の集まる場所、すべての屋内の職場、すべての公衆のための交通機関そして他の公衆の集まる場所（屋外あるいはそれに準ずる場所）を完全禁煙として「例外なき（受動喫煙からの）保護を実施する義務」を課している。健康か法律かという次元の論議においては、例外を認めることはできない。もし別の次元での論議で例外が必要となったとしても、最小限にとどめなければならない。また、すぐに例外なき保護を実行できない締約国に対し、第 8 条は、可能な限り早急に例外措置を解消して、例外なき保護を実現するよう行動する義務を課している。すべての締約国は、その国における FCTC 発効後 5 年以内に例外なき保護を実現するよう努力しなければならない。

## 3. 締約国としての義務

FCTC 第 19 条（責任）1 項は、「締約国は、タバコの規制のため、必要な場合には、刑事上及び民事上の責任（適当な場合には、賠償を含む）に対応するための立法上の措置をとること又は自国の既存の法律の適用を促進することを検討する。」と規定しており、我が国も、締約国である以上、上記ガイドラインに則り、国内法の整備をする義務を負っている。



世界保健機関と国際オリンピック委員会との協定（タバコフリー・オリンピック）

2010年7月21日、WHO（世界保健機関）とIOC（国際オリンピック委員会）は、「健康なライフスタイル推進に関するWHOとIOCの合意」に達し、実際に、合意以前から2006年トリノ、2008年北京、2010年バンクーバー、2012年ロンドン、2014年ソチ、2016年リオデジャネイロ、2018年平昌と、近年のオリンピック開催都市には国際基準（屋内全面禁煙）の受動喫煙防止法あるいは条例が制定されている。

当然のことながら、2020年東京オリンピック・パラリンピック開催までに我が国も国際基準の受動喫煙防止法あるいは条例の制定が国際社会から要請されていた。

このように、国際基準から大きく立ち遅れていた我が国の受動喫煙防止法あるいは条例について、FCTCによる要請に加えてオリンピックの招致及び開催によるIOC及びWHOを中心とした国際社会からの強い要請により、一気に受動喫煙防止法あるいは条例制定の機運が高まった。

## 国の立法動向（健康増進法改正）

### 1. 健康増進法

2003年5月1日施行の健康増進法第25条は、公共施設の施設管理者に対し受動喫煙防止の為の必要な措置を講ずる努力義務を課しており、当初、この「必要な措置」として厚生労働省健康局長通知は分煙を認めていたが、上記FCTCガイドライン等を受けて、2014年2月25日通知により、原則全面禁煙を「必要な措置」として改めた。

### 2. 受動喫煙防止法をめぐる厚生労働省と自民党の対立

さらに、東京オリンピック招致及び開催決定ならびに上記タバコフリー・オリンピックの合意を踏まえ、2014年11月には、罰則付受動喫煙防止法制定を目指して、超党派の「東京オリンピック・パラリンピックに向けて受動喫煙防止法を実現する議員連盟」が発足し、また、2015年6月22日には、下村五輪担当大臣から塩崎厚生労働大臣宛ての「2020年に向けた受動喫煙防止対策の推進に係る要請」において、立法措置も含めた積極的な対策が要請され、2016年1月には厚生労働省内に受動喫煙防止対策強化検討チームワーキンググループが設置され、同年10月には「厚生労働省案（たたき台）」が公表された。その後、同案は、例外措置を限定的にする内容に変更されている。これらは、たばこ規制枠組条約第8条及びガイドラインならびに「健康なライフスタイル推進に関するWHOとIOCの合意」を受けて、これまでの努力義務による対策では不十分であるとの認識の下、上記ガイドラインに沿って罰則付きの受動喫煙防止法を制定しようとするものであった。

ところが、自民党たばこ議連（野田たけし会長）から広範な例外措置を認める対案が出され、塩崎厚生労働大臣（当時）と鋭く対立した（図1）。厚生労働省案がたばこ規制枠組条約及びガイドラインに沿って原則禁煙という立場をとり、喫煙室設置については例外的とし、バー・スナックについて面積で喫煙専用室設置可かどうかを決めているのに対し、自民党たばこ議連案は、原則としてあらゆる場所で喫煙専用室設置可とし、飲食店については「禁煙・分煙・喫煙」の表示を義務化することで店が自由

に喫煙可を選択できるようになっており、たばこ規制枠組条約及びガイドラインを無視した案であったため、両案の対立は深刻であった。

|             | 厚生労働省案<br>(平成 29 年 3 月 1 日時点)       | 自民党たばこ議連案<br>(平成 29 年 3 月 7 日時点) |
|-------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| 小中高・医療施設    | 敷地内禁煙                               | 屋内禁煙<br>(喫煙専用室可)                 |
| 大学・運動施設・官公庁 | 屋内禁煙                                | 屋内禁煙<br>(喫煙専用室可)                 |
| 劇場・サービス業施設  | 屋内禁煙<br>(喫煙専用室可)                    | 娯楽施設などは表示義務のみ                    |
| ホテル・旅館      | 屋内禁煙<br>(喫煙専用室可)                    | 宴会場は表示義務のみ                       |
| 事務所         | 屋内禁煙<br>(喫煙専用室可)                    | 対象外                              |
| 飲食店         | 屋内禁煙 (喫煙専用室可)<br>※30 ㎡以下のスナック・バーを除く | 表示義務のみ                           |
| バス・タクシー     | 社内禁煙                                | 貸切は表示義務のみ                        |
| 鉄道・船舶       | 乗物内禁煙<br>(喫煙専用室可)                   | 貸切船舶などは除外                        |

図 1

上記自民党たばこ議連等の動きを受けて、2017 年 3 月 1 日、塩崎厚生労働大臣を中心として厚生労働省から「受動喫煙防止対策の強化について（基本的な考え方の案）」が公表され、さらには、同年 3 月 29 日には WHO 事務総長から日本政府宛に完全禁煙でのタバコフリー・オリンピックの実現を要請する書簡の送付を受け、同年 6 月 20 日には「受動喫煙防止効果は あくまで限定的なものであることから、広範な例外措置を恒久的に認めることは受動喫煙被害を助長・容認する結果となりかねません。したがって、例外措置を認めるとしても、あくまで小規模飲食店を対象とし、かつ、時限を明確にした激変緩和措置としての位置づけとすべきであるとの立場です。」との厚生労働大臣談話を公表するなど厚生労働省側も対抗したものの、結局、第 193 回国会への法案提出は見送られた。

なお、「受動喫煙防止対策の強化について（基本的な考え方の案）」で規制がされた場合であっても、WHO の規制状況区分では、最低の 4 ランクから 3 ランクに上がる程度であった。

### 3. 2018 年 3 月 9 日閣議決定

2017 年 8 月には、第 3 次安倍内閣改造により加藤勝信議員が厚生労働大臣となり、上記厚生労働省案から大幅に後退した形で 2018 年 3 月 9 日、健康増進法の一部を改正

する法律案が閣議決定され、同年7月18日成立した（同改正法の概要は図2のとおり）。

注目された飲食店の例外規定は、当分の経過措置として、「既存特定飲食提供施設」（資本金5,000万円以下で客席面積100㎡以下）については、標識の提示により喫煙可とされた。同経過措置の対象となる飲食店は全体の55%程度と推計されている。

また、加熱式タバコについては、罰則の対象から外すことはなかったものの当分の間の経過措置として、原則屋内禁煙対象施設においては喫煙室内での飲食も可とされている。

| 2. 多数の者が利用する施設等における喫煙の禁止等                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                            |                          |                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| (1) 多数の者が利用する施設等の類型に応じ、その利用者に対して、一定の場所以外の場所における喫煙を禁止する。<br>(2) 都道府県知事（保健所設置市区にあっては、市長又は区長。以下同じ。）は、(1)に違反している者に対して、喫煙の中止等を命ずることができる。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                            |                          |                                                                                 |
| 【原則屋内禁煙と喫煙場所を設ける場合のルール】                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                            |                          |                                                                                 |
| 施設等の類型                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 禁煙（敷地内禁煙（※1））              | 経過措置                     |                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                            | 当分の間の措置                  | 別に法律で定める日までの間の措置                                                                |
| <b>A 学校・病院・児童福祉施設等、行政機関</b><br>旅客運送事業自動車・航空機                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 禁煙（敷地内禁煙（※1））              | 【加熱式たばこ（※2）】             |                                                                                 |
| <b>B 上記以外の多数の者が利用する施設、</b><br>旅客運送事業船舶・鉄道                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 原則屋内禁煙（喫煙専用室（喫煙のみ）内でのみ喫煙可） | 原則屋内禁煙（喫煙室（飲食等も可）内での喫煙可） | 既存特定飲食提供施設<br>（個人又は中小企業（資本金又は出資の総額5000万円以下（※3））かつ客席面積100㎡以下の飲食店）<br>標識の提示により喫煙可 |
| ※1 屋外で受動喫煙を防止するために必要な措置がとられた場所に、喫煙場所を設置することができる。<br>※2 たばこのうち、当該たばこから発生した煙が他人の健康を損なうおそれがあることが明らかでないたばことして厚生労働大臣が指定するもの。<br>※3 一の大規模会社が発行済株式の総数の二分之一以上を有する会社である場合などを除く。<br>注：喫煙をすることができる場所については、施設等の管理権原者による標識の掲示が必要。<br>注：公衆喫煙所、たばこ販売店、たばこの対面販売（出張販売によるものを含む。）をしていることなどの一定の条件を満たしたバーやスナック等といった喫煙を主目的とする施設について、法律上の類型を設ける。<br>(3) 旅館・ホテルの客室等、人の居住の用に供する場所は、(1)の適用除外とする。<br>(4) 喫煙をすることができる室には20歳未満の者を立ち入らせてはならないものとする。<br>(5) 屋外や家庭等において喫煙をする際、望まない受動喫煙を生じさせることがないよう周囲の状況に配慮しなければならないものとする。 |                            |                          |                                                                                 |

図2：厚生労働省ホームページから抜粋

## 東京都の立法の動向（受動喫煙防止条例制定）

### 1. 従前の動向

2014年8月、舛添都知事が受動喫煙防止条例の制定について選択肢の1つである旨の発言をし、同年10月には受動喫煙防止対策検討会が設置されたものの、都議会自民党の反対を受けて2015年1月には「罰則付きとなるとハードルが高すぎる」と一気に失速し、結局、受動喫煙防止対策検討会が、全国統一的な法律による規制を国に働きかける等の提言をし、以降、都条例制定の機運はなくなってしまった。

### 2. 小池都知事及び都民ファーストの会による基本政策としての受動喫煙防止条例

2016年7月に小池東京都知事が誕生し、同知事が代表に就任した都民ファーストの会が、翌2017年の東京都議選挙において、罰則付き受動喫煙防止条例の制定などを基本政策として掲げて55議席を獲得し、公明党及び生活者ネットワークと併せて過半数の議席を確保し、受動喫煙防止条例制定が現実的なものとなった。

2017年9月には、受動喫煙防止条例に先駆けて罰則付きではないものの加熱式タバコも対象とした「東京都こどもを受動喫煙防止から守る条例」が制定され、2018年4月から施行済みである。

当初、都民ファーストの会が発表していた条例案（図3）については、2017年10月にはパブコメを終了し、当初2018年初での議会への法案提出を予定していたが、同年

になって国の健康増進法改正の動向を見ながら法律との整合性も図りつつ検討するとの方針により議会への法案提出が先延ばしになっていた。

| 対象となる施設と喫煙禁止場所の範囲【参考】 |           |                                                                                     |
|-----------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 施設の類型                 |           |                                                                                     |
| 医療施設                  |           | 敷地内禁煙<br>未成年者や患者等が主に利用する施設                                                          |
| 小学校、中学校、高等学校          |           |                                                                                     |
| 児童福祉施設                |           |                                                                                     |
| 官公庁                   |           | 屋内禁煙（喫煙専用室設置も不可）<br>多数の人が利用し、かつ、他の施設では代替が難しい施設                                      |
| 老人福祉施設                |           |                                                                                     |
| 大学、体育館                |           |                                                                                     |
| ホテル、旅館（客室を除く）         |           | 原則屋内禁煙（喫煙専用室設置可）<br>利用者側に他の施設を選択する機会があるものや、嗜好性が強い施設                                 |
| 事業所（職場）               |           |                                                                                     |
| 娯楽施設、百貨店、駅、空港ビル       |           |                                                                                     |
| 飲食店                   | 食堂、ラーメン店等 |                                                                                     |
|                       | 居酒屋等      |                                                                                     |
|                       | バー、スナック等  |                                                                                     |
|                       |           | 面積30㎡以下で、従業員を使用しない店、又は全従業員が同意した店、かつ未成年者を立ち入らせない店<br>→利用者が選択可能な掲示を義務付けた上で、喫煙禁止場所としない |
| バス、タクシー、航空機           |           | 車内禁煙<br>（喫煙専用室設置も不可）                                                                |
| 鉄道、船舶                 |           | 原則車内禁煙<br>（喫煙専用室設置可）                                                                |

図 3

### 3. 東京都医師会等からの働きかけ

東京都医師会も、受動喫煙防止条例制定に対して、屋内完全禁煙を目指すべきとの積極的な働きかけを行ってきており、飲食店業界からの反対署名等に対抗すべく、2018年4月には署名運動を開始し、2018年5月には東京都医療4団体（医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会）の各会長が小池都知事を訪問し、受動喫煙防止条例制定の要望書と共に203,965筆の署名を提出している。

### 4. 条例制定（人に着目した例外規定）

2018年4月20日、小池都知事は、飲食店の例外規定について「人」に着目した形で条例案骨子が発表された。すなわち、飲食店の例外規定について、健康増進法のような面積での区分ではなく、「従業員を使用している飲食店」は原則屋内禁煙とし、子どもの喫煙可能場所への立ち入りを禁止する等の内容となっている（図4）。これにより、都内の8割以上の飲食店が対象となる。

ただし、加熱式タバコについては、健康増進法とも異なり、罰則の対象から外している。

同条例は、2018年6月27日東京都議会において可決され、2020年4月までに段階的に施行されることになる。



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 改正健康増進法<br>(平成30年7月18日成立)                                                          | 東京都受動喫煙防止条例<br>(平成30年6月27日成立)                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 幼稚園、小・中・高校、<br>大学、病院、行政機関                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 敷地内禁煙<br>(屋外喫煙所の設置は可)                                                              | 敷地内禁煙(幼稚園・保育所、<br>小中高校は屋外喫煙所も不可)                 |
| 大規模の飲食店<br>(チェーン店など)                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 資本金＞5000万円の飲食店、<br>客席面積＞100 m <sup>2</sup> の飲食店、<br>また新規に開業する飲食店は<br>屋内禁煙(喫煙室の設置可) | 従業員のいる飲食店は例外なく<br>屋内禁煙(喫煙室の設置可)                  |
| 小規模の飲食店<br>(個人経営店など)                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 資本金≤5000万円かつ<br>客席面積≤100 m <sup>2</sup> の既存店は<br>標識を掲示すれば喫煙可<br>(期限付きの経過措置)        | 従業員がいない飲食店のみ<br>(同居中の家族だけで営業する店)<br>標識を掲示すれば喫煙可  |
| 飲食店内での<br>加熱式タバコの扱い                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 「当分の間(期限は未定)」の経過措置として<br>加熱式タバコ専用の喫煙室内ならば飲食しながらの使用も可                               |                                                  |
| その他の施設<br>(オフィス、ホテルなど)                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 原則屋内禁煙(喫煙室の設置可)                                                                    |                                                  |
| 未成年者の保護規定                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 喫煙スペースへの立ち入り禁止                                                                     |                                                  |
| 罰則(行政処分)                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 管理者:50万円以下の過料<br>喫煙者:30万円以下の過料                                                     | 管理者:5万円以下の過料<br>喫煙者:3万円以下の過料<br>(加熱式タバコには罰則適用せず) |
| (厚労省・東京都HP <a href="http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000189195.html">http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000189195.html</a> , <a href="http://www.metro.tokyo.jp/osei/hodohappyo/press/2018/04/20/19.html">http://www.metro.tokyo.jp/osei/hodohappyo/press/2018/04/20/19.html</a> ) |                                                                                    |                                                  |

図4：健康増進法と都条例の比較図

## 今後の課題

健康増進法及び受動喫煙防止条例いずれにおいても、「屋内」の定義、喫煙専用室や屋外喫煙場所の設置に係る具体的な基準等重要な事項が今後定められていくことになるが、法及び条例共に骨抜きにならないよう注視していく必要がある。既に2018年12月時点で、厚生労働省専門委員会は、喫煙室及び喫煙専用室の基準について、建物が2階以上であれば、フロア全体を喫煙室や喫煙専用室と看做す「フロア分煙」を容認する省令案をまとめているとの報道がされており、これが実現すればまさに骨抜きの法律そのものとなってしまふことから、同案には厳しく反対すべきであるし、このようなことがないよう今後も屋内の完全禁煙を求めていくべきである。

また、健康増進法では「既存」の小規模飲食店が経過措置の対象となっており、この「既存」かどうかは①事業の継続性、②経営主体の同一性、③店舗の同一性等を踏まえて総合的に判断される、とされており、ここでも恣意的運用がされないよう注意していく必要がある。

重要な課題として、加熱式タバコについては、受動喫煙による健康影響についての科学的知見の蓄積を行い、その結果を踏まえて経過措置の対象から外すこととなったため、引き続き加熱式タバコの健康影響についての知見を蓄積及び発信していく必要がある。

さらに、神奈川県及び兵庫県の先例も踏まえ、罰則適用も踏まえた実効性のある運用がされるよう不断の監視を続ける必要がある。

法改正及び条例制定に関連して、分煙助成金・補助金の運用方法についても、注目すべ



きである。これまで厚労省は「受動喫煙防止対策助成金制度」を、東京都産業労働局は「外国人旅行者の受入れに向けた宿泊・飲食施設の分煙環境整備補助金」を設けて、事業者に助成金・補助金を出してきた。厚労省は助成率2分の1（飲食店は3分の2）で助成上限額100万円、東京都は補助率5分の4で補助限度額300万円であった。いずれの制度も、「隔離された喫煙室」でなくとも、「換気措置」や「エリア分煙」にも、助成金・補助金を出してきており、受動喫煙防止の徹底とは程遠いものに公費を投入する本末転倒の制度であったといえる。今般の法改正及び条例制定により、制度変更せざるを得ないと思われるが、その変更内容は未だ固まっておらず、今後攻防が予想される。この点、千葉市は、既存小規模飲食店が喫煙室の撤去等に要する経費を9割助成（上限10万円）する新制度を平成31（2019）年1月から実施している。また、鳥取県も禁煙化支援として、「壁紙の改装、カーテンの交換、喫煙室の撤去等」に補助率3分の2、補助上限10万円の助成を行うとしており、このような喫煙室撤去に関する費用への助成は、先進的な取り組みとして注目に値する。

今回の法改正及び条例制定は、結果的には小さな一歩となってしまったものの、ようやく踏み出した一歩でもある。踏み出した一歩が絶えることなく歩き続けられるよう、東京都医師会としても、引き続き改正健康増進法及び受動喫煙防止条例が実効性のある法規制となるよう注視し、加熱式タバコの健康影響等について積極的に情報を発信していくべきと考える。

## 2. 地区医師会としての行政への働きかけ（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、市民をタバコの害から守り健康を保持するためには、積極的にタバコ対策を進めていく必要があると考え 2013 年にタバコ対策小委員会を設置し活動を開始した。さらに、2015 年には任意団体「ちょうふタバコ対策ネットワーク」を三師会の支援により設置し、多職種協働によるタバコ対策の取り組みを行ってきた。具体的には、禁煙支援や喫煙防止教育のための研修会の開催、福祉まつりにおけるタバコの有害性の啓発などの様々な活動及び調布市へのタバコ対策推進の働きかけ等である。

このように、医師会・歯科医師会・薬剤師会の三師会に加え、市民団体である「ちょうふタバコ対策ネットワーク」が緊密に連携し活動を行っていることが調布市におけるタバコ対策の取り組みの特徴である。

地域におけるタバコ対策の取り組みは各地域の実情に合った進め方があると思われるが、調布市の取り組みは一つのモデルケースとして参考になるので、現在までの活動について紹介する。

### 調布市におけるタバコ対策活動略歴

|             |                                                                                   |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 2013 年 10 月 | 調布市医師会理事 荒井敏が、東京都医師会タバコ対策委員会のメンバーになるとともに、調布市医師会にタバコ対策小委員会を設置                      |
| 2013 年 10 月 | 鈴木隆宏（現ちょうふタバコ対策ネットワーク事務局長・副代表）が初めて調布市健康推進課の担当者と面会<br>後日、同月に健康推進課課長、課長補佐等と面会 →協働開始 |
| 2013 年 11 月 | 鈴木隆宏が調布市医師会へホームページから問い合わせ<br>同月、荒井敏と面会 →協働開始                                      |
| 2014 年 3 月  | 調布市医師会にてタバコ対策の研修を実施（現東京都医師会タバコ対策委員会委員長 村松弘康先生）を招聘                                 |
| 2014 年 4 月  | 調布市職員による勤務時間中の喫煙が禁止                                                               |
| 2014 年 7 月  | 調布市役所において職員向け研修を実施（村松先生を招聘）                                                       |
| 2014 年 10 月 | 調布市医師会・調布市共催の市民医学講座にて、村松先生を招聘し「空気と健康」というテーマにて、タバコの有害性の啓発を実施                       |
| 2014 年 12 月 | 調布市健康推進課職員を対象に鈴木隆宏が研修会を実施                                                         |
| 2015 年 2 月  | 調布市健康づくりプラン推進連絡会にて鈴木隆宏が講演                                                         |
| 2015 年 2 月  | 調布市立深大寺小学校にて、鈴木隆宏が喫煙防止教育を実施                                                       |
| 2015 年 3 月  | 調布市医師会研修会にて鈴木隆宏が講演                                                                |
| 2015 年 3 月  | 幼稚園・保育園等に対し、調布市から敷地内禁煙とするよう要請する文書発信                                               |
| 2015 年 4 月  | ちょうふタバコ対策ネットワーク設立（代表：荒井敏）                                                         |
| 2015 年 8 月  | 調布市立飛田給小学校の学校保健委員会にて、鈴木隆宏が講演                                                      |
| 2015 年 9 月  | 調布市立飛田給小学校にて鈴木隆宏が喫煙防止教育を実施                                                        |
| 2015 年 9 月  | 調布市薬剤師会研修会にて、鈴木隆宏が講演                                                              |
| 2015 年 11 月 | ちょうふタバコ対策ネットワークにて、「タバコ防止教育の重要性と具体的事例」をテーマに勉強会を実施                                  |
| 2015 年 12 月 | 調布市福祉まつりにちょうふタバコ対策ネットワークと調布市医師会が共催してタバコの有害性の啓発展示及び禁煙相談を出展                         |

|                     |                                                                                                               |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2016 年 2 月          | 禁煙飲食店の登録・利用勧奨制度の設立を鈴木隆宏から調布市へ初めて相談                                                                            |
| 2016 年 2 月          | ちょうふタバコ対策ネットワークにて禁煙支援研修会を開催し、松尾邦功先生を招聘し動機づけ面接法の研修会を実施                                                         |
| 2016 年 5 月          | 調布市健康推進課新規着任者向けに、鈴木隆宏が講演                                                                                      |
| 2016 年 8 月          | 敷地内禁煙を目指す調布市内の病院にて、鈴木隆宏が講演を実施                                                                                 |
| <b>2016 年 9 月</b>   | <b>副市長からの要請で、調布市三師会・ちょうふタバコ対策ネットワークと、調布市環境部・調布市健康推進課にて会議を行う</b><br><b>調布駅前喫煙所設置計画について、反対意見を述べたことで、白紙撤回となる</b> |
| 2016 年 9 月          | 調布市医師会・ちょうふタバコ対策ネットワークの共催で、京都から土井たかし先生をお招きし、喫煙防止教育に関する研修会を実施。教育委員会の幹部もご参加いただいた                                |
| 2016 年 10 月         | 調布市医師会・調布市共催の市民医学講座にて、巢鴨とげぬき地蔵尊高岩寺の来馬明規先生を招聘しタバコの有害性の啓発を実施                                                    |
| 2016 年 10 月         | 国立がん研究センターとちょうふタバコ対策ネットワークの協働により、動機づけ面接法の研修会を実施                                                               |
| 2016 年 10 月<br>11 月 | 調布市医師会と市議会各会派(自民党・公明党・チャレンジ調布 21・共産党)との意見交換会にて、タバコ対策への協力を依頼                                                   |
| 2016 年 12 月         | 調布市福祉まつりにちょうふタバコ対策ネットワークと調布市医師会が共催してタバコの有害性の啓発展示及び禁煙相談を出展                                                     |
| 2016 年 12 月         | 調布市医師会、調布市歯科医師会、ちょうふタバコ対策ネットワークと、調布市公明党がタバコ対策に関する意見交換会を実施                                                     |
| 2017 年 1 月          | 調布市人事課からの要請で、労働安全衛生ニュースに寄稿開始(以後、半年～1年に1回くらいのペースで寄稿)                                                           |
| 2017 年 1 月          | 調布市教育委員会とちょうふタバコ対策ネットワークにて喫煙防止教育の実施について会議                                                                     |
| 2017 年 1 月          | 調布市の庁議にて鈴木隆宏が講演を実施                                                                                            |
| 2017 年 2 月          | 調布市人事課主催の研修会において、鈴木隆宏が全庁職員を対象に講演を実施                                                                           |
| 2017 年 2 月          | 調布市第三小学校で星野吉計(ちょうふタバコ対策ネットワーク副代表)が喫煙防止教育を実施                                                                   |
| 2017 年 3 月          | 調布市民の健康づくりに関する意識調査報告書が公表され、調布市民の喫煙率が 12.2%となったことが明らかになる                                                       |
| <b>2017 年 4 月</b>   | <b>調布市にて初めてタバコ対策に関する予算がつく</b>                                                                                 |
| 2017 年 4 月          | 調布市医師会・ちょうふタバコ対策ネットワークの共催にて、国立がん研究センターの平野公康先生を招聘して研修会を実施                                                      |
| <b>2017 年 5 月</b>   | <b>調布市にて、部署横断的に受動喫煙防止策を検討する場として、副市長を座長とした「調布市受動喫煙防止に関する庁内連絡会議」が設置 1～2 か月毎に開催</b>                              |
| 2017 年 5 月          | タバコ産業関係者から提出された受動喫煙防止条例を制定しないよう求める陳情について、三師会から不採択にするよう要望書を調布市議会議長へ提出                                          |

|                     |                                                                                                                                           |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2017 年 5 月          | 厚生労働省・東京都医師会・日本対がん協会主催のタバコフリーサミットにおいて、荒井敏が講演                                                                                              |
| 2017 年 6 月          | 調布市受動喫煙防止に関する庁内連絡会議にて、鈴木隆宏が講演<br>以降、鈴木隆宏が有識者として調布市受動喫煙防止に関する庁内連絡会議に出席                                                                     |
| 2017 年 6 月          | 調布市三師会より、子どもを受動喫煙から守る条例の制定に関する要望書を市長へ手渡し                                                                                                  |
| 2017 年 6 月          | <b>タバコ産業関係者から提出された受動喫煙防止条例を制定しないよう求める陳情が、調布市議会にて不採択となる</b>                                                                                |
| 2017 年 8 月          | 調布市が補助金を出している子育て支援ホームページ「コサイト」(NPO が運営)に、喫煙可の店を掲載し、利用推奨しているとして著名なマーケティングコンサルタントの調布市民が指摘しインターネット上で炎上<br>多くの苦情が子ども生活部へ送られ、喫煙可の店がホームページから削除  |
| 2017 年 9 月          | 調布市歯科医師会にて、鈴木隆宏が講演                                                                                                                        |
| 2017 年 9 月          | 敷地内禁煙を目指す調布市内の病院にて、鈴木隆宏が講演                                                                                                                |
| 2017 年 9 月          | <b>調布市健康推進課、三師会、ちょうふタバコ対策ネットワークによる「調布市タバコ対策推進協議会」が設置され、第 1 回会議が開催される。以降、2〜3 か月毎に実施</b>                                                    |
| 2017 年 10 月         | 三師会から、調布市議会にてタバコ対策に関する研修会を実施するよう、調布市議会へ要望書を提出                                                                                             |
| 2017 年 10 月         | 調布市受動喫煙防止に関する庁内連絡会議に荒井敏が調布市医師会代表として、乙黒明彦(調布市歯科医師会副会長・ちょうふタバコ対策ネットワーク副代表)が調布市歯科医師会代表として出席し、タバコ対策の必要性等について講演                                |
| 2017 年 10 月<br>11 月 | 調布市医師会と市議会各会派(自民党・公明党)との意見交換会にて、タバコ対策への協力を依頼                                                                                              |
| 2017 年 11 月         | 調布市教育委員会の校長会において、鈴木隆宏が講演を実施                                                                                                               |
| 2017 年 11 月         | 調布市むらさきロータリークラブにて、星野吉計が講演を実施                                                                                                              |
| 2017 年 11 月         | 調布市立第一小学校にて、麻生泰二(調布市医師会理事・ちょうふタバコ対策ネットワーク監事)と鈴木隆宏が喫煙防止教育を実施                                                                               |
| 2016 年 12 月         | 調布市福祉まつりにちょうふタバコ対策ネットワークと調布市医師会が共催してタバコの有害性の啓発展示及び禁煙相談を出展                                                                                 |
| 2017 年 12 月         | <b>三師会から、「より実効性のある受動喫煙防止等のタバコ対策に関する陳情」を調布市議会へ提出、全会一致で採択される</b><br><b>1. 禁煙したい喫煙者の禁煙支援</b><br><b>2. 子どもの受動喫煙防止</b><br><b>3. 外部医療団体との連携</b> |
| 2017 年 12 月         | 調布市議会にて、荒井敏、乙黒明彦、鈴木隆宏が講演を実施                                                                                                               |
| 2018 年 1 月          | <b>調布市受動喫煙ゼロの店事業開始</b>                                                                                                                    |
| 2018 年 1 月          | 2020 年東京オリンピック・パラリンピックの開催地として、調布市体育協会の定例会議にて、鈴木隆宏が講演                                                                                      |
| 2018 年 1 月          | ちょうふタバコ対策ネットワークから「受動喫煙防止策に関連する条例の制定にあたっての考え方について」との要望文書を調布市健康推進課へ提出                                                                       |



|            |                                                                                                                                                                                                                               |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2018 年 3 月 | 調布市青少年補導連絡会において、鈴木隆宏が講演                                                                                                                                                                                                       |
| 2018 年 3 月 | ちょうふタバコ対策ネットワーク主催でタバコ対策の要望に関する研修会を実施                                                                                                                                                                                          |
| 2018 年 4 月 | 三師会から受動喫煙防止条例の制定を求める要望書を市長へ手渡し<br>これにより、受動喫煙防止条例の制定が決定し、計画が策定され準備が開始される                                                                                                                                                       |
| 2018 年 4 月 | 調布市民健康づくりプラン(第 3 次)が調布市により策定 <ul style="list-style-type: none"> <li>● 加熱式タバコも含めた対策</li> <li>● 「地域などのイベントは禁煙にする」、と、さりげなく大胆な施策を定めている</li> <li>● 3 年後に向けた目標喫煙率が 6.1%と、ストレッチしたかなり高い目標を掲げている</li> </ul>                            |
| 2018 年 5 月 | 医師会の要請により、市の健診にタバコ関連の設問を追加し禁煙希望者には禁煙外来受診を勧奨                                                                                                                                                                                   |
| 2018 年 5 月 | 調布市の「調布市施設の受動喫煙防止に関する基本方針」が改定 <ul style="list-style-type: none"> <li>● 「禁煙」、「受動喫煙防止」の対象に、「加熱式タバコの禁止」も含むようになった</li> <li>● 喫煙場所に妊婦や子どもが立ち入らないように、明確に表示する措置を義務付けた</li> </ul>                                                     |
| 2018 年 5 月 | 三師会から受動喫煙防止条例の制定を求める要望書を調布市議会及び各会派幹事長へ提出                                                                                                                                                                                      |
| 2018 年 5 月 | 東京都医師会受動喫煙防止条例に関する賛同署名への協力<br>調布市医師会として 2,157 筆を提出                                                                                                                                                                            |
| 2018 年 6 月 | 調布市が「調布市の受動喫煙防止等対策に関する取組方針」を策定・公表                                                                                                                                                                                             |
| 2018 年 6 月 | 調布市役所・三師会・関係団体・市民公募委員による「調布市受動喫煙防止対策推進検討会」の設置 <ul style="list-style-type: none"> <li>● 検討会の開催：第 1 回 7 月 9 日 第 2 回 7 月 30 日 第 3 回 8 月 31 日<br/>会長 荒井敏、副会長 乙黒明彦</li> <li>● 第 3 回検討会において、「(仮称)調布市受動喫煙防止条例(案)」骨子が市から提出</li> </ul> |

## 今後の展望

調布市においても、2019 年にラグビーワールドカップが、2020 年に東京オリンピック・パラリンピックが競技会場として催されるにあたり、WHO と IOC で締結された「タバコのないオリンピック」の協定に基づき、さらなる受動喫煙防止等のタバコ対策を講じていく必要がある。このため、2019 年 7 月の施行を目指して、現在、調布市受動喫煙防止条例案が検討されている。また、三師会から調布市へ喫煙防止教育の推進を繰り返し要請しており、教育及び啓発として条例案の中にも明記される見込みである。

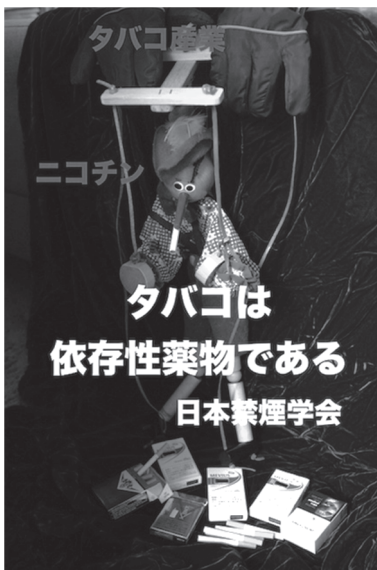
## おわりに

東京都医師会では、各地区医師会がタバコ対策委員会を設置しタバコ対策に取り組んでいくことを期待している。まず、地区医師会が先頭に立ち活動を開始することが第一歩であるが、より活動の輪を広げていくためには多種職連携の取り組みが必要である。まず、歯科医師会・薬剤師会と三師会による連携を構築し、さらに、タバコ対策の必要性を理解する市民も巻き込んで取り組みを進めていく。そして、行政にタバコ対策に繋がる諸施策の実施を要望する際には、三師会連名で要望するとともに市(区)議会議員への働きかけを並行して行っていくことが有効な戦略である。



### 3. タバコ産業側との情報戦に打ち勝つための戦略について

アドバイザー 作田 学



#### はじめに

タバコ・タバコ産業は罪深いものである。

その本質は依存性薬物であり、大麻や覚醒剤よりも強い依存性がある。依存性から抜け出せないうちに疾病になっていく。

その依存性は昔から知っていたにもかかわらず、依存性はないとタバコ産業はアメリカの議会で証言をした。それはすぐにデノーブル博士の研究でウソとわかったのであったが。

フィルターは肺がんを生じるタールを除き、肺がんになりにくいと言ったが、肺の奥まで吸うことによって肺腺がんが増えたただけであった。

さらに加熱式タバコでは、90%も害が減っているとして売り込んでいるが、ニコチンは同量であるし、毒性物質が次々と明るみに出ているので、とても信じられない。

#### 吸う人も吸わない人も心地よく、共存できる世界というタバコ産業の戦略

タバコ産業はタバコを販売して利益を得る。ニコチン依存症になると、毎日のようにタバコを購入せざるを得ない。たいていの人は日記をつけようと思っても、3日で終わってしまう。しかし、タバコは毎日、毎週、毎月、毎年と買わざるを得ない。これが依存症の依存症たる所以である。

であるので、まずニコチン依存症にする手口を明らかにしなければならないだろう。多いのは映画俳優、テレビ俳優などが映画等の中でタバコを吸う。それを核となる子ども（反抗的な態度、性的に早熟、衝動的、人の意見に耳を貸さない、人騒がせ）がまねをして吸い、仲間の子供達も仲間はずれにされたくない、イジメにあいたくない、大人ぶる楽しみで、吸い始めるという図式だ。一旦ニコチン依存症にすれば、後は気持ちよく吸ってもらうことが大切になる。それが吸う人も吸わない人もという広告宣伝である。

日本では他の国よりも、喫煙をするが周囲に気を配る人の率が少なく、タバコを吸うのが人権と考える人が多い。また、禁煙であるが、喫煙者に理解を持つ人の割合が多い。これはまさに「吸う人も吸わない人も」という**戦略的コマーシャル**が脳にすり込まれているためと考える。

#### タバコ産業の戦術は、以下のとおりと考える。

##### 1. マスメディアなどの主戦場において

吸う人と吸わない人が共存できる社会をアピールする。

共感をさせることによって、嫌煙者を無関心層に変える。喫煙者だが周囲に気を配るグループに吸っていても悪いことではないとして、タバコを吸うことは人権と考えるように持っていく。

## 2. SNS などの裏の戦場で

禁煙を訴えているグループを禁煙ファシズムとしてレッテルを貼る。  
アンケート調査の妨害をする。禁煙活動を悪として、喫煙行動を正当化する。

## 3. 国会、地方議会で

主要議員に献金する等、反対しにくい雰囲気とする。  
タバコは法律で認められた嗜好品、人権と訴える。  
人権を絡めて、規制しにくくする。

## タバコ産業に対抗する私たちの戦略、戦術

戦略的キャッチフレーズとして、**禁煙は愛、喫煙は灰**が良いだろう。

つまり、自分の健康への愛、家族への愛があれば禁煙をするし、喫煙をすれば金がなくなる、自ら病気になり、希望もなくなってすべてが灰になるということだ。

われわれの戦術としては「1. ネガティブな言動をひかえる」「2. タバコをやめた人の生活に起きたポジティブな変化をアピールする」「3. 敵を少なくし、味方を多くする」「4. 教育を強化する」「5. SNS を活用する」「6. マスメディアを使う」などが大切だろう。

### 1. ネガティブな言動をひかえる

医師会があくまでもニコチンの害を科学的かつ客観的に伝えることが大切である。  
ネガティブな言動で彼らに禁煙ファシズムというレッテルを貼らせない。  
医師会として常に国民、患者に寄り添っているのだと言うことを強調する。  
禁煙マークにも×ではなく、positive なマークを使うことも考えたい。

### 2. 禁煙者に起きた positive な変化をアピールする

味覚が鋭くなり、自然の緑と花の香りがわかる、体が臭くなくなった、ストレスがなくなった、火を消したかどうか気にならない、喫煙場所を探し回らなくて良い、経済的に楽になった、原稿を書き上げる時間が早くなったなどはタバコをやめた皆さんが異口同音におっしゃることである。

### 3. 敵を少なくし、味方を多くする

タバコを吸う方やタバコの販売・流通に関わる人の数はあまりにも多い。そこで、禁煙運動＝喫煙者を助ける運動であると宣言をする。禁煙者と喫煙者の共同はタバコ産業が最も嫌うことなのだ。

また、医師会と禁煙学会はあくまでも協働運動をしていくことが肝要である。

### 4. 禁煙教育の強化

小学校、中学校、高等学校での教育を行う。

さらに、近年は会社から禁煙講演会の要請が多くなっているが、これを積極的に行うことも大切である。教えた方達が今度は先生になるように、指導したい。

### 5. SNS を活用する

ツイッターなどでタバコをやめて良かったことなどを積極的に紹介したい。

### 6. マスメディアを使う

これは日本医師会にしかできないこととは思いますが、テレビ・ラジオで喫煙の害を報道することができれば、これに超すことはないだろう。

## これまでに有効であった対策

### 1. 多数の団体が一緒に活動する

受動喫煙防止法、条例請願にあたっては、医師会等の四師会、禁煙学会、その他 130 の健康日本 21 推進協議会加盟の団体が一緒になって有効な請願となった。

さらに、2017 年の日本医師会などの 260 万人の署名活動、2018 年 5 月の東京都医師会などの約 20 万 5 千人の署名活動は大きな力を持った。

今後もこういう取り組みが有効であろう。

### 2. 子どもたちへの教育など

茨城県の平間敬文医師、京都府の京都禁煙推進研究会、千葉県のタバコ問題を考える会千葉、東京都の村松弘康医師など枚挙にいとまがないほど全国で子どもたちへの禁煙教育が昔から自主的に、学校の協力のもと行われてきた。これらは次に生徒を教師として再教育ができるようになれば、かなり有効である。こういうグラスルーツの取り組みが今後も望まれるところである。

## おわりに

私たちは、タバコ産業から猛烈に金をかけた情報戦を仕掛けられていることを理解しなければならない。

タバコを吸わない日本人が JT、喫煙、タバコに対して意外に嫌悪感を持つことが少なく、喫煙している人も周囲の禁煙者に気をつかうことが少なく、むしろ喫煙は個人の権利であると思い込んでいる。これはタバコ産業の情報戦がうまくいっている証拠である。

喫煙は吸っている人の健康を奪い、二人に一人は早死にする。しかし、早死にをしたからといってタバコ産業を訴える人の数は本当に少ない。これも彼らの情報戦の勝利である。

医師会は都民の健康に責任を持っている。タバコ産業側の情報戦を知り、戦い、勝つことが医師会に課せられた使命である。

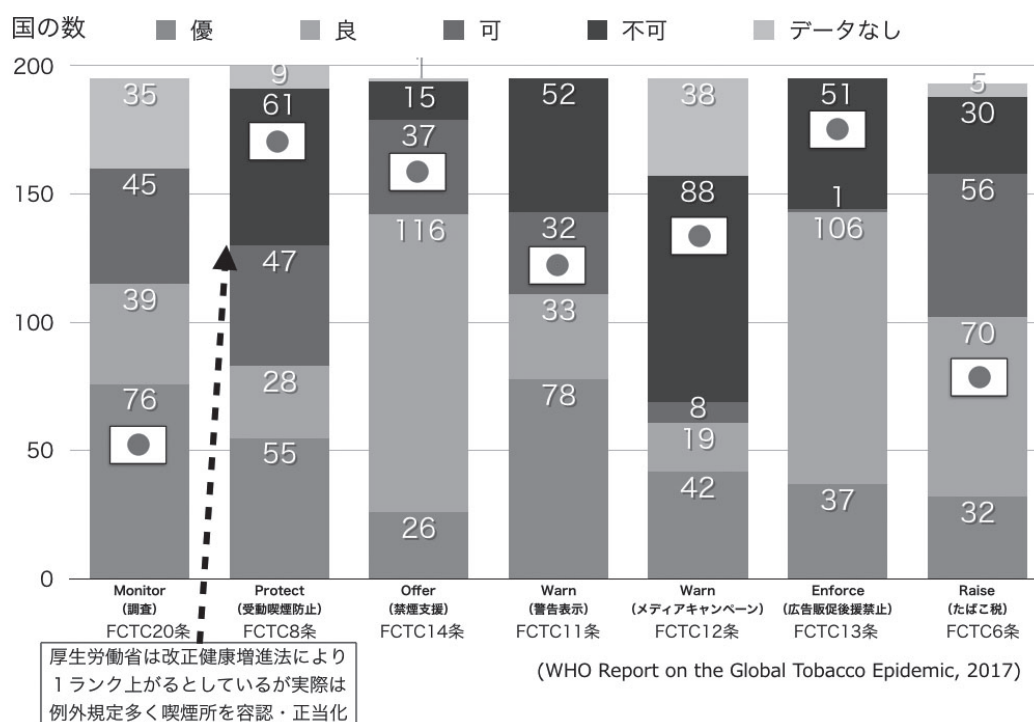
#### 4. タバコ産業から命の政策を守るには～政策干渉の回避と社会合意の形成に向けて～

アドバイザー 望月 友美子

世界保健機関(WHO)たばこ規制枠組条約(FCTC)が2005年に発効してから、世界のタバココントロールは一斉に、現世代及び次世代の命を守る政策実現に向けて走り出している。日本も19番目の締約国として当然、その競争に参加しているが、政策実現レベルは先進国の中ではもとより、途上国を加えてもなお、極めて低い。WHOはFCTCを補完する活動として、MPOWERという6つの頭文字を組み合わせた効果的な介入政策パッケージを全世界に適用し、各国の政策到達度を比較する監視評価システムを構築した。いわば「命の政策通信簿」である(図)。政策到達の最高レベルを「優」とすると、日本は調査(M, Monitor)しか評価されず、次に、たばこ税(R, Raise Tobacco Tax/Price)がかろうじて「良」、禁煙環境の整備、すなわち受動喫煙からの保護(P, Protect from Exposure to Secondhand Smoke)やメディアキャンペーンと広告・販促活動の禁止は「不可」の状況である。つまり、日本では喫煙率など主要な調査がなされていても、タバコ問題の実態把握や政策実現の監視評価のために用いられていないことが根本にある。

一方で、タバコ産業は自らの製品を市場に出し続けるために、リアルタイムでモニタリングを行うのは当然のことながら、それを阻む政策への干渉や社会受容に影響を及ぼすメディア操作に関しても投入と効果を測定しながら、戦略形成を行っている。このようなタバコ産業の営みに最も鋭敏に反応するのが株式市場であり、日本では最大シェアをもつ日本たばこ産業株式会社(JT)の筆頭株主が財務大臣であることから、最終的には財務省に利するような政策に誘導されていく。この状況を、たばこ事業法、たばこ税法、日本たばこ産業株式会社法の3つの法律が担保しているので、命を守る政策側がこの状況をいかに覆すためには、革新的なアプローチが必要である。

#### FCTC履行における国の政策通信簿～命を守る国際競争



図



ではどうするか。本稿では、政策干渉の回避と社会合意の形成を一举に成り立たせる新たな運動手法について紹介したい。その前に確認すべきは、日本では財務大臣がタバコ産業の筆頭株主であり、政府がタバコ産業に株式投資を行い続けていることである。年間約2兆円のたばこ税収に加え、年間約1,000億円の配当金という安定収入のために、年間約15万人(13万人の能動喫煙死+1.5万人の受動喫煙死)を犠牲にし続けているのである。これらの人命は当事者たちが望むと望まないに関わらず、責任ある政府は守り抜くべき対象だと考えるが、能動喫煙に対しては「やめたい人がやめる」、受動喫煙に対しても「望まない受動喫煙を防ぐ」という表現で、厚生労働省までもが命を守る政策官庁としての役割を半ば放棄しているのが現状だ。このような状況を打破するためには「民の力」こそが必要だが、従来の禁煙推進に関わる医療団体や市民団体に加え、最近では健康経営企業や健保組合などが新たなステークホルダーとして禁煙に正面から取り組み始めている。健康経営銘柄や健康経営格付などの新たなメカニズムにより、優良投資先として選ばれるようなインセンティブが働き、一気に広がりを見せている。

一方で、タバコ産業は高収益投資先としての地位を保ち続けてきたが、それは依存性消費財として市場が安定していること、日本のように政府の制度がタバコ産業を保護していること、高配当を維持していること、などによる。しかし、世界中では年間600万人を超える死亡をもたらす殺人兵器を生産・販売する企業に対する倫理的な問題が認知され、FCTCや各国の規制強化により将来的な展望が開けない産業であることなどを理由に、ウォーレン・バフェットのようにタバコ産業への投資をしない投資家も現れている。また、同様の趣旨から「Tobacco Free Portfolio(タバコフリーポートフォリオ)」という新たな運動が、オーストリアのブラウニー・キング医師の提唱で始まったが、彼女の活動のきっかけは自らの年金基金の使途にタバコ産業への投資があったことを発見したことである。以来、投資家に働きかけるためのツールキットの開発や、TEDトークや講演会等を通じて啓発活動を行っているが、保健セクターと財政セクターが手を携えて協力することで、公衆衛生上の最大の課題に立ち向かうことができると説いている。既に数ある投資家がタバコ産業への投資を辞めているが、その中でもアクサグループの全額引き揚げの決断は投資業界に大きなインパクトを与え、ナティクスやパリパのような銀行も取引停止や投資縮小を行っている。我が国でも同様の運動を展開することは可能であり、責任ある投資家の賢明な判断に、日本の将来を委ねるという選択肢もありえると思う。そして、このことは、タバコ産業の政策干渉の及ばない先であり、社会合意形成への道ともなるのではないだろうか。

日本対がん協会は2018年、創立60周年を機に「タバコゼロ宣言」を採択し、タバコ使用ゼロ、タバコ曝露ゼロ、タバコ開始ゼロ、タバコ利害ゼロ、新型タバコゼロの5つのゼロを打ち出した。その中でも、タバコ産業とのあらゆる利害を絶つ、という考え方は、このタバコフリーポートフォリオの趣旨にも沿うことから、運動への加担を広く国内にも呼びかけていきたい。

#### <参考文献>

- 1) <https://tobaccofreeportfolios.org/wp-content/uploads/2018/12/TFP-Toolkit-11th-Edition.pdf>
- 2) <https://www.axa.com/en/newsroom/press-releases/axa-divests-tobacco-industry-assets>
- 3) <http://www.jcancer.jp/>