

(倫理面への配慮)

市町村や都道府県に対する調査の内容は地域の実態に関するものであり、個人情報に含まれない。また、調査内容の公表にあたっては、調査時に各担当者の了解を得ることとした。よって倫理的な問題はない。

C. 研究結果

1. 大阪府内の市町村のたばこ対策の実態

受動喫煙防止の規制は、管内の全ての官公庁施設（出先を含む）において建物内禁煙以上の規制を実施している市町村の割合は32.6%、学校全体では72.1%であった（図表1）。敷地内禁煙に限ってみると、官公庁では全ての施設を敷地内禁煙としている市町村の割合は9.3%と低いものに対して、学校では67.4%と高かった。これらの官公庁および学校における建物内禁煙以上の規制は全て規則・通知によるものであった。前回調査（平成21年度）と比較すると、全ての官公庁施設ならびに学校で建物内禁煙以上の規制を実施している市町村の割合はほぼ横ばいであったが、敷地内禁煙の規制に限ってみると官公庁施設、学校で各々7%、16%増加した。

母子保健事業や各種集団健診における禁煙支援の取り組みについては、喫煙者全員に禁煙の働きかけを実施している市町村の割合が高い事業は、母子健康手帳交付時や妊婦向け教室、4ヵ月健診、国保の特定保健指導であり、その割合は50～80%であった（図表2）。国保の特定健診、4ヵ月健診を除く乳幼児健診、肺がん検診では同割合は20～30%、肺がん検診を除くがん検診では0～5%前後にすぎなかった。前回調査と比較すると、同割合は、母子健康手帳交付時、妊婦向け教室、国保の特定健診では約10～15%増加、4ヵ月健診、胃がん検診では約5%前後増加した。

たばこ対策事業としての禁煙支援で実施割合の高い事業は、個別相談や禁煙教室、電話やメールによる禁煙相談であり、約80%の市町村が実施しており、前回の調査と同様の結果であった（図表3）。

禁煙治療へのアクセスについては、人口10万人あたりの健康保険による禁煙治療の届出医療機関数が10～15施設未満の市町村の割合が最も高かった（大阪府全体12.7施設）（図表4）。また、全医療機関に占める届出医療機関の割合では10～15%未満の市町村の割合が最も高かった（大阪府全体12.8%）。前回調査と比較すると、大阪府全体における人口10万人あたりの届出医療機関数と全医療機関に占める届出医療機関の割合のいずれも増加した。市町村別にもみると、人口10万人あたりの届出医療機関数が10施設以上の市町村の割合が約30%増加、全医療機関に占める届出医療機関の割合が10%以上の市町村の割合が約40%増加した。

喫煙防止については、喫煙防止教育を全ての小学校、中学校で実施している市町村の割合は各々69.8%、72.1%であり、前回の調査と比べて小学校では約10%増加した（図表5）。喫煙防止のための委員会等を設置している割合は低率にとどまった。なお、本調査における喫煙防止教育の定義は、「いずれかの学年で1コマ以上の授業時間を喫煙防止教育に焦点をあてて実施している」とした。喫煙をはじめ飲酒、薬物乱用については、学習指導要領の小学校「体育」、中学校「保健体育」において全ての小・中学校で学習することとなっており、単元の取扱い時間数については、各学校により児童生徒の修得を図るため適切に決められている。本調査の喫煙防止教育については、「1コマ以上の授業時間」と時間数について規定していることから本調査結果になったと考えられる。

たばこに関する情報提供・教育啓発に関して実施割合の高い事業は、健診等の保健事業での情報提供や冊子やリーフレットの配布、ポスターの配布・掲示であり、約90%の市町村が実施しており、前回の調査と同様の結果であった（図表6）。

たばこ対策の推進体制については、たばこ対策推進委員会を設定している市町村の割合は前回より少し増加したものの低率で、7%（3市町村）にとどまった（図表7）。専任担当者を設置して

いる市町村は 25.6%、たばこ対策関連費用の支出があった市町村は 46.5%で、前回と比べてたばこ対策関連費用の支出があった市町村の割合が少し減少した。

2. たばこ規制・対策の自己点検票の実用性

これまでの大阪府での第 1 回調査ならびに愛知県での調査と同様、今回の大阪府での第 2 回調査においても全市町村からの回収が得られ、実施上の大きな問題点がみられなかったことから、改訂した自己点検票の実用性を確認できた。また、先行調査で明らかになった調査内容の問題点（受動喫煙の規制の設問に対して実態が回答されていた、一部の設問で回答方法の指示が不明確であった等）が改善され、より実用性の高い方法となったと考える。しかし前回調査との回答結果の比較により、一部の調査項目において、回答結果の正確性に関する問題点もみられた。たとえば受動喫煙の防止の領域についての回答に矛盾のある市町村に対して確認を行った結果、敷地内禁煙のポスター掲示をもって受動喫煙防止の通知ありと回答する等、規則・通知の解釈に誤解があるケースがみられた。その他、官公庁・学校関係の各施設の有無や、各保健事業の実施の有無について、回答が正確でないケースがあることも明らかになった。

D. 考察

わが国では、第 2 次健康日本 21 ならびにがん対策推進基本計画等に基づいて、都道府県や市町村において、たばこ規制・対策が実施されているが、その実態把握の方法については全国的に統一されていない。標準的な方法を提示できれば、全国レベルで地方自治体間の比較が可能となる。これは WHO が推進するたばこ規制・対策に関する MPOWER 政策パッケージにおける Monitor（監視）にあたり、たばこ規制・対策を推進する際の重要な基盤整備につながる³⁾。そこで本研究では、自己点検票方式による自治体のたばこ規制・対策の実態把握の方法を確立することを目的に研究を実施している。

今年度の研究では、「たばこ規制・対策の自己点検票」を用いた自治体のたばこ対策のモニタリングの実行可能性を検討することを目的に、大阪府内市町村を対象に第 2 回調査を行った。本調査では、大阪府と愛知県でのパイロット調査で明らかになった問題点を踏まえて改訂した「たばこ規制・対策の自己点検票」を用いた。その結果、自治体のたばこ対策の実態把握とモニタリングの手法としてより実用性の高い方法となったと考える。

たばこ対策の進捗状況をみると、前回調査からの期間が 2 年間と短いため大きな変化はなかったが、受動喫煙防止の領域における敷地内禁煙以上の規制の実施状況については改善傾向がみられた。一方、母子保健事業や各種集団健診における禁煙支援の取り組みについては、喫煙者全員への禁煙の働きかけの実施は低い割合にとどまっていた。

本調査の限界としては、回答の正確性の問題がある。調査の回答をたばこ対策担当者に依頼しているが、たばこ対策担当者が「受動喫煙の防止」「禁煙支援・治療」「喫煙防止」「情報提供」「たばこ対策の推進体制」の 5 領域にまたがる実態を必ずしも正確に把握しているとは限らない。そこで、回答の正確性を高めるために、教育委員会等の関係部署への照会や調査結果の再確認、さらに回答結果の矛盾点の問合せ等を行っている。しかし、それでも最終的にはたばこ対策担当者の回答に頼らざるを得ないという問題がある。今後、サンプリングによる回答の正確性のチェックも含め、回答の正確性をさらに高める方法について検討が必要と考える。そのほか、喫煙防止の領域において、たばこ自動販売機数とコンビニエンスストア数をたばこ販売へのアクセスの指標としたが、たばこ販売事業者における年齢確認等の未成年者への販売防止措置が進められている点から、その実効性を考慮した上で指標としての適切性の検討が必要と考える。

今後、これらの点を踏まえ、調査の運用方法の改善を図り、他の都道府県での調査を実施し、

全国レベルでの活用の可能性を検討したい。

E. 結論

自己点検票方式による自治体のたばこ規制・対策の実態把握について、大阪府での2回の調査および愛知県での調査を通して、たばこ規制・対策の進捗状況のモニタリングを行う上での有用なツールであることを確認した。今後、全国調査を実施し、「全国自治体におけるたばこ規制・対策の市町村・都道府県マップ」を作成するとともに、実態把握に基づいたたばこ規制・対策の効果的な推進方を提示し、第2次健康日本21の推進に役立てたい。

引用文献

- 1) 鈴木朋子, 中村正和, 増居志津子, 衣笠幸恵: 自治体レベルにおけるたばこ規制・対策の実態把握の試み. 日本公衆衛生雑誌, 59(12): 879-888, 2012.
- 2) 中村正和. 自治体レベルでのたばこ規制・対策のモニタリングに関する研究. 平成23年度厚生労働科学研究費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業 たばこ対策の評価及び推進に関する研究(研究代表者: 望月友美子). 総括・分担研究報告書. 2011.
- 3) World Health Organization: WHO report on the global tobacco epidemic, 2008. The MPOWER Package, World Health Organization; Geneva, 2008.

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 鈴木朋子, 中村正和, 増居志津子, 衣笠幸恵: 自治体レベルにおけるたばこ規制・対策の実態把握の試み. 日本公衆衛生雑誌, 59(12): 879-888, 2012.
- 2) Kazuhiko Kotani, Ayako Hazama, Akiko Hagimoto, Kumiko Saika, Masako Shigeta, Kota Katanoda and Masakazu Nakamura: Adiponectin and

Smoking Status: A Systematic Review. Journal of Atherosclerosis and Thrombosis, 2012; 19(9): 787-794.

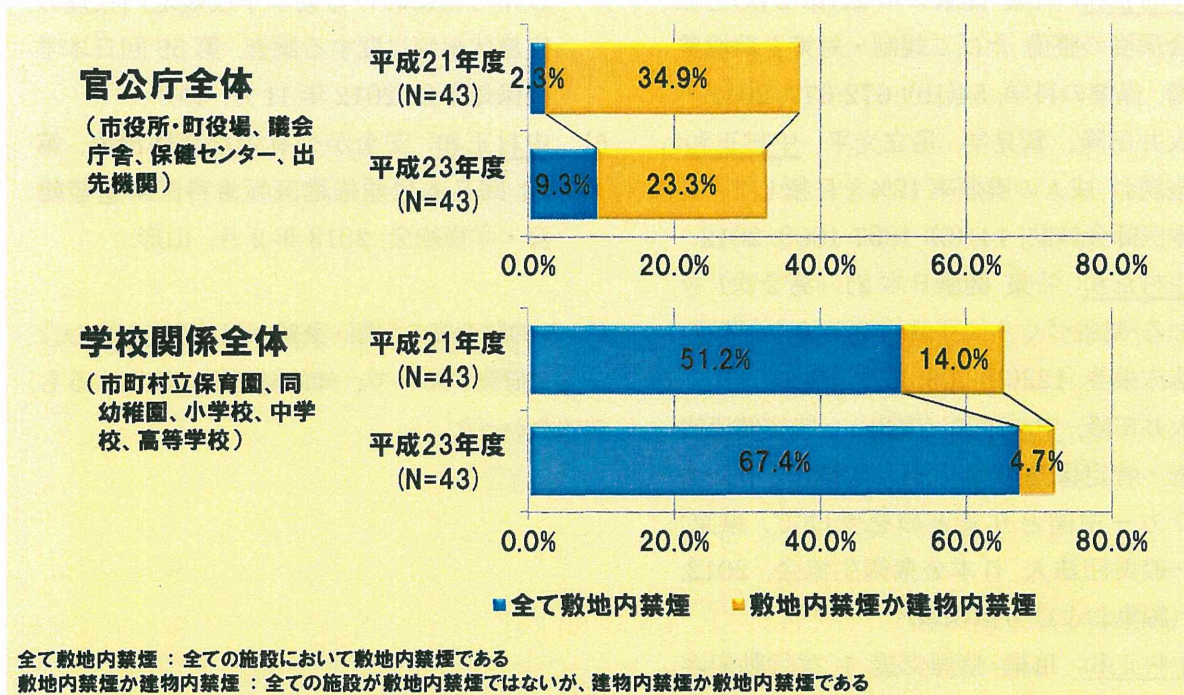
- 3) Kota Katanoda, David T. Levy, Masakazu Nakamura, Akiko Hagimoto, Akira Oshima: Modeling the effect of disseminating brief intervention for smoking cessation at medical facilities in Japan: a simulation study. Cancer Causes Control, 2012; 23: 929-939.
- 4) Saika Kumiko, Sobue Tomotaka, Nakamura Masakazu, Oshima Akira, Wakabayashi Keiji, Hamajima Nobuyuki, Mochizuki Yumiko, Yamaguchi Rie and Tajima Kazuo: Smoking prevalence and beliefs on smoking cessation among members of the Japanese Cancer Association in 2006 and 2010. Cancer Science, 103(8): 1595-1599, 2012.
- 5) Atsuko Kawai, Satoshi Nishino, Masatake Kurita, Masaaki Mitomo, Yukio Numata, Tadahiro Sato, Yoshiko Nishimatsu, Masakazu Nakamura, Nobuyuki Hamajima, Yoshikazu Nakamura: DRD2 Polymorphism and Smoking Habits in Japanese Males with Schizophrenia. Jichi Medical University Journal, 2012; 35: 49-55.
- 6) 大井田隆, 中村正和(編集): 特定健康診査・特定保健指導における禁煙支援のあり方—中間とりまとめを受けて. 東京: 一般財団法人 日本公衆衛生協会, 2012. (編集および分担執筆)
- 7) 中村正和: XV.呼吸器疾患の患者指導 6. 禁煙指導の実際. 貫和敏博, 杉山幸比古, 門田淳一(編集): 呼吸器疾患最新の治療 2013-2015. 東京: 南江堂, p465-469, 2013.
- 8) 中村正和: 特集 健康増進計画の評価と「その次」次期計画に向けて何を重視す

- べきか たばこ対策の推進をめざして. 保健師ジャーナル, 68(6): 474-481, 2012.
- 9) 中村正和: 特集 健康日本 21(第2次)と社会環境の整備 たばこ規制・対策と環境整備. 保健の科学, 54(10): 672-677, 2012.
- 10) 大井田隆、鷲見学, 足立光平, 中村正和: 座談会 成人の喫煙率12%を目指して. 日本医師会雑誌, 141(9): 1897-1909, 2012.
- 11) 中村正和: 特集 健康日本 21 (第2次)を知る・健康づくりに貢献するために「喫煙」. 臨床栄養, 122(3): 303-307, 2013.
- 12) 大井田隆, 中村正和 (編集): 特定健康診査・特定保健指導における禁煙支援のあり方—中間とりまとめを受けて. 東京: 一般財団法人 日本公衆衛生協会, 2012. (編集および分担執筆)
- 13) 中村正和: III編 禁煙支援 1章行動変容—行動科学理論と禁煙支援. 尾崎哲則, 埴岡隆 (編著): 歯科衛生士のための禁煙支援ガイドブック. 東京: 医歯薬出版株式会社, p54-62, 2013.
- 14) 中村正和: III編 禁煙支援 2章禁煙支援の方法. 尾崎哲則, 埴岡隆 (編著): 歯科衛生士のための禁煙支援ガイドブック. 東京: 医歯薬出版株式会社, p63-67, 2013.
- 4) 家田重晴, 市村國夫, 高橋浩之, 中村正和, 野津有司, 村松常司: 全国の都道府県及び市町村における効率学校敷地内禁煙の実施状況等に関する調査. 第59回日本学校保健学会, 2012年11月, 神戸.
- 5) 中村正和: 安全かつ有効な禁煙治療. 第22回日本禁煙推進医師歯科医師連盟総会・学術総会, 2013年2月, 山形.
- G. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む.)
この研究において、知的財産権に該当するものはなかった。

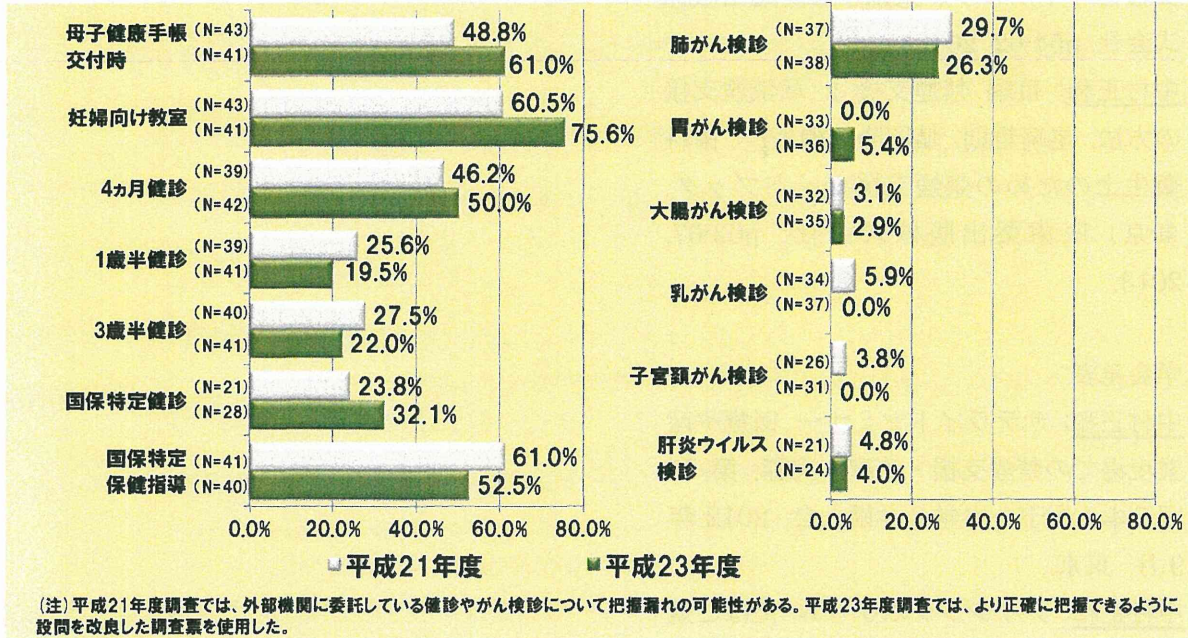
2. 学会発表

- 1) 中村正和: サテライトセミナー 医療や産業現場での禁煙支援・治療の実際. 第53回日本人間ドック学会学術大会, 2012年9月, 東京.
- 2) 中村正和: メインシンポジウム たばこ規制・対策: 数値目標の根拠と目標達成のための戦略. 第71回日本公衆衛生学会総会, 2012年10月, 山口.
- 3) 中村正和, 増居志津子, 鈴木朋子, 大西聖子: 「たばこ対策の自己点検票」を用いた自治体のたばこ規制・対策の実態把握. 第71回日本公衆衛生学会総会, 2012年10月, 山口.

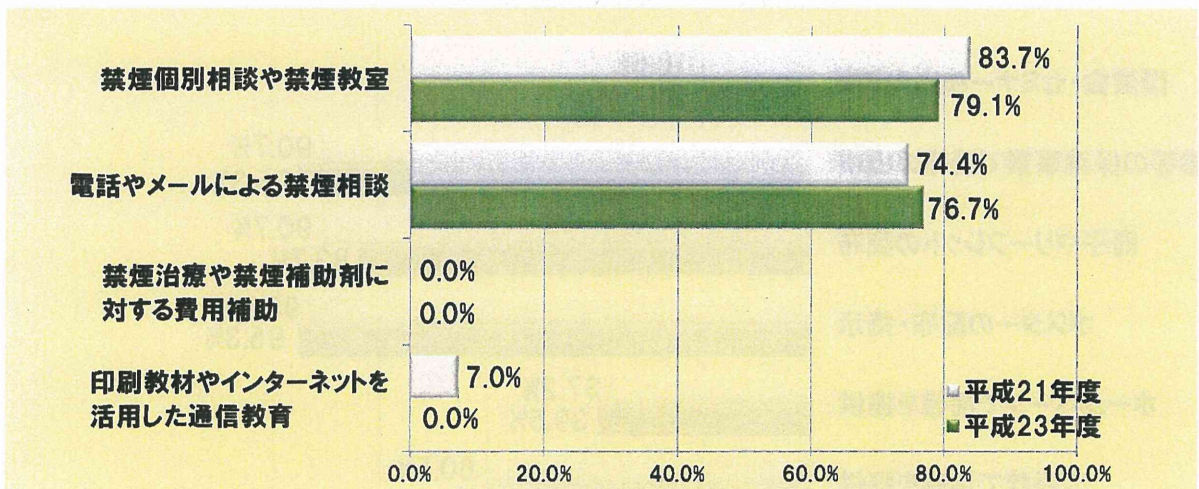
図表1 府内市町村における受動喫煙防止の規制



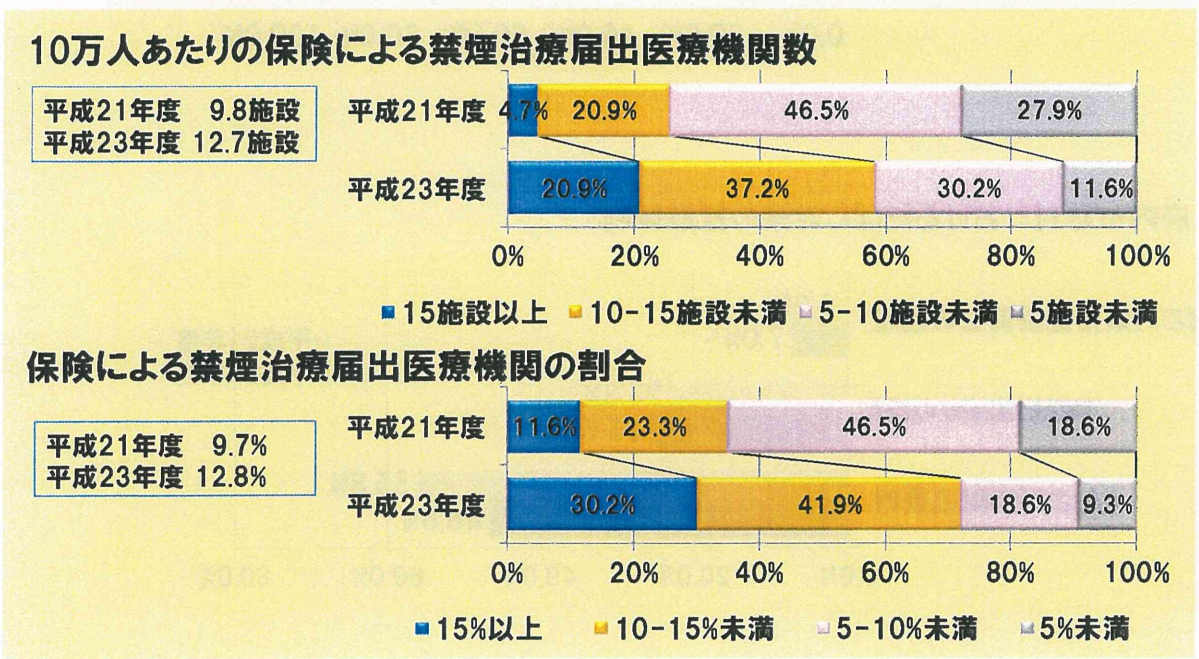
図表2 府内市町村における保健事業の場での禁煙支援の取り組み



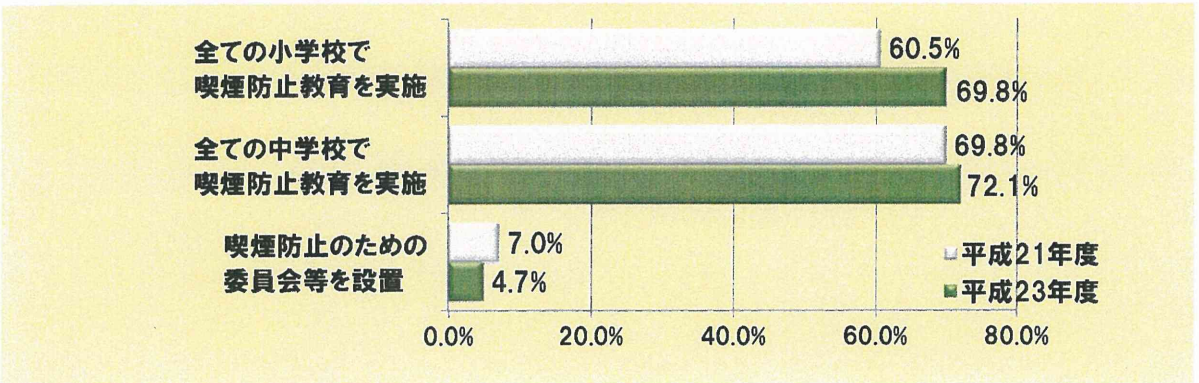
図表3 府内市町村におけるたばこ対策事業としての禁煙支援



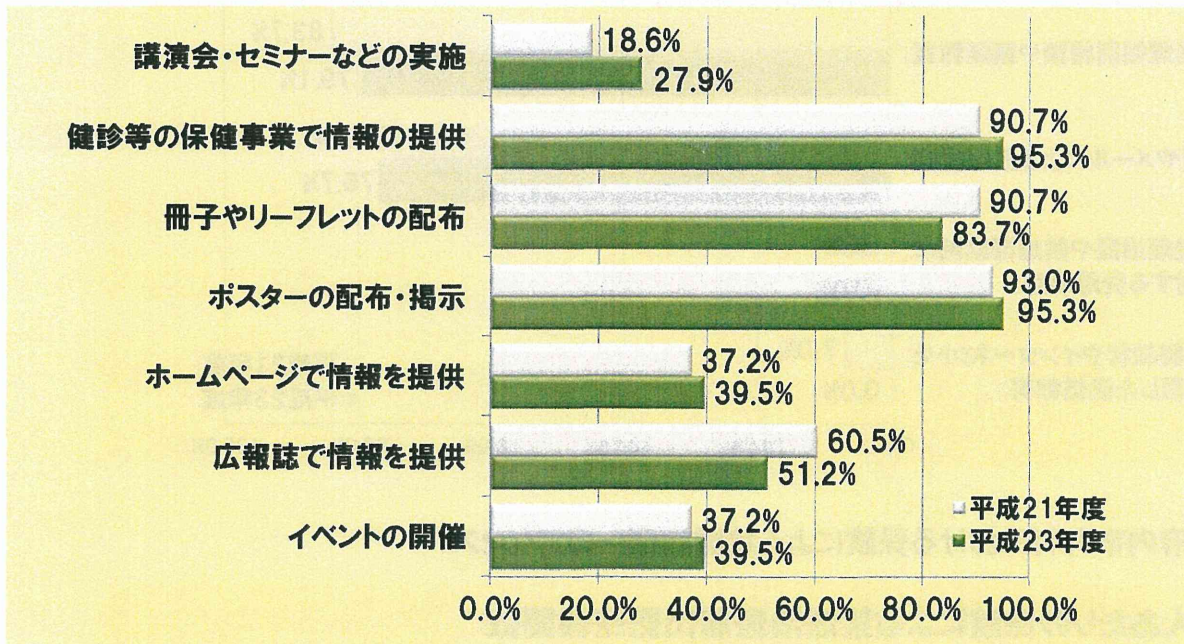
図表4 府内市町村における保険による禁煙治療へのアクセス



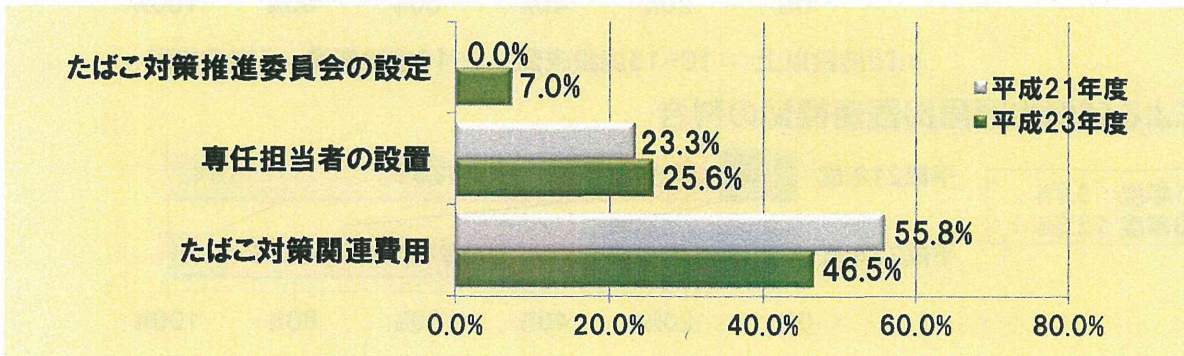
図表5 府内市町村における喫煙防止の取り組み



図表6 府内市町村におけるたばこに関する情報提供・教育啓発



図表7 府内市町村におけるたばこ対策の推進体制



厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）
たばこ対策の評価及び推進に関する研究
（研究代表者 望月 友美子）

平成 24 年分担研究報告書
成人喫煙の実態と受動喫煙曝露に関する研究

研究分担者 尾崎 米厚 鳥取大学医学部環境予防医学分野 教授

研究要旨

2008 年に実施された成人の喫煙行動に関する全国調査のデータ、人口動態統計、患者調査の結果を用いて以下のような課題についての検討を行った。

アルコールによる社会的損失の推計を行った。飲酒による社会的コストは、飲酒問題の重要性を世間に訴えるインパクトのある指標である。諸外国では、様々な推計がなされているが、わが国では、1987 年（1993 年発表）の推計以来推計がなされていない。近年のアルコールによる社会的損失の推計を試みた。既存論文等から社会的損失の構成要素を整理し、わが国の既存統計から推計できるものを選び、推計した。直接費用は医療費とし、患者調査による推計患者数にアルコールによる寄与割合（CDC による Alcohol-Related Disease Impact を使用）と疾病コードごとの医療費（社会医療診療行為別調査）を掛け合わせた。間接費用として、早世による賃金喪失と有病費用（入院による賃金喪失と問題飲酒者の生産性低下）をあげ、死亡年齢と 69 歳までに獲得できた賃金を（賃金構造基本統計調査）推計し、問題飲酒者数は 2008 年の成人の飲酒行動に関する調査結果を用い、生産性低下率は 21%（Harwood, 1984）とみなした。データは主に 2008 年のものを用いた。その他として飲酒運転による自動車事故費用、裁判費用、生活保護費等を推計した。今回の推計の結果、現時点で、約 4 兆 1500 億円の社会的損失があると考えられた。これは、2008 年の酒税は 1 兆 4680 億円であるので、酒税よりもかなり大きな損失である。喫煙による社会的損失が 5-7 兆円との報告が多いが、それと比較してもほぼ同等の損失があると推定される。世界保健機関のたばこ規制枠組み条約等の取り組みもあり世界的にタバコ対策が進み、タバコ対策後進国であったわが国でも様々な取り組みが広がり、その成果も確認されてきた。それに引き換え、アルコール対策はわが国では、あまり熱心に取り組みされてこず、特に国民の関心は低かった。従って、このような推計が国民の関心を引く一助になれば幸いである。

問題飲酒者の識別における簡易版アルコール使用障害同定テスト（AUDIT-C）の信頼性、妥当性の検討を行い、簡易版（AUDIT の最初の 3 項目）は、信頼性（再現性）が高いことが明らかになった。AUDIT 得点に対する妥当性も高いが、国際的に言われているカットオフポイントである男性 5 点、女性 3 点以上よりも高くしたほうが適切だと考えられた。男性 6 点以上、女性 4 点以上のものを問題飲酒者疑い者とするのが良いであろう。

飲酒関連問題を発生させないような節度ある適度な飲酒量を検討するために、飲酒日 1 日あたりの飲酒量をカテゴリ分けし、様々な問題飲酒の状況の発生頻度が有意に増加する飲酒量を検討した。飲酒関連問題の定義により、許容できる飲酒量は異なった。このデータセットでは、アルコール依存症や AUDIT20 点以上などにより重篤な状況を従属変数として解析するには対象者数が少なく、十分な解析ができなかった。10g ごとに飲酒量を分類して分析した方が解析しやすかった。AUDIT 得点が 8 点以上を有意に起こしやすくなるのは男女とも 10g 以上であった。AUDIT 得点が 12 点以上を起こしやすくなるのは男女計で 20g 以上、AUDIT 得点 16 点以上を起こしやすくなるのは男女計で 40g 以上であった。飲酒による健康、社会問題を起こしやすくなる飲酒量は男性では、10g 以上、女性では 20g 以上、男女計で 10g 以上であった。一般に考えられているより飲酒関連問題を発生させないような飲酒量は少ないと考えられる。

A. 研究目的

喫煙は、様々な部位のがんや循環器疾患をはじめ多くの疾病の危険因子になることが医学的に確立している。さらに、受動喫煙の害も明らかで、非喫煙者の成人の肺がんや虚血性心疾患を発生しやすくする。胎児や喫煙者の親を持つ子供への

影響は多岐にわたっている。流産、早産、死産、低出生体重のみならず、乳幼児突然死症候群、肺炎、幼児の喘息様気管支炎、呼吸器症状等数多くの疾病や症状と関係している。これが、受動喫煙対策、すなわち非喫煙者をたばこの煙から守る医学的根拠となっている。

この健康リスクのインパクトの大きさは、世界保健機関 (WHO) も認識しており、2004 年の時点で、たばこによる死亡者数は、全世界で 510 万人と推計している。日本では、全死因のうち喫煙による死亡の割合は男性で 27.8% (喫煙者 21.9%、喫煙をやめた人 (禁煙者) 5.9%)、女性で 6.8% (喫煙者 5.0%、喫煙をやめた人 (禁煙者) 1.8%) と推計されている。この推計によれば、2005 年の時点で喫煙による死亡は男性 16 万 3 千人、女性 3 万 3 千人となり、とても大きなインパクトがあることがわかる。

一方、多くの喫煙者が「止めたい」と思いながら喫煙を続けていることもよく知られた事実である。これは、ニコチン依存症によるもので、禁煙したくてもできない理由となっている。現在は、ニコチン依存症そのものを治療対象とできるようになり、いくつかの治療方法が医療現場で実践されている。

このように、医学的にも、社会的にも大きな影響を及ぼすたばこ使用を、個々人の嗜好のような問題と解釈せず、社会的に何らかの規制を行って、影響を減らしていこうとするのは自然の流れである。特に、非喫煙者や子供への影響が大きいことは看過できない。このため、2003 年に世界保健機関は「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約 (たばこ規制枠組条約：日本国は 2004 年 3 月 9 日に署名、6 月 8 日に批准。条約は 2005 年 2 月 27 日発効)」を採択し、わが国は 2004 年に批准し、2005 年には条約が発効している。その後、幾度か締約国会議が開催され条約の進行管理を行っている。わが国は国際条約の内容を具現化するために国内法を整備して、対策を強力に推進しなくてはならないが、立ち遅れているのが現状である。わが国の成人の喫煙行動に関する過去の調査をレビューし今後の課題について考察した。

B. 研究方法

既存統計、既存資料、我々の行った全国調査、日本における成人の喫煙行動に関する疫学調査の結果を収集し、総合的に分析した。

得られた情報は、日本たばこ産業による全国たばこ喫煙者率調査、国民健康栄養調査、2009、2010 および 2011 年度に成人の喫煙行動に関する全国調査 (厚生労働科学研究 わが国の成人の喫煙行動及び受動喫煙曝露の実態に関する全国調査)、厚生労働科学研究班、第 3 次対がん総合戦略研究事業による調査等であった。

C. 研究結果

1) 成人喫煙率の動向 (日本たばこ産業の調査より)

わが国の成人喫煙率の動向をみると、男性の喫煙率は 1965 年 (昭和 40 年) 頃は 80% を超える高いものであった。最も高かったのは、1966 年の 83.7% であった。その後、ほぼ一貫して減少傾向にある (日本専売公社、日本たばこ産業株式会社 全国たばこ喫煙者率調査より)。女性の喫煙率も 1965 年当初は高く、1966 年では 18.0% であった。1968 年以降は 15-16% あたりで推移し、1980 年代中盤頃より 13-14% とやや減少した。1994 年以降は、一時 14-15% 台のこともあったが、近年は 12-13% とほぼ横ばいである (図 1)。2012 年の調査によると、男性の喫煙率は 32.7%、女性は 10.4% となり、男女計では、21.1% である。推計喫煙人口は男性 1,650 万人、女性 566 万人、合計 2,216 万人となった。

年齢階級別の特徴をみると、男性は、近年では 30-50 歳代で高く、2011 年の調査でも 40% 前後となっている。女性では、20-40 歳代の喫煙率が高く、男性よりやや若い年齢階級にピークがある。年齢階級別に喫煙率の推移をみると、男性では、60 歳以上の喫煙率の低下が著しい。男性では、2000 年以降には、どの年齢階級でも喫煙率の低下傾向が強まり、近年では、20 歳代の喫煙率の低下傾向が強くなった。女性では、1965 年頃より 20 歳代の喫煙率が一貫して上昇傾向にあったが、2003 年頃より減少に転じている。30 歳代の喫煙率は、1980 年代後半以降増加傾向にあったが、20 歳代と同様に近年減少傾向にある。1990 年代以降 40-50 歳代の喫煙率は緩やかに増加していたが、

これも近年減少している。しかし、男性の喫煙率の低下傾向の大きさよりは女性の低下傾向の大きさ（傾き）は小さい。

2) 成人の喫煙率、喫煙行動の動向（国民健康栄養調査より）

厚生労働省による国民健康栄養調査（以前は国民栄養調査）では、1986年から喫煙率を調査している。男性の喫煙率は調査開始時点よりほぼ一貫して減少傾向にあり、近年減少傾向が強まった。女性の喫煙率はわずかに増加傾向にあったが、近年横ばいから減少傾向になっている。

2010年の結果では、男性の喫煙率は32.2%、女性は8.4%となっている。従来より、国民健康栄養調査による喫煙率の結果は、日本たばこ産業株式会社による調査の結果より低い値が出る傾向にある。男性は30-40歳代の喫煙率が高く（30歳代42.1%、40歳代42.4%、50歳代40.3%）、女性では20-40歳代の喫煙率が高い（20歳代12.8%、30歳代14.2%、40歳代13.6%）。年齢階級別の動向等の特徴は日本たばこ産業株式会社による調査の結果と同様である。現在習慣的に喫煙している者の中で、20歳未満で喫煙を開始した者の割合が2003年と2008年に報告されているが、2003年では、20歳代の男性が60.5%、女性が45.6%、30歳代の男性では55.6%、女性33.3%だったのが2008年では、20歳代の男性で40.4%、女性44.6%、30歳代の男性で35.0%、女性15.7%と男女とも2008年の方が20歳未満で喫煙を開始した者の割合が大きく減少した。この結果と中高生の喫煙率が近年減少していることを含めて考えると、喫煙開始年齢が上がって、全体の喫煙率の低下に寄与しているものと推察される。

2003年以降では1日平均喫煙本数を現在喫煙者に占める1日当たりの喫煙本数が21本以上の者の割合が示されているが、前者は2006年までは、ほぼ横ばいであったが、2007年以降ゆるやかに減少傾向にあった。後者は、2003年以降から減少傾向があり、2007年以降減少傾向が強まり、2010年で前年と比べ大きく減少した。年齢階級別

喫煙本数をみると、50-60歳代の喫煙本数が多く、若い世代では少ない傾向にあり、どの年代でも減少傾向にある。

現在習慣的に喫煙している者に占めるたばこをやめたいと思う者の割合をみると2010年の結果では、男性35.9%、女性43.6%と女性のほうが高く、男女とも近年増加傾向にある。年齢階級別にみると、たばこをやめたい者の割合は高齢者で低くなることもなく、どの年齢階級でもほぼ同様で、男性では近年になるほど、やめたい者の割合が高くなる傾向があるが、女性にははっきりした傾向が認められなかった。どのやめたいと思う者を全て禁煙治療に導くことができれば、わが国の喫煙率は大きく低下させることができると期待される。

受動喫煙の曝露状況をみると、2003年、2008年、2010年の結果が報告されているが、近年になるほど、ほぼ毎日曝露されていると回答した者の割合が男女とも減少してきた。特に、家庭や職場での曝露頻度が減少していた。職場の曝露頻度を年齢階級別にみると、働いている世代では、男性の方が女性より曝露頻度が高く、男女とも近年になるほど曝露頻度が低くなる傾向が認められた。

3) たばこ税引き上げ前後の成人の喫煙行動の変化

2009、2010および2011年度に成人の喫煙行動に関する全国調査（厚生労働科学研究 わが国の成人の喫煙行動及び受動喫煙曝露の実態に関する全国調査）が実施された。対象者は、わが国の成人であり、抽出方法は、調査地点を無作為抽出した後、住民基本台帳を用いた無作為抽出により抽出した。調査回答者は、2009年は1,783名（回答率63%）、2010年は956名（同66%）、2011年は1,365名（同71%）であった。調査は、喫煙行動とその関連要因を尋ねる訪問面接調査であった。喫煙経験率は、男性70.8%、女性27.6%であった。紙巻たばこの現在喫煙率は、男性34.4%、女性10.9%であった。毎日喫煙者率は、男性31.6%、

女性 10.2%であった。2009 年の日本人口を基準人口とした年齢調整を行ったとき、2011 年調査では、喫煙経験者率は、男性 70.5% (同 2009 年結果 70.7%、2010 年結果 73.4%)、女性 26.2% (同 2009 年結果 20.9%、2010 年結果 21.5%) であり(表 1)、現在喫煙者率は、男性 34.7% (2009 年 36.1%、2010 年 37.2%)、女性 10.4% (2009 年 8.3%、2010 年 9.7%) であった。2010 年毎日喫煙者率は、男性 31.8% (同 34.2%、33.4%)、女性 9.7% (同 7.1%、8.0%) であった。現在喫煙者の 1 日平均喫煙本数をみると、10 本以下のものは、男性は 28.4%、女性は 51.3%、21 本以上は男性 15.1%、女性 11.3%であった。1 日平均喫煙本数をみると、10 本以下のものは、男性は 28.4% (18.2%、32.9%)、女性は 51.3% (36.8%、54.4%) であった。21 本以上のものの割合は、男性は 15.1% (23.0%、18.1%) と減少し、女性は 11.3% (5.3%、13.7%) と 2010 年に増加したものがやや低下した。2010 年のたばこ価格の値上げの後喫煙率が大幅に低下した証拠は得られなかった。女性の喫煙率はむしろ増加傾向にあるのではないかと危惧された。一方で、値上げにより喫煙者の喫煙量が減ったという効果はみられたようである。この 12 ヶ月間で禁煙しようとした現在喫煙者の割合は、男性で 31.7% (2009 年 23.0%、2010 年 23.9%)、女性で 36.3% (2009 年 32.9%、2010 年 35.3%) と特に男性で増加した。この 12 ヶ月間で医療機関で禁煙を勧められた現在喫煙者の割合は男性で 63.6% (2009 年 46.9%、2010 年 39.5%)、女性で 41.5% (2009 年 21.2%、2010 年 48.0%) と男性で増加したが、女性では 2011 年に増加しなかった。この 12 ヶ月間に健診受診時に禁煙を勧められた現在喫煙者の割合は男性で 46.6% (2009 年 40.7%、2010 年 39.8%)、女性で 26.5% (2009 年 17.9%、2010 年 26.1%) と男女ともやや増加した。女性喫煙者は男性に比してあまり禁煙を勧められていないという結果であった。禁煙の希望をみると、男女ともこの 1 年でやめると回答したものの割合が徐々に増加していた。しかし、諸外国に比べれば禁煙に取り組

む割合も、医療関係者に禁煙を勧められる割合も低い。禁煙治療の推進が課題である。今後とも全国調査を継続し、実態をモニタリングしていくことが必要である。受動喫煙の曝露状況の変化をみると、2009 年に比べ 2010 年では男女ともやや減ったと回答する者が多くなったが、2011 年では逆に減ったとする者が減少した。受動喫煙防止対策もまだ改善の余地があることを物語っている。

4) 喫煙者の喫煙行動の変化

厚生労働科学研究班、第 3 次対がん総合戦略研究事業において、2005 年より、喫煙者の固定集団 1,666 名を対象として追跡調査が実施されおり、喫煙者の禁煙行動の実態が調べられている(中村正和ら)。わが国の喫煙者の年間禁煙試行率は徐々に増加傾向にあり、2010 年に年間 4 人に 1 人以上が少なくとも 1 日間以上の禁煙を試みていた。禁煙試行者における禁煙方法の割合の推移をみると、2010 年においても自力が 8 割以上を占め、禁煙のための OTC 薬や禁煙治療の利用は 2005 年より増加傾向にあるものの、両者を合わせても 2 割以下にとどまり、2010 年はそれぞれ 9.2%、7.4% といまだに少ない結果である。年間禁煙率(7 日間断面積禁煙率)は、禁煙試行者と喫煙者全体を分母とした場合のいずれにおいても、2005 年から少し増加傾向にあり、2010 年にはそれぞれ 27.2%、7.7%であった。諸外国と比較して、年間禁煙試行率も、禁煙治療や禁煙補助薬利用率もかなり低い結果となっている。医師が患者に禁煙アドバイスを行う割合は、アメリカを筆頭に多くの国で 50% を越えているが、わが国では 32.4%と、フランスやドイツと並んで低率であった。このように、わが国では禁煙治療の保険適用という制度をいまだに十分活用しきれていない。

5) 妊婦の喫煙行動

女性の喫煙に関して、妊婦の喫煙率調査が実施されている(日本公衆衛生雑誌、大井田隆ら、2007 年)。日本産婦人科医会の産科医療施設での調査(2002 年 260 施設 16,528 名、2006 年 344 施設、

19,650名)によると、妊婦の妊娠前の喫煙率は、2002年で24.6%、2006年で25.7%であり、一般集団の20-30歳代の女性の喫煙率13.6%(2009年厚生労働科学研究 わが国の成人の喫煙行動及び受動喫煙曝露の実態に関する全国調査)に比べ倍近く高く、妊娠中の喫煙率も2002年で9.9%、2006年で7.4%と下がったもののまだ喫煙している妊婦が数多く存在する。受動喫煙を受けている割合は2002年で62.1%、2006年で52.7%と20-30歳代の一般女性の83.4%よりは低いもののまだ過半数が曝露を受けている。

D. 考察

国民健康栄養調査の結果によると2010年には、喫煙率及び喫煙本数の急激な減少が認められており、2009-2011年度の厚生労働省の研究班の調査結果(喫煙率は大きく下がらなかったが喫煙量が減った)とはやや異なるが、一定程度の効果が認められたのは確かなようである。

以上のように、わが国の、成人男性の喫煙率は減少傾向にあるが、たばこ対策先進国の欧米諸国に比べるとまだまだ改善の余地があると言える。女性の喫煙率低下ははつきりしないうにに妊娠可能年齢の女性の喫煙率もいまだに高い現状がある。今後、若年女性へのたばこ対策の比重を大きくする必要があるかもしれない。男性が高く、女性が相対的に低い男女別の喫煙率のパターンはアジアの途上国タイプに似ており、わが国は喫煙されるたばこ製品は紙巻たばこがほとんどであるという特徴を持つ。しかし、今後は無煙たばこの使用動向を注意深く監視する必要があると思われる。さらに、成人の喫煙行動に関する調査等によると、多くの喫煙者が、禁煙アドバイスを受けておらず、禁煙に挑戦していない、受動喫煙曝露はいまだに多く、職場の改善も改善の余地が多いことも指摘されている。また、反たばこ情報が国民に到達する量がまだ少ないこと、若い世代を中心に喫煙率の男女の接近現象、妊婦の妊娠前の高い喫煙率等女性の喫煙問題もいまだに大きいと言える。

1) わが国のたばこ対策の現状と課題

(1) 最近のたばこ対策

世界の中でも、たばこ対策後進国と言われてきたわが国であるが、近年ようやくたばこ対策の進展がみられてきた。2000年には、健康増進法が策定され、9つの分科会の一つに「たばこ分科会」が位置付けられ、たばこ対策に関する目標や目標値の設定が行われた。それには、喫煙が及ぼす健康影響についての知識の普及、未成年の喫煙をなくす、公共の場や職場での分煙の徹底、及び、効果の高い分煙についての知識の普及、禁煙、節煙を希望する者に対する禁煙支援プログラムを全ての市町村で受けられるようにするであり、成人喫煙率の目標値がないものではあったが、国を挙げてたばこ対策に取り組むひとつのきっかけになったと考えられる。

2003年には健康増進法が施行され、第25条に受動喫煙防止措置に関する条文が盛り込まれた。第二十五条 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、これらを利用する者について、受動喫煙(室内又はこれに準ずる環境において、他人のたばこの煙を吸わされることをいう。)を防止するために必要な措置を講ずるように努めなければならない。としたもので、これにより、罰則規定はないものの、管理者の義務として受動喫煙対策が求められるようになった。様々な団体や組織の努力により、この法律に従って様々な公共的な場が禁煙や分煙になっていった。

さらに、2003年に策定され日本は2004年(世界の19番目)に批准したたばこの規制に関する世界保健機関枠組み条約(FCTC: The Framework Convention on Tobacco Control)が2005年に発効し、たばこ対策も進展した。その後も締約国会議が数度行われ、世界的な協調のもとに、各国がたばこ対策を推進させるためのガイドライン等が採択されてきた。

2004年には財務省の指針として、「製造たばこ

に係る公告を行う際の指針」が改正され、順次テレビ、ラジオ、インターネット、屋外広告等を原則禁止とした。未成年者喫煙禁止法罰則規定強化や未成年者喫煙防止のための適切な販売方法(各省庁局長連名通知 2004)等により、未成年者への販売禁止の徹底、年齢確認の強化等が行われた。2005年からはたばこパッケージの健康警告表示を新たに8種類作成し、表示が義務付けられた。2006年4月からは、診療報酬改定において、ニコチン依存症管理料が新設された。その後、着実に健康保険を使って、禁煙に取り組むものは増加し、その高い成功率も報告されている。2006年に成立したがん対策基本法では、その附帯決議に「がんをはじめとする生活習慣病の予防を推進するため、革新的ながん予防についての研究の促進およびその成果の活用、喫煙が健康に及ぼす影響に関する啓発および知識の普及を図るほか、喫煙者数の減少に向け、たばこに関するあらゆる健康増進策を総合的に実施する。」と述べられた。2010年10月にはたばこの需要抑制に最も効果的だといわれているたばこ税、たばこの価格の引上げが行われた(1本3.5円のたばこ税引上げ、一箱約100円の価格引き上げ)。2010年には、厚生労働省健康局長の通知により「多数の者が利用する公共的な空間については、原則として全面禁煙とする」という考えが示され、職場の全面禁煙の根拠となる状況が生まれている。このように、FCTCを受けて、国内法、通知、規制等を徐々に整備し、たばこ対策が進んできたといえる。

国のたばこ対策の進展を受けて、自治体やその他の団体、組織におけるたばこ対策も進んできた。一部の都道府県や市町村では、たばこ対策に関する条例を施行し、受動喫煙や歩きたばこ等を防止しようとしている。地方自治体の建物や敷地、学校等の禁煙化も進んできた。住民の喫煙行動の実態や自治体の喫煙対策を調査、評価する地域もある。地方自治体でよく取り組まれている喫煙対策は、市町村施設の施設内禁煙などの受動喫煙対策および、妊婦への喫煙防止教育、健診や事後指導での健康影響説明、未成年の喫煙防止教育、路上

喫煙防止対策などである。

(2) たばこ対策の課題

このように、わが国のたばこ対策は近年大きな進歩をみた。そして、いくつかの分野ではそれに伴い、成果も確認されている。しかし、一方で、一定規制やガイドライン等が出来上がっても実態がなかなか改善されないものも多い。受動喫煙防止対策をみても、実態に全面禁煙の通知どおりに、対策が実施できていない事業所も多く、改善されてきたとはいえ、いまだに多くの労働者が職場で受動喫煙の曝露を受けている。禁煙治療の利用者も増えてきたとはいえ、喫煙率を大きく引き下げるほどのインパクトはまだ十分ではない。

(3) 今後のたばこ対策

わが国のたばこ対策の今後の課題は、FCTCの求めている対策の完全実施である。世界保健機関では、FCTCを推進するパッケージとして、MPOWERを推進している。Monitor(モニタリング)、Protect(受動喫煙からの防止)、Offer(禁煙の支援)、Warn(喫煙の危険性の啓発)、Enforce(タバコ広告・販促・後援の規制)、Raise(たばこ税の引き上げ)という6分野である。これらに沿った対策の構築、推進が重要である。

がん対策推進基本計画(2012年)では、分野別の施策と個別目標のひとつの分野として、がんの予防をとりあげ、2022年度までに、成人喫煙率を12%、未成年者の喫煙率を0%、受動喫煙については、行政機関及び医療機関は0%、家庭は3%、飲食店は15%、職場は2020年までに受動喫煙の無い職場を実現する、としている。これからの10年にこれらを達成するためには、相当強力な対策の推進が必須である。

今後の具体的な方策として、喫煙率や喫煙量を短期に減らす最良の方法と謳われているたばこ税の引上げによるたばこ価格の上昇は、今後さらに行われる必要があるだろう。これは、青少年の喫煙開始も抑制し、健康関連行動の社会格差(社会経済状態の良くない人ほど喫煙率が高い)を是正す

る効果も期待される。受動喫煙の完全防止も必要である。健康増進法や労働安全衛生法や自治体の条例では、分煙が認められていたり、規定が努力義務であったりしている。職場や公共の場所および交通機関の全面禁煙を法的に規定し、施設主の義務とする必要がある。現在、たばこのパッケージの30%に文字で記載されている健康警告表示も生ぬるいと指摘がある。主要面の50%以上の警告表示、可能性ではなく危険をきっぱりと言い切る文言、図や写真を掲載しインパクトを与える内容にする等の課題がある。たばこと健康についての情報提供も、政府が責任を持って、予算をきちんと投入し、多くの人々に影響を与えられるようなメディアに、頻繁に投下される必要がある。たばこの広告も自主規制頼みを改め、広告、販売促進、イベント等の後援を包括的に禁止する規制が必要である。禁煙治療の保険適用は画期的であるが、さらなる禁煙支援、禁煙治療の強化、拡充が必要である。保険適用範囲の拡大、医療機関や検診機関での簡易介入の普及(brief intervention)、無料の禁煙電話相談やインターネットサービスの拡充などが重要であろう。さらに、特に未成年者への販売禁止のために、たばこの自動販売機の撤廃や購入時の身分証明提示の義務化なども重要である。諸外国と比較して、わが国が立ち遅れているのは、広告禁止、メディアキャンペーン、受動喫煙防止対策、警告表示である。これらの対策の成果の評価を行うためにも、それぞれに対応した評価指標をモニタリングできるようなシステムを構築することも必要である。

さらに、今後も様々な形で行われてくるであろう、新たなたばこの開発、販売戦略にも注意を払い、対策を講じていく必要がある。たとえば、近年の動向として、無煙たばこ、ガムたばこ、電子たばこ、フレーバー付たばこなどが出回り始めており、それらの監視も重要になってくる可能性がある。また、たばこの南北問題も関心を持つ必要がある。たばこ対策が進む先進国で伸び悩むたばこ消費を取り返そうと発展途上国での売り上げを増やすような動きに対して、我々も関心を持

ち、世界の人々の健康を守るために活動することも、多国籍たばこ企業を有する国の国民として大切なことになってくるだろう。

E. 研究発表

1. 論文発表

Hosoda T, Osaki Y, Okamoto H, Wada T, Otani S, Mu H, Yokoyama Y, Okamoto M, Kurozawa Y. Evaluation of relationships among occupational stress, alcohol dependence and other factors in male personnel in a Japanese local fire fighting organization. *Yonago Acta medica* 2012;55:63-68.

尾崎米厚. 【アルコール関連問題】 わが国の飲酒運転の現状と今後の対策. *公衆衛生* 2012;76(3):200-204.

尾崎米厚. 未成年者飲酒が減少傾向にある日本 その背景は. *アル健協 News & Reports* 2012;17(3):2-6.

2. 学会発表

Osaki Y, Ino A, Matsushita S, Higuchi S. Effectiveness of the derived alcohol use disorders identification test (AUDIT-C) in screening for alcohol use disorders and risky drinking in the Japanese general population. *International Society for Biomedical Research on Alcoholism 2012 ISBRA World Congress*. 2012; Sep 9-11, Sapporo, Japan.

Osaki Y, Ohida T, Kanda H, Fukushima T, Tanihata T, Kaneita Y, Kishimoto T. Epidemiology of tobacco use among adolescents and adults, and recent progresses in tobacco control in Japan. *Symposium D2: Epidemiology of tobacco use, tobacco cessation, and how to achieve successful tobacco control: lessons learned from developed and developing countries*. 2nd Asia-Pacific Society for

Alcohol and Addiction Research. 2012; Feb 8, Bangkok, Thailand.

Osaki Y, Ohida T, Sawa M, Matsushita S, Higuchi S. Risky drinking and binge drinking in Japan. Symposium: Standard and other diagnostic approaches to alcohol use disorders. International Society for Biomedical Research on Alcoholism 2012 ISBRA World Congress. 2012; Sep 9, Sapporo, Japan.

Mihara S, Nakayama H, Maezono M, Hashimoto T, Yamamoto T, Matsushita S, Roh S, Osaki Y, Hesselbrock M, Higuchi S.

Internet addiction among the adult population in Japan: Results from two major surveys.

International Society for Biomedical Research on Alcoholism 2012 ISBRA World Congress. 2012; Sep 9, Sapporo, Japan.

Toyama T, Nakayama H, Takimura T, Yoshimura A, Maesato H, Matsushita S, Osaki Y, Higuchi S.

Prevalence and characteristics of pathological gambling in Japan: Results of a national survey of the general population.

International Society for Biomedical Research on Alcoholism 2012 ISBRA World Congress. 2012; Sep 9-11, Sapporo, Japan.

Osaki Y, Ohida T, Kishimoto T, Kanda H, Kaneita Y, Tanihata T. Trends in between-school differences in prevalence of smoking and alcohol use among high school students in Japan. 2nd Asia-Pacific Society for Alcohol and Addiction Research. 2012; Feb 6-8, Bangkok, Thailand.

尾崎米厚、樋口進

わが国のアルコール関連問題の現状と課題 科学的データから考える わが国のアルコールによ

る社会的損失の推計

日本アルコール・薬物医学会雑誌 2012;47(4):83

尾崎米厚、福島哲仁、大井田隆、神田秀幸、谷畑健生、望月友美子.

2010年のタバコ値上げ後のわが国の成人の喫煙行動の変化.

日本公衆衛生雑誌 2012;59(10):302.

神田 秀幸, 尾崎 米厚, 岡村 智教, 大井田 隆, 樋口 進

成人飲酒者はアルコール価格が上昇すると禁酒するのか

日本アルコール・薬物医学会雑誌 2012;47(4):177

澤 滋, 高瀬 正幸, 能重 和正, 富安 哲也, 川上 知恵子, 小石川 比良来, 尾崎 米厚, 岸本 拓治
知的障害者施設スタッフのこころの健康度と震災の影響についての検討

精神神経学雑誌 2012 特別 : S-320

三原 聡子, 前園 真毅, 橋本 琢磨, 中山 秀紀, 山本 哲也, 尾崎 米厚, Michie Hesselbrock, 松下 幸生, 樋口 進

わが国におけるインターネット嗜癮 実態とその特徴

精神神経学雑誌 2012 特別;S-289

尾崎米厚、樋口進、松下幸生、岸本拓治.

アルコールによる社会的損失の推計.

日本衛生学雑誌 2012;67(2):320

尾崎米厚、大井田隆、神田秀幸、兼板佳孝、樋口進、岸本拓治.

わが国の中高生の喫煙率及び飲酒率の学校間格差の動向. 日本疫学会 2012; Jan 26-28, 東京

F. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
特記事項なし
2. 実用新案登録
特記事項なし

3. その他
特記事項なし

表1 成人の喫煙経験率の推移

	男性			女性		
	2009年 n=834	2010年 n=429	2011年 n=633	2009年 n=949	2010年 n=527	2011年 n=732
20歳代	59.0	63.4	49.4	22.6	17.5	33.3
30歳代	58.7	70.9	70.1	43.1	31.2	33.6
40歳代	73.0	77.1	74.7	19.0	29.5	36.8
50歳代	78.0	80.0	83.5	23.6	25.3	39.5
60歳代	77.3	73.8	73.5	14.8	17.4	14.2
70歳代	74.4	68.9	71.4	10.1	13.6	9.8
80歳以上	85.7	85.0	65.2	4.4	9.7	9.1
合計	71.9	74.1	70.8	20.5	21.6	27.6
調整率	70.7	73.4	70.5	20.9	21.5	26.2

調整率は、2009年の日本人口を基準に年齢調整を実施

厚生労働科学研究 わが国の成人の喫煙行動及び受動喫煙曝露の実態に関する全国調査

表2 成人の現在喫煙率の推移

	男性			女性		
	2009年 n=834	2010年 n=429	2011年 n=633	2009年 n=949	2010年 n=527	2011年 n=732
20歳代	43.4	47.2	31.3	8.3	12.5	13.1
30歳代	38.5	40.0	41.7	16.8	6.5	11.8
40歳代	41.8	40.0	45.3	6.3	12.8	12.3
50歳代	44.7	37.5	38.1	12.1	14.1	17.8
60歳代	31.5	39.3	34.2	5.2	9.1	6.3
70歳代	18.0	18.0	16.5	2.2	4.9	6.1
80歳以上	17.1	25.0	17.4	4.4	6.5	2.3
合計	34.4	36.1	34.4	8.0	9.7	10.9
調整率	36.1	37.2	34.7	8.3	9.7	10.4

調整率は、2009年の日本人口を基準に年齢調整を実施

厚生労働科学研究 わが国の成人の喫煙行動及び受動喫煙曝露の実態に関する全国調査

表3 成人の毎日喫煙率の推移

	男性			女性		
	2009年	2010年	2011年	2009年	2010年	2011年
	n=834	n=429	n=633	n=949	n=527	n=732
20歳代	41.0	41.7	24.1	4.8	5.0	11.9
30歳代	33.8	34.5	40.2	13.9	5.2	10.5
40歳代	40.2	38.6	42.1	6.3	11.5	11.4
50歳代	43.3	33.8	36.1	10.2	14.1	17.8
60歳代	30.9	36.4	30.8	5.2	8.3	6.3
70歳代	17.3	14.8	15.4	2.2	3.7	6.1
80歳以上	17.1	20.0	17.4	4.4	6.5	0.0
合計	33.2	32.6	31.6	7.0	8.3	10.2
調整率	34.2	33.4	31.8	7.1	8.0	9.7

調整率は、2009年の日本人口を基準に年齢調整を実施

厚生労働科学研究 わが国の成人の喫煙行動及び受動喫煙曝露の実態に関する全国調査

表4 現在喫煙者の喫煙行動に関する項目

	男性			女性		
	2009年	2010年	2011年	2009年	2010年	2011年
喫煙本数						
1-10本	18.2	32.9	28.4	36.8	54.4	51.3
11-20本	58.4	48.4	54.6	56.6	29.4	36.3
21本以上	23.0	18.1	15.1	5.3	13.7	11.3
この12ヶ月間で禁煙しようとしたか						
はい	23.0	23.9	31.7	32.9	35.3	36.3
この12ヶ月間で医療機関で禁煙を勧められたか						
はい	46.9	39.5	63.6	21.2	48.0	41.5
この12ヶ月間で健診受診時に禁煙を勧められたか						
はい	40.7	39.8	46.6	17.9	26.1	26.5
禁煙の希望						
この1年でやめる	10.7	11.6	16.1	11.8	15.7	17.5
いつかはやめる	32.3	31.0	34.9	35.5	41.2	38.8
止める気がない	49.5	46.5	43.6	39.5	33.3	36.3

厚生労働科学研究 わが国の成人の喫煙行動及び受動喫煙曝露の実態に関する全国調査

表5 受動喫煙の曝露の変化

	男性			女性		
	2009年	2010年	2011年	2009年	2010年	2011年
大幅に減った	18.9	22.4	13.4	20.0	22.0	13.0
少し減った	30.0	27.0	29.4	31.0	30.6	29.0
あまり変わらない	44.0	41.3	48.8	40.8	37.2	48.2

厚生労働科学研究 わが国の成人の喫煙行動及び受動喫煙曝露の実態に関する全国調査

厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）
たばこ対策の評価及び推進に関する研究（研究代表者 望月 友美子）
分担研究報告書

国内葉タバコ農家の耕作意欲と転作促進策に関する研究

研究分担者 細野 助博 中央大学教授

研究要旨

国内葉タバコ農家のアンケート調査により、実効可能性の高い転作促進策が何かを推測する作業を重ねた。その結果、葉たばこの買入価格の下落と共同設備の償却、有望転作物情報の提供などの施策ニーズが高いことがわかった。このアンケート調査に基づいて、直接ヒアリングする必要性を感じた。次年度はその作業を主軸にした研究になる。

A. 研究目的

この調査研究の目的は、国内葉タバコの廃作に関する耕作者の意識と政策ニーズを直接問い、今後の転作促進政策に生かすことである。

国産葉たばこは国際的な平均価格の約3.3倍の値段でJT（日本タバコ製造（株））に買い取られている。しかし喫煙率の減少が止まらない環境下で、買い付け側のJTは国内葉タバコの廃作への奨励に舵を本格的に切った。その理由を第45回葉たばこ審議会の答申（平成23年8月1日）に見る。この答申によれば、高齢化の進展、健康意識の高まり、規制の強化により需要の減少が止まらない環境下で、「販売数量」は対前年比で約20%弱の大幅現象になり、在庫積み増しを解消して需給バランスを取るために廃作の奨励に踏み切ったとある。

B. 研究方法

本稿では、JTがなぜ廃作奨励金の導入に踏み切ったのかを需給両側の事情を分析することに始まり、宮崎県のA市でのアンケート調査から葉たばこ耕作継続と廃作の2項選択の誘因分析をロジスティック回帰モデルで実証的に検証する。

（倫理面への配慮）調査対象市も匿名にし、データも個表から集計数値の転換することで、プライバシーに抵触しないように心している。

C. 研究結果

1. 全国的傾向

(1) 需要側の動向

喫煙率の低下が進んでいる。喫煙率は男性が女性よりも高いが、下の表に見られるように、平均減少率は男性が女性よりも高い。男性の場合はどの年齢層においても着実に減少傾向が観測できるが、女性の場合は、50歳代以上では着実な減少が見られるが、30歳代以下では逆に増加傾向が見て取れる。しかし、全体的には男性同様喫煙率は低下傾向にあること

がわかる。

表1 喫煙率の年平均変化率（1965年より2012年までのデータ）

男性20歳代	非標準化係数		標準化係数		有意確率	女性20歳代	非標準化係数		標準化係数		有意確率
	回帰係数	標準誤差	ベータ	t			回帰係数	標準誤差	ベータ	t	
Time (定数)	-.016 36.457	.001 2.183	-.909	-14.795 16.702	.000 .000	Time (定数)	.014 -25.400	.002 4.527	.676	6.221 -5.611	.034 .000
男性30歳代	非標準化係数		標準化係数		有意確率	女性30歳代	非標準化係数		標準化係数		有意確率
	回帰係数	標準誤差	ベータ	t			回帰係数	標準誤差	ベータ	t	
Time (定数)	-.013 29.790	.001 1.520	-.928	-16.849 19.604	.000 .000	Time (定数)	.008 -13.268	.001 2.228	.728	7.199 -5.954	.000 .000
男性40歳代	非標準化係数		標準化係数		有意確率	女性40歳代	非標準化係数		標準化係数		有意確率
	回帰係数	標準誤差	ベータ	t			回帰係数	標準誤差	ベータ	t	
Time (定数)	-.014 31.709	.001 1.394	-.946	-19.764 22.744	.000 .000	Time (定数)	-.002 6.102	.001 2.788	-.175	-1.205 2.188	.234 .034
男性50歳代	非標準化係数		標準化係数		有意確率	女性50歳代	非標準化係数		標準化係数		有意確率
	回帰係数	標準誤差	ベータ	t			回帰係数	標準誤差	ベータ	t	
Time (定数)	-.015 34.137	.000 .924	-.979	-32.494 36.943	.000 .000	Time (定数)	-.012 26.734	.002 3.497	-.712	-6.884 7.645	.000 .000
男性60歳代	非標準化係数		標準化係数		有意確率	女性60歳代	非標準化係数		標準化係数		有意確率
	回帰係数	標準誤差	ベータ	t			回帰係数	標準誤差	ベータ	t	
Time (定数)	-.024 51.782	.001 1.551	-.977	-30.882 33.376	.000 .000	Time (定数)	-.033 67.553	.001 2.133	-.976	-30.564 31.674	.000 .000
男性全世代	非標準化係数		標準化係数		有意確率	女性全世代	非標準化係数		標準化係数		有意確率
	回帰係数	標準誤差	ベータ	t			回帰係数	標準誤差	ベータ	t	
Time (定数)	-.017 38.602	.001 1.436	-.962	-24.030 26.880	.000 .000	Time (定数)	-.006 15.190	.001 1.451	-.787	-8.644 10.467	.000 .000

資料：細野研究室作成

その結果、販売数量は平成8年の山をピークになだらかな減衰曲線を描きながら減少している。

図1 紙巻タバコ販売数量（実績、万本）



資料：JT調べ