

- ⑤ 神奈川県警 違反喫煙訴訟 横浜地方裁判所H23.1.26和解  
庁舎内禁煙とされた神奈川県庁の職場において、課長ほか3名  
らが、隠れて違反喫煙を継続し、受動喫煙を及ぼしたこと等  
に対して、部下警察官(原告)が上司個人3名を被告として、不法  
行為に基づき慰謝料請求した裁判。  
裁判所において、被告らが連帯して50万円を支払う和解が成  
立しました。職場の安全配慮義務の構成ではなく、違反喫煙し  
た職員個人に対する不法行為の法律構成の訴訟でした。
- ⑥ 試用期間本採用拒否無効事件 東京地方裁判所判決  
H24.8.23  
社長・従業員計4名の会社(被告)に入社した新入社員(原告)  
が、入社後、社長のたばこの煙に対し動悸、咳、不眠、頭痛、  
めまい、吐き気等の症状を生じ、ベランダで喫煙してもらおう  
願ひ出たところ、会社は退職勧奨を行い、試用期間満了前に  
本採用不可とした事案。  
判決は、使用者が受動喫煙の危険性から労働者の生命及び  
健康を保護するよう配慮すべきとの安全配慮義務を明確に認  
めた上で、本件採用拒否(解雇)が無効であるとして、就労拒  
絶期間中の賃金(給与)の支払いを命じ、被告に金475万円の  
支払いを命じました。労働者が受動喫煙防止を要望したこと  
に対して、使用者が報復的に解雇したという係争事例は過去にも

あり、裁判上の和解によって解決された例もありましたが、これ  
に関する労働者の勝訴判決が出されました。

- ⑦ ベランダ受動喫煙訴訟 名古屋地方裁判所判決H24.12.13  
マンションの女性居住者(原告)が、階下の男性(被告)のベ  
ランダ喫煙により、原告の居室内にたばこの煙が流れ込んだ  
ために体調を悪化させたとして、不法行為に基づく損害賠償を請  
求した裁判。裁判所は、「他の居住者に著しい不利益を与えて  
いることを知りながら、喫煙を継続し、何らこれを防止する措  
置をとらない場合には、喫煙が不法行為を構成する」と判示し、  
約4カ月半の間の慰謝料として、金5万円の慰謝料を認めまし  
た。  
判決において、「自己の所有建物内であっても、いかなる行為  
も許されるというものではなく、当該行為が、第三者に著しい不  
利益を及ぼす場合には、制限が加えられることがあるのはや  
むを得ない。」「タバコの煙が喫煙者のみならず、その周辺で煙  
を吸い込む者の健康にも悪影響を及ぼす恐れのあること、一  
般にタバコの煙を嫌う者が多くいることは、いずれも公知の事  
実である。」「被告が、原告に対する配慮をすることなく、自室  
のベランダで喫煙を継続する行為は、原告に対する不法行為  
になるものといえることができる。」と判示されました。

### 3 受動喫煙は刑法上どのように解釈されるか？

#### (1) 暴行罪

- 暴行罪(刑法第208条)における「暴行」とは、人の身体に対して  
向けられた不法な有形力の行使をいいます。「有形力」の中  
には、狭義の物理的な力(力学的作用)に加え、音や光によるも  
の、熱・冷気・電気等のエネルギー作用によるものも含まれると  
解されています。臭気や化学的作用についても含まれるとする  
積極説が学説上多数です。判例は、音による暴行罪成立を肯定  
し(最高裁判所判決S29.8.20、大阪地方裁判所判決  
S42.5.13)、また、塩をまく行為に関して、「単に不快嫌悪の情を  
催させる行為といえども」暴行に該当する(福岡高等裁判所判  
決S46.10.11)としています。  
たばこの「煙をふきかける」行為についても暴行に該当すると考  
える学説見解<sup>8-10)</sup>が、判例及び学説上多数派の考え方に沿う  
ものと思われます。
- 事例の検討として、次のように解されます<sup>11-13)</sup>。
  - 相手の顔にたばこの煙を吹きかける行為は、暴行罪が成立  
すると解されます。
  - 警察官の職務質問に対して、たばこの煙を吹きかけて逃走  
した場合、公務執行妨害罪が成立する可能性があります。
  - たばこの煙を吹きかけられた際にとっさに反撃した行為は、  
正当防衛が成立する可能性があります。

#### (2) 傷害罪

- 傷害罪(刑法第204条)における「傷害」とは、判例・通説によ  
れば、身体の生理機能の障害または健康状態の不良な変更と解  
されています。判例は、その程度について、ごく軽微なもので  
あっても傷害罪の成立を認め、また、身体内部の変化で足り、  
外見上の変化を要せず、身体的な苦痛を感じるにより健康

状態の不良変更が認められれば傷害罪にあたるとしています。

- また、精神的なストレス等を与えることにより精神的機能を害  
し、精神的健康を不良に変更することも傷害にあたる解されて  
います。  
例えば、最高裁判所決定H17.3.29は、隣家に面した窓を開け、  
窓際等にラジオ及び複数の目覚まし時計を置き、一年半にわたり  
隣家被害者に向けて、連日、朝から深夜までラジオ音声及び  
目覚まし時計アラームを大音量で鳴らし続けた事案において、  
睡眠障害・慢性頭痛症・耳鳴り症の傷害罪を肯定し、懲役1年  
の実刑判決が確定しました。「暴行によらない傷害」(無形的方  
法による傷害)の罪の成立も肯定されています。
- 判例・通説の理解を前提とすれば、受動喫煙による急性影響  
(眼症状、咳、喘鳴、鼻・喉の痛み、頭痛、めまい・嘔吐)及びス  
トレス関連障害等(精神衰弱症、不安抑うつ状態、PTSD、睡眠障  
害・慢性頭痛症・耳鳴り症等)についても、傷害罪の成立が認め  
られ得ると考えられます。
- 事例の検討として、次のように解されます<sup>11, 13)</sup>。
  - 至近距離で直接たばこを吹きかける行為(暴行罪)の場合  
でなくても、前記民事裁判例⑦のようなベランダ喫煙事例に  
おいて、故意をもって相手の精神的健康を害したといえる場  
合は、傷害罪が成立する可能性があります。
  - また前記民事裁判例①③④⑤⑥のような職場の受動喫煙  
事例においても、故意をもって労働者の健康を害したとい  
える場合は、傷害罪が成立する可能性があります。

なお、本研究は、刑法各論の理論面において検討を行ったもので  
す。可罰的違法性論、及び、検察官の裁量による起訴猶予処分等  
については、別途今後の議論に委ねます。

#### 【参考文献】

- 1) WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, Implementing smoke-free environments, 2009.
- 2) 厚生省: 21世紀のたばこ対策検討会討議内容のまとめ, 1998.
- 3) 厚生労働省 厚生科学審議会: 今後のたばこ対策の基本的考え方について(意見具申), 2002.
- 4) 厚生労働省: 受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会報告書, 2009.
- 5) 日本学術会議: 要望 脱タバコ社会の実現に向けて, 2008.
- 6) 禁煙推進学術ネットワーク: 2020年オリンピック・パラリンピック成功に向けて、東京都受動喫煙防止条例制定の要望書, 2014.  
(<http://tobacco-control-research-net.jp/action/documents/140729-Tokyo-Olympic-smoking-ban.pdf>)
- 7) 禁煙推進学術ネットワーク: 2020年オリンピック・パラリンピック成功に向けて、東京都受動喫煙防止条例制定の再要望書, 2015.  
(<http://tobacco-control-research-net.jp/action/documents/150831-Tokyo-Olympic-smoking-ban.pdf>)
- 8) 条解刑法 第3版, 前田雅英, 他(編集), 弘文堂, 2013.
- 9) 大コメント刑法 第2版, 第10巻, 大塚仁, 他(編集), 青林書院, 2006.
- 10) 統刑法判例百選, 藤木英雄, 他(編集), 有斐閣, 1971.
- 11) 岡本光樹, 他: たばこによる健康被害の法的・倫理的評価と国内法の課題の検討 刑法の観点からの受動喫煙に関する考察, 厚労科研費平成26年度「たばこ規制枠組み条約を踏まえたたばこ対策に係る総合的研究」報告書.
- 12) 岡本光樹, 他: タバコ受動喫煙と刑法事例別Q&A(第1回). 捜査研究 2016; 781: 38-46.
- 13) 岡本光樹, 他: タバコ受動喫煙と刑法事例別Q&A(第2回). 捜査研究 2016; 782: 54-64.

# たばこ製品の健康警告表示

## KEY FACT (要約)

- たばこ規制枠組条約に基づき、たばこ製品の包装およびラベルについて、虚偽、誤認、詐欺的な手段、有害性が低いなど誤った印象を生ずるおそれのある手段を用いた販売は禁じられている
- 具体的には、健康警告表示は、大きく明瞭な内容で、たばこ製品の包装の主たる表示面の50%以上の面積を占めるべきであり、30%を下回るものであってはならないとされている。また、「ライト」、「マイルド」、「ロー・タール」などの用語の使用禁止が求められている
- わが国の健康警告表示は、枠組条約で求められている表示内容と比べて、面積が最低基準の割合であり、文字のみでかつ文字数が多いため、「大きく明瞭」ではなく、国際的に低い評価を受けている
- 今後、枠組条約に基づき、健康警告表示を短く明確な文言で、かつ大きな文字・面積で示すとともに、国際標準ともいえる写真などの画像付き警告表示の早期導入が必要である
- 画像付きの警告表示は、文字だけの表示に比べて、喫煙者の健康リスクに関する認識を高め、禁煙を促すとともに、若年者の喫煙開始を抑制する効果がある

## 1 なぜ必要か？

- 喫煙の健康リスクを示す確実な科学的証拠があるにもかかわらず、喫煙の健康影響について十分理解している喫煙者は少ないことが明らかになっています<sup>1)</sup>。
- 喫煙の健康影響をある程度認識している喫煙者においても、自分または他者に対する喫煙のリスクを過小評価する傾向にあることが知られています<sup>1,2)</sup>。
- 喫煙の健康影響に関する知識は特に低所得者や低学歴者において低く、健康格差を生む要因の一つとなっています<sup>3-5)</sup>。
- たばこ製品の包装に表示が義務づけられる健康警告は、全ての喫煙者に届くことが保証されており、喫煙者に喫煙のリスク情報を直接伝える上で有効かつ費用効果性に優れた方法です<sup>1,6)</sup>。
- たとえば1日20本の喫煙者では年間7000回以上、警告表示にさらされる機会があり<sup>7)</sup>、たばこの包装に健康警告をつける方法は、喫煙者へのリーチの大きさと頻度の多さから、重要な健康情報の伝達手段です<sup>9)</sup>。

### WHOのたばこ規制枠組条約と健康警告表示

「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」の第11条(たばこ製品の包装およびラベル)とそのガイドライン<sup>8)</sup>において、締約国は、条約発効後3年以内(2008年まで)に、健康警告表示について以下のような効果的な措置を行うことが求められています。

その内容は、①たばこ製品の包装およびラベルについて、虚偽、誤認、詐欺的な手段、またはたばこ製品の特性や健康影響、排出物について誤った印象を生ずるおそれのある手段を用いてたばこ製品の販売を促進しないこと、具体的には、「ロー・タール」、「ライト」、「ウルトラ・ライト」又は「マイルド」の用語の使用禁止、②たばこ製品の包装に、たばこの使用による有害な影響を示した健康警告表示をつけることなどです。

警告表示は、大きく明瞭なものを複数の組み合わせを規定して交替で表示することとされています。主たる表示面の50%以上の面積であること、最低でも30%を下回るものであってはならないとされており、写真や絵などの画像を含めることができます。また、警告表示に加え、たばこ製品の含有物および排出物に関する国内当局が定める情報を含めることとされています。ただし、タールやニコチン等の排出量の表示については、排出量の少ない製品は健康リスクが低いとの誤解を招く恐れがあるため、禁止されています。

## 2 現状はどうか？

- わが国の警告表示は、財務省所管の「たばこ事業法」施行規則第36条の規定により、4種ずつ2表にまとめられた計8種類の警告文(たばこ事業法では「注意文言」)から1種類ずつ合わせて2種類をたばこ包装の主要2面にそれぞれ30%以上の面積を使って表示することが義務づけられています<sup>9)</sup>(図1)。
- わが国の警告表示は、枠組条約で求められている内容と比べて、面積が最低基準の割合であり、文字のみでかつ文字数が多いため、「大きく明瞭」ではありません。また、健康影響の軽重でなく、喫味の軽重を周知するのであれば、「ライト」、「マイルド」、「ロー・タール」などの用語を用いることが許されています。
- そのため、WHOの評価において、4段階評価の最低から2番目の評価にとどまっています。最低の評価とならなかったのは、面積30%の最低基準が満たされているからです<sup>10)</sup>。
- カナダがん協会が画像の有無と面積の大きさを198カ国を対象にランキングを行ったところ、わが国の警告表示は、110位と、低いレベルでした<sup>11)</sup>。
- 国際比較が可能な質問紙を用いた喫煙者調査によると、わが国では、比較した22カ国の中で、喫煙者が警告表示に気づく割合、表示をきっかけにたばこの害を考える割合、禁煙する可能性が高まると回答する割合が、規制が進んでいる国だけでなく、わが国と同程度の規制の国と比べても低い結果でした<sup>12)</sup>。
- カナダは2001年に世界で最も早く画像による警告表示を導入しました。2014年には、タイ、マレーシア、フィリピンなどの東南アジアの国々も含め、77カ国まで増加しました<sup>11)</sup>。同じ銘柄のた

ばこでも、国内とタイ(85%に画像警告を表示)とではパッケージデザインが全く異なります(図2)。

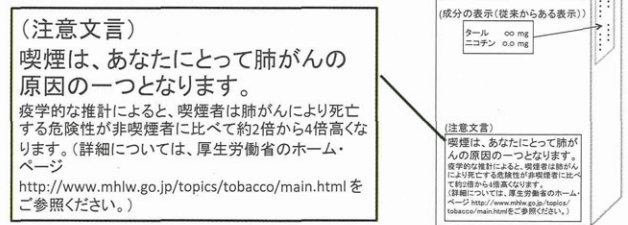


図1. 日本の警告表示の例(2016年3月末現在)



図2. 日本とタイの健康警告表示の例—同じ銘柄での比較

日本たばこ産業株式会社の主要銘柄メビウスで日本とタイの表示を比較。国内では主要面下部に30%のテキストでの注意文言のみであるが、タイでは主要面上部の85%に画像警告とともにキットラインを含めた警告表示をつけて販売されています。

### 3 取り組むべきことは何か？

- 警告表示がたばこ製品の包装の主要面の50%以上の面積(可能な限り広い面積)を占めるよう規定すべきです。
- 警告表示は、短く明確な文言を大きな文字で記すべきです。
- 国際標準ともいえる写真などの画像付き警告表示を早急に導入すべきです。また、国際的に導入が始まっているプレーンパック

#### 含有物・排出物の情報表示—現状と課題

現在の包装には、たばこ事業法に基づいて国際標準化機構(ISO)の定めた方法で測定された主流煙中のニコチンとタール量が記載されています<sup>9)</sup>。しかし、ISO法に基づく排出量表示は、低タール・ニコチンの排出量が有害物質の曝露や健康リスクの低減を意味するなどの誤解を招く危険性が指摘されています<sup>13)</sup>。これに対してヘルスカナダ法(HCI法)は、実際の喫煙行動に近い喫煙法が用いられており、ISO法に比べて、たばこ主流煙中のタールやニコチン等の成分量が有意に高い値を示します<sup>13)</sup>。

枠組条約ではタールやニコチン等の排出量の表示は禁止されています。たばこ事業法に基づいてニコチンとタール量の表示を続けるのであれば、HCI法に基づく排出量の表示が求められます<sup>9)</sup>。また、11条のガイドラインにおいて、たばこから排出される有害成分の種類を適切に表示することが求められており、カナダで実施されているように、「たばこには70種類以上の発がん性物質が含まれる」等の表示が必要です<sup>9)</sup>。

ケースの導入にむけても検討を行うべきです(図3)。

- 警告表示とあわせて、キットライン(電話による禁煙無料相談)の体制を整備して、その表示も義務づけるべきです。



図3. 世界初のプレーンパッケージを導入したオーストラリアの警告表示の例

オーストラリアで2012年から始まったプレーンパッケージは、たばこ包装にブランドの色やロゴ、画像の使用を禁止し、代わりに警告表示の文字や画像を入れる新しい表示規制です。オーストラリアのほか、2015年に英国やアイルランドでも法案が可決されるなど、国際的に広がりつつあります。

### 4 期待される効果は？

- 警告表示を義務づける政策は、たばこ税・価格の引き上げ等と同様、政府に費用がほとんどかからず、費用効果に優れた政策です。
- 大きく読みやすい文字と画像付きの警告表示は、文字だけの表示よりも、人々の目に触れやすく、喫煙者だけでなく、子どもや非喫煙者が、たばこの有害性に対して高い認識を持つことが可能になります<sup>8,9,14)</sup>。
- 画像付きの警告表示は、文字だけの表示よりも、効果に持続性があり、たばこ消費や喫煙率を減らす効果があります<sup>8,9,14)</sup>。
  - ①喫煙者に対して禁煙の動機を高め、禁煙試行を増やすことで禁煙を促します。
  - ②禁煙者が禁煙を継続する上でも効果があります。
  - ③若年者の喫煙の開始を抑制します。
  - ④警告表示の普及により、スモークフリー環境の整備など、他のたばこ規制に対する一般の受け入れにプラス効果があります。
- 海外において、喫煙率が高く識字率の低い集団にたばこに関する健康情報を伝える上で、画像付きの表示は不可欠です<sup>14)</sup>。
- 警告表示に合わせて、キットライン(電話による禁煙無料相談)の連絡先を表示することで、その利用者が大幅に増加し、禁煙につながる効果があります<sup>8)</sup>。

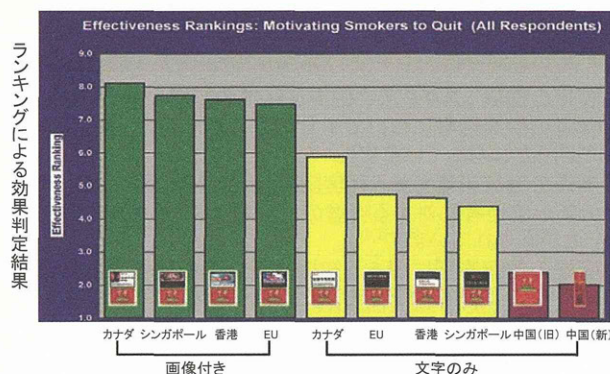


図4. 画像付きと文字のみの警告表示の比較—禁煙動機の強化

画像付きと文字のみの表示の効果を比較するため、同じ中国ブランドの製品にカナダ、EU、香港、シンガポールの警告表示を使って作成した計10種類の警告表示(うち2種類は中国の新旧の表示)を被験者(成人と未成年者)に示し、禁煙や喫煙防止の認知に与える影響を比較検討しました<sup>15)</sup>。その結果、喫煙者の禁煙動機を強化する効果(図4)と未成年者に喫煙を開始しないよう説得する効果のいずれにおいても、画像付きの表示の方がインパクトが大きいことがわかりました。

### 5 よくある疑問や反論についてのQ&A

Q. 画像付きの健康警告表示を導入した場合、喫煙率の低下にどの程度のインパクトがありますか？

A. 画像付きの警告表示を枠組条約発効以前の2001年に世界で初めて導入したカナダにおける効果が報告されています。画像警告表示の導入によりカナダにおける喫煙率が2.87~4.68ポイント低下した(喫煙者を12~20%減少させる効果があった)との推計結果が報告されています<sup>16)</sup>。なお、オーストラリアで2012年に導入されたプレーンパッケージについても喫煙率の減少効果が観察されています<sup>17)</sup>。

Q. 警告表示規制は表現の自由を阻害しませんか？

A. オーストラリアのプレーンパッケージの導入に対して、商標表示に関し知的財産権侵害であるとたばこ会社からの反対があり、2012年に裁判として問題化しました。結果として、オーストラリア高等裁判所による違憲性がないとの指摘により、原告であるたばこ会社4社の訴えを退ける判決が下されました<sup>9)</sup>。

#### 【参考文献】

- 1) WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, Implementing smoke-free environments, 2009.
- 2) Weinstein ND, et al: Smokers' unrealistic optimism about their risk. *Tob Control* 2005; 14: 55-59.
- 3) World Bank. *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*, 1999.
- 4) Siahpush M, et al: Socioeconomic and country variations in knowledge of health risks of tobacco smoking and toxic constituents of smoke: results from the 2002 International Tobacco Control (ITCS) Four Country Survey. *Tob Control* 2006; 15 Suppl 3: iii65-70.
- 5) Rutten, LJF, et al: Smoking knowledge and behavior in the United States: Sociodemographic, smoking status, and geographic patterns. *Nicotine Tob Res* 2008; 10: 1559-1570.
- 6) U.S. Department of Health and Human Services (HHS): *Prevention Tobacco Use Among Youth and Young Adults, A Report of the Surgeon General*, 2012.
- 7) Hammond D, et al: Impact of the graphic Canadian warning labels on adult smoking behavior. *Tob Control* 2003; 12(4): 391-395.
- 8) WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, *Warning about the dangers of tobacco*, 2011.
- 9) 戸次加奈江, 他: FCTC第11条: たばこ製品の包装及びラベル上の警告表示に関する国際的動向. *保健医療科学* 2015; 64: 460-468.
- 10) WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, *Raising taxes on tobacco*, 2015.
- 11) Canadian Cancer Society: *Cigarette Package Health Warnings: International Status Report, Fourth Edition*, 2014.
- 12) 仲下祐美子, 他: たばこ規制に対するたばこ使用者を対象にした調査結果の国際比較. *厚生指標* 2016. in press.
- 13) 稲葉洋平, 他: 「FCTC第9,10条 たばこ成分規制と情報開示」の実施—我が国もたばこ製品規制を実施する時期が来ている—. *保健医療科学* 2015; 64: 448-459.
- 14) WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, *The MPOWER Package*, 2008. (日本語訳: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596282\\_jpn.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596282_jpn.pdf))
- 15) Fong GT, et al: Perceptions of tobacco health warnings in China compared with picture and text-only health warnings from other countries: an experimental study. *Tob Control* 2010; 19 Suppl 2: i69-77.
- 16) Huang J, et al: Cigarette graphic warning labels and smoking prevalence in Canada: a critical examination and reformulation of the FDA regulatory impact analysis. *Tob Control* 2014; 23 Suppl 1: i7-12.
- 17) Australian Government Department of Health: *Post-Implementation Review Tobacco Plain Packaging* 2016.

# たばこの広告、販売促進、後援活動の禁止

## KEY FACT (要約)

- たばこ広告、販売促進、後援活動の包括的禁止は、たばこ会社がたばこ製品を販売する妨げとなり、先進国、途上国を問わず、たばこの消費を減少させる
- 部分的な禁止では、他の禁止されていない手段を使われ、効果が小さくなる
- わが国では現在、広告等の制限はたばこ業界による自主規制にもとづいており、包括的禁止にはほど遠い状況にある
- 企業広告、後援やCSR活動もたばこ宣伝の一部であるとの共通認識が必要である

## 1 なぜ必要か？

- たばこ広告、販売促進、後援活動の包括的禁止は、たばこ会社がたばこ製品を販売する妨げとなり、先進国、途上国を問わず、たばこの消費を減少させます<sup>1)</sup>。
- 特に若者のたばこ使用を抑制するとされています<sup>1)</sup>。
- たばこ広告、販売促進、後援活動は、包括的に禁止されるべきで、部分的な禁止では、他の禁止されていない手段を使われ、効果が小さくなります<sup>1)</sup>。
- CSR (Corporate Social Responsibility: 企業の社会的責任) 活動も強力なたばこ規制策を回避するための言い訳に使われてしまうので、たばこ広告、販売促進、後援活動と同様に禁止されるべきであるとされています<sup>1)</sup>。

### WHO のたばこ規制枠組条約と広告、販売促進、後援活動の禁止

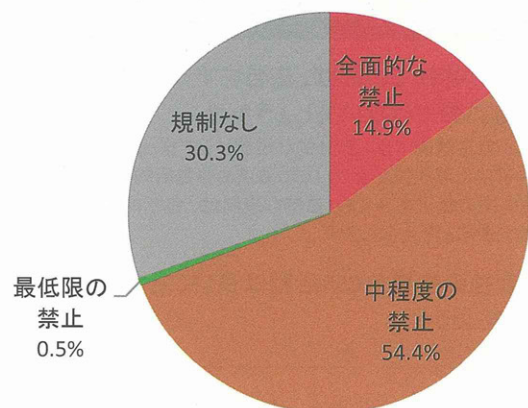
わが国が批准している「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」第13条(たばこの広告、販売促進、後援活動の包括的禁止)のガイドライン<sup>1)</sup>では、たばこの広告、販売促進、および後援活動の包括的禁止は、以下のものを対象としなければならないと勧告されています。

- ①例外なく全ての広告と販売促進、および後援、②直接的または間接的な広告、販売促進、および後援、③販売促進を目的とする行動、および販売促進効果を有する、あるいは有するおそれのある行動、④たばこ製品およびたばこの使用のプロモーション、⑤商業的な情報伝達、および商業的な奨励および行動、⑥催し、活動、または個人に対するあらゆる種類の寄附、⑦たばこのブランド名の広告およびプロモーション、ならびに全ての企業プロモーション、⑧伝統的な媒体(印刷、テレビ、ラジオ)および、インターネット、携帯電話、その他の新技術ならびに映画も含めた、あらゆるメディア・プラットフォーム

## 2 現状はどうか？

- わが国は、FCTC第13条に定められた「あらゆるたばこの広告、販売促進、後援活動の包括的禁止」を実施できていません。WHO の2015年の報告書において、わが国は、広告、販売促進、後援活動の制限は自主規制にもとづいているため、4段階のうち最低の評価でした<sup>2)</sup>。
- 上述の報告書において、評価の詳細をみると、わが国は、直接的なたばこ広告の禁止については、提示された9つの詳細項目のうち、6項目が規制なし、残り3項目が条件付きの規制なしでした(国内テレビ・ラジオでの広告、国際テレビ・ラジオでの広告、バス・タクシー・飛行機での広告はいずれも事実上行われていないので、条件付きの規制なしとされた)。たばこの販売促進と後援活動の禁止については、提示された17個の詳細項目のうち、16項目が規制なし、残り1項目が条件付きの規制なし(販売促進のための割引は認められていないが、成人に対する販売促進のための寄贈や提供は許されている)でした<sup>2)</sup>。いずれも規制レベルが極めて低いことがわかります。
- 2014年の時点で29カ国(14.9%)が、たばこ広告、販売促進、後援活動を全面的に禁止しています<sup>2)</sup>(図1)。これは世界人口の12%にあたります。
- 南東アジア地域と西太平洋地域の計38カ国のうち、広告、販売促進、後援活動の禁止において、4段階のうち最低の評価にとどまっているのは、日本、朝鮮民主主義人民共和国、インドネシア、マーシャル諸島、ミクロネシア連邦、ニウエ、韓国、東ティモールの8カ国です<sup>2)</sup>。
- たばこ事業法第40条2項に基づき、「製造たばこに係る広告を行う際の指針」が策定されていますが、これは「たばこ広告を過度にわたらないように行うことを目的」に、たばこ広告を行う際に留意すべき点、あるいは個人が自己責任において喫煙を

選択するか否かを判断するための環境整備に資する点を示したものです<sup>3,4)</sup>。配慮や注意喚起、情報提供が主体であり、「企業広告、喫煙マナー広告は含まれない」とされています。



(WHO REPORT ON THE GLOBAL TOBACCO EPIDEMIC, 2015)

図1. 世界のたばこ広告、販売促進、後援活動の規制状況

たばこ広告、販売促進、後援活動を全面的に禁止している29カ国  
ブラジル、ウルグアイ、コロンビア、スペイン、ロシア、トルコ、ネパール、エリトリア、ガーナ、ギニア、ケニア、ジブチ、チャド、トーゴ、ニジェール、マダガスカル、モーリシャス、リビア、スリナム、パナマ、モルディブ、アルバニア、アラブ首長国連邦、イエメン、イラン、バーレーン、キリバス、ツバル、バヌアツ

- 上記の広告指針<sup>4)</sup>の策定に合わせて財団法人日本たばこ協会が「製造たばこに係る広告、販売促進活動及び包装に関する自主規制」を策定しています<sup>5)</sup>。これは、①テレビ、ラジオ、映画、TVボード、インターネットサイト(ただし、技術的に成人のみを対象とすることが可能な場合を除く)及び屋外広告看板、公共交通機関などの公共性の高い場所の広告媒体(たばこの販売場所及び喫煙所を除く)での製品広告は行わないこと、②新聞、雑誌等の印刷出版物については、未成年者向けのものには製品広告を行わないこと、及び広告の掲載面及び面積を限定し、日刊新聞紙については広告回数を制限すること、③未成年者を対象とし、未成年者に訴求する製品広告・販売促進・後援活動は行わないこと、としています。CSR活動には言及していません。
- 業界の自主規制によって、たばこの製品広告はテレビでは放映

されなくなりましたが、JT(日本たばこ産業)による企業広告CMが放映されており、乳幼児を含む未成年者を写したCMもあります<sup>6)</sup>。

- 個別ブランドの販売促進を目的としない後援活動は、自主規制の範疇から外れています。JTは、男女バレーボールの社会人チームを持ち、男子ゴルフの国内メジャー大会を運営しています<sup>6)</sup>。また、たばこ塩の博物館、JT生命誌研究館の運営や、関連財団を通じた、オーケストラ等の音楽活動の支援を行っています<sup>6)</sup>。
- CSR活動については、NPO活動助成金、国内外の学生に対する大学奨学金、スポーツ教室、植林活動など、未成年が対象あるいは関与する様々な活動を行っています<sup>6)</sup>。

### 3 取り組むべきことは何か？

- FCTC第13条に定められた「あらゆるたばこの広告、販売促進、後援活動の包括的禁止」を実現する必要があります。
- 業界による自主規制では、規制の範囲や程度が不十分で、包括的禁止は実現できません。FCTCが求める基準を満たすためには、諸外国のようにたばこ広告、販売促進、後援活動の包括的禁止の法制化を視野に入れて検討する必要があります。
- CSR活動も強力なたばこ規制策を回避するための言い訳に使われてしまうので、たばこ広告、販売促進、後援活動と同様に禁止されるべきです。
- 子どもも対象の後援活動、CSR活動については、未成年者喫煙防止の観点から、規制の早期導入を検討する必要があります。

### 4 期待される効果は？

- 国レベルでたばこの広告、販売促進、後援活動の包括的禁止の効果に対策前後で比較した研究によると、たばこの消費量は国によって違いがありますが、最大16%減少しました<sup>7)</sup>。法律で包括的に禁止した14カ国とそうでない78カ国を比較すると、禁止した国では、10年間でたばこの消費量の顕著な減少(9% vs 1%)がみられました(図2)。
- 包括的禁止により、収入や教育歴にかかわらず、すべての人々のたばこ使用が減少します<sup>1,7)</sup>。特にたばこ広告の影響を受けやすい若者の喫煙防止に効果があります<sup>1)</sup>。
- 部分的な禁止では、たばこ会社は速やかに他の禁止されていないマーケティング手法にシフトしてしまうので効果が小さくなります<sup>1)</sup>。また、自主規制も効果が十分ではありません<sup>1)</sup>。
- 包括的禁止によって、マスメディアにたばこ会社の広告費が流れることを防止することができ、たばこに関する報道の中立性が担保されるようになると考えられます。

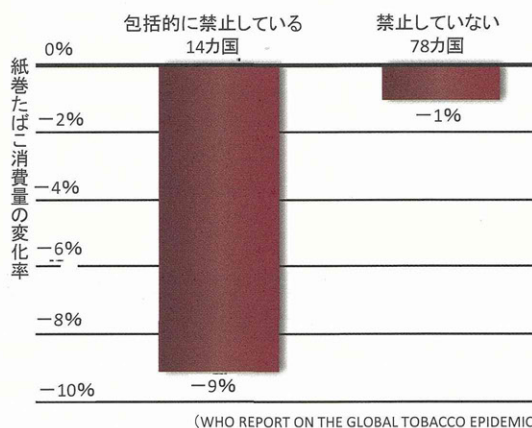


図2. たばこ広告禁止法の効果—導入10年後のたばこ消費量の変化

### 5 よくある疑問や反論についてのQ&A

- Q. 自主規制がされていれば、広告をすべて法律で禁止する必要はないのではないのでしょうか？
- A. 業界による自主規制では、部分的な規制にとどまったり、新たな宣伝の方法を許容する可能性があり、FCTCの求める包括的禁止は実現できません。諸外国の状況を見ても、法的な規制は、包括的禁止を実現する有力な手段であると考えられます。
- Q. たばこ会社の後援やCSR活動は良いこともしているのではないのでしょうか？
- A. 活動の善し悪しと広告の問題は分けて考える必要があります。たばこ会社を実施する後援やCSR活動が広告の一種であり、未成年者を含む国民に喫煙等に関して影響を及ぼす可能性があることが問題なのです。
- Q. たばこ会社の後援やCSR活動がなくなると困る人たちがいるのではないのでしょうか？
- A. 海外では、数年間の移行期間を設けたり、公的な基金を作って財政等の支援の肩代わりをするなど、禁止の影響が最小限になるように配慮するところもあります。

#### 【参考文献】

- 1) WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship, 2013.
- 2) WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, Raising taxes on tobacco, 2015.  
(Country profile, Japan: [http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country\\_profile/jpn.pdf?ua=1](http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/jpn.pdf?ua=1))
- 3) たばこ事業法 (<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S59/S59HO068.html>)
- 4) 財務省: 製造たばこに係る広告を行う際の指針 ([https://www.mof.go.jp/tab\\_salt/tobacco/koukoku20040308.pdf](https://www.mof.go.jp/tab_salt/tobacco/koukoku20040308.pdf))
- 5) 日本たばこ協会: 製造たばこに係る広告、販売促進活動及び包装に関する自主規制 ([http://www.tioj.or.jp/activity/pdf/070727\\_01.pdf](http://www.tioj.or.jp/activity/pdf/070727_01.pdf))
- 6) JTウェブサイト (<http://www.jti.co.jp/>)
- 7) WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, The MPOWER Package, 2008.  
(日本語訳: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596282\\_jpn.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596282_jpn.pdf))

# 予防介入における禁煙治療の費用対効果

## KEY FACT (要約)

- 医療介入の費用対効果を正しく評価するためには、介入にかかる費用、介入によって将来減らせる費用、介入によって得られる健康アウトカムの改善をすべて考慮する必要がある
- 予防と治療とを比較した際に、予防がつねに費用対効果に優れるわけではない
- 禁煙治療は、医療費を削減し、なおかつ健康アウトカムを改善できる極めて費用対効果に優れた介入である
- 費用対効果の観点からは、種々の予防介入の中で、禁煙治療は十分に優先される価値がある

## 1 医療における費用対効果とは

- 医療の費用対効果は「医療費削減が達成できるかどうか」を評価するものではありません。仮に医療費が増えたとしても、増えた分に見合った効き目の改善があれば、「費用対効果に優れる」つまり、「医療経済的に妥当」と考えます。
- 介入にかかる費用(薬剤費など)と介入によって将来減らせる病気の治療費(肺がんの治療費など)の単純な大小比較は、正しい意味での費用対効果の評価ではありません。
- 介入にかかる費用と将来減らせる医療費を比較したとき、「介入の費用<将来減らせる医療費」になって、結果的に費用削減となるような介入はあらゆる疾患領域を見渡しても極めてまれです。通常は「介入の費用>将来減らせる医療費」となり、結果的に費用は増大します。
- 費用対効果を正しく評価するには、以下すべてを見積もる必要があります<sup>1)</sup>。

1	介入の導入にかかる費用 (禁煙治療の費用など)
2	介入によって将来減らせる費用 (たばこ関連疾患の医療費など)
3	介入によって得られる健康上のメリット (肺がん死亡の減少や生存年数の延長など)

上記の1を費用、2を効果と考えるのは誤りで、1と2の双方が費用、3が効果です。1が2を上回る、すなわち費用増大になっていても、3の健康上のメリットが十分に得られれば、費用対効果は良好と判断されます。

- 禁煙介入の効果としては、禁煙成功者の増加やたばこ関連疾患の罹患減少など、さまざまな「ものさし」が使えます。しかし、禁煙介入と予防接種を比較したいとき、あるいは禁煙介入と抗がん剤を比較したいときに、「禁煙成功者の増加」をものさしにしてもうまく評価ができません。生存年数(Life Year)を使うことも考えられますが、生存年数を使っても「病気の余命への影響」は評価できるものの、「生きている間の生活の質への影響」は評価できません。最もよく使われるのは生活の質(QOL)で重み付けをした生存年数(QALY, Quality Adjusted Life Year)です。QALYを使うと、病気の余命への影響だけでなく、生きている間の生活の質への影響も組み込むことができます。

- QALYを計算する際には、さまざまな健康状態に1点満点のQOL値を割り当てて、QOL値で重み付けをします。例えばがんが進行して寝たきりになった状態に0.3点を付けた場合、「寝たきりの状態で10年過ごす」とことは、QALYで測ると10年×0.3点=3QALYに相当します。0.3点の状態でも10年過ごすのと、完全に健康な状態(1点)で3年過ごすのは、同じ3QALYとカウントされます(図1)。

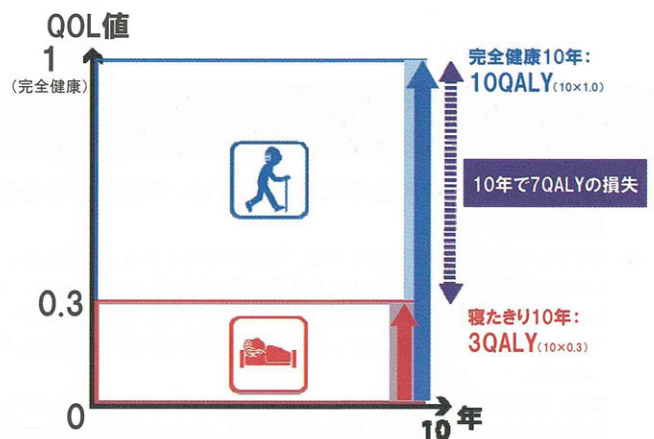


図1. QALYの算出法

- 新薬の費用対効果を計算する時は、今までの薬の費用と効果を計算した上で、費用の差分を効果の差分で割り算します。差分どうしで割り算するので、この値を増分費用効果比ICER (Incremental Cost-Effectiveness Ratio) とよびます。新しい薬が10万円かかって2.0QALY、今までの薬が2万円かかって1.9QALYだったとすると、ICERの値は(10万円-2万円)÷(2.0QALY-1.9QALY)=80万円/QALYとなります。
- 一般的にICERの値は、小さければ小さいほど費用対効果に優れています(相対的評価)。QALYをものさしに使ったときには、これに加えてある程度絶対評価ができます。ICERの数値が500~600万円/QALY程度以下ならば、費用対効果に優れるとされます<sup>2)</sup>。

## 2 禁煙治療の費用対効果

- 禁煙治療の費用と効果を正しく見積もるには、長期間の分析が鍵になります。そのため、禁煙成功者と禁煙失敗者（喫煙継続者）それぞれについて、生涯の医療費と期待生存年・期待QALYを推計するモデルが開発されています<sup>3)</sup>。
- モデルをもとに、禁煙治療単独、ニコチン製剤や禁煙の内服薬（バレニクリン）を併用した場合の費用対効果が計算されています。いずれの禁煙治療法も、自力による禁煙と比べてたばこ関連疾患の医療費は安くなり、なおかつ期待QALYは延長され、「安くてよく効く」状態になります。「安くてよく効く」状態のことを dominant（優位）と呼びます<sup>4)</sup>。
- 「禁煙は早いうちに」が望ましいのですが、年をとっても「禁煙するには遅すぎる」ことはありません。年齢別・性別の試算結果では、40歳代で禁煙した場合の医療費削減効果は男性140.9万円、女性89.5万円ですが<sup>5)</sup>、60歳代でも男性121.4万円、女性62.8万円の削減が見込めます<sup>5)</sup>。
- 複数回の禁煙チャレンジなど、喫煙者の実際の行動をより正確に再現できる新たなモデルが2014年に構築されました<sup>6,7)</sup>。日本では、自分の意思のみで禁煙を試みる喫煙者の割合が海外に比べて高い傾向にあります。意思のみで禁煙にチャレンジした場合、結果的には後者の方が「安上がり(医療費削減)」になることが明らかになっています。ニコチンパッチを使うと15.2万円、バレニクリンを使うと17.6万円の削減が見込めます<sup>6)</sup>。
- 喫煙者と禁煙者の医療費を単純に比較すると、病気にかかったために禁煙した人が含まれるために、禁煙の方が医療費が高くなります。この影響を補正した研究では、禁煙外来を受診した喫煙者と受診していない喫煙者の受診後1~5年間の医療費を比較したとき、受診者の方が医療費が小さくなりました<sup>8)</sup>。

## 3 予防介入の中での禁煙治療の費用対効果

- 禁煙を含めたさまざまな予防介入について、1QALYを獲得するのにかかる費用(増分費用効果比ICER)をまとめました<sup>9)</sup>(図2)。禁煙治療のように安くてよく効く、dominantの状態になるのは、大人の肺炎球菌ワクチンなど一部の例に限られます。費用が増えたとしても、ICERが500~600万円以下であれば「費用対効果がよい」とされますが<sup>2)</sup>、全ての予防介入がこの基準を満たすわけではないことがわかります。
- 禁煙治療は、幅広い疾患にたばこが影響することから、予防の中でもきわめて費用対効果に優れた介入といえます。

介入	1QALYあたりの増分費用効果比 (ICER,医療費のみ考慮)
禁煙治療	Dominant (安くてよく効く)
高齢者の肺炎球菌ワクチン	Dominant (安くてよく効く)
CTコロノグラフィー(大腸)	160万円/QALY
HPVワクチン	200万円/QALY
ロタウイルスワクチン	780万円/QALY
B型肝炎ワクチン	1,600万円/QALY
小児の肺炎球菌ワクチン	1,500万円/QALY

(平成27年度厚生労働科学 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策政策研究 FCTC班)

図2. 予防介入の費用対効果の比較

## 4 よくある疑問や反論についてのQ&A

### Q. 禁煙治療が費用対効果に優れるのは、予防だから当然なのでは？

- A. ワクチンや検診などの予防介入は、「先に手を下すから、後で処置をする治療よりも常に効率が良い」と考えられることが多いです。しかし、まれにしか起こらない病気を対象とした予防介入では、予防のおかげで助かる人は非常に少ないために、治療よりも効率が悪くなることも珍しくありません。実際、予防の中でも「予防自体の費用<予防がターゲットとする病気の医療費削減」となるものは、極めてまれです。その中で禁煙治療は医療費削減額が治療費を上回る、費用対効果に優れた数少ない予防介入といえます。

### Q. 禁煙によって長生きしても、結果的に何らかの病気にかかるので、医療費がかかってしまうのでは？

- A. 確かに、禁煙して長生きすれば、他の病気の医療費(非関連医療費)が増大する可能性があります。しかし、トータルの費用の増減のみで介入を導入すべきか否かを決めることは、そもそも大きな誤りです。仮にこの

基準で導入の可否を判断するならば、禁煙にとどまらず、あらゆる医療行為が否定されてしまうこととなります。費用と効果の両面を評価して初めて、正しい評価ができます。なお、非関連医療費をすべて組み込んだ場合も、総費用の増大幅は禁煙で得られる健康上のメリットに十分見合っていることが報告されています<sup>10)</sup>。

### Q. たばこを吸って肺がん(たばこ関連疾患)にかかるのは喫煙者の自己責任なのだから、そもそも禁煙治療を保険でまかなう必要はないのでは？

- A. 喫煙は「自己責任」でなく、その本質はニコチン依存症という病気です。それゆえ、喫煙を「嗜好品」や「自己責任」とみなして禁煙治療を保険適用の対象から外すことは、そもそも不合理です。ニコチン依存からの脱却を自力に比べて約3~4倍高い確率<sup>11)</sup>でサポートする禁煙治療が、それ自体の費用を補って余りある医療費削減と健康上のメリットを生み出せることが明らかになっています。むしろ積極的に禁煙治療に保険給付をして、その普及と充実を図ることが大切です。

### 【参考文献】

- 1) Drummond MF, et al: Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. Fourth Edition. Oxford Medical Publication, 2015.
- 2) Shiroiwa T, et al: International survey on willingness-to-pay (WTP) for one additional QALY gained: what is the threshold of cost effectiveness? Health Econ 2010; 19: 422-437.
- 3) 医療経済研究機構: 禁煙政策のありかたに関する研究 - 喫煙によるコスト推計 - 報告書. 医療経済研究機構, 2010.
- 4) Igarashi A, et al: Cost-utility analysis of varenicline, an oral smoking-cessation drug, in Japan. Pharmacoeconomics 2009; 27: 247-261.
- 5) 福田敬: たばこ規制政策の医療経済評価と政策提言への活用. 厚生労働省平成25年度「発がんリスクの低減に資する効果的な禁煙推進のための環境整備と支援方策の開発ならびに普及のための制度化に関する研究」報告書.
- 6) Igarashi A, et al: Cost-effectiveness analysis of smoking cessation interventions in Japan using a discrete event simulation. Applied Health Economics and Health Policy 2016; 14: 77-87.
- 7) Igarashi A, et al: Web-based survey on smoking cessation behaviors of current and former smokers in Japan. Current Medical Research & Opinion 2014; 30: 1911-1921.
- 8) Suwa K, et al: The association between smoking cessation outpatient visits and total medical costs: an analysis of Japanese employee based public health insurance data. ISPOR 15th Annual European Congress, Milan, Italy; 9 November 2015.
- 9) 五十嵐中, 他: たばこ規制の行動経済学・医療経済学的評価. 厚生労働省平成27年度「たばこ規制枠組み条約を踏まえたたばこ対策に係る総合的研究」報告書.
- 10) 安田浩美, 他: 禁煙治療の医療経済評価 - 生涯医療費を考慮した禁煙治療の費用対効果の検討 -. 病院管理 2010; 47: 9-13.
- 11) Kasza KA, et al: Effectiveness of stop-smoking medications: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. Addiction 2013; 108: 193-202.

# 健康格差是正の観点からの たばこ対策

## KEY FACT (要約)

- 社会経済的要因(例えば所得や学歴)に応じた喫煙や受動喫煙の格差がある
- たばこの値上げは全体の喫煙率を減少させるとともに喫煙格差の縮小にも有効だと考えられる
- たばこの値上げや屋内の全面禁煙化、脱たばこ・メディアキャンペーンなどのたばこ対策を継続的に推進することにより喫煙格差が縮小すると期待される
- 屋内の全面禁煙化や脱たばこ・メディアキャンペーン政策では、社会経済的に不利な状況にある人に影響が届きにくいこともあるため、その集団に焦点をあてたアプローチ戦略の併用が有効と考えられる
- たばこ対策に加えて、経済格差・社会格差を縮小するための総合的な取り組みが求められる

## 1 なぜ必要か？

- 健康格差を縮小させることが求められています。健康日本21(第二次)では健康格差の縮小が基本的な方向として、上位の実現目標に位置付けられました<sup>1)</sup>。
- 人は生まれながらに社会格差の渦に巻き込まれます。貧困・低学歴など社会経済的に不利な状況にある人ほどたばこを吸うようになってしまいます。親が不利な状況であればあるほど、子どもはたばこの煙にさらされ、喫煙するようになってしまいます<sup>2)</sup>。
- 健康格差の一つの原因として喫煙格差があります。たばこの値上げなどのたばこ対策は、喫煙格差を縮小することがわかっています。健康格差縮小のためにもたばこ対策が必要です。

## 2 現状はどうか？

- 所得によって喫煙率に格差があり、世帯の所得が600万円以上と比べて、200万円未満、200万円以上～600万円未満では、喫煙率が高いことがわかりました<sup>3)</sup>(図1)。
- 医療保険によって喫煙率の格差があり、男性では共済組合で31%と低い喫煙率がみられた一方、生活保護や無保険を含む「その他」の者における喫煙率が55%と最も高く、次いで協会けんぽと市町村国保で各々49%、48%でした<sup>4)</sup>。女性でも共済組合で5%と低い喫煙率であった一方、「その他」の喫煙率が29%と最も高く、次いで市町村国保で19%、協会けんぽで16%でした<sup>4)</sup>(図2)。
- 学歴によって受動喫煙曝露の格差があり、中卒、高卒ではその他の学歴の者と比較して曝露割合が高く、それぞれ32%、27%が家庭もしくは職場にてほぼ毎日受動喫煙を受けていると回答していました<sup>5)</sup>(図3)。
- 日本における2010年10月に実施されたたばこの値上げが喫煙格差へ与えた影響の分析では、値上げで全体的な喫煙率の減少が認められた一方、喫煙格差が縮小する傾向は認められま

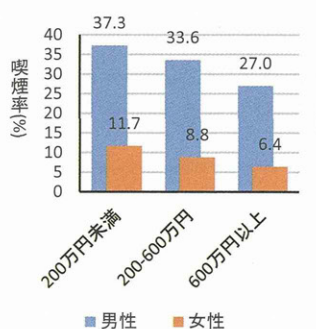


図1. 年間世帯収入と喫煙率

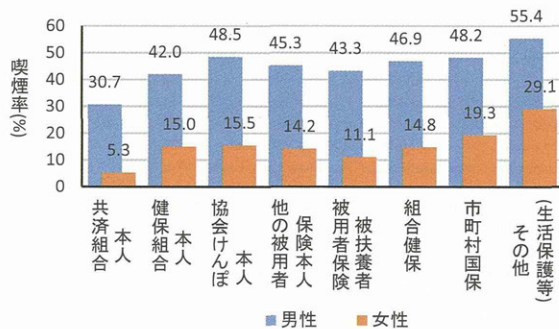


図2. 医療保険と喫煙率

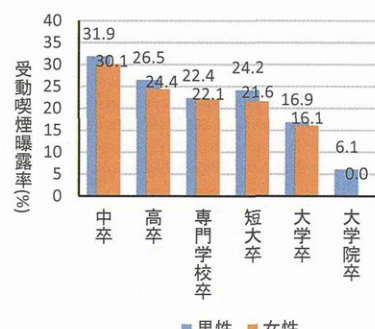
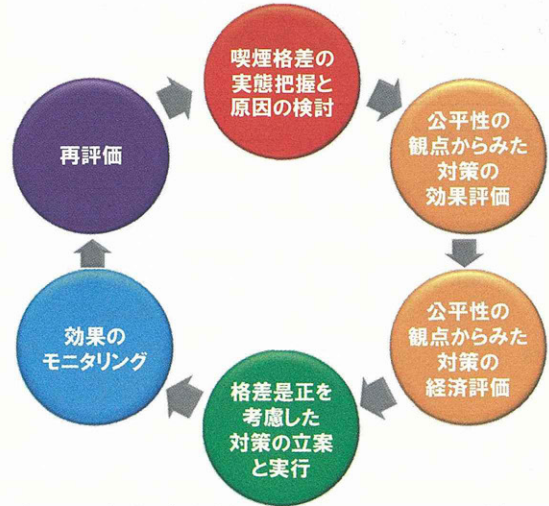


図3. 学歴と受動喫煙曝露率



### 3 取り組むべきことは何か？

- まず喫煙格差の実態などの状況把握が必要です。格差の視点からの情報や研究成果はまだ少ないのが現状です<sup>10,11)</sup>。喫煙格差の推移やたばこ対策が喫煙格差に与えた影響について研究を推進していかなければなりません<sup>12)</sup>(図4)。
- たばこ税・価格の継続的な引き上げは全体の喫煙率を減少させるとともに喫煙格差の縮小にも有効だと考えられるため、たばこの増税・値上げ政策を優先して実施する必要があります<sup>13)</sup>。
- 喫煙格差の縮小のために、たばこ税・価格の引き上げだけでなく、屋内の全面禁煙化、脱たばこ・メディアキャンペーン等を組み合わせ、たばこ対策を継続的に実施する必要があります<sup>13-15)</sup>。
- 屋内空間の全面禁煙化、脱たばこ・メディアキャンペーン政策では、社会経済的に不利な状況にある人に影響が届きにくいことがあります。そのため、たばこ対策が届きにくい人へのアプローチ戦略(vulnerable population approach)の併用が有効だと考えられます。  
たとえば、新聞によるメディアキャンペーンのメッセージは新聞を読んでいない人には届きません。新聞だけでなく、テレビ・ラジオやインターネット、掲示板、自治体広報誌などマルチチャンネルなメディアキャンペーンを展開する必要があります<sup>16)</sup>。
- 喫煙格差を含む健康格差を縮小させるためには、たばこ対策だけでなく、経済格差・社会格差を縮小するための社会保障政策などを含む総合的な取り組みが求められています<sup>17,18)</sup>。



(Tugwell P, et al. BMJ. 2006; 332(7537):358-61.を参考に作成)

図4. 喫煙格差の評価・改善のためのサイクル

### 4 期待される効果は？

- たばこ増税・値上げや屋内の全面禁煙化、脱たばこ・メディアキャンペーン等のたばこ政策を推進し、継続することにより、全体的に喫煙率が減少し、やがては喫煙格差の縮小へとつながります。
- 喫煙格差の縮小により、健康格差の縮小がもたらされます。喫煙格差・健康格差の縮小は社会格差の縮小にもつながる可能性があります。社会格差は社会的に不利な層だけでなく、全員に悪影響を及ぼすことが先行研究から示唆されており、その改善は社会全体に好影響を及ぼします<sup>17,18)</sup>。

### 5 よくある疑問や反論についてのQ&A

#### Q. 各医療機関や保健センターなどの場で取り組むべきことがありますか？

A. すべての診療(内科、外科、小児科や産婦人科など)や保健指導などの場で禁煙支援を実施することが求められます<sup>9)</sup>。1分程度の簡易な介入で禁煙を促すことができるとわかっています<sup>19)</sup>。すべての健康・保健関連プログラムに禁煙支援を組み込むことが奨励されていますが、その際、喫煙格差縮小のためにも経済的な困難を抱える者への重点的な支援(たとえば、社会経済的に不利な状況の者がアクセスできるように、人員配置やコミュニティ形成を工夫すること)の追加が必要とされています<sup>9)</sup>。

#### Q. たばこの値上げは低所得者に厳しいのでは？

A. 低所得者が値上げ後も同じようにたばこを吸い続ければ経済的困難を来すかもしれません。しかし、たばこの値上げによって高所得者に比べて低所得者がたばこをやめやすくなります。たばこの値上げによって最も多くの利益を得るのは低所得者だとわかっています<sup>20)</sup>。

#### 【参考文献】

- 1) 厚生労働省: 健康日本21(第二次)。2012。
- 2) US Department of Health and Human Services: The health consequences of smoking - 50 years of progress. A report of the Surgeon General, 2014。
- 3) 厚生労働省: 平成20年国民健康・栄養調査。2010。
- 4) 田淵貴大: 喫煙対策、肝炎がん対策の推進と進捗の評価。津熊秀明編。既存統計資料に基づくがん対策進捗の評価手法に関する実証的研究。末広出版。pp. 51-67, 2012。
- 5) 田淵貴大, 他: 日本における年齢階級・学歴・医療保険別受動喫煙格差。JACR Monograph 2014; 20: 39-48。
- 6) Tabuchi T, et al: Tobacco Price Increase and Smoking Cessation in Japan, a Developed Country With Affordable Tobacco: A National Population-Based Observational Study. J Epidemiol 2015; 26:14-21。
- 7) WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, Raising taxes on tobacco, 2015。
- 8) Victora CG, et al: Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. Lancet 2000; 356: 1093-1098。
- 9) David A, et al: Tobacco use: equity and social determinants. Blas E, Kurup A (eds): Equity, social determinants and public health programmes. World Health Organization. pp. 199-217, 2010。
- 10) Thomas S, et al: Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: systematic review. Tob Control 2008; 17: 230-237。
- 11) Hill S, et al: Impact of tobacco control interventions on socioeconomic inequalities in smoking: review of the evidence. Tob Control 2014; 23(e2): e89-97。
- 12) Tugwell P, et al: Applying clinical epidemiological methods to health equity: the equity effectiveness loop. BMJ 2006; 332: 358-361。
- 13) The Community Preventive Services Task Force: The Guide to Community Preventive Services The Community Guide: What Works. Tobacco Use. Evidence-Based Interventions for Your Community, 2014。
- 14) Durkin S, et al: Mass media campaigns to promote smoking cessation among adults: an integrative review. Tob Control 2012; 21: 127-138。
- 15) Action on Smoking and Health (ASH): Smoking Still Kills; Protecting Children, Reducing Inequalities, 2015。
- 16) サイモン・チャプマン: タバコを歴史の遺物に - タバコ規制の実際。矢野栄二(監訳)。篠原出版新社, 2009。
- 17) Fair Society, Healthy Lives Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. The Marmot Review, 2010。
- 18) 川上憲人, 他: 社会と健康: 健康格差解消に向けた統合科学的アプローチ。東京大学出版会, 2015。
- 19) 中山富雄, 他: 健診・検診や保健指導の場における禁煙支援の事例報告(1)地域事例報告。大井田隆, 他(編集): 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。pp. 125-133, 2013。
- 20) Eriksen M, et al: The Tobacco Atlas, Fifth Edition: Revised, Expanded, and Updated. American Cancer Society, 2015。

本ファクトシートは、平成27年度厚生労働科学研究費補助金による循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「たばこ規制枠組み条約を踏まえたたばこ対策に係る総合的研究」班(研究代表者 中村正和)の補助金の配賦を得て作成しました。  
作成担当: 田淵貴大(大阪府立成人病センター)、中村正和(公益社団法人 地域医療振興協会)

# Secondhand Smoke as Harm to Others in Civil and Penal Codes

## KEY FACT (Summary)

- Prevention of secondhand smoke is stipulated in treaties, laws and regulations.
- Secondhand smoke causes harm to others.
- Civil courts have increasingly ruled in favor of awarding damages for secondhand smoke exposure.
- Employers are obligated to consider the safety of workers with respect to secondhand smoke. Secondhand smoke as constituting an illegal act is also starting to be recognized.
- Actions that expose others to secondhand smoke may be established as assault or injury under the Penal Code.

## 1 How is secondhand smoke positioned in the law, in government policy and in the academic?

- The WHO Framework Convention on Tobacco Control, which went into force February 27, 2005 and to which Japan is a party, stipulates in Article 8, Paragraph 1, "Parties recognize that scientific evidence has unequivocally established that exposure to tobacco smoke causes death, disease and disability," and in Paragraph 2 that protection is to be provided from exposure to secondhand smoke.
- Article 25 of the Health Promotion Act (promulgated 2002, enforced 2003) mandates that facilities managers cooperate in preventing secondhand smoke exposure.
- Article 68 (2) of the Industrial Safety and Health Act (promulgated 2014, enforced 2015) mandates that employers cooperate in preventing secondhand smoke exposure.
- In the "Measures for prevention of passive smoking" notification issued by the Health Service Bureau Director-General of MHLW (Health Service Bureau (HSB) Notification No. 0430003, April 30, 2003), it states: "Regarding the negative effects of secondhand smoke exposure on health, there are findings related to tearing, nasal obstruction, headaches and other symptoms, respiratory depression, accelerated heart rate, vascular constriction and other physiological responses, etc., and in terms of chronic effects, there is epidemiological research suggesting increased risk of lung cancer, cardiovascular disease, etc. The International Agency for Research on Cancer (IARC) places tobacco in Group 1 (the strongest of four groups) in its categories for carcinogenicity based on strength of evidence." This same passage is repeated in subsequent notifications of the Health Service Bureau Director-General (HSB Notification 0225 No. 2, February 25, 2010 and HSB Notification 1029 No. 5, October 29, 2012).
- The guidelines in Article 8 of the Framework Convention on Tobacco Control clearly argues that ventilation and use of designated smoking areas are ineffective and that all indoor workplaces and indoor public places should be 100% smoke free.
- In Kanagawa Prefecture, the Ordinance on Prevention of Exposure to Secondhand Smoke in Public Facilities has been established to ban or partially restrict smoking at certain facilities used by an unspecified or large number of people (enacted April 2010). It stipulates that smokers and facility managers who violate the ordinance are subject to fines as an administrative penalty.
- Hyogo Prefecture also established a similar ordinance for preventing secondhand smoke exposure (enacted April 2013). It stipulates that smokers who violate the ordinance are subject to fines as an administrative penalty and facility managers who violate the ordinance are subject to fines as criminal charges.
- The study groups and commissions of the Ministry of Health, Labour and Welfare have repeatedly acknowledged that secondhand smoke exposure constitutes harm to others. Secondhand smoke exposure as harm to others is taken up within the context of the basis for designated smoking areas, the basis for promoting anti-smoking measures, and comparisons with smoking freedom, etc.
- In "Toward Realization of a Smoke-Free Society" (2010) issued by the Science Council of Japan, which was established under the jurisdiction of the Prime Minister, it declares: "The right of smokers to smoke even as it damages the health of others should by no means be recognized."
- Tobacco Control Medical-Dental Research Network is composed of 27 medical and dental society. The Network submitted a petition over two times of 2014 and 2015 that seek the enactment of passive smoking prevention ordinance in Tokyo prefecture towards the Tokyo Olympic and Paralympic of 2020.

## 2 How have Civil Courts ruled on secondhand smoke exposure in recent years?

- Earlier rulings denied claims for damages, making the immediate adverse effects of secondhand smoke the maximum permissible limit, etc., but recent rules have upheld damage claims for immediate effects. The rulings have also included judgments that clearly affirm the chronic effects (lung cancer, heart disease) of secondhand smoke exposure. That employers have an obligation to consider safety at the workplace in connection with secondhand smoke exposure has already become well-established in practice, it can be concluded, and secondhand smoke is also starting to become recognized as constituting an illegal act.
- ① Edogawa City Workplace Secondhand Smoke Lawsuit, Tokyo District Court, July 12, 2004  
In this case, an Edogawa City employee (the plaintiff) sued Edogawa City (the defendant) for ¥300,000 for pain and suffering caused by secondhand smoke exposure at the workplace. The Court recognized a violation of the obligation to make safety considerations at the workplace and awarded ¥50,000 for mental and physical pain and suffering sustained over a period around 2.5 months. In its ruling the Court stated: "Multiple epidemiological research studies identify an increased risk of lung cancer as a chronic effect of secondhand smoke exposure, and, further, point out the relationship between secondhand smoke and heart disease and its relationship with respiratory diseases other than lung cancer. Given this, it cannot be denied that the continued exposure of non-smokers to secondhand smoke increases non-smokers' risk of lung cancer and other diseases."
- ② Taxi Secondhand Smoke State Compensation Lawsuit, Tokyo District Court, December 20, 2005  
In this case, taxi drivers and riders sued the state (Ministry of Land, Infrastructure, Transport and Tourism) for damages resulting from secondhand smoke exposure in taxis. The Court denied state liability for damages due to administrative inaction and ended up throwing out the case, but the ruling stated: "It is difficult to disregard the effects on the health of taxi drivers" and "Taxis should be made entirely smoke-free." This served as impetus for the subsequent spread of smoke-free taxis nationwide.
- ③ Sapporo Summary Court, October 19, 2006, Arbitration  
In this arbitration case, a female worker asked for ¥1 million for pain and suffering from her company due to the effects of secondhand smoke exposure at the workplace (bronchial convulsions, lung and chest pain, arrhythmia, chemical sensitivity), and an in-court settlement was reached requiring the company to pay ¥800,000.
- ④ Sapporo District Court Takikawa Branch, March 4, 2009, Amicable Settlement  
In this case, a male employee asked his company for ¥23.0 million in damages due to the effects of secondhand smoke exposure (chemical sensitivity, headaches) at the workplace. An amicable settlement was reached in court requiring the company to pay ¥7.0 million.