

日本公衆衛生学会 政府へのたばこ規制・対策の要望書の提出について

わが国の喫煙率は近年減少傾向にあるが、過去のたばこ消費による長期的影響と急速な人口の高齢化により喫煙による超過死亡数は今なお増加している。わが国において、喫煙者本人の喫煙が原因と考えられる超過死亡数は3つの研究で年間12~13万人と一貫した結果が報告されている¹⁻³⁾。一方、受動喫煙による超過死亡数は肺がん2,000~3,000人⁴⁻⁵⁾、虚血性心疾患3,000人⁵⁾と推定されている。喫煙は日本人の死亡原因のなかで最大の原因であることも明らかにされており¹⁾、たばこ規制・対策はわが国の公衆衛生上の最重要課題の一つである。

本学会を含め17学会で構成される禁煙推進学術ネットワーク（委員長 藤原久義 兵庫県立尼崎病院・塚口病院院長）では、2006年の発足以降、政府等に対してたばこ規制・対策の推進のための政策提言を行ってきた。2011年には、たばこ税のさらなる引き上げ、職場や大学病院での受動喫煙防止、特定健診での禁煙推進や禁煙治療の拡充に関する要望書が提出された。ここでは本学会会員に特に関係が深いと考えられる以下の4つの要望書について、その本文を掲載する。図表や資料については紙面の都合で割愛し、ホームページに掲載した。これまで提出された要望書の内容については、禁煙推進学術ネットワークのホームページを参照されたい。

1. 国民の命と健康を守るための包括的たばこ対策の1つとしてたばこ税の大幅引き上げが必要—18 医科・歯科学会からの要望—
2. すべての医学系大学病院敷地内を全面禁煙とすることの要望書
3. 職場を建物内禁煙とする労働安全衛生法の改訂に関する要望書
4. 特定健康診査における禁煙の勧奨・支援のための制度化に関する要望書

本学会において2011年10月にたばこ対策専門委員会が発足した。今回の要望書の紹介はその活動の一環として行うものである。会員諸氏のたばこ規制・対策への理解と関心が深まれば幸いである。

- 1) Ikeda N, Saito E, Kondo N, et al: What has made the population of Japan healthy?. *Lancet*, 2011; 378(9796): 1094-105.
- 2) Katanoda K, Marugame T, Saika K, et al: Population attributable fraction of mortality associated with tobacco smoking in Japan: a pooled analysis of three large-scale cohort studies. *J Epidemiol*, 2008; 18(6): 251-64.
- 3) Murakami Y, Miura K, Okamura T, et al: Population attributable numbers and fractions of deaths due to smoking: a pooled analysis of 180,000 Japanese. *Prev Med*, 2011; 52(1): 60-5.
- 4) Inoue M, Sawada N, Matsuda T, et al: Attributable causes of cancer in Japan in 2005—systematic assessment to estimate current burden of cancer attributable to known preventable risk factors in Japan. *Ann Oncol*, 2011. doi: 10.1093/annonc/mdr437.
- 5) 片野田耕太, 望月友美子, 雑賀公美子, 他: わが国における受動喫煙起因死亡数の推計. *厚生指標*, 2010; 57(13): 14-20.

日本公衆衛生学会 たばこ対策専門委員会
委員長 尾崎哲則
担当委員 中村正和

平成23年10月5日

内閣総理大臣 野田 佳彦 殿
財務大臣 安住 淳 殿
厚生労働大臣 小宮山洋子 殿

国民の命と健康を守るための包括的たばこ対策の1つとして
たばこ税の大幅引き上げが必要
—18医科・歯科学会からの要望—

日本癌学会 日本口腔衛生学会 日本口腔外科学会 日本公衆衛生学会 日本呼吸器学会
日本産科婦人科学会 日本歯周病学会 日本循環器学会 日本小児科学会 日本心臓病学会
日本肺癌学会 日本麻酔科学会 日本人間ドック学会 日本口腔インプラント学会 日本頭頸部癌学会
日本歯科人間ドック学会 日本動脈硬化学会 日本心臓リハビリテーション学会（順不同）

わが国が批准する「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約（FCTC）」では、たばこの消費を減らし、受動喫煙防止・未成年の喫煙防止にも有効性が高い規制措置として、**価格およびたばこ税課税率増加措置の実施**が求められている。

平成22年度税制改革に向けて、わが国の医科・歯科学会からなる禁煙推進学術ネットワークは厚生労働省に対して、平成21年10月には「平成22年度厚生労働省税制改正要望に関する意見書」（禁煙推進学術ネットワークホームページ）を提出し、根拠を示して大幅な増税を要望した。しかし、わが国のたばこ価格は、平成22年の値上げ後においても諸外国に比べて未だ極めて低い水準にとどまっている。

このため、私たち禁煙推進学術ネットワークは、他学会にも呼びかけて再度意見を集約し、各医科・歯科学会の禁煙宣言、FCTC、「健康日本21」、「がん対策推進基本計画」、平成22年度第15回税制調査会資料「国民の健康の観点からのたばこ税の引き上げについて」等を踏まえ、以下の科学的根拠に基づき、現在および未来の国民の命と健康を守るための包括的たばこ対策の1つとして、**たばこ税の大幅引き上げを強く要望する。**

1. 喫煙による健康被害：多数の発がん物質等を含む喫煙は強い依存性を有し、各種のがん、心・肺疾患、歯科疾患等多くの病気の原因となる。喫煙による死者は、わが国で年間少なくとも13万人、世界全体では年間540万人であり、喫煙者は健康寿命も短い。喫煙は趣味・嗜好ではなく、その本質はニコチン依存症という病気である。すでに、わが国では喫煙者に対する禁煙治療が保険診療として認められている。さらに、受動喫煙も種々の病気を引き起こす。海外ではその法的規制が心臓病による緊急入院を減少させることを示す多くの報告がある。
2. たばこ関連税収益は喫煙による医療費等の損失総額に比べはるかに及ばず、結果として社会全体にもたらす製造販売の影響は国家財政にマイナス要因となる。
3. わが国のたばこの価格およびたばこ税率は、昨年引き上げでも欧米諸国に比べて異常に低く、未成年者をはじめ誰もがたばこを入手しやすくなっている。
4. たばこ税引き上げは喫煙者数やたばこ消費量を減少させ、たばこ関連疾患を減らし、医療費も削減する。特に青少年の喫煙防止や禁煙促進に効果が高いと期待される。
5. たばこ税の引き上げは税収を増加させる。この税収増加を医療等社会福祉、葉タバコ栽培農家の転作、東日本大震災からの復興などに用いることができる。昨年10月の110円値上げの結果、売り上げの増加により税収は増加した。毎年110円の値上げを行っても税収は減らず、また、一度に750円程度まで価格を引き上げることによってたばこの消費が半減する場合でも、税収は減らないと試算されている。

（連絡先）禁煙推進学術ネットワーク委員長 藤原久義 E-mail: info@tcr-net.jp

平成23年 8月18日

厚生労働大臣 細川律夫様
文部科学大臣 高木義明様
厚生労働省医政局長 大谷泰夫様
文部科学省中央教育審議会会長 三村明夫様
医学系大学病院 病院長様

すべての医学系大学病院敷地内を全面禁煙とすることの要望書

禁煙推進学術ネットワーク

日本癌学会 日本口腔衛生学会 日本口腔外科学会 日本公衆衛生学会
日本呼吸器学会 日本歯周病学会 日本循環器学会 日本小児科学会
日本心臓病学会 日本肺癌学会 日本麻酔科学会 日本人間ドック学会
日本口腔インプラント学会 日本頭頸部癌学会 日本歯科人間ドック学会

謹啓

貴職におかれましては、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

私ども禁煙推進学術ネットワークは、専門の異なる医師・歯科医師が学術的観点から禁煙推進のための社会貢献活動を行なうために2006年に事業として始め、これまでにJR 在来線の全面禁煙化、禁煙治療の医療保険適用、官公庁の建物内禁煙の導入推進などの活動を行なってきました。

喫煙と受動喫煙がさまざまな健康障害の原因となっていることは科学的に明らかです。平成17（2005）年2月に発効した「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」では、第14条「禁煙治療の普及」を締約国に求めています¹⁾。わが国では幸い禁煙治療に医療保険が適用されていますが、その必要条件として施設内を全面禁煙とすることとなっております（資料1）。日本医師会も平成20（2008）年に「禁煙に関する声明文」を発し、「医療機関、医師会における全面禁煙の徹底」を宣言しております（資料2）。

さらに、平成22（2010）年2月に厚生労働省健康局生活習慣病対策室から発表された「受動喫煙防止対策について」（健発0225第2号）において「少なくとも官公庁と医療機関においては全面禁煙とすることが望ましい」とされました。

医学系大学病院は地域医療の拠点として、特に、敷地内を全面禁煙とすることが求められていると考えられます。実際、すでに次頁の資料1に示すように、2011年3月時点で、ほとんどの大学病院（本院80施設のうち74施設、分院58施設のうち37施設）では敷地内禁煙が実施（青）・決定（緑）されています。一方で、残念なことに「喫煙場所を残す施設」が散見されるようになりました。そのような施設が心配している「隠れ喫煙による火事」や「患者さんとのトラブル」は、すでに敷地内禁煙を導入した多くの先行事例により杞憂であったことが証明されています。また、医療従事者のタバコ離れにも有効です（資料4）。

禁煙推進学術ネットワークは、以下の理由により、現在も敷地内での喫煙を容認しているすべての医学系大学病院の喫煙場所を廃止し、敷地内を完全禁煙とすることを要望いたします。

1. 患者様に保険診療による禁煙治療を提供するための医療環境を提供するため
2. 医療従事者のタバコ離れを促進する職場環境をつくるため
3. 喫煙しない医療従事者を育成するために必要な教育環境をつくるため

謹白

お問い合わせ先：禁煙推進学術ネットワーク 委員長：藤原久義
〒660-0828 兵庫県尼崎市東大物町1丁目1番1号
兵庫県立尼崎病院院長室内 電話：06-6482-1521, FAX：06-6482-7430

職場を建物内禁煙とする労働安全衛生法の改訂に関する要望書

2011年10月6日

厚生労働大臣 小宮山洋子 殿
厚生労働副大臣 牧 義夫 殿, 辻 泰弘 殿
安全衛生分科会 相澤 好治 殿
厚生労働省 労働基準局 安全衛生部 労働衛生課 環境改善室室長 亀澤典子 殿

禁煙推進学術ネットワーク

日本癌学会 日本口腔衛生学会 日本口腔外科学会 日本公衆衛生学会
日本呼吸器学会 日本歯周病学会 日本循環器学会 日本小児科学会
日本心臓病学会 日本肺癌学会 日本麻酔科学会 日本人間ドック学会
日本口腔インプラント学会 日本頭頸部癌学会 日本歯科人間ドック学会

謹啓

貴職におかれましては、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

私ども禁煙推進学術ネットワークは、専門の異なる医師・歯科医師が学術的観点から禁煙推進のための社会貢献活動を行なうために2006年に事業として始め、現在17学会が参加して、これまでに禁煙治療の医療保険適用、JR やタクシーの全面禁煙化、医歯学部の敷地内禁煙の導入推進、地方自治体の建物内禁煙の推進などの活動を行なってきました。

受動喫煙は肺がんや心筋梗塞のリスクを上昇させることが、すでに科学的に証明されており、わが国では受動喫煙による超過死亡は6800人と推算されています(資料1)。

「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」第8条では、喫煙室や喫煙区域を設置する「いわゆる分煙」では、受動喫煙を防止することは出来ないことから、サービス産業も含むすべての職場を全面禁煙とする立法措置をとることを求めています。すでに、多くの国でサービス産業を含むすべての職場を全面禁煙とする受動喫煙防止法が成立しました。そのような国では国民全体の心筋梗塞や小児喘息が減少したことが報告されています(資料2)。一方、わが国では全面禁煙の事業場(職場)は18%しかなく、逆に、54%の事業場ではまったく対策がとられていない実態が2007年の厚生労働省の調査で明らかになっています(資料3)。

これらの情勢をうけ、2010年6月に閣議決定された「新成長戦略」では、2020年までに「受動喫煙のない職場の実現」が掲げられました。さらに、2010年12月22日に労働政策審議会から厚生労働大臣に提出された「今後の職場における安全衛生対策について(建議)」では、職場における受動喫煙防止対策の抜本的強化が取り上げられ、受動喫煙防止対策を事業者の義務とするべきことが述べられています。しかし、この建議では喫煙室や喫煙区域を設置する「いわゆる分煙」を認めるなど、不適切な内容が含まれています。「いわゆる分煙」では受動喫煙を防止することはできません(資料4)。仮に、サービス産業に喫煙区域を認めてしまうと、そこで働く従業員の職業的な受動喫煙を容認することになってしまいます(資料5)。また、建議では飲食店等のサービス産業の禁煙化は「営業上の支障が生じるため困難」としていますが、サービス産業も含めてすでに禁煙化が行われた国では、非喫煙者の利用が増えたことにより営業成績は向上したことが報告されています(資料6)。

さらに、「受動喫煙の機会を低減させる」ための措置として換気を強化すべきことを推奨していますが、室内のタバコ煙の濃度を低減するために、空調された空気も同時に排気することになるため、膨大な電力のムダが発生します。私達の試算では、「職場における喫煙対策のためのガイドライン」(2003年、厚生労働省)で求められている内容に沿って喫煙室を作成した場合、1つの喫煙室からは年間11,000 kWh以上、金額にして25万円となります(資料7)。全国的に節電が必要なこの社会情勢の中で、真っ先に実施せねばならないことは喫煙室、喫煙区域からの余分な排気を止めることです。

すべての労働者を受動喫煙から保護するために、サービス産業も含む屋内の職場のすべてを全面禁煙とする労働安全衛生法の改訂を要望いたします。

謹白

(ご回答先) 〒660-0828 兵庫県尼崎市東大物町1丁目1-1
兵庫県立尼崎病院 院長 藤原 久義 宛
禁煙推進学術ネットワーク委員長
ホームページ: <http://tobacco-control-research-net.jp/>

平成23年 7月15日

厚生労働大臣 細川 律夫 殿
厚生労働省健康局長 外山 千也 殿
厚生労働省保険局長 外口 崇 殿

禁煙推進学術ネットワーク

日本癌学会 日本口腔衛生学会 日本口腔外科学会
日本公衆衛生学会 日本呼吸器学会 日本産科婦人科学会
日本歯周病学会 日本循環器学会 日本小児科学会
日本心臓病学会 日本肺癌学会 日本麻酔科学会
日本人間ドック学会 日本口腔インプラント学会
日本頭頸部癌学会 日本歯科人間ドック学会

特定健康診査における禁煙の勧奨・支援のための制度化に関する要望書

謹啓

盛夏の候、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、平成20年度からの特定健康診査（以下特定健診と略す）・特定保健指導について、平成23年4月から「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」が開催され、その実施内容や方法についての検討が開始されました。これまで指摘されている検討課題として、メタボリックシンドローム（以下メタボと略す）の診断基準や腹囲の基準、非メタボの取り扱い、治療中の者への対応、受診率や実施率の向上策などがありますが、喫煙者への対応も重要な見直しの課題と考えます。

喫煙は肺がんをはじめ多くの病気の原因であり、わが国では年間少なくとも13万人以上が喫煙が原因で死亡していると推定されています¹⁾。また、循環器疾患の発症リスクの比較において、喫煙のリスクはメタボとほぼ等しく、喫煙率の高い男性では喫煙の方がメタボより循環器疾患発症の寄与危険度割合が大きいことが報告されており²⁾、循環器疾患予防における禁煙の重要性が高いことがわかります。

現行の制度では喫煙はメタボ階層化の追加リスクとして加えられていますが、リスクの大きさを考えると、平成19年度の公衆衛生学会からの意見表明³⁾にも基本的な考え方が示されているように、メタボの有無に関わらず喫煙者全員に禁煙のアドバイスや情報提供を実施し、やめたい人には保険治療実施医療機関や薬局を紹介する活動が現場で実施されるよう制度改正が必要と考えます。そのためには、特定健診の実施主体である保険者に対して、健診当日に喫煙者に対する禁煙のアドバイスや情報提供を義務づけるとともに、参酌標準に喫煙率の減少を新たに加え、特定健診の場での禁煙勧奨・支援の実行率を高めることが必要です。国際的には、平成22年11月にウルグアイで採択されたWHOのたばこ規制枠組条約14条（たばこ使用の中止と禁煙治療の促進）のガイドライン⁴⁾において、保健医療システムにおける禁煙推進の取り組みとして短時間の禁煙アドバイスを保健医療の場で提供することが求められています。本提案はこのガイドラインの趣旨にも添うものと考えます。

つきましては、今後の特定健診の効果的な実施にむけて、健診時の禁煙の指導の強化のための制度化が実現されますようお願い計らいいただくことを要望します。

謹白

記

1. 対象

メタボの有無やリスクの大小に関わらず、特定健診を受診する全ての喫煙者を対象とします。

2. 実施方法

健診当日に1～2分程度の禁煙のアドバイスや情報提供を行います。その内容として、①禁煙の重要性を高めるアドバイスや情報提供と、②禁煙の効果的な方法に関する情報の提供を行います。その結果、禁煙に対する気持ちが高まった喫煙者には、保険診療の患者要件となっているTDSやブリンクマン指数（1日喫煙本数×喫煙年数）を確認した上で医療機関での保険治療を勧めます。患者要件を満たさない場合は、

OTC薬を使った禁煙方法等の情報提供を行います。

これらの指導方法については、すでに指導者向けのマニュアル⁵⁻⁶⁾が作成されており、eラーニングの学習教材⁷⁾も平成23年秋には完成するので、指導者研修にも活用できます。

3. 期待される指導効果

健診の場での短時間の禁煙勧奨・支援の効果については、企業3社の定期健康診断の場での準無作為比較介入研究によると、健診の場での診察担当医師が1~2分程度の禁煙のアドバイスや情報提供を行うことにより、6ヵ月後および1年後の断面禁煙率の補正オッズ比(年齢、喫煙本数で補正)が各々1.56, 1.51, 6ヵ月以内に禁煙したいと考えている喫煙者(熟考期・準備期)に限定すると各々3.41, 3.17となり、健診の場での禁煙の働きかけは短時間であっても禁煙率を高めることを示唆する成績が報告されています(図1)⁸⁻⁹⁾。

4. 制度として導入した場合の効果

わが国で実施されている健診の場に短時間の禁煙勧奨・支援を普及した場合の禁煙推進効果については、40~74歳男性の禁煙率を最大で32.5%、禁煙者を171,000人増加させること、禁煙率の増加効果は短時間の禁煙の保健指導を広く普及させるほど、また禁煙補助薬や禁煙治療の利用の推奨を強く行うほど大きいことが示されています¹⁰⁾。

特定健診に禁煙勧奨・支援を制度として導入することによる経済効果については、最初の数年間は禁煙治療費が医療費削減額や特定保健指導費削減額を上回るが、累積6年目で黒字に転じ、15年目には696万円の累積黒字になることが報告されています(図2)¹¹⁾。つまり、禁煙勧奨・支援をメタボ対策と並行して行うことにより、喫煙率の減少によって特定保健指導費用の削減だけでなく、医療費の削減が期待できます。

以上

【出典】

- 1) Katanoda K, Marugame T, Saika K, Satoh H, Tajima K, Suzuki T, Tamakoshi A, Tsugane S, Sobue T: Population attributable fraction of mortality associated with tobacco smoking in Japan: a pooled analysis of three large-scale cohort studies. *J Epidemiol.* 2008; 18(6): 251-264.
- 2) Higashiyama A, Okamura T, Ono Y, Watanabe M, Kokubo Y, Okayama A: Risk of smoking and metabolic syndrome for incidence of cardiovascular disease-comparison of relative contribution in urban Japanese population: the Suita study. *Circ J.* 2009; 73(12): 2258-2263.
- 3) 日本公衆衛生学会「標準的な健診・保健指導プログラム」に対する意見表明について. *日本公衆衛生雑誌*, 54(5): 291-292, 2007.
- 4) WHO Framework Convention on Tobacco Control. Guidelines for implementation of Article 14 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Demand reduction measures concerning tobacco dependence and cessation. WHO, 2011.
(http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501316_eng.pdf)
- 5) 中村正和: 4. 保健指導を効果的に実施する工夫「禁煙に重点をおいた保健指導プログラム」. 厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業)地域・職域における生活習慣病予防活動・疾病管理による医療費適正化効果に関する研究(主任研究者:津下一代)特定保健指導のエッセンス—実践者のためのマニュアル. pp31-32, 2010.
- 6) 中村正和, 増居志津子編著: 脱メタバコ支援マニュアル; ノバルティスファーマ, 2008.
(http://www.kenkoukagaku.jp/annual/img/nosmoking_01.pdf)
- 7) 日本禁煙推進医師歯科医師連盟: J-STOP 指導者トレーニングプログラムの紹介
(<http://www.j-stop.jp/>)
- 8) 中村正和: 医師会を通じた禁煙治療の効果的な普及方策の確立に関する研究. 平成21年度がん研究助成金「たばこ政策への戦略基盤の構築と政策提言・実施・評価メカニズムに関する研究—特に、禁煙支援政策の実施基盤の構築と評価指標の開発」分担研究報告書. 2010.
- 9) Mitsumune T, Senoh E, Adachi M, Nakamura M, and Masui S: COPD Prevention at Health Checkup: Mainly Describing the Promotion of Smoking Cessation by Brief Intervention. *Health Evaluation and Promotion*, 2010; 37(4): 490-492.
- 10) 片野田耕太: たばこ規制による喫煙率および疾病負荷減少効果の疫学的評価. 平成21年度厚生労働科学研究費補助金第3次対がん総合戦略研究事業「効果的な禁煙支援法の開発と普及のための制度化に関

- する研究」(研究代表者：中村正和) 総括・分担研究報告書. pp67-75, 2010.
- 11) 中村正和：禁煙を効果的に推進する保健医療システムの構築に関する研究. 平成19年度厚生労働科学研究費補助金第3次対がん総合戦略研究事業「効果的な禁煙支援法の開発と普及のための制度化に関する研究」(主任研究者：中村正和) 総括・分担研究報告書. pp11-31, 2008.

(お問い合わせ先)

禁煙推進学術ネットワーク委員長 藤原久義

〒660-0828 兵庫県尼崎市東大物町1丁目1番1号

兵庫県立尼崎病院院長室内

電話：06-6482-1521 FAX：06-6482-7430

E-mail: info@tcr-net.jp