



日本禁煙推進医師歯科医師連盟
e-learning

わが国の成人男性の喫煙率は1960年代には約80%であったが、その後漸減し、厚生労働省国民健康・栄養調査によると、1999年には50%を、2005年には40%を割り、2015年には30.1%になった。1999年から2008年までの10年間では年平均1%ポイント以上の減少であったが、2010年にはタバコ税・価格の大幅引き上げの影響で前年に比し大きく減少した。しかし2010年以降は停滞している。これに対して成人女性の喫煙率は徐々にではあるが減少傾向が続いている(図表1)。たばこをやめたいと思う者の割合についても2010年をピークにその後減少しており、今後たばこ規制の強化やたばこ税・価格の引き上げが必要である(図表2)。

〈図表1〉

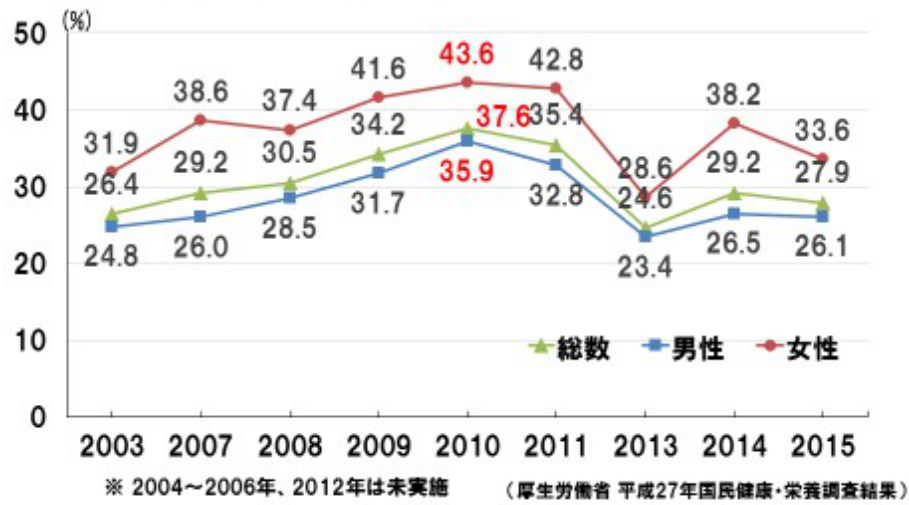
現在習慣的に喫煙しているものの割合の年次推移(20歳以上)



※ 喫煙者の定義: 2003~10年は、これまで合計100本以上または6ヶ月以上たばこを吸っている(吸っていた)者のうち、この1ヶ月間に毎日または時々たばこを吸っていると回答した者。2011~12年は、これまで習慣的にたばこを吸っていたことがある者のうち、この1ヶ月間に毎日または時々たばこを吸っていると回答した者。2013~15年はたばこを毎日吸っている、または時々吸う日があると回答した者。
(厚生労働省 平成27年国民健康・栄養調査結果)

〈図表2〉

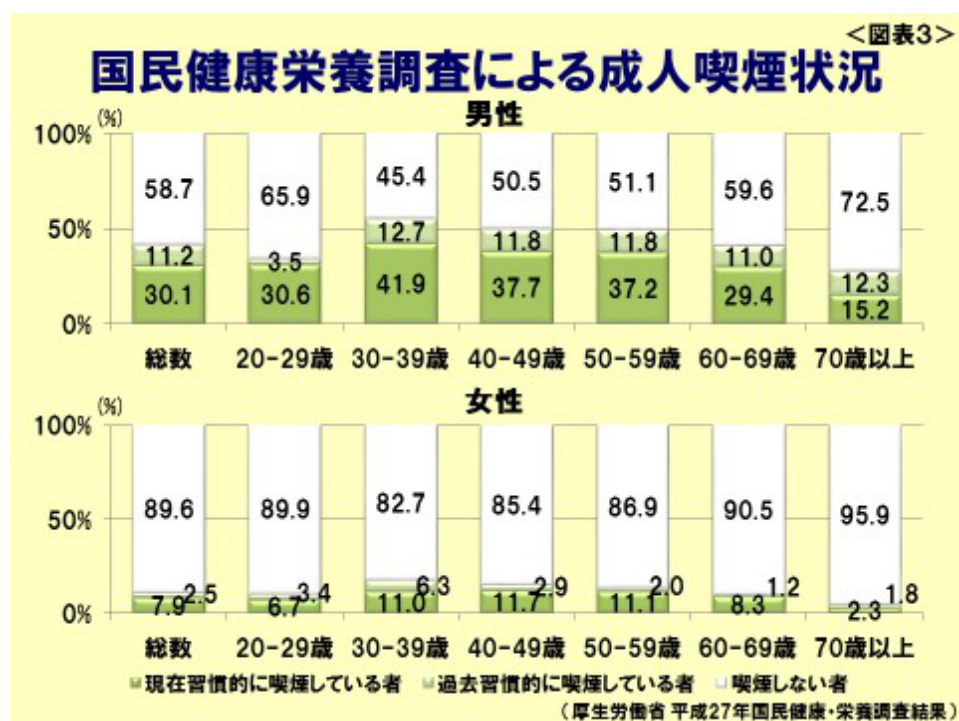
たばこをやめたいと思う者の割合の
年次推移(20歳以上)－2003～2015年－





日本禁煙推進医師歯科医師連盟
e-learning

成人男性の喫煙率はすべての年代で減少傾向にあるが、2015年のデータによると、いまだに30代、40代、50代では約40%が喫煙している。30～50代の女性の喫煙率は10%強であった(文献1)(図表3)。日本の成人男性の喫煙率は、英国、米国やオーストラリア、ニュージーランド、カナダなどに比べると約1.5倍で、先進国としては異常な高さにとどまっている(文献2)(図表4)。



〈図表4〉

年齢調整喫煙率(現在タバコ喫煙者)の国際比較(2015年)

国	男	女	国	男	女
ロシア	58.9	23.3	シンガポール	28.2	5.2
韓国	42.0	6.2	フィンランド	23.2	18.7
中国	48.7	2.0	ノルウェー	21.7	20.7
フィリピン	41.5	8.0	スウェーデン	19.5	19.5
タイ	39.2	1.9	英国	25.6	20.7
日本	34.7	11.4	米国	25.1	19.6
ドイツ	33.5	28.4	ブラジル	18.4	10.5
スペイン	32.0	27.5	カナダ	17.3	12.7
フランス	35.8	30.0	ニュージーランド	17.7	15.3
イタリア	28.1	19.8	オーストラリア	17.0	13.5

(資料: WHO MPOWER 6 report, AppendixX 2017)

引用文献

1)平成27年国民健康・栄養調査の概要

(<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000142359.html>)

2)WHO report on the global tobacco epidemic2017 Appendix

X_comparable_prevalence_estimates

(http://www.who.int/tobacco/global_report/en/)

[前へ](#)
[1](#)
[2](#)
[3](#)
[4](#)
[5](#)
[次へ](#)
2/6

[↑ ページトップへ](#)



図表5には、禁煙領域の取り組みの評価指標の国際比較を行った結果を示した(文献3)。喫煙者のうち、禁煙したい者の割合と準備期(今後1ヵ月以内に禁煙しようと考えている)の者の割合は、日本では英国や米国に比べて少ない。また、過去1年間に1日以上禁煙を試行した禁煙試行者の率も日本では、英国や米国に比べ低い。さらに喫煙経験者のうち禁煙者の占める割合(quit ratio)、すなわち禁煙者/(禁煙者+喫煙者)は、日本ではいまだ30%前後にとどまっているが、英国や米国ではこの割合は50%前後であり、日本では喫煙経験者のうちの禁煙者が相対的に少ないことがわかる。なお、2016年の日本医師会喫煙意識調査によると、日本の医師におけるquit ratioは、男性で約80%、女性で約73%であり、喫煙の害をよく知る医師はタバコ離れを率先垂範している。

〈図表5〉

禁煙領域の取り組みの評価指標の国際比較

指標	日本 (2005年)	米国 (報告年)	英国 (2005年報告)
短期 禁煙したいものの割合	59	70 (2002年)	72
準備期の割合	11	20 (1995年)	12
中期 禁煙試行率(過去1年以内、1日以上)	18	41 (2000年)	29
禁煙の薬剤を用いた禁煙試行率	2	22 (2000年)	17
長期 禁煙者/(現喫煙者+禁煙者) 男性	35 (2006年)	56 (2005年)	54
女性	31 (2006年)	53 (2005年)	49

出典：中村正和、厚生科学研究費補助金循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業下光輝平成18年度分担研究報告書、ただし、日本の禁煙者/(現喫煙者+禁煙者)のデータは2006年国民健康栄養調査による

引用文献

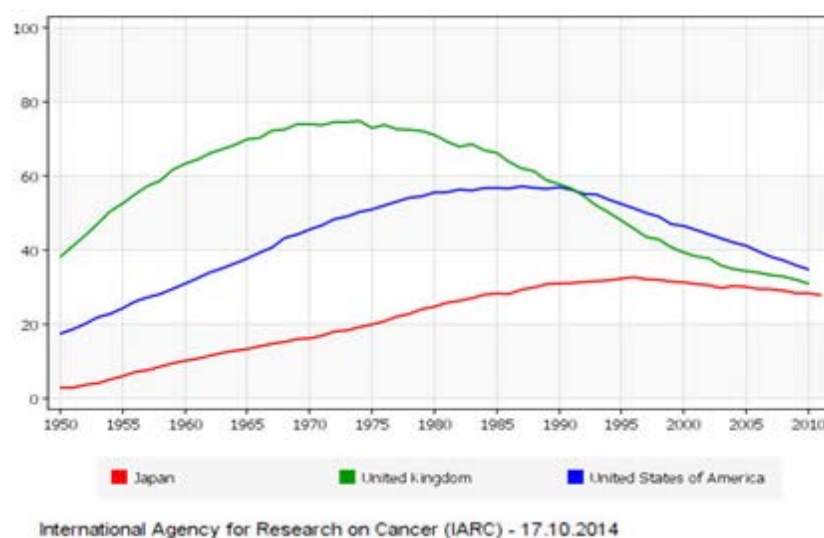
3)中村正和、喫煙に関する環境評価法の検討、厚生労働科学研究費補助金循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業「健康づくりを支援する環境とその整備状況の評価手法に関する研究」(主任研究者 下光輝一)平成18年度報告書 2007; pp.29-43



英国、米国と日本の男性における肺がんの年齢調整死亡率の推移を見ると(図表6)、英国では1970年ごろから、米国では1990年ごろから減少している。これに対して、日本の男性の肺がん年齢調整死亡率は1995年まで増加し、その後2003年までゆるやかな減少傾向にあった。特別のタバコ規制の対策を実施しなくてもこのまま減少が続いて、いずれ英国や米国のように肺がん死亡率が減少していくという楽観的な見方もできたかもしれない。

〈図表6〉

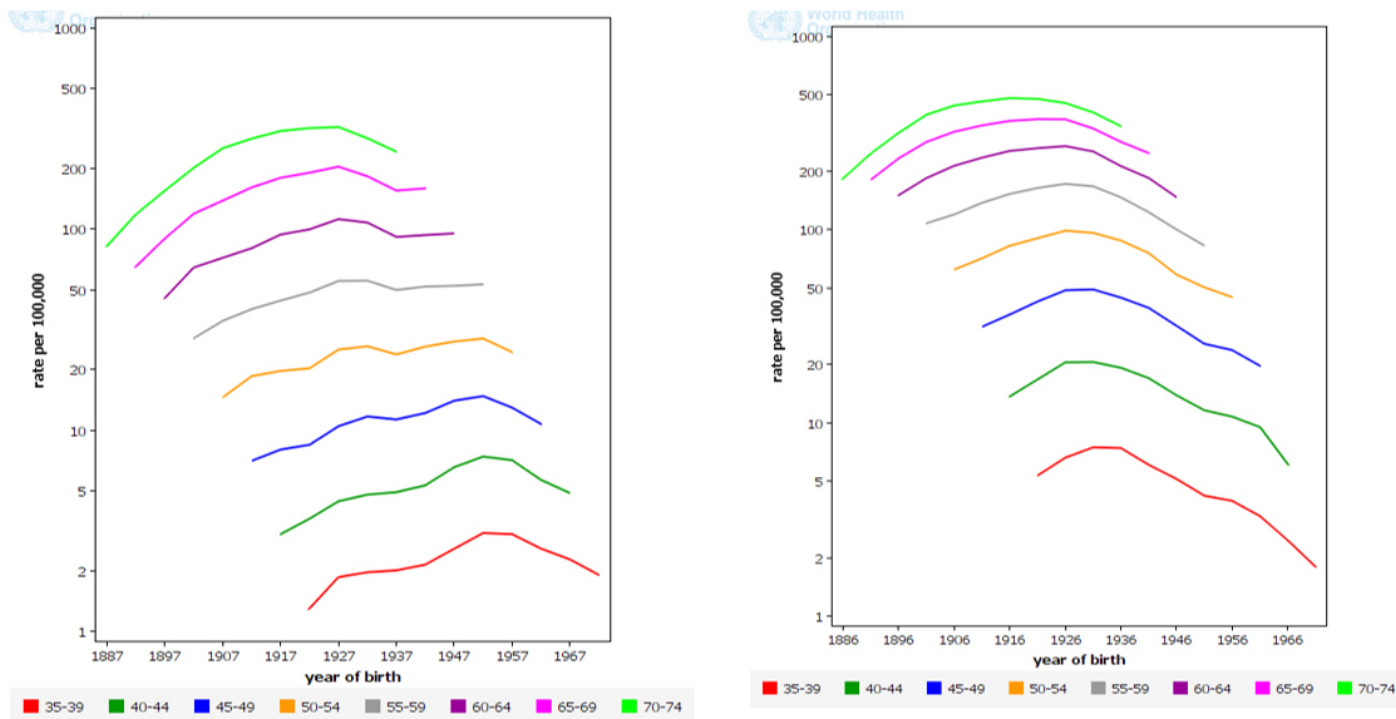
英国・米国・日本の年齢調整肺がん死亡率の推移、男



しかし、肺がんの年齢調整死亡率は2004年には反転して増加に転じた。このような米国には見られないパターンは、日本の男性の1938年を中心とする出生コホートに見られるくぼみのため(図表7)で、この世代のタバコの消費が戦争の影響のため前後の世代に比べて少なかったことが原因と考えられる。肺がん死亡率がこれまでの対策の延長で減少するとはいえ、このままでは反転増加していくおそれもある。これを回避するには、現在喫煙している者への禁煙の働きかけが特に重要である。なお、英国、米国と日本の女性における肺がんの年齢調整死亡率の推移を図表8に示した。すでに、英国、米国では女性における肺がん死亡率もピークを過ぎており、米国では明らかに減少しつつある。

〈図表7〉

生年別、年齢階級別肺がん死亡率の推移、日米の比較

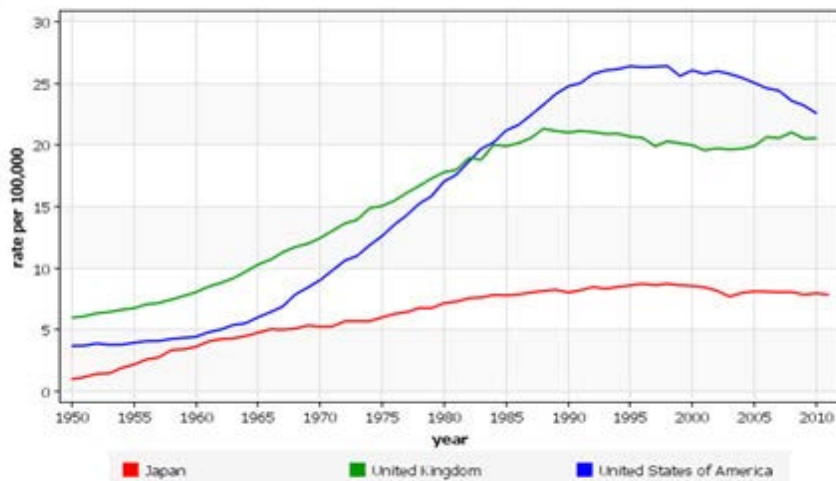


International Agency for Research on Cancer (IARC) - 17.10.2014

International Agency for Research on Cancer (IARC) - 17.10.2014

〈図表8〉

英国・米国・日本の年齢調整肺がん死亡率の推移、女



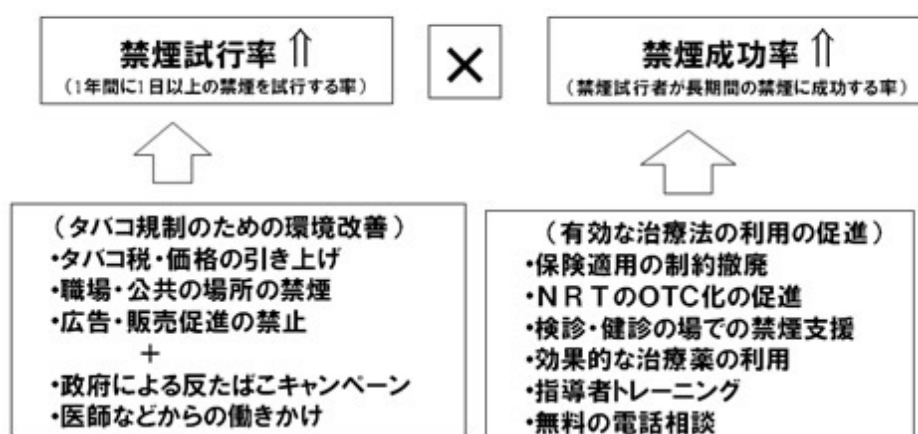
International Agency for Research on Cancer (IARC) - 17.10.2014



禁煙者を増やすためには、喫煙者に禁煙を動機づける環境の整備(タバコ税・価格の大幅引上げと職場・公共の場所における喫煙の法的規制など)と、禁煙を動機づけられた喫煙者が禁煙支援に容易にアクセスできる仕組みの確立の双方が必須である(図表9)。

〈図表9〉

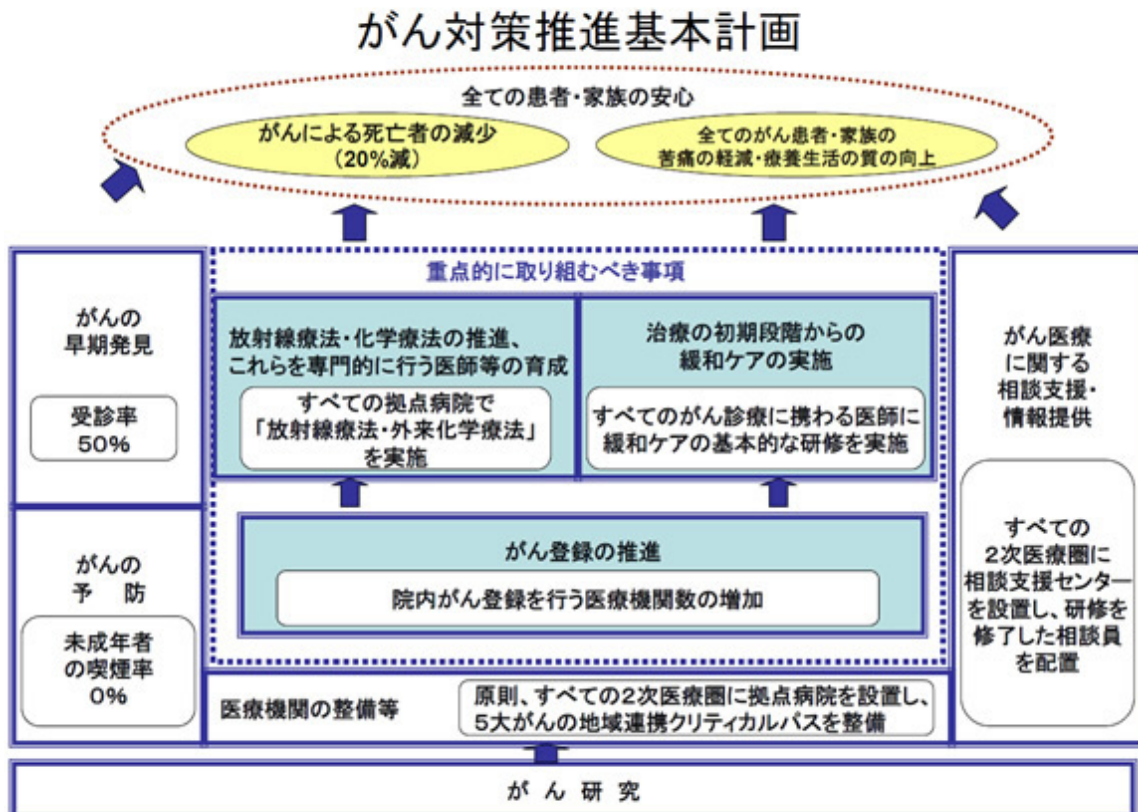
禁煙者を増やすためには



後者に関しては、2006年4月に新設されたニコチン依存症管理料のもとで、禁煙治療の質を維持しつつ量的拡大を図ることが肝要である。さらに、医療の場に行かなくても禁煙を希望する喫煙者に対する支援の仕組みを整備することが今後は必要である。これには、地域や職場で広く実施されている検診・健診の場における禁煙支援の強化や、日本ではまだごく一部の地域でしか実施されていないが欧米で広く実施されている無料の電話相談(Quitline)の整備などが含まれる。



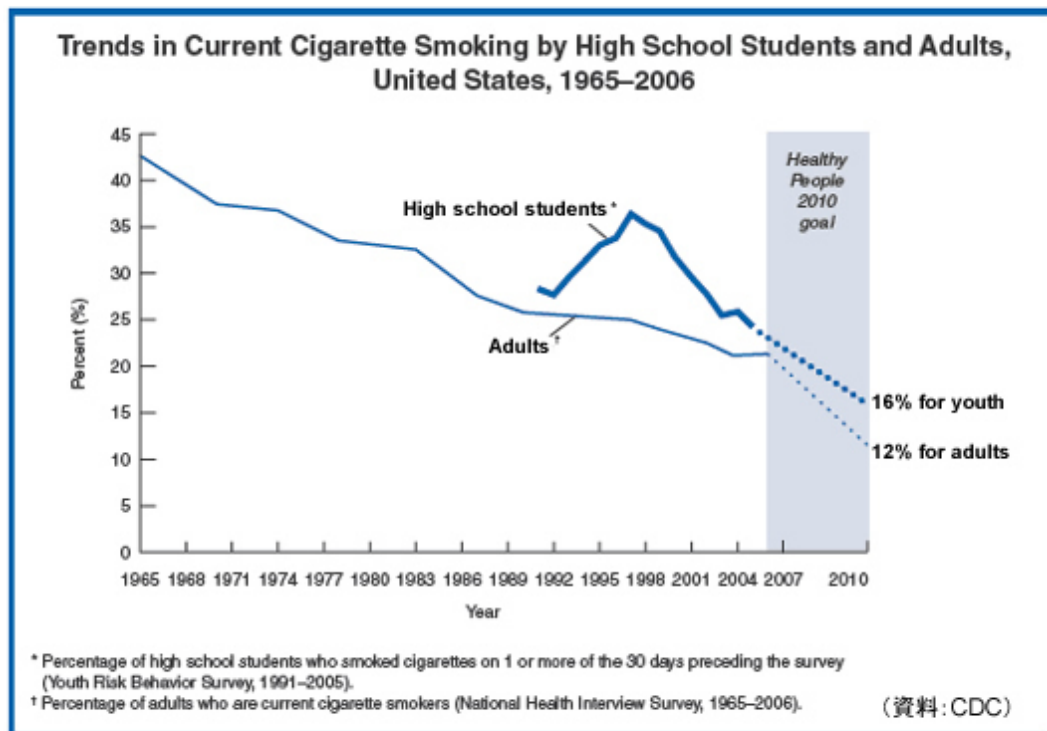
米国では1971年にNational Cancer Actが施行されたが、日本ではようやく2006年6月にがん対策推進基本法が成立し、2007年4月から施行された。2007年6月に閣議決定されたがん対策推進基本計画には、今後10年間のがん死亡率(75歳未満年齢調整死亡率)20%減少の目標が設定され、これを実現する柱の一つのがん予防として未成年者の喫煙率0%があげられたが、成人喫煙率減少の数値目標の設定は見送られた(図表10)。しかし、2012年6月に改訂され、第2期がん対策推進基本計画では「平成34年度までに、成人喫煙率を12%、未成年者の喫煙率を0%、受動喫煙については、行政機関及び医療機関は0%、家庭は3%、飲食店は15%、職場は平成32年までに受動喫煙の無い職場を実現する」とされている。米国のHealthy People 2010での目標設定やモニタリング(文献4)などと比較すると(図表11)、成人の喫煙率の数値目標が計画の柱として位置づけられたものの、この目標を実現するための具体的な方策が示されていない日本のがん対策推進計画や健康増進計画は、異常であるといわざるを得ない。タバコの害をよく知る保健医療専門職は、今後、成人喫煙率減少の数値目標の設定とあわせて、タバコ税・価格の引き上げ、職場・公共の場所における喫煙の法的規制などの環境の整備を、国に対して強く働きかけていく必要がある。



(出典：厚生労働省. がん対策推進基本計画、2007年)

<図表11>

米国における喫煙率の数値目標とモニタリング



Healthy People 2010では2010年までに成人喫煙率を12%、高校生の月喫煙率を16%にするという数値目標を設定し、モニタリングを行っている。

注：タバコ規制の取組み、タバコ税・価格の引き上げ、職場・公共の場所における喫煙の法的規制に関してはトピックスを参照してください。

引用文献

4) 4) CDC. Targeting tobacco use. The nation's leading cause of preventable death 2008.

((<http://www.cdc.gov/NCCDPHP/publications/aag/pdf/osh.pdf>)

[最初に戻る](#)

[前へ](#)

[2](#)

[3](#)

[4](#)

[5](#)

6

[テストへ](#)

6/6

[↑ ページトップへ](#)