

⑥たばこの広告、販売促進および後援（第13条）：  
憲法に抵触しない範囲内でたばこに関する広告  
に関して、全面禁止、または適切な制限措置を  
とる

⑦未成年者への、および未成年者による販売（第  
16条）：未成年者がアクセスできないよう、自  
動販売機について適切な措置をとる

といった様々な対策を同時に進めていくことが求  
められています。

このように「タバコの無い環境」を子どもたち  
の周りに作ることだけが、「(タバコの) 破壊的な  
影響から、将来の世代=子どもたちを保護する」  
唯一の方法なのです。

### タバコはとくに未成年に有害

タバコは「毒の缶詰」と言われ、その煙には酸  
素欠乏を引き起こす一酸化炭素(CO)、タバコに  
対する常習性の原因となるニコチン、4000種類以  
上の化学物質、約200種類以上の有害物質、約60  
種類もの発がん物質が含まれています。

2001年に始まった牛海綿状脳症(BSE)の問  
題、2005年から急に問題となった石綿(=アスベ  
スト：潜伏期間が数十年と言われる肺線維症(じん  
肺)・肺がん・悪性中皮腫を引き起こすことが  
社会問題化)、そして2008年の農薬混入に端を発  
した食の安全の問題、これら全ての被害者の何百  
倍、何千倍の健康被害が喫煙者に生じていること  
は誰もが知っていることですが、それを子どもた  
ちに伝え切れていないことが、タバコ問題解決の  
障害となっています。

なにより強調しなければいけないことは、喫煙  
開始が早ければ早いほど、ニコチン依存症になり  
やすく、また重度の依存症になることです(渡輪  
眞澄ら、2005)。日本では子どものニコチン依存  
症については、医学的研究が行われにくい環境に  
ありますが、カナダでの研究(DiFranzaら、2002)

では、中学生に相当する年齢では、数週間から数  
か月間吸っただけで、タバコが止められなくなる  
ことが報告されています。日本でも諸外国でも、  
未成年時期の喫煙開始が生涯にわたる喫煙習慣を  
作ってしまうことが、タバコの一歩の問題である  
ことを、子どもたちに伝えなければなりません。

よく例えられることですが、「このジュースを  
飲むと胃がんにより死亡する危険性が約2倍から  
4倍高くなります」という警告文が書かれている  
ジュースを誰が飲むでしょうか。しかし、喫煙者  
は「喫煙は、あなたにとって肺がんの原因の一つ  
となります。疫学的な推計によると、喫煙者は肺  
がんにより死亡する危険性が非喫煙者に比べて約  
2倍から4倍高くなります」と書かれているタバ  
コを手にします。害のあるものを止められない理  
由が、「ニコチン依存症」という病気であることを、  
はっきりと子どもたちに伝える必要があります。

図(次頁掲載)に示すように、人の生涯全て(ラ  
イフサイクル)でタバコは有害な働きをしていま  
す。特に女性の場合、妊娠中の喫煙はお腹の赤ち  
ゃんの成長を妨げ、また生まれた赤ちゃんが受動  
喫煙にさらされることで、乳幼児突然死症候群の  
頻度を数倍に増やし、気管支喘息や呼吸器疾患、  
中耳炎、う歯(むし歯)にかかる率も増加させます。  
しかし、妊娠中の禁煙は、ニコチンパッチなどの  
薬物治療が難しいため、赤ちゃんに害があるのが  
分かっても吸い続ける割合が高くなります。

未成年時期に吸い始めることは、喫煙による健  
康障害という重荷を背負うことだけではなく、生  
涯にわたって背負い続けなければならない可能性  
が大きくなること、自分だけでなく次の世代にも  
重荷を背負わせるということを、正しい知識とし  
て伝えましょう。

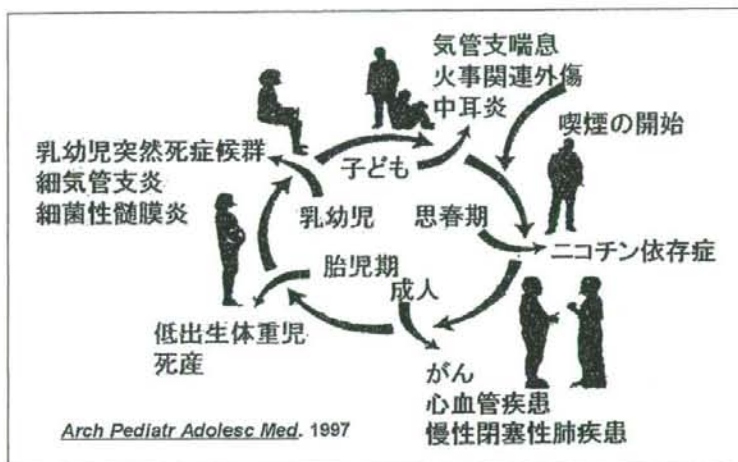


図 ライフサイクルにおけるタバコの影響

## なぜタバコは禁止されないのか

ここまで話をすれば、「どうしてタバコが売られているのか」という当然の疑問が出てくるでしょう。カナダの厚生労働省にあたる Health Canada のサイト ([http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/quit-cesser/fact-fait/index\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/quit-cesser/fact-fait/index_e.html)) には、以下のように書かれています。

Q: Why not ban tobacco products?  
(何故タバコ製品が禁止されないのか?)

A: Unfortunately, tobacco use was widely established before its tragic health consequences became known. The addictive nature of tobacco is well documented, with some studies revealing that it can be harder to quit tobacco than it is to quit heroin or cocaine. Today, tobacco is consumed by more than five million Canadians, many of whom are addicted. A complete ban on tobacco products, therefore, would be extremely difficult to introduce and enforce.

(残念ながら、タバコの与える健康障害が広く知られる前に、タバコが広まってしまいました。タバコの依存性は、ヘロインやコカインといった麻

薬より止めにくいほど、強いことが知られてきています。今日(カナダでは)500万人以上が喫煙者であり、その多くがニコチン依存症です。こうしたことから、タバコ製品の禁止は現実的ではありません。)

## 学校の敷地内禁煙

子どもたちをタバコの害から守るには、①最初の1本を吸わせない喫煙防止教育、②受動喫煙防止対策：物理的に子どもの周囲からタバコを無くす「体の受動喫煙」防止に加え、周りの大人が自ら非喫煙者としての役割モデルとなることでの「心の受動喫煙」防止、③未成年喫煙者の禁煙治療：卒煙外来、この3本柱が重要です。

学校敷地内禁煙は「無煙社会」のシンボルです。子どもたちが多くの時間を過ごす学校そのものが「無煙環境」にないことは、「喫煙防止教育」の場として全くふさわしくありません。

敷地内禁煙ができない理由として教職員喫煙者や家族内の喫煙者の存在が取り上げられることがあります。しかし、2002年4月に和歌山県の全公立学校の敷地内禁煙が始まり、現在までに全国の3分の2以上の都道府県立学校が禁煙となったこ

とからいって、それは理由になりません。文字通り「反面教師」にならないよう、周りの大人が、子どもたちのために当たり前のことをするのだと、考えるだけですむ話ではないでしょうか。

### 学校医や地域の小児科医、家庭との連携

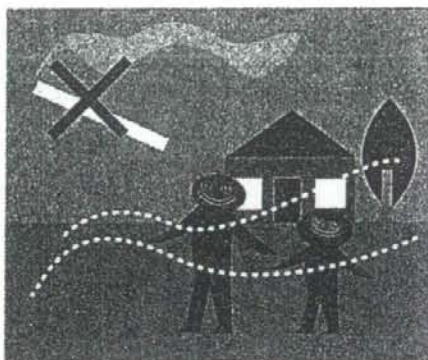
2008年1月17日に中央教育審議会より「子どもの心身の健康を守り、安全・安心を確保するために学校全体としての取組を進めるための方策について」という答申が出されました ([http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chukyo/chukyo0/gijiroku/001/08011804/001.pdf](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo0/gijiroku/001/08011804/001.pdf))。その中に「学校医、学校歯科医、学校薬剤師が、急病時の対応、救急処置、生活習慣病の予防、歯・口の健康、喫煙、飲酒や薬物乱用の防止などについて特別活動等における保健指導を行うことは、学校生活のみならず、生涯にわたり子どもにとって有意義なものになると考えられる」と明記されています。

一方、保護者、兄弟姉妹が喫煙者であることが、子どもの喫煙率を高めることが知られていますが、逆に保護者がタバコの無い家庭を作り、たとえ喫煙者であっても自らが早期に禁煙することが、子どもたちを喫煙者にしない大事な点とされ

ています。

そこで、地域の小児科医などの医療者は、学校医として、またかかりつけ医として、学校や地域の公共的な場所の禁煙を推進し、学校での保健指導、家族の禁煙治療に係わることで、無煙地域作りの中心になることが期待されます。

カナダやオーストラリアなどの禁煙先進国では、一歩進んで、喫煙が社会的に認められないこと (The denormalisation of smoking) である、という考え方が広がってきています。私たちも、日本の子どもたちに、煙の無い住みやすい社会を贈りましょう。



- 参考文献 1) 箕輪真澄・尾崎米厚：「若年における喫煙開始がもたらす悪影響」、保健医療科学、第54巻第4号、262-277、2005  
2) DiFranza JR, et al. "Development of symptoms of tobacco dependence in youths: 30 month follow up data from the DANDY study", Tob Control, Vol.11, No.3, 228-235, 2002



お話：  
 国立成育医療センター  
 総合診療部・成人期診療科禁煙外来担当  
 成育政策科学研究部・成育医療政策科学研究室 室長

原田正平さん  
 取材/国医グループ

# 日本のタバコの広告、 販売促進と後援 (スポンサーシップ) の実情 — 青少年の喫煙開始防止対策を阻害するもの

「子どもの心・体と環境を考える会」(日本子ども健康科学会 <http://www.jshsc.jp/>) は、従来の専門分野にとらわれない真の研究協力対策を築き、現場のニーズに応える研究を推進することを目指して1999年に設立されました。

本連載では、会が主催する研究会の内容をレポートします。今回より3回続けて、「子どもをタバコの害から守る」をテーマにレポートをお届けします。

## 常識を疑い 常識を変える



昨今、マスコミなどでもタバコの害について取り上げられることが多くなってきました。しかし、それでも我が国ではタバコが販売され、子どもでも簡単にタバコを入手できる環境があります。私たちは、子どもをタバコの害から守らなくてはなりません、その一方でタバコを販売促進していかうとする勢力もあります。

それでは、まず、タバコの販売促進活動がどのように行われているのかを見ていくことにしましょう。

タバコの宣伝は、さりげなく、巧みに行われています。例えば、

テレビなどに出演している人気者がタバコを手にしている写真などです。私は、テレビ番組などでタバコ関連企業がスポンサーになっているのはいかがでしょうか。人気タレントがタバコを手にしているだけでも、青少年がタバコを吸うきっかけになり得るのです。し

かし、そのような意識を持つ人は、一般的に少なく、何の疑いもなく、タバコに対してプラスのイメージを自然に抱かせてしまいます。

タバコ規制を考えるに当たって大切なことは、常識を疑うことです。表1は、喫煙について一般的に言われていることですが、冷静

表1 タバコの一般的なイメージ

- ・タバコは嗜好品
- ・愛煙家の肩身が狭い
- ・やみくもな禁煙は「ファッショ」
- ・タバコは文化
- ・タバコでストレス解消
- ・喫煙は個人の権利(喫煙権)
- ・死んでもやめない(愚行権)

に考えれば、すべてうそであることが分かるはず。子どもをタバコの害から守るためには、まずは大人が、これまで喫煙について常識と考えてきたことを疑い、うそを見抜き、常識を変えていく必要があります。

## 世界の動向



タバコ規制活動は世界中で行われてきましたが、なかなか実効性が上がらなかったのが実情です。

そこで、それらをより強力に進めるものとして、2003年に世界保健機関が主導する「たばこ規制枠組条約（以下、FCTC：Framework Convention on Tobacco Control）」が作成されました。我が国でも、2004年に国会で承認され、2005年2月に公布および告知され、効力を発揮しています。

このFCTCは、喫煙と受動喫煙を継続的・実質的に減らすため、締約国が自国や地域、また国際的に実施するタバコ規制の枠組を提供することで、喫煙と受動喫煙が健康、社会、環境、経済に及ぼす壊滅的な影響から、現在および将来の世代を保護することを目的にしています。現在、150を超える国が締約しています。

簡単に言えば、タバコの消費を削減して、世界中の人の健康を守ろうという趣旨です。具体的には、特に世界の発展途上で慢性疾患が増加している問題に対して、生活習慣を変えれば、タバコ

に代表される危険因子を避けることができるのだから、それを実現して楽に生きられる社会システムをつくっていきましょうということです。

しかし、日本政府の動きは消極的に見えます。2008年3月に、シンガポールでアジア太平洋地区におけるタバコの広告、販売促進、スポンサーシップをいかに減らすかという会議が開かれたのですが、日本政府の代表は参加しませんでした。これらの規制は本来、国の責任のはずであり、そのことはFCTCの第13条に明記されていますが、日本ではタバコ会社の自主規制に任せているのが現状です。

## 世界は無煙社会へ向っている



日本政府の消極的な対応とは裏腹に、世界は着実に無煙社会へと向かっています。そのために行わなくてはならないのが、次の4つです。

- ①タバコを吸わせない（喫煙開始防止）
- ②禁煙支援（禁煙外来、卒煙外来）
- ③受動喫煙防止（タバコの煙にさらされない）
- ④タバコを吸わないことが当たり前の社会

特に、④の「タバコを吸わないことが当たり前の社会」は、「denormalization（当たり前でない

こと）of smoking（tobacco company）」と表現されており、喫煙とタバコ会社の存在が「当たり前ではない」ことを意味しています。このような社会の実現に必要なことが次の3つです。

- ①タバコの危険性、習慣性＝喫煙はundesirable（望ましくない）であることを広く知らせる
- ②タバコは社会的にunacceptable（受け入れられない）であることを特に未成年者に伝える
- ③タバコ会社の販売戦略（未成年と女性向け）を国民に教育する

この③では、タバコ会社によるライフスタイル提案型の広告や行事などのスポンサーになることを禁止することを主張しています。しかし、日本ではそのような活動が当たり前のように行われていることは、皆さんもご存じのとおりです。

このような考えに基づいて、例えば禁煙が進んでいるオーストラリアでは、クレジットカードでタバコを買えない、新車にシガーライターを付ける場合は追加費用が必要、空港の喫煙室は屋外に設置、タバコのパッケージにおける喫煙の危険性の告知強化、などといった施策が具体的にこなされています。このような世界の動向から見ると、日本はまだ遅れていると言わざるを得ません。

## 日本における 法的背景



喫煙に関連する我が国の法律を見てみましょう。

日本人の健康を守る法律として、憲法、医師法、健康増進法があります(表2)。これらの条文からも、日本におけるタバコ規制の推進は必然のことと言えます。

しかしその一方で、たばこ事業法という法律も存在します。その第1条は「健全な発展に資することを目的とする」とありますが、それは、国民の健康に対してではなく、財政収入と国民経済に対して「健全」と表現されています。

パッケージに「あなたの健康を損なう恐れがありますので吸い過ぎに注意しましょう」と表示したり、紙巻タバコのニコチン・タール量の表示を義務付けたりしているのですが、オーストラリアのパッケージと比較すれば、明らかに不十分です。

広告規制も「テレビ・ラジオの広告を行わない(1998年4月より)」「テレビ広告、新聞・雑誌などおよびタバコ包装における注意表示の明確化」「屋外看板、サンプル配布について、学校周辺での設置・実施の制限」「喫煙マナーの普及・啓発」とあるのですが、すべて自主規制なので、明らかに女性をターゲットにしていると思われる、カラフルな広告が一般的な雑誌に大きく掲載されたりもしています。

昨今は、企業の社会的責任(CSR:

## オーストラリアのタバコ



パッケージに、「タバコは、まだ生まれていない赤ちゃんを傷つけます」などの言葉と共に、病と闘う赤ちゃんの写真を掲載している。

表2 日本人の健康を守る法律

### 【憲法第25条】

すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。

2 国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。

### 【医師法第1条】

医師は、医療及び保健指導を掌ることによつて公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする。

### 【健康増進法第25条】

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(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をいう。)を防止するために必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

Corporate Social Responsibility)ということが広く言われるようになりました。最低限の社会規範として、法令遵守が強く求められています。それでは、1994年にできた製造物責任法(PL法)から見ると、タバコはどうなのでしょう。

この法律によると、製造物の引き渡し時点の科学技術の水準で欠陥があるかどうか分からない場合は、メーカー側は責任を免れるということになります。しかし同時に、「一定の潜伏期間が経過した後には症状が現れる損害については、その損害が生じた時から起算する」という規定もあり、将来的には、このような視点からタバコ会社が告発されることもあるかもしれません。

また、食品衛生法という法律があります。タバコはその対象にはなりません、タバコと同じ有害成分を含む食品を販売しようとしても、食品衛生法などの規制によって販売することはできません。そもそも、有害成分を含んでいることを表示した食品を買う人はいないでしょう。

また、日本はドイツと並んでタバコの自動販売機が多い国です。ご存じのように、2008年から未成年者へのタバコの販売を規制する目的で、タスポというICカードがなければ、自動販売機でタバコを購入できなくなります。ところが、そのタスポがあまり普及していないので、市町村がその宣伝をしているという実態があります。税取とのかわりがあるので仕方がないという見方もできますが、一企業の宣伝を市町村がしているという側面も忘れてはなりません。

また財務省は、タスポの発行手続きを簡易化するために、免許証でもよいという方向転換をしたと報道されています。

あちこちでタスポを普及させるためのキャンペーンが見られますが、税取との絡みがあるとは言え、結局はタバコの宣伝が大掛かりに行われているということになるのです。

## 神奈川県取り組み

神奈川県が、注目すべき試みに取り組んでいます。不特定多数が

利用する施設を全面禁煙にする条例を年内にも制定しようという取り組みです(詳細は神奈川県ホームページをご参照ください)。

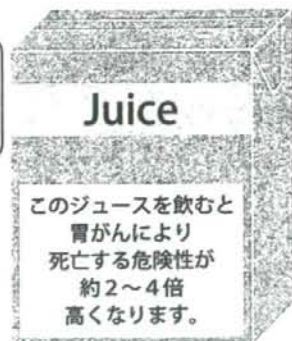
この中で、公共施設ではなく、公共的施設としており、そこには、ホテルや飲食店、遊技場なども含まれているところが画期的です。また、喫煙行為の定義も細かく、受動喫煙の害も強く訴えられています。

それに対してJTは、「JTの考えとご提案」として、ホームページで、タバコを吸う人と吸わない人の共存、喫煙マナーの向上の取り組みを示しています。しかし、主要な駅前に大金を投じて喫煙所を設けても、そこでタバコを吸えば、結局は近くの非喫煙者が受動喫煙を受けますし、喫煙マナー向上キャンペーンを展開していると言っても、それはタバコの宣伝にほかなりません。

神奈川県は、条例制定に向けてさまざまな調査を行ってホームページで公開しています。JTは受動喫煙の害を認めていませんが、神奈川県の調査では、71.6%が受動喫煙という言葉を知っていました。しかし、健康増進法で受動喫煙対策が義務付けられていることを知っている人は52.5%にとどまりました。

また、受動喫煙に遭った時に「迷惑に思った」人は、非喫煙者では87.5%ですが、喫煙者では44.8%であり、45.3%は「何も感じていない」と答えています。これだけの意識の違いがあることを

あなたは、  
このジュースを  
飲みますか？



子どもに無煙社会を  
贈ろうと呼び掛ける  
禁煙マーク



子どもは歩く禁煙マーク!

日本小児科医学会・日本小児科看護協会・日本小児科医会

認識しなくてはなりません。

施設の責任者に対する調査においては、例えば、ゲームセンターやパチンコ店では健康増進法を知っている責任者が40%程度であり、認識も対策も不十分であることがうかがえます。

やはり、マナーだけではなく、条例で規制することが必要と感じられる調査結果です。

先に述べましたように、FCTCを批准しているにもかかわらず、国が具体的な施策を講じない中で、神奈川県がこの取り組みは大いに注目されています。

## 子どもをタバコの害から守るために



JTは、「喫煙率の減少に係る数値目標」の設定、「たばこ税の引き上げによる財源を健康づくりの特定財源にすること」「喫煙率の減少のため、たばこ価格の上昇」の強制に反対するコメントを、厚生労働省「健康日本21」中間評価報告(案)のパブリックコメントにおいて出しています。また、がん対策推進基本計画における禁煙への取り組み、路上喫煙禁止条例などにも反対のコメントを出しています。

さらに、「ニコチン依存症」という、世界中で使われている診断名を認めないコメント、受動喫煙も認めないコメント、禁煙指導が健康保険の給付対象になったことへの遺憾のコメントも出しています。

しかし、受動喫煙に関する医学的証明の歴史は、2006年の米国公

衆衛生総監報告における、「受動喫煙にrisk-freeレベルはない」、つまり、ごくわずかでも危険であるというところまできているのが現実です。

アメリカにおける裁判で、タバコ会社が敗訴する例が増えたのは、タバコ会社の内部文書が流出してからだと言われています。日本でも、「悪魔のマーケティング—タバコ産業が語った真実」(日経BP社)として出版されています。その内部文書によれば、「Marketing to Children (子どもたちを喫煙者に)」とあり、タバコ産業は若年層のニーズに支えられてきたこと、子どもたちに教育的な配慮を見せつつ、まだタバコを吸っていない人々がタバコを吸い始めるように仕向けることが、最優先で処理すべきことと示されています。

幸いにも、日本では1900年に未成年者喫煙禁止法が制定されて、未成年者は法的には守られてきました。今日でも、学校における敷地内禁煙は進んでいますし、中高

生の喫煙率も低下しています。また、「将来タバコを吸わないと思う」と回答する子どもの割合も増えています。しかし、小学6年生の男子で26.0%、女子で16.5%に「将来タバコを吸う」という意識があり、このことについては憂慮すべきですが、良い方向に向かっていることは事実です。

2008年の世界禁煙デー記念シンポジウムは5月30日に東京で行われ、テーマは「子どもをたばこから守るために」でした。子どもたちがタバコの害にさらされる危険は、今日でも、日常の中に少なからず潜んでいます。まずは、私たち医療者や大人がそのような害に気付いて、危険を少しずつ取り除いていかななくてはなりません。

### 引用・参考文献

- 1) 外務省プレスリリース「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」の発効について [http://www.mofa.go.jp/mofaj/press/release/17/rs\\_0225e.html](http://www.mofa.go.jp/mofaj/press/release/17/rs_0225e.html) (2008年5月閲覧)
- 2) 神奈川県公共施設における禁煙条例(仮称)についての基本的考え方(案) <http://www.pref.kanagawa.jp/press/0804/031/0415shiryo.pdf> (2008年5月閲覧)
- 3) ASH編、切明義孝他訳：悪魔のマーケティング—タバコ産業が語った真実、日経BP社、2005。



---

小児科 第49巻 第10号 (平成20年9月1日発行) 別冊

---

Pediatrics  
of Japan

小児科

特集：喫煙と小児の健康被害

## 学校におけるタバコ対策

原 田 正 平

---

金 原 出 版 株 式 会 社

---



## 学校におけるタバコ対策

原 田 正 平\*

## 要 旨

2003年5月の健康増進法の施行を直接の契機として、わが国の学校での受動喫煙防止対策は格段の進展をみせ、2003年と2006年の調査を比較すると公立小学校、中学校、高等学校での敷地内禁煙率は、それぞれ、7.9%から49.1%、5.6%から45.8%、3.0%から56.8%となっていた。また都道府県立学校では建物内禁煙の3県に加え、41都道府県が2008年度中に敷地内禁煙を達成する予定である。政令指定都市では北九州市を除いた全16市が2008年4月で敷地内禁煙となった。しかし、教職員への禁煙支援が必ずしも十分とは考えられず、敷地内禁煙の拡大も含め、より一層の包括的タバコ対策が望まれる。

## はじめに

世界保健機関 (World Health Organization : WHO) は世界のタバコの流行を抑制し、数百万人の命を救うためには、今すぐ行動しなければならぬとして、MPOWER政策パッケージ (The MPOWER package) を2008年2月に発表した (<http://www.who.int/tobacco/mpower/en/index.html>)。これは6つの基本政策からなり、Monitor (監視：タバコの使用と予防策の監視)、Protect (保護：タバコの種からの保護)、Offer (支援：禁煙の支援)、Warn (警告：タバコの危険性の警告)、Enforce (施行：タバコの広告、販売促進、後援の禁止)、Raise (引き上げ：タバコ税の引き上げ) の頭文字をつなげるとMPOWERとなる。

これら施策は2005年2月27日に発効した「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約

(Framework Convention on Tobacco Control : FCTC)」に基づいて行われるものであり、このFCTCについては、わが国も2004年3月9日署名、同年5月19日国会承認という手順により締結しており、国内の法律を整備して条約を遵守すべき立場にある。

なかでも受動喫煙対策については、わが国では2003年5月施行の健康増進法第25条 (受動喫煙の防止) において「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 (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をいう。) 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。」とされ、その対策が学校内も含め進展してきたが、罰則が定められていない努力規定であるという解釈

\* Shohei HARADA 国立成育医療センター成育政策科学研究部  
[連絡先] ☎ 157-8535 東京都世田谷区大蔵 2-10-1 国立成育医療センター成育政策科学研究部

が横行し、必ずしもすべての施設で条文が遵守されているとはいいがたいのが現状である。

しかし、2007年7月のFCTC第2回締約国会議において、「たばこの煙にさらされることからの保護に関するガイドライン」が締結され、①100%禁煙以外の措置（換気、喫煙区域の使用）は、不完全である、②すべての屋内の職場、屋内の公共の場および公共交通機関は禁煙とすべきである、③たばこの煙にさらされることから保護するための立法措置は、責任および罰則を盛り込むべきであるとされ、厚生労働省も「受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会」を2008年3月から開始して、新たな対策の検討に入っている。

一方、学校におけるタバコ対策の責任を負っている文部科学省は、「学校教育の立場から、学習指導要領における喫煙と健康問題の取組」、『喫煙・飲酒・薬物乱用防止の手引』（小学・中学・高等学校、日本学校保健会）の発行などを行っています。」と非常に限定的に活動内容を報告（<http://www.health-net.or.jp/tobacco/policy/pc600000.html#monbu>）している。その現れとして、学校での受動喫煙防止対策実施状況調査を2005年4月に行ったものの、その後の対策促進の指示は行ってこなかった。

文部科学省はこうした対応をとっているが、2006年に改正された教育基本法は、その目的（第1条）を「心身ともに健康な国民の育成」と明記し、目標（第2条）の一つに「健やかな身体を養うこと」をあげ、幼児期の教育（第11条）についてではあるが「良好な環境の整備」が国と地方公共団体の責任であるとされている。また、2008年1月17日、中央教育審議会から「子どもの心身の健康を守り、安全・安心を確保するために学校全体としての取組を進めるための方策について」（[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chukyo/chukyo0/gijiroku/001/08011804/001.pdf](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo0/gijiroku/001/08011804/001.pdf)）が答申され、「学校における受動喫煙による教職員はもとより子どもへの身

体への悪影響を防止する観点から、各学校において受動喫煙防止をより一層進めることについての検討が必要である」と、現在の対策が不備であることを指摘する内容となっている。

受動喫煙も含めた喫煙による小児の健康被害については多くのエビデンスが積み重ねられ、国際対がん連合（International Union Against Cancer：UICC）は小児期からの癌予防の重要な対策として受動喫煙防止を掲げ、「たばこの煙から子どもたちを守るには（Protecting our children from second-hand smoke）」という小冊子を作成し、公共の場所、家庭、自家用車内、学校を含んだ保育施設の完全禁煙を求めている（[http://www.worldcancercampaign.org/templates/wcc/pdf/smokefree/shs-report\\_ip.pdf](http://www.worldcancercampaign.org/templates/wcc/pdf/smokefree/shs-report_ip.pdf)）。

このように学校の無煙化（smoke-free school）は、国内外で法的、行政的根拠をもって進められるべき重要課題とされていることから、「学校におけるタバコ対策」については、学校における受動喫煙防止対策のわが国における進展を中心に、その他の対策も含めて概説する。

## I. 学校の無煙化と小児科医の役割

1964年米国公衆衛生総監報告の「喫煙の健康に及ぼす害について（Smoking and Health：Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service）」により、広く喫煙による健康被害が知られるようになり、当時の厚生省は成人を対象とした「喫煙の健康に及ぼす害について」という公衆衛生局長通知（昭三九・二・六 衛発六八）を出し、これがわが国において公式にタバコの健康被害を警告した最初の文書となっている。しかし、実はその前に、米国公衆衛生総監報告を受ける形で、「児童の喫煙禁止に関する啓蒙指導の強化について」（昭三九・一・二五 児発六〇）と

いう公文書が厚生省児童局長から各都道府県知事・各指定都市市長宛に通知されている。40年前にすでに「最近、児童の喫煙する者の増加する傾向がみられるのは、まことに憂慮すべきことである。」と書かれているが、その対策としては「喫煙禁止」の広報宣伝、啓発指導に留まっていた。

その5年後、米国小児科学会は「喫煙と小児：小児科の視点」と題する委員会報告<sup>1)</sup>を行い、未成年喫煙防止における小児科医の役割に加え、受動喫煙防止の重要性や教師を含めた周囲の者の喫煙の悪影響を指摘し、小児科医が子どものタバコ対策にかかわるべきことを明らかにしていた。

この時点では学校の無煙化までは言及されていないが、1980年代になり児童生徒の健康増進のために学校の無煙化を進めること、また学校関係者が率先すべきことが指摘された<sup>2)</sup>。そして1990年代半ばには学校でのタバコ使用防止戦略が米国での喫煙率低下には最重要であり、すべての学校で①学校内でのタバコ規制の明文化、②健康面、社会面でのタバコ有害性や断り方の情報提供、③幼稚園から中学生年代までの喫煙防止教育、④教師への教育、⑤学校での喫煙防止プログラムに保護者、家族も巻き込むこと、⑥児童生徒および教職員の喫煙者への禁煙支援、⑦定期的に喫煙防止プログラムを更新すること、といった包括的ガイドラインが提案された<sup>3)</sup>。

## II. わが国で学校の無煙化が始まるまで

一方わが国では、1995年3月に「たばこ行動計画検討会報告書」(<http://www.health-net.or.jp/tobacco/more/mr280000.html>)が出され、「防煙対策」「分煙対策」「禁煙サポート・節煙対策」が3本柱とされた。その中の「分煙対策(受

動喫煙の影響の排除・減少対策)」として「不特定多数の人が、社会的な必要のため、否応なく利用せざるを得ない公共の場のうち、病院、保健所等の保健医療機関や学校、児童福祉施設等においては、その社会的使命や施設の性格に照らし、利用者に対する公衆衛生、教育上の格段の配慮が必要とされることから、禁煙原則に立脚した対策を確立すべきである。」とされ、この報告書に基づいて以下の通知がなされた。

すなわち、1995年5月25日付けの「喫煙防止教育等の推進について」([http://www.health-net.or.jp/tobacco/policy/monbu\\_070525\\_tsuuchi.html](http://www.health-net.or.jp/tobacco/policy/monbu_070525_tsuuchi.html))という文部省(当時)健康教育課長通知が「附属学校を置く各国立大学事務局長・各国立高等専門学校事務局長・国立久里浜養護学校校長・各都道府県私立学校主管課長・各都道府県教育委員会保健主管課長あて」に出され、子どもたちが多くの時間を過ごす学校での受動喫煙防止対策が初めて明文化された。しかし、「禁煙原則に立脚した対策」という趣旨が、市町村教育委員会、学校等に周知徹底されたかは検証されてこなかった。

また同様に、わが国でのタバコ関連情報をまとめた「新版 喫煙と健康」<sup>4)</sup>では、タバコ対策の介入事例と効果として、「健康教育」に力点が置かれ、学校での受動喫煙防止については、まったく触れられていなかった。

このような状況下で、日本学校保健学会は2001年11月に「青少年の喫煙防止に関する提言」(<http://www.soc.nii.ac.jp/jash/tabaco/index.html>)として「学校をタバコのない場所に！」という提言を行い、「学校のヘルスマーケティング」の一環として、学校全体を禁煙とすること、すなわち学校の無煙化が一つの活動目標として掲げられた。

### Ⅲ. 健康増進法施行前

少数の私立学校や学校単位で建物内禁煙を実施している公立学校の情報は、健康増進法施行前にもいくつかみられていた。

西村が島根県内の小中高校の教員による校内喫煙と喫煙規制の現状を、1997年12月から1998年1月にかけて調査した結果<sup>5)</sup>では、完全禁煙（建物内か敷地内かは不明）と報告された学校が、小学校239校中13校（5.4%）、中学校91校中7校（7.7%）、高等学校39校中1校（2.6%）であった。ただし、後記する2003年7月の調査では、島根県内の高等学校については40校中建物内・敷地内禁煙が0校との回答が寄せられており、西村の調査後も継続的に対策がとられていたかどうかは不明である。

その中で、和歌山県は2001年3月の和歌山県たばこ対策指針（<http://www.pref.wakayama.lg.jp/prefg/041200/tobacco/sisin/sisintop.html>）として、全公立学校の敷地内を「ノースモーニング・エリア」と設定することを決定し、同年11月20日、2002年4月からの実施を県教育委員会名で全市町村教育委員会に通知（<http://www.pref.wakayama.lg.jp/prefg/041200/tobacco/bouen/data/nosmpr.pdf>）し、その後、実際に継続的に実施されている。

### Ⅳ. 健康増進法施行後 (2003年5月)

日本小児保健協会・学校保健委員会では未成年者の喫煙をなくすための学校無煙化推進（<http://plaza.umin.ac.jp/jschild/com/031113.html>）を図るため、健康増進法施行後の全国の学校分煙禁煙状況調査を行った（2003年7月）。

対象は47都道府県・13政令指定都市教育委員会とし、全教育委員会から回答が得られた。

小中高校の敷地内・建物内禁煙の学校数を把握していた教育委員会は32、調査中または予定が10委員会、都道府県立学校（主として高校）の状況把握が9委員会、調査の予定なしが9委員会であった。同年2月調査の香川県、3月の青森県、群馬県、京都市、4月の鳥取県、宮崎県を除くと小中高校の実情調査はすべて健康増進法施行後のものであった。

2005年4月には文部科学省により全都道府県、政令指定都市、市区町村教育委員会を対象に国公私立の幼稚園、小中高校、中等教育学校および盲・聾・養護学校の全数調査が行われた（[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/houdou/17/08/05083102.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/17/08/05083102.htm)）。

しかし、公表されたデータが設置者別（国公私立）、学校種別（小学校、中学校など）、設置者別の都道府県別であり、都道府県・政令指定都市別の公立小中高校別のデータが不明であるため、2003年7月調査と比較検討ができないものであった。

そこで、2006年3月に日本小児科連絡協議会・子どもをタバコの害から守る合同委員会（<http://plaza.umin.ac.jp/jschild/conf/list.html>）が、47都道府県・13政令指定都市を対象に再調査を行った。

全施設敷地内禁煙と報告された5委員会を含め47委員会は全数調査を実施、道県立のみの調査が3委員会、調査中1委員会、未回答9委員会であった。

2003年と2006年を比較すると公立小学校、中学校、高等学校での敷地内禁煙率は、それぞれ、13,179校中1,039校（7.9%）から17,463校中8,570校（49.1%）、5,897校中332校（5.6%）から7,976校中3,656校（45.8%）、3,120校中93校（3.0%）から3,701校中2,102校（56.8%）と比率、絶対数ともに格段に進展していた（図1）。

しかし、不十分な対策しかとられていない学校も地域によっては多数を占めており、前述し

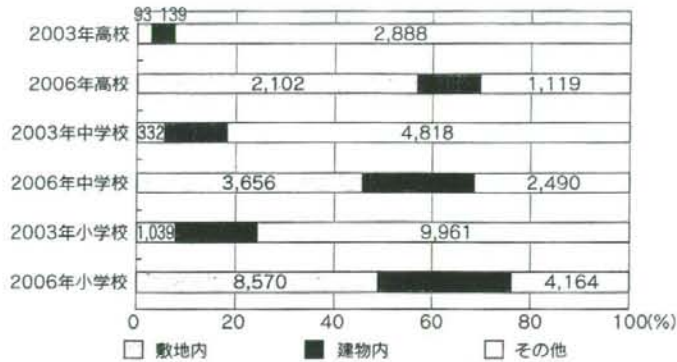


図1 全国の公立小中高校の受動喫煙対策の変遷

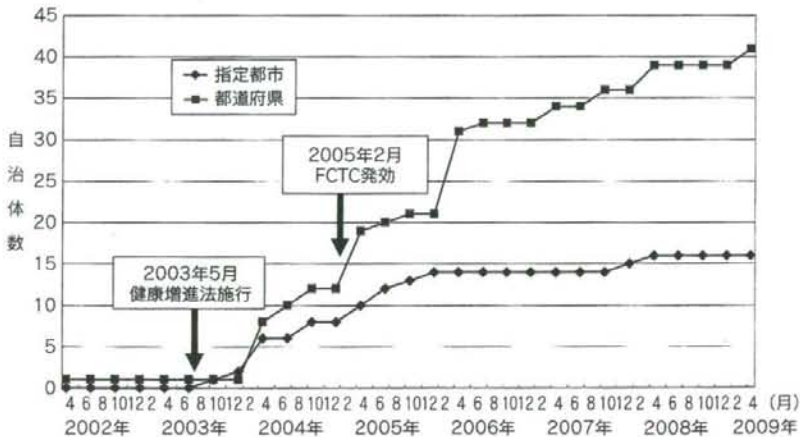


図2 都道府県立・指定都市立学校の敷地内禁煙の進展状況

たようにさらなる対策が必要と考えられている。

### V. 全公立学校の敷地内禁煙に向けて

図2は都道府県立と政令指定都市立学校の敷地内禁煙自治体数を(完全)実施時期により累

積したものであるが、健康増進法施行1年後から増加し始め、特に2005年2月のFCTC発効の1年後に急激な増加をみた。

都道府県立では、建物内禁煙の神奈川県、埼玉県、群馬県、2009年度中の実施を決めている京都府、各学校任せの熊本県、そして2004年12月にいったん実施しながら、県知事の交替後に分煙に後退した長野県を除いた、41都道府県で2008年度中に敷地内禁煙となる。

政令指定都市では、2008年4月から大阪市が敷地内禁煙となり、建物内禁煙の北九州市を除いた全16都市で敷地内禁煙が実施されている。

このように都道府県・政令指定都市レベルでは、各教育委員会での決定により統一した対策が可能であり、ほぼ全国に学校敷地内禁煙が進展した。しかし、市区町村レベルとなると、都道府県教育委員会からの指導だけでは一斉に受動喫煙防止対策をとることは困難とされ、和歌山県以外では、秋田県、茨城県、静岡県、滋賀県ではほぼすべての公立小中高校の敷地内禁煙が実施されるに留まっている。

福井県では公立小中高校の校長会の取り決めにより、全県的な対策が促進されたことが報告されており、各地の実状に合わせた、抜本的な対策が望まれる。

また私立学校については、文部科学省調査の対象となっているが、日本小児科連絡協議会調査対象とできなかったため、本稿では論じなかったが、公立学校と同じように対策の促進が望まれる。

## VI. 教職員への禁煙支援

「学校におけるタバコ対策」として問題になる重要な課題は、教職員への禁煙支援である。西村の調査<sup>3)</sup>では、小中高校と特殊学校を併せて、男性教員の喫煙率37.7%、女性教員0.4%という結果であったが、1980～1990年代までの調査では、男性教員は一貫して40～50%、女性教員は数%というものが多く、男性教員については、一般人とあまり変わらない喫煙率を示している<sup>6)</sup>。

そのため、和歌山県で公立学校敷地内禁煙を実施する際に、もっとも問題となったのは教職員の禁煙対策であり、敷地内禁煙実施後も、「やっぱり、やめてよかった。たばこ」(<http://www.pref.wakayama.lg.jp/prefg/041200/tobac>

[co/bouen/yamete yokata.htm](http://www.pref.wakayama.lg.jp/prefg/041200/tobac/bouen/yamete yokata.htm)) という形で支援を行っている。

にもかかわらず、2006年3月の受動喫煙対策調査を行った際に、教員の喫煙率調査の有無も同時に尋ねた結果では、高等学校での調査が12委員会で行われ、小中学校も含めた調査は6委員会で行われているに過ぎなかった。

デンマークでの調査でも、教師は役割モデルとして自らが非喫煙者であることが、未成年の喫煙率低下には重要であるとされ<sup>7)</sup>、日本学校保健学会や日本小児保健協会の提言でも喫煙教師への支援の重要性については指摘している。

市区町村レベルまでの対応を考えた場合、多数の教育委員会が対象となり、喫煙率調査は困難であるが、学校での適切なタバコ対策のためには、現状把握が大前提であり、各地での前向きな対応が望まれる。

## おわりに

学校は「子ども」のための施設であり、「子どもの心身の健康を守る」ことが最優先であることはいままでもない。

2008年1月の中央教育審議会答申で、より一層の受動喫煙防止対策を進めることが検討課題とされたことから、各地の教育委員会、教育関係者の意識改革を期待したい。また小児科医も、学校医として地域のかかりつけ医として、教職員への禁煙支援の助言も含め、学校無煙化促進の働きかけに加わることが望まれる。

## 文 献

- 1) Wehrle PF et al : Smoking and children : A pediatric viewpoint. *Pediatrics* 44 : 757-759, 1969
- 2) Olds RS : Promoting child health in a smoke-free school : Suggestions for school health personnel. *J Sch Health* 58 : 269-272, 1988
- 3) Centers for Disease Control and Prevention : Guidelines for school health programs to prevent tobacco use and addiction. *MMWR*

- Recomm Rep 43 (RR-2) : 1-18, 1994
- 4) 厚生労働省健康局長 下田智久：新版 喫煙と健康 喫煙と健康問題に関する検討会報告書，保健同人社，2002
- 5) 西村 覚：教員の校内喫煙と喫煙規制の現状—鳥根県の小学校・中学校・高等学校の場合，学校保健研究 40 : 354-364, 1998
- 6) 原田正平：スポーツを未成年者の喫煙防止に役立てるためにはどうしたらよいか，臨床スポーツ医学 20 : 771-776, 2003
- 7) Poulsen LH et al : Exposure to teachers smoking and adolescent smoking behaviour : Analysis of cross sectional data from Denmark. Tob Control 11 : 246-251, 2002

◆ お知らせ ◆

第 23 回 日本母乳哺育学会

会 期：2008年10月4日(土)～5日(日)  
会 場：岡山コンベンションセンター ママカリフォーラム  
会 長：山内 芳忠(国立病院機構岡山医療センター)  
テ ー マ：母乳育児：過去から現在，そして未来へと繋ぐ宝物  
参加費：事前申込 会員 6,000円(非会員 7,000円) 当日申込 会員 7,000円(非会員 8,000円)  
申込方法：ホームページ (<http://square.umin.ac.jp/bonyuu/>) より用紙をダウンロードし，FAX 06-6221-5938 または郵送でお申込ください。  
主な内容：「母乳の免疫学的最近の話題」  
吉尾 博之(岡山医療センター)  
「Hands-off テクニック～手を触れずに授乳姿勢や吸着を援助するために～」  
小泉 恵子(IBCCLC)  
「母乳分泌と最近の知見」  
Jacqueline C. Kent (University of Western Australia)  
「台湾における母乳育児の現状」  
Chen Chao-Huei (台中榮民總醫院)  
「母乳育児は多機能で乳児を見まもる」  
Lars Hanson (Göteborg University)  
「育児における皮膚接触の意義・役割」  
山口 創(桜美林大学)  
問合せ先：第23回日本母乳哺育学会・学術集会運営事務局  
日本コンベンションサービス(株)内 担当：折井/植村  
TEL 06-6221-5933 FAX 06-6221-5938  
E-mail : [bonyuu23@convention.co.jp](mailto:bonyuu23@convention.co.jp)



## 特集

## 子どもたちをタバコから守るために



# 子どもをタバコの害から守る 小児保健医療関係者の活動



1) 国立成育医療センター成育政策科学研究部, 2) 日本小児科連絡協議会「子どもをタバコの害から守る」合同委員会, 3) 東京大学大学院教育学研究科  
原田正平<sup>1,2)</sup>, 衛藤 隆<sup>2,3)</sup>

## はじめに

タバコの害,あるいはタバコそのものから子どもを守るためには,①喫煙防止教育(防煙教育),②受動喫煙防止,③喫煙している子どもを対象とした禁煙支援(卒煙外来)の3つの柱が必要です(表1)。それを実現するには,子どもを取り巻く環境,すなわち家庭・地域・社会(国)のすべての場面で,小児保健医療関係者—学校・教育関係者—行政・保

健所が互いに連携して,子ども守り,育てることが必要といえます(図1)。

小児保健医療関係者,なかでも小児科医の役割は,ともすれば「病気を治すこと」に限定されがちでしたし,昨今の医療崩壊といわれる情勢では,診療以外に割く時間は乏しいのが現実かもしれません。しかし,私たちは「子どもたちの声なき声の

代弁者」としてアドボカシー(advocacy)の精神により,さまざまな機会をいかして活動することが望まれています。子どもをタバコの害から守る活動での,小児科医の役割を簡単にまとめてみますと,図2のようになります。

診療の場では,受動喫煙による病気を防ぎ,子どもたち自身やご家族

表1 子どもをタバコの害から守る

- ①喫煙防止教育(防煙教育)
  - 最初の1本を吸わせない
- ②受動喫煙防止
  - 「体の受動喫煙」から子どもを守る
  - 「心の受動喫煙」から子どもを守る
- ③喫煙している子どもへの禁煙支援(卒煙外来)

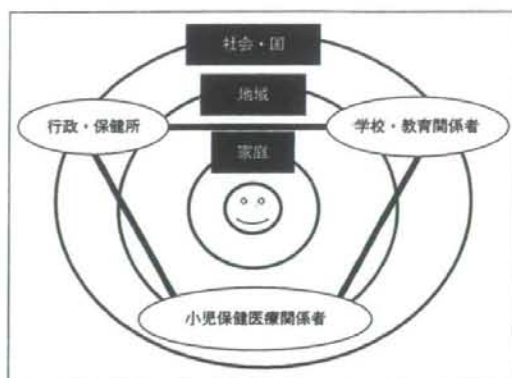


図1 子どもをタバコの害から守る仕組み

著者プロフィール (原田正平) 1980年北海道大学医学部卒業。北海道立衛生研究所, 北海道池田町立病院小児科などを経て現職。小児科専門医, こどもの心相談医, 日本内分泌学会内分泌代謝科指導医。関連著書・文献に「小児の受動喫煙と健康障害, 喫煙病学, 最新医学社, pp194-204, 2007などがある。

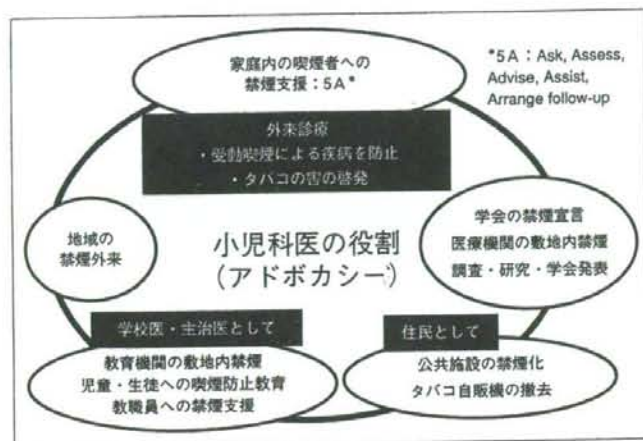


図2 子どもをタバコの害から守る活動での小児科医の役割

にタバコの害をお話することができます。そのためには、まず家庭内に喫煙者がいるかどうかたずねるところから始まります。日本小児科学会では「21世紀の間診票」(<http://www.jpeds.or.jp/guide/pdf/monshin.pdf>)を提言していますが、その中でも同居する家族全員の喫煙の有無をたずねる重要性が強調されています。

小児科医は、学校医や子どもの主治医として地域の学校・教育機関とかわり、また地域住民として子どもを取り巻く環境を改善することができます。そのすべての場面で、アドボカシーの精神を発揮することが望まれます(図2)。

本稿では、わが国の小児保健医療関係者のこれまでの活動を紹介するとともに、将来に向けての望ましい姿を示したいと思います。

## これまでの経緯

小児科医、小児保健医療にかかわる人たちが、タバコ規制(Tobacco Control)について熱心に活動するようになったのは、ここ10年くらいのことです。小児科医だけではなく日本の医療者全般は、諸外国の人たちに比べタバコ規制へのかわりが熱心だったとは決していえません。日本でいわゆる「嫌煙運動」が産声を上げたのは1978年のことで、「嫌煙権の確立を目指す人びとの会」が、当時新幹線の禁煙車両が「こだま」の自由席に1両あるだけだったことから、「ひかり」に禁煙車両を求めた要望を当時の国鉄に出したのがその第一歩といわれています。医師・歯科医師の専門家集団としての活動の初めは、1992年に結成された「日本禁煙推進医師歯科医師連盟」であ

り、日本でのタバコ規制にかかわる保健医療関係者の本格的活動はそれ以降といえます。

一方、タバコの有害性を明確に知らしめた調査研究は、英国医師会を対象とした50年にもわたる疫学研究(特定の集団の健康状態を長年にわたり調べる研究方法。「コホート研究」と呼ばれます)であり、その研究により喫煙が平均寿命を10年以上短縮させる明らかな「悪習」であることが示されました。

医師の役割は法律で定められていて、医師法第1条には「医師は、医療及び保健指導を掌ることによって公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保するものとする」と書かれています。つまり医師は医学的な最新の正しい情報(科学的根拠, エビデンス)に基づいて「保健指導」をすることも重要な役割であり、タバコの有害性を伝えないのは医師として無責任です。

米国では1995年に食品医薬品局長官のKessler博士が、「A person who hasn't started smoking by age 19 is unlikely to ever become a smoker. Nicotine addiction begins when most tobacco users are teen-agers, so let's call this what it really is: a pediatric disease.」(19歳までに吸い始めなければ、一生喫煙者にはならない。ニコチン依存症は、ほとんどの喫煙者が10代のときに始まるので、実は「子どもの病気」なのだ)と明言

(the New York Times, 3月9日)し、そうした理由で、タバコ(ニコチン)は依存性物質として規制対象とすべきものとされています。

### 日本での小児科医の活動

先に述べたように1992年に結成された「日本禁煙推進医師歯科医師連盟」では、喫煙成人を対象とした活動がおもに進められ、かならずしも小児保健医療関係者の役割は組織的ではありませんでしたが、日本各地ではさまざまな活動が行なわれていました。たとえば、愛媛県小児科医会は真鍋豊彦先生指導の下、1989年3月には「タバコの煙から子どもたちを守ろう」という表明(<http://user.shikoku.ne.jp/manabeto/muen.htm>)を行なっています。

①子どもたちが、タバコの煙にさらされないように、②子どもたちの目や耳に、タバコの広告が入らないように、③子ども自身がタバコの害を知り、喫煙者にならないように、という言葉は今でもその輝きを失っていません。

小児保健医療関係の専門家集団としては、日本小児科学会が1999年11月「小児期からの喫煙予防に関する提言」([http://www.jpeds.or.jp/saisin\\_back.html#13](http://www.jpeds.or.jp/saisin_back.html#13))として、次の5つの提言を行ないました。

- 提言1：小児科医の喫煙予防活動  
 提言2：喫煙予防教育の実施  
 提言3：たばこの自動販売機の規制

提言4：たばこの広告の禁止

提言5：テレビ放送中などの喫煙場面の禁止

提言からすでに約10年が経過し、まだかならずしもすべてが実現したとはいえませんが、提言1の小児科医の喫煙予防活動は提言当時に比べますと、少し活発になっているといえます。

さらには、日本小児科学会こどもの生活環境改善委員会が2002年1月に、「こどもの受動喫煙を減らすための提言」を出しました。当時はまだ受動喫煙の害が今ほど重要視されていなかったためもあり、実現可能な方法として、①受動喫煙を避けるため、子どものいる家庭では、タバコは室内で吸わず、屋外で吸うようにしましょう、②室内で吸った場合、必ず、窓を開けて換気しましょう。特に対面する2か所の窓を開けて自然換気するのが効果的です、という表現がされました。

しかし、その後の医学的研究により、受動喫煙に安全無害なレベルのないこと(no risk-free level)が科学的に証明されています(2006年米国公衆衛生監報告、<http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhand smoke/>)ので、当然、家庭内や子どもの乗る自動車なども「完全禁煙」の必要があります。

日本小児科学会と並んで、小児保健医療関係者の大きな専門家集団である日本小児保健協会と日本小児科医会も、それぞれ活動を行なってきました。

ました。

日本小児保健協会の学校保健委員会は、2003年9月(同年11月改訂)に「未成年者の喫煙をなくすための学校無煙化推進」(<http://www.jschild.or.jp/com/031113.html>)という提言を行いました。その中で、全国の公立小中高校の受動喫煙防止対策に関する調査を行ない、その後も継続的に、学校で子どもたちがどのように守られているかを調べています(<http://www.kawasaki-disease.net/kinen/>)。

日本小児科医会は、「子どもは国の宝です。その子どもたちの健康を守るために、煙害の恐ろしさを正しく、国民に理解していただく運動を進めます。それとともに、パパ、ママ自身の健康のためだけでなく、子どものためにもタバコのない家庭を築くことを提唱いたします」という「禁煙宣言」をホームページに載せています(<http://jpa.umin.jp/tobaccos/tobaccos02.htm>)。また、子どもを煙害から守る事業として、「タバコから子どもを守ろう」という、小児科外来で使える未成年者と保護者の禁煙教育補助の冊子を作成し、同じくホームページで公開しています(<http://jpa.umin.jp/tobaccos/tobaccos4.htm>)。

### 日本小児科連絡協議会「子どもをタバコの害から守る」合同委員会

このように、日本小児科学会、日

本小児保健協会、日本小児科医学会という、わが国での小児保健医療関係者の専門家集団としては最大規模の3団体は、それぞれ子どもをタバコの害から守る活動をしてきましたが、その3者が一緒になってより効果的な活動をするため、2005年3月に日本小児科連協協議会「子どもをタバコの害から守る」合同委員会(以下、合同委員会)が設立されました。

合同委員会は、2~3か月ごとに委員会を開催して、その間の委員それぞれの活動報告をするともに、合同委員会としての計画を立案し、3団体足並みをそろえての活動を推進しています。

委員会の責務と目的は、

#### 1. 責務

子どもをタバコの害から守るため、日本小児科連協協議会(以下、三者協)として取り組むべき課題に

ついての活動を行う。具体的には、以下の目的を達成するために、所属各団体での子どもをタバコの害から守るための組織の連絡調整を行うと共に、広く社会に働きかける際より影響力を増すため、三者協として行いうる活動を行う。

#### 2. 目的

1) 子どもを受動喫煙から守る：家庭、学校、地域、医療機関の無煙化を促進する、2) 子どもが喫煙を開始することを防ぐ、3) 喫煙している子どもの禁煙支援、4) 子どもにかかわる全ての専門職自らの禁煙宣言と専門職中の喫煙者への禁煙支援、以上についての見解を出す、と定められています。

これまでのおもな活動としては、①「子どものための無煙社会推進宣言」の作成、②タバコ自販機撤廃要望書提出(2006年5月、2007年6月)、③「子どもをタバコの害から守る」シンボルマーク作成(図3)、④各種講演会の実施、⑤WHOたばこ規制枠組み条約(FCTC)遵守の要望書等提出(2008年7月)、⑥「神奈川県公共施設における受動喫煙防止条約(仮称)骨子案への要望書」提出(2008年10月)、⑦国際対がん連合作成パンフレット「たばこの煙から子どもたちを守るには」翻訳協力などです。

### 子どものための無煙社会推進宣言

特に「子どものための無煙社会推

進宣言」(2005年12月、<http://www.jschild.or.jp/com/051209.html>)は、小児医療・母子保健にかかわる専門職が「タバコ規制」について、どのような立場をとるべきかの基本となる宣言文です。その具体的な対策の項目をつぎにご紹介します。

1) 全国の教育機関、小児科・産科医療機関における「敷地内禁煙」の完全実施を求め、その実現のため関係者への禁煙支援を行う。

2) 小児科医は、診療時に家庭内の喫煙状況を必ず確認し、家庭内での喫煙を強く戒め、また喫煙者に対する禁煙支援を積極的に始める絶好の機会を有していることを自覚し、その地域にある他の禁煙外来との連携も推進する。

3) 未成年者喫煙禁止法を遵守するためにも、未成年者が自動販売機からタバコを買えないよう、通学路や子どものアクセスしやすい場所にある自動販売機の撤去をまず求めると共に、コンビニエンスストアなどでの対面販売でも、未成年者への販売が行われないような具体的な対策の実行を、政府などの関係各方面に求める。

4) 公共の場や人が大勢集まる場所での受動喫煙から子どもたちを守るため、喫煙室、喫煙場所、喫煙車両へは子ども連れの入室禁止が原則であること及びその際の管理者責任を明確にし、路上禁煙地域の拡大を推進するとともに、少なくとも通学路は全て禁煙とし、通学路標識に付



図3 「子どもをタバコの害から守る」シンボルマーク