わが国におけるたばこ規制の現状と課題

大阪府立成人病センターがん相談支援センター　所長　大　島　　明

Akira OSHIMA
1942年1月生
大阪大学医学部卒（1966年）
2007年3月大阪府立成人病センター定年退職
現在、同がん相談支援センター所長（非常勤）、日本禁煙推進医師歯科医師連盟会長
TEL：06-6972-1181 内線2314
FAX：06-6978-2821
E-mail：oosima-ak@mc.pref.osaka.jp

1．喫煙の健康影響

喫煙が、肺がんをはじめとする多くのがん、心臓病・脳卒中、慢性閉塞性肺疾患（COPD）など多くの疾患の原因であることは、今や、子どもを含めて多くの人が知っているが、先ず、喫煙の健康影響に関する事実を確認しよう。英米の疫学研究により喫煙の害を明らかにされたのは、1950年が初めてである。1950年米国のWynder博士は684例の組織学的根拠のある肺がん症例の喫煙歴を調査して、肺がん症例では対照症例よりも長期間で高度の喫煙歴があるものが多いことを示した。そして、英国のDoll博士たちによって1951年から開始された英国医師約４万人を対象とする追跡調査により、喫煙が肺がんだけでなく多くのがんや心筋梗塞・脳卒中などの多くの疾患の重要な原因であることが明らかにされた。1951年から50年間追跡した調査によって、次のことが明らかにされている。

- ●喫煙を継続すると、そのうち約半数は喫煙のために命を落とす。４分の１は中年期（35-69歳）に喫煙のため命を落とす。
- ●喫煙継続者では、非喫煙者に比べて平均で10年間寿命が短縮する。
- ●禁煙すると、健康は回復する。30歳で禁煙すれば平均で寿命は10年延長（すなわち非喫煙者と同じとなる）、40歳で禁煙すれば約９年、50歳で禁煙すれば約６年、60歳で禁煙すれば約３年、寿命は延長する、禁煙するのに遅すぎると言うことはない。

1962年には英国王立内科医学会の報告「喫煙と健康」、1964年には米国公衆衛生長官の報告「喫煙と健康」が公表された。そして、英国や米国ではたばこ規制の対策が開始され、喫煙率が減少するとともに、最近になって喫煙関連疾患の減少という成果を挙げている。

わが国にも、1965年から開始された平山博士の計画研究、そしてこれに続く厚生労働省大規模コホート研究や文部科学省コホート研究、NIPPON dataなどの疫学研究があり、これらは、欧米の研究に比し質的にも量的にも劣ってはいない。そして、1987年出版の厚生省編集の「喫煙と健康問題に関する報告書」において、喫煙が日本人の健康障害の重要な原因となっていることが確認された。しかし、わが国では、疫学研究の成果が、残念ながら、いまだに現実のたばこ規制の取り組みに結びついていない。

最近の例を挙げると、多くの国民の要望を受けて制定された2007年４月に施行されたがん対策基本法のもとで、がん対策推進基本計画が2007年６月に閣議決定され公表されたが、この計画の中で、単一で最大のがんの原因である喫煙の扱いは、米国や英国などのがん対策計画に比して極めて特異なものとなっている。計画策定の過程で、がん対策推進協議会の多くの委員が諸外国の計画と同様に成人喫煙率減少の数値目標を設定するべきと主張したにもかかわらず、がん対策推進基本計画には閣議の決定を求めなければならないという規定があるため（第９条第３項）、閣議決定は全会一致が原則であり、たばこ産業の健全な発展を目的とするたばこ事業法を所管する財務省の反対が予想されるという理由で、この目標に代わって未成年者喫煙率を３年間でゼロにする目標が盛り込まれた。この目標達成は極めて困難であることは

世界のこれまでの経験から明らかであり、たとえ３年間で目標達成したとして 10 年後のがん死亡率減少には結びつかないこともまた明らかである。

また、2008 年度から実施された特定健診・特定保健指導事業では、メタボリックシンドロームにのみ焦点があてられ、メタボリックシンドローム以上に重要な、がん、循環器疾患等の生活習慣病の原因である喫煙が軽視されている。特定健診特定保健指導事業の問題点は事業開始以前から多くの識者や日本公衆衛生学会から指摘され、事業開始後１年以上経過した現在においては、現場の担当者からその成果に関して強い疑問の声があがっている。

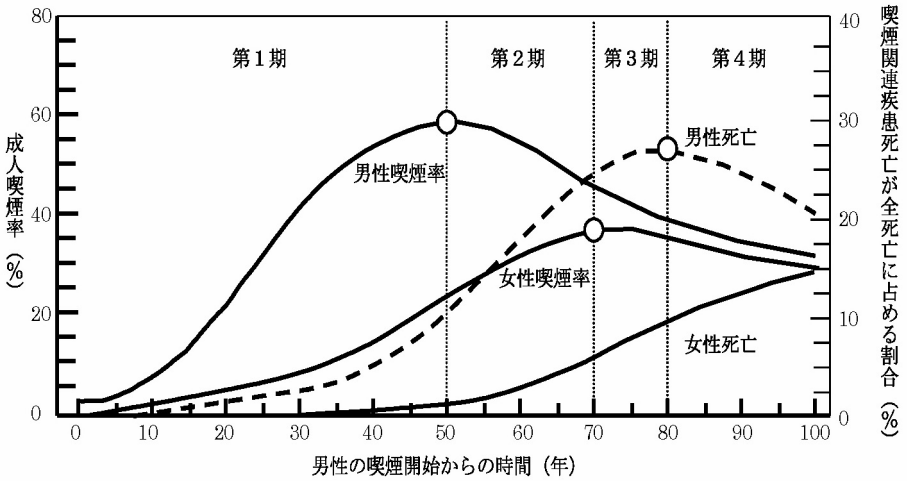
以上要するに、わが国でも、喫煙が予防しうる単一で最大の疾患・早死の原因であることは明らかにされているにもかかわらず、たばこと健康に関する情報提供・啓発普及を中心とした取り組みだけで、たばこ規制のための環境整備を怠ってきたことが問題である。

図１に、1997 年に Ramsroem が作成した喫煙と喫煙関連疾患死亡の流行モデルの図を示した。1997 年当時英国や米国は第４期にあったが、現在では、すでに第４期を過ぎて第５期に入りつつあると考えられる。これに対して、日本は、いまなお第３期にとどまっており、第４期に入ったと明確にはいえない状況にある。

２．わが国の喫煙と肺がんの現状

わが国成人男性の喫煙率は 1960 年代には約 80% であったが、その後漸減し、最近の厚生労働省国民健康栄養調査によると、1999 年には 50% を、2005 年には 40% を割り、39.3% になった（2007 年：39.4%）。これに対して成人女性の喫煙率は 10% 台で大きな変化なく推移している。年齢階級別に見ると、成人男性の喫煙率はすべての年代で減少傾向にあるが、2007 年の調査結果によると、20 代では 47.5%が、30 代では 55.6%が喫煙していた。他方、20 ～ 30 代の若い女性では 20%弱のままではっきりした減少傾向は認められていない。日本の成人男性における喫煙率（毎日喫煙）は、米国、オーストラリア、北欧諸国などに比べると約２倍で、先進国としては異常な高さにとどまっている（表１）。

英国、米国と日本の男性における肺がんの年齢調整死亡率の推移を見ると（図２）、英国では 1970 年ごろから、米国では 1990 年ごろから、



出典：Ramstroem LM. Prevalence and other dimensions of smoking in the world. *In* Bolliger CT and Fagerstroem KO (eds.) The Tobacco Epidemic. Kager, Basel, 1997

図１．喫煙と喫煙関連疾患の流行モデル

注：上記の喫煙と喫煙関連疾患死亡の流行モデルの図は、1997 年に Ramsroem が作成したもので、当時英国や米国は第４期（男性では喫煙率も喫煙関連死亡も減少、女性では喫煙率減少、喫煙関連疾患死亡増加）にあったが、現在では、すでに第４期を過ぎて次の第５期（男女とも喫煙率と喫煙関連疾患死亡が減少）に入りつつある。これに対して、日本は、いまなお第３期（男女とも喫煙率減少、喫煙関連疾患死亡増加）にとどまっており、第４期に入ったとまだ明確にはいえない状況にある。

表１．世界の主な国々における喫煙率

国	現喫煙 男	現喫煙 女	毎日喫煙 男	毎日喫煙 女
米国	26.3 %	21.5 %	20.9 %	16.5 %
英国	36.7	34.7	28.8	27.9
フランス	36.6	26.7	30.6	23.6
ドイツ	37.4	25.8	31.1	22.2
イタリア	32.8	19.2	29.1	15.5
スウェーデン	19.6	24.5	14.4	18.1
オーストラリア	27.7	21.8	21.8	15.6
中国	59.5	3.7	57.1	3.4
韓国	53.3	5.7	50.2	4.8
日本	44.3	14.3	41.0	11.1

資料：WHO　M－POWER report, 2008
喫煙の定義は、紙巻タバコ、葉巻、パイプ等すべてのタバコの喫煙
年齢調整の標準人口はWHO 標準人口

注：日本においても喫煙の害をよく知る医師の喫煙率は低い。男性医師で 15.0%、女性医師で 4.6%（2008 年日本医師会調査）

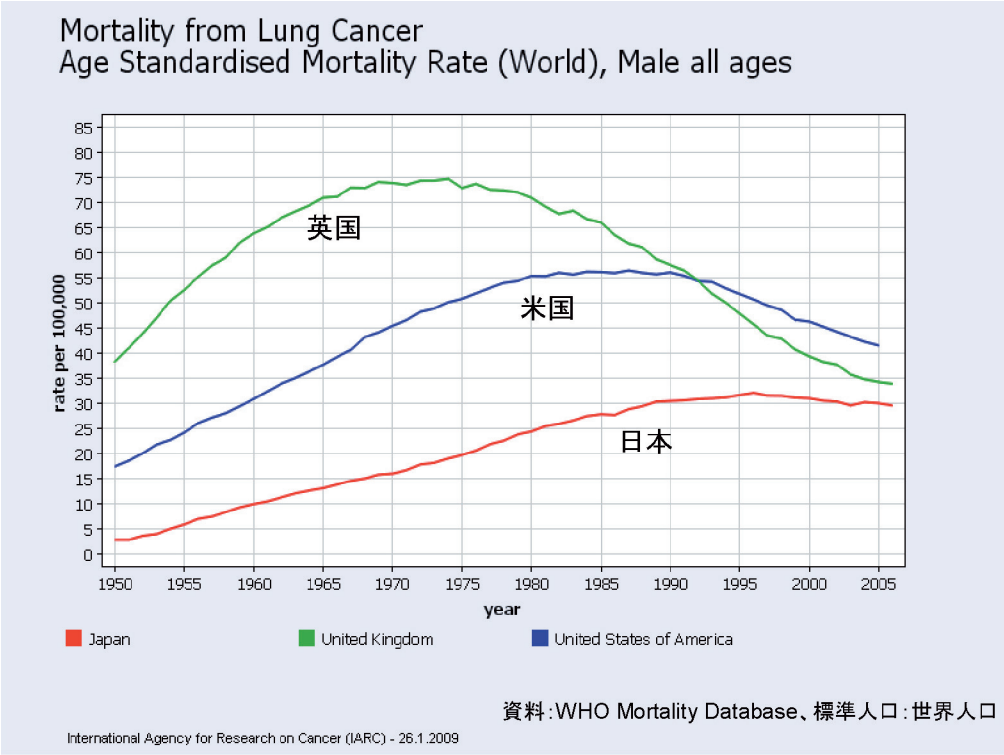


図２．英国・米国・日本の肺がん年齢調整死亡率の推移（男性）

いずれも減少している。これに対して、日本の男性の肺がん年齢調整死亡率は 1995 年まで増加し、その後 2003 年までゆるやかな減少傾向にある。特別のたばこ規制対策を実施しなくてもこのまま減少が続いて、いずれ英国や米国のように肺がん死亡率が減少して行くと楽観的な見方も出来たか

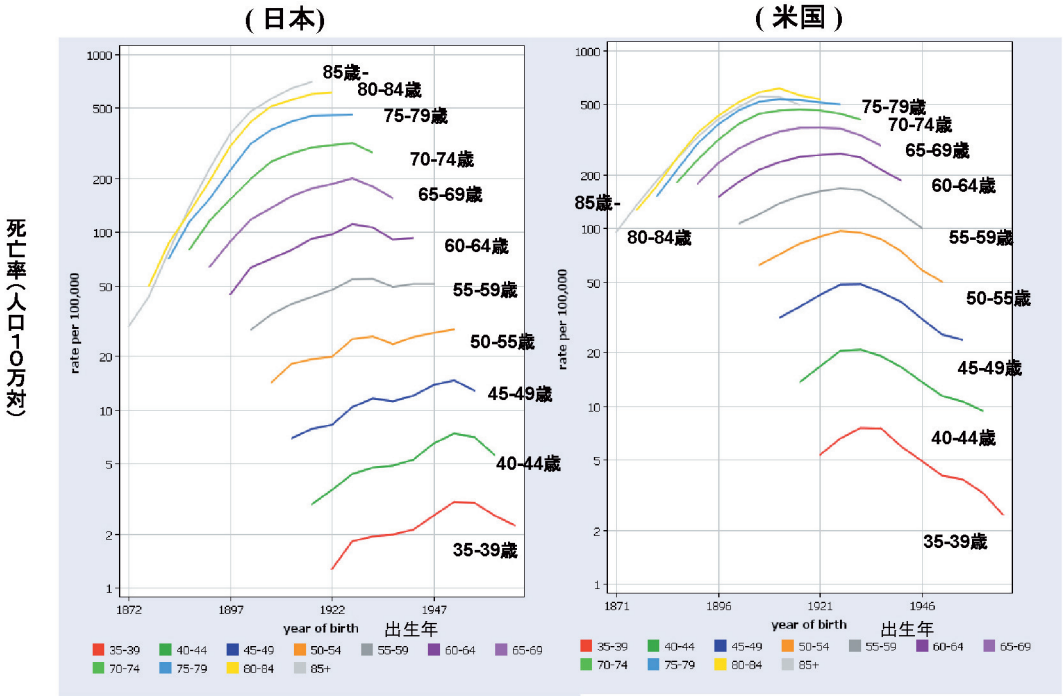
もしれない。しかし、肺がんの年齢調整死亡率は2004年には反転して増加に転じた。このような米国には見られないパターンは、日本の男性の1937年を中心とする出生年のものに見られるくぼみのため（図３）で、この世代のたばこの消費が戦争の影響のため前後の世代に比べて少なかったことが原因と考えられる。肺がん死亡率がこれまでの対策の延長で減少するとはいえず、このままでは反転増加して行くと予測される。これを回避するには、喫煙者への禁煙の働きかけが特に重要である。

３．わが国のたばこ規制対策の評価

欧米先進国では喫煙による健康被害が確実となった1960年代半ばから、まず喫煙の健康影響に関する情報提供、次いで個人を対象とした禁煙支援と喫煙防止教育を実施し、さらに広告規制、禁煙場所の拡大、たばこ税引き上げなどの環境整備や法的規制を含む強力な対策を展開して、喫煙率の大幅な減少に成功し、これに伴って肺がんをはじめとする喫煙関連疾患による死亡率の減少という成果を挙げてきた。さらに、1999年以降は、国際的な協調のもと地球規模でたばこ規制に取り組むため、WHOの「たばこ規制枠組み条約」（Framework Convention on Tobacco Control, FCTC）の制定に取り組んできた。FCTCは2003年５月の世界保健総会において全会一致で採択され、2005年２月27日に発効した。

日本政府は2004年３月10日、98番目の国としてFCTCに署名し、FCTC締結について国会による全会一致での可決・承認を得て、６月９日に19番目の国として批准した。しかし、多くのFCTC批准国がFCTCの規定に沿ってたばこ規制の取り組みを進めている中で、日本の取組みは、締約国でありながら大きく後れをとっている。

WHOが2008年に出版した「世界のたばこの流行に関する報告（MPOWER政策パッケージ）」では、M（Monitor tobacco use and prevention policies、たばこの使用と防止策の監視）、P（Protect people from tobacco smoke、たば



（資料：WHO Mortality Database）

図３．生年別、年齢階級別肺がん死亡率の推移、日米の比較（男性）

注：日本では、1937年出生年のものを中心にくぼみが認められるが、米国では認められない。米国では、今後も順調に肺がん死亡率が減少して行くと考えられるのに対して、日本では、現在の喫煙状況が続くと、肺がん死亡率は反転増加すると予測される。

この煙からの保護)、O（Offer help to quit tobacco use、禁煙支援の提供)、W（Warn about the dangers of tobacco、たばこの危険に関する警告)、E（Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship、たばこ広告、販売促進及び後援の禁止法制化の施行)、R（Raise taxes on tobacco、たばこ税の引上げ）の各分野でたばこ流行の阻止のために実施するべき政策の展開に関して解説するとともに、各国の取り組みを４段階で評価した結果を示しているが、日本はO（禁煙支援の提供）を除きいずれも極めて低い評価を受けている。

４．たばこ規制の喫緊の課題

表２には、禁煙領域の取り組みの評価指標の国際比較を行った結果を示した。喫煙者のうち、禁煙したい者の割合と準備期（今後１ヵ月以内に禁煙しようと考えている）の者の割合は、日本では英国や米国に比べて少ない。また、過去１年間に１日以上禁煙を試行した禁煙試行者の率も日本では、英国や米国に比べ低い。さらに禁煙者割合、すなわち禁煙者／（禁煙者＋喫煙者）は、日本ではいまだ30%前後にとどまっているが、英国や米国ではこの割合は50%前後であり、日本では喫煙経験者のうちの禁煙者が相対的に少ないことがわかる。喫煙者を禁煙させて喫煙率を減少させるためには、喫煙者に禁煙を動機づける環境の整備（特に、たばこ税・価格の大幅引上げと職場・公共の場所における喫煙の法的規制、たばこの警告表示の強化）と、禁煙を動機づけられた喫煙者が禁煙支援に容易にアクセスできる仕組みの確立の双方が必須である。以下、これらの分野におけるたばこ規制の喫緊の課題について述べる。

（１）たばこ税・価格の引き上げ

FCTC第５条は、たばこ税・価格の引上げを規定している。MPOWER 政策パッケージに示された、最も売れ筋の１箱20本入りたばこ価格の国別のデータによると、日本では300円（2.46国際ドル、2006年の購買力平価で調整）で、これは、英国では5.23ポンド（8.68国際ドル)、フランス5.00ユーロ（5.73国際ドル)、ドイツ4.44ユーロ（5.01国際ドル)、オーストラリア9.13豪ドル（6.52国際ドル)、カナダ8.53カナダドル（6.71国際ドル）などに比べて極めて安い。なお、米国のたばこ価格、たばこ税は州によって異なるが、米ニューヨーク州では2008年６月２日からたばこ税金が引き上げられ、全米一の税額、１箱あたり2.75ドルになり、この増税でたばこ価格は１箱あたり最高で10ドル（ニューヨーク市）となっている。

厚生労働省は、平成20年度の要望項目では、「『たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約』の批

表２．禁煙領域の取組みの評価指標の国際比較

指標		日本（2005年）	米国（報告年）	英国（2005年報告）
短期	禁煙したいものの割合	59	70（2002年）	72
	準備期の割合	11	20（1995年）	12
中期	禁煙試行率（過去1年以内、1日以上）	18	41（2000年）	29
	禁煙の薬剤を用いた禁煙試行率	2	22（2000年）	17
長期	禁煙者/（現喫煙者＋禁煙者） 男性	35（2006年）	56（2005年）	54
	女性	31（2006年）	53（2005年）	49

出典：中村正和．厚生科学研究費補助金循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業下光班平成18年度分担研究報告書、ただし、日本の禁煙者/(現喫煙者＋禁煙者）のデータは2006年国民健康栄養調査による

准国としてたばこ対策を強力に進めていくことが求められていることや、『健康日本21』において成人の喫煙に関する目標が設定され、「がん対策推進基本計画」においてもたばこ対策が重要な位置づけとされていることを踏まえ、喫煙率の減少のためにたばこ税及び地方たばこ税の税率を引き上げる」とした。2007年10月には、禁煙推進議員連盟がたばこ税・価格の大幅引上げの決議を行った。さらに、2008年6月には、「たばこと健康を考える議員連盟」が設立され、たばこ1箱1000円を目指して活動をおこなった。朝日新聞、毎日新聞などのメディアは、その社説などでこの動きに賛意を示した。2008年12月には、日本医師会、日本歯科医師会、日本看護協会、日本薬剤師会、日本癌学会、日本内科学会、日本公衆衛生学会など医学会、日本対がん協会などの保健医療組織、日本禁煙推進医師歯科医師連盟などの運動団体、癌とともに生きる会、日本がん患者支援機構などが連名で、自民党税制調査会に「たばこ税の引上げに関する意見書」を提出した。残念ながら、2009年度におけるたばこ税の引上げの要望は与党の受け入れるところとはならなかったが、世論のさらなる盛り上がりを背景に、2010年度中に実現することを期待する。

（2）受動喫煙防止のための法的規制

受動喫煙による健康障害に関しては、平山の1981年の研究発表以降多くの症例対照研究やコホート研究が行われた。そして2004年には国際がん研究所（IARC）のモノグラフが、受動喫煙による肺がんについてのエビデンスをレビューして、受動喫煙が肺がんの原因であると認定した。さらに、2006年の米国公衆衛生長官報告書では、受動喫煙が、肺がんのほかに、心筋梗塞、急性下気道感染症（小児）、気管支喘息の発病と悪化（小児）、中耳炎（小児）、低体重児出生、乳幼児突然死症候群などの原因であるとしている。

喫煙規制の取組みは、受動喫煙による健康障害が明らかにされることによって質的に大きく転換した。すなわち、喫煙するかしないかは個人の選択の問題ではなくなり、受動喫煙防止のために職場や公的場所を禁煙とする法的規制が多くの国、地域で実施されるようになった。そして、今や、受動喫煙の法的規制の実施によって、受動喫煙の曝露が減少し、その結果として心筋梗塞が減少することも明らかにされている。日本では、2003年5月から施行された健康増進法の第25条に「学校、体育館、病院、劇場、観覧場、集会場、展示場、百貨店、事務所、官公庁施設、飲食店その他の多数の者が利用する施設を管理する者は、これらを利用するものについて、受動喫煙を防止するため必要な措置を講ずるように努めなければならない」として受動喫煙防止の規定が盛り込まれた。この規定は、世論の支持をバックに2005年の施行以降、医療施設や教育施設の敷地内禁煙、役所の屋内禁煙が拡がるなど一定の成果をあげたが、施設の管理者に対する罰則のない努力義務規定でしかないため、限界がある。アイルランド、ニュージーランド、ウルグアイ、イラン、英国などの多くの国やカナダ、オーストラリア、米国の多くの州では、屋内の職場・公共の場所をレストランやバーを含め100%全面禁煙とする法的規制を実施している。わが国でもFCTC第8条（受動喫煙の防止）の規定にそって、屋内の職場や公共の場所ならびにタクシーを含む公共交通機関での全面禁煙を明示し、罰則つきの強制力を伴う法的整備を進める必要がある。

国の受動喫煙防止の法的規制の取組みが遅れている中で、神奈川県が松沢知事の強い指導性のもと2009年3月24日「公共的施設における受動喫煙防止条例」を制定したことは注目される。全国の各都道府県においても神奈川県に続いて受動喫煙防止のための罰則つきの屋内施設禁煙条例を制定するよう、そして国レベルでの法的規制に結びつけるよう働きかけることが、当面の重要な課題である。

（3）たばこパッケージの警告表示の強化

世界禁煙デーは、1988年にWHO（世界保健機関）が定めたもので、毎年5月31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送り、WHOがたばこ病の流行と闘うために何をしているか、世界中の人々が健康と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ことができるかを知らせてきた。2009年の世界禁煙デーのテーマはTobacco Health Warnings（厚生労働省の訳では、「警告！たばこの健康被害」であったが、「た

ばこ包装警告表示」とするのが正しい）であった。図４に、今年の世界禁煙デーに向けてWHOが制作したポスターを示した。

図４．2009年世界禁煙デーのポスター（WHO）

図５．日本のたばこ包装の「注意文言」

たばこ警告表示は国際的にはどんどん画像入りの新しいものが登場しているのに対して、日本の「注意表示」（図５）は、FCTC第11条（たばこ製品の包装及びラベル）が求める「大きく、明瞭で視認及び判読の可能なもの」とは決していえない。たとえば、英国が2008年10月１日から採用した、新しい警告表示では、１）たばこ包装の前面30%以上に(i) "Smoking kills" (ii) "Smoking seriously harms you and others around you"の２種類の文をローテーションで載せる。２）裏面の40%以上に14種類の画像をローテーションで載せる（図６にそのうち６種類を示した）。３）鮮明に読み取れる文字を使い、警告表示の周りに上記の面積以外に３～４ミリの黒枠をつける、となっている。カナダ、ブラジル、シンガポール、タイ、ベネズエラ、ヨルダン、オーストラリア、ウルグアイ、パナマ、ベルギー、チリ、ニュージーランド、英国など多くの国が画像入りの警告表示を採用する中で、日本の「注意文言」の立ち遅れがますます目立つようになっている。

（４）禁煙治療・禁煙支援の普及

FCTCの第14条（禁煙治療の普及）の規定を受けて2006年度の診療報酬の改定に合わせ、「ニコチン依存症管理料の新設」が実現した。これはFCTC発効後これまでに日本において実現した、唯一の評価できる取組みである。2006年６月にはニコチンパッチの薬価収載が実現し、2008年５月にはバレニクリンの薬価収載も実現した。

ニコチン依存症管理料算定保険医療機関は、2008年１月現在、8,000弱であるが、全国の病院数8,800弱、一般診療所数10万弱に比べると、まだまだ少ないし、ニコチン依存症管理料のもとで禁煙治療を受けている推定喫煙者数約29万人（１施設あたりの１ヶ月の初診の患者数は2.92人、2006年11月を用いて推定）は日本の喫煙者総数約3000万人の1%でしかない。従って、禁煙治療の質の維持・向上と普及が大きな課題である。

さらに、医療の場に行かなくても禁煙を希望する喫煙者に対する支援の仕組みを整備することが今後は必要であると考える。これには、地域や職域で広く実施されている健診・検診の場における禁煙支援の充実や無料の電話相談（Quitline）の整備などが含まれる。特に、2008年度から実施された特定健診・特定保健指導事業は、メタボリックシンドロームにのみ焦点があてられているが、喫煙はメタボリックシンドローム以上に重要な、がん、循環器疾患等の生活習慣病の原因である。しかも、禁煙治療・禁煙支援の有効性は確立している。特定健診・特定保健指導の必須要素として、禁煙を採り入れるように早急に手直しするべきである。

以上、わが国のたばこ規制の現状と課題を述べた。たばこ規制の推進は、「人々の健康は健康的な環境づくりから」（WHO神戸センターの目指すところ）のまさに最適の事例である。まとめに代えて、WHOの「世界のたばこ流行に関する報告」に示

された言葉からいくつかピックアップすることとする。

●世界のすべての国において、この完全に予防可能な流行を反転させることが、公衆衛生および政治的主導者の最優先課題として位置づけられるべきである（WHO 事務局長 Dr マーガレット・チャン）。

●たばこは今や、世界の主な死亡原因である。喫煙を減らす確実な方法が存在するにもかかわらず、政策決定者はこうした介入措置を未だ採用していていない（ニューヨーク市長マイケル R. ブルームバーグ）。

●知識だけでは十分でない。適用しなければいけない。意志だけでは十分でない。行動しなければいけない（ヨハン・ヴォルフガング・フォン・ゲーテ（1749 – 1832））。

喫煙者は早死にする。

喫煙は致死的な疾患の肺がんの原因である。

喫煙は緩慢で苦痛に満ちた死亡の原因となる。

喫煙は皮膚の老化の原因である。

喫煙は血流を減少させインポの原因となりうる。

子どもを守ろう：あなたのたばこの煙を子どもに吸わせないようにしよう。

図 6．英国のたばこ包装に掲載されている画像（14 種類のうち 6 種類）