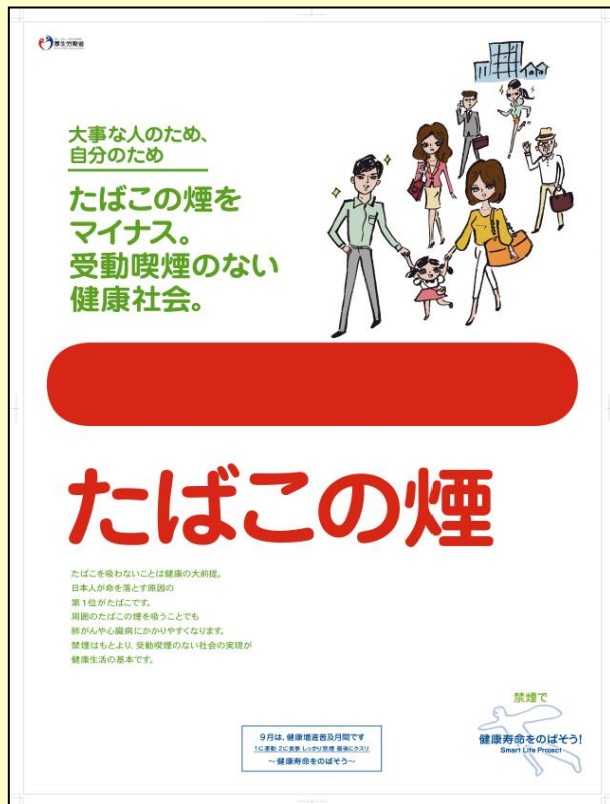


第13回全国禁煙推進研究会

2013世界禁煙デー熊本フォーラム(2013年6月9日)

禁煙を推進する環境整備と受動喫煙防止



大阪がん循環器病予防センター 予防推進部 中村正和

(厚労省:平成24年度 健康増進普及月間ポスター)

全国禁煙推進研究会の開催状況

研究会 開催回数	開催年月日	開催地	主催団体	会長	実行委員長	参加者数
第1回	平成11年5月14, 15日	名古屋市	厚生省、愛知県、名古屋市、(財)愛知県肺癌対策協会	富永祐民 (愛知県がんセンター 研究所長)	通木俊逸 (愛知県肺がん対策協会理事 兼事務局長)	約350人
第2回	平成12年5月26日	大阪市	厚生省、大阪府、いきいき府民健康づくり推進委員会	大島明 (大阪府立成人病センター 調査部長)	中村正和 (大阪がん予防検診センター 調査部長)	約400人
第3回	平成13年5月19日	広島市	厚生労働省、広島県、広島市(社)広島県医師会、(財)広島県環境保健協会	真田幸三 (広島県医師会長)	岩森茂 (広島市立安佐市民病院 名誉院長)	約250人
第4回	平成16年6月5日	鹿児島市	鹿児島県医師会、鹿児島県歯科医師会 他17団体	——	宮田晃一郎 (鹿児島大学名誉教授)	約300人
第5回	平成17年6月11日	奈良市	厚生労働省、奈良県、奈良市、他5団体	吉田修 (奈良県立医大学長)	高橋裕子 (奈良女子大学教授)	約560人
第6回	平成18年5月20日	和歌山市	厚生労働省、和歌山県、和歌山県医師会他13 団体	——	大森豊緑 (和歌山県保健福祉部技監)	約200人
第7回	平成19年6月2日	つくば市	厚生労働省、茨城県、茨城県医師会	原中勝征 (茨城県医師会長)	平間敬文 (茨城県医師会理事)	約250人
第8回	平成20年5月31日	横浜市	厚生労働省、がん克服シンポジウム実行委員会 (7機関)	増沢成幸 (神奈川県医師会理事)	——	約200人
第9回	平成21年5月23日	京都市	厚生労働省、京都府、京都市、京都府医師会、 NPO法人京都禁煙推進研究会	森洋一 (京都府医師会長)	田中善紹 (NPO法人京都禁煙推進研究会)	約170人
第10回	平成22年5月22日	岐阜市	厚生労働省、岐阜県、(社)岐阜県医師会、 (社)岐阜県歯科医師会他4団体	小林博 (岐阜県医師会長)	藤原久義 (岐阜大学名誉教授、 全国禁煙推進研究会顧問)	約450人
第11回	平成23年5月21日	高松市	厚生労働省、香川県、香川県医師会、香川県歯 科医師会他6団体	森下立昭 (香川県医師会長)	森田純二 (木村内科・呼吸器科医院 名誉院長)	約500人
第12回	平成24年5月27日	山形市	厚生労働省、山形県、山形市、山形県医師会、 山形県歯科医師会他4団体	有海躬行 (山形県医師会長)	大竹修一 (NPO法人山形県喫煙問題研究会 会長)	約650人
第13回	平成25年6月9日	熊本市	厚生労働省、熊本県医師会、熊本県歯科医師 会、熊本県薬剤師会他3団体	福田 綱 (熊本県医師会長)	橋本洋一郎 (くまもと禁煙推進フォーラム代表)	約500人

喫煙率 10年後に12%

がん対策 政府が初の数値目標

政府は8日、政府の計画としては初めて喫煙率低減の数値目標を盛り込んだ「次期がん対策推進基本計画」を閣議決定した。10年の調査で19・5%の成人喫煙率を22年度までに4割近く引き下げ、12%を目指す。

厚生労働省の10年の調査によると、成人の喫煙率は19・5%（男性32・2%、女性8・4%）。「たばこをや

めたい」との回答者（37・6%）全員が禁煙すると喫煙率は12・2%になるため、今後10年間の目標値とした。受動喫煙の機会がある割合も、飲食店で現在の50・1%を15%、家庭で同10・7%を3%、行政と医療機関で0%までの低減を目指す。

07年に策定された初の本基本計画で喫煙率半減の導入が見送られるなど、厚労省による数

値目標の設定は業界やたばこ税を所管する財務省などの壁に阻まれてきた。 【井崎憲】

喫煙の目標設定の考え方

健康寿命の延伸・健康格差の縮小

生活の質の向上

社会環境の質の向上

がん、循環器疾患、COPD、
糖尿病等の予防
要介護状態の予防

次世代の健康
の確保

受動喫煙への曝露状況の改善

○受動喫煙の機会を有する者の
割合の低下

行政機関(月1回) 16.9%→0%

医療機関(月1回) 13.3%→0%

受動喫煙のない職場

家庭(毎日) 10.7%→3%

飲食店(月1回) 50.1%→15%

喫煙率の低下

○成人の喫煙率の低下(19.5%→12%)

○未成年者の喫煙をなくす(0.9~8.6%→0%)

○妊娠中の喫煙をなくす(5.0%→0%)

〈生活習慣の改善〉

〈社会環境の改善〉

たばこ規制枠組条約に基づく取組の推進

(受動喫煙の防止、禁煙支援・治療の普及、たばこ価格・税の引き上げ等)

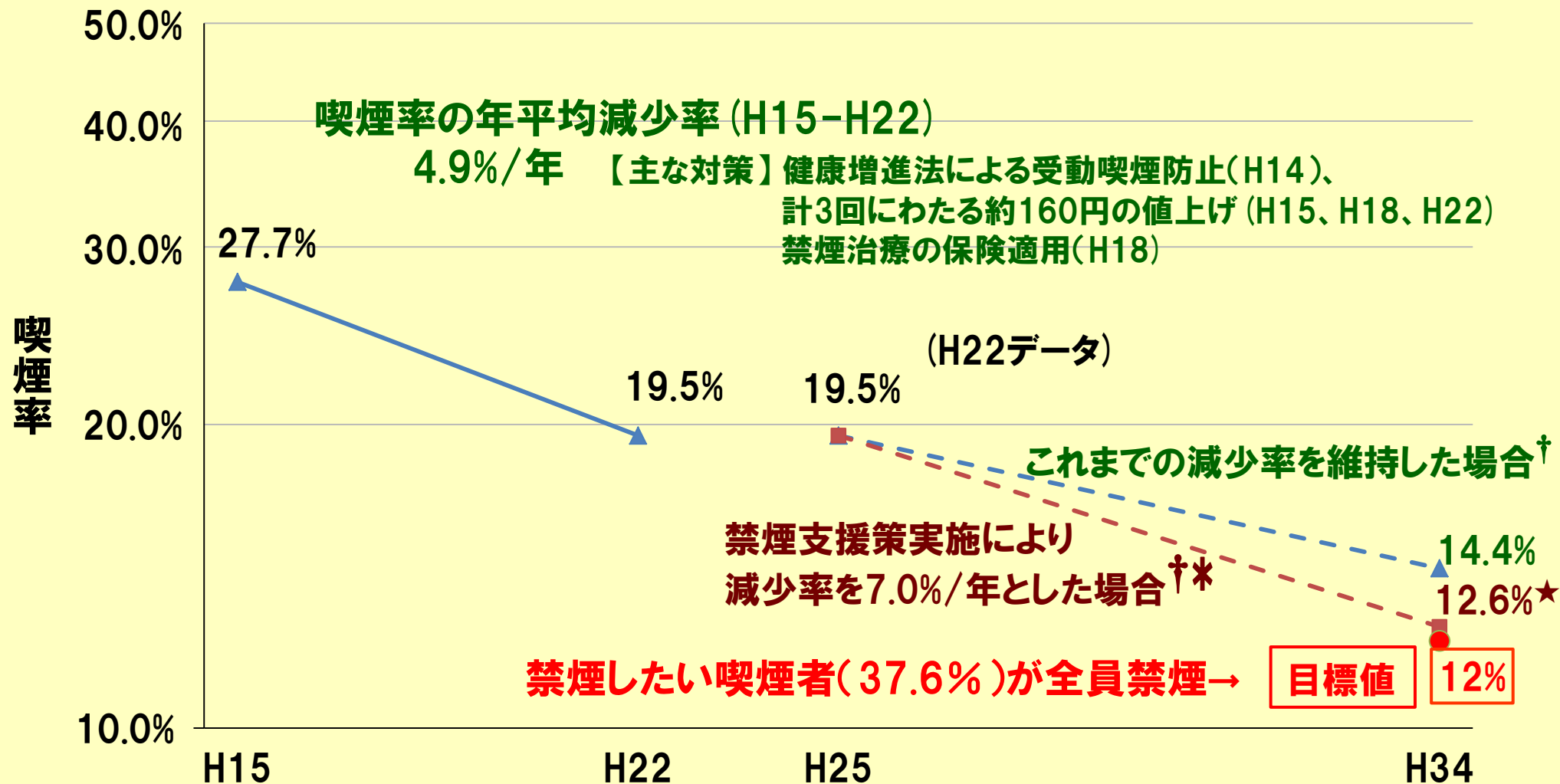
次期健康日本21における 受動喫煙の曝露の低下目標

項目	現状(現状値の年)	目標(目標値の年)
行政機関(月1回)	16.9% (平成20年)	0% (平成32年)
医療機関(月1回)	13.3% (平成20年)	0% (平成32年)
職場 (禁煙・分煙化の 事業所の割合)	64% (平成23年)	新成長戦略 受動喫煙のない職場の実現 (平成30年)
家庭(毎日)	10.7% (平成22年)	3%* (平成32年)
飲食店(月1回)	50.1% (平成22年)	15%* (平成32年)

* 喫煙率が低下すると、受動喫煙の割合も自然に低下するため、半減させる基準値は、現在、家庭、飲食店で受動喫煙の機会を有する者の割合に、禁煙希望者(37.6%)が禁煙した場合の割合を減じた割合

(厚労省「次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会」資料を基に作成)

成人喫煙率の目標値達成のための禁煙支援策とその効果予測

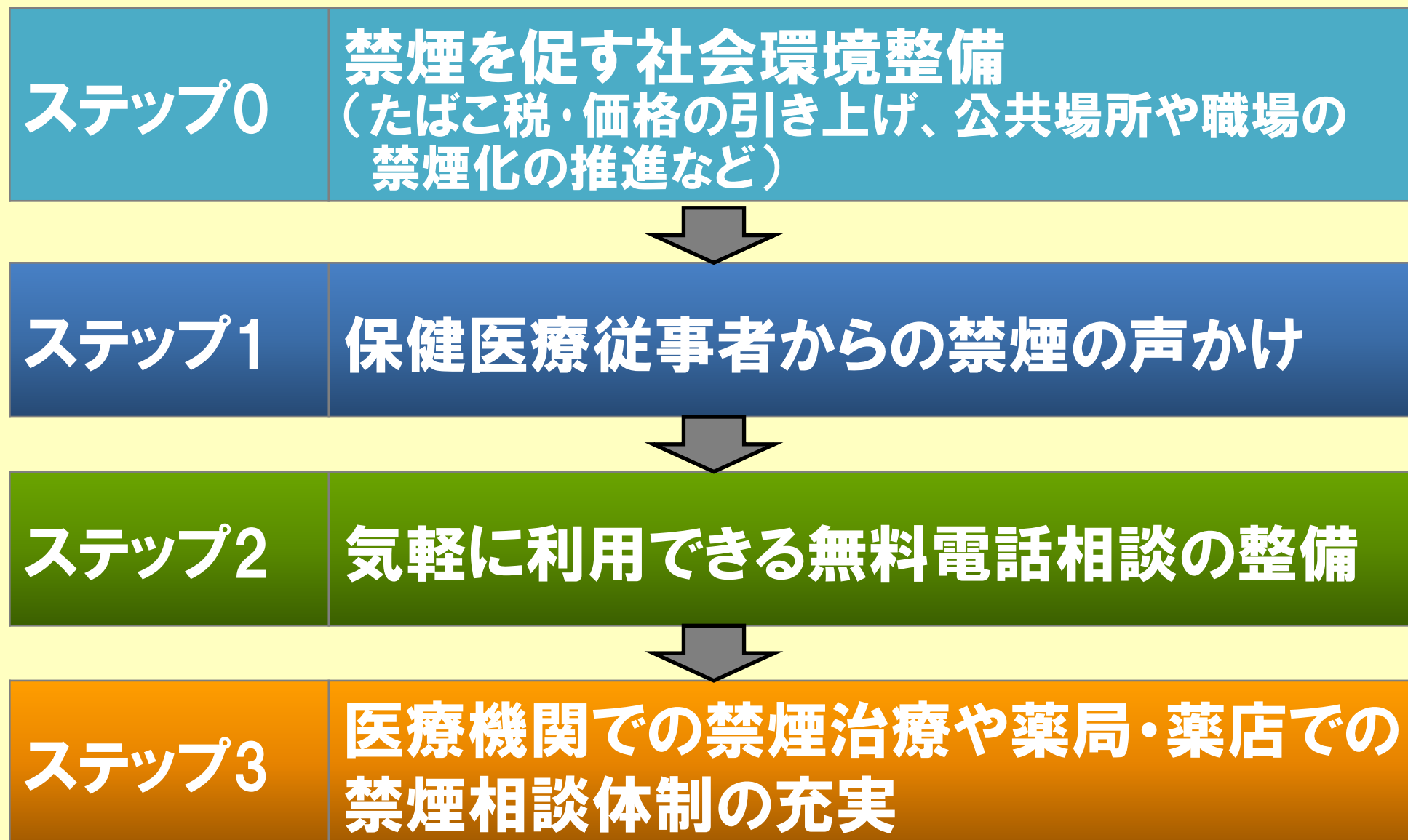


† 喫煙率の減少率の減衰を年10%と仮定。

* 禁煙支援策として、喫煙者全員に健診等(がん検診や人間ドックを含む)の場で短時間の禁煙アドバイスを実施して、その結果、禁煙試行した喫煙者の57%が禁煙治療や禁煙補助薬を利用すると仮定。

★ 健診等の場に限らず、医療の場や薬局・薬店等のあらゆる機会を捉えて全喫煙者に対して短時間の禁煙アドバイスを実施した場合は、喫煙率が11.8%まで減少。

成人喫煙率12%達成のための環境整備



第2期特定健診・特定保健指導における 喫煙の保健指導の強化

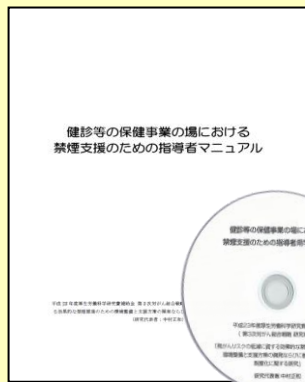
■厚労省「標準的な健診・保健指導プログラム」

「**血圧及び喫煙については、虚血性心疾患や脳血管疾患の発症リスクとして重視すべき項目であるため、健診当日を含め、面接での対応を強化することが求められる。特に喫煙者に対しては、禁煙支援および積極的な禁煙外来の利用を促すことが望ましい。**」

※簡易禁煙支援マニュアル

※喫煙へのフィードバック文例集

■厚労省「禁煙支援マニュアル」 (第二版)の発行



禁煙支援マニュアル
(第二版)

厚生労働省 健康局
がん対策・健康増進課編

標準的な健診・保健指導 プログラム (確定版)

健診結果とそ
喫煙に関するフィードバック文例集
下記の1と2の情報提供を組み合わせ

1. 禁煙の重要性を高めるための情報

①血圧高値の場合

喫煙と高血圧は日本人が命を落とす二大原因であることがわかっています。喫煙と高血圧が重なると、いずれも該当しない人と比べて、約4倍、脳卒中や心臓病で命を落とす危険が高まります。この健診を機会に禁煙されることをお勧めします。

②脂質異常の場合

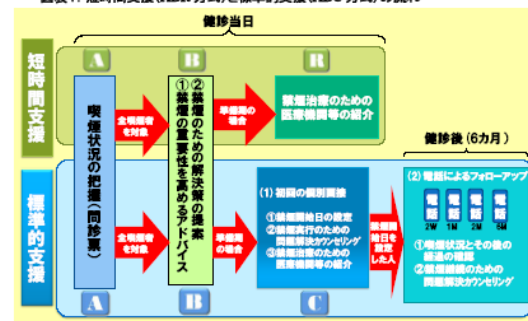
喫煙すると、血液中の善玉(HDL)コレステロールが減少したり、中性脂肪や悪玉(LDL)コレステロールが増加することがわかっています。また、喫煙と脂質異常が重なると、動脈硬化がさらに進んで、脳梗塞や心筋梗塞にかかりやすくなります。この健診を機会に禁煙されることをお勧めします。

保健指導のための禁煙支援簡易マニュアル

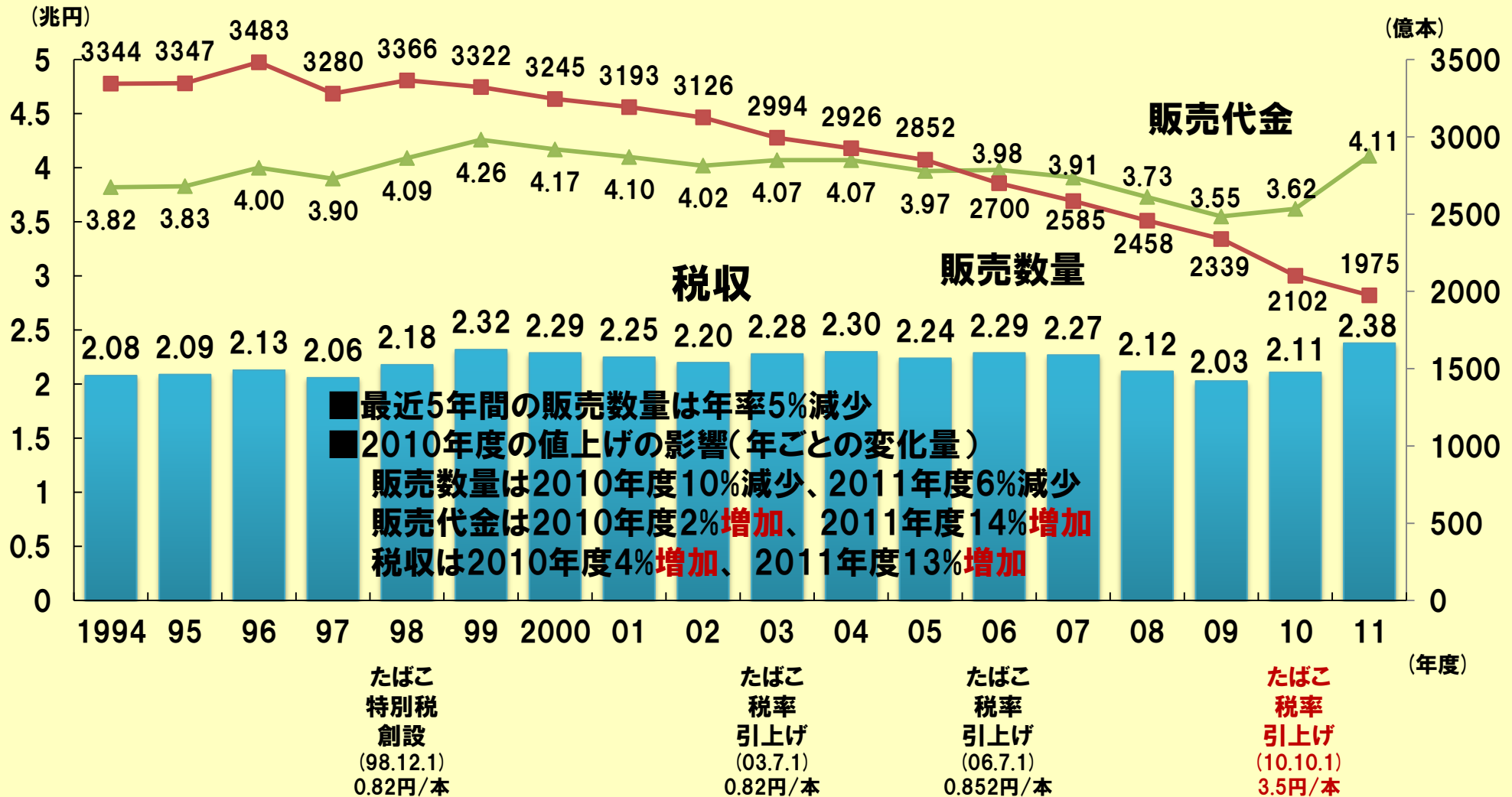
1. 健診・保健指導での禁煙支援の取り組み方

健診・保健指導の場での禁煙支援は、メタボリックシンドロームの有無やリスクの大小に関わらず、全ての喫煙者を対象として行うことが重要です。
特定健診やがん検診の場など、禁煙支援の時間が確保できない場合は「短時間支援」、事後指導の場など禁煙支援の時間が確保できる場合は「標準的支援」を行います。短時間支援と標準的支援の流れを図表1に示します。

図表1. 短時間支援(ABR方式)と標準的支援(ABC方式)の流れ



たばこ税等の税金と紙巻たばこの販売数量・代金の推移



- (備考) 1. 国のたばこ税等の税金は2010年度まで決算額。
 2. 地方のたばこ税の税金は2010年度まで決算額。
 3. 紙巻たばこの販売数量と販売代金は、日本たばこ協会調べによる。

所得と喫煙率の関係(20歳以上)

低所得ほど習慣病リスク

国民健康調査 喫煙率は2割切る

世帯所得が低いほど、朝食を欠かしたり、運動習慣がなかったりするなど、生活習慣に問題がある人の割合が高くなる傾向があることが31日、厚生労働省の平成22年国民健康・栄養調査で分かった。

生活習慣に問題があると、脳卒中や高血圧症、糖尿病といった生活習慣病のリスクが高まる。厚生省は「所得が低いほどバランスのいい食事がとれず、健康

への配慮ができていないのでは」と分析しており、25年度から始まる「次期健康づくり計画」で格差縮小を図る施策を打ち出す方針。調査は22年11月に実施。生活習慣と所得の関係は、世帯所得を200万円未満▽200万円以上600万円未満▽600万円以上に分けて調べた。

それによると、成人の習慣的な喫煙者の割合は男女ともに世帯所得が低いほど

高く、肥満(BMI)体格指数25以上)の人や運動習慣がない人の割合は女性で、習慣的に朝食を食べない人の割合は男性で、それぞれ高くなった。野菜の摂取量も、男女とも世帯所得が低いほど少なかった。

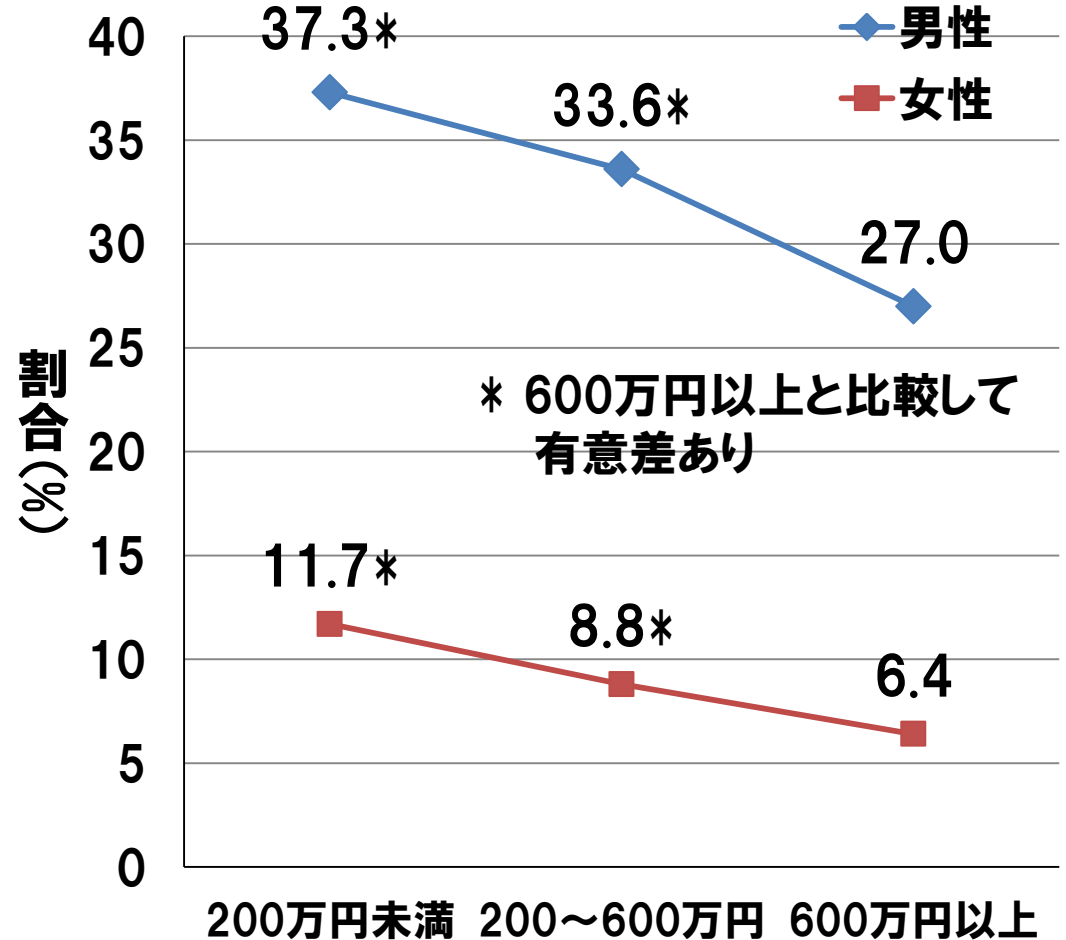
一方、全体の習慣的喫煙者の割合は前年比3・9%減の19・5%で、初めて2割を切った。喫煙者のうち禁煙希望者は同比3・4%増の37・6%で過去最高。

生活習慣と世帯所得の関係は…

	※数字は%		
	200万円未満	200万円以上600万円未満	600万円以上
肥満 (女性)	25.6	21.0	13.2
習慣的に朝食を食べない (男性)	20.7	18.6	15.1
運動習慣がない (女性)	72.9	72.1	67.7
現在習慣的に喫煙 (男性)	37.3	33.6	27.0
現在習慣的に喫煙 (女性)	11.7	8.8	6.4

これを受け、厚生省は次期健康づくり計画に、禁煙希望者全員が禁煙に成功した場合の喫煙率「12・2%」を34年度までの目標値として明記する方針。次期がん対策推進基本計画にも同じ目標値を盛り込む。

喫煙



日本のたばこ規制対策の現状－2010年時点

	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規制)	不可	優
O (禁煙支援・治療)	良	優
W (たばこの危険性の警告表示)	可	良
W (マスメディア・キャンペーン)	不可	優
E (たばこの広告・販促・後援の禁止)	不可	良
R (たばこ税の引き上げ)	良	優

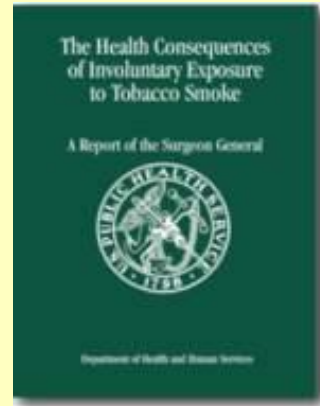
(注) 2010年のたばこ規制の取組みが4段階で評価されているので、優、良、可、不可と表示した。

日本の評価に関する説明:P(受動喫煙防止のための法規制)は国レベルで建物内全面禁煙を定める法規制がないため不可、O(禁煙支援・治療)は禁煙治療の保険適用がなされているものの、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、W(警告表示)は小さな文字だけで画像なしの警告表示であるがパッケージの面積の30%を占めているので良、R(たばこ税の引き上げ)はたばこ税が小売価格の51-75%を占めているので良と判定された。

受動喫煙の健康影響に関する科学的根拠

海外

米国保健省
公衆衛生総監報告書
2006年
「論争は終わり」



カリフォルニア州
環境保護局 (EPA)
2005年
「安全域なし」

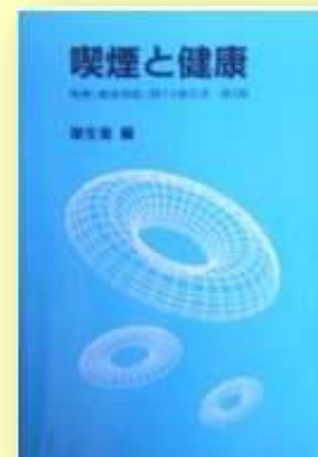


国内

厚生省編
「喫煙と健康問題に
関する報告書」



1987年



1993年



2002年*

* 厚生労働省健康局長の要請により同検討会が報告書を作成

The 2006 Surgeon General's Report

“The debate is over. The science is clear. Secondhand smoke is a serious health hazard that causes premature death and disease in children and nonsmoking adults.”

「論争はおわり。科学的な事実は明らか。受動喫煙は子どもやたばこを吸わない成人に、早死や病気を引き起こし、深刻な健康障害をもたらす。」



日本たばこ産業の主張

受動喫煙の健康影響は科学的に証明されていない

- **受動喫煙と、肺がんや虚血性心疾患などの発生との関連性は、大部分の疫学研究において、統計的に有意な結果は示されておらず、科学的に説得力のある証明がなされていない。**
- **しかしながら、たばこを吸われない方々にとって、受動喫煙はしばしば迷惑となりうると考えております。**

（第2回兵庫県「受動喫煙防止対策検討委員会」におけるJTの意見陳述要旨より）

受動喫煙は分煙対策で解決できる

■私どもはこの問題を解決し、**たばこを吸われる方、吸われない方の協調ある共存社会の実現**を目指して、

- **喫煙マナー向上並びに分煙推進のための啓発活動**
 - **モデルルームとなる快適な分煙環境の整備**
 - **ビルオーナーや施設管理者を対象とした分煙コンサルティング**
 - **各施設の喫煙環境を掲示し、事前に利用者にお知らせする店頭表示活動、**
- などの活動を積極的に実施しております。

【インタビュー】日本たばこ産業次期社長・小泉光臣さん(55)

喫煙スペースの確保も課題になっている

「つくって売るだけの時代ではないので、今まで以上に力を入れる。清掃など既存の喫煙所の維持を含め、今年度は少なくとも100億円の予算を投じる。行政や交通機関、オフィスビルなどと連携しながら整備する」

日本たばこ産業による分煙コンサルティング

繁盛する
飲食店の
たばこ対策

たばこを
吸う人にも吸わない人にも
快適な店のづくり方

【飲食店経営】チーム分煙

分煙モデル店舗
これで完璧！
分かりやすい店頭表示
分煙するために、何が
いくらかかる？

商業界



分煙コンサルタントの仕事

たばこを吸われる方のために、
吸われない方のために、
より良い分煙環境の整備をお手伝いする

日本たばこ産業株式会社 事業本部
渉外グループ 社会環境推進部 課長
下田悦三氏



JTは、たばこを吸われる方と吸われない方が共存できる社会の実現を目指しています。そのためには、たばこを吸われる方はもちろん、たばこを吸われない方にも配慮した快適な分煙環境が求められます。当社では、25支店に140人強の分煙コンサルタントを擁して、施設内での分煙環境の整備に関するコンサルティングを無償で行っています。

「喫煙室があるが、においが漏れて困る」「非喫煙者からクレームが出ているが、喫煙室をどう改善すればいいか」といった、喫煙室の造り方や分煙手法に関する電話でのご相談が多いです。提示された計画内容を基にアドバイスすることが基本ですが、新しい開発物件に分煙環境を整えたいというご相談に関しては、設計段階からアドバイザーとして参加して、より良い分煙環境の整備をお手伝いすることもあります。

コンサルティングの方法としては、ご相談者さまからお話を聞いた上で、問題点を明確にし、結掃気設備の改善、機器や素材などの効果的な使用方法、他施設での対応事例、分煙機

器メーカーの方の紹介などのアドバイスやノウハウの提供を行っています。場合によっては、現地を視察したり、ご相談者さまに日々われわれが煙や空気の流れに関する研究などを行っている分煙試験室に来ていただいて、分煙計画を実際に検証することもあります。

相談件数は、2004年度が214件、05年度が278件、06年度が335件、07年度が293件、08年度が441件と、年々増えています。08年度が特に増えているのは、神奈川県等の公共施設における受動喫煙防止に基づく条例が注目を集め、条例の内容について教えてほしい、条例を踏まえて分煙環境を考えたいというご相談が増えたことが要因だと思えます。

JTは、このような背景も踏まえ、デベロッパーの方々より良い分煙環境の整備に取り組んだり、企業や設計事務所、メーカーの方々と共に、施設ごとに合った分煙環境について、ソフト面とハード面双方からの効果検証を行うことで、たばこを吸われる方と吸われない方が共存できる社会の実現を目指していきます。

たばこ規制枠組条約(FCTC)による 受動喫煙対策 第8条(2003年)

1. 締約国は、受動喫煙が死亡、疾病及び障害を引き起こすことは科学的証拠により明白に証明されていることを認識する。
2. 屋内の職場、公共交通機関、屋内の公共の場所等における受動喫煙からの保護についての効果的な措置をとる。

※第8条履行のためのガイドライン(2007年)

- すべての屋内の職場、屋内の公共の場所及び公共交通機関は禁煙とすべき
- 屋内の全面禁煙以外の措置(換気、喫煙室などの工学的対策)は不完全

日本たばこ産業

「大阪府 受動喫煙の防止等に関する条例(案)」に対する意見 (2013年2月4日)

受動喫煙防止対策として、全面禁煙しか認めていない

■条例案の一部内容については、報告書(*)で認めていた分煙を一切認めず・・(以下略)。

*「大阪府受動喫煙防止対策のあり方についての報告書」

■一律に禁煙を強制するための措置であり、合理性を欠くものであって、適当ではありません。

■厚生労働省の示された分煙効果判定基準に則った喫煙室の設置などの「分煙」についても、有効な選択肢として、推進されているものと考えております。

■これまで分煙環境を整備して、受動喫煙防止対策を推進してきた事業者の努力や投資を無駄にするだけでなく、施設の運営や経営に関する事業者の自由を大きく制約するものとなっています。

■必要な対策を全面禁煙だけとするのではなく、空間分煙、時間分煙や喫煙ポリシー表示といった受動喫煙防止に有効な対策を認めるべきと考えます。

※「大阪府受動喫煙防止対策のあり方についての報告書」2012年10月

※「大阪府 受動喫煙の防止等に関する条例(案)」 2013年2月

受動喫煙防止法導入後の飲食店やバーの売り上げに及ぼす影響

■結論 売り上げへの負の影響はみられない

◆その理由

- 非喫煙者が喫煙者の利用の減少を穴埋めした¹⁾
- レストランだけでなく、バーにおいても同様であった²⁾。

非喫煙者数 > 喫煙者数

客単価 非喫煙者(食事代) > 喫煙者(アルコール代)

・非喫煙者による売り上げの総額は喫煙者の約2.5倍に相当⁽¹⁾

喫煙者の一部(1/3以上)は規制に順応可

- カフェでは、喫煙者と非喫煙者両方で利用が増加³⁾

(1) Corsun, D. L., Young, C. A. & Enz, C. A. (1996) Should NYC's restaurateurs lighten up? Effects of the city's Smoke-free Air Act. Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly, 37, 25-33,

(2) Dresser, J., S. Boles, E. Lichtenstein, and L. Strycker (1999). Multiple Impacts of a Bar Smoking Prohibition Ordinance in Corvallis, Oregon. Eugene: Pacifica Research Institute.

(3) Thomson G, Wilson N. One year of smokefree bars and restaurants in New Zealand: impacts and responses. BMC Public Health. 2006; 6:64.

神奈川県 受動喫煙防止条例

- わが国初の罰則付きの条例
- 施行は2010年4月
- たばこ業界や飲食店業界からの強い反対で分煙を認めるなどの譲歩がなされた。
- 公共性の高い施設→**禁煙**（**喫煙室設置可**）
※学校、病院、官公庁、交通機関など
- 規模の大きい飲食店や宿泊施設
→**禁煙か分煙を選択**
但し、罰則は施行1年後
- 小規模飲食店・宿泊施設、風営法対象施設
→**禁煙か分煙を努力義務**
※100㎡以下の飲食店、700㎡以下の宿泊施設
※パチンコ店、マージャン店、キャバレーなど
- 料金は管理者2万円、喫煙者2千円

朝日新聞(2009年3月30日)

受動喫煙条例

神奈川の一步を全国に

学校から飲食店まで、公共的な施設を対象にした全国初の「受動喫煙防止条例」が神奈川県が、

者か2千円。ただし、飲食店などへの罰則の適用は来年4月の条例施行の10のたばこ規制

機関(WH)は、受動喫煙は、公

たばこの煙康被害を防止するが利用していた。たの強い反対れ、大きく、一方で、

た。国の健康防止は努力いにくい環

松沢成文 神奈川から

神奈川から

「と思う」と

進めてほし

条例によ

喫煙所を除



松沢成文 神奈川県前知事

会も今月、受動喫煙防止は原則性を打ち出した。べき段階だ。全国民間では

の自治体はせひ神奈川県に続き、国会を動かす力となつてほしい。

も危険。分煙のW気清浄器

室内の禁煙

こめていた

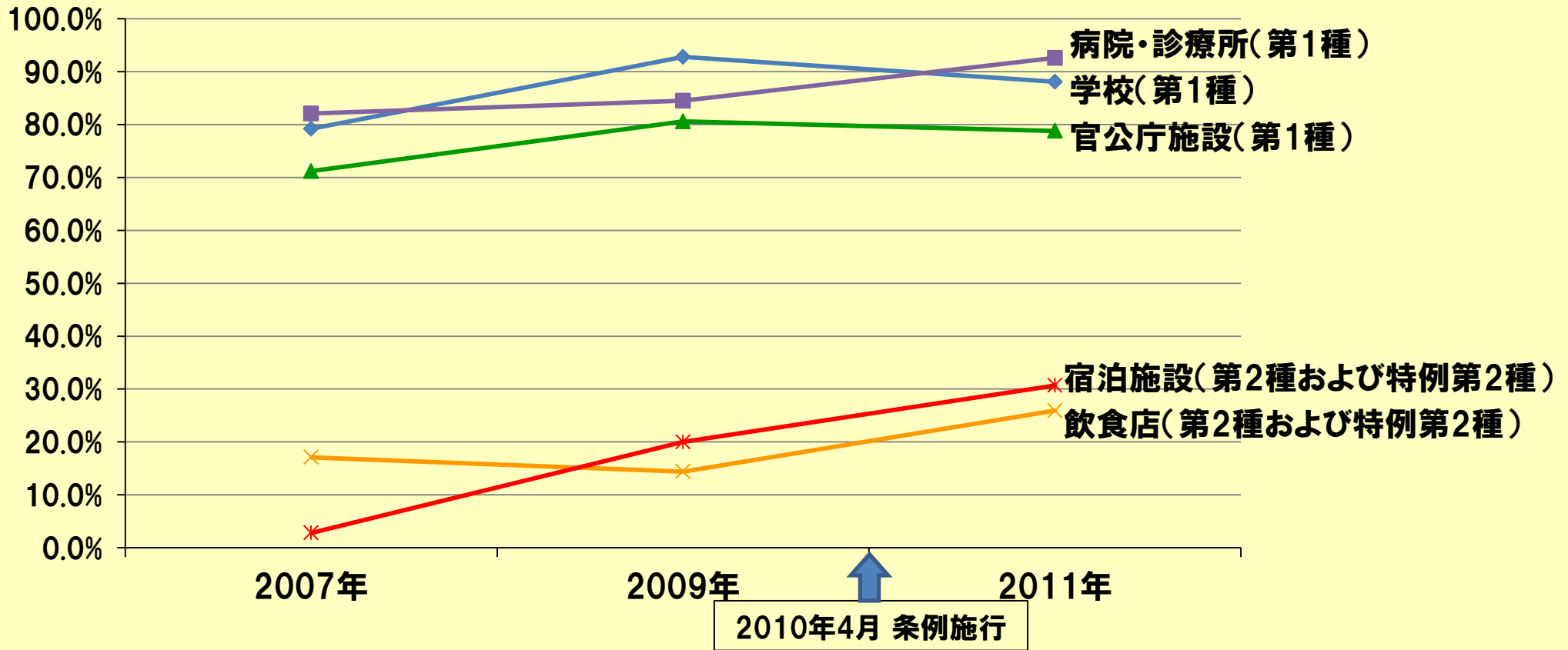
禁煙だ。

のホームは

王国のタク

神奈川県受動喫煙防止条例の施行と 施設の禁煙化割合の変化

受動喫煙に関する施設調査（2007年、2009年、2011年実施）の結果
神奈川県に所在する条例対象施設を無作為抽出し、郵送によるアンケート調査を実施
回収数は各々1700、1997、2509施設（回収率56.7%、48.5%、45.2%）



(注1) 施設の禁煙化の定義 2007、2009年:「敷地内禁煙」または「建物内禁煙」(ただし、利用客が利用する部分)
2011年:「屋内部分の全てを禁煙の場所」(ただし、利用客が利用する屋内部分)

(注2) 無回答は受動喫煙対策なしとみなして集計

神奈川県、兵庫県の条例、大阪府条例案の比較

		神奈川県条例 (2009年3月公布、2010年4月施行)	兵庫県条例 (2012年3月公布、2013年4月施行)	大阪府条例案
目的		受動喫煙による健康への悪影響を未然に防止	受動喫煙を防止し、健康で快適な生活の維持	受動喫煙より保護し、府民の命と健康を守ること
条例の概要	学校・医療機関・官公庁	◆禁煙(喫煙所設置可)	◆建物内禁煙 ※学校は敷地内禁煙、大学は建物内禁煙(既設の喫煙室のみ可)	◆建物内禁煙<条例> ※敷地内禁煙を努力義務とする。
	社会福祉施設、公共交通機関、運動施設、映画館、金融機関、百貨店等	◆禁煙(喫煙所設置可)	◆禁煙または分煙	◆建物内禁煙<条例> ※敷地内禁煙を努力義務とする。 ※映画館、金融機関、百貨店などはガイドラインによる推進
	規模の大きい飲食店・宿泊施設等	◆禁煙または分煙	◆禁煙または分煙	◆建物内禁煙<ガイドライン> ※宿泊施設については公共的空間が対象。
	規模の小さい飲食店、宿泊施設、風営法対象施設等	◆禁煙または分煙(努力義務)(*1)	◆禁煙または分煙または喫煙可(*2) ※表示すれば全て喫煙可とできる、風営法対象施設は努力義務	◆建物内禁煙<ガイドライン> ※風営法対象施設は建物内禁煙または分煙の推進
罰則		義務を履行しない施設管理者: 5万円以下の過料 喫煙禁止区域で喫煙: 2万円以下の過料	命令に従わなかった施設管理者: 30万円以下の罰金 受動喫煙防止区域内で喫煙: 2万円以下の過料	命令に違反した施設管理者:5万円以下の過料
特記事項		分煙設備資金の融資制度あり	分煙設備資金の助成事業ならびに融資制度あり	分煙の義務化は行わない、分煙設備整備の助成なし

*1:調理・設備部分を除く床面積合計100㎡以下の飲食店、床面積合計700㎡以下の宿泊施設

*2:客室面積100㎡以下の飲食店、フロントロビーが100㎡以下の宿泊施設のフロントロビー部分

大阪府の条例案は2013年2月定例府議会に上程するも取り下げとなった。

望ましい受動喫煙防止条例の制定にむけて

応援団

保健医療
団体
(医師会など)

禁煙
ボランティア団体
(禁煙議連、
禁煙NGO・NPOなど)

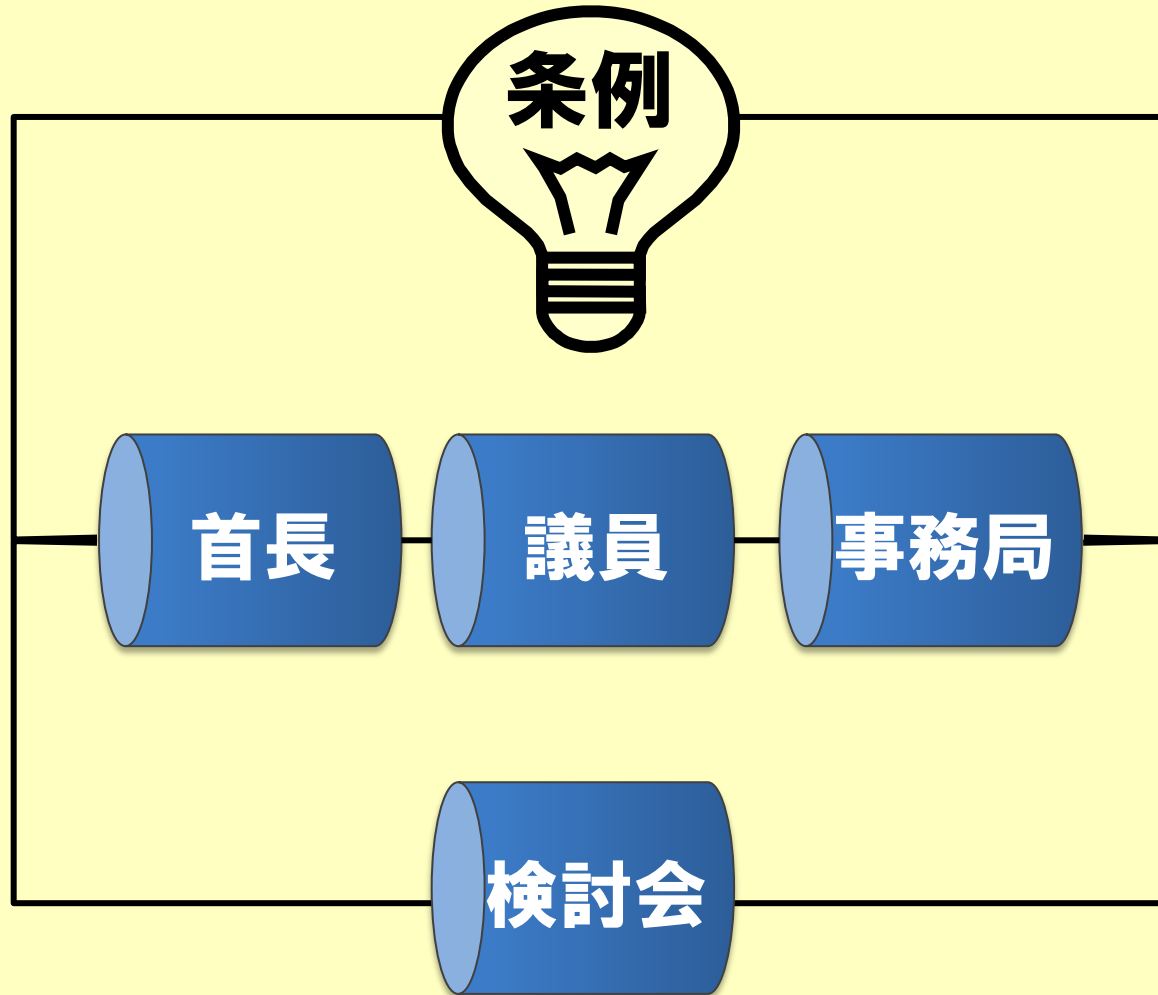
学会
(禁煙学術
ネットワークなど)

抵抗勢力3兄弟

たばこ産業

分煙産業
(機器・測定業者)

売上を気にする
サービス産業
(飲食店など)



たばこ対策の道標

厚生労働省健康局長 矢島 鉄也



昭和29年9月2日生。千葉大学医学部卒業後、昭和57年厚生省入省。福井県厚生部保健予防課長、鹿児島県保健福祉部長、厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室長、大臣官房厚生科学課長、国立がんセンター運営局長、(独)国立成育医療センター企画戦略室長、厚生労働省大臣官房技術総括審議官などを経て、平成24年9月より現職。

煙治療が行き届き、一人でも多くの方が禁煙を成功できるようにすることを目指しています。

また、受動喫煙については、健康被害につながる事が明確になっており、受動喫煙の被害をなくす方策をさらに進めていく必要があります。平成21年3月に取りまとめられた「受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会報告書」では、受動喫煙は喫煙者による「他者危害」であることが指摘されています。ジョン・スチュアート・ミルの『自由論(On Liberty)』では、文明社会の成員

に対し、その者の意志に反して、正当に権力を行使しうる(すなわち規制する)唯一の目的は、他人に対する危害の防止であるとされており、検討会報告書の「他者危害」の言葉はこのことを指しています。受動喫煙が他人に対する危害

平成24年6月8日に閣議決定された「がん対策推進基本計画」の改正と同7月10日に大臣告示された「健康日本21(第二次)」で、初めて成人喫煙率の数値目標が設定されました。成人喫煙率の数値目標の設定は、平成12年に始まった健康日本21の策定時からの往年の課題でしたので、今回の数値目標の設定はたばこ対策の金字塔であるという人もいます。しかし、今回の数値目標の設定は金字塔ではなく、平成34年の目的地を示した道標が立てられたにすぎないことをわれわれは認識する必要があります。

実際、たばこ対策には課題が山積しており、今回の成人喫煙率を中心とした数値目標の設定は平成34年の目的地をめざす旅の始まりにすぎません。

12%の成人喫煙率を達成するためには、たばこ

平成21年3月に取りまとめられた「受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会報告書」では、**受動喫煙は喫煙者による「他者危害」であることが指摘されています。**ジョン・スチュアート・ミルの『自由論(On Liberty)』では、**文明社会の成員に対し、その者の意志に反して、正当に権力を行使しうる(すなわち規制する)唯一の目的は、他人に対する危害の防止であるとされており、検討会報告書の「他者危害」の言葉はこのことを指しています。**

平成25-27年度

厚労科研「たばこ規制枠組み条約を踏まえたたばこ対策に係る総合的研究」

平成25～26年度

27年度

検討事項と方法

1) FCTCの履行状況の検証とその対策の検討

本研究でとりあげるFCTCの主な項目

公衆衛生政策のたばこ産業からの保護(第5条)
たばこ税・価格の引き上げ(第6条)
受動喫煙防止(第8条)
たばこ成分の規制と情報開示(第9・10条)
たばこの警告表示(第11条)
たばこの害の教育(第12条)
たばこの広告と宣伝の禁止(第13条)
禁煙治療(第14条)、たばこ製品の不法取引廃絶(第15条)、
未成年者へのたばこ販売禁止(第16条)など

左記の項目について、以下の枠組みで現状分析、および課題の整理・検討

- ①FCTCで求められる内容
- ②わが国の現状と課題
- ③関連する国内法規とたばこ規制推進にあたっての法的課題
- ④今後の対策にむけた課題

2) 喫煙の健康被害の法的・倫理的評価と国内法上の課題の抽出

健康被害の法的評価：受動喫煙による他者危害

倫理的評価：有害性に関する製品情報開示

これらについて、関連する国内法（環境基本法、薬事法、たばこ事業法等）に照らして、法律上の課題の整理、対策の検討

3) たばこ規制の行動経済・医療経済学的評価

行動経済学ならびに医療経済学の視点から、たばこ規制が喫煙行動や医療費に与える影響を定量的に分析

4) 健康格差是正の観点からみたたばこ規制の効果の実証的検証

国民生活基礎調査や国民健康・栄養調査等の既存データを用いて、たばこ規制が喫煙率等に及ぼした影響を、年収や教育歴等の社会経済的要因別に検討

健康日本21（第2次）の上位目標である健康寿命の延伸や健康格差の縮小の観点から望まれるたばこ政策の提言

たばこ規制の一層の推進を図るための政策提言のとりまとめ

期待される成果

喫煙率の低下

喫煙による健康被害及び経済損失の減少

ご静聴ありがとうございました