



わが国におけるたばこ規制の現状と課題(続報)

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
 1966年 大阪大学医学部卒業
 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

2012年5月31日の日本WHO協会主催の第2回禁煙セミナーで「わが国におけるたばこ規制の現状と課題」の演題で講演しましたが、すでに第41号(2009年秋号)に同じタイトルで寄稿しています(<http://www.japan-who.or.jp/library/2009/book4104.pdf>)ので、本稿では重複を避け、まず2009年9月から2012年8月までの3年弱の間のたばこ規制に関する動きを述べ、次にWHOの最新の報告書(2011年)における日本のたばこ規制の取組みの評価を紹介して、最後にわが国のたばこ規制の喫緊の課題についての私見を示すこととします。

図1. 2010年 WHO世界禁煙デーのテーマ「ジェンダーとたばこ ~女性向けのマーケティングに重点を置いて~」に沿って WHO が作成したポスターの例



1. 2009年9月から2012年8月までの3年弱の間のたばこ 規制に関する動き

●WHO 世界禁煙デー

5月31日のWHO世界禁煙デーには、毎年決められたテーマに沿っての重点的な催しが行われます。2010年は Gender and tobacco with an emphasis on marketing to women (ジェンダーとたばこ~女性向けのマーケティングに重点を置いて~)、2011年は The WHO Framework Convention on Tobacco Control (たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約)、2012年は Stop Tobacco industry

図2. 2011年のWHO世界禁煙デーのポスター



命を救う3つの道具として、消火器、救命浮輪と並んで、FCTCが示されている

図3. 2012年のWHO世界禁煙デーのポスター (WHO神戸センターが日本語を追加している)



(ポスターの下にある文字の拡大)

Tobacco industry tactics to undermine tobacco control must be exposed and resisted.

たばこ規制を弱体化させるたばこ産業の策動を見極め立ち向かう

interference (たばこ産業の干渉を阻止しよう)がテーマでした。それぞれの年にWHOが作成したポスターを図1,2,3に示しました。

●WHO による MPOWER 第3版の発行

WHOは、2008年、2009年に引き続き、2011年7月にMPOWERとニックネームがつけられた、たばこ流行に関する報告書第3版(1)を公表しました。日本は2004年6月にたばこの規制に関する世界保健機関枠組条約(FCTC)を批准しながら、たばこ規制の取組みは大きく立ち遅れたままとなっており、この報告書においても、多くの項目で最低ランクに評価されています。日本の取組みの評価に関しては、次節において詳しく見ることとします。

●ランセット及び PLoS Medicine の Ikeda 論文の発表

世界的に権威ある英医学誌ランセットが「日本の国民皆保険達成から50年」を記念して、2011年8月30日オンライン版に日本特集号を公表しました(2)。日本は、第二次世界大戦後の混乱期を乗り越え、1970年代後半までに世界有数の平均寿命を誇るようになりました(2009年の日本人の平均寿命は、女性は86.4歳で世界1位、男性は79.6歳で世界5位)。1961年に国民皆保険制度が導入されて以来保険の給付がますます平等とな

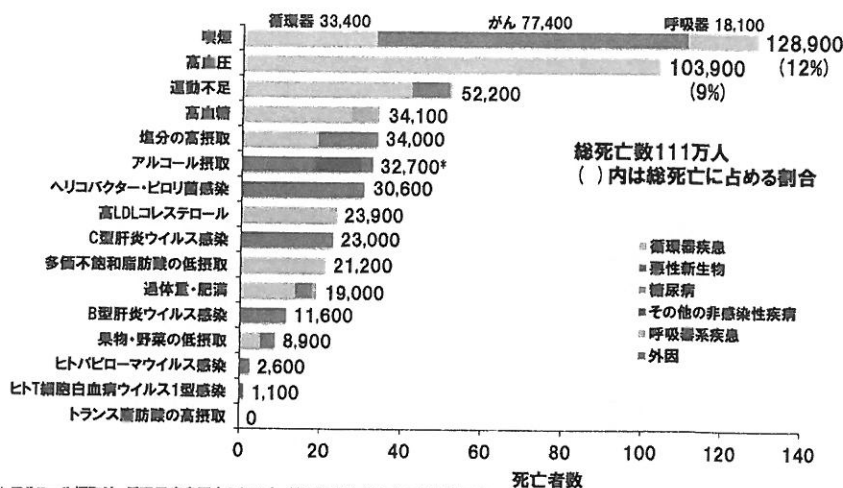
る一方で、医療費はGDPの8.5%(2008年、OECD諸国で20位)と比較的低い水準に抑えられてきています。この特集号の中のIkeda論文では、「1960年代半ば以降は、減塩キャンペーンなど国民レベルの啓発運動とともに、降圧剤など費用対効果の高い医療技術が国民皆保険もあって普及し、血圧の管理が改善した。その結果、脳血管疾患による死亡率が低下し、日本人の平均寿命はさらに延び続けた」としています。

同誌のコメント欄でクリストファー・マレー先生は、日本の経済停滞、政治の混乱、高齢化に加え、たばこ規制の不十分さを指摘して「対策をとらなければ世界での平均寿命の順位が下がる可能性がある」としています。また森臨太郎先生は、保健医療政策において科学的根拠に基づく手法を採用するよう提言しています。両先生は、「科学的根拠に基づき各種のたばこ規制の取組みを推進している欧米先進国に大きく後れている日本の健康指標は、このままでは今後悪くなる」と危惧しているのです。

2012年1月 PLoS Medicine に発表されたIkeda論文(3)は、予防可能な要因に起因する非感染性疾患及び外傷による成人死亡を詳しく分析しています。図4は、Ikeda論文(2,3)に示された図とデータを用いて中村正和先生(大阪がん循環器病予防センター)が注を入れたものです。喫煙による死亡は12.9万人で、成人死亡の最大のリスク要因であることがわかります。

図4. わが国におけるリスク要因別の関連死亡者数 (出典:Ikeda 2011, Ikeda 2012、中村正和改変)

わが国におけるリスク要因別の関連死亡者数—男女計(2007年)



* アルコール摂取は、循環器疾患死亡2,000人、糖尿病死亡100人の予防効果が推計値として報告されているが、圖には含めていない。

Ikeda論文では、過去数十年では、喫煙に関連するがん死亡者数が高齢者において増加する一方、高血圧に関連する脳卒中死亡者数は減少傾向にあることを明らかにしました。さらに、生涯喫煙率は1930年代後半に出生し終戦直後の貧困を経験した世代で一時的に減少した後、1950年代の出生コホートまで上昇を続けたとするMarugame論文(4)を引用して、「有効な政策介入が行われなければ、喫煙に関連した死亡の増加傾向は、少なくとも1950年代後半の出生コホートが80歳を迎える2030年代まで続く可能性があると考えられる」とし、「国民の健康を改善するためには、政策立案者は喫煙が喫煙者自身のみならず非喫煙者の健康に及ぼす影響を的確に評価した一層厳格な禁煙対策を実施する必要があります。」と述べています。

●がん対策推進基本計画(変更)の閣議決定、健康日本21(第2次)の大臣告示

2012年6月8日がん対策推進基本計画(変更)が閣議決定され、7月10日には厚生労働大臣が「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」(「二十一世紀における第二次国民健康づくり運動(健康日本21(第2次))」)を告示しました。これまでの計画ではたばこ分野において「未成年者の喫煙率をゼロにする」という目標だけしかなかったのに対して、これら2つの計画では、2022年度までに禁煙希望者が禁煙することにより「成人喫煙率を12%とすること」を目標に加えました。さらに、受動喫煙の機会を有する者の割合の低下(行政機関:0%、医療機関:0%、家庭:3%、飲食店:15%、いずれも2022年度まで)を目標とし、職場については、事業者

が「全面禁煙」又は「喫煙室を設けそれ以外を禁煙」のいずれかの措置を講じることにより、2020年までに受動喫煙の無い職場を実現することを目標とする、としています。FCTCの締約国の一員として、FCTCの完全履行に向けて大きな一歩を踏み出したように思われますが、この目標を実現するための具体的な取り組みこそが大きな課題です。これに関しては最後の節で詳しく検討することとします。

2. MPOWER第3版における日本のたばこ規制の取り組みの評価

表1に、各国のたばこ規制の取り組みを評価したMPOWER 2011年版から、日本の取り組みの評価を英国のそれと対比して示しました。この報告書では、2010年のたばこ規制の取り組みが4段階で評価されているので、表では優、良、可、不可と表示しました。

日本はFCTCを批准したので、FCTCの各条項を誠実に履行する国際的な責務を負っていますが、いまだに不十分な取り組みにとどまっています。とくに、P(受動喫煙防止のための法的規制)やW(反たばこのマスメディア・キャンペーン)そしてE(たばこ広告・販売促進・後援の禁止)に至っては不可(4段階評価で最低ランク)と厳しい評価を受けています。なお、O(禁煙支援・禁煙治療)では、日本は2006年度から禁煙治療に健康保険が適用されるようになりましたが、途上国を含めて多くの国で普及している無料の禁煙電話相談(Quitline)の仕組みがないため、優ではなく良と評価されています。また、W(警告表示)では日本は小さな文字だけで画像なしの警告表示ですが、パッケージの主要な面の面積の30%を

表1. 日本のたばこ規制対策の評価、2010年(参考:英国との比較)

| | 日本 | 英国 |
|------------------------|----|----|
| M (たばこ使用と政策のモニタリング) | 優 | 優 |
| P (受動喫煙防止のための法的規制) | 不可 | 優 |
| O (禁煙支援・禁煙治療) | 良 | 優 |
| W (警告表示) | 可 | 良 |
| W (反たばこのマスメディア・キャンペーン) | 不可 | 優 |
| E (たばこの広告・販売促進・後援の禁止) | 不可 | 良 |
| R (たばこ税の引き上げ) | 良 | 優 |

MPOWER 2011では2010年のたばこ規制の取組みが4段階で評価されているので、優、良、可、不可と表示した。(出典:WHO Report on the global Tobacco Epidemic, 2011)

表2. 喫煙率(現在喫煙者)の国際比較 (2009年)

| 国 | 男女計 | 男 | 女 | 国 | 男女計 | 男 | 女 |
|-------|-----|----|----|----------|-----|----|----|
| ロシア | 42 | 59 | 24 | イタリア | 26 | 33 | 19 |
| スペイン | 32 | 36 | 27 | フィンランド | 25 | 28 | 22 |
| フランス | 31 | 36 | 27 | ニュージーランド | 25 | 27 | 24 |
| ノルウェー | 30 | 31 | 28 | タイ | 24 | 45 | 33 |
| ドイツ | 29 | 33 | 25 | 英国 | 24 | 25 | 23 |
| フィリピン | 29 | 47 | 10 | オーストラリア | 21 | 22 | 19 |
| 米国 | 29 | 33 | 25 | シンガポール | 21 | 35 | 6 |
| 中国 | 27 | 51 | 2 | カナダ | 20 | 24 | 17 |
| 日本 | 27 | 42 | 12 | ブラジル | 17 | 22 | 13 |

注:WHO標準人口で年齢調整した喫煙率
(資料:WHO MPOWER 3 report, 2011)

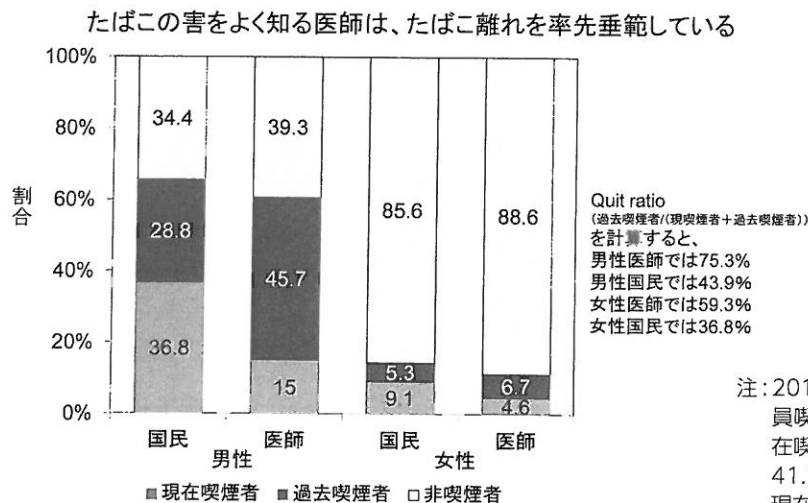
占めているので可と判定され、R(たばこ税の引き上げ)はたばこ税が小売価格の63%を占めており、51-75%の範囲に入っているので良と判定されています。

これに対して英国では、1962年の王立内科医学会報告書「喫煙と健康」の出版以降一連のたばこ規制の取り組みが組織的に行われてきました。このため、M(たばこ使用と政策のモニタリング)、P(受動喫煙防止のための法的規制)、O(禁煙支援・禁煙治療)、W(反たばこのマスメディア・キャンペーン)、R(たばこ税の引き上げ)で優(4段階評価で最高ランク)と評価されています。W(警告表示)で優でなく良と評価されているのは、警告表示の面積が前面30%、後面40%、平均35%で50%以上で

はないためであり、E(たばこの広告・販売促進・後援の禁止)で良と評価されているのは売り場・店頭での広告が禁止されていないためです。英国では、受動喫煙防止のための法的規制、たばこ税・価格の引き上げ、たばこ広告の禁止、政府によるマスメディアによる反たばこキャンペーンなどの環境整備による喫煙者への禁煙の働きかけと、禁煙に動機づけられた喫煙者に対するQuitline や NHS Stop Smoking Services による禁煙支援・禁煙治療とを組み合わせた取り組みにより、喫煙率の減少とそれに伴う肺がんなどの喫煙関連疾患の減少と言う成果を挙げています。

このような「公衆衛生モデル」と「医学モデル」とのバ

図5. 医師と一般国民の喫煙率の比較 (日本)



注:2012年8月29日に公表された第4回日本医師会喫煙意識調査報告によると、男性医師では、現在喫煙者12.5%、過去喫煙者46.3%、非喫煙者41.2%で quit ratio は79.1%、女性医師では、現在喫煙者2.9%、過去喫煙者8.9%、非喫煙者88.2%で、quit ratio は75.4%であった。

(出典:2008年国民健康栄養調査および2008年日本医師会喫煙意識調査)

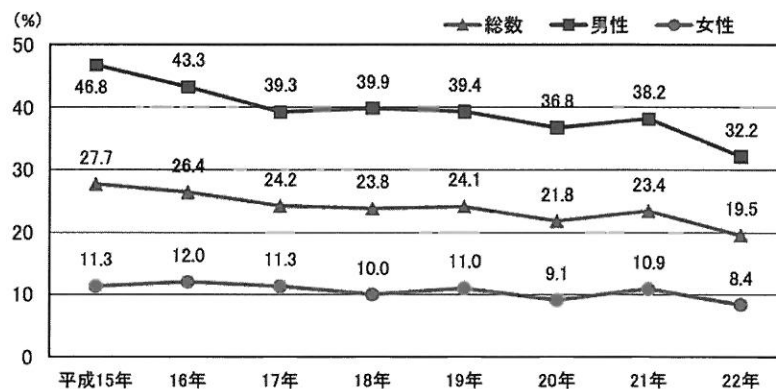
表3. 最も売れ筋のたばこ価格の国際比較 (2010年)

| 国 | 米ドル | 税の占める割合 (%) | 国 | 米ドル | 税の占める割合 (%) |
|----------|------|-------------|-----------|-------------|-------------|
| シンガポール | 1.30 | 67 | フィンランド | 4.59 | 79 |
| 英国 | 9.36 | 77 | スペイン | 4.41 | 78 |
| ノルウェー | 8.19 | 72 | イタリア | 4.21 | 75 |
| オーストラリア | 7.74 | 64 | タイ | 3.38 | 69 |
| ニュージーランド | 6.95 | 72 | 日本 | 2.71 | 63 |
| カナダ | 6.61 | 67 | ブラジル | 1.96 | 60 |
| フランス | 6.15 | 80 | ロシア | 1.53 | 35 |
| ドイツ | 5.74 | 74 | 中国 | 1.29 | 20 |
| 米国 | 5.72 | 45 | フィリピン | 0.90 | 63 |

(資料:WHO MPOWER 3 report, 2011)

図6. わが国における喫煙率(現在習慣的に喫煙しているものの割合)の最近の推移

※現在習慣的に喫煙している者：これまで合計100本以上又は6ヶ月以上たばこを吸っている(吸っていた)者のうち、「この1ヶ月間に毎日又は時々たばこを吸っている」と回答した者



(出典:「平成22年国民健康・栄養調査結果の概要」)

ランスのとれた取り組みは、英国のような発展国だけでなく、タイやウルグアイなどの発展途上国でも実施され成果を挙げています。なお、ウルグアイのたばこ規制の取り組みは、左派連合「拡大戦線」への政権交代によって誕生した元腫瘍専門医のバスケス大統領(任期:2005年3月から2010年3月)のもとで展開されました。

ところで、日本のM(たばこ使用と政策のモニタリング)は優と評価されていますが、それは発展国として当然のことで問題はその内容です。主な国における成人の喫煙率(2009年)を表2に示しました。日本の男性における喫煙率は減少しつつありますが、先進国の中では異常に高い数値にとどまっています。

図5では、医師と一般国民の喫煙率を比較しました。医師の喫煙率が一般国民の約2分の1であること、また、

医師における quit ratio (過去喫煙者/(過去喫煙者+現喫煙者))が、男性で約75%、女性約60%で一般国民よりもはるかに高く、たばこの害をよく知る医師においてたばこ離れが進んでいることを示しています。日本の一般国民では quit ratio はまだ40%弱にとどまっていますが、米国での quit ratio は2002年以降50%を超えています。これは、日本における従来のたばこの害の啓発・普及中心の取り組みの限界を示すもので、今後は喫煙者を禁煙に動機づける環境整備が必要であると考えます。

日本のR(たばこ税の引き上げ)は、税の占める割合が63%であるので良と評価されましたが、表3に最も売れ筋のたばこの価格(2010年)の国際比較を示しました。日本の価格は、2010年10月のたばこ税・価格の引き上げ前のもの(引き上げ前は300円、引き上げ後は410

円)ですが、それを考慮に入れても日本の価格は国際的に見て非常に安く、2倍以上、1000円にまで価格を引き上げる余地は十分にあると考えます。

3. わが国におけるたばこ規制対策の喫緊の課題

喫煙者に禁煙を動機づけるための環境整備に関しては、日本は大きく立ち遅れています。しかし、2010年10月のたばこ税・価格の大幅引き上げによって、成人喫煙率は前年の23.4%から19.5%へ、男性では38.2%から32.2%へと大きく減少しました(図6)。

このような大きな効果を知ったからには、しかもたばこ税の引き上げは喫煙率の減少だけではなく、たばこ税収の増加と、たばこ価格の便乗引き上げに伴うJT株の値上がりに象徴されるようにたばこ業界の利益にもつながり、関係者すべてに win-win となり実現可能性が高いことも知ったからには、たばこ税大幅引き上げの継続を働きかけていく必要があります。なお、平成22年度税制改正大綱では、「たばこ税については、国民の健康の観点から、たばこの消費を抑制するため、将来に向かって、税率を引き上げていく必要があります」とされており、平成23年度及び24年度の税制改正大綱においても同様の記述がありました。平成25年度の税制改正においてはたばこ税の引き上げを実現すべきだと考えます。

また、がん対策推進基本計画(変更)や健康日本21(第2次)において受動喫煙防止を目標に掲げるからには、外国の先事例に倣って、施設管理者の自主規制にゆだねるのではなく、屋内100%完全禁煙のための罰則付きの法的規制を実現しなければなりません。表4に示したように、米国の各州での屋内禁煙法の対象は、政

府の職場、病院、公共交通機関からだんだん広がって、民間の職場、さらにはレストラン、バーも含まれるようになってきたことがわかります(CDCのSTATEシステムから、学校の敷地内禁煙の状況を公立学校、私立学校、公立大学、私立大学別にみることができるところでは省略)。これに倣って、役所、医療機関、学校、公共交通機関を対象とした屋内完全禁煙の法的規制(罰則付き、学校は教育上の配慮から敷地内禁煙)から始めて、だんだん対象施設を拡げていき、最終的にはレストラン、バーをも含む、例外なしの「受動喫煙のない職場・公共の場所」の実現を図るべきだと考えます。

最後に、たばこのパッケージの警告表示について、今年3月から全面実施されたカナダの例を図7に示します。画像入りで、パッケージの面積の50%以上の警告表示を有する国は、MPOWER第3版によると、2010年当時すでに19カ国で世界人口の約15%をカバーしていました。各国の画像入りの警告表示は、PICTURE BASED-CIGARETTE WARNINGSのサイトから見るができます(www.smoke-free.ca/warnings/default.htm)。今年12月から実施されるオーストラリアのたばこのパッケージでは、画像が前面の75%、裏面の90%を占めるだけでなく、たばこブランドのロゴやブランド・イメージをカラーで示すことは禁止されブランド名がプレーンで示されるだけとなります。なお、米国では今年9月から画像入りの警告表示となる予定でしたが、8月24日、ワシントンの米連邦控訴裁判所が、たばこのパッケージに画像入り警告の表示を義務付けることは違憲との判断を示しました。この件の審理は、最高裁に持ち越されることになりそうです。ところで、日本の警告表示は、細

表4. 米国の各州における屋内禁煙法の状況 (2012年第2四半期、出典:米国CDCのSTATEシステム)

| | 規制のある州 | | | 計 | 規制のない州 |
|---------|-----------------|-----------------------|-----------|----|--------|
| | 100%完全禁煙 | 分離された換気つき の場所での喫煙可 | 指定場所での喫煙可 | | |
| 政府機関の職場 | 36*(8, 11, 17) | 4 | 8 | 48 | 3 |
| 病院 | 33*(5, 5, 14) | 2 | 11 | 46 | 5 |
| 公共交通機関 | 40*(15, 16, 22) | 1 | 6 | 47 | 4 |
| 壁で囲まれた | | | | | |
| アリーナ | 33*(2, 2, 11) | 2 | 7 | 42 | 9 |
| モール | 31*(1, 1, 9) | 2 | 4 | 37 | 14 |
| 民間の職場 | 33*(0, 0, 9) | 2 | 6 | 41 | 10 |
| レストラン | 32*(1, 1, 10) | 5 | 6 | 43 | 8 |
| バー | 27*(0, 0, 6) | 3 | 2 | 32 | 19 |

100%完全禁煙のセルの中の()内の3つの数値は、1995年、2000年、2005年の各第4四半期におけるものである。*はワシントンD.Cを含む。

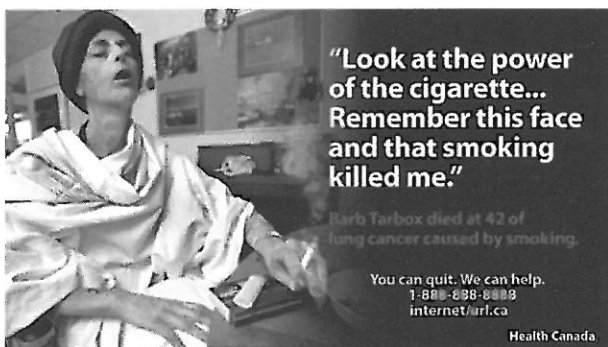
かい字だけで画像なしですが、この分野においても日本の取組みは世界標準から大きく外れていることをぜひ知ってほしいと思います。

図7. カナダで2012年6月19日から全面的に採用されたタバコパッケージの警告表示の例



これが肺がんで死ぬということだ。42歳で喫煙による肺がんのため死亡したBarb Tarboxの写真

- ①警告表示の大きさは75%
- ②健康影響の説明書
- ③有害成分の表示



たばこの力を見よ・・・
この顔、そして私が喫煙のため殺されたことを忘れないで

文献

1. WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco. WHO, 2011 (http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/index.html)
2. ランセット日本特集号: 国民皆保険達成から50年、2011年9月1日刊行(日本語訳) (<http://www.jcie.or.jp/japan/csc/ghhs/lancetjapan/>)。この特集の中のIkeda論文は <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/series/japan/series1.pdf>
3. Ikeda N, Inoue M, Iso H, Ikeda S, Satoh T et al. (2012) Adult Mortality Attributable to Preventable Risk Factors for Non-Communicable Diseases and Injuries in Japan: A Comparative Risk Assessment. PLoS Med 9(1): e1001160. doi:10.1371/journal.pmed.1001160 (http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001160?utm_source=feedburner&utm_medium=feed&utm_campaign=Feed%3A+plosmedicine%2FNewArticles+%28Ambra+-+Medicine+New+Articles%29) (Supporting Information の項から日本語訳も見ることができる)
4. Marugame T, Kamo K, Sobue T et al. Trends in smoking by birth cohorts born between 1900 and 1977 in Japan. Preventive Medicine 2006; 42: 120 - 127





Terumo Medical Pranex®

知のコラボレーション



オペ室



ホスピタルスタジオ



人間工学ラボ



大研修室

人にやさしい医療の創造と普及へ

テルモメディカルプラネックスは、医療の技術とテルモのモノづくりの融合から
新たな価値を生み出す、知のコラボレーションの拠点です。

最先端の設備と「開発」「検証」「研修」「連携」「交流」の機能を持つこの施設で、
医療を支える皆様とともに未来に向けた活動を展開していきます。

