

図1 学年別受診者数

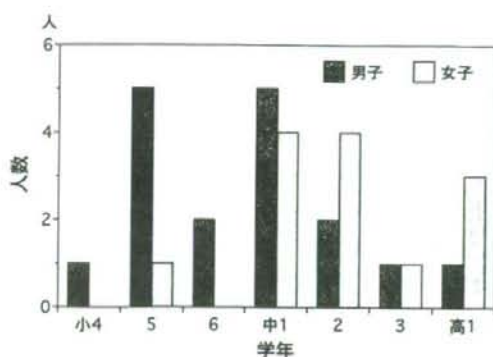


図2 初喫煙の学年

初めて喫煙した際の動機は、男子では「好奇心から」が6名、「友人から誘われて」が8名、「先輩から誘われて」が2名、「その他」が1名、女子では「好奇心から」が6名、「友人から誘われて」が5名、「兄から誘われて」が1名、「その他」が1名であった。

過去に禁煙を試みた経験がある者は22名(73%)で、その期間は「3日間」が5名、「1週間」が2名、「1か月間」が5名などで、範囲は「1日」から「6か月間」にわたっていた。

外来受診の動機は、男子では「自分から希望して」が2名、「母からの勧め」が7名、「父からの勧め」が2名、「教諭からの勧め」が6名、女子では「自分から希望して」が3名、「母からの勧め」が3名、「教諭からの勧め」が5名、「主治医からの勧め」が2名(1名は貧血のため、1名は不登校を主訴に通院中)であった。

## 2) 方法

「卒煙外来」はニコチン依存症という疾患を診療する場で、いわゆる通常の疾患に対する診療と基本的に異なることはない<sup>9)</sup>。

ただし、問診を保護者同伴のもとに行うか、あるいは保護者に席をはずしてもらって、患児と主治医との一対一で行うかについては患児の希望に沿っており、ほとんどの場合問診は一対一で行った。そこで喫煙の動機や毎日の喫煙状況をはじめ、友人関係や日常生活全般について尋ねた後、喫煙の害やニコチン依存症などについて写真やビデオ映像などを用いて解説した。その後、ニコチンパッチの具体的な使用方法について説明したが、その際には保護者にも同席してもらうことが多かった。

ニコチンパッチの使用について患児と保護者の同意が得られれば、通常7枚(1週間分)または14枚(2週間分)処方した。ニコチンパッチの大きさには大・中・小の3種類があるが、「卒煙外来」では原則として中サイズ(商品名:ニコチネル TTS20)を処方した。

これを1日1枚、起床時から就寝前まで肩や腰などに貼付して用いる。すると、ニコチンが皮膚から徐々に吸収されて血中ニコチン濃度が一定に保たれるため、喫煙欲求が生じにくくなる。そうして1~2週間程度喫煙しないうれば、身体的なニコチン依存状態から脱却できることが多く、その後はニコチンパッチを使用しなくても、喫煙欲求は生じにくい状態となる。

初診後は、おおよそ1~2週間毎に外来受診あるいは電話等で様子を聞くなどしてフォローした。フォローを外来で行うか電話で行うかは、患児あるいは保護者の希望に沿って決定した。電話でのフォローは、患児が禁煙に成功してからも通常数か月間は継続し、再喫煙の心配がなさそうであると判断できた時点で終了とした。あるいは禁煙に成功していなくても、患児がこちらからの電話に拒否反応を示したり、電話を不必要と答えたりした場合には中止とした。また、全員に対して初診の1年後に再度電話にて喫煙・禁煙状況を確認した。

## 結 果

受診者30名のうち28名がニコチンパッチの処方を希望した。処方枚数の合計は7枚の者が9名、14枚の者が13名、21枚の者が4名、28枚の者が2名であり、7枚ないし14枚という比較的少数の者が全体の7割以上を占めた。

外来受診回数は、1回のみの方が20名、2回の者が6名、3回の者が3名、5回の者が1名であった。

外来受診後の経過を電話等でフォローしながら確認したところ、禁煙成功率は1週間後83%、1か月後52%、6か月後33%、1年後23%であった。

ニコチンパッチ使用による副反応としては、3例にニコチン過量によると考えられる症状がみられた。中学3年生男子(喫煙歴:1日10本前後を約2年)、高校1年生女子(1日2~3本を約4か月)、高校2年生女子

(1日10本前後を約1年)の3名で、いずれも初めてニコチンパッチを貼って登校した日に、学校で頭痛、吐き気、嘔吐などが出現したものであるが、すぐにパッチを剥がして経過観察したところ、いずれも自然に改善したとのことであった。

## 考 察

喫煙の有害性については今さら言うまでもないが、特に成長過程にある子どもの身体は、大人に比べてタバコ煙中の発癌物質や種々の有害物質から受けるダメージが大きく、喫煙開始年齢が低いほど、心筋梗塞や癌などで若年死する率が著しく上昇する<sup>10)</sup>。さらに問題なのは、年齢が低いほど短期間でニコチン依存状態に陥りやすいことであり、「卒煙外来」受診者に尋ねると、「吸い始めて2~3週間でやめられなくなった」と言う者が多い。喫煙している子どもたちは自分の意思で吸っているように見えるかも知れないが、実際にはタバコをやめられなくなっている者が多いのである。このような子どもたちには叱責や謹慎処分などは意味がなく、できるだけ早く治療の手を差し伸べる必要がある。

今回の検討で、受診者は男女とも中学3年生が最多であったが、これは高校受験・入学をひかえた学年であること、修学旅行の影響が大きいと考えられる。患児や保護者からは、「喫煙が受験勉強に支障をきたしている」「高校生になると喫煙で退学処分を受けることもある」といった声を聞くことが多く、また「これまでは自分が喫煙していることを学校の先生に知られていなかったのに、修学旅行中に喫煙しているところを見つかってしまった」あるいは「家では喫煙できるが修学旅行中は吸えないから、旅行の前に禁煙したい」と言って受診する子どもも少なくなかった。

喫煙開始年齢をみると、男子では小学生時代に吸い始めた者と中学校入学以降に吸い始めた者とがほぼ同数であったが、女子ではほとんど全員が中学校入学以降に吸い始めていた。すなわち女子に比べて男子のほうが喫煙開始年齢が早い傾向にあったが、その要因としては、「喫煙は(大人の)男らしい行為である」という社会通念が、いまだにわが国の社会に根強く存在していて、年少の男子がタバコに憧れる素地を作り出していることが考えられる。

日本でも米国でも喫煙者の80~90%は未成年のうちから吸い始めており、世界43か国75地域で行われた調査(13~15歳対象)によれば、喫煙者の平均68.4%が「本当は禁煙したい」、平均63.1%が「この1年以内に禁煙を試みたことがある」と答えている<sup>11)</sup>。今回の検討でも、「卒煙外来」受診者のうち73%が「過去に禁煙を試みた経験がある」と回答しており、「本当はやめた

いのに、やめられない」と苦しんでいる子どもたちが少なくないことがわかる。

ニコチン依存の程度を判定するために、成人への禁煙治療の現場においては、川上らが開発した「タバコ依存症スクリーニングテスト(TDS)」という質問票が用いられている<sup>12)</sup>。「卒煙外来」でも当初このテストを数名の患児に実施したが、子どもには適切でないと思われる質問が含まれていること、細かい質問への回答を嫌がる患児が多かったため、以後は中止した。現実に患児の大多数が「禁煙を試みたことがあるが失敗した」と答えており、また全員が「タバコをやめられない」「やめる自信がない」と述べていることから、今回全員を「ニコチン依存症」と考えて治療の対象とした。

このようなニコチン依存状態の子どもたちにはニコチンパッチが有効で、比較的短期間の使用でニコチン依存から脱却できることが多い。

「卒煙外来」でのニコチンパッチの処方枚数に関しては、7枚または14枚のいずれかを患児あるいは保護者を選択してもらい、希望枚数を処方した。この1回分の処方枚数で禁煙できた患児が多かったため、合計処方枚数は7枚または14枚の者が全体の7割以上を占めた。上記の枚数を使用しても禁煙できなかった患児では、あらかじめ治療を中断した例もあったが、治療継続を希望して再受診した患児へは再び希望枚数を処方した。それらの結果、外来受診回数が最も多かった患児では5回となり、ニコチンパッチの最大処方枚数は28枚となった。

ニコチンパッチの大きさには大・中・小の3種類があり、成人への禁煙治療においては「大サイズを4週間、次いで中サイズを2週間、次いで小サイズを2週間使用」という治療スケジュールが標準として用いられることが多いが、小児においては標準となるような使用法はまだ定められていない。そのため「卒煙外来」を受診する中学生・高校生に対しては、当初試行錯誤的に中サイズの処方から開始したところ、多くの例で十分な効果がみられ、副反応も少なかったため、以後もほとんど全例に中サイズを処方した。ただ1例にのみ大サイズを処方したが、それは16歳男子で身長が170cm程度あり、喫煙本数が1日20~30本に達している患児であったため、成人と同等とみなした。

本来であれば、患児の体格や喫煙本数、喫煙年数などによって、処方するニコチンパッチのサイズや枚数を調整すべきであろうが、現在のところ、その目安になるような指標がないのが実状であり、今後の研究の進展が望まれる。

ニコチンパッチは比較的安全な薬剤で、重大な副作用の報告はみられないが、時にニコチン過量の症状が出現することがある。今回の検討でも30例中3例に頭

痛、吐き気、嘔吐などが見られた。ただ、そのような症状が出現した時にはすぐにパッチを剥がすよう、処方時に指導しており、3例とも適切に対処できて上記症状は間もなく消失した。

「卒煙外来」受診者では1~2週間という比較的短期間の治療で一旦は禁煙に成功する者が多かった。ただし、初診時から強い禁煙意欲を持っていた者では、そのまま禁煙が維持できる例が多かったが、当初からの禁煙意欲がそれほど強くなかった者では、一旦禁煙できても再び喫煙してしまう例が多く見られた。その結果、「卒煙外来」受診1年後の禁煙成功率は23%と満足できる数字ではなかったが、海外での未成年者への臨床試験の結果を見ても長期成績は芳しくなく、6か月後の禁煙成功率は10~20%程度と報告されている<sup>11-12</sup>。すなわち、未成年者への禁煙治療は比較的短期間で効果があり、一旦は禁煙できる例が多いが、禁煙の維持が困難な例が多いのである。これには様々な理由が考えられるが、第一に患児の身近なところにタバコが常に存在している生活環境が大きな要因であろう。すなわち、ほとんどの患児は家族や友人に喫煙者がいるために、常に喫煙の誘惑にさらされている状況にあり、些細なきっかけで再びタバコを手にしてしまうことが多いのである。また、自動販売機で簡単にタバコを手に入れられることも大きな要因と考えられる。

未成年者への禁煙治療の長期成績を改善するためには、一旦禁煙できた子どもたちを褒めて励まし続けるように、精神的サポートを継続することが重要であり、家庭、学校、医療機関の連携、協力が必要と考えられる。

また、わが国では未だに子どもの喫煙を「非行」「不良行為」ととらえる風潮が強いが、そのような考え方は対応を誤る恐れがある。わが国には「未成年者喫煙禁止法」という法律があり、20歳未満の者は喫煙を禁じられているが、これは子どもの身体を有害な喫煙から保護するために制定されたものであって、喫煙している子どもを処罰するための法律ではない。喫煙している子どもに必要なのは叱責や処分ではなく、治療と精神的サポートである、との認識が広まることを期待したい。

子どもへの禁煙治療には特別なカウンセリングが必要なのではなく、子どもたちにタバコの害や治療法を正確に伝えればよいのであって、通常の医療行為と異なるところはない。タバコをやめられなくて苦しんでいる多くの子どもたちを救うために、全国の医療機関に子どものための禁煙治療の窓口ができることを切に願うものである。

補足 子どもへの禁煙治療は保険適用のない自由診療であるため、初診料の設定は各施設の裁量に任される。ちなみに当院の「卒煙外来」は、初診料が6,500円、再診料が680円である。ニコチンパッチの処方を希望する場合は、院外処方箋料690円と薬剤費(1枚約400円)が必要となる。

## 文 献

- 1) 平成16年度厚生労働科学研究費補助金(健康科学総合研究事業)「未成年者の喫煙実態状況に関する調査研究」班(主任研究者:林謙治)報告書, 2005.
- 2) Stolerman IP, Jarvis MJ. The scientific case that nicotine is addictive. *Psychopharmacology (Berl)* 1995; 117: 2-10.
- 3) Everett SA, Warren CW, Sharp D, et al. Initiation of cigarette smoking and subsequent smoking behavior among U.S. high school students. *Prev Med* 1999; 29: 327-333.
- 4) DiFranza JR, Savageau JA, Rigotti NA, et al. Development of symptoms of tobacco dependence in youths: 30 month follow up data from the DANDY study. *Tob Control* 2002; 11: 228-235.
- 5) Killen JD, Ammerman S, Rojas N, et al. Do adolescent smokers experience withdrawal effects when deprived of nicotine? *Exp Clin Psychopharmacol* 2001; 9: 176-182.
- 6) Hanson K, Allen S, Jensen S, et al. Treatment of adolescent smokers with the nicotine patch. *Nicotine Tob Res* 2003; 5: 515-526.
- 7) Killen JD, Robinson TN, Ammerman S, et al. Randomized clinical trial of the efficacy of bupropion combined with nicotine patch in the treatment of adolescent smokers. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72: 729-735.
- 8) Moolchan ET, Robinson ML, Ernst M, et al. Safety and efficacy of the nicotine patch and gum for the treatment of adolescent tobacco addiction. *Pediatrics* 2005; 115: e407-414.
- 9) 加治正行. 小児科特殊外来・卒煙外来. *小児科* 2005; 46: 188-196.
- 10) 平山 雄. 思春期の健康をめぐる諸問題・喫煙の問題. *小児科診療* 1986; 49: 97-101.
- 11) Global Youth Tobacco Survey Collaborative Group. Tobacco use among youth: a cross country comparison. *Tob Control* 2002; 11: 252-270.
- 12) Kawakami N, Takatsuka N, Inaba S, et al. Development of a screening questionnaire for tobacco/nicotine dependence according to ICD-10, DSM-III-R and DSM-IV. *Addict Behav* 1999; 24: 155-166.

## A Study on the Treatment of Tobacco Addiction in Children

Masayuki Kaji

Division of Endocrinology and Metabolism, Shizuoka Children's Hospital

Smoking rates among students of junior high schools and high schools are high in Japan : percentages of daily smokers of twelfth graders are reported to be 13.0% in boys and 4.3% in girls.

Nicotine is highly addictive and teens tend to become nicotine dependent easily in a very short time. Therefore, a large part of teen smokers are under the condition of nicotine dependence, and they have difficulties to quit smoking without treatment.

The pediatric outpatient clinic for the treatment of tobacco addiction in Shizuoka Children's Hospital has been established since October, 2002.

The efficacy of anti-smoking counseling and nicotine patch therapy was evaluated in 30 teen smokers (20 junior high school students, 7 high school students and 3 others) at Shizuoka Children's Hospital. They had been smoking daily for  $2.3 \pm 1.3$  (mean  $\pm$  SD) years before their first visits to the hospital. Twenty-two of them had tried to quit smoking, but had failed. Twenty-eight of them underwent nicotine patch therapy and more than 70% of them used only 7 to 14 nicotine patches. More than 70% of them succeeded in quitting smoking within 2 weeks of treatment.

Tobacco abstinence rate was as high as 83% at 1 week after the first visit, but then gradually decreased to 52% at 1 month, 33% at 6 months and 23% at 1 year.

A large part of teen smokers could recover from nicotine addiction in a relatively short period of time with nicotine patch therapy. However, many of them turned their hands to smoking again after a longer period of time, probably because many of their friends and families had smoking habits and also they could get cigarettes easily from vending machines.

Continuous counseling support combined with nicotine patch therapy is considered to be very important for them to sustain tobacco abstinence.

---

## ◆小児

# 無煙社会を作るために

国立成育医療センター総合診療部成人期診療科 原田 正平

大人の喫煙は子どものからだやこころに多くの影響を与えます。

子どもたちの健康と未来を喫煙の害から守るために、

いまどのような対策が進められているのでしょうか。

また、子どもたちに有効な防煙対策とは？

国立成育医療センター総合診療部医師、原田正平先生にお書きいただきました。

### 子どものための無煙社会推進宣言

日本小児科学会、日本小児科医会、日本小児保健協会からなる日本小児科連絡協議会の下部組織として「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2005年3月に設立され、その活動の成果として、2005年12月6日に「子どものための無煙社会推進宣言」(<http://www.jschild.or.jp/com/051209.html>)を公表しました。小児医療・母子保健に関わる専門職が「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ので、その具体的対策の項目をまず紹介します。

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、通学路標識に付随して「歩行中禁煙」の表示を行う。また、保護者を

含んだすべての喫煙者に対して、「子どもは歩く禁煙マーク」であることの認識を持たせ、子どものそばでの喫煙が許されない行為であるという自覚を促す。

### タバコ規制の法的根拠

2003年5月に施行された健康増進法第25条には、受動喫煙防止対策の必要性が明記されていますが、この2007年4月からは「がん対策基本法」が施行され、その第6条(国民の責務)に「国民は、喫煙、食生活、運動その他の生活習慣が健康に及ぼす影響等に関する正しい知識を持ち、がんの予防に必要な注意を払うよう努めるとともに、必要に応じ、がん検診を受けるよう努めなければならない。」と定められました。法案に加え「がん対策基本法案に対する附帯決議」がなされ、「十九、がんをはじめとする生活習慣病の予防を推進するため、革新的なが

赤ちゃんをSIDSから守りたい・・・



乳児用呼吸モニター  
**ベビーセンス**  
製品番号: 2070021004000

ベビーセンスは1歳未満の赤ちゃんのために開発された圧センサー呼吸モニターです。赤ちゃんの呼吸などによる身体の動きが1分間に10回以下になったり、20秒以上停止すると大きなアラーム音と赤いランプで警告します。

販売・リース・レンタル  
問い合わせ窓口  
製造販売業者

株式会社ファミリーヘルスセンター  
有線会社ファミリーヘルスサポートセンター  
株式会社 A V S  
〒160-0023 東京都新宿区西新宿1丁目22番2号

普及協力 財団法人母子衛生研究会

TEL 0120-20-4566  
FAX 0120-40-4577  
<http://www.fhr.co.jp>

**エコスクリーン**  
TEOAE 新生児聴覚スクリーニング

新生児に対するスクリーニングに効果的な方法

- 赤ちゃん全体が検査できる
- 簡便な検査である
- 短時間で検査できる
- 周囲のノイズの影響を受けにくい

数米での新生児聴覚スクリーニングに広く使われており、その有効性が評価されている

医療機器承認番号 212008ZY00524000  
製造元 Fischer-Zoeth Diagnoseysteme GmbH (ドイツ)  
製造販売業者 株式会社 A V S  
〒160-0023 東京都新宿区西新宿1丁目22番2号  
供給元 日本ケミカルリサーチ株式会社  
販売・リース 株式会社ファミリーヘルスセンター  
東京事務所 〒105-0001 東京都港区新橋1丁目15番8号  
TEL03-3502-8031 FAX03-3502-8035  
本社 〒651-0080 神戸市中央区二宮町3丁目15番8号  
TEL 078-271-4566 FAX 078-271-4577



んの予防についての研究の促進及びその成果の活用、喫煙が健康に及ぼす影響に関する啓発及び知識の普及を図るほか、喫煙者数の減少に向け、たばこに関するあらゆる健康増進策を総合的に実施すること。」と定められたことは画期的なことといえます。

## 受動喫煙の有害性

タバコによる健康障害対策が最初に公式に取り上げられたのは、1964年の米国公衆衛生総監報告 (U.S. Surgeon General's Report, SGR) ですが、そのわずか8年後、1972年のSGRに、現在で言うところのsecondhand smoke (剰余煙)あるいはenvironmental tobacco smoke (環境タバコ煙)が非喫煙者に健康障害を与える恐れが指摘されました。その後30年間の医学・医療の成果を基に、2006年のSGRはThe Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smokeとしてまとめられました。

## 2006年米国公衆衛生総監報告まとめ

- 1) 受動喫煙は、タバコを吸わない子どもと大人の寿命を縮め疾病の原因となる。
- 2) 受動喫煙を受けた子どもは、乳幼児突然死症候群、急性呼吸器感染症、耳の病気、重症気管支喘息のリスクが高まる。親の喫煙は、子どもの呼吸器症状を増やし、肺の成長を遅らせる。
- 3) 大人が受動喫煙を受けると、ただちに心臓血管系に悪影響があらわれ、

虚血性心疾患と肺がんの原因となる。  
4) 受動喫煙に安全無害なレベルの無いこと (no risk-free level) が科学的に証明されている。  
5) タバコ対策が相当進んだにもかかわらず、アメリカの数千万人の子どもと大人が、家庭や職場でいまだに受動喫煙にさらされている。

6) 屋内における喫煙の禁止により非喫煙者の受動喫煙暴露を完全になくすることができる。分煙、空気清浄機、建物の換気によってでは、非喫煙者の受動喫煙を防ぐことはできない。

## 心の受動喫煙

子どもをタバコの害から守るには、「体の受動喫煙による健康被害」からの防止、周囲がタバコを吸わない見本を示し「心の受動喫煙」から子どもを守ることが必要です。

一般に、未成年者の喫煙開始の誘因として「友人からのすすめ」が第一に挙げられています。欧州6か国(フィンランド、デンマーク、オランダ、英国、スペイン、ポルトガル)での調査(2006年)では、両親からの影響が従来考えられていた以上に強いことが明らかになりました。このことは文化慣習の違いを越え、台湾での調査研究でも同様の結果が示され(2005年)、非喫煙者でかつ愛護的な養育態度の両親の子どもほど喫煙率が低く、喫煙者でかつ非愛護的な両親の子どもほど喫煙率が高いという結果が示されています。

さらに示唆的な研究として、入学前の2~6歳児を対象とした「お店屋さ

んごっこ」による調査でも、両親の一方でも喫煙する場合、非喫煙者の親の子どもに比べ、タバコを買う割合がオッズ比で3.9と有意に高いというデータがでてきます(2005年)。

## 「将来たばこ吸わない」増加 —小中高生の意識調査・文科省

2006年2月に行われた、全国の公立学校から無作為に選んだ小学5、6年生約1万7千人と中学生、高校生の各約2万5千人を対象とした、「喫煙」「薬物」「飲酒」に関する文部科学省調査では、2000年調査と比べ、20歳以上になってもタバコを吸わないと考えている男子は、小6で74%(前回60%)、中3で73%(同57%)、高3で67%(同53%)、全学年で10~16ポイント増え、女子は各学年とも8割を超え、前回より6~10ポイントアップしたと報道(2007年3月14日: <http://www.worldtimes.co.jp/wtop/education/news/070314.html>) されました。

文科省自身は「学習指導要領の改定で、2002年以降、授業で喫煙の悪影響を教えるようになった効果」(学校健康教育課)と分析しているとのことでしたが、むしろ2002年4月の和歌山県での全公立学校敷地内禁煙が全国に波及し、「タバコを吸わないのが当たり前(norm、規範)である」という強いメッセージが影響しているとみるべきでしょう。

こうした潮流が続き、本当の無煙社会が到来してはじめて、子どもがタバコの害から守られるのです。

## 「予防接種ガイドブック」

(予防接種と子どもの健康)を網羅

予防接種を受けましょう。予防接種(ワクチン)とは、ワクチンの種類と特徴・予防接種の有効性・予防接種と副反応・接種間隔・予防接種の対象となる病気およびワクチン・予防接種を受けに行く前に/その他

編集指導 平山宗宏(母子愛育会日本子ども家庭総合研究所名誉所長)

編集 財団法人母子衛生研究会

A6判 32ページ 定価84円(本体80円)送料別



## 「わたしは3歳児」—3歳からの出発—

3歳児健診時の配布用教材として

お父さん、お母さんへのメッセージ/このころの子ども/生活習慣/社会性/集団生活/病気/他

執筆・指導 巷野 悟郎(こどもの城小児保健クリニック・小児科医)  
高橋 雅昭(群馬社会福祉大学教授)

深谷 和子(東京成徳大学教授)  
企画・編集 財団法人母子衛生研究会

B6判 72ページ  
定価105円(本体100円)送料別



## 禁煙支援・禁煙治療における 小児科医の役割 —小児病院での実践から—



国立成育医療センター成育政策科学研究部  
病院総合診療部成人期診療科禁煙外来担当

原田 正平

キーワード：タバコ規制，受動喫煙，健康増進法，学校敷地内禁煙，禁煙外来

国立成育医療センターはその名の通り，成育医療のわが国における中心的役割の国立高度専門医療センター（いわゆるナショナルセンター）として2002年3月に開院しました。ここで言う成育医療とは，胎児，新生児，乳児，幼児，学童，思春期という子どもの年齢の枠を超えて，健康な胎児から大人への成長・発達を図る，総合的かつ継続的な医療です。そうした施設に「禁煙外来」が開設されている意味とそこでの小児科医の役割について，述べてみたいと思います。

国立成育医療センターでの禁煙外来は，2005年6月に，当初はアレルギー科に属する形で始められました。その年の世界禁煙デーのテーマは「タバコ規制における保健医療専門家の役割」であり，わが国でも，医療関係者がタバコ規制において重要な役割を果たすべきであると「宣言」された年でした。2004年5月には健康増進法が施行され，第25条の「受動喫煙防止」の規定が，学校敷地内禁煙や公共の場所での禁煙を後押しし始めていたという背景がありました。

小児病院，総合母子センターといった小児医

療，成育医療関連施設での禁煙外来（あるいは卒業してしまえば，生涯吸わないという意味を込めている言葉です）は，2002年10月に開設された静岡県立こども病院に始まり，2003年9月の神奈川県立こども医療センター，2004年4月の大阪府立母子保健総合医療センター，2004年11月の兵庫県立こども病院について，5番目でした。その後，2005年9月の群馬大学医学部附属病院小児科，2007年5月の横浜市立大学附属市民総合医療センター小児禁煙外来と続いています。

何故，小児科で禁煙外来が必要なのでしょう。それは実は，タバコ問題は十代の問題だからです。日本の未成年者喫煙禁止法（明治33年，1900年，茨城県選出の衆議院議員，根本正（ねもとしょう）の努力により成立）は喫煙未成年に対する罰則がないために，その実効性が疑われていますが，そうした法律のない諸外国での未成年者の喫煙率を調べてみると恐ろしいことがわかります。デンマークにおける若年喫煙率がわかる1982年の論文<sup>1)</sup>を見ますと，1961年の男子喫煙率は14歳で90%に達し，同年女子でも70%を超えています。その後，徐々に喫煙率は低下しますが，1980年でも男女とも14歳で30%前後でした。デンマークは

Shohei Harada（国立成育医療センター）  
〒157-8535 東京都世田谷区大蔵2-10-1

北欧諸国の中では喫煙率が高く、特に女性喫煙率は今でも30%前後で、そのため女性平均寿命も79.5歳(2002年)と北欧諸国で唯一80歳を切っていました(2004年にやっと80歳。同年にフィンランド82歳、ノルウェー82歳、スウェーデン83歳、日本86歳：The World Health Report 2006)。

カナダでの研究では、7学年(12~13歳)でニコチン依存が生じるまでの期間を調べたところ—ここで言うニコチン依存は禁煙に失敗、止められずに吸っている、依存を感じる、渴望感、タバコが欲しい等、loss of autonomy(タバコの虜囚)と表現される状態—、その中央値は男子で183日間でしたが、女子では21日間でした。しかも、多量喫煙ではなく、1日2本、1週間に1日の喫煙で症状が出現すると報告されています<sup>2)</sup>。日本では同様の研究は不可能ですが、ほぼ同様であると考えて良いでしょう。

このように、未成年者喫煙禁止法のような外的強制力がなければ、若年喫煙率は驚くほどの高率となり、平均寿命に明らかな差が出るほどの悪影響を長い年月の間、及ぼすと言えます。

タバコの害から子どもたちを守るためには、未成年本人に吸わせないための、喫煙防止教育だけではなく、周囲の喫煙者から子どもを守るための受動喫煙防止対策が肝要です。受動喫煙(Passive Smoking)は同義語、類語として、環境タバコ煙(ETS: Environmental Tobacco Smoke)、間接煙(SHS: Second Hand Smoke)、強制喫煙(Involuntary Smoking)などと言われます。一時、ETSという言葉が主流となりかけましたが、ETSの原因は自然現象ではなく、あくまでも周囲の喫煙者が他人に対して喫煙を強制しているわけですから、2006年の米国公衆衛生総監報告(US Surgeon General's report)の「タバコ煙への強制暴露による健康障害」(The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke)という表現が適切かもしれません。本稿では、健康増進法第25条が「受動喫煙の防止」を定めていることから、受動喫煙という表現としています(ただし、たば

この規制に関する世界保健機関枠組条約の第8条では「たばこの煙にさらされることからの保護」という表現となっています)。

この受動喫煙防止は一般的には「体の受動喫煙から子どもを守る」ことですが、実は「心の受動喫煙から子どもを守る」ことが重要です。

その一番の証拠は学校、教育機関における受動喫煙防止対策に見ることができます。日本学校保健学会、日本体育学会、日本小児科学会、日本小児科医会、日本小児保健協会は2006年2月22日に「学校敷地内禁煙の早期実施等をお願い」を全国の都道府県及び政令指定都市の教育長に提出していますが、そこに述べられた学校敷地内禁煙の必要な理由は、次のとおりです。1)喫煙防止教育の一層の充実を図るため、2)教職員が喫煙しないという望ましいモデルを示すため、3)禁煙・施設禁煙化の運動を学校から家庭・地域に広げるため、4)子どもや教職員の受動喫煙を防止するため、5)喫煙者の健康リスクを減らすため。2)の教職員の禁煙については、1999年12月の「小児期からの喫煙予防に関する提言」(日本小児科学会)の中で「提言2：喫煙予防教育の実施。喫煙予防の教育は幼児期から始めることが望ましく、家族への喫煙予防の教育も合わせて行うことが望ましい。学校における喫煙予防の教育は、学習要領では小学三年生で実施するようになってきているが、喫煙予防の教育は小学一年生から実施し、学年に応じて健康教育の一環として毎年繰り返すことが望ましい。同時に教職員など学校関係者自身も禁煙に努める必要がある。」とされています。ここでの提言1は「小児科医の喫煙予防活動。妊婦の喫煙が未熟児の出産の原因となったり、保護者の喫煙と乳児突然死症候群をはじめ子どものさまざまな疾患との関連性が報告されている。さらに、乳幼児の誤飲事故はたばこが最も多い。そこで、小児科医は小児科外来を禁煙にし、日常診療や小児保健活動の中で、積極的に保護者と子どもに喫煙の有害性と危険性を教育し、保護者・その家族の禁煙と子どもの喫煙予防を勧める必要がある。」



です。こうした活動における小児科医の役割は、既に言うまでもないことかもしれません。

では、日本の子どもたちは実際には、どれくらい受動喫煙の被害を受けているのでしょうか。厚生労働省が2001年の1月と7月に生まれた約4万人の「21世紀出生児縦断調査」を行っており、様々な指標を毎年発表しています。その第1回調査報告の際の、19歳以下の夫の喫煙率は83.8%、妻44.3%、20～24歳では夫83.4%、妻34.7%という驚くべき高率となっています。全体では父親の喫煙習慣なしは36.5%、母親で83.3%ですが、室内で吸っている率が父親34.7%、母親11.3%と高く、日本の子どもたちは、まず家庭内で被害を受けています<sup>3)</sup>。

また病院、医療機関での敷地内禁煙も徐々に進んでいますが、宮城県立こども病院副院長の堺利男先生のデータでは、父親の喫煙率が各年代を通して40～50%以上のため、行き帰りの自家用車の中での受動喫煙被害が見逃ごせない状態となっています。

家庭内の受動喫煙は、体の受動喫煙であるとともに、心の受動喫煙であり、両親、保護者の喫煙は未成年喫煙の危険因子というエビデンスは多数でありますが、同じ状態は学校での教職員の喫煙によってもおきています。デンマークでの研究では、建物内禁煙の学校で教師が校外で吸う姿を見せることが、生徒の喫煙を増加させると報告されています<sup>4)</sup>。

わが国では、2002年4月和歌山県が、小学校から高校まで、全公立学校の敷地内禁煙に踏み切りました。その後、健康増進法の施行1年後の2004年4月から一気に県立学校の敷地内禁煙、政令指定都市での全公立学校敷地内禁煙が進み、都道府県単位の学校敷地内禁煙実施(予定)は、42都道府県と、全国の約9割になり、残りの、群馬県、山梨県、大阪府、熊本県でも推進中(神奈川県は推進見込み)、と報告されています(日本学校保健学会「タバコのない学校」推進プロジェクト <http://openweb.chukyo-u.ac.jp/~ieda/Project.htm>)。

日小医会報(2007)

その成果として、未成年の喫煙は1996年度、2000年度の全国調査では、月喫煙者率(この30日に一度でも喫煙したもの=中高生の喫煙者と定義)が、男子36.9%、36.9%、女子15.6%、15.8%だったものが、2004年度調査ではそれぞれ21.7%、9.7%と劇的な低下をみえています(<http://www.health-net.or.jp/tobacco/product/pd110000.html>)。

また文部科学省が行っている「薬物等に対する意識等調査報告書」でも、「将来たばこを吸うと思うと回答した児童生徒の割合」は2000年、2006年の比較で、高校3年生男子30.2%から17.3%、女子で11.5%から7.5%と減少し、小学校6年生、中学校3年生でも同じ傾向がみられています([http://www.mext.go.jp/b\\_menu/houdou/19/03/07042500.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/19/03/07042500.htm))。

こうした傾向は、なにか一つの対策が功を奏したわけではなく、1)喫煙防止教育—吸わせない、2)受動喫煙防止—「心と体の受動喫煙」から子どもを守る、3)子どもの禁煙治療外来(卒煙外来)という包括的タバコ対策が有機的に関連することで、良い流れとなっていると言えます。

家庭に対しては主治医として、あるいは乳幼児健診の機会をとらえ、保育園、幼稚園、学校に対しては園医・学校医として、地域に対しては地域のかかりつけ医として、小児科医は子どもをタバコの害から守る活動の中心に位置する職種であることを意識し、「子どものための無煙社会推進宣言」(<http://plaza.umin.ac.jp/~jschild/conf/051209.html>)に述べられているように、「私たち小児科医と子どもに関わる保健医療福祉の専門職は、自らが非喫煙者であることをめざし、また周囲の者への禁煙支援をおこなう。」ことが、まさに私たちに課せられた役割といえましょう。そうしてわが国の宝である次世代の子どもたちに、煙のない無煙社会を贈りましょう。

## 文 献

- 1) Ibsen KK: Smoking habits in 9000 Danish school-children. Acta Paediatr Scand. 71: 131-134, 1982

- 2) DiFranza JR, Savageau JA, Rigotti NA, Fletcher K, Ockene JK, McNeill AD, Coleman M, Wood C : Development of symptoms of tobacco dependence in youths : 30 month follow up data from the DANDY study. *Tob Control*. 11 : 228-235, 2002
- 3) 兼板佳孝, 大井田隆, 河原和夫 : 乳幼児の受動喫煙と疾患および事故発生に関する疫学研究. 厚生労働科学研究費補助金(がん臨床研究事業)「がん予防に資する未成年等における包括的たばこ対策に関する研究」平成18年度総括・分担研究報告書. p.23-36, 2007
- 4) Poulsen LH, Osler M, Roberts C, Due P, Damsgaard MT and Holstein BE : Exposure to teachers smoking and adolescent smoking behaviour : analysis of cross sectional data from Denmark. *Tob Control*. 11 : 246-251, 2002



## 無煙社会をつくるということ

国際対がん連合 (UICC: Unio Internationalis Contra Cancrum, International Union against Cancer) は、2008年2月4日の「世界がんデー (World Cancer Day)」に世界対がんキャンペーンの一環として「I love my smoke-free childhood」(タバコ煙の無い子ども時代が大好き) というテーマを掲げて、子どもたちを受動喫煙から守る活動を始めました。また、2008年の「世界禁煙デー (World No Tobacco Day)」のテーマは「Tobacco-Free Youth」(タバコと無縁の若者) となっています。

このように世界中が子どもをタバコの害から守る活動を集中的に行おうとしているのは、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」(WHO Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) の実行を、多くの国々が約束していることが背景にあります。この条約の目的は「たばこの消費、および受動喫煙が健康、社会、環境、および経済に及ぼす破壊的な影響から、現在、および将来の世代を保護する」ことで、つまり将来的にはタバコの無い「無

煙社会」を世界中の国々が作ることを取り決めたという、非常に大きな意味を持っています。

日本も FCTC を批准していて、その実行のため条約発効直前の2005年1月18日に「たばこ対策関係省庁連絡会議」を開き、「未成年者喫煙防止対策ワーキンググループ」を設置して、内閣府、警察庁、財務省、文部科学省、厚生労働省等が協力して、より包括的なタバコ規制対策をとることが決められました。特に未成年者の喫煙防止対策については、①未成年者への喫煙防止教育、②喫煙習慣者への禁煙指導、③たばこの入手方法に応じた喫煙防止、の3点が取り上げられています。

これまで日本での子どもたちの喫煙を防止するためのアプローチは、「未成年者喫煙禁止法」を根拠とした懲罰的な対応と「タバコは体に悪い」という表面的な教育でしたが、そうした対策がほとんど有効性を持たなかったことは明らかで、「たばこ対策関係省庁連絡会議」の中で「たばこ対策に関わる問題の中で未成年者の喫煙防止対策については、未成年者の喫煙率が実態としては依然として高率のままで推移している……」とこれまでの施策の失敗を認めています。

FCTC は、国 (社会) 全体がタバコ規制を行うことを取り決めており、

- ①たばこの需要を減少させるための価格および課税に関する措置 (第6条)
- ②たばこの煙にさらされることからの保護 (第8条): 屋内の職場、公共交通機関、屋内の公共の場所等におけるたばこ煙からの保護についての措置をとる
- ③たばこ製品の含有物に関する規制 (第9条)
- ④たばこ製品の包装およびラベル (第11条): 健康警告表示
- ⑤教育、情報の伝達、訓練および啓発 (第12条): 喫煙の健康に与える悪影響についての普及・啓発、教育、禁煙指導の実施

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、400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(箕輪  
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産にわたる喫煙習慣を  
作ってしまうことが、タバコの一番の問題である  
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。

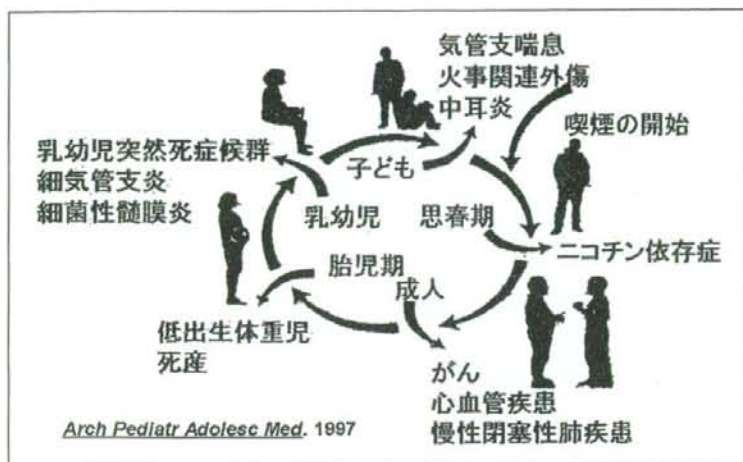


図 ライフサイクルにおけるタバコの影響

## 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うました。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

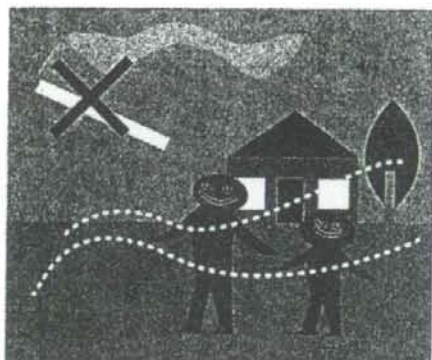
2008年1月17日に中央教育審議会より「子どもの心身の健康を守り、安全・安心を確保するために学校全体としての取組を進めるための方策について」という答申が出されました ([http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chukyo/chukyo0/gijiroku/001/08011804/001.pdf](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo0/gijiroku/001/08011804/001.pdf))。その中に「学校医、学校歯科医、学校薬剤師が、急病時の対応、救急処置、生活習慣病の予防、歯・口の健康、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) 養翰眞澄・尾崎米厚：「若年における喫煙開始がもたらす影響」、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が、その一方でタバコを販売促進していこ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どうかと思います。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ですが。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国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こうということです。

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、「de-normalization（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っ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、タバコはどのようなのでしょうか。

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。税収とのか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、税収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(詳細は神奈川県のホームページをご参照ください)。

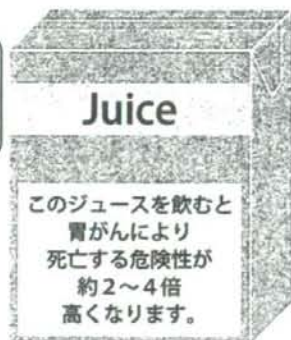
この中で、公共施設ではなく、公共的施設としており、そこには、ホテルや飲食店、遊技場なども含まれているところが画期的です。また、喫煙行為の定義も細かく、受動喫煙の害も強く訴えられています。

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、結局は近くの方の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？



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、神奈川県は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来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 (子どもたちにタバコを喫煙者に)」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



## 子どもは歩く禁煙マーク!

日本小児科学校・日本小児科医会・日本小児科医会

子どもに無煙社会を贈ろうと呼び掛ける禁煙マーク

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/r1s\\_0225e.html](http://www.mofa.go.jp/mofaj/press/release/17/r1s_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

---