APACT 2013

Tobacco Control in Japan

Hiroyuki Noda, M.D.
Tobacco Free Initiative Officer
Cancer Control and Health Promotion Division
Health Service Bureau,
Ministry of Health, Labour and Welfare

Manabu Sakuta M.D.
Board Chairman
Japan Society for Tobacco Control

Tobacco Control Report in Japan (1)

Hiroyuki Noda, MD

Tobacco Free Initiative Officer
Cancer Control and Health Promotion Division, Health Service Bureau,
Ministry of Health, Labour and Welfare, Tokyo, Japan

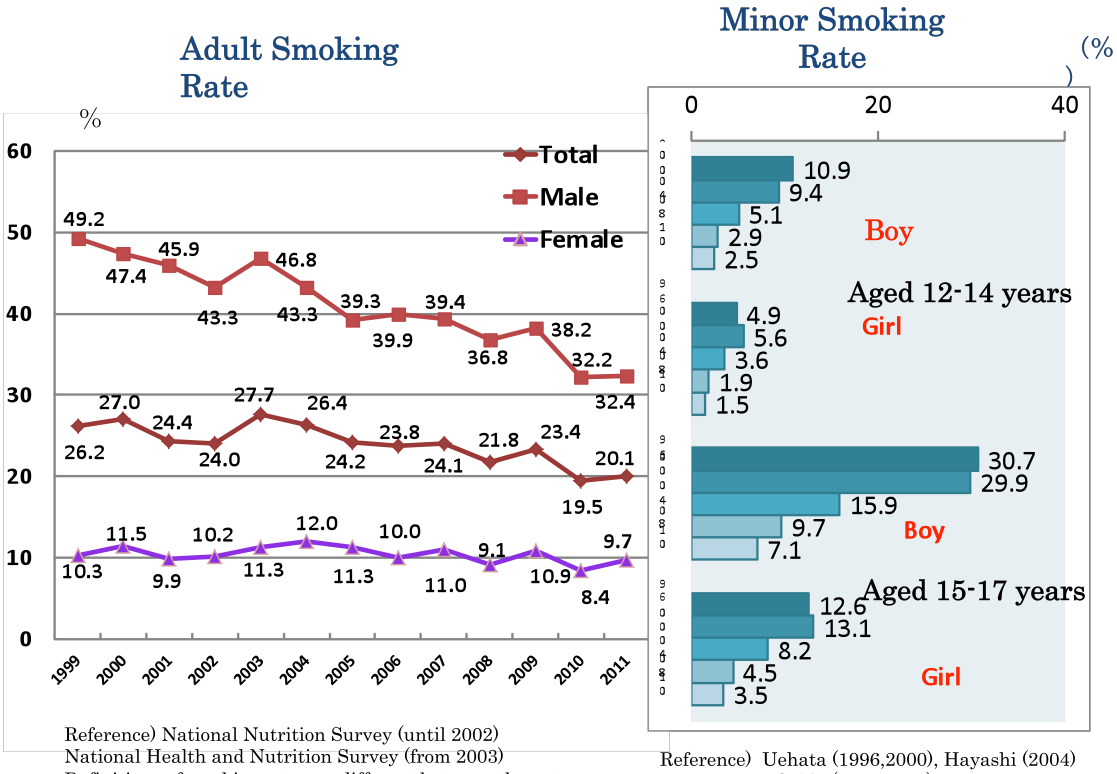
1. Introduction

It is clear that tobacco use leads to harmful effects on health. Because of this, it is important to prevent non communicable diseases (NCDs) such as cancers, cardiovascular disease, diabetes and Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). Therefore we have conducted various tobacco control policies including support for smoking cessation and regulations for reducing passive smoking as well as public awareness campaigns in Japan.

2. The harmful effect of smoking in Japan

In Japan, the smoking rate has been rapidly declining for the past decade. The adult smoking rate was 27.0% (47.4% for male and 11.5 for female) in 2000, which rapidly reduced especially for males toward 20.1% (32.4% and 9.7%, respectively) in 2011 (Figure 1).

Figure 1. Secular trend of smoking rate in Japan

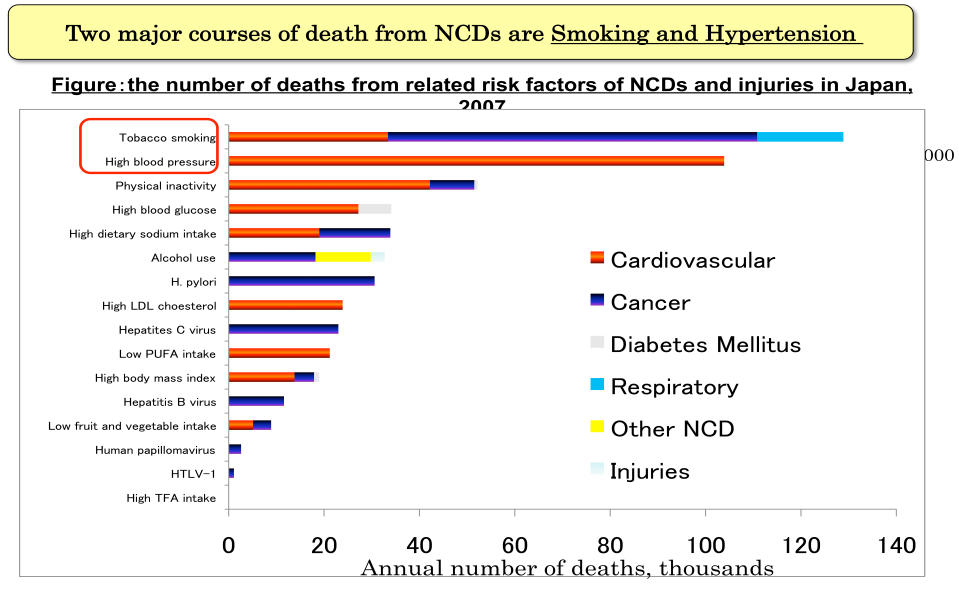


Reference) National Nutrition Survey (until 2002)
National Health and Nutrition Survey (from 2003)
Definitions of smoking rate are different between these two surveys.

Reference) Uehata (1996,2000), Hayashi (2004)
Ooida (2008,2010)

The smoking rate for minors also has been rapidly decreasing for the last decade. However, tobacco smoking remains the primary contributor to the largest number of deaths due to NCDs in Japan (Figure 2).

Figure 2. Contribution of major risk factors in Japan

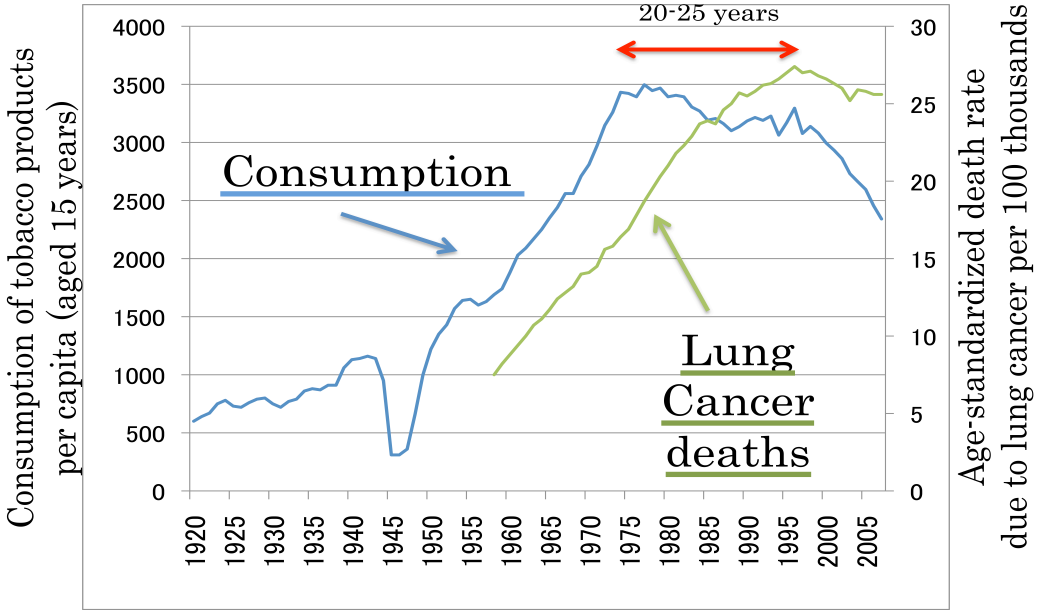


resources) Ikeda N, et al. What has made the population of Japan healthy? Lancet 2011;378:1094-1105
Ikeda N, et al. PLoS Med 2012;9:e1001160

Ikeda et al. showed that there are 129,000 deaths from tobacco smoking annually, including 77,000 due to cancer, 33,000 due to cardiovascular disease and 18,000 due to respiratory disease (1-2), which was estimated at approximately 10% of the total number of deaths in Japan. So, tobacco smoking as well as hypertension has largely contributed to the excess deaths amongst the Japanese population.

For cancer deaths, tobacco smoking is estimated as the leading risk factor. As 350,000 die annually from cancer, 20-27% of cancer deaths were estimated to be caused by tobacco smoking (3-4). It is also well known that there is 20-25 years of lag time between tobacco consumption and lung cancer deaths, suggesting the causal relationship between tobacco smoking and lung cancer deaths in macro levels. (Figure 3)

Figure 3. Lag time between tobacco consumption and lung cancer deaths



Evidence for passive smoking is also increasing rapidly. In Japan, at least 6,800 people are estimated to die from passive smoking annually (5). Whereas this number may be underestimated probably due to limited population (i.e. only non-smokers) and limited causes of death (i.e. lung cancer and myocardial infarction), this estimation suggests that there are a large number of health issues caused by passive smoking in Japan.

Moreover, tobacco smoking largely contributes economic loss in Japan. The Institute for Health Economics and Policy estimated that the total annual economic loss was 4.3 trillion yen, including 1.7 trillion yen for excess medical costs, 2.4 trillion yen

for work loss due to hospital admission and death and 0.2 trillion yen for environmental loss (e.g. cost for fire disaster). Revenue from tobacco taxation was 2.1 trillion yen, including 0.9 trillion yen for national excise tax, 1.0 trillion yen for local excise tax and tobacco specific excise tax in 2010 (fiscal year), which suggests that the amount of economic loss due to tobacco smoking is larger than that of revenue from tobacco products. In conclusion, previous studies indicate that tobacco smoking contributes serious danger for public health and national economics in Japan.

3. Tobacco control in Japan

In Japan, we have implemented various tobacco control policies such as support and treatment for smoking cessation and regulations for reducing passive smoking. For policies of support for smoking cessation, we published "Manual for Smoking Cesssation (The second edition) (7) and "Standard Health Check-up and Healthcare Guidance Programs (The revised edition)" (8), which aims to promote smoking cessation support in health check-ups and health guidance. Because Specific Health Check-up and Specific Health Guidance aim to conduct interventions mainly amongst the obese population, which led to a misunderstanding of treatment for the non-obese population, we emphasized the importance of treatment for the non-obese population including smoking cessation in the revised edition of "Standard Health Check-up and Healthcare Guidance Programs".

Moreover, we started a Tobacco Quitline which developed Tobacco Counselors who conduct tobacco cessation support and public awareness as well as coordination of human rescorces and infrastructure amongst the community, workplace and medical institutes. We hope that the Tobacco Quitline will play a central role in tobacco control at community levels.

In April of 2006, we included treatment for nicotin dependency in the list of national health insurance rebates. But, the annual number of users of nicotin replacement therapy remains only 100,000 patients, suggesting that we need further promotion of treatment for smoking cessation amongst patients with nicotin dependency. Epecially for minors, we have to promote treatment for smoking cessation toward 0% of the minors smoking rate.

Health Japan 21 (The second term) also set a target for the smoking rate amongst pregnant women (0% by 2014). Because smoking by pregnant women leads to passive smoking by the fetus, this target is very important in reducing the harmful effects of active smoking for pregnant women and there by passive smoking of their fetus.

For the past decade, tobacco control for reducing passive smoking has been conducted under article 25 of the Health Promotion Act. This article regulates to act against managers of the institutions to protect patrons from second hand smoke. Moreover, we published notifications to the Director-General of Health Service in 2010 which included recommendations that public spaces where many people congregate should be completely smoke free. Based on the above, we set targets in Health Japan 21 (the second term) for reducing passive smoking including a smoke free workplace until 2020. By 2022, there will be a 0% of persons receiving passive smoke n governmental institutes and medical institutes, 3% in home and 15% in restaurants.

It is crucial for further promotion of tobacco control to assess the existence of toxic constituents and their risks in tobacco. It is well known that tobacco smoke has 60 or more carcinogens and 4000 or more chemical substances (20). So, we measured the amount of specific constituents in tobacco smoke in 2000. However, the scientific evidence of constituents in tobacco has been increasing, and it was requested to assess the health risks of constituents such as Polonium 210 (10-12) and additives in tobacco. So, we established the ”Technical Committee for Health Risk Assessment of Tobacco” in April 2013. We need further scientific evidence to conduct tobacco control for novel tobacco risks.

4. Conclusion

We reviewed the health issues caused by tobacco smoking and tobacco control in Japan. As Health Japan 21 (The second term) set numerical targets for tobacco smoking, we must promote evidence-based comprehensive tobacco control more.

Reference

1. Ikeda N, Saito E, Kondo N, Inoue M, Ikeda S, Satoh T, Wada K, Stickley A, Katanoda K, Mizoue T, Noda M, Iso H, Fujino Y, Sobue T, Tsugane S, Naghavi M, Ezzati M, Shibuya K. What has made the population of Japan healthy? Lancet 2011;378:1094-1105

2. Ikeda N, Inoue M, Iso H, Ikeda S, Satoh T, Noda M, Mizoue T, Imano H, Saito E, Katanoda K, Sobue T, Tsugane S, Naghavi M, Ezzati M, Shibuya K. Adult mortality attributable to preventable risk factors for non-communicable diseases and injuries in Japan: a comparative risk assessment. PLoS Med 2012;9:e1001160

3. Inoue M, Tsuji I, Wakai K, Nagata C, Mizoue T, Tanaka K, Tsugane S; Research

Group for the Development and Evaluation of Cancer Prevention Strategies in Japan. Evaluation based on systematic review of epidemiological evidence among Japanese populations: tobacco smoking and total cancer risk. Jpn J Clin Oncol 2005;35:404-411
4. Katanoda K, Marugame T, Saika K, Satoh H, Tajima K, Suzuki T, Tamakoshi A, Tsugane S, Sobue T. Population attributable fraction of mortality associated with tobacco smoking in Japan: a pooled analysis of three large-scale cohort studies. J Epidemiol 2008;18:251-264
5. Katanoda K, Mochizuki Y, Saiga K, Sobue T. Estimation of number of deaths due to passive smoking in Japan. Kosei-no-shihyo 2010;57:14-20
6. Institute for Health Economics and Policy. Study of smoking cessation policy. Research Project of Institute for Health Economics and Policy in 2008. Tokyo(Japan): Institute for Health Economics and Policy, 2010
7. Ministry of Health, Labour and Welfare, Health Service Bureau, Cancer Control and Health Promotion Division, ed. Manual for Smoking Cessation Support (The second edition). Tokyo (Japan): Ministry of Health, Labour and Welfare, Health Service Bureau, Cancer Control and Health Promotion Division. 2013
8. Ministry of Health, Labour and Welfare, Health Service Bureau, ed. Standard Health Checkup and Healthcare Guidance Programs (The revised edition). Tokyo (Japan): Ministry of Health, Labour and Welfare, Health Service Bureau. 2013
9. U.S. Department of Health and Human Services. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta (USA): U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2010
10. Radford EP Jr, Hunt VR.. Polonium-210: A volatile radioelement in cigarettes. Science 1964;143:247-249
11. Little JB, Radford EP Jr, McCombs HL, Hunt VR. Distribution of polonium-210 in pulmonary tissues of cigarette smokers. N Engl J Med 1965;273:1343-1351
12. Winters TH, Di Franza JR. Radioactivity in cigarette smoking. N Engl J Med 1982;306:364-365

Tobacco Control in Japan (2)

Manabu Sakuta, MD

The Current Status of Japan.

Manabu Sakuta, MD, Board Chairman of the Japan Society for Tobacco Control
(JSTC)

In June 2004, the Japanese Government ratified the FCTC, and the treaty took effect in February 2005. As of August 2013, eight and a half years has passed since then. Most of the treaty is administered by the Ministry of Finance (MOF) and by the Tobacco Business Law of Japan.

The deliberative council of the MOF published in October 2002 an interim report on smoking and health. In this report, unsatisfactory health effect warnings and self-regulation of advertising and vending machines was decided. These have been in effect until now, but they are far from the FCTC guidelines.

(1) Prohibition of passive smoking.

A health promotion law was proclaimed in August 2002. Article 25 of this law requires an obligation to prohibit passive smoking in public places. However, as this law does not enforce a penal regulation, it is quite insufficient. In the COP2, which was held in July 2007 in Bangkok, the FCTC Article 8 guideline was adopted by all FCTC countries, including Japan. It required indoor public spaces to be smoke free by the end of February 2010, which the Japanese Government failed to legislate a law for.

In March 2009, the Kanagawa Prefectural Government (Governor Shigehumi Matsuzawa) passed an ordinance “Passive smoking prohibition in public places” for the first time in Japan. However, this ordinance is still defective in that it does not require work places to be smoke free, and restaurants or bars less than 100m2 are not regulated.

After Kanagawa, Hyogo Prefecture followed in 2012 with almost the same ordinance.

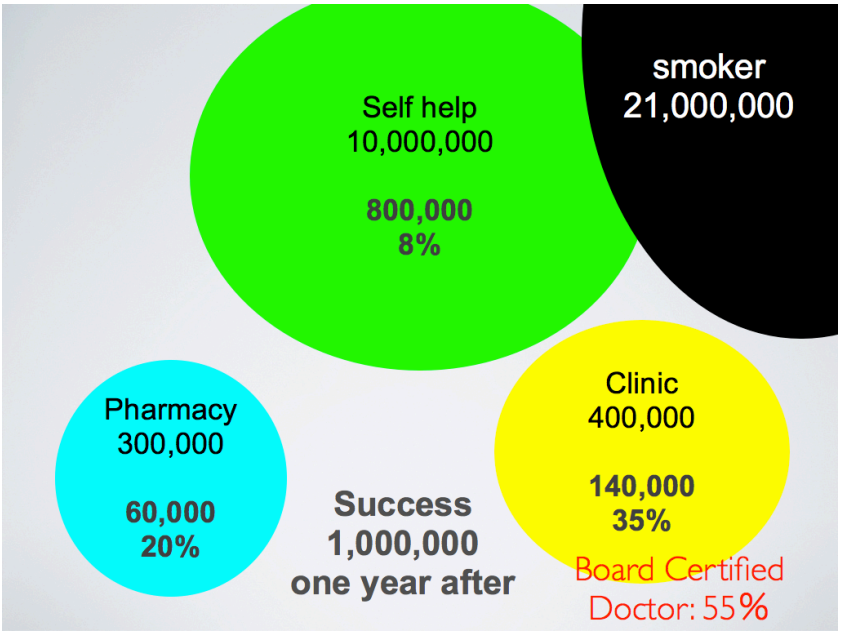
(2) Cigarette (tax) price.

In October 2010, the cigarette price was raised by 100yen. The most popular cigarette named Mild Seven (Mevius) became 410 yen = US$4.10 a pack.

(3) Tobacco cessation.

In 2006, tobacco cessation clinics were systematized and each smoker is required to pay a partial fee. The number of tobacco cessation clinic amounts 14,500 as of July this year. 400,000 people visit the clinic, and 140,000 people (35%) can quit every year.

However, there is no Quit Line which is commonly seen in other nations.



(JSTC, 2012)

(4) Cigarette package.

In the COP3 which was held in November 2008 in Durban South Africa, the guidelines of Article 11 (tobacco packaging) and Article 13 (prohibition of tobacco advertising) were adopted. In terms of the Article 11 guideline, graphic health warnings have not yet been carried out, and the area of the health warning statements is only 19~22 % excluding its frame. In 2013, Mild Seven was renamed Mevius. However, the names; light, super light, and extra light are still in use.

(5) Tobacco advertising, promotion and sponsorship.

Tobacco vending machines are everywhere in Japan. Tobacco is widely advertised using the vending machines, retail stores, convenience stores, newspapers and various magazines. A cunning tobacco commercial saying the “smoking manner” is widely advertised on TV. Also, cunning tobacco commercials’ (using product placement

techniques and well-known actors) in movies is widely observed.

CSR activities of the tobacco industry include music festivals for younger generations or sports events including, Japanese chess, golf, and volley ball. Sponsorship includes a wide variety of donations to NPOs and NGOs as well as sponsors of TV news programs. These are not restricted by law, but only a self-restriction by the tobacco industry.

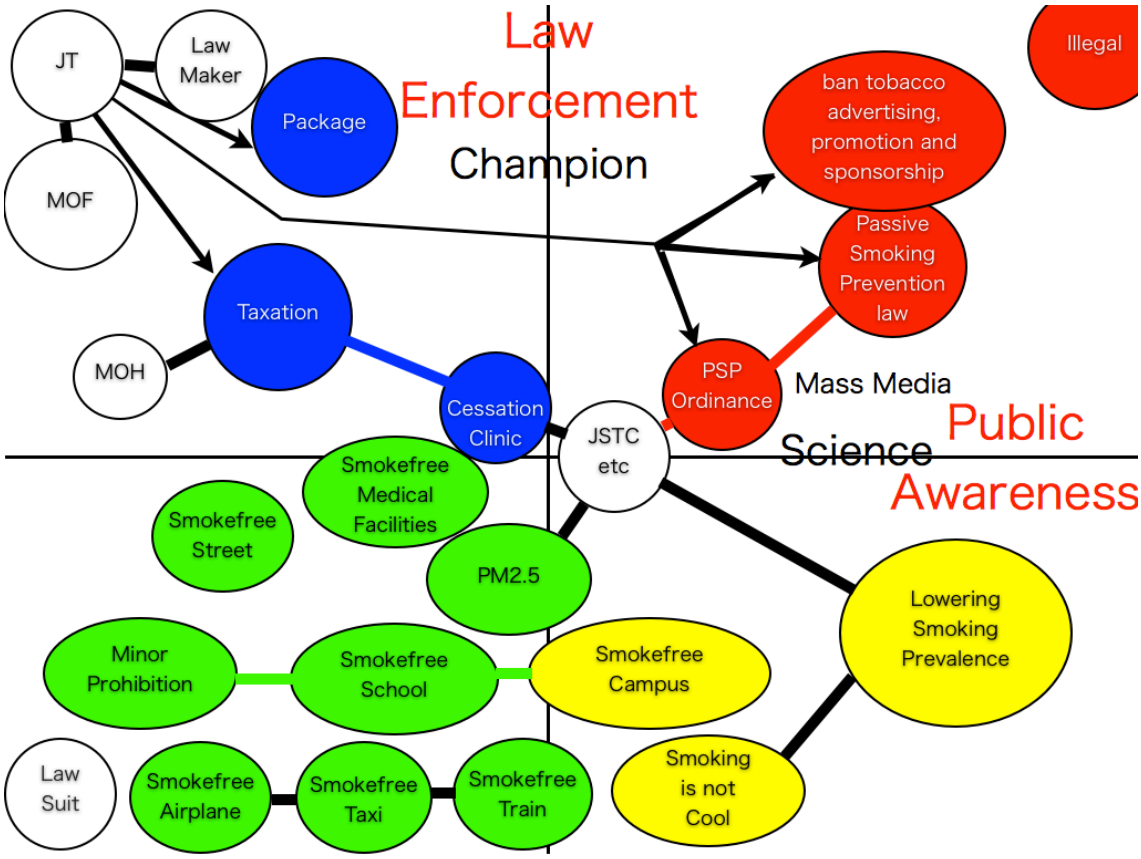
(6) Disclosure and restriction of the tobacco ingredients. (Article 9 and 10 guidelines)

The reasons they add sugar, ammonium salt, menthol etc are not disclosed yet. The prohibition of menthol is going on in many countries including Brazil; however, such discussion has not occurred in Japan.

(7) According to the Tobacco Control Scale 2010 by Luk Joossens & Martin Raw, Japan's score is currently only 21/100.

Compared with the UK(77/100), Ireland(69/100), Norway(62/100), France(55/100), Italy(47/100), and Greece(32/100) which is the worst amongst the 31 countries in EU, Japan(21/100) is far behind.

(Figure) The state of condition in Japan.



(3) 日本のたばこ対策の現状

Tobacco Control in Japan

野田博之(Hiroyuki Noda)[1]

厚生労働省　健康局　がん対策・健康増進課 たばこ対策専門官
Tobacco Free Initiative Officer
Cancer Control and Health Promotion Division, Health Service Bureau, Ministry of Health, Labor and Welfare, Tokyo, Japan

1. はじめに

たばこが健康に与える悪影響は明白になっている。がん、循環器疾患、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患(COPD)等の非感染性疾患(Non Communicable Disaeses：NCDs)を予防する上で、たばこ対策を進めることは極めて重要な課題であることから、日本では、喫煙と健康被害との因果関係に関する検討や知識の普及啓発と共に、能動喫煙対策や受動喫煙対策を含めた様々なたばこ対策が講じられてきた。

2. 日本におけるたばこの健康被害

日本では、過去１０年間に喫煙率が大きく減少してきた(図 1)。成人喫煙率は2000 年に 27.0%(男性 47.4%、女性 11.5%)であったものが、2011 年には 20.1% (男性 32.4%、女性 9.7%)になり、特に男性の成人喫煙率の減少が顕著であった(図1)。さらに、未成年者においても、喫煙率が大幅に減少してきている。

その一方で、未だに喫煙が NCDs 死亡に与える寄与は危険因子の中で最大となっている(図 2)。池田らによる検討によると、能動喫煙によって、がん死亡 7.7 万人、循環器疾患死亡 3.3 万人、呼吸器系疾患死亡 1.8 万人で、合計 12.9 万人が死亡しており(1-2)、この値は年間の全死亡者数の約 1 割に相当すると推定されている。喫煙による推定死亡者数に匹敵する危険因子は高血圧のみであり、喫煙と高血圧が日本人の死亡に大きく寄与している(1-2)ことが示されている。

特に能動喫煙によるがん死亡者は他の危険因子を大きく引き離して、がん死亡の中心的な危険因子であることが示されている(1-2)。全がん死亡者数は年間 35 万人であることから、全がん死亡者の 20-27%が能動喫煙を原因として死

亡していると推定される(3-4)。喫煙とがん死亡との間には、20-25 年のタイムラグがあることが国際的にも知られており、実際、日本におけるたばこ消費量とがん死亡率との経時的変化(図 3)においても、同様のタイムラグを伴った相関が見られることから、マクロの視点からも、喫煙と肺がん死亡との間には因果関係があることが証明できる。

受動喫煙による健康影響に関する根拠についても、急速に蓄積されてきている。受動喫煙では、日本において少なくとも年間 6,800 人が死亡していると推定されている(5)。同推定は肺がん死亡および心筋梗塞死亡に限った検討であり、また、喫煙者が受ける受動喫煙の影響については検討していないことから、受動喫煙による健康被害を過小評価している可能性があるものの、本研究の結果は、日本においても、受動喫煙による健康被害が相当数存在することを示している。

たばこは国民経済に対しても大きな損失をもたらしていることが示されている。たとえば、医療経済研究機構による検討結果(6)によると、喫煙によって、超過医療費が年間 1.7 兆円、入院・死亡による労働力損失が年間 2.4 兆円、その他、喫煙による施設・環境面での損失(火災の消防費用、清掃費用など)が年間 0.2 兆円で、合計、年間 4.3 兆円の喫煙による損失が少なくとも存在することが示されている。その一方で、たばこ税による税収は 2010 年度の実績で、たばこ税(国税)0.9 兆円、たばこ地方税 1.0 兆円、たばこ特別税 0.2 兆円で、合計 2.1 兆円であることから、税収に比しても、たばこによる国民経済の損失は大きいものと推定される。このように、能動喫煙および受動喫煙は国内外において、公衆衛生および国民経済における大きな脅威となっていることが、これまでの研究の結果で示されている。

3. 日本におけるたばこ対策

日本では、これまでに禁煙支援、禁煙治療や受動喫煙防止対策を含めた様々なたばこ対策が講じられてきた。

禁煙支援の施策としては、禁煙希望者に対する支援方法を普及啓発することを目的として、2006 年 5 月に作成された禁煙支援マニュアルの作成が挙げられる。2013 年 4 月 1 日には改訂を行い、禁煙支援マニュアル（第二版）が厚生労働省健康局がん対策・健康増進課より発行された(7)。禁煙支援マニュアル（第二版）は、健康増進法第 3 条「国及び地方公共団体は、教育活動及び広報活動を通じた健康の増進に関する正しい知識の普及、健康の増進に関する情報の収集、整理、分析及び提供並びに研究の推進並びに健康の増進に係る人材の養成及び資質の向上を図るとともに、健康増進事業実施者その他の関係者に対し、必要な技術的援助を与えることに努めなければならない。」への対応の一環とし

て作成されたマニュアルであり、保健医療の専門職と共に、職場の衛生管理者や地域の保健事業担当者を対象とし、「喫煙と健康」に関する健康教育を行うための必要な基礎知識や実施方法等を解説したものになっている。

また、平成 25 年 4 月に公表された標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）では、たばこ・アルコール対策についての記述を充実させることで、健診・保健指導の場における禁煙支援を更に推進するような改訂が行われた(8)。この背景としては、特定保健・特定保健指導が強調されたことで、特定保健指導の対象となっていない非肥満のリスク保有者への対応の在り方について誤解を招いており、非肥満者への保健指導の実効性を高めるために、標準的な健診・保健指導プログラムの中でもう少し踏み込んで記載すべきであるという指摘があったことから、特定健診・特定保健指導を含めた健診・保健指導のあり方として、禁煙支援の重要性を「標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）」を通して再度周知したものである。

さらに、平成 25 年度からは、たばこクイットラインとして、がん診療連携拠点病院にたばこ相談員を設置し、面談や電話による無料の禁煙相談やたばこに関する普及啓発活動を進めると共に、医療、地域、職域の禁煙支援や禁煙治療に関わる人材や資源を有機的につなぐことで、たばこをやめたい人がやめられるような社会環境を整備していくことを開始した(図 4)。具体的には、がん診療拠点病院機能強化事業の一環としてがん相談支援事業において、禁煙相談（たばこクイットライン等）を実施することができるようにした。また、この改訂に合わせて、たばこ対策促進事業においても、都道府県、保健所を設置する市及び特別区が「たばこ相談員」を育成し、また活動を支援することが出来るようにした。今後、たばこクイットラインが、地域、職域、医療機関の専門職が有機的に連携して、たばこ対策が推進するための、中心的な社会基盤の 1 つとなることが望まれる。

禁煙治療に関しては、2006 年 4 月より、ニコチン依存症が疾病であるとの位置づけが確立されたことを踏まえ、ニコチン依存症と診断された患者のうち禁煙の希望がある者に対する一定期間の禁煙指導について、診療報酬上の評価が行われることとなったと共に、2006 年 6 月より、ニコチン依存症の管理に伴う場合、禁煙補助剤が診療報酬の対象となった。この結果、ニコチン依存症患者に対する禁煙治療の取組が医療機関において広がってきてはいるものの、未だに日本におけるニコチン依存症管理料の利用者は年間約 10 万人に留まっており(図 5)、禁煙を希望するニコチン依存症患者を治療するためにも更なる推進が必要とされている。特に、未成年の喫煙者への禁煙治療については、その推進を望む声が多い。第 177 回国会（常会）(平成 23 年)質問主意書において「禁煙促進に関する質問主意書」で「未成年者はたった一回の喫煙でニコチン依存

症になることが多く、未成年者の喫煙は大人以上に深刻なニコチン依存症となるという指摘もあり、未成年者の喫煙に対しては早期治療が必要であると考えるが、政府の見解を明らかにされたい。」との質問あり、「未成年者に対しては、まずは、学校等における指導等により喫煙防止を徹底することが重要であると考えるが、ニコチン依存症となった場合には、適切な治療が必要になると考える。」と政府として回答している。そもそも、未成年者(20 歳未満の者)の喫煙は未成年者喫煙禁止法によって禁止されている一方で、未成年者の喫煙率は未だ0%にはなっていない。未成年者の喫煙率は、過去 10 年間で大きく減少した(図1)ものの、喫煙を開始しないような施策を講じると共に、未成年の喫煙者への禁煙治療についても進めていく必要がある。

健康日本 21(第二次)では、2014 年までに妊娠中の喫煙を無くすことも目標として掲げている(図 6)。妊娠中の喫煙率は過去 10 年間に半減しているものの、妊婦自身の能動喫煙による健康被害と共に、胎児に対する「受動喫煙」による健康被害が明らかにされていることから、妊娠中の喫煙を無くすための取り組みは能動喫煙および受動喫煙の双方の目的をもった目標として重要である。

過去 10 年にわたる日本の受動喫煙対策は、公衆衛生の向上の観点から、受動喫煙防止について記載している健康増進法第 25 条を中心として行われてきた。健康増進法第 25 条では、受動喫煙による健康への影響を踏まえて、多数の者が利用する施設を管理する者に対して、受動喫煙を防止する措置を講ずるよう努めなければならないことが規定されている(図 7)。このような背景を踏まえて、受動喫煙対策に関する目標として、2020 年までに「受動喫煙の無い職場」を達成することと共に、2022 年度までに行政機関及び医療機関において、受動喫煙の機会を有する者を無くす事が健康日本 21(第二次)において掲げられている(図 6)。同計画においては、さらに、2022 年度までに家庭における受動喫煙の機会を有する者を 3%、飲食店における受動喫煙の機会を有する者を 15%まで減らすことについても目標に掲げている。平成 21 年 3 月に取りまとめられた「受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会報告書」では、受動喫煙は喫煙者による「他者危害」であることが指摘されている。ジョン・スチュアート・ミルの「自由論 (On Liberty)」では、文明社会の成員に対し、その者の意志に反して、正当に権力を行使しうる（即ち規制する）唯一の目的は、他人に対する危害の防止であるとされており、検討会報告書の「他者危害」の言葉はこのことを指している。受動喫煙が他人に対する危害、すなわち「他者危害」であるという検討会の言葉を、我々は重く受け止める必要がある。このような状況を踏まえて、受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会が 2009 年 3 月に公表した報告書において、受動喫煙が死亡、疾病及び障害を引き起こすことは科学的に明らかであるとの現状認識に立ち、基本的な方向性として、多数の者が利用する公共

的な空間については、原則として全面禁煙であるべきことが示された。

たばこ対策を推進していく上では、たばこの毒性成分などを把握するたばこ成分分析を進め、その結果を公表していくことが重要である。たばこ煙には 4000 種類以上の化学物質が存在し、その中の 60 種類以上の物質については発がん性が指摘されている(9)。たばこ煙は、DNA の損傷、炎症、酸化ストレス等のメカニズムを介して、がんや循環器疾患、呼吸器疾患等の健康リスクを高める。受動喫煙のようにたばこの煙への曝露が低いレベルであっても、血管内皮の機能障害や炎症が生じ、このことが急性の循環器疾患の発症や血栓形成へとつながる。このような背景を踏まえて、厚生労働省(厚生省)は、2000 年度にたばこ成分分析として、毒性成分を中心としたたばこ成分についての分析を行い、その結果を公表した。しかしながら、たばこの成分に関する知見は未だ発展途上にあり、また、半世紀ほど前より度々話題となってきていた、たばこ煙に含まれる放射性物質ポロニウム 210(10-12)やたばこの添加物など、最新の知見を加味した実態把握の重要性は度々指摘されていた。このような背景を踏まえて、厚生労働省としては、たばこ及びたばこ成分の健康影響評価を行い、たばこによる健康影響を減じるための施策について検討するため、「たばこの健康影響評価専門委員会」を厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会の下に設置した。たばこ対策を行うための基盤となるたばこ成分分析及び健康影響評価を科学的知見に基づいた対策を実施していくために、今後も推進していく必要がある。

4. 結語

本稿では、日本におけるたばこの健康被害とその対策について概説した。2013 年度から開始された健康日本 21(第二次)ではたばこに関する数値目標が設定されており、科学的な根拠に基づいた包括的なたばこ対策の推進がますます重要になってきている。

引用文献

1. Ikeda N, Saito E, Kondo N, Inoue M, Ikeda S, Satoh T, Wada K, Stickley A, Katanoda K, Mizoue T, Noda M, Iso H, Fujino Y, Sobue T, Tsugane S, Naghavi M, Ezzati M, Shibuya K. What has made the population of Japan healthy? Lancet 2011;378:1094-1105

2. Ikeda N, Inoue M, Iso H, Ikeda S, Satoh T, Noda M, Mizoue T, Imano H, Saito E, Katanoda K, Sobue T, Tsugane S, Naghavi M, Ezzati M, Shibuya K. Adult mortality attributable to preventable risk factors for non-communicable diseases and injuries in Japan: a comparative risk assessment. PLoS Med 2012;9:e1001160

3. Inoue M, Tsuji I, Wakai K, Nagata C, Mizoue T, Tanaka K, Tsugane S; Research

Group for the Development and Evaluation of Cancer Prevention Strategies in Japan. Evaluation based on systematic review of epidemiological evidence among Japanese populations: tobacco smoking and total cancer risk. Jpn J Clin Oncol 2005;35:404-411
4. Katanoda K, Marugame T, Saika K, Satoh H, Tajima K, Suzuki T, Tamakoshi A, Tsugane S, Sobue T. Population attributable fraction of mortality associated with tobacco smoking in Japan: a pooled analysis of three large-scale cohort studies. J Epidemiol 2008;18:251-264
5. 片野田耕太, 望月友美子, 雑賀久美子, 祖父江友孝. わが国における受動喫煙起因死亡数の推計. 厚生の指標 2010;57:14-20
6. 医療経済研究機構. 禁煙政策のありかたに関する研究. 平成 20 年度医療経済研究機構自主研究事業. 東京(日本): 医療経済研究機構, 2010
7. 厚生労働省健康局がん対策・健康増進課編. 禁煙支援マニュアル (第二版). 東京(日本):厚生労働省健康局がん対策・健康増進課. 2013 年
8. 厚生労働省健康局編. 標準的な健診・保健指導プログラム (改訂版). 東京(日本):厚生労働省健康局. 2013 年
9. U.S. Department of Health and Human Services. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2010
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53017/
10. Radford EP Jr, Hunt VR.. Polonium-210: A volatile radioelement in cigarettes. Science 1964;143:247-249
11. Little JB, Radford EP Jr, McCombs HL, Hunt VR. Distribution of polonium-210 in pulmonary tissues of cigarette smokers. N Engl J Med 1965;273:1343-1351
12. Winters TH, Di Franza JR. Radioactivity in cigarette smoking. N Engl J Med 1982;306:364-365

図 1. 喫煙率の状況

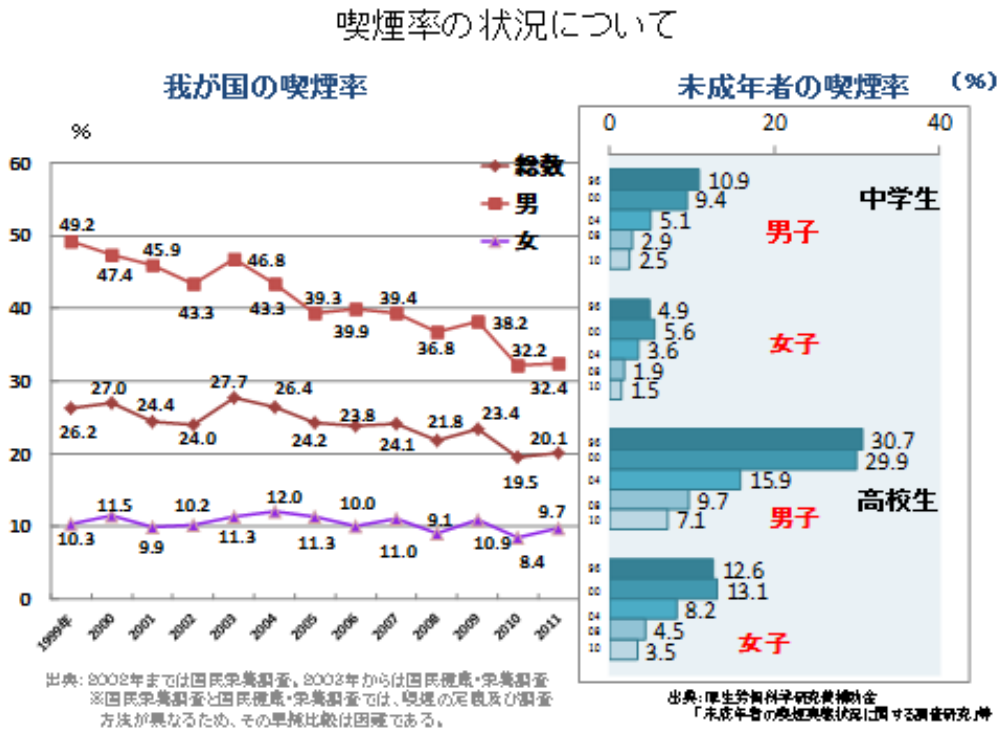


図 2. 日本における主要な危険因子の寄与

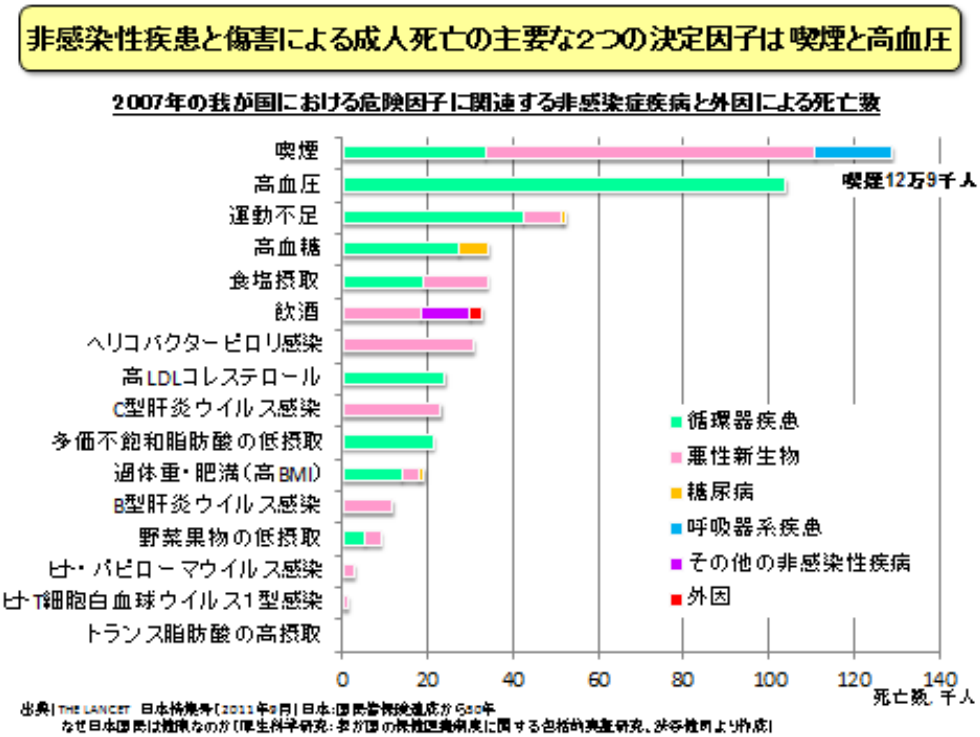


図 3. たばこ消費と肺がん死亡のタイムラグ

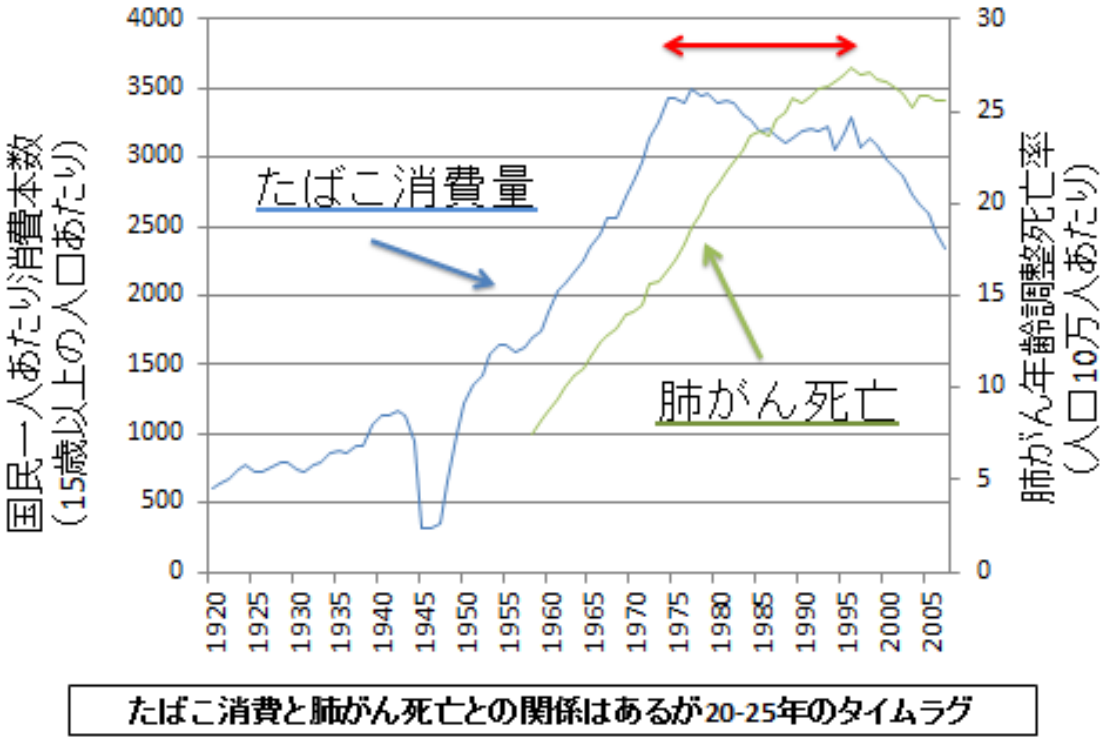


図 4. たばこクイットライン

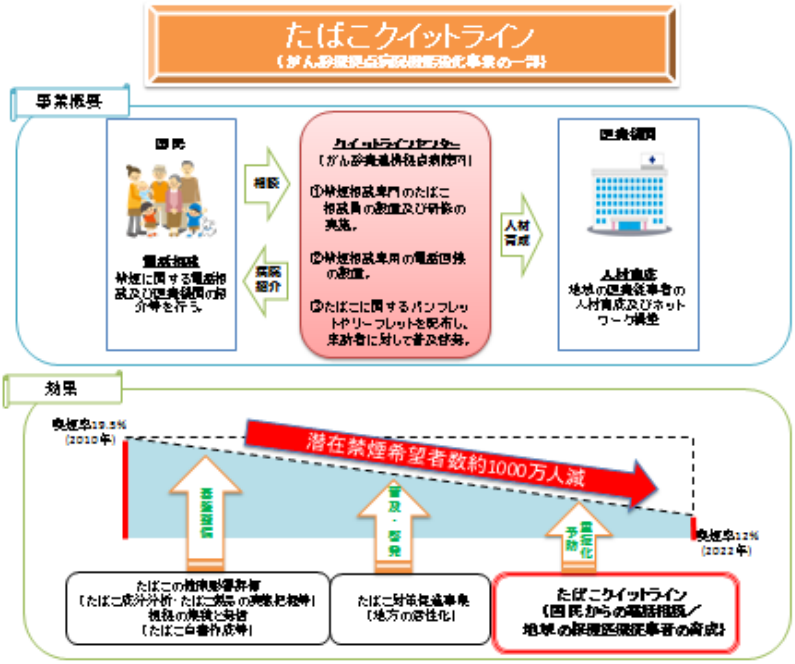


図 5. 日本における禁煙治療の費用

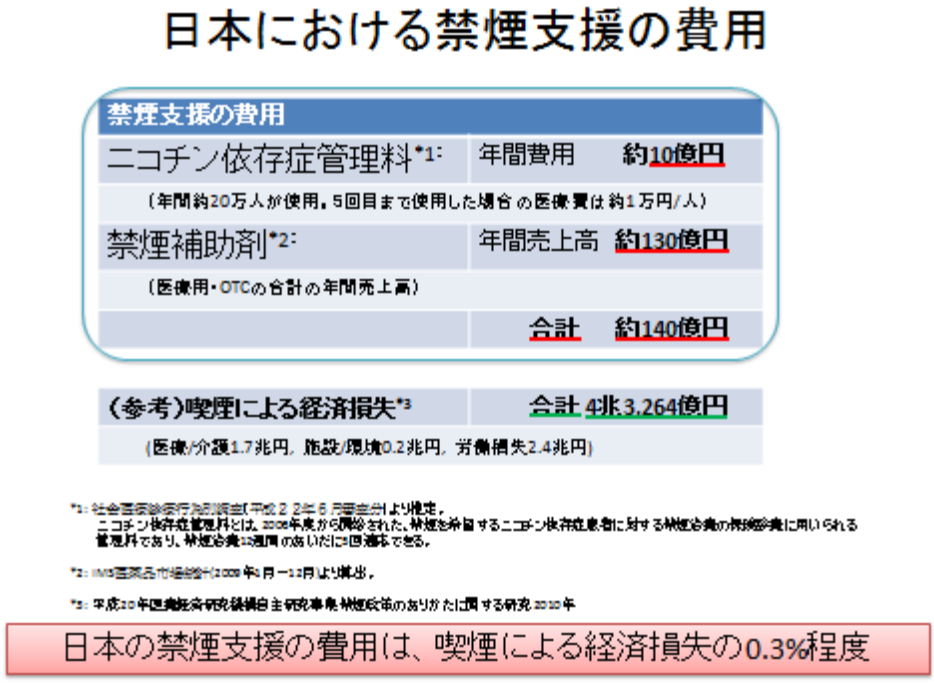
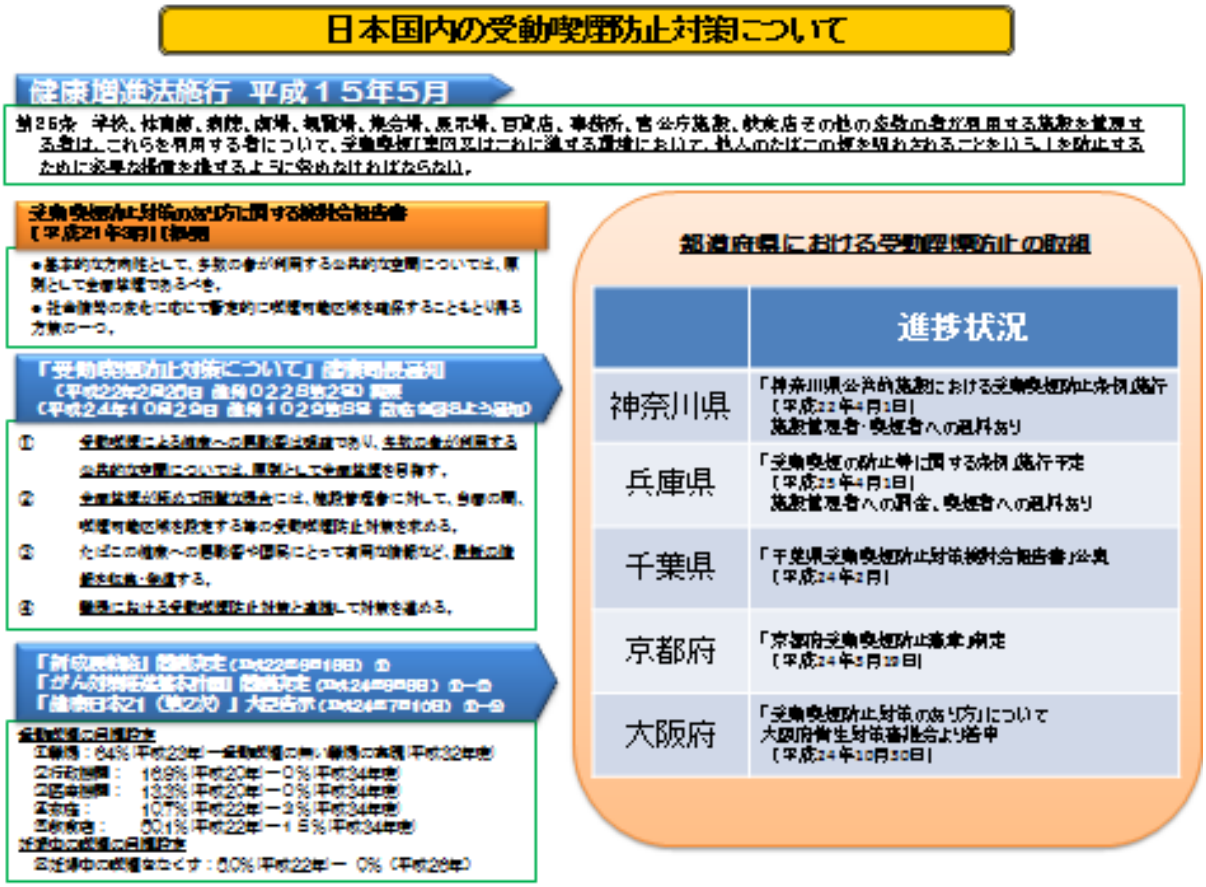


図 6. たばこに関する数値目標

たばこに関する目標設定

項目	現状		目標
①成人の喫煙率の減少（喫煙をやめたい人がやめる）	19.5%（H22）		12%（H34） ※現在の成人の喫煙率から禁煙希望者が禁煙した場合の割合を減じたものを設定
②未成年の喫煙をなくす	中学1年生 男子 1.6% 女子 0.9% 高校3年生 男子 8.6% 女子 3.8% （H22）		0%（H34）
③妊娠中の喫煙をなくす	5.0%（H22）		0%（H26）
④受動喫煙の機会を有する者の割合の減少	行政機関	16.9%（H20）	0%（H34）
	医療機関	13.3%（H20）	0%（H34）
	職場	64%（H23）	受動喫煙の無い職場の実現（H32）
	家庭	10.7%（H22）	3%（H34）
	飲食店	50.1%（H22）	15%（H34）

図 7. 日本における受動喫煙防止対策



(4)タバコ規制枠組条約の実行状況

NPO 法人　日本禁煙学会 理事長　作田　学

1. FCTC の歴史

（Q）FCTC（エフシーティーシー）って何？

WHO Framework Convention on Tobacco Control の略です。
日本語ではタバコの規制に関する世界保健機関枠組条約、略して「タバコ規制枠組条約」（タバコきせいわくぐみじょうやく）といいます。

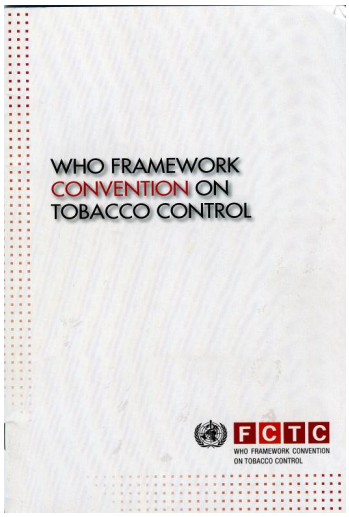
枠組条約とは、まず目的と一般的な原則のみを定めた条約（枠組条約）を締結し、その細目は後にコンセンサス方式で議定書や附属書･ガイドラインによって定めこれによって各国を法的に拘束しようとする条約の一つの方式です。ですから、ガイドラインは条約と一体のものです。

（Q）目的は？

この条約の前文には次のように書かれています。

タバコは死亡、疾病および障害をおこすことが、科学的証拠により明らかにされています。

タバコによる害の広がりが深刻で世界的な問題であり、各国が組織的に国際協力をするために条約を制定しました。タバコには毒性、発がん性があり、タバコを吸うことは依存症という病気です。また、タバコは依存症になりやすいように作られています。



タバコ産業はタバコ規制に反対し、悪影響をおよぼしています。彼らは色々な広告、販売促進や後援活動をつかって、タバコを奨励しています。これらの活動を告発しなければなりません。

あらゆる手段を使って、タバコの消費を減らすことが目的になっています。
（タバコ規制枠組条約の前文より）

http://www.who.int/fctc/en/

http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/treaty/treaty159_17.html
http://www1.sumoto.gr.jp/shinryou/kituen/fctc.htm

（Q）どこの国が批准をしている？

世界の 177 か国が批准をしています(2013 年 6 月現在)。まだ批准をしていない主な国には、アメリカ合衆国、インドネシア、アルゼンチン、スイスがありますが、世界中のほとんどの国が批准していると言っても言い過ぎではありません。
http://www.fctc.org/

（Q）歴史は？（日本について）

2003年5月21日　ジュネーブで作成（第56回世界保健総会において全会一致で採択されました）
2004年3月9日　　ニューヨークで日本政府が署名
2004年5月19日　国会承認
2004年6月8日　　受諾書寄託（日本が 19 番目の批准国に）
2005年2月2日　公布及び告示（条約第3号及び外務省告示第68号）
2005 年 2 月 27 日　効力発生　（批准国が 40 か国となって条約が発効）
2007 年 6～7 月　タイ・バンコクで COP2（第二回締約国会議）
　第 8 条（受動喫煙防止）のガイドライン採択
2008 年 11 月　南アフリカ・ダーバンで COP3（第三回）
　第 5 条 3 項（タバコ産業を監視）のガイドライン採択
　第 11 条（タバコのパッケージ）のガイドライン採択
　第 13 条（タバコ産業の宣伝禁止）のガイドライン採択
2010 年 11 月　ウルグアイ・プンタデルエステで COP4（第四回）
　第 9・10 条（成分規制・情報開示）のガイドライン採択
　第 12 条（教育）のガイドライン採択
　第 14 条（依存症治療）のガイドライン採択
2012 年 11 月　韓国ソウルで COP5（第五回）

2005 年
2 月 27 日
杏林大学にて

2. FCTC の実行状況（諸外国との比較）21 点/100

１．2004 年 6 月に日本政府は FCTC 条約に署名（賛成）し、2005 年 2 月に条約が発効し、賛成後すでに 7 年が経過しています。日本ではこの条約内容の大半は「たばこ事業法」をもとに財務省が取りしきっています。

2002 年 10 月の財務省財政制度等審議会たばこ事業等分科会が公表した「喫煙と健康の問題等に関する中間報告」を拠り所に日本のタバコ行政が未だに進められてきています。この中間報告で触れられた、注意（健康警告）文言、広告規制、自動販売機については、条約発効前までに不十分なアリバイ的な対応をして、現行の警告表示、広告自主規制、タスポ等の自販機規制をしましたが、ガイドラインとは大きくかけ離れたままです。

２．受動喫煙の健康危害について中間報告では「たばこの煙・においを好まない者や乳幼児のように煙を避けることができない者等に配慮して、公共の場での分煙化を一層推進する必要がある。」とだけ述べるにとどまり、ＪＴの受動喫煙の健康危害を否定する後ろ盾となっています。

この中間報告が出された同じ 2002 年 8 月に公布された健康増進法（施行は 2003 年 5 月）第 25 条で公共の場などでの受動喫煙防止の努力義務が定められましたが、罰則を伴う義務ではないために、受動喫煙防止は不十分なままです。しかし 2010 年２月に「受動喫煙防止対策について」に関する厚生労働省健康局長通知が出され、「全面禁煙は、受動喫煙対策として極めて有効であると考えられているため、受動喫煙防止対策の基本的な方向性として、多数の者が利用する公共的な空間については、原則として全面禁煙であるべきである。少なくとも官公庁や医療施設においては、全面禁煙とすることが望ましい。」とされ、一方で「全面禁煙が極めて困難である場合には、施設管理者に対して、当面の間、喫煙可能区域を設定する等の受動喫煙防止対策を求めることとし、将来的には全面禁煙を目指すことを求める。」と未だに分煙を許容する不十分な内容となっています。

３．しかし FCTC 第 8 条ガイドラインは、2007 年 7 月にタイ・バンコクでの FCTC-COP2（第２回締約国会議）で、日本政府を含む全会一致で「受動喫煙防止ガイドライン」が採択され「屋内完全禁煙」が定められました。これに従い FCTC 発効５年以内（日本では 2010 年 2 月まで）に、日本政府は「屋内完全禁煙」の法的措置を採る必要があったのです。

４．地方レベルの動きとして、2009 年３月に神奈川県では「公共的施設における受動喫煙防止条例」が成立し、2010 年４月から実施されましたが、公共性の高い第１種施設では禁煙の義務づけ（罰則あり）がされたものの、規模の小さな飲食店などでは分煙が認められたり、努力義務にとどまったり、職場・事業所の従業員の受動喫煙防止が盛り込まれなかった、などの不十分さが課題として残っています。同様の条例がその後、兵庫県でも施行されました。

５．2005 年 2 月の条約発効を経て、2008 年 11 月の COP3 で「タバコ製品の健康警告表示、タバコ宣伝販促規制、公衆衛生政策のタバコ産業からの保護等のガイドライン」が、2010 年 11 月には COP4 で「タバコ製品の成分の規制およびタバコ製品情報開示に関する規則ガイドライン」等が採択されたにもかかわらず、これらについての対策は日本では全くなされていないのです。

・パッケージ警告表示の第 11 条ガイドライン（1. 主要面の 50％以上を使い、画像で健康警告をする事が勧められる。　2. 交替表示をする。 3. 虚偽のまたは誤認をまねくようなライト、マイルド、エクストラ、ウルトラなどの用語を禁じる。 4. 簡略な包装にして、ロゴ、色、ブランドイメージなどを制限・禁止する。）に則り、パッケージの少なくとも半分の面積及び側面に、画像を含む、大きく、明瞭な画像入りの健康警告表示を義務づけ、また簡略な包装にし、ロゴ・色・ブランドイメージなどの制限（白黒=プレインパッケージ）を義務づけるべきですが､日本のタバコの警告表示は 30～33％くらいで画像無しのままです。FCTC の言うとおり枠を含めねば 19～22%にすぎません。

・また、消費者（喫煙者）に誤認を生じさせるタバコ銘柄名のマイルドセブンはメビウスに変更されましたが､「ライト」､「スーパーライト」､「エクストラライト」等の用語は未だに使われています。

・たばこの広告・販売促進等についての第 13 条ガイドラインで「タバコ製品の販売･使用を促進するタバコ広告､販売促進等の包括的禁止または規制すべき」､「店頭におけるタバコ製品の展示を規制すべき。自動販売機はその存在自体が宣伝と販売促進手段となっているから禁止すべき。白黒表示(ロゴ等を一切排除した表示)が義務となっていない場合は、可能な限り、消費者を惹き付けるような包装表示のデザイン的特徴を制限すべき。インターネット販売を規制すべき。」､「タバコ産業による映画などのプロダクト・プレースメントを禁止すべき。」､「広告や販売促進につながるたばこ会社の CSR(企業の社会的責任)活動を規制すべき。」が可決合意されていますが､未だに青少年やスポーツを対象にしたタバコ会社の催し（将棋やゴルフなど）やテレビ番組のスポンサー、NPO 団体などへの助成など、広範なスポンサーシップ･後援、社会的責任活動（CSR)、マスメディアでの広告･販売促進、自動販売機での広告販促、公共の場での喫煙

所での広告促販、タバコの店頭展示販売など目に余るものがあり、早急に制限・禁止されるべきです。

・ 第 9,10 条ガイドライン（タバコ製品の成分の規制およびタバコ製品情報開示に関する規則）により、メントール（メンソール）や果実風味等のタバコについては若者をターゲットに販促されて、タバコの依存性を強め及び喫煙開始を誘導しているので、これらの添加物については、早急に禁止措置が採られるべきです。

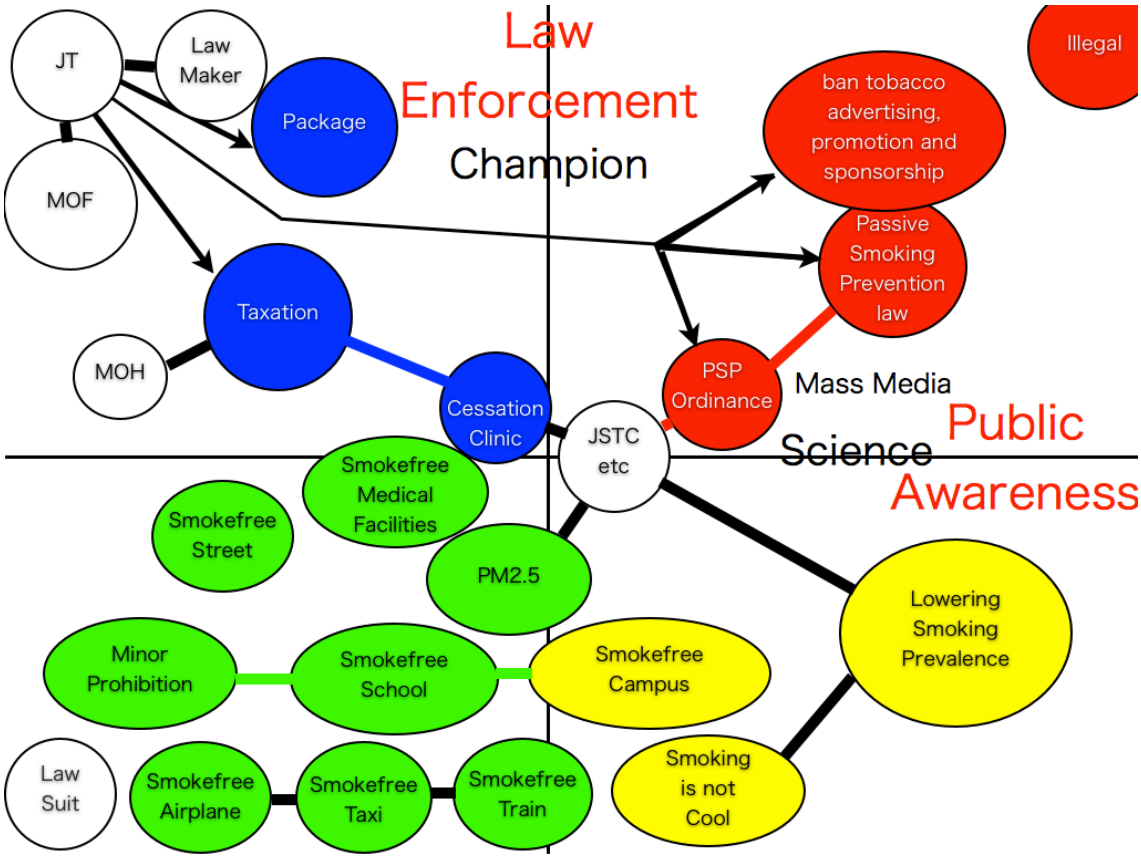
・

6.なお第 14 条ガイドライン（タバコ依存症治療に関連するタバコ消費抑制対策）関連で、2006 年から日本では禁煙治療の保険適用が制度化されて、国際的には先進的との評価を受けています。ただ、保険適用には制約が多く、政府の援助も部分的であるに過ぎません。さらに、各国では広く広告されている Quit Line はありません。また第 6 条のタバコ税・価格については、日本は低い水準でしたが、2010 年に 100 円余の引き上げがあって、今後も引き上げていくことが期待されています。現状では欧米の半額程度に過ぎません。

以上をまとめると、欧米各国との比較では 100 点満点中 21 点に過ぎず、これはヨーロッパ 31 か国の最低であるギリシャ・オーストリアの 32 点よりもずっと低いままです。（Luk Joossens & Martin Raw: The Tobacco Control Scale2010 in Europe）Tob. Control , 2006;15;247-253

	タバコ価格(30)	公共施設禁煙(22)	情報キャンペーン(15)	広告の禁止(13)	健康警告(10)	治療（10）	合計(100)
日本	13	4	0	1	0	3	21
英国	26	21	8	9	4	9	77
フランス	21	17	1	9	1	6	55
ギリシャ	15	7	-	6	1	3	32

3. 我が国の状況　(the state of conditions in Japan)



→：　反対

我が国のタバコ規制の特徴は、政府がタバコ産業の圧力に屈しており、無策のままですが、それにもかかわらず、国民の喫煙率が低下し続けていることです。図の縦軸は政治の力が働くものと働かないもの、横軸はタバコの害が公衆に知られているものと知られていないものに分けて記載しています。

タバコの喫煙率は政治とは無関係に、国民がタバコの害を知れば知るほど、またタバコを吸う風潮がクールではない、つまり過去の悪弊であると思うほど低下していきます。毎年確実に５％ずつ低下していけば、10 年後にはほぼ現在の喫煙者は半減することでしょう。

喫煙率の低下には裁判に訴えることが大きな原動力になりますし、大学での喫煙開始を防ぐことも大きな作用を及ぼします。それとともに、PM2.5 が大きな問題になり、国民の注意を引いている今、受動喫煙はまさに PM2.5 問題であると言うことをもっと宣伝しなければなりません。

国民のためを思う政治家が旗を振り、受動喫煙防止法、タバコの値上げ、タバコパッケージの改正をできるようになれば(Champion)、この動きは加速されるでしょう。

4. FCTC の条文

【1】　第 5 条 3 項とそのガイドライン

全般的な義務：公衆衛生の政策をタバコ産業から守る

「タバコ産業と公衆の健康を守る対策の間には、原理的かつ妥協不可能な利害の対立が存在する。」(第 5 条 3 項ガイドライン)

すべての政府は以下を守るべきである。（ガイドライン）

（1）タバコ製品の常習性と有害性、およびタバコ産業が締約国のタバコ規制政策に対して行っている妨害行為について注意を喚起し、啓発をおこなう。

（2）タバコ産業との相互関係を制限する措置を策定し、そのような相互関係が発生する場合の透明性を確保する。

（3）タバコ産業との提携や、拘束力がない、あるいは実行不可能な協定を拒絶する。

（4）政府職員とタバコ産業の従業者との利益相反を避ける。

（5）タバコ産業から集められた情報には、透明性と正確性を要求する。

（6）タバコ産業による「企業の社会的責任」と表現される活動を規制する。

（7）タバコ産業に特別な処遇を供与しない。

（8）国営のタバコ会社についても、他のタバコ産業と同一に処遇する。

説明（ガイドライン）

（1）締約国はタバコ製品の常習性と有害性、タバコ規制のための公衆衛生政策をタバコ産業の商業・既得権益から保護する必要性、タバコ作業がタバコ規制に関する公衆衛生政策の立案と施行を妨害するのに用いる戦略と方策についてすべての政府支部と一般市民に啓発と教育を行うべきである。

さらに締約国は、タバコ産業がしばしば自らの代わりに個人や表向きの組織、外郭団体を使って、公然ともしくは影で行動させたり、タバコ産業の利益を伸ばすために働かせるなどの手法を取ることについて認識を深める必要がある。

（2）すべての政府機関は、タバコ産業との相互交渉においては、透明性のための明確な規定が適用されることを保証すべきである。相互交渉は、確立した透明性保証規定によって一般市民に公開されなければならない。

（3）締約国は、タバコ産業やその利益のために働く団体や個人との自発的な取り決めだけではなく、これらとの提携や、実行不可能あるいは拘束力のない協定を禁止する政策を策定するべきである。

締約国は、タバコ産業が青少年教育や公教育、あるいはタバコ規制に直接・

間接にかかわるどのような発議にも参加したり機能を果たすことを禁止するべきである。

締約国は、法的に実行可能なタバコ規制措置に代わるものとして提案される、タバコ産業によって起草されたいかなる自発的行動規範や約束も受け入れを禁止すべきである。

締約国はいかなるタバコ産業からの援助の申し出や、タバコ産業、あるいはタバコ産業の協力によって起草されたタバコの法的規制、政策の提案も受け入れを禁止すべきである。

（4）締約国は、利益相反の開示と取り扱いについての政策を義務づけ、それらは政府官僚、従業者、顧問、受託業者など、タバコ規制に関する公衆衛生政策の策定と実施に従事するすべての人に適用されるべきである。

締約国は、タバコ産業の雇用するいかなる人物も、タバコ産業の利益のために働く団体も、タバコ規制や公衆衛生政策を立案・実施する政府機関、協議会、諮問委員会の構成員として認めるべきではない。

締約国は、政府や準政府団体の公務員や従業者が、金銭もしくは現物での給付、贈与、サービスなどをタバコ産業から受ける事を一切許可すべきではない。

締約国は、タバコ産業やその利益のために働く団体から、政党、候補者、選挙運動への寄附金を禁止すべきである。

（5）締約国は、タバコ産業のすべての運営と活動が透明性を持つように保証する施策を導入し、提供するべきである。

締約国はタバコ産業とその利益のために働く人々に対して、彼らのロビー活動、慈善活動、政治献金などの情報を定期的に提出するよう要求すべきである。

締約国は、タバコ産業が虚偽あるいは誤解を招く情報を流布した場合には、国の法律に照らして強制的刑罰を科すべきである。

（6）締約国は、タバコ産業のおこなう企業の社会的責任活動(CSR)の真の目的と狙いについて、すべての行政機関と一般市民に周知理解を徹底すべきである。

締約国はタバコ産業の行う CSR を承認、支持、協力、参加しない。また CSR あるいは活動の支出を一般に発表させない。いかなる行政機関、政治、社会、財務、教育、地域共同体などの公共部門もタバコ産業あるいはその利益のために働く人々から寄附金を受け取ることを一切許可すべきではない。

（7）タバコ産業と関連のない非政府組織や他の市民社会の構成員も、タバコ産業の監視活動において重要な役割を果たすことが可能である。

http://www.nosmoke55.jp/data/cop3_5_3_200811.pdf

【2】第 6 条（税、値段を上げる）

全般的な義務：タバコの需要を減らすために価格と税を上げる。

「締約国は、価格および課税に関する措置が、様々な人々、とくに年少者のタバコの消費を減少させることに関する効果的および重要な手段であることを認識する。」FCTC 第 6 条
各締約国は、課税政策を決定し、および確立する締約国の主権的権利を害されることなく、タバコの規制に関する自国の保健上の目的を考慮すべきであり、ならびに、適当な場合には、措置を採択しまたは維持すべきである。その措置には次のことを含めることができる。
（1）タバコの消費の減少をめざす保健上の目的に寄与するため、タバコ製品に対する課税政策および適当な場合には価格政策を実施すること。
（2）適当な場合には、免税のタバコ製品について一の国から他の国に移動するものに対する販売または当該者による輸入を禁止しまたは制限すること。
（3）締約国は、締約国会議に対する定期的な報告においてタバコ製品の税率およびタバコの消費の動向をしめす。(FCTC 第 6 条)

【3】　第 8 条とそのガイドライン（受動喫煙防止）
全般的な義務：職場、公共交通、公共の場所などで人々をタバコの煙から保護する。
　締約国は、タバコの煙にさらされることが死亡、疾病およ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事を認識する。
　締約国は、屋内の職場、公共の輸送機関、屋内の公共の場所およ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措置を講ずる。
（第 8 条ガイドライン）（前提となる考え方）
　タバコ煙からの保護義務は、基本的人権と自由に基づいたものである。受動喫煙が有害だとすれば、タバコ煙からの保護は、多くの国の憲法で認められ、FCTC 前文で述べられているように、多くの国際法制（世界保健機構憲章、こどもの権利条約、すべての女性差別根絶条約、経済的・社会的および文化的権利に関する国際条約）が指摘している生存権と達成可能な最高の健康を獲得できる権利に含まれている。
　個人を受動喫煙から守る義務は、政府に、個人をその基本的人権と自由の脅威から守る法律を執行する責任があることを意味する。
　いくつかの権威ある科学的機関は、受動喫煙がガンを起こすと認定している。締約国には発ガン物質を含む有害物質への曝露を規制する義務がある。
　説明
（1）タバコ煙曝露ならびに受動喫煙の毒性には安全なレベルはない。これは科学的証拠により否定されている。換気、空気清浄機、喫煙区域の指定（換気系

を分離していようといまいと）などの解決策が無効であることはこれまでに繰り返し証明されてきた。そして、工学的解決策は受動喫煙からの保護をもたらさないという科学的な確定的証拠が存在する。

（2）すべての人々は受動喫煙から守られなければならない。すべての屋内の職場とすべての公衆の集まる場所は禁煙でなければならない。

（3）人々を受動喫煙から守るには法律が必要である。自主規制による喫煙対策は効果がなく、十分な保護が得られないことが繰り返し示されている。法律はシンプルで、明確な必要がある。

（4）屋内完全禁煙法を成功裏に施行するには、しっかりした計画と十分な財源が不可欠である。

（5）屋内完全禁煙対策を指示し遵守させる上で、市民社会には中心的役割が課せられている。そして、この法律を策定し、履行し、遵守させるプロセスにおいては、積極的なパートナーの一翼になって貰う必要がある。

（6）屋内禁煙法制の履行、執行およびその効果をすべて観察し評価する必要がある。これにはこの法制の履行と執行を弱めようとするタバコ産業の活動を監視し対応をおこなう事も含まれる。

（7）受動喫煙から人々を保護する対策は、必要な場合、強化され拡大されなければならない。そのために必要な行動は、新たな科学的証拠と事例研究の経験に基づいた新規立法、既存法の修正、執行状況の改善などである。

実効のある立法措置の範囲

（1）屋内の職場、屋内の公衆の集まる場所、公衆のための交通機関など、人々を受動喫煙から保護するための実効のある対策の実施を要請している。

（2）すべての屋内の公衆の集まる場所、すべての屋内の職場、すべての公衆のための交通機関などを禁煙として「例外なき受動喫煙からの保護を実施する義務」を課している。すべての締約国はその国における FCTC 発効後 5 年以内（日本は 2010 年 2 月 27 日）に例外なき保護を実現するように努力しなければならない。

（3）受動喫煙に安全レベルはない。また、換気、空気清浄装置、喫煙区域の限定（いわゆる分煙）などの工学的対策は、受動喫煙防止にはならない。

（4）受動喫煙からの保護は、職場として使用する自動車（たとえばタクシー、救急車、輸送車など）を含むすべての室内のあるいは囲まれた職場において実現されなければならない。

（5）本協定の条文は、すべての「屋内」の公衆のあつまる施設だけではなく、「他の」（つまり、屋外あるいはそれに準ずる）公衆の集まる施設も完全禁煙とするように求めている。

罰則

この法律では、違反に対して罰金などの金銭的罰則を取ると明示するべきである。営業免許の取り下げといった行政的制裁も法律に盛り込む必要がある。
http://www.nosmoke55.jp/data/0707cop2.html

【4】　第 9 条・第 10 条とその部分的なガイドライン
全般的な義務：タバコ製品の成分の規制および情報開示をする。
タバコ製品の規制には、タバコ製品の「魅惑性」と催嗜癖性あるいは依存形成作用、全般的毒性を弱めることによって、タバコ関連疾患による障害と死亡を減らすことに寄与する可能性がある。
(第 9,10 条 部分的ガイドライン)
http://www.nosmoke55.jp/data/cop4_9_10_201103.pdf

【5】　第 11 条とガイドライン（タバコの包装およびラベル）
全般的な義務：明瞭で効果的な健康警告を示し、誤ったあるいは誤解をさせるような宣伝を排除する。
　すべての国は 3 年以内にタバコ製品の包装およびラベルについての効果的な措置を採択及び実行する。
　タバコ製品の包装及びラベルについて、虚偽の、誤認させるもしくは詐欺的な手段またはタバコ製品の特性、健康への影響、危険もしくは排出物について誤った印象を生じるおそれのある手段を用いることによって販売を促進しないこと。これらの手段にはロー・タール、ライト、ウルトラ・ライト、マイルドなどの用語を含む。
　タバコ製品の包装およびラベルにはタバコの使用による有害な影響を記述する健康に関する警告をつける。
　主たる表示面の 50％以上を占めるべきであり、30％未満ではならない。写真または絵によることができる。（第 11 条）
ガイドライン
　世界的にみて、多くの人々が喫煙およびタバコの煙にさらされる事による疾病罹患・若年死について完全に理解しているとは言えないか、誤解または過小評価している。
　締約国はタバコ製品の包装およびラベルのあり方を考える上で、科学的根拠と他国の事例を参考にして、最も効果的な措置を採択する必要がある。
　健康警告をデザインする上で、視認性を高める、画像を含んだ大きな警告にすると効果的で、タバコの消費を抑制できる。画像による大きな警告はその効果に持続性があり、小児・若年者に対して特に有効である。
　健康警告が写真と文章双方で表示されると次の効果がある。

・ より注意をひく　・喫煙者に対してより大きな効果がある。
・ 影響力がより長く持続する。・タバコの使用による健康被害の危険性をより明確に伝達する。・タバコによる健康被害についての認識をより深くし、禁煙の動機をより強く引き起こす。
・ 禁煙する事への意志・行動力を高める。・禁煙を試みる回数を増やす。

画像を用いた健康に関する警告は、タバコの包装が持つブランドイメージや魅力を低下させる。

タバコの包装にタールやニコチン、一酸化炭素の量をあらわす数字など他より有害性が低いとほのめかす表示は禁止する。

http://www.nosmoke55.jp/data/cop3_11_200811.pdf

【6】　第 12 条とそのガイドライン（教育）

全般的な義務：タバコの消費およびタバコの煙にさらされることによる習慣性、健康に対する危険を教育しなければならない。

締約国は、適当な場合にはすべての利用可能な情報の伝達のための手段を用いて、タバコの規制に関連する問題についての啓発を促進し及び強化する。このため、締約国は、次のことを促進するための効果的な立法上、執行上、行政上又は他の措置を採択し及び実施する。

（a）タバコの消費及びタバコの煙にさらされることによる健康に対する危険（習慣性を含む。）についての教育及び啓発のための効果的かつ包括的なプログラムへの広範な参加の機会の提供

（b）タバコの消費及びタバコの煙にさらされることによる健康に対する危険並びに第十四条２の規定によりタバコの使用の中止及びタバコのない生活様式がもたらす利益についての啓発

（c）タバコ産業に関する広範な情報であってこの条約の目的に関連するものの自国の国内法に基づく公開

（d）保健に従事する者、地域社会のために働く者、社会福祉活動に従事する者、報道に従事する者、教育者、意思決定を行う者、行政官その他の関係者に対する、タバコの規制に関する効果的かつ適当な訓練又は啓発のためのプログラム

（e）タバコの規制のための複数の部門にわたるプログラム及び戦略の策定及び実施におけるタバコ産業と関係を有しない公的な及び民間の団体並びに非政府機関の啓発及び参加

（f）タバコの生産及び消費が健康、経済及び環境に及ぼす悪影響に関する情報についての啓発及びその情報の取得の機会の提供

【7】　第 13 条とそのガイドライン（広告・宣伝の禁止）

全般的な義務：タバコの広告・販売促進・スポンサーシップの制限・禁止をする。

１　締約国は、広告、販売促進及び後援の包括的な禁止がタバコ製品の消費を減少させるであろうことを認識する。

２　締約国は、自国の憲法又は憲法上の原則に従い、あらゆるタバコの広告、販売促進及び後援の包括的な禁止を行う。この包括的な禁止には、自国が利用し得る法的環境及び技術的手段に従うことを条件として、自国の領域から行われる国境を越える広告、販売促進及び後援の包括的な禁止を含める。この点に関し、締約国は、この条約が自国について効力を生じた後五年以内に、適当な立法上、執行上、行政上又は他の措置をとり、及び第二十一条の規定に従って報告する。

３　自国の憲法又は憲法上の原則のために包括的な禁止を行う状況にない締約国は、あらゆるタバコの広告、販売促進及び後援に制限を課する。この制限には、自国が利用し得る法的環境及び技術的手段に従うことを条件として、自国の領域から行われる国境を越える効果を有する広告、販売促進及び後援の制限又は包括的な禁止を含める。この点に関し、締約国は、適当な立法上、執行上、行政上又は他の適当な措置をとり、及び第二十一条の規定に従って報告する。

４　締約国は、憲法又は憲法上の原則に従い、少なくとも次のことを行う。

（a）虚偽の、誤認させる若しくは詐欺的な手段又はタバコ製品の特性、健康への影響、危険若しくは排出物について誤った印象を生ずるおそれのある手段を用いることによってタバコ製品の販売を促進するあらゆる形態のタバコの広告、販売促進及び後援を禁止すること。

（b）あらゆるタバコの広告並びに適当な場合にはタバコの販売促進及び後援に当たり健康に関する警告若しくは情報又は他の適当な警告若しくは情報を付することを要求すること。

（c）公衆によるタバコ製品の購入を奨励する直接又は間接の奨励措置の利用を制限すること。

（d）包括的な禁止を行っていない場合には、まだ禁止されていない広告、販売促進及び後援へのタバコ産業による支出について関連する政府当局に対し開示することを要求すること。当該政府当局は、国内法に従い、当該支出の額を公衆に開示すること及び第二十一条の規定に従い締約国会議に開示することを決定することができる。

（e）ラジオ、テレビジョン、印刷媒体及び適当な場合には他の媒体（例えば、インターネット）におけるタバコの広告、販売促進及び後援について、五年以

内に、包括的な禁止を行い、又は自国の憲法若しくは憲法上の原則のために包括的な禁止を行う状況にない締約国の場合には、制限すること。
（f）国際的な催し、活動又はそれらの参加者に対するタバコの後援を禁止し、又は自国の憲法若しくは憲法上の原則のために禁止する状況にない締約国の場合には、制限すること。（第13条ガイドライン）

タバコ宣伝、販売促進、スポンサー行為の包括的禁止には以下の事項を含む:
・ すべての宣伝、販売促進、ならびにスポンサー行為。例外は認めない。
・直接的ならびに間接的な宣伝、販売促進、スポンサー活動。
・販売促進を目的とした行為、ならびに販売促進効果をもたらすあるいはそのおそれのある行為。
・タバコ製品ならびにタバコ使用行為の奨励。
・ 営利を目的とした情報伝達ならびに奨励、活動。
・あらゆるイベント、活動あるいは個人に対するあらゆる形の寄贈。
・ タバコブランドネームおよびタバコ産業そのものの売り込みのための宣伝ならびにプロモーション活動。
・ 従来からある情報提供手段(印刷・テレビ・ラジオ)およびインターネット、携帯電話、映画を含むあらゆる形のニューテクノロジーを用いた情報提供手段。

小売店においてタバコ製品を陳列あるいは露出させる行為はタバコの宣伝と販売促進活動と みなされるから禁止されなければならない。自動販売機は、その存在自体が宣伝と販売促進手段となっているから禁止すべきである。

タバコ製品の包装と製品デザインは宣伝と販売促進上重要な要素である。宣伝と販売促進効果を 上げるためにタバコの包装が変えられることを防ぐには、プレイン・パッケージングを義務化する のがよい。タバコの包装、紙巻きタバコ１本１本などのタバコ製品における宣伝や販売促進のため の表示ならびに製品を魅力的に見せるための外観デザインを禁止するのがよい。

タバコのインターネット販売は、本質的にタバコ宣伝と販売促進の役割を果たすため、禁止すべきである。

締約国はタバコの宣伝販売促進行為である「ブランドストレッチング」「ブランドシェアリング」を禁止 すべきである。

締約国はタバコ会社が「企業の社会的責任を果たすために」行ういかなる形態の寄付行為もス ポンサー行為となるが故に、禁止すべきである。「社会的責任を果たす」ための企業活動を宣伝することは禁止すべきである。なぜなら、それそのものが宣伝、販売促進行為だからである。

タバコの宣伝、販売促進、スポンサー行為の包括的禁止措置の実施は、必ずしも報道、芸術、 学術上、社会的政治的評論に関する表現の自由を阻害するも

のではない。しかし、締約国は、 報道、芸術、学術、社会的政治的評論をタバコ製品とタバコ使用の宣伝奨励に利用する企てを 防止する対策を講ずる必要がある。

締約国は娯楽メディア作品におけるタバコの表現に関する特別な対策を実行すること。すなわち、タバコを描くことによる利益供与を受けていないことを証明させる、タバコのブランドやそれを連想させる表現を禁止する、上映の前の反タバコ広告義務化、タバコの表現を考慮した作品の格付け、分類システムを作ることなどである。

タバコの宣伝、販売促進、スポンサー行為包括禁止法の適用を免除されるのは、タバコ取引関 係者間の情報交換に限定されることを厳密に規定し徹底させなければならない。

締約国は、直接的であろうとなかろうと、虚偽、誤解、誤導あるいは用語、記述子、トレードマーク、記章、マーケッティングイメージ、ロゴ、色彩、図形などの形象を用いて、タバコ製品の特 徴、健康影響、排出煙の加害性に関して虚偽、誤解、誤導させ、あるいは誤った印象を形成さ せるやり方でタバコ製品あるいはタバコ使用を推奨することを禁止しなければならない。このような禁止措置は、とりわけ、誤解と誤った印象を与える「低タール」「ライト」「ウルトラライト」「マイルド」「エクストラ」「ウルトラ」を意味する用語を使用することを禁止する必要がある。

締約国は、禁止されていないすべてのタバコの宣伝、販売促進、スポンサー活動に関して条約 第 13 条第 4 項に示された義務を実行すべきである。締約国は、虚偽、誤導、誤った印象をもたらす可能性のある手段を用いて行われるすべてのタバコ製品の販売促進活動を禁止し、有害 警告などの適切な表示文やメッセージを義務付け、適切な行政当局にすべての宣伝、販売促進、スポンサー行為に使用した費用の開示することをタバコ産業に義務付けなければならない。

53. 責任を負うべき者とは、マーケテイングを担当するチェーン全体を対象として、幅広く定義されるべきである。タバコの広告、販売促進、スポンサー活動を開始した者に最大の責任があること を明記すべきである。すなわち、通常はタバコ製造者、卸売り業者、輸入業者、小売業者およびそれらの代理業者、提携者がそれに当たる。

54. さらには、タバコの広告、販売促進、スポンサー活動に関わる多くの関係者にも責任があること を明記すべきである。

http://www.nosmoke55.jp/data/cop3_13_200811.pdf

【8】　第 14 条とそのガイドライン（依存症の治療）

全般的な義務：タバコ使用中止およびタバコへの依存の適切な治療を促進する。

１　締約国は、タバコの使用の中止及びタバコへの依存の適切な治療を促進するため、自国の事情及び優先事項を考慮に入れて科学的証拠及び最良の実例に基づく適当な、包括的及び総合的な指針を作成し及び普及させ、並びに効果的な措置をとる。

２　このため、締約国は、次のことを行うよう努める。

（a）教育機関、保健施設、職場、スポーツのための場所等において、タバコの使用の中止を促進することを目的とした効果的なプログラムを立案し及び実施すること。

（b）適当な場合には保健に従事する者、地域社会のために働く者及び社会福祉活動に従事する者の参加を得て、国内の保健及び教育のためのプログラム、計画及び戦略にタバコへの依存の診断及び治療並びにタバコの使用の中止に関するカウンセリング・サービスを含めること。

（c）保健施設及びリハビリテーションのための施設において、タバコへの依存についての診断、カウンセリング、予防及び治療のためのプログラムを作成すること。

（d）第二十二条の規定に基づき、タバコへの依存の治療（医薬用の製品の入手を含む。）の機会を提供し及びその治療の費用を妥当なものとすることを促進するため他の締約国と協力すること。そのような医薬用の製品及びこれを構成する物品には、適当な場合には、医薬品並びに医薬品の投与及び診断のために使用する物品を含めることができる。

Fig.　Tobacco packages in Japan. Display in a convenience store.

Fig. Tobacco package in foreign countries by Southeast Asia Tobacco Control Alliance.

Fig.　World No Tobacco Day 2013, in Tokyo.

Fig.　A tobacco retail store in Tokyo.

第 10 回アジア太平洋タバコ対策会議(APACT)　出版

2013 年 8 月