

飲酒量を減らす指導をします。もちろん、断酒の指導をしてもかまいません。大量飲酒者であっても、断酒が最も安全な目標であることに変わりはありません。しかし、こちらからの押し付けは避けましょう。

- 5) アルコール依存症の境界について、オプション1では14点と15点の間、オプション2では19点と20点の間に置いています。このように、アルコール依存症と大量飲酒との区分点がひとつではないことに留意してください。国や研究によっては、13点以上をアルコール依存症の疑いとしているものもあります。一方、20点以上をアルコール依存症の疑いとしている場合もあります。つまり、14点以下であっても、依存症が紛れ込んでいる可能性がある、ということです。このツールを用いる際には、依存症に減酒指導をする危険性のあることもご理解ください。

本ツールは2つの区分点を設定し、目的に応じて選択できるようにしています。アルコール依存症を幅広く拾いたいときには、オプション1の15点以上を採用してください。反対に、アルコール依存症を厳格に捉えたいときは、オプション2の20点以上を用いてください。

- 6) 以上のように、この15点および20点はあくまでも目安です。アルコール依存症に往々にみられるように、対象者が問題を隠していれば、依存症に分類されるべき人がこの「大量飲酒」群に入ってしまう。「注意」にもあるように、点数は14点以下であっても、深刻な問題点があれば、躊躇なく専門家に相談することを勧めてください。そのような問題点とは以下のようなものです。

- ・肝臓障害、すい炎、低栄養状態など飲酒が原因の身体問題が認められる場合や、飲酒問題にうつ病や認知症などの精神疾患が合併した場合には、専門家に紹介しましょう。その際、資料1や資料2を使って説明すると効果的です。
- ・暴力・暴言、子どもの養育拒否や虐待など、深刻な家族問題や社会的問題がある場合も同様です。

- 7) スクリーニングAとBの合計が15点以上（オプション1）もしくは20点以上（オプション2）の場合にはアルコール依存症である可能性が高いので、対応Bに進んでください。

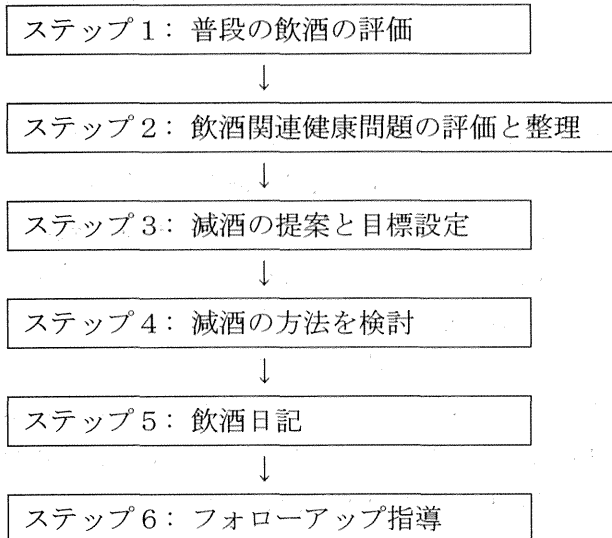
5. 対応A

- 1) 対応Aは酒量を減らす指導です。この場合、以下の点に注意してください。

対応Aの注意点

- ・簡単な指導により酒量は減り、その効果は比較的長く続くことが多い。
- ・この点は、既存の多くの研究によって示されている。
- ・しかし、アルコール依存症の場合には、この指導効果は少ない。
- ・この点も踏まえ、飲酒量の多い場合、指導して4-6週間たっても酒量が減らないか、むしろ増えた場合には専門家に紹介した方がよい。
- ・減酒の目標に断酒も含まれる。断酒は最も安全な目標である。

2) 減酒指導は以下のような流れです。



3) 減酒指導のポイント

- ・ 指導すれば効果は現れる。内容よりも何かをした、ということが大切。
- ・ 評価のための聞き取りだけでも、酒量が減ることが多い。
- ・ 減酒目標は、達成可能なものにする。
- ・ 減酒目標は、押しつけるのではなく、対象者に決めていただく。
- ・ 飲酒習慣を変えるのは大変だが、がんばってみよう、と共感・激励する。
- ・ その気になれば目標達成は可能だと、励ます。
- ・ フォローアップ時に飲酒量が減っていても、再度チャレンジしてみるよう励ます。
- ・ 目標が高すぎると思われた場合には、フォローアップ指導時に目標を再設定してもよい。

4) ステップ1

- ・ ツールの指示のとおり、「スクリーニングA」の3つの質問項目に沿って質問してください。
- ・ この情報をもとに、あとで減酒目標を作ってください、できるだけ具体的に聞いてください。
- ・ 飲酒量の情報ではドリンクを使ってもよいと思います。男性の場合には、ドリンク換算の得意な人が多いです。
- ・ ドリンクを使う場合には、資料1の「酒類のドリンク換算表」を利用すると便利です。

5) ステップ2

- ・ 大量飲酒者は、自分の飲酒にまつわる問題を隠す傾向があります。これを否認と呼んでいます。ここでは、対象者が否認を示しても、それに触れずに、話を進めましょう。
- ・ ここでの問題は、健康問題に限るのがよいでしょう。社会問題等を持ち出すと本人の介入への抵抗が大きくなる可能性があります。
- ・ ご本人が飲酒にまつわる健康問題を認めていれば、一般に減酒指導はやりやすいです。
- ・ しかし、ご本人が認めていない場合であっても、押しつけるように問題を認識させる必要はありません。

6) ステップ3

- ・お酒の量を減らすことを提案して、減酒目標をご本人に作ってもらいます。
- ・アルコール問題を認めていない場合でも、減らすことに同意することはいくらかでもあります。
- ・減らす提案は、押しつけるのではなく、「減らしてみましようよ」「やってみましようよ」のように、相手に働きかけるようにしましょう。
- ・その際、上記のように、共感、激励、達成可能のテクニックを使いましょう。
- ・減酒目標が十分とは思えない場合には、さらに減らしていただくよう相談してください。
- ・目標が断酒のこともあるでしょう。目標として最も安全です。
- ・ただし、押しつけはいけません。ご本人のやる気を損ねないようにしましょう。
- ・結果として減酒目標が不十分であっても、まずはやってみることが大事です。
- ・ひとたび減酒に成功すれば、さらに目標を下げることに同意いただくこともよくあります。

7) ステップ4

- ・減酒目標を達成するための方法を検討します。
- ・飲酒量を減らす方法については、資料2にまとめられています。
- ・資料2を見せながら、自分に合った方法を考えてもらってください。
- ・ご本人がどのような方法を使うか、資料2に自ら書き込んでもらうと効果的です。

8) ステップ5

- ・日記の記入方法を説明します。
- ・日記は面倒だと思いますが、是非、つけていただくよう、お願いしてください。
- ・日記をつけることにより、ご本人が自分の飲酒状況を振り返ることができます。
- ・また、次回のフォローアップ時に、前向きな相談ができます。
- ・日記をつけていない場合には、つけていただくよう再度説得してください。

9) ステップ6

- ・フォローアップ介入（相談）をすると、減酒効果がさらに確実にになると言われています。
- ・1回目の介入からフォローアップまでの期間は特に決まっていませんが、2～4週間程度がよいでしょう。
- ・介入方法はツールに説明されているとおりです。
- ・とにかく、まず、お会いして飲酒状況を確認していただくことです。
- ・特別なことをしなくとも、お会いして相談するだけで、減酒効果があります。
- ・大量飲酒者に対する介入は、この2回セットが基本ですが、さらにフォローアップが必要と思われる場合には、続けるとよいでしょう。

5. 対応B

すでに説明しました通り、対応Bの必要な方々は、アルコール依存症である可能性が高いです。治療目標は「断酒継続」です。そのための指導には専門性が要求されるため、対応としては専門家に治療を依頼するようにしましょう。

しかし、ご本人が飲酒していたり、治療を受けようとしなかったり、家族からの協力も得づらかったりして、ご本人を治療に導入するのがなかなか難しい場合もあります。アルコール依存症に対応する場合の心得を以下にまとめました。

依存症に対する対応の心得

- ・治療は専門家へ依頼する。
- ・ご本人への受診の説得が1回でうまくいかないことも多い。あきらめず、次の機会を待ち、繰り返す。
- ・根気強く説得する。
- ・飲まないときの、ご本人のよい点を指摘する（家族などから事前に情報を得ることができれば）。
- ・社会・家族問題より健康面での心配を表に出す。
- ・ご本人が受診の意思を示したら、すぐに行動に移す。
- ・決して一人で背負いこまないようにする。

専門医療機関に関する情報は、都道府県や政令市の精神保健センターで得ることができます。

飲酒日記

お酒と楽しく付き合うために

- 自分の飲酒習慣を変えたいと思っている方は、毎日の飲酒を正直に記録してゆくことが手助けになります。
- 自分が立てた目標を記録することで、少しずつ目標に向かっていることが確認でき、励みにもなります。
- ここでまず、あなたが立てた飲酒目標を確認しましょう。

私の飲酒目標は以下のとおりです。

▪ ▪

日記の付け方

1. まず、「飲んだ種類と量」を記入して下さい。できるだけ具体的に書いてください。2種類以上のお酒を飲んだ場合には、それぞれを書いてください。
2. 飲酒した時は、「飲んだ状況」を記入します。
3. お酒を飲まないで済んだ日には、その理由や飲まないためにあなたが使った方法を「飲んだ状況」に記入してください。
4. 「飲酒目標達成」には、全く飲まなかった場合「◎」、飲んだが飲酒目標以下であった場合「○」、飲酒目標を超えてしまった場合「×」を記入して下さい。

私の飲酒目標は です。

1 週目	飲んだ種類と量	飲んだ状況	飲酒目標達成
月 日()			
月 日()			
月 日()			
月 日()			
月 日()			
月 日()			
月 日()			

2 週目	飲んだ種類と量	飲んだ状況	飲酒目標達成
月 日()			
月 日()			
月 日()			
月 日()			
月 日()			
月 日()			
月 日()			

「飲酒目標達成」には、全く飲まなかった場合「◎」、飲んだが飲酒目標以下であった場合「○」、飲酒目標を超えてしまった場合「×」を記入して下さい。

私の飲酒目標は です。

3 週目	飲んだ種類と量	飲んだ状況	飲酒目標達成
月 日()			
月 日()			
月 日()			
月 日()			
月 日()			
月 日()			
月 日()			

4 週目	飲んだ種類と量	飲んだ状況	飲酒目標達成
月 日()			
月 日()			
月 日()			
月 日()			
月 日()			
月 日()			
月 日()			

「飲酒目標達成」には、全く飲まなかった場合「◎」、飲んだが飲酒目標以下であった場合「○」、飲酒目標を超えてしまった場合「×」を記入して下さい。

酒類のドリンク換算表

私どもがお酒に酔うのは、飲んだアルコールのためです。たくさん飲めば、その分、酔い方がひどくなります。しかし、お酒に含まれるアルコール濃度(度数)は、酒の種類によって異なるため、純アルコールに換算してどの位飲んだのか、飲酒時によくわからないことが多いと思います。そこで、ドリンクという単位を使って、飲んだ量を純アルコールに換算してみましょう。飲酒時にご自分が飲んだドリンク数を意識すると、飲酒量が減ります。

- ・ 1ドリンクは純アルコールで 10 グラムです。
- ・ 純アルコールの計算の仕方は、「飲んだ酒の量(mL) × 酒のアルコール濃度 × 0.8」です。
- ・ 酒のアルコール濃度は、度数を 100 で割ったものです。また、0.8 はアルコールの比重です。

種類	量	ドリンク数
(1) ビール (5%)・発泡酒	コップ(180mL) 1杯	0.7
	小ビンまたは 350mL 缶 1本	1.4
	中ビンまたは 500mL 缶 1本	2.0
	大ビンまたは 633mL 缶 1本	2.5
	中ジョッキ (320mL) 1杯	1.3
	大ジョッキ (600mL) 1杯	2.4
(2) 日本酒 (15%)	1合 (180mL)	2.2
	お猪口 (30mL) 1杯	0.4
(3) 焼酎・泡盛 (20%)	ストレートで1合 (180mL)	2.9
焼酎・泡盛 (25%)	ストレートで1合 (180mL)	3.6
焼酎・泡盛 (30%)	ストレートで1合 (180mL)	4.3
(4) 酎ハイ (7%)	コップ1杯 (180mL)	1.0
	350mL 缶酎ハイ 1本	2.0
	500mL 缶酎ハイ	2.8
	中ジョッキ (320mL) 1杯	1.8
	大ジョッキ (600mL) 1杯	3.4
(5) カクテル類 (5%) (果実味などを含んだ 甘い酒)	コップ(180mL) 1杯	0.7
	350mL 缶 1本	1.4
	500mL 缶 1本	2.0
	中ジョッキ (320mL) 1杯	1.3
(6) ワイン(12%)	ワイングラス (120mL) 1杯	1.2
	ハーフボトル (375mL) 1本	3.6
	フルボトル (750mL) 1本	7.2
(7) ウイスキー、ブランデー、ジン、ウォッカ、ラムなど (40%)	シングル水割り 1杯 (原酒で 30mL)	1.0
	ダブル水割り 1杯 (原酒で 60mL)	2.0
	ショットグラス (30mL) 1杯	1.0
	ポケットビン (180mL) 1本	5.8
	ボトル半分 (360mL)	11.5
(8) 梅酒 (13%)	1合 (180mL)	1.9
	お猪口 (30mL)	0.3

飲酒量を減らす方法

飲酒量を減らす方法は様々です。どのような方法を使うかご本人にチェックしてもらいましょう。また、ご本人に合った別の方法があるはずなので、それを具体的に考えていただき、最後に書いていただきましょう。

- 飲酒する時間を決める
(具体的に: _____)
- 飲酒量の上限を決める
(具体的に: _____)
- 1週間に何日か、休肝日（お酒を飲まない日）を作る
(具体的に: _____)
- 飲む酒の種類を変える
(具体的に: _____)
- 飲む酒を薄くする
- のどが乾いた時やお腹のすいた時に飲酒しない
- 飲酒のスピードをできるだけ遅くする
- 1口飲んだら、コップは必ずテーブルにおく
- 酒を飲む前に、ノンアルコールドリンクを飲む
- 飲酒中に、飲んだ酒量を思い出しチェックする
- 飲酒前に、コントロールの必要性を確認する
- 自動車の運転や運動などお酒を飲んだらできないことをする
- お酒を飲みすぎてしまう相手と場所を避ける
- 周りの人に目標を宣言して協力してもらう
- 周囲に、飲酒をコントロールすることを宣言する
- 一緒に酒を減らす（止める）仲間を見つける
- お酒を飲むことについて家族が心配していることを思い浮かべる
- 大量飲酒は健康を害することを思い出す
- 酒席では、まず料理を食べておなかをいっぱいにする
- 酒席に出た時、二次会は避ける
- もし沢山飲んでしまっても、やけにならず、もう一度やり直す
- もし沢山飲んだ場合、そのことを周囲の人に正直に話す

あなたに合ったその他の方法があるかお考えください

1. _____

2. _____

I. たばこ対策の必要性・意義と喫煙分野の数値目標

1. 対策の必要性

(1) わが国の喫煙の実態

2012年の国民健康栄養調査¹⁾によると、わが国の成人の喫煙率は男女計20.7%であり、男性においては34.1%と近年減少傾向が続いてきたものの、2010年のたばこ値上げ後はわずかに増加傾向にある(図1)。この原因としては、2010年のたばこ価格の値上げの時期に調査が実施され、喫煙率に対する値上げ直後の影響が反映したことによると考えられる。女性においては9.0%と男性と比較し低い水準であるが、若干減少傾向で推移している。しかし、年齢階級別にみると、男性の30～40歳代では約40%、女性の20～40歳代では12～13%と喫煙率が高い年齢層が存在している。

一方、未成年者の喫煙率についても近年減少していることが厚生労働省の研究班の調査で報告されている^{2,3)}。中高校生の月喫煙率(最近1ヵ月にたばこを1本以上吸った者の割合)を年次別にみると、1996年に比べて2010年には中学生と高校生の男子および女子において1/3～1/4まで大きく減少している。

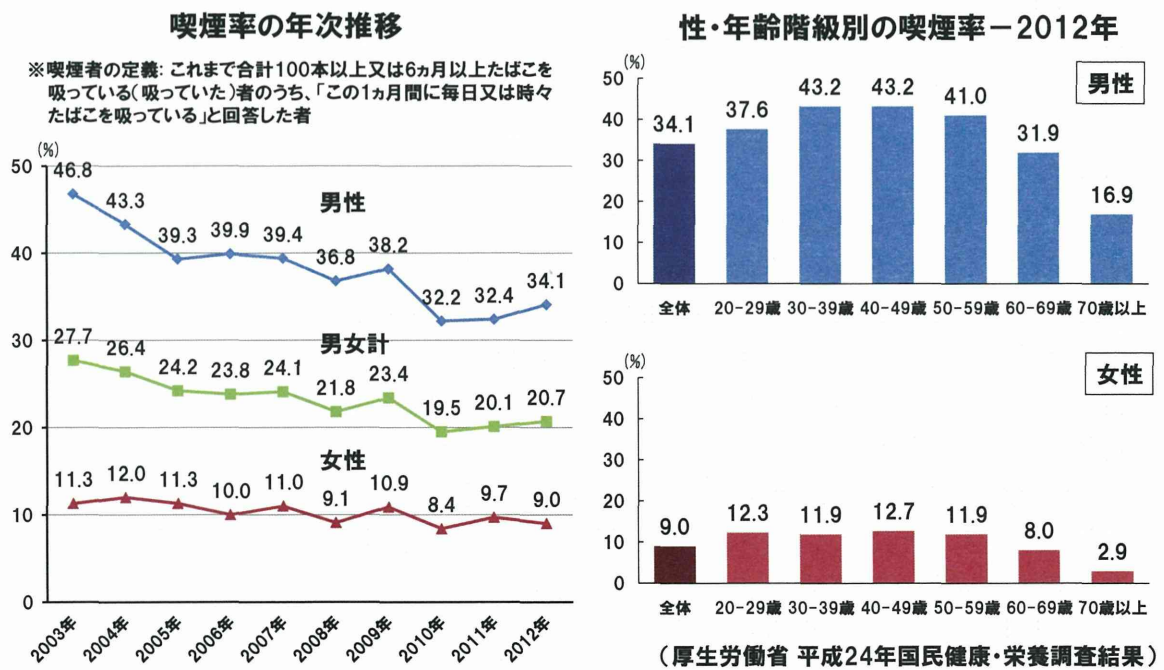


図1. わが国の成人喫煙率の推移

(2) 喫煙による健康影響と経済損失の現状

1) 喫煙は予防できる最大の死亡の原因

日本人の死亡の原因を分析した研究によると、喫煙による超過死亡数は年間約13万人で、高血圧の約10万人と並んで、死亡原因としての寄与が大きいことが改めて確認された(図2)⁴⁾。受動喫煙による超過死亡数は肺がんと虚血性心疾患に限っても年間約6,800人⁵⁾と推定されている。

わが国の喫煙率は近年減少しているが、過去のたばこ消費による長期影響と急速な人口の高齢化によ

って喫煙による超過死亡数は今なお増加している現状にあり、喫煙率を短期間に大幅に低下させることが喫煙の課題である。

2) 喫煙による寿命短縮、日常活動動作の低下

これまで日本人における喫煙による寿命短縮は、欧米と比べて約半分程度と報告されてきた^{6,7)}。しかし、最近の研究結果によると、1920～45年生まれで20歳までに喫煙開始した人では、非喫煙者に比べて男性で8年、女性で10年の余命の短縮がみられ、欧米での観察結果に近いことが報告されている⁸⁾。日本人の以前の研究で寿命短縮が過小評価された理由は、喫煙開始年齢が高く、喫煙本数が少なかった世代の人たちの影響の可能性が考えられている。また、喫煙は日常生活動作(ADL)の低下をもたらすことも明らかにされている。喫煙者では非喫煙者に比べて、ADLの低下が1日20本以上の喫煙者では2.4倍、1日20本以下では2.0倍と高いことが報告されている⁹⁾。その理由として、喫煙関連疾患である脳卒中と骨粗鬆症に基づく骨折を介してADLの低下を高めることが考えられる。

3) 喫煙による経済損失

たばこは年間約2兆円規模の税収をもたらす一方で、これらの疾病により、多くの超過医療費、労働力損失等の経済損失が生じている。喫煙による経済損失の総額(2005年度)は4兆3,264億円と報告されており、税収を約2倍以上上回る¹⁰⁾。その内訳は、医療費約1兆7,681億円(国民医療費の5.3%に相当)、喫煙関連の火災の消防費用と清掃費用約1,918億円、喫煙による労働力損失約2兆3,665億円である。

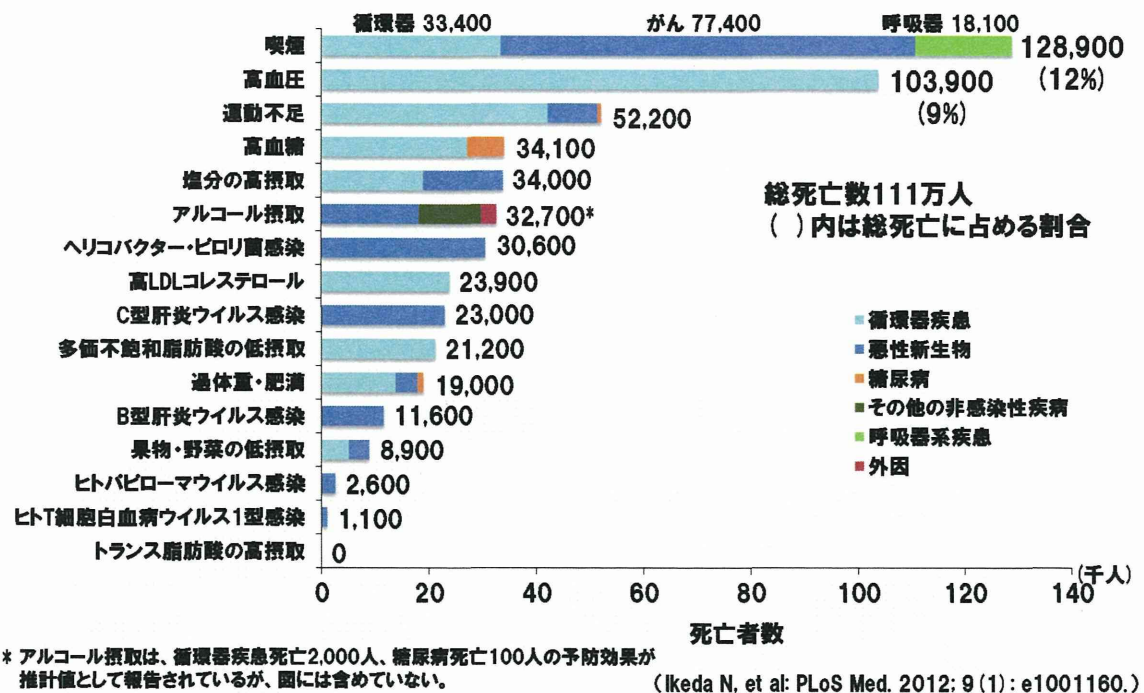


図2. わが国におけるリスク要因別の関連死亡者数—男女計(2007年)

2. 期待される対策の効果

たばこ対策によるたばこの消費量や喫煙率の減少により、虚血性心疾患などの非感染性疾患(NCD: Non-communicable disease)が対策後早くから減少することが報告されている¹¹⁾。米国カリフォルニア州での包括的な対策によって、1年後に心疾患死亡率の減少がみられ、9年後には対策を実施しない場合の予測値と比べて死亡率が13%減少した。また、受動喫煙防止法の施行1年後に心筋梗塞や気管支喘

息による入院が約 20%減少することが報告されている。

たばこ対策によって虚血性心疾患等の死亡率が早期から減少する理由は、禁煙や受動喫煙の曝露の改善に伴う血液の凝固系と血管内皮障害の改善が主であることが指摘されている。NCD の中でがんリスクの減少は循環器疾患や呼吸器疾患に比べて時間がかかることが知られているが、上述のカリフォルニア州での包括的な対策によって、2 年後に肺がん罹患率の減少が観察され始め、10 年後には対策を実施しない場合の予測値に比べて 14%まで減少した。

たばこ対策による喫煙関連疾患の減少に伴い医療費が減少する¹¹⁾。カリフォルニア州では、対策後 15 年間にたばこ対策により削減できた医療費はたばこ対策費用に比べて 61 倍多いことが報告されており、15 年後の医療費は対策を実施しない場合の予測値に比べて 7%減少した。ここで言う医療費は直接医療に要した費用のみを取り扱っており、疾病に伴う労働生産性や QOL の低下などの費用も含めると、さらに大きな経済効果をもたらすことになる。

受動喫煙防止の法規制では、飲食店等のサービス産業の雇用や売り上げに対して負の経済影響が業界側から指摘されることが多いが、これまでのエビデンスでは法規制によって負の経済影響はみられず、むしろ経済効果が期待できる¹²⁾。また、たばこ対策によってたばこ産業の売り上げが減少するが、使われなくなったたばこ代は食品などの生活用品、教育や保健医療サービスに充当され、しかも多国籍企業化しているたばこ産業への利益と比べて、地域経済への貢献度がより大きいことが指摘されている¹¹⁾。わが国でも大手ファミリーレストランにおいて全席禁煙化を行っても売上が減少しないという研究報告がある¹³⁾。

3. 喫煙分野の数値目標とねらい

(1) 設定された数値目標とその内容

第 1 次の健康日本 21 計画やがん対策推進基本計画では、「未成年者の喫煙をなくす」という目標の設定にとどまっていたが、次期計画においては、未成年者の喫煙防止の目標に加え、「成人喫煙率の減少」と「受動喫煙防止」の数値目標、「妊娠中の喫煙をなくす」（妊婦の喫煙率をゼロにする）という目標が新たに盛り込まれることになった（図 3）¹⁴⁾。

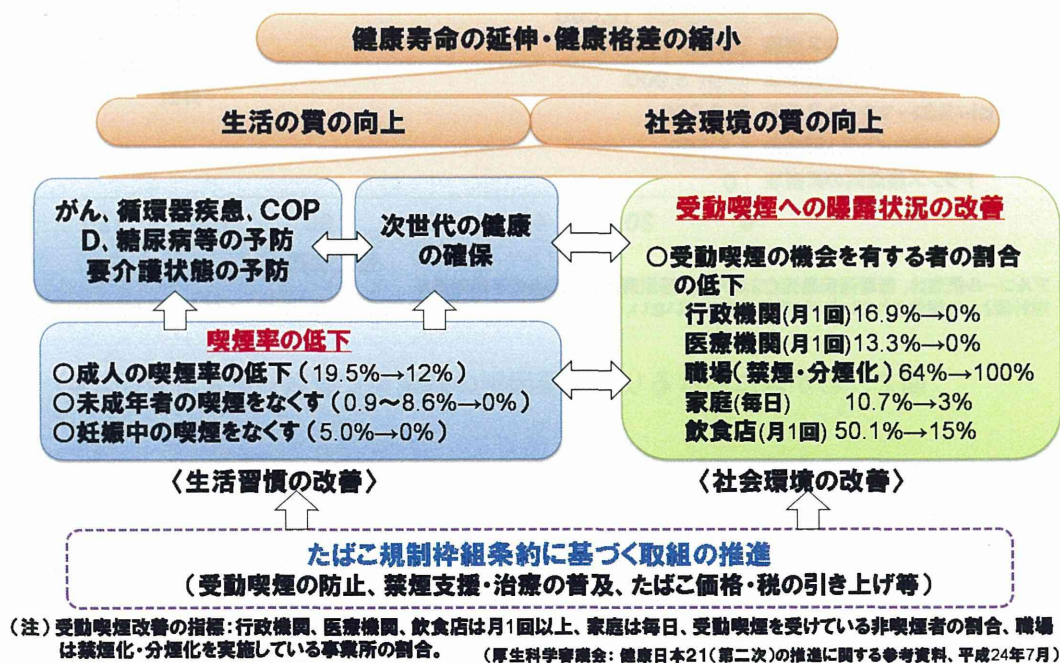


図 3. 第 2 次健康日本 21 における喫煙分野の目標設定

成人喫煙率の減少の数値目標については、男女計の喫煙率 19.5%（2010 年の国民健康栄養調査結果をベースライン値として設定）を 2023 年までに 12%とすることが提案されている。この目標設定の根拠は、たばこをやめたいと考えている 37.6%の喫煙者全員がたばこをやめることを想定して設定された。その背景には、2007 年に策定された「がん対策推進基本計画」において喫煙率の半減目標は実現しなかったが、個別目標として「喫煙をやめたい人に対する禁煙支援を行っていくことを目標とする」ことが閣議決定されていたことがある。

受動喫煙防止の数値目標については、2023 年までに、行政機関と医療機関での受動喫煙をなくすこと、家庭、飲食店での受動喫煙については、成人の喫煙率低下相当の受動喫煙の機会の減少を考慮した上で半減することとし、家庭については毎日受動喫煙にあっている非喫煙者の割合を 3%、飲食店については月 1 回以上受動喫煙にあっている非喫煙者の割合を 15%まで減らすこと、さらに職場については、2021 年までに「受動喫煙の無い職場の実現」（新成長戦略、2010 年閣議決定）を目指すことになった。

（2）数値目標設定のねらい

たばこ分野の目標設定として喫煙率の低下を選んだ理由は、それが喫煙による健康被害を確実に減少させる最善の解決策だからである¹⁵⁾。特に、成人の喫煙率の低下は喫煙関連疾患の発症や死亡を短期間に減少させることにつながる。一方、未成年者の喫煙率の低下は短期間の喫煙による健康被害の減少につながらないが、未成年期からの喫煙は健康影響が大きく、かつ成人期を通じた喫煙継続につながりやすいことから¹⁵⁾、中・長期的な観点で指標として含めておく意義がある。また、家庭や学校等での受動喫煙対策や成人の喫煙率の減少に伴って未成年者の喫煙の低下がみられることから、未成年者の喫煙の低下はたばこ対策全般の効果を評価する重要な指標の 1 つである¹⁵⁾。

次に、受動喫煙への曝露状況の改善を選んだ理由は、前述したように受動喫煙による超過死亡数が年間 6,800 人にのぼり、その影響が大きいことと、受動喫煙の曝露状況の改善により短期的に急性心筋梗塞や成人および小児の喘息等の呼吸器疾患による入院を減少させるなど、確実な健康改善効果が期待できるからである¹¹⁾。受動喫煙指標の曝露源の選定にあたっては、曝露の頻度や対策の実態を考慮して、主要な曝露源であり、かつ今後の改善が特に望まれるものとして、家庭、職場、飲食店の 3 つが選定された。さらに、2010 年 2 月の厚生労働省健康局長通知に、「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。」とされていることから、行政機関と医療機関が選定された。

最後に「妊娠中の喫煙をなくす」という目標を設定した理由は、妊娠ならびに胎児、出生児への影響の大きさを考慮したためである。妊婦本人が喫煙しなくても、妊娠中の周囲の喫煙による胎児や出生児への影響が明らかになっており、妊婦の喫煙はもとより、喫煙しない妊婦が家族や職場等で受動喫煙を受けないようにすることも重要である。

II. 目標達成のための効果的な推進方策

1. たばこ対策における環境整備の必要性和わが国の現状

（1）たばこ対策における環境整備の必要性

近年、経済格差に伴い健康格差の拡大が問題になっているが、わが国の国民健康栄養調査において低所得者ほど喫煙率が高い傾向が男女に共通してみられている（図 4）¹⁶⁾。また、国民生活基礎調査データを用いた研究において、所得による喫煙率の格差のほか¹⁷⁾、健康保険別の分析により、生活保護や無保険の喫煙率が最も高く、次に市町村国保および協会けんぽの喫煙率が高いことが報告されている¹⁸⁾。

健康日本 21 の第 2 次計画では健康格差の縮小が重視されているが、これを実現するためには、教育や啓発を中心としたアプローチだけでは限界があり、環境整備が必要となる。特にたばこ税・価格の大幅引き上げは成人の禁煙の促進や青少年の喫煙防止に役立つほか、喫煙率の高い低所得層の禁煙を促進する効果がある¹⁹⁾。受動喫煙防止の法規制の強化により喫煙できる場所を制限すること、たばこのパツ

ケーシングへの写真付きの警告表示、たばこの広告規制、禁煙治療の保険適用による費用負担の軽減なども喫煙率を効果的に減少させる環境整備である。

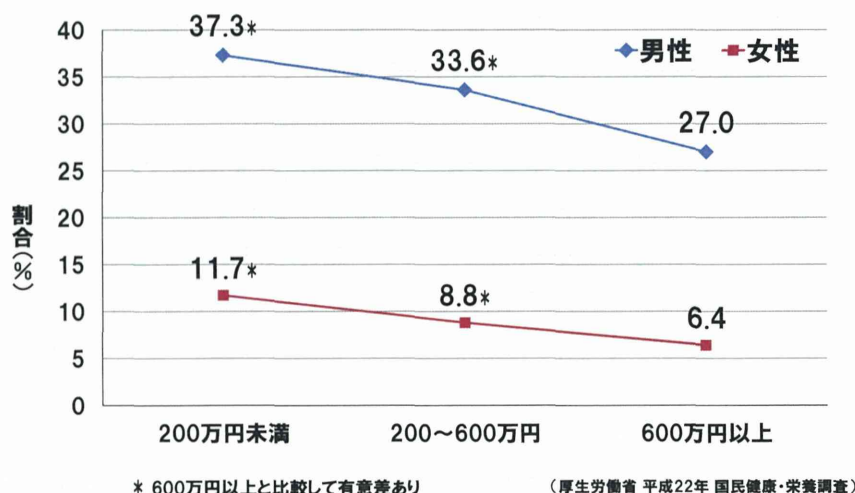


図4. 所得と喫煙率の関係 (20歳以上)

これらの環境整備がたばこの消費量や喫煙率の減少、さらに受動喫煙の防止につながることにについては十分な科学的証拠があり、わが国も批准しているWHOの「たばこ規制枠組条約」(2005年2月発効)に盛り込まれている。WHOは、枠組条約に盛り込んだ規制・対策の中から、6つの主要政策をMPOWERという名前を付け、政策パッケージとして提示している¹⁹⁾。その内容は、Monitor(たばこ使用と政策のモニタリング)、Protect(受動喫煙からの保護)、Offer(禁煙支援・治療)、Warn(たばこの危険性の警告)、Enforce(たばこの広告・販促・後援の禁止)、Raise(たばこ税の引き上げ)である。そのほか、未成年者への販売防止措置、たばこの危険性に関する教育・啓発や対策に携わる関係者への教育訓練などの取り組みも必要である。

(2) わが国のたばこ対策の現状と課題

2000年からの健康日本21の第1次計画以降、国または都道府県レベルで実施された主なたばこ対策として、①たばこ税・価格の値上げ(2010年に国民の健康を守る観点から実施された1箱あたり約110円の値上げ、2003年、2006年にも財源調達のために価格にして各々20円、30円の値上げがあった)②受動喫煙の防止(2003年の健康増進法の施行、2010年の公共場所における屋内禁煙を原則とした厚生労働省健康局長通知、2010年の神奈川県における罰則付きの受動喫煙防止条例の施行、2013年の兵庫県受動喫煙防止条例の施行、2014年の労働安全衛生法の改正)、③禁煙支援・治療(2006年の禁煙治療に対する健康保険の適用、2013年の第二期特定健診・特定保健指導における喫煙の保健指導の強化)、などがある。

このように、わが国においてもたばこ対策が推進されているが、その対策の内容を上述の枠組条約およびそのガイドラインで求められているものと比較すると、環境整備のための法規制の点で遅れており、WHOによる評価は低いレベルにとどまっている²⁰⁾。今後、第2次健康日本21の中で、さらなる推進が必要である。

2. 目標達成のためのアクションプラン

健康日本 21 の第 2 次計画では、2022 年までに成人の喫煙率を 12%にする目標値を掲げている。この目標の達成に必要な政策を研究班で検討したところ、実行可能性が高いと考えられる「受動喫煙防止の法制化」「健診等での短時間禁煙支援の普及」「クイットラインの普及」を同時に実施することで、喫煙率は 14%まで減少できると推計されている（図 5）²¹⁾。さらに、目標値の 12%を達成するには、200 円以上のたばこ価格の引き上げが必要と報告されている²¹⁾。

ここではたばこ税・価格の引き上げ、受動喫煙防止、禁煙支援・治療を取り上げ、国・自治体を実施すべき環境整備について述べる。

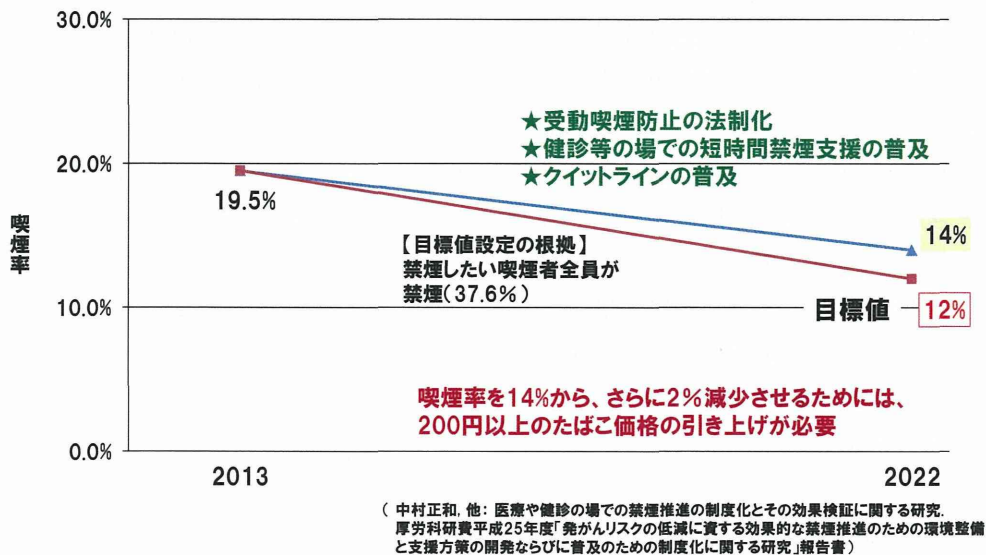


図 5. 成人喫煙率の目標値達成とたばこ対策

(1) たばこ税・価格の引き上げ

たばこ税・価格の引き上げは成人の禁煙を促すとともに、喫煙防止にも役立つことがわかっている。喫煙率の高い低所得層の禁煙を促進し、健康格差を縮める効果も期待できる。2010年にわが国では初めて国民の健康を守る観点からたばこ税・価格の引き上げ（1箱約110円）がなされた。その影響をみると、2010年の喫煙率は、前年の2009年に比し男性6.0%、女性2.5%と大幅な減少（減少率にして各々16%、23%）が認められ、その影響の大きさが改めて確認された¹⁾。しかし、2011年には男女とも喫煙率は少し増加する結果となった。これは、たばこ税・価格の引き上げの影響が短期的であることと、2010年調査が値上げ直後に実施されたため影響を過大評価したことが関係していると考えられる。たばこ販売数量についても喫煙率と同様の変化がみられた。そのため、2011年には値上げの効果により、たばこの売上（販売代金）や税収の顕著な増加がみられた²²⁻²⁴⁾。

これらの結果は、①今後たばこ税・価格をさらに引き上げても一定の税収を確保しながら、たばこ消費量や喫煙率を効果的に減少できること、②たばこの値上げ効果は短期的であり、複数年にまたがって効果が期待できないこと、を示唆しており、欧米先進諸国に比べて半分以下というたばこ価格の実態を考慮すると、欧米並みの価格帯への大幅な引き上げか、そうでなければ引き上げの定期的な実施が国民の健康を守る観点から強く求められる。

(2) 受動喫煙防止

受動喫煙防止については、職場の受動喫煙防止対策の強化について労働政策審議会での検討が 2010 年から始まり、政権交代をはさんで 2 度の国会での審議を経て、2014 年 6 月に職場での受動喫煙防止対策が事業者の責務として新たに労働安全衛生法に盛り込まれた。この法律改正の内容は 2010 年の労働政策審議会の建議よりも内容が後退し、職場における受動喫煙防止対策を事業者の努力義務にとどめただけでなく、喫煙室の設置による空間分煙が認められ、中小企業に対しては設置費用を国として援助することが示されている。

しかし、喫煙室や喫煙区域を設ける空間分煙による対策では受動喫煙を完全に防止することはできない。枠組条約の締約国として、条約のガイドラインで求められている公共の場や職場の建物内禁煙化の実現にむけて、国レベルでの法規制の強化が今後の課題である。そのためには、多くの国民が受動喫煙を含むたばこ問題の本質を正しく認識することに加え、法規制の強化には政策を決定する政治家や自治体の首長の理解とリーダーシップが鍵を握るので、国ならびに自治体レベルでの関係者への働きかけが重要である。

神奈川県や兵庫県での条例制定の過程で飲食店等からの反発が強かったという現実を考慮すると、サービス産業を含めて建物内禁煙化を最初から目指すのか、実行可能性の高い官公庁施設、医療機関、学校に限って建物内禁煙化（または敷地内禁煙化）をまず実現して、次に職場、さらに飲食店等のサービス産業へと段階的に進めるなど、法的規制の強化にむけた戦略を立てる必要がある。このことは諸外国の先進事例から、すべての施設の屋内禁煙化が実現するためのプロセスとして、段階的に禁煙化を進める戦略の必要性が示唆されている²⁵⁾。

(3) 禁煙支援・治療

禁煙したい喫煙者に対しては、2006 年から禁煙治療に保険適用がなされ成果をあげているが²⁶⁾、今後、保険による禁煙治療へのアクセス向上のための一層の普及と入院患者等への保険適用拡大など内容の充実が求められる。さらに、枠組条約のガイドラインの内容を踏まえ、先進諸国やアジアの近隣国ですでに実施されている無料の禁煙電話相談（クイットライン）の整備や、医療や健診等の種々の保健事業（特定健診やがん検診、妊娠届出時の保健相談、乳幼児健診など）の場で禁煙の助言や情報提供を一層推進することが望まれる。

クイットラインは、受け身で相談を待つ方式では、大々的なマスメディアのキャンペーンやたばこの箱への電話番号の表示と組み合わせて実施しない限り、利用者は限定される。それに対して、医療や健診で禁煙を勧めた喫煙者や一旦禁煙に成功した入院患者の退院後のフォローアップとして、本人の希望や同意を確認してカウンセラーから能動的に電話をして禁煙の働きかけや支援を行う方式が有効性かつ費用対効果にも優れ、施策としてのインパクトが期待できる²⁷⁾。

健診の場での禁煙推進については、2013年度からの第二期特定健診・特定保健指導において健診当日からの喫煙に関する保健指導が強化された²⁸⁾。それに伴い厚生労働省から「禁煙支援マニュアル（第二版）」が示された²⁹⁾。今後、特定健診だけでなく、がん検診をはじめ、種々の保健事業の場での禁煙の助言や情報提供と、禁煙の動機が高まった喫煙者が気軽に相談できるクイットライン、医療機関や薬局・薬店による禁煙補助薬を使った禁煙治療や禁煙支援が一連のサービスとして各地域で整備されることが望まれる。

禁煙支援・治療の指導者トレーニングについては、筆者らが開発に関わってきた日本禁煙推進医師歯科医師連盟の e ラーニングによる 3 つの指導者トレーニングプログラム（「禁煙治療版」、「禁煙治療導入版」、「禁煙支援版」）³⁰⁾がある（第 IV 項参照）。e ラーニングは指導者が自由な時間と場所で習熟度に応じて学習を進めることができるという特徴がある。なお、「禁煙支援版」の内容は上述の「禁煙支援マニュアル（第二版）」の主要コンテンツとして採用されている。

本項で取り上げたたばこ対策については、厚生労働省の研究班において、それらの対策を推進するための5種類のファクトシート（第IV項参照）が作成され、厚生労働省等のホームページで公開されている^{31, 32}。たばこ対策に関わる有用な情報も掲載されているので、併せて参考にされたい。

3. たばこ対策のモニタリングと評価

たばこ対策を効果的に推進するには、まず関係者や関係機関が現状や課題を共有し、合意形成を図りながら実行可能性の高い具体的な目標を設定することが望ましい。また、喫煙率の低下や受動喫煙の防止等に関わる数値目標だけでなく、そのためのアクションプランに関わる行動目標についても具体的に設定することが特に重要である。

目標設定の際には、既存のデータを活用して定期的に評価しながら進行管理が可能な目標を設定することが重要である。アクションプランに関わる行動目標のモニタリングや評価においては、全国的に統一された方式はないが、都道府県であれば、厚生労働省の研究班で開発された「たばこ規制・対策の自己点検票」（第IV項参照）を用いて、受動喫煙の防止、禁煙支援・治療、喫煙防止、教育啓発・情報提供などの取り組みの実態を市町村単位で可視化しながら都道府県として全体的に対策を進めることができる。このような方法は複数の事業所からなる職域においても利用可能である。

III. 好事例から学ぶ効果的な取り組み方

1. 地域における取り組み

(1) 健診の場における禁煙支援

健診の場を活用した喫煙者に対する短時間の禁煙支援の好事例として、大阪府摂津市の取り組みがある。本事例では、従来の取り組みに比べて6ヶ月後の禁煙率（呼気一酸化炭素濃度で禁煙状況を確認）が約3倍高まる結果が得られた。その取り組みのポイントは、①診察担当医師の禁煙の助言と保健師による1～2分程度の禁煙支援をペアで実施していること、②健診の流れの中で喫煙者が全員禁煙支援を受けるように工夫していること、③健診の待合場所や診察室、保健指導室に、禁煙を訴えるポスターや禁煙治療に関する情報を掲示したり、禁煙補助薬の実物の展示（保健指導室のみ）などを行い、禁煙支援のための雰囲気づくりや情報提供を効率的に行う工夫をしていることである。

(2) 地域ぐるみの総合的なたばこ対策

地域ぐるみの総合的なたばこ対策として、岐阜県多治見市の取り組みがある。多治見市では、第1次健康日本21から本格的に取り組みを開始し、これまで継続的に取り組みを行い、ほぼ全てのライフステージにおいて喫煙率が全国平均に比べてより低下するという成果をあげている。その取り組みのポイントは、①首長のリーダーシップの下で、科学的根拠に基づいた効果的なたばこ対策を市の政策として明確に位置づけ、地域住民や関係機関との協働により継続的に実施されていること、②たばこ対策として、受動喫煙防止、禁煙支援・治療、喫煙防止、情報提供・教育啓発の各種取り組みがライフステージ別に総合的に実施されていること、③禁煙支援においては、既存の事業を活用して充実したメニューでかつ効率的な事業展開がなされていること（具体的には特定健診やがん検診、母子保健事業など既存の保健事業を活用するほか、通信制の禁煙講座や禁煙相談などのメニューを提供）④成果を上げるための工夫として、保健センターがコーディネーター役を担当して、計画から実施・評価までの一連の過程において、組織内外の関係者や関係機関におけるビジョンや情報の共有と合意形成、人材育成も含めた地域住民や関係機関の主体的な取り組みの促進、対策の成果の可視化と共有化を常に図るよう心がけていることがあげられる。

(3) 条例による受動喫煙対策の推進

わが国では、これまで神奈川県と兵庫県が受動喫煙防止条例を制定している。この2つの事例からの教訓として、条例制定を可能にする要因として、①知事の対策への十分な理解とリーダーシップ、(たばこ産業やサービス産業等から強い抵抗がある中で、知事としての条例制定に対する確固たる政治的意志とリーダーシップは不可欠)、②検討会のメンバー構成や役割についての十分な検討(検討委員会は条例の基本方針を報告書として取りまとめる役割にとどまらず、議会で審議される条例案の作成段階においても引き続き一定の関与をする体制を検討しておくことが必要)、③首長・議員への働きかけ(検討委員会が理想的な条例案を作成しても、条例を審議するのは議会であり、条例の検討段階から議員に対して条例の目的や必要性等について認識を高める働きかけを行うことが必要)、④規制の対象と内容についての十分な検討(労働者の受動喫煙防止を考えた場合、全ての施設において少なくとも建物内禁煙が望ましいが、規制を検討する際、売上げの落ち込みを心配して法的規制に反対する飲食店等のサービス産業での禁煙化をどう取り扱うかについて、事前に十分検討しておくことが必要)があげられる。

2. 職域における取り組み

職域におけるたばこ対策については、規模の大きい事業所を中心に好事例が比較的多く報告されている。ここでは、それらの中から、第IV項の事例紹介に SCSK 株式会社と古河電気工業株式会社千葉事業所の取り組みを取り上げた。これらの事例では、対策によって喫煙率が全国平均に比べてより低下するという成果をあげている。その取り組みのポイントは、①事業所と健康保険組合が相互に連携した推進体制を整備すること、②受動喫煙防止については、会社の組織方針として、建物内禁煙または敷地内禁煙を目指し、事前の十分な周知や試行的実施の期間を経て、その実現を図ること。さらに就業時間内禁煙を実施して、非喫煙者と喫煙者の労働時間の公平性と労働生産性の向上を図ること、③禁煙支援については、職場全体としての禁煙率を高めるために、健診等の既存の保健事業を活用した禁煙支援のほか、キャンペーンやイベントの実施、社内での禁煙治療の提供や費用補助による利用促進などの取り組みを組み合わせることで実施すること、④非喫煙の従業員や家族、各職場の安全衛生担当者などを巻き込んで事業を幅広く展開することがあげられる。

これらの好事例の内容については、第IV項で紹介しているホームページを参照されたい。

IV. たばこ対策に役立つ参考教材や資料

1. たばこ対策の好事例

厚生労働省の研究班(辻班)での研究の一環として、自治体や職域、保険者等におけるたばこ対策の好事例の収集を行っており、同研究班のホームページで紹介をしている。その内容については、以下のホームページを参照されたい。

■ホームページアドレス

「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)健康日本21(第二次)の推進に関する研究」

<http://www.pbhealth.med.tohoku.ac.jp/japan21/index.html>

2. 自治体のたばこ対策のモニタリングツール

厚生労働省の研究班(下光班、望月班)で開発されたもので、自治体が標準化された方式でたばこ対策の実態を把握するための標準質問票(自己点検票)とマニュアルである。本質問票を用いることによ

り、「受動喫煙の防止」「禁煙支援・治療」「喫煙防止」「情報提供」「たばこ対策の推進対策」について、たばこ対策の実態を市町村別に可視化することができる。

これらの詳細は、上記1と同じホームページで公開されている。

3. たばこ対策ファクトシート

厚生労働省の研究班（中村班）が首長や議員などの政策決定者や国・自治体の政策担当者を対象として作成した政策提言用のファクトシートである。ファクトシートは、たばこ税・価格の引き上げ、受動喫煙防止の法規制の強化、禁煙支援・治療全般、がん検診の場での禁煙支援、クイットライン（電話での無料禁煙相談）の整備の5種類である。内容の構成は、要約（KEY FACTS）、必要性、現状、実施すべきこと、期待される効果、政策に対してよくある疑問や反論とその回答（FAQ集）という共通の項目立てで作成されている。

これらの詳細は、上記1と同じホームページで公開されている。

4. 禁煙支援・治療のための指導者トレーニングツール

日本禁煙推進医師歯科医師連盟が保健医療従事者向けに開発したトレーニングツールで、インターネットを使って学習できる。禁煙支援・治療等のたばこ対策に必要な基本的な知識を講義視聴とアセスメントテストによって簡易に学習するWeb学習プログラムと、本格的な学習ができるeラーニングプログラムからなる。Web簡易学習プログラムは、通年で利用が可能であり、日常診療や健診等の場での禁煙支援（3種類）、職場における受動喫煙防止対策（1種類）の計4種類の内容がある。eラーニングプログラムは禁煙外来用の「禁煙治療版」、日常診療用の「禁煙治療導入版」、保健事業の場用の「禁煙支援版」の3種類がある。

これらの詳細は、下記のホームページを参照されたい。

■ホームページアドレス

日本禁煙推進医師歯科医師連盟（J-STOP）

<http://www.j-stop.jp>

【引用文献】

- 1) 厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室：平成24年国民健康・栄養調査報告。2014.
- 2) 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）未成年者の喫煙・飲酒状況に関する実態調査研究（研究代表者：大井田隆）平成22年度総括研究報告書。2011.
- 3) Osaki Y, et al: Decrease in the prevalence of smoking among Japanese adolescents and its possible causes: periodic nationwide cross-sectional surveys. *Environ Health Prev Med.* 2008; 13(4):219-226.
- 4) 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(1): e1001160.
- 5) 片野田耕太, 他: わが国における受動喫煙起因死亡数の推計. *厚生*の指標, 2010; 57(13): 14-20.
- 6) Murakami Y, et al: Life expectancy among Japanese of different smoking status in Japan: NIPPON DATA80. *J Epidemiol* 2007; 17 (2):31-37.
- 7) Ozasa K, et al: Reduced life expectancy due to smoking in large-scale cohort studies in Japan. *J Epidemiol.* 2008; 18 (3):111-118.
- 8) Sakata R, et al: Impact of smoking on mortality and life expectancy in Japanese smokers: a prospective cohort study. *BMJ.* 2012; 345: e7093.

- 9) Takashima N, et al: Cigarette smoking in middle age and a long-term risk of impaired activities of daily living: NIPPON DATA80. *Nicotine Tob Res.* 2010; 12(9): 944-949.
- 10) 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～」2010.
- 11) Glantz S, et al: Effective tobacco control is key to rapid progress in reduction of non-communicable diseases. *Lancet.* 2012; 31; 379(9822): 1269-1271.
- 12) World Health Organization: WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: Implementing smoke-free environments. World Health Organization; Geneva, 2009.
- 13) 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 –未改装店, 分煙店の相対変化との比較-. *日本公衆衛生雑誌* 61(3): 130-135, 2014.
- 14) 厚生労働省: 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針. 平成 24 年 7 月 10 日.
- 15) Starr G, et al: Key outcome indicators for evaluating comprehensive tobacco control programs. Centers for Disease Control and Prevention; Atlanta, 2005.
- 16) 厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室: 平成 22 年国民健康・栄養調査報告. 2012.
- 17) Fukuda Y, et al: Socioeconomic pattern of smoking in Japan: income inequality and gender and age differences. *Ann Epidemiol* 2005;15(5):365-372.
- 18) 田淵貴大: 日本全国及び大阪における医療保険別の喫煙率格差. 厚生労働科学研究費補助金 (がん臨床研究事業) 既存統計資料に基づくがん対策進捗の評価手法に関する実証的研究 (主任研究者: 津熊秀明) 平成 24 年度総括・分担研究報告書. 2013.
- 19) World Health Organization: WHO report on the global tobacco epidemic, 2008. The MPOWER Package. World Health Organization; Geneva, 2008.
- 20) World Health Organization: WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. World Health Organization; Geneva, 2013.
- 21) 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) 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 (研究代表者: 中村正和) 平成 25 年度総括・分担研究報告書. 2014.
- 22) 財務省. 平成 15～23 年度租税及び印紙収入決算額調.
- 23) 総務省自治税務局: 地方税の税目別収入額及びその割合の推移. 平成 25 年度地方税に関する参考計数資料. 2014.
- 24) 日本たばこ協会: 年度別 販売実績 (数量・代金) 推移一覧. 2013.
- 25) 中村正和: 自治体における受動喫煙防止対策の効果的な推進方策の検討と普及に関する研究. 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) 受動喫煙の防止を進めるための効果的な行政施策のあり方に関する研究 (研究代表者: 大和浩) 平成 25 年度総括・分担研究報告書. 2014.
- 26) 中村正和: 特集 禁煙の推進と医師の役割 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*, 141(9): 1917-1922, 2012.
- 27) Stead LF, et al: Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8.
- 28) 厚生労働省 健康局: 標準的な健診・保健指導プログラム (改訂版), 2013.
- 29) 厚生労働省 健康局: 禁煙支援マニュアル (第二版), 2013.
- 30) 日本禁煙推進医師歯科医師連盟: J-STOP ホームページ.
- 31) 厚生労働省: e-ヘルスネット たばこ対策の推進に役立つファクトシート.
- 32) 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) 健康日本 21 (第二次) の推進に関する研究のホームページ. 自治体等でのたばこ対策の推進に役立つファクトシート.