

2008年5月31日

神奈川県知事 松沢成文 殿

神奈川県議会議長 松田良昭 殿

神奈川県公共的施設における禁煙条例（仮称）検討委員会会長 津金昌一郎 殿

#### 禁煙推進学術ネットワーク

日本癌学会、 日本口腔衛生学会、 日本口腔外科学会  
日本公衆衛生学会、 日本呼吸器学会、 日本産科婦人科学会  
日本循環器学会、 日本歯周病学会、 日本小児科学会  
日本心臓病学会、 日本肺癌学会

### 神奈川県禁煙条例の素案への賛意と若干の要望

謹啓

初夏の候、貴職には益々ご健勝のこととお慶び申し上げます。

私ども禁煙推進学術ネットワークは、専門の異なる医師・歯科医師が学術的観点から禁煙推進のための社会貢献活動を行なうために2006年に事業として始め、現在11の学会が参加して、これまでにJRの禁煙化要望、禁煙治療の保険適用、医・歯学部と附属病院の敷地内禁煙導入の推進などの活動を行なってきました。

さて、このたび2008年4月15日付けで発表された「神奈川県公共的施設における禁煙条例（仮称）」の素案を拝見し、全国に先駆けた、また、他の地方自治体の手本となる健康被害を防ぐための素晴らしい取り組みと心から敬意を表します。実効性の確保のための罰則も記載されており、この条例が実際に制定され、実効あるものとなるよう切に願っております。

なお、条例対象施設として、不特定多数の者が利用する公共的施設に加え、職場、子どもが多く利用する児童公園や屋外のテーマパーク、通行者の多い公道、および通学路も対象としていただきたく、以下のような根拠データを添えて要望いたします。

#### 1) 公共の場・職場の法的な全面的喫煙規制（完全禁煙）による心臓発作の大幅減少

米国モンタナ州ヘレナ、米国コロラド州プエブロ、イタリア北部ピエモンテ州、米国オハイオ州ボーリンググリーン、米国ニューヨーク州、アイルランドおよび英国スコットランドからの7つの科学研究に基づく報告（資料1）において、いずれの報告も、公共の場、職場の喫煙を法的に規制し、全面的受動喫煙防止をすることによって、ごく短期間に急性心筋梗塞等の心臓発作による入院の著明な減少効果があらわれることが示されています。

#### 2) 職場禁煙化の必要性

下に分煙されていない職場で受ける受動喫煙（粉じん濃度）の曝露を表すグラフ（図1）を示します。職場はそこで働く者にとって離れることができず、受動喫煙の曝露が発生する重要な場所であり、この条例に含まれるべきではないでしょうか。わが国も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（FCTC）第8条（受動喫煙の防止）履行のためのガイドライン（資料2-1、2-2）も、職場と公共の場の全面禁煙のため、日本では2010年2月までに罰則付きの法的規制を求めています。

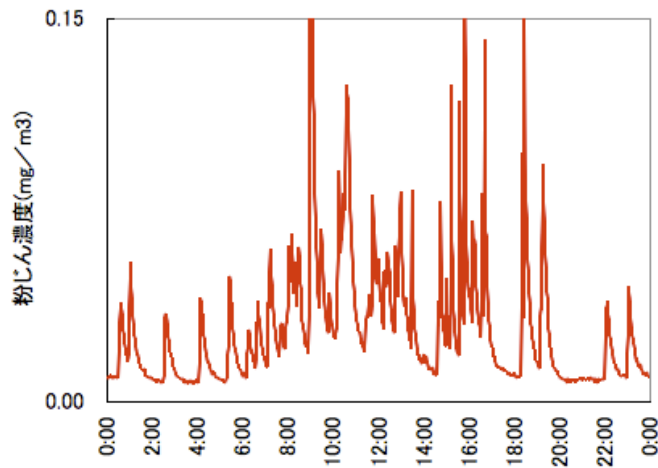


図1. 3交代の事務室で測定された粉じん濃度

(厚生労働省科学研究 健康科学総合研究事業 平成 14～16 年 「空間分煙と禁煙サポートからなる包括的な喫煙対策の有効性の検討と優れた喫煙対策プログラムの普及に関する研究」より)

### 3) 児童公園や屋外のテーマパーク、通行者の多い公道や通学路の禁煙化の必要性

児童公園やテーマパークは子ども達が最も喜んで行く所です。しかし、施設内に喫煙場所がある、あるいは歩きタバコが禁止されていない施設が多く、屋外とはいえ風向きによっては受動喫煙が発生します。また、ご自分のお子さんを抱きながらの喫煙もしばしば見られます。教育上の観点からも公園は禁煙化が必要です。

同様に通行者の多い公道や通学路における喫煙も禁止されるべきだと思います。歩行喫煙をする人がいる通学路における受動喫煙（粉じん濃度）の曝露を表すグラフ（図2）を示します。歩行喫煙をする人がいる場合、子どもたちは明らかに受動喫煙を受けることがわかります。

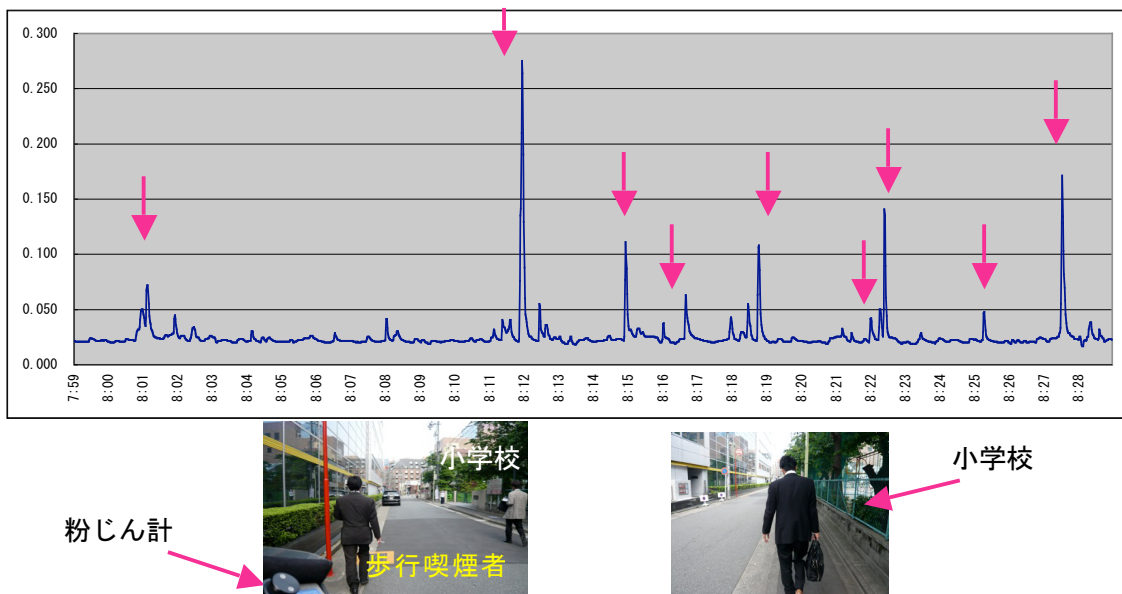


図2. 小学校校門前通学路における歩行喫煙者後方約5mで測定（小学生の顔の高さにて測定）された粉じん濃度

風向によって差はありますが、歩行喫煙者後方ではタバコ煙による粉じん濃度の上昇が明らかでした。

なお、本条例（案）の検討対象として記載されている飲食店の禁煙化に反対意見もあるようですが、以下のデータから分かるように飲食店の禁煙化が重要なことは明らかです（図3）。欧米諸国では、レストランはもちろん、バーやパブも全面禁煙としている国が増えています（資料3）。

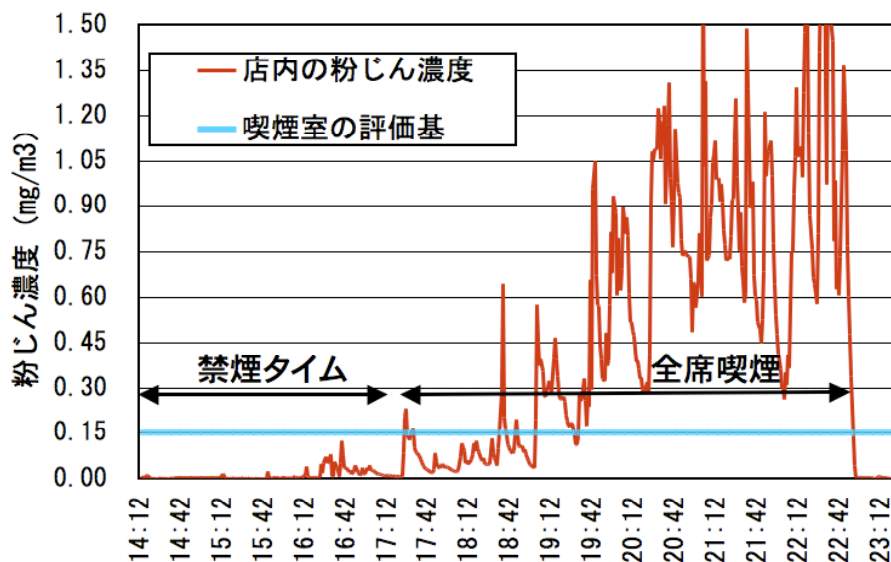


図3. 禁煙タイムのあるレストランで測定された粉じん濃度

17時までは禁煙タイム、17時以降は全席喫煙のレストランで測定された受動喫煙の濃度を示します。喫煙が開始されると店内のタバコ煙の濃度は厚生労働省が定める喫煙室の評価基準の10倍に達します。

（中田ゆり、大和浩、サービス業における受動喫煙—現状と今後の対策、治療88巻、3号、519-533頁、2006）

以上、9割近くの県民が公共的施設における禁煙条例に賛成している神奈川県において（受動喫煙に関する県民意識調査）「先進力と協働力のある」神奈川県での先進的な禁煙条例の実現を切に要望致します。

謹白

お問い合わせ先：

禁煙推進学術ネットワーク 委員長：藤原久義

〒660-0828 兵庫県尼崎市東大物町1丁目1番1号

兵庫県立尼崎病院院長室内

電話：06-6482-1521、FAX：06-6482-7430

## 目次

《総 説》	<a href="#">公共の場・職場の法的喫煙規制は心臓病を減少させる —わが国でも法的に全面的受動喫煙禁止地区を設定し、疾患発生が減少するかを調査する時期ではないか?—</a>	藤原久義
《原著論文》	<a href="#">日本禁煙学会認定専門医による禁煙治療成績</a>	山本蒔子
《原著論文》	<a href="#">「健康日本21」等の喫煙率と消費量の半減目標達成の推計試算 —対2000年の10年後の半減は少し遅れても達成する可能性—</a>	野上浩志
《資 料》	<a href="#">日本呼吸器学会総会（1996—2007）参加者の喫煙アンケート調査（速報）</a>	北村 諭
《資 料》	<a href="#">WALK AGAINST TOBACCO 2006 WEEK 7 REVISITED</a>	Mark Gibbens
《文献紹介》	<a href="#">国内文献紹介</a>	北村 諭
	<a href="#">海外文献紹介</a>	吉井千春
《記 録》	<a href="#">日本禁煙学会の対外活動記録（2007年10・11月）</a>	

[topにもどる](#)

## 《総 説》

## 公共の場・職場の法的喫煙規制は心臓病を減少させる -わが国でも法的に全面的受動喫煙禁止地区を設定し、疾患発生が減少するかを調査する時期ではないか?-

藤原久義<sup>1)</sup>、飯田真美<sup>2)</sup>

1. 兵庫県立尼崎病院病院長、岐阜大学名誉教授
2. JA岐阜厚生連中濃厚生病院総合内科部長、岐阜大学循環・呼吸病態学非常勤講師

キーワード：法的喫煙規制、喫煙禁止、受動喫煙、心血管疾患、血管内皮機能障害

## 1. はじめに

わが国では2003年5月に施行された健康増進法の下、公共の場における受動喫煙からの非喫煙者の保護を目的とする禁煙化が少しずつ始まり、最近では敷地内禁煙を実施する医療機関もどんどん増えている。2005年2月にはわが国も批准した「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」<sup>1)</sup>が発効し、本格的な喫煙対策が求められている。日本循環器学会をはじめとする9つの医科・歯科の学会が合同で作成した「禁煙ガイドライン」<sup>2)</sup>が2005年11月に発表され、2006年度には禁煙治療の保険適用も開始され、“喫煙は病気、喫煙者は患者”と認識され始めた。このような現状の中、わが国より一歩先に公共の場・職場の法的な全面的喫煙規制を行った世界各地から、公共の場・職場の完全禁煙によって心臓病が大幅に減少したという驚くべきデータが、最近次々と報告されている。本稿ではそのデータを紹介し、冠動脈疾患の罹患率や死亡率を減らす有効な手段として喫煙者が禁煙することはもちろんのこと、法的禁煙環境整備による受動喫煙防止が心臓病減少にいかにか重要であるかを述べたい。

## 2. 法的喫煙環境規制による心臓病の減少

法的喫煙環境規制によって心臓病が減少したことが報告された7つの報告を表1にまとめて発表順に示す（内5報告<sup>3~7)</sup>が論文発表）。

表1. 法的喫煙規制による心臓病減少効果に関する報告

	調査機関	調査地域	結果
(1)	Sargent RP, et al. BMJ 2004 <sup>3)</sup>	米国モンタナ州ヘレナ (人口68,140人)	禁煙法施行後AMI入院患者は40%減少した。ヘレナの外（禁煙法施行していない）では変わらなかった。
(2)	Bartecchi C, et al. Circulation, 2006 <sup>4)</sup>	米国コロラド州プエブロ (人口147,751人)	公共の場所（屋内の職場や公共施設、レストランやバーなどの飲食店、娯楽施設）が禁煙となって18か月。AMI発作の患者が禁煙法の施行前と比べ、約27%減少。
(3)	Barone-Adesi F, et al. The European Heart Journal 2006 <sup>5)</sup>	イタリア北部ピエモンテ州 (人口約430万人)	公共の場の禁煙法施行後5か月間の心臓病患者数（心臓発作による入院患者数と死亡者数）が、前年同期と比べて11%減少。
(4)	Khuder SA, et al. Prev	米国オハイオ州ポーリー	喫煙関連疾患による入院をオハイオ州セント（禁煙法未施行）と比較検討した

	Med. 2007 <sup>6)</sup>	ンググリーン	ところ、CADの減少が最も著名（2002年3月公共の場・職場の禁煙開始。禁煙法施行1年間は39%減少、3年間で47%減少）にみられた。
(5)	Juster HR, et al. Am J Public Health. 2007 <sup>7)</sup>	米国ニューヨーク州	2003年公共の場の全面禁煙開始。2004年には、全面禁煙になっていない場合の予測数より、3813人少ないAMI入院患者数であった。このことによって2004年には\$5600万の医療費削減できた。脳卒中による入院数の変化はなかった。
(6)	Cronin E, et al. 欧州心臓学会2007年09月04日発表	アイルランド	2004年3月に世界で初めて職場での禁煙制度を全国的に導入。禁煙制度導入後の1年で南西部の公立病院に心臓発作で入院した患者は11%減ったことが明らかになった。
(7)	Donnelly P, et al. スコットランド自治政府 2007年9月10日発表	英国スコットランド、英国スコットランドの9病院(この地域の2/3の心臓発作を受け入れる施設)	公共の場の全面禁煙が2006年3月開始。全面禁煙が導入される前の10年間は、心臓発作で入院する患者の数が年平均3%のペースで減少していたが、導入後の1年間でその減少比率は一気に17%に上昇した。

(1) 米国モンタナ州ヘレナからの報告<sup>3)</sup>

米国モンタナ州ヘレナは、人口68,140人の地理的に孤立した地域で、公共の場と職場を禁煙にする条例が2002年6月5日に施行され、2002年12月3日に裁判所命令によって停止された。この地域には1病院があり、急性心筋梗塞患者は全員この病院に搬送される。1997年12月から2003年11月までの入院についてPoisson分析を用いて検討している。禁煙条例が施行されていた6か月間の急性心筋梗塞の入院は計24件で前後の期間の同期間平均40件に比べて、16件(95%信頼区間: 31.0から0.3件)、すなわち40%減少した。同期間にヘレナ以外の地域では12.4件から18件へと有意ではないが5.6件増加しており、ヘレナと、ヘレナ以外の地域の変化はこの間有意に異なっていた(図1)。この結果は、職場と公共の場所を全面的に禁煙化する法的規制が、直ちに心臓病の減少をもたらし、逆に法的規制が解除されることによって再度増加したことを示唆している。

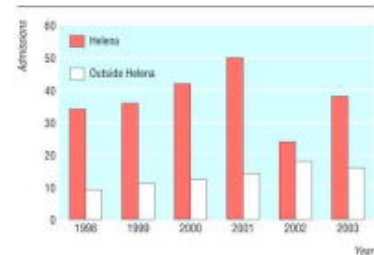


図1 急性心筋梗塞による6月から11月までの入院数  
(喫煙禁止は2002年6月5日に施行され、2003年は施行されず。ヘレナの外では施行されず)  
Sargent RP, et al. BMJ. 2004 April 24; 328(7446): 977-980より引用

(2) 米国コロラド州プエブロからの報告<sup>4)</sup>

米国ヘレナからの報告を受けて、地理的に同様で、少し大規模な地域であるコロラド州プエブロ(推定人口147,751人、平均年齢36.5才、ブルーカラー人口が多く喫煙率が高い集団)において検討された。公共の場の喫煙禁止が法的規制をうける前後の1年6か月(合計3年)の急性心筋梗塞で入院する患者数が禁煙の法律が施行されているプエブロ内と、プエブロとは離れ禁煙の法律が実施されていないエルパソでの患者数と比較検討された。禁煙の法律が施行される前の2002年1月1日から2004年12月1日まで1年半の間に855名が急性心筋梗塞で入院していたが、禁煙の法律の施行後は相対危険度が0.73倍(C.I. 0.63-0.85)に減少し、禁煙の法律が施行されなかったプエブロ外では、0.85(0.63-1.16)と変化なく、また、エルパソ(0.97)でも変化がみられなかった。プエブロ内の急性心筋梗塞の減少はプエブロ以外の地区と比べて有意であった。

図1.急性心筋梗塞による6月から11月までの入院数  
(喫煙禁止法は2002年6月5日に施行され、2003年は施行されず。ヘレナの外では施行されず)  
Sargent RP, et al. BMJ. 2004 April 24; 328(7446): 977-980より引用

(3) イタリア北部ピエモンテ州からの報告<sup>5)</sup>

イタリアでは2005年1月10日から政府がすべての公共の場の室内(カフェやバーやレストラン、ディスコも含む)を禁煙にする法律を執行した。そのような中、北イタリアのピエモンテ州(人口約430万人)で、急性心筋梗塞による入院数の変化について退院記録から、禁煙の法律施行前(2004年10月から12月)と施行後(2005年2月から6月)でそれぞれ季節による疾患の変動を考慮して1年前の状態と比較検討されている。60才以下の症例では喫煙禁止施行前と比較して、禁煙施行後に有意に急性心筋梗塞が減少した(2004年2月から6月で922症例に対し2005年2月から6月で832症例と減少。年齢、性別調整済みRRは0.89(C.I.0.81-0.98)であった)。しかし60才以上の人ではその傾向はみられなかった。喫煙率の低下など種々の条件検討による法的喫煙規制後の能動喫煙者の心筋梗塞減少は0.7%の減少と推計され、法的喫煙規制後に観察された心筋梗塞の11%の減少効果は主に受動喫煙が減ったことによると推測されている。すなわち400万人規模の都市においても公共の場の喫煙規制が、急性心筋梗塞入院を短期間で減少させると結論づけられている。

(4) 米国オハイオ州ボーリンググリーンからの報告<sup>6)</sup>

2002年3月にオハイオ州ボーリンググリーンで職場と公共の場を禁煙にする法律が施行された。喫煙関連疾患による入院を人口規模、年齢性別構成がほぼ同等であるオハイオ州セント(禁煙法未施行)と比較検討したところ、冠動脈疾患患者の減少が最も著明(禁煙法施行1年間は39%減少、3年間で47%減少)にあらわれたことが報告されている。

(5) 米国ニューヨーク州からの報告<sup>7)</sup>

米国ニューヨーク州では2003年に公共の場の全面禁煙が開始されたが、2004年には、全面禁煙になっていない場合の予測数より、急性心筋梗塞入院患者は3813人少なく(15%の低下)さらに心臓発作による入院は32%低下した。このことによって2004年には推計\$5600万の医療費削減できたことが報告されている。一方、脳卒中による入院数の変化はなかったとされている。

(6) アイルランドおよび英国スコットランドからの報告

これらはまだ論文になっていない報告であるが、学会発表の速報によると、2004年3月に世界で初めて職場での禁煙制度を全国的に導入したアイルランドでは、禁煙制度導入後の1年で南西部の公立病院に心臓発作で入院した患者は11%減ったことが明らかになったことが報告されている。また、英国スコットランドでは公共の場の全面禁煙が2006年3月開始。全面禁煙が導入される前の10年間は、心臓発作で入院する患者の数が年平均3%のペースで減少していたが、導入後の1年間でその減少比率は一気に17%に上昇したことが報告されている。

これら7つの報告においていずれの報告も、公共の場、職場の喫煙を法的に規制し、全面的受動喫煙防止区域を設定することによって、ごく短期間に急性心筋梗塞等の心臓発作による入院の減少効果があらわれることを示している。このことは、喫煙による冠動脈疾患の発生が、喫煙の慢性障害を中心にした発がんとは異なり、喫煙の急性障害によってもまた生じることを考慮すれば納得できることである。

以上より、第一にわが国においても特定の自治体の首長・地方議会議員・市民等の協力を得て、全面的受動喫煙禁止区域を設定し、同様な結果であることを早急に明らかにする必要がある。また、第二に厳格な禁煙環境整備を我々医療者が国・社会・一般市民に強く訴えていく責任があること示すものである。特に循環器疾患は癌に次いでわが国の死亡原因の第2位を占め、さらに外来患者では第1位であ

り、癌と比較すれば死亡率が低い膨大な生存患者がいることを考えれば、このことの重要性は明らかである。  
次にこのように循環器系に多大な影響を与える受動喫煙の急性・慢性影響（表2）についてさらに、まとめておきたい。

表2. 環境たばこ煙曝露がもたらす健康影響

	確実なもの	可能性のあるもの
発育障害	低体重出生 未熟児 乳幼児突然死症候群	自然流産 認知/行動傷害
呼吸器疾患	急性下気道感染症 気管支喘息の発病・悪化 慢性呼吸器症状 中耳炎 目・鼻の刺激症状	気管支喘息の悪化 嚢胞線維症悪化 呼吸機能低下
癌	肺がん 副鼻腔がん	子宮頸がん
心臓病	心臓病死 冠動脈疾患	

California Environmental Protection Agencyによる, 1997

### 3. 受動喫煙の循環器系への急性・慢性影響

#### (1) 環境タバコ煙 (ETS) とは

受動喫煙に関与するタバコ煙は、喫煙者が吸入後はき出した主流煙である呼出煙と、副流煙が混じった環境タバコ煙 (ETS) である。ETSの多くを副流煙が占め、その有害物質の濃度は、主流煙に比べ、ニコチン2.6~4.9倍、一酸化炭素2.5~4.7倍、各種発がん物質で2~30倍と高くなる。非喫煙者が実際に受動喫煙を受ける程度は、部屋の広さや換気条件によって大きく異なり、また化学物質の種類によっても異なる。

換気していない室内で、喫煙者と受動喫煙者の呼気中一酸化炭素濃度を経時的に測定したある研究によると、受動喫煙者では喫煙者の約3分の1の濃度に達していると報告されている。またレストランおよび事務室内で、タバコ煙中の各種発癌物質の吸入量を測定した研究によると、受動喫煙者では喫煙者に対して、ニコチンは数十分の一から百分の一程度、ベンゾピレンは10分の1から50分の1量であったのに対し、ニトロソジメチルアミンでは等量から2分の1量であった<sup>8)</sup>。この他にも受動喫煙者のタバコ煙吸入量はガス相成分に関しては、喫煙者の数分の一に達するという多くの報告があり、受動喫煙によって非喫煙者は急性および慢性の健康影響を受けることが推察される。

#### (2) 受動喫煙による血管内皮障害

臨床及び実験研究において、能動喫煙や受動喫煙が種々の血管床において血管機能不全、動脈硬化促進、血栓形成を起こすことが示唆されている。未だその機序は確定されていないが、フリーラジカルに関連した酸化ストレスが、その中心的な役割をなしていることが明らかにされつつある。これらのフリーラジカルはタバコ煙そのものに含まれるものであるとともに、血管内皮からも発生するものである。したがって喫煙は外因性に強力な活性酸素、フリーラジカルを負荷し、明らかに酸化ストレスを増大させ、血管内皮機能障害や血管平滑筋細胞の活性化を通して血管病変形成に関与していることが明らかにされてきた<sup>9) 10)</sup>。

生体内には生成された活性酸素を消去する系が存在するが、Tsuchiyaらによる若いボランティア喫煙者における検討<sup>11)</sup>において、タバコを一本吸っただけで、血漿中のアスコルビン酸、システイン、メチオニン、尿酸などの抗酸化物質が有意に低下して約1時間持続することが観察されており、タバコ煙が激しい酸化ストレスを生体に与えていることが示唆されている（図2）。喫煙期間が長いほど血漿中のアスコルビン酸濃度が低いことや、逆に活性酸素の消去系の指標の一つであるグルタチオンが慢性喫煙者では非喫煙時には非喫煙者より高く、喫煙するとその値が減少する事象も観察されている。血管壁に酸化ストレスがかかると、血管内皮機能障害が生ずるとされ、血管平滑筋細胞の活性化が起こり、血管壁から組織ACE、組織アンジオテンシンII、エンドセリン、カテコラミン、サイトカイン、PAI-1などの物質が生成されて、血管収縮や血管の炎症を生じ、また、循環系を調節している一酸化窒素が喫煙により著明に減少することも観察されている（図3）。受動喫煙においてもOtsukaらは、健康非喫煙若年ボランティアにおいて、わずか30分の受動喫煙が血管内皮機能を傷害し冠血流予備能を低下させることを報告した<sup>12)</sup>。わずかな受動喫煙でも危険であり、すべての人がタバコ煙暴露から保護されなければならないことが示されたデータである。

#### (3) 受動喫煙の慢性影響

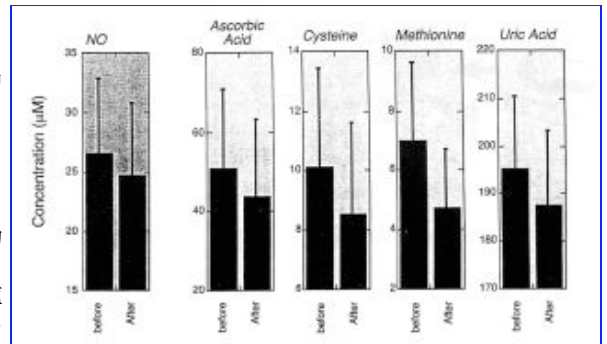
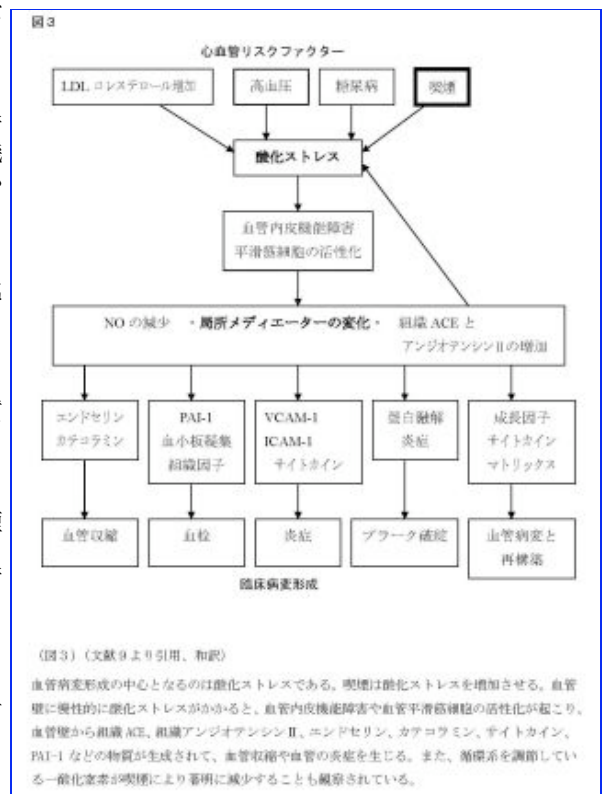


図2. 喫煙前後の酸化ストレス指標の変化 (文献11より引用)



(図3) (文献9より引用、和訳)

血管病変形成の中心となるのは酸化ストレスである。喫煙は酸化ストレスを増加させる。血管壁に機能的に酸化ストレスがかかると、血管内皮機能障害や血管平滑筋細胞の活性化が起こり、血管壁から組織ACE、組織アンジオテンシンII、エンドセリン、カテコラミン、サイトカイン、PAI-1などの物質が生成されて、血管収縮や血管の炎症を生じる。また、循環系を調節している一酸化窒素が喫煙により著明に減少することも観察されている。

図3. 心血管リスクファクター

(文献11より引用、和訳)

海外では一日1〜4本の少量喫煙の危険性に関する新しいデータが報告されている。ノルウェーのオスロと近郊3地方で行われた研究開始時に35才から49才の約4万3,000例（男性23521人、女性19201人）の循環器疾患のないコホートの1970年から2002年の前向き調査の結果<sup>13)</sup>では、一日1〜4本の喫煙者の虚血性心疾患による死亡の非喫煙者に対する相対危険度は男性2.74倍、女性2.94倍であり、軽度喫煙者の危険性が示されている。先に述べた、受動喫煙者のタバコ煙吸入量はガス相成分に関しては、喫煙者の数分の一に達するという報告からすると、受動喫煙による循環器疾患リスク増大は当然と考えられる。

AHAは1992年に心臓死のリスクは家庭における受動喫煙では約30%上昇し、受動喫煙の程度がさらに高い職場では、さらに高いリスクがあるとしている。1999年にはHeらが基準に適合する疫学調査18件のメタアナリシスの結果を発表した<sup>14)</sup> (図4)が、受動喫煙による冠動脈疾患の相対危険度は、1.25と有意に高く、さらにコホート研究1.21、症例対照研究1.51、男性1.22、女性1.24、家庭内曝露1.17、職場曝露1.11で、観察方法を問わず増加していた。また、同研究において受動喫煙のない非喫煙者と比較した受動喫煙のある非喫煙者の虚血性心疾患リスクは1日1〜19本の場合1.23、20本以上の場合1.31と有意な量反応関係を示していた (図5)。

#### 4. おわりに—今後の目指す方向—

わが国は受動喫煙防止の後進国であるが、米国における心血管疾患と脳卒中の一次予防のためのAHAガイドラインと同様に、わが国の虚血性心疾患の一時予防ガイドライン(2006年改訂版)や心筋梗塞二次予防に関するガイドライン(2006年改訂版)でも「喫煙歴があれば、禁煙するように支援する。また、退院後、受動喫煙が生じないようにするように指導する。」とされている。2005年11月に発表された9学会の合同「禁煙ガイドライン」においても、現在わが国においては受動喫煙の有害性の認識や、受動喫煙による被害を防止するための方策が十分でなく、「非喫煙者の保護」を目的とした方策を実行すべきであると提言されている。しかし今や、そのような抽象的な表現で満足すべきではなく、わが国でも具体的に法的に全面的受動喫煙禁止地区をいくつか設定することとその結果を調査・検討する時期にきている。そのためには各学会を中心に医療者・行政・市民が協力する必要がある。受動喫煙は予防可能な循環器疾患の最大のリスクファクターであり、非喫煙者が受動喫煙にさらされることを防ぐために医療従事者はあらゆる努力をする必要がある。

(文部省より引用、和訳)  
血管病変形成の中心となるのは酸化ストレスである。喫煙は酸化ストレスを増加させる。血管壁に慢性的に酸化ストレスがかかると、血管内皮機能障害や血管平滑筋細胞の活性化が起こり、血管壁から組織ACE、組織アンジオテンシンII、エンドセリン、カテコラミン、サイトカイン、PAI-1などの物質が生成されて、血管収縮や血管の炎症を生じる。また、循環系を調節している一酸化窒素が喫煙により著明に減少することも観察されている。

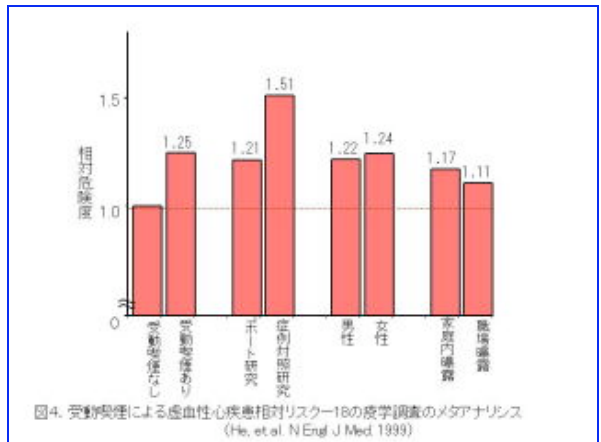


図4. 受動喫煙による虚血性心疾患相対リスク-18の疫学調査のメタアナリシス (He, et al. N Engl J Med. 1999)

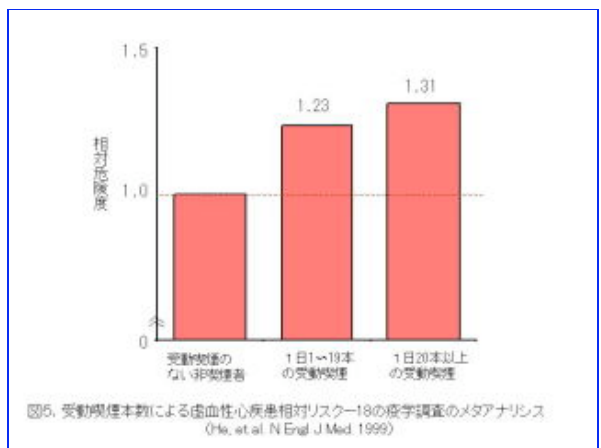


図5. 受動喫煙本数による虚血性心疾患相対リスク-18の疫学調査のメタアナリシス (He, et al. N Engl J Med. 1999)

#### 文献

- 1) 外務省：たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約の説明書。2004年3月
- 2) 禁煙ガイドライン Circulation J 2005; 69, Suppl.IV: 1-99
- 3) Sargent RP, Shepard RM, Glantz SA. Reduced incidence of admissions or myocardial infarction associated with public smoking ban: before and after study. BMJ 2004; 328: 977-980
- 4) Bartecchi C, Alsever RN, Nevin-Woods C, Thomas WM, Estacio RO, Bartelson BB, Krantz MJ. Reduction in the incidence of acute myocardial infarction associated with a citywide smoking ordinance. Circulation. 2006;114(14):1490-6.
- 5) Barone-Adesi F, Vizzini L, Merletti F, Richiardi L. Short-term effects of Italian smoking regulation on rates of hospital admission for acute myocardial infarction. Eur Heart J. 2006 :2468-2472.
- 6) Khuder SA, Milz S, Jordan T, Price J, Silvestri K, Butler P. The impact of a smoking ban on hospital admissions for coronary heart disease. Prev Med. 2007 ; 45(1):3-8.
- 7) Juster HR, Loomis BR, Hinman TM, Farrelly MC, Hyland A, Bauer UE, Birkhead GS. Declines in hospital admissions for acute myocardial infarction in New York State after implementation of a comprehensive smoking ban. Am J Public Health. 2007; 97(11): 1-5
- 8) Remmer H. Passively inhaled tobacco smoke: a challenge to toxicology and preventive medicine. Arch Toxicol, 1987; 61: 89-104
- 9) Dzau VJ: Theodore Cooper Lecture: Tissue angiotensin and Pathobiology of vascular disease: a unifying hypothesis. Hypertension 37, 1047-1052,2001
- 10) Heitzer T, Yla-Herttuala S, Luoma J, et al.: Cigarette smoking potentiates endothelial dysfunction of forearm resistance vessels in patients with hypercholesterolemia. Role of oxidized LDL, Circulation 93, 1346-1353, 1996
- 11) Tsuchiya M, et al: Smoking a single cigarette rapidly reduces combined concentrations of nitrate and nitrite and concentrations of antioxidants in plasma. Circulation 105: 1155-1157, 2002
- 12) Otsuka R, Watanabe H, Hirata K et al: Acute effects of passive smoking on coronary circulation in healthy young adults. JAMA; 286:436-441, 2001
- 13) Bjartveit K, Tverdal A. Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. Tob Control 2005; 14(5): 315-320
- 14) He J, Vupputuri S, Allen K, Prerost MR, Hughes J, Whelton PK. Passive Smoking and the Risk of Coronary Heart Disease ? A Meta-Analysis of Epidemiologic Studies. N Engl J Med 1999; 340: 920-926

# Smoking bans prevent cardiovascular diseases ? It's the time to investigate whether diseases decrease or not by the implementation of a comprehensive smoking ban in Japan.

Hisayoshi Fujiwara<sup>1</sup>, Mami Iida<sup>2</sup>

Even brief exposure to secondhand smoke has immediate adverse effects on cardiovascular system, such as arterial endothelial dysfunction. Exposure to secondhand smoke increases risk of fatal and non-fatal coronary heart disease in non-smokers by about 30%. A recent epidemiological study found that non-smokers exposed to secondhand smoke had higher blood chemistry values including white blood cells, C reactive protein, homocysteine, fibrinogen, and oxidized low density lipoprotein cholesterol concentrations compared with unexposed non-smokers, and that the values for these biomarkers of inflammation were similar to those observed in active smokers. Clean indoor air ordinances that ban smoking in public and work spaces may lead to significant reductions in the prevalence of smoking and cigarette consumption and therefore may reduce the prevalence of exposure to secondhand smoke. Reducing exposure to secondhand smoke may lead to a reduction in smoking-related diseases. Recently, growing evidence indicates that the implementation of a comprehensive smoking ban significantly and dramatically reduced the rate of hospital admissions for coronary heart diseases in Helena (Montana, U.S.A.), in Pueblo (Colorado, U.S.A.), in Bowling Green (Ohio, U.S.A.), in Piemont region (Italy), in New York State (U.S.A.), in Ireland, and in Scotland (U.K.). Now it's the time for Japan to implement a smoke-free legislation and to evaluate the short and long-term effects of the legal smoking ban on cardiovascular diseases. In this report, we reviewed that the comprehensive smoking bans constitute a simple, effective intervention to substantially improve the public health.

Key word: smoke-free legislation, smoking ban, secondhand smoke, cardiovascular disease, endothelial dysfunction

1. Hyogo Prefectural Amagasaki Hospital, Amagasaki, Hyogo, 660-0828, Japan
2. Department of General Medicine, Chuno-Kosei Hospital, Seki, Gifu, 501-3802, Japan

[topにもどる](#)

《原著論文》

## 日本禁煙学会認定専門医による禁煙治療成績

日本禁煙学会禁煙治療委員会  
東北大学病院 禁煙外来担当  
山本蒔子

キーワード：ニコチン依存症、ニコチンパッチ、保険適用、禁煙成功率

### はじめに

2006年4月からニコチン依存症管理料が保険適用となり、さらに6月からはニコチンパッチも保険適用になった。長い間禁煙治療を進めてきた私たちにとっては、念願がかなったと言える。しかし、社会保険庁は保険適用1年後の治療成績を調査するにあたり、治療が終了していない症例までを含むものを分母とし、禁煙成功例を分子として計算することになっているため、禁煙治療の成功率は明らかに低い値となる。また、5回の受診者のみを対象としているため、5回以下の受診で成功している例を含めず、さらに低い値となることが考えられる。

そこで、日本禁煙学会では、禁煙成功率を正しく認識して貰うことを目的に、学会認定の専門医に対して禁煙成功率の調査を行うことにした。その結果を集計したので報告する。

### 方法

調査は以下の方法で行った。

1. 2006年6月から2007年6月までに、禁煙治療の保険治療を行ったもので、治療が既に終了しているものを対象とする。
2. 受診回数は必ずしも5回である必要は無いが、禁煙の成功後少なくとも4週後に禁煙が継続していることを確認できている症例を成功群とする。
3. 途中中断して禁煙の継続を確認出来なかった例、明らかに失敗である例は失敗群とする。
4. 成功および失敗群は、男女別に、例数、平均年齢、平均受診回数を報告してもらう。
5. ニコチン依存症の保険制度の問題点についての意見を聞く。

以上の条件での報告依頼を日本禁煙学会のメール通信にて会員に送信した。

報告は、FAXでの報告が2名以外は山本にメールで報告された。

男女別の成功群と失敗群の平均年齢と平均受診回数は、報告された値に例数を掛け合わせて、その後各々の群の総例数で割って求めた。

### 結果

報告医師数（報告施設数）は34名であった（論文の最後に報告者名を掲載）。症例数は100例以上を越える箇所は4箇所あった。科は多くが内科であったが、耳鼻科と神経外科が1箇所ずつあった。

報告総症例数は1627例であり、成功群は男性688例、女性192例、失敗群は男性493例、女性254例であった。

表1に各群の平均年齢と平均受診回数を掲げた。成功群の男性年齢が52.5歳であり、女性は47.7歳であった。失敗群では男性が48.9歳、女性が45.8歳であった。男性において年齢が高く、男女とも成功群の年齢が高い傾向があった。平均受診回数は、成功群の男性が4.6回、女性が4.7回であり、失敗群では男性が2.8回及び女性が2.6回であった。成功群のほうが男女共に、受診回数が多かった。

表2に示したように、禁煙成功率は男性58.2%（688例/1181例）、女性43.0%（192例/446例）であり、明らかに女性における成功率が低値であった（ $p < 0.01$ ）。全体での成功率は54.0%（880例/1627例）であった。

表1 禁煙成功群と失敗群における平均年齢と平均受診回数

	禁煙成功群	禁煙失敗群

表2 禁煙治療における男女別成功率

	症例数	成功例数	禁煙成功率	%



---

## Elaboration of guidelines for implementation of the Convention (decision FCTC/COP1(15))

### Article 8: Protection from exposure to tobacco smoke

1. At its first session in February 2006 in Geneva, the Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control decided (decision FCTC/COP1(15)):

(1) *to adopt the templates for the elaboration of guidelines on Articles 8 and 9, as they appear in Annexes 1 and 2 to this Decision;*

(3) *to accord the highest priority to guidelines on Article 8 and the first phase of Article 9, and to request the Convention Secretariat to initiate work on these guidelines, on the basis of the templates, and to present draft guidelines to the second Conference of the Parties, if possible, or progress reports;*

(5) *to request the Convention Secretariat to utilize these criteria in preparing a workplan for the elaboration of guidelines on the relevant articles, for consideration by the COP at its second session;*

(6) *to invite the relevant intergovernmental and nongovernmental organizations with specific expertise in the guideline matters to actively participate and contribute to the further elaboration and development of the guidelines, as per request from the Convention Secretariat.*

### Articles 7 and 8 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control

2. Article 7 of the WHO Framework Convention (*Non-price measures to reduce the demand for tobacco*) states, inter alia:

*Each Party shall adopt and implement effective legislative, executive, administrative or other measures necessary to implement its obligations pursuant to Articles 8 to 13 and shall cooperate, as appropriate, with each other directly or through competent international bodies with a view to their implementation. The Conference of the Parties shall propose appropriate guidelines for the implementation of the provisions of these Articles.*

3. More specifically, Article 8 of the WHO Framework Convention (*Protection from exposure to tobacco smoke*) obligates Parties to take effective steps to provide protection from exposure to tobacco smoke. Article 8.1 acknowledges the overwhelming scientific consensus that second-hand tobacco smoke kills:

*Parties recognize that scientific evidence has unequivocally established that exposure to tobacco smoke causes death, disease and disability.*

4. Article 8.2 requires Parties to adopt and implement effective measures to provide protection from exposure to tobacco smoke:

*Each Party shall adopt and implement in areas of existing national jurisdiction as determined by national law and actively promote at other jurisdictional levels the adoption and implementation of effective legislative, executive, administrative and/or other measures, providing for protection from exposure to tobacco smoke in indoor workplaces, public transport, indoor public places and, as appropriate, other public places.*

### **Process for developing these guidelines**

5. Pursuant to decision FCTC/COP1(15), the World Health Organization, acting as the interim secretariat to the WHO Framework Convention (pursuant to Article 24.2 and in accordance with decision FCTC/COP1(10) and resolution WHA56.1)<sup>1</sup>, convened a meeting on 26 May 2006 in Geneva between the key facilitators for Article 8 (Finland, Ireland and New Zealand) and WHO's Tobacco Free Initiative. The key facilitators are those Parties that at the first session of the Conference of the Parties had formally offered to assist the Convention Secretariat in leading the process for drafting guidelines for implementation of Article 8. At the 26 May 2006 meeting, the key facilitators and WHO's Tobacco Free Initiative agreed on a tentative structure and chapter headings for the guidelines. It was also agreed that a consultative working group meeting of the key facilitators, WHO's Tobacco Free Initiative, partners and civil society representatives was needed to facilitate the drafting of guidelines. It was further agreed that the consultative working group would present draft guidelines to the Conference of the Parties at its second session for its consideration.

6. Subsequently, Ireland, the lead key facilitator, agreed to host the consultative working group meeting from 1 to 3 November 2006 in Dublin. The meeting was attended by the key facilitators, partners (Cameroon, Djibouti, France, Germany, Hungary, Jamaica, Madagascar, Mali, Mexico, Panama, Peru, Sweden, Thailand, the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland, Uruguay and Vanuatu),<sup>2</sup> the European Commission and invited representatives of civil society. In early January 2007, a draft of these guidelines was circulated for input by the reviewers (Cape Verde, the Marshall Islands, Norway and Palau) before a final draft was submitted to the Bureau of the Conference of the Parties.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Resolution WHA56.1. WHO Framework Convention on Tobacco Control. In: *Fifty-sixth World Health Assembly, Geneva, 19-28 May 2003. Volume 2. Resolutions and decisions, and annexes*. Geneva, World Health Organization, 2003 (document WHA56/2003/REC/1).

<sup>2</sup> Apologies were sent from Brazil, China and Fiji.

<sup>3</sup> The Bureau of the Conference of the Parties comprises the officers elected from among the representatives of the Parties present at the first regular session of the Conference of the Parties, and includes a President, and five Vice-Presidents, one of whom acts as Rapporteur. Each of the WHO regions is represented by one Bureau member.

**Complementary guidance: *WHO policy recommendations on protection from exposure to second-hand tobacco smoke***

7. WHO will publish its *Policy recommendations on protection from exposure to second-hand tobacco smoke* (forthcoming, 2007), which provides relevant background to these guidelines and offers additional detailed information on the scientific evidence and country experiences on which these guidelines are based. Parties, as well as all other WHO Member States, are encouraged to refer to the WHO policy recommendations in the development and implementation of measures to reduce exposure to tobacco smoke, in particular through smoke free legislation.

8. Attached as Annex 1 for consideration by the Conference of the Parties are the draft guidelines for the implementation of Article 8 developed by the guideline elaboration working group in accordance with decision FCTC/COP1(15).



## ANNEX 1

### **Draft guidelines on protection from exposure to tobacco smoke, as elaborated by the working group convened in accordance with decision FCTC/COP1(15) of the Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control at its first session**

#### **PURPOSE, OBJECTIVES AND KEY CONSIDERATIONS**

##### **Purpose of the guidelines**

1. Consistent with other provisions of the WHO Framework Convention and the intentions of the Conference of the Parties, these guidelines are intended to assist Parties in meeting their obligations under Article 8. They draw on the best available evidence and the experience of Parties that have successfully implemented effective measures to reduce exposure to tobacco smoke.
2. The guidelines contain agreed upon statements of principles and definitions of relevant terms, as well as agreed upon recommendations for the steps required to satisfy the obligations of the Convention. In addition, the guidelines identify the measures necessary to achieve effective protection from the hazards of second-hand tobacco smoke. Parties are encouraged to use these guidelines not only to fulfil their legal duties under the Convention, but also to follow best practices in protecting public health.

##### **Objectives of the guidelines**

3. These guidelines have two related objectives. The first is to clarify Parties' obligations under Article 8 of the WHO Framework Convention, in a manner consistent with the scientific evidence regarding exposure to second-hand tobacco smoke and the best practice worldwide in the implementation of smoke free measures, in order to establish a high standard of accountability for treaty compliance and to assist the Parties in promoting the highest attainable standard of health. The second objective is to identify the key elements of legislation necessary to effectively protect people from exposure to tobacco smoke, as required by Article 8.

##### **Underlying considerations**

4. The development of these guidelines has been influenced by the following fundamental considerations:
  - (a) The duty to protect from tobacco smoke, embodied in the text of Article 8, is grounded in fundamental human rights and freedoms. Given the dangers of breathing second-hand tobacco smoke, the duty to protect from tobacco smoke is implicit in, inter alia, the right to life and the right to the highest attainable standard of health, as well as the right to a healthy environment as recognized in many international legal instruments (including the Constitution of the World Health Organization, the Convention on the Rights of the Child, the Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women and the Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), as formally incorporated into the Preamble of the WHO Framework Convention and as recognized in the constitutions of many nations.

(b) The duty to protect individuals from tobacco smoke corresponds to an obligation by governments to enact legislation to protect individuals against threats to their fundamental rights and freedoms. This obligation extends to all persons, and not merely to certain populations.

(c) Several authoritative scientific bodies have determined that second-hand tobacco smoke is a carcinogen. Some Parties to the WHO Framework Convention (for example, Finland and Germany) have classified second-hand tobacco smoke as a carcinogen and included the prevention of exposure to it at work in their health and safety legislation. In addition to the requirements of Article 8, therefore, Parties may be obligated to address the hazard of exposure to tobacco smoke in accordance with their existing workplace laws or other laws governing exposure to harmful substances, including carcinogens.

## **STATEMENT OF PRINCIPLES AND RELEVANT DEFINITIONS UNDERLYING PROTECTION FROM EXPOSURE TO TOBACCO SMOKE**

### **Principles**

5. As noted in Article 4 of the WHO Framework Convention, strong political commitment is necessary to take measures to protect all persons from exposure to tobacco smoke. The following agreed upon principles should guide the implementation of Article 8 of the Convention.

#### **Principle 1**

6. Effective measures to provide protection from exposure to tobacco smoke, as envisioned by Article 8 of the WHO Framework Convention, require the total elimination of smoking and tobacco smoke in a particular space or environment in order to create a 100% smoke free lawsenvironment. There is no safe level of exposure to tobacco smoke, and notions such as a threshold value for toxicity from second-hand smoke should be rejected, as they are contradicted by scientific evidence. Approaches other than 100% smoke free lawsenvironments, including ventilation, air filtration and the use of designated smoking areas (whether with separate ventilation systems or not), have repeatedly been shown to be ineffective and there is conclusive evidence, scientific and otherwise, that engineering approaches do not protect against exposure to tobacco smoke.

#### **Principle 2**

7. All people should be protected from exposure to tobacco smoke. All indoor workplaces and indoor public places should be smoke-free.

#### **Principle 3**

8. Legislation is necessary to protect people from exposure to tobacco smoke. Voluntary smoke free policies have repeatedly been shown to be ineffective and do not provide adequate protection. In order to be effective, legislation should be simple, clear and enforceable.

#### **Principle 4**

9. Good planning and adequate resources are essential for successful implementation and enforcement of smoke free legislation.

### **Principle 5**

10. Civil society has a central role in building support for and ensuring compliance with smoke free measures, and should be included as an active partner in the process of developing, implementing and enforcing legislation.

### **Principle 6**

11. The implementation of smoke free legislation, its enforcement and its impact should all be monitored and evaluated. This should include monitoring and responding to tobacco industry activities that undermine the implementation and enforcement of the legislation, as specified in Article 20.4 of the WHO Framework Convention.

### **Principle 7**

12. The protection of people from exposure to tobacco smoke should be strengthened and expanded, if necessary; such action may include new or amended legislation, improved enforcement and other measures to reflect new scientific evidence and case-study experiences.

### **Definitions**

13. In developing legislation, it is important to use care in defining key terms. Several recommendations as to appropriate definitions, based on experiences in many countries, are set out here. The definitions in this section supplement those already included in the WHO Framework Convention.

#### **“Second-hand tobacco smoke” or “environmental tobacco smoke”**

14. Several alternative terms are commonly used to describe the type of smoke addressed by Article 8 of the WHO Framework Convention. These include “second-hand smoke”, “environmental tobacco smoke”, and “other peoples’ smoke”. Terms such as “passive smoking” and “involuntary exposure to tobacco smoke” should be avoided, as experience in France and elsewhere suggests that the tobacco industry may use these terms to support a position that “voluntary” exposure is acceptable. “Second-hand tobacco smoke”, sometimes abbreviated as “SHS”, and “environmental tobacco smoke”, sometimes abbreviated “ETS”, are the preferable terms; these guidelines use “second-hand tobacco smoke”.

15. Second-hand tobacco smoke can be defined as “the smoke emitted from the burning end of a cigarette or from other tobacco products usually in combination with the smoke exhaled by the smoker”.

16. “Smoke-free air” is air that is 100% smoke-free. This definition includes, but is not limited to, air in which tobacco smoke cannot be seen, smelled, sensed or measured.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> It is possible that constituent elements of tobacco smoke may exist in air in amounts too small to be measured. Attention should be given to the possibility that the tobacco industry or the hospitality sector may attempt to exploit the limitations of this definition.

**“Smoking”**

17. This term should be defined to include being in possession or control of a lit tobacco product regardless of whether the smoke is being actively inhaled or exhaled.

**“Public places”**

18. While the precise definition of “public places” will vary between jurisdictions, it is important that legislation define this term as broadly as possible. The definition used should cover all places accessible to the general public or places for collective use, regardless of ownership or right to access.

**“Indoor” or “enclosed”**

19. Article 8 requires protection from tobacco smoke in “indoor” workplaces and public places. Because there are potential pitfalls in defining “indoor” areas, the experiences of various countries in defining this term should be specifically examined. The definition should be as inclusive and as clear as possible, and care should be taken in the definition to avoid creating lists that may be interpreted as excluding potentially relevant “indoor” areas. It is recommended that “indoor” (or “enclosed”) areas be defined to include any space covered by a roof or enclosed by one or more walls or sides, regardless of the type of material used for the roof, wall or sides, and regardless of whether the structure is permanent or temporary.

**“Workplace”**

20. A “workplace” should be defined broadly as “any place used by people during their employment or work”. This should include not only work done for compensation, but also voluntary work, if it is of the type for which compensation is normally paid. In addition, “workplaces” include not only those places at which work is performed, but also all attached or associated places commonly used by the workers in the course of their employment, including, for example, corridors, lifts, stairwells, lobbies, joint facilities, cafeterias, toilets, lounges, lunchrooms and also outbuildings such as sheds and huts. Vehicles used in the course of work are workplaces and should be specifically identified as such.

21. Careful consideration should be given to workplaces that are also individuals’ homes or dwelling places, for example, prisons, mental health institutions or nursing homes. These places also constitute workplaces for others, who should be protected from exposure to tobacco smoke.

**“Public transport”**

22. Public transport should be defined to include any vehicle used for the carriage of members of the public, usually for reward or commercial gain. This would include taxis.

**THE SCOPE OF EFFECTIVE LEGISLATION**

23. Article 8 requires the adoption of effective measures to protect people from exposure to tobacco smoke in (1) indoor workplaces, (2) indoor public places, (3) public transport, and (4) “as appropriate” in “other public places”.

24. This creates an *obligation to provide universal protection* by ensuring that all indoor public places, all indoor workplaces, all public transport and possibly other (outdoor or quasi-outdoor) public places are free from exposure to second-hand tobacco smoke. No exemptions are justified on the basis of health or law arguments. If exemptions must be considered on the basis of other arguments, these should be minimal. In addition, if a Party is unable to achieve universal coverage immediately, Article 8 creates a continuing obligation to move as quickly as possible to remove any exemptions and make the protection universal. Each Party should strive to provide universal protection within five years of the WHO Framework Convention's entry into force for that Party.

25. No safe levels of exposure to second-hand smoke exist, and, as previously acknowledged by the Conference of the Parties in decision FCTC/COP1(15), engineering approaches, such as ventilation, air exchange and the use of designated smoking areas, do not protect against exposure to tobacco smoke.

26. Protection should be provided in all indoor or enclosed workplaces, including motor vehicles used as places of work (for example, taxis, ambulances or delivery vehicles).

27. The language of the treaty requires protective measures not only in all "indoor" public places, but also in those "other" (that is, outdoor or quasi-outdoor) public places where "appropriate". In identifying those outdoor and quasi-outdoor public places where legislation is appropriate, Parties should consider the evidence as to the possible health hazards in various settings and should act to adopt the most effective protection against exposure wherever the evidence shows that a hazard exists.

## **INFORM, CONSULT AND INVOLVE THE PUBLIC TO ENSURE SUPPORT AND SMOOTH IMPLEMENTATION**

28. Raising awareness among the public and opinion leaders about the risks of second-hand tobacco smoke exposure through ongoing information campaigns is an important role for government agencies, in partnership with civil society, to ensure that the public understands and supports legislative action. Key stakeholders include businesses, restaurant and hospitality associations, employer groups, trade unions, the media, health professionals, organizations representing children and young people, institutions of learning or faith, the research community and the general public. Awareness-raising efforts should include consultation with affected businesses and other organizations and institutions in the course of developing the legislation.

29. Key messages should focus on the harm caused by second-hand tobacco smoke exposure, the fact that elimination of smoke indoors is the only science-based solution to ensure complete protection from exposure, the right of all workers to be equally protected by law and the fact that there is no trade-off between health and economics because experience in an increasing number of jurisdictions shows that smoke-free environments benefit both. Public education campaigns should also target settings for which legislation may not be feasible or appropriate, such as private homes.

30. Broad consultation with stakeholders is also essential to educate and mobilize the community and to facilitate support for legislation after its enactment. Once legislation is adopted, there should be an education campaign leading up to implementation of the law, the provision of information for business owners and building managers outlining the law and their responsibilities and the production of resources, such as signage. These measures will increase the likelihood of smooth implementation and high levels of voluntary compliance. Messages to empower nonsmokers and to thank smokers for complying with the law will promote public involvement in enforcement and smooth implementation.

## **ENFORCEMENT**

### **Duty of compliance**

31. Effective legislation should impose legal responsibilities for compliance on both affected business establishments and individual smokers, and should provide penalties for violations, which should apply to businesses and, possibly, smokers. Enforcement should ordinarily focus on business establishments. The legislation should place the responsibility for compliance on the owner, manager or other person in charge of the premises, and should clearly identify the actions he or she is required to take. These duties should include:

- (a) a duty to post clear signs at entrances and other appropriate locations indicating that smoking is not permitted. The format and content of these signs should be determined by health authorities or other agencies of the government and may identify a telephone number or other mechanisms for the public to report violations and the name of the person within the premises to whom complaints should be directed;
- (b) a duty to remove any ashtrays from the premises;
- (c) a duty to supervise the observance of rules;
- (d) a duty to take reasonable specified steps to discourage individuals from smoking on the premises. These steps could include asking the person not to smoke, discontinuing service, asking the person to leave the premises and contacting a law enforcement agency or other authority.

### **Penalties**

32. The legislation should specify fines or other monetary penalties for violations. While the size of these penalties will necessarily reflect the specific practices and customs of each country, several principles should guide the decision. Most importantly, penalties should be sufficiently large to deter violations or else they may be ignored by violators or treated as mere costs of doing business. Larger penalties are required to deter business violators than to deter violations by individual smokers, who usually have fewer resources. Penalties should increase for repeated violations and should be consistent with a country's treatment of other, equally serious offences.

33. In addition to monetary penalties, the legislation may also allow for administrative sanctions, such as the suspension of business licences, consistent with the country's practice and legal system. These "sanctions of last resort" are rarely used, but are very important for enforcing the law against any businesses that choose to defy the law repeatedly.

34. Criminal penalties for violations may be considered for inclusion, if appropriate within a country's legal and cultural context.

### **Enforcement infrastructure**

35. Legislation should identify the authority or authorities responsible for enforcement, and should include a system both for monitoring compliance and for prosecuting violators.

36. Monitoring should include a process for inspection of businesses for compliance. It is seldom necessary to create a new inspection system for enforcement of smoke free legislation. Instead, compliance can ordinarily be monitored using one or more of the mechanisms already in place for inspecting business premises and workplaces. A variety of options usually exists for this purpose. In many countries, compliance inspections may be integrated into business licensing inspections, health and sanitation inspections, inspections for workplace health and safety, fire safety inspections or similar programmes. It may be valuable to use several such sources of information gathering simultaneously.

37. Where possible, the use of inspectors or enforcement agents at the local level is recommended; this is likely to increase the enforcement resources available and the level of compliance. This approach requires the establishment of a national coordinating mechanism to ensure a consistent approach nationwide.

38. Regardless of the mechanism used, monitoring should be based on an overall enforcement plan, and should include a process for effective training of inspectors. Effective monitoring may combine regular inspections with unscheduled, surprise inspections, as well as visits made in response to complaints. Such visits may well be educative in the early period after the law takes effect, as most breaches are likely to be inadvertent. The legislation should authorize inspectors to enter premises subject to the law and to collect samples and gather evidence, if these powers are not already established by existing law. Similarly, the legislation should prohibit businesses from obstructing the inspectors in their work.

39. The cost of effective monitoring is not excessive. It is not necessary to hire large numbers of inspectors, because inspections can be accomplished using existing programmes and personnel, and because experience shows that smoke free legislation quickly becomes self-enforcing (that is, predominantly enforced by the public). Only a few prosecutions may be necessary if the legislation is implemented carefully and active efforts are made to educate businesses and the public.

40. Although these programmes are not expensive, resources are needed to educate businesses, train inspectors, coordinate the inspection process and compensate personnel for inspections of businesses outside of normal working hours. A funding mechanism should be identified for this purpose. Effective monitoring programmes have used a variety of funding sources, including dedicated tax revenues, business licensing fees and dedicated revenues from fines paid by violators.

### **Enforcement strategies**

41. Strategic approaches to enforcement can maximize compliance, simplify the implementation of legislation and reduce the level of enforcement resources needed.

42. In particular, enforcement activities in the period immediately following the law's entrance into force are critical to the law's success and to the success of future monitoring and enforcement. Many jurisdictions recommend an initial period of soft enforcement, during which violators are cautioned but not penalized. This approach should be combined with an active campaign to educate business owners about their responsibilities under the law, and businesses should understand that the initial grace period or phase-in period will be followed by more rigorous enforcement.

43. When active enforcement begins, many jurisdictions recommend the use of high-profile prosecutions to enhance deterrence. By identifying prominent violators who have actively defied the law or who are well known in the community, by taking firm and swift action and by seeking

maximum public awareness of these activities, authorities are able to demonstrate their resolve and the seriousness of the law. This increases voluntary compliance and reduces the resources needed for future monitoring and enforcement.

44. While smoke free laws quickly become self-enforcing, it is nevertheless essential that authorities be prepared to respond swiftly and decisively to any isolated instances of outright defiance. Particularly when a law first comes into force, there may be an occasional violator who makes a public display of contempt for the law. Strong responses in these cases set an expectation of compliance that will ease future efforts, while indecisiveness can rapidly lead to widespread violations.

### **Mobilize and involve the community**

45. The effectiveness of a monitoring-and-enforcement programme is enhanced by involving the community in the programme. Engaging the support of the community and encouraging members of the community to monitor compliance and report violations greatly extends the reach of enforcement agencies and reduces the resources needed to achieve compliance. In fact, in many jurisdictions, community complaints are the primary means of ensuring compliance. For this reason, smoke free legislation should specify that members of the public may initiate complaints and should authorize any person or nongovernmental organization to initiate action to compel compliance with measures regulating exposure to second-hand smoke. The enforcement programme should include a toll-free telephone complaint hotline or a similar system to encourage the public to report violations.

## **MONITORING AND EVALUATION OF MEASURES**

46. Monitoring and evaluation of measures to reduce exposure to tobacco smoke are important for several reasons, for example:

- (a) to increase political and public support for strengthening and extending legislative provisions;
- (b) to document successes that will inform and assist the efforts of other countries;
- (c) to identify and publicize the efforts made by the tobacco industry to undermine the implementation measures.

47. The extent and complexity of monitoring and evaluation will vary among jurisdictions, depending on available expertise and resources. However, it is important to evaluate the outcome of the measures implemented, in particular on the key indicator of exposure to second-hand smoke in workplaces and public places. There may be cost-effective ways to achieve this, for example through the use of data or information collected through routine activities such as workplace inspections.

48. There are eight key process and outcome indicators that should be considered.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> WHO policy recommendations on protection from exposure to second-hand tobacco smoke provide references and links to monitoring studies conducted elsewhere on all of these indicators.

**Processes**

- (a) Knowledge, attitudes and support for smoke free policies among the general population and possibly specific groups, for example, bar workers.
- (b) Enforcement of and compliance with smoke free policies.

**Outcomes**

- (c) Reduction in exposure of employees to second-hand tobacco smoke in workplaces and public places.
- (d) Reduction in content of second-hand tobacco smoke in the air in workplaces (particularly in restaurants) and public places.
- (e) Reduction in mortality and morbidity from exposure to second-hand tobacco smoke.
- (f) Reduction in exposure to second-hand tobacco smoke in private homes.
- (g) Changes in smoking prevalence and smoking-related behaviours.
- (h) Economic impacts.

## ANNEX 2

### Links to sample legislation and resource documents

1. References to the national and sub-national legislations currently in force that most closely conform to these best practice guidelines are provided below:

- (a) United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland, Health Act 2006,  
<http://www.opsi.gov.uk/acts/acts2006/20060028.htm>
- (b) New Zealand, Smoke-free Environments Amendment Act 2003,  
[http://www.legislation.govt.nz/browse\\_vw.asp?content-set=pal\\_statutes](http://www.legislation.govt.nz/browse_vw.asp?content-set=pal_statutes)
- (c) Norway, Act No. 14 of 9 March 1973 relating to Prevention of the Harmful Effects of Tobacco,  
<http://odin.dep.no/hod/engelsk/regelverk/p20042245/042041-990030/dok-bn.html> (It should be noted however that the option of smoking sections is not recommended under these guidelines.)
- (d) Scotland, Smoking, Health and Social Care (Scotland) Act 2005,  
<http://www.opsi.gov.uk/legislation/scotland/acts2005/20050013.htm>  
Regulations: <http://www.opsi.gov.uk/si/si2006/20061115.htm>
- (e) Uruguay, <http://www.globalsmokefreepartnership.org/files/132.doc>
- (f) Ireland, Tobacco Smoking (Prohibition) Regulations 2003,  
<http://www.irishstatutebook.ie/ZZSI481Y2003.html>
- (g) Bermuda, Tobacco Products (Public Health) Amendment Act 2005,  
<http://www.globalsmokefreepartnership.org/files/139.DOC>

### Resource documents

- 1. WHO policy recommendation on protection from exposure to second-hand tobacco smoke (forthcoming, 2007).
- 2. *Tobacco smoke and involuntary smoking*. International Agency for Research on Cancer (IARC) Monograph Vol. 83 (2004).  
Available at: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/volume83.pdf>
- 3. *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General* (2006).  
Available at: <http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/>
- 4. California Environmental Protection Agency (CalEPA) environmental health hazard assessment of environmental tobacco smoke (2005).  
Available at: <http://repositories.cdlib.org/tc/surveys/CALEPA2005/> or  
<http://www.arb.ca.gov/regact/ets2006/ets2006.htm>

5. Joint briefing by the Framework Convention Alliance (FCA) and the UICC Global Smokefree Partnership for the meeting to develop guidelines for the implementation of Article 8 of the WHO Framework Convention.

Contact: WHO's Tobacco Free Initiative (TFI) at [tfi@who.int](mailto:tfi@who.int) for a copy

6. A resource on smoke free success stories and challenges. This link includes perspectives on smoke free policies, links to evaluation reports, legislation and public information campaigns, as well as implementation guidelines.

Available at: [www.globalsmokefreepartnership.org](http://www.globalsmokefreepartnership.org)

7. After the smoke has cleared: evaluation of the impact of a new smokefree law. New Zealand, December 2006.

Available at:

<http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/by+unid/A9D3734516F6757ECC25723D00752D50?Open>

= = =

## FCTC 第8条の履行のためのガイドライン の提案に対する FCA と GSP による合同の解説

枠組み条約同盟 (Framework Convention Alliance, FCA)

タバコの煙のない社会を求める世界の連帯 (Global Smokefree Partnership, GSP)

2007年6月30日から7月6日にタイのバンコクで開催される第2回 WHO FCTC 締約国会議に向けて

翻訳：大和 浩、太田雅規、江口将史、江口泰正  
(産業医科大学産業生態科学研究所健康開発科学研究室)

監修：大島 明 (大阪府立成人病センターがん相談支援センター)

注：

FCA と GSP に関しては下記の website を参照のこと。

FCA: <http://www.fctc.org/>

GSP: <http://www.globalSmokefreePartnership.org/>

本書の原文は、下記からダウンロードすることができる。

[http://fctc.org/x/documents/Article8\\_COP2\\_Briefing\\_English.pdf](http://fctc.org/x/documents/Article8_COP2_Briefing_English.pdf)

第2回 FCTC 締約国会議において、FCTC 第8条の履行のためのガイドラインの提案 (Document A/FCTC/COP/2/79) は、7月3日委員会 A において前文が一部修正された以外はそのまま承認され、引き続き総会において採択された。

## 要約

枠組み条約同盟（FCA）とタバコの煙のない社会を求める世界の連帯（GSP）は、WHO タバコ規制枠組み条約の第8条を履行するために示されたガイドラインの提案（Document A/FCTC/COP/2/7）を強く支持するとともに、締約国に対してこれを変更することなく採択することを推奨する。

提案されたガイドラインは、建物内の全面禁煙を推進すべき確固たる科学的な証拠と世界の多くの国と地域ですでに実施されている最良の方策の事例を反映している。この要点説明の文書は、ガイドラインの各項目の基本となる要素について焦点を当て、締約国がなぜこのガイドラインを採択せねばならないのか、解説をおこなったものである。

### 第8条を履行するための基本となる要素

#### 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べきこと

ガイドラインは、タバコの煙への曝露から効果的に保護されることはすべての人に対する生存の権利、すなわち健康的な環境と達成し得る最高の健康を享受する権利に含まれるものであることを断言せねばならない。

#### 2：自主規制ではなく、法的な規制であるべきこと

ガイドラインは、第8条は自主規制で進めるものではなく、断固たる法的な手段を必要とすることを承認しなければならない。

#### 3：全ての人々を対象とするべきこと

ガイドラインは、タバコの煙に対して過敏な人々や病的に弱い特別の人たちだけでなく、全ての人々をタバコの煙への曝露から防止する義務を強調せねばならない。

#### 4：100%全面禁煙の環境とするべきこと

ガイドラインは、人々がタバコの煙に曝露されること無く、健康な生活を送るためには100%全面禁煙の環境であるべきこと、また、換気や喫煙室の指定は受け入れられない手段であることを強調せねばならない。

#### 5：包括的に適用するべきこと

ガイドラインは、全ての屋内の公共の場所、全ての屋内の職場、そして全ての公共の交通機関が完全禁煙であるべきことを強調せねばならない。

#### 6：法律の起草は注意しておこなうべきこと

ガイドラインは、締約国が法律を起草する際に「喫煙」、「公共の場所」、「職場」、「公共交通機関」また「屋内」あるいは「囲いのある」空間などの言葉の定義を明確にし、禁煙化する場所に抜け穴が発生しないように注意し、執行の際の問題を最小とするようにしなければならない。

#### **7：公衆を啓発し、参加させるべきこと**

ガイドラインは、オピニオンリーダーと一般公衆に対する教育と啓発により、効果のある法律の作成を支持し、法律の成立、履行、執行において公衆が参加するものにする必要があることを説明しなくてはならない。

#### **8：市民団体を関与させるべきこと**

ガイドラインは、全面禁煙の措置の成立、履行、執行、評価において、市民団体に対して中心的な役割を与えなくてはならない。

#### **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**

ガイドラインは、全面禁煙を定めた法律の遵守を確実にするために担当部署を特定し、担当部署がその義務を果たすために実施すべき具体的な手段を明らかにするべきことを強調しなくてはならない。

#### **10：適切な罰則を設けるべきこと**

ガイドラインは、違反が発生しないように金銭的もしくは他の制裁などの罰則を設けなくてはならない。

#### **11：効果的な執行の基盤を構築するべきこと**

ガイドラインは、適切な執行の担当部署と仕組みを作らなくてはならない。

#### **12：執行は戦略的におこなうべきこと**

ガイドラインは、執行への戦略的なアプローチと確固たるの執行の重要性を説明しなくてはならない。

#### **13：法律の「将来における変化の可能性」を示すべきこと**

ガイドラインは、新しい科学的な根拠、世界の体験や最良の方策の事例を反映するため、強化し、直ちに改訂しうる柔軟な法律とすることの重要性を強調しなくてはならない。

#### **14：モニタリングと評価をおこなうべきこと**

ガイドラインは、法律によって発生した社会への影響を評価し、FCTC の遵守を促進し、そして、最も効果的な対策の導入を支持するため、モニタリングと評価を継続していかねばならない。

## はじめに

WHO のタバコ規制枠組条約 (FCTC) の第 8 条「タバコの煙に曝されることからの保護」は、WHO タバコ規制枠組み条約の中では、文章としては短く、また、おおまかな表現ではあるが最も重要な条文である。FCTC 第 8 条の履行のためのガイドラインの提案 (Document A/FCTC/COP/2/7) は、周到に作られた手順と明確な勧告を示すことによって、効果的にこの重要な条項を履行を進めていくであろう。

第 8 条の履行のためのガイドラインは、多様な団体、専門家、市民団体の意見を反映させ、公開の場であつ公正な議論を経て作成された。また、本ガイドラインは科学的な証拠と法的な規制を有する締約国の先進事例を十分に検討した上で作られている。市民団体を代表する広範な世界的連携と、FCA、GSP は本ガイドラインを支持し、締約国がガイドラインを勧告通りに採択することを求める。この要点説明の文書は、ガイドラインの基本的な要素に焦点を当てて、なぜガイドラインが締約国会議で提案されているとおりに採択されなければならないかその理由について解説をおこなう。

## 背景

受動喫煙を防止するべき理論的根拠として、受動喫煙は致死的な影響があることについて明白な科学的根拠に基づく合意があることが第 8 条の 1 に述べられている：

*締約国は、タバコの煙にさらされることが死亡、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。*

FCTC の交渉が始められた時期、タバコの煙に曝されることが死亡、疾病及び障害を引き起こすことについて、英国タバコと健康に関する科学委員会<sup>1</sup>、米国公衆衛生長官<sup>2</sup>、フランス国立アセンブリー<sup>3</sup>、カリフォルニア環境保護庁<sup>4</sup> などから重要な報告が相次いでなされた。これらの組織、研究機関はタバコの煙に曝されることが、成人にも小児にも致死的な疾病を含む多くの疾病の原因になることを確認した。

この時期には市民団体が中心となり、各国のオピニオンリーダー、ステークホルダー (利害関係者)、そして一般公衆に対してタバコの煙に曝されることの危険性と法律により屋内を完全に禁煙にすることの利点についての啓発が行われた。また、アドボカシー団体、研究者と研究組織、医師会や保健医療専門職などあらゆる団体、組織が受動喫煙に関する問題の解決法についての合意形成に貢献して来た。提案されたガイドラインが認めているように、完全禁煙化が必要であることについての合意形成において市民団体が中心的な役割を果たすのみならず、法規制の成立と履行と執行においても市民団体が活動的なパートナーでなければならない (提案されたガイドラインの段落 10)。

FCTC の交渉が始まった後、多くの国、州、地域が受動喫煙を防止するために屋内の公共の場所と屋内の職場を禁煙とする法律を制定したことは大変重要なことである。また、条例レベルでの屋内禁煙法を施行する地域も急速に拡大しつつある。これらの国、州、地域に共通することは、禁煙法が効果的であることである。実践的であり、実行可能であり、また、経済的な利益もあり、さらに、公衆の非常に高いレベルの支持を得ている。

## 第8条を履行するためのガイドラインの基本となる要素

### 1：第8条は人間の基本的な人権に基づくものであることを承認すべきであること

第8条の2では、FCTCの締約国に対して「効果のある」対策を実行することを求めている：

*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タバコ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、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。*

ガイドラインは「受動喫煙を防止することを義務づけた第8条は基本的な人権と自由にもとづくものである」（段落4）であることを正確に認識しなくてはならない。また、このことを承認することは大変重要であり、この点を強調することにより、ガイドラインは第8条の重要性を強調するだけでなく、その法的、また、概念的な根拠を明確にすることとなる。なぜならば、受動喫煙により生命が危険に脅かされるので、世界人権宣言で謳われ、WHO憲章や経済的、社会的および文化的権利に関する国際規約、女性差別撤廃条約、子供の権利条約、その他の国際法文書や慣習法、また、FCTCの前文にも述べられている「全ての人が達成可能でもっとも高いレベルの健康を享受する基本的人権」が損なわれることになる。締約国が自国の国民を受動喫煙から保護する義務があることは、すべての人々の健康的な環境に対する普遍的な権利があることに由来するものであり、各種の国際法によっても支持されている。

### 2：自主規制ではなく、法的な規制であるべきこと

ガイドラインでは第8条は明確な法的規制が必要であり、業界の自主規制や非公式の協定では不十分であることが強調されている。ガイドラインの基本原則3では以下のように述べられている：

*受動喫煙を防止するためには、立法上の規制が必要である。自主規制では有効な対策にはならないことがこれまでも繰り返し経験されて来た。*

受動喫煙を防止するためには法律に基づく規制が必要である。地域や業界における自主規制は建物内の禁煙化を促進する場合もあるが、FCTCで締約国に課せられた義務を果たしたことはない。これまでの経験により、受動喫煙を防止する上で有効なのは、強制力を持った法的な手段であることがはっきりしている。

かつて、受動喫煙の防止のための自主規制を行った事例はあったが、その実効性はあがらなかった。例えば、スコットランドで公共の建物を禁煙とする自主規制が決定されたが、4年たっても禁煙となった事例は全くなかった。しかし、建物内を禁煙とする法律が施行されると、その1ヶ月後には99%の建物が禁煙化されたことが確認されている<sup>5</sup>。

### 3：全ての人を対象とすること

ガイドラインは、受動喫煙の防止について「全ての人を対象とすべきであり、一部の特定の人を対象とすべきではない」と述べている（段落4）。ガイドラインの重要な原則は「全ての人を受動喫煙から保護すること」（段落7）である。

この原則は非常に重要である。なぜなら、一部の法律は受動喫煙から保護すべき対象を妊婦や子どもなど「特別の」もしくは「影響を受けやすい」集団に特定したり、もしくは、ある特定の場所や特定の時間を対象としている場合があるからである。タバコの煙に曝されることは、重要な健康上の悪影響を全ての人にもたらすことがはっきりしており、保護すべき対象は全ての人でなければならない。FCTC 第4条(基本原則)の1でも「タバコの煙に曝されることから全ての者を保護」することが明確に述べられているように、第8条の2は全ての者を対象としている。

しかし、このことはタバコの影響を受けやすい者の存在を軽んじているわけではない。なぜならば、それらの者は法律上の保護なしには、自ら主張したり、行動したりすることは困難だからである。これらタバコの影響を受けやすい者の存在は、包括的で強制力を持った法律により保護されねばならない、というより強固な根拠となる。

### 4：100%全面禁煙の環境とすべきこと

タバコの煙は、ヒトに対する発がん物質であり、ヒトの肺がんの原因であると科学者により分類されている<sup>6</sup>。タバコの煙には約70種類の発癌物質をはじめ、少なくとも250種類以上の既知の有害物質を含んだ4000種類の化学物質の混合物であるため、このことは驚くにあたらない。タバコの煙の粒子状成分には、タール、ベンゼン、ダイオキシンや重金属を含んでいる。また、ガス状成分には一酸化炭素、アンモニア、二酸化硫黄、ジメチルニトロソアミン、ホルムアルデヒド、青酸ガス、アクロレインを含んでいる。

囲いのある、あるいは実質上、囲いのある公共の場所や職場、公共交通機関の中に火のついたタバコがある限り、タバコの煙の中の粒子状成分とガス状成分に含まれる有害物質により引き起こされる健康への悪影響を完全に防止することはできない。この原則を理解することは第8条を履行するために最も重要なポイントである。従って、ガイドラインで最も重要なのは以下に示す段落6である：

*FCTCの第8条に述べられているように、タバコの煙に曝されることから保護するためには100%完全禁煙の環境を作る以外に効果的な手段はない。屋内やそれに準じる環境での喫煙とタバコの煙を完全に排除しなくてはならない。タバコの煙の曝露に安全なレベルは存在しないことは科学的にも証明されており、受動喫煙による有害性に関して、一般的な化学物質に適用されている「閾値」（許容される曝露濃度）を設けるべきではない。これまで、屋内に喫煙場所を設け、換気装置や空気清浄機を設置する空間分煙が行われてきたが、このような工学的なアプローチでは受動喫煙を防止することができないことが明らかとなっている。受動喫煙を防止するには100%完全禁煙とする以外に手段はない。*

ガイドラインの段落 25 でこれらの点を繰り返し述べている：

*受動喫煙の曝露に安全なレベル（閾値）は存在しない。また、第1回締結国会議の決定(FCTC/COP1(15))ですでに承認されたように、換気装置や空気清浄器、喫煙場所の指定による工学的方法では受動喫煙を防止することはできない。*

この文章が適切に強調しているように、空気清浄機やフィルターなどのテクノロジーや機械的な空気の換気は、単独でも、組み合わせても、受け入れられるものではない。米国公衆衛生局<sup>7</sup>や米国暖房冷房空調学会(ASHRAE)<sup>8</sup>、ヨーロッパ呼吸器学会<sup>9</sup>などの専門家による最近のレビューによると、換気によってタバコの煙による健康リスクをなくすことはできない、と結論づけている。ASHRAE は「屋内の空気環境についてタバコの煙への曝露による健康リスクを効果的に除去する唯一の手段は、全ての喫煙行為の禁止である」と結論を下している。スコットランドやアイルランド、ニュージーランド、オーストラリア、イングランド、ウルグアイ、ノルウェー、フランスを含む多くの国においても、専門家や政府の調査で同様の結論に達している<sup>10</sup>。

ガイドラインにおいても、屋内に喫煙場所を設ける空間分煙は、どのような換気装置を用いたとしても有効な対策にはならないことを認識している。現時点で、換気装置を備えた喫煙室の利用を認める法律を制定している国や地域も存在する。しかし、このような喫煙室による対策では、受動喫煙の曝露を完全に防止することはできず、以下の理由で FCTC の第 8 条の要求を満たすことはできない：

- ・ 喫煙室による隔離や換気装置の設置では、受動喫煙を完全に防止するには不十分であることが証明されている。
- ・ 喫煙者が喫煙室に出入りする際にタバコの煙が漏れ、受動喫煙の原因となる。
- ・ 喫煙しても良い場所で働かざるを得ない労働者がいる場合、深刻な健康リスクが発生する。

もし、換気装置を備えた喫煙室を設置せねばならなくなった場合、そのような高価な設備を取り入れることができない中小企業では対策が遅れる、という不平等が発生する。実際、カナダのオタワの小さなバーのオーナー達は、喫煙室を設置する場所の確保と設置費用の問題から、完全禁煙とすることを支持した<sup>11</sup>。換気装置を備えた喫煙室を設置し、維持するためには多額の費用が必要であるため、貧しい国々への導入は難しい。さらに、導入しない施設が発生するおそれもあり、法律遵守上の重大な問題が生じる可能性がある。カナダの3つの州（ブリティッシュコロンビア、ケベック、ノバスコシア）では、一旦は喫煙室の使用を認める法律が可決されたが、非常に問題が多く、喫煙室を廃止するための法律の改定が必要となった。

空間分煙に関する最後の問題点として、莫大な設備投資をして喫煙室を設けてしまうと、今度は「せっかく作ったのに」という理由からその喫煙室を廃止して屋内を完全禁煙にすることの妨げとなる。実際、イングランドやウェールズの接客サービス産業では、政府の主導により、喫煙場所を設定して換気装置を設置する自主規制が行われた。受動喫煙を防止するという観点からは何の効果もない対策のために無駄な投資が行われ、その間、そこで働く人々は何年も受動喫煙に曝される、という結果に終わっただけであった。

## 5：包括的に適用すべきこと

受動喫煙からの効果的な防御は、すべての屋内の職場や公共の場所、公共交通機関から火の付いたタバコを排除することである。ガイドラインの段落7で「すべての屋内の職場や公共の場所が禁煙であるべき」ことが強調されている。さらに、続けて FCTC 第8条を以下のように説明している：

…すべての屋内の公共の場所、すべての屋内の職場や公共交通機関内はもちろん、屋外であっても受動喫煙を普遍的に防止することを義務とするべきである。健康上の見地からも、法律上の見地からも、例外を一切作らないことが重要である。仮に、例外を設ける場合であっても最小限にとどめるべきである。もし、締約国が直ちに受動喫煙を防止するために例外の無い法律を制定できない場合、第8条はその例外をできるだけ早く取り除くための努力を継続することを義務づけている。また締約国は、WHO FCTC の発効後5年以内に例外の無い受動喫煙の防止措置を達成すべきことが求められている（段落24、強調は原文のまま）。

これは正しいアプローチである。締約国は国民をタバコの煙への曝露から保護するための可能な、十全の対策をとる義務がある。第8条は、職場や公共の場所、公共交通機関を全て禁煙にする措置を取ることを求めており、例外を規定していない。

屋内を全て禁煙とする法律は、条件のついた空間分煙よりも容易に理解されやすく、強制力があり、かつ、全ての企業に平等に適用できるという利点をもつ。例えば、ノルウェーで2005年に制定された全てのバーやレストランを禁煙にする法律を遵守した割合は、その法律に先行して部分的な制限を規定した法律の遵守の割合を大きく上回った<sup>12</sup>。

これまでも、いくつかの国や地域で全面禁煙よりも喫煙室などを残す空間分煙の方が受け入れられやすいと考え、そのような対策がとられてきた。しかし、全面禁煙以外の対策は、さらなる問題点を生む結果となった。例えば、ある国や地域では期限を決めて禁煙区域の面積や禁煙席の割合を徐々に増やすことを規定し、最終的には全面禁煙とすることを目指している。ノルウェーではこのような段階的なアプローチが試みられているが<sup>13</sup>、この方法では全面禁煙を実行することは難しいことが分かった。

その他、禁煙タイムを設けることも提案されている。たとえタバコの煙の直接的な曝露はなくても、禁煙タイムの直前に喫煙されたタバコの有害な成分は室内の空気中にしばらく残留し、また、家具の表面や絨毯の中の有害成分はかなり長期間残るため、禁煙タイムでは健康を守ることはできない。

その他、住居としての側面がある場所では、完全禁煙を行う義務を免除している場合もある。しかし、刑務所やホスピス、長期療養施設、精神病施設などにおいて、「実験的な完全禁煙」を行った先進的な取り組み事例では、その後も問題なく運用されている<sup>14</sup>。このような特殊な場所であっても、非喫煙者が使用する公共の場所であるし、そこを職場として働く人が居る限り、FCTC 第8条の2によって規定された責務によって、受動喫煙を防止しなくてはならない。不特定多数の者が使用する施設は、例外を設けることなく完全禁煙とすることが必要である。

## 6：法律の起草は注意しておこなうべきこと

「法律が有効であるためには、単純、明確、かつ、強制力があるべき」ことをガイドラインでは強調している（段落8）。法律が有効であるためには、予防医学上の科学的証拠に基づいた政策であるだけでなく、実行可能で法的な強制力があり、査察と監視が容易で、誤解がなく、異議申し立てをする余地がないように明確で包括的な内容であらねばならない。そのためには、ガイドラインが指摘しているように、キーとなる用語の定義をはっきりとさせることが重要である（段落13）。

### 「喫煙」の定義

ガイドラインでは、「喫煙」という用語は、煙を吸引し、排出するかどうかにかかわらず、火のついたタバコ製品を持っていることも含めて定義するよう勧告されている（段落17）。タバコでない類似の製品、例えばハーブタバコのようなタバコ類似製品であっても、高濃度の一酸化炭素、粒子状物質、発がん性のあるタールが発生する。英国のスコットランドとニュージーランドのある地域では、タバコ類似製品を含む全てのタバコを禁止して、スモークフリー（無煙環境）とする法律を施行した。この方法は法律の遵守性を高め、また、査察時にタバコと紛らわしいタバコ類似製品も含めて取り締まりの対象に出来るという利点がある<sup>15</sup>。

### 対象とする施設の定義

まず、法律の対象となる施設を定義することが必要である。「公共の場所」、「職場」、「公共交通機関」を注意深く定義することにより、全ての囲いのある屋内又はこれに準ずる環境が対象となり、禁煙とすべき特定の場所のリストを設ける必要がなくなる。このような定義により、よほど特殊な事情がない限り、全ての建物を全面禁煙とすることが可能となる。すでに各国で施行されている法律において「公共の場所」、「職場」、「公共交通機関」という用語が使用されている場合には、働く人たちや公衆が出入りする場所において、第8条が求めている受動喫煙の防止という普遍的な標準を達成できるかどうかを評価するよう検討するべきである。そのことに疑問がある場合には、そのような防止を可能とする簡潔な言葉と定義を整備するよう検討しなければならない。

### 「公共の場所」の定義

ガイドラインは「公共の場所」をなるべく幅広くとらえ、一般公衆が立ち入る全ての場所を対象とすることができるように定義している。また、所有者の利害関係やその場所に立入る権利にかかわらず、人が共同で使用するすべての場所を含むべきであると、適切に勧告している（段落18）。

### 「職場」の定義

これまで述べたように、受動喫煙を防止することを定めた第8条の精神に従うならば、「職場」という言葉はなるべく広く捉えなければならない。つまり、特別の場合は別として、仕事に関連するすべての施設を全面禁煙とすべきである。ガイドラインでは、報酬が発生するボランティア活動も含めてすべての執務場所、また、仕事の合間に使用される職場の廊下、ロビー、カフェテリア、トイレ、ラウンジなど執務場所以外の場所

も全てを含んでいる（段落20）。さらに、ガイドラインでは、職場の定義として仕事に使用される囲いのある乗り物、つまり、タクシー、救急車、配達車両なども含めるよう勧告している（段落20, 26）。

### 「公共交通機関」の定義

ガイドラインにおける「公共交通機関」は、タクシーを含む公衆の輸送に用いられる全ての乗り物として定義している（段落22）。

### 「囲いのある」あるいは「屋内」の定義

囲いが不完全である場合に喫煙を禁止するかどうかを規定できるように、「囲いのある」、あるいは「屋内」という言葉を定義することが重要である。また、定義には落とし穴がありうることを指摘して、ガイドラインでは「定義はなるべく広くとらえ、できるだけ明確なものとする」、「屋内の場所のリスト作りをすると、それ以外のものは屋内でないと解釈される危険があるので、これを避けること」を勧めている（段落19）。ガイドラインも指摘しているように、多くの国での経験により、定義を作る教訓を得ることができる。例えば、アイルランドとスコットランドの法律では、完全には囲われていない場所として50%ルールが適用されている。つまり、天井や屋根、壁で50%以上が囲われている場所では喫煙が禁止されている。

### その他の囲いのない場所はどうするか？

先進的な事例では、たとえ屋外の、実質的に、あるいは完全に囲いのある場所でない場合であっても、受動喫煙を防止するためにその場所を禁煙としている。第8条は全ての屋内の公共の場所だけでなく、屋外あるいは準屋外などの「その他の公共の場所」においても、適切であれば、受動喫煙を防止する対策を求めている。この規定の適用においてガイドラインは次のように勧告している：

*締約国は、どんな状況であろうとも受動喫煙への曝露の健康に対する悪影響が科学的に証明されており、受動喫煙が発生し得る場所については有効な対策を取らねばならない（段落27）。*

例えば、テラスのウェイターやホテルのドア係など屋外で働く人たちは、屋内の労働者よりもかなり高い濃度の受動喫煙を受けている、という複数の国の調査結果が報告されている<sup>16</sup>。さらに、屋外の喫煙場所に隣接している屋内空間でも、屋外から屋内に侵入するタバコの煙で受動喫煙が発生する。特に、出入口や開いた窓の近くで喫煙した場合が問題となる。これら屋外のタバコの煙が屋内を汚染することを防止するために、テラスあるいは出入口から一定の距離での喫煙を禁止せねばならない。オーストラリアのクィーンズランド州、タスマニア州、カナダのノバスコシア州、ニューファンドランド・ラブラドル州、アメリカのハワイ州では、レストランとバーの屋外部分における喫煙もすでに禁止している。

### 7：公衆を啓発し、参加させるべきであること

ガイドラインは、受動喫煙によって発生する健康障害を防止するために法律が必要であることをオピニオンリーダーやステークホルダー(利害関係者)、一般公衆に啓発することが重

要であると強調している(段落 28-30)。啓発活動によって市民の支持を得ることが法律の立案や成立、円滑な履行と執行において必須である。市民がタバコの煙の曝露が健康に有害であることを理解している国ほど禁煙法は支持され、評判がよく、広く浸透していく。

ヨーロッパや米国、ニュージーランドにおける禁煙法に関する世論と遵守状況の最近の分析によると、驚くほど類似のパターンを示している<sup>17</sup>。禁煙法に対する支持は高く、法制化の意図が予告された後、高くなる。さらに、そのような法律が履行された後、その支持は喫煙者、非喫煙者ともにさらに高くなる。禁煙法への支持は一貫して高く、70-96%もの高さであった。典型的な遵守率は、94-99%の範囲である。

締約国へのメッセージは明瞭である：受動喫煙の防止の政策の計画と施行は、公衆と業界への受動喫煙の健康への害を周知する方策とともに行わなければならない。法律の必要性の周知、執行と罰則の準備、そして法律の施行日は、法律が成功するための絶好の機会である。法律の作成と採択、施行の過程、そしてモニタリングにおいて、社会の支持を得ることは、法律の最終的な影響と維持において非常に重要である。公衆の関与は、強力な法律に向けての第一のモニタリングの仕組みとなり、執行のための資源を軽減し、高いレベルの遵守を保証することにつながる。

## 8：市民団体を関与させるべきこと

ガイドラインでは市民団体の活動が法律の施行において重要であることについて以下のよう

*市民団体の活動が全面禁煙の措置を支持し、これを遵守することを保証する点で中心的な役割を果たしている。法規制の成立、履行、執行において市民団体が活動的なパートナーとして含まれなければならない(段落 10)。*

禁煙法が実施されている国や地域では、法律の成立に向けての世論の形成、円滑な施行、遵守の徹底のいずれの段階でも市民団体が重要な役割を果たしている。これから導入する締約国の政府は、禁煙法を成功させるためには、市民団体の協力が必須であることを知っておかねばならない。

## 9：法律を遵守させるべき責任部署とその責務を特定するべきこと

法律上の義務を確実にするため、法令遵守に関する責任部署を特定しなくてはならない。ガイドラインは、施設と個々の喫煙者の両方にその遵守の責務があるが、特に、実際の遵守の責務は、施設の所有者やマネージャー、他の管理者に負わせることを推奨している(段落31)。

ガイドラインは法律の中に、施設の利用者が喫煙できないようするために、管理者がとるべき具体的な措置、たとえば、禁煙サインを掲示することや灰皿を撤去することなどを示しておくことを推奨している。

すでに施行されている禁煙法の中には、違反を防止するために必要な措置をとらねばならない、という一般的な言葉で書かれている例もあれば、その一方で、ガイドラインに書か

れているように、違反を防止するためにとるべき措置を具体的に示している法律もある。例えば、バーミューダの法律では、事業主は建物内が全面禁煙であることを労働者に対して伝えておかねばならないこと、また、労働者が当局に対して違反を告発した場合に報復をしてはならないことを規定している。

さらに具体的な対策を規定している条例もある。例えば、カナダの8つの州と準州では、灰皿の存在そのものが違反喫煙を招く、という理由から喫煙が禁止されている場所に灰皿を置くこと自体を禁止している。ちなみに、この法律に従って灰皿を撤去した結果、カーペットや家具、テーブルクロスにタバコの焼け焦げがつかなくなる、というメリットを事業主にもたらした。オーストラリアのビクトリア州の条例では、施設管理者に灰皿やマッチ、ライターなど喫煙のための物を提供してはならないことを定めている。このように、施設の管理者や経営者がとるべき具体的な対策を示すことは、法律の執行を容易にし、各施設管理者が果たすべき義務を理解させるために有効である。

多くの法律は、ガイドラインで推奨されているように、人目につきやすい禁煙の表示をすることを定めている。例えばスコットランドの法律では、禁煙の表示について、最低230mm×160mmのサイズに世界中で用いられている禁煙サインを直径85mm以上の大きさで、かつ、施設の責任者の名前も表示することを規定している。アイルランドの法律でも施設全体の責任者と違反を見つけた場合に窓口となるべき担当者の名前の掲示が義務づけられている。イギリスでは禁煙の表示に、違反した場合の罰金について記載をしなければならない。各国政府の担当部署によって、禁煙の表示の大きさや内容、掲示する場所についての基準を決められることが重要である。さらに、違反喫煙を取り締まる公的な組織の電話番号や各施設の責任者の氏名を禁煙の表示に記載しておくことは、一般公衆や利用者による通報に有用である。全世界で通じる禁煙サインを用いることは、複数の公用語がある国や海外からの旅行者が多い国で特に有効である。

## 10：適切な罰則を設けるべきこと

ガイドラインが推奨するように、法律には違反に対する罰金を設け、かつ、繰り返される違反に対して罰金を増額しなくてはならない(段落32)。また、禁煙法が確実に成果を上げるためには、確信犯的な違反に対して営業権の停止を含む最後の手段をとるべきである。

罰金の金額は国によって違ったとしても、違反喫煙を防止するに足る金額で、かつ、その他の重大な違反に対する罰金と同列でなければならない。例えば、バーミューダの法律では初回の違反喫煙者に対する罰金は\$250であるが、2回目以降の違反に対しては最大\$1000の罰金が科される。また、屋内を禁煙とする適切な対策をとらない場合や定められた禁煙サインの掲示をしなかった事業者には\$1000の罰金が課せられる。査察官への妨害行為に対しても\$1000の罰金である。ノルウェーの法律では、故意の違反や違反の見過しだけでなく、その場に居た者や違反の未遂に対しても罰金が科せられる。ウルグアイの法律では、レストランでの初回の違反喫煙は罰金で済まされるが、2回目以降の違反には3日間の営業停止が科せられる。アイルランドの法律では、繰り返し違反をする施設に対して、罰金の増加の後、営業許可の取り消しという最大の罰則が適用される。

### 1 1 : 効果的な執行の基盤を構築すべきこと

法律を執行する省庁を明確にする必要がある。多数の省庁が査察や強制執行の権限をもっている国では、担当部署はその責務とともに明確にされておかなければならない。ガイドラインは、法律は執行の責任部署を特定し、遵守状況の調査と違反に対する起訴をおこなう部署を明確にすることを勧めている（段落35）。

ガイドラインは法律の執行過程を成功させるための重要なポイントについても解説している。法律の対象となる施設を査察することは必須である（段落36）。実際に法律の遵守状況を調査するには、営業許可にかかわる立ち入り調査をはじめ消防法、食品衛生法に基づく立ち入り調査など、すでに行われている立ち入り調査も利用すべきである。査察の担当者は法律により、対象となる施設に立ち入ること、および、その調査を拒否されない法的権限が保証されねばならない（段落38）。例えば、ウガンダやバーミューダ、スウェーデンでは、立ち入り調査を妨害したり協力を怠ったりすることは犯罪となる。

なお、遵守状況の調査や査察にはそれほど費用はかからない。なぜなら、これまでに禁煙法を実施した国や地域では、禁煙法は公衆に支持され、自主的に実行されるため、査察官による正式な立ち入り調査はほとんど必要ではなかったからである。それでも、効果的な調査と査察には、計画と協力とともに、公衆への啓発活動、そして訓練された査察官のための費用は必要である（段落40）。

### 1 2 : 執行は戦略的におこなうべきこと

ガイドラインで詳細に解説されているように（段落41〜44）、禁煙法の円滑な施行と遵守には、周到に練られた戦略的なアプローチが必要である<sup>18</sup>。ガイドラインは法律の施行の前に周知期間を設け、事業主や施設管理者に対する啓発キャンペーンを行うことを勧めている。なお、法律が実際に施行された後、しばらくの間は罰金をとらずに警告にとどめる期間を設けた方が良いという専門家の意見がある。その一方で、そのような警告期間を設けることで、逆に、法の遵守が甘くなるという意見もあり、専門家の意見は必ずしも一致していない。しかし、施行の前後に行われる警告期間の後は、禁煙法の遵守のために、違反者の公表などを含む最大限の対策を行わなければならない、という点に関する意見は一致している。また、担当部署も禁煙法に従わない施設の管理者に対しては厳しい態度で臨むべきであることを認識しておかなければならない。

### 1 3 : 法律の「将来における変化の可能性」を示すべきこと

タバコの煙によって生じる健康への悪影響に関する科学的な根拠は次々と明らかにされており、また、受動喫煙の防止のための対策も進歩している。このような状況の中では、一旦法律を制定した後でも、必要に応じて法律や規則の改正、抜け道への対策ができるようにしておくこと重要である。ガイドラインでは、新たな医学的、科学的根拠が示された場合、法律や規則の改正を行って対応するように締約国に求めている。

それ故に、ガイドラインは以下のように述べている：

受動喫煙からの保護に関する対策は、必要に応じて新しい法律の制定や既存の法律の修正、罰則規定の強化、成功事例を採用しながら強化され、かつ、その範囲を拡大していかなければならない。

#### 14. モニタリングと評価をするべきこと

ガイドラインは、禁煙法の履行と執行状況を含め継続的にモニタリングし、評価すること求めている。また、禁煙法に対するタバコ会社の妨害行為についても調査するべきことが述べられている（段落11）。この勧告は、法律による影響を計り、FCTCの遵守を促進し、もっとも効果的で実効性のある対策を作り上げることを支持するためにもモニタリングと評価が必要であるので、キーとなるものである。現在各地で行われている評価は、医学的な知識の進歩と法律の効果に対する理解を深めることが、対策の改善の機会を与えることとなるので、特に重要である。

#### 結語

受動喫煙を防止することを定めたFCTC第8条を履行するためのガイドラインは、締約国がとるべき措置を明確に、また、具体的に示している。科学的な根拠とすでに法的規制を実施している国や地域の先進的な事例に基づくこのガイドラインは、事情の異なる様々な締約国や専門家、市民の代表者らのコンセンサス（統一見解）である。ガイドラインが修正を加えることなく採択されることが求められている。

#### 参考文献

- 1) UK Scientific Committee on Tobacco or Health. *Secondhand Smoke: Review of Evidence since 1998* (November 2004). Available online at: <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/10/14/75/04101475.pdf>.
- 2) US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General* (Atlanta, Georgia: June 2006). Available online at: <http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/>.
- 3) Assemblée Nationale Française. *Rapport Fait Au Nom De La Mission D'Information Sur L'Interdiction Du Tabac Dans Les Lieux Publics* (No. 3353, 4 octobre 2006). Available online at: <http://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/rap-info/i3353.pdf>.
- 4) California Environmental Protection Agency: Air Resources Board. *Proposed Identification of Environmental Tobacco Smoke as a Toxic Air Contaminant* (June 2005). Available online at: <http://repositories.cdlib.org/tc/surveys/CALEPA2005>.
- 5) Scottish Executive. *Smoke-Free Legislation – National Compliance Data: 26 March-30 April, 2006 Summary* (Glasgow: 2006). Available online at: <http://www.clearingtheairscotland.com/latest/index.html>.
- 6) International Agency for Research on Cancer. *Tobacco Smoke and Involuntary Smoking* (IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Vol 83, Lyon: 2004); US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Toxicology Program. *Report on Carcinogens* (Washington, DC: 11th ed, 2005). Available online at <http://ntp.niehs.nih.gov/index.cfm?objectid=32BA9724-F1F6-975E-7FCE50709CB4C932>.
- 7) US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention,

Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General* (Atlanta, Georgia: 2006). Available online at: <http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/>.

8) ASHRAE. *Environmental tobacco smoke position document* (Atlanta, Georgia: June 2005). Available online at:

[http://www.ashrae.org/content/ASHRAE/ASHRAE/ArticleAltFormat/20058211239\\_347.pdf](http://www.ashrae.org/content/ASHRAE/ASHRAE/ArticleAltFormat/20058211239_347.pdf).

9) D Kotzias, O Geiss, P Leva, A Bellintani, A Arvantis, and S Kephelopoulos. 'Why Ventilation Is Not an Alternative to a Complete Smoking Ban'. In *Lifting the Smokescreen: 10 Reasons for a Smokefree Europe* (European Respiratory Society, Brussels: 2006). Available online at:

[http://dev.ersnet.org/uploads/Document/46/WEB\\_CHEMIN\\_1554\\_1173100608.pdf](http://dev.ersnet.org/uploads/Document/46/WEB_CHEMIN_1554_1173100608.pdf).

10) See generally American Nonsmokers' Rights Foundation. *Bibliography of Secondhand Smoke Ventilation Studies* (2007). Available online at:

<http://no-smoke.org/pdf/VentilationBibliography.pdf>.

11) City of Ottawa Communications and Marketing Department. Press release: *Court Upholds Ban on Designated Smoking Rooms* (2002). Available online at:

<http://www.smokefreeottawa.com/english/article-e20.htm>.

12) K Lund. *The Introduction of Smoke-free Hospitality Venues in Norway: Impact on Revenues, Frequency of Patronage, Satisfaction and Compliance* (Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research, Oslo: 2006).

13) Norwegian Directorate for Health and Social Welfare. *Smoke-free Public Places – A Total Ban* (2003). Available online at:

[http://www.shdir.no/tobakk/english/legislation\\_and\\_history/smokefree\\_public\\_places\\_\\_ndash\\_\\_a\\_total\\_ban\\_6895](http://www.shdir.no/tobakk/english/legislation_and_history/smokefree_public_places__ndash__a_total_ban_6895).

14) M C Willemsen et al. 'Exposure to Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Determinants of Support for Complete Smoking Bans in Psychiatric Settings' (2004) *Tobacco Control* 13: 180-185;

N el-Guebaly et al. 'Public Health and Therapeutic Aspects of Smoking Bans in Mental Health and Addiction Settings' (2002) *Psychiatric Services* 53 (12): 1617 - 1622.

15) A M Calafat. 'Determination of Tar, Nicotine, and Carbon Monoxide Yields in the Mainstream Smoke of Selected International Cigarettes' (2004) *Tobacco Control* 13: 45-51.

16) M Mulcahy, D S Evans, S K Hammond, J L Repace, and M Byrne. 'Secondhand Smoke Exposure and Risk Following the Irish Smoking Ban: an Assessment of Salivary Cotinine Concentrations in Hotel Workers and Air Nicotine Levels in Bars' (2005) *Tobacco Control* 14: 384-8;

N E Klepeis, W R Ott, and P Switzer. 'Real-Time Measurement of Outdoor Tobacco Smoke Particles' (2007) *Journal of the Air & Waste Management Association* 57: 522-534.

17) S Jones and T Muller. 'Public Attitudes to Smokefree Policies in Europe'. In *Lifting the Smokescreen: 10 Reasons for a Smokefree Europe* (European Respiratory Society, Brussels: 2006).

Available online at:

[http://dev.ersnet.org/uploads/Document/46/WEB\\_CHEMIN\\_1554\\_1173100608.pdf](http://dev.ersnet.org/uploads/Document/46/WEB_CHEMIN_1554_1173100608.pdf).

18) Where necessary, the creation of a task force to plan and coordinate the implementation process can also greatly assist with successful implementation of smoke-free legislation. Such a task force should begin work well before the legislation enters into force, and should include representatives of the government agencies involved and of civil society.

# [2007年WHO世界禁煙デー小冊子]

仲野暢子訳、日本禁煙推進医師歯科医師連盟監修



屋内全面禁煙 — たばこ煙のない環境をつくり、快適に生活しよう！ —

<http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2007/en/index.html>

## 目 次

I 屋内 100%全面禁煙（人々は屋内全面禁煙をえらぶ） .....	2
II WHO FCTC（WHO たばこ規制枠組条約） .....	3
III 間接喫煙（SHS）についての事実 .....	4
IV 真実の証拠 .....	5
V 反撃を予測する（たばこ会社の根拠のない俗説にどう対抗する） .....	6～7
VI たばこ会社の内心（たばこ会社はなぜ屋内全面禁煙法制化に反対するのか） .....	8～9
VII なぜ屋内全面禁煙なのか？ .....	10
参考文献、付記 .....	11～12



SMOKE-FREE INSIDE

People prefer to be 100% smoke-free inside!

## I. 屋内 100%全面禁煙

人々は屋内全面禁煙をえらぶ

科学的証拠は疑いの余地がない：「100%たばこ煙ゼロ環境（Smoke-Free-Environments）すなわち全面禁煙だけが全ての人々を間接喫煙（Second Hand Smoke＝周囲の人が発生させたたばこ煙を吸い込むこと）の甚大な被害から十分に守る唯一の手段である。いくつかの国や何百もの地方で、この結論の下にほとんど全ての屋内の公共場所や職場を全面禁煙とする法令を施行し、好結果を得ている。それらの国・地方当局の報告によると、即時に大きな健康上の利益が得られる「smoke-free＝たばこ煙ゼロ環境」は諸事情を考慮しても現実的で実行可能である。

2004年3月、アイルランドは世界で最初にレストランやパブを含む屋内の職場と公共の場所を全面禁煙とし、3ヶ月後にはノールウェーが同様の法令を施行した。以来ニュージーランド、ウルグアイ、イタリアなどの国々、また世界中の数多くの市や町がこれに続いた。

カナダやアメリカ合衆国の多くの地方はすでに州法その他によってたばこ煙ゼロ環境となっている。カナダ人の80%、合衆国在住者の50%がバー、レストランを含む公共の場所と職場が全面禁煙という法令の下に暮らしている。オーストラリアでも同様の状況が進んでおり、2007年の10月までには、ほとんど全てのオーストラリア人が屋内の公共の場所は全面禁煙で快適に過ごすことになる。

他にスペイン、ギニア、モーリシャスも全ての労働者の健康を守るため、職場の全面禁煙を法制化する方向に大きく進んでいる。ニジェールとウガンダは国民の健康を守り、間接喫煙の危険性を意識付けるために、現行法の実施を強化しつつある。またイギリスは2007年には全ての屋内の公共の場所（バー、カフェ、パブ、レストランを含む）を全面禁煙にするため、新立法または現行法強化を図っている。

シンガポールでは現存の先進的政策が、空調つきカラオケ店やナイトクラブにも適用される予定である。

市レベルでは、香港特別行政区（SAR）で、保育園、学校、病院、拘留所、避難所や少年院、レストラン、カラオケ店、老人ホーム、診療所などを含む全ての屋内領域が禁煙となっている。

評価報告書はアイルランド、ノールウェー<sup>1)</sup>をはじめ続々出され、総合的禁煙（たばこ煙ゼロ環境実現）法が健康を増進し、たばこ消費の減少を招いていることを報じている。この法規制は非喫煙者にも喫煙者にも好意的に受け入れられ、サービス業界での経済効果の減少もない。

全面禁煙の利点は否定しようがなく、たばこ煙ゼロ環境づくりへの動きには制止できない弾みがついている。公衆衛生関係者、NGOなど市民団体代表者、政治家、政府や一般社会人たちが共に声を大にして、100%全面禁煙の実現こそが、労働者や一般の人々受動喫煙の害から守ると訴えている。

我々は職場と公共の場所を100%屋内全面禁煙にすることにより、その場にいる人々の体内もまた、たばこ煙ゼロにすることができる。

たばこ煙ゼロはいまや社会の常識的な規範である。後退させてはいけない。100%屋内全面禁煙というあなたの正当な権利を主張しよう！

100%  
SMOKE-FREE  
ENVIRONMENTS



WHO FCTC

## WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC)

### II. WHO FCTC

#### WHO たばこ規制枠組条約

「WHO たばこ規制枠組条約」は、たばこ消費が人々にもたらす疾病や死の重荷を減少させることを目指した、世界的な公衆衛生に関する条約である。2003年6月に採択され、2年半以内に100以上の締約国を得て、国連史上最も迅速に、広く受け入れられた条約の一つとなった。2005年2月に正式に発効し、2006年末までに142を越す締約国を擁し、世界人口の4分の3をカバーしている。

条約はたばこを消費・供給の両サイドから規制しようとするもので、政府にたばこ製品の値上げ・増税政策、たばこ広告・販売促進・スポンサーシップの全面禁止、全てのたばこ包装に読みやすく、画像入りの健康警告掲載を要求する。

第8条「たばこの煙に曝されることからの保護」（日本政府訳）は、公共の場所や職場における間接喫煙の防止措置が受動喫煙による被害を縮小する証明済みの手段であると確認している。

すでに公共の場所の禁煙法を施行した国々のケーススタディ<sup>2)</sup>によると、公共の場所の禁煙実施が人々に禁煙の決意を促し、たばこ消費を減少させたことが示されている。さらにこれらの禁煙措置によって、接客産業が経済的マイナス効果を蒙ったという明確な証拠も出ていない。



### Ⅲ. 間接喫煙 (SHS) についての事実

#### ① 間接喫煙 (SHS)

間接喫煙 (Second-Hand Tobacco Smoke) は、燃えているたばこから出る煙と喫煙者が吐き出す煙を吸わされることを言う。たばこ会社はそれを「環境煙」(Environmental Tobacco Smoke) とも呼んでいる。人々がたばこ煙と境界のない空間を共有している時、とくに閉じた空間の場合、たばこ煙の混じった空気をその場にいる全員が吸い、喫煙者も非喫煙者も同様に有害な影響を受ける。その煙は自分で喫煙していない人も吸い込むので、強制喫煙、受動喫煙とも言われる。

#### ② 間接喫煙はがんの原因となる。

確実なこと：間接喫煙は健康を重大な危険にさらす。たばこ煙には既知の化学物質が 4,000 種類以上含まれ、そのうちの 50 種類以上は人にがんをひき起こすことがわかっている。間接喫煙はまた子どもや大人の心臓病や深刻な呼吸器病・循環器病の原因となり、死を招く事もある。

#### ③ 間接喫煙に安全な許容範囲はない。

換気扇や空気清浄機を個別に、または組み合わせて使用しても、室内のたばこ煙濃度を許容範囲と考えられるレベルに下げることができない。健康被害の防御は無論、悪臭の除去さえもできない。100%全面禁煙だけが効果的な防御策となる。

#### ④ 世界の約半数の子どもがたばこ煙で汚染された空気を吸っている。

喫煙が許されている場所ではどこでも、受動喫煙が発生している：家庭でも、職場でも、公共の場所でも。WHO は約 7 億人の子ども（世界の子どもの半数）が、とくに家庭でたばこ煙に汚染された空気を吸っていると推定している<sup>3)</sup>。WHO とアメリカ CDC (Centers for Disease Control and Prevention) によって 1999 年から 2005 年の間に行われた世界 132 ヶ国の 13~15 歳の青少年を対象とするたばこ調査によると<sup>4)</sup> 以下のことが明らかになっている。

生徒の 43.9% が家庭で、55.8% が公共の場で受動喫煙に遭い、76.1% が公共の場所の禁煙を支持している。

#### ⑤ 間接喫煙は世界の疾病負担に深く関係している。

**労働者の死：** ILO (国際労働機関) の調査は、毎年少なくとも 20 万人の労働者が職場での受動喫煙被害で死んでいると報告している<sup>5)</sup>。

**ヨーロッパでの死：** 最近の報告によると、2002 年に EU 25 ヶ国で 8 万人が、受動喫煙が原因で死亡している<sup>1)</sup>。

**合衆国での死：** 合衆国環境保護局は、「合衆国において受動喫煙が原因で、毎年約 3,000 人の非喫煙者が肺がんで死亡し、また 100 万人の子どもの喘息が悪化していると発表した<sup>6)</sup>。

#### ⑥ たばこ煙で汚染された空気は経済的負担をも強いる。

たばこ煙は疾病の負担をもたらすだけではない。個人や会社、社会全般に経済的負担をかける。まずは直接間接の医療費がかかるだけでなく、生産性が低下する。その上喫煙が許されている職場では、清掃、補修改装費用がかさみ、火事の原因にもなりやすい。また火災保険の掛け金が高くなる場合もある<sup>7)</sup>。

合衆国保険計理士協会の最近の研究によると、合衆国で年間に間接喫煙による直接医療費が 50 億ドル以上、間接医療費（身体障害、賃金の損失その他の関連損失）が 50 億ドル以上と算出されている<sup>8)</sup>。香港特別自治区では、間接喫煙による直接医療費、長期療養や生産性損失による費用が年間 1 億 5 千 600 万米ドル以上と見積もられている<sup>9)</sup>。合衆国職業安全衛生局は清浄な空気は合衆国の生産性を 3.5% 向上させ、雇用主に 150 億ドルの経費節減をもたらすと推定する<sup>10)</sup>。



## THE EVIDENCE

### IV. 真実の証拠

間接喫煙が健康に与える影響に関するデータについては、40年間の蓄積がある。今日では成人および子どもについての多数の研究に基づいて、受動喫煙の被害が科学的なコンセンサスとなっていることは明白だ。

「議論の時は終わった。科学は明瞭だ。間接喫煙は単なる迷惑でなく、深刻な健康被害を起こす」  
(前合衆国公衆衛生総監 R.カルモーナ)

以上の結論に達した研究のうち、最近のものを挙げる。

#### 2006年

合衆国公衆衛生総監年次報告書「たばこ煙への強制的曝露の健康影響」

<http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/>

#### 2005年

カリフォルニア環境保護局 (Cal.EPA) は、「環境たばこ煙を有害空気汚染物質と認定すること」を提案した。

[http://www.oehha.ca.gov/air/environmental\\_tobacco/pdf/app3partb2005.pdf](http://www.oehha.ca.gov/air/environmental_tobacco/pdf/app3partb2005.pdf)

#### 2004年

国際がん研究機関 (IARC) モノグラフ 83 : 「たばこ煙と強制喫煙」

<http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/volume83.pdf>

#### WHO は勧告する :

人々をたばこ煙への強制曝露からいかに守るかという WHO 政策勧告は、この圧倒的な証拠に基づく結論を基礎としている。これらの勧告は、たばこ煙ゼロ環境をつくり出す方針と法制化の手引きをし、政策決定の場にある人たちに「全ての場所をたばこ煙ゼロにすることこそが、労働者や一般の人々の健康を適切に守る唯一の立証された手段だ」という認識を高めるために使われたい。

#### 全ての人々を間接喫煙の害から守るために、WHO は勧告する :

- ① 100%たばこ煙ゼロ環境だけが屋内空気環境を安全レベルに保ち、たばこ煙に不本意に曝される危険を減らす有効な戦略である。空調装置や喫煙場所の指定は、空調装置を別個につけたとしても、安全レベルに保つとは言えないので、推奨できない。
- ② 全ての屋内職場および公共の場所を「100%たばこ煙ゼロ環境」(全面禁煙)にする法令を制定すること。法令は全ての人に同様の保護を与えるものとする。自主規制では不十分で、容認できない。
- ③ 法令の制定に留まらず、執行すること。適切な執行と妥当な強制は、小さくとも決定的な実行力と効果的な措置を必要とする。
- ④ 家庭での受動喫煙を減らすための啓発的戦略を実行すること。職場のたばこ煙ゼロ法令の制定によって、喫煙者も非喫煙者も自分の家庭を自発的にたばこ煙ゼロにする可能性が増える。



## ANTICIPATE THE OPPOSITION

### V. 反撃を予測する

#### たばこ会社の根拠のない俗説にどう対抗するか

たとえばたばこ煙ゼロを目指す法令が人々に人気があったとしても、政策決定者や社会全体はこの法令の制定や執行を阻止しようとする、数多くのお決まりの議論に応答しなければならない。主な反論はたばこ会社が発しているが、議論を進めるに当たって、ホテルやレストラン協会などの第三者を利用して反対を唱えさせる。そしてたばこ会社はできるだけ公開の議論の外にいる。

大部分の反対戦術や反論は予想できる。それを論破しなければならない。たばこ会社とその同盟軍は、受動喫煙の健康被害という科学的証拠に挑戦し、喫煙場所の指定と空調設備の使用の方が好ましいと提案する。彼らはたばこ煙ゼロを目ざす法令はいわゆる「喫煙者の権利」の侵害である、そのような法令は不要だ、実行不可能、強制し得るものではないなどと主張し、経済（とりわけレストラン、バー、カジノなどの営業）にマイナスの影響が出るという。しかしマイナス影響の根拠はなく、それを政策決定の要因とするべきではない。

以下にたばこ会社が最もよく使う根拠のない俗説（myth）と論破の例を挙げる。

#### 俗説その1：

環境たばこ煙（ETS）は単に迷惑に過ぎない\*。

\*：環境たばこ煙（ETS）は、たばこ会社が間接喫煙（SHS）について述べる時しばしば使う言葉である。

#### 違う！

迷惑ではなく、健康被害の問題だ。迷惑論の主張を支持強化するために、たばこ会社とその同盟軍は「たばこ煙が危険だという確証を得るには、証拠が不十分だ」という時代遅れか、または査読を経ていない研究の証拠を示すだろう。それらの多くはたばこ会社または関連組織の資金を得ている。

#### 正解：

受動喫煙で年間に職場だけで少なくとも20万人が死亡し（労働関連病死の14%を占める）、肺がん死全体の2.8%を占めている<sup>5)</sup>。この被害者はホテル、飲食店などの接客産業、娯楽産業、サービス産業などに多いが、問題はどの職業にも起り得る。（詳しくはIV「真実の証拠」参照）。

#### 俗説その2：

「自由な選択とマナー」に基づく合意により、喫煙者と非喫煙者の共存が可能である。

#### 違う！

「自由な選択とマナー」で喫煙者と非喫煙者が調和して暮らすという考え方は、間接喫煙の深刻な健康被害を無視している。しかしたばこ会社はこの考え方をマーケティングのキャンペーンの柱として、この方法が人々の寛容の精神を呼び覚まし、一つ屋根の下に喫煙者と非喫煙者を共存させ得ると主張する。

#### 正解：

現在までの科学的証拠や経験は、たばこ会社の主張を支持していない。非喫煙者の寛容を要求する自主規制は、人々全般を間接喫煙の害から守る効果がなく、真に効果のある方法を確立しようとする際、却って障害となる恐れがある。例えばフィンランド、アイルランド、ニュージーランド、ウルグアイ、カリフォルニア他多数の政策決定者は、自主規制は一般の人々や勤労者の健康を守る妥当な手段でないと結論し、100%たばこ煙ゼロと求める法令を制定、施行する道を選んだ。

### 俗説その3：

空調設備は非喫煙者を間接喫煙から守る

#### 違う！

たばこ会社は高価な空調システムと器具を設置・使用させて、同じ屋内空間での喫煙者と非喫煙者との共生を図ろうとしている。これは厳密な禁煙措置を避けるための戦術である。しかし空調設備は高価なだけでなく、健康を守ることができない。「100%たばこ煙ゼロ環境 (SFEs)」だけが人々を間接喫煙から守ることができる。

#### 正解：

たばこ煙は粒子と気体成分を含む。空調装置では気体成分は除去できず、全ての粒子を除去できるわけでもない。さらに、粒子の多くは換気される前に人に吸い込まれ、衣服、家具、壁、天井などにつく。換気率を高めて屋内空気汚染を減らそうとする場合、臭いを除去するだけで通常の100倍の換気率が必要になる。空気中のたばこ煙の有害物を排除するためには膨大な換気回数が必要で、実行不可能であり、居心地悪く、経済的にも負担が大きすぎる。

### 俗説その4：

たばこ煙ゼロ環境など機能するわけではない。

#### 違う！

たばこ煙ゼロ環境は喫煙者にも非喫煙者にも支持されている。適切に実施されれば、人々を間接喫煙から防ぐことで、効力を発する。また禁煙を希望する喫煙者に、禁煙開始や、禁煙継続を容易にさせる。

#### 正解：

アイルランド、ニュージーランド、ノルウェー<sup>1)</sup> など実施国で実証されている事実は、屋内全面禁煙法が一般の人々から支持され、最小限の強制力で、法令順守レベルが100%に近い。

### 俗説その5：

たばこ煙ゼロ環境は、レストランやパブの経営を窮地に追い込む。

#### 違う！

たばこ会社は、厳密な分析のない偏った研究を盾に、経営者や政策決定者に自分たちの間違った言い分(宣伝)を信じさせようと働きかける。しかし、中立公正で、厳しい査読を受けた研究の中で、全面禁煙が経営、経済に悪影響を与えたことを証明しているものは一つもない。

#### 正解：

カナダ、アイルランド、イタリア、ノルウェーなどの国、エルパソ、ニューヨークその他の都市でなされた中立公正な研究では、全面禁煙後に関連業者の経営は平均して以前と同じ、または向上している。世界的に見て、禁煙前後の接客業界の販売と雇用のデータは、たばこ煙ゼロ政策の施行の前後で変化なし、または良い結果を示している。<sup>11~12)</sup>

### 俗説その6：

全面禁煙は喫煙者の選択の自由の権利を侵害する。

#### 違う！

屋内全面禁煙化の法律は誰の権利も侵さない。人々の健康を守るため、喫煙しても良い場所といけない場所を規制するだけだ。

#### 正解：

大部分の人々が非喫煙者であること、また喫煙者の大半は禁煙しがっていることを想起すべきだ。多くの喫煙者はたばこをその都度選択して吸っているわけではなく、全たばこ製品に含まれているニコチンの依存性のせいでたばこを手放せない。人が有害物のない空気を呼吸する権利は、喫煙者が公共の場所で喫煙して、他の人の健康を危険に陥れる権利に優先する。



IN THEIR OWN WORDS

## VI. たばこ会社の内心

たばこ会社はなぜ屋内全面禁煙法に反対するのか。

内は、たばこ会社自身の言葉

たばこ会社はたばこ煙ゼロ法の制定が自分たちの事業に深刻な脅威となることを何十年も前から知っていた。

たばこ会社の存続にとって、最も危険な事態の展開がすでに始まっている<sup>13)</sup>。もし喫煙者の出勤途中、店舗、銀行、レストラン、ショッピングモールなどでの喫煙が禁止になったら、彼らの喫煙量は減るだろう<sup>14)</sup>。

たばこ会社は直接または偽装団体を使って、間接喫煙を防ぐ効果的な法令の施行を遅らせようと企てる。

### たばこ会社は科学的証拠に戦いを挑む

#### 1970年代半ば：

受動喫煙が疾病にかつながるという最初の研究が始まると、たばこ会社は対抗して、喫煙者の権利のキャンペーンを始める。

R. J. レイノルズ（USのたばこ会社）は国内で盛り上がる反たばこ運動に反撃するため、喫煙者の権利キャンペーンを自ら始めた<sup>15)</sup>。

#### 1978年：

間接喫煙とその健康被害への関心が高まると、たばこ会社の営業に打撃を及ぼすという懸念が、たばこ会社の内部で広がる中で、会社の利益に合致する医学的証拠を見つけることが会社のお抱え研究員の使命となる。

喫煙者が自分に対して何をするかは自由だが、喫煙者が非喫煙者に向かって何かをするとなると話は違う。受動喫煙問題の長期にわたる戦略的な解毒剤（会社に都合良い解決策）は、「受動喫煙は非喫煙者に無害である」というわかりやすく信頼性のある医学的証拠を宣伝することだ<sup>13)</sup>。

## 1982年：

間接喫煙によってもたらされる危険を、たばこ会社が内部的に認識し始める。

「受動喫煙は非喫煙者の健康にとって有害である」という勝手な言い分には、社会的費用の要求や公共の場所に禁煙エリア設置要求などという不当な主張に対すると同様に、強力に反撃しなければならない<sup>16)</sup>。

## 1980年代後半

フィリップモリス社の専属弁護士と合衆国たばこ協会は EUで提案されている「公共の場所での喫煙規制」に対抗するため、「ヨーロッパ コンサルタント プログラム」を立ち上げ始めた。その趣旨は、喫煙を擁護し、人々に間接喫煙は無害だと信じ込ませるよう、フィリップモリス社のために働く科学者を密かに集めることだった。「Whitecoat」とコードネームをつけられたプログラムの到達目標と必要条件は次の通りである。

**到達目標：**喫煙規制に抵抗し、巻き返すこと。喫煙者の自信を回復すること。

**必要条件：**科学的で一般に知られている誤解「環境たばこ煙は有害だ」を覆し、喫煙の社会的受容性を回復すること<sup>17)</sup>。

## 1989年：

たばこ会社は世論を変えようと試み、政治的支持を集めようとした。

喫煙者の権利擁護を最優先として、もっと直接的な PR や政治キャンペーンを展開することが必要だ<sup>18)</sup>。

## 1990年：

フィリップモリスはヨーロッパで「間接喫煙の危険性は、クッキーを食べたり、ミルクを飲んだりする危険性よりも少ない」という広告シリーズを流した。広告標準局はこのキャンペーンが「受動喫煙の英国国民の健康に与える危険性は、広告に例示された5つの行動（クッキーや牛乳を摂取する）よりも軽いと証明されたかのような、間違った印象を与える」<sup>19)</sup>と裁定した。



Because...

## VII. なぜ屋内全面禁煙なのか？

1. 間接喫煙は死を招き、深刻な疾病の原因となる。
2. 「100%たばこ煙ゼロ環境」(SFES)のみが、労働者や一般の人々をたばこ煙の主な被害から完全に守る。
3. 誰もがたばこ煙に汚染されない、きれいな空気を吸う権利がある。
4. 世界の大部分の人々は非喫煙者であり、周囲の人の発生させたたばこ煙にさらされない権利を持っている。
5. 全面禁煙は喫煙者からも非喫煙者からも支持されている。
6. 「100%たばこ煙ゼロ環境」は、人々、特に青少年の喫煙開始を防止する。
7. 「100%たばこ煙ゼロ環境」は、多くの禁煙願望の喫煙者に、禁煙または喫煙本数を減らす強い誘因を与える。
8. 「100%たばこ煙ゼロ環境」は、子どものいる家庭と同様、企業にとっても好都合である。また大部分の非喫煙者はもとより喫煙者でさえも、全面禁煙の場所に行きたがる。
9. 「100%たばこ煙ゼロ環境」は、費用がかからず、効果があがる。

## 参考文献

- 1) Jamrozik K, Ross H, Joossens L, Jones S, Muller T, Kotzias D, et al. Lifting the smokescreen: 10 reasons for a smoke-free Europe. Belgium, European Respiratory Society, 2006.
- 2) McCaffrey M, Goodman PG, Kelleher K, Clancy L. Smoking, occupancy and staffing levels in a selection of Dublin pubs pre and post a national smoking ban, lessons for all. Irish Journal of Medical Science. Volume 175. Number 2 ([http://www.ijms.ie/Portals/\\_IJMS/Documents/OP-Clancy.pdf](http://www.ijms.ie/Portals/_IJMS/Documents/OP-Clancy.pdf), accessed 22 February 2007). Dobson R. Italy's smoking ban has led to an 8% drop in tobacco consumption. British Medical Journal, 2005, 331;1159 (<http://bmj.com/cgi/content/full/331/7526/1159-a>, accessed 22 February 2007).
- 3) International consultation on environmental tobacco smoke (ETS) and child health. World Health Organization, 1999([http://www.who.int/tobacco/research/en/ets\\_report.pdf](http://www.who.int/tobacco/research/en/ets_report.pdf), accessed 23 February 2007).
- 4) The GTSS Collaborative Group. A cross country comparison of exposure to secondhand smoke among young. Tobacco Control 2006, 14(Suppl II):ii4-ii19.
- 5) Takala, J. Introductory Report: Decent Work – Safe Work. Geneva, International Labour Organization, 2005 ([www.ilo.org/public/english/protection/safework/wdcongrs17/intrep.pdf](http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/wdcongrs17/intrep.pdf), accessed 23 February 2007).
- 6) Respiratory Health Effects of Passive Smoking (Also Known as Exposure to Secondhand Smoke or Environmental Tobacco Smoke ETS). U.S. Environmental Protection Agency, Office of Research and Development, Office of Health and Environmental Assessment, Washington, DC, EPA/600/6-90/006F, 1992.
- 7) Ross H. Economics of smoke free policies. In Smoke free Europe makes economic sense: A report on the economic aspects of smoke free policies. The Smoke Free Europe partnership, May 2005 (<http://www.ehnheart.org/files/SmokefreeEurope-102853A.pdf>, accessed 23 February, 2007).
- 8) Behan D., Eriksen M., Lin Y. Economic effects of environmental tobacco smoke. Society of Actuaries, March, 2005(<http://www.soa.org/ccm/content/areas-of-practice/life-insurance/research/economic-effects-of-environmental-tobacco-smoke-SOA/>, accessed 23 February 2007).
- 9) McGhee SM, Ho LM, Lapsley HM, Chau J, Cheung WL, Ho SY, Pow M, Lam TH, Hedley AJ. Cost of tobacco-related diseases, including passive smoking, in Hong Kong. Tobacco Control 2006;15:125-130
- 10) United States Occupational Safety and Health Administration. Indoor Air Quality 1994; 59:15968-16039.
- 11) Scollo M, Lal A, Hyland A, Glantz SA. Review of the quality of studies on the economic effects of smoke-free policies on the hospitality industry. Tobacco Control 2003;12:13-20.
- 12) Alamar BC, Glantz SA. Smoke-free ordinances increase restaurant profit and value. Contemporary Economic Policy 2004; 22:520-525.
- 13) The Roper Organization, "A Study of Public Attitudes Toward Cigarette Smoking and the Tobacco Industry in 1984". Prepared for The Tobacco Institute. June 1984. Bates:539001438-539001701 (<http://tobaccodocuments.org/bw/164913.html>, accessed 23 February 2007).
- 14) Merlo describes Philip Morris' motivation for fighting smoking restrictions: Corporate author, Philip Morris. "Philip Morris Magazine 890300 - 890400 the Best of America". 19890315/P. Bates: 2040236324A-204026324AV (<http://tobaccodocuments.org/landman/2040236324A-6324AV.html>, accessed 23 February 2007).
- 15) Tobacco Reporter, World revolution in tobacco industry, 1976, 103 (7), p71-72; quoted in M. Teresa Cardador, A.R. Hazan, S.A. Glantz, Tobacco Industry Smokers' Rights Publications: A Content Analysis, American Journal of Public Health, 1985, Vol 85, No 9, September, p1212-1217.
- 16) BAT, Board Guidelines, Public Affairs, 1982, April (Minnesota Trial Exhibit 13,866). ([http://www.tobacco.neu.edu/litigation/cases/mn\\_trial/TE13866.pdf](http://www.tobacco.neu.edu/litigation/cases/mn_trial/TE13866.pdf), accessed on 1 March 2007).
- 17) J.P. Rupp, Letter to B. Brooks, Covington and Burling, 1988, 25 January; Proposal for the Organisation of the Whitecoat Project, No Date. Bates: 2501474296-2501474301.
- 18) BAT, Tobacco: strategy review team, 1989, Minutes of meeting held on November 10, 1989. (<http://www.library.ucsf.edu/tobacco/batco/html/16100/16131/otherpages/4.html> , accessed 1 March 2007).
- 19) Oram R., Passive Smoking Claims Invalid, Financial Times, 1996, 16 October, p10.

## WHO 刊行物カタログ

2007年世界禁煙デー：100%たばこ煙のない環境を創り出し、きれいな空気を満喫しよう！

1. 喫煙 - 予防と規制 2. 喫煙 - 立法措置 3. たばこ煙汚染 - 防止と規制 4. たばこ煙汚染 - 立法措置  
5. たばこ - 悪影響 6. たばこ - 立法措置 7. 記念日特別イベント

I. 世界保健機関 II. WHOたばこのない環境促進局

ISBN 978 92 4 159535 3 (NLM classification: QV 137)

©World Health Organization 2007

無断転載を禁ず。WHOの刊行物はWorld Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int))

WHO刊行物を出版または翻訳しようとするものは、営利、非営利ともに、上記住所に許可を申請すること。

ファックスおよびon line 申請は、(fax: +41 22 791 4806; e-mail: [permissions@who.int](mailto:permissions@who.int))

無断転載を禁ず。WHOの刊行物の注文先は WHO Press: World Health

Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int))

WHO刊行物を出版または翻訳しようとするものは、営利、非営利ともに、上記住所宛に許可を申請すること。ファックスおよびon line 申請は、(fax: +41 22 791 4806; e-mail: [permissions@who.int](mailto:permissions@who.int))

特定の会社または工場について言及した場合、それらの製品が同種の他のものよりWHOにとって好ましいということは意味しない。書き損じ・脱漏を除き、有標製品の名称はイニシャルで表される。本刊行物に含まれる情報について、WHOは妥当な検証作業は行ったが、保証はしない。この資料の解釈と利用の責任は読者にある。この資料を利用したイベントによる損害責任をWHOは負わない。

印刷: フランス

### 謝辞

この文書はWHO Tobacco Free Initiative (FTI) の広報チームメンバーであるMarta Seoane と Joel Schaefer によって作成された。WHOはたばこ規制に関わる人々、とくにWHO地域事務所の専門家による貴重な意見や査読に深く感謝する。

写真提供者 p.7,p.9: M. Seoane p.10: M. Seoane, Sr Miyagi (Cabezas Creativas, Uruguay).

デザイン、レイアウト: KFH Communication, Montpellier/フランス