

要 望

脱タバコ社会の実現に向けて



平成 20 年（2008 年）3 月 4 日

日 本 学 術 会 議

この要望は、日本学術会議 健康・生活科学委員会・歯学委員会合同脱タバコ社会の実現分科会が原案を作成し、健康・生活科学委員会及び歯学委員会の審議の後、第二部会がとりまとめたものである。

第二部

部長	唐木 英明	東京大学名誉教授
副部長	北島 政樹	国際医療福祉大学副学長、同大学三田病院病院長
幹事	山本 雅	東京大学医科学研究所教授
幹事	鷺谷いづみ	東京大学大学院農学生命科学研究科教授
	浅島 誠	東京大学大学院理事（副学長） 総合文化研究科・教養学部客員教授
	五十嵐 隆	東京大学大学院医学系研究科教授
	磯貝 彰	奈良先端科学技術大学院大学特任教授
	今井 浩三	札幌医科大学学長
	大隅 典子	東北大学大学院医学系研究科教授
	大野 竜三	愛知淑徳大学医療福祉学部教授
	岡田 清孝	自然科学研究機構基礎生物学研究所所長
	岡本 宏	東北大学監事
	加賀谷 淳子	日本女子体育大学客員教授
	垣添 忠生	国立がんセンター名誉総長
	春日 文子	国立医薬品食品衛生研究所食品衛生管理部室長
	金澤 一郎	皇室医務主管
	岸 玲子	北海道大学大学院医学研究科予防医学講座公衆衛生学分野教授
	北 徹	京都大学大学院医学研究科教授
	北村惣一郎	国立循環器病センター総長
	桐野 高明	国立国際医療センター研究所所長
	黒岩 常祥	立教大学大学院理学研究科極限生命情報研究センター・センター長、特任教授
	郷 通子	お茶の水女子大学学長
	小原 雄治	情報・システム研究機構理事 国立遺伝学研究所所長
	齊藤 成也	情報・システム研究機構国立遺伝学研究所集団遺伝研究部門教授
	榊 佳之	独立行政法人理化学研究所ゲノム科学総合研究センター・センター長
	笹月 健彦	国立国際医療センター総長

猿田 享男	慶應義塾大学名誉教授
柴崎 正勝	東京大学大学院薬学系研究科教授
水田 祥代	九州大学病院病院長・教授
瀬戸 暎一	鶴見大学歯学部長、教授
武田 和義	岡山大学資源生物科学研究所所長・教授
谷口 維紹	東京大学大学院医学系研究科免疫学講座教授
谷口 直之	大阪大学微生物病研究所疾患糖鎖学（生化学工業） 寄附研究部門教授
谷口 克	独立行政法人理化学研究所免疫・アレルギー科学 総合研究センター・センター長
田野 保雄	大阪大学大学院医学系研究科教授
鶴尾 隆	財団法人癌研究会癌化学療法センター所長
永井 良三	東京大学大学院医学系研究科教授
中西 友子	東京大学大学院農学生命科学研究科教授
中村 祐輔	東京大学医科学研究所ヒトゲノム解析センター 長・ゲノムシーケンス解析分野教授
鍋島 陽一	京都大学医学研究科教授
新山 陽子	京都大学大学院農学研究科教授
野口 伸	北海道大学大学院農学研究院教授
野本 明男	東京大学大学院医学系研究科教授
林 良博	東京大学大学院農学生命科学研究科教授
日比 紀文	慶應義塾大学医学部消化器内科教授
廣川 信隆	東京大学医学部教授、同大学院医学系研究科教授
廣橋 説雄	国立がんセンター総長
本庶 佑	京都大学医学研究科教授（特任）
本田 孔士	大阪赤十字病院病院長
真木 太一	琉球大学農学部教授
松澤 佑次	財団法人住友病院院長
眞弓 忠範	神戸学院大学大学院薬学研究科教授
御子柴克彦	独立行政法人理化学研究所脳科学総合研究センター 一発生発達研究グループグループディレクター
三品 昌美	東京大学大学院医学系研究科教授
南 裕子	兵庫県立大学副学長
宮下 保司	東京大学医学系研究科教授
飯塚 堯介	東京家政大学家政学部服飾美術学科教授
柳田 敏雄	大阪大学大学院医学系研究科教授
柳田 充弘	京都大学大学院生命科学研究科研究員（特任教授）
矢野 秀雄	独立行政法人家畜改良センター理事長
山内 皓平	北海道大学大学院水産科学研究院特任教授

山下 興亜	中部大学学長
吉本 高志	独立行政法人大学入試センター理事長
米田 俊之	大阪大学大学院歯学研究科教授
渡邊 誠	東北大学副学長、同大学院歯学研究科長

健康・生活科学委員会

委員長	加賀谷 淳子	(第二部会員)	日本女子体育大学客員教授
副委員長	南 裕子	(第二部会員)	兵庫県立大学副学長
幹事	春日 文子	(第二部会員)	国立医薬品食品衛生研究所食品衛生管理部室長
幹事	岸 玲子	(第二部会員)	北海道大学大学院医学研究科予防医学講座公衆衛生学分野教授
	内山 巖雄	(連携会員)	京都大学大学院工学研究科教授
	太田喜久子	(連携会員)	慶應義塾大学看護医療学部教授
	大野 竜三	(第二部会員)	愛知淑徳大学医療福祉学部教授
	片山 倫子	(連携会員)	東京家政大学家政学部教授
	金川 克子	(連携会員)	石川県立看護大学大学院研究科長
	北村惣一郎	(第二部会員)	国立循環器病センター総長
	白澤 政和	(第一部会員)	大阪市立大学大学院生活科学研究科教授
	實成 文彦	(連携会員)	香川大学医学部人間社会環境医学講座衛生・公衆衛生学教授
	仙田 満	(第三部会員)	環境デザイン研究所会長
	高橋 健夫	(連携会員)	日本体育大学大学院教授
	福永 哲夫	(連携会員)	早稲田大学教授
	松澤 佑次	(第二部会員)	財団法人住友病院院長

歯学委員会

委員長	瀬戸 皖一	(第二部会員)	鶴見大学歯学部長
副委員長	渡邊 誠	(第二部会員)	東北大学副学長、同大学院歯学研究科長
幹事	下野 正基	(連携会員)	東京歯科大学教授
幹事	須田 英明	(連携会員)	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科教授
	岩田 幸一	(連携会員)	日本大学歯学部生理学教室教授

恵比須繁之	(連携会員)	大阪大学大学院歯学研究科教授
古谷野 潔	(連携会員)	九州大学大学院歯学研究院教授 (口腔機能修復学講座咀嚼機能再 建学分野)
柴田健一郎	(連携会員)	北海道大学大学院歯学研究科教授
須田 立雄	(連携会員)	埼玉医科大学客員教授
高戸 毅	(連携会員)	東京大学医学部附属病院顎口腔外 科・歯科矯正歯科教授
野口 俊英	(連携会員)	愛知学院大学歯学系教授
前田 健康	(連携会員)	新潟大学医歯学系教授
山口 朗	(連携会員)	東京医科歯科大学大学院医歯学総 合研究科口腔病理学分野教授
山本 照子	(連携会員)	東北大学大学院歯学研究科顎口腔 矯正顎分野教授
米田 俊之	(第二部会員)	大阪大学大学院歯学研究科教授

**日本学術会議 健康・生活科学委員会・歯学委員会合同
脱タバコ社会の実現分科会**

委員長	大野 竜三	(第二部会員)	愛知淑徳大学医療福祉学部教授
副委員長	瀬戸 皖一	(第二部会員)	鶴見大学歯学部長、教授
幹事	大島 明	(連携会員)	大阪府立成人病センターがん相談 支援センター所長
	小椋 正立	(連携会員)	法政大学経済学部教授
	加藤 治文	(連携会員)	東京医科大学教授
	實成 文彦	(連携会員)	香川大学医学部教授
	須田 立雄	(連携会員)	埼玉医科大学ゲノム医学研究セン ター一副所長
	須田 英明	(連携会員)	東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科教授
	田口 貞善	(連携会員)	奈良産業大学教授
	田島 和雄	(連携会員)	愛知県がんセンター研究所長
	藤原 久義	(連携会員)	兵庫県立尼崎病院院長
	前原 喜彦	(連携会員)	九州大学医学部教授

要 旨

1. 作成の背景

これまでの疫学および実験的研究によって、喫煙はがん、循環器疾患、呼吸器疾患、消化器疾患、歯周病、胎児の成長障害、その他さまざまな健康障害の原因になっていることが科学的根拠を持って示されており、喫煙がもたらす直接的健康障害に関しては議論の余地はないといえる。

一方、受動喫煙がもたらす健康障害に関しては、科学的根拠が希薄であると指摘されていたが、世界保健機関(WHO)が2004年に、英国タバコか健康かに関する科学委員会が2004年に、米国カリフォルニア州環境局が2005年に、米国公衆衛生局長が2006年に発表した詳細な報告書において、受動喫煙も科学的根拠を持って健康障害を引き起こすことが示されて論争に終止符が打たれたといえる。

国民皆保険制度の日本にあっては、タバコによる健康障害に要する費用は国民全体で負担しているため、喫煙は国民全体の医療経済問題であり、これを単に個人的嗜好の問題とみなせない背景になっている。さらに、タバコは火災の原因となり、日本では全火災の9.6%(第3位)を占めている。また、陸起源の海岸漂着ゴミはタバコの吸殻やフィルターが第1位で24%を占め、道路でのポイ捨ても含め環境汚染の原因にもなっている。

WHOはタバコが健康に及ぼす悪影響から現在および将来の世代を保護することを目的とし、2003年に「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約(略称「たばこ規制枠組条約」)を採択し、タバコ価格・税の引上げ、職場・公共の場所での喫煙規制、包装上の警告表示、タバコの広告・販売促進・後援の規制、禁煙治療の普及などを定めた。日本政府は2005年に本条約を批准しているが、現時点では、厚生労働省主導の「健康日本21」においても、また、「がん対策推進基本計画」においても、タバコ産業界などの反対により、喫煙率削減の数値目標すら設定されていない。

2. 現状および問題点

日本の成人男性の喫煙率は徐々に減少しつつあり、2005年には39.3%となり初めて40%割れとなったものの英米に比べると突出して高いレベルにある。日本の成人女性の喫煙率は2005年で11.3%であるが、若い世代では増加している。

日本はWHO「たばこ規制枠組条約」を批准したので、政府は憲法第98条第2項に基づき本条約を遵守し履行することが求められている。しかし、「たばこ産業の健全な発展」を目的とする「たばこ事業法」の制約もあって、たとえば、タバコ箱の注意表示は条約の求める「大きく、明瞭で、読みやすい健康警告」とはなっ

ていない上に、広告規制は業界の自主基準によるなど問題点が多い。また、2006年に実施されたタバコ税・価格の引き上げは1本約1円の小幅なものにとどまった。2006年に「ニコチン依存症管理料」が新設されて禁煙治療が保険適用となったことが、「たばこ規制枠組条約」発効以降の唯一評価できる項目といえる。

欧州のタバコ規制の取り組みを評価した Tobacco Control Scale に基づき、同時期の日本のタバコ規制対策を客観的に評価してみたところ、日本は欧州30カ国と比較して最下位に位置しており、脱タバコ社会実現度の最後進国であることが判明した。

国民の健康と環境を守るとともに、日本が健康面や環境面での国際的リーダーシップを発揮するためには、できるだけ速やかに脱タバコ社会を実現させることが必要である。そこで、日本学術会議は科学者コミュニティの代表機関として、国民をタバコの害から守るために、以下のような提言を行う。

3. 提言の内容

(1) タバコの直接的・間接的健康障害につき、なお一層の教育・啓発を行う

タバコによる直接的・間接的健康障害についての科学的な論争には終止符が打たれたとの視点に立ち、現世代ならびに次世代の国民をタバコによる健康障害から守るために、無煙タバコも含めたタバコの害につき、なお一層の教育・啓発を行う。喫煙による直接的・間接的健康障害や喫煙関連疾患は禁煙により予防可能であること、喫煙はニコチン依存症として保険診療が可能であることなどについて、テレビなどのメディアを活用して国民に広く知らせる活動を行うべきである

(2) 喫煙率削減の数値目標を設定する

タバコ規制対策を推進し、その成果を評価するには、成人喫煙率などの目標数値設定およびモニタリングが必須である。「健康日本21」がモデルとした米国の Healthy People 2010 では、2010年までに成人喫煙率(12%)、未成年者の月1回以上喫煙率(16%)、屋内喫煙禁止の職場(100%)など、詳細な数値目標を設定し、モニタリングを行っている。死亡原因第一位のがんを減らすためにも、「がん対策推進基本計画」で喫煙率削減の数値目標を設定することは必須である。

(3) 職場・公共の場所での喫煙を禁止する

受動喫煙が健康障害をひき起こすことが科学的に明らかにされていることにより、職場・公共の場所での喫煙禁止をさらに拡大・徹底する。現在では努力義務規定でしかない健康増進法第25条を改正して、屋内全面禁煙を明示し、罰則を設けて実効性のあるものにするべきである。すでに脱タバコ社会先進国で実施されているように、バーやレストランなどを含む職場・公共の場所、公共交通機関での喫煙を法的に禁止するべきである。

(4) 未成年者喫煙禁止法を遵守し、次世代の国民を守る

次世代の国民をタバコの害から守るために、すでにある未成年者喫煙禁止法を遵守し、違反者(販売者および営業者)には既存の罰則規程を適用するべきである。また、文部科学省学習指導要領において、小学校低学年からタバコの害に関する教育を行うよう記載するべきである。また、内閣府などは、一種の宣伝活動といえるタバコ産業の未成年者喫煙防止キャンペーン(「たばこは20歳になってから」など)に対する後援を中止するべきである。

(5) タバコ自動販売機の設置を禁止し、タバコ箱の警告文を簡潔かつ目立つようにする

わが国ではタバコの自動販売機が街中いたる所に設置され、本来は禁止されるべきタバコの広告塔の役割も果たしている。先進国で多数のタバコ自動販売機の街頭設置が公的に認められているのは日本以外にはドイツのみである。タイではタバコを公衆の目に触れる所に陳列することさえ禁止されており、わが国のタバコ自動販売機の設置状況は国際的には極めて異常であることを認識して、設置を禁止するべきである。また、わが国のタバコ箱の警告文は意図的に詳しい説明を加えることにより、警告としてはむしろ読みづらいものとなっている。警告文本来の目的を達成するためには、脱タバコ社会先進国が採用しているような簡潔かつ絵や写真入りの目立つものにするべきである。

(6) タバコ税を大幅に引き上げ、税収を確保したまま、タバコ消費量の減少をはかる

WHO「たばこ規制枠組条約」の中でタバコ価格の引き上げはタバコ規制にとって不可欠な施策とされているが、日本政府はこれまでタバコ税の引き上げについて、タバコ消費を減少させるための観点から、その必要性を議論することには消極的であった。このため、現在でもわが国のタバコの税負担(消費税を含め一箱につき約189円)は欧米の1/2~1/5程度に過ぎない。タバコ税の増税によるタバコ価格の引き上げは、税収を確保したまま、喫煙量や喫煙者数を減らす効果が期待できることは世界共通の認識となっており、とりわけ購買力の弱い未成年者の喫煙率削減効果をもたらすことは異論のないところである。

(7) タバコの直接的・間接的被害より国民を守る立場から、タバコに関する規制を行う

我が国たばこ産業の健全な発展を図り、もって財政収入の安定的確保及び国民経済の健全な発展に資することを目的としている「たばこ事業法」の枠内において、もっぱら販売のための広告に際しての注意表示義務等に留まっているタバコに関する規制のあり方について、タバコの直接的・間接的被害より国民を守るという立場から規制するよう、抜本的な見直しを行うことが必要である。

脱タバコ社会の実現に向けて

はじめに

タバコの煙には 2000 種以上の化学物質が含まれ、そのうち発がん性が判っているものだけでも 40 数種類ある。国内外におけるこれまでの多数の疫学および実験的研究によって、喫煙はがん、循環器疾患、呼吸器疾患、消化器疾患、胎児の成長障害、その他さまざまな健康障害の原因になっていることが科学的根拠を持って示されており、喫煙がもたらす直接的健康障害に関しては、議論の余地はないといえる(1-3)。

さらに、タバコは喫煙者自身のみならず周囲にいる非喫煙者の健康にも悪影響を及ぼしている。受動喫煙がもたらす健康障害に関しては科学的根拠が希薄であるとの指摘がタバコ産業などから出されていたが、世界保健機関(WHO)が 2004 年に(2)、英国タバコか健康かに関する科学委員会が 2004 年に(4)、米国カリフォルニア州環境局が 2005 年に(5)、米国公衆衛生局長が 2006 年に(6)発表した詳細な報告書において、科学的根拠を持って受動喫煙も健康障害を引き起こすことが示されて論争に終止符が打たれたといえる。

WHO によれば、現在、死亡者の 10 人に 1 人は喫煙が原因となっており、総数で年 500 万人以上もの人が死亡している。そして、喫煙は死亡原因の最大の要因であり、かつ、喫煙関連疾患は禁煙により防げることから、予防可能な単一疾患としては最大の病気である(7)。日本でも毎年 11 万人以上が喫煙が原因となって死亡していると推計されている(8-10)。したがって、タバコをなくすることができれば、最大の死亡原因や疾患原因を取り除くことができ、国民の健康を守るためには、非常に重要な課題といえるものの、わが国においては、これらのことが十分周知されているとはいえない。

1. 喫煙による健康障害

1) 喫煙とがん

タバコの煙に含まれている発がん物質のため、喫煙者では非喫煙者に比べて、がんがより多く発生し、肺がん、口腔がん、咽頭がん、鼻腔・副鼻腔がん、喉頭がん、食道がん、胃がん、膵臓がん、肝臓がん、腎・尿路・膀胱がん、子宮頸がん、骨髄性白血病が喫煙者において多発している(2, 3, 11)。

肺がんのリスクは 1 日喫煙本数の 2 乗、喫煙期間の 4.5 乗に比例して上昇するといわれ(12)、喫煙者には非喫煙者に比較し数倍から 10 数倍も多く肺がんが発生する(1-3)。そして、喫煙開始年齢が低ければ低いほど肺がんの発生リスクが高くなる。しかし、喫煙をやめることにより、肺がん発生リスクは非喫煙者のレベルに近づき、喫煙量が少ない者ほど早く到達することがわかっており

(13)、禁煙治療をできるだけ早期に開始する必要があることを示している。

2) 喫煙と心臓・脳卒中・血管疾患

タバコに含まれるニコチンの血管収縮作用などのために、喫煙は心臓疾患、脳卒中、大血管疾患、末梢血管疾患の原因ないしは悪化要因になっている。国内外の多数の研究から、一日喫煙量が多いほど心筋梗塞などの冠動脈疾患死亡リスクが高くなり、たとえば一日 20 本以内の男性喫煙者の心疾患死亡率(年齢調整)の相対危険度は 4.2 倍、20 本を越える場合には 7.4 倍となると報告されている(1-3, 14, 15)。一方、喫煙による冠動脈疾患の相対危険度は、喫煙をやめることにより減少・消失することも内外の研究の一致した見解であり、禁煙治療の必要性を示している(1, 14, 15)。

さらに、喫煙は脳梗塞とクモ膜下出血の発生頻度を増加させるが、禁煙により相対危険度は減少・消失する(1, 14, 16)。そして、喫煙は腹部大動脈瘤の発症頻度を増加させ、かつ大動脈瘤径の増大、破裂および死亡の危険因子となる。また、喫煙は閉塞性動脈硬化症の主要な危険因子であり、特にバージャー病の強い発症および悪化要因であり、患者のほとんどは喫煙者である(1, 14, 17)。

3) 喫煙と呼吸器疾患

喫煙による主な呼吸機能障害は気道閉塞である(1-3, 18)。喫煙者のすべてに慢性閉塞性肺疾患が発症するわけではないが、喫煙は本疾患リスクの 80~90% を占めるとされる(19)。この他にも喫煙と関連のある呼吸器疾患として、気管支喘息、特発性間質性肺炎、睡眠時無呼吸症候群、急性好酸球性肺炎などがある(20)。喫煙は気管支喘息の直接原因にはならないが、喘息発作の誘引ないしは悪化要因になる(1-3, 21)。

4) 喫煙と歯科・口腔内疾患

喫煙は口腔がん、口腔白板症、歯周病の発症や進行に関与しており、十分な証拠により喫煙との因果関係が立証されている(2, 3, 22)。喫煙により口腔がんリスクは 7.4 倍に増大すると報告されている(23)。さらに喫煙は抜歯後の創傷治癒を遅らせ、インプラントの予後不良をもたらす。また、喫煙により口臭、唾液の異常、歯肉のメラニン色素沈着がみられる(24)。

噛みタバコの場合、タバコ成分は口底部に最も貯留し、ここからタバコ成分が迅速かつ効率よく吸収される。南アジアに多い口腔がんは、ビンロウに葉タバコを混ぜて噛んでいる人に多発し、圧倒的に頬粘膜に集中しているが、これは、横に寝ながらビンロウを噛む習慣があることによるとされている(25)。

5) 喫煙とその他の疾患

ニコチンによる腸粘膜の血流障害などのため、喫煙者は胃・十二指腸潰瘍、慢性胃炎、クローン病などの消化器疾患に罹りやすい(1-3)。さらに、喫煙者では

聴力障害や白内障の頻度も高くなり、老化に伴う脳萎縮も高度になるが、ニコチンなどが動脈硬化を誘発・悪化させているものと思われる(26-29)。

がん、循環器疾患、呼吸器疾患も含め、喫煙による健康障害のほとんどは極めて徐々に進行するため、初期段階は目に見えず危険性を自覚できない。しかし確実に体を蝕んで行き、英国の男性医師 34,439 名を対象とした大規模な追跡調査の結果、喫煙者の平均寿命は非喫煙者より約 10 年も短くなることが知られている(29, 30)。

6) 妊産婦の喫煙

妊娠中の喫煙は胎児の発育遅延、早産、常位胎盤早期剥離、前期破水を誘発するとともに、新生児の周産期死亡率を高める。周産期死亡の相対リスクは喫煙本数に比例して増加することが知られている。喫煙妊婦から生れる新生児の体重は非喫煙者よりも平均で 200~250g 軽いと報告されている(31-33)。

2. 受動喫煙による健康障害

タバコの煙はタバコから直接喫煙者に吸い込まれる主流煙と点火部分から大気中に散布される副流煙がある。副流煙は喫煙者から吐き出される主流煙とともに、生活空間を汚染し、周囲の人が吸入して肺に至る。副流煙には 2,000 種類以上の化学物質が含まれているが、不完全燃焼状態で発生する副流煙の方が主流煙よりも化学物質の量が多く、たとえば、発がん性の高い N-ニトロソジメチルアミンは数 10 倍も多いと報告されている(35)。受動喫煙により、肺がん、虚血性心疾患、呼吸器疾患などの発生頻度が増加することが明らかにされている(2, 4-6)。また、乳幼児突然死症候群は家庭内の喫煙者の存在、特に父母の喫煙と密接に関連している(34)。

3. タバコによる火災と環境汚染

タバコは火災の原因にもなり、経済的に大きな打撃を与えている。タバコが出火原因となった火災は平成 8 年度で全国の火災の 11.1%を占め第 1 位であった。しかしながら、日本人の喫煙率が徐々に減少しているため、タバコが原因となった火災は減少しており、平成 18 年度は第 3 位で 9.6%である。一方、死者の発生した建物火災では、タバコは出火原因の第 1 位で 15.5%を占め、約 240 人の死者と約 870 人の負傷者を発生させている。平成 18 年度の総火災損害額は約 1,142 億円であるので約 110 億円がタバコによって直接的損害を受けていることになるが、上記の死者・負傷者の損害額は含まれていない(36)。都市型火災の代表地域である東京都においては、平成 17 年度において、タバコは出火原因の第 2 位で 15.6%を占め、放火(疑いを含む)を除いた失火の原因としては第 1 位で 24%を占めている(37)。したがって、火災予防の観点からも、タバコの

ない社会が望まれるところである。さらに、わが国においては、消防庁・消防署による専門職に加え、特に地方では消防団が消防活動を担っている。これらを運営する費用のかなりの部分は火災に対する消火活動費として使われていると考えられるので、タバコのない社会が実現し、タバコによる火災が激減すれば相当の経済的節約が可能になるといえる。

また、ポイ捨てされたタバコの清掃のために、わが国では毎年約 2,000 億円が使用されていると試算されている(38)。そして、タバコの吸殻やフィルター類は、2005 年の調査によれば、陸起源の海岸漂着ごみの第 1 位で 24%を占めており、環境汚染の原因となっている(39)。タバコフィルターはセルロース・アセテートと化成ポリマーより成っているため分解までに数年を要し長期間にわたり環境を汚染する(40)。さらに、タバコの製造過程において、葉タバコの乾燥のために薪や化石燃料が大量に消費され、地球の砂漠化・温暖化に加担しているとの報告もある(41)。

4. タバコによる経済的損失

タバコ税は年間約 2 兆 3 千億円で、50%は地方タバコ税である(42)。タバコ規制が論議される時、しばしば税収、特に地方税の減少が問題にされる。しかし、タバコによる健康障害などに要する費用やタバコが原因で発生する火災による経済的損失とのバランスで判断する必要があることは論をまたないだろう。

国民皆保険制度の日本にあっては、タバコによる健康障害に要する費用は国民全体で負担しているため、喫煙は国民全体の医療経済問題であり、単に個人的嗜好の問題とみなすわけにはいかない。

(財)医療経済研究機構の 2001 年度調査報告書「たばこ税増税の効果・影響等に関する調査研究」によれば、喫煙による経済的損失は、喫煙者の直接超過医療費が 1 兆 2,900 億円、間接喫煙者のそれが 146 億円、喫煙による労働力の損失が 5 兆 8,000 億円、火災による損失が 2,200 億円、合計 7 兆 3,246 億円と推計されている(43)。

また、2006 年度厚生労働省科学研究費補助金循環器疾患等生活習慣病対策総合事業「喫煙と禁煙の経済的影響」の報告書によれば、喫煙による医療費損失は約 1 兆 3 千億円と推定され、これに入院による医療費以外の損失、死亡による損失、および火災による財産損失と死亡・負傷の損失を合算した社会的損失の合計は約 4 兆 9 千億円と試算されている(44)。

このように、タバコによる経済的損失がタバコ税収を上回っていることは、認識されるべきである。

5. たばこ規制に関する世界保健機関枠組条約 (Framework Convention on Tobacco Control) と日本政府の対応

WHO はタバコが健康におよぼす悪影響から現在および将来の世代を保護することを目的とし、2003年に「たばこ規制に関する世界保健機関枠組条約(略称「たばこ規制枠組条約)」」を採択した。主な内容としては、タバコ規制のための調整機構・中核機関の設立(第5条)、タバコ価格・税の引上げ(第6条)、職場・公共の場所での受動喫煙の防止(第8条)、タバコの警告表示の強化(第11条)、タバコ広告の包括的禁止(第13条)、禁煙治療の普及(第14条)、未成年者へのタバコ販売禁止(タバコ自動販売機の制限を含む)(第16条)などが定められている(45)。本条約の履行に向けて、すでに2回の締約国会議が開催されており、第1回は2006年にジュネーブにて、第2回は2007年にバンコクにて開催された。

日本は国会による全会一致での可決・承認を得て、2004年に19番目の国として本条約を批准して締約国となった。したがって、日本政府は、日本国憲法第98条第2項に定められているごとく、国際条約である本条約を遵守し履行することが求められている。しかし、タバコ産業の健全な発展を目的とする「たばこ事業法」(46, 47)のもとで、財務省・財政制度等審議会の審議を受けて行われたタバコ箱の注意表示の強化や広告・販売規制に関しては、規制先進国の警告表示と比べると、本条約の求めるような「大きく、明瞭で、読みやすい健康警告」とはなっていないし、広告規制は業界の自主基準に任されたままである。また、タバコ自動販売機は成人識別機能装置をつけることによって存続がはかられようとしている。そして、2006年実施されたタバコ税の引き上げは1本約1円の小幅なものにとどまった。現時点では、厚生労働省主導の「健康日本21」においても、また、2007年4月より施行された「がん対策基本法」に基づく「がん対策推進基本計画」においても、喫煙率削減の数値目標は、タバコ産業界などの反対や「たばこ事業法」を所管する財務省への配慮等により設定されていない。2006年に新設された「ニコチン依存症管理料」により禁煙治療に保険適用が可能となったことが、本条約発効以降に唯一評価できるタバコ規制の制度的な取り組みであるといえる。

わが国の成人男性の喫煙率は徐々に減少しつつあり、2005年には39.3%となり初めて40%割れとなったが(48)、WHOのTobacco Atlasによる2002年の比較では、日本は46.9%で、英国27.0%、米国24.1%などに比べて突出して高いレベルにある(44)。わが国の成人女性の喫煙率は2005年で11.3%と全体として低くとどまっているが、若い世代では増加している(48)。

日本におけるタバコ規制対策の現状を客観的に評価するため、欧州の30カ国のタバコ規制の取り組みを点数で評価したTobacco Control Scale(49)に沿って、日本学術会議・脱タバコ社会の実現分科会の委員12名が個々に、その採点時期である2005年7月時点の日本のタバコ規制対策状況を評価したところ、平均点で25.5

点(範囲 20~36 点)であった。第 1 位のアイルランドが 71 点、第 2 位の英国が 70 点と高く、第 29 位のルーマニアが 27 点、最下位のルクセンブルグが 26 点である。したがって、日本は欧州 30 カ国との比較では最下位に位置しており、脱タバコ社会実現度の最後進国であることが数値としても示された。

特に、カフェやレストラン、それ以外の職場、公共交通機関や公共の場所の 3 箇所に分けて採点する職場や公共の場所における禁煙では、22 点満点中 3 点と極めて評価点数が低かった。2006 年から厚生労働省の合同庁舎 5 号館が全館禁煙となったこと、2006 年にニコチン依存症管理料の施設基準として敷地内禁煙が条件となったため医療機関の敷地内禁煙が進んだことにより、2007 年 1 月の評価点数は 3 点から 4 点になったものの、依然として極めて低いレベルにある。

国内における職場(一般事業場)における受動喫煙の取り組みは、厚生労働省が 5,000 事業場を対象として実施した 2005 年の調査によると(有効回答率 45.6%)、喫煙対策に取り組んでいる事業場は 88.2%で、このうち全建物内禁煙を実施しているのは 20.7%であった(50)。回答率の低さを考慮に入れると全建物内禁煙を実施している職場は未だ少ないといわざるをえない。一方、率先して受動喫煙対策に取り組むべきであるとされている学校、役所、病院については、2005 年の調査で敷地内全面禁煙を実施しているのは、小学校で 44.4%、中学校で 39.1%、高等学校で 43.6%であった(51)。役所では、敷地内禁煙あるいは施設内全面禁煙は、都道府県庁舎で 51%、市町村役場で 28%であった(52)。病院では、2006 年度大阪府内の 546 施設の調査で、全館禁煙は 68.9%、敷地内禁煙は 19.2%であった(53)。さらに、医・歯学部およびその附属病院における敷地内禁煙状況調査では、敷地内禁煙にしているのは、医学部 29%、同附属病院 40%、歯学部 16%、同附属病院 34%であった(54)。

諸外国では、「たばこ規制枠組条約」に沿った国レベルでの法的規制が進みつつある。カフェやレストランを含めすべての囲いのある公共の場所と全ての職場の完全禁煙法が 2004 年に国としては始めてアイルランドで施行され、2007 年 9 月現在、英国、ニュージーランド、イラン、ウルグワイ、米国のニューヨーク州・カリフォルニア州など 11 州、カナダの 7 州、オーストラリアの 3 州などで完全禁煙法が施行されている。さらに、一部例外はあるものの原則的禁煙法が、ノルウェー、イタリア、スウェーデン、スペイン、南アフリカ、タイ、シンガポールなどで施行されており、フランスにおいても 2008 年から施行される(55)。

6. わが国の医学界や日本学術会議におけるタバコ規制の取り組み

1997 年以来、日本呼吸器学会、日本小児科学会、日本公衆衛生学会、日本学校保健学会、日本口腔衛生学会、日本循環器学会、日本気管支学会、日本プライマリーケア学会、日本歯周病学会、日本口腔外科学会、日本口腔腫瘍学会、日本癌学会、日本癌治療学会、日本頭頸部癌学会、日本臨床内科学会、日本疫学会、日本歯科医学会、日本臨床スポーツ医学会、日本歯科人間ドック学会、

日本禁煙学会、日本禁煙科学学会、日本禁煙医師歯科医師連盟、日本対がん協会、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会などが禁煙宣言・脱タバコ宣言を公表し、脱タバコ社会の実現を呼びかけてきた。しかるに、前述のごとく、「健康日本 21」や「がん対策推進基本計画」においては、医療側委員の強い主張にもかかわらず、喫煙率削減の数値目標は、タバコ産業界などの反対や「たばこ事業法」を所管する財務省への配慮等によって設定することができなかった。

日本学術会議は、第 19 期において口腔機能学研究連絡委員会、齲蝕学・歯周病学研究連絡委員会、咬合学研究連絡委員会により、報告「ガムたばこの蔓延阻止に向けてー禁煙から脱たばこへー」を平成 16 年度に公表した。この中において、輸入ガムタバコがなんの規制も受けることなくわが国では市販されるようになったことに憂慮し警告を発したが、第 20 期においては、2006 年 6 月に健康・生活科学委員会と歯学委員会合同で「禁煙社会の実現分科会」を立ち上げ、2007 年 2 月に「脱タバコ社会の実現分科会」と改め、合計 12 回の分科会を開催して審議を行ってきた。この間、2007 年 7 月には日本学術会議主催公開講演会「脱タバコ社会の実現のためにーエビデンスに基づく対策の提言ー」を日本学術会議講堂にて開催し、さらに同年 9 月には日本学術会議主催・日本口腔外科学会共催市民公開講座「脱タバコ社会をめざす」を名古屋国際会議場で開催して国民の教育・啓発にも力を注いできた。

7. 提言

前述のごとく、タバコが人々の健康を損ない、火災の発生原因となり、環境を汚染し、経済的損失も与えていることは紛れもない事実であり、近い将来、タバコは地球上から駆逐されることになる可能性は高い。わが国が健康面や環境面においても国際的リーダーシップを発揮するためには、他国に追随するのではなく、一刻も早く率先して脱タバコ社会を実現させなければならない。「たばこ規制枠組条約」の批准国として、わが国もタバコ対策を強力に進めていくことが求められていることをふまえ、日本学術会議は科学者コミュニティの代表機関として、タバコの害から国民の健康を守り、その環境汚染から地球を守るために、以下の提言を行う。

提言 1. タバコの直接的・間接的健康障害につき、なお一層の教育・啓発を行う

タバコによる直接的・間接的健康障害については科学的証拠があり、論争には終止符が打たれたとの視点に立ち、現世代ならびに次世代の国民をタバコの害から守るために、無煙タバコなども含め、脱タバコ社会を目指して、なお一層の教育・啓発を行う必要がある。わが国ではいまだ、喫煙は趣味・嗜好の問題であるという意見が根強いが、喫煙はニコチン依存症であると認識するべきである。すなわち、喫煙者はニコチン依存を伴う喫煙関連疾患保有者であり、その

ような疾患の予防と進行を防ぐための禁煙の重要性につき、なお一層の教育・啓発が必要である。

また、喫煙を短期的に中止することはそれほど困難でないため、タバコはいつでもやめられると錯覚している人が多い。しかし実際には本人のみの努力による長期禁煙成功率は5%程度にすぎず、専門的治療をうけても長期禁煙成功率は30~40%程度である(1, 56)。その意味でも、タバコをやめたくてもやめられない60%以上の喫煙者にとって、喫煙を単なる趣味・嗜好の問題とみなすことは正しくない。その点、厚生労働省がニコチン依存症という病名のもとに禁煙治療を保険診療の対象とした点は大いに評価できる。

喫煙関連疾患は禁煙により防げることから、予防可能な単一疾患としては最大の病気である。禁煙は最も確実に重篤な疾病を減らし、国民の健康維持と莫大な医療費の節約に寄与する最大のものである。しかし、このような事実を知る国民はいまだ少数である。

タバコ規制先進国では、タバコの広告を全面的に禁止する一方で、政府予算によりテレビなどのメディアを通して喫煙防止・禁煙支援のキャンペーンが大々的に行われている。学校などでの喫煙防止教育は、喫煙防止のキャンペーンやタバコ価格の値上げ、公共の場所の禁煙などの対策とあいまって初めて効果が上がる。また、喫煙はニコチン依存症であるとの観点からの禁煙支援のキャンペーンを繰り返し行うことにより、喫煙者は禁煙に動機づけられ、環境改善の方策と相まって禁煙を試みる者が増加する。

提言 2. 喫煙率削減の数値目標を設定する

2006年12月の厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会における「健康日本21」ならびに2007年6月に閣議決定された「がん対策推進基本計画」でも、喫煙率の削減についての数値目標は示されなかった。喫煙が、がん、虚血性心疾患、脳卒中をはじめとする多くの病気と早死の単一かつ最大の予防しうる原因であることは明らかであり、タバコ規制先進国では喫煙率の数値目標を設定して喫煙規制対策を推進することにより、肺がんなど喫煙関連疾患による死亡減少の成果をあげている。

タバコ規制の対策を推進し、その成果を評価するには、成人喫煙率の目標設定およびモニタリングが必須である。「健康日本21」がモデルとした米国のHealthy People 2010においては、タバコ規制を含む28の分野での2010年における目標数値とベースラインの1998年および各年の達成値が示されている。タバコ規制に関しては、成人喫煙率(目標:12%)、喫煙開始年齢(同14歳)、未成年者の月1回以上喫煙率(同16%)、過去1年間に1日以上禁煙したものの割合(同75%)、屋内喫煙禁止の職場(同100%)など詳細な数値目標を設定し、モニタリングを行っている(57)。

日本の成人男性の喫煙率が依然として先進国の中で突出した高さにとどまっている状況において、喫煙率削減の数値目標を打ち出し、国民に対して政府の

タバコ規制に関する明確な意思表示を行うべきである。

提言 3. 職場・公共の場所での喫煙を禁止する

受動喫煙が肺がんや心筋梗塞、小児の気管支炎・肺炎や喘息の悪化、乳幼児突然死症候群などの原因となることには、十分な科学的証拠がある(2, 4-6)。このため、職場・公共の場所での喫煙禁止を推進することは、公衆衛生の立場からは非常に重要である。他人の健康を害してまで喫煙する権利を喫煙者に認めるわけにはいかない。2007年にバンコクで開催されたWHO「たばこ規制枠組条約」第2回締約国会議では、第8条(受動喫煙の防止)履行のためのガイドラインが日本を含め全会一致で採択された。このガイドラインでは、締約国に対して、自国での条約発効後5年以内に、すなわちわが国では2010年2月27日までに、屋内施設の100%完全禁煙を実現するための法的規制をとることを求めている(58)。わが国の健康増進法第25条は、施設の管理者に対する受動喫煙防止の努力義務しか規定していないが、上記のガイドラインに沿って、職場、レストランやバーを含む公共の場における屋内ならびにタクシーを含む公共交通機関での全面禁煙を明示し、罰則のある強制力を伴う法を整備する必要がある。

提言 4. 未成年者喫煙禁止法を遵守し、次世代の国民を守る

次世代の国民をタバコの害から守るために、すでにある未成年者喫煙禁止法(59)を遵守し、違反者(販売者及び営業者)に定められている罰則規程を適用すべきである。なお、法律自体にも不備・不足があるので、以下の諸点について検討する必要がある。①法律に違反した未成年者が所持するタバコおよびその器具を没収する手続きについての法令の整備をする(第2条)。②未成年者の喫煙を知りつつも制止しなかった親権者等は科料に処せられるが、監督者としての学校の責任についても法令の整備をする(第3条)。

さらに文部科学省学習指導要領に基づく喫煙防止教育を徹底させる必要がある。そのためには、①学習指導要領において、小学校低学年から受動喫煙を含むタバコによる健康障害とその予防に関する教育を行うように記載する。②学習指導要領の記載にもかかわらず、学校現場における喫煙防止教育は未だ不十分であると言わざるを得ないが(60)、その根底には保健についての授業の軽視がある。学習指導要領では健康に関する指導は学校の教育活動全体を通じて適切に行うものとされているにすぎないが、国民の健康に害を与える喫煙問題に関しては、これまで以上に学校全体として積極的に取り組む必要がある。③文部科学省は、学校現場においても未成年者喫煙禁止法の遵守と喫煙防止教育実施状況のチェックを厳重に行うことは勿論のこと、学校敷地内禁煙に伴い未成年者の喫煙率が激減しているとの報告もあることより(61)、教師の喫煙率の低減を含めた喫煙防止教育のなお一層の推進を学校現場に求めるべきである。

なお、文部科学省は2003年に各大学等に対して喫煙対策を取るべき旨を通知し、多くの大学・短大等において分煙は進みつつあるが、敷地内禁煙は一部の

施設(全国で約 80 キャンパス)にとどまっている(62)。大学等においては未成年者の占める割合も高く、入学時には低かった喫煙率は上昇し(63)、また大学は将来喫煙防止教育の担い手ともなる教師や保健医療従事者の人材養成の場でもあることより、大学を含めた全ての教育機関の敷地内禁煙の早期実現をはかるべきである。

また、タバコ産業の未成年者喫煙防止キャンペーン(「たばこは 20 歳になってから」など)に対する、内閣府などの後援を中止するべきである。このキャンペーンは、結果的にはタバコ産業を守り、タバコ規制を妨害しているとの報告もある(64)。むしろ、重大な健康被害に関する警告(「たばこを吸うと肺がんになります」、「たばこを吸うとしみやしわが増えて老化が 10 年進みます」など)の方が未成年者の喫煙したくないという気持ちにつながりやすいと報告されている(65)。したがって、タバコ産業は、一種の宣伝活動ともいえる未成年者喫煙防止キャンペーンを中止するべきである。

提言 5. タバコ自動販売機の設置を禁止しタバコ箱の警告文を簡潔かつ目立つようにする

わが国ではタバコの自動販売機が 56 万台以上設置され(66)、誰でもどこでもタバコを買える。これは、約 2,700 万人と推計されている国内の成人喫煙者の 50 人に 1 台、10 代の未成年者 22 人に 1 台の割合である。タバコ自動販売機は国内の街中いたる所に存在し、本来は禁止されるべきタバコの広告塔の役割も果たしている。欧米でタバコ自動販売機の街頭設置が認められているのはドイツのみであり、わが国の現状が国際的には異常であることを認識するべきである。2004 年の「未成年者の喫煙および飲酒行動に関する全国調査」によれば、中・高校生のタバコの入手先のトップは自動販売機である(67)。タバコ業界は年齢識別 IC カードによる成人識別機能付きタバコ自動販売機を開発し 2008 年に全国的稼働が予定されているが、実験的に導入された種子島では成功していない(68)。したがって、姑息な手段を講ずるのではなく、国際的に見て当然の規制であるタバコ自動販売機の設置禁止をなによりも優先するべきである。なお、アジアのタバコ規制先進国であるタイでは、タバコを公衆の目に触れるところに陳列することさえも禁止されている(69)。

消費者がタバコを吸うか吸わないかを自己判断するにあたっては、喫煙に伴うリスクと禁煙のベネフィットに関する正しい情報が的確に伝えられる必要がある。「たばこ規制枠組条約」は、喫煙者が直接手にするタバコ製品の包装表示を媒体として、これらの情報を明確な表現で表示することを求めている。

わが国では、従来「健康のために吸いすぎに注意しましょう」、「あなたの健康を損なうおそれがありますので、吸いすぎに注意しましょう」という文言が表示され、これらは吸いすぎなければ大丈夫という誤ったメッセージを含み、国際的にも最低の表示であるとされていた。2005 年からは具体的な「警告表示」となり、直接喫煙による病気(肺がん、心筋梗塞、脳卒中、肺気腫)に関する 4 種

類の文言を第1グループ、それ以外(妊婦、受動喫煙、依存、未成年者)の4種類
類の文言を第2グループとして、この2つのグループからそれぞれ1種類以上
の文言を選び、1つの製品に計2種類以上の文言を表示することが義務付けら
れた。しかし、これらは依然としてあいまいな表現の残る小さい文字だけの表
示であり、「たばこ規制枠組条約」が求めている「大きく、明瞭で、見やすく、読
みやすいもの」にはなっていない。ヨーロッパ連合やカナダを始めとする諸外国
の警告表示と比べてインパクトに乏しく、表示面積も包装最大面の30%を占め
るに過ぎない。最近、ブラジル、タイ、シンガポールが包装最大面の全面(100%)
を使った写真入りの警告表示を実施している(70, 71)。わが国においても、これ
らの表示例を参考に、写真入りで大きく読みやすく簡潔な表現による実効性の
高い警告表示にするべきである。また、「たばこ規制枠組条約」が求めているよ
うに、「マイルド」あるいは「ライト」といった一見リスクが低いと惑わせるよ
うな商品名の使用を禁止するべきである。

提言 6. タバコ税を大幅に引き上げて、税収を確保したまま、タバコ消費量の減 少をはかる

WHO「たばこ規制枠組条約」の中でタバコ価格の十分な引き上げはタバコ規制
にとって非常に重要かつ不可欠な施策とされている。たとえば、本条約の締約
国に対して、政策実施のための実際的な指針を提供しているWHOの『タバコ規
制のための国家能力の構築 ハンドブック』は、第12章「経済措置および資金調
達のイニシアチブを探る」において、次のように明確に述べている。①「タバコ
およびタバコ製品の価格引き上げは、消費を単独で減らすことのできる最も有
効な方法である。紙巻タバコの価格を10%引き上げると、高所得国では5%ま
での消費の低下になり、低・中所得国では8%の低下につながる」(p. 203)、②「全
世界でタバコ税10%の増税による紙巻タバコ価格の引き上げは、実際には税収
を平均7%増加させる。……世界中で喫煙者が推定4,200万人減少し、1,000万
人の命が救われる」(p. 204) (72)。

経済学の分野でも、過去20年間にアメリカを中心とする多数の実証研究が蓄
積され、その結果、先進国においては、タバコ税の増税によるタバコ価格の引
き上げが税収の増加をもたらし、喫煙量や喫煙者数を減らす効果を持っている
ことは共通の認識となっている。すなわち、タバコ需要の価格弾力性(価格が1%
上昇したときに需要量が何%変化するかをあらわす数値で、通常はマイナスの
値を取る)についてはマイナス0.3からマイナス0.5の間にあること、喫煙率の
価格弾力性はマイナス0.1近辺にあるが長期の弾力性はこれの2倍程度と考え
られること、そして、未成年者の喫煙率の価格弾力性はこれより数倍以上も高
いことなどには、ほとんど異論がないところである(73, 74)。

こうした中、日本政府はこれまでタバコ税の引き上げについて、タバコ消費
を減少させるための観点からその必要性を議論することには消極的であった。
このため、現在でもわが国のタバコの税負担(消費税を含め一箱につき約189円)

(75) の水準は、同じ喫煙率の高いドイツに比較しても、その半分程度に過ぎず、英国の一箱につき付加価値税を含め約 4.0 ポンド(約 944 円) (76) よりはるかに低い。このような政府のタバコ価格への取り組みのあり方は早急に改める必要がある。現実的な第一段階として、現在のタバコ税を 2 倍に引き上げることを検討するべきである。

この政策がわが国のタバコの消費や喫煙行動等にどのような影響を及ぼすかは、当然わが国の喫煙者の特性に依存する。残念ながら、喫煙行動に関するわが国の実証研究の数は少なく、しかもその質や結果にもかなりのバラつきがあるので、わが国の実証研究の結果だけから、この問題に答えることは難しい。しかし、これまでのわが国の研究で得られた喫煙の価格弾力性や所得弾力性の値は、そのほとんどが欧米の実証研究で得られた弾力性の分布の範囲に収まっている(77)。したがって、今後、わが国の実証研究の蓄積が進めば、わが国のタバコ需要の価格弾力性の推計も現在の欧米のコンセンサス値の周辺に収束してくることが期待される。

こうした状況を考慮すれば、わが国についても、喫煙率やタバコの需要に関する欧米のコンセンサス弾力性の値を使って、タバコ税の大幅増税のシミュレーションを行うことは十分に正当化されよう。今、タバコ需要の価格弾力性をマイナス 0.4、喫煙率の価格弾力性をマイナス 0.1 と仮定して、現在のタバコ税を一箱につき 180 円増税すると、タバコ価格はほぼ 2006 年のドイツなみの水準に達し、税収は約 1.2 兆円増加し、タバコの消費量は 4 分の 1 減少し、喫煙者数は最低でも 200 万人以上減少することが見込まれる。

なお、「たばこ規制枠組条約」第 17 条は、締約国はタバコ関連労働者のために経済的に実行可能な代替活動を促進することとしており、タバコ栽培農家の転作やタバコ小売業者の転業補助への経済的措置を講じる政策を考慮することも脱タバコ社会の実現に向けた施策を進めるために望まれるところである。

提言 7. タバコの直接的・間接的被害より国民を守る立場から、タバコに関する規制を行う

タバコ専売制度の廃止に伴い、1985 年に日本たばこ産業株式会社(JT)が発足し、「たばこ事業法」(46, 47)が施行され、タバコに関する警告表示や広告なども財務大臣の管轄下に置かれることになった。本法第一条は、「この法律は、たばこ専売制度の廃止に伴い、製造たばこに係る租税が財政収入において占める地位等に鑑み、製造たばこの原材料としての国内産の葉たばこの生産及び買入れ並びに製造たばこの製造及び販売の事業等に関し所要の調整を行うことにより、我が国たばこ産業の健全な発展を図り、もって財政収入の安定的確保及び国民経済の健全な発展に資することを目的とする」と書かれており、あくまでもタバコ税を中心とする財政面が強調され、喫煙が引き起こす国民の健康障害問題などには一切触れていない。

しかし、タバコによる健康障害が明らかにされた以上、喫煙はニコチン依存

症であるとの認識に立ち、その予防を含めて、タバコの直接的・間接的被害より国民を守るという立場から、タバコに関する規制が行われるべきである。そのためには、現在、「たばこ事業法」の枠内において、もっぱら販売のための広告に際しての注意表示義務等に留まっているタバコに関する規制のあり方について、抜本的な見直しを行うことが必要である。

平成 18 年度から新設されたニコチン依存症管理料による禁煙治療は、指導終了後 3 カ月後、6 カ月後も禁煙継続しているものが約 30%と成果を挙げている(56)。したがって、今後も質を担保しつつ量的拡大をはかり、さらに多くの喫煙者が容易に禁煙治療を受けることができるようにするとともに、地域や職域で広く実施されている健診・検診の場においても、禁煙支援を受けることができるようにするなど、禁煙治療・禁煙支援の体制を整備する必要がある。そのためにも、GDP 比では極めて低いレベルにあるタバコ対策推進費をタバコ規制先進国なみに増額すべきである。

たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約第8条を履行するための ガイドライン

受動喫煙が肺がんや心筋梗塞、小児の中耳炎、気管支炎・肺炎や喘息の悪化、乳幼児突然死症候群などの原因となることには、十分な科学的証拠がある。このため、職場・公共の場所での喫煙の禁止を推進することは、公衆衛生の立場から当然である。他人の健康を害してまで喫煙する権利を喫煙者に認めることはできないからである。たばこ規制枠組み条約の第8条（たばこの煙にさらされることからの保護）では、以下のように規定している。

1 締約国は、たばこの煙にさらされることで死亡、疾病及び障害を引き起こすことが科学的証拠により明白に証明されていることを認識する。

2 締約国は、屋内の職場、公共の輸送機関、屋内の公共の場所及び適当な場合には他の公共の場所におけるたばこの煙にさらされることからの保護を定める効果的な立法上、執行上、行政上又は他の措置を国内法によって決定された既存の国の権限の範囲内で採択し及び実施し、並びに権限のある他の当局による当該措置の採択及び実施を積極的に促進する。

2007年6月30日から7月6日までバンコクで開催されたたばこ規制枠組み条約第2回締約国会議において、たばこ規制枠組み条約第8条履行のためのガイドラインが日本を含め全会一致で採択された。このガイドラインは、締約国に対し、屋内施設の100%完全禁煙を実現するための法的規制をとることを求めている。このガイドラインの基本要素は以下の通りである。

- 1：第8条は基本的な人権に基づくものであることを承認するべきこと
- 2：自主規制ではなく、法的な規制であるべきこと
- 3：全ての人々を対象とするべきこと
- 4：100%全面禁煙の環境とするべきこと
- 5：包括的に適用するべきこと
- 6：法律の起草は注意しておこなうべきこと
- 7：公衆を啓発し、参加させるべきこと
- 8：市民団体を関与させるべきこと
- 9：法律の遵守をさせる責任部署とその責務を特定するべきこと
- 10：適切な罰則を設けるべきこと
- 11：効果的な執行の基盤を構築するべきこと
- 12：執行は戦略的におこなうべきこと
- 13：法律の「将来における変化の可能性」を示すべきこと
- 14：モニタリングと評価をおこなうべきこと

出典：<http://www.nosmoke-med.org/PDF/fctc8.pdf>、
http://www.fctc.org/x/documents/WHO_COP2/FCTC_COP2_7-en.pdf

屋内禁煙法による心筋梗塞の減少

1. Glantz SA. Meta-analysis of the effects of smokefree laws on acute myocardial infarction: An update. *Preventive Medicine*. doi:10.2016/i.ypped.2008.06.007

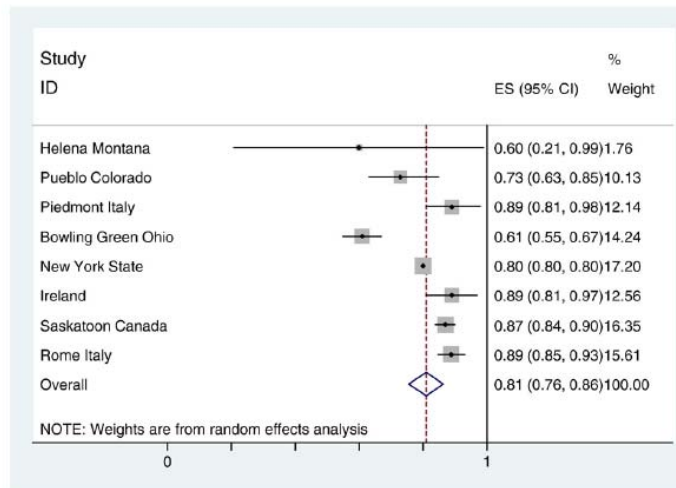


Fig. 1. Summary of studies of the effects of smokefree laws on acute myocardial infarction in Helena, Montana (Sargent et al., 2004), Pueblo, Colorado (Bartecchi et al., 2006), Piedmont, Italy (Barone-Adesi et al., 2006), Bowling Green, Ohio (Khuder et al., 2007), New York State (Juster et al., 2007), Ireland (Cronin et al., 2007), Saskatoon, Canada (Lemstra, Neudorf and Opondo 2008), and Rome, Italy (Cesaroni et al., 2008).

2. Pell JP et al. Smoke-free legislation and hospitalizations for acute coronary syndrome. *N Engl J Med* 2008;359:482-91

スコットランドでは2006年3月31日より全面禁煙法が施行された。同地区510万人の人口のうち、300万人の医療を担当する9病院で、季節を6月～3月に統一した10ヶ月間で、ICD-10コード：I21による入院患者（胸痛で緊急入院、心トロポニンで確認）を対象として漏れのない調査を、プロスペクティブに、喫煙歴を確認しながら、受動喫煙の状態を問診と入院時の保存血清試料のコチニンで確認し、全面禁煙法の前後の急性冠症候群（Acute Coronary Syndrome.: ACS）の入院患者数の比較分析が行われた。

全面禁煙法施行前の10ヶ月間（2005年6月～翌年3月）のACSによる入院患者数3235人は、施行後の10ヶ月間（2006年6月～翌年3月）には2684人で17%の減少が観察された。

喫煙の有無による入院減少率は、喫煙者で14%減（1176→1016=160人）、元喫煙者で19%減（953→769=184人）、生涯非喫煙者で21%減（677→537=140人）であった。入院数の減少の67%は非喫煙者（元喫煙者＋生涯非喫煙者）での減少によるものであった。

現喫煙者におけるACS減少率の比較では、女性喫煙者は19%減で男性喫煙者の11%減よりも大きく、元＋非喫煙者でも同様に女性の23%減は、男性の元＋非喫煙者の18%減よりも大きかった。年齢層による検討では、中年（男性55歳以下、女性65歳以下）の現喫煙者の9%減に対し、高齢者は18%減少。中年の元＋非喫煙者の8%減少に対して、高齢者は22%減少していた。

米国各州の屋内施設における喫煙の法的規制、施設別

(2008 年第 1 四半期)

Office on Smoking and Health State, Tobacco Activities Tracking and Evaluation (STATE) System, Legislation-Smokefree Indoor Air-All sites)

	Banned 100% Smokefree	Separate Ventilated Areas	Designated Areas	Total Number of States with Any Restriction	No Restrictions
Bars	15* (0, 0, 6)	2	5	22	29
Commercial Day Care Centers	35*† (19, 22, 29)	1	4	40	11
Enclosed Arenas	24* (2, 2, 11)	3	12	39	12
Government Worksites	29* (8, 11, 17)	6	13	48	3
Grocery Stores	26* (6, 6, 12)	3	13	42	9
Home-based Day Care Centers	34*† (11, 12, 23)	1	3	38	13
Hospitals	25* (5, 5, 14)	4	17	46	5
Hotels and Motels	7 (0, 0, 1)	1	21	29	22*
Malls	22* (1, 1, 9)	4	6	32	19
Prisons	6 (0, 2, 4)	2	3	11	40*
Private Worksites	24* (0, 0, 9)	3	12	38	12
Public Transportation	33* (15, 16, 22)	3	10	46	5
Restaurants	24* (1, 1, 10)	3	15	42	9

Banned 100% Smokefree の()内の 3 つの数値は、1995 年、2000 年、2005 年の各第 4 四半期におけるものである。

* Includes Washington, DC

† Includes 12 states where smoking is banned when children are on premises for Commercial Day Care centers and 24 states for those of Home-based Day Care Centers.