

日本禁煙学会雑誌

Vol.10 No.3

CONTENTS

《原 著》

- 禁煙治療を受ける女性患者に対する
禁煙補助薬バレニクリン減量投与の検討 谷口まりこ、他31

《資 料》

- 東京オリンピック・パラリンピックに向けて
受動喫煙防止法を実現する議員連盟主催による
WHO ダグラス・ベッチャー博士 講演会 中久木一乗 37

《資 料》

- 第16回タバコか健康か世界会議報告 宮崎恭一 43

《記 録》

- 日本禁煙学会の対外活動記録(2015年4月～5月) 48

Japan Society for Tobacco Control (JSTC)

一般社団法人／特定非営利活動法人 **日本禁煙学会**



禁煙治療を受ける女性患者に対する 禁煙補助薬バレニクリン減量投与の検討

谷口まり子¹、千葉 渉²

1. 高槻赤十字病院 看護部、2. 高槻赤十字病院 呼吸器外科

【目的】 女性患者に対するバレニクリン減量投与による禁煙治療の有効性を明らかにする。

【方法】 バレニクリンの投与量を0.5 mg×1回/日3日間、以後12週まで0.5 mg×2～3回/日継続投与とした減量投与群(2014年4月から禁煙治療を受けた女性患者14名)と、添付文書に従った標準投与群(2008年5月から2014年3月までに禁煙治療を受けた女性患者50名)を比較検討した。

【結果】 患者背景では身長以外は有意差を認めなかった。嘔気発現は減量投与群15.4%、標準投与群52.0%で、減量投与群は有意に嘔気発現の減少を認めた($p = 0.04$)。禁煙成功率は減量投与群92.9%、標準投与群92.0%で有意差を認めなかった($p = 0.70$)。

【結論】 禁煙治療を受ける女性患者に対し行うバレニクリン減量投与は、嘔気発現率を低下させ禁煙成功率を維持することが可能であり、有効な治療法であると考えられた。

キーワード: バレニクリン、嘔気、副作用、女性、減量投与

はじめに

喫煙は循環器疾患、がん、慢性閉塞性肺疾患、消化器疾患など多くの疾患の原因になることが知られており、さらに糖尿病の発症リスクを高めることが明らかにされているが¹⁾、これらの健康障害・健康被害は禁煙により予防できることは周知の事実である²⁾。

喫煙の本質はニコチン依存症という疾患であり³⁾、依存性物質であるニコチンはアンフェタミン、コカインなどの精神刺激作用物質と同様に脳内報酬系である中脳辺縁系のドーパミン作動性ニューロンからドーパミンの放出を促す。ドーパミンは快感、報酬感をもたらす神経伝達物質であるため薬物依存成立の中心的役割を果たすと考えられており⁴⁾、この作用が多く喫煙者の禁煙を困難なものにしている。

2008年から禁煙補助薬バレニクリンが禁煙外来で投与可能となった。バレニクリンはニコチンを含まな

い経口薬であり、ニコチン依存の形成に関与している脳内の $\alpha 4 \beta 2$ 受容体を選択的に阻害する(アンタゴニスト)作用と同時に、少量のドーパミンを誘導する(アゴニスト)作用があり、喫煙者が喫煙時に感じる満足感の減少と、禁煙時に血中ニコチン濃度の減少による渴望感を軽減させる二面性を持つ⁵⁾。国内外の臨床試験⁶⁾において、バレニクリン1.0 mg×2回/日投与群では第9週～12週の4週間持続禁煙率が44.0～65.4%と報告があり、ニコチン製剤を使用した禁煙治療やプラセボと比較して禁煙成功率の上昇が確認されている⁷⁾。

バレニクリンの添付文書⁸⁾によると、内服開始から3日間は0.5 mg×1回/日、4～7日目までは0.5 mg×2回/日、以後12週目まで1.0 mg×2回/日投与となっている(以後、標準投与群とする)が、重度の腎機能障害のある患者や、バレニクリンの忍容性に問題がある場合には8日目以降も0.5 mg×2回/日に減量投与することができると記載されている。

バレニクリン投与時の主な副作用として嘔気が約3割の患者に認められることが報告されているが⁹⁾、我々の検討では標準投与群での嘔気発現には女性、低e-GFR値が独立した因子であること、嘔気を認めた女性患者の嘔気発現時期は2週目までが53.8%

連絡先

〒569-1045

大阪府高槻市阿武野1-1-1

高槻赤十字病院 呼吸器センター 谷口まり子

TEL: 072-696-0571

e-mail: trc@takatsuki.jrc.or.jp

受付日 2015年3月1日 採用日 2015年5月20日

(14/26)と高く、バレニクリン1.0 mg錠を内服開始後から嘔気が発現しやすいことが明らかとなっている¹⁰⁾。嘔気・嘔吐発現のメカニズムとして、延髄第四脳室底にある化学受容体引金帯(Chemoreceptor Trigger Zone: CTZ)に存在するドパミン受容体が関与している。ドパミンの遊離はこの受容体を活性化させ、CTZを直接刺激する。その刺激が延髄にある嘔吐中枢(Vomiting Center: VC)に伝わり、嘔気・嘔吐が発現する¹¹⁾。バレニクリンは最大作用がニコチンの約40%となる部分作動薬作用を示し、ドパミン遊離作用においてニコチンの約40~60%の最大作用を示したことから⁵⁾、用量依存的に嘔気が発現する可能性が考えられた。そこで女性患者に対するバレニクリンの投与量について検討する必要があると考えた。

今回、高槻赤十字病院禁煙外来を受診し同意を得られた女性患者に対し禁煙治療開始から8日目以降バレニクリン0.5 mg×2~3回/日投与(以後、減量投与群とする)とし、減量投与群と標準投与群の患者背景、嘔気の有無、禁煙成功率について検討した。

対象と方法

高槻赤十字病院禁煙外来を受診した女性患者でバレニクリンの効果、副作用について書面および口頭で説明し、減量投与を行った場合に考えられる利益、不利益について説明後同意を得られた14名を減量投与群(2014年4月から禁煙治療開始、2015年1月までに終診)、標準投与で禁煙治療を受けた50名を標準投与群(2008年5月から2014年3月の期間に受診)とした。減量投与による利益は嘔気発現率の低下が考えられること、禁煙治療にかかる費用軽減、不利益は標準投与より低用量であるため喫煙欲求が残り、禁煙が困難となる可能性を説明した。減量投与群に対し、再診時に希望があればいつでも標準投与ができることを説明した。減量投与について説明を受けた全ての患者が、減量投与を選択した。治療は禁煙治療のための標準手順書第5版¹²⁾に従い、Brinkman Index (BI:1日あたり喫煙本数×喫煙年数)200以上、タバコ依存度テスト(Tobacco Dependence Screener: TDS)5点以上で、禁煙の意志があり文書上も同意している者に対して行った。12週禁煙プログラム脱落者も解析対象に含めた。

減量投与群、標準投与群共に禁煙治療開始日に呼気中CO濃度測定、胸部レントゲン撮影、肺機能検

査を実施した。(禁煙治療開始3か月以内に胸部レントゲン撮影、肺機能検査を実施している場合は、初診時の検査は不要とした。)初診時に基礎疾患の有無を含めた問診を行い、呼吸器専門医が胸部レントゲン、肺機能検査の結果を併せて肺がん、COPD、喘息等の呼吸器疾患のスクリーニングも行った。

再診時は呼気中CO濃度測定を行い、嘔気など副作用の有無、喫煙欲求の有無と対処方法について問診した。禁煙外来受診時以外にも電話で禁煙に関する相談を適宜行った。

バレニクリンによる嘔気の有無は再診時、または電話相談時に患者本人から問診し、12週禁煙プログラムの期間を通して投与された量でのバレニクリンの服用が嘔気のために困難と訴えた患者を本研究の嘔気を認めた患者とした。嘔気出現時は制吐剤の投与(ノバミン錠5 mg、嘔気時内服)、バレニクリンの減量(減量処方群は0.5 mg/日、標準処方群は1.0 mg/日)、内服の中止(無処方であっても禁煙外来の受診を勧める)を説明し、患者希望に基づいて方針を決定した。

禁煙成功は呼気中CO濃度7 ppm以下かつ禁煙治療開始4週間後から12週間までの8週間以上禁煙を継続できた者とした。禁煙外来予約日に受診がない場合は電話連絡を取り、禁煙治療継続を希望された場合は禁煙外来再予約とした。電話連絡がつかない、禁煙外来の受診を希望しない場合は呼気中CO濃度が確認できないため、禁煙失敗に含めた。

我々の検討では標準投与群での嘔気発現は女性、低e-GFR値が独立した因子であることが明らかとなっているが、減量投与群における禁煙治療開始直近で実施した採血結果は6名と半数に満たなかったため、今回e-GFR値については検討を実施しなかった。

減量投与群と標準投与群について嘔気の有無、および禁煙成功率は χ^2 二乗検定、患者背景はt検定またはマンホイットニーのu検定で比較検討した。統計解析はSPSS15.0を用い有意水準は5%未満とした。患者データについては連結可能匿名化処理を行い解析した。本研究は高槻赤十字病院倫理委員会の承認を得て実施した。

結果

1. 患者背景

減量投与群は対象期間に禁煙外来を受診した全ての女性患者(14名)が減量投与を選択し、13名(92.9%)が12週禁煙プログラムを完遂した。禁煙プ

プログラムを完遂できなかった1名は喫煙欲求のため禁煙できず、2週目から標準投与に変更した後、禁煙に成功したものの嘔気発現しバレニクリン服用を中止し以降の禁煙外来受診を希望せず、禁煙プログラム脱落となった。標準投与群では47名(94%)が12週禁煙プログラムを完遂した。

1日の喫煙本数、喫煙年数、BI、身長、体重、BMI、呼気中CO濃度、TDS、肺機能検査1秒率についてt検定またはマンホイットニーのu検定で比較検討し、身長のみ有意差を認めた($p = 0.00076$) (表1)。

基礎疾患(重複あり)は喘息、COPD、糖尿病が多かったが、有意差を認めなかった(表2)。

表1 減量投与群と標準投与群の患者背景

数値は平均値 ± 標準偏差(範囲)、もしくは人数を表記した。

	減量投与群 (n = 14)	標準投与群 (n = 50)	p 値
年齢(歳)**	50.4 ± 15.1 (27~70)	57.1 ± 12.3 (29~74)	0.089
身長(cm)*	160.1 ± 5.5 (149.0~168.0)	154.7 ± 4.9 (146.0~172.0)	0.00076
体重(kg)*	53.9 ± 8.6 (39.2~69.8)	54.1 ± 9.5 (42.0~81.9)	0.92
BMI*	21 ± 3.3 (17.2~27.3)	22.6 ± 3.7 (16.2~31.8)	0.15
喫煙本数(本/日)*	21.8 ± 7.5 (10~40)	21 ± 8.1 (10~50)	0.75
喫煙年数(年)*	25.6 ± 14 (9~52)	33.1 ± 10.6 (8~59)	0.083
BI*	569.3 ± 483.5 (225~2080)	680.5 ± 342.9 (220~1840)	0.34
呼気中CO濃度(ppm)*	8.6 ± 5.8 (1~20)	9.1 ± 5.8 (1~30)	0.76
TDS(点)**	8.1 ± 1.7 (5~10)	7.8 ± 1.5 (5~10)	0.35
肺機能検査1秒率(%)*	73.7 ± 13.2 (38.3~88.3)	76.1 ± 10 (35.3~89.2)	0.47

* t検定で解析した。

**マンホイットニーのu検定で解析した。

表2 基礎疾患の有無

数値は人数(%)を記載した。基礎疾患は重複あり。減量投与群と標準投与群における基礎疾患の有無、および基礎疾患別に有意差を検討した。

	全体 n = 64 (100.0)	減量投与群 n = 14 (21.9)	標準投与群 n = 50 (78.1)	p 値*
基礎疾患なし	21 (32.8)	7 (50.0)	14 (28.0)	0.12
気管支喘息	15 (23.4)	4 (28.6)	11 (22.0)	0.61
COPD	5 (7.8)	2 (14.3)	3 (6.0)	0.31
高血圧	5 (7.8)	1 (7.1)	4 (8.0)	0.92
糖尿病	4 (6.3)	1 (7.1)	3 (6.0)	0.88
心疾患	4 (6.3)	1 (7.1)	3 (6.0)	0.88
消化器疾患	3 (4.7)	2 (14.3)	1 (2.0)	0.054
その他	19 (29.6)	0 (0)	19 (38.0)	

* χ^2 二乗検定で解析した。

表3 投与量と嘔気発現率・禁煙成功率

数値は人数(%)を記載した。

	全体 n = 64(100.0)	減量投与群 n = 14(21.9)	標準投与群 n = 50(78.1)	p 値*
嘔気無し	35 (54.7)	11 (84.6)**	24 (48.0)	0.04
禁煙成功	59 (92.2)	13 (92.9)	46 (92.0)	0.70

* χ^2 二乗検定で解析した。

**減量投与群の嘔気発現の有無については1名が8日目から標準処方に変更したため、減量処方では12週禁煙プログラムを完遂した13名を対象とした。

2. 12週禁煙成功率

減量投与群92.9% (13/14)、標準投与群92.0% (46/50) で禁煙成功率に有意差を認めなかった ($p = 0.70$)。

3. バレニクリン投与時の

嘔気発現の有無

減量投与で12週禁煙プログラムを完遂した13名のうち、15.4% (2/13) の患者に嘔気を認めた。1名は0.5 mg×1回/日、または服用中止など自己調節を指導し、8週目の再診以降は嘔気を認めなかった。1名はバレニクリン0.5 mg錠内服開始から軽度嘔気を認めたため3日間制吐剤を内服したが、2週目から嘔気なく経過した。減量投与群で嘔気以外の副作用は認めなかった。標準投与群では52.0% (26/50) に嘔気を認めた。標準投与群と比較し、減量投与群は有意に嘔気を認めなかった ($p = 0.04$)。

4. 減量処方群における喫煙欲求

禁煙プログラムを完遂した減量投与群13名で喫煙欲求が残ると答えた患者は46.2% (6/13) であった。喫煙欲求を訴えた患者2名は昼食後に喫煙習慣があったため昼食後もバレニクリンの内服を希望され、2週後から0.5 mg×3回/日を12週後まで投与し、増量後は喫煙欲求を認めなかった。4名の患者は8週目までに喫煙欲求が消失した。53.8% (7/13) は喫煙欲求を認めず、禁煙を継続できた (図1)。

5. 標準投与群における喫煙欲求

標準投与群では、48% (24/50) の患者が嘔気のためにバレニクリンの処方量の減量、または中止を行った。喫煙欲求のため、3名の患者が禁煙プログラム脱落となった。標準処方12週禁煙プログラムを完遂した23名のうち、65.2% (15/23) は喫煙欲求を認めなかったが、喫煙欲求が残った患者8名の中には、禁煙成功しても禁煙プログラム12週後まで喫煙欲求があると答えた患者が2名あった (図2)。

喫煙欲求の有無について、減量処方群 (減量処方12週禁煙プログラムを完遂した13名) と標準処

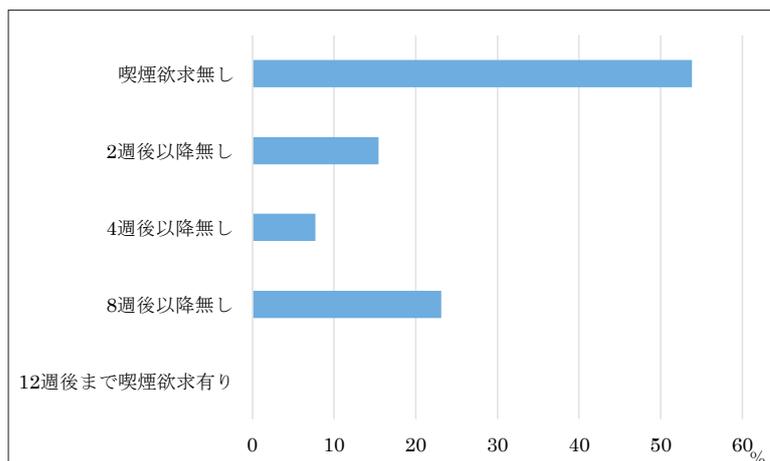


図1 減量投与群で12週禁煙プログラムを完遂した患者 (13名) の喫煙欲求の有無と消失時期
禁煙外来受診時、喫煙欲求の有無について問診した。

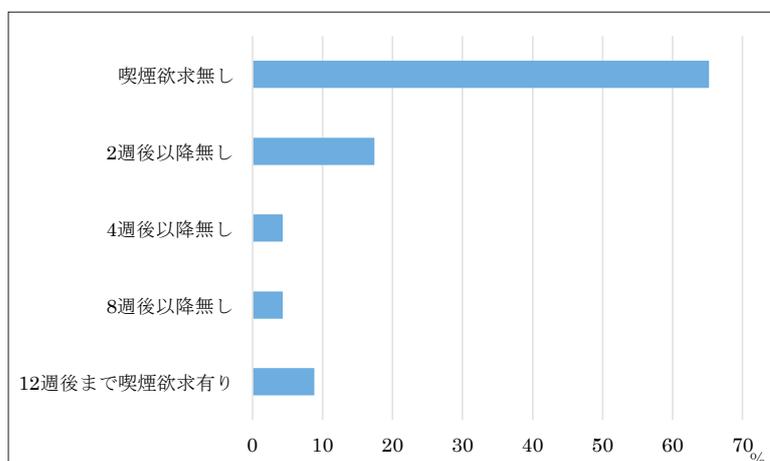


図2 標準投与群で12週禁煙プログラムを完遂した患者 (23名) の喫煙欲求の有無と消失時期
禁煙外来受診時、喫煙欲求の有無について問診した。減量処方群と標準処方群の喫煙欲求の有無について χ^2 乗検定で解析した ($p = 0.60$)。

方群 (標準処方12週禁煙プログラムを完遂した23名) の間に有意差を認めなかった ($p = 0.60$)。

考察

今回、禁煙治療を希望する女性患者に対しバレニクリン投与による嘔気低減のための減量投与を実施し、禁煙成功率を低下させることなく嘔気発現を低下させ、有効に禁煙治療を実施できることが明らかとなった。

我々の検討から女性患者はバレニクリン1.0 mg錠投与時に嘔気が発現しやすいことが明らかとなっているが¹⁰⁾、嘔気発現についてはバレニクリン薬物動態の性差だけではなく薬力学、特に嘔気感受性の性

差の関与も考えられる。がん化学療法において有意に女性で嘔気の出現割合が高いという報告があり¹³⁾、外科手術時における術後嘔気・嘔吐の月経周期や経口避妊薬の服用との関連も報告され¹⁴⁾、その機序としてエストロゲンがVCやCTZの感受性亢進に導く可能性が考察されている。本研究においては女性の月経周期や閉経について調査しておらず、今後、禁煙外来初診時の問診項目に加え、調査・検討を加える必要があると考えられた。

減量投与群で53.8%の患者は喫煙欲求を認めることなく禁煙成功することができた。46.2%の患者は喫煙欲求を認めたが、4名はバレニクリンの1日量を増量することなく8週目までに喫煙欲求が消失、2名は0.5 mg×3回/日に変更後喫煙欲求が消失したこと、また、標準投与群と比較して喫煙欲求の有無に有意差を認めなかったことから(p=0.60)、減量投与であっても喫煙欲求をコントロールできると考えられた。

健康成人男性に対するバレニクリン反復投与時のバレニクリン濃度は投与4日目には定常状態に達し、単回投与と試験を上回る値が見られなかったと報告がある⁸⁾。喫煙欲求が残存した患者2名は0.5 mg×3回/日投与で嘔気を認めず禁煙プログラムを完遂できたが、3回投与にしたことは薬物動態からは薬物による直接的な効果は考えにくい可能性があった。しかし標準投与よりも総投与量の減量ができおり副作用発現もなかったことから、バレニクリン0.5 mg錠1日3回投与も一つの選択肢となり得ると考えられた。

また我々の検討から女性患者はバレニクリン1.0 mg×2回/日に増量されてから嘔気が発現しやすいたことが明らかとなっているが¹⁰⁾、減量処方群で嘔気以外の副作用を認めなかったことから、バレニクリン0.5 mg錠を1回の用量とすることで不快な症状を抑制しながら禁煙治療を行える可能性も考えられた。

薬剤の標準投与量はそれぞれ規定されているが、必要最低限の用量で期待する効果を得ることが望ましい¹⁵⁾。バレニクリンの標準投与は漸増投与法であり、12週後に高用量でいきなり内服を中止することから再喫煙に繋がる可能性を考え、漸減投与法で有効性が示されている報告がある¹⁶⁾。バレニクリンの総投与量が少ないということは身体への負担のみでなく経済的にも負担が軽減されるという利点があり、今後は女性患者のみでなく多くの患者が副作用を起こさず、禁煙成功率も維持できるバレニクリンの投与量について検討したいと考える。

本研究の限界

本検討は少数例、単施設での調査であり症例に偏りが生じている可能性がある点、e-GFR値について検討していない点、同時期の2群の比較でないことから内服治療以外の説明や相談における治療者の差異の可能性のある点が考えられた。また減量処方群における1年後の禁煙成功率の追跡調査を行うなど、今後更なる検討が必要と考えられる。

引用文献

- 1) Carole W, Patrick B, William AG, et al: Active smoking and the risk of type2 diabetes a systematic review and meta-analysis. JAMA 2007; 298: 2654-2664.
- 2) 稲葉洋平、内田茂久、櫻田尚樹: タバコ煙の化学的組成. 日小医会報 2014; 19-26.
- 3) 中村正和: 禁煙外来と禁煙補助薬の作用機序. 分子心血管病 2009; 10: 49-56.
- 4) 阿部眞弓: 禁煙支援と実際. 治療 2009; 91: 2375-2381.
- 5) 清水隆裕: バレニクリン酒石酸塩製剤. 薬局 2009; 60: 2399-2045.
- 6) $\alpha 4 \beta 2$ ニコチン受容体部分作動薬(禁煙補助薬)チャンピックス錠添付文書(第9版): 2012年8月改定
- 7) 中村正和: 禁煙治療の現状と課題. Journal of Clinical Rehabilitation 2008; 17: 290-295.
- 8) $\alpha 4 \beta 2$ ニコチン受容体部分作動薬(禁煙補助薬)チャンピックス錠添付文書(第11版): 2014年5月改定.
- 9) 小川雅史: チャンピックス錠0.5 mg・1 mg. 調剤と情報 2009; 15: 51-54.
- 10) 谷口まり子、谷村和哉、千葉渉: 禁煙補助薬バレニクリンによる嘔気出現に関連する患者背景の検討. 日本禁煙学会雑誌 2015; 10: 7-12.
- 11) 田所杏子、三宅知宏: 嘔気・嘔吐の発現原因を明確にする. 薬局 2010; 61: 127-133.
- 12) 日本循環器学会・日本肺癌学会・日本癌学会・日本呼吸器学会編: 禁煙治療のための標準手順書. 第5版2012年4月.
- 13) 赤澤麻衣子、橋田亨、矢野育子、ほか: がん化学療法による悪心・嘔吐発現の性差. 医療薬学 2008; 34: 742-747.
- 14) Ramsay TM, McDonald PF, Faragher EB: The menstrual cycle and nausea or vomiting after wisdom teeth extraction. Can J Anaesth 1994; 41: 798-801.
- 15) 長尾哲彦: 外来処方において考えるべきこと-医師の立場から-. 臨牀と研究 2014; 91: 317-322.
- 16) 川本仁: バレニクリン漸減投与法の有用性. 日本臨牀内科医会誌 2013; 28: 581-585.

Evaluation of a reduced dosage of varenicline among female patients attending a smoking cessation clinic

Mariko Taniguchi¹, Wataru Chiba²

Abstract

Objective: To examine the effectiveness of a reduced dosage of varenicline on smoking cessation among female patients.

Subjects and Methods: We evaluated and compared the data between the two groups of female participants: 14 who received a reduced dosage of varenicline (0.5 mg/day for 3 days and 0.5 mg 2 or 3 times daily for 12 weeks) and 50 who received the standard dosage (0.5 mg/day for 3 days, 0.5 mg twice daily for 4 days, and 1.0 mg twice daily for 12 weeks). Patient characteristics, rate of nausea, and rate of successful smoking cessation were compared between groups.

Results: Patient characteristics were similar between groups with the exception of height. A reduced dosage of varenicline was associated with a lower incidence of nausea as compared to the standard dosage (15.4% vs. 52.0%; $p = 0.004$), while there was no significant difference in the rate of successful smoking cessation (92.9% vs. 92.0%; $p = 0.70$).

Discussion and Conclusion: A reduced dosage of varenicline in female patients for smoking cessation is effective and can decrease the frequency of nausea without jeopardizing the success rate.

Key words

varenicline, nausea, side effect, female patients, reduced dosage of varenicline

¹Department of Nursing, Red Cross Society Takatsuki Hospital, Japan

²Department of Respiratory Surgery, Red Cross Society Takatsuki Hospital, Japan

《資料》

東京オリンピック・パラリンピックに向けて 受動喫煙防止法を実現する議員連盟主催による WHO ダグラス・ベッチャー博士 講演会

傍聴報告：中久木一乗

日本禁煙学会評議員、中久木歯科医院

- 【日時】 平成27年3月10日(火) 16:30～18:00
【場所】 参議院議員会館 地下一階 B104 会議室
【講師】 WHO生活習慣病予防局局长 ダグラス・ベッチャー博士

キーワード：WHO、FCTC、受動喫煙防止、東京オリンピック、国会議員

表記の講演会を傍聴する機会があったので、講演会の概要を報告する。あくまでも著者が通訳を通して理解した傍聴記であり文責は著者にある。

この講演会は上記の議員連盟が国会議員の皆さんに向けて企画されたもので、呼びかけ文書には次のように書かれていた。

国会議員各位

平成27年2月吉日

WHO ダグラス・ベッチャー局長講演会のご案内

拝啓 議員各位におかれましては時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

私たち超党派「東京オリンピック・パラリンピックに向けて受動喫煙防止法を実現する議員連盟」は、東京オリパラ大会を訪れる世界中からのお客様を「おもてなし」するために、大会までに必ず受動喫煙防止法を制定すべく活動している議員連盟です。

皆様ご承知のとおり、IOCは、健康の祭典であるオリンピックからタバコを排除する方針を採択し、WHOとの間でも、タバコのないオリンピックを約束する覚書を締結しています。そのため、近年の全てのオリパラ開催都市は、必ず大会に際して受動喫煙防止法(条例)を成立させています。WHOは歴代オリパラ開催都市の受動喫煙防止対策をサポートしており、特にタバコ消費量世界第1位の中国(北京)や第2位のロシア(ソチ)での受動喫煙防止法(条例)の実現に大きな貢献をしました。

そこで、この度、WHO生活習慣病予防局局长ダグラス・ベッチャー博士(図1)をお招きして、歴代

連絡先

〒273-0031
千葉県船橋市西船4-12-1
中久木歯科医院 中久木一乗
TEL: 047-434-0064 FAX: 047-432-2128
e-mail: naka-clean@nifty.com
受付日 2015年4月30日 採用日 2015年5月15日

オリパラ開催都市の受動喫煙防止の取組や、わが国でも東京オリパラ大会までに受動喫煙防止法が求められていることをお話しいただく講演会を下記のとおり開催いたします。

ベッチャー博士は、世界180ヵ国が加盟する「WHOタバコ規制枠組条約」の事務局や、WHOのタバコフリーイニシアティブの部長などを歴任した、世界のタバコ規制政策の第一人者です。そのベッチャー博士にご講演を頂く大変貴重な機会となります。本講演会には当議連未加入の議員の皆様もご出席頂けますので、奮ってご参加くださいますようお願い申し上げます。

また、議連未加入の議員の皆様におかれましては、この機会に併せてご入会の栄を賜りますようお願い申し上げます。

敬具

東京オリパラに向けて受動喫煙防止法を実現する議員連盟会長
参議院議員 尾辻秀久
同幹事長 参議院議員 松沢成文

講演会は定時に開会。はじめに議連幹事長(松沢成文議員)より上述の案内書に沿った主旨説明ならびにダグラス・ベッチャー博士の紹介があり、続いて、議連会長(尾辻秀久議員)より挨拶があった。さらに、議連幹事長より「受動喫煙防止対策推進法案」について以下のような説明があった。

「議連の提案は『受動喫煙防止対策のための法律』を作ろうという推進法で、ぜひ超党派で決めたいと考えています。今後1年以内に政府が受動喫煙防止対策法の具体的な内容を作ることを義務付ける法律です。この推進法の(案)を配布資料に示しました。目的、基本理念、責務、法律上の責務、基本的施策などの概要については配布資料を見て頂きたい。議員の先生方あるいは秘書の方々には、これを各党に持ち帰りぜひ検討して頂きたいと思います。」

この後、講演に移った。以下、ダグラス・ベッチャー氏の講演要旨を記します。

ダグラス・ベッチャー博士(WHO生活習慣病予防局局長)講演要旨

『受動喫煙のない都市でのオリンピック開催～世界の人々の命を守るためのリーダーシップを～』

日本は、各種の技術だけでなく、衛生面、健康面でも優れており、公共性の高い、国民を保護する意識が高い、尊敬できる国家です。しかしながらタバコ対策に関しては、WHO(世界保健機関)のFCTC(タバコ規制枠組条約)を世界で19番目に批准したも



図1 ダグラス・ベッチャー博士

の、その内容の実施は遅れていると言わざるを得ません。FCTCは国際法として力のあるもので、その実施の遅れは国民の保護が不十分であることだと思います。

本日は受動喫煙についてお話ししますが、受動喫煙は危険性(harmfully)があるといったものではなく、致命的な毒性(deadly)があるものと言えます。本日は、このタバコの真実について、多くの政治家の方々、各界のリーダーシップを持つの方々、将来ビジョンをお持ちの方々にお話しできますことを、私は大変嬉しく思っています。特に日本は2020年のオリンピックのホスト国として成功を願っているので重要なことと考えます。

・タバコは特異なモノです。人類史上タバコの大量消費から約100年になりますが、この間に、タバコは依存性のあるニコチンをはじめ、ヒ素、アンモ

ニア、ポロニウムなど強い毒性のあるものを含み、実はものすごく毒性の高いものであることが分かってきました。有害性はコカインやヘロインに匹敵します。使用すると約半数が死亡するほどの毒性があるにもかかわらず、合法的に売られていることは驚きと言えます。現代なら当然規制を受けるものですが、歴史的に初期にはその毒性が明らかでなかったために、広まってしまったのです。今や安全でないことは明らかですが合法的でないとは言えない状況です。しかし、兵器やポルノと同じようにタバコは規制を受けるべき対象です。

M (Monitor) : タバコの使用と予防政策をモニター
 P (Protect) : 受動喫煙からの保護
 O (Offer) : 禁煙支援
 W (Warn) : タバコの危険性に関する知識の普及
 E (Enforce) : タバコの広告、販促活動の禁止
 R (Raise) : タバコの税引き上げ

図2 各国における効果的な需要減少策

- ・タバコは命を奪います。世界で年間600万もの人がタバコが原因で死亡しています。がんの22%、肺がんの71%はタバコが原因です。
- ・日本の喫煙者数は世界第8位です。ぜひワースト10を脱してください。
- ・受動喫煙によって世界で年間60万人が早死しています(成人が72%、子どもが28%)。成人の3分の2は、日常的に受動喫煙にさらされています。日本でも、心疾患、糖尿病、がんなどタバコ関連の病気が多く、受動喫煙で年間1万人ほどが亡くなっています。
- ・このままいくと、21世紀のうちに10億人がタバコで死亡するだろうと言われていました。
- ・これはとんでもない事態であって、世界各国は早急に対策をとる必要性を認め、WHOのFCTCが作られ各国が対策に取り組んでいます。日本も2004年にFCTC締約国になりました。
- ・FCTCでは、需要側からと供給側からと、多くの規制目標がありますが、なかでも、「公衆衛生施策をタバコ産業から守ること(5.3条)」がとても重要です。
- ・各国における効果的施策を図2に示します。頭文字を取ってMPOWERと略されます。
- ・日本国が提示した喫煙に関する8年後(2023年)の目標は、レストラン内の受動喫煙を15%と認めて

いることは適切ではありません。学校でも病院でも、職場でも受動喫煙のない環境が目標であるのに、レストランは受動喫煙を15%認めるということでは、社会としては100%禁煙では無く、吸える場所を見て学んだ若者が喫煙を始めてしまいます。国民をタバコから守るためには、このところをはっきりと遮断しなければなりません。

- ・2013年の比較表を見てください(図3)。上から、日本・中国・韓国・トルコの状況です。日・中・韓の3つの国は、ほぼ横並びですが、中国が最近6カ月で急速に改善方向に向かっています。指導者の考えでWHOとも連携して、本年中に大きく変わろうとしています。トルコはこの10年で大きく変わった最良の例です。10年前にはタバコ規制は全くなく、国もタバコ産業のおカネで潤っていましたし、WHOの条約にも否定的でしたが、2013年には、POWERの5つの区分で大きく改善されました。この変化は世界一です。トルコは10年間でここまでできました。どこの国も「やればできる」ことです。
- ・WHO FCTCの第8条「人々をタバコの煙から守る」は特に重要です。
- ・タバコの煙から人々を守るには、まず事実を知ることが重要です(図4)。

受動喫煙の害を最初に報告したのは「平山雄」の論文です。夫がタバコを吸う場合と吸わない場合の、喫煙しない妻の肺がんリスクを約10年の調査で比較したもので、受動喫煙で「がん」になることを明らかにしました。世界に誇れる論文ですが、その日本で受動喫煙対策が遅れているのは皮肉なことです。タバコ業界は大金を使って反対論を展開していますが、

	P	O	W	E	R
Japan	No public places or workplaces assessed as completely smokefree	Cessation services and medications are available*	30% text warning	No ban	64% of the price is tax
China**	Only public transport is completely smokefree	Cost-covered cessation services and medications are available	30% text warning	Advertising banned on TV, radio, magazines and newspapers; sponsorship is banned	41% of the price is tax
Republic of Korea	Only health facilities and education facilities (excl universities) are completely smokefree	Cost-covered cessation services and medications are available, with a toll-free quitline	30% text warning	Advertising banned only on national TV, radio, outdoor billboards and internet	62% of the price is tax
Turkey (Best practice)	Complete smoking ban in all public places and workplaces	Cost-covered cessation services and medications are available, with a toll-free quitline	At least 50% of the pack surface is covered with a GRAPHIC warning	Complete ban on all forms of advertising, promotion and sponsorship	Over 75% of the retail price is tax

* Services are now partially cost-covered in China

** Draft of national comprehensive tobacco control law in advanced stages of legislative process. (WHO RGTE 2013)

図3 MPOWER指標による日本、中国、韓国・トルコの比較

平山論文は信頼性の高い論文です。

・タバコの煙から人々を守るには、無煙環境を整えることです。2015年夏には、中国の13億人が無煙環境に加わると、世界の人口の半分以上が禁煙になります。日本もこの世界スタンダードに乗り遅れないようにして欲しいです。

・受動喫煙に関する日本の法律をみると、「健康増進法第25条」は施行以来12年経過しましたが、一応守っているのは神奈川県と兵庫県のみです。しかも100%ではなく、喫煙所が認められています。「たばこ事業法第1条」は財政収入の安定のためであって国民の健康のためではありません。

*タバコ産業には、社会に貢献するものはなく疾病増加で医療費増大と労働喪失を招いています。

・20の大都市のPOWER指標を比べてみますと「都市の行動がギャップを埋める」と言えます。すなわち、
 ①大都市を中心に15の都市で施策を実施中だが、東京は無策の5つの仲間である。
 ②ムンバイは日本とは比較にならない広大なタバコ畑を持つ都市だが、施策が進んでいる。
 ③北京は喫煙者がとても多いにもかかわらず、対策が進行中である。
 ④ジャカルタはタバコ会社が大きな力を持っているが、タバコ対策が始まった。

*それなのに、どうして神戸、大阪、東京で同じことができないのでしょうか？

・禁煙都市をめざす12のSTEP(具体的手順)を示します(図5)。

日本のお隣の中国では、2008年のオリンピックを機に北京市で始まった規制が、今や国家レベルの強固なタバコ規制になろうとしています。反対勢力は、「早急過ぎる」とか、「室内に一人の時は良いのではないか」、などと反対意見を出していますが、中国では、国家レベルで、抜け穴のない、例外の無い、罰則付きの、強固なタバコ対策の法規制が2015年6月1日から始まろうとしています。

◎無煙ソチは素晴らしい先例になりました。すなわち、

①2010年1月—ソチ市長が「タバコの無いソチ憲章」を発した。

- ・受動喫煙は発がん性がある。
- ・受動喫煙への暴露に、安全なレベルというものはない。
- ・施設設備面での工夫(喫煙所、換気、エアフィルター等)は効果がない。
- ・喫煙者の自主性・マナーに任せる政策は効果がない。
- ・タバコの煙からの暴露を十分に防ぐには法令が必要である。

図4 人々をタバコの煙から守るために、知るべき重要な事実

1. 計画と実施に関する委員会を設置する。
2. 専門家になる勉強をする。
3. 地域の法令の専門家を巻き込む。
4. いくつかの法的シナリオを研究する。
5. 政治的リーダーの理解を得る。
6. 市民団体の参加を促す。
7. 評価とモニタリングの専門家と共に活動する。
8. メディアやコミュニケーションの専門家を巻き込む。
9. 規制当局と緊密に協働する。
10. ガイドラインや署名等を作成し広める。
11. 施行の日を祝う。
12. 法令を維持する。

図5 禁煙都市をめざす12のステップ

- ②屋内禁煙、公園・ビーチなどは、決められた喫煙所のみ可とした。
- ③その後、定期的調査と禁煙支援を続けた。
- ④ソチ憲章支持の署名が10万筆集まった。
- ⑤メディア、出版物、学校教育を通じた啓発を行った。
- ⑥覚書を締結して、公的の場所でのタバコ販売を禁止した。

・「無煙ソチへの対策」はオリンピック開催の4~5年前から段階的に進められました。その結果、ソチ市民、ロシア国民のタバコへの理解を深めました。

◎政治家の皆さんにお伝えしたいのですが、市民はスモークフリーに理解を示し、スモークフリーは人々の人気を集めるのです。その例を幾つかお示

しします。

- ① アイルランドの例では、90%の国民がスモークフリーを支持した。そして、喫煙者の70%が、これで良いと思ったと答えた。
- ② ソチでは、市長の考えに10万人が賛成署名した。
- ③ 喫煙者が多い中国でも、政治家は喫煙者を恐れていない。

*このように、スモークフリーは、人々に理解され、支持されています。日本でも、票を失うことはない筈です。

・ソチ オリンピックの環境無煙対策は、以下のよう
な結果をもたらしました。

- ① 約7日間、関係者155,000人で、オリンピック
村内の喫煙155件、会場内は0件
- ② 競技場内禁煙については、全面支持が85%
- ③ 公共の場の禁煙については、全面支持が76%
- ④ すぐ禁煙しようと考えた喫煙者は65%

・WHOとIOCとは2010年に「健康なライフスタイル
推進で協力する覚書」を交換しました。私は、
2020年の東京オリンピック開催の前に環境や法的
整備が整うことを願っています。

最後に申し上げたい。日本は和の精神、平和の心
など世界から尊敬されていますし、社会の安定、環
境、交通など、あるいは衛生・文化・技術開発など
どれも22世紀の世界を思わせますが、ただ一つタバ
コに関しては立ち遅れた水準にあり20世紀の世界を
思わせます。是非この遅れた状況を脱して世界水準
と共に歩むこと、さらには世界にリーダーシップを発
揮することを願っています。

司会(松沢成文議員)：ベッチャーさんには、WHO、
IOCの考え方、そして、世界の国々の先進的タバコ
対策を紹介いただきました。またオリンピックを機
会に、タバコ大国の中国やロシアもタバコ対策が進
んできていることをお話しいただきました。最後
には、「他の面ではこれだけ先進的な日本が、なぜタバ
コ対策が前進しないのか」という疑問も投げかけて頂
きました。素晴らしいご講演を有難うございました。
では会場からご質問を頂きます。

質問1：「ソチ市の変化とロシア全体の変化の関連は

いかに？」

回答：プーチンさんも無煙社会を目指しており、ロシ
ア全体としても進みつつあります。1990年代、ロシ
ア崩壊後の社会不安定期を狙ってタバコ業界は大金
を注いでタバコを広めました。その結果、国民の平均
寿命が10年間で12歳も下がったことから、アルコー
ル、自殺などと共に、タバコも平均寿命低下の原因
と認められ、規制が社会的に認められてきました。

質問2：「東京オリンピックに関しての『東京都知事
への要望』に対する反応はいかに？」

回答：都知事には大変ご多忙のようで、未だ、ご返
事をお待ちしている状態です。

ここで関連して、松沢成文議員より以下の発言が
あった。

「舛添東京都知事は条例化を一度は口にされたが、
その後トーンダウンしてしまい、『条例化は難しい』
との発言がありました。東京都がやらないなら、国
がやるほかないと考えて、今回の議連の活動になっ
たわけです。」

質問3：「東日本大震災関連で放射能の問題が起き、
重大問題である筈の『タバコ煙』の問題がやや過小評
価される傾向が見られ、危惧しているが？」

回答：それが何であれ公共の健康を守ることは重要
で、人々を守るシステムの基本は共通のものがある
と思います。その時代の社会問題を時代に合ったや
り方で解決を考えましょう。私の要望ですが、タバ
コ規制は必要ですから、また東京だけの問題でもな
いですから、ぜひ国でタバコ規制の法を作ってくだ
さることを願っています。

ここで関連として、松沢成文議員より発言があった。
「ぜひ各党のご理解を頂き、超党派でこの推進法を
作り、実施法につなげたいと思います。議員の先生
方、秘書の方々にはよろしくお願い致します。」

司会(松沢成文議員)：時間がなくなってしまいました。
本日はこれで終了します。

議連会長(尾辻秀久議員)：謝辞(省略)、ならびに記
念品(今の日本のタバコ状況を作った歴代の首相の顔
が描いてあるマグカップ)贈呈。

《資料》

第16回タバコか健康か世界会議報告

宮崎恭一

日本禁煙学会 理事・総務委員長

【期 間】 2015年3月17日～21日
 【場 所】 アラブ首長国連邦アブダビ
 【参加者数】 2,000人(2,500人の申し込み)

はじめに

「タバコか健康か世界会議」(World Conference on Tobacco or Health = WCTOH)は、1964年米国公衆衛生局総監ルーサー・テリーの「Smoking and Health」報告を受けて、第1回会議が1967年ニューヨーク市で開催されました(表1参照)。それから約半世紀たって初めて中東のアラブ首長国連邦アブダビで、第16回が3月17日～21日に開催されました。

第1、2回はセブンスデー・アドベンチスト教会(1863年米国で発足したキリスト教グループで、禁酒禁煙を生活習慣として提唱している)が中心となって企画したが、第3回からWHOが企画担当を引き受けました。そののち、アメリカがん協会、UICC(国際がん協会)、ILGTH(国際タバコか健康か連合)などが会議のスポンサーとなり、当初4年ごとに開催されたので、「タバコ会議のオリンピック」と言われました。しかし、タバコの害が科学的に証明され、膨大な論文を処理するために日本開催(1987年)後3年でパース開催となりました。その後、ブエノスアイレス、パリ(この会議でFCTC案が提示されました)と2年ごとに開催されましたが、準備に忙しすぎるとのことで、北京から3年ごとに改訂され、現在に至っています。永久事務局としてThe UNION(国際反結核・肺疾患連合)が中心となって支援しています。

連絡先

〒162-0063
 東京都新宿区市谷薬王寺町 30-5-201
 一般社団法人 日本禁煙学会 宮崎恭一
 TEL: 03-5360-8233 FAX: 03-5360-6736
 e-mail: k-miyazaki-65@jcom.home.ne.jp
 受付日 2015年4月23日 採用日 2015年5月21日

表1 歴代の開催地

第1回	1967年	ニューヨーク(米国)
第2回	1971年	ロンドン(英国)
第3回	1975年	ニューヨーク(米国)
第4回	1979年	ストックホルム(スウェーデン)
第5回	1983年	ウイニーペグ(カナダ)
第6回	1987年	東京(日本)
第7回	1990年	パース(オーストラリア)
第8回	1992年	ブエノスアイレス(アルゼンチン)
第9回	1994年	パリ(フランス)
第10回	1997年	北京(中国)
第11回	2000年	シカゴ(米国)
第12回	2003年	ヘルシンキ(フィンランド)
第13回	2006年	ワシントンD.C.(米国)
第14回	2009年	ムンバイ(インド)
第15回	2012年	シンガポール
第16回	2015年	アブダビ(アラブ首長国連邦)
第17回	2018年	ケープタウン(南アフリカ)(予定)

余談となりますが、第1回目から参加した日本人は、東京衛生病院名誉院長の林 高春氏です。日本人が多く参加したのは第5回ウイニーペグで、平山 雄先生の講演会場は満杯で立ち見の状態でした。1981年に受動喫煙の論文を発表した平山先生の講義を直接聞きたい海外の研究者が押し掛けたのでした。恥ずかしながら、私は平山論文を読んでいなかったもので、帰国してから平山先生に解説していただいて、初めて世界的な発表であることを実感したのでした。ウイニーペグで日本が指名され、1987年に東京で開催されることになりました。

プレカンファレンス

17日、18日に Youth Conference (青年大会) が、インドの No More Tobacco in 21st Century が指導して、40か国から74名の参加者をもって開催されました。APACTに参加した青年も参加していましたが、ビザが取れなくて、一般の会議も含めて100名ぐらいが参加できませんでした。APACT Youth Action Networkの会長である、バングラディシュのシャイカット氏も参加できなかったのです。

他のプログラムとして、卒後教育のコースが2本、ワークショップが19本計画されていました。私は QUITLINE (禁煙電話相談) のワークショップに参加しました。International Quitline の事務局をしている米国ワシントン大学の先生方が指導をし、WHOとの協力でオーストラリア、イギリス、中国、アルゼンチンなどの状況が説明されました。政府が資金を出しているケースがほとんどでした。

開会式には文部大臣が出席

17日の夕方、開会式がもたれ、大会長のDr. ウェール・マハミードとスポンサーであるユニオン (国際反結核・肺疾患連合) の会長ジョセ・ルイス・カストロ氏の挨拶で始まりました。

続いてシェイカー・ナハヤン文化・青年・地域発展担当大臣 (日本の文部大臣に該当) が挨拶をし、世界禁煙デー賞が、アブダビに授与されました。水タバコの規制が評価されたのです。大会長やWHO中東地区代表の挨拶、Youthカンファレンスの決議案発表と続きました。

レセプションの前にシンポジウム

イギリスやヨーロッパで有名なテレビ・ラジオキャスターであるゼイナブ・バドワイ女史が司会をして、ヨルダン王女のディーナ・マイヤード (ハッサン王がん財団総長)、Dr. アラ・アルワン (WHO中東地



写真1 世界禁煙デー賞を受けるアブダビ文部大臣



写真2 パネルディスカッションの講師陣



写真3 パネリスト

域代表)、Dr. ベラ・ルイーザ・ダコスタ・エシルバ (FCTC事務総長)、Dr. バイス・アドミラル・ビベック・マーティー (米国公衆衛生局総監)、Dr. ファリダ・アル・ホサニ (アブダビ厚生局長) によるシンポジウムがありました。ヨルダン王女は社会的で、青年のカンファレンスにも出席し、中東ではがん対策など大きな働きをしている方です。また、司会者がとてもメリハリのある質問をして、マーティー公衆衛生局総監にした最初の質問は、「どうしてアメリカはFCTCを批准しないのですか」でした。彼は、「話がまだ煮詰まっていない」というような回答を苦し紛れにしていました。

FCTC10周年記念

FCTCが発効して、今年が10年目となり、WHO本部では盛大にお祝いしたようですが、この会議でも特別な枠を設けて、ダコスタ事務総長がこれまでの流れを解説し、FCTCが各国に与えた影響、特に南米のタバコ対策の展開の素晴らしさが発表されました。ダグラス・ベッチャー氏の発表や、ローレン・ヒューバーFCA (FCTC連盟) 代表のサポート説明もありました。FCTCを受け入れた国は180か国になりました。

特に印象的なイベント

- 18日のプレナリーはWHO事務総長のマーガレット・チャン氏の演説で始まり、プレインパッケージや、2025年までに世界の喫煙者を30%にするキャンペーン、ニュージーランドのように2025年以降はタバコを国から締め出すという状況を歓迎することが盛り込まれていました。
- 会議のテーマとして目立ったのは、プレインパッケージの訴訟もからむオーストラリアの体験、そしてイギリス、アイルランド、ロシア、フランスなどそれを採用する国が10か国になろうとしていることで、裁判対策などが大きな問題となりました。ブルーバグ財団とゲイツ財団が合同で、タバコ対策促進の国がタバコ産業に訴えられた場合、裁判費用の支援基金を提供するとの発表に、参加者は割れんばかりの拍手をしました。
- 電子タバコや水タバコなど地域的な問題点も多く議論されました。
- 受動喫煙問題を中心に、改めて人権(タバコの煙から守る)問題として検討する分科会もありました。



写真4 サンフランシスコ大学のスタントン・グラント博士(熊本の学術総会講師)



写真5 ブームバーグ賞授与式でのスピーチ



写真6 アブダビのヘルスオーソリティーブース



写真7 水パイプがお土産屋さんで買える

- ・タバコ・アトラス第5版の発行で、世界のタバコ情勢が一目でわかります。
- ・アブダビは静かな豊かな都市で、人々も穏やかな感じでした。今回の世界会議は比較的質素な感じでした。ただ、ヘルスオーソリティーアブダビによると、紙巻きタバコに対する禁煙活動は成功しているが、水タバコは増えている状況であると心配し

ていました。

- ・日本からの参加者は全員日本禁煙学会会員で6名でした。日本政府の担当者の参加はありません。前は、日本政府の取り組み発表でシンポジストとして参加しました。
- ・次回は2018年、南アフリカのケープタウンとなります。



写真8 閉会式でユースカンファレンスのアピール

第16回 World Conference on Tobacco Or Health = WCTOH タバコか健康か世界会議 (アラブ首長国連邦アブダビにて)

2015年3月17日～21日
大会宣言

第16回タバコか健康か世界会議は以下のように確認する

- ・すべてのタバコ製品は害があり、それらは世界的に病気と死の主たる原因であること。
それらは、低・中収入国に対して特に負担を課せることになり、世界規模で無くしていく必要がある。
- ・タバコの流行を止めることは、非感染症疾病の問題を軽減し、青少年を守る意味において、最優先させるべきである。
- ・タバコの害は多角的であり、人類発達上多岐にわたる(環境、貧困、農業、性別など)。
- ・タバコ産業はタバコ流行の根源である。
- ・継続的で常時タバコ税を上げることは、価格を押し上げ手に入りにくくなるので、タバコの消費量が下がり健康増進に繋がり、公衆衛生目的に供するための増収にもなる。
- ・タバコ耕作者はタバコ産業に搾取されているので、タバコ栽培地域に対して、弱小農家がタバコから健康や環境に優しい生計に変更するようにするため、明確な方策が必要である。
- ・FCTCはタバコ対策の有効な道具であるが、各国のレベルでは目的があいまいになってしまう。
- ・この大会は、地方、国レベル、地域レベル、そして世界的なレベルでFCTCの適用が全面的にできる

ように、またタバコ規制が前進するように、共同や協力を呼び掛けたい。

この大会は、世界的なタバコ社会に対してさらなる努力を期待し、もっと広く利害関係者にも働きかけるよう呼び掛ける。また、政府に対しては、2013年WHO総会や2014年FCTCのCOP6で決められたように、FCTCの迅速な適用を通して、2025年までに喫煙率を30%にするよう、真剣に取り組んでもらうよう喚起する。

- ・ この大会は、オーストラリアのタスマニアが提示した、2000年以降に生まれたすべての人を無煙世代とするという斬新的な活動を含む裁判結果(決断)を称賛する。
- ・ この会議の参加者全員は、プレーンパッケージを決断するとか、プレーンパッケージまたはグラフィック警告表示を85%以上にするなどなどの導入を検討しようとしているすべての国々、インド、パキスタン、ネパールを含めて、それらを支援することを断言し、タバコ産業からの圧力に対してしっかり立つことを願うものである。

この大会は2018年までに、以下の事項を推奨する

1. FCTCを批准していないすべての国は、批准するか加わること。
2. 40か国は、子どもたちと青年たちを守るために21世紀中にタバコを無くす(NMT21C)という目標を達成するため、活動計画を発展させ、政策・介入を優先させること。
3. 政府がすべての貿易や投資に対してタバコを特別扱いとし、現在交渉中の貿易と投資問題からタバコを除外するよう、各国は支えあうことを促進すること。
4. タバコ規制指標は、提案されている2015年以降継続可能な発展目標に含めるべきであり、タバコを全世界レベルで最優先課題に押し上げるべきである。
5. 少なくとも30か国がプレーンパッケージを採用し、少なくとも100か国がタバコ製品の表面50%以上をカバーする画像警告表示を採用すること。(第11条)
6. 60か国が、非感染性疾患(NCD)の活動計画と国連(UN)発展援助枠組みを含む、国レベルの健康と発展計画に、タバコ規制を適応させたり、含めたりすること。
7. タバコ製品の違法貿易防止に関する議定書の施行されること。
8. すべてのタバコ製品や新製品はタバコ規制局の下で、管理されるべきである。
9. すべての国は、タバコ産業から確実に隔離された、部門壁を乗り越えた、WHOのFCTCの検討・推進システムを発足させ、予算を付けるべきである。(第5-2条、5-3条)
第5条の3項の原則に従って、公衆衛生方針にタバコ産業の邪魔が入らないように統括的な方法を採用するべきである。
10. 少なくとも15か国が今後タバコの値段の70%のタバコ税を実現させる。(第6条)
11. すべての国は、第8条の義務として、公共の場所や職場は禁煙とし、バーやレストランも含めて、喫煙所は設けないことを盛り込んだ、国レベルの法規制を採択すべきである。
12. 50か国は、メンソールやあらゆる香料などの添加物をタバコ製品に使用することを規制または禁止していること。(第9条)
13. 60か国は、あらゆる形態のタバコの宣伝、促進、スポンサー(TAPS)などの全面禁止を採用していること。それには越境販売、インターネット、小売店での販売展示も含まれている。さらに関連して、タバコ製品のプレーンまたは標準化されたパッケージを採用すること。(第13条)
14. 少なくとも50%のFCTC批准国は、第14条のガイダンスに沿って、タバコ依存治療に関する国の基準を作成、出版していること。

(暫定訳：宮崎恭一)

日本禁煙学会の対外活動記録
(2015年4月～5月)

- 4月20日 禁煙治療の保険適用施設への登録のお願い(未実施の基幹病院・グループ宛て)
5月22日 財務大臣へ要請：タバコの特小売販売業における「施設内に喫煙設備を設けること。」の条件廃止・撤廃のお願い
5月22日 コンビニ各社へ要請：コンビニ店の前に灰皿を置かないでください、撤去してください

日本禁煙学会雑誌はウェブ上で閲覧・投稿ができます。
最新号やバックナンバー、投稿規程などは日本禁煙学会ホームページ <http://www.nosmoke55.jp/> をご覧下さい。

日本禁煙学会雑誌編集委員会

●理事長	作田 学	
●編集委員長	山本蒔子	
●副編集委員長	吉井千春	
●編集委員	稲垣幸司	川根博司
	川俣幹雄	佐藤 功
	鈴木幸男	高橋正行
	野上浩志	蓮沼 剛
	山岡雅顕	(五十音順)

日本禁煙学会雑誌

(禁煙会誌)

ISSN 1882-6806

第10巻第3号 2015年8月10日

発行 一般社団法人／特定非営利活動法人 日本禁煙学会

〒162-0063

東京都新宿区市谷薬王寺町 30-5-201 日本禁煙学会事務局内

電話：03-5360-8233

ファックス：03-5360-6736

メールアドレス：desk@nosmoke55.jp

ホームページ：http://www.nosmoke55.jp/

制作 株式会社クバプロ