

## ・ タイ

### 1 タイにおける受動喫煙防止と法体系

タイにおける喫煙規制の根幹をなす法律は、受動喫煙防止と非喫煙者の健康保護を目的とした「1992年非喫煙者健康保護法」(Non-Smokers' Health Protection Act B.E. 2535)と、喫煙による健康被害の拡大防止を目的にタバコ製品の販売規制を定める「1992年タバコ製品管理法」(Tobacco Products Control Act B.E. 2535)である。

このうち、「1992年タバコ製品管理法」は、喫煙の禁止年齢を定め(満18歳以下の者の喫煙を禁止)、喫煙を要因とする病気を予防するという観点から、タバコ製品の販売規制、広告規制、警告表示義務を定めている。同法は、喫煙防止の促進を目的としており、受動喫煙防止の効果は間接的に期待されているといえるだろう。

一方、「1992年非喫煙者健康保護法」は、直接に受動喫煙の防止を目的として制定された法律である。同法は、公共保健省を管轄省庁とし、公共保健大臣に対し、喫煙禁止区域の設定、喫煙禁止措置の方法、手段、基準等について決定する権限を与えている(同法第4条)。同法がタイにおける受動喫煙防止の基礎となる法令である。

タイにおいて受動喫煙防止を含む国民の健康増進を目的とした活動を実施するのは、「タイ健康増進財団(Thai Health Promotion Foundation)<sup>1</sup>」である。同財団は、2001年に制定された「健康増進財団法」に基づき、公共保健省疾病管理局のもとに設置された組織であり、喫煙規制のほかに、飲酒規制、交通事故防止、薬物依存防止、エイズ等の性感染症予防、高齢者の健康増進といった分野において、国民の健康を増進させるためのプロジェクトを実施している。

このように、タイにおける受動喫煙防止は、公共エリアにおける受動喫煙を広く禁止するもので、法令と法令の実施を担保する組織のいずれも、公共保健省の管轄のもとにおかれている。

喫煙規制あるいは受動喫煙防止対策においては、「職場」における受動喫煙の防止を独立して扱ってはならず、タイにおける受動喫煙防止法令は労働法令体系のなかには位置づけられてはいない。

### 2 タイにおける受動喫煙防止の歩み<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 同財団のウェブサイト URL は <http://www.thaihealth.com/>.

<sup>2</sup> タイにおける喫煙規制の歴史については、以下の文献を参考とした。

- Prakrit Vateesatokit, "Tailoring Tobacco Control Efforts to the Country: The Example of Thailand", *Tobacco Control Policy-strategies, Successes, and Setbacks*, Ed. by Joy de Beyer and Linda Waverley Brigden, The World Bank and Research for International Tobacco Control, 2003, pp.154-178.

- Dr. Choochai Supawongse, "Achievement and Challenges of the Tobacco Consumption Control in Thailand", Thai Health Promotion Foundation.

- Dr. Choochai Supawongse, "Two Decade of the Tobacco Consumption Control in

タイはこれまで、WHO の方針に沿って受動喫煙防止の取り組みを進めてきたこと、また、国民の健康増進という観点から取り組みがなされてきたことから、タイにおける受動喫煙防止は、公共保健省のもとですすめられてきた。

タバコが嗜好品としてタバコにもたらされたのは、アユタヤ王朝（13 世紀～16 世紀）の時代といわれている。アユタヤ王朝は当時、東南アジア随一の国際都市として名を馳せ、ヨーロッパ諸国や日本、琉球、中国といったアジア諸国との交流が盛んであった。そのような諸外国との交流のなかで、タイにタバコが持ち込まれたといわれている。その後、一般国民に喫煙の習慣が広まったのは、19 世紀後半といわれている。喫煙による健康被害が国民の間に認識されるようになったのは、20 世紀後半に入ってからのことである。

タイにおける受動喫煙防止の歩みは、タバコによる健康被害を国民に知らせるといふ観点から、1970 年代半ばから始まった。1974 年、タイ医師協会（Thai Medical Association）が、タバコのパッケージに健康被害の警告文を掲載するよう政府に対して働きかけを行い、それが実現したことがタイにおける喫煙規制の第一歩であった。その後、1976 年には、バンコク都による喫煙防止を訴える PR 映画が作製されている。また、同年、タイ統計局は初めて喫煙者数に関する統計<sup>3</sup>を発表した。

1980 年、WHO が No Smoking Campaign を実施したことをうけ、タイでは、公共保健省をはじめ、Thai Thoracic Association、Thai Anti-Tuberculosis Association、Thai Heart Association といった組織が協力して、喫煙による健康被害についての教育プログラムを展開した。

その後、喫煙規制の動きが活発化したのは、1980 年代に入ってからである。例えば、公共保健省や WHO による教育プログラムの実施、国立癌研究所により喫煙が癌の原因の一つとして指摘されたこと、公共保健省において喫煙問題を非伝染病の一つとしてとらえるようになったこと、などがその例として挙げられる。

しかし、そこには、喫煙規制を実施する統一的な組織が存在しなかったことによる、継続性の欠如という大きな問題があった。1986 年に Anti-Smoking Campaign Project (TASCP)<sup>4</sup>が結成されたとき、メディアは、それが一種のブームのように、すぐに忘れ去られてしまわないことを望む、と評していた<sup>5</sup>ことから、国民の間に「喫煙規制キャンペーンは一時的なもの」という認識が広まっていたことがわかる。その後、TASCP は、喫煙規制政策の推進のフォーカルポイントとして、また圧力団体として継続的な活動を実施していくことになる。

一方、これらの動きと並行して医療専門家の間においても、国民の健康に対する啓蒙活動のレベルアップが指摘されるようになった。その一環として、Dr. Pravase Wasi<sup>6</sup>や Athasit Vejjajiva らが中心となり、Folk Doctors Foundation (FDF)が結成された。FDF の結成とその活動は、喫煙規制における NGO の積極的な参加を促す牽引力となった。

---

Thailand: Success and Challenges”, to be presented at Sixth Global Conference on Health Promotion organized by the World Health Organization and the Ministry of Public Health of Thailand, Bangkok, Thailand, August 2005.

<sup>3</sup> 現在は、国家健康福祉調査の一環として 2 年から 3 年に一度の割合で統計調査が実施されている。

<sup>4</sup> 後に、Action on Smoking and Health (ASH)と名称を変更し、現在に至る。

<sup>5</sup> Prakit, op. cit., p.155.

<sup>6</sup> Dr. Pravase Wasi は、医師であり、タイ社会におけるオピニオンリーダーの一人。

もちろん、タイ政府も喫煙規制の動きについて手をこまねいていたわけではない。1989年2月、政府は「タバコ消費に関する国家委員会(National Committee for the Control of Tobacco Use: NCCTU)」を設置した<sup>7</sup>。

NCCTUは、公共保健大臣(当時)のChuan Leekpaiを委員長とし、TASCPといったNGOのメンバーやマスメディア関係、学者らにより構成された。その任務は、喫煙規制に関する政策ガイドラインを策定、実施すること、喫煙規制ガイドラインの運用と喫煙規制における協力を実施すること、喫煙規制の活動の監視とフォローアップを実施すること、必要に応じて小委員会を設置し、委員を任命すること、他の小委員会に対し、提案や勧告を行うこと、であった。

1989年、NCCTUはTASCPとともに、内閣に対し喫煙規制を目的としたタバコ税の引き上げの提案<sup>8</sup>を行った。しかし、折しもアメリカ政府が包括通商・競争力強化法の対外制裁条項「スーパー301条」をかざしてタイのタバコ市場に参入してきたことから、アメリカ政府との関係を憂慮した内閣はその提案を受け入れることができなかった。その後も政党間の駆け引きのなか、タバコ税の引き上げの議論が続けられることとなった<sup>9</sup>が、最終的にバンコク都民70%がタバコ税の引き上げに賛成という世論調査結果<sup>10</sup>に後押しされ、1993年、タバコ税は55%から60%に引き上げられることとなった。これ以降、タバコ税は段階的に引き上げられ、現在のタバコ税率<sup>11</sup>2007年8月に公布された財務省令(2007年29号)により80%と設定されるに至っている。タイにおけるタバコ税の引き上げは、税の増収、喫煙率の低下の両者に効果を発揮した例として評価されている<sup>12</sup>。

これまで述べたように、タイにおいては、政府とNGOが協力して、喫煙規制、非喫煙者の受動喫煙防止に取り組んできた。前述のDr. Pravase Wasiによれば、タイにおける喫煙規制のプロセスは、正しい知識の利用、社会的運動、政治的援助の3つの要素が連携する“Triangle Moving Mountain”というコンセプトに基づいて推進されてきた<sup>13</sup>のである。

こういった喫煙規制、非喫煙者の受動喫煙防止の活動の結果、アメリカのタバコ産業のタイ市場への参入により、国民の間には逆にタバコによる健康被害に対する意識が高まることとなった。

こうして、1993年のタバコ税の引き上げに先立つ1992年、喫煙規制、非喫煙者の健康保護の根幹となる法令「タバコ製品規制法」と「非喫煙者健康保護法」が制定されたのである。

また、先に述べたとおり、2001年には健康増進財団が設立され、喫煙規制のみな

<sup>7</sup> 公共保健省令 1989 年第 181 号。

<sup>8</sup> タイにおいて喫煙規制を目的としたタバコ税の引き上げの提案がなされたのは、NCCTUによる提案が最初ではない。1988年、公共保健省がタバコ税の引き上げを内閣に提案したのが最初の動きである。しかし、この提案が先に進むことはなかった。

<sup>9</sup> Prakit, op. cit., p.163.

<sup>10</sup> 1,000人のバンコク都民を対象に行った世論調査で、タバコ税引き上げ賛成70%のうち、60%が喫煙者であったことがタバコ税引き上げを後押しする大きな要因となった。Prakit, op. cit., p.163.

<sup>11</sup> 通常、一般に販売されているCigaretteの場合。

<sup>12</sup> Prakit, op. cit., p.164. 特に、若年層のタバコ消費の減少に効果を発揮したと評価されている。

<sup>13</sup> Dr.Choochai, “Two Decade of the Tobacco Consumption Control in Thailand: Success and Challenges”, p.29.

らず，社会における健康増進に関わるすべての分野について活動を実施している。同財団には，タバコ税と酒税の一部があてられており，財団の年間予算の2%は，それらの税収から得ているという点も興味深い。

### 3 1992年非喫煙者健康保護法による規制内容

現在，タイにおいて非喫煙者の健康保護について定めるのは，1992年非喫煙者健康保護法である。同法は，公共の場所における禁煙区域と喫煙区域の設定を義務付け，同法に違反した者には罰則を定めている。ここで禁煙区域とされるのは，公共の乗り物，医療施設，教育施設，宗教施設，その他空調設備を有する場所（ホテル，飲食店等を含む）を指し，例外を除き，公共の場所においては，ほぼ全面禁煙が義務付けられている。

では，同法において「職場」はどのように位置づけられているのだろうか。

同法において「職場」とされているのは，役所，国営企業の施設，その他の国の機関の施設，空調設備を有する私企業の施設，である。

しかし，ここで注意しなければならないのは，これらの施設のなかで「職務につく者が個人で利用する執務室」については，禁煙区域の例外とされている点である。

同法で喫煙区域の条件を具体的に定めているのは，1992年非喫煙者健康保護法に基づく公共保健省告示第9号<sup>14</sup>である。

同告示において定める喫煙区域の条件は，次のとおりである。

- 空調設備のある喫煙区域では，外部と喫煙区域との間の空気を循環させる換気設備を，最低でも，50立方フィート/分/人，設置しなければならない。（同告示第2項）
- 喫煙区域は，以下に定める環境と条件を備えて設定されなければならない。（同告示第3項）

周囲にいる人に対し，不快感を与える場所に設定されてはならない。

非喫煙者の健康を保護する場所の出入り口の周囲に設定されてはならない。

当該場所を利用する者（喫煙者）がはっきりと見える場所に設定されてはならない。

現在のところ，特に職場を対象とした省告示は公布されておらず，また職場に限らず，分煙の条件を定めた法令はこれ以外には見られない。さらに，現段階では，労働省においても労働者の受動喫煙を防止する動きは見られない。

では，実際にタイの職場においては非喫煙者の健康保護に対してどのような取り組みを行っているのだろうか。

### 4 職場における非喫煙者の健康保護に対する取り組み

ここで，公共保健省衛生局が実施した「職場の快適化計画プロジェクト」，バンコク都，そしてある私企業による取り組みの事例を紹介しよう。

---

<sup>14</sup> 1997年10月15日公布。

### (1) 職場の快適化計画<sup>15</sup>と職場における禁煙への取り組み

公共保健省衛生局は、2000年から2002年の間、「職場の快適化計画プロジェクト」を実施した。これは、2000年に保健省衛生局が掲げた政策である「職場における心身の健康の増進」に基づくプロジェクトである。保健省衛生局のこの政策は、WHOのHealthy Work Approachの理念と職場における安全と衛生に関するタイ国内法に基づく政策であり、衛生局の健康増進に対する基本的な考え方を示すものである。この「職場における心身の健康の増進」政策に基づく活動は、職場の衛生、安全、公害、快適さの4つの分野に分けることができる。

職場の快適化計画プロジェクトに参加した職場は、その規模、業種ともに多種多様で、2000年には4,466事業所、2001年には4,060事業所、そして2002年には2,546事業所であった(表1)。

---

<sup>15</sup> 職場の快適化計画プロジェクトについては、Dr. Sasithorn Theptrakarphon “Kaan Saang Serm Sukhaphaap nai Sathanaprapakopkaan Healthy Workplace (「健康増進 - Healthy Workplace の現状」)”, 衛生局 Fact Sheet “Sathanakaarn Sukhaphaap lae Singweetlom(「健康と環境」)(タイ語)”, Vol.8, No.5, 2003,による。<http://www.anamai.moph.go.th/factsheet> .

表 1 : 2000 年 - 2002 年職場の快適化計画実施結果<sup>16</sup>

(事業所数)

事業所の業種・形態	2000 年	2001 年	2002 年
小規模工場 (従業員数 10 - 50 人)	630	339	140
中規模工場 (従業員数 51-199 人)		320	141
大規模工場 (従業員数 200 人以上)		183	111
個人経営	-	-	130
病院	501	342	178
ホテル	133	100	29
銀行	112	100	-
教育関係	-	283	343
一般企業	1550	587	558
サービス業	811	309	157
郡公共保健事務所/保健所 (10 人以上)	729	1497	759
<b>プロジェクト参加企業 合計</b>	<b>4,466</b>	<b>4,060</b>	<b>2,546</b>

さらに、保健省衛生局は、プロジェクトの効果を計るべく、プロジェクト実施後の 2003 年、世論調査の手法により、タイ全土、またバンコクの事業所を対象に調査を実施した。ここでは、職場における労働者の健康増進の取り組みに対する優先順位(表 2)、職場における労働者の健康増進の取り組みに対する予算配分(表 3)、健康増進のために具体的に実施されている取り組み(表 4)について、バンコクにある事業所から寄せられた回答の結果を紹介する。バンコクにある 124,079 ケ所の事業所を対象にしたところ、973 ケ所の事業所から回答を得ている。

調査では、事業所の規模にも着目しており、大規模な事業所と中規模・小規模な事業所との間の健康増進への取り組みの違いも見てとることができる。

<sup>16</sup> Ibid, p.2. 「表 1 : 2000 年 - 2002 年職場の快適化計画実施結果」を筆者が翻訳及び編集した。

表 2 : 健康増進対策の優先度<sup>17</sup>

( 上段 : 事業所数 / 下段 : % )

優先度	事業所の規模			合計
	小規模 ( 50 人以下 )	中規模 ( 51 - 199 人 )	大規模 ( 200 人以上 )	
高レベル	43 (20.9)	64 (24.7)	94 (25.6)	201 ( 24.2 )
ほぼ高レベル	22 (10.7)	30 (11.5)	52 (14.1)	104 ( 12.5 )
普通	98 (47.8)	142 (54.8)	197 (53.6)	437 ( 52.6 )
ほぼ低レベル	22 (10.7)	15 (5.7)	15 (4.0)	52 ( 6.2 )
低レベル	20 (9.7)	8 (3.0)	9 (2.4)	37 ( 4.5 )
合計	205	259	367	831

表 2 からわかるとおり、比較的多くの事業所(「高レベル」、「ほぼ高レベル」と回答した事業所は 36.7%)が、職場における健康増進への取り組みを優先課題としてとらえていることがわかる。

一方で、事業所の規模別に比較してみると、小規模事業所のうち、優先の度合いを「ほぼ低レベル」、「低レベル」と回答した事業所をあわせると 20.4%にのぼり、大規模事業所の 6.5%と比べるとその割合が格段に高いことがわかる。この結果から、事業所の規模が大きいほど、職場における健康増進対策に対する認識や対策のための予算、人員に余裕があることを示し、反対に、事業所の規模が小さいほど、職場における健康増進対策に対する認識が低い、または認識があっても対策をとるための人員や予算が不足しているという状況をあらわしているものと予想できる。

次の調査結果は、表 2 の結果の要因の一つを裏付けるものといえよう。

表 3 は、事業所の規模別に職場における健康増進対策に対する予算についての回答をまとめたものである。

<sup>17</sup> Ibid, p.2. 「表 2 : 事業所規模別 職場における健康増進対策の優先度」を筆者が翻訳及び編集した。  
なお、回答を寄せた 973 ヶ所の事業所のうち、この設問に解答した事業所は、831 ヶ所。

表 3 : 予算配分の有無<sup>18</sup>

( 上段 : 事業所数 / 下段 : % )

予算配分の有無	事業所の規模			合計
	小規模 ( 50 人以下 )	中規模 ( 51 - 199 人 )	大規模 ( 200 人以上 )	
予算有り	58 (26.6)	115 (43.7)	253 (69.1)	426
予算無し	160 (73.4)	148 (56.3)	113 (30.9)	421
合計	218	263	366	847

表 3 は職場における健康増進対策に配分する予算の有無に関する設問に対する回答を示したもののだが、小規模事業所の実に 73.4%が「予算なし」と回答している一方で、大規模事業所の 69.1%が「予算あり」と回答している。事業所の規模に比例して、対策にあてる予算の有無の割合も変化していることが顕著である。

このような状況のなか、各事業所が実施している「職場における健康増進」の具体的方策はどのようなものであろうか。そのなかで、禁煙に関する具体的な活動は実施されているのだろうか。また、どの程度の割合で実施されているのだろうか。

次の調査結果は、14 の具体的活動が事業所の規模ごとにどの程度実施されているのかを示している。表 4 は、職場における健康増進の具体的方策となる 14 の具体的活動を挙げ、小規模、中規模、大規模の事業所ごとにどれだけの割合で各活動を実施しているのかについてまとめたものである。

事業所全体の平均を見てみると、禁煙・減煙に関する啓蒙活動は、平均して 70.6%の事業所が実施しており、活動のなかで実施されている順位としては、第 3 位となっている。啓蒙活動をしている事業所すべてが、必ずしも職場における禁煙を実施しているわけではないが、少なくとも、調査対象となったバンコクの事業所 973 ヶ所のうち 7 割が喫煙規制の必要性を認識していると解釈することができるだろう。職場における非喫煙者の健康保護に向けて具体的な動きがあることを意味しているといえるのではないだろうか。

<sup>18</sup> Ibid, p.3. 「表 3 : 事業所規模別 職場における健康増進対策への予算配分」を筆者が翻訳及び編集した。なお、回答を寄せた 973 ヶ所の事業所のうち、この設問に解答した事業所は、847 ヶ所。



表 4 : 健康増進のための活動<sup>19</sup>

( % )

活動	事業所の規模			平均
	小規模 (50人以下)	中規模 (51-199人)	大規模 (200人以上)	
年次定期健康診断	39.4	73.8	92.7	68.6
身体測定	14.0	27.3	37.3	26.2
環境管理・事故予防	66.8	89.1	97.3	84.7
運動の推奨	19.3	29.2	45.7	31.4
栄養に関する指導・管理	22.5	31.7	57.9	37.3
給食等昼食の支給	25.9	30.6	51.1	35.8
公衆衛生と食に関する 指導・管理	46.4	53.5	81.3	60.4
禁煙・減煙に関する啓蒙活動	60.5	70.9	80.5	70.6
薬物，アルコール等の 依存症に関する啓蒙活動	78.5	86.9	94.4	86.6
性感染症に関する啓蒙活動	30.1	43.0	63.5	45.5
口腔衛生に関する啓蒙活動	17.4	23.8	33.9	25.0
心の病の予防	22.1	28.0	39.2	29.7
女性労働者の健康管理				
—産前産後の妊婦ケア	24.4	29.8	50.8	35.0
—乳癌・子宮癌の検診と予防	16.1	24.6	42.1	27.6
腰痛・背中痛の予防とケア	25.0	40.4	56.2	40.5

<sup>19</sup> Ibid, p.3. 「表 4 : 事業所規模別 職場における健康増進具体策」を筆者が翻訳及び編集した。

## (2) 職場における喫煙規制の実例

では、次に職場における喫煙規制について、バンコク都の取り組み事例とある日系企業の取り組み事例を紹介する。

### ア バンコク都庁の取り組み事例<sup>20</sup>

バンコク都では、2007年11月、2008年からバンコク都の管理下にあるすべての職場を禁煙とすると決定した。施行される予定の規則は、バンコク都の管理する学校、診療所を含むすべての職場を禁煙とし、違反した職員に対しては、1992年の非喫煙者健康保護法(第11条)に基づき、2,000バーツ以下(約7,000円)の罰金に処す、というものである。

バンコク都保健局では、2005年、バンコク都の管理下にある学校や診療所を含むすべての職場を対象に、禁煙ゾーンを設定する取り組みを推進していたが、1,750ヶ所ある対象施設のなかでこのプログラムに参加したのは、わずかに310ヶ所であった<sup>21</sup>。

また、バンコク都の調査によれば、バンコク都庁第一庁舎の執務室200室、またバンコク都庁第二庁舎の執務室824室で喫煙が許可されていたことがわかった。また、駐車場は、喫煙者たちの格好の喫煙場所となっていることもわかった。

学校を含め、バンコク都の管理のもとにある職場において禁煙が進んでいないことについて、バンコク都副知事の Dr. Pensri Pichaisanith は、職員の習慣を変えることは非常に難しいことであること、また法令順守の監視システムがないために職場における禁煙が実現しないままであることを指摘している。また、そもそも職場における喫煙が禁止されていることさえ知らない職員がいることに触れ、職場における禁煙促進の啓蒙活動の必要性を述べている。

### イ 私企業の取り組み事例

次に、ある日系企業の例を紹介する。当該企業は、バンコクにオフィスを有する日系の大手製造業の販売部門で、オフィスの従業員は約500名である。E-Mailによるアンケート形式で情報を入手した。

当該企業の広報部門に対し、以下の項目でアンケート調査を行った。

オフィスの就業規則のなかに禁煙規則はあるか。

禁煙規則の内容はどのようなものか。

オフィスにおける禁煙規則は、いつから始まったか。

就業規則に影響を与えた法律、政策は何か。

喫煙ゾーンを設けているか。設けている場合、喫煙ゾーンの詳細な仕様は。

社員に対する健康管理プログラムを実施しているか。

職員に対し、禁煙を推進するプログラムを実施しているか、又は実施の予

<sup>20</sup> バンコク都の取り組みについては、新聞報道による。The Nation, 14 September, 2007.

<sup>21</sup> プロジェクトに参加したのは、バンコク都庁875ヶ所のオフィスのうち155ヶ所、区役所50ヶ所のうち45ヶ所、その他のバンコク都管理下のユニット390ヶ所のうち76ヶ所、バンコク都管理下の学校435ヶ所のうち34ヶ所となっている。(The Nation, 14 September, 2007.)

定はあるか。

アンケートの回答は次のとおりであった。

当該企業は、ほぼ 10 年前から政府による非喫煙者保護の動きを背景に、オフィス内の禁煙を就業規則として定め、職場内禁煙を実施している。喫煙者のためには、喫煙ルームをオフィスに 1 つ設置している。喫煙ルームは、10 m<sup>2</sup>の広さで、ドアが一つ、窓はなく、換気設備を 1 台設置している。

企業として実施している社員のための健康管理プログラムは、年に一度の健康診断である。一方、社員を対象とした禁煙推進プログラムは実施しておらず、またその予定もない。

当該企業についていえば、法令に従い、職場における分煙を実施しているものの、非喫煙者の健康保護、喫煙者の健康保護の観点での啓蒙活動までは実施されていないことがわかる。

バンコク都の事例と私企業一社だけの事例でタイの職場における喫煙規制を論じることはできないが、特に役所における対策は、まだ始まったばかりといえるだろう。但し、タイの場合、私企業のオフィスは空調設備の整った施設内にあることが多いが、役所については、空調設備のない施設も多々あるのが現状である。執務室には空調設備があっても、廊下には空調設備がない、という施設もよく見受けられることを考慮する必要がある（タイでは、廊下部分は外づけの回廊のようなつくりとなっている施設が多くある）。

## 5 おわりに

タイは、1992 年非喫煙者健康保護法の施行以来、公共の場における喫煙の禁止を軸に、WHO の方針に基づいた喫煙規制を進めてきた。しかし、それは同法の管轄官庁が公共保健省であることからわかるとおり、労働者保護の観点から進められてきたものでない。

職場における喫煙規制に限定してみれば、1992 年非喫煙者健康保護法の効果が見えているとはいいがたい。労働者の健康を守るという観点から、職場における喫煙規制が広がっていくためには、事業所の規模に関わらず非喫煙者保護の重要性を認識し、労働者保護の観点からその対策を実施していくことが必要となるであろう。また、そのためには、労働省、労働組合、事業者団体といった労働者保護に関連する各組織の協力体制の構築が必要となるであろう。また、非喫煙者保護法の履行を確保するための監視システムの構築が早急に求められることは言うまでもない。タイにおける職場の非喫煙者の健康保護対策は、改善の余地を多く残した発展途上の状態であるといえるであろう。

