

2012年麻疹排除に向けて

—はしか‘0’キャンペーン週間(5/8～5/14)にちなんで—

はしかプロジェクト委員会 委員長

(医) いちご会 ちねん小児科 知念 正雄



はじめに

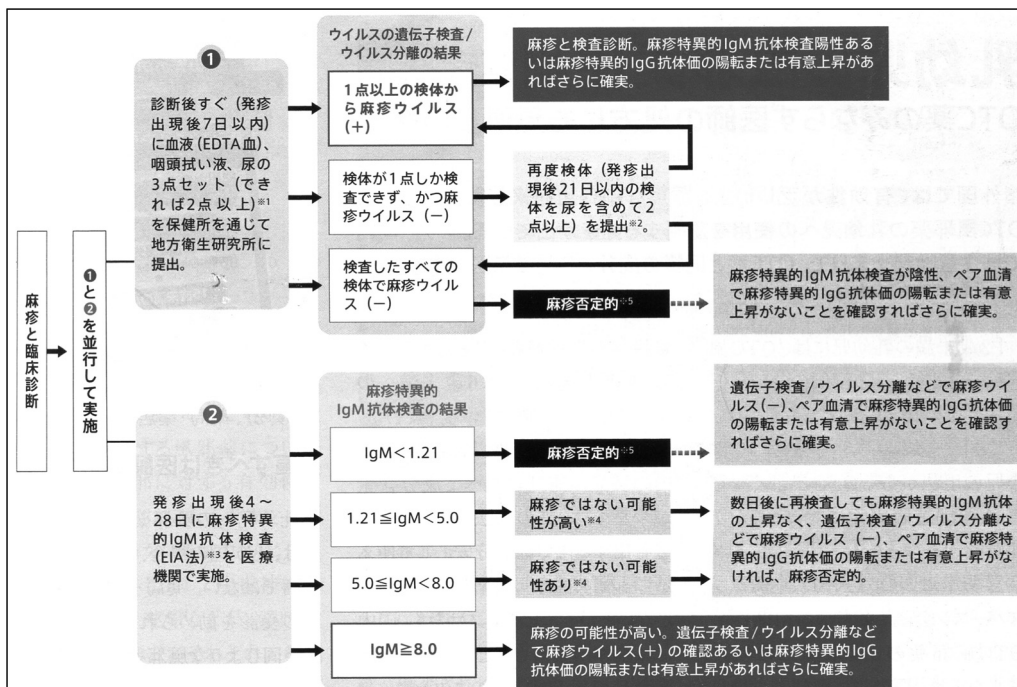
本年も5月8日～14日まで、はしか‘0’キャンペーン週間が実施される。これは県民が麻疹に対する正しい認識と、ワクチン接種による予防の重要性を理解していただくことを目的としている。2001年にはしか‘0’プロジェクトが立ち上げられ、県内における麻疹ワクチン接種率を95%以上に達成して、麻疹発生を‘0’にすることを目標に活動を展開して、今年で10年が経過した。これを機会に麻疹に関する最近の動向と話題について報告する。

1) 最近の動向—麻疹の減少と病原診断の重要性—

わが国では、2007～2008年に麻疹が大流行し、それが契機となって2008年1月より全数把握制度が実施され、麻疹流行の実態が明らかになった。全国から報告された麻疹患者は

2008年に11,015例に達し、しかも症例の4割は10代(10才～18才)にみられ、いわゆる“成人麻疹”が多発した。国は「2012年麻疹排除の指針」を制定し、麻疹・風疹混合(以下MRと略す)ワクチンの2回接種の他に、2008年4月から5年間限定で中学1年生(3期)、高校3年生(4期)に対して補足的MRワクチン接種が実施されて、2013年3月で終了する予定である。この麻疹排除指針が効を奏して2009年には739例に激減し、さらに2010年は450例の報告にとどまった。また全数把握制度を伴う麻疹サーベイランスシステムが、2012年麻疹排除に向けて強化されつつある。すなわち、従来の臨床診断よりも病原診断に基づく報告が重視されることになり、各都道府県の衛生研究所を中心にして、ウイルス学的検査体制が国立感染症研究所の支援のもとに整えられつつある。麻疹を診断した全ての医療機関は、患者

図1 最近の知見に基づく麻疹の検査診断の考え方(国立感染症研究所麻疹対策支援チームによる)



(国立感染症研究所感染症情報センターHPより)

から採取した咽頭ぬぐい液、血液 (EDTA 血)、尿の3点セットの検体 (できれば2点以上) を管内保健所を通して地方衛生研究所へ送付し、確定診断された症例のみがサーベイランスに登録されることになる。

2) 本県の麻疹全数把握とワクチン接種率

沖縄県では全国に先んじて2003年1月から全数把握事業が実施され、県衛生環境研究所においてウイルス学的検査 (PCR 検査、ウイルス分離) による病原診断がなされており、確定診断例のみが報告されている。麻疹流行時の2008年には220例の疑い報告で、41例の確定診断例がみられたが、2009年には著明に減少し、さらに2010年では25例の疑いが報告されたが、確定診断例は0であり、2011年2月現在麻疹の発生はない。

表1 麻疹全数把握実施とMRワクチン接種率

年度	疑い報告例	診断確定例	MRワクチン接種率 (%)			
			1期	2期	3期	4期
2005	28	0	80.2	32.1		
2006	59	18	81.5	76.0		
2007	132	22	91.5	87.1		
2008	220	41	91.6	87.0	83.9	74.8
2009	60	5	91.5 ※1(93.6)	88.6 (92.3)	84.4 (85.9)	76.5 (77.0)
2010	25	0	※256.4	71.7	66.4	57.0

※1 ()、は全国平均接種率
※2、2010.4.1~2010.12.31 までのデータ

MR ワクチン接種率の推移をみると、年々上昇傾向は見られるものの、2009年では1才児 (1期) の接種率は91.5% (全国平均 93.6%)、5才児 (2期) 88.6% (同、92.3%)、中学1年生 (3期) 84.4% (85.9%)、高校3年生 (4期) は76.9% (77.0%) と、いずれも全国平均以下である。この様な状況下では対象者数約17,000人の6.0~20.0% (1,000~2,400人) の未接種者が各期毎に蓄積されることが予測される。2012年の麻疹排除の年度になってかなりの未接種者が存在することになり、地域における集団免疫力 (herd immunity) が低下し、一旦麻疹が移入されると、またたく間に蔓延し流行することが危惧される。はしか '0' プロジェクトは、2012年麻疹排除の記念事業として、5年間蓄積された未接種者 (1回の接種も受けていない者および1回だけの接種者) への追加措

置として、各市町村の公費負担によるMR ワクチン接種を要望しているところである。

3) 高校生へのMRワクチン接種の前倒し実施

2010年7月28日~8月20日に開催された「美ら島沖縄高校総体2010」に向けて、高校生全員へのMRワクチンの前倒し接種が実施された。これは全国から参集する高校生に麻疹が発生しないように、たとえ発生しても蔓延しない様にあらかじめMRワクチンを接種していただくことを各市町村に依頼したところ、県内全ての市町村の理解と協力のもとで前倒し接種が実施され、接種率は平均45.5%に達した。これは予想外の高い接種率であり、「2010年美ら島高校総体」は麻疹の発生もなく、成功裡に無事終了した。大会実行委員会が全国都道府県宛に、出場する全選手の体調管理の一環として、麻しんワクチン接種の確認について依頼文書を発送したことは高く評価される点である。

4) 公開シンポジウム「2012年はしか排除を目指して一学校との連携のもとに一」の開催について

今年は、はしか '0' プロジェクトの10周年の節目にあたるので、キャンペーン週間の5月12日 (木) 午後1時より、浦添市でこ小ホールにて、上記の公開シンポジウムを開催する予定である。本県のMRワクチン接種の2期・3期・4期の接種率が低迷していることを考慮して、今回はとくに県教育委員会と共催で、教育現場を始め関係機関との密接な連携によるMRワクチン接種率向上に重点をおいて開催される。基調講演に文部科学省のスポーツ少年局学校健康教育課学校保健対策専門官の有賀玲子先生を招へいし、ご講演いただくことになっている。さらに5名のシンポジスト (小児科医、保健所医師、市町村関係者、沖縄市教育委員、高校教師) によるシンポジウムも予定されている。県医師会員をはじめ、関係者多数のご参加を期待している。

おわりに

県内におけるMRワクチン接種率を向上させるには、麻疹に対する正しい認識とワクチン接種の重要性についての啓発活動を平常時に継続して実践していくことが重要である。

B型肝炎ウイルス感染をあらためて考える

「肝臓週間 (5/23～5/29)」に因んで

琉球大学医学部附属病院 第一内科 前城 達次

<はじめに>

B型肝炎ウイルス (HBV) やC型肝炎ウイルス (HCV) 感染状況から肝硬変や肝がんの成因を比較検討すると沖縄県と日本本土との違いが明瞭になってくる。すなわち沖縄県における肝硬変・肝がんはアルコールやNonHBV, NonHCVの割合が他府県と比較して最も高く、HCVが成因の60%を占める本土とは明らかに違うことがわかる (図1)。HCV感染による肝硬変・肝がんが少ない要因の一つとして沖縄県ではHCV感染者が少ないことが挙げられる。節節検診でのHCV抗体陽性率では日本全体の平均が約1%弱であるのに対し沖縄県では約0.3%と全国で最も低率であった。さらにNonHBV、NonHCV肝硬変・肝がんの割合が高率だが、アルコール以外では非アルコール性脂肪性肝疾患 (NAFLD/NASH) が多くを占めている。沖縄県で肥満が多いという事実と関連している可能性がある。

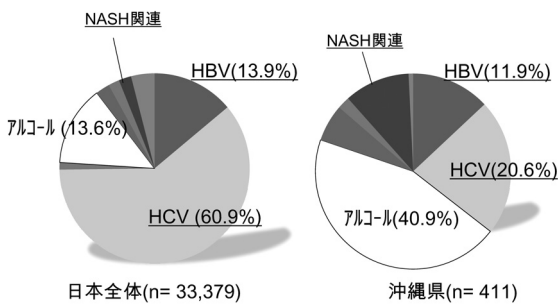


図1 肝硬変の成因別グラフ

一方HBVを基礎とする肝硬変・肝がんの割合は日本本土、沖縄県でそれぞれ13.9%と11.9%と差は認めなかった。しかし先の検診でも明確になっているが、HBs抗原陽性者 (いわ

ゆる持続感染者; キャリア) の割合は全国が約1%に対して沖縄県が約4%と最も高率であった。沖縄県ではHBV感染率が最も高率であるにも関わらず、HBV関連肝硬変・肝がんが少ない地域である。この現状を説明する一つの考えとしてHBVの遺伝子型別の自然経過の違いがある。HBVの遺伝子型は世界的にAからJまで報告されており、日本を含むアジアでは遺伝子型BとCが大部分を占める。日本の中でもHBV遺伝子型の分布には地域差があり、日本本土では遺伝子型Cが90%以上、沖縄では遺伝子型Bjが60%を超えている (図2)。

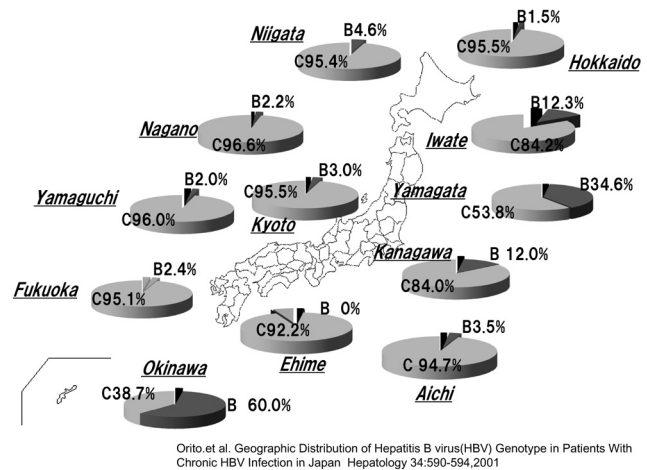


図2 Geographic distribution of HBV genotype in Japan. 2000

沖縄に多い遺伝子型Bj、本土に多い遺伝子型C。HBVの遺伝子型から見たHBV持続感染者における自然経過を念頭にその対応に関して報告する。またHBVの遺伝子型の検討をしていると近年のB型急性肝炎の傾向にも変化がみられており、その点についても述べる。

<持続感染者>

→ HBe 抗原陰性無症候性キャリアのフォローについて！

HBV 持続感染者ではその自然経過を考慮しながら診療する必要がある。出産時や免疫が未熟な幼小児期に感染した場合、基本的には一生 HBs 抗原陽性の状態が持続する。思春期から青年期までは未熟な免疫系のため、HBV の増殖は旺盛 (HBe 抗原陽性) であるが肝炎自体は弱く、HBe 抗原陽性の無症候性キャリア (ASC) の状態が続く。しかし免疫系が成熟してくる青年期以降には免疫反応による肝炎が発症し HBV の増殖が抑制されてくる (HBe 抗原から HBe 抗体陽性へセロコンバージョン)。その後は HBV の増殖抑制が維持され、肝炎も沈静化した状態、いわゆる HBe 抗原陰性の ASC の状態で推移する。基本的には遺伝子型 B にも遺伝子型 C もこの経過で推移することが多い。しかし遺伝子型 C の一部ではセロコンバージョンすることなく、HBe 抗原陽性のまま慢性肝炎に移行する場合がある。このような状態では比較的急速に肝硬変・肝がんへ進行する危険性が高い (表 1)。一方、沖縄に多い遺伝子型 B においては HBe 抗原陰性 ASC 状態で、ほとんどがそのまま問題なく経過し、HBV 関連肝疾患で死亡することは少なく、遺伝子型 C と比較して肝硬変進展率も低率である (図 3)。言い換えれば沖縄県に多く感染している HBV は本土に多い HBV よりも大人しい。従って沖縄県で

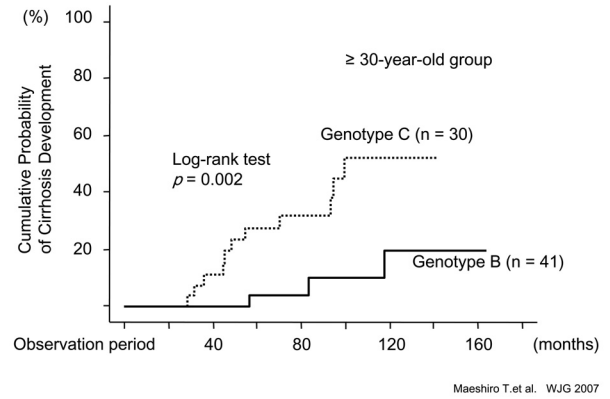


図 3 遺伝子型別肝硬変進展率 (30 歳以上)

は HBV 感染率が高率であっても HBV 関連の肝硬変・肝がんは少ない。ここに沖縄県における肝硬変・肝がんの成因で HBV がそれほど高率ではない一つの理由がある。

沖縄県においては HBe 抗原陰性 ASC 患者が多く、臨床的に問題になることは少ない。このことから定期的な検査が施行されないことも多かったのではないだろうか？我々も以前まではそれほど厳密にフォローしてきたとは言えないが、遺伝子型 B の HBe 抗原陰性 ASC の対応に関して考察したい。

一般的に HBV 関連の肝硬変・肝がん患者において、30～40 歳代で純粋な沖縄出身の方は非常に少なく多くが本土出身である。一方、沖縄出身で HBV 関連肝硬変・肝がんの患者さんは、ほとんどが 60～70 歳以上の高齢の方である。その要因として、現在まで臨床的に問題ないとされてきた HBe 抗原陰性 ASC の方 (遺伝子型 B) でも中年以降に HBV が再増殖し肝炎を発症する例が確実に存在する (図 4)。これら

表 1 Patients progressed to liver cirrhosis during the observation period.

Genotype-B Age(years)			Genotype-C Age(years)		
At entry	Development of LC	Outcome	At entry	Development of LC	Outcome
17 M e+	18 e+	24 e-	18 M e+	24 e+	31 e+ HCC,dead
23 M e+	27 e-	36 e-			
28 M e+	30 e+	38 e-			
			31 M e+	33 e+	40 e+, dead
			31 M e+	39 e+	44 e-
			33 M e+	40 e+	48 e+
			36 M e+	40 e-	46 e-
			38 M e+	45 e-	48 e- HCC,dead
41 M e-	48 e-	49 e-	41 M e+	43 e+	51 e-
			42 M e+	46 e-	48 e-
			45 M e-	48 e-	49 e- HCC,dead
58 M e-	64 e-	70 e-	50 M e-	54 e-	57 e-
58 M e-	72 e-	73 e-	50 M e-	52 e-	53 e- dead
60 M e-	61 e-	66 e-			
66 M e-	70 e-	71 e- HCC	73 F e+	79 e+	90 e+

M, male; F, female; e+, hepatitis B antigen positive; e-, hepatitis B antigen negative
LC, liver cirrhosis; HCC, hepatocellular carcinoma; Maeshiro T, WJG 2007

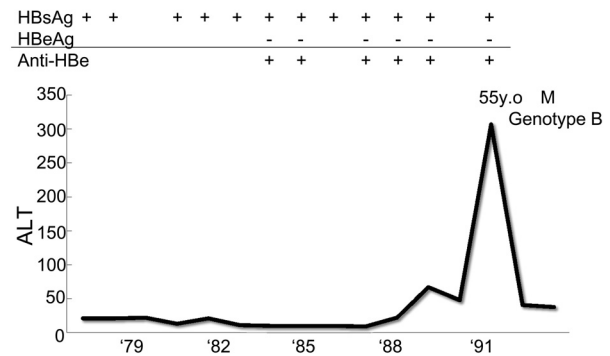


図 4 HBe 抗原陰性無症候性キャリアからの肝炎発症例

の方々には遺伝子型Cの慢性肝炎と比較して進行は緩徐だが、肝硬変・肝がんへ進行することも稀ではない(表1、図5)。沖縄県においては、HBs抗原陽性患者を診療する機会は多く、そのほとんどがHBe抗原陰性ASCの方である。その時点での治療の必要性はほとんどないが、そのまま放置することは避けるべきである。定期的な肝機能検査、HBV-DNA値測定などを行いながら監視し、ウイルスが再増殖し肝炎を発症した場合には肝硬変・肝がんへの進行を阻止する必要がある。このようにHBVが自然に再増殖し、肝炎を発症する危険性は後ろ向きの検討では約5%とあまり高くはないがまだ不明な点が多く、さらにフォローする間隔についても明確な基準はない。従って肝炎再燃の割合や適切なフォロー間隔などを検討するためにも患者さんを前向きに観察する必要がある。是非定期的なフォローをお願いしたい。

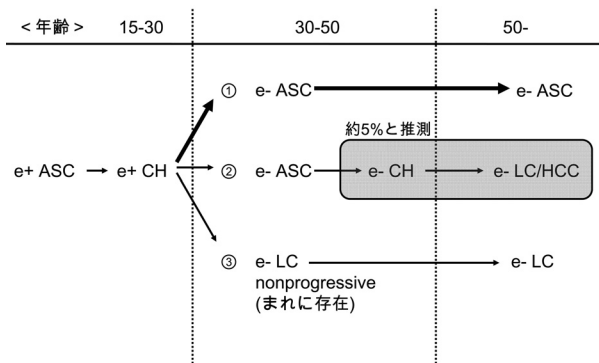


図5 HBV キャリアの自然経過 GenotypeBj

< B型急性肝炎；HBVの初感染 >

→ B型急性肝炎でも、ウイルス排除に時間がかかり、その間に感染拡大の危険性！

近年、日本の大都市を中心に遺伝子型 A による B 型急性肝炎の増加が問題となっている。この HBV は元来欧米やアフリカに多く分布していたが、人的交流が盛んになるに連れて日本でも、大都市を中心に増加傾向を示しているが、持続感染者で遺伝子型 Bj が多い沖縄県でも日本の大都市と同様に遺伝子型 A による急性肝炎が増加しているか検討した。

まず B 型急性肝炎の発生数について 1985 年

から 5 年間隔で見ると 8 例、7 例、5 例、6 例と減少傾向を示していたが 2005 年からの 5 年間では 16 例と増加傾向を示した。さらに 2010 年の 1 年間でも 5 例、2011 年 1 月でも 6 例確認された。当院及び関連病院では増加傾向といえるが、沖縄県全体で B 型急性肝炎が増加しているかは不明であり、これを把握するためには届け出伝染病としての周知徹底が必要になる。B 型急性肝炎は届け出を怠った場合の罰則規定(罰則が施行されたことはないが)のある五類感染症であり、患者が発生した場合は、是非保健所への届け出をお願いしたい。

これら B 型急性肝炎において遺伝子型を判定できたのが 39 例。遺伝子型 A が 22 例、Bj が 12 例、C が 5 例であった。1990 年代までの B 型急性肝炎の多くが遺伝子型 Bj と C によるものであったが 2000 年以降の B 型急性肝炎では遺伝子型 A によるものが 70 % と増加していた(図 6)。

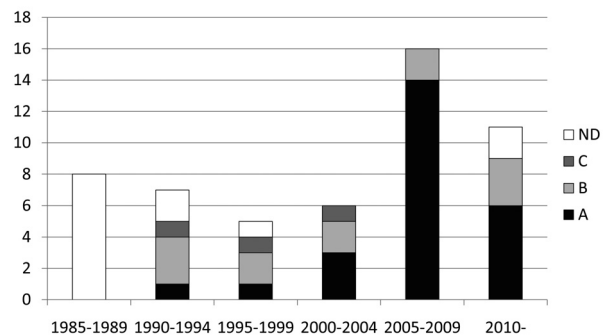


図6 B型急性肝炎の推移

急性肝炎の経過としては、HBs抗原陰性化までの期間は遺伝子型 A で平均 8.9 ヶ月、遺伝子型 Bj、C で 2.8 ヶ月と遺伝子型 A において HBs 抗原陰性化まで時間を要していた。一般的に B 型慢性肝炎は HBs 抗原陽性が 6 ヶ月以上持続する状態を指すが、この遺伝子型 A の急性肝炎の場合には約 9 ヶ月間 HBs 抗原が陽性であり、既存の判定では慢性化の範疇に入る。報告によれば約 10 % は慢性化・持続感染するが多くの場合は一過性感染で終息する。しかし今までの遺伝子型 Bj や C の場合と違い、HBV 排除までに時間がかかるため、さらなる感染拡大

の危険性が上昇する。

献血を行う集団は比較的若年者が多いが、HBs抗原陽性率は0.9%以下と非常に低率である。母子感染対策施行以降に出生した若年者でもHBs抗原陽性者は非常に少ない。遺伝子型Bjを持つキャリアは次第に高齢化し、性的接触による感染拡大の危険性は相対的に低下してきていると推測される。逆に若年者では遺伝子型Aによる急性肝炎がほとんどである。遺伝子型AのHBVは外国から流入し、性的接触で感染拡大するという点ではHIVと同様である。この感染拡大を防ぐためには若年者を中心とした一般住民にも的確な情報提供を行い、行政と一緒に医療従事者間の連携を密にしながら十分な監視・啓蒙活動を行うことが重要である。

<まとめ>

HBV感染における持続感染者の自然経過を踏まえたフォロー及び急性肝炎における最近の傾向に関して報告した。HBV感染には以上の他にもHIVとの重複感染時の病態や治療、化学療法や免疫抑制療法時の再活性化など様々な問題がある。非常に興味深い感染症であるが、病態も様々で、患者一人一人を十分に評価して診療を行う必要がある。

<参考文献>

- ・ Michitaka K. et al. Etiology of liver cirrhosis in Japan: a nationwide survey. Japan Etiology of Liver Cirrhosis Study Group. J Gastroenterol. 2010; 45 (1) :86-94. Epub 2009 Sep 30.
- Sakugawa H. et al. Preponderance of hepatitis B virus genotype B contributes to a better prognosis of chronic HBV infection in Okinawa, Japan. J Med Virol. 2002 Aug; 67 (4) :484-9.
- Orito. et al. Geographic Distribution of Hepatitis B virus (HBV) Genotype in Patients With Chronic HBV Infection in Japan Hepatology. 2001; 34:590-594.
- Nakayoshi T. et al. Difference in prognosis between patients infected with hepatitis B virus with genotype B and those with genotype C in the Okinawa Islands: a prospective study. J Med Virol. 2003 Jul; 70 (3) : 350-4.
- Sugauchi F. et al. Two subtypes of genotype B (Ba and Bj) of hepatitis B virus in Japan. Clin Infect Dis. 2004 May 1; 38 (9) :1222-8. Epub 2004 Apr 9.
- Maeshiro T. et al. Different natural courses of chronic hepatitis B with genotypes B and C after the fourth decade of life. World J Gastroenterol 2007; 13 (34) : 4560-4565
- Kobayashi M. et al. Change of hepatitis B virus genotypes in acute and chronic infections in Japan. J Med Virol. 2008 Nov; 80 (11) :1880-4.
- Michitaka K. et al. Etiology of liver cirrhosis in Japan: a nationwide survey. J Gastroenterol. 2010; 45 (1) :86-94. Epub 2009 Sep 30.

原稿募集!

随筆のコーナー (2,500字以内)

随時、募集いたします。日常診療のエピソード、青春の思い出、一枚の写真、趣味などのほか、紀行文、特技、書評など、お気軽に御寄稿下さい。

2011年5月31日 世界禁煙デーに因んで



沖縄県八重山保健所 伊礼 壬紀夫

世界禁煙デーは、1988年にWHO（世界保健機関）が定め、毎年5月31日に世界中で行なわれる行事です。この日にWHOは、たばこ使用の危険性とたばこ産業の事業展開について広く社会に情報を発信し、WHOがタバコ病の世界的流行（Global Tobacco Epidemic）と闘うために何を行い、世界中の人々が健康的に生活する権利を主張し未来の世代を守るために何をする事ができるかを伝えています。

WHOでは、毎年、禁煙デーにスローガンを発表しており、2011年のWHO資料を参照しながら今年の世界禁煙デーの意義を考えてみたいと思います。今年のテーマは「The WHO Framework Convention on Tobacco Control（世界保健機関タバコ規制枠組条約）」です。

Framework Convention on Tobacco Control（タバコ規制枠組条約、以下FCTC）は2005年に発効した、国連の歴史上最も速くそして最も多くの国（170カ国以上）が批准した条約です。科学的根拠に基づいて作られたこの条約は、全ての人々が有する最高度の健康を享受する権利がタバコによって侵害されている現状を改善するため、世界の国々が共同してタバコ規制を進める活動を行なうに当たり、その方向性と仕組みを提供するものです。

FCTCが生まれた背景にはタバコによる甚大な健康障害の世界的流行があります。タバコは予防可能な死亡の最大の原因であるにもかかわらず、

2011年にタバコが原因となる心臓発作、脳卒中、がん、呼吸器疾患等による死亡数は世界中で500万人以上と試算されています。さらに、受動喫煙による60万人以上の死亡がこれに加わり、このままでは2030年には毎年800万人がタバコによって死亡すると推計されます。タバコは20世紀に1億人の命を奪い（WHO資料には“killed 殺された”と表現されています）ましたが、21世紀には10億人にのぼる可能性があります。

死亡に至る疾病と危険因子に関するWHOの研究において、世界の国を国民総所得で低、中、高の三グループに分け、それぞれのグループ内の主要な疾病と危険因子が報告されています。スライド1及び2に示したように、日本等の国民総所得の高い国で死亡につながる最大の危険因子はタバコで、総死亡の17.9%、DALYs（Disability - Adjusted Life Years、障害調整生存年）の10.7%を占めます。どの単一疾患よりも、またどの危険因子よりもタバコの影響が大きいことが分かります。

日本の研究としては、代表的なコホート研究のデータを併合し日本人における喫煙による死亡数を推計した国立がんセンターのKatanodaraの研究があり、2008年のJournal of Epidemiologyに掲載されています。この研究によれば、2005年の時点で喫煙による死亡は男性163,000件（全死亡の27.8%）、女性33,000件（同6.8%）と推計されており、自殺

* DALYs : Disability - Adjusted Life Years、障害調整生存年。死亡による損失だけではなく、障害による生活の損失を一つの単位として測定した国際比較可能な指標で、年齢による重みづけと、非致命的傷病（障害）を含める。

の約6倍に相当します。たばこ関連疾患の多くは、喫煙を開始してから20～30年かかって発症し死に至るので、現在の死亡の状況は過去の喫煙の状況を反映していることとなります。

**高国民総所得国における死因の
3大危険因子と3大疾患 2004**

死因の危険因子	死亡数 (百万)	総死亡中 の割合%
1 タバコ	1.5	17.9
2 高血圧	1.4	16.8
3 過体重と肥満	0.7	8.4
死因の疾患		
死因の疾患	死亡数 (百万)	総死亡中 の割合%
1 虚血性心疾患	1.3	16.3
2 脳血管疾患	0.8	9.3
3 気管、気管支、肺のがん	0.5	5.9

GLOBAL HEALTH RISKS,
Mortality and burden of disease attributable to selected risks, WHO 2009

Health Statistics and Informatics

スライド1

**高国民総所得国におけるDALYsの
3大危険因子と3大原疾患 2004**

DALYsの危険因子	DALYs (百万)	総死亡中 の割合%
1 タバコ	13	10.7
2 アルコール	8	6.7
3 過体重と肥満	8	6.5
DALYsの原疾患		
DALYsの原疾患	DALYs (百万)	総死亡中 の割合%
1 単極型うつ病性障害	10.0	8.2
2 虚血性心疾患	7.7	6.3
3 気管、気管支、肺のがん	4.8	3.9

THE GLOBAL BURDEN OF DISEASE 2004 UPDATE,
WHO 2008

Health Statistics and Informatics

スライド2

FCTCは条約を締結した国々とEUに法的義務を課しており、主な義務は次の通りです。

- (1) タバコ産業の利益及び既得権益が国民の健康政策に悪影響を及ぼさないようにする
- (2) タバコの需要を減らすためタバコの価格とタバコ税を上げる (第6条)
特に若年層においてタバコ消費を減少させるための効果的かつ重要な手段である。
- (3) 国民をタバコ煙への暴露から保護する (第8条)
屋内の職場、公共の輸送機関、屋内の公共場所および他の公共の場所におけるタバコ煙への暴露に対して、効果的な立法上、執行上、

行政上およびその他の措置を採用し実施する。
(4) タバコ製品の成分・添加物を規制する (第9条)

タバコ製品の製造業者および輸入業者が製品含有物および排出物についての情報を政府当局に対して開示する。また、情報公開の方法を導入する。

(5) タバコ製品に関する情報開示を規定する (第10条)

各国がタバコ製品の含有物および排出物について試験、測定および規制を実施するのに利用できるガイドラインの策定を行う。

(6) タバコ製品のパッケージやラベルを管理する (第11条)

タバコの包装はタバコの販売促進にとって強力な手段となっており、その管理・規制により需要を抑制する。

(7) 国民にタバコの危険性を警告する (第12条)

タバコの依存性、タバコ使用およびタバコ煙への曝露による健康へのリスク、タバコ使用の中止の効用、タバコ産業の行動について、国民意識の啓発と情報へのアクセスを推進するための効果的な立法上、執行上、行政上もしくはその他の措置を採用し実施する。

(8) タバコの広告・宣伝、販売促進活動、後援を禁止する (第13条)

各締約国は自国においてこの条約が発効した後5年以内に、自国の憲法もしくは憲法上の諸原則に従って、すべてのタバコ広告、販売促進および後援の包括的禁止を行う。これはエビデンスに基づく対策の中核を成す。

(9) タバコ依存から抜け出すための援助を行う (第14条)

タバコを使用する者に対して禁煙を推奨する対策は包括的アプローチの不可欠な部分であり、教育と予防に焦点を当てる戦略を補完する。

(10) タバコ製品の密輸・不正取引を取り締まる (第15条)

(11) 未成年者にタバコ製品を売らない (第16条)
未成年にとって求めやすい紙巻タバコのバラ

売り、小包装での販売を禁止する。小売店に未成年への販売を禁止する掲示をする。タバコ産業の「青少年喫煙防止」プログラムが造り出した掲示では、実際には青少年の喫煙を勧めるような巧妙なメッセージを送っているので注意が必要。タバコ製品の包装そのものが販売促進の媒体となることを防ぐため、タバコ製品の視覚的な陳列を禁止する。

(12) タバコ栽培に代わる経済的に実行可能な転作・転業を支援する (第17条)

タバコ規制プログラムによって生計が深刻な影響を受けるタバコ栽培者および労働者を支援するため、作物の多様化と経済的に実行可能な支援を行う。

今年の世界禁煙デーのキャンペーンのキー・メッセージは、「全て締約国は、タバコ消費と受動喫煙による健康、社会、環境、および経済的な壊滅的被害から、現在と将来の世代を保護するため、この条約を完全に実施しなければならない」というものです。FCTCがタバコとの戦いに有効であることは既に証明されていますが、日本は2004年6月に批准した締約国でありながら、第14条の禁煙治療以外には誠実に履行しているとはとても言えない状況です。タバコのない社会の形成に向け、医師個人として、また医師会として活動できることを実践し、疾病・健康の専門家として地域社会や国にも積極的に働きかけていきましょう。



原稿募集!

本の紹介コーナー (1,500字程度)

感動した、生き方が変わった、診療が変わった、新たに真実を知った本等々、会員の皆様の座右の本をご紹介します。