

Fact sheet

1

たばこ増税政策

KEY FACT (要約)

- たばこ増税政策は、最も確実な消費抑制策だが、わが国のたばこ価格は国際的にみて低価格にとどまっている
- 国民の健康を守るためには、たばこ増税による価格の大幅な値上げが必要である
- たばこの値上げは、健康面から消費の削減、経済面からたばこ税の増収となる一石二鳥の政策であることが国際的に明らかになっている
- わが国でも 2010 年のたばこ増税による価格の値上げ(1 箱平均約 110 円)においても、消費削減と増収増の効果が確認されている

1

なぜ必要か？

- たばこの価格を上げることは、喫煙開始の防止や禁煙率の増加をもたらす¹⁾、最も確実な消費抑制策であることが多くの国々で実証されており、わが国も批准している「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」では最優先政策に位置づけられています。
- たばこに含まれるニコチンの依存性のため、たばこ増税により価格が上昇しても、それに合った需要の減少にまで至らないことがわかっています¹⁾。そのため値上げによる増収の見込めます。
- わが国のたばこ価格は国際的にも安く、低所得者層や若年層でも容易に購入可能です。たばこ価格の上昇は喫煙者にとって、禁煙動機の中で強い動機のひとつです。
- たばこ増税政策は、受動喫煙対策や禁煙支援などの政策と組み合わせることで消費抑制効果が増し、健康情報や保健サービスが届きにくい低所得層などのハイリスク集団にも公平に効果が及びます¹⁾。
- たばこ税は年間約 2 兆円の安定財源である一方、喫煙による超過医療費は年間 1 兆 8000 億円、これに労働力損失や火災・清掃に関

連した費用を含めた社会損失全体は 4 兆 3000 億円と増収をはるかに上回ることから²⁾、たばこ増税を伴う価格政策は、たばこ税の増収に加えて、これらの社会損失を減らすことにつながります。

WHO のたばこ規制枠組条約とたばこ価格・増税政策

「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」の第 6 条(たばこの需要を減少させるための価格及び課税に関する措置)において、締約国は課税政策に関する主権的権利を害されることなく、たばこ規制に関する自国の保健上の目的を考慮し、適当な場合にはたばこ価格及び課税に関する措置を選択または維持すべきであることが示されています。

具体的には、①たばこの消費減少をめざす保健上の目的に寄与するため、たばこ製品に対する課税政策及び適当な場合には価格政策を実施すること、②適当な場合には免税のたばこ製品について一つの国から他の国に移動する者に対する販売や輸入を禁止または制限することなどが述べられています。

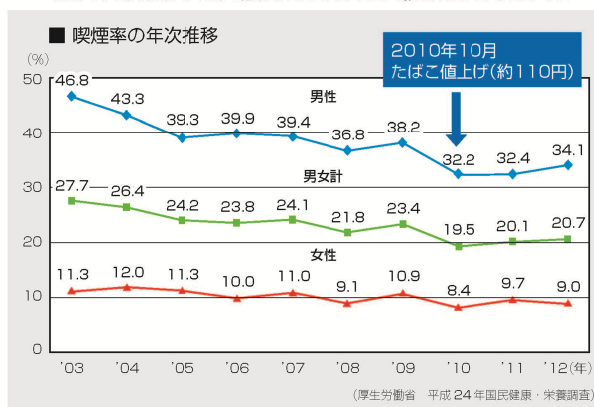
2

現状はどうか？

- わが国のたばこの価格は国際的にも安く、2010 年のたばこ増税による値上げ(1 箱平均約 110 円)の後でも、購買力平価換算ドルでは、OECD 加盟国の中で韓国に次いで最安値です³⁾。
- たばこ税は、たばこ税法に基づき「製造たばこ」に対して課せられ、国税である国たばこ税(狭義のたばこ税)およびたばこ特別税と、地方自治体の課税する地方たばこ税(都道府県たばこ税および市町村たばこ税)とを合わせ、年間約 2 兆円を維持しています。
- わが国は 2010 年に大幅なたばこ増税があり、たばこ税が 1 本当たり 3.5 円増えましたが、たばこ産業の価格上昇により、たばこ価格としては 1 箱 290 円～320 円の紙巻たばこが 410～440 円と過去最大の値上げ幅となりました。
- 2010 年の値上げの結果、一時的には販売が大幅に減少しましたが数カ月で回復し、2010 年度の販売数量は 237 億本減少(−10%)したものの、増収は 800 億円(+4%)と増収となりました。また、販売金額は 703 億円(+2%)といずれも増収でした^{4,5)}。
- 喫煙率は、2009 年に比べ、2010 年は男性 6.0%減、女性 2.5%減(減少率にして各々 16%、23%)と顕著で、2011 年にはそれぞれわずかに増加したものの、値上げの影響の大きさが改めて確認されました⁶⁾(右図)。

- 2010 年の大幅な値上げ時の価格弾力性^{*}は −0.3 前後であり、2003 年と 2006 年の 1 箱 20 円～30 円の値上げ時と比べて大差はなく⁷⁾、今後たばこ税をさらに引き上げても一定の増収を確保しながら、たばこ消費量や喫煙率を効果的に減少できることを示しています。

^{*} 価格の変化率(%)に対する需要の変化率(%)。具体的には、1% 価格が変化したときに、需要が何%変化するかを示す指標。この数字の絶対値が大きいほど、値上げの影響が大きいということになる。



3 何をなすべきか？

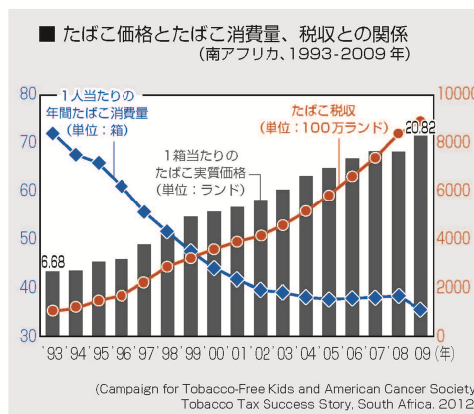
- 国民の健康を守る観点から、国際的に安価なたばこ価格の大幅な引き上げを行うことが必要です。
そのために、以下のことを行うことが必要です。
- ★ たばこ増税政策が最も効果のあるたばこ消費削減策であることを、社会一般や国民、政策決定者に伝えるとともに、たばこ増税により税収も増加し、かつ尊い生命を守るという公衆衛生上のメリットもあることを示す。

- ★ たばこ値上げは不法取引の増加につながらないことや、たばこ産業や生産者を苦しめる政策ではないことを周知する。
- ★ わが国のたばこ価格が国際的に安く、値上げの余地が大きいことについても社会的に働きかけていく。
- ★ 無煙たばこなどの新規たばこ製品は、通常の紙巻たばこ製品に比べて税率が低いことを政策決定者に伝え、税率の考慮を求める。

4 期待される効果は？

- たばこ増税政策は、ウィンウィン政策です。すなわち、たばこ消費が減ることで、喫煙者や公衆衛生上の利益がある一方、たばこ増税が見込まれるので政府にとっても利益があります。
- たばこの価格が上がることにより、成人だけでなく、とくに青少年や低所得者層の消費が減少し、社会全体として喫煙が原因となる病気の罹患や死亡が減少し、医療費の抑制や労働生産性の向上につながります。
- 大胆なたばこ増税を行うことで財源が確保され、その一部をたばこ規制の費用に充てれば、規制の促進が図れます。また、たばこ増税で消費が減るため、たばこ会社が一定の利益を確保するために価格を値上げすることにもつながり、さらに消費が減るという好循環が期待できます。

たばこ税が上がると、たばこ消費は減少するが、たばこ税収は増加する（南アフリカの例）⁹⁾



南アフリカにおいて1993年から2009年にかけて、たばこ増税が実施され、1箱当たり価格が6.68ランドから20.82ランドに値上がりしました⁹⁾。その結果、たばこ総販売量は1/3に減少、1人当たりの消費量は50%減少、さらに成人喫煙率は25%減少しました。

一方、たばこ税収は、このようなたばこ消費の減少にもかかわらず、10億ランドから90億ランドへと、9倍に増加しました。なお、たばこ総販売量が1/3に減少した内訳として、その40%は禁煙、60%は喫煙本数の減少によると報告されています⁹⁾。

このような効果は、南アフリカに限らず、フランス等の先進国でもみられています³⁾¹⁰⁾。

5 よくある疑問や反論についてのQ&A^{11, 12)}

Q. たばこ税が上がると密輸や密造、税逃れが増えて、増税政策の効果が低下するのではありませんか？

A. たばこ税・価格の大きさと密輸や税逃れとの間に直接の関係はありません。むしろ、密輸に対する罰則がゆるい国や汚職率の高い国ほど、これらの問題が増加します。たばこ増税を実施してきた多くの国の経験から、不法取引に対する効果的な対策がすでに明らかになっており、増税政策の効果は確実に得られています。英国やイタリアの例では、たばこ価格が上がっても、密輸対策が奏功し、密輸は逆に減少しています。

Q. たばこ税の引き上げによる値上げは、低所得者層に負担を強いることになりませんか？

A. 確かに低所得者層は喫煙率が高く、総収入に占めるたばこ代の割合が相対的に大きいことから、たばこ増税はさらなる経済的な負担を強いる可能性が考えられます。しかし、低所得者層はたばこ増税により敏感に反応し、喫煙本数を減らしたり、禁煙するため、

結果的には、低所得者層の命や健康を守り、喫煙に関連した病気による休業や医療費の負担を軽減することにつながります。また、禁煙すれば、たばこ代を日常生活に必要な費用に充てることができ、つまり、たばこ増税は、セーフティネットとして低所得者層を救う政策です。健康日本21（第二次）の上位目標の一つである健康格差の縮小にもつながります。

Q. たばこ税を引き上げても、喫煙者が安い価格のたばこに切り替えるので、思ったほどの効果は得られないのではないのでしょうか？

A. たばこ価格が上昇した際に、喫煙者の多くが安い価格のたばこに切り替えるわけではありません。そのため、たばこ増税政策を実施してきた国において、たばこ消費や喫煙率の減少とともに、たばこ税収の増加がみられています。わが国でも税率の低い紙巻きたばこや無煙たばこなどの新規たばこ製品について、今後の税の引き上げにおいて、たばこ価格が拡大しないように課税を検討することが必要です。

【参考文献】

- 1) WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, The MPOWER package, 2008.
- 2) 医療経済研究機構：平成20年度自主研究事業報告書「禁煙政策のありかたに関する研究－喫煙によるコスト推計－」
- 3) WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship, 2013.
- 4) 日本たばこ協会：紙巻たばこ統計データ。
- 5) 財務省：租税及び印紙収入決算額調。
- 6) 厚生労働省：平成24年国民健康・栄養調査, 2014.
- 7) 伊藤ゆり, 他：たばこ税・価格の引き上げによるたばこ販売実績への影響。日本公衆衛生雑誌 2013; 60: 613-618.
- 8) Campaign for Tobacco-Free Kids and American Cancer Society: Tobacco Tax Success Story, South Africa, 2012.
- 9) Van Walbeek C. Tobacco Excise Taxation in South Africa. Published report for the Tobacco Free Initiative of the World Health Organization, 2003.
- 10) Jha P, et al: Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tobacco. New Engl J Med. 2014; 370: 60-68.
- 11) Campaign for Tobacco-Free Kids and Framework Convention Alliance: Taxation and Price, Countering Industry Claims, 2012.
- 12) The World Bank Web site: Economics of Tobacco Control – Myths and Facts.

本ファクトシートは、平成25年度厚生労働科学研究費補助金による第3次対がん総合戦略研究事業「発がんリスクの低減に資する効果的な禁煙推進のための環境整備と支援方策の開発ならびに普及のための制度化に関する研究」班（研究代表者 中村正和）の補助金の配賦を得て作成しました。
作成担当：望月友美子（国立がん研究センターがん対策情報センター）、中村正和（大阪がん循環器病予防センター）

Fact sheet

2

受動喫煙防止対策

KEY FACT (要約)

- 受動喫煙による健康影響の安全域はなく、周囲の人の健康に悪影響を及ぼす
- 受動喫煙のために年間 6800 人が死亡している
- 受動喫煙は他者危害であり、その対策が必要である
- たばこの煙は PM2.5 であり、越境大気汚染よりもたばこ煙による屋内空気汚染のほうが深刻
- 喫煙室では受動喫煙防止の効果は不十分、建物内全面禁煙が有効

1

なぜ必要か？

- たばこの煙にはカドミウムなどの重金属、ポロニウム-210 などの放射性物質、70 種類以上の発がん性物質など、約 4000 種類の化学物質が含まれています¹⁾。
- 喫煙しなくても、周囲のたばこの煙を吸わされてしまうことを受動喫煙といいます。受動喫煙による健康影響について安全域はなく、その慢性影響として心筋梗塞や肺がん、子どもの呼吸器感染症や中耳炎、乳幼児突然死症候群等のリスクが高まることが明らかになっています²⁾ (下図)。
- 受動喫煙により、肺がんと虚血性心疾患に限っても年間 6800 人が亡くなっていると推定されており³⁾、その健康影響は深刻です。2009 年にとりまとめられた厚生労働省「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。
- PM2.5 の越境大気汚染が社会問題となっています。PM2.5 はたばこの燃焼でも発生します。PM2.5 は、直径が 2.5 μ m 以下の非常に小さな粒子であるため、肺の奥まで入り込みやすく、気管支炎や喘息などの呼吸器疾患だけでなく、肺がんのリスクの上昇や循環器系への影響も懸念されています⁴⁾。わが国では、屋内の喫煙規制が遅れているため、大気汚染よりもたばこ煙による屋内の空気汚染のほうが深刻な問題です。

WHO のたばこ規制枠組条約と受動喫煙防止対策

わが国が批准している「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」第 8 条(受動喫煙からの保護)のガイドラインでは、「喫煙室や空気清浄機による対策は不適切であり、受動喫煙を防止するためには 100% 全面禁煙とする必要がある」と示され、公共場所や職場等の屋内を全面禁煙とする法律を施行することが締約国に求められています。

■ 受動喫煙の健康影響

確実に健康影響があるもの		可能性のあるもの
肺がん、 虚血性心疾患、 鼻刺激	成人	脳卒中、副鼻腔がん、乳がん、 アテローム性動脈硬化症、 COPD(慢性閉塞性肺疾患)、 慢性呼吸器症状、喘息、肺機能低下
中耳炎、 呼吸器系症状・肺機能低下、 乳幼児突然死症候群(SIDS)、 下気道疾患(気管支炎・肺炎など)	子ども	脳腫瘍、 リンパ腫、 喘息、白血病
低出生体重児*、早産*、 乳幼児突然死症候群(SIDS)*、 妊娠中の異常 (破水、前置胎盤、胎盤早期剥離)	胎児 (妊婦本人の 喫煙)	流産、 先天奇形(口蓋裂)、 子宮外妊娠

* 妊婦本人が喫煙しなくても、周囲の喫煙だけでリスクが上昇することが明らかにされている。
(アメリカ公衆衛生長官報告書、2004 および 2006 より)

2

現状はどうか？

- わが国は、2003 年に施行された健康増進法 第25条によって受動喫煙対策が施設管理者の努力義務になりましたが、罰則がなく、法規制としては十分ではありません。そのため、WHO(世界保健機関)による各国のたばこの規制状況の評価において、日本の受動喫煙対策の評価は、2008 年の報告以降、常に最低ランクです⁵⁾。
- 2010 年、2012 年の厚生労働省の受動喫煙防止に関する健康局長通知によると、「少なくとも官公庁や医療施設においては、全面禁煙とすることが望ましい。」とされています。これらの施設では喫煙室を廃止して屋内の全面禁煙化が進んでいますが、まだ 100% ではありません。
- 一般企業では、2012 年の厚生労働省の調査で「敷地内全面禁煙」が 13%、「建物内全面禁煙」が 38%でした。その一方で、「対策がとられていない」が 18%、「喫煙コーナーの設置」が 20%もあり、さらなる改善が必要であることがわかりました⁶⁾。
- わが国の飲食店等のサービス産業の受動喫煙は深刻です。東アジアの 7 カ国(日本、韓国、インド、スリランカ、パキスタン、中国、マレーシア)で、飲食店等のサービス産業の受動喫煙の状況を PM2.5 の濃度で比較した研究では、わが国の状況が最も悪いことがわかりました⁷⁾。
- 喫煙席を壁と自動ドアで仕切った飲食店の受動喫煙を PM2.5 濃度で評価した厚生労働科学研究によると、喫煙区域の PM2.5 の濃度は 200 ~ 800 μ g/m³(北京で汚染のひどい日に近い値)に達していること、そこから漏れてくるたばこ煙によって禁煙区域も 2013 年に環境省から示された外出を控えるなど注意喚起のための暫定的な指針に近い 70 μ g/m³前後にまで汚染されていることが報告されています⁸⁾。この汚染の実態は、喫煙区域でも接客せねばならない従業員の職業的な受動喫煙が大きな問題であることを示しています。

3 取り組むべきことは何か？

- 喫煙者の周囲がたばこ臭いのは、たばこ煙が漏れているからです。
 - ①ドアのフィコ作用で煙が押し出される、
 - ②退出する喫煙者の身体の動きに伴って煙が持ち出される、
 - ③肺に充満したたばこ煙が禁煙区域で吐き出されるため、喫煙室を作っても受動喫煙を防止できないことがわかっています⁹⁾。
- たばこの煙が漏れない喫煙室を作ることとは不可能であり、受動喫煙を完全に防止するには建物内の全面禁煙化が必要です。
- 喫煙室には設置費用も維持費用もかかります。喫煙室 1 室にかかる年間の電気代は約 9000 キロワットアワー (kWh)、約 20 万円になります。節電と経費削減という意味でも喫煙室の廃止が必要です⁹⁾。

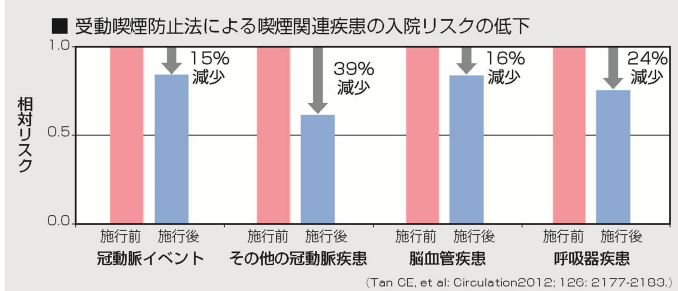
東京オリンピック 2020 に必要な全面禁煙！

国際オリンピック委員会 (IOC) は、1988 年に禁煙方針を採択し、カルガリー大会以降、会場の内外が禁煙化されました。2005 年に「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」が発効し、2010 年には WHO と IOC はたばこのないオリンピックをめざす合意文書に調印しました。その時期から、オリンピックは会場だけでなくレストラン等を含む屋内施設が全面禁煙の国や都市で行われることが慣例となっています。2008 年の北京大会は条例でレストラン等を含む屋内施設を禁煙化、2012 年のロンドン大会は 2007 年に法律で屋内を禁煙化したうえで実施されました。ロシアは 2014 年のソチ大会をきっかけに全土を禁煙化する法律を整備、2016 年の開催国ブラジルはすでに禁煙化されています。

オリンピックに参加する選手団と観光客の多くは、屋内が全面禁煙の国から来日します。日本も 2020 年までにそのような法律をつくり、きれいな空気で「おもてなし」をすることが大切です。

4 期待される効果は？

- 法律によって屋内の喫煙が禁止された国々では、心筋梗塞などの心疾患が 15～39%、脳血管疾患が 16%、COPD や喘息などの呼吸器疾患が 24% 減少したことが 45 論文のメタ解析により報告されています¹⁰⁾。また、早産や子どもの喘息の入院が減少することも 11 論文のメタ解析により報告されています¹¹⁾。これらの研究には、法律施行前後の比較にとどまらず、法律施行前の長期間にわたる心疾患等の年次推移を考慮して法律の影響を解析した研究が含まれており、結論は変わらないことが報告されています。
- 屋内が禁煙化されることで、禁煙する人が増えることも報告されています¹²⁾。



5 よくある疑問や反論についての Q & A

Q. 喫煙者が納めている税金から、喫煙室を整備すればよいのではないのでしょうか？

A. たばこの煙が漏れない喫煙室を作ることとは不可能です。また、喫煙室を掃除する人や飲食店等で働く人たちの健康も守らねばなりません。すべての人を受動喫煙から保護するには、屋内施設の全面禁煙化しかありません。

Q. 飲食店を禁煙にすると売上が落ちるのではないのでしょうか？

A. すべての飲食店が法律で全面禁煙化された国の調査では、飲食店の売上は変化がなかった、もしくは、逆に上昇したことが知られています¹³⁾。わが国では、愛知県で全面禁煙とした店舗の立ち入り調査¹⁴⁾や大手ファミリーレストランにおいて全面禁煙化の

影響を調べた研究¹⁵⁾でも売上が減少しないということが報告されています。受動喫煙を敬遠して飲食店を利用していなかった人たちの利用が増えることや、喫煙者に比べて非喫煙者の客単価のほうが高いことが関係していると考えられています。

Q. 喫煙権はどうなるのでしょうか？

A. 喫煙の自由について論じた最高裁の判決は、「喫煙の自由は基本的人権に含まれるとしても、あらゆる時、所において保障されなければならないものではない」としています¹⁶⁾。最高裁調査官の解説も踏まえれば、喫煙の自由は「権利」とは断定されておらず、仮に権利としても制限に服しやすいものにすぎないものと理解されています¹⁷⁾。受動喫煙の有害性が証明された今日、「非喫煙者が清浄な空気を呼吸する権利を優先」が世界標準です。

【参考文献】

- 1) IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, vol.83: Tobacco smoke and involuntary smoking, pp.81-83, 2004.
- 2) US Department of Health and Human Services: The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke. A Report of the Surgeon General. 2006.
- 3) 片野田耕太, 他: わが国における受動喫煙起因死亡数の推定. 厚生労働省 2012; 57: 14-20.
- 4) Dockery DW, et al: An association between air pollution and mortality in six U.S. cities. New Engl J Med.1993; 329: 1753-1759.
- 5) WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship, 2013. (注) このレポートは 2008 年、2009 年、2011 年の報告に続いて 4 回目。
- 6) 厚生労働省: 平成 24 年「労働安全衛生特別調査 (労働者健康状況調査)」の概況. 2013.
- 7) Lee J, et al: Secondhand smoke exposures in indoor public places in seven Asian countries. Int J Hyg Environ Health 2010; 213: 348-351.
- 8) 大和浩, 他: 飲食店等における受動喫煙対策の実態及び課題に関する研究. 厚労省研究費平成 23 年度「飲食店等多数の者が利用する施設における受動喫煙対策の実態及び課題に関する研究」報告書
- 9) 大和浩: 受動喫煙防止対策と禁煙支援. 公衆衛生情報 2013; 42: 21-26.
- 10) Tan CE, et al: Association between smoke-free legislation and hospitalizations for cardiac, cerebrovascular, and respiratory diseases: a meta-analysis. Circulation 2012; 126: 2177-2183.
- 11) Been JV, et al: Effect of smoke-free legislation on perinatal and child health: a systematic review and meta-analysis. Lancet 2014; published online March 28. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60082-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60082-9).
- 12) Hopkins DP, et al: Smokefree policies to reduce tobacco use. A systematic review. Am J Prev Med 2010; 38(2S): S275-S289.
- 13) IARC handbooks for cancer prevention, vol.13: Evaluating the effectiveness of smoke-free policies, pp.75-91, 2009.
- 14) 宇佐美綾, 他: 飲食店における受動喫煙防止対策の実態と禁煙化による経営への影響についての考察. 日本公衆衛生雑誌 2012; 59: 440-446.
- 15) 大和浩, 他: 某ファミリーレストラングループにおける客席禁煙化前後の営業収入の相対変化 - 天改装店、分煙店の相対変化との比較. 日本公衆衛生雑誌 2014; 61: 130-135.
- 16) 最高裁昭和 45 年 9 月 16 日判決 (最高裁判所民事判例集 24 巻 10 号 1410 頁)
- 17) 宇野栄一郎: 監獄法施行規則九十六条中未決勾留により拘禁されたものに對し喫煙を禁止する規定と憲法十三條. ジュリスト 1971; No. 469: 253.

本ファクトシートは、平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金による第 3 次対がん総合戦略研究事業「発がんリスクの低減に資する効果的な禁煙推進のための環境整備と支援方策の開発ならびに普及のための制度化に関する研究」班 (研究代表者 中村正和) の補助金の配賦を得て作成しました。
作成担当: 大和浩 (産業医科大学産業生態科学研究所)、中村正和 (大阪がん循環器病予防センター)

Fact sheet

3

禁煙支援・治療

KEY FACT (要約)

喫煙は日本人の死亡原因の第1位。その短期改善には喫煙者の禁煙推進が重要であり、以下の取り組みが必要である。

- 医療や健診等での禁煙アドバイスや禁煙希望者への支援の徹底
- 禁煙希望者を禁煙に確実に導くための禁煙治療の普及と充実
- わが国に合ったクイットライン(電話での無料禁煙相談)の整備
- マスメディアによる公的禁煙キャンペーンの実施

1

なぜ必要か？

- 喫煙は日本人の最大の死亡原因です。喫煙が原因と考えられる超過死亡数は年間13万人にのぼります¹⁾。
- 喫煙による健康被害を短期的に減らすためには、まず喫煙者の禁煙の推進が重要です。
- 喫煙率は近年、減少傾向にありますが、成人男性の喫煙率はたばこ対策先進国と比べるとまだ高い状況です。
- 喫煙の本質はニコチン依存症であることから、禁煙治療をはじめ、保健医療としての取り組みが必要です。
- 禁煙治療や禁煙補助薬の有効性はすでに確認されており、自力での禁煙に比べても禁煙率が3～4倍高まることも示されています²⁾。

WHO のたばこ規制枠組条約と禁煙支援・治療

わが国が批准している「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」の第14条(たばこ使用の中止とたばこ依存症の治療)のガイドラインには、批准国が禁煙支援・治療において取り組むべき内容が示されています。

その具体的な方策には、保健医療における短時間の禁煙アドバイス、禁煙治療の公的サービスや禁煙補助薬に対する費用補助、指導者のトレーニング、マスメディアによる禁煙方法の広報、クイットライン(電話での無料禁煙相談)があります。

2

現状はどうか？

(1) 禁煙治療や禁煙補助薬の利用率が諸外国に比べて低い

- 中央社会保険医療協議会の結果検証では、禁煙治療終了9カ月後の禁煙継続率が約3割(5回受診完了者では約5割)であり、国際的にみて高い成績であることが報告されています³⁾。
- しかし、わが国では禁煙治療や禁煙補助薬を利用する割合が約2割未満と、諸外国に比べて低い状況にあります³⁾(右図)。
- 禁煙治療や禁煙補助薬を利用する割合が低い理由として、
 - ①禁煙治療へのアクセスが不十分(禁煙治療の登録医療機関数の割合は医療機関全体の12%で、病院に限っても26%に過ぎない)、
 - ②マスメディアによる禁煙方法についての公的な広報の不足、
 - ③保健医療関係者による情報提供の不足や、電話での無料禁煙相談(クイットライン)の未整備があげられます。

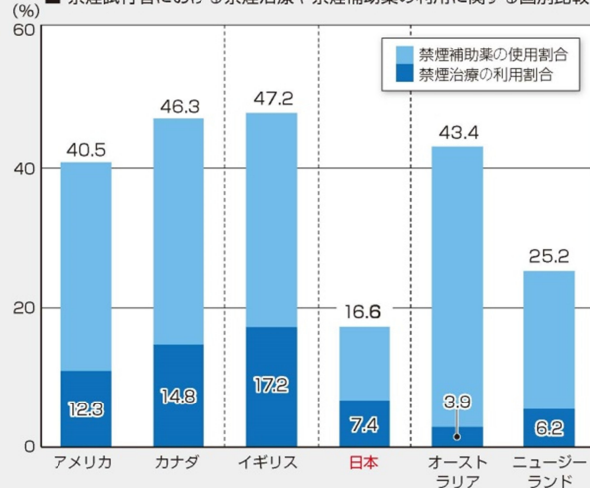
(2) 入院患者、若年者、歯科領域は、健康保険による禁煙治療の対象外

- 入院が禁煙のよい機会であるにもかかわらず、入院中から始める禁煙治療は健康保険適用外です。
- 喫煙年数の短い若年者や妊婦では、ブリンクマン指数による条件に該当しないため、健康保険が適用されないことが多い状況です。
- 歯周病等の歯科疾患の継続的な管理のために禁煙が重要ですが、歯科は「ニコチン依存症管理料」の対象外です。

(3) 保健医療従事者からの禁煙アドバイスの実施率が低い

- 喫煙者の約8割が1年間に医療や健診等を受診しているものの、医師等による禁煙アドバイスの実施率は約4割(医療に限ると約3割)と、諸外国に比べて低いのが現状です^{3, 4)}。

禁煙試行者における禁煙治療や禁煙補助薬の利用に関する国別比較



(中村正和：日本医師会雑誌 2012; 141: 1917-1922 一部改変)

(4) クイットライン(電話での無料禁煙相談)がまだ機能していない

- アジアを含め諸外国ではクイットラインの整備が進んでいますが、わが国では、がん診療連携拠点病院を拠点として整備する方向が示されたものの、具体的な取り組みはこれからの課題となっています。

3

取り組むべきことは何か？

- 特定健診をはじめ、医療や健診等の場での禁煙アドバイスや禁煙希望者への支援の徹底。とくに、特定健診当日からの禁煙アドバイスや情報提供（禁煙希望者への禁煙外来等の紹介を含む）が必要です。
- 禁煙希望者を禁煙に確実に導くための禁煙治療サービスの普及と充実を図るために、以下の取り組みが必要です。
 - ・禁煙治療の登録医療機関の拡大によるアクセスの向上。
 - ・健康保険の適用拡大（入院患者、若年者、歯科分野）。

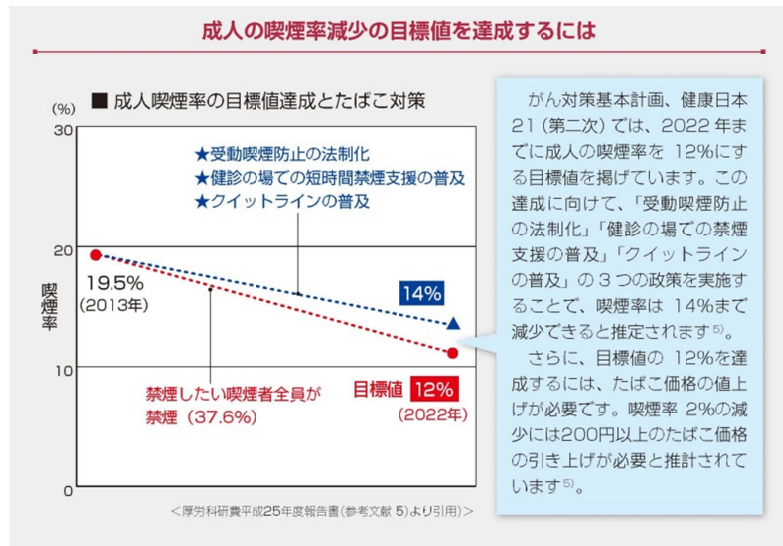
・わが国で未発売の禁煙補助薬（ニコチンガムやパッチ以外のニコチン製剤やブプロピオン）の認可承認と保険適用。

- 医療や健診での禁煙アドバイスと禁煙治療をつなぐわが国に合ったクイットライン（電話での無料禁煙相談）の整備。
- マスメディアによる公的禁煙キャンペーンの実施（禁煙の必要性や禁煙方法に関する広報）。

4

期待される効果は？

- 第1に、健康面では喫煙率の減少とそれによる喫煙関連死亡の減少、経済面では医療費の削減という2つの効果が期待できます。この効果は、たばこ税・価格の引き上げや受動喫煙防止対策などの他のたばこ規制と合わせて実施されるとより効果が大きくなります。
- 第2に、健康日本21（第二次）において成人喫煙率の目標設定の根拠となった「やめたい人が全員やめる」ためには禁煙支援・治療の役割が大きく、目標達成に一定の貢献が期待できます。
- 第3に、重度のニコチン依存症などの禁煙困難例は治療の必要性が高く、喫煙率の減少に伴い禁煙困難例が相対的に増加することが予想され、禁煙治療の果たす役割が今後さらに大きくなります。



5

よくある疑問や反論についてのQ & A

Q. 個人の嗜好に対して、健康保険を使って治療をする必要はありますか？

A. 喫煙の本質はニコチン依存症という薬物依存症です。ニコチンの依存性はアルコールや麻薬と同程度であり、やめたくても禁煙できない喫煙者には依存症という病気に対する治療が必要です。また、ヘビースモーカーでも自力で禁煙できる場合もありますが、一般的には禁煙後のニコチン離脱症状が強く出現するため、禁煙が難しい場合が多いのです。そのため、より確実に禁煙をするためには、自力に比べて禁煙率が3～4倍高まる禁煙治療が勧められます。

Q. 禁煙しても体重が増加するために、禁煙の効果を相殺してしまうのではないのでしょうか？

A. 禁煙すると約8割に平均2kgの体重増加がみられ、約1割に

5kg以上の増加がみられます⁶⁾。しかし、体重が増加しても、禁煙による健康改善効果のほうがはるかに大きいことがわかっています。最近の研究では、体重増加によってリスクが上昇しやすい循環器疾患に限っても、禁煙して体重が増加しても心筋梗塞や脳卒中のリスクは半減することが明らかになっています。

Q. 禁煙によるストレスで、メンタルヘルスの問題が増加する心配はありませんか？

A. 喫煙者が感じる喫煙によるストレス軽減効果は、あくまでニコチン切れ（ニコチンの血中濃度の低下）に伴う離脱症状の緩和にすぎないことがわかっています。禁煙によって離脱症状から解放されることでストレスが低下し、精神的健康度も改善することがわかっています。喫煙すると、うつ病や自殺のリスクが高まるという研究報告もあり、メンタルヘルスの対策においても禁煙が重要です。

【参考文献】

- 1) Ikeda N, et al: Adult mortality attributable to preventable risk factors for non-communicable diseases and injuries in Japan: a comparative risk assessment. *PLoS Med.* 2012; 9: e1001160.
- 2) Kasza KA, et al: Effectiveness of stop-smoking medications: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Addiction* 2013; 108: 193-202.
- 3) 中村正和：日本における禁煙支援・治療の現状と課題. *日本医師会雑誌* 2012; 141: 1917-1922.
- 4) 中村正和, 他：医療や健診の場での禁煙推進の制度化とその効果検証に関する研究. 厚労科研費平成23年度「発がんリスクの低減に資する効果的な禁煙推進のための環境整備と支援方策の開発ならびに普及のための制度化に関する研究」報告書
- 5) 中村正和, 他：医療や健診の場での禁煙推進の制度化とその効果検証に関する研究. 厚労科研費平成25年度「発がんリスクの低減に資する効果的な禁煙推進のための環境整備と支援方策の開発ならびに普及のための制度化に関する研究」報告書
- 6) 厚生労働省：禁煙支援マニュアル（第二版）. 2013.

本ファクトシートは、平成25年度厚生労働科学研究費補助金による第3次対がん総合戦略研究事業「発がんリスクの低減に資する効果的な禁煙推進のための環境整備と支援方策の開発ならびに普及のための制度化に関する研究」班（研究代表者 中村正和）の補助金の配賦を得て作成しました。
作成担当：中村正和（大阪がん循環器病予防センター）