

201315019B

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

平成23～25年度 総合研究報告書

研究代表者 望月 友美子

平成26(2014)年3月

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

平成23～25年度 総合研究報告書

研究代表者 望月 友美子

平成26(2014)年3月

目 次

I. 総合研究報告

たばこ対策の評価及び推進に関する研究

望月友美子.....3

成人喫煙の実態と受動喫煙曝露に関する研究

尾崎 米厚.....6

たばこ対策評価のための監視体制の構築に関する研究

片野田 耕太.....14

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

中村 正和.....17

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

細野 助博.....25

II. 研究成果の刊行に関する一覧表.....43

たばこ対策の評価及び推進に関する研究

平成 23－25 年総合研究報告書

研究代表者 望月 友美子
国立がんセンターがん対策情報センターたばこ政策研究部長

今後のたばこ対策の推進のため、政策評価の方法を開発し根拠に基づいたたばこ政策の実現のための推進基盤の形成を目的とした。

国レベルでのポリシーやビジョンが弱い場合でも、グラスルーツの取り組みにより、世論形成と地方レベルでの政策実現、さらに政策監視が可能になる。特に、最近の加速的なローカルイニシアチブの活躍は目を見張るものがあり、横断的な運動体として強化していく必要があり、地方行政の信頼しうるパートナーとして期待できる。国と地方レベルで収集したたばこ対策関連データをこれらの団体に提供することにより、相互比較と地域診断を可能にし、それぞれのアドボカシー材料とすることができる。そのうち、国におけるたばこ対策の監視体制の現状を分析し、たばこ対策の主要な統計指標を測定する枠組みは構築されているが、包括的な公表と専門的な評価について体制整備が必要であることが示唆された。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、2つのパイロット調査を通して実用性の確認と調査方法上の問題点を検討し、自己点検票を改訂した。

禁煙支援提供と受動喫煙防止対策について、公的調査により把握する方法を探索し、禁煙支援についての監視評価体制がないことを突き止めた。喫煙率については、たばこ産業、厚生労働省、研究班などの既存の調査から状況把握を行うことが可能となった。

たばこ対策推進の阻害要因であった、たばこ耕作者の現状と転作への進捗状況を把握することで、将来的なたばこ政策のビジョンとブループリントの実現可能性を測る上での情報を得た。

また、推進要因であるべき、科学研究の動向とたばこ産業による研究への関与についても分析できるような情報収集とともに、科研費成果物としてのたばこ関連研究課題の把握のためのデータベースから、総研究費と研究領域の動向を分析できるシステムを構築した。同様に、たばこ産業の研究助成の政策への影響について分析できるデータベースを作成した。

本研究の位置づけは、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、P(受動喫煙防止)、O(禁煙支援の提供)、W(健康警告)、E(広告禁止法の施行)、R(たばこ価格・税の上昇)等に代表される効果のある政策課題を国や地方において推進する際の重要な基盤整備につながる。

A. 研究目的

我が国のたばこ政策を国際標準に近づけ相対評価を行うために、成人や未成年の喫煙実態、超過死亡の推計によりたばこ流行の諸相を明らかにするとともに、対策の成果や課題を検討する。また、国と地方における非政府組織による政策推進の実態を把握し、実行力強化のための支援方策を提言する。さらにこれらの実施主体に対する情報支援のための体制整備と成果物の作成を行う。行政を補完する実行者である地域の禁煙推進団体をネットワーク化し、推進力としての活動内容と活動量の把握方法を開発する。国や自治体、非政府組織等の政策判断や政策実行に資するため、科学的根拠と政策根拠をまとめたファクトシートやたばこ白書について、課題設定、作成方法、公式化の道筋を検討し提言する。

B. 研究の方法

たばこ規制の進展は、国あるいは地域特有の阻害要因と推進要因が影響を与えることから、状況分析に資する全国及び都道府県レベルで入手しうるデータ項目について洗い出し、収集を開始した。また地域におけるNPOやNGOの設立が加速化し、実質的な推進力を発揮していることから、ワークショップ方式により代表者を集めて、活動内容の報告、課題分析、情報共有、推進力を維持する方法等について討議した。

その他、分担研究を通じて、実態調査の実施、公的統計等既存資料の収集等を行った。

C. 研究結果及び D. 考察

国と都道府県レベルで入手できるたばこ政策関連の指標を、生産、製造、流通、消費、罹患・死亡、税金、経済損失、対策予算、対策人員、たばこ産業の規模と収益等、収集した(章末の表)。これらのデータを地域別に分析することで、後に述べる地域の

禁煙推進団体のアドボカシーと活動評価のために提供することが可能となる。特に、たばこ産業が歴史的に強く根ざした都道府県のたばこ対策はいわゆる族議員の抵抗も強く難しい側面があるが、そのような地域の禁煙推進団体の活動量はむしろ強い傾向にある。

全国レベルの禁煙推進団体はある程度把握されているが、地方における禁煙推進団体のアドボカシーパワーを把握し増強するために、ワークショップ形式で、全国19団体の活動実績をもとに、主題「Act locally, think globally, move on nationally」を実現するための連携と戦略に関し、課題分析と検討を進めた。ケーススタディとして、京都における行政や大学、医療機関が連携して推進した卒煙支援の取り組み、愛媛における無関心層に対する啓発の成功事例、熊本におけるメディアも巻き込んだ戦略的なロールアウト作戦について報告された。香川は全国禁煙推進研究会のネットワークにより地域に根ざした取り組みが効果的に展開した事例として紹介するとともに2011香川フォーラムの報告を行った。

グループワークと全体討議により、地域推進団体に共通の課題として、「情報共有」「ビジョン共有」「継続基盤」が洗い出された。情報共有については、ホームページやソーシャルメディア(特にFacebook)の活用が提案され既に実施されている。ビジョン共有についてはワークショップの翌日実行された国会活動(国会議員に対する勉強会)のようなシンボリックな活動が必要であることと、禁煙推進議員連盟を通じて地方から国に働きかける道筋ができたことで、地元出身の国会議員へのアドボカシーの有用性が確認された。ローカルイニシアチブの団体と比較して、全国レベルの組織、例えば、日本禁煙推進医師歯科医師連盟や日本禁煙学会のような組織の役割は、縦糸として繋

いでいくことも確認された。活動の継続基盤については、各団体の特色と主体を尊重し、全体としては緩やかなネットワークとして継続することが提案されたが、資金確保の方策については具体案は出なかった。アドボカシーパワーの測定と評価については、引き続き各団体が測定可能な方法を検討することになった。熊本や京都は、既に活動記録を詳細に持っていることから、雛形にすることが提案された。

国レベルでのポリシーやビジョンが弱い場合でも、グラスルーツの取り組みにより、世論形成と地方レベルでの政策実現、さらに政策監視が可能になる。特に、最近の加速的なローカルイニシアチブの活躍は目を見張るものがあり、横断的な運動体として強化していく必要があり、地方行政の信頼しうるパートナーとして期待できる。活動を可視化するためのプラットフォームとして、兵庫県の有志メンバーによりホームページも作られ、google map を活用した情報共有化を図った。通常のコミュニケーションは準備段階でのメーリングリストから、Facebook 上のメンバー限定のグループに移行し、さらに各団体別のグループも誕生している。このようなソーシャルメディアの活用により、物理的距離が遠くても、リアルタイムに顔の見えるコミュニケーションが可能となり、禁煙推進活動のスピード感と一体感が変化している。

その他、分担研究を通じた実態調査により喫煙率の動向や増税による影響等が示さ

れた(後述)。

E. 結論

国レベルでのポリシーやビジョンが弱い場合でも、グラスルーツの取り組みにより、世論形成と地方レベルでの政策実現、さらに政策監視が可能になる。その包括的な公表と専門的な評価について体制整備が必要であることが示唆された。

本研究の位置づけは、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、P (受動喫煙防止)、O (禁煙支援の提供)、W (健康警告)、E (広告禁止法の施行)、R (たばこ価格・税の上昇) 等に代表される効果のある政策課題を国や地方において推進する際の重要な基盤整備につながる。

F. 健康危険情報

特記すべき事項なし

G. 研究発表

「Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表」に掲載

H. 知的財産権の出願、登録状況

特記事項なし

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

【目的】 喫煙の健康被害を減らすための喫煙対策の推進と評価には実態のモニタリングが必須である。一方で、詳しい調査項目による成人の喫煙行動に関する全国調査は予算面の制約により稀にしか実施されていない。そこで、2011年に実施した全国調査と国民健康・栄養調査等の全国を代表する喫煙行動を調査した調査の結果を総合的に分析し、わが国の成人の喫煙行動の動向と課題、および2010年10月に実施されたたばこ税の大幅値上げの効果を検討した。

【対象と方法】 2011年調査の対象者は、わが国の成人である。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(抽出数2000)。調査回答者は、1,365名(71.4%)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。既報として、国民健康・栄養調査の結果、日本たばこ産業株式会社 全国たばこ喫煙者率調査等を検討した。

【調査結果】 2011年全国調査によると、喫煙経験率は、男性70.8%、女性27.6%であった。紙巻タバコの現在喫煙率は、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。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。

2010年のタバコ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。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。国民健康・栄養調査の結果によると、喫煙経験率が男女とも20歳代で減少傾向にあるのは中高生の喫煙率低下の影響が青年期に及んでいるものと考えられた。現在習慣的に喫煙している者の割合は男性で減少傾向にあるが、2010年に前年より大きく減少したが2011年、2012年では、2010年よりむしろ高くなった年代もあった。過去習慣的に喫煙していた者の割合は男性では、多く年代で、2011年に前年より大きく増加し、2012年で減少した。これらを総合すると、たばこ税の値上げで禁煙した者がその後再喫煙した可能性が示唆された。2010年で習慣的喫煙率の減少が大きかったのは、20歳代、30歳代であったため、若年層に値上げの効果が大きい可能性が示唆された。女性でも同様の傾向が認められたが、女性の30歳代は過去習慣的に喫煙したものの割合がどの年代より高く、増加傾向にあった。習慣的喫煙者の1日平均喫煙本数は減少傾向にあり、男性で顕著であった。2010年の平均喫煙本数が報告書にないため一時的な減少があったかどうかは不明である。禁煙の意思をみると禁煙したい人は男性で特に増加傾向にあり、2010年で前年より大きく増加したが、2011年に前年より低下した。女性では同様の結果は認められなかった。わが国の2010年10月の大幅なたばこ税の増加は一時的に成人、特に男性の喫煙行動に変化を及ぼしたが、その影響は長く続かず、それ以前に始まっている長期的な変化の傾向の影響の方が大きいことが考えられた。

A. 研究目的

喫煙対策において実態をモニタリングするのは最も基本的な公衆衛生学的な対策であるが、わが国の成人の喫煙実態の既報は、調査主体、調査方法に問題があり、国際比較できる実態は、ほとんど明らかになっていない。わが国の喫煙行動の特徴を明らかにし、到達点と課題を明確にし、タバコ対策を評価し、今後の対策を提言するには代表性のある全国調査は必須の調査である。

わが国の成人の喫煙行動の実態を明らかにし、喫煙対策の成果を評価し、残された課題を明確にし、今後の喫煙対策推進のための提言を行うことを目的として、2011年に成人の喫煙行動に関する全国調査を実施した。

しかし、予算面等の理由により、全国調査は毎年実施できなかったため、全国の成人の喫煙行動について調査した既報を検討した。特に信頼性、調査項目の面から国民健康・栄養調査のデータを調査委に分析し、喫煙行動の動向と2010年10月のたばこ税値上げの効果を検討した。

B. 研究の方法

1) 全国調査の実施

1) 全国調査の実施

わが国の成人の喫煙行動に関する全国調査を実施した。調査票の確定、調査対象者の抽出準備、調査実施用の手順書、要領などの作成を行い、本調査を実施した。調査票は、国際比較できるよう、2009年、2010年に行われていた全国調査との比較可能性も考慮して作成した。調査内容は喫煙経験、現在の喫煙状況、喫煙量、紙巻タバコ以外のタバコの使

用経験、値上げ後の喫煙状況の変化、タバコの入手方法、この1年間の禁煙挑戦、禁煙方法、今後の禁煙希望、医療機関受診時、健診受診時の禁煙指導、受動喫煙の曝露頻度の変化、社会経済的項目であった。

対象者は、調査地点を無作為抽出した後、市町村長に依頼文書を提出し、承諾を得たのち、住民基本台帳を用いた無作為抽出により抽出した(抽出数2000)。調査回答者は、1,365(転居等を除く実質回答率71.4%)であった。未回答者の理由で多かったのは、拒否293名、一時不在227名であった。調査実施期間は、2011年11月3日から20日であった。

<訪問面接調査>

喫煙行動と受動喫煙曝露状況については、この研究の実施を委託される中央調査社の訓練を受けた調査員による訪問面接調査のインタビューにより聴取した(アンケート調査)。調査対象者は、層化2段無作為抽出法により全国から調査地域を無作為に選び、正式な手続きを経て、市町村の住民基本台帳から無作為に選ぶ。調査対象者の、氏名、住所、連絡先などの個人情報、中央調査社が保管し、個人情報は、通し番号をつけたアンケートデータのみを鳥取大学医学部環境予防医学分野へ送付する。調査協力者にはインフォームドコンセントを行い、書面にて承諾を得た。

倫理面の配慮

調査に際して、標本抽出は総務省、市町村役場に決められた申請を行い、調査員が住民基本台帳を閲覧して無作為に抽出する。

調査票を用いた面接調査は訪問時に対象者の承諾を得た。

面接調査では、無記名調査票を用いるが、自宅への訪問調査であるため、個人の住所地など個人情報に触れることになる。研究分担者の施設(鳥取大学)での倫理審査を受けた。調査に際して、標本抽出は総務省、市町村役場に決められた申請を行い、調査員が住民基本台帳を閲覧して無作為に抽出する。本研究は、鳥取大学医学部倫理審査委員会の審査を受け、承認されている(平成20年12月10日付、その後研究期間延長申請及び承認)。

C. 研究結果及び D. 考察

1. 全国調査の結果

1) 喫煙率と喫煙行動

喫煙経験率は、男性70.8%、女性27.6%であった。紙巻タバコの現在喫煙率は、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。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。

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、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。男性は30-50歳代、女性は20歳代と40-50歳代の喫煙率が高い傾向にあった。喫煙率の年齢階級別特徴をみるとどの年でも男性の70歳以上と女性の60歳以上は明らかに喫煙率が低いという特徴がある。世代による特徴が分かれるのか、喫煙者は高齢では調査の回答者になれない(生存できないか病気その他の理由で回答できない)のかは、わからないが今後モニタリングを続けていけば明らかになる。

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10月のタバコ価格の値上げ後の現在喫煙者における喫煙行動は、値上げのため禁煙(男1.8%、女3.8%)、本数減らした(男29.4%、女22.5%)、安い銘柄に変えた(男4.1%)、安い銘柄に変え変数も減らした(男2.3%、女2.5%)、変化なし(男54.9%、女57.5%)、やめることを考え始めた(男11.5%、女18.8%)、禁煙を考えていない(男6.9%、女5.0%)であった。値上げにより喫煙を止めてはいないが、本数を減らしたことがうかがえる。

この30日間の現在喫煙者の主なタバコの入手方法をみると、コンビニエンスストアが最も多く男69.3%、女68.8%(2009年ではそれぞれ、61.9%、65.8%)であった。次いで自動販売機12.4%、10.0%(13.4%、11.8%)、タバコ屋10.1%、8.8%(15.1%、9.2%)、スーパーマーケット4.6%、6.3%(6.9%、5.3%)であった。

2) 禁煙について

この1年間にタバコを止めようと何らかの行動を起こした人は、男 31.7%、女 36.3%であった。禁煙の方法をみると、ニコチン置換療法(男 11.6%、女 17.2%)、煙の出ないタバコに変更(男 11.6%、女 13.8%)、カウンセリング(男 2.9%、女 10.3%)、が多く、男女ともどの方法も使わず禁煙に取り組んだ人が多かった(男 63.8%、女 48.3%)。2010年調査では、この1年間に禁煙を挑戦したものの割合は、男性では 23.9% (2009年は 23.0%) 女性では 35.3% (2009年は 32.9%) と禁煙挑戦者の割合は男性で 2011年にやや増加した。あらゆる禁煙方法を使わず禁煙に挑戦したものの割合は、2010年では男性で 77.3% (2009年は 43.0%)、女性で 77.3% (2009年は 51.4%) であったので、2011年ではやや減少した。

禁煙に取り組んだ人のうち、1日以上禁煙に成功した人の割合は、男 68.1%、女 75.9%であった。それぞれの該当数が少なく比較は困難であるが、禁煙方法別に成功した人の割合をみると、どの方法も使わなかった人の成功率が低いとはいえなかった。現在喫煙者を分母にしたときの今後の禁煙希望をみると、来月中までにはやめる、または1年以内にはやめると回答したものの割合は、男性では 16.1% (10.7%、11.6%)、女性では 17.5% (11.8%、15.7%) であった。一方で、やめる気はないと回答したものの割合は、男性では 43.6% (49.5%、46.5%)、女性では 36.3% (39.5%、33.3%) であった。

これらを総合して考えると、2010年10月からのタバコ的大幅な値上げが、禁煙の希望者割合を増やしたものの、禁煙挑戦者をそれほど増やしておらず、禁煙成功者もまだ少数で

あることがうかがえた。しかし、喫煙本数は減ったものを思われる。したがって、男性の喫煙率は低下傾向にあるが、今までの減少傾向をさらに増して減少しているかどうかは、はっきりしない。また、女性の喫煙率の減少は認められていない。

過去1年間で、医療機関を受診した者の割合は、現在喫煙者(煙の出るタバコ)では、66.1% (男 60.6%、女 81.3%) であったが、非喫煙者では、76.9% (男 73.7%、女 78.8%) と、男で喫煙者の受診割合が低かった。

現在喫煙者のなかで、医療機関を受診したときに喫煙歴を問診されたものの割合は、男性では 66.7% (68.0%、63.0%)、女性で 63.1% (39.4%、60.0%) であった。2010年と比較するとあまり増えていない。そのとき禁煙をアドバイスされたものの割合は、男性で 63.6% (46.9%、39.5%)、女性で 41.5% (21.2%、48.0%) であり、男性では増えたが、女性では増えていなかった。

過去1年間の健診の受診者割合をみると、喫煙者では男 67.0%、女 61.3%、非喫煙者では男 69.6%、女 55.8% と喫煙の有無別で大きな違いはなかった。健康診断受診時に、禁煙をアドバイスされたのは男性で 46.6% (40.7%、39.8%)、女性で 26.5% (17.9%、26.1%) であり、2010年と比較すると男性で増えたが、女性では増えていなかった。2009年には、女性の喫煙者は、喫煙歴をあまり問診されず、禁煙のアドバイスもあまりうけていなかったが、2010年では増加した。2010年と比較すると2011年では男性で医療機関でも健診受診時でも喫煙者が禁煙を勧められる割合が増加した。

3) 受動喫煙の曝露

昨年と比べて受動喫煙の曝露の頻度や量が変化したかどうかの問いに対しては、変わらないが最も多く、男 48.8%、女 48.2%であった。次いで、少し減った(男 29.4%、女 29.0%)、大幅に減った(男 13.4%、女 13.0%)であった。

4) 喫煙行動の関連要因

職業をみると、男性では、労務職(41.8%)、農林漁業(41.2%)、商工サービス(37.4%)の喫煙率が高く、女性では商工サービス(27.8%)、労務職(19.8%)の喫煙率が高かった。

個人の年収との関係では、男性では、600万円未満(69.6%)、200万円未満(37.3%)、600万円以上(35.7%)の喫煙率が高い傾向にあり、女性では600万円以上(20.0%)、300万円未満(18.0%)、600万円未満(15.7%)の喫煙率が高い傾向にあり、男女とも収入が低い人の喫煙率が高いとは言えず、諸外国で認められた関連は観察されなかった。むしろ、喫煙者に年収が比較的高いものが多い傾向が認められた。

教育程度との関連をみると、男女とも短大・大学卒のものは喫煙率が低い傾向にあった(男 30.7%、女 7.3%)が、中学卒よりも高校卒のほうが喫煙率が高かった(男 39.1%、女 9.7%)。これは、年齢が交絡したことによる結果だと考えられる。

市町村の人口規模別にみると、だんせいはいは 20 大都市で、34.3%、その他の市で、34.6%、町村で 33.8%と大きな違いはないが、女性では 20 大都市で 11.9%、その他の市で 11.0%、

町村で 7.5%と、都市部ほど喫煙率が高かった。

6) 世界各国の状況との比較

Global Adult Tobacco Survey の結果が公表されているいくつかの国々の結果と比較すると、日本の結果は、男性の喫煙率が高く、女性が低く、アジア諸国(バングラデシュ、フィリピン、タイ、中国)の結果と類似している。一方で、南アジアと異なるのは、無煙タバコの使用割合が低い(ほとんどない)ことである。男性の喫煙率は先進諸国よりは高く、ブラジルよりも高いので、さらなる低下につながるような対策の強化も重要である。この1年の禁煙挑戦者割合が低く、受動喫煙の曝露割合(職場:今回は未調査)も依然と高く、反タバコ情報への接触割合も低いのでさらなる喫煙対策の強化が急務である。

2. 既存調査、統計による分析

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。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)

(1) 喫煙経験率

男性の年齢階級別喫煙経験率は減少傾向にあるが、多くの年代でゆるやかな減少傾向であるのに対し、20歳代では顕著な減少傾向が認められた。30歳代から70歳代の経験率に大きな差がないのに対し、20歳代で低いうえに減少傾向が続いているのは中高生の喫煙経験率が一貫して減少傾向にあり、その減少傾向は近年始まったことの反映だと考えられる。20歳代に顕著な減少傾向は女性

にも認められた。女性では30歳代までは若い年代ほど経験率が高いが、20歳代の経験率が減少し、現在では50歳代のそれより低くなった。これは、女性の喫煙が広がってきたが若い世代でその傾向が変わってきたことを示している。中高生の喫煙行動についての全国調査の結果とも整合性があり、興味深い結果である。

(2) 経験者に占める毎日喫煙者率、時々喫煙者率

経験者に占める毎日喫煙者の割合は男性では、減少傾向にあったが、20歳代と30歳代で2011年に2010年より高くなり、他の年代では2012年で2011年より高くなった。時々喫煙者の割合は、若年層では年により変動が大きかった。2010年で特に高くなったのはたばこの値上げの影響かもしれない。女性では経験者に占める毎日喫煙者の割合はおおむね減少傾向だが、20歳代では減少していなかった。時々喫煙者の傾向ははっきりしなかった。

(3) 現在と過去の習慣的喫煙者割合

現在習慣的に喫煙している者の割合は、男性では減少傾向にあったが、2010年以降どの年代も減少していなかった。最近の年代別割合は、20-50歳代では割合が近かった。過去習慣的に喫煙していた者の割合は、高年齢ほど高く、増加傾向にあったが、2012年では2011年より30歳代以外低くなった。

女性では、現在習慣的に喫煙している者の割合は、若年層で高いが、若年層で減少傾向にあった。過去習慣的に喫煙していた者の割合は、どの年代も増加傾向にあったが、30歳代、40歳代を除き、2012年で2011年より

低くなった。過去習慣的に喫煙していた者の割合は女性では30歳代だけ特に高かった。

(4) 1日の平均喫煙本数

男性の習慣的喫煙者の喫煙本数は減少傾向にあった。2010年のデータは、公表されていないが、2011年では、20歳代、30歳代で、2009年からの減少幅が大きかった。女性では減少傾向は観察期間の後半にみられたが、若年層の減少傾向ははっきりしなかった。

(5) 禁煙、減煙の意思

禁煙の意思は男女とも増加傾向にあったが、傾向は男性で顕著であった。しかし、30歳代と70歳代を除けば、2011年では2010年よりも割合が減少した。本数を減らしたい者の割合は、男性ではやや減少傾向にあったが、2010年だけ増加した年代が認められた。女性では一定の傾向が認められなかった。

3) 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。

E. 結論

2011年全国調査によると、2010年のタバコ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。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。

国民健康・栄養調査の結果によると、喫煙経験率が男女とも20歳代で減少傾向にあるのは中高生の喫煙率低下の影響が青年期に及んでいるものと考えられた。たばこ税の値上げで禁煙した者がその後再喫煙した可能性が示唆された。2010年で習慣的喫煙率の減少が大きかったのは、20歳代、30歳代であったため、若年層に値上げの効果が大きい可能性が示唆された。わが国の2010年10月の大幅なたばこ税の増加は一時的に成人、特に男性の喫煙行動に変化を及ぼしたが、その影響は長く続かず、それ以前に始まって

いる長期的な変化の傾向の影響の方が大きいことが考えられた。

F. 健康危険情報

特記すべき事項なし

G. 研究発表

「Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表」に掲載

H. 知的財産権の出願、登録状況

特記事項なし

たばこ対策評価のための監視体制の構築に関する研究

研究分担者 片野田 耕太

独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センターがん統計研究部 室長

研究要旨

世界保健機関(WHO)は、たばこ対策に必要な体制として MPOWER を提唱している。MPOWER は、Monitoring(監視)、Protect(保護)、Offer(支援)、Warn(警告)、Enforcement(法制化)、および Raise(引き上げ)の頭文字をつなげたものである。このうち Monitoring(監視)は、たばこの使用と防止策を監視することと定義され、具体的には、喫煙率や受動喫煙曝露状況を継続的に計測し、たばこ対策の評価を行うことを意味する。本研究では、医療施設における禁煙支援提供および受動喫煙防止対策について、公的調査を中心とした監視体制と推進方法を考察した。禁煙支援提供状況は、ニコチン依存症管理料算定として、社会医療診療行為別調査により毎年 6 月に抽出調査で把握されているほか、3 年毎の医療施設調査(静態)においても算定有無または禁煙外来設置有無が調べられている。社会医療診療行為別調査では算定件数に著明な増加が見られず、医療施設調査(静態)においても禁煙外来設置医療機関は全体の 3 割に満たなかった。受動喫煙防止対策については、医療施設調査(静態)で把握されており、全体の 8 割弱が敷地内または施設内禁煙であった。受動喫煙防止状況は、公的調査以外にも拠点病院の指定や医療機能評価による監視が行われているのに対して、禁煙支援についてはそのような重層的な監視・評価体制がないことが背景にあると考えられた。医療機関におけるたばこ対策の推進には、多面的な監視・評価体制の整備が必要だと思われる。

A. 研究目的

世界保健機関(WHO)は、たばこ対策に必要な体制として MPOWER を提唱している[1]。MPOWER は、Monitoring(監視)、Protect(保護)、Offer(支援)、Warn(警告)、Enforcement(法制化)、および Raise(引き上げ)の頭文字をつなげたものである。このうち Monitoring(監視)は、たばこの使用と防止策を監視することと定義され、具体的には、喫煙率や受動喫煙曝露状況を継続的に計測し、たばこ対策の評価を行うことを意味する。わが国では、たばこ事業が国家の産業育成の対象となっ

てきた歴史的経緯もあり、たばこ対策の各分野のうち、複数の行政セクターが関係する分野での進捗が鈍い一方、厚生行政のみが関係する分野では比較的整備が進んでいる[2]。本研究では、医療施設における禁煙支援提供および受動喫煙防止対策について、公的調査を中心とした監視体制とその役割を考察した。

B. 研究方法

医療施設における禁煙支援提供および受動喫煙防止対策について、公的調査を中心

とした監視体制およびデータについて情報収集し、監視体制がたばこ対策の推進において果たす役割を考察した。

C. 研究結果

ニコチン依存症管理料算定状況は、社会医療診療行為別調査により毎年6月に抽出調査で把握されているほか、3年毎の医療施設調査(静態)においても算定有無が調べられている[3]。社会医療診療行為別調査は、毎年6月に医療施設をサンプリングし、保険診療の件数を把握している。ニコチン依存症管理料算定件数については、初回、2回目から4回目まで、および5回目について集計されている。2011年の件数はそれぞれ11237件、25678件、4230件である。ニコチン依存症管理料が保険適用となった2006年以降の推移を見ると、初回の算定件数は2007年および2008年でも2011年と同程度で(それぞれ12513件および12292件)、たばこ価格の値上げが行われた2010年で若干増えた程度である(15688件)。

医療施設調査(静態)は3年毎にすべての医療施設を対象に実施される[3]。2008年調査では禁煙外来の有無およびニコチン依存症管理料の算定有無が質問項目に含まれており、一般病院における「あり」の割合がそれぞれ21.0%および16.0%であった。病床規模別に見ると、禁煙外来およびニコチン依存症管理料いずれも病床規模が大きいほど「あり」が多く、500床以上ではそれぞれ48.8%および37.1%であった。がん診療連携拠点病院とそれ以外の病院を比較した研究結果によると、がん診療連携拠点病院は、それ以外の病院よりもニコチン依存症管理料の算定ありの割合が大きかった[4]。2011年調査では禁煙外来の有無が調査項目に含まれ、ありの割合は26.7%であった。

受動喫煙防止状況についても、医療施設調査(静態)で把握されている[3]。2008年デ

ータでは一般病床における「敷地内全面禁煙」と「施設内全面禁煙」を合わせた割合は71.0%であり、2011年データでは77.9%であった。いずれの年も病床規模が大きい病院ほど割合が大きく、500床以上では2008年83.6%、2011年88.7%であった。がん診療連携拠点病院とそれ以外の病院を比較した研究結果によると、がん診療連携拠点病院は、それ以外の病院よりも敷地内または施設内全面禁煙の割合が大きかった[4]。

D. 考察

ニコチン依存症管理料の算定状況の監視体制については、社会医療診療行為別調査は医療施設がサンプルであること、調査時期が6月のみであることなど制約が多い。一方、医療施設調査(静態)は3年毎ではあるが、全医療施設が対象であるため全国的な把握が可能である。公的調査以外の枠組みとして、日本禁煙治療薬学会が禁煙治療に保険が使える医療施設情報を公開している[5]。この情報によると、2006年の保険適用以来、ニコチン依存症管理料の算定医療機関は増えている。しかし、医療施設調査に基づく禁煙外来設置医療機関は2011年時点で全体の3割に満たない。また、社会医療診療行為別調査に基づく算定件数も著明な増加が観察されていない。

医療機関における受動喫煙防止状況は、2011年の医療施設調査(静態)に基づく敷地内または施設内禁煙が医療機関全体の8割弱に達している。この背景には、公的調査以外にもがん診療連携拠点病院の要件や公益財団法人日本医療機能評価機構の病院機能評価事業の要件に、受動喫煙防止に関する項目が加えられたことがあると思われる。

E. 結論

医療機関におけるたばこ対策の推進には、多面的な監視・評価体制の整備が必要であ

る。

<http://www.nosmoke55.jp/nicotine/clinic.html>((2013年5月27日アクセス))

引用文献

1. WHO report on the global tobacco epidemic, 2011. Geneva: World Health Organization.
 2. 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」平成18年度報告書. 大島明, 2007
 3. e-Stat 政府統計の総合窓口 . <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/eStatTopPortal.do>(2013年5月27日アクセス)
 4. 厚生労働省科学研究補助金政策科学総合研究事業「厚生労働統計データの利用促進等に関する研究」平成24年度報告書. 祖父江友孝, 2013
 5. 全国禁煙外来・禁煙クリニック一覧(ニコチン依存症管理料算定医療機関一覧). 日本禁煙治療薬学会.
- F. 健康危険情報
なし
- G. 研究発表
1. 論文発表
(なし)
2. 学会発表
片野田耕太, 喫煙によるがん発生の寄与. 日本癌学会シンポジウム, 2012年12月10日, 東京都中央区
- H. 知的財産権の出願・登録状況
1. 特許取得: なし
2. 実用新案登録: なし
3. その他: なし

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

研究分担者 中村 正和 大阪がん循環器病予防センター予防推進部長
研究協力者 鈴木 朋子 大阪樟蔭女子大学学芸学部健康栄養学科准教授
増居 志津子 大阪がん循環器病予防センター予防推進部

研究要旨

本研究の目的は、自治体のたばこ規制・対策の実態を標準化された方式で把握する方法を確立し、その普及を図ることにより、全国的な実態把握とその定期的なモニタリングの体制を整備することにある。研究の2年目である平成24年度は、昨年度に改訂した「たばこ規制・対策の自己点検票」を用いて、大阪府内市町村を対象に第2回調査を実施した。その結果、自治体のたばこ対策の進捗状況のモニタリングを行う上で実用的であり、かつ有用なツールであることが示唆された。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策を提示し、第2次健康日本21の推進に役立てたい。

A. 研究目的

本研究の最終目的は、自治体のたばこ規制・対策の実態を標準化された方式で把握する方法を確立し、その普及を図ることにより、全国的な実態把握とその定期的なモニタリングの体制を整備することにある。

今年度は、研究初年度に改訂した自己点検票を用いて大阪府での第2回調査を実施し、自己点検票を用いたたばこ対策の進捗状況のモニタリングの実行可能性を検討する。

B. 研究方法

平成24年3月に、「たばこ規制・対策の自己点検票」を大阪府内の各市町村のたばこ対策担当者宛てに送付し、平成23年度におけるたばこ対策の状況について回答を依頼した。「たばこ規制・対策の自己点検票」¹⁾は、厚生労働科学研究(「喫煙に関する環境の整備および目標設定に関する研究」)の一環として作成したものである。自己点検票ではたばこ規制・対策を「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つの領域に分類しており、自治体のたばこ規制・対策の実態を総合的に把握することができる。「市町村版」と「都道府県版」の2種類の自己点検票からなるが、今回は市町村のみを対象に調査を行った。

今回の調査では、大阪府と愛知県でのパイロット調査で明らかになった内容面の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²⁾。主な改訂内容は、①受動喫煙の防止については規制の内容と実態を区別して回答できるように変更したこと、②禁煙支援・治療については市町村が医師会等の外部機関に委託している保健事業における禁煙支援の取り組みを正確に把握できるように設問を改良したこと、③第1回調査で十分活用されることのなかった記入用マニュアルを廃止し、記入上の留意点等は自己点検票の中に記載するように変更したこと、である。

回収は、平成24年4月までに行い、回収率は100%であった。市町村から提出された調査票を確認し、未記入点や記入内容の矛盾

点などを市町村に確認するため、平成24年4月から6月にかけて再調査を実施した。

(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見ると、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