

最近の動向を踏まえた

効果的なたばこ対策の推進方策

1. 喫煙の健康影響に関する最近の知見
2. たばこ対策をめぐる最近の動き
3. 効果的なたばこ対策の進め方と体制整備

喫煙の健康影響に関する 最近の知見

喫煙の流行と被害の現状

■ 男性の喫煙率は今なお高率

男性 36.8%, 女性 9.1% (国民健康栄養調査, 2008年)

喫煙人口約 2600万人 (全国たばこ喫煙者率調査2009年)

そのうち約70%がニコチン依存症

■ 喫煙の超過死亡数が急増(特に男性)

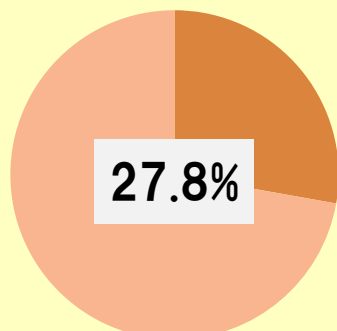
20.5万人と推定 (片野田, 2010, 中村班報告)

全死因の18% ; 男性28%、女性7%

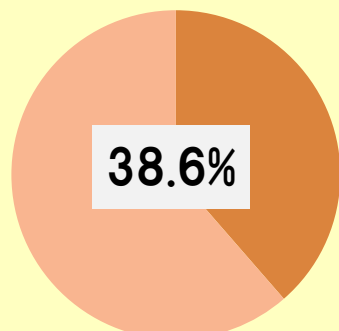
cf. 2000年 11.4万人(全死因の12%) (Peto, 2004)

2003年 13.1万人(全死因の13%) (Katanoda, 2008)

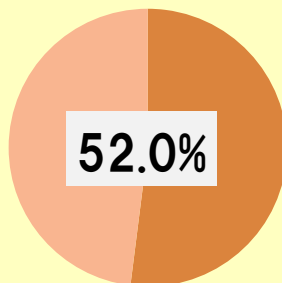
喫煙が原因として占める割合(男性の成績)



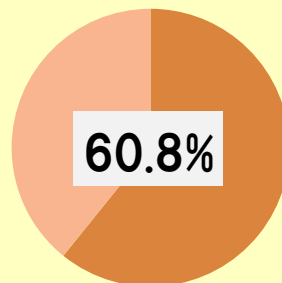
全死因



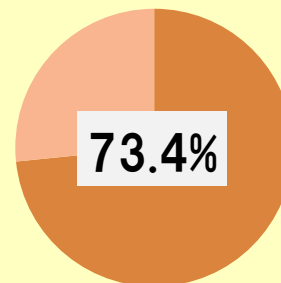
全がん



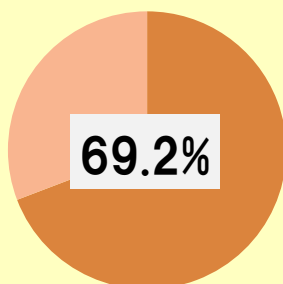
口腔・咽頭がん



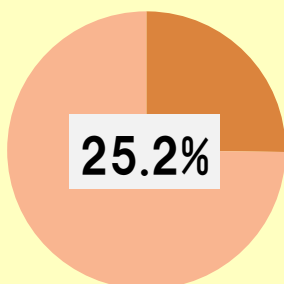
食道がん



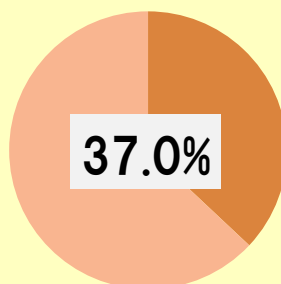
喉頭がん



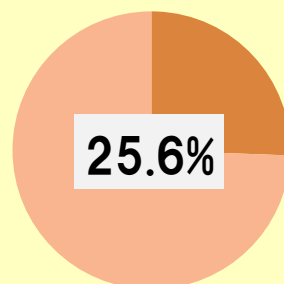
肺がん



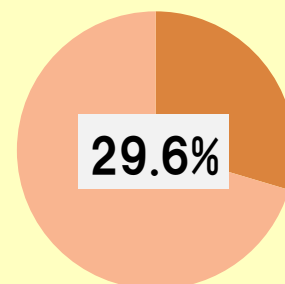
胃がん



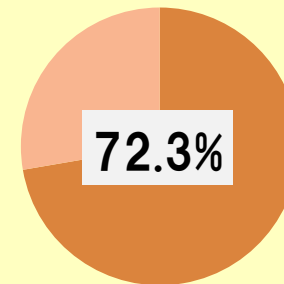
肝がん



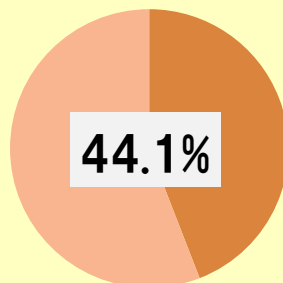
膵がん



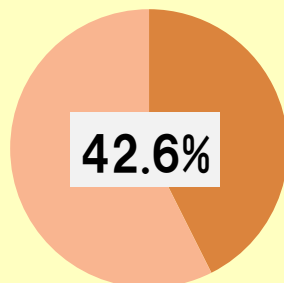
腎がん



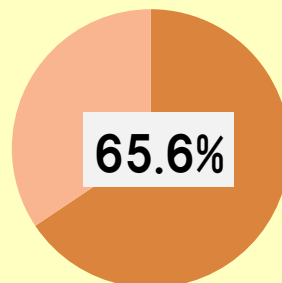
泌尿器がん
(腎盂、膀胱など)



虚血性心疾患
(狭心症、心筋梗塞)

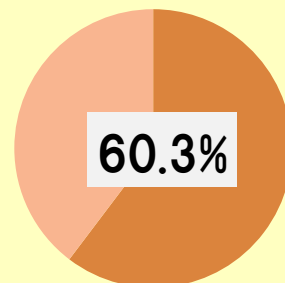


くも膜下出血

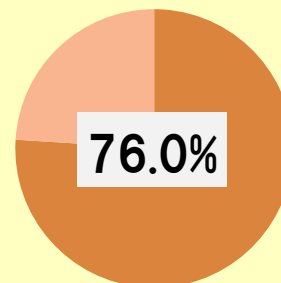


胸部大動脈瘤*

* 腹部大動脈瘤は60.3%



慢性閉塞性肺疾患
(COPD)



消化性潰瘍

喫煙と大腸がんの関係

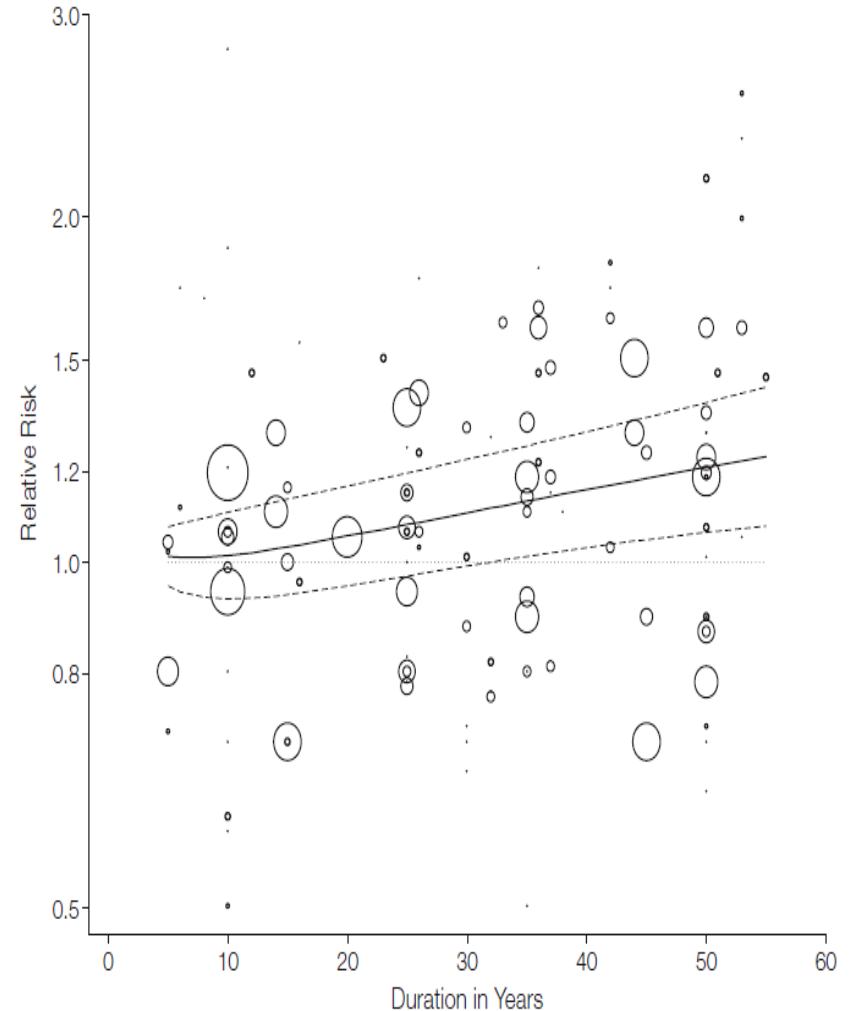
(Botteri E, et al, JAMA 300: 2765-2778, 2008)

- 罹患、死亡とも有意にリスクの上昇
- 有意の喫煙本数、喫煙本数×喫煙年数と量反応関係
- 喫煙年数が30年以上で有意にリスクの上昇

	罹患リスク	死亡リスク
研究数	26	17
全部位	1.18 (1.11-1.25)	1.25 (1.14-1.37)
結腸	1.12 (1.04-1.21)	1.20 (1.04-1.40)
直腸	1.25 (1.14-1.38)	1.40 (1.19-1.65)

(注) 非喫煙者を基準とした現在喫煙者+過去喫煙者のリスク

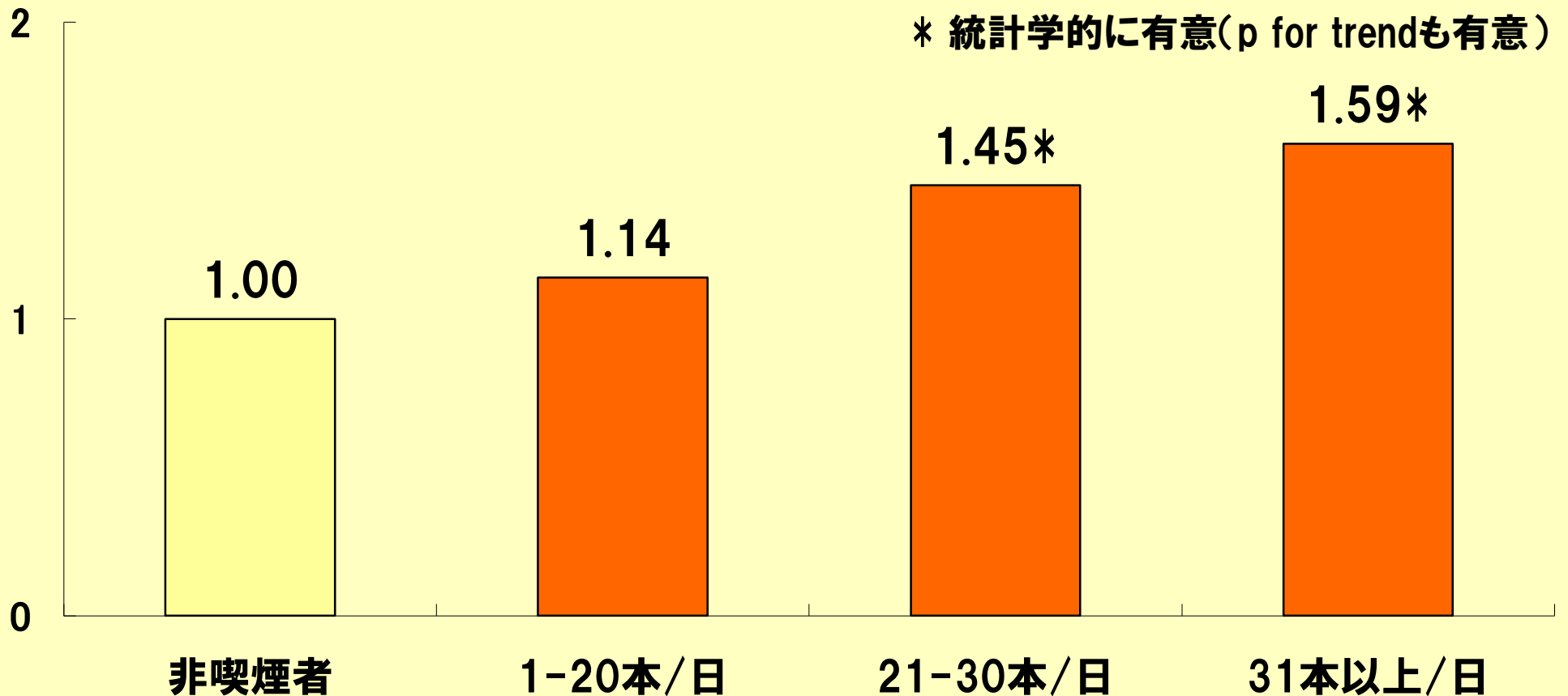
Figure 3. Dose-Response Relationship Between Relative Risk of Colorectal Cancer Incidence and Duration of Smoking



The relationship is modeled by a second-order fractional polynomial (dark line). Model-based 95% confidence intervals are also reported (dashed lines). Circles present the duration-specific relative risk estimates reported in each study (>1 point estimate per study). The area of each circle is proportional to the precision (ie, inverse variance) of the relative risk. The dotted line represents the null hypothesis of no association. The vertical axis is on a log scale.

喫煙によるメタボリックシンドロームの発症リスク — 追跡調査成績 —

35-59歳職場健診受診者、男性 2,994名



※メタボリックシンドロームの定義はNCEP-ATP IIIによる

(Nakanishi, 2005)

Active Smoking and the Risk of Type 2 Diabetes

A Systematic Review and Meta-analysis

(Willi C, et al, JAMA 298: 2654-2664, 2007)

■25のコホート研究をレビュー

- 対象 120万人
- DMの発症 4.5万人
- フォローアップ 5-30年

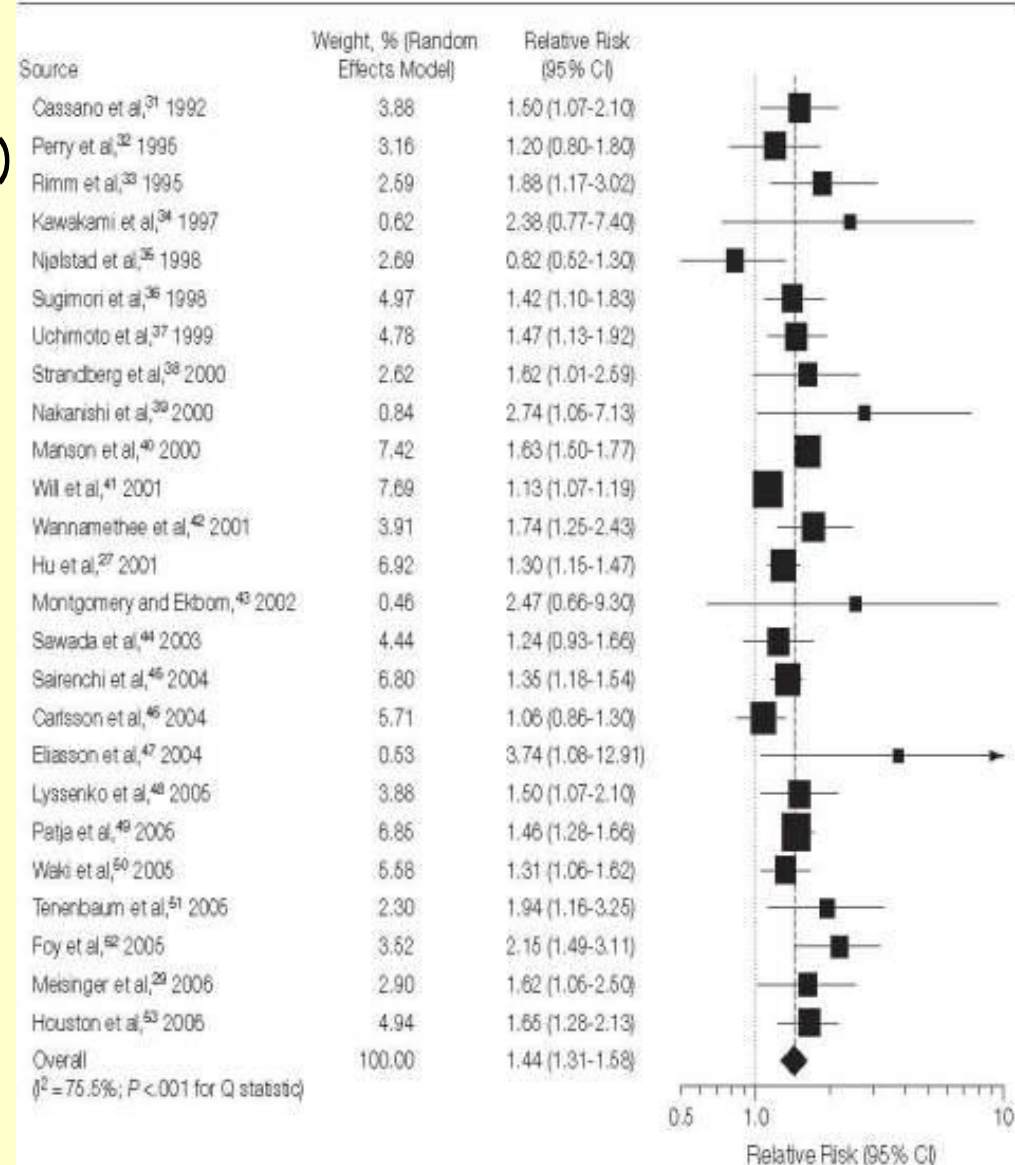
■24の研究がオッズ比1以上

■統合した補正オッズ

- 喫煙者 **1.44**
 - 20本未満 **1.29**
 - 20本以上 **1.61**
- 禁煙者 **1.23**

(注)いずれも、非喫煙者に比べて有意

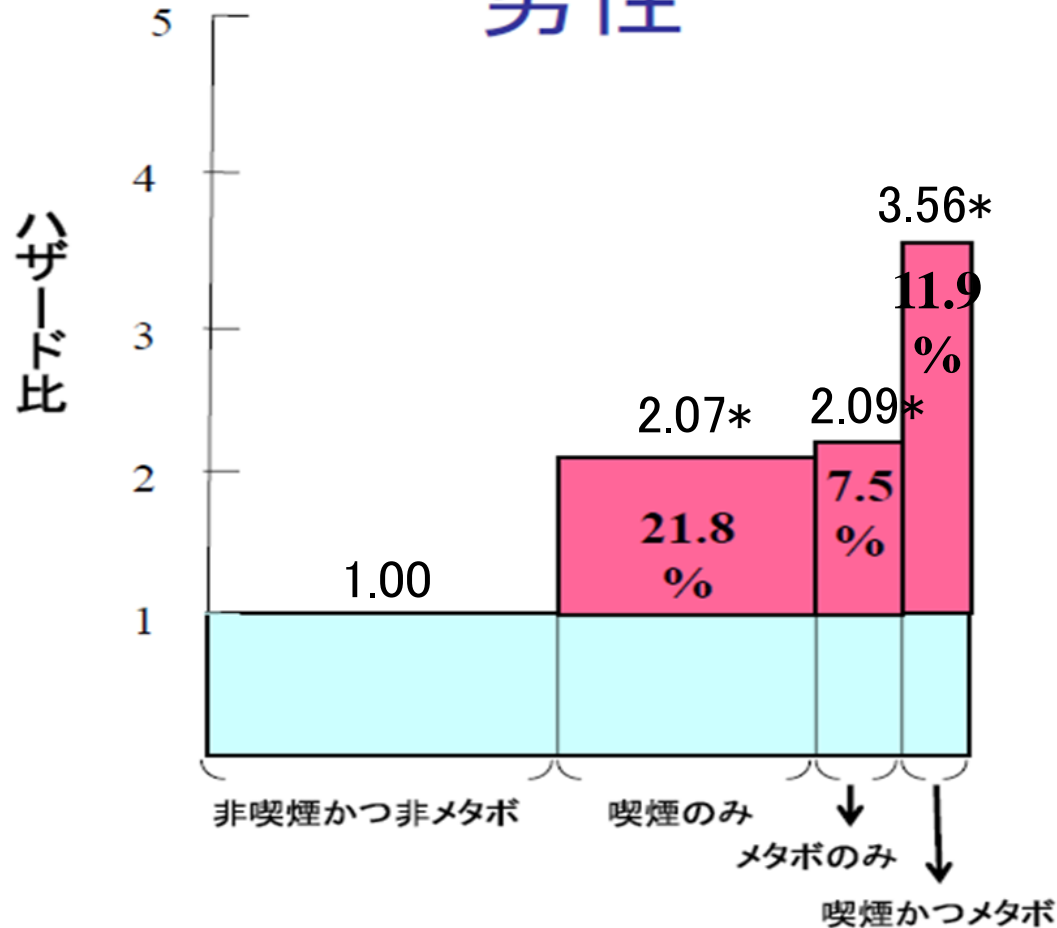
Figure 2. Adjusted Relative Risks of Diabetes for Current Smokers Compared With Nonsmokers



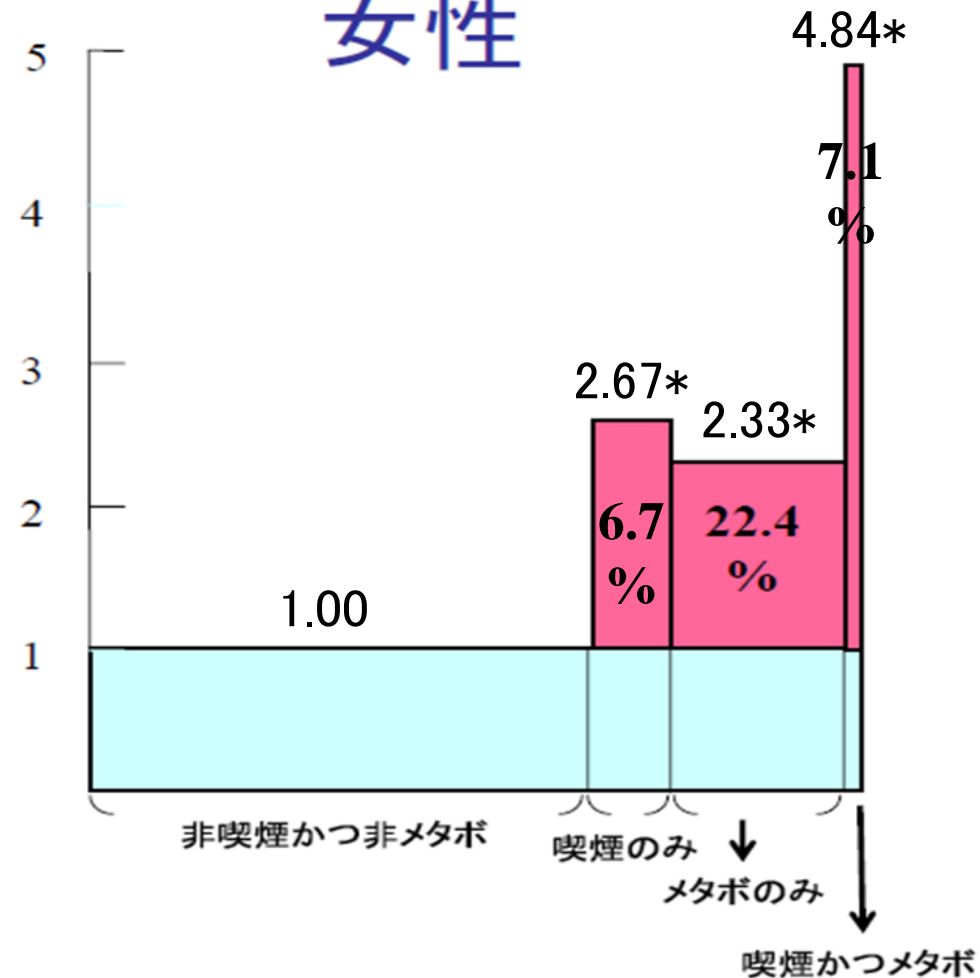
CI indicates confidence interval. Size of data markers indicates the weight of the study.

喫煙とメタボの組み合わせによる循環器疾患のリスク

男性



女性



※日本人40-74歳男女3,911例: 12年間の追跡調査
 多変量解析(年齢、飲酒、GFR、nonHDLコレステロールで補正)
 ☆メタボリック・シンドロームの定義はNCEP/ATPⅢによる

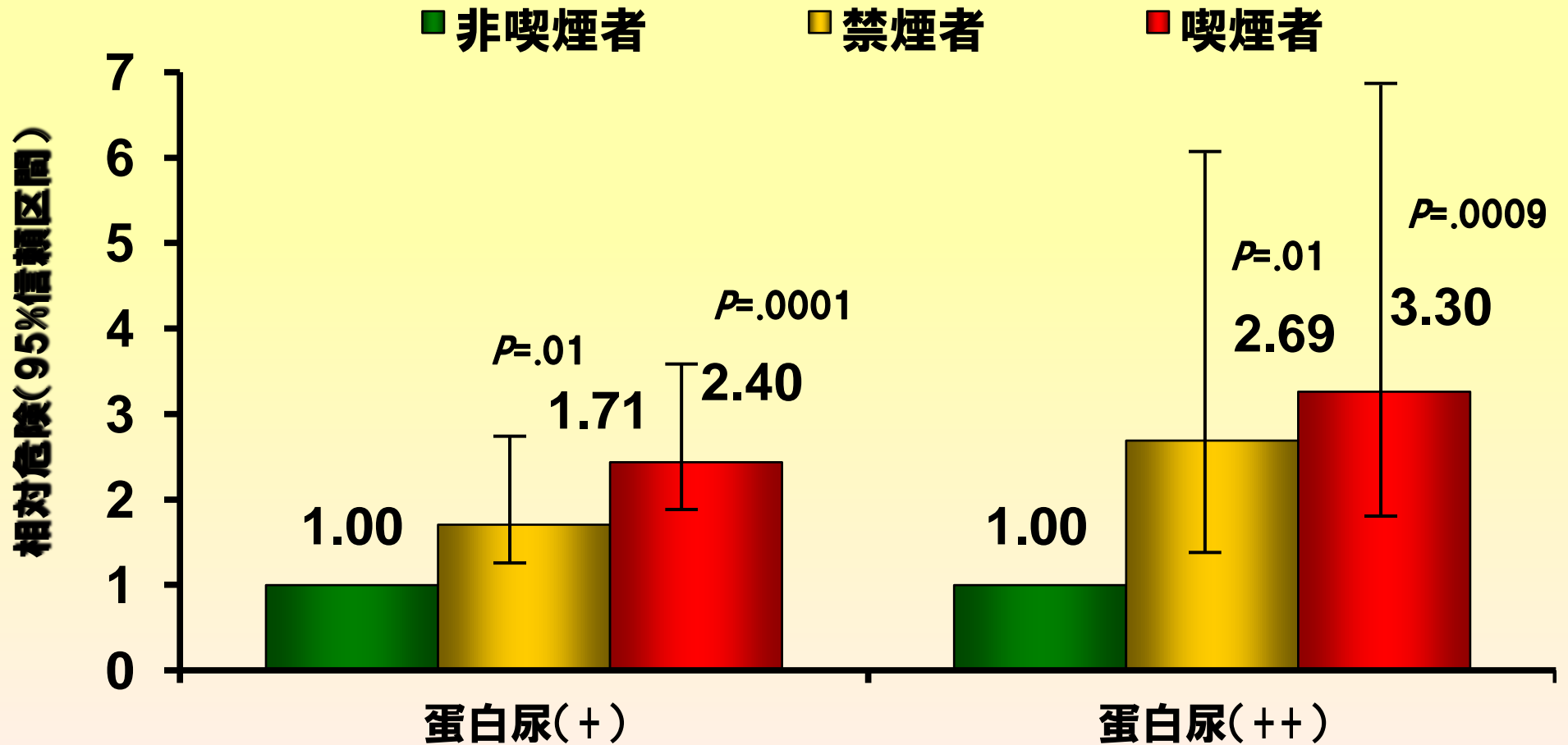
* 統計学的に有意

メ	タ	ボ
---	---	---

バ

コ

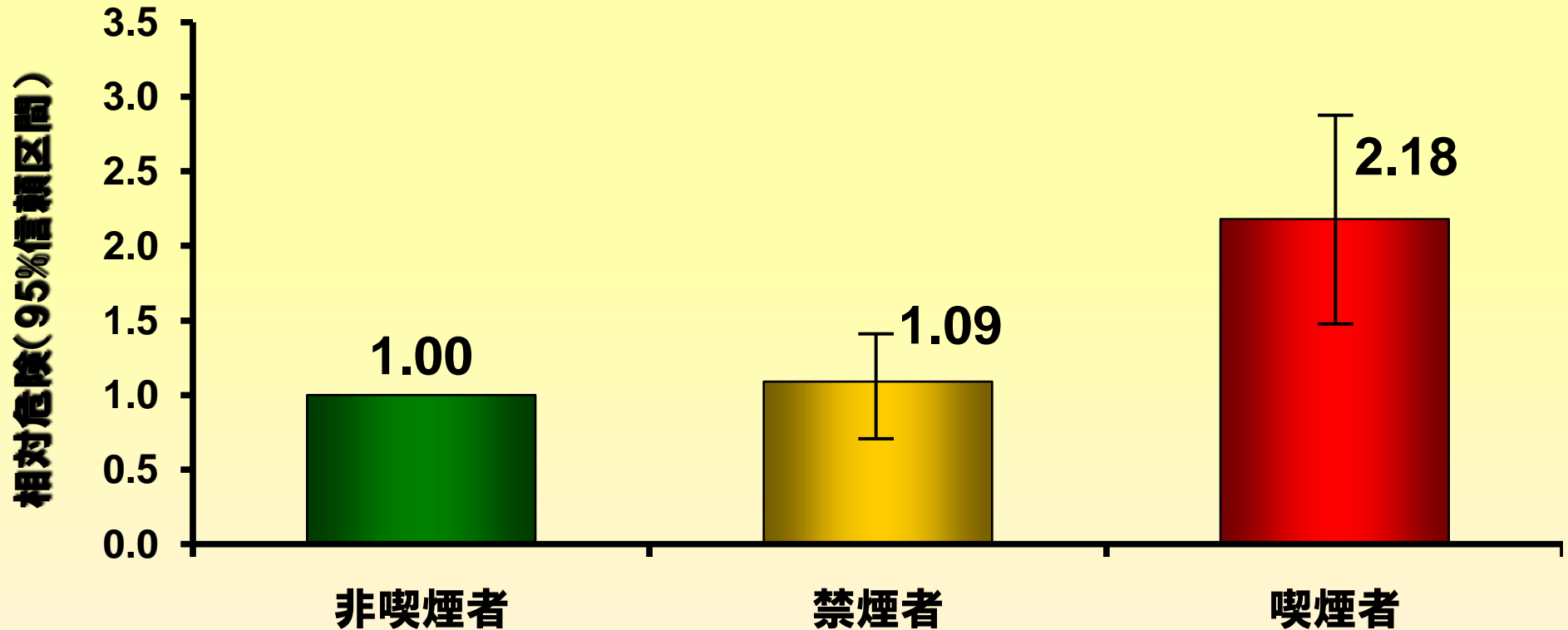
喫煙とタンパク尿



(注) 蛋白尿(+): 0.3g/l、蛋白尿(++): 1g/l

(Halimi et al. *Kidney Int.* 2000;58: 1285-1292)

喫煙とCKDのリスク



(注1) CKDの定義: 推定GFRが60ml/分/1.72m²未満、3ヵ月以上の持続

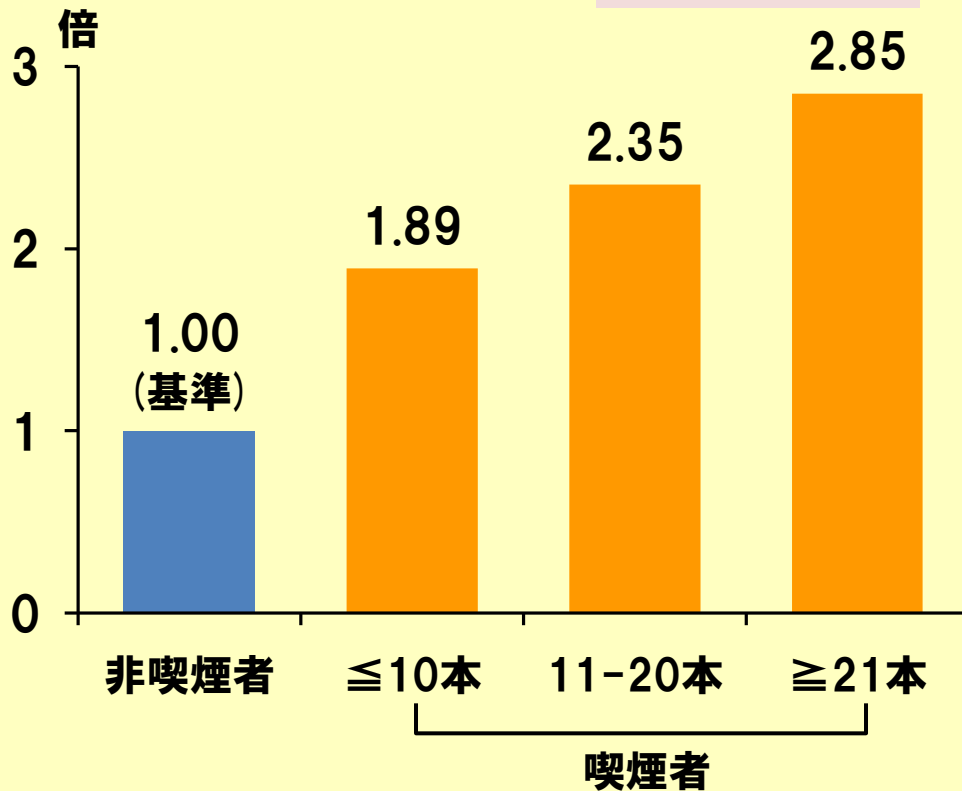
(注2) 性、年齢、教育、BMI、飲酒、高血圧、糖尿病、循環器系疾患の既往、非ステロイド系の抗炎症剤の使用で調整

(Shankar et al. *Am J Epidemiol.* 2006; 164:263-271.)

喫煙とインフルエンザ

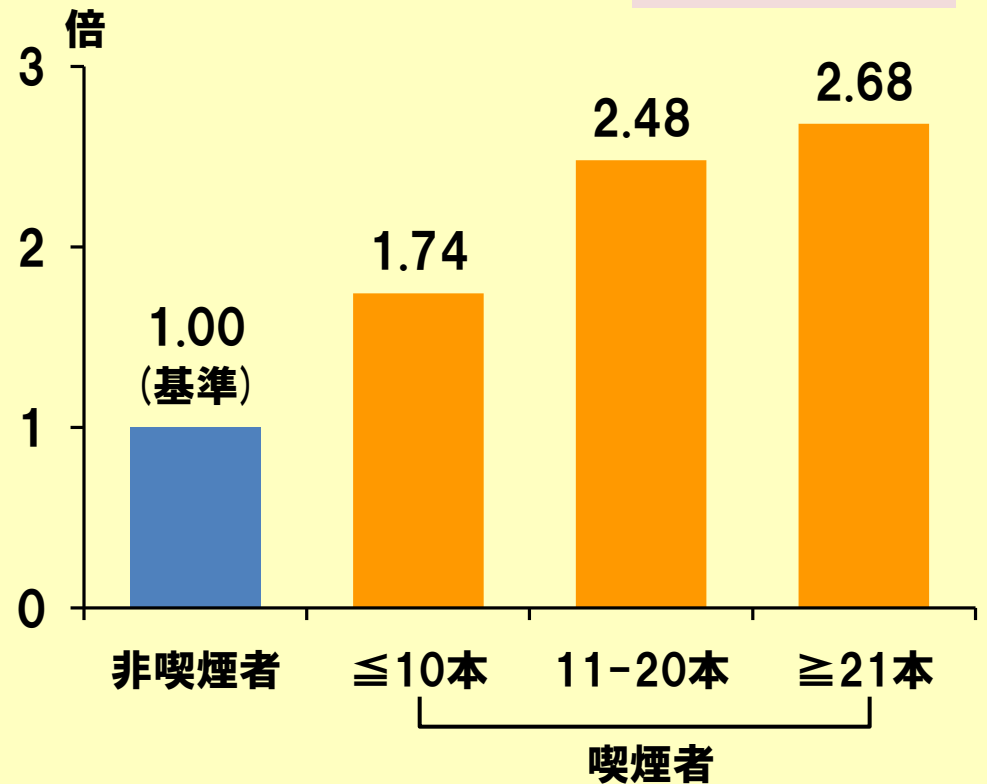
罹患のリスク

正の相関関係あり
($P < 0.0001$)



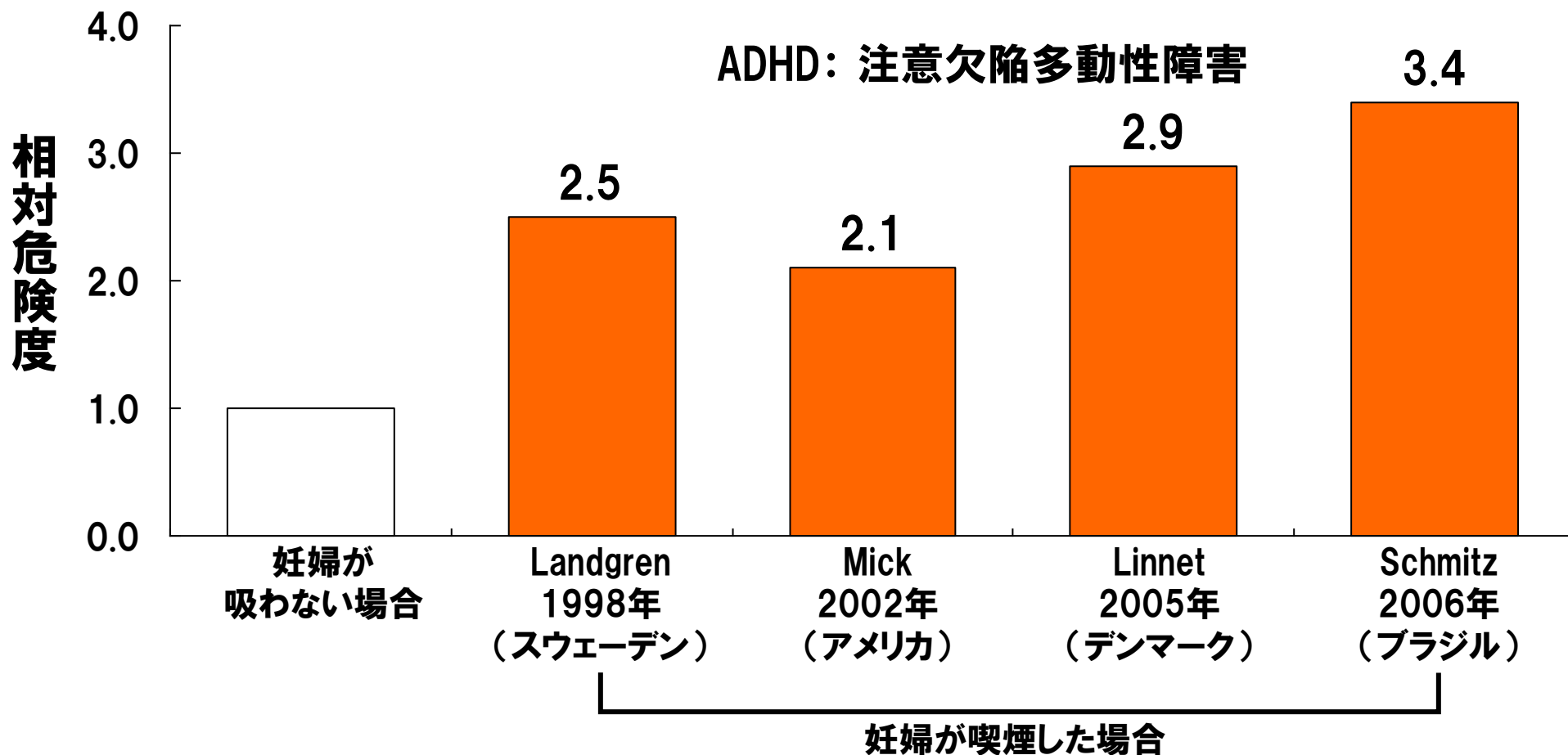
重症化のリスク

正の相関関係あり
($P < 0.0001$)



妊婦が喫煙すると子どものADHDのリスクが高くなる

妊婦の喫煙とADHD



Landgren M, et al: Arch Dis Child. 79: 207-212, 1998

Mick E, et al: J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 41: 378-385, 2002

Linnet KM, et al: Pediatrics. 116: 462-467, 2005

Schmitz M, et al: J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 45: 1338-1345, 2006

たばこ対策をめぐる 最近の動き

2010年10月 100円の値上げ

平成22年度税制改正大綱

2009.12. 22閣議決定

たばこ税の引き上げとたばこ事業法の改廃

(2) たばこ税・酒税

たばこ税・酒税は、いずれも消費税と実質的に二重の負担をもたらすものであると同時に、これまで安易な財源確保策として用いられてきたという問題があります。

これはたばこ税・酒税が財源確保を目的に創設されたことに由来するものですが、前記の基本的な考え方に照らして、このようなあり方は望ましいものではありません。

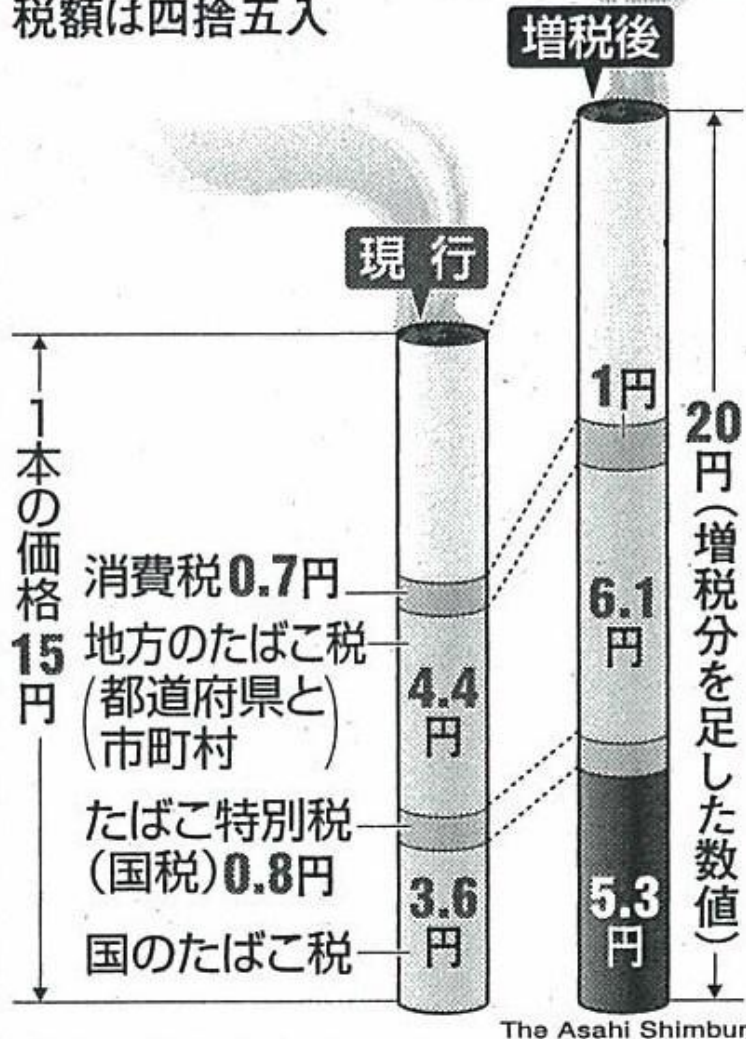
たばこ税・酒税は国民の健康に対する負荷を踏まえた課税に改めるべきであり、その際には国民に分かりやすい仕組みにすることが必要です。その観点から、酒税については、酒類の生産・消費の状況等に配慮しつつ、類似の酒類については、基本的に致酔性の観点からアルコール度数に着目した税制とすることを検討します。

たばこ税については、国民の健康の観点から、たばこの消費を抑制するため、将来に向かって、税率を引き上げていく必要があります。その判断にあたっては、たばこの消費や税収、葉たばこ農家、小売店、製造者等に及ぼす影響等を見極めつつ行っていくこととします。その過程で、たばこ法制について、現行のたばこ事業法を改廃し、たばこ事業のあり方について、上記のたばこ関係者の生活や事業の将来像を見据えて、新たな枠組みの構築を目指すこととします。

上記の方針に沿って、平成22年度において、1本あたり3.5円の税率引き上げ（価格上昇は5円程度）を行います。

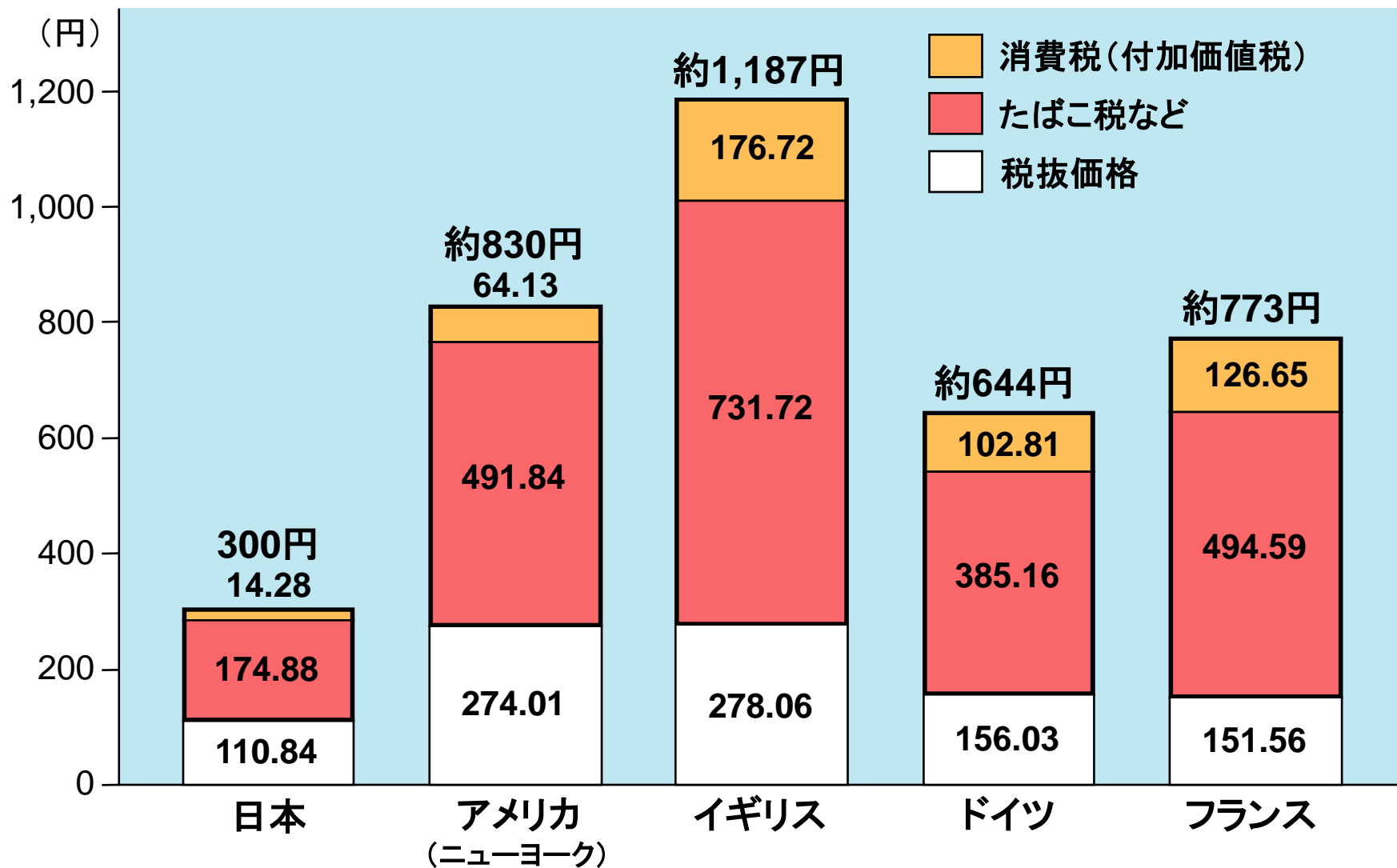
たばこ1本の税金

現行1箱20本入り300円の場合。
税額は四捨五入



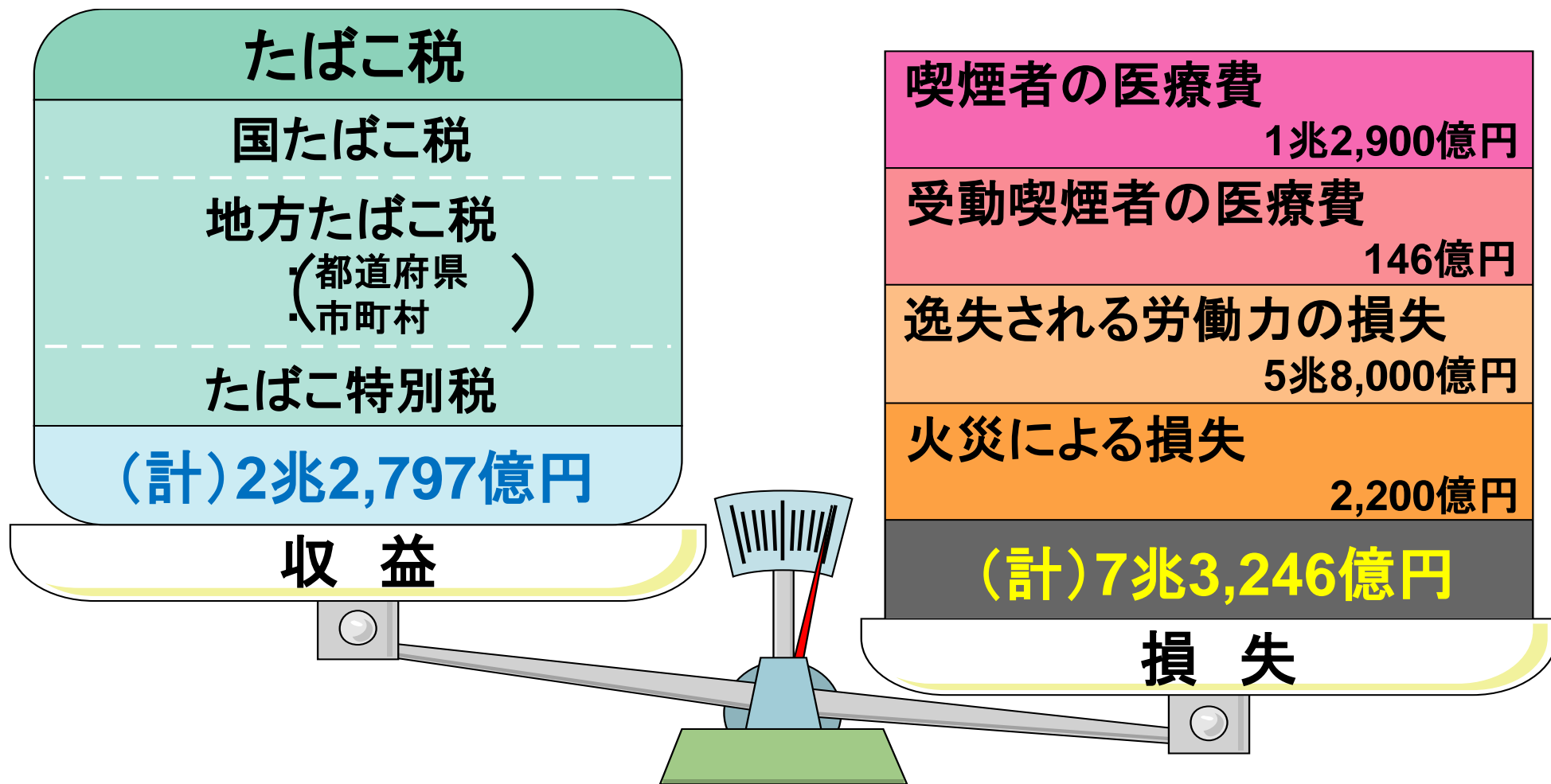
(朝日新聞、2009年12月22日)

欧米と比較し、異常に安いたばこ価格とたばこ税



財務省資料(価格は2008年7月現在)

たばこ関連税収の2.6倍の医療費等の経済損失



たばこの値上げの意味

- 成人の禁煙を促し、消費量を減らす、青少年の喫煙防止にも役立つ
- 喫煙率の高い低所得層の禁煙を促進し、健康格差を縮めることにも有用
- ニコチンの依存性により税収の増加も期待できる

たばこの価格がたばこの消費に及ぼす影響の推計

価格弾力性を用いた推計

【推計方法】

価格が1%上昇した際に、たばこの総需要量が何%変化するか(価格弾力性)を用いて推計する方法。

(参考) 価格上昇後の消費量 = 現在の消費量 ×
(1 - 価格の上昇割合 × 価格弾力性)

【問題点】

小幅な値上げデータを基に算出されたものであり、大幅な値上げでは誤差が大きくなる。

【結果】

たばこの需要量の変化予測

	価格弾力性		
	0.3	0.4	0.5
300円	100%	100%	100%
400円	90%	86.7%	83.3%
500円	80%	77.3%	66.7%

(参考) 価格弾力性の推計値
0.4 (日本学術会議)
0.49 (大阪大学; 松浦ら)
0.3~0.5(奈良女子大学; 高橋ら)

コンジョイント分析を用いた推計

【推計方法】

たばこ価格の上昇に対する消費者の反応を、たばこの価格以外の要素を含めた精密な質問方法を用いて調査し、影響する複数の要素を総合的に分析(コンジョイント分析)する方法。

【問題点】

調査時にあらかじめ設定した価格以外の価格(例えば320円等)については推計を行うことができない。

【結果】

たばこの需要量の変化予測

	たばこの需要量	自然減少を考慮
300円	100%	93.0%
400円	85.4%	79.4%
500円	73.4%	68.3%

(高橋ら)

サービス産業従業員の受動喫煙曝露濃度を明らかにする

- 諸外国は「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」により、カフェやバーも含めて全面禁煙とする法律が成立
- わが国でも公共施設・交通機関や一般職場の禁煙化は進んできたが、サービス産業（特に飲食店）は対策が遅れており、利用者も従業員も高濃度のタバコ煙に曝露
- その実態を明らかにし、「全面禁煙で従業員の健康を守る」ことを政策決定者や世論に訴えることで、**わが国にも受動喫煙防止法を成立させる**

	国・州など	交通機関	公共施設	職場	飲食店	バー
EU	イギリス	◎	◎	◎	◎	◎
	フランス	◎	◎	◎	◎	◎
	ドイツ	◎	◎		州で異なる	州で異なる
	イタリア	○	○	○	○	○
	スウェーデン	○	○	○	○	○
	アイルランド	◎	◎	◎	◎	◎
その他欧	ノルウエー	◎	○	○	◎	◎
米国	ニューヨーク州	◎	◎	◎	◎	◎
	カリフォルニア州	◎	◎	◎	◎	◎
カナダ	オンタリオ州	◎	◎	◎	◎	◎
豪州	ニュー・サウス・ウェールズ州	◎	◎	◎	◎	○
アジア	香港	◎	◎	◎	◎	◎
	タイ	◎	◎	○	◎	◎
	シンガポール	◎	◎	○	◎	-
日本		▲	▲	▲	▲	▲
既に建物内禁煙						
実質的に建物内禁煙(喫煙室可)						
努力義務、規制なし						

厚生労働省「受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会」

平成21年3月16日(月曜日) 第1499号

週刊 保健衛生ニュース

第三種郵便物認可



検討会の最終会合

受動喫煙防止対策検討会、報告書案で合意

公共の場は原則「全面禁煙」に

厚生労働省の「受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会」(座長＝久道茂宮城県対がん協会会長)は3月4日の最終会合で、受動喫煙防止対策の方向性を示す報告書案について、多数の者が利用する公共的な空間は「原則として全面禁煙であるべきである」と明記することで合意した。報

告書は内容の調整と文言修正を経て、年度末を目途に公表される見通しで、厚労省は報告書を踏まえ、来年度早々に受動喫煙防止対策を定めた健康局長通知(平成15年)を改正する。

19年のWHOたばこ規制枠組条約締約国会議では、「たばこの煙にさらされることからの保護に関するガイドライン」が採択された。こうした国際的な潮流も踏まえ、条約締約国であるわが国では、受動喫煙防止対策を一層推進し、実効性の向上を図ることが求められている。

同検討会は昨年3月の初会合から1年に及ぶ議論で、わが国の受動喫煙防止対策の現状を把握し、今後の対策の方向性を示した。東京・霞が関の法曹会館で開かれた最終会

受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会 報告書(概要)

- 基本的な方向性として、多数の者が利用する公共的な空間については、**原則として全面禁煙**であるべき。

医療機関、保健センター等の健康維持・増進施設、官公庁、公共交通機関等
子供が利用する学校、医療機関などの施設、屋外の通学路、公園、遊園地

- 社会情勢の変化に応じて暫定的に**喫煙可能区域**を確保することもとり得る方策の一つ。

喫煙可能区域に未成年、妊婦が立ち入らない措置、従業員を健康被害から守る対策

- 受動喫煙を含むたばこの健康への悪影響についてエビデンスに基づく正しい情報を発信し、受動喫煙防止対策が国民から求められる気運を高めていくことが重要。

- 喫煙者は自分のたばこの煙が周囲の者を曝露していることを認識することが必要。

(厚生労働省 2009年3月24日発表)

受動喫煙防止対策の推進に合わせて実施するべき対策

- 受動喫煙を含むたばこの健康への悪影響
- 諸外国の取り組み情報
- 禁煙を促す情報
禁煙希望者が安く楽に禁煙する方法等

[今後の課題]

屋外の公共空間での対策

職場の対策

たばこ価格・たばこ税の引き上げ

電話による無料の禁煙相談

社会全体としての気運の醸成

全面禁煙流れ加速

厚労省 飲食店にも要請へ

他人のたばこの煙を吸わされる「受動喫煙」の健康被害を防ぐため、多くの人が集まる公的な場所を禁煙にしようという動きが加速してきた。厚生労働省は、職場の原則禁煙を事業者が義務づける方針に続き、飲食店などに全面禁煙を求めることを決めた。政権交代を機に「禁煙後進国」からの脱却を図る狙いだ。

(江湖崇)

長妻昭厚労相は19日の閣議後会見で、「諸外国の事例を国民に理解頂きながら、議論を進めていく」と述べ、海外並みに喫煙規制を強める方針を初めて明らかにした。欧米では多くの国や州が飲食店を含む公的な場での喫煙を禁じ、タイや台湾も厳しい規制を導入した。

は、労働基準局の有識者検討会が「職場は原則禁煙」との方針を打ち出し、労働安全衛生法改正の検討に入っている。健康増進法は、施設の一般利用者を念頭に、公衆衛生上、望ましい水準を示している。労働安全衛生法は、労働者保護のための最低水準を罰則付きで確保するもの。厚労省は、施設利用者と労働者の両方を対象に、二つの法律によ

って受動喫煙対策を進めることとで、禁煙化の流れを確実にしたい考え。

厚労省の姿勢はたばこ増税など喫煙抑制に意欲的な鳩山政権誕生も後押ししている。日本も批准している「たばこ規制枠組み条約」(05年発効)が受動喫煙を防ぐ対策を求めており、期限が今月末に迫っていることも矢継ぎ早に施策を打ち出す理由の一つだ。

日本では、2003年施行の健康増進法が、学校や役所、飲食店などに対し、受動喫煙を防ぐよう求めている。しかし、努力義務に過ぎないこともあって、飲食店や中小企業では対策が進まず、受動喫煙の被害が続いている。

長妻氏は19日の会見で、健康増進法が定める「努力義務」の具体策について、2月中旬に厚労省健康局長名で各自治

朝日新聞、2010年2月20日

※労働安全衛生法は有識者検討会の報告骨子から作成

■健康増進法と労働安全衛生法の喫煙規制

	健康増進法	労働安全衛生法 (検討中)
目的	主に施設利用者の受動喫煙防止	労働者の健康・安全の確保
規制対象	施設の管理者	労働者を使用している事業者
規制内容	受動喫煙を防ぐ対策。分煙ではなく原則全面禁煙	職場を原則禁煙に。飲食店などは緩和
規制の強さ	努力義務	義務

体に通知を出す」と表明した。喫煙区域を設ける一般的な「分煙」では健康被害を防げないとして、飲食店などの全面禁煙化を求める内容。15日に

紫煙追放くすぶる反発

厚労省検討会「職場は原則禁煙」

「飲食店例外」に賛否

他人のたばこの煙を吸わされる「受動喫煙」を防ぐには、職場を原則禁煙とすべきだ。厚生労働省の有識者検討会がそんな報告書骨子をまとめた。公共の場での喫煙が厳しく制限されている海外では喫煙率が下がるなどの効果が出ているが、喫煙者や飲食店主の反発は根強く、法制化までの道のりは平らではなかった。

厚労省の会議室で15日に開かれた「職場における受動喫煙防止対策に関する検討会」報告書づくりに向けた大詰めの議論が交わされた。

「最終的には、すべての職場の禁煙を目指す、ということではないですね」

骨子には、期限の明示は避けながらも、将来は全面禁煙にするという強いメッセージが盛り込まれた。

「業種により労働者保護の度合いが違うのはおかしい」職場を原則禁煙にする方向性は固まっていたが、客が喫煙する飲食店や公共交通機関に限って規制を緩める報告書原案に、たばこ政策を専門とする委員が反発した。半年にわたる議論を総括するように、座長の相沢好治・北里大医学部長（公衆衛生学）がこ

う引き取った。「客足が遠のくのでやめてほしい」「職場でたばこに苦しい」。厚労省の方針が報じられた今月7日以降、担当部局には賛否両方の電話やメールが殺到している。

国内では、路上喫煙を禁じる条例が各地で広がっている。しかし、屋内の喫煙を罰則付きで制限するのは、4月に施行される神奈川県受動喫煙防止条例のみ。2003年に施行された健康増進法も公共施設の受動喫煙防止を定めているが、努力義務に過ぎない。受動喫煙を完全に防ぐには、喫煙室設置や飲食店などの例外規定を認めるべきではないとする声も根強い。

- 厚労省の有識者検討会が打ち出した職場の受動喫煙対策
- 【すべての職場】
 - ・労働安全衛生法で事業者を受動喫煙対策を義務づけ
 - ・喫煙と非喫煙の区域を労働者に明示
 - ・受動喫煙対策の責任者を事業所ごとに設置
 - ・中小企業には財政支援を検討
 - 【一般の事務所・工場】
 - ・全面禁煙か、排煙機能などの基準を満たした喫煙室を設置
 - 【客が喫煙する飲食店など】
 - ・空気中の有害物質の濃度に基準を設け、換気を徹底
 - ・禁煙タイムや休憩などで、従業員が煙にさらされる時間を制限



国内の主な禁煙条例		
施行時期	地域	内容
02年10月	東京都千代田区	路上の歩きタバコ禁止 条例としては全国初
03年 8月	福岡市	
03年10月	東京都品川区 広島市	
04年 6月	東京都中央区	銀座など区全域が対象
04年11月	名古屋市	
05年 4月	千葉県柏市	喫煙禁止区域を市全体の公道に広げるのは全国初
05年 8月	札幌市 東京都新宿区	
06年 4月	川崎市	
07年 4月	大阪市	梅田・難波の御堂筋などが対象



職場の禁煙

さらば「煙が目にしみる」

働く人の健康を守るために、職場は原則として禁煙にする。

他の人のたばこの煙を吸う、いわゆる受動喫煙による健康被害をどうすれば防げるかを検討している厚生労働省の有識者検討会が、こんな考え方を報告書の案の中心に据えた。

4月にもまとめる報告書を受けて、労働政策審議会が労働安全衛生法にどう盛り込むか、議論するという。

今度こそ、受動喫煙による健康被害を確実に防ぐための法整備を実現させたい。受動喫煙の防止をうたう健康増進法はあるものの、努力義務にとどまっている。

「たばこの煙にさらされることから「保護」を求めるたばこ規制枠組み条約(FCTC)が発効して今月末で5年。そのガイドラインは、受動喫煙を防ぐための法整備も求めている。

鳩山政権が誕生して、たばこ値上げなどの政策がやっとな動き出した。民間

のシンクタンク、日本医療政策機構の世論調査によると、現政権の医療政策の中で、たばこ増税は、事業仕分け、医師数の増加に続いて高い評価を得た。たばこ対策のいっそうの推進が、国民の期待に応える道だ。

報告書案はまず、受動喫煙による健康への影響は、科学的な証拠によって明白であることが世界的に認められているとした。

そのうえで、それを防ぐには、一般の事務所や工場は全面禁煙とするか、煙のもしない喫煙室以外では禁煙にすることを提案している。

飲食店などはどうか。従業員の健康を守るには、一般の事務所と同様の原則が必要だ。しかし、成人男性の喫煙率が依然として3割以上あり、客の喫煙を一律に禁止するのは難しいと飲食店などには抵抗が強い。それを考慮して、換気の徹底などによって、可能な限り従業員の受動喫煙を防止すること

を求めるにとどめている。

だが、成人人口の8割近くはたばこを吸わず、喫煙者の7、8割は禁煙を望んでいることにも目を向けたい。

海外に目を転じれば、たばこ酒は切り離せないと思われていた国々でも政治の指導力で着実に禁煙が進む。

英国はブレア政権が1997年に禁煙への取り組みを宣言、10年後の2007年に衛生法が施行されてパブなども禁煙となった。

台湾でも昨年、たばこ煙害防止法が施行され、公共の場からあつというまに煙が消えた。今や、ホテルも禁煙ルームだけだ。

世界でこれだけ禁煙が進めば、煙たしい日本は、禁煙が進む外国からの観光客に文字通り煙たがられる。

何より、受動喫煙を確実に防いですべての国民の命を守らなければならぬ。職場の全面禁煙を目標に掲げて一歩を踏み出すときだ。

神奈川県 受動喫煙防止条例

- **わが国初の罰則付きの条例**
- **施行は2010年4月**
- **たばこ業界や飲食店業界からの強い反対で分煙を認めるなどの譲歩がなされた。**
- **公共性の高い施設→禁煙（喫煙室設置可）**
※学校、病院、官公庁、交通機関など
- **飲食店や宿泊施設→禁煙か分煙を選択**
但し、罰則は施行1年後
- **小規模飲食店・宿泊施設、風営法対象施設**
→禁煙か分煙を努力義務
※100㎡以下の飲食店、700㎡以下の宿泊施設
※パチンコ店、マージャン店、キャバレーなど
- **料金は管理者2万円、喫煙者2千円**

朝日新聞(2009年3月30日)

受動喫煙条例

学校から飲食店まで、公共的な施設を対象にした全国初の「受動喫煙防止条例」が神奈川県で成立した。他人のたばこの煙を吸わされることによる健康被害を防ぐのが目的だ。

昨年発表された当初案は、不特定多数が利用する施設の全面禁煙をめざしていた。たばこ業界や飲食店業界などの強い反対で分煙や例外が広く認められ、大きく後退したことは否めない。一方で、違反には罰則が設けられた。国の健康増進法では、受動喫煙の防止は努力義務にとどまる。条例は吸いにくい環境づくりに役立つだろう。松沢成文知事は「国が動かないなら神奈川県から。その第一歩は踏み出せたいと思う」と話す。さらに2歩、3歩を進めてほしい。

条例によると、学校や官公庁などは喫煙所を除き、すべて禁煙。飲食店やホテルは禁煙か分煙かを選ぶ。違反すると施設の管理者が過料2万円、喫煙

神奈川の一步を全国に

者が2千円。ただし、飲食店などへの罰則の適用は来年4月の条例施行の1年後だ。

パチンコ店などの風俗営業法が適用される施設は、禁煙か分煙にすることが努力義務となった。一定規模以下の飲食店やホテルも同じ扱いだ。

だが、日本の喫煙率は世界的に高いとはいえ、成人4人のうち3人は吸わず、喫煙者の7割はできればやめたいと思っている。神奈川県民の89%は喫煙規制を支持している。飲食店などの経営者はこの現実を直視してほしい。

たばこは、吸う人だけでなく、周囲の人の健康も損なう。肺がんのほか、心筋梗塞などの原因にもなる。子どもではさらに深刻で、乳幼児突然死症候群や発育障害などにもつながり、静かな幼児虐待といわれるほどだ。

国立がんセンターの推計によれば、全国で毎年2万53万人の人が受動喫煙による病気で死亡している。

日本も批准した世界保健機関(WHO)のたばこ規制枠組み条約は、受動喫煙による健康被害を防ぐために、公共の屋内空間の禁煙を求め、そのための立法措置を求めている。

受動喫煙はわずかな量でも危険。分煙では健康は守れない、というのがWHOの見解だ。喫煙室や空気清浄器は、高価な割に効果が薄い。

これに従い、世界各国で屋内の禁煙化が進んでいる。煙が立ちこめていたアイルランドのパブも今や禁煙だ。

日本でも首都圏のJR駅のホームは4月から全面禁煙となる。全国のタクシーも7割以上が禁煙車だ。民間では大きな変化が起きている。

厚生労働省の検討会も今月、受動喫煙の害を明確に認め、公共空間は原則全面禁煙とする方向性を打ち出した。

立法措置を進めるべき段階だ。全国の自治体はぜひ神奈川県に続き、国会を動かす力となってほしい。

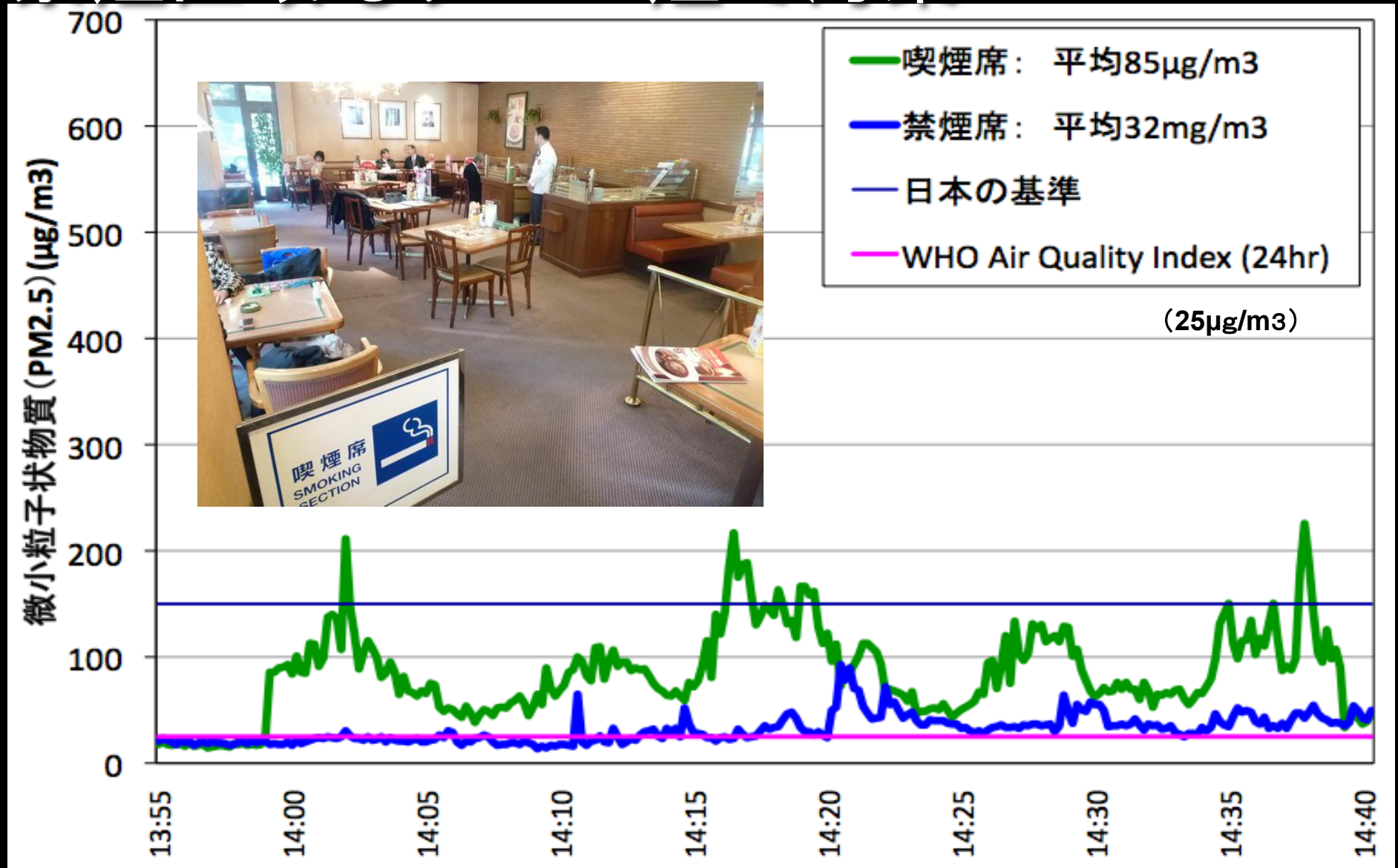
喫煙席と禁煙席のある ファミレス従業員の 受動喫煙： 装着型の粉じん計で評価



(2009年度厚労科学研究 大和班、研究成果発表会使用スライド)

ファミレス禁煙区域の受動喫煙

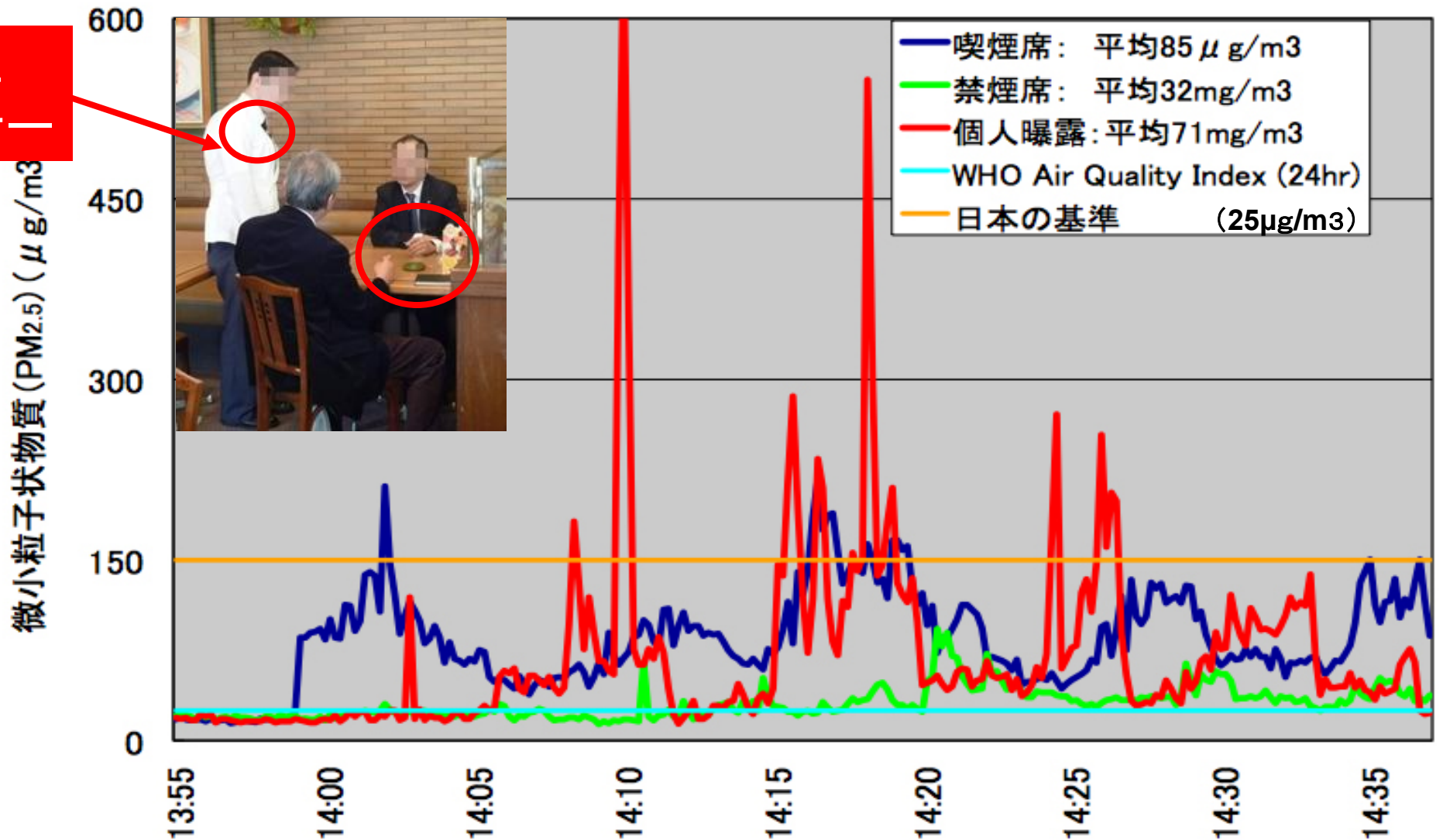
禁煙区域もタバコ煙で汚染



(2009年度厚労科学研究 大和班、研究成果発表会使用スライド)

従業員の受動喫煙：区域分けのファミレス 定点測定よりも高い個人曝露濃度

胸元に
センサー



(2009年度厚労科学研究 大和班、研究成果発表会使用スライド)

職場の全面禁煙の効果

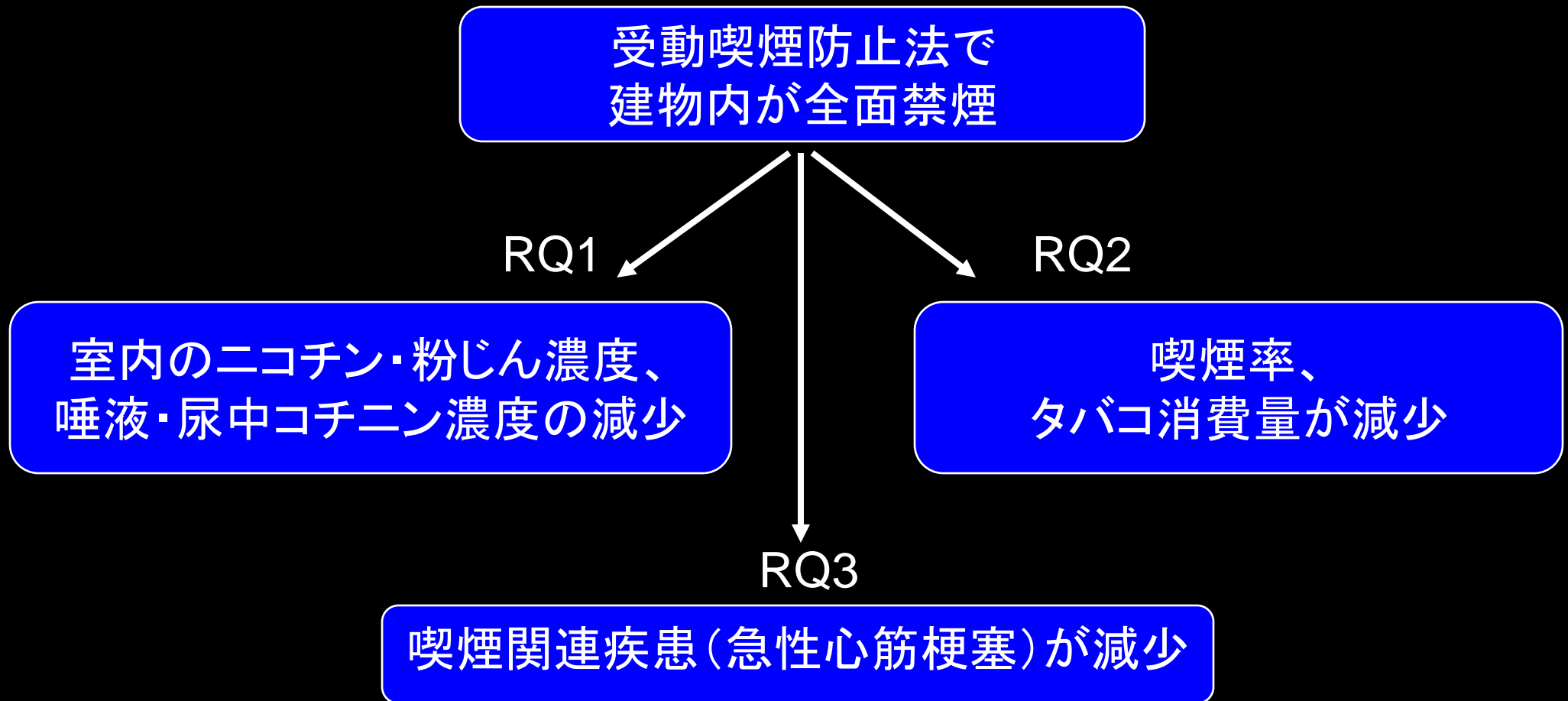
- 費用がかからない
- 受動喫煙の完全防止
- 喫煙者に対する禁煙促進

喫煙率が4%低下

喫煙本数が29%減少

(Fichtenberg, 2002)

受動喫煙防止法の効果—文献レビュー—



RQ1 (法・条例により受動喫煙解消)で採用された26論文

室内のニコチン濃度は
ほぼゼロに(2論文/3論文)

No.	筆頭著者	発行年	受動喫煙防止法の施行	対象	受動喫煙防止法の効果
1	Gorini G,	2008	イタリア	サービス産業(バー、レストラン)	空気中ニコチン濃度:規制前後で8.86→0.01 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ に99%減少
2	Nebot M,	2009	スペイン	一般職場、サービス産業	空気中ニコチン濃度:一般職場で97.4%減少、サービス産業で96.7%減少
3	Fernandez E,	2008	スペイン	公的病院 (違反喫煙あり)	空気中ニコチン濃度:1.23 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ から0.10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ に56.5%減少
4	Lee K,	2008	アメリカ、ケンタッキー州レキシントン市	サービス産業(バー、レストラン)	PM2.5濃度:規制前後で199→18 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ に91%減少
5	Pobutsky A,	2008	アメリカ、ハワイ州	サービス産業(バー、レストラン)	PM2.5濃度:規制前後で206→20 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ に90%減少
6	Proescholdbell SK,	2008	アメリカ、ノースカロライナ州	刑務所	PM2.5濃度:規制前後で93→22 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ に77%減少
7	Alpert HR,	2007	アメリカ、マサチューセッツ州	サービス産業(バー、レストラン)	PM2.5濃度:規制前後で206→14 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ に93%減少
8	Lee K,	2007	アメリカ、ケンタッキー州ジョージタウン市	サービス産業(レストラン、娯楽施設)	PM2.5濃度:規制前後で84→18 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ に79%減少
9	Semple S,	2006	イギリス、スコットランド	サービス産業(パブ)	PM2.5濃度:規制前後で154→19 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ に88%減少
10	Valente P,	2006	イタリア (違反喫煙あり)	サービス産業(バー、レストラン)	PM2.5濃度:規制前後で119→43 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ に56%減少
11	Repace JL,	2006	アメリカ、ボストン市	サービス産業(バー)	PM2.5濃度:規制前後で79→7.7 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ に96%減少
12	CDC	2004	アメリカ、ニューヨーク州	サービス産業(レストラン、娯楽施設)	PM2.5濃度:規制前後で324→25 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ に84%減少
13	Gotz NK,	2008	イングランド	サービス産業(パブなど)	PM2.5濃度:規制前後で217→11 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ に95%減少
14	Woring,	2007	アメリカ、テキサス州オースチン市	サービス産業(バー)	PM2.5濃度:規制後71→99%減少
15	Goodman P,	2007	アイルランド	サービス産業(バー、レストラン)	PM2.5濃度:規制後83%減少、ベンゼン濃度:規制後80.2%減少
16	Connolly GN,	2009	12カ国の比較	アイリッシュパブ	PM2.5濃度:喫煙規制のある国23ng/m ³ 、ない国340ng/m ³
17	Hyland A,	2008	32ヶ国の比較	サービス産業、公共施設	PM2.5濃度:喫煙規制のある国8~18ng/m ³ 、ない国346~372ng/m ³
18	Bondy SJ,	2009	カナダ、オンタリオ州トロント市	バー	PM2.5濃度:喫煙規制あり14~29ng/m ³ 、規制なし271~504ng/m ³
19	Rosen LJ,	2008	イスラエル	サービス産業(バー、レストラン)	PM2.5濃度:規制なし283 $\mu\text{g}/\text{m}^3$
20	Fernandez E,	2009	スペイン	サービス産業(バー、レストラン)	唾液中コチニン濃度:規制前後で1.6→0.5ng/ml以下に55.6%減少
21	Semple S,	2007	イギリス、スコットランド	サービス産業(バー)	唾液中コチニン濃度:規制前後で2.94→0.41ng/mlに86%減少
22	Mulcahy M,	2005	アイルランド	サービス産業(ホテル)	唾液中コチニン濃度:規制前後で1.6→0.5ng/mlに69%減少
23	Pearson J,	2009	アメリカ、ワシントンDC	サービス産業(バー)	唾液中コチニン濃度:70.1%減少
24	Fernando D,	2007	ニュージーランド	サービス産業(バー)	唾液中コチニン濃度:規制前は勤務で0.66ng/ml増加、規制後は
25	Abrams SM,	2006	アメリカ、ニューヨーク州	サービス産業(バー、レストラン)	尿中コチニン濃度:規制前後で4.93→0.30ng/mlに94%減少
26	Galan I,	2007	スペイン	職場、サービス産業	インタビュー調査:受動喫煙曝露は規制前後で40.5→9.0%に78%減少

微小粒子状物質:
PM2.5は70%以上
減少(12論文/13論文)

個人曝露も
約70%以上減
少
(5論文/6論文)

RQ2(喫煙率・タバコ消費量減少)で採用された12論文

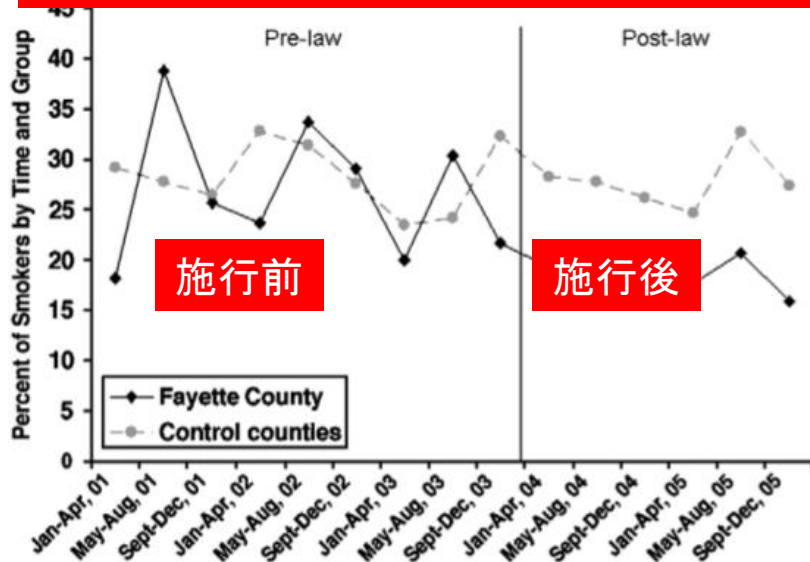
No.	著者	発行年	受動喫煙防止法・条例	喫煙率・喫煙行動の変化
1	Prochaska JD,	2009	コロラド州フォートコリンズ市	喫煙率が3年間で16.8→11.5%に4.5%減少
2	Lemstra M,	2008	カナダ、サスカツーン市	喫煙率が2年間で24.1→18.2%に5.9%減少
3	Cesaroni G,	2008	イタリア	喫煙率が2年間で36.2→30.5%に6.1%減少
5	Gallus S,	2007	イタリア	喫煙率が2年間で26.2→24.3%に1.9%減少
7	Wakefield MA,	2008	オーストラリア、アデレード市	喫煙率が7年間で27.1→18.7%に8.4%減少
4	Hahn EJ,	2008	ケンタッキー州レキシントンファイアックス郡	喫煙率が規制前後で25.2→17.5%に8.2%減少
6	Braverman MT,	2007	ノルウェー	喫煙率が規制前後で50.8→47.2%に3.6%減少
8	Gallus S,	2006	イタリア	喫煙率が規制前後で2.3%減少 タバコ販売量が8.9%減少
9	Elton PJ,	2008	イングランド	規制前後で20本以上の喫煙者が27.6→21.8%
10	Fong GT,	2006	アイルランド	喫煙者の46%が禁煙を企図
11	Edwards R,	2008	ニュージーランド	クイットラインへの電話の増加
12	Wilson N,	2007	ニュージーランド	クイットラインへの電話の増加

Smoking prevalence
 Smoking prevalence in Saskatoon fell from 24.1% in 2003 (95% CI 20.4-27.7) to 18.2% in 2005 (95% CI 15.7-20.9).

2004年7月に受動喫煙防止法。施行前後の2年間で喫煙率が5.9%減少。

喫煙率は2~3年の短かい期間で2~8%(大半は4~8%)減少特に若い年齢層の禁煙を促進

法律の施行前後で喫煙率が8.2%減少

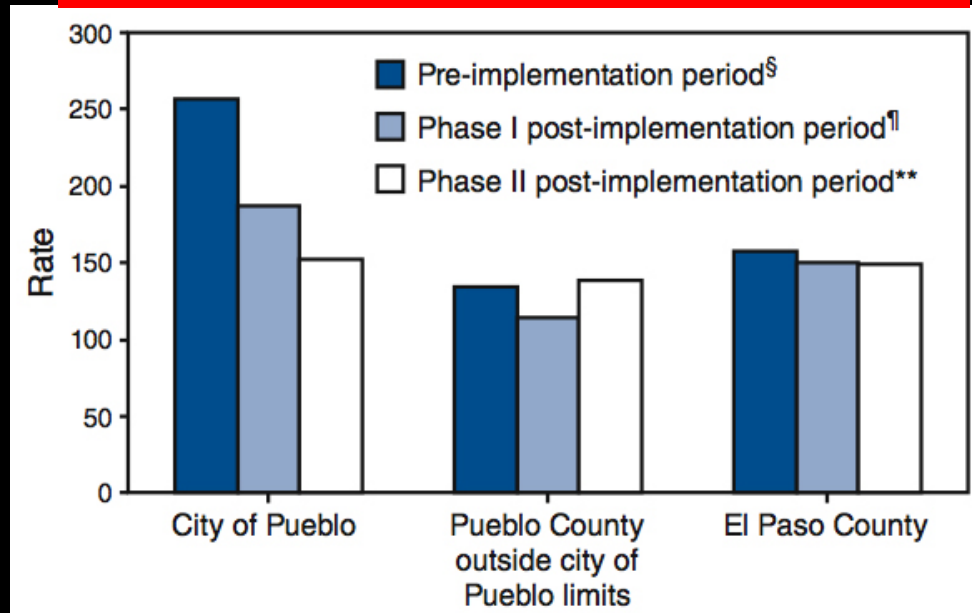


RQ3(心筋梗塞の減少)で採用された13論文

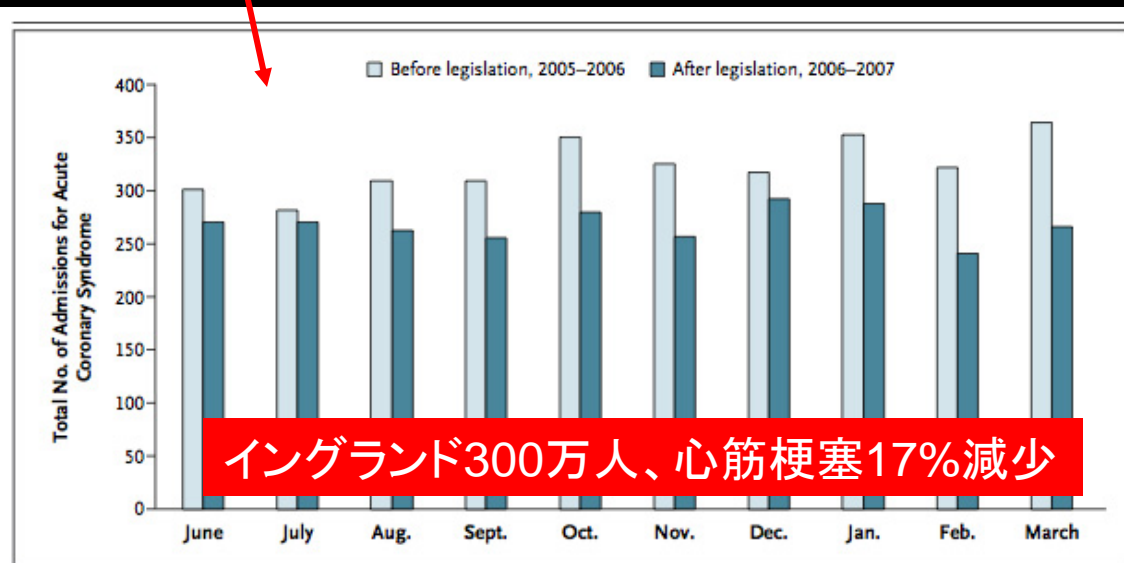
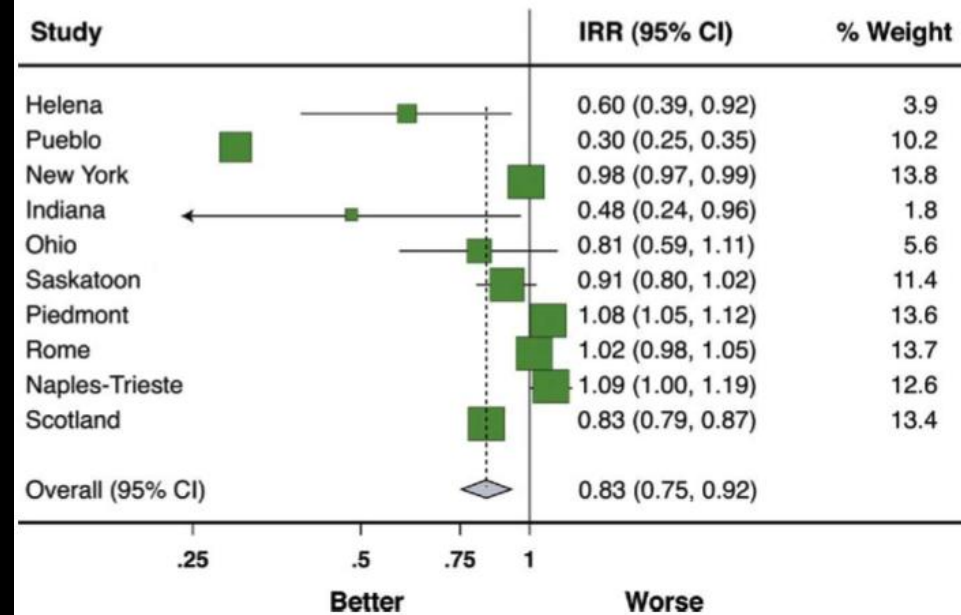
No.	著者	発行年	受動喫煙防止法・条例	研究方法	心筋梗塞		
1	Alsever RN.	2009	アメリカ、コロラド州ブエブロ市	追跡研究	41%減少		◎
2	Cesaroni G.	2008	イタリア	前後比較	7.9%減少		
3	Lemstra M.	2008	カナダ、サスカトゥーン市	前後比較	13%減少		
4	Vasselli S.	2008	イタリア	前後比較	13.1%減少		
5	Pell JP.	2008	イギリス、スコットランド	前後比較	17%減少		
6	Khuder SA.	2007	アメリカ、オハイオ州ボーンリンググリーン市	前後比較	39%減少		
7	Juster HR.	2007	アメリカ、ニューヨーク州	前後比較	8%減少		
8	Seo DC.	2007	アメリカ、インディアナ州モンロー郡	前後&対照比較	58%減少		
9	Bartecchi C.	2006	アメリカ、コロラド州ブエブロ市	前後&対照比較	27%減少		○
10	Barone-Ades FL.	2006	イタリア	前後比較	11%減少		
11	Sargent RF.	2004	アメリカ、モンタナ州ヘレナ市	前後比較	40%減少		
12	Meyers DG.	2009	11論文(10の国・地域)のメタアナリシス		17%減少		
13	Lightwood JM.	2009	9論文と3学会発表のメタアナリシス		17%減少		

ブエブロ市のデータを○は18ヵ月まで、◎は36ヵ月まで追跡した同一研究

心筋梗塞の減少の長期効果、41%減少



11論文のメタアナリシス:心筋梗塞17%減少



イングランド300万人、心筋梗塞17%減少

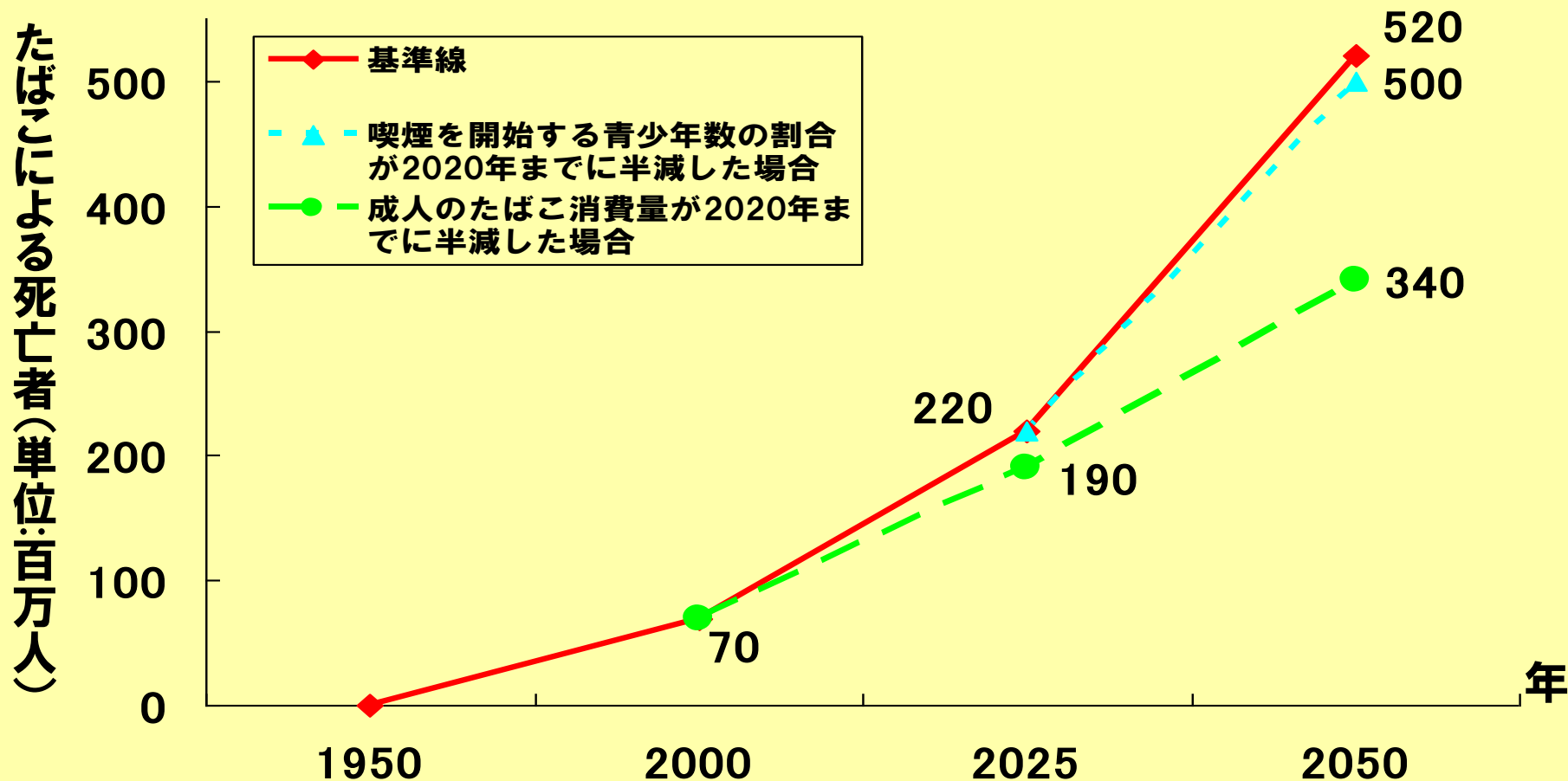
Figure 1. Admissions for Acute Coronary Syndrome According to Month before and after Smoke-free Legislation.

効果的なたばこ対策の 進め方と体制整備

喫煙防止対策と禁煙対策の効果の比較

介入戦略別の1950年から2050年までのたばこによる死亡者の累積数
現在の喫煙者が禁煙しない限り、今後50年間でたばこ関連死は劇的に増加する

【出典】世界銀行編：たばこ流行の抑制。日本公衆衛生協会(日本語訳発行)、1999

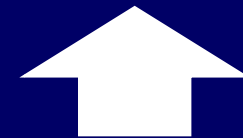


禁煙者を増やすためには

禁煙試行率 ↑

×

禁煙成功率 ↑



包括的なたばこ規制の推進

- たばこ税の値上げ
- 公共場所等の禁煙化
- 広告禁止、警告表示強化など

+

マスメディア・キャンペーン

医療従事者からの働きかけ

有効な治療法の利用の促進

- 医療従事者からの働きかけ
- マスメディア・キャンペーン
(治療の必要性の啓発)
- 治療へのアクセスの向上
(保険適用やOTC化)
- 効果的な治療方法の開発
- 指導者トレーニング

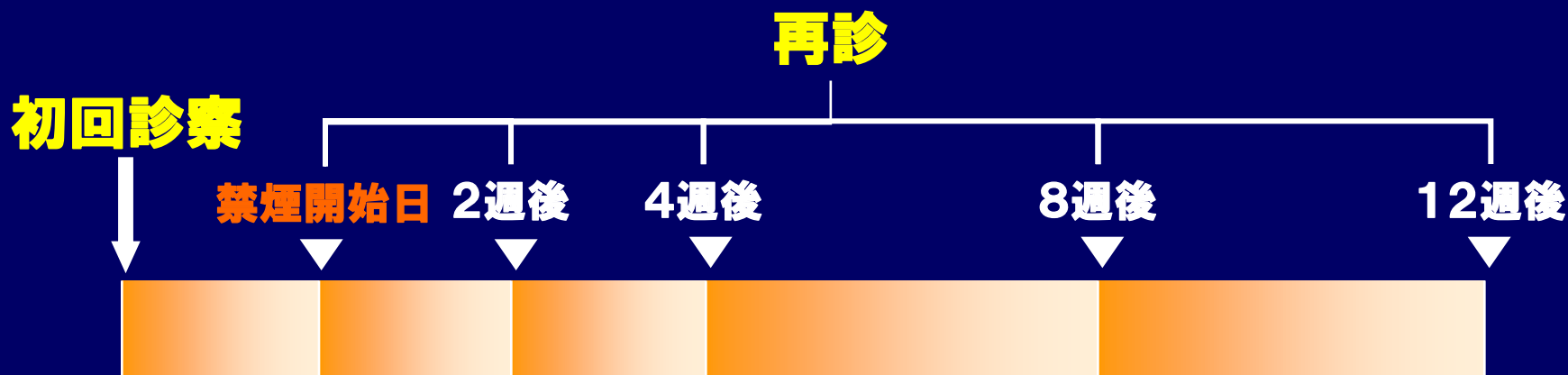
禁煙治療に対する保険適用

■ 「ニコチン依存症管理料」の新設(2006年4月)

- ニコチン依存症と診断された患者のうち、直ちに禁煙することを希望する者に対しては、**一定期間(12週間、5回)の指導**に対して、診療報酬上の評価を行う。5回分合計の保険点数は962点。

指導内容は**カウンセリングと薬物療法**。

ニコチンパッチとバレニクリンが禁煙補助剤として**薬価収載**



保険による禁煙治療のパターンと Reimbursement

Pattern 1 (standard)

全て外来で治療

full R (counseling + medication)

Pattern 2

外来

full R

入院

R (medication only)

Pattern 3

外来

full R

入院

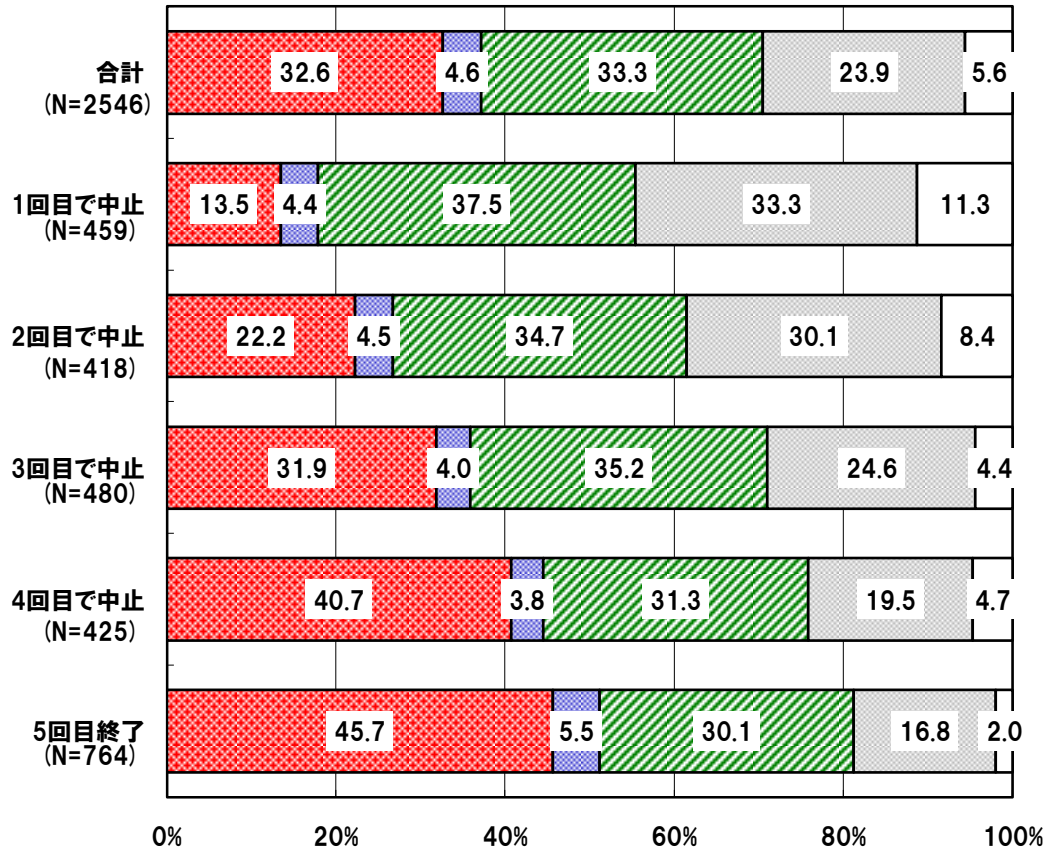
R (medication only)

外来

full R

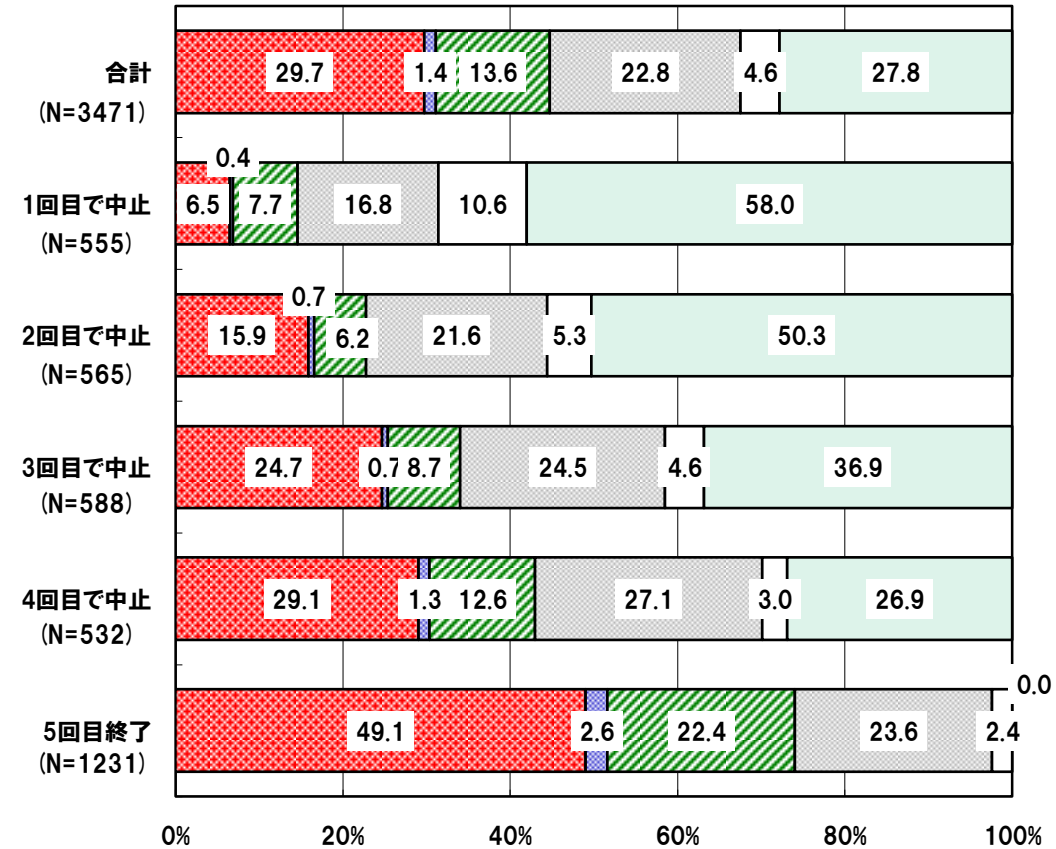
ニコチン依存症治療の状況別に見た 指導終了9ヶ月後の状況

平成19年度調査(第1回調査)



■禁煙継続 ■1週間禁煙 ■失敗 ■不明 ■無回答

平成21年度調査(第2回調査)



■禁煙継続 ■1週間禁煙 ■失敗 ■不明 ■無回答 ■指導中止時に禁煙失敗

禁煙率に関する日英比較

国名	追跡期間	禁煙率の定義	禁煙率 (COで客観的確認)
日本 ^{1),2)}	1年後 (治療終了9ヵ月後)	9ヵ月間継続禁煙率	2007年調査 32.6% (28.6%) 2009年調査 29.7%
イギリス ³⁾	1年後(52週後)	50週間継続禁煙率	17.7% (14.6%)

1) 第1回調査: 中医協 総会資料, 2008年7月

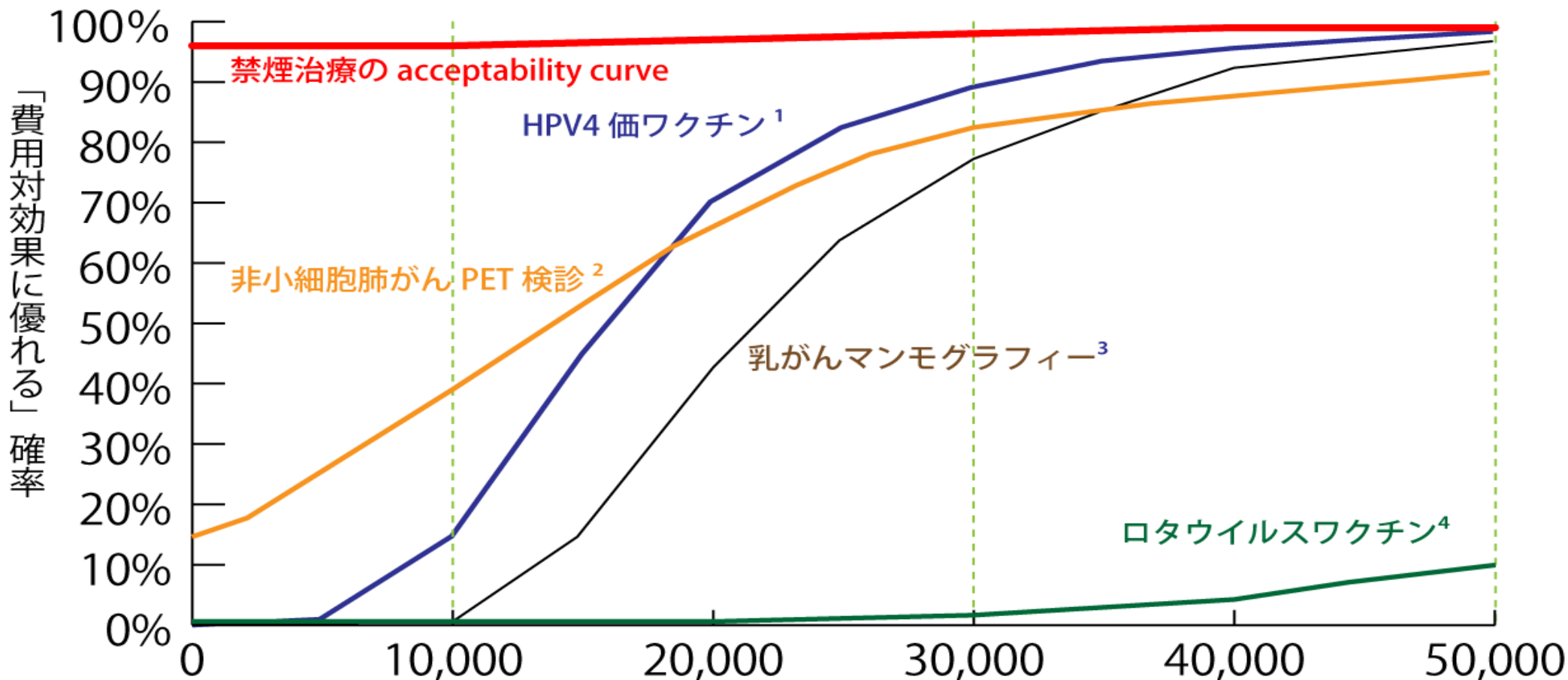
2) 第2回調査: 中医協 診療報酬改定結果検証部会, 2009年11月)

3) Ferguson, et al. Addiction 100 (Supp2): 59-69, 2005.

(注)英国の禁煙治療

禁煙開始前に1-2回、開始日以降は4週間にわたって毎週1回、全体で5-6回の個別指導またはグループ療法が実施されているが、期間が1か月あまりと短く、日本のほうがより密度の濃い指導内容となっている。なお、薬物療法は8週間であるが、毎週引換券をもらう必要があり、日本に比べてより手間がかかり、使用期間が短くなる可能性が考えられる。

費用対効果の許容可能性曲線 (acceptability curve)



1. Brisson M, et al. Vaccine, 25: 5399-5408, 2007
2. Centre for health economics research and evaluation, オーストラリア
3. 大貫ら (日本乳癌検診学会誌, 1997) のデータを用いて推定
4. 五十嵐ら, ISPOR Europe, 2009

喫煙者の禁煙行動の実態 2005年→2009年

	禁煙治療の 保険適用1年前	保険適用直後 たばこ値上げ直前 (1箱約20円) パッチ保険適用直後	保険適用1年後	保険適用2年後 パッチOTC化直後 ハレニクリン保険適用直後	保険適用3年後
	2005年6月	2006年6月	2007年6月	2008年6月	2009年6月
禁煙したい割合	54.1%	59.6% ↑	53.4%	50.3%	52.8%
	P<0.01		P<0.01		
	P<0.001				
年間禁煙試行率	23.0%	27.8% ↑	24.9%	28.8%	67%
	P<0.01				38%
OTCを用いた割合	9.3%	7.0%	10.2%	14.2%	28%
禁煙治療を用いた割合	4.2%	4.1%	7.2%	3.8%	23%
年間禁煙率(7日間断面)	5.9%	7.1%	7.7%	8.4%	6%

英国
(2009年)

67%

38%

28%

23%

6%

注1 ベースライン時に生涯喫煙本数100本以上の者を対象とした。

(2009年度厚労科学 第3次対がん研究 中村班)

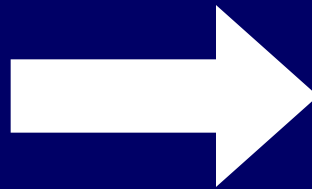
注2 パッチのみの対象者は保険適用2年後までは禁煙治療に含めているが、3年後からはOTCに含めている。

注3 英国の成績は、West R, et al. Smoking and smoking cessation in England: Findings from the Smoking Toolkit Study. 2009.

但し、禁煙したい割合はSmoking-related behaviour and attitudes, 2008/09. Office for National Statistics.

日常診療の場での禁煙の推進

診療や健診の場での
禁煙の働きかけ



保険による
禁煙治療

Ask (喫煙状況の把握)

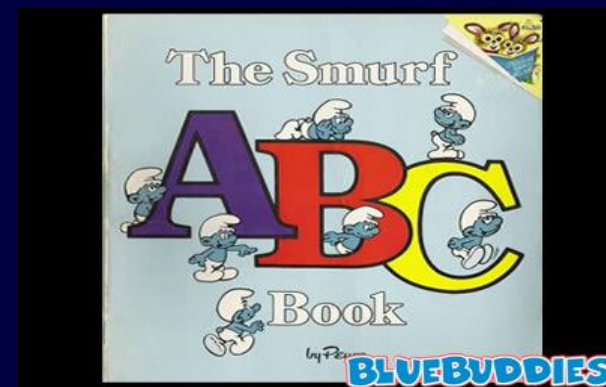
Brief advice (簡易なアドバイス)

Cessation support

(禁煙実行の支援)

禁煙に関する情報提供

Brief advice(簡易なアドバイス)



1. 禁煙の重要性を伝える

- ※禁煙すべきであることを「はっきり」と伝える
- ※禁煙が「重要かつ優先順位が高い健康課題である」ことを強調する
- ※喫煙の健康影響、禁煙の効果について「個別的に」情報提供する

2. 楽に禁煙できる有効な方法があることを伝える

- ※喫煙習慣の本質はニコチン依存症という「脳の病気」
- ※自力で禁煙するよりも禁煙の薬剤を使ったり、専門家による支援や治療を受けた方が禁煙できる可能性が2－3倍程度高まる

禁煙の重要性を伝えるー健診の場

・病歴：喫煙関連疾患

糖尿病、脳血管障害（脳梗塞、SAH）、虚血性心疾患（異型狭心症を含む）、消化性潰瘍、COPDなど

・検査異常

脂質系（HDL↓、LDL↑、TG↑）、糖代謝（血糖↑）

多血症（RBC↑、Hb↑）、白血球増多（WBC↑）

※メタボリック・シンドローム

・自覚症状

呼吸器系（咳、痰、息切れ）など、喫煙関連症状

（注）何も該当しない場合の対応

禁煙に関する情報提供の内容

1. 禁煙の重要性を伝える

- ※禁煙すべきであることを「はっきり」と伝える
- ※禁煙が「重要かつ優先順位が高い健康課題である」ことを強調する
- ※喫煙の健康影響、禁煙の効果について「個別的に」情報提供する

2. 楽に禁煙できる有効な方法があることを伝える

- ※喫煙習慣の本質はニコチン依存症という「脳の病気」
- ※自力で禁煙するよりも禁煙の薬剤を使ったり、専門家による支援や治療を受けた方が禁煙できる可能性が2－3倍程度高まる

禁煙を手助けする薬剤の情報提供が重要！

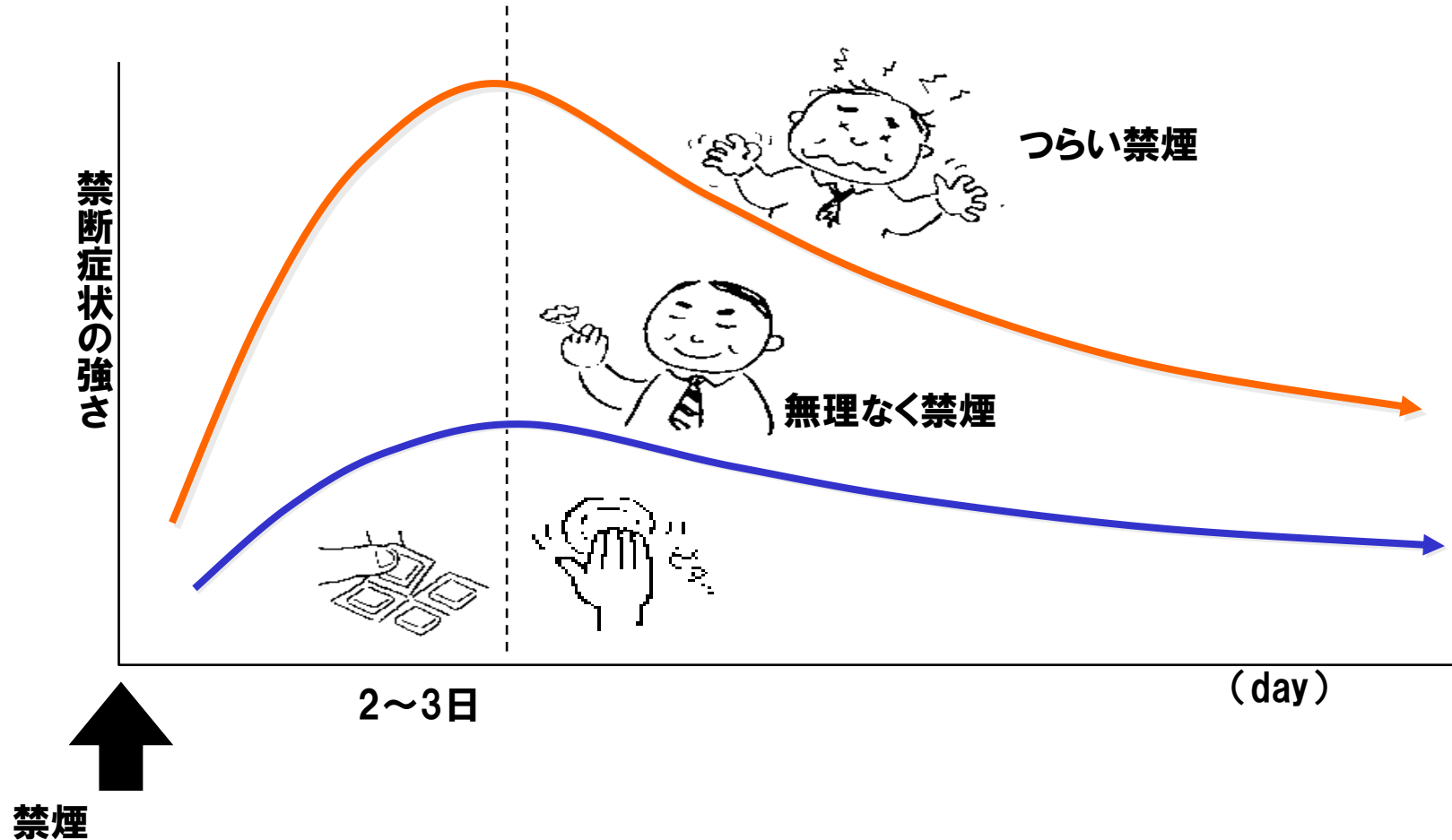
■ 禁煙しようと思っている、または関心がある場合

「禁煙するなら**禁煙の薬**を使うと**結構楽に**、しかも**確実に禁煙ができますよ**。私達は水曜日午後に禁煙外来を実施していますが、皆さん禁煙の薬を使ってうまく禁煙されています。しかも保険で禁煙治療が受けられるようになって**1-2ヵ月分程度のたばこ代**で治療が受けられるようになりました。お知り合いの医療機関や産業医の先生に相談して処方してもらって下さい。」

■ 禁煙に関心がない場合

「今のところ、禁煙に関心をお持ちでないようですが、**今後禁煙しようと思われた場合に**、これからお話しすることを覚えておかれるときっと役にたつと思いますよ。それは、禁煙する際には自力でなく、**禁煙の薬**を使うと、**結構楽に禁煙できる**ということなんです。私達は水曜日午後に禁煙外来を実施していますが、皆さん禁煙の薬を使ってうまく禁煙されています。しかも保険で禁煙治療が受けられるようになって**1-2ヵ月分程度のたばこ代**で治療が受けられるようになりました。今後禁煙する時のために覚えておかれるといいですよ。」

楽にやめられる



確実にやめられる

禁煙できる可能性が高くなります！

- ・禁煙の薬を使用すると **2～3倍**
- ・さらに指導を受けると、その内容に応じて **3倍** 近くまで

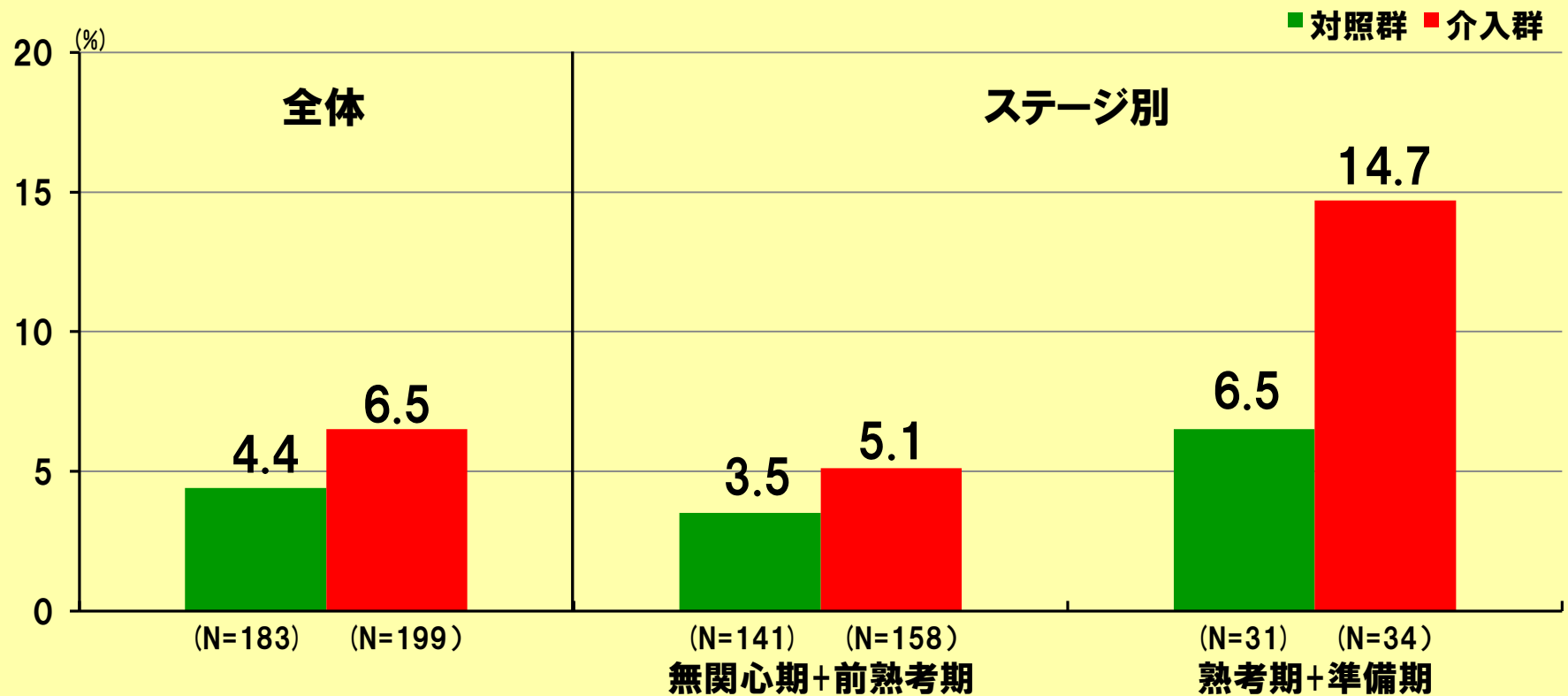
費用はたばこ代よりも安い！

保険による禁煙治療の自己負担額(3ヵ月間)

	ニコチンパッチ の場合	バレニクリン の場合
初診料＋再診料*1	2,286円	3,024円
ニコチン依存症管理料	2,886円	2,886円
院外処方箋料*2	612円	1,224円
禁煙補助薬*3	6,219円	11,298円
計	12,003円	18,432円

健診の場での短時間（1分間）の禁煙介入の効果-断面禁煙率-

- 1年後断面禁煙率 -



粗オッズ比(95%信頼区間) 1.53 (0.62-3.78)

1.45 (0.46-4.54)

2.50 (0.45-13.94)

補正オッズ比(95%信頼区間) 1.51 (0.57-3.97)

1.30 (0.40-4.19)

3.17 (0.43-23.69)

(注) 補正オッズ比は、年齢・喫煙本数で補正

「禁煙力」を高めるための方法

意志

薬剤

カウンセリング

脱メタバコ支援マニュアル

はじめに

第Ⅰ部 メタボリックシンドローム対策に禁煙は必須!

1. 喫煙は動脈硬化を促進する独立した要因
2. 喫煙とメタボリックシンドローム・糖尿病との密接な関係
3. 禁煙による健康面と経済面のダブル効果
4. 禁煙後の体重増加と検査値への影響

第Ⅱ部 特定健診・特定保健指導における禁煙支援の取り組み

1. 禁煙についての情報提供
2. 禁煙をテーマとした動機づけ支援・積極的支援
3. 減量をテーマとした動機づけ・積極的支援における禁煙の情報提供



大阪府医師会 生活習慣病予防リーフレット

【目的】

- 日常診療や健診の場で活用できる配布用教材の作成

【特徴】

1. メタボに限定していない
2. まず禁煙、そして食事と運動
3. 簡易な自己チェックが可能（食事、運動）

【作成および配布状況】

- 2009年5月完成
- 府医にて30万部印刷、64地区医師会に2500部ずつ配布

府医健康づくり推進委員会の2008年度事業として作成

大阪府立健康科学センター
のホームページで公開



生活習慣病予防のための
「一無、二少、三多」
いらむ にしょう さんた

一無 たばこは吸わない。他人のたばこの煙を避ける。

二少 飲食を控える。

三多 喫煙は万病の元

—— メタボや糖尿病にも関係 ——

喫煙は、肺がんをはじめ多くのがん、狭心症や心筋梗塞、脳梗塞、くも膜下出血などの循環器の病気、慢性気管支炎や肺気腫、消化性潰瘍など、多くの病気の原因です。その結果、2005年現在、喫煙が原因で亡くなる人の数は、年間13万人以上ののぼり、8人に1人がたばこによって命を落としていることとなります。

最近では、喫煙するとメタボや糖尿病にもかかりやすくなることわかってきました。また、喫煙とメタボが重なると動脈硬化がさらに進み、狭心症や心筋梗塞、脳梗塞などの病気にかかりやすくなります。また、喫煙しなくても周りのたばこの煙を吸わされることにより、肺がん、虚血性心疾患、脳卒中などの病気にかかりやすくなることがわかってきました。

喫煙本数が多いほどメタボになりやすい
職域健診受診者、男性2994人(35~59歳)、7年間追跡

喫煙本数	メタボ発症率
非喫煙者	1.00
1~20本/日	1.14
21~30本/日	1.45
31本以上/日	1.59

(Nakanishi N, et al: Ind Health 43: 295-301, 2005)

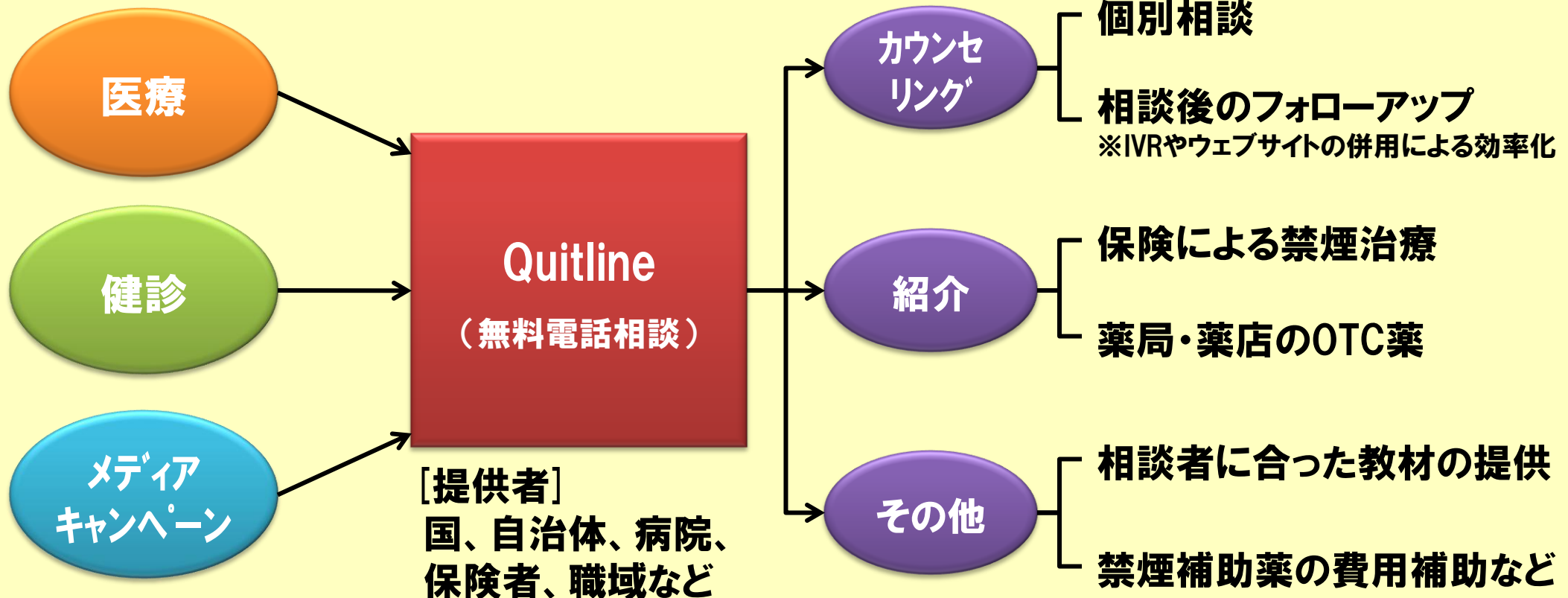
「楽に」「確実に」「あまりお金をかけずに」
やめられます

薬に確実に禁煙するためには、医療機関で禁煙補助剤を使

禁煙推進におけるQuitlineの特徴と役割

[特徴]

1. 優れた利便性(アクセスの良さ)
2. 有効性 禁煙のリスク比1.37 (1.26-1.50) (コクランレビュー2006年)
3. 優れた経済効率性
4. 禁煙サービスの「ハブ機能」



禁煙のための薬剤



医療用ニコチンパッチ



バレニクリン



ニコチネルパッチ



ニコレットパッチ



シガノンCQ

OTC用ニコチンパッチ



ニコチンガム

禁煙補助薬の種類の特徴

名称	入手場所	特徴	ニコチン依存症
ニコチンガム	薬局、薬店	短時間で禁断症状が抑えられる。間違ったかみ方をすると胃の不快感が出やすい。	低～中依存の人向き
市販のニコチンパッチ	薬局、薬店	パッチを貼るだけで簡単。突然の欲求に対処できない。皮膚がかぶれることもある。	低～中依存の人向き
医療用ニコチンパッチ	医療機関	高用量のものが使え、24時間貼るので、起床時も含めて禁煙症状をより抑える。	中～高依存の人向き
内服薬	医療機関	ニコチンを含まない。服用中に喫煙しても満足感が少なく再喫煙しにくい。	中～高依存の人向き

(中村正和、日本経済新聞 夕刊、2010年2月6日掲載、取材記事より)

禁煙方法を選ぶ 目安

医療機関で 禁煙治療を受ける

- ・喫煙本数が多い人
- ・禁煙する自信がない人
- ・過去に禁煙して禁断症状が強かった人
- ・精神疾患など、禁煙が難しい特性を有する人
- ・薬剤の選択など、禁煙にあたって医師の判断を必要とする人

薬局・薬店で ニコチンパッチや ニコチンガムを使ってやめる

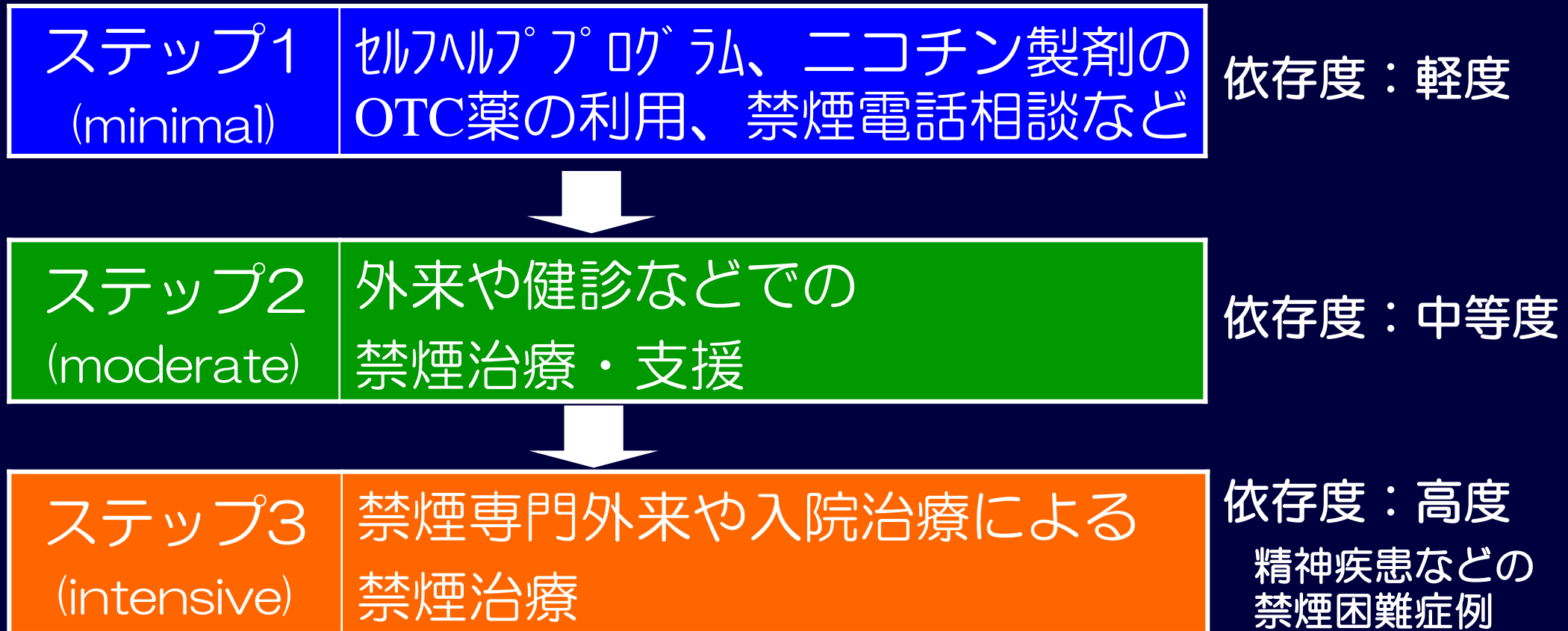
- ・喫煙本数が少ない人
- ・禁煙する自信が比較的ある人
- ・忙しくて医療機関を受診できない人
- ・保険診療による禁煙治療の条件を満たさない人



無料の禁煙電話相談システム創設の提案

- Quit lineの有効性に関しては、すでにCochrane review など多くの研究が実施されており、その有効性とすぐれた費用効果比は確立している。
- 厚生労働省「受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会」報告書（2009年3月24日公表）の今後の課題(4)には「(前略) 諸外国におけるクイットライン(電話による禁煙相談)のように手軽に活用できる禁煙支援のための方策・連携体制の構築等について検討する必要がある。」との記述がある。
- 日本には、現在全国に375施設のがん診療連携拠点病院があり、ここには電話相談の仕組みがあるので、まず第1段階としてこれを活用する。
- 第2段階として全国共通の無料禁煙相談の電話番号をとることとし、たばこの外箱にQuit lineの電話番号を示すことを検討するべきである。

禁煙サポートのステップ・ケア・モデル



精神障害者が禁煙することのメリット

1. 薬物依存症からの解放
2. 喫煙による身体合併症の予防・悪化防止
3. 精神症状の安定化
(但し禁煙中は一時的に悪化する場合あり)
4. 薬剤減量、副作用減少の可能性
5. 経済的な負担の軽減
6. QOLの向上

禁煙による血中濃度上昇が予想される精神科薬剤

CYP1A2やグルクロン酸トランスフェラーゼなどにより代謝される薬剤 ()内は主な商品名

種類	薬剤名
向精神薬	クロルプロマジン(コントミン、ウインタミン)、フルフェナジン(フルメジン)、ハロペリドール(セレネース)、オランザピン(ジプレキサ)
抗うつ薬	アミトリプチリン(トリプタノール)、イミプラミン(トフラニール)、クロミプラミン(アナフラニール)、ノルトリプチリン(ノリトレン)、フルボキサミン(デプロメール、ルボックス)
抗不安薬	ジアゼパム(ホリゾン、セルシン)、アルプラゾラム(コンスタン、ソラナックス)、ロラゼパム(ワイパックス)
その他	β ブロッカー　プロプラノロール(インデラル)
	気管支拡張薬　アミノフィリン(ネオフィリン)、テオフィリン(テオドール、スロービット)

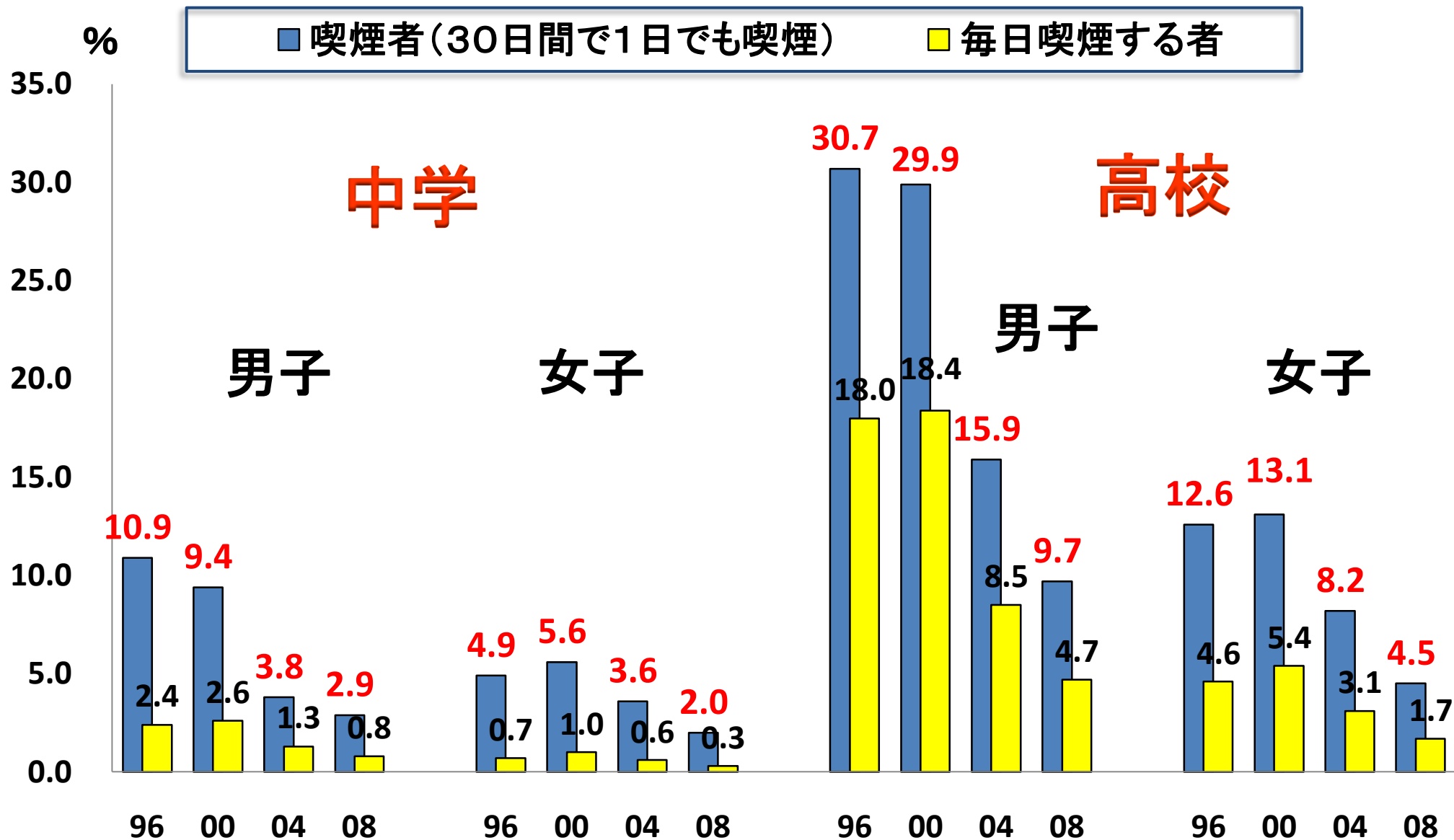
(注) 禁煙による血中濃度上昇がないと予想される向精神薬

リスペリドン(リスパダール)、アリピプラゾール(エビリファイ)、クエチアピン(セロクエル)

- 出典
1. 戸田紘子:禁煙指導各論 薬局などで 日本禁煙学会編. 禁煙学. 南山堂, 東京.p.106, 2007
 2. 加濃 正人編:タバコ病辞典 実践社



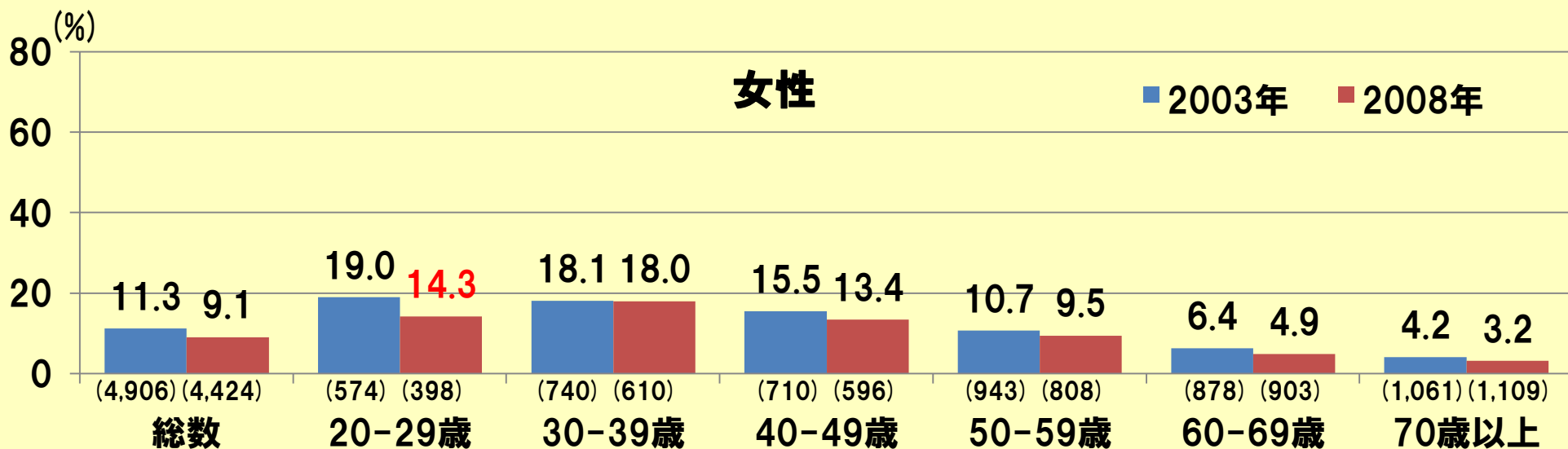
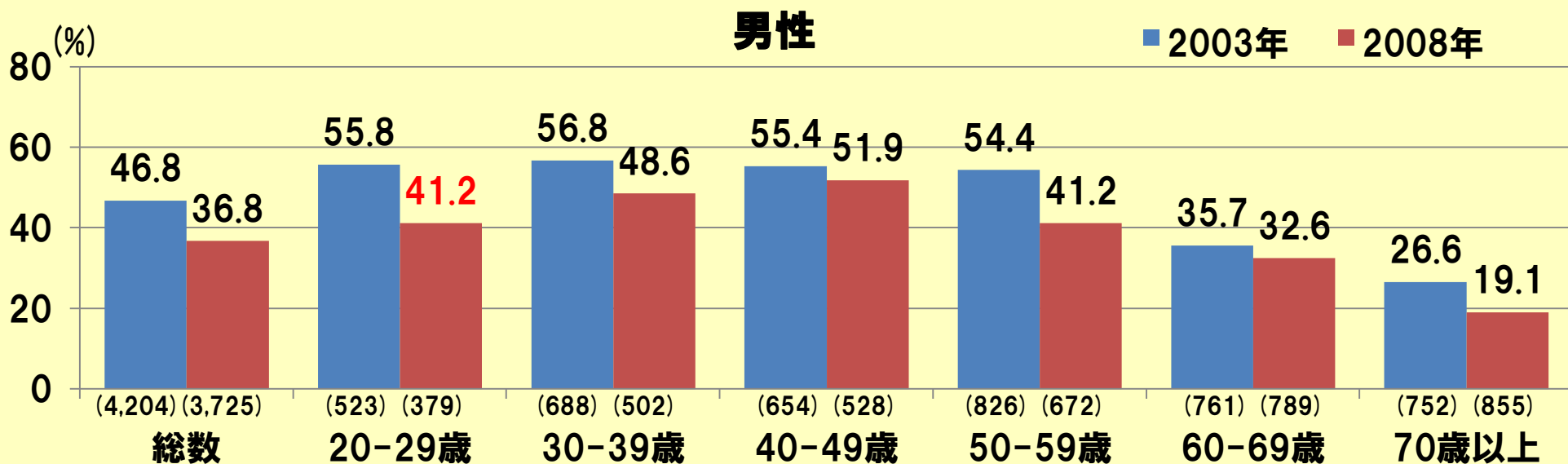
未成年者の喫煙について



出典: 厚生労働科学研究費補助金
「未成年者の喫煙実態状況に関する調査研究」等

現在習慣的に喫煙している者の割合—年齢階級別

2003年と2008年との比較



(厚生労働省 2008年国民健康・栄養調査結果)

青少年の喫煙率が減少した理由は？

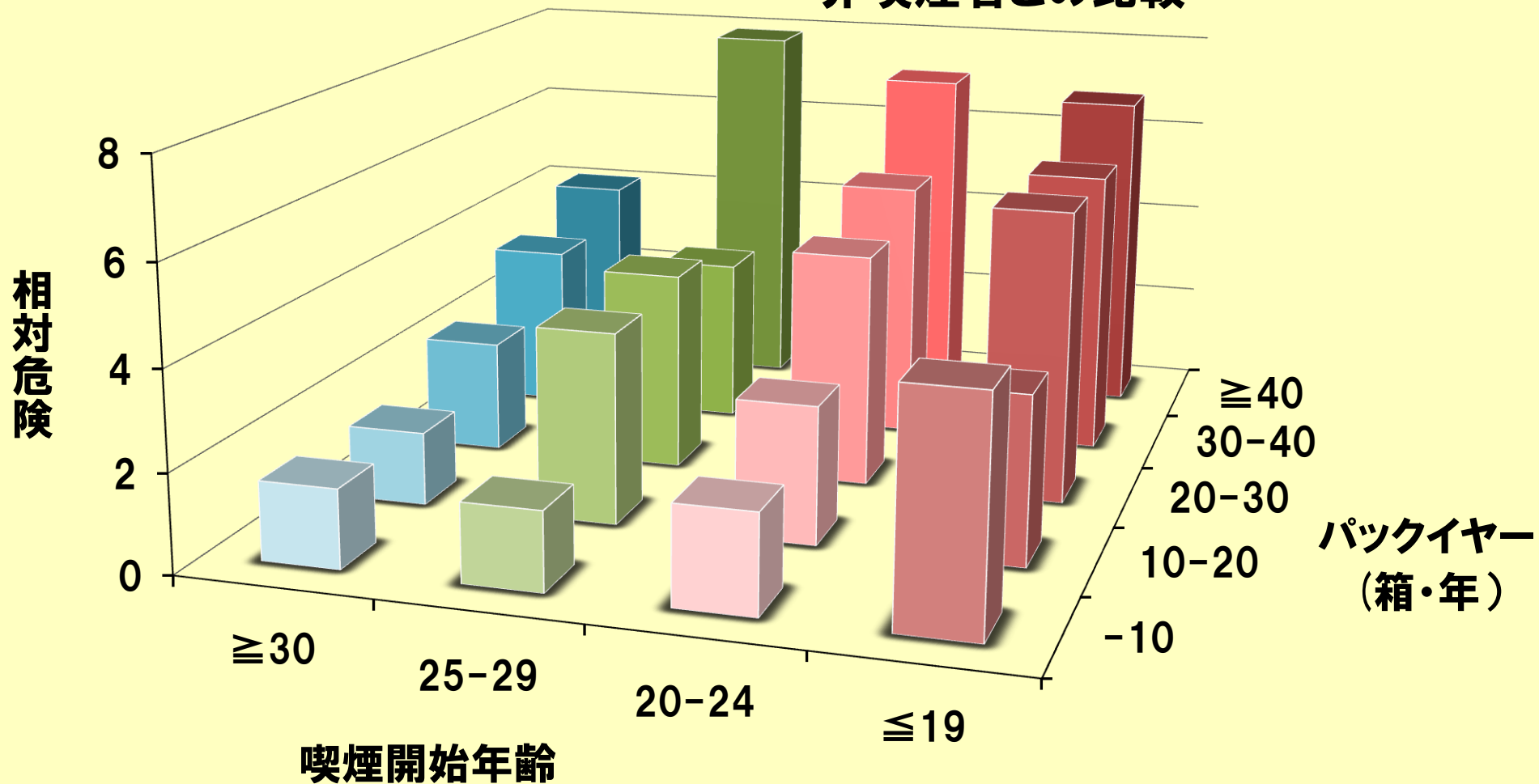
1. 成人の喫煙の減少傾向(特に成人男性)
2. たばこの1箱20円の値上げ(2003年、2006年)
3. 学校での喫煙防止教育の普及
4. 健康増進法の施行(2003年)に伴う学校の敷地内禁煙化の推進
5. 携帯電話の普及??

未成年者の喫煙の問題点

- 健康影響が大きい
- 深刻なニコチン依存症に陥りやすい
- 他の薬物乱用への入口となる

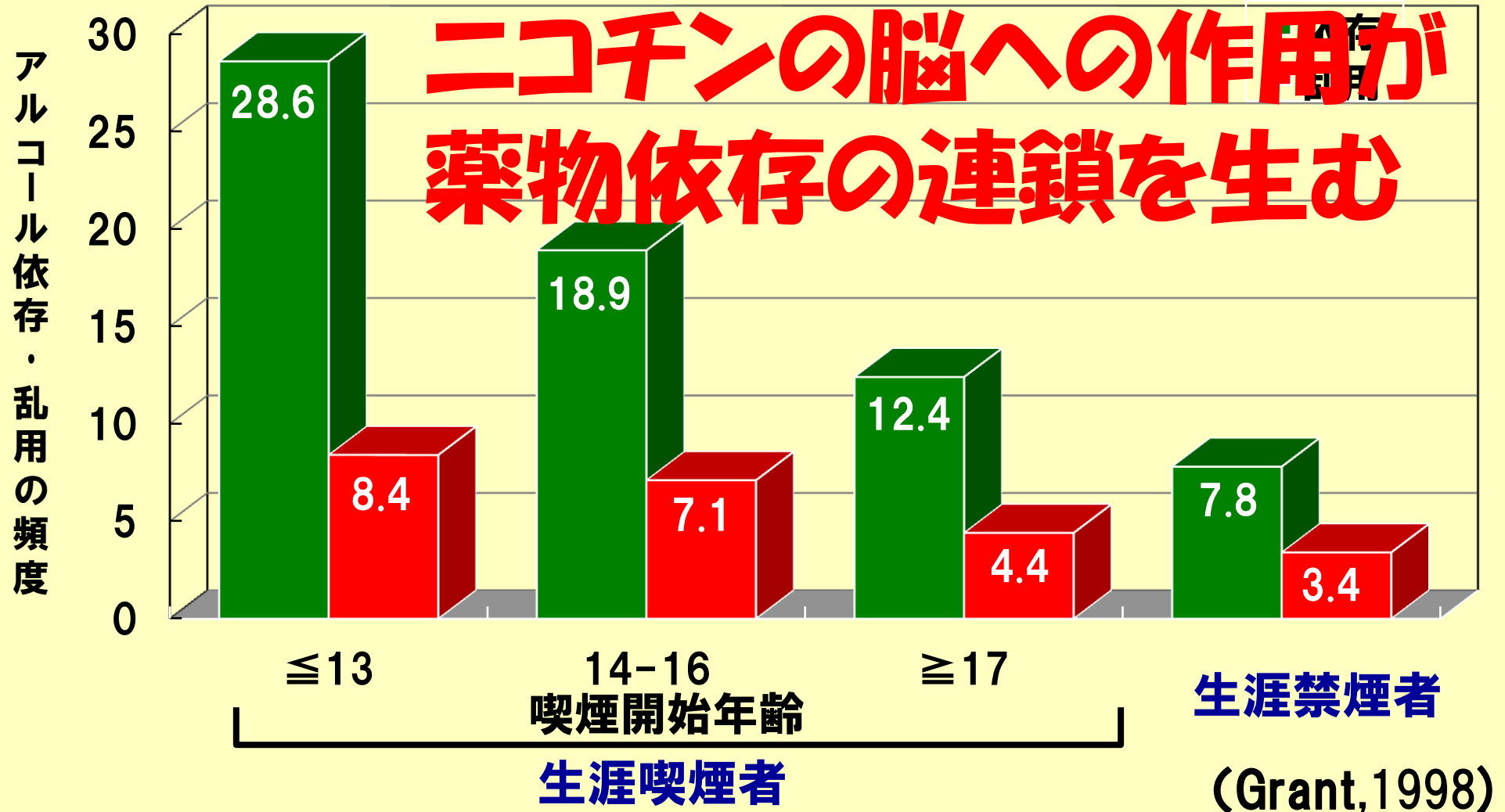
肺がん死亡のリスク — 喫煙開始年齢別、パッケイヤー別 —

非喫煙者との比較



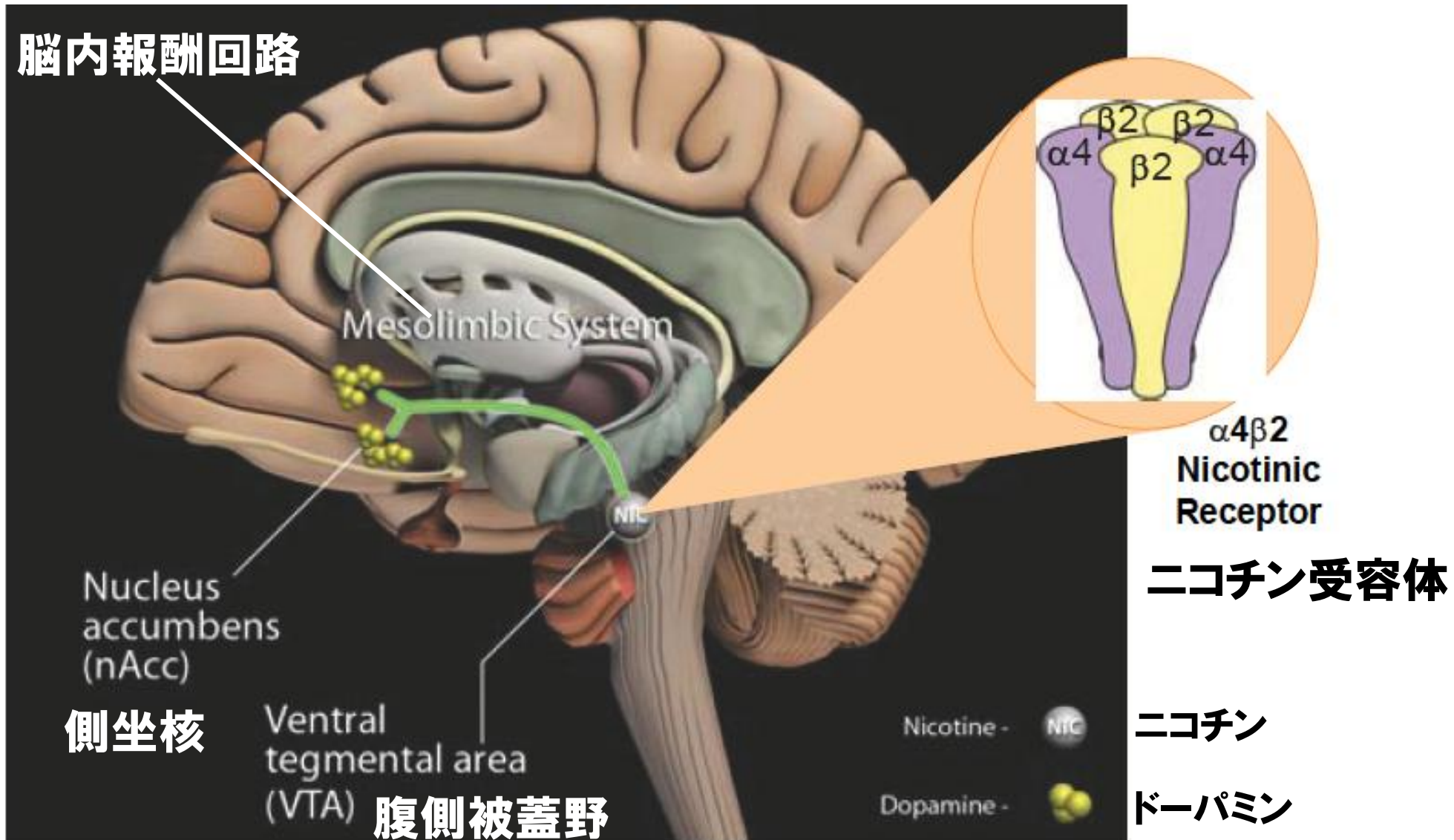
(Hirayama, Life-Style and Mortality, Karger, Basel, 1990)

喫煙開始年齢とアルコール依存・乱用

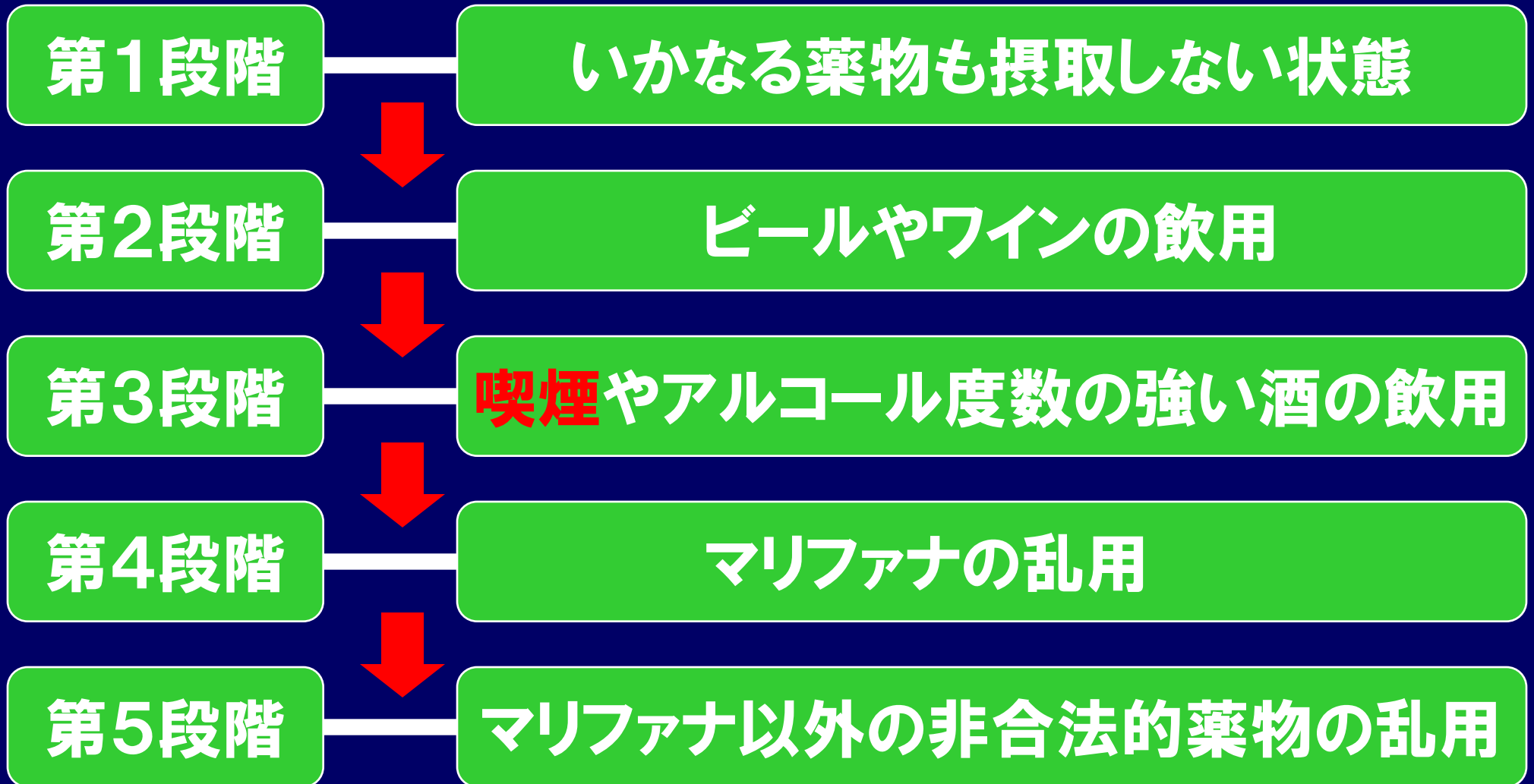


(注)アルコール依存とは、アルコールを求める強い衝動や離脱症状のため、アルコールをやめられない状態をいう。一方、アルコール乱用は、アルコールの不適切な摂取により、社会的問題を起こしているような状態をいう。

喫煙習慣の本質はニコチン依存症



薬物乱用の進展モデル



(Kandel, 1975)

喫煙防止対策の2本柱

■ アクセス対策(喫煙を促進する環境の改善)

◆ たばこ税の値上げ

◆ 自動販売機の規制・撤廃

■ アピール対策(たばこのイメージの改善)

◆ たばこ広告の禁止、警告表示の強化

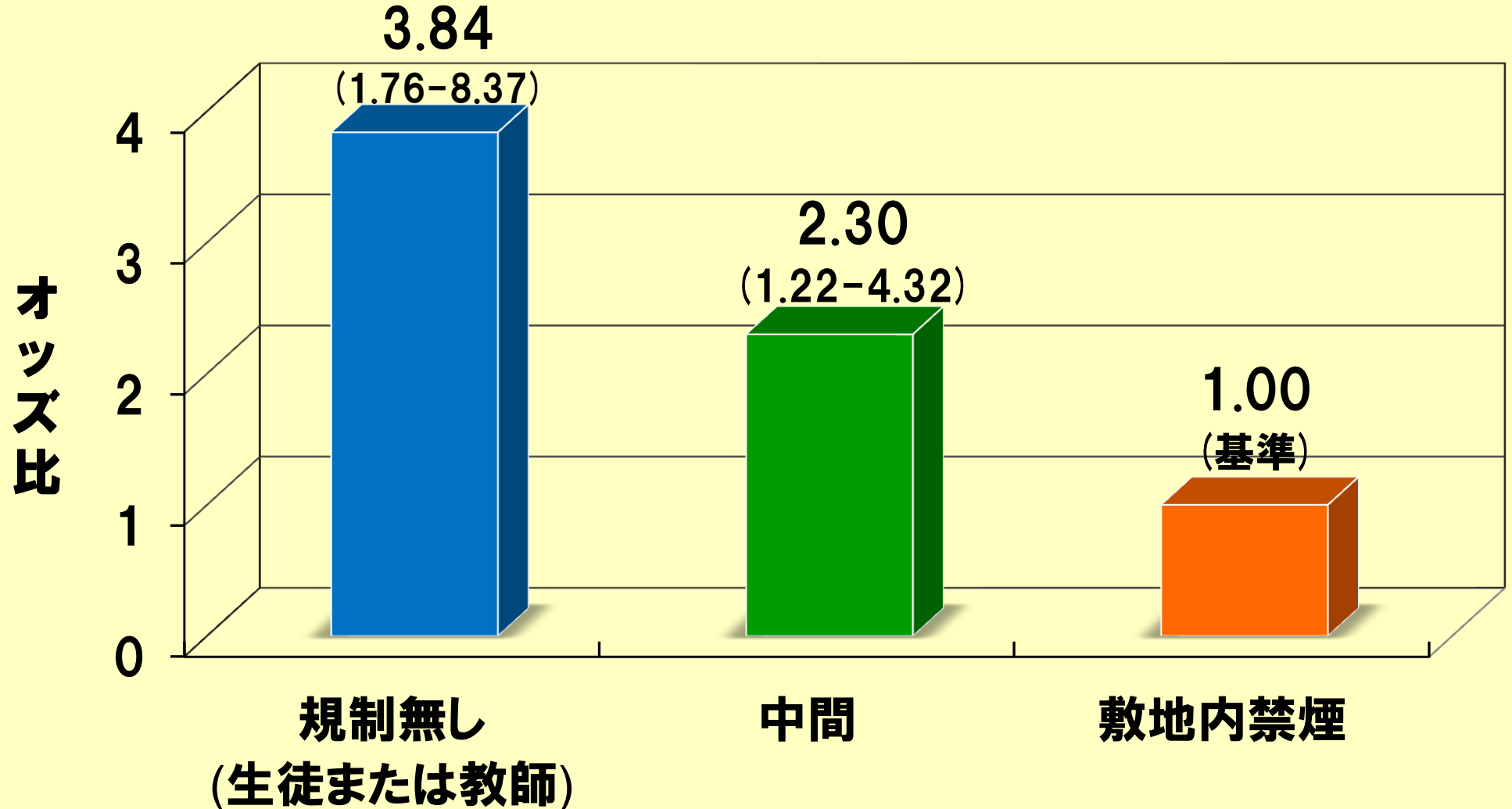
◆ 学校の敷地内禁煙化、公共場所の禁煙化

◆ 学校や家庭での喫煙防止教育

◆ 教師や保護者の率先垂範

学校の喫煙規制の効果

生徒の毎日喫煙者の割合の比較



(Moore L, et al: Tobacco Control, 10: 117-123, 2001)

公立学校敷地内禁煙の実施率

	文部科学省調査 (2005年)	日本小児科連絡協議会調査 (2009年)
小学校	44.4%	63.9%
中学校	40.4%	60.4%
高校	51.4%	89.9%
全体	44.0%	65.8%
回収率	100%	70.2% (都道府県教委) 57.0% (市町村教委)

文部科学省調査は、学校と教育委員会に対して実施。
日本小児科連絡協議会調査は、教育委員会を通じて実施

全国の公立学校の敷地内禁煙状況

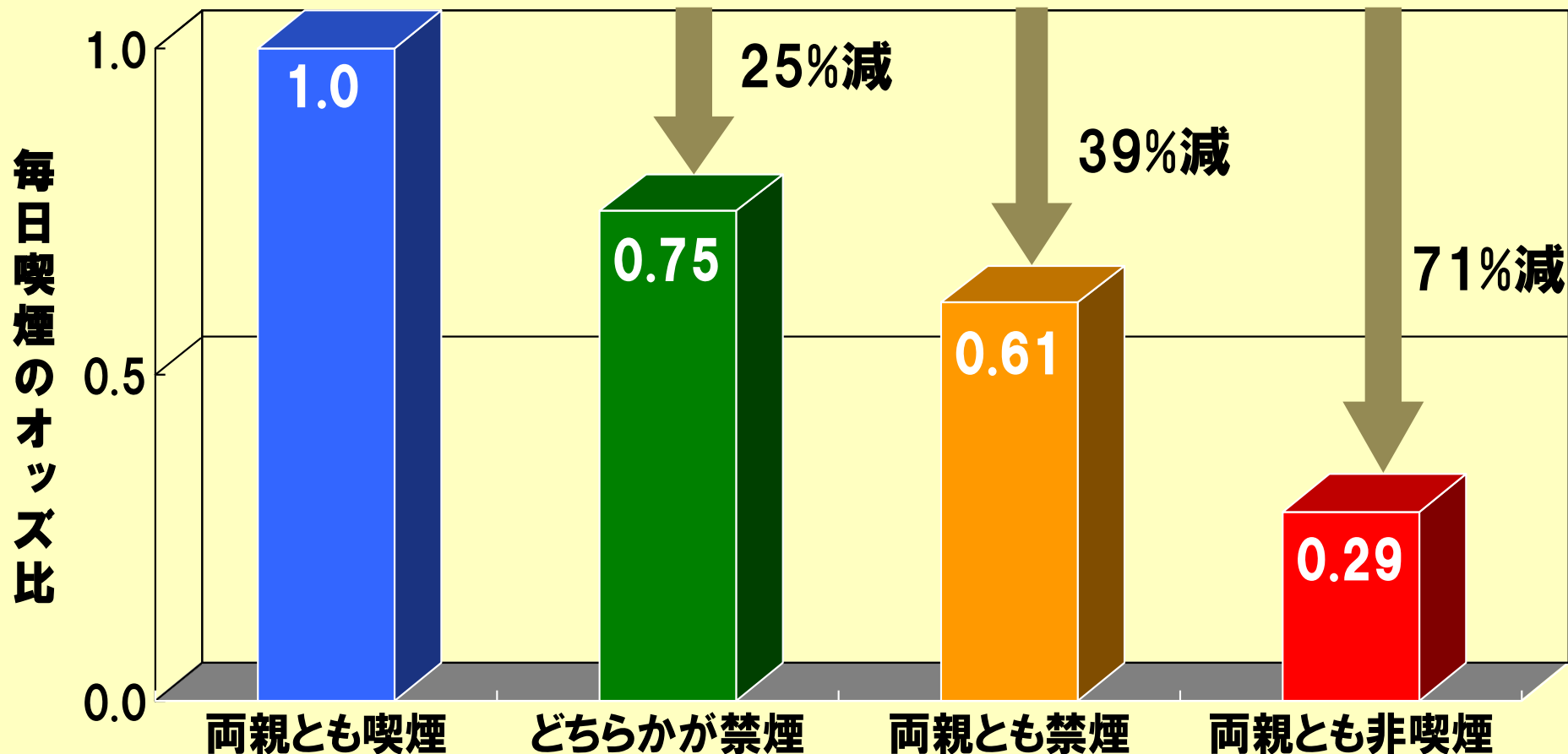
(2009年12月現在)

- ① **都道府県の全ての公立学校が敷地内禁煙**
7県(15%)
秋田、茨城、福井、静岡、滋賀、和歌山、徳島
- ② **都道府県立学校のみ敷地内禁煙**
35府県(74%)
- ③ **合計**
42府県(89%)

(日本学校保健学会「タバコのない学校」推進プロジェクトのホームページより)

両親の喫煙状況の影響

9年間の追跡調査結果(小学3年→高校3年)



(Bricker JB, et al: Addiction, 98: 585-593, 2003)

都道府県や市町村におけるたばこ対策の自己点検表の開発

- 目的：都道府県や市町村担当者が喫煙に関する地域環境を評価するための客観的評価指標について検討し、それらを用いたたばこ対策の自己点検表を作成した。
- 方法：たばこ対策に関する専門家5名による会議を2回開催し、評価指標の精選ならびに自己点検表の案を作成した。その後、大阪府や府内市町村のたばこ対策担当者数名に内容の検討を依頼して最終案を作成した。

都道府県や市町村におけるたばこ対策の自己点検表の開発

- 結果：「市町村版」と「都道府県版」の2種類の自己点検表と、各指標の意義や記入要領を解説した「記入用マニュアル」を作成した。
- 今後の予定：開発した自己点検表の実用性を検討するために、平成22年3月に大阪府ならびに府内の44市町村の協力を得てパイロット調査を実施し改良点を検討する。平成23年度には改良した他の都道府県でも同様の調査を行い、それらの結果を踏まえ、自己点検表を完成させる。

自己点検表の構成内容

たばこ対策の領域	市町村版	都道府県版
受動喫煙の防止 規制レベルと規制内容の評価	官公庁(市役所、議会庁舎等の場所別) 学校(市町村立幼稚園等の校種別)	官公庁、学校(都道府県立、私立、大学等)、 医療機関、職場(民間職場)、飲食店、公共 交通機関(鉄道、バス、タクシー)
禁煙支援・治療 禁煙支援の実施状況と支援内容、 禁煙治療へのアクセスの評価	健診等の保健事業における取組み (母子手帳交付時、国保の特定健診等) たばこ対策事業としての取組み (禁煙治療や補助剤への費用補助等) 禁煙治療へのアクセス (人口・面積あたり、禁煙治療・OTC薬)	【該当質問項目なし→市町村版のとりまとめ に対応】
喫煙防止 委員会の設置と喫煙防止教育の 実施学校数の評価	喫煙防止のための委員会の設置 学校における喫煙防止教育の実施状況 (市町村立小・中・高の校種別に把握)	学校における喫煙防止教育の実施状況 (都道府県立高校、私立中・高の校種 別に把握)
情報提供・教育啓発 実施状況の評価	講演会・セミナー等の実施、ホームページ・広 報誌で情報を提供、等	【該当質問項目なし→市町村版のとりまとめ に対応】
たばこ対策の推進体制 推進体制の評価	喫煙率減少の数値目標の設定 たばこ対策推進のための委員会の設置 たばこ対策担当者・専従体制 たばこ対策予算	喫煙率減少の数値目標の設定 たばこ対策推進のための委員会の設置 たばこ対策担当者・専従体制 たばこ対策予算

まとめ

1. 今年はたばこ規制・対策の環境整備として

- たばこの100円の値上げ

- 公共場所、職場の受動喫煙防止に関する通知、法改正
が実施される。

2. 都道府県においても

- 受動喫煙防止対策の推進

- 動機の高まった喫煙者への禁煙推進
を実施することが重要である。