

医師から短時間の禁煙アドバイスを受けた喫煙者は 32.4% と低率であり、禁煙アドバイスが必ずしもできていない現状が明らかとなった(日医雑誌 2012; 141: 1917-1922)。日々の診療においては各学会の定めるガイドラインが診療の指針となるものである。禁煙による疾病予防効果、予後改善効果のエビデンスが確立されている疾患分野においては、ガイドラインにおいて標準的治療法の一つとして禁煙推奨及び指導を位置づけるべきであり、さらに、禁煙の意思がある喫煙者には禁煙治療を進めるべきである。明瞭に診療ガイドラインへ記載することにより禁煙指導を標準化医療・治療指針の一つとして位置づけることができれば、医師の患者に対する禁煙推奨率を高めることができ、ひいては疾病の予防、医療費の節減、主たる死亡原因である癌・心血管疾患の減少・QOL 改善と、健康な長寿社会の実現につながると考えられる。本分担研究では各学会、特に NCDs に関連した学会の診療ガイドラインを中心に、禁煙の位置づけについて調査研究を行った。

B. 研究方法

今回、たばこ関連疾患を取り扱う各学会のガイドラインにおいて禁煙推奨の位置づけを検討した。2014 年 3 月現在、ホームページで公開されている各学会のガイドラインについて、禁煙に関する記述について調査研究を行った。特に

(1) 学会として禁煙宣言をしているか、あるいは喫煙と疾病との疫学的・病態的関連ならびに禁煙による効果に言及されているかどうか。

(2) 疾病の治療指針として禁煙推奨、禁煙治療を推奨すること、受動喫煙(間接喫煙)の回避が含まれているかどうか。

(3) 前記(2)の記載がある場合、禁煙推奨のクラス分類やエビデンス分類について記載があるか。
の 3 点について中心的に検討を行った。

C. 研究結果

2014 年 3 月現在の、禁煙に関する各学会の診療ガイドライン記述は、以下の通りである。

【1】虚血性心疾患の一次予防

日本循環器学会の虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(JCS2006)において、日本人の虚血性心疾患への対応として「喫煙は、明らかに虚血性心疾患の重要な危険因子であり、完全な禁煙を実施することを指導するとともに、受動喫煙も能動喫煙以上に虚血性心疾患発症に寄与することを国民に周知徹底すべきである」と記載されている。またエビデンスグレーディングにおいて、「完全な禁煙を実施」「受動喫煙も回避されるべき」が共に、エビデンス I~VII の 8 段階評価で上位から 3 番目(III:よく管理されたコホート研究によるエビデンス)に位置づけられている。

【2】心筋梗塞の二次予防

日本循環器学会の心筋梗塞二次予防ガイドライン(JCS2011)においては、喫煙による冠動脈疾患死亡リスクの増加、禁煙によるリスク軽減について述べられた後、一般療法の一つとして「喫煙歴を把握」し、「喫煙歴があれば、弊害を説明し、禁煙指導、支援を図る。受動喫煙の弊害も説明し、生活、行動療法も指導する」ことが、エビデンスレベル B として、クラス I に分類されている。

【3】冠攣縮性狭心症

日本循環器学会の冠攣縮性狭心症の診断と治療に関するガイドライン(JCS2008)においては、「冠攣縮の治療に禁煙指導は欠かせない」と記載され、治療の日常生活の管理(危険因子の是正)において、禁煙はクラス I に分類されている。

【4】脳卒中

日本脳卒中学会の脳卒中治療ガイドライン 2009 において、一般の発症予防のための危険因子管理として「喫煙は脳梗塞・クモ膜下出血

の危険因子であり、喫煙者には禁煙が推奨される」と述べられ、禁煙推奨がグレードA（行うよう強く勧められる）に分類されている。また、「喫煙者には禁煙教育、ニコチン置換療法、経口禁煙薬が推奨される」として、禁煙治療を勧めることはグレードB（行うよう勧められる）に分類されている。受動喫煙を回避についてはグレードC1（行うことを考慮しても良い）と記載されている。

【5】睡眠時無呼吸症候群

日本循環器学会の循環器領域における睡眠呼吸障害の診断・治療に関するガイドライン

(JCS2010)において、「喫煙は気道系に炎症をもたらして上気道の閉塞を誘発する。喫煙者は非喫煙者に比して有意に閉塞性睡眠時無呼吸が多く、禁煙により若干改善する。したがって、閉塞性睡眠時無呼吸が存在する場合には、より強い禁煙指導が必要である」と述べられ、禁煙指導はクラスI、エビデンスレベルB（単独の無作為化臨床試験あるいは大規模な非無作為化試験で証明された結果）に位置付けられている。

【6】糖尿病

日本糖尿病学会の科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン2013では「糖尿病慢性合併症の予防、進展抑制のためには禁煙を守る」と記載され、グレードA（行うよう強く勧める）に分類されている。しかし喫煙の糖尿病合併症に及ぼす影響などに関する記載は認めない。また、禁煙宣言は行っていない。

【7】慢性腎臓病（CKD）

日本腎臓学会のCKD診療ガイド2012のCKD患者診療のエッセンス2012として「CKDの治療にあたっては、まず生活習慣の改善（禁煙、減塩、肥満の改善など）を行う」と述べられ、全てのCKD stageにおいて禁煙が治療方針の一つとして記載されている。またCKD治療総論においても、「肥満を予防すること、禁煙などは高血圧治療やCKD予防に必須である」と述べられている。

る。しかしエビデンスクラス分類はされていない。

【8】バージャー病（閉塞性血栓性血管炎）

バージャー病（閉塞性血栓性血管炎）は喫煙と密接な関連が示されている疾患であるが、日本循環器学会の血管炎症候群の診療ガイドライン(JCS 2008)において、厚生労働省軟知性血管炎研究班のバージャー病の治療指針として「①治療の原則：禁煙の励行。間接喫煙も避ける」と記載されている。エビデンスのクラス分類は記載されていない。

【9】静脈血栓塞栓症

日本血栓止血学会の肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症（静脈血栓塞栓症）予防ガイドライン（ダイジェスト版）（東京、Medical Front International Limited, 2004）によると、内科領域における静脈血栓塞栓症の危険因子の一つとして、喫煙歴がリストされ、そのリスクレベル：弱いに分類されている。静脈血栓塞栓症の推奨予防法において禁煙の記載はない。

【10】日本産婦人科学会の産婦人科診療ガイドラインー産科編2011において、「1. 妊娠初期に喫煙の有無について問診する：グレードB（勧められる）、2. 喫煙妊婦には禁煙を指導する：グレードB（勧められる）、3. 喫煙および受動喫煙の有害性について問われた場合には、「ヒトの健康、生命予後、胎児の成長、小児の成長・健康などにさまざまな影響を及ぼす」と答える：グレードB（勧められる）、4. パートナーが喫煙していた場合、禁煙を指導する：グレードC（考慮される）、5. 受動喫煙しないように指導する：グレードC（考慮される）」と明確に推奨クラス分類されると同時に、喫煙に関する様々なエビデンスについて詳細に解説されている。

【11】日本産婦人科学会の産婦人科診療ガイドラインー婦人科編2011において、「経口避妊薬を処方する時の慎重投与と禁忌：喫煙（1日15本以上）：グレードB（勧められる）」、「更年期

障害の治療：「たばこを吸わない」などの生活習慣への改善：グレードC（考慮される）」と明確に推奨クラス分類されている。

【12】慢性閉塞性肺疾患（COPD）

日本呼吸器学会のCOPD（慢性閉塞性肺疾患）ガイドラインにおいて、「喫煙はCOPDの最大の害の危険因子である」とし、受動喫煙の問題にも言及している。また、治療と管理の項目に禁煙を大きく取り上げ、「禁煙はCOPDの発症リスクを減らし、進行を止める唯一の最も効果的でもっとも費用対効果の高い介入法である。」「喫煙はニコチン依存という薬物依存症の一型とされている。」「臨床医による3分間の短い禁煙アドバイスをするだけでも、継続禁煙率が増加することが報告されている。」「禁煙治療は行動科学的アプローチによる行動療法と、薬理学的アプローチによる薬物療法を組み合わせで行われる。」また、禁煙を希望する患者を支援するストラテジー（あらゆる機会に患者の喫煙状況をたずね、すべての喫煙者に禁煙を強く説得し、意思確認、禁煙援助など）も詳細に記載されている。

【13】慢性気管支炎

日本呼吸器学会の咳嗽に関するガイドライン第2版において、「慢性気管支炎の原因のほとんどは喫煙であり、喫煙量と罹患に直接的な関連性がある（推奨グレードなし、エビデンスレベル：海外IV（分析疫学的研究）、日本なし）」「慢性気管支炎の定義は喫煙刺激による、閉塞性障害を伴わないたばこ気管支炎である（推奨グレードなし、エビデンスレベル：海外なし、日本IV）」「禁煙が最も有効な慢性気管支炎治療である（推奨グレードA（行うよう強く勧められる）、エビデンスレベル：海外II（1つ以上のランダム化比較試験による）、日本IV（分析疫学的研究））」

慢性気管支炎の診断には1) 現在喫煙、2) 湿性咳嗽、3) 禁煙で軽快する、の3点が重要である。（推奨グレードA（行うよう強く勧め

られる）、エビデンスレベル：海外なし、日本IV（分析疫学的研究）」

【14】気管支喘息

日本アレルギー学会の喘息予防・管理ガイドライン改訂版（2010）において、喘息の治療の基本は、アレルゲンとなる特異的環境因子とさまざまな増悪因子（非特異的環境因子：大気汚染物質や喫煙、薬物、ウイルスの呼吸器感染など）を除去することと記載されている。エビデンスレベルの記載は認めない。

【15】歯周病

日本歯周病学会の歯周病の検査・診断・治療計画の指針2008において、「喫煙は、歯周病の主要なリスクファクターであり、喫煙者は非喫煙者に比べ2～9倍、歯周病の罹患率が高い。禁煙することで、歯周病の進行リスクが低下し、歯周病治療効果が上がることが実証されている。」と記載され、禁煙は「歯周基本治療」として位置づけられており、医療面接において喫煙状況を聴取するよう記載されている。エビデンス分類はない。日本歯周病学会は禁煙宣言を行っている。

【16】癌

日本癌学会は「早くから喫煙率が低下した欧米諸国では、近年、男性の肺がん死亡率の低下傾向が観察されている。その一方、わが国では肺がんは1998年には胃がんを抜いて最も死亡数の多いがんとなり、現在なお上昇傾向を示している。本年5月にはWHOはたばこ対策枠組み条約を制定し、わが国でも健康増進法が施行され、第25条で受動喫煙対策が強化された。」として、日本癌学会は禁煙宣言を行っている。個々の癌に対する治療指針については記載されていない。

【17】頭頸部癌

日本頭頸部癌学会は「多くの頭頸部癌の誘因が喫煙と過度の飲酒によるものであることが判明しています。」とし、これらの誘因を排除するために、禁煙宣言している。治療指針ガイド

ラインにおける禁煙の記載は見当たらなかった。

【18】膀胱癌

日本泌尿器科学会の膀胱癌診療ガイドライン 2009 年版において、危険因子として「喫煙は、最も重要な膀胱の発癌因子である。」と、膀胱癌の一次予防として「禁煙が最も効果のある膀胱癌予防法と考えられる（推奨グレード B：勧められる）」と、喫煙と膀胱発癌の関係に関しては「喫煙は膀胱癌の一因であると考えられている。（推奨グレード A：強く勧められる）」と、膀胱がんのスクリーニングに関して「喫煙歴のある高齢者や、職業性発癌物質暴露既往歴を有する人など、いわゆる高リスク群に対象を限定した場合は、検尿および尿細胞診の年一回程度の施行が最も効率がよいスクリーニング法と考えられる。（推奨グレード C：勧められるだけの根拠が明確ではない）」と記載している。

【19】腎臓癌

日本泌尿器科学会の腎癌診療ガイドライン 2011 年版【第 2 版】で、「腎癌患者の肥満、喫煙、高血圧、アルコール摂取などの生活習慣や、患者の職業および環境因子には注意を喚起することが推奨される（グレード B）」と記載されている。（推奨グレードを A, B, C1, C2, D の 5 段階で設定。B：エビデンスがあり、推奨内容を日常診療で実践するように推奨する。）

【20】口腔癌

日本口腔腫瘍学会、日本口腔外科学会の科学的根拠に基づく口腔癌診療ガイドライン 2009 年版において、2 章 疫学で「喫煙は口腔癌における最大の危険因子と考えられている」（分析疫学研究（コホート研究や症例対照研究）による）、また「国際的には、喫煙と飲酒の両方を嗜好する国において口腔癌罹患率が高い」（分析疫学研究（コホート研究や症例対照研究）による）と記載している。エビデンスクラス分類はされていない。治療として禁煙についての言及は認めない。これらの学会は禁煙宣言を行っ

ている。

【21】肺癌

日本肺癌学会の肺癌診療ガイドラインにおいて、危険因子として喫煙を挙げている。なお、「危険因子例・有症状例に対しては肺癌検出のための検査を行うよう勧められる（グレード A）としている。」（推奨グレード A, B, C1, C2, D の 5 段階）。本学会は禁煙宣言を行っている。

【22】食道癌

日本食道学会の食道癌診療・治療ガイドライン（2012 年 4 月版）において、疫学・現状・危険因子の項目に喫煙との記載がある。エビデンスクラス分類はされていない。

【23】術前禁煙

術前禁煙については、日本手術医学会の手術医療の実践ガイドライン 2008 年において、「喫煙は術後の肺合併症を高率に発症させる原因の 1 つである。できれば 1 ヶ月間の禁煙を行うべき」と述べられ、術前処置の推奨事項として「少なくとも定時手術前 30 日の禁煙を指導する」と記載されている。しかし、「できれば」との表現で強制性は弱く、エビデンスクラス分類についても記載がない。また日本麻酔科学会は禁煙宣言を行ってはいるが、周術期禁煙ガイドラインについては未作成である。

D. 考察

今回、たばこ関連疾患を取り扱う各学会のガイドラインにおいて禁煙推奨の位置づけを検討した。（1）学会としての禁煙宣言や喫煙と疾病との関連性に関する記載、（2）疾病の治療指針として禁煙推奨の記載、（3）禁煙推奨のクラス分類やエビデンス分類についての記載、以上の項目を中心に検討した。

脳心血管疾患の分野に関しては、日本循環器学会の心筋梗塞二次予防、虚血性心疾患一次予防、冠攣縮性狭心症、睡眠時無呼吸症候群に関するガイドライン、日本脳卒中学会の脳卒中ガイドラインにおいて、前記（1）（2）（3）す

べてが記載されている。特に脳卒中ガイドラインにおいては、治療指針として禁煙推奨、禁煙治療を推奨、受動喫煙回避のすべてに関するグレード分類がなされている。日本循環器学会の血管炎症候群の診療ガイドラインにおけるバージャー病に関する項、ならびに日本腎臓学会のCKD診療ガイドにおいては、治療の基本的事項として禁煙の重症性が述べられているが、そのクラス分類やエビデンスレベルに関する記載はなかった。日本血栓止血学会の静脈血栓塞栓症予防ガイドラインでは静脈血栓塞栓症の弱い危険因子として喫煙歴があげられているが、治療指針として禁煙に関する記載はなかった。アメリカ心臓協会（AHA）ガイドライン：2002年「リスクへの取り組み」においては、「来院ごとに喫煙状況について質問し、すべての喫煙者に明確で、強い、個別のメッセージで禁煙するようアドバイスする」と勧告されている。日本の心血管分野ガイドラインの内、日本循環器学会・日本脳卒中学会のガイドラインにおいは、他の分野より比較的強く禁煙の重要性が強調されてはいるものの、アメリカに比べれば未だ大きく遅れていることが明らかとなった。

日本産婦人科学会の産婦人科診療ガイドライン産科編・婦人科編、日本呼吸器学会の咳嗽に関するガイドラインにおいて(1)(2)(3)の記載が揃っている。しかし、COPD、気管支喘息や歯周病ガイドラインにおいては禁煙の重要性は述べられているものの、エビデンスレベルの記載がなかった。

癌に関連する各学会の中で、日本泌尿器科学会の膀胱癌及び腎癌診療ガイドラインにおいて(1)(2)(3)の記載が揃っている。それ以外の癌関連各学会においては、日本癌学会、日本口腔外科学会、日本口腔腫瘍学会、日本頭頸部癌学会、日本肺癌学会が禁煙宣言を行うなど、禁煙を学会の取り組みとしてはいるものの、ガイドラインの治療指針に関する記載は診断、ならびに化学療法や手術療法などの治療法、リハ

ビリ、緩和医療についての記載が主になっている。これは発症した予後の悪い癌患者における禁煙の効果に関するエビデンスが揃っていないことによると思われる。しかし世界保健機関（WHO）の国際がん研究機関（IARC）の評価（2002年）において、喫煙とたばこ煙は、ヒトに対して最も強い発がん性があると判定されている。国際がん研究機関（IARC）の報告書（モノグラフ第83巻）では、受動喫煙についても、最も強い発がん性があると判定されている。日本のガイドラインにおいては、喫煙ががん発症の危険因子として触れられているものの、禁煙を治療指針に取り入れているものは少ないことが判明した。

日本糖尿病学会の科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン2013では糖尿病慢性合併症の予防、進展抑制のためには禁煙を守る と記載され、グレードAに分類されている。しかし学会としての禁煙宣言や喫煙の糖尿病合併症に及ぼす影響などに関する記載はなく、その主張レベルは高くなかった。禁煙後3年間は糖尿病の発症リスクが増加し、高血糖が悪化することがあるなど、血糖コントロールの面からは禁煙によるマイナス面が出る可能性があることを考慮している可能性がある。しかし、禁煙後たとえ体重増加を来たしても、体重増加を5kg以内に抑えて4年を越えて禁煙している人は、現在喫煙者より有意に心血管イベントの発症率が低がる と報告されている（*JAMA* 2013;

309:1014-21）。さらに糖尿病の重篤な合併症である末梢動脈硬化性疾患においては、喫煙が足壊疽などの重症化危険因子として最も寄与率が大きく（下肢閉塞性動脈硬化症の診断・治療指針II（日本脈管学会，編）東京：メディカルトリビューン社；2007）、糖尿病と喫煙が重なると極めて大きな足壊疽危険因子となる。このように重篤な合併症を予防する観点から、糖尿病が安定している時期に糖尿病患者の禁煙を積極的に進めることは非常に重要である と考える。

最後に、術前禁煙については、日本手術医学会の手術医療の実践ガイドラインにおいて、「喫煙は術後の肺合併症を高率に発症させる原因の1つである。できれば1ヶ月間の禁煙を行うべき」と述べられ、術前処置の推奨事項として「少なくとも定時手術間30日間の禁煙を指導する」と記載されている。しかし、「できれば」とその強制性は弱く、エビデンスクラス分類についても記載がない。日本麻酔科学会も周術期禁煙ガイドラインは未作成である。術前の禁煙治療の効果について、無作為比較試験の結果、術後合併症は、禁煙非治療群52%に比べて禁煙治療群18%と大きく減少することが示されている

(Lancet 2002;359:114-117)。なかでも創傷に関する合併症は禁煙非治療群31%に比べて禁煙治療群5%で、特に差がみられた。このように明瞭なエビデンスがあるにもかかわらず、未だ術前禁煙に関してガイドラインにより医療の標準化ができていないのは極めて遺憾である。

ガイドラインの性質を定義した大阪地裁H19.9.19(判例時報2004号126ページ、判例タイムズ1262号299ページ)の判決では「一般に診療ガイドラインは、作成時点で最も妥当と考えられる手順をモデルとして示したものであることが認められ、具体的な医療行為を行うにあたって、ガイドラインに従わなかったとしても、直ちに診療契約上の債務不履行又は不法行為に該当すると評価することができるものではないが、当該ガイドラインの内容を踏まえた上で医療行為を行うことが必要であり、医師はその義務を負っていると解される」と述べられている。すなわち医療従事者はガイドラインを踏まえて医療を行う義務を負っているものと解釈される。従ってガイドラインに禁煙推奨の記載がある疾患群の診療において、医療従事者が禁煙推奨を行わず、患者が重篤な合併症を発生した場合は、医療従事者が義務違反として責任を負う可能性がある。

E. 結論

各学会の治療指針ガイドラインにおいて禁煙推奨・禁煙治療・受動喫煙に関する記述に関する調査研究を行った。周術期管理分野では記述が不十分で、心血管分野では比較的記述がしっかりしているが、それでも欧米に比べれば遅れていることが判明した。ガイドライン記述を充実させることが、医療従事者の禁煙に関する意識を高めることができ、ひいては疾病の予防、医療費の節減、主たる死亡原因である癌・心血管疾患の減少・QOL改善と、健康な長寿社会の実現につながると考えられる。

F. 研究発表

1. 論文発表

1) Maki Komiyama, Hiromichi Wada, Shuichi Ura, Hajime Yamakage, Noriko Satoh-Asahara, Akira Shimatsu, Hiroshi Koyama, Koichi Kono, Yuko Takahashi, Koji Hasegawa: Analysis of factors that determine weight gain during smoking cessation therapy. *PLoS One* 2013;8:e72010.

2. 学会発表

1) 小見山 麻紀、和田 啓道、浦 修一、山陰 一、浅原(佐藤) 哲子、嶋田 清香、島津 章、小山 弘、河野 公一、高橋 裕子、長谷川 浩二: 禁煙後体重増加と心血管バイオマーカー. 第2回禁煙治療研究会 2013年5月19日

2) Maki Komiyama, Hiromichi Wada, Shuichi Ura, Hajime Yamakage, Noriko Satoh-Asahara, Akira Shimatsu, Hiroshi Koyama, Koichi Kono, Yuko Takahashi, Koji Hasegawa: Effects of pharmacological therapy on weight gain after smoking cessation. 18th Annual Scientific Meeting of the ISCP, Rome, 28-30 June 2013.

3) 小見山 麻紀、和田 啓道、浦 修一、山陰 一、

浅原(佐藤) 哲子、島津 章、小山 弘、河野 公一、高橋 裕子、長谷川 浩二：禁煙後体重増加と心血管バイオマーカー。第8回日本禁煙科学会学術総会 2013年11月3日

特になし

3. その他

特になし

4) 小見山 麻紀、和田 啓道、浦 修一、山陰 一、浅原(佐藤) 哲子、島津 章、小山 弘、河野 公一、高橋 裕子、長谷川 浩二：禁煙外来受診者における性差の影響と禁煙成功率の検討。第8回日本禁煙科学会学術総会 2013年11月4日

5) 小見山 麻紀、和田 啓道、浦 修一、山陰 一、浅原(佐藤) 哲子、島津 章、小山 弘、河野 公一、高橋 裕子、長谷川 浩二：睡眠時間と禁煙後体重増加についての検討。第8回日本禁煙科学会学術総会 2013年11月4日

6) 小見山 麻紀、和田 啓道、浦 修一、山陰 一、浅原(佐藤) 哲子、島津 章、小山 弘、河野 公一、高橋 裕子、長谷川 浩二：喫煙と唾液酸化還元電位値の関連についての検討。第8回日本禁煙科学会学術総会 2013年11月4日

7) Maki Komiyama, Hiromichi Wada, Syuichi Ura, Hajime Yamakage, Noriko Asahara, Sayaka Shimada, Akira Shimatsu, Hiroshi Koyama, Koichi Kono, Yuko Takahashi, Koji Hasegawa : Influence of post-smoking cessation weight gain on serum α 1-antitrypsin-low density lipoprotein levels. American Heart Association 19 Nov 2013.

G. 知的財産権の出願・登録状況

知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）
分担研究報告書

わが国の現状と課題の抽出・課題解決の方策の検討

第 8 条 受動喫煙防止

研究分担者 大和 浩 産業医科大学 産業生態科学研究所 教授

研究要旨：「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約(FCTC)」、第 8 条「たばこの煙にさらされることからの保護」では、官公庁や公共施設だけでなく、民間のレストランやバー等のサービス産業も含めて全面禁煙とする法規制を締約国に求めている。世界保健機関（WHO）は FCTC の履行状況を定期的にモニタリングしており、MPOWER 2013 として報告している。まず、MPOWER 2013 で公開されている諸外国の受動喫煙防止法の内容について検討を行ったところ、2012 年までに 43 ヶ国でレストランやバーを含むすべての屋内施設を禁煙とする法律が施行されていることを確認した。FCTC を批准していないアメリカについては、アメリカ疾病予防管理センター(CDC)のホームページの情報から、52 州のうち 34 州で一般の職場を全面禁煙とする州法が施行されており、28 州でレストラン等のサービス産業の屋内施設を全面禁煙とする州法が施行されていた。

一方、わが国では、2003 年に施行された健康増進法 第 25 条に「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。」と規定されているが、努力義務であるため官公庁でさえ建物内が全面禁煙となっていない。2010 年、厚生労働省健康局長通知により「多数の者が利用する公共的な空間については、原則として全面禁煙であるべきである」ことが示された。同年より、労働安全衛生法の一部改正が検討され、一般の職場の受動喫煙防止対策を義務化することが検討されたが、平成 26(2014)年の第 186 回通常国会に提出された法律案では努力義務に後退した。また、労働安全衛生法改正の検討当初から、飲食店やレストラン、旅館業等のサービス産業は、全面禁煙や空間分煙が困難な場合があると取り扱われ、平成 23(2011)年より中小規模のサービス産業に喫煙室を設置するための費用の 4 分の 1 を助成する制度が開始され、平成 25(2013)年にはすべての業種の中小規模事業所が対象となり、助成率が 2 分の 1 に引き上げられ、労働安全衛生法の改正に盛り込むことが提案される、など世界の潮流に逆行している状況である。

今後、WHO FCTC 第 8 条が締約国に求めている飲食店やレストラン、旅館業等のサービス産業を含むすべての屋内施設を全面禁煙とする立法措置の成立を促していかなければならない。

A. 研究目的

2005年、「たばこの規制に関する世界保健機関枠組み条約（FCTC）」が発効した。2007年に示されたFCTC第8条「たばこの煙にさらされることからの保護」に関する政策勧告、2011年に示されたFCTC第8条の実施のためのガイドラインでは、「喫煙室の設置や空気清浄機の使用による工学的なアプローチでは受動喫煙を防止することはできない。受動喫煙から保護するための効果的な対策としては、建物内を100%完全禁煙とする無煙環境とする措置が必要（厚生労働省及び独立行政法人国立がん研究センター訳）」とされており、締約国に対して建物内を全面禁煙とする立法上の措置をとることを求めている。

すでに、海外ではイギリスやアイルランド、ニュージーランドなど多くの国で、また、カナダやオーストラリアでもほとんどの州で一般の職場や公共施設だけでなく、レストランやバー等のサービス産業も含めて全面禁煙とする法律が施行され、その結果、国民全体の喫煙率が減少し、喘息や心筋梗塞などの喫煙関連疾患が減少し始めたことが報告されている。なお、FCTCを批准していないアメリカでも過半数の州で同様の州法が施行されており、ロシアも2013年に包括的な喫煙対策に関する法律を成立させ、2014年6月からはロシア全土の屋内施設が全面禁煙となる予定である。

一方、わが国では2003年に施行された健康増進法において、「多数の者が利用する施設」では「受動喫煙を防止するために必要な措置を講ずる」ことが努力義務とされたことにより、銀行や郵便局の窓口、関東地方の私鉄が全面禁煙となるなど一定の効果はみられた。しかし、努力義務であり罰則規定もないこと、また、同年に厚生労働省から

示された「一定の要件を満たす喫煙室」が官公庁や企業に設置されたこともあり、FCTCが示している屋内施設の100%全面禁煙の達成が出来ていない。

本研究では、第8条「たばこの煙にさらされることからの保護」に関するわが国の現状と課題の抽出・課題解決の方策を検討するために、わが国の現状分析、国内の関連法規、および、諸外国のようなレストラン等のサービス産業を含めた有効な受動喫煙対策となり得る法規制の成立に向けた課題について整理を行うことを目的としている。

B. 研究方法

1. 諸外国で施行されているレストランやバー等のサービス産業を含めた全面禁煙の法規制の有無に関する検討

WHO FCTCのホームページには、各条項の履行状況に関する国別の報告書が公開されている。受動喫煙防止対策に関する第8条については、以下の8つの分野、つまり、

- ・官公庁
- ・医療施設
- ・大学以外の教育施設
- ・大学
- ・サービス産業以外の一般企業
- ・公共交通機関を含む公共施設
- ・食事の提供を主とするレストラン
- ・アルコールを含む飲料の提供を主とするカフェやパブ・バー

について、屋内施設を禁煙とする法規制の有無が公開されている (http://www.who.int/fctc/reporting/party_reports/en/)。

厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）、「受動喫煙の

防止を進めるための効果的な行政施策のあり方に関する研究(研究代表者:産業医科大学、大和 浩)の平成 25(2013)年度研究報告書において、G8、G20、および、その他の 45 カ国の 8 分野の法規制に関する各国報告を和訳し、その一覧表の作成を行った。本研究では G8 と G20 に関する一覧表を共有する。

2. わが国の受動喫煙対策の規制の現状

わが国では、平成 4(1992)年に旧労働省から示された「事業者が講ずべき快適な職場環境の形成のための措置に関する指針」で初めて受動喫煙防止対策の必要性が示された。その後、平成 26(2014)年の国会に提出された労働安全衛生法の一部を改正する法律案の作成に至るまでの、受動喫煙対策にかかわる国の方針について総括を行った。

(倫理面への配慮)

本研究は、世界保健機関 (WHO)、日本の政府や厚生労働省から公開された文書の分析であり、倫理上の問題は発生しない。

C. 研究結果

1. 諸外国で施行されているレストランやバー等のサービス産業を含めた屋内施設を全面禁煙とする法規制の有無に関する検討

2012 年に実施された WHO FCTC の履行状況に関する各国報告から、FCTC 第 8 条、つまり、受動喫煙防止法の施行状況を、高・中・低所得国別に図 1 に示す。すでに 43 カ国で 8 つの分野(官公庁、医療施設、大学以外の教育施設、大学、サービス産業以外の一般企業、公共交通機関を含む公共的施設、食事の提供を主とするレストラン、アルコールを含む飲料の提供を主とするカフェやパブ・バ

ー)の屋内施設を全面禁煙化する法律が施行されていた。それ以外に 16 カ国で 8 分野のうち 6 もしくは 7 分野を法律により屋内施設を全面禁煙としていた。表 1 に G8 の、表 2 に G20 の 8 分野の禁煙化状況を示す。わが国は飛行機内部が法律により禁煙化されている以外、いずれの分野にも法律による受動喫煙規制がなされていないため、図 1 では対策が遅れた国として分類されている。なお、FCTC では 8 分野の屋内施設が全面禁煙である 43 カ国を濃い色で表した世界地図を作成しているが(図 2)、2014 年 6 月からロシア全土で屋内施設を全面禁煙化する法律が施行される予定であり、受動喫煙防止法でカバーされる面積は格段に大きくなる予定である。

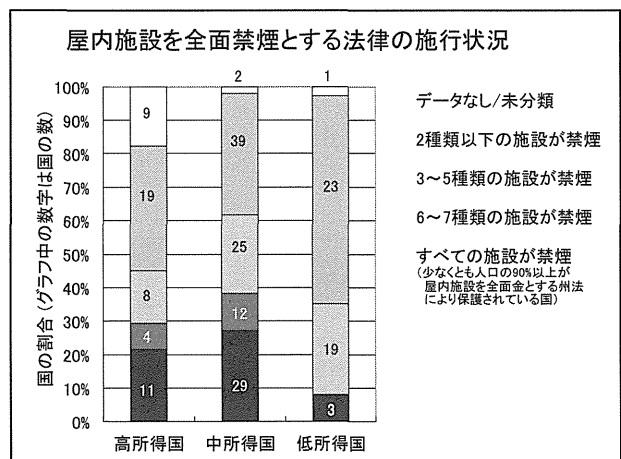


図 1. FCTC 締約国の 8 分野の屋内施設を全面禁煙とする法律の施行状況

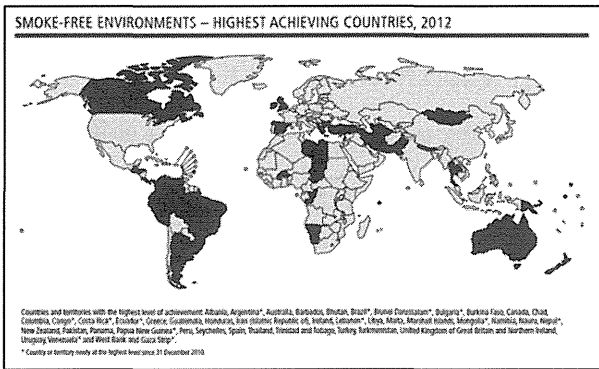


図2. 屋内施設を全面禁煙とする法律を施行している国（黒）

なお、アメリカ合衆国は表2で示したように半数以上の州で屋内施設を全面禁煙化する州法が施行されている。FCTCを批准していないため、MPOWERの地図には反映されていないが、アメリカ疾病予防管理センターが作成した地図では図3のように52州のうち34州で一般の職場を全面禁煙とする州法が施行されており、28州でレストランやバーを含む屋内施設での喫煙が州法で規制されていた（2014年第1四半期）。

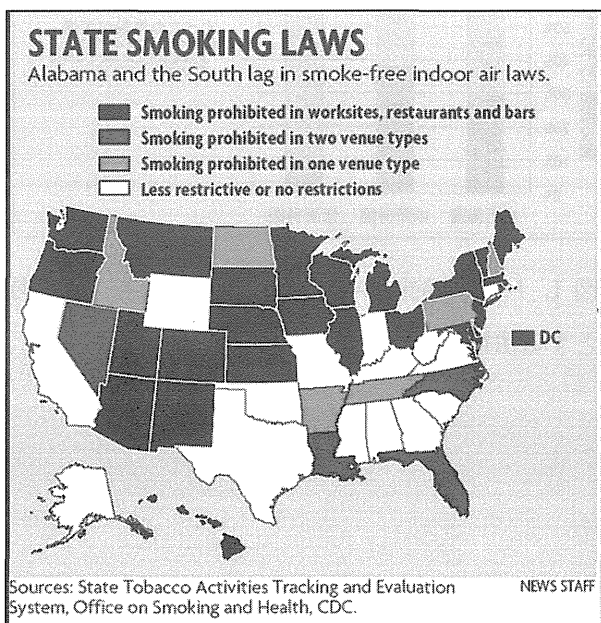


図3. アメリカ、屋内施設を全面禁煙とする州法の施行状況

2. わが国の受動喫煙対策の規制の現状

受動喫煙の規制に関するわが国の指針、ガイドライン、法律、政策目標を以下に示す。

- ① 平成4(1992)年7月1日、労働省から示された「事業者が講ずべき快適な職場環境の形成のための措置に関する指針」で初めて受動喫煙防止対策の必要性が示された。
- ② 平成8(1996)年2月21日、労働省「職場における喫煙対策のためのガイドライン」により、執務場所を禁煙とし、喫煙室等（喫煙室や喫煙コーナー）を設けることを前提とした空間分煙が推奨された。
- ③ 平成8(1996)年3月、厚生省「公共の場における分煙のあり方検討委員会報告書」により、禁煙原則に立脚した対策が望まれる場所（保健医療機関、教育機関、官公庁）、分煙対策を強く推進することが望まれる場所（公共交通機関、金融機関、博物館等、運動施設等）、事業主の主体性に基づいて適切な分煙対策を推進することが望まれる場所（飲食店、販売業、宿泊施設、娯楽施設、遊技場等）が示された。
- ④ 平成12(2000)年3月31日、厚生省「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）の推進について」で、「公共の場及び職場における分煙の徹底及び効果の高い分煙に関する知識の普及」に関する目標が掲げられた。
- ⑤ 平成14(2002)年6月、厚生省より「分煙効果判定基準策定検討会報告書」で、「屋内における有効な分煙条件」として、「非喫煙場所から喫煙場所方向に一定の空気の流れ（0.2m/s以上）」が示された。
- ⑥ 平成15(2003)年5月1日、「健康増進法」が施行され、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に努めなければならない」とされた。

- ⑦ 平成 15(2003)年 5 月 9 日、厚生労働省より示された「職場における喫煙対策のための新ガイドライン」では、「一定の要件を満たす喫煙室等」以外の場所を禁煙とする空間分煙を想定し、その基準として、「非喫煙場所と喫煙室等との境界において、喫煙室等へ向かう気流の風速を 0.2m/s 以上とするように必要な措置を講じること」とされた。

平成 21(2009)年以降、官公庁をはじめとした公共的施設、一般企業、および、飲食店等のサービス産業の受動喫煙対策を強化する法規制について検討されてきた。以下にその経緯を記載する。

- ⑧ 平成 22(2010)年 2 月 25 日、公共的な空間の受動喫煙防止対策として発出された健康局長通知「受動喫煙防止対策について」（健発 0225 第 2 号）では、「多数の者が利用する公共的な空間については、原則として全面禁煙であるべきである」「少なくとも官公庁や医療施設においては、全面禁煙とすることが望ましい」と述べられた。さらに、平成 22(2010)年 7 月 30 日には、「健康増進法第 25 条の受動喫煙には、施設の出入口付近に喫煙場所を設けることで、屋外から施設内に流れ込んだ他人のた

ばこの煙を吸わされることも含むため、喫煙場所を施設の出入口から極力離すなど、必要な措置を講ずるよう努めなければならないところである。なお、施設を訪れる人が、その出入口において、たばこの煙に曝露されることも指摘されているところであり、この点についても、「ご配慮頂きたい」とする事務連絡が厚生労働省健康局から出されている。

- ⑨ 平成 24(2012)年 10 月 29 日、同じ内容で「受動喫煙防止対策の徹底について」（健発 1029 第 5 号）に引き継がれた。
- ⑩ 平成 21(2009)年 7 月より厚生労働省労働基準局において「職場における受動喫煙防止対策に関する検討会」が 8 回開催され、その報告書が 2010 年 5 月 26 日に発表された。検討会では、厚生労働省が平成 19(2007)年に実施した労働者健康状況調査をもとに、「何らかの喫煙対策に取り組んでいる事業場の割合は平成 9 年の 48%から、平成 14 年の 59%、平成 19 年の 76%に増加しているが、事業所全体を禁煙にしている割合は 18.4%で、喫煙室以外を禁煙としている事業所は 27.9%であるが、いずれの対策も講じていない事業所は全体の 53.6%であったこと、つまり、過半数の職場で受動喫煙対策が取られていなかったことが述べられた。さらに、報告書では、WHO FCTC 第 8 条等を背景に欧州や米国等の諸外国において屋内の公共の空間や職場等を禁煙とする法規制が行われていること、「国際がん研究機関(IARC)の発がん性分類においても、受動喫煙はグループ 1（ヒトに対する発がん性が認め

られる)に位置付けられている」こと、「冠動脈疾患の原因となる」ことにも言及されている。さらに、「職場は労働者が選択することが容易でなく、しかも一定の時間拘束されること、事業者には、『労働契約に伴い、労働者がその生命、身体等の安全を確保しつつ労働することができるよう、必要な配慮をするものとする。』(労働契約法(平成19年法律第128号)第5条)という安全配慮義務があることを考慮に入れると、労働安全衛生法において、労働者の健康障害防止に着目した受動喫煙防止対策を規定することが必要」とされ、一般の事務所、工場等における措置として「全面禁煙又は空間分煙とすることが必要である」と述べられた。しかし、その一方で、サービス産業における「たばこ特有の事情」として、「当該事業場において提供されるサービスを利用する顧客に対して禁煙等とすることを事業者一律に求めることは困難である。特に飲食店等の場合は、喫煙区域が店舗内(職場内)に存在することも多いことから、労働者のたばこ煙へのばく露を完全には防ぐことができない場合がある」とされ、あたかも規制の対象外であるかのような内容であった。

- ⑪ 平成22(2010)年6月18日、閣議決定された「新成長戦略」において、「2020年までに実現すべき成果目標」として「受動喫煙の無い職場の実現」が掲げられた。
- ⑫ 平成22(2010)年12月22日、労働政策審議会は安全衛生分科会で検討された内容に基づき、厚生労働大臣に対して「今後の職場における安

全衛生対策について(建議)」を提出した。この建議では、職場における化学物質管理やメンタルヘルス対策の推進、および、「職場における受動喫煙防止対策の抜本的強化」が取り上げられた。同年の労働基準局から提出された上記の報告書(⑩)に沿った内容であり、労働者の健康障害防止という観点から、「一般の事務所、工場等については、全面禁煙や空間分煙とすることを事業者の義務とすることが適当である」とされた。飲食店等のサービス産業については、「顧客の喫煙に制限を加えることにより営業上の支障が生じ、全面禁煙や空間分煙の措置をとることが困難な場合には、当分の間、可能な限り労働者の受動喫煙の機会を低減させることを事業者の義務とする」とされ、換気量の基準として「粉じん濃度：0.15mg/m³以下、n席の客席がある喫煙区域における1時間あたりの必要換気量：70.3×n m³/時間とすることが適当である」とされ、義務化に対応する事業者を支援するため、デジタル粉じん計の貸与、喫煙室の設置に係る問い合わせに対する労働衛生コンサルタント、作業環境測定士等の専門家の派遣等の技術的支援を行うとともに、顧客が喫煙する飲食店、ホテル・旅館等の中でも空間分煙に取り組む事業者に対して、喫煙室設置に係る財政的支援を行うべきである」と述べられた。

- ⑬ 平成23(2011)年3月の東北大震災の後、平成23(2011)年12月2日の閣議決定を経て、安全配慮義務の観点から職場の受動喫煙防止対策を義務化する労働安全衛生法の一部を改正する法律案が第179回臨時国会に提出され、2012年1月に招集された第180回通常国会にて継続

審議となった。法律案では、「受動喫煙の防止」
として

第六十八条の二 事業者は、労働者の受動喫煙を防止するため、屋内作業場その他の厚生労働省令で定める作業場について、専ら喫煙のために利用されることを目的とする室を除き、喫煙を禁止することその他の厚生労働省令で定める措置を講じなければならない。

附則 受動喫煙の防止に関する特例

第二十七条 飲食物の提供その他の役務の提供の事業であつて厚生労働省令で定めるものを行う事業者については、当分の間、第六十八条の二の規定は、適用しない。この場合において、当該事業者は、同条の厚生労働省令で定める作業場について、労働者の受動喫煙の程度を軽減させるための措置として厚生労働省令で定める措置を講じなければならない。

とされた。しかし、同年 11 月 16 日の衆議院解散で審議未了につき廃案となった。

- ⑭ 平成 22(2010)年の建議に基づく形で、平成 23(2011)年 10 月 1 日より、「顧客が喫煙できることをサービスに含めて提供している旅館、料理店又は飲食店を営む中小企業に対し、喫煙室の設置等の取組に対し助成することにより受動喫煙防止対策を推進することを目的」とする助成金制度が始まった。平成 23(2011)年度、平成 24(2012)年度は「喫煙室の設置等に係る経費のうち、工費、設備費、備品費及び機械装置費等」の 4 分の 1（上限額は 200 万円）であったが、平成 25(2013)年 5 月 16 日からはサービス産業以外の中小企業にも適用が拡大され、かつ、助成率が 2 分の 1 に引き上げられた（上限

額は 200 万円）。

- ⑮ 全面禁煙化ではなく喫煙室の設置を促す方針は、同じ平成 25(2013)年度から 5 年間の中期計画として始まった第 12 次労働災害防止計画でも同じである。メンタルヘルス対策の強化等とともに、受動喫煙防止対策については、「平成 29(2017)年までに職場で受動喫煙を受けている労働者の割合を 15%以下にする」という目標が立てられ、講ずべき施策が、以下のよう
に述べられた。
- a 普及・啓発
 - ・受動喫煙の健康への有害性に関する理解を図るための教育啓発と事業者に対する効果的な支援の実施により、受動喫煙防止対策を普及・促進する。
 - b 受動喫煙防止対策の強化
 - ・職場での禁煙、空間分煙、その他飲食店、ホテル・旅館等のうち対応の困難な事業場では換気等による有害物質濃度の低減等の措置により、受動喫煙防止対策の実施を徹底する。
- ⑯ 平成 25(2013)年 12 月 24 日、再び、労働政策審議会の安全衛生分科会で討議された職場のメンタルヘルス対策等の 9 項目が「今後の労働安全衛生対策について（建議）」（労審発第 715 号）として厚生労働大臣に対して提出された。職場における受動喫煙防止対策については、「平成 22 年の建議に基づく労働安全衛生法の一部を改正する法律案において、一般の事務所、工場等については全面禁煙や空間分煙とすること、飲食店等については労働者の受動喫煙の程度を低減させるための措置を講じることを事業者の

義務とすることが盛り込まれた。」

「建議後の受動喫煙防止対策の実施状況を見ると、事業者による全面禁煙・空間分煙の取組率は、平成 23 年が 47.6%、平成 24 年が 61.4%と着実に進んでいる一方で、従業員数が 50 人未満の小規模事業場においては、従業員数が 50 人以上の事業場と比して取組が進んでいない状況にある」と述べ、「対策の方向性」として「平成 22 年の建議に基づく労働安全衛生法の一部を改正する法律案を踏まえつつ、一部の事業場での取組が遅れている中で全面禁煙や空間分煙を事業者の義務とした場合、国が実施している現行の支援策がなくなり、その結果かえって取組が進まなくなるおそれがあるとの意見が出されたことにも十分に留意し、また、建議後に受動喫煙防止対策に取り組んでいる事業場が増加していることも勘案し、法案の内容を検討することが適当である」と理解しがたい一文が追記された。

⑰ 上記建議を受けて、平成 26(2014)年 1 月 23 日、厚生労働省により「労働安全衛生法の一部を改正する法律案要綱」が作成された。心理的な負担の程度を把握するための検査(メンタルヘルス対策)等とともに、「受動喫煙の防止」として、

一 事業者は、労働者の受動喫煙を防止するため、屋内作業場その他の厚生労働省令で定める作業場について、専ら喫煙のために利用されることを目的とする室(当該室からたばこの煙が漏れるおそれがないものとして厚生労働省令で定める基準に合致するものに限る)を除き、喫煙を禁止することその他の厚生労働省令で定める

措置を講ずるよう努めなければならないものとする。

二 国は、労働者の健康の保持増進に関する措置の適切かつ有効な実施を図るため、一の専ら喫煙のために利用されることを目的とする室の設置の促進その他の必要な援助に努めるものとする。

とされ、受動喫煙防止対策は義務化ではなく努力義務に後退し、かつ、喫煙室の設置のための助成制度を恒久化する内容の法律改正案を作成した。

⑱ 平成 26(2014)年 3 月 13 日、厚生労働省より「労働安全衛生法の一部を改正する法律案」として、

第六十八条の二 事業者は、労働者の受動喫煙を防止するため、当該事業者及び事業場の実情に応じ適切な措置を講ずるよう努めるものとする。

第七十一条 国は、労働者の健康の保持増進に関する措置の適切かつ有効な実施を図るため、必要な資料の提供、作業環境測定及び健康診断の実施の促進、受動喫煙の防止のための設備の設置の促進、事業場における健康教育等に関する指導員の確保及び資質の向上の促進及び資質の向上の促進その他の必要な援助に努めるものとする。

として、平成 26(2014)年 1 月 24 日に招集された第 186 回通常国会に提出された。

D. 考察

FCTC MPOWER 2013 では 43 カ国で、官公庁、医療施設、大学以外の教育施設、大学、サービス産業以外の一般企業、公共交通機関を含む公共的施設、

食事の提供を主とするレストラン、アルコールを含む飲料の提供を主とするカフェやパブ・バーなど 8 分野の屋内施設を全面禁煙とする法律が施行されており、FCTC を批准していないアメリカでも 52 州のうち 28 州で同様の州法が施行されていた。

一方、わが国では、厚生労働省健康局長から「基本的な方向性として、多数の者が利用する公共的な空間については、原則として全面禁煙であるべきである」という方針が示されたのみで、強制力がないため、官公庁でさえ建物内の禁煙化が達成されていない。平成 25(2013)年度の厚生労働科学研究によれば、47 都道府県庁のうち喫煙室を設置しない建物内全面禁煙は 32 道府県であり、46 道府県庁所在市のうち建物内全面禁煙は 17 市、23 特別区では 4 区、20 政令市では半数の 10 市のみが建物内全面禁煙という状況であった。

一般企業における受動喫煙防止対策のために労働安全衛生法の一部を改正する法律案が平成 21(2009)年以降検討され、当初は職場の受動喫煙防止対策を「義務とする」とされていたものが「努める」(努力義務)と後退した形で平成 26(2014)年の国会に提出されている。

さらに、われわれの過去の報告で、「一定の要件を満たす喫煙室」では受動喫煙を防止できないこと、レストラン等のサービス産業の従業員の職業的な受動喫煙の問題を再三指摘しているにもかかわらず、喫煙室の設置を促進する助成金制度が設けられ、その対象事業者も旅館業、料理店から一般企業に拡大されるなど、FCTC 第 8 条に沿って諸外国で行われている全面禁煙化の方向性に逆行している。

今後、喫煙室を設置しても受動喫煙を防止できないこと、設置費用だけでなく維持管理費用、特に空調された室内の空気をタバコ煙とともに排気することによって発生する余分な電力、掃除に係わる経費、などの資料を収集することで全面禁煙化の推進に寄与することが重要であると考えられ

た。

E. 結論

諸外国は FCTC 第 8 条に沿って、すでに 43 カ国ですべての屋内施設が全面禁煙化されていた。

わが国にも諸外国のように、サービス産業を含む屋内施設を全面禁煙とする法規制が必要であると考えられた。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 大和 浩, 太田雅規, 中村正和. 某ファミリーレストラングループにおける客席禁煙化前後の営業収入の相対変化: 未改装店, 分煙店の相対変化との比較. 日本公衛誌. 61(3): 130-135, 2014
- 2) Yamato H, Mori N, Horie R, Garcon L, Taniguchi M, Armada F. Designated smoking areas in streets where outdoor smoking is banned. Kobe Journal of Medical Sciences. 59(3): 93-105, 2013
- 3) 大和 浩. 職場における喫煙・受動喫煙対策. 保健の科学. 55(9): 623-628, 2013
- 4) 大和 浩. 産業医学と喫煙対策. 産業医科大学雑誌. 35(Supple): 133-140, 2013
- 5) 大和 浩. 職場の喫煙対策の現状と未来. 産業医学レビュー. 25(4): 219-238, 2013
- 6) 大和 浩. 世界各国とわが国の喫煙対策, 現状と今後の方向性. 健康開発. 18(2): 14-23, 2013
- 7) 大和 浩. 職場の受動喫煙防止対策にかかわる労働安全衛生法の改正の動きと職場での喫煙対策の取り組み. 労働衛生工学. 52: 31-36, 2013
- 8) 大和 浩. 受動喫煙による障害と受動喫煙防止法・条例による効果. 日本臨床. 71(3): 464-468, 2013
- 9) 大和 浩. わが国の受動喫煙対策に関わる法改

- 正の動きとその課題. 循環器専門医. 21(2): 350-355, 2013
- 10) 大和 浩. タバコ煙の PM_{2.5}としての有害性とその安全対策. 呼吸. 32(11): 1028-1035, 2013
- 11) 大和 浩. タバコ関連疾患. 内科学(第 10 版). 朝倉書店. 2352-2354, 2013
- 12) 大和 浩. 受動喫煙防止対策と禁煙支援. 特定健康診査・特定保健指導における禁煙支援から始めるたばこ対策. 日本公衆衛生協会. 大井田隆, 中村正和, 尾崎哲則編, 53-83, 2013
- 13) 大和 浩. 禁煙・たばこ依存・受動喫煙. 産業安全保健ハンドブック. 労働科学研究所. 810-813, 2013
- 14) 大和 浩. 職場の喫煙対策. 産業保健マニュアル. 南山堂. 136, 2013
- 15) 大和 浩. タバコの科学. 歯科衛生士のための禁煙支援ガイドブック. 医歯薬出版. 2-3, 2013
- 16) 大和 浩. 職域と家庭環境の喫煙状況と喫煙支援. 歯科衛生士のための禁煙支援ガイドブック. 医歯薬出版 88-91, 2013
- 17) 大和 浩. PM_{2.5}から考えるタバコの害. 少年写真新聞. 小学保健ニュース. 2013.11.18 号
- 18) 大和浩, 太田雅規, 中村正和. 某ファミリーレストラングループにおける客席禁煙化前後の営業収入の相対変化—未改装店、分煙店の相対変化との比較. 日本公衆衛生雑誌, 61(3): 130-135, 2014.

2. 学会発表

- 1) 大和 浩. 職場と日常生活における PM_{2.5} 曝露実態とその対策. 第 86 回日本産業衛生学会総会 (2013 年 5 月, 松山)
- 2) 畑中陽子, 大杉茂樹, 太田雅規, 大和 浩. 喫煙によって発生する超過医療費: 20 年間の追跡調査結果から. (2013 年 5 月, 松山)
- 3) 垣内紀亮, 江口泰正, 太田雅規, 大神 明, 大和 浩. 自動車製造業における喫煙率の変化: 「建物内禁煙の効果」と「タバコ値上げの効果」について (2013 年 5 月, 松山)
- 4) 守田祐作, 田中完, 今野由将, 太田雅規, 大和 浩. 喫煙と業務中の怪我との関連. (2013 年 9 月, 第 23 回日本産業衛生学会 産業医・産業看護全国協議会, 名古屋)
- 5) 大和 浩. 「タバコを減らす」から「なくす」へのマインドチェンジをおこなった国、フィンランドを目指して. 第 23 回日本禁煙推進医師連盟総会・学術大会 (2014 年 2 月, 福岡)
- 6) 大和 浩. 医歯薬学生は「非喫煙/喫煙しないこと」を条件に! 第 23 回日本禁煙推進医師連盟総会・学術大会 (2014 年 2 月, 福岡)

G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得
特になし
2. 実用新案登録
特になし
3. その他
特になし

表1. 主要国の受動喫煙防止法の施行状況(G8)

番号	2012年時点	受動喫煙防止法	各種施設						公共交通機関および自家用車				公共的施設					喫煙室の容認	罰則	備考
			官公庁	医療施設	教育施設	大学	一般企業	業務用車両	列車	フェリー	タクシー	自家用車	文化施設	ショッピングセンター	パブ・バー	ナイトクラブ	レストラン			
G8-1	イギリス	国法	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○	○	○	○		罰金50£。 15日以内に支払えば30£	※注1
G8-2	ドイツ	国法・州法	○	○	△	△	△	○	○	△	○	×	△	△	△	△	△	あり		※注2
G8-3	カナダ	国法・州法、行政命令 自主協定、条例	○	○	○	○	○	○	○	○	○	△	○	○	○	○	○	△		※注3
G8-4	フランス	国法	○	○	○	△	△	△	○	△	○	×	△	△	△	△	△	あり		
G8-5	イタリア	国法	△	○	△	△	△	×	○	○	○	—	△	△	△	△	△	あり	初回違反27.5€、最大 275€。	※注4
G8-6	アメリカ(52州)	州法	38	35	NA	NA	34	NA	公共交通機関の全面禁煙： 40州			5	NA	30	28	NA	34	△		※注5
G8-7	ロシア	国法	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	2014年6月、全面禁煙					※注6
G8-8	日本	なし	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	「一定の要件を満たす喫煙室」		

※注1 イギリス全土に受動喫煙防止法が適用され、地方官庁により実施されている。

※注2 ババリア州とザールランド州は第8条に添った完全禁煙の州法あり。飲食店等のサービス産業などで、隔離された喫煙室の設置が認められている州もある。

※注3 一部の州では、緩和ケアや依存症治療施設、伝統的な施設が居住地である場合などの特殊は状況での喫煙を容認している。

※注4 バーなど「全席喫煙」の選択も可能であるが、それを選択しているのは3%以下。妊婦、子どもが居る場所での違反の罰則金は2倍。

※注5 州により対策が異なるため、CDC State Tobacco Activities Tracking and Evaluation (STATE) Systemを用い、2013年第4四半期時点で、完全禁煙の州の数を記載。NAは情報なし。

※注6 2013年6月、受動喫煙防止法を施行（2014年の冬季オリンピックのため、ソチで先行的に施行）。ホテルの客室も禁煙化。唯一の例外は長距離客船。

なお、ロシアの報告は英語ではないため、対策の実施状況のみ転記した。

表2. 主要国の受動喫煙防止法の施行状況(G20)

番号	2012年時点	防受 止動 法喫 煙	各種施設											公共的施設					喫煙室の 容認	罰則	備考
			官 公 庁	医 療 施 設	教 育 施 設	大 学	一 般 企 業	業 務 用 車 両	列 車	フ ェ リ ー	タ ク シ ー	自 家 用 車	文 化 施 設	セ ン タ ー	パ ブ ・ バ ー	ナ イ ト ク ラ ブ	レ ス ト ラ ン				
G20-1	オーストラリア	国法、州法 行政命令	○	○	○	○	△	○	○	○	○	△	○	○	○	○	○		北部準州の罰金 AUD\$200~400	※注7	
G20-2	ブラジル	国法、州法	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×	△	△	△	△	△	あり			
G20-3	中国	国法	△	○	○	—	△	△	△	—	△	—	△	—	×	×	△				
G20-4	インド	国法、州法	○	○	○	○	○	○	○	○	○	—	○	○	○	○	△	あり	罰金	※注8	
G20-5	韓国	国法、州法、行政命令 自主協定、その他	○	○	○	○	○	—	○	○	×	×	○	○	△	×	△	あり	罰金 100,000ウォン		
G20-6	メキシコ	国法、州法 行政命令	△	△	○	△	△	○	○	△	○	×	△	○	△	△	△				
G20-7	南アフリカ 共和国	国法	△	△	△	△	△	○	△	△	○	○	△	△	△	△	△	あり	罰金	※注9	
G20-8	トルコ	国法	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○	○	○	○			※注10	

※注7 子どもを乗せている場合、自家用車内の喫煙は禁止
 ※注8 ○公会堂、スタジアム、鉄道駅、バス停 △ホテル、空港
 ※注9 ○個人宅使用の場合も含む営利目的の託児施設、学習塾、12歳未満の子どもが同乗する自動車両
 ※注10 2010年7月の受動喫煙防止法の完全実施当初から、喘息の危機的発作や呼吸器感染症による外来診療件数が20%減少した。

わが国の現状と課題の抽出・課題解決の方策の検討

第5条3項 公衆衛生政策のたばこ産業からの保護、第6条 たばこ税・価格の引き上げ

研究分担者 森 淳一郎 国立保健医療科学院

研究要旨

FCTC6条では、タバコの需要を減少させるための価格及び課税に関する措置がうたわれ、具体的なガイドライン作成が進められている。近年、我が国においても、平成22年のたばこ税増税や平成26年の消費税増税によりたばこ製品の値段は徐々に上昇している。一方で、これまで小規模なシェアにとどまっていた旧3級品（低課税タバコ）がその販売本数を伸ばしている。今後は、旧3級品のシェア拡大理由などを検討していく必要がある。

FCTC5条3項に関連し、特にタバコ産業によるCSRについての調査を行い、地方自治体や寄付を受けている団体がたばこ産業によるCSRに対して許容的である可能性を指摘した。

A. 研究目的

本研究の目的は、国民の健康を守る観点からたばこ規制枠組み条約FCTCの履行状況を検証し、政策提言を行うことにある。特に本稿では、5条3項および6条について、1)FCTCで求められる内容、2)わが国の現状と課題、3)関連する国内法規とたばこ規制推進にあたっての法的課題、4)今後の対策にむけた課題、等について検討を行う。

B. 研究方法

文献的検討に加えて、国内外のたばこ対策研究を行っている研究者との情報交換より検討を加えた。

C. 研究結果と考察

1. 第六条 たばこの需要を減少させるための価格及び課税に関する措置

(1) FCTC第6条と基本原則及び勧告

FCTC第6条は外務省訳では以下のようになっている。

第六条 たばこの需要を減少させるための価格及び課税に関する措置

1 締約国は、価格及び課税に関する措置が、様々な人々、特に年少者のたばこの消費を減少させることに関する効果的及び重要な手段であることを認識する。

2 各締約国は、課税政策を決定し及び確立する締約国の主権的権利を害されること

なく、たばこの規制に関する自国の保健上の目的を考慮すべきであり、並びに、適当な場合には、措置を採択し又は維持すべきである。その措置には、次のことを含めることができる。

(a) たばこの消費の減少を目指す保健上の目的に寄与するため、タバコ製品に対する課税政策及び適当な場合には価格政策を実施すること。

(b) 適当な場合には、免税のたばこ製品について一の国から他の国に移動する者に対する販売又は当該者による輸入を禁止し又は制限すること。

3 締約国は、第二十一条の規定に従い、締約国会議に対する定期的な報告においてタバコ製品の税率及びたばこの消費の動向を示す。

また、2012年韓国にて開かれたCOP5において、第6条についての基本原則及び勧告が採択された。（ガイドライン制定については、次回以降の締約国会議に持ち越しされた。）

この、第6条に係る基本原則及び勧告のうち、「5.異なるタバコ製品に対する税負担の包括性/類似性」は、今後の我が国におけるタバコ対策への影響が大きいと考えられることから、その勧告の一部をここに記す。

5. Comprehensiveness/similar tax