

たばこ規制枠組条約に基づいた たばこ政策の推進

MPOWER: わが国が批准しているWHOのたばこ規制枠組条約のたばこ規制の主要政策

KEY FACT (要約)

- わが国の成人における喫煙率は2019年時点で16.7% (男性: 27.1%, 女性: 7.6%) であり、喫煙者における加熱式たばこ使用率が男女共に4分の1を超える
- たばこによる健康、社会、経済および環境に及ぼす悪影響を防ぐために、効果的かつ包括的なたばこ対策をたばこ規制枠組条約に沿って策定および実施する必要がある
- 世界保健機関のたばこ対策評価によると、わが国はモニタリング(M)、受動喫煙からの保護(P)、禁煙支援(O)、警告(W)、たばこの広告・販促活動等の禁止(E)、たばこ税引き上げ(R) (MPOWER) の中で特に(P)と(E)の分野で対策が遅れている
- たばこ対策をMPOWERの全分野で強化することによって、わが国の喫煙率は加速して減少し、2050年までに日本人成人の喫煙率が7%を切り、23万人以上の死亡回避が期待できる

1 なぜ必要か？

- たばこの消費およびたばこの煙にさらされることによる健康、社会、経済および環境に及ぼす悪影響は、国際社会共通の問題です。この問題の解決のため、すべての国が国際協力の下で効果的かつ包括的なたばこ対策を実施することが必要です。
- 世界保健機関(WHO)は、たばこによる悪影響から現在および将来の世代を守ることを目的として、「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約(WHO Framework Convention on Tobacco Control: FCTC)」を制定し、日本も2005年の発効時から参加しています¹⁾。
- WHOは、条約で定めるたばこ規制を推進するために、MPOWERと呼ばれる6つの分野の政策パッケージを作成し(表1)、各国のたばこ対策の進捗状況を評価をしています²⁾。
- わが国においてもたばこ問題は深刻であり、条約締結国としてMPOWERに沿ったたばこ対策を定め、実施し、たばこの供給および需要を減少させ、国民をたばこの害から守る必要があります。

表1. MPOWERと「たばこ規制枠組条約」

M onitor tobacco use and prevention policies	たばこの使用と予防政策をモニター(監視)する(第20, 21条)
P rotect people from tobacco smoke	受動喫煙からの保護(第8条)
O ffer help to quit tobacco use	禁煙支援の提供(第14条)
W arn about dangers of tobacco (Health Warning, Mass Media)	警告表示等を用いたたばこの危険性に関する知識の普及(第11条)、脱たばこ・メディアキャンペーン(第12条)
E nforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship	たばこの広告、販促活動等の禁止要請(第13条)
R aise taxes on tobacco products	たばこ税引き上げ(第6条)

2 現状はどうか？

- わが国の成人喫煙率は、2019年時点で16.7%であり、長期的には減少が続いているものの、男性の喫煙率は27.1%と、女性7.6%に比べて高い状況が続いています³⁾。
- 2019年の国民健康・栄養調査によると、男女ともに喫煙者の4分の1を超える割合(男: 27.2%, 女: 25.2%)が加熱式たばこを使用しており、年々増加の傾向にあります³⁾。
- 「健康日本21(第二次)」⁴⁾では、2022年度までに成人の喫煙率を12%にする目標を掲げていますが、目標達成は厳しい状況で、さらなる対策が必要です。
- WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2021²⁾によると、わが国のたばこ対策はモニタリング(M)とメディア・キャンペーン(W)の分野で4段階評価の4(最良)ですが、他の分野、特に「受動喫煙からの保護(P)」と「たばこの広告・販促活動等の禁止要請(E)」の分野で低い評価になっています(表2)。

- P** 2020年に法の改正があり、屋内は原則禁煙になりましたが、現在も屋内喫煙が可能な場所が多く残っています。
- O** 禁煙治療や禁煙補助薬が保険適応になっていますが、いくつかの条件を満たす必要があり、国レベルのクイットライン(電話での無料禁煙相談)も整備されていません。
- W** 134カ国ではたばこの箱に画像による警告表示が義務化され、38カ国ではブランドのロゴなどを含まないプレーン

パッケージが採用または検討されています⁵⁾。一方、わが国で警告表示は文字のみでロゴも使われています。

E 製造たばこに係る広告に法的規制はなく、自主基準にとどまっています。製品広告以外(企業広告、マナー広告、未成年者の喫煙防止広告)、スポーツの後援なども制限なく行われています。

R わが国のたばこ税は61%で4段階評価の3(良)ですが、たばこ価格は1箱約540円で諸外国に比べると購入しやすいことが問題視されています。例えばシンガポールで約1,800円、イギリスで約2,000円、オーストラリアで約2,500円です(購買力平価ドルを2020年当時の日本円換算)²⁾。

表2. 日本と諸外国のたばこ対策の現状(2020年)²⁾

	日本	韓国	タイ	オーストラリア	イギリス
M (たばこ使用と政策の監視)	4	4	4	4	4
P (受動喫煙からの保護)	2	1	4	4	4
O (禁煙支援)	3	4	3	3	3
W (健康警告表示)	3	3	4	4	4
W (マスメディア)	4	4	4	1	4
E (広告・販促活動禁止)	1	1	3	3	3
R (たばこ税引き上げ)	3	3	4	3	4

4段階評価: 1=不可, 2=可, 3=良, 4=最良

3 取り組むべきことは何か？

- MPOWERで特に評価が低かった分野、「受動喫煙からの保護(P)」と「たばこの広告・販促活動等の禁止要請(E)」を始め、MPOWERのすべての分野で効果的なたばこ政策を強化する必要があります。
- 具体的に日本で必要かつ実現可能性のある対策として、
 - M 喫煙・受動喫煙の実態把握(格差の把握を含む)、たばこ政策のモニタリングと実効性を考慮したインパクト評価
 - P 公共施設、飲食店等における屋内の全面禁煙化、未成年者同乗自家用車内の喫煙規制
 - O 国レベルのクイットライン(電話での無料禁煙相談)、健診・検診・歯科等を利用した禁煙介入、禁煙治療および禁煙補助薬の普及および健康保険の適応拡大
 - W 画像警告表示を含むプレーンパッケージの導入、テレビ、ラジオ、新聞、インターネットなどを通じた脱たばこキャンペーンの実施
 - E たばこ産業による広告、販促、後援活動は自主規制ではなく法的な規制とする

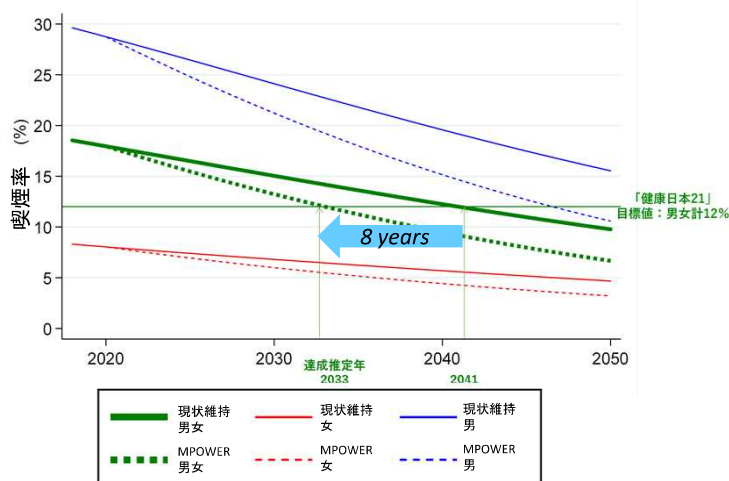
R たばこ税を大幅に引き上げ、価格を諸外国並みにするなどがあります。

- 加熱式たばこの使用率が増加傾向にあることから、MPOWERの対策を従来型の紙巻たばこだけでなく、加熱式および電子たばこにも適用させていくべきです。特に未成年者の使用やたばこ産業による健康被害に関する誤解を防ぐ対策を実施していく必要があります²⁾。
- 加熱式たばこに関しては、対策や規制の策定および実施を促進するために、今後さらにエビデンスを構築していく必要があります。
- Global Tobacco Industry Interference Index (たばこ産業干渉指数) 2021⁶⁾によると、わが国は利益相反、たばこ産業によるたばこ対策への干渉に関して、調査対象となった80カ国中最下位でした。たばこ対策をたばこ規制枠組条約の趣旨に沿って進めるためには、たばこ産業から干渉を受けることのない形でたばこ対策が実施できる規制行政のあり方を検討する必要があります。

4 期待される効果は？

- MPOWERに沿ってたばこ対策を強化することで、喫煙率の減少とたばこによる疾病負担の減少の効果が期待できます。
- MPOWERのそれぞれの対策を実施した場合の効果を予測したシミュレーション研究によると、「受動喫煙からの保護(P)」のみを強化した場合、2050年までの約30年間で7万人以上の死亡を回避できると推定されました。しかし、どの分野も単独で対策を実施した場合、短期間では大きな効果が期待できないという結果でした。
- MPOWERのすべての分野で対策を最高レベルに強化した場合、現状(2018年時点)を維持した場合と比べて、「健康日本21(第二次)」の成人喫煙率の目標値⁴⁾を8年早く(2041年→2033年)達成できると推定されました⁷⁾(図1)。
- たばこ政策をMPOWERのすべての分野で最高レベルに強化した場合、2050年までに成人の喫煙率が7%を切り、約23万7千人の死亡を回避できると予測されています。

図1. 推定喫煙率と「健康日本21(第二次)」目標値達成年



5 よくある疑問や反論についてのQ&A

Q. 「たばこ規制枠組条約」は世界で何カ国が参加していますか？

A. わが国を含め、英国、フランス、ドイツ、イタリア、カナダ、オーストラリア、中国等、182カ国が参加しています。(2022年4月時点)

Q. MPOWERの点数が高い国はどのような取り組みをしていますか？

A. 罰則付きの屋内全面禁煙、画像警告表示の導入、たばこ産業による広告・販促・後援活動の法的規制などが行われています。

Q. 日本では喫煙率が下がっているのになぜMPOWERの点数が低いのですか？

A. 日本の喫煙率は長期的に減少していますが、特に男性で諸外国より高い状態が続いています。MPOWERではたばこ対策が適切に行われているかが評価されており、わが国の受動喫煙防止、広告・販促活動等の規制などにおいて、国際標準に沿っていないため点数が低くなっています。

Q. MPOWERのほかにも重要なたばこ対策はありますか？

A. 米国では、電子たばこ流行への対策としてたばこの法定年齢が18歳から21歳に引き上げられました。また、たばこ産業の公衆衛生施策への干渉を防ぐために、食品医薬品局(FDA)がたばこ規制を行うようになりました。たばこの消費を減少させ、人々をたばこの害から守る、という社会規範を醸成することも大切です。

【参考文献】

- 1) 外務省 たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約. <https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/who/fctc.html>
- 2) WHO report on the global tobacco epidemic, 2021. addressing new and emerging products. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032095>
- 3) 厚生労働省. 令和元年 国民健康・栄養調査報告. https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kenkou_eiyouchousa.html
- 4) 厚生労働省. 健康日本21(第2次). https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkounippon21.html
- 5) Canadian Cancer Society, Cigarette Package Health Warnings: International Status Report, Seventh Edition, 2021. <https://cdn.cancer.ca/-/media/files/about-us/media-releases/2021/cigarette-health-warnings-report/ccs-international-warnings-report-2021.pdf>
- 6) Global Tobacco Industry Interference Index 2021, Global Center for Good Governance in Tobacco Control (GGTC). <https://globaltobaccoindex.org/>
- 7) Yang SL, et al: Projecting the impact of implementation of WHO MPOWER measures on smoking prevalence and mortality in Japan. Tobacco Control Published Online First: 13 September 2022. doi: 10.1136/tc-2022-057262 <http://tobaccocontrol.bmj.com/cgi/content/full/tc-2022-057262>

たばこの超過死亡・超過医療費とは

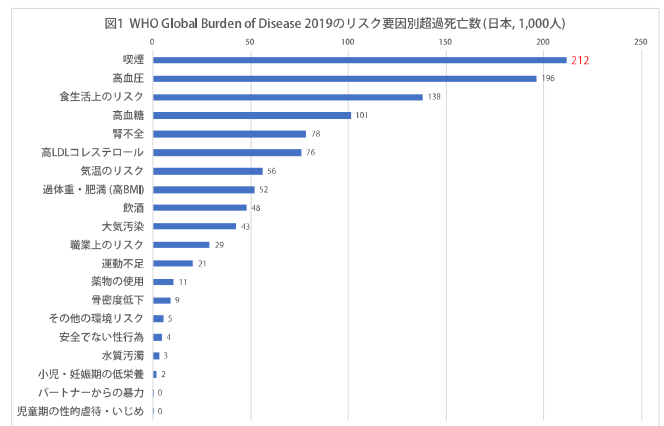
MPOWER: わが国が批准しているWHO のたばこ規制枠組条約のたばこ規制の主要政策
MIはたばこ使用と政策のモニタリング

KEY FACT (要約)

- 日本でのたばこの超過死亡数(2019年)は年間21万2000人にのぼる。これは、高血圧や運動不足・高血糖など、他のさまざまな要因をしのいでワースト1位の数字である。
- 肺がんやCOPDのような疾患だけでなく、虚血性心疾患や認知症などでも、超過死亡が発生している。
- たばこ関連疾患の経済面の損失・超過医療費は、能動喫煙(喫煙者本人)で1兆2000億円、受動喫煙(周囲の人)で3,300億円、総額で1兆5300億円に上る。介護費用などを含めた総コストは、年間で1兆8000億円となる。

1 たばこによる超過死亡は年間21.2万人、高血圧をしのいで最大の人数

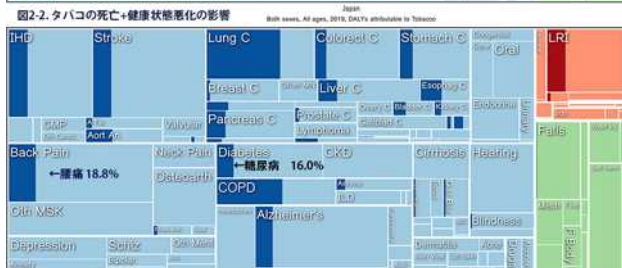
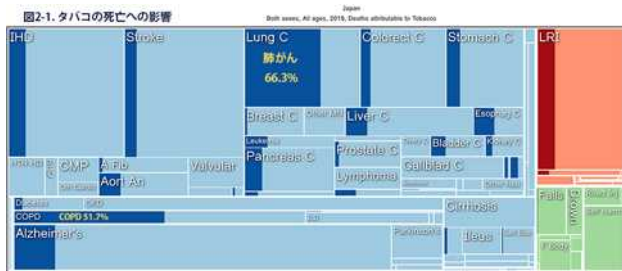
- たばこは肺がんだけでなく、胃がんや肝がんなど肺以外のがん、心筋梗塞や脳卒中などの循環器疾患、喘息やCOPDなどの呼吸器系疾患など、多くの病気にかかるリスクを増やします¹⁾。
- たばこやアルコール・肥満など、さまざまなリスク要因が健康に及ぼす影響を比較する方法の一つに、「超過死亡」があります。
- たばこによる超過死亡は、「もし、世の中にたばこがなかったら」を仮定して、現状(たばこありの世界)の死亡者数から、仮想(たばこなしの世界)の死亡者数を引き算して求めます。高血圧やアルコールなど他の要因でも、同じように「ありの世界」と「なしの世界」を比べて引き算します。
- 2019年の超過死亡の推計によれば、日本でのたばこの超過死亡数は、1年間で21万2000人*でした^{2,3)}(図1)。この値は高血圧(19.7万人)や食生活上のリスク(13.8万人)をしのいで、あらゆる要因の中で最大のものです。



*GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Lancet. 2020; 396(10258): 1223-49.
*Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2020.

* Nomuraらの論文(2022)⁴⁾における超過死亡数の18.7万人は非感染性疾患(NCD)に限った推計、本ファクトシートの21.2万人はすべての死亡を含めた推計の結果。

2 超過死亡は肺がんだけ? -さまざまな病気とたばこ-



Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2015

- たばこによって21万2000人の超過死亡がおこる分、寿命も縮まっています。2007年の推計⁵⁾によれば、もしたばこがなかったとしたら、平均寿命は男性で1.8年・女性で0.6年伸びたとされます。
- 図2-1は、たばこによる超過死亡を、疾患ごとに示したものです⁶⁾。濃くなっている部分が、たばこの「せい」で増えた死亡です。たばこが占める割合は、肺がん(Lung C, 66.3%)とCOPD(51.7%)が最も大きくなっています。
- 肺がんやCOPD以外にも、虚血性心疾患(IHD, 23.3%)や脳卒中(Stroke, 16.5%)、さらにアルツハイマー型認知症(13.2%)など、さまざまな病気による死亡に、たばこは寄与しています。
- 図2-2は、死亡に加えて健康状態悪化の影響も加味して示したものです。糖尿病(Diabetes, 16.0%)や腰痛(Back pain, 18.8%)など、多くの病気に寄与があります。
- すべての病気を統合すると、死亡では15.1%、健康状態悪化では12.1%が、たばこに寄与するものと計算されています。

3 経済面の「超過」は？

- たばこが関係するさまざまな疾患は、経済面にも影響します。
- 経済面への影響は、喫煙者本人の医療費だけではなく、職場や家庭などでの受動喫煙の医療費も、無視できない金額になります。
- 2015年の推計では、超過死亡と同じように「たばこなしの世界」と「たばこありの世界」で比較したたばこ関連疾患（因果関係がレベル1*）の超過医療費は、能動喫煙（喫煙者本人）で1兆2000億円、受動喫煙（周囲の人）で3,300億円に上りました（表1）。
- 疾患の治療費（医療費）だけでなく、疾患に伴う介護のコストや、たばこに起因する火災の費用を含めると、費用はさらに増大します。超過介護費は1,700億円、超過消防費は975億円、超過清掃費は16億円で、前述の超過医療費も含めて全てを合計すると年間の超過費用は1兆8000億円になります。なお、レベル2を含んだ総超過費用は2兆円になります。
- この推計には、病気にかかることで仕事ができなくなる「生産性損失」部分は含んでいません。生産性損失を含んだ場合、超過費用はさらに大きくなると考えられます。

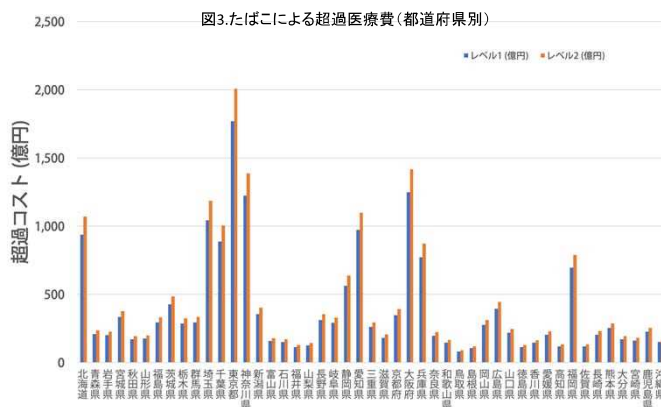
表1. たばこによる超過医療費

	因果関係レベル1のみ			因果関係レベル2含む		
	男性	女性	合計	男性	女性	合計
能動喫煙合計	10,734.5	1,359.8	12,094.3	11,959.0	1,634.6	13,593.6
受動喫煙－職場	1,197.0	955.1	2,152.1	1,197.0	955.1	2,152.1
受動喫煙－配偶者	0.0	1,142.5	1,142.5	0.0	1,142.5	1,142.5
受動喫煙合計	1,197.0	2,097.6	3,294.5	1,197.0	2,097.6	3,294.5
介護費用	1,272.5	441.2	1,713.7	1,780.0	836.7	2,616.7
火災費用	469.2	506.0	975.3	469.2	506.0	975.3
清掃費用	7.5	8.1	15.7	7.5	8.1	15.7
医療費以外合計	1,749.3	955.3	2,704.6	2,256.7	1,350.9	3,607.6
総合計	13,680.8	4,412.7	18,093.5	15,412.7	5,083.1	20,495.8

* レベル1は因果関係が確実な疾患のみ、レベル2は因果関係の可能性ありの疾患も組み込んでいます。大腸がんや認知症などが「レベル2」で加わります。

4 都道府県別の超過コストは？

- 上記の3と同じデータから、都道府県別の超過コストを算出しました（図3）。
- レベル1で見た場合、東京都・大阪府・神奈川県・埼玉県の4都府県で超過コストが1,000億円を超えます。
- レベル2で見た場合、愛知県・北海道・千葉県が加わり、合計で7都道府県で超過コストが1,000億円を超えています。
- 人口1万人あたりで見ると、北海道・秋田県・高知県が最も大きく、愛知県・滋賀県・沖縄県が最も小さくなります。



5 よくある疑問や反論についてのQ&A

Q. 単なる死亡でなく、超過死亡を評価する理由は何ですか？

A. 例えば肺がんを考えますと、肺がんが死亡した人全員がたばこを吸っていたわけではありません。そのため、肺がんの死亡者数＝たばこによる死亡者数と考えるのではなく、たばこによってどれだけ肺がんの死亡が「増えた＝超過した」かを評価します。

個々人でたばこの寄与を判定するのではなく、「誰もたばこを吸っていなかったとき」の状況を仮定して、「たばこなしの状況での死亡数」と「たばこありの状況での死亡数（現状）」を比較し、超過死亡を計算します。超過コストも、同じ考え方で計算します。

Q. 経済面の超過が2兆円・税収も2兆円なので、ほぼ同じだから、たばこ政策は現状で十分でしょうか？

A. たばこの「得失」を、経済面の増減だけで考えるのは、適切とはいえません。今回のファクトシートでも触れた通り、まず考えるべきは超過死亡のような、健康面への影響です。たばこ政策をどのように進めるかは、単純に経済面の損得だけではなく、健康面と経済面双方の影響を多方面から見る必要があります。

【参考文献】

- 1) 喫煙の健康影響に関する検討会。喫煙と健康 喫煙の健康影響に関する検討会報告書, 2016. <https://www.mhlw.go.jp/content/000550455.pdf>
- 2) GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2020; 396(10258): 1223–49.
- 3) Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2020.
- 4) Nomura S, Sakamoto H, Ghaznavi C, et al. Toward a third term of Health Japan 21 – implications from the rise in non-communicable disease burden and highly preventable risk factors. Lancet Reg Health West Pac. 2022;doi:10.1016/j.lanwpc.2021.100377.
- 5) Ikeda N, Inoue M, Iso H, Shibuya K, et al. Adult mortality attributable to preventable risk factors for non-communicable diseases and injuries in Japan: a comparative risk assessment. PLoS Med. 2012 Jan;9(1):e1001160
- 6) Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2015. Available from <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>. (Accessed on 10 June 2022)

本ファクトシートは、令和3年度厚生労働科学研究費補助金による循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「受動喫煙防止等のたばこ政策のインパクト・アセスメントに関する研究」班（研究代表者 中村正和）により作成しました。

作成担当：五十嵐中（横浜市立大学）

受動喫煙防止のための法的規制の強化

MPOWER: わが国が批准しているWHO のたばこ規制枠組条約のたばこ規制の主要政策
Pは受動喫煙防止のための法規制

KEY FACT (要約)

- 「望まない受動喫煙」をなくすために、2020年施行の改正健康増進法において、
第一種施設(学校、病院、行政機関等)は敷地内禁煙、
第二種施設(一般企業、サービス産業、国会・議会等)は原則屋内禁煙が定められた
- 屋外の喫煙場所から半径25メートルで受動喫煙が発生する
- 喫煙場所を残した場合、清掃する労働者への「望まない受動喫煙」をなくすことができない

1 なぜ必要か？

- 世界保健機関(WHO)が、喫煙が健康・社会・環境および経済に及ぼす悪影響から、現在および将来の世代を守ることを目的として策定した「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約(WHO Framework Convention on Tobacco Control: FCTC)」が2005年2月27日に発効しました。FCTC第8条(受動喫煙からの保護)で求められている公共場所や職場等の屋内の全面禁煙化を実現するためには各国で法規制が必要です。
- 世界で受動喫煙対策として法規制で8施設(医療施設、幼保小中高、大学、官公庁、事業所(一般企業)、レストラン、バー(居酒屋)、公共交通機関)すべての全面禁煙を達成したのは、32か国(2010年)から67か国(2020年)¹⁾に増え続けています(図1)。
- 法律により屋内を全面禁煙にした国などでは、国民の喫煙関連疾患による入院リスクが減少しました²⁾(図2)。

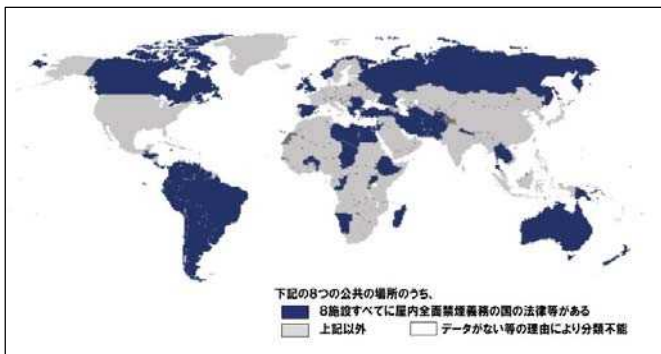


図1. 世界の受動喫煙防止法規制の現状 (2020年時点)

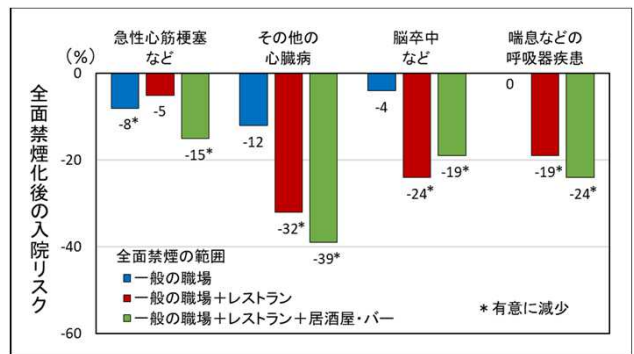


図2. 法律による全面禁煙化の範囲と病気の減少(入院リスク)

2 現状はどうか？

- 2020年4月施行の「健康増進法の一部を改正する法律」(改正健康増進法)で、第一種施設(学校、病院、行政機関等)は「敷地内禁煙」、第二種施設(一般企業、サービス産業、国会・議会等)は「原則屋内禁煙」と定められました³⁾(図3)。
- 159自治体を対象とした調査で、改正健康増進法の施行により、自治体の一般庁舎(第一種施設)は100%「建物内禁煙」が実現し、屋外にも喫煙場所を設置しない「敷地内全面禁煙」を実施した自治体は、2018年の22団体(13.8%)から57団体(33.9%)に増加し、法の改正の効果がみられました(図4)。しかし、第一種施設では「屋外で受動喫煙を防止するために必要な措置がとられた場所に、喫煙場所を設置することができる」とされたため、102団体(66.1%)は屋外にまだ喫煙場所を残しています。



図3. 改正健康増進法の体系(厚生労働省)

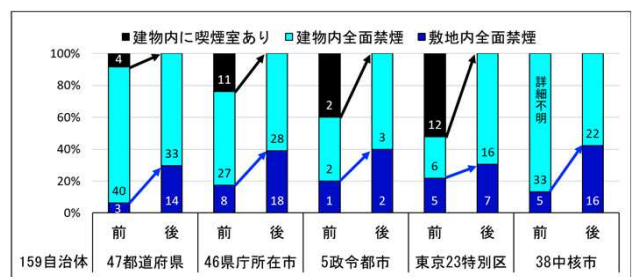


図4. 改正健康増進法の施行前後の禁煙化状況の変化

- 第一種施設で屋外に喫煙場所を設置した場合、少なくとも半径25メートルで受動喫煙が発生します⁴⁾(図5)。
- 喫煙場所の清掃者に職業的な受動喫煙が発生します(図6)。
- 平成31(2019)年2月22日、厚生労働省健康局長通知『「健康増進法の一部を改正する法律」の施行について(受動喫煙対策)」では、「第一種施設は、敷地内禁煙とすることが原則であり、特定屋外喫煙場所を設置することを推奨するものではないことに十分留意すること」と記載されています⁵⁾。
- 第二種施設は原則屋内禁煙とされ、喫煙専用室以外の喫煙が禁止されました。しかし、喫煙専用室では受動喫煙を完全に防止することができないことが分かっています⁶⁾(図7)。
- 喫煙専用室を清掃する作業者は非常に高い濃度の受動喫煙に曝露されます(図8)。そのため、一般職場における対策について発出された「職場における受動喫煙防止のためのガイドライン(令和元年7月1日 基発0701第1号)」では、清掃業者を保護することについても記載されています⁷⁾。

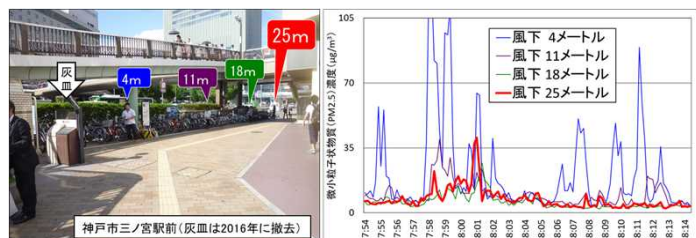


図5. 屋外喫煙場所の風下で発生する「望まない受動喫煙」
喫煙で発生する微小粒子状物質(PM_{2.5})濃度(μg/m³)で評価した

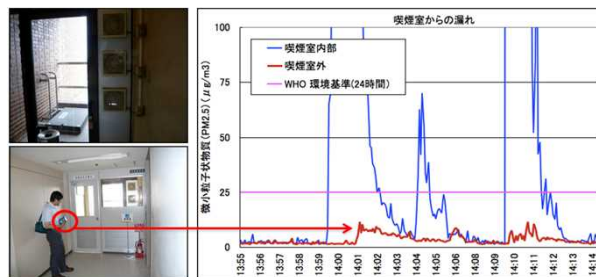


図7. 喫煙室からの漏れは防止できない

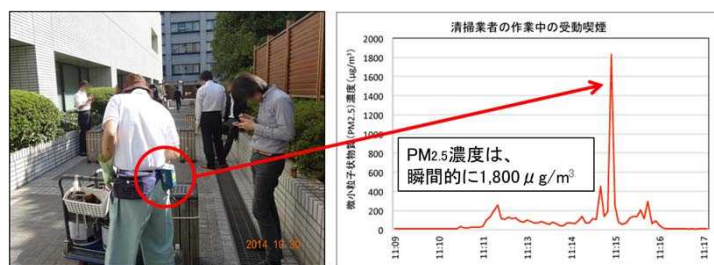


図6. 「特定屋外喫煙場所」で清掃業者の職業的な受動喫煙



図8. 屋内の喫煙場所を清掃する労働者の職業的な受動喫煙

3 取り組むべきことは何か？

- 屋外喫煙場所を設置する際は、建物や人の動線から少なくとも25メートル以上離すことが必要です。
- 喫煙場所の清掃作業前、作業中は喫煙者の利用を禁止することが必要です。
- 屋内だけでなく屋外の喫煙場所の周囲で受動喫煙が発生すること、喫煙場所を清掃する作業者の職業的な受動喫煙をなくすることができないことから、第一種施設、第二種施設を問わず、屋外にも喫煙場所を設置しない「敷地内全面禁煙」が望まれます。
- 子どもや妊婦、過敏症の患者さんたちが利用する場所の受動喫煙対策は特に重要です。

4 期待される効果は？

- 海外67か国のように第二種施設を含めて屋内を全面禁煙とすることで、国民の病気が減少する効果が期待できます。
- 喫煙する場所が減少することで喫煙者の禁煙意図が高まり、喫煙率を減少させる効果が期待できます。

5 よくある疑問や反論についてのQ&A

- Q. 敷地内全面禁煙を実施することで周囲の路上や近隣で喫煙する者にどのような対策をとればいいですか？
- A. 職員の場合は、「周囲の路上や近隣で喫煙しない」ことを職場のルールとして徹底すること、喫煙する職員を禁煙治療に誘導することが重要です。施設の利用者に対しては、「周囲の路上や近隣で喫煙しない」を繰り返し呼びかけること、地域全体で禁煙サインを多数掲示することが重要です。

【参考文献】

- 1) WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, Addressing new and emerging products, 2021.
- 2) Tan CE and Glantz SA. Association between smoke-free legislation and hospitalizations for cardiac, cerebrovascular, and respiratory diseases: a meta-analysis. Circulation. 2012. 126(18): 2177-2183.
- 3) 厚生労働省. 健康・医療 受動喫煙対策. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000189195.html>
- 4) Yamato H, Mori N, Horie R, et al. Designated smoking areas in streets where outdoor smoking is banned. Kobe J Med Sci. 2013. 59(3), E93-E105.
- 5) 厚生労働省. 「健康増進法の一部を改正する法律」の施行について(受動喫煙対策). <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000483545.pdf>
- 6) 大和 浩, 姜 英, 太田 雅規. 「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」第8条 - 「たばこの煙にさらされることからの保護」について. 日本衛生学雑誌. 2015. 70, 3-14.
- 7) 職場における受動喫煙防止のためのガイドライン. <https://www.mhlw.go.jp/content/000524718.pdf>

本ファクトシートは、令和3年度厚生労働科学研究費補助金による循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「受動喫煙防止等のたばこ政策のインパクト・アセスメントに関する研究」班(研究代表者 中村正和)により作成しました。

作成担当: 姜 英, 大和 浩(産業医科大学)

飲食店における受動喫煙防止対策

MPOWER: わが国が批准しているWHO のたばこ規制枠組条約のたばこ規制の主要政策
Pは受動喫煙防止のための法規制

KEY FACT (要約)

- 受動喫煙のために年間1万5千人が死亡している
- 従業員や受動喫煙の健康影響が特に懸念される者を受動喫煙から守る必要がある
- 飲食店は改正健康増進法の全面施行後も受動喫煙機会の上位に位置する
- 改正健康増進法の全面施行により、飲食店の屋内禁煙化は促されたが、十分ではない
- 飲食店の受動喫煙防止対策として、屋内全面禁煙が最適である

1 なぜ必要か？

- たばこの燃焼でも発生するPM2.5は、直径が $2.5\mu\text{m}$ 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、肺がん、気管支炎や喘息などの呼吸器疾患だけでなく、循環器疾患への悪影響も明らかにされています¹⁾。
- 受動喫煙は、肺がん、虚血性心疾患、脳卒中、乳幼児突然死症候群(SIDS)を引き起こし、これらが原因で受動喫煙により年間約1万5千人が過剰に亡くなっていると推計されています²⁾。
- 屋内で受動喫煙に暴露される場所として、改正健康増進法の全面施行後も上位に飲食店が含まれています³⁾。
- 喫煙可能な飲食店の従業員が受動喫煙に長時間さらされています。喫煙室を設置した場合も、喫煙室を清掃する際の従業員の受動喫煙は避けられません。

WHOのたばこ規制枠組条約と受動喫煙防止対策

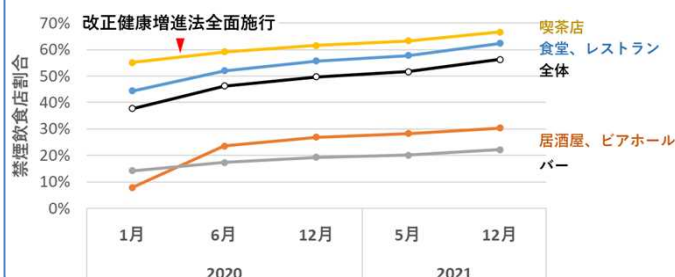
- 日本が批准している「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」第8条(受動喫煙からの保護)のガイドラインでは、「喫煙室や空気清浄機による対策は不適切であり、受動喫煙を防止するためには100%全面禁煙とする必要がある」と示されています。
- 公共の場や職場等の屋内に喫煙室を設置することなく、屋内全面禁煙とする法律を施行することが締約国に求められています。飲食店は、職場であるとともに、一般市民がアクセスできる点で公共の場にも位置づけられます。

2 現状はどうか？

- 飲食店における喫煙は82ヶ国において、バー・パブにおける喫煙は78ヶ国において、法的に完全規制されています^{4,5)}。
- わが国は、2020年4月に全面施行された改正健康増進法第29条により飲食店(第二種施設)において、喫煙専用室以外で喫煙してはならないことが定められ、都道府県知事による指導・勧告に従わない場合には、管理権原者等への罰則(過料)を与えることができるようになりました。
- 喫煙専用室等の設置の技術的基準として、次の3点が法令で定められました。
 1. 室外から室内へ流入する気流が $0.2\text{m}/\text{秒}$ 以上である
 2. 壁、天井等によって区画されている
 3. たばこの煙が屋外又は外部に排気されている
- 屋内全面禁煙の飲食店は、2021年12月時点で居酒屋・ビアホールで30.4%、バーで22.2%、喫茶店で66.6%、食堂・レストランで62.4%となっていました⁶⁾。
- 既存特定飲食提供施設(経過措置対象店)において、法全面施行前に禁煙化予定のなかった店舗の約2割が禁煙化していました⁷⁾。一方、経過措置対象外の店舗において、法律の趣旨に反して、禁煙化が実施されていない可能性も報告されています^{7,8)}。

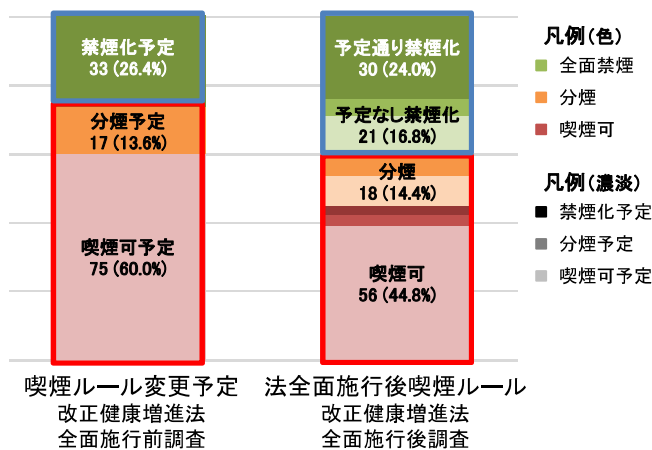
飲食店の屋内禁煙化は不十分

2020年1月から2021年12月までの全面禁煙飲食店の割合を民間グルメサイトの登録情報より推計した結果、喫茶店の約3割、食堂・レストランの約4割、居酒屋・ビアホールの約7割、バーの約8割で受動喫煙の可能性が残っていました⁶⁾。



禁煙化予定のなかった店舗も禁煙化を選んでいる

経過措置対象飲食店へのアンケート調査から、禁煙化予定のなかった店舗の2割弱が禁煙化を選択していました⁷⁾。



参考文献7)より未回答を除き作成

3 取り組むべきことは何か？

飲食店経営者

- 受動喫煙の完全な防止には建物内の全面禁煙化が最適です。
- 受動喫煙の健康影響を受けやすい者※への特段の配慮が必要⁹⁾。
※「20歳未満の者」、「妊娠している者」、「呼吸器や循環器等に疾患を持つ者」、「がん等の疾病を治療しながら就業する者」、「化学物質に敏感な者」など
- 労働者の募集及び求人では、就業場所の受動喫煙防止措置についての明示が求められます⁹⁾。
- 喫煙専用室等の維持コストには、
➢ 電気費用：1室当たり年間約9,000kWh(約20万円)
➢ 煙の排気による冷暖房効率の低下(冷暖房費用の増加)
➢ 屋外排気装置などの定期メンテナンス費用
などがあります¹⁰⁾。
- 喫煙専用室等の清掃は、室内に喫煙者がいない状態での十分な換気の後で行うと、受動喫煙を避けられます⁹⁾。

飲食店利用者

- 全面禁煙飲食店の利用により受動喫煙を避けられます。
- 全面禁煙飲食店の利用は、飲食店が全面禁煙化に踏み出す後押しになります。

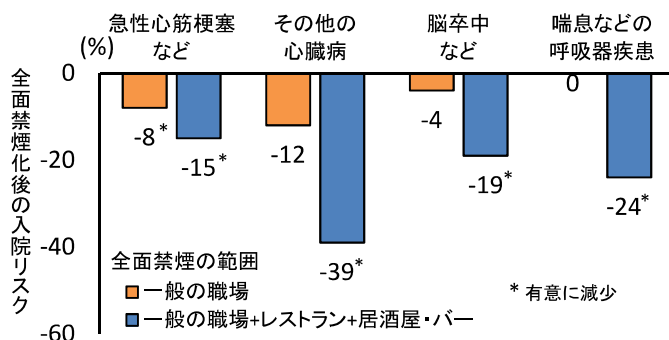
禁煙飲食店を支援する動き

「がんばって完全禁煙を貫いて下さっている飲食店を少しでも支援したい」そんな思いから禁煙飲食店登録サイト「ケムラン」が立ち上がりました¹¹⁾。活動が評価され、2020年1月に第8回健康寿命をのぼそう！アワード受賞しました。行政との協同などより一層の禁煙飲食店支援に取り組んでいます。



4 期待される効果は？

- 屋内での喫煙が法律で禁止された国々では、職場の禁煙化だけの場合よりもレストランや居酒屋・バーの禁煙化も行われた場合に、急性心筋梗塞などの心疾患、脳血管疾患、COPDや喘息などの呼吸器疾患による入院リスクが大きく減少したことが報告されています¹²⁾。
- 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でも、結論は変わらないことが報告されています¹²⁾。
- 禁煙化の範囲が広いほど、喫煙関連疾患での入院が減ることが期待されます。



法律による全面禁煙化の範囲と病気の減少(入院リスク)

5 よくある疑問や反論についてのQ&A

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？

全面禁煙化後の営業収入・売上・課税対象収入の変化¹³⁾



A. 飲食店が法律で全面禁煙化された国では、飲食店の売上に変化がなかったと報告されています¹³⁾。日本でも、愛知県店舗¹⁴⁾や大手ファミリーレストラン¹⁵⁾での検討から全面禁煙化による売上減少はないと報告されています。これは、女性客・家族客の増加や回転率の上昇などの結果と考えられます。喫煙率低下や感染症流行などの社会情勢による売上減少を避けるために、一部の客層への依存度を下げる工夫が必要です。

【参考文献】

- 1) Beelen R, et al: Effects of long-term exposure to air pollution on natural-cause mortality: an analysis of 22 European cohorts within the multicentre ESCAPE project. Lancet. 2014;383:785-95.
- 2) 片野田耕太, 他: 受動喫煙と肺がんについての包括的評価および受動喫煙起因死亡数の推計. 厚労科研費 平成27年度「たばこ対策の健康影響および経済影響の包括的評価に関する研究」報告書.
- 3) 大阪府健康医療部健康推進室健康づくり課: 令和3年度受動喫煙防止対策に関する府民への意識調査業務報告書. 2021.
- 4) WHO: Global Health Observatory. Smoke-free restaurants (national legislation) (Tobacco control: Protect) <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-tobacco-control-protect-smoke-free-public-places-restaurants>
- 5) WHO: Global Health Observatory. Smoke-free pubs, bars and cafes (national legislation) (Tobacco control: Protect) <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-tobacco-control-protect-smoke-free-public-places-pubs-bars-and-cafes>
- 6) 村木 功: 受動喫煙防止の法的規制による飲食店の受動喫煙対策へのインパクト評価. 厚労科研費 令和3年度「受動喫煙防止等のたばこ政策のインパクト・アセスメントに関する研究」報告書.
- 7) 片岡 葵、村木 功、中村 正和、伊藤 ゆり: 改正健康増進法施行前後における飲食店の受動喫煙対策と感染症対策の実態把握. 第80回日本公衆衛生学会総会(東京). 2021.12.
- 8) Foodist Media. 飲食店は「原則禁煙」、その後の実態は？ 4月以降の喫煙環境を508店舗に調査. 2020年9月11日更新 <https://www.inshokuten.com/foodist/article/5830/>
- 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) 厚生労働省, 都道府県労働局, 労働基準監督署, (一社) 日本労働安全衛生コンサルタント会: 受動喫煙防止対策ガイドブック. 2019.
- 11) Quemlan(ケムラン) - 屋内完全禁煙の美味しい飲食店を応援する登録サイト- <https://quemlan.com/>
- 12) 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.
- 13) 姜 英, 大和 浩: 受動喫煙防止法規制で飲食店の禁煙化による経営への影響. 保健医療科学 2020; 69: 121-129.
- 14) 宇佐美 毅, 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-未改装店、分煙店の相対変化との比較-. 日本公衆衛生雑誌 2014; 61: 130-135.

本ファクトシートは、令和3年度厚生労働科学研究費補助金による循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「受動喫煙防止等のたばこ政策のインパクト・アセスメントに関する研究」班(研究代表者 中村正和)により作成しました。

作成担当: 村木 功(大阪大学)

集合住宅等の受動喫煙トラブル

MPOWER: わが国が批准しているWHO のたばこ規制枠組条約のたばこ規制の主要政策
Pは受動喫煙防止のための法規制

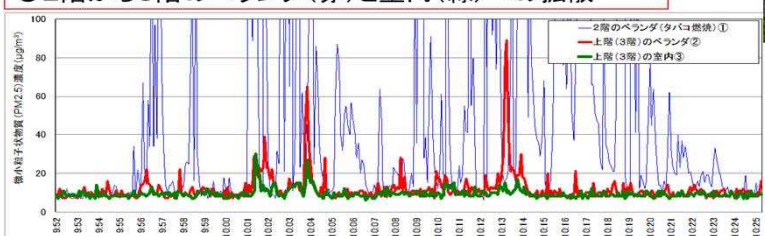
KEY FACT (要約)

- 近隣住宅間のたばこの受動喫煙が社会問題となっている
- 法律や条例では罰則の対象外だが、名古屋地判平成24年12月13日判決は、集合住宅のベランダ喫煙について、不法行為責任及び慰謝料請求を認めた
- 海外では、条例によって集合住宅内の喫煙を禁止している地域もある。アメリカでは全ての公営住宅が喫煙禁止となっている
- わが国でも、集合住宅や近隣住宅における受動喫煙トラブルを解決するため及び未然に防止するための方策、並びに、敷地内禁煙の集合住宅の普及などが求められている

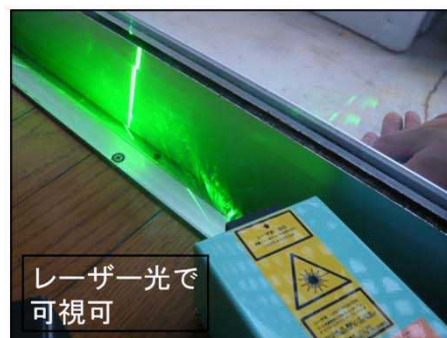
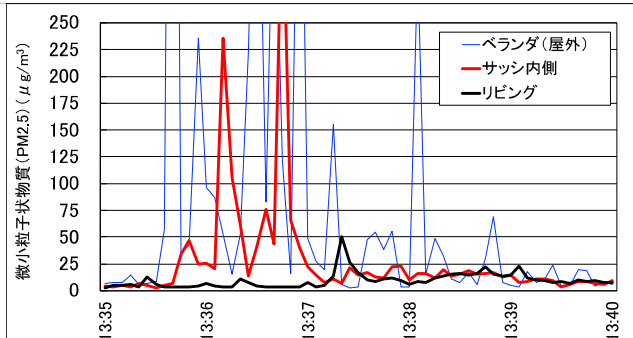
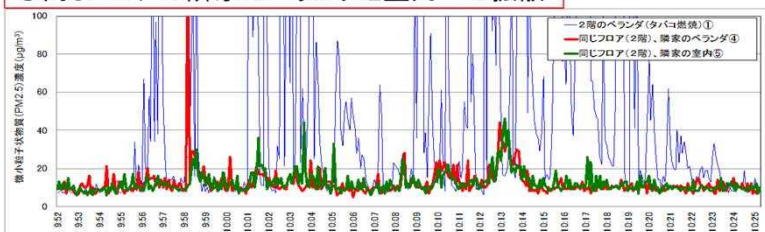
1 近隣住宅間の受動喫煙問題

- 集合住宅のベランダで喫煙した場合、同じフロアの隣家や上階のベランダに拡散し、さらに窓から室内にも流入して受動喫煙が発生する。近接する戸建て住宅でも問題となっている。近年、社会問題となっている¹⁾。
- 集合住宅のベランダで燃焼するタバコから発生した微小粒子状物質(PM2.5)を、同じフロアの隣家と上階で測定した実験がある。PM2.5は、それぞれのベランダに拡散し、開いた窓から室内に流入し、明らかな受動喫煙が発生することが認められた²⁾。
- 窓を閉めていても受動喫煙は発生する。タバコ煙の流入経路は、サッシのレールの隙間からであった³⁾。

● 2階から3階のベランダ(赤)と室内(緑)への拡散



● 同じフロアの隣家のベランダと室内への拡散



【グラフ及び写真はいずれも参考文献3)より】

2 適用法令および名古屋地判平成24年12月13日判決

- 区分所有法6条1項は「区分所有者は、・・・建物の管理又は使用に関し区分所有者の共同の利益に反する行為をしてはならない。」と規定している。
- 集合住宅におけるベランダ喫煙や住居内の喫煙は、健康増進法の罰則の対象外だが、同法第27条(喫煙をする際の配慮義務等)に「何人も、・・・喫煙禁止場所以外の場所において喫煙をする際、望まない受動喫煙を生じさせることがないよう周囲の状況に配慮しなければならない。」という規定が新設された(2018年改正)。
- 名古屋地判平成24年12月13日は、集合住宅におけるベランダ喫煙が不法行為(民法709条)になることを認めた初の判決である。約4か月半の慰謝料として、金5万円を認めた。
- 上記判決は、受動喫煙が健康に悪影響を及ぼす恐れがあること、一般にたばこの煙を嫌う者が多くいることは、いずれも「公知の事実」として、証明不要とした。また、居室室内での喫煙であっても場合によっては制限されるべきことがあるとの判断を示したと解釈できる。「他の居住者に著しい不利益を与えていることを知りながら、喫煙を継続し、何らこれを防止する措置をとらない場合」に不法行為を構成すると判断しており、喫煙者の認識を重視している。他方、「使用規則がベランダでの喫煙を禁じていない場合であっても」ベランダでの喫煙が不法行為を構成する旨判示している。原告が窓を開けていたことや居住の先後関係は、原告の落ち度にはならない旨判断した¹⁾。
- 他方、この他に、受動喫煙被害を訴えた側の請求を棄却した裁判(横浜地判令和1年9月19日・東京高判令和2年10月29日、東京地判平成26年4月22日)もあり、事案や裁判上の立証によっては、受動喫煙被害者が敗訴する場合もある。

3 海外の集合住宅における受動喫煙防止¹⁾

- アメリカカリフォルニア州のサンラフェル市では、2013年から集合住宅における喫煙を禁止する条例が施行されている。壁を他人の部屋と共有しているか否かが基準とされ、賃貸・自己所有とわず、個人の家庭内でも喫煙が禁止される。カリフォルニア州サンフランシスコ市も2020年にアパートや分譲集合住宅内での喫煙を禁止する条例を可決した。禁煙の対象は3世帯以上の集合住宅。
- 2018年7月 アメリカ全ての公営住宅で、喫煙禁止となった。住宅建物内(ベランダや全ての共有スペースを含む。)は完全禁煙で、そこから25フィート(7.6m)以内の屋外も禁煙とされている。
- シンガポール等でも、集合住宅の禁煙化に関する法令及び施策が進展しており、公営住宅の全館禁煙も普及している。

4 わが国における解決策の提言¹⁾

- 現在、民間の賃貸用禁煙マンション・禁煙アパートが徐々に増えつつある。今後一層、普及することに期待する。行政は、健康志向の禁煙マンション・禁煙アパートの普及を積極的に後押しし支援すべきである。
- 行政は、公社住宅・公営住宅において全館禁煙・敷地内禁煙の住宅を導入し増やすべきである。なお、東京都住宅供給公社が世田谷区経堂に敷地内全面禁煙マンション(2棟のうち1棟30戸)を開設した。また、豊橋市(愛知県)で、市営住宅を一部禁煙化している。
- 未然防止策として、国土交通省の「マンション標準管理規約コメント」にて、この問題の周知・啓発を図るべきである。
- 地方自治体で相談窓口を設置すべきである。
- 立法又は条例により、区分所有の集合住宅の管理組合に、喫煙トラブル対応の努力義務を導入すべきである。
- 集合住宅における一定の喫煙(区分所有の管理規約又は使用細則に違反した喫煙や賃貸借契約書等書面によって喫煙を禁止する旨が明記されている場合など)に対して行政罰を導入すべきである。
- そもそも、喫煙率及びたばこ消費を減少させるため、増税すべきである。

【参考文献】

- 1) 岡本光樹「近隣住宅間の受動喫煙問題と解決へ向けた政策提言」厚労科研費 令和2年度「受動喫煙防止等のたばこ政策のインパクト・アセスメントに関する研究」報告書。
- 2) 大和浩Hiroshi Yamato 産業医科大学雑誌2020年42巻4号『Secondhand Smoke from a Veranda Spreading to Neighboring Households』(『集合住宅のベランダでの喫煙による近隣家庭の受動喫煙』)
http://www.tobacco-control.jp/documents/2020-07_Veranda.pdf
- 3) 産業医科大学教授 大和浩「ベランダ喫煙をなくすための科学的根拠と法的根拠」
http://www.tobacco-control.jp/documents/210126_Veranda_revised.pptx

各地の受動喫煙防止条例

MPOWER: わが国が批准しているWHO のたばこ規制枠組条約のたばこ規制の主要政策
Pは受動喫煙防止のための法規制

KEY FACT (要約)

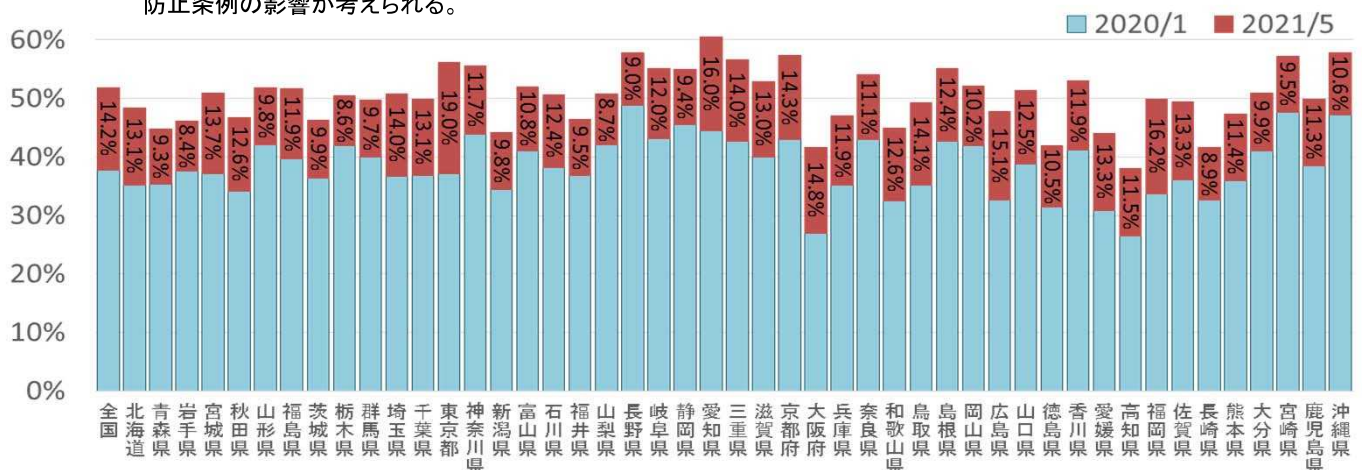
- 健康増進法を補う、飲食店等への罰則強化を図る受動喫煙防止条例が、東京都・千葉市・埼玉県などで制定された
- 子どもに焦点をあてた受動喫煙防止条例も制定されている
- 公園や路上など屋外の受動喫煙を防止する条例も多く制定されている
- 加熱式たばこへの規制を加重する条例やサードHANDSモークに言及する条例も見られる

1 健康増進法を補う、飲食店等への罰則強化を図る受動喫煙防止条例

- 改正健康増進法は、施設の類型に応じて原則敷地内禁煙又は原則屋内禁煙等を定め、違反に対する罰則（過料の行政罰）を設けた法律であり、わが国の受動喫煙対策において、極めて重要な法令上の変革といえる。
- もっとも、既存飲食店のうち小規模事業者（資本金5000万円以下かつ客席面積100㎡以下）については、大幅な猶予措置が設けられた。
- これを補う条例が下の表の通り、制定されている。東京都、千葉市、秋田県、岡山県、埼玉県は、従業員の有無で規制対象を分ける。大阪府は、客席面積の基準を国より厳しくするが、未施行である。

	東京都 (知事)	千葉市	大阪府 (知事)	秋田県	岡山県	埼玉県 (議員)
成立時期	2018年6月	2018年9月	2019年3月	2019年6月	2020年3月	2020年3月
罰則	罰則あり	罰則あり	罰則あり	勧告・公表	なし	罰則あり
特徴	従業員を使用する飲食店を規制	従業員を使用する飲食店を規制、但し風営法接待業は例外	30㎡超の飲食店 2025年4月施行予定	従業員を使用する飲食店を規制。違反に対して勧告・公表（5年間の経過措置）	従業員を使用する飲食店は屋内全部を喫煙可能としないう努力義務	従業員を雇用する飲食店は、全従業員の書面承諾を得た場合でなければ、喫煙可能室を設置してはならない

70% 以下に、都道府県別の禁煙飲食店割合の推移を示す¹⁾。禁煙店の増加割合は東京都が最大であり、東京都受動喫煙防止条例の影響が考えられる。



2 子どもに焦点をあてた受動喫煙防止条例

- 子ども・20歳未満に焦点をあてた受動喫煙防止条例も各地で制定されている。いずれも、努力義務や理念的な条例がほとんどである。
- 兵庫県は、20歳未満が同乗する自動車内の喫煙に罰則導入を検討していたが、罰則は実現しなかった。「何人も、20歳未満の者及び妊婦と同居する住宅の居室内、これらの者と同乗する自動車の車内」等において、「喫煙をしてはならない。」との禁止規定が設けられた。

	東京都 (議員)	福山市 (議員)	大阪府 (議員)	兵庫県改 正	名古屋市	寝屋川市	山形市	福島県
成立 時期	2017年10月	2018年 3月	2018年 12月	2019年3月	2020年3月	2020年3月	2020年10 月	2021年3月
特徴	子ども(18歳 未満)を守る 児童虐待防 止法を参照 家庭内・車内、 公園・学校周 辺・医療施設 周辺を明示	20歳未 満と 妊婦を 守る	児童虐待 防止法を 参照 前文で、 住居・車、 通学路な ど明示	20歳未満 及び妊婦 と同居内・ 車内の喫 煙禁止 妊婦の喫 煙禁止	18歳未満 対象 住居・車 内・屋外 禁煙治療 の普及	家庭・車内・ 路上(学校外 周・通学路・ 公園)を明示 路上に罰則	東京都の 条例に類 似 禁煙治療 の啓発	18歳未満・ 妊婦との家 庭同居内・ 同乗車内で 喫煙しない 努力義務

3 公園や路上など屋外の受動喫煙を防止する条例

- 千代田区は、生活環境条例を2002年に制定し、路上喫煙に過料の罰則を適用してきたが、「東京都子どもを受動喫煙から守る条例」(上記2参照)が施行された2018年4月から生活環境条例に基づく告示を変更して、子どもの利用が多い17公園も罰則適用の対象に拡大した。豊島区、墨田区、江東区なども、公園条例を改正して、公園の禁煙化を進めている²⁾。
- 1741の市町村のうち243以上で路上喫煙を規制する条例が制定され、その多くは環境美化の観点から導入され、駅周辺や繁華街などの通行人が多いエリアを対象としてきたが、近時は、屋外における受動喫煙対策として、未成年者などが利用する施設周辺にも対象を広げている³⁾。
- 路上に主眼をおいた受動喫煙防止条例を以下、例示する。
 - 2018年制定： 尼崎市(兵庫県)、習志野市(千葉県)、四條畷市(大阪府)
 - 2019年制定： 士別市(北海道)、松本市(長野県)、調布市(東京都)、多摩市(東京都)
 - 2020年制定： 市原市(千葉県)、豊中市(大阪府)、中央区(東京都)、三鷹市(東京都)、清瀬市(東京都) など

4 加熱式たばこやサードHANDSモークに関する受動喫煙防止条例

- 加熱式たばこへの規制を加重する条例やサードHANDSモーク(残留たばこ臭・化学物質)に言及する条例など、特色ある条例も制定されている。

	兵庫県	山形県	秋田県	豊橋市	多治見市	東京都 (議員)	福山市 (議員)	福島県
成立 時期	2019年3月	2018年12月	2019年6 月	2019年3月	2019年9 月	2017年10 月	2018 年3月	2021年 3月
特徴	法律の「指定た ばこ専用喫煙 室」(飲食等可) を認めない 紙 巻たばこ同じ 扱い、罰則あり	公共性高い 第二種施設 は、喫煙室・ 加熱式たばこ 室を設けない 努力義務	加熱式た ばこ喫煙 室を設置し ない努力 義務	加熱式た ばこ喫煙 室でも、飲 食等は不 可とする努 力義務	同左	「受動喫煙」 の定義に、 残留たばこ 臭その他の 排出物を含 む	同左	前文で、 残留化 学物質 の研究 に言及

【参考文献】

- 1) 村木 功, 他. 受動喫煙防止の法的規制による飲食店の受動喫煙対策へのインパクト評価. 厚労科研費 令和2年度「受動喫煙防止等のたばこ対策のインパクト・アセスメントに関する研究」報告書. 集計対象ジャンル: レストラン(居酒屋・ダイニングバー含む)、ラーメン、カフェ・喫茶、バー・お酒 (食べログから抽出調査。喫煙ルール不明店を除く)
- 2) 岡本光樹: 横浜市医師会 医学シリーズ第34集 “たばこに関する諸問題・最新の知見～東京2020に向けて～” 103頁「東京都の取り組み」
- 3) 釘持麻衣: 「受動喫煙対策をめぐる改正健康増進法の上乗せ・横出し条例」都市とガバナンスVol.32 179頁
- 4) 岡本光樹: 東京都受動喫煙防止条例と健康増進法改正の成立. 厚労科研費 平成30年度「受動喫煙防止等のたばこ対策の推進に関する研究」報告書、岡本光樹. 各地の受動喫煙防止条例の制定並びに改正健康増進法及び条例の全面施行に向けた取組. 厚労科研費 令和元年度「受動喫煙防止等のたばこ政策のインパクト・アセスメントに関する研究」報告書、岡本光樹. たばこ政策導入における法的課題と推進方策の検討. 厚労科研費 令和2年度「受動喫煙防止等のたばこ政策のインパクト・アセスメントに関する研究」報告書
- 5) 子どもに無煙環境を推進協議会【地方自治体の受動喫煙防止条例】 <https://notobacco.jp/pslaw/pslawjorei.html>

本ファクトシートは、令和3年度厚生労働科学研究費補助金による循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「受動喫煙防止等のたばこ政策のインパクト・アセスメントに関する研究」班(研究代表者 中村正和)により作成しました。

作成担当: 岡本光樹(岡本総合法律事務所)

禁煙支援・治療

ー禁煙を推進する保健医療システムの構築ー

MPOWER: わが国が批准しているWHO のたばこ規制枠組条約のたばこ規制の主要政策
Oは禁煙支援・治療

ー KEY FACT (要約) ー

- わが国では2006年に禁煙治療に対して保険が適用されたにも関わらず、その利用は国際的に低率にとどまっている
- 近年の加熱式たばこの流行が禁煙治療の利用を妨げる可能性が指摘されている
- 2020年の診療報酬改定により、禁煙治療にオンライン診療が可能となり、利便性が向上した。また、禁煙治療アプリが保険適用され、禁煙率の向上を図ることが可能となった
- 現行の禁煙治療の制度の充実を図りながら、医療や健診等の保健事業の場での短時間禁煙支援(禁煙アドバイス)やクイットラインの実施体制を整備して、多くの喫煙者に禁煙を促し支援する保健医療システムを構築することが必要である

1 なぜ必要か？

- 喫煙は、高血圧と並んで日本人の死亡に関わる2大リスク要因であり、2019年現在の喫煙による超過死亡数は年間約19万人にのぼります¹⁾。
- 喫煙率は減少傾向にあるものの、人口の高齢化ならびに喫煙の健康影響が遷延することにより、喫煙による超過死亡数は2007年の約13万人²⁾と比べて、約6万人増加しています。
- 喫煙の健康被害を短期的に減らすためには、喫煙者の禁煙の推進が重要です。
- 喫煙者の禁煙を効果的に推進するためには、たばこ税の引き上げや受動喫煙防止などのたばこ規制の強化に合わせて、喫煙の本質がニコチン依存症であることを踏まえ³⁾、保健医療の場での禁煙支援や禁煙治療の取組が必要です。
- 禁煙支援・治療の有効性については、医療や健診等の場での短時間の禁煙支援^{3,4)}をはじめ、能動的なクイットライン(電話等による無料禁煙相談)⁵⁾、禁煙治療における禁煙補助薬³⁾、禁煙治療アプリ⁶⁾について、それぞれの有効性が確認されています。禁煙治療をオンライン診療で行った場合の効果についても、対面での治療と比べて、効果が劣らないことを示唆されています⁷⁾。
- 今後、たばこ規制の進展とともに、禁煙に対するニーズが増加する一方、禁煙困難例(精神疾患や薬物依存などを有する高度依存者など)の増加も予想されます。社会経済状況による喫煙率の格差が進んでおり、格差是正のための取組も求められています。

2 現状はどうか？

- ニコチン依存症管理料算定医療機関(健康保険で禁煙治療を行う禁煙外来)は、全国で17,000施設を越えるまで増加し、全医療機関に占める割合が15%を占めるようになりました(2022年3月末現在)。
- 中央社会保険医療協議会の結果検証によると、禁煙治療終了時点の禁煙率は約6割(5回受診完了者では約7-8割)、さらに禁煙治療終了9カ月後の禁煙継続率は約3割(5回受診完了者では約5割)であり、国際的にみて有効性が高いことが報告されています⁸⁾。
- 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、諸外国に比べて低い状況にあることが報告されています⁹⁾。この理由として、①禁煙治療へのアクセスが不十分(夜間や週末に利用できる医療機関の不足、地方での医療機関までのアクセスの問題)、②メディアでの禁煙キャンペーンや保健医療従事者からの禁煙アドバイスなどの不足、③クイットライン(電話等による無料禁煙相談)の整備不足、などがあげられます。
- 2013年度からの第2期特定健診・特定保健指導において、健診等の場での禁煙支援から強化され、健診当日や特定保健指導の場で禁煙の短時間支援の実施と、禁煙希望者への禁煙外来等の紹介などが求められるようになりました。しかし、努力義務であることもあり、実施率は低率にとどまっています。
- 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において、がん相談支援の一環としてクイットラインの提供が位置づけられましたが、まだ十分機能しているとはいえない状況にあります。
- 近年の加熱式たばこが流行し、たばこ使用者の約3割を占めています¹⁰⁾、本製品の流行は禁煙意欲を低下させ、禁煙治

療の利用を妨げる可能性が指摘されています¹¹⁾。

- 一方、禁煙支援・治療の推進を後押しする制度改正(図1)として、まず保険診療については、2022年の診療報酬改定により、かかりつけ患者のほか、一定の条件を満たせば、禁煙治療を初診から計5回の治療をオンラインで実施できるようになり¹²⁾、利用者にとっての利便性が向上しました。
- 次に、保険者が保健事業として自由診療で行う禁煙治療については、2017年7月から、初診から全てオンラインで実施できるようになっており¹³⁾、健康保険組合を中心にオンライン診療事業者との契約の下で事業が実施されています。
- 2020年12月には有効性が確認された禁煙治療アプリ⁶⁾が保険適用されました。このアプリはニコチン依存症における心理的依存に治療介入を行う医療機器で、適切な使用により禁煙率の向上を図ることが期待されています。

図1. 禁煙治療におけるオンライン診療の導入



3 取り組むべきことは何か？

- 禁煙治療の適切な利用を促す情報提供や働きかけ
 - ・メディアやたばこパッケージの表示等を通じて、禁煙治療の必要性やメリット、利用方法に関する情報提供を充実させるほか、禁煙に関心の低い喫煙者や低所得者の喫煙者の禁煙を推進するために、ナッジやインセンティブを活用した禁煙治療の利用促進が必要です。
- 保健医療の場で禁煙を推進する環境づくり
 - ・特定健診をはじめ、医療や健診等の場での短時間禁煙支援の実施に加えて、禁煙希望者を禁煙外来やキットラインなどにつなぐ取組(受診当日の禁煙外来の予約や実施、キットラインの紹介)を組合せて行い、医療や健診等の受診の機会を通じて禁煙を推進する環境を整えることが必要です。
- ハブ機能としてのキットラインの整備
 - ・禁煙の動機を高める取組(医療や健診等の場での短時間禁煙支援、メディアキャンペーン、たばこ増税や警告表示の強化などのたばこ規制の強化)と連携して、禁煙の動機が高まった喫煙者への相談をキットラインが担う体制を整備し、タイムリーな禁煙支援ができる体制を整備することが必要です¹⁴⁾。
- オンライン診療などのICTの活用
 - ・制度改正により利用範囲が広がったオンライン診療を提供できる医療機関を増やして、禁煙治療へのアクセスを改善し、禁煙希望者を禁煙により確実に導く環境を整備することが必要です。

・禁煙治療アプリをはじめ、今後有効性が確認されるICT(情報通信技術)に基づくデバイスなどを活用し、禁煙率の向上と禁煙治療の効率化を図ることが必要です。

- 禁煙治療の制度の拡充
 - ・禁煙治療の普及と充実を図るために、1)対面ならびにオンライン診療の普及にむけた登録医療機関への制度上の支援、2)健康保険の適用拡大(入院患者、歯科分野)、3)わが国で未承認の禁煙補助薬(ニコチンガムやパッチ以外のニコチン製剤)やエビデンスの確立した新しい治療プロトコル¹⁵⁾への保険適用、4)禁煙治療アプリの適用拡大が必要です。
- 指導者養成の普及
 - ・禁煙治療や支援の効果の向上を図るために、指導者トレーニングの普及が必要です。トレーニングにより指導者の禁煙支援の知識や自信、行動だけでなく、支援を受けた喫煙者の禁煙率が有意に向上することが明らかになっています^{16,17)}。

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、キットライン(電話等による無料禁煙相談)があります。

4 期待される効果は？

- 医療や健診等での短時間支援の普及に加えて、キットラインやオンライン診療等を活用して、禁煙希望者を禁煙により確実に導く環境を整備することにより、地域全体の禁煙率を高める効果が期待できます。
- わが国の保健医療制度の特徴(公的健康保険制度、法律に基づく健診の普及など)を生かして、保健医療システムの中に禁煙支援・治療の仕組みを組み込むことは、持続可能性を担保できます。
- 医療(外来や入院)や健診等の保健事業を利用すると、禁煙が推進されるシステムの構築は、禁煙の関心の程度に関わらず、多くの喫煙者への働きかけが可能であり、大きな公衆衛生的インパクトが期待できます。

- 禁煙支援・治療は、さまざまな予防介入のプログラムの中でも、費用効果性に優れています¹⁸⁾。その普及により、喫煙に関連する多くの疾患の1次予防や重症化予防につながり、その結果、QOLの改善や医療費の節減につながる事が期待できます。
- 禁煙治療アプリなどのデジタル機器の活用は、禁煙率の向上だけでなく、医療者のカウンセリングの負担軽減にもつながる効果が期待できます。

5 よくある疑問や反論についてのQ&A

Q. 禁煙は自力でも禁煙できるのに、禁煙治療を勧めるのはどうしてですか？

- 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となります。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く、禁煙できても体重が過度に増加したり、長続きしないといった問題があります。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高まる禁煙補助薬や禁煙治療アプリを用いた禁煙治療が勧められます。

Q. 禁煙治療が保険適用になっているのに、さらにキットラインを整備することが必要ですか？

- A. 禁煙に関心のある喫煙者が禁煙治療の利用を阻むバリアとして、禁煙治療についての情報不足や誤った認識のほか、利用にあたっての心理的バリア(禁煙を決断しないと受診しにくい)、禁煙外来へのアクセスの問題(近隣に禁煙外来がない、仕事などのため時間の制約があるなど)などがあります。キットラインは禁煙外来に比べて気軽に相談ができる特徴があります。治療に興味がある方だけでなく、自力で禁煙したい方や経済的に余裕がない方なども含めて相談できることになります。また、医療や健診等の場での禁煙の働きかけなどと組合せて、能動的なキットラインを整備することにより、禁煙治療の利用が高まる事が期待でき、禁煙治療の保険診療制度の有効利用につながります。

【参考文献】

- 1) Nomura S, et al. Toward a third term of Health Japan 21 - implications from the rise in non-communicable disease burden and highly preventable risk factors. Lancet Reg Health West Pac 2022, doi:10.1016/j.lanwpc.2021.100377.
- 2) 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.
- 3) 循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2009年度合同研究班報告)、禁煙ガイドライン(2010年改訂版)、<https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2020/02/ICS2010murohara.h.pdf>.
- 4) 中山富雄, 他. 健診・検診や保健指導の場における禁煙支援の事例報告(1) 地域の実例報告. 大井田隆, 中村正和, 他編集. 特定健康診査・特定保健指導における禁煙支援から始めるたばこ対策. 日本公衆衛生協会. 2013年5月.
- 5) Matkin W, et al. Telephone counselling for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2019, Issue 5, CD002850.
- 6) Masaki K, et al. A randomized controlled trial of a smoking cessation smartphone application with a carbon monoxide checker. NPJ Digit Med 2020; 3(35).
- 7) Nomura A, et al. Clinical Efficacy of Telemedicine Compared to Face-to-Face Clinic Visits for Smoking Cessation: Multicenter Open-Label Randomized Controlled Noninferiority Trial. J Med Internet Res 2019; 21(4): e13520.
- 8) 中村正和, わが国の喫煙の現状と禁煙治療をめぐる最近のトピックス. 新薬と臨床 2020; 69(9): 1109-1115.
- 9) 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(9): 1917-1922.
- 10) 厚生労働省. 令和元年 国民健康・栄養調査報告. 2020.
- 11) 中村正和, UP DATE 禁煙支援・治療における新型たばこ問題. 公衆衛生2022; 86(2): 132-138.
- 12) 厚生労働省. オンライン診療の適切な実施に関する指針. 平成30年3月(令和4年1月一部改訂).
- 13) 情報通信機器を用いた診療(いわゆる「遠隔診療」)について. 厚生労働省医政局長通知(医政発0714第4号(2017年7月14日)).
- 14) 田中英夫, 谷口千枝, 他. ファクトシート5: キットライン(電話での無料禁煙相談). 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.
- 15) 中村正和, 他. 病院職員を対象とした禁煙補助薬の新しいエビデンスに基づいた治療の試みー健康保険組合とコラボした充実した禁煙治療メニューの提供とその効果の検討ー. 月刊地域医学 2018; 32(8): 687-695.
- 16) Carson KV, et al. Training health professionals in smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2012, Issue 5, CD000214.
- 17) 中村正和, 他. e-ラーニングを活用した禁煙支援・治療のための指導者トレーニングの有効性. 日本健康教育学会誌 2017; 25(3): 180-194.
- 18) 五十嵐中, 他. ファクトシートE: 予防介入における禁煙治療の費用対効果. 厚労科研費 平成27年度「たばこ規制枠組条約を踏まえたたばこ対策に係る総合的研究」報告書.

本ファクトシートは、令和3年度厚生労働科学研究費補助金による循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「受動喫煙防止等のたばこ政策のインパクト・アセスメントに関する研究」(研究代表者: 中村正和)により作成しました。
作成担当: 中村正和(公益社団法人 地域医療振興協会)

たばこ製品の健康警告表示

MPOWER: わが国が批准しているWHO のたばこ規制枠組条約のたばこ規制の主要政策
Wはたばこの危険性の警告表示

KEY FACT (要約)

- たばこ規制枠組条約(FCTC)第11条に基づき、たばこ製品の包装およびラベルが規定されている
- わが国の健康警告表示は、2020年4月に変更され表示面積が従来の30%から50%になったが、文字のみの警告表示であり、かつ容易にマスクされやすい表示面の下方に記載されたままである
- 警告内容は、注意文言(例:「喫煙は様々な疾病になる危険性を高め、あなたの健康寿命を短くする恐れがあります」)ではなく、短く明確な文言で喫煙と健康影響の因果関係(例:「Smoking kills; 喫煙は死を招く」)を示すものとすべきである
- 今後、国際標準ともいえる写真などの画像付き警告表示の早期導入が必要である。画像付きの警告表示は、文字だけの表示に比べて、喫煙者の健康リスクに関する認識を高め、禁煙を促すとともに、若年者の喫煙開始を抑制する効果がある
- 警告表示は短い期間ごとに頻繁に変更することが陳腐化を防ぎ、影響力を維持する

1 なぜ必要か？

- たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約(FCTC)第11条に基づき、たばこ製品の包装およびラベルについて、虚偽、誤認、詐欺的な手段、有害性が低いなど誤った印象を生ずるおそれのある手段を用いた販売は禁じられています。
- 具体的には、健康警告表示は、大きく明瞭な内容で、たばこ製品の包装の主たる表示面の50%以上の面積を占めるべきであり、30%を下回るものであってはならないとされています。また「ライト」、「マイルド」、「低タール」などの用語の使用禁止が求められています。写真や絵などの画像を含めることができます。
- 喫煙の健康リスクを示す確実な科学的証拠があるにもかかわらず、喫煙の健康影響について十分理解している喫煙者は少ないことが明らかになっています¹⁻³⁾。
- 喫煙の健康影響をある程度認識している喫煙者においても、自

分または他者に対する喫煙のリスクを過小評価する傾向にあることが知られています。

- 喫煙の健康影響に関する知識は特に低所得者や低学歴者において低く、健康格差を生む要因の一つとなっています¹⁻³⁾。
- たばこ製品の包装に表示が義務づけられる健康警告は、全ての喫煙者に届くことが保証されており、喫煙者に喫煙のリスク情報を直接伝える上で有効かつ費用効果的に優れた方法です¹⁻⁴⁾。
- たとえば1日20本の喫煙者では年間7000回以上、警告表示にさらされる機会があり²⁻⁴⁾、喫煙者本人だけでなく家族や友人・同僚など周辺にも情報を提供する手段となる。たばこの包装に健康警告をつける方法は、喫煙者へのリーチの大きさと頻度の多さから、重要な健康情報の伝達手段です。

2 現状はどうか？

- わが国の警告表示は、財務省所管の「たばこ事業法」施行規則第36条により規定されており、「警告表示」でなく「注意文言」と表現されています。
- 財政制度等審議会「注意文言表示規制・広告規制の見直しについて」⁵⁾を受け、2019年6月公布施行された「たばこ事業法施行規則の一部を改正する省令」により、2020年4月よりパッケージデザインが変更され、注意文言の面積が50%以上になりました(図1)。
- 注意文言は紙巻たばこの場合は、11種類あり、表面に「他者への悪影響」に関する注意文言、裏面に「未成年者の喫煙禁止」及び「喫煙者本人への悪影響」に関する注意文言が表示されています。加熱式たばこに関する注意文言が新設されました。
- 改正に際して学協会から財務大臣への要望書が提出されたが⁶⁾、プレーン・パッケージや、画像付き警告表示の導入には至っていません。また、FCTCでは警告表示をパッケージの表面の上部に表示することを推奨しているが、実施されていません。

制度等審議会では「一定の視覚的効果が期待できる一方で、喫煙と健康に関する適切な情報提供という観点からは、提供する情報が消費者に正確に受け止められるようにするとともに、過度に不快感を与えないようにすることが必要と考えられる。」として導入が見送られました⁵⁾。

- 新しく導入された警告表示のインパクトを調べると、文字のみの警告表示は画像付きに比べてインパクトが小さく、以前の警告表示と比べても喫煙者が受けるインパクトは変わらないことが明らかになっています^{7,8)}。また、喫煙者を含め画像警告表示の導入を許容する結果も報告されています^{9,10)}。
- そのほか、タール量及びニコチン量表示には、「ニコチン・タールの摂取量は、吸い方により製品に表示された値とは異なります」と摂取量を反映するものでないことを注意喚起する文言が追加されました。FCTCで禁止が求められているmild、light等の表現は、「lights」の表現は健康への悪影響が他製品より小さいことを意味するものではありません。」等のディスクリーマーを表示することで引き続き可能とされました。



日本 (旧)

日本 (現行, 2020年4月以降)

タイ

オーストラリアのプレーン・パッケージ

日本たばこ産業株式会社の主要銘柄メビウスで日本とタイの表示を比較。国内では主要面下部に50%のテキストでの注意文言のみであるが、タイでは主要面上部の85%に画像警告表示とともにキットラインを含めた警告表示をつけて販売されています。

たばこ包装にブランドの色やロゴ、画像の使用を禁止し、代わり警告表示の文字や画像を入れる新しい表示規制です。

図1. 警告表示の例

3 取り組むべきことは何か？

- 改正に伴い日本の警告表示の表示面積は206の国と地域の中で84位と、2018年の139位と比較すると順位を上げています。しかし、画像を導入していないのは、84の国と地域の中で、イスラエル(28位)、トーゴ共和国(28位)、日本(84位)のみです²⁾。
- 警告表示の表示面積は東ティモールとトルコが最大でパッケージの表裏の平均92.5%、ベニン、モルディブやネパールの、バヌアツは90%を占めます。パッケージの表裏を平均50%以上カバーする警告を義務付けた国・地域は合計122カ国です。
- FCTC第11条を受けて、2021年10月時点で世界の134の国と地域が画像警告表示を義務化しており、これは世界人口の70%をカバーしています(図2)。病気の人、臓器の画像等は教科書でも掲載されており、過度に不快感を生じるものではありません。
- ブランドの色、ロゴ、デザインなどを禁止するプレーンパッケージは、2022年には既採用の18カ国に3カ国増えて、21カ国で採用される予定です。(図1, 2)^{2,11)}。
- 国際標準ともいえる写真などの画像付き警告表示を早急に導入すべきです。
- また、国際的に導入が始まっているプレーンパッケージの導入にむけても検討を行うべきです。
- 警告表示とあわせて、キットライン(電話等による無料禁煙相談)の体制を整備して、その表示も義務づけるべきです。
- FCTC第11条ガイドラインに基づいて、たばこ製品の特性や健康影響、排出物について誤った印象を生ずるおそれのある、「低タール」、「ライト」、「ウルトラ・ライト」又は「マイルド」等の用語の使用を禁止すべきです。これらの用語を含む注意文言は誤解を招きやすいため、メッセージが認識しやすい画像警告表示が必須です。画像警告表示は、より注意を引き、喫煙者により大きく、持続的な影響を与えます。画像警告表示は喫煙による危険性をより明確に伝達し、禁煙への意識を高めやすいです。
- 合わせて、タール・ニコチン量等の収量の表示は誤解を招く恐れがあるため禁止し、有害物質の発生に関する定性的な表記を導入すべきです。実際の喫煙においては、喫煙者は無意識のうちに一定量の血中ニコチン濃度になるまで「代償性補償喫煙行動」を取るため有害物質の曝露量は変わらないか増加する可能性があります。
- 健康警告表示は、財務省ではなく厚生労働省が管理すべきです。

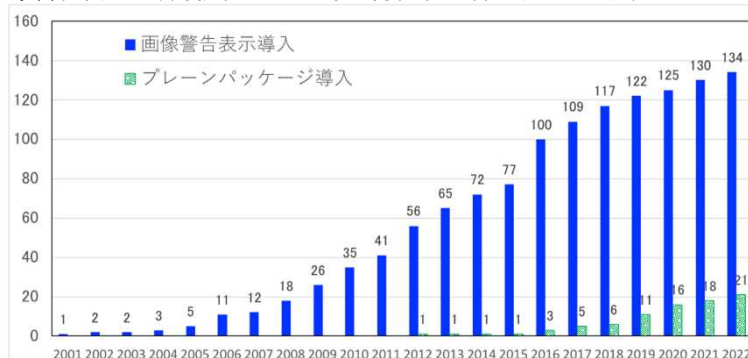


図2. 画像警告表示及びプレーンパッケージの導入状況

4 期待される効果は？

- たばこパッケージは、たばこ会社のプロモーションの役割を担っています¹⁻³⁾。それぞれにブランド化されたパッケージは、若者に喫煙の魅力を高めることが分かっています。
- 一方、よく設計された警告表示は、たばこの使用を減らし、健康影響への認識を高めます。
- 警告表示を義務づける政策は、たばこ税・価格の引き上げ等と同様、政府に費用がほとんどかからず、費用効果に優れた政策です。
- 世界で最も人口の多い20カ国のうち、まだ画像警告表示を実施していないのは、中国(ただし香港とマカオは画像警告表示)、米国(実施申請中)、日本、コンゴ民主共和国の4カ国だけです。
- 画像付きの警告表示は、文字だけの表示よりも、効果に持続性があり、たばこ消費や喫煙率を減らす効果があります^{1, 4)}。
 - ①喫煙者に対して禁煙の動機を高め、禁煙試行を増やすことで禁煙を促します。
 - ②禁煙者が禁煙を継続する上でも効果があります。
 - ③若年者の喫煙の開始を抑制します。
 - ④警告表示により、スモークフリー環境の整備など、他のたばこ規制に対する一般の受け入れにプラス効果があります。
- 警告表示に合わせて、キットライン(電話等による無料禁煙相談)の連絡先を表示することで、その利用者が大幅に増加し、禁煙につながる効果があります^{2, 3)}。

5 よくある疑問や反論についてのQ&A

Q. 画像付きの健康警告表示を導入した場合、喫煙率の低下にどの程度のインパクトがありますか？

A. 画像付きの警告表示を枠組条約発効以前の2001年に世界で初めて導入したカナダにおける効果が報告されています。画像警告表示の導入によりカナダにおける喫煙率が2.87~4.68ポイント低下した(喫煙者を12~20%減少させる効果があった)との推計結果が報告されています¹²⁾。なお、オーストラリアで2012年に導入されたプレーンパッケージについても喫煙率の減少効果が観察されています。

Q. 警告表示規制は表現の自由を阻害しませんか？

A. たばこ産業は、ロビー活動、組織的な反対運動やフロントグループ、広報・メディアキャンペーン、訴訟など、多地域にわたる様々な戦略を使って、規制に激しく反対してきました³⁾。オーストラリアのプレーンパッケージの導入に対して、商標表示に関し知的財産権侵害であるとたばこ会社からの反対があったが、オーストラリア高等裁判所は違憲性がないとし、原告の訴えを退ける判決が下されました⁴⁾。世界貿易機関(WTO)の最終審にあたる上級委員会も、人の健康を保護する正当な目的のためであり、必要以上に貿易を制限するものでないとしてたばこ葉生産輸出国の訴えを退けました¹³⁾。

【参考文献】

- 1) WHO: WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2021.-Addressing new and emerging products. 2021.
- 2) Canadian Cancer Society: Cigarette Package Health Warnings: International Status Report, Seventh Edition, 2021.
- 3) Cunningham R. Tobacco package health warnings: a global success story. Tob Control 2022;31:272-283.
- 4) 戸次加奈江, 他: FCTC第11条: たばこ製品の包装及びラベル上の警告表示に関する国際的動向. 保健医療科学 2015; 64: 460-468.
- 5) 財務省財政制度等審議会. 注意文言表示規制・広告規制の見直しについて. (2018, 12, 28) https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_tobacco/report/tabakoa20181228.pdf
- 6) 日本公衆衛生学会, 一般社団法人 禁煙推進学術ネットワーク. たばこの注意文言表示(健康警告表示)の改定に関する要望書. (2019, 3, 4) <http://tobacco-control-research-net.jp/action/documents/1903tabacco-caution.pdf>
- 7) 榊田尚樹. たばこ健康警告表示のインパクト表示. 厚労科研費 令和2年度「受動喫煙防止等のたばこ政策のインパクト・アセスメントに関する研究」報告書.
- 8) 榊田尚樹. たばこ健康警告表示のインパクト表示. 厚労科研費 令和3年度「受動喫煙防止等のたばこ政策のインパクト・アセスメントに関する研究」報告書.
- 9) 榊田尚樹, 田淵貴大. 健康警告表示の強化に必要なエビデンスの構築. 厚労科研費 平成 29 年度「受動喫煙防止等のたばこ対策に関する研究」報告書.
- 10) 国立がん研究センター. たばこパッケージの警告表示について意識調査 https://www.ncc.go.jp/jp/information/pr_release/2016/0530/index.html
- 11) Moodie C, Hoek J, Hammond D, et al. Plain tobacco packaging: progress, challenges, learning and opportunities. Tob Control 2022;31:263-271.
- 12) Huang J, et al. Cigarette graphic warning labels and smoking prevalence in Canada: a critical examination and reformulation of the FDA regulatory impact analysis. Tob Control 2014; 23 Suppl 1: i7-12.
- 13) 小寺智史. 豪州一たばこ製品及びパッケージへの商標表示、地理的表示、プレーンパッケージング要求に関する措置. (上級委員会報告 WT/DS435/441/AB/R, 2020年6月9日)

本ファクトシートは、令和3年度厚生労働科学研究費補助金による循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「受動喫煙防止等のたばこ政策のインパクト・アセスメントに関する研究」班(研究代表者 中村正和)により作成しました。本ファクトシートは、平成27年度厚労科研「たばこ規制枠組条約を踏まえたたばこ対策に係る総合的研究」ファクトシートC「たばこ製品の健康警告表示」をもとに加筆修正して作成しました。
作成担当: 榊田尚樹(産業医科大学)

たばこの広告、販売促進、後援活動の禁止

MPOWER: わが国が批准しているWHO のたばこ規制枠組条約のたばこ規制の主要政策
Eはマスメディア・キャンペーン

KEY FACT (要約)

- たばこ規制枠組条約(FCTC)では、「あらゆるたばこの広告、販売促進及び後援活動の包括的な禁止」を求めている
- わが国では現在、広告等の制限はたばこ業界による自主規制にもとづいており、包括的禁止にはほど遠い状況にある
- わが国では、最低レベルの評価が最後まで残った項目である
- 陳列販売や自動販売機、CSR活動もたばこ広告の一部であるとの共通認識が必要である

1 なぜ必要か？

- たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約(FCTC)の第13条では、「締約国は、自国の憲法上の原則に従い、あらゆるたばこの広告、販売促進及び後援活動の包括的な禁止を行う」ことになっています。
- 自国の憲法又は憲法上の原則を行う状況にない締約国は、あらゆるたばこの広告、販売促進及び後援に制限を課することが求められています。
- CSR(Corporate Social Responsibility: 企業の社会的責任)活動も強力なたばこ規制策を回避するための言い訳に使われてしまうので、たばこ広告、販売促進、後援活動と同様に禁止されるべきであるとされています¹⁾。

WHO のたばこ規制枠組条約と広告、販売促進、後援活動の禁止

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(FCTC)」第13条(たばこの広告、販売促進、後援活動の包括的な禁止)のガイドライン²⁾では、たばこの広告、販売促進、および後援活動の包括的な禁止は、以下のものを対象としなければならないと勧告されています。

①例外なく全ての広告と販売促進、および後援、②直接的または間接的な広告、販売促進、および後援、③販売促進を目的とする行動、および販売促進効果を有する、あるいは有するおそれのある行動、④たばこ製品およびたばこの使用のプロモーション、⑤商業的な情報伝達、および商業的な奨励および行動、⑥催し、活動、または個人に対するあらゆる種類の寄附、⑦たばこのブランド名の広告およびプロモーション、ならびに全ての企業プロモーション、⑧伝統的な媒体(印刷、テレビ、ラジオ)および、インターネット、携帯電話、その他の新技術ならびに映画も含めた、あらゆるメディア・プラットフォーム

2 現状はどうか？

- わが国は、FCTC第13条に定められた「あらゆるたばこの広告、販売促進、後援活動の包括的な禁止」を実施できていません。WHO の2021年の報告書において、わが国は、広告、販売促進、後援活動の制限は自主規制にとどまっているため、4段階のうち最低の評価でした³⁾。
- 上述の報告書において、わが国は「全国ネットのテレビ、ラジオ、印刷物を対象とした禁止事項が全くない、または禁止されていない」と評価されています。
- 実際に、たばこ会社のイメージ広告やマナー広告が全国ネットのテレビで流れ、新聞や雑誌ではたばこの広告が掲載されています。
- 憲法が保障する表現の自由との兼ねあいから、一般社団法人日本たばこ協会の自主基準に合理性があるとされています。
- 一般社団法人日本たばこ協会の自主基準(製造たばこに係る広告⁴⁾、販売促進活動及び包装に関する基準、加熱式たばこ製品の製造たばこ部分に係る広告、販売促進活動及び包装に関する自主基準⁵⁾)は、「製品広告及び販売促進活動が過度にわたらないこと、及び消費者の商品選択に資することを目的」としており、包括的な禁止とは目的からして逸れています。
- たばこに係る企業活動及び喫煙マナー向上を提唱するテレビ広告に関する自主基準⁶⁾では、「特に社会的影響の大きいテレビ広告を実施する際に、会員各社が遵守する事項を定めることを目的」としており、包括的な禁止とは真逆の実施前提となっています。

- 2020年の時点で57カ国(29.2%)が、たばこ広告、販売促進、後援活動を全面的に禁止しています³⁾(図1)。これは世界人口の21%にあたります。
- コンビニエンスストアやたばこ小売店では陳列販売がなされ、自動販売機も置かれています。
- たばこ会社から公衆喫煙所の寄贈や、新型コロナウイルス感染症対策や関連事業に活用するための寄付が行われています。

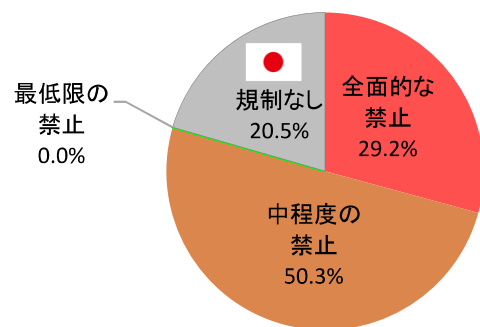


図1. 世界のたばこ広告、販売促進、後援活動の規制状況
(WHO REPORT ON THE GLOBAL TOBACCO EPIDEMIC, 2021)

たばこ広告、販売促進、後援活動を全面的に禁止している主な国
ブラジル、コロンビア、フィンランド、アイスランド、イラン、モンゴル、パナマ、ロシア共和国、サウジアラビア、セネガル、スロベニア、スペイン、トルコ、UAE、ウルグアイ、ベネズエラなど(2020年現在)

- 個別ブランドの販売促進を目的としていない後援活動は、自主規制の範疇から外れています。JTは、男女バレーボールの社会人チームを持ち、男子ゴルフの国内メジャー大会を運営しています⁷⁾。また、たばこ塩の博物館、JT生命誌研究館の運営や、関連財団を通じた、オーケストラ等の音楽活動の支援を行っています⁷⁾。

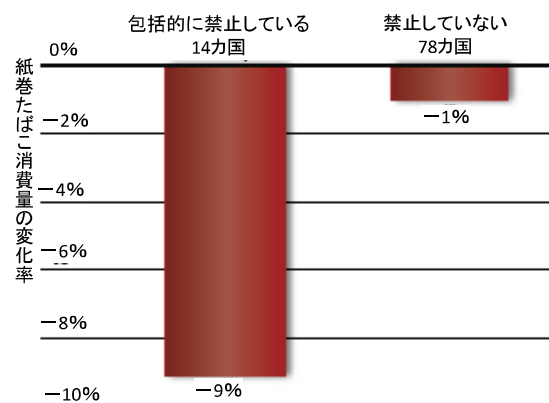
- 企業の社会的責任(CSR)活動については、NPO活動助成金、国内外の学生に対する大学奨学金、スポーツ教室、植林活動など、未成年が対象あるいは関与する様々な活動を行っています⁷⁾。

3 取り組むべきことは何か？

- FCTC第13条に定められた「あらゆるたばこの広告、販売促進、後援活動の包括的禁止」を実現すべきです。
- 業界による自主規制では、規制の範囲や程度が不十分で、包括的禁止は実現できません。FCTCが求める基準を満たすためには、諸外国のようにたばこ広告、販売促進、後援活動の包括的禁止の法制化を視野に入れて検討すべきです。
- FCTC5条3項ガイドライン⁸⁾に従って、たばこ会社が「社会的責任」と称する活動は、広告、販売促進及び後援の定義にあてはまる広報戦略であり、禁止されるべきです。
- コンビニレジ近くなどの陳列販売、自動販売機による販売自体が、広告、販売促進に相当することを認識して、包括的に禁止を適用すべきです²⁾。

4 期待される効果は？

- 国レベルでたばこの広告、販売促進、後援活動の包括的禁止の効果を対策前後で比較した研究によると、たばこの消費量は国によって違いがありますが、最大16%減少しました⁹⁾。法律で包括的に禁止した14カ国とそうでない78カ国を比較すると、禁止した国では、10年間でたばこの消費量の顕著な減少(9% vs 1%)がみられました(図2)。
- 包括的禁止により、収入や教育歴にかかわらず、すべての人々のたばこ使用が減少します^{1,9)}。特にたばこ広告の影響を受けやすい若者の喫煙防止に効果があります¹⁾。
- 部分的な禁止では、たばこ会社は速やかに他の禁止されていないマーケティング手法にシフトしてしまい効果が小さくなります¹⁾。また、自主規制も効果が十分ではありません¹⁾。
- 包括的禁止によって、マスメディアにたばこ会社の広告費が流れることを防止することができ、たばこに関する報道の中立性が担保されるようになると考えられます。



(WHO REPORT ON THE GLOBAL TOBACCO EPIDEMIC, 2008)

図2. たばこ広告禁止法の効果—導入10年後のたばこ消費量の変化

5 よくある疑問や反論についてのQ&A

- Q. 自主規制がされていれば、広告をすべて法律で禁止する必要はないのではないのでしょうか？**
- A.** 業界による自主規制では、部分的な規制にとどまったり、新たな宣伝の方法を許容する可能性があり、FCTCの求める包括的禁止は実現できません。諸外国の状況を見ても、法的な規制は、包括的禁止を実現する有力な手段であると考えられます。
- Q. たばこ広告、販売促進、後援活動の包括的な禁止は、憲法21条で保障されている表現の自由を侵害するものではないですか？**
- A.** 広告は虚偽誇大に流れやすく、規制や一定の義務づけは正当化されます。実際に、風俗案内所の規制条例が合憲とされた判例、きょう(灸)業に関する広告の法規制が合憲とされた判例などが過去にあります。表現の自由が保障されていても、たばこ広告、販売促進、後援活動の包括的な禁止がなされている国もあります。
- Q. たばこ会社から自治体が寄付金や喫煙所を無償でもらうことは望ましくないのですか？**
- A.** FCTC5条3項及び同条ガイドラインの趣旨から鑑みて、たばこ会社からの寄付は、望ましいとは言えません。
- Q. まちの美化・ゴミ拾い運動をたばこ会社の協力、参加の下に実施することはどうですか？**
- A.** たばこ会社が実施する後援やCSR活動は広告の一種であり、未成年者を含む国民の喫煙等に関して影響を及ぼす可能性があることが問題なのです。
- Q. たばこ会社だけが問題ですか？**
- A.** たばこ産業の利益増進のために活動している団体や、たばこ会社及びそれらの団体によって雇用されている者に対しても注意が必要です。

【参考文献】

- 1) WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship, 2013.
- 2) WHO FCTC guideline for implementation Article 13
- 3) WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, Addressing new and emerging products, 2021.
- 4) 一般社団法人日本たばこ協会: 製造たばこに係る広告、販売促進活動及び包装に関する基準
- 5) 一般社団法人日本たばこ協会: 加熱式たばこ製品の製造たばこ部分に係る広告
- 6) 一般社団法人日本たばこ協会: 販売促進活動及び包装に関する自主基準
- 7) JTウェブサイト (<http://www.jti.co.jp/>)
- 8) WHO FCTC guideline for implementation Article 5.3
- 9) WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, The MPOWER Package, 2008.

本ファクトシートは、令和3年度厚生労働科学研究費補助金による循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「受動喫煙防止等のたばこ政策のインパクト・アセスメントに関する研究」班(研究代表者 中村正和)により作成しました。本ファクトシートは、平成27年度厚労科研「たばこ規制枠組条約を踏まえたたばこ対策に係る総合的研究」ファクトシートD「たばこの広告、販売促進、後援活動の禁止」をもとに加筆修正して作成しました。

作成担当: 若尾文彦(国立がん研究センター)

国民を守るためのたばこ増税政策

MPOWER: わが国が批准しているWHO のたばこ規制枠組条約のたばこ規制の主要政策
Rはたばこ税の引き上げ

KEY FACT (要約)

- 国民の健康を守るために、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2018年～2022年の増税後であっても、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、健康面からたばこ消費の削減、経済面からたばこ税の増収となる一石二鳥の政策だと分かっており、わが国の2010年のたばこ増税による価格の値上げ(1箱平均約110円)において消費削減と税収増が両立したことが確認されている
- たばこの値上げは全体の喫煙率を減少させるとともに喫煙の社会格差の縮小にも有効だと考えられる。ただし、現状の日本のたばこ価格が安すぎるため喫煙格差の縮小には至っていない。健康日本21の目標である健康格差の縮小を達成するために、さらなるたばこ値上げが必要である

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日本を含む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(FCTC)」では最優先政策に位置づけられています。
- たばこ増税により価格が上昇しても、ニコチン依存などでたばこはやめにくく、値上げ価格の割に需要が減少しないとわかっています¹⁾。そのため値上げによる税収の増加が見込まれます。
- わが国のたばこ価格は2018～2022年の増税後でも、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²⁾。たばこ価格の上昇は喫煙者にとって、禁煙の動機となります。
- たばこ増税政策は、受動喫煙対策や禁煙支援など他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者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

税収をはるかに上回ることから³⁾、たばこ増税政策は、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。

国際的視点からの日本のたばこ価格・増税政策の評価

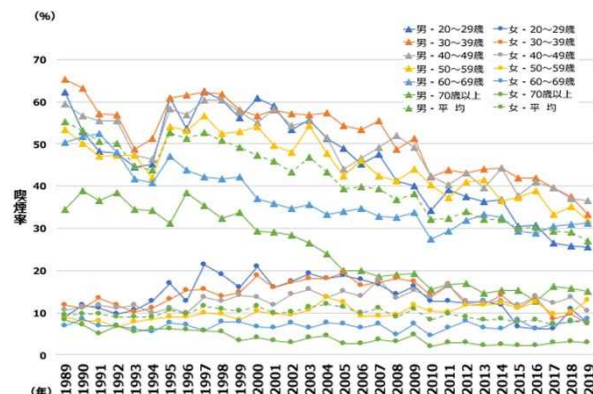
WHOは世界のたばこ対策の進捗状況を WHO Report on the Global Tobacco Epidemicを発刊して報告している。この報告では、たばこ規制の中でも鍵となる6つの政策について、各国の進捗状況の評価(各政策を4段階評価)しており、それぞれの政策の頭文字をとって“MPOWER”と呼ばれている(Rがたばこ増税政策を指す)。「国で最も普及しているたばこブランドの小売価格に占めるたばこ税の割合が75%より多い」と最も高い達成度だと評価される。現在、日本の税率は約60%であり、MPOWERでは税率のみで評価されるため、上から2番目の達成度とされている。しかし、税率のみで評価するのではなく、絶対価格や買いやすい値段かどうか(Affordability)によっても評価する視点が必要だと考えられ、それを加味した指標によると日本のたばこ増税政策の達成度は低いと評価されている⁴⁾。

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⁵⁾。
- 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2兆円です。
- 2010年に、たばこ税が1本当たり3.5円増え、たばこ産業の価格上乗せもあり、たばこ価格が1箱あたり約100円値上げされ、過去最大の値上げ幅でした。その後、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、税収は800億円(+4%)と増収でした^{6,7)}。2010年の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なく⁷⁾、今後たばこ税をさらに引き上げても税収は確保され、たばこ消費や喫煙率が減少できると示唆されます。
- 2010年の値上げの影響で、禁煙する人が増えた一方、まだたばこ価格が安すぎるためか喫煙率の社会格差を縮小させるには至ってません^{8,9)}。日本の喫煙率は依然として高い水準にあります(図1)。

*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。たばこ税の場合には、ニコチン依存等によりたばこをやめにくく、値上げの影響が小さくなりやすい。この観点からもさらなる値上げが必要だと考えられる。

図1. 喫煙率の年次推移(厚生労働省 国民健康・栄養調査)



3 何をすべきか？

- 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は増加し、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。

4 期待される効果は？

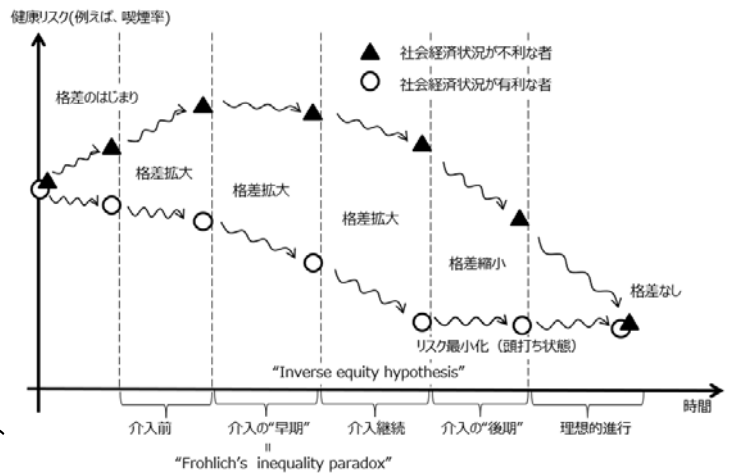
- たばこ増税政策は、Win-Win政策です。すなわち、たばこ消費が減ることで、喫煙者や公衆衛生上の利益がある一方、たばこ増税が見込まれるので政府にとっても利益があります。
- たばこ価格の上昇により、成人だけでなく、青少年や低所得者層の消費が減少し、社会全体として喫煙関連疾患の罹患や死亡が減少し、医療費の抑制や労働生産性の向上につながります。
- たばこの値上げは全体の喫煙率を減少させるとともに喫煙の社会格差の縮小にも有効だと考えられる。たばこ増税政策を継続的に実施することにより、現状では安すぎる日本のたばこ価格を十分に高い値段にすることができれば、喫煙の社会格差を縮小させることができる¹⁰⁾。健康日本21の目標である健康格差の縮小を達成するために、さらなるたばこ値上げが必要である(図2)。

※Frohlich's inequality paradox=介入の早期には格差が拡大する

※Inverse equity hypothesis=“介入の早期”には、社会経済的に恵まれた集団がより多くメリットを得て、格差が拡大する。一方、“介入の後期”には、社会経済的に恵まれた集団における改善が頭打ちになったのち、社会経済的に不利な集団における改善が追いつき、格差が縮小する。

- 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、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。
- 加熱式たばこなどの新規たばこ製品に対して2018年～2022年に実施されている値上げの影響を評価し、新規たばこ製品における適切な増税政策のあり方を検討していく必要がある。

図2. 介入と格差の推移: 介入し続けることで格差が縮小する！



5 よくある疑問や反論についてのQ&A¹¹⁾

Q. たばこ税が上がると密輸や密造、税逃れなどが増えて、増税政策の効果が低下しませんか？

- A. たばこ税・価格は、密輸や税逃れの主な理由ではありません。むしろ、たばこの不正取引に対する罰則がゆるい国や汚職の多い国ほど、これらの問題が増加します。これまでの経験から、不法取引に対する効果的な対策が分かっており、増税政策の効果は確実に得られます。世界で最もたばこ価格が高い国の一つであるニュージーランドでは密輸や税逃れの問題は起きていません。

Q. たばこの値上げは、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、たばこ値上げはさらなる経済的な負担を強いることとなる可能性があります。しかし、低所得者層の方がたばこ値上げに敏感に反応し、喫煙本数を減らしたり、禁煙するため、たばこ値上げは結果的には、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ます。つまり、たばこ値上げは、低所得者層を救う政策でもあり、健康日本21における目標の一つである「健康格差の縮小」にもつながります。また、たばこの価格は、たばこ会社の都合により、主に税金以外の要因で決められていると分かっています。

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て、思ったほどの効果が得られないのでは不会でしょうか？

- A. たばこ価格が上昇した際に、すべての喫煙者が安いたばこに切り替えるわけではありません。たばこ増税政策を実施してきた多くの国で、代替品がある場合でも、たばこ増税により喫煙開始を防ぎ、禁煙を促し、喫煙量を減らすことが分かっています。わが国でもたばこ製品全体の増税を進めるとともに、税率の低い紙巻たばこや無煙たばこなどのたばこ製品について、税の引き上げを行い、たばこ製品間の価格差が拡大しないようにしていく必要があります。

【参考文献】

- 1) WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, Addressing new and emerging products, 2021.
- 2) Ichikawa M, Tabuchi T. Are Tobacco Prices in Japan Appropriate? An Old but Still Relevant Question. J Epidemiol 2022; 32(1): 57-79.
- 3) 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～」
- 4) Chaloupka, F., Drope, J., Siu, E., Vulovic, V., Stoklosa, M., Mirza, M., Rodriguezgilesias, G., & Lee, H. Tobacconomics cigarette tax scorecard. Chicago, IL: Health Policy Center, Institute for Health Research and Policy, University of Illinois Chicago, 2020. www.tobacconomics.org
- 5) WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship, 2013.
- 6) 日本たばこ協会: 紙巻たばこ統計データ.
- 7) 財務省: 租税及び印紙収入決算額調.
- 8) Tabuchi T, Nakamura M, Nakayama T, Miyashiro I, Mori J, Tsukuma H. Tobacco Price Increase and Smoking Cessation in Japan, a Developed Country With Affordable Tobacco: A National Population-Based Observational Study. J Epidemiol 2016; 26(1): 14-21.
- 9) Tabuchi T, Fujiwara T, Shinozaki T. Tobacco price increase and smoking behaviour changes in various subgroups: a nationwide longitudinal 7-year follow-up study among a middle-aged Japanese population. Tob Control 2017; 26(1): 69-77.
- 10) Tabuchi T, Iso H, Brunner E. Tobacco Control Measures to Reduce Socioeconomic Inequality in Smoking: The Necessity, Time-Course Perspective, and Future Implications. J Epidemiol 2018; 28(4): 170-5.
- 11) Campaign for Tobacco-Free Kids and Framework Convention Alliance: Taxation and Price, Countering Industry Claims. 2020. https://www.tobaccofreekids.org/assets/global/pdfs/en/TAX_countering_industry_claims_en.pdf

本ファクトシートは、令和3年度厚生労働科学研究費補助金による循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「受動喫煙防止等のたばこ政策のインパクト・アセスメントに関する研究」班(研究代表者 中村正和)により作成しました。本ファクトシートは、平成25年度厚労科研「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禁煙方策の開発ならびに普及のための制度化に関する研究」ファクトシート1「たばこ増税政策」をもとに加筆修正して作成しました。作成担当: 田淵貴大(大阪国際がんセンター)

加熱式たばこの規制強化

MPOWER: わが国が批准しているWHO のたばこ規制枠組条約のたばこ規制の主要政策

KEY FACT (要約)

- 習慣的喫煙者の約3割が使用するまで流行しており、20～40歳代での流行が顕著である
- 加熱式たばこは、紙巻たばこに比べるとニコチン以外の主要な有害物質の曝露量を減らせる可能性があるが、病気のリスクがどの程度減るかどうかは明らかでない
- ニコチンの曝露ならびに吸収動態は紙巻たばこと類似しており、ニコチン依存症が継続して、その使用中止が困難になる
- 加熱式たばこの流行は禁煙意欲や禁煙試行時の禁煙治療の選択を妨げる可能性があるほか、受動喫煙対策など、その他のたばこ規制にも悪影響を与える可能性がある
- 現時点では、ハームリダクションの可能性は否定的であり、健康影響が解明されるまでは、公衆衛生の予防原則の観点から、紙巻たばこと同様の規制が望ましい

(注) 加熱式たばこ: たばこ葉に熱を加えてニコチン等を含んだエアロゾルを発生させる方式の新型たばこのこと

1 なぜ必要か？

加熱式たばこの流行により、たばこ製品の流行が遷延し、健康被害が続く可能性がある。

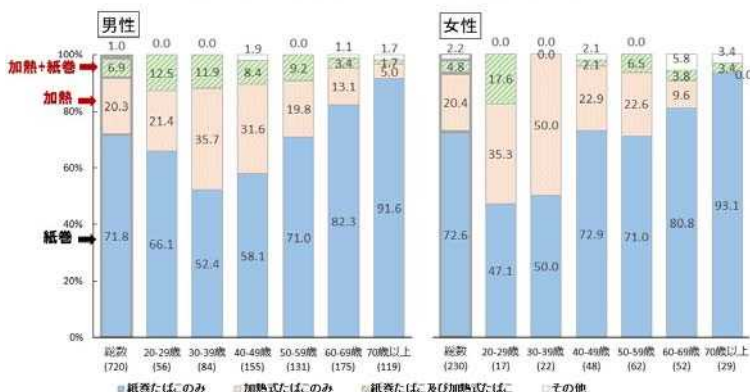
- 加熱式たばこ使用の長期の健康影響はまだ明らかでないが、現在までに得られた以下に述べるエビデンスから、現時点ではハームリダクションの可能性は否定的である¹⁾。
- 主要な有害物質は紙巻たばこに比べると低減されるものの、たばこの葉を加熱する製品特性から、発がん化学物質などの有害化学成分の種類は紙巻たばこと同様、多種類に及ぶ¹⁾。
- たばこの葉を加熱する製品特性から、海外で流行しているニコチン入り電子たばこほど有害性が減少しない可能性が高い¹⁾。
- 紙巻たばこを併用した場合には有害物質の十分な低減すら期待できない可能性が高い¹⁾。
- 禁煙効果は明らかでなく、禁煙意欲を低下させたり、禁煙試行時の禁煙治療の選択を妨げる可能性があるため、ニコチン依存症が継続するという問題がある¹⁾。
- 加熱式たばこによる周囲への長期影響についてはまだ明らかでないが、その使用により周囲が発がん物質などの有害化学成分の2次曝露を受けることが報告されている¹⁾。
- 飲食店での加熱式たばこ専用室の設置が認められ、そこでの飲食が可能となるなど、受動喫煙対策にも悪影響を与える可能性がある¹⁾。

2 現状はどうか？

習慣的喫煙者の約3割が使用するまで流行しており、20～40歳代での流行が顕著である

- わが国においてたばこ事業法の下でたばこ製品として世界に先駆けて2016年から発売が開始され、その後急速に流行した。
- 国民健康栄養調査(2019年)によると、習慣的喫煙者のうち、加熱式たばこが男女とも約3割を占め、特に男性では30～40歳代、女性では20～30歳代の使用者が多く、それぞれ習慣的喫煙者の4～5割、5割を占めている²⁾(図1)。
- 加熱式たばこは大手のたばこ会社が発売している。頻繁に新製品や改良機種が発売されている。
- たばこの葉を加熱する方式により、たばこの葉を含むスティックを金属ブレードなどで200℃以上に加熱する高温加熱式、蒸気で30～40℃程度に加熱する低温加熱式、さらに、両者のハイブリッドタイプである中高温加熱式に分けられる(表1)。蒸気加熱式の製品は、粉末状のたばこの葉を含むカプセルに、グリセロールやプロピレングリコール等を含む溶液を加熱して発生させたエアロゾルを通し、ニコチン等を吸引させる仕組みとなっている。

図1. 加熱式たばこの使用実態



(厚生労働省 令和元年国民健康・栄養調査報告, 2020)

表1. 加熱式たばこのタイプと主な製品の例

加熱方式と加熱温度			2022年5月時点 製品例
高温加熱式	約240～350℃	中心加熱式	IQOS ILUMA PRIME IQOS 3 DUO
		周辺加熱式	glo hyper+ glo pro slim Ploom X
中高温加熱式	約160℃	周辺加熱式+ 蒸気加熱式	LIL Hybrid
低温加熱式	約30～40℃	蒸気加熱式	Ploom TECH Ploom TECH+ with

編集: 洋平, 牛山明: 保健医療科学, 69 (2): 144-152, 2020 ももとに作成(一部改変)

3 取り組むべきことは何か？

- 公衆衛生の予防原則の観点から、健康影響が解明されるまでは紙巻たばこ同様の規制を行う¹⁾。
具体的な対策や規制として、
 - ・加熱式たばこの健康影響や禁煙効果が証明されていないことに関する正しい情報提供
 - ・改正健康増進法における飲食店の加熱式たばこ専用室の設置の撤廃
 - ・紙巻たばこも含め、たばこ製品全般についての広告等に関する規制の強化
 - ・加熱式たばこは未成年者喫煙禁止法[※]の対象となることから、その取り締まりの強化
※2022年4月1日の改正に伴い二十歳未満ノ者ノ喫煙ノ禁止ニ関スル法律に改名
- 加熱式たばこの規制を検討するためのエビデンスを構築するため、使用実態、健康影響、政策に与える影響等に関する研究をたばこ産業と独立した中立的な機関が行い、その成果を規制に役立てる¹⁾。
 - ・加熱式たばこの使用実態(使用者の認識や心理を含む)と経年的な使用状況の把握
 - ・加熱式たばこの長期の健康影響、二次曝露の評価や健康影響についての研究
 - ・加熱式たばこの禁煙効果に関する研究
 - ・加熱式たばこの流行が喫煙率やたばこ政策に及ぼす影響に関する研究
- 加熱式たばこだけでなく、今なお喫煙者の約7割が使用する紙巻たばこを含め、たばこ規制の根本的解決にむけて、たばこ事業法ならびに日本たばこ産業株式会社(JT法)を改廃して、WHOのたばこ規制枠組条約に沿った規制の強化を行う¹⁾。
 - ・財務省が所管するたばこ事業法は、その目的が「我が国たばこ産業の健全な発展を図り、もって財政収入の安定的確保及び国民経済の健全な発展に資すること」であり、「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約(WHO Framework Convention on Tobacco Control: FCTC)」と目的が相反する。たばこ事業法は、わが国が批准している枠組条約に基づいたたばこ規制を推進するにあたり、大きな障壁となっており、その改廃が必要である。
 - ・JT法には、「政府は、常時、日本たばこ産業株式会社が発行している株式の総数の三分の一を超える株式を保有していなければならない」と記載されており、たばこ税収とは別に、日本たばこ産業の利益に伴って国庫収入が増える構造となっている。たばこ事業法とともにJT法の改廃が必要である。

加熱式たばこの規制にむけて取り組むべき内容

1. 健康影響が解明されるまでは紙巻たばこ同様の規制の実施
2. 加熱式たばこの規制を検討するためのエビデンスの構築
3. たばこ規制の根本的解決にむけたたばこ事業法等の改廃

4 期待される効果は？

- 加熱式たばこの健康影響や禁煙効果についての正しい理解が進むとともに、加熱式たばこの使用の防止や中止につながる事が期待される。
- たばこ事業法等の改廃とたばこ規制の強化により、加熱式たばこだけでなく、たばこ使用者の約7割を占める紙巻たばこの消費量の減少にもつながる。
- 加熱式たばこの規制の強化は、今後登場する新型たばこの規制のモデルとして役立つ。

5 よくある疑問や反論についてのQ&A

- Q. 加熱式たばこは主要な有害成分が紙巻たばこに比べて9割以上少ないと広告されています。もしそれが本当なら健康に安全な製品ではないでしょうか？**
- A. 紙巻たばこに比較して有害物質が9割以上減らせると聞くと、健康影響が大幅に減らせると思ってしまうですね。しかし、有害物質が9割減ったからといって、病気が同じ程度に減少しないことがわかっています。たばこの健康影響には安全域がなく、たとえ少量の有害成分にさらされても影響があるので、病気のリスクを減らせる製品としては認定されていません³⁾。わが国では年間約19万人が主に紙巻たばこが原因で亡くなっていると推定されています⁴⁾。このように使用者の多くが早期に死亡する超有害な製品と比較すると、あたかも害が少ないように感じますが、決して安全な製品ではないのです。このことをわかりやすく解説したポスターや動画教材がありますので参考にしてください⁵⁾。
- Q. 加熱式たばこを使って禁煙する人が増えていると聞きましたが、本当ですか？**
- A. 喫煙者を対象に行われた調査(2018年)によれば、禁煙を試みた人が使った禁煙方法として、加熱式たばこなどの新型たばこの利用が約半数を占め、禁煙外来での禁煙治療や市販の禁煙補助薬(薬局・薬店でのニコチン製剤)の使用を上回ったことが報告されています⁶⁾。禁煙方法として加熱式たばこの安易な利用が続くと、禁煙を試みる人が増えても、禁煙成功につながらないことが懸念されます。2020年度から、加熱式たばこを使用していても、健康保険で禁煙治療を受けることができるようになりました。また、2022年度から、かかりつけ医をもっているなど、一定の条件を満たせば、オンライン診療で手軽に禁煙治療が受けられるようになっています。

【参考文献】

- 1) 中村正和、田淵貴大、尾崎米厚、他：加熱式たばこ製品の使用実態、健康影響、たばこ規制への影響とそれを踏まえた政策提言。日本公衆衛生雑誌、67(1): 3-14, 2020。
- 2) 厚生労働省：令和元年 国民健康・栄養調査報告、2020。
- 3) FDA: FDA Authorizes Marketing of IQOS Tobacco Heating System with 'Reduced Exposure' Information. FDA News Release, July 07, 2020.(<https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-authorizes-marketing-iqos-tobacco-heating-system-reduced-exposure-information>)
- 4) Nomura S, Sakamoto H, Ghaznavi C, et al; Toward a third term of Health Japan 21 - implications from the rise in non-communicable disease burden and highly preventable risk factors. Lancet Reg Health West Pac. 2022; doi: 10.1016/j.lanwpc.2021.100377.
- 5) 公益社団法人地域医療振興協会：ヘルスプロモーション研究センターホームページ (<https://healthprom.jadecom.or.jp>)
- 6) 田淵貴大：加熱式タバコの普及による喫煙状況のモニタリングおよび禁煙実施方法への影響。厚労科研費 平成30年度「受動喫煙防止等のたばこ対策の推進に関する研究」報告書。