

特集：たばこ規制枠組み条約に基づいたたばこ対策の推進

<総説>

厚生労働省が進めるたばこ対策

寺原朋裕

厚生労働省健康局健康課たばこ対策専門官

The Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare's measures
on tobacco control

Tomohiro TERAHARA

Health Service Bureau, Ministry of Health, Labour and Welfare

抄録

非感染性疾患（Noncommunicable diseases;NCDs）は、国民の死亡及び医療費の主要な要因である。厚生労働省では、健康日本21（第二次）を通して様々な取組を促進しており、生活習慣の改善や社会環境の整備を図ることによりNCDsの発症及び重症化予防を目指している。

中でもたばこ対策は、喫煙がNCDsによる死亡の最大のリスク要因でもあることから、重要である。厚生労働省は、健康日本21（第二次）とたばこの規制に関する世界保健機関枠組条約（WHO FCTC:WHO Framework Convention on Tobacco Control）に基づき、リスクアセスメント、啓発キャンペーン、禁煙支援、たばこ税の増税要望、受動喫煙対策といった、健康影響を減じるためのたばこ対策を行っている。さらに、たばこの健康影響評価専門委員会や厚生労働科学研究費補助金事業を通して、これらの取組を検証している。

また、2020年には東京オリンピック・パラリンピック競技大会が開催されることから、世界水準の受動喫煙防止対策を求める動きが増している。よりたばこの煙のない社会を目指して、しっかりと施策を進めていきたい。

キーワード：非感染性疾患（NCDs）、健康日本21（第二次）、たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約（WHO FCTC）、受動喫煙防止対策

Abstract

Noncommunicable diseases (NCDs) are a major cause of mortality and national health expenditures in Japan. The Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW) promotes comprehensive measures for the reduction of NCD burden through Health Japan 21 (the second term), which focuses on primary and secondary prevention through lifestyle improvements and changes to social environments.

Because it is estimated that tobacco smoking is the largest contributor to death due to NCDs in Japan, it is crucial to promote tobacco control. For the last decade, the MHLW has used the second Health Japan 21 and the Framework Convention on Tobacco Control to implement tobacco control measures

連絡先：寺原朋裕

〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2

1-2-2, Kasumigaseki Chiyoda-ku, Tokyo, 100-8916, Japan.

Tel: 03-5253-1111 (内線2393)

Fax: 03-3502-3099

E-mail: terahara-tomohiro@mhlw.go.jp

[平成27年9月25日受理]

including risk assessments, public awareness campaigns, cessation programs, demands for tobacco tax increases, and protection from exposure to tobacco smoke. Furthermore, the MHLW continuously examines the effectiveness of these measures through a tobacco advisory committee and Health Labour Sciences Research Grant.

Those who wish to create more smoke-free alternatives in Japan consider the 2020 Tokyo Olympics as a rare opportunity for the capital to reach global standards. To achieve a smoke-free environment, it is necessary to use effective measures.

keywords: Noncommunicable Diseases (NCDs), Health Japan 21 (the second term), The WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC), Control of secondhand smoke exposure
(accepted for publication, 25th September 2015)

I. 非感染性疾患と健康日本21（第二次）

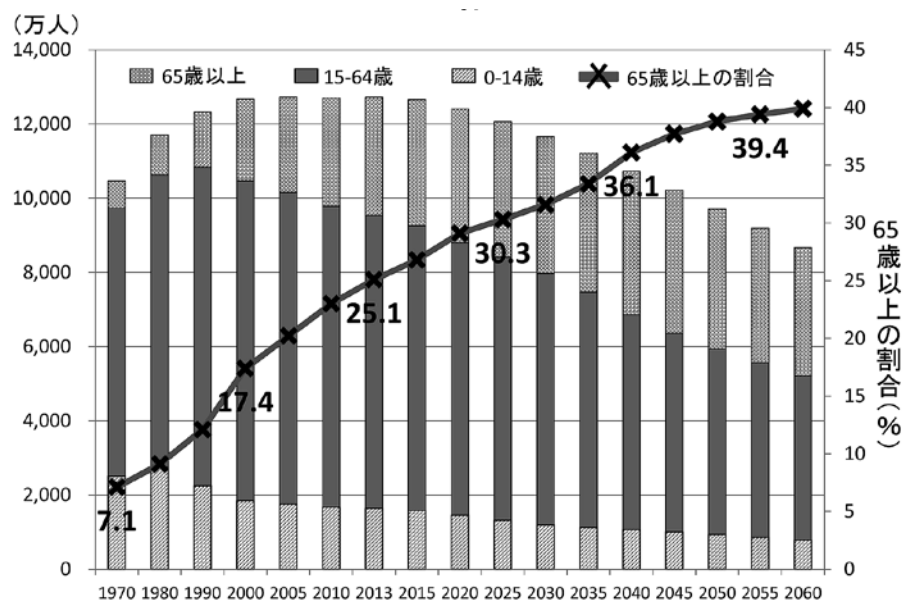
世代2.6人となっている。

1. 少子高齢化の推移（図1）

わが国は、急速な出生率の低下に伴う高齢化を認めており、今後もさらなる少子高齢化が予測されている。WHOや国連の定義によると、高齢化率（高齢人口の総人口に対する割合）が7%を超えた社会を「高齢化社会」、14%を超えた社会を「高齢社会」、21%を超えた社会を「超高齢社会」と言うが、日本は1970年に高齢化率が7.1%と「高齢化社会」となり、2010年には高齢化率が23%を示し、「超高齢社会」に突入した。15～49歳までの女性の年齢別出生率を合計したものである合計特殊出生率は、戦後のベビーブームの終息という状況も加わり、1950年代に大きく低下し、その後も徐々に減少している。65歳以上の高齢人口と15～64歳の生産年齢人口の比は、1970年には1人の高齢人口に対して9.7人の生産年齢人口であったに対し、2012年には高齢者1人に対して現役

2. 医療費の推移（図2）

今後の日本社会は、加齢及び疾病による負担が極めて大きくなると考えられる。国民医療費は年々増加しており、2013年度には初めて40兆円を超えた。国民医療費とGDPの比率の推移をみると、1990年代前半のバブル崩壊の頃までは、国民医療費もGDPも同じように上昇していたため、国民医療費のGDP比率は4%台と低いレベルに留まっていた。以後は、比率は徐々に上昇し、1999年には6.15%となり、2008年のリーマンショック以降は急ペースで上昇し、2011年には8.15%を示した。G7内で比較すると、日本は超高齢社会であり世界一の水準の平均寿命にも関わらず、GDPに対する総医療費比は比較的低値を維持している。しなしながら、今後は一層の増加が予測されていることから、医療費抑制を図ることもわが国の大切な課題である。



【資料】総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保険・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」、厚労省「人口動態統計」

図1 人口構成の推移

3. 疾病構造の変遷 (図3)

わが国は、第二次世界大戦後、衛生状態や生活習慣の改善及び医学の進歩等によって感染症などの急性疾患が激減する一方で、がんや循環器疾患などの生活習慣病に代表される慢性疾患が増加し、疾病構造は大きく変化してきた。非感染性疾患 (NCDs) であるがん、循環器疾患、

糖尿病及びCOPDは、高齢化も影響し今後さらに増加すると予測されている。NCDsは、現在、国民医療費 (一般診療医療費) の約3割、死亡者数の約6割を占めている。高齢化の進展により、NCDsによる医療及び介護負担は一層増すと考えられる。また、NCDsは国際的にも、取り組むべき重要な健康課題と位置づけられている [1]。

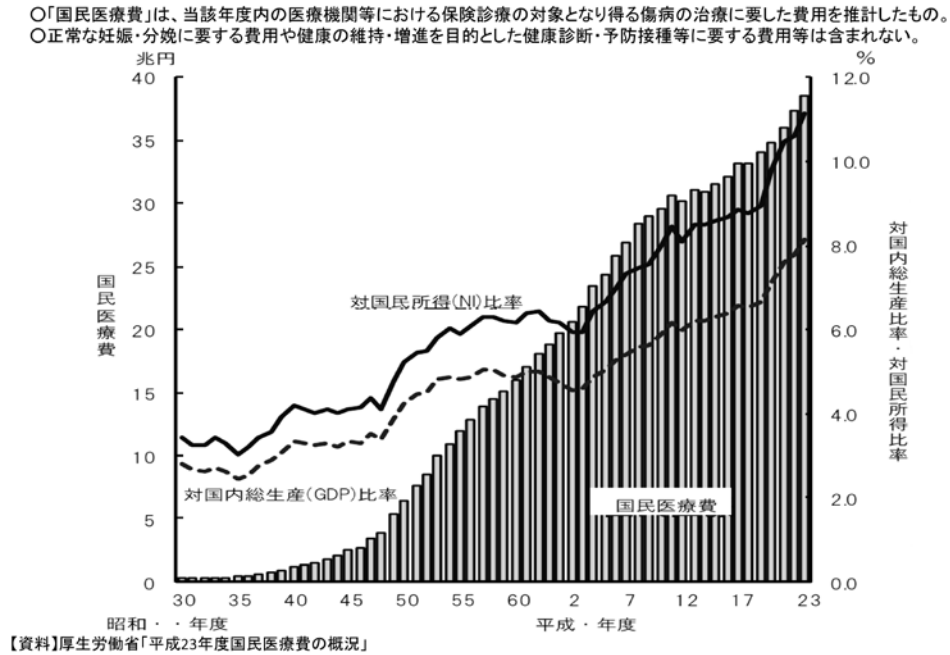


図2 国民医療費の年次推移

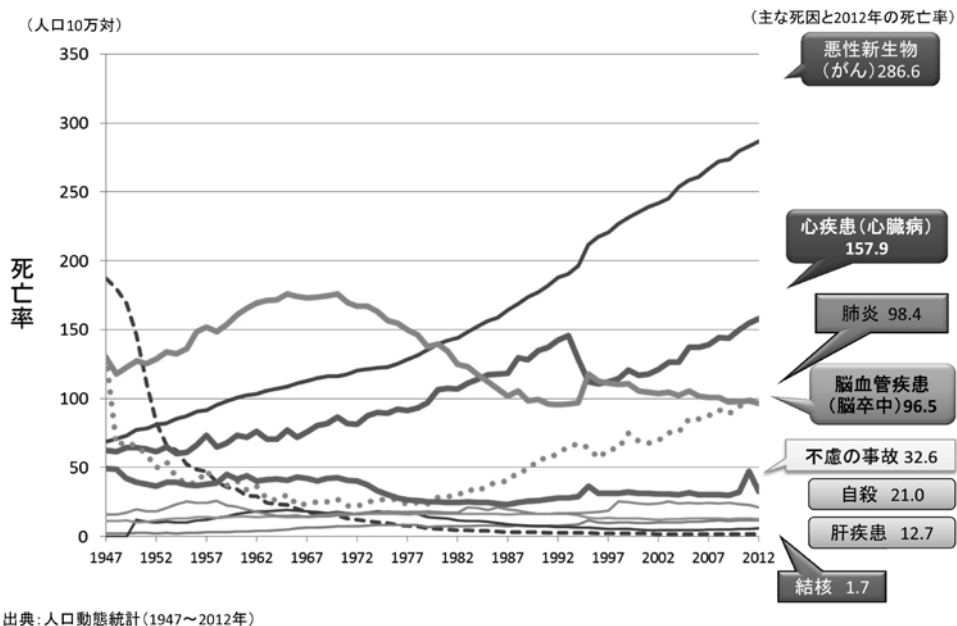


図3 我が国における死亡率の推移 (主な死因別)

4. リスク要因別の死亡者数（図4）

予防可能な死亡の危険因子を比較評価した国内の研究結果によると、NCDsによる成人死亡の主要な決定因子は喫煙であり、高血圧、運動不足が続いている。がんの危険因子としては、喫煙とヒロリ菌が多くを占め、循環器病の危険因子としては、喫煙、高血圧、食塩過量摂取、運動不足が挙げられる [2]。NCDsの罹患や重症化を回避するためには、特に、禁煙・運動・減塩といった生活習慣の改善による予防を徹底して図ることが重要である。

5. 健康日本21（第二次）（図5、6、7）

わが国の健康増進に係る取組として、1978年から数次にわたって、「国民健康づくり対策」を展開している。2013年からは、第4次国民健康づくり運動にあたる健康

日本21（第二次）において、国民運動としてのNCDsの予防等を推進している。この健康日本21（第二次）は、国民の健康増進の総合的な推進を図るための基本的な事項を示したものである。少子高齢化や疾病構造の変化が進む中で、疾病による死亡、罹患、生活習慣上の危険因子などの健康に関わる具体的な数値目標を設定している。

健康日本21（第二次）の基本的な方向として、①健康寿命の延伸と健康格差の縮小、②主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防、③社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上、④健康を支え、守るために社会環境の整備、⑤栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善、の5つを提案している。

生活習慣と社会環境の改善を通じて、NCDsの発症予

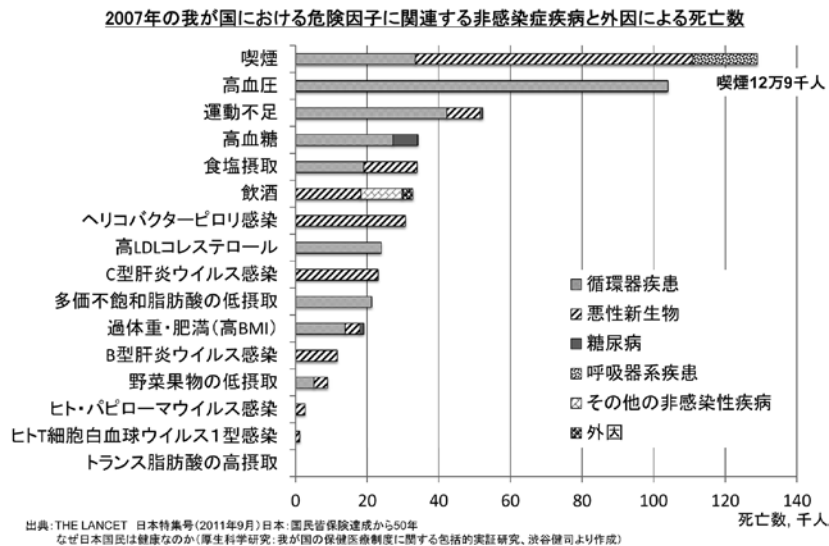


図4 非感染性疾患と傷害による成人死亡の主要な2つの決定因子は喫煙と高血圧

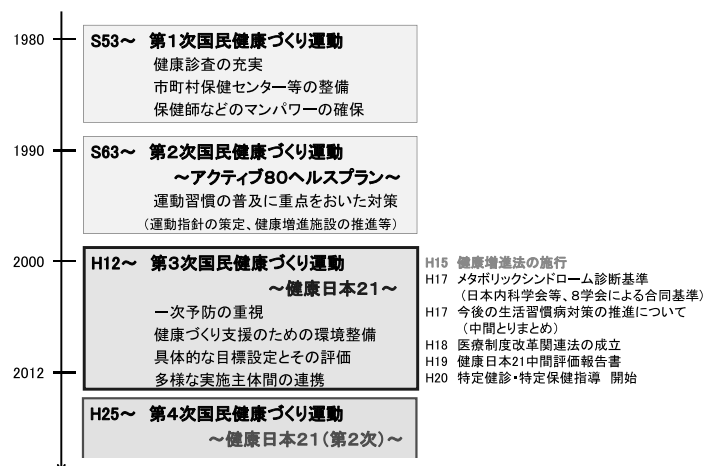


図5 我が国における健康づくり運動の流れ

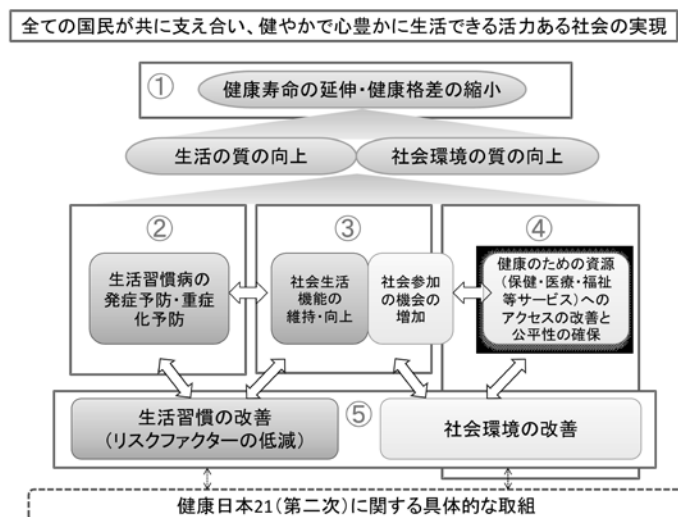


図6 健康日本21(第二次)の概念図

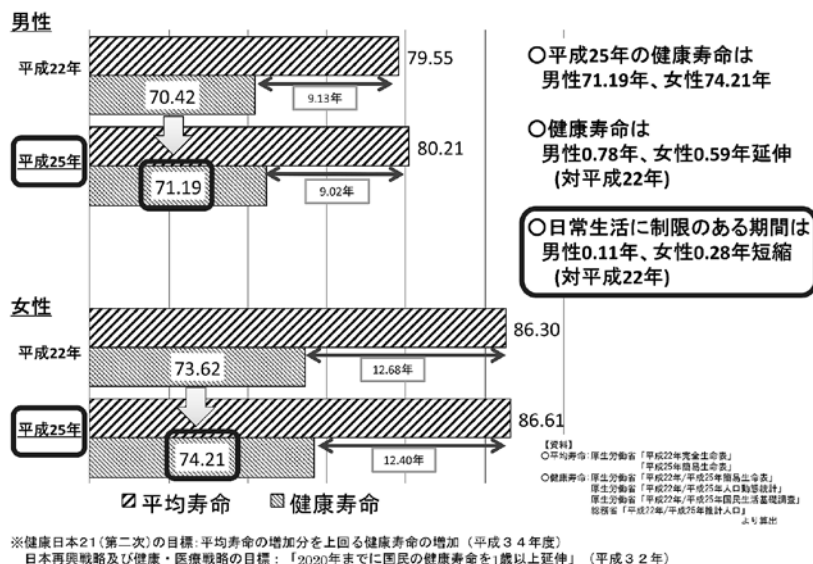


図7 健康寿命とは: 日常生活に制限のない期間

防・重症化予防及び生活の質の向上を図り、国民の社会参加を促すことで、結果として健康寿命の延伸・健康格差の縮小を目指している。「平均寿命の延伸を上回る健康寿命の延伸」を最終的な目標としているが、2013年には2010年と比べ、平均寿命と健康寿命の差である“日常生活に制限のある期間”は、男性約0.11歳、女性約0.28歳の短縮が認められ、平均寿命に比べて健康寿命がより増加を示した。健やかな高齢者が増えることは、地域の活性化に資するのみならず、社会活動の貴重な担い手が増加することにもつながる。ひいては、日本が世界に向けて「元気な高齢者が人口減少社会を支える」という超高齢社会への一つの解を示すことができると考えている。

II. 厚生労働省におけるたばこ対策

1. 健康日本21(第二次)のたばこに関する目標(図8)

たばこが健康に悪影響を与えることは明らかとなっており、がん、循環器疾患等のNCDsを予防する上で、たばこ対策を進めることは極めて重要である。たばこは日本人の疾病と死亡の原因として、最大かつ回避可能な単一の原因であり、たばこの消費を継続的に減らすことによって、喫煙関連疾患による超過死亡と超過医療費、経済的損失等を将来的に減少させることができると考えられる。健康日本21(第二次)においては、①成人の喫煙率の減少、②未成年者の喫煙をなくす、③妊娠中の喫煙

項目	現状	目標
①成人の喫煙率の減少 (喫煙をやめたい人がやめる)	19.3% (H25年)	12% (H34年度) ※現在の成人の喫煙率から 禁煙希望者が禁煙した場合 の割合を減じたものを設定
②未成年の喫煙をなくす	中学1年生 男子 1.2% 女子 0.8% 高校3年生 男子 5.6% 女子 2.5% (H24年)	0% (H34年度)
③妊娠中の喫煙をなくす	3.8% (H25年)	0% (H26年)
④受動喫煙の機会を有する 者の割合の減少 	行政機関	9.7% (H25年) 0% (H34年度)
	医療機関	6.5% (H25年) 0% (H34年度)
	職場	65.5% (H25年) 受動喫煙の無い 職場の実現 (H32年)
	家庭	9.3% (H25年) 3% (H34年度)
	飲食店	46.8% (H25年) 15% (H34年度)

図8 健康日本21(第二次) たばこに関する目標設定

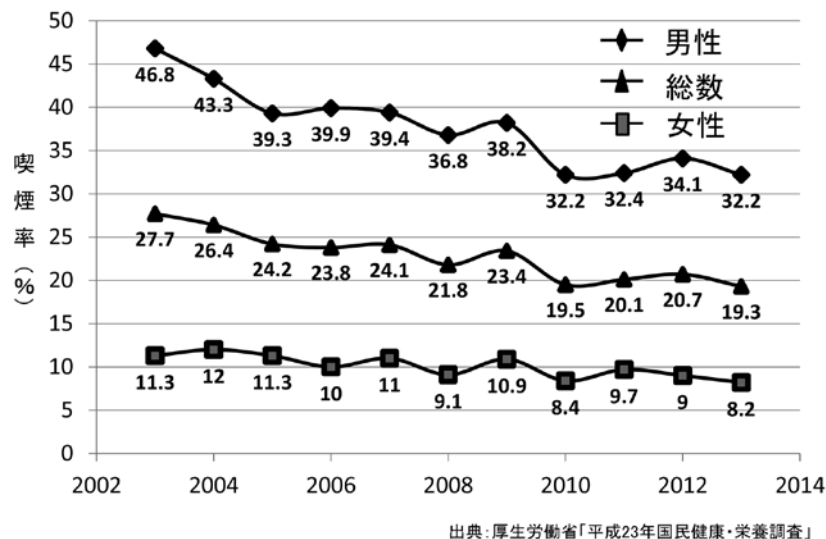


図9 喫煙率(20歳以上)の年次推移

をなくす、④受動喫煙の機会を有する者の割合の減少を目標としている。

2. 喫煙率(図9, 10, 11)

我が国の現在の成人喫煙率は19.3%(平成25年国民健康・栄養調査)であり、2010年のたばこ税増税による減少後は下げ止まっている。男性の喫煙率は減少しているものの、32.2%と他先進国と比較しても依然として高い。女性においては8.1%と男性と比較し低い水準ではあるが、ほぼ横ばいで推移している。また、妊婦の喫煙率は3.8%(平成25年「すこやか親子21」の最終評価・課題分析及び次期国民健康運動の推進に関する研究)で、未成年者の喫煙率(平成25年厚生労働科学研究補助金「未成年者の喫煙・飲酒状況に関する実態調査研究」)と

共に減少傾向にはあるものの、一定程度存在している。

3. 禁煙支援

2012年6月に閣議決定されたがん対策推進基本計画において、喫煙者のうち、喫煙をやめたい人の全てが禁煙を達成することを前提に、2022年度までに喫煙率を12%とする目標値を掲げた。また、2013年からの健康日本21(第二次)では、上記の数値目標に加えて、妊娠中及び未成年の喫煙を無くすることも目標として掲げているところである。なお、2013年のWHO総会において、NCDsの予防とコントロールのための世界目標が設定され、喫煙率の低減が世界目標の1つに盛り込まれた。

2013年に、「標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】」において、健診当日からの喫煙に対する保健指

厚生労働省が進めるたばこ対策

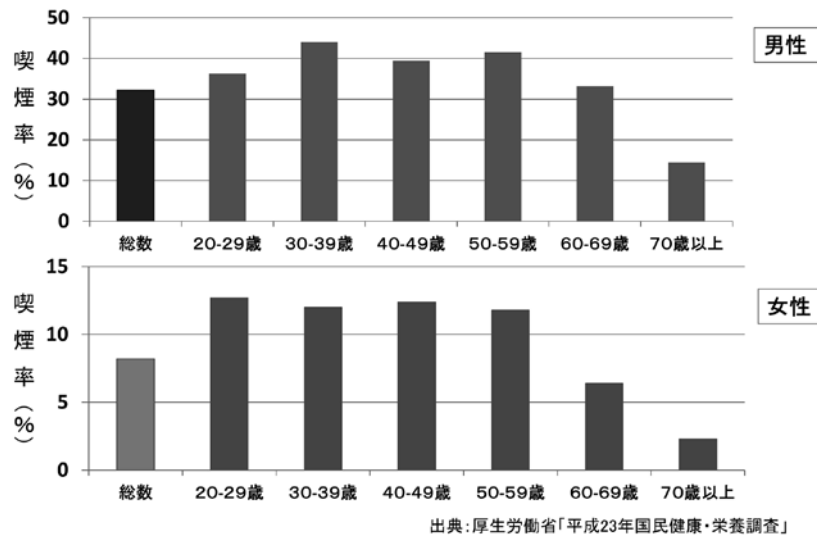
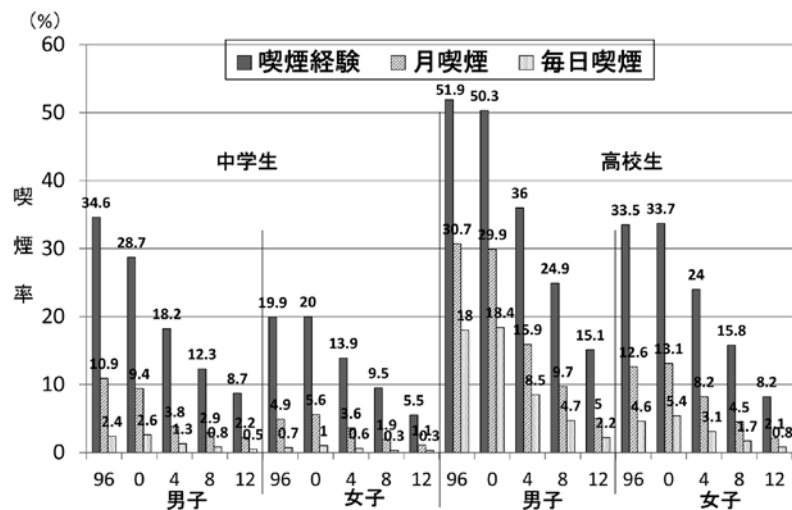


図10 性・年齢階級別の喫煙率 (20歳以上)



注 1) 調査年は、1996年(96)、2000年(0)、2004年(4)、2008年(8)、2012年(12)。
2) 月喫煙は調査前30日間に1回でも喫煙した者の割合。

出典: 厚生労働科学研究補助金「未成年者の喫煙・飲酒状況に関する実態調査研究」

図11 中学生・高校生の喫煙者割合の推移

導の内容を強化した。併せて、「禁煙支援マニュアル」を、地域の保健事業担当者や職場の衛生管理者が活用しやすいように改定し、たばこに関する健康教育のための基礎知識や禁煙の実施方法を記している。さらに2014年より、電話での禁煙無料相談であるたばこキットラインの実施を、がん診療連携拠点病院のがん相談支援事業の一つとして位置づけ、禁煙の方法等の情報提供を進めているところである。

また、ニコチン依存症が疾病であるとの位置づけが確立されたことを踏まえ、2006年の診療報酬改定においてニコチン依存症管理料が新設され、禁煙治療が保険適応

となった。算定対象となる患者は、禁煙治療のための標準手順書に記載されているニコチン依存症に係るスクリーニングテスト (TDS) でニコチン依存症と診断されたものであり、1日の喫煙本数に喫煙年数を乗じて得た数 (プリンクマン指数 (BI)) が200以上と規定している。

4. 受動喫煙防止対策 (図12)

受動喫煙とは、「室内又はこれに準ずる環境において、他人のたばこの煙を吸わされること」である。受動喫煙により、肺がんや循環器疾患等のリスクが上昇し、子どもの呼吸器感染症や喘息の誘発など呼吸器疾患の原因と

平成15年5月 健康増進法施行

第25条 学校、体育館、病院、劇場、観覧場、集会場、展示場、百貨店、事務所、官公庁施設、飲食店その他の多数の者が利用する施設を管理する者は、これらを利用する者について、受動喫煙(室内又はこれに準ずる環境において、他人のたばこの煙を吸わされることをいう。)を防止するために必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会 報告書(平成21年3月)(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。
- 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。

「受動喫煙防止対策について」健康局長通知(平成22年2月25日 健発0225第2号)概要

- ① 受動喫煙による健康への悪影響は明確であることから、公共の場においては原則として全面禁煙を目指す。
- ② 全面禁煙が極めて困難である場合には、施設管理者に対して、当面の間、喫煙可能区域を設定する等の受動喫煙防止対策を求める。
- ③ たばこの健康への悪影響や国民にとって有用な情報など、最新の情報を収集・発信する。
- ④ 職場における受動喫煙防止対策と連動して対策を進める。

図12 受動喫煙対策について

なる [3]。しかしながら、受動喫煙を受けている非喫煙者の割合は、行政機関：9.7%，医療機関：6.5%，職場（受動喫煙の無い職場の割合）：61.4%，家庭：9.3%，飲食店：46.8%と未だに非常に高い（平成24年国民健康・栄養調査）。我が国では、健康増進法25条にて、多数の者が利用する施設について、受動喫煙を防止する措置を講ずるよう努めなければならないとしている。2009年3月には、「受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会報告書」が取りまとめられ、今後の受動喫煙防止対策のあり方について方向性が示された。受動喫煙による健康への影響を踏まえ、2010年2月に、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は原則として全面禁煙であるべき等を記した健康局長通知を発出し、2012年10月には健康局長通知にて、自治体に対し、再度の周知と円滑な運用をお願いしたところである。また、2012年度診療報酬改定により、生活習慣病、小児、呼吸器疾患患者等に対する入院基本料等加算を算定する場合には、原則屋内全面禁煙とすることが施設基準として盛り込まれた。

受動喫煙対策に係る今後の目標としては、2010年6月に閣議決定された「新成長戦略」において、2020年までに受動喫煙の無い職場を達成することを目標に掲げている。また、「がん対策推進基本計画」において、2022年度までに行政機関及び医療機関について、受動喫煙の機会を有する者を無くす事を目標に掲げている。さらに、同計画においては、2022年度までに家庭における受動喫煙の機会を有する者を3%，及び飲食店における受動喫煙の機会を有する者を15%まで減らすことも目標に掲げている（健康日本21（第二次）も同様）。なお、職場の受動喫煙防止については、事業者に対して受動喫煙を防止するための措置を行うことを努力義務として課す「労働安全衛生法」の改正法が、2015年6月より施行されて

いる。

5. 2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会に向けた受動喫煙防止対策（図13、14）

2013年9月7日(アルゼンチン現地時間)、オリンピック・パラリンピック（五輪）が2020年に東京において開催されることが決定したことを踏まえて、10月11日、五輪の関係省庁連絡会議が開かれ、各省庁の東京五輪施策の取りまとめが内閣官房主導で開始された。

公共の場における受動喫煙防止対策に関しては、健康寿命の延伸や2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会の成功に向けたおもてなしの環境づくりという観点からも重要である。2010年には、WHOと国際オリンピック委員会（IOC）が、たばこのないオリンピックを共同で推進することに合意している [4]。厚生労働省において、各大使館等を通じ、近年の五輪開催地及び開催予定地における受動喫煙防止に対する法規制の状況について調査したところ、東京以外の全ての開催地及び予定地において受動喫煙防止に対し強制力を持った法令上の措置が講じられていた。受動喫煙対策は、分煙ではなく屋内禁煙とすることが主流であることも明らかとなった。また、「WHO report on the global tobacco epidemic, 2015」からも、世界各国の受動喫煙対策の現状を大まかに把握することができる [5]。

6. たばこ税

たばこ税に関しては、FCTCにおいても、課税や価格による措置は喫煙率の低下に有効であるとされており、毎年、たばこ税率引き上げについて税制改正要望を出している。2010年度には、1本あたり3.5円の税率の引き上げを行うこととされた。（2010年10月1日施行）2015年度の税制改正要望では、2010年度税制改正（たばこ税

五輪開催地及び開催予定地の法規制の状況

年 開催	2008年		2010年		2012年		2014年		2016年		2018年		2020年	
都市名・ 国名	中国	北京	カナダ	バンクーバー	英国	ロンドン	ロシア	ソチ	ブラジル	リオ	韓国	平昌	日本	東京
法令施行年	—	1996年 2008年	1989年 (最終改正 2007年)	2010年	2007年 (イングランド 於)	—	2013年	2010年 2012年	1996年 (最終改正 2011年)	(州) 2009年 (市) 1978年～ 2006年の 間、関連 条例を8 本制定	1995年	2013年	2003年 (2015年 予定)	—
対象者	—	市民 施設管理者	国民 施設管理者	市民 施設管理者	国民 施設管理者	—	国民 施設管理者 販売者	市民 施設管理者	国民	市民 施設管理者	国民 施設管理者	郡民 郡守(※ 1)	施設管理者 (事業者)	—
罰則(※2) の有無	—	○	○	○	○	—	○	—	○	○	○	○	—	—

(※1)「郡」とは、広域市や道の管轄区域内に置かれる基礎自治体であり、「郡守」とは、郡に置かれる長である。(※2)行政処分を含む。

全ての五輪開催地及び開催予定地において、強制力を持った法令上の措置が講じられている。
* 但し、対象施設の範囲や規制のレベルには相違がある。

図13 東京五輪2020年に向けた受動喫煙防止対策の検討

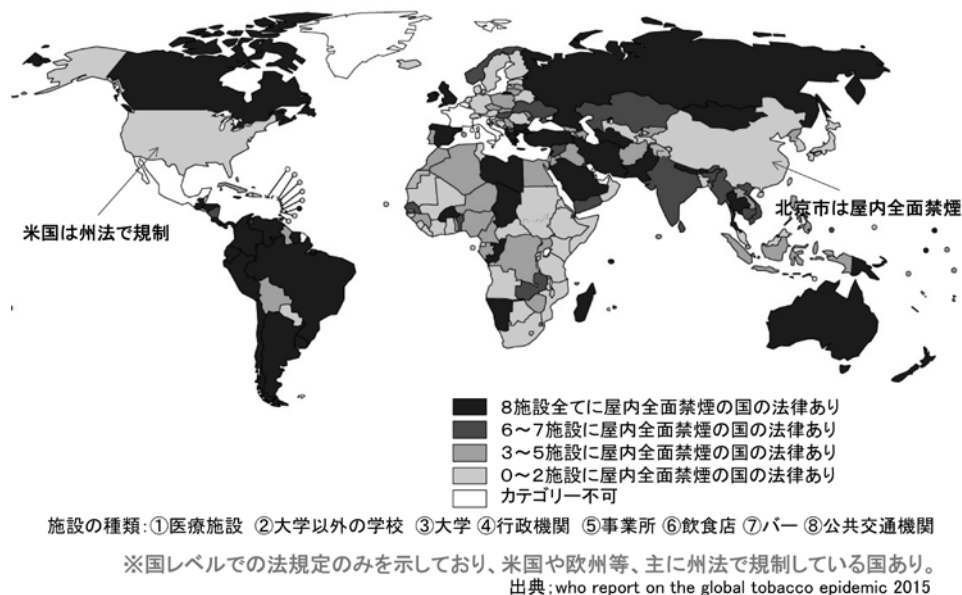


図14 世界の受動喫煙防止法規制の現状 (2014年時点)

増税) 後、経過措置として、紙巻きタバコの2分の1に税率が抑えられている旧3級品について、段階的に経過措置を廃止することが認められた。これは、旧3級品の売り上げが急速に伸びてきたことから、紙巻きタバコの

税率との整合性を図ったものである。2016年度の税制改正要望では、引き続き、たばこ税及び地方たばこ税の増税を要望している。

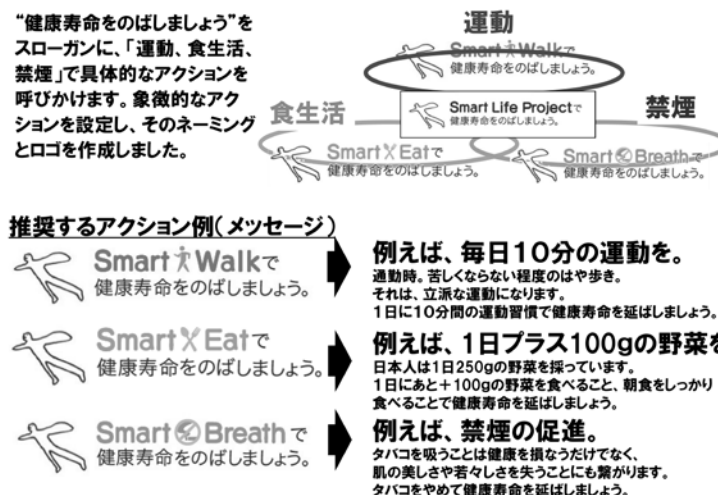


図15 「Smart Life Project」が提案する3つのアクション

7. スマート・ライフ・プロジェクト (図15)

2011年から、「健康寿命をのばしましょう。」をスローガンに、「スマート・ライフ・プロジェクト」という国民運動を展開している。生活習慣病を予防し健やかな生活を送るための「禁煙」「適度な運動」「適切な食生活」の3つの具体的なアクションを呼びかけている。2014年からはこれらのアクションに加え、「健診・検診の受診」を新たに推進している。現在約2700の企業・団体・自治体が参画しており、禁煙活動等の協力・連携を図っている。

また、「スマート・ライフ・プロジェクト」の一環として、生活習慣病予防の啓発活動の奨励・普及を図ることを目的として、「健康寿命をのばそう!アワード」という表彰制度を設けている。従業員や職員、住民に対して、生活習慣病予防の啓発、健康増進のために優れた取り組みをしている企業などに対して、厚生労働大臣、最優秀賞と3件の優秀賞を授与している。生活習慣改善の意義と重要性が、広く国民に認知・実践されることによって、ひいては超高齢社会の日本の健康寿命の延伸につながると考えている [6]。

8. その他のたばこ対策

厚生労働省では1992年より、世界禁煙デーである5月31日より1週間を禁煙週間と定め、記念シンポジウム等を開催し、たばこの健康影響についての情報提供に努めている。2005年からは、自治体におけるたばこ対策事業に対する補助事業である「たばこ対策促進事業」として、未成年者・若年女性・受動喫煙防止・禁煙普及員等に関する地方自治体のたばこ対策を、国庫補助事業として促進している。

2013年8月から日本たばこ産業株式会社 (JT) が、かき用製造たばこ (無煙たばこ) であるスヌースの販売を大阪市内の一部販売店で開始したように、紙巻きたばこ

以外のたばこの問題も生じている。国内外における状況を踏まえて、2013年3月には、「たばこの健康影響評価専門委員会」を設置した。たばこ及びたばこ成分の健康影響評価を行い、たばこによる健康影響を減じるための施策について検討している。また、厚生労働科学研究費補助金事業では、電子たばこの成分分析やたばこの経済影響及びより有効なたばこ対策の在り方等の研究が実施されている。専門委員会や厚生労働科学研究での評価分析結果を、施策に活かすと共に、厚生労働省の健康情報サイトであるe-ヘルスネットやたばこ健康に関する情報ページ等にて、健康影響等の情報提供に努めている。さらに、保健医療従事者向けの研修会である「たばこ・アルコール対策担当者講習会」を実施し、医療や健診等の種々の保健事業の場での短時間禁煙支援等の普及啓発を行っている。

9. たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約

(WHO FCTC:WHO Framework Convention on Tobacco Control) (図16, 17)

2005年に発効し、今年で10年目を迎えた (2015年7月現在、168ヶ国が批准)。WHOでは、各国がFCTCに定められた義務を果たせるよう、2008年にMPOWER (Monitor:たばこの使用と予防策の監視, Protect:たばこの煙からの保護, Offer:禁煙の支援, Warn:警告, Enforce:たばこの広告、販促、後援の禁止, Raise:たばこ税の引き上げ) 政策を導入した。WHO報告 (WHO report on the global tobacco epidemic) により、MPOWERに基づいて世界各国のたばこ規制施策の進捗状況を評価している。我が国は、受動喫煙防止を意味する“たばこの煙からの保護”と“たばこの広告、販促、後援の禁止”が特に、諸外国と比べて大きく遅れている。

条約の目的(第3条) たばこの消費及びたばこの煙にさらされることが健康、社会、環境及び経済に及ぼす破壊的な影響から現在及び将来の世代を保護する	
主要な条文 ※第5条3項:たばこ規制に関する公衆衛生政策のたばこ産業からの保護 ※第6条:たばこの需要を減少させるための価格及び課税に関する措置 ※第8条:たばこの煙にさらされることからの保護 ※第9条:たばこ製品の含有物に関する規制 ※第10条:たばこ製品についての情報の開示に関する規制 ※第11条:たばこ製品の包装及びラベル ※第12条:教育、情報の伝達、訓練及び啓発 ※第13条:たばこの広告、販売促進及び後援 ※第14条:たばこへの依存とたばこの使用中止についてのたばこ需要減少に関する措置 ※第15条:たばこ製品の不法取引 ※第16条:未成年者への及び未成年者による販売 第17条:経済的に実行可能な代替活動に対する支援の提供 第18条:環境及び人の健康の保護 第19条:責任	経緯 平成15年5月 WHO総会において、たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約(たばこ規制枠組条約)が、原案のとおり、全会一致により採択された。 平成16年3月9日 閣議決定(署名、国会提出) 3月9日 署名(98番目) 5月19日 国会承認 6月8日 閣議決定 (同日受諾書を国連事務総長に寄託) 平成17年2月2日 公布及び告示 (条約第3号及び外務省告示第68号) 平成17年2月27日 条約の効力発生 平成18年2月6日-2月17日 第1回締約国会議 平成19年6月30日-7月6日 第2回締約国会議 平成20年11月17日-11月22日 第3回締約国会議 平成22年11月15日-11月20日 第4回締約国会議 平成24年11月12日-11月17日 第5回締約国会議 (平成24年8月現在175カ国が批准)

※締約国会議において議定書や指針が作成されているもの

図16 たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約の概要

たばこ依存および需要の減少(条約14条)
☐ 禁煙支援マニュアル作成(H18) ☐ 禁煙治療への保険適応(H18) 診療報酬改定において、ニコチン依存症管理料新設
未成年者対策(条約16条)
☐ TASPO等全国導入(H20) 成人識別機能付き自動販売機の導入等
受動喫煙対策(条約8条)
☐ 健康増進法施行(H15.5) 「受動喫煙防止対策について」健康局長通知(H22.2) ☐ 新成長戦略(H22.6閣議決定) 「2020年までに受動喫煙のない職場の実現を目指す」
その他
☐ 広告規制の強化(H16年以降順次)(条約13条) ☐ たばこパッケージの注意文言の改正(H17)(条約11条) ☐ たばこ対策促進事業(H17)(条約12条) ☐ たばこ税増税(H22)(条約6条) ☐ 国民健康・栄養調査、厚生科学研究(条約20条)

図17 FCTCを踏まえた日本の対策

Ⅲ. おわりに

本稿では、我が国におけるNCDsの現状とたばこ対策及びその課題について述べた。NCDsへの取組は国際的にも強化が求められており、持続可能な開発目標(SDGs:Sustainable Development Goals)にも盛り込まれた。我が国においても、NCDsの重要性が一層増している中で、最大かつ回避可能な単一の原因であるたばこへの各施策の推進と新たな取組は極めて重要である。

WHOのたばこに係る国際会議においても、日本のたばこ対策の遅れは度々指摘を受けているところであるが、

NCDsの発症予防と重症化予防を含めて国民の健康増進のために、取組の強化を図っていきたい。特に対策が進んでいない分野に関しては、他省庁や関連団体との連携が不可欠であり、協力体制の充実が急務であると考えている。また、いかにして国民にたばこの健康影響について情報提供を行っていくのか、普及啓発も今後の大きな課題である。

(※本稿は、雑誌公衆衛生79巻10号への投稿「厚生労働省におけるたばこ対策」に大幅に加筆修正したものである。)

引用文献

- [1] WHO. WHO Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020
- [2] Ikeda N, et al. What has made the population of Japan healthy? Lancet. 2011;378:1094-1105.
- [3] Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke Surgeon General's Report 2006.
- [4] WHO. WHO and the International Olympic Committee sign agreement to improve healthy lifestyles. http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/ioc_20100721/en/ (accessed 2015-09-23)
- [5] WHO. WHO report on the global tobacco epidemic 2015.
- [6] スマート・ライフ・プロジェクト事務局（厚生労働省健康局がん対策・健康増進課）. 健康長寿をのばそう！ <http://www.smartlife.go.jp/> (accessed 2015-09-23)