

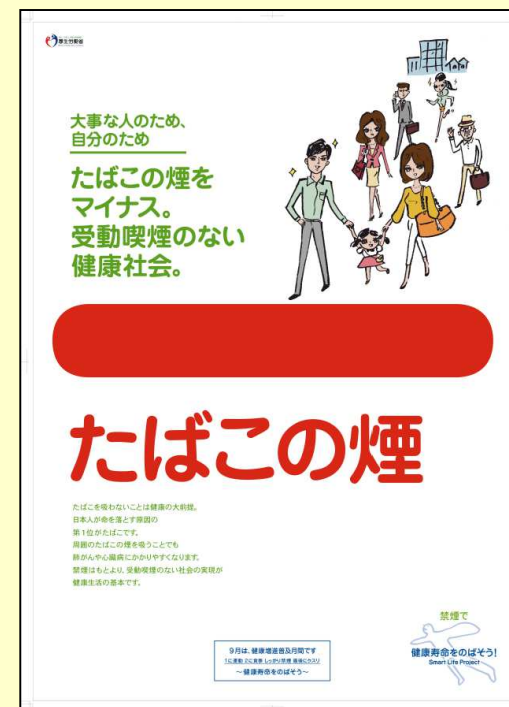
第13回健康日本21全国大会(2012年10月19日)

パネルディスカッション

『1に運動 2に食事 **しっかり禁煙** 健康寿命をのばそう!』

大事な人のため、自分のため たばこの煙をマイナス

1. 喫煙の健康被害の実態と大きさ
2. 次期健康日本21の数値目標とねらい
3. 個人としてできること、社会としてすべきこと



大阪がん循環器病予防センター
予防推進部 中村正和

喫煙死 年13万人

2007年を分析 高血圧は10万人

東大・阪大

喫煙が原因でがんなどで亡くなった大人の日本人は2007年に約12万9千人、高血圧が原因で脳卒中などで亡くなった人は約10万4千人と推定されること、東京大や大阪大などの分析でわかった。国際医学誌プロスメディシンに発表された。

東京大の渋谷健司教授（国際保健政策学）や池田奈由特任助教らは、高血糖、肥満、飲酒、運動不足、高塩分摂取など16の危険因子で日本人が07年にどれだけ死亡したのかを分析。これらの因子は原則と



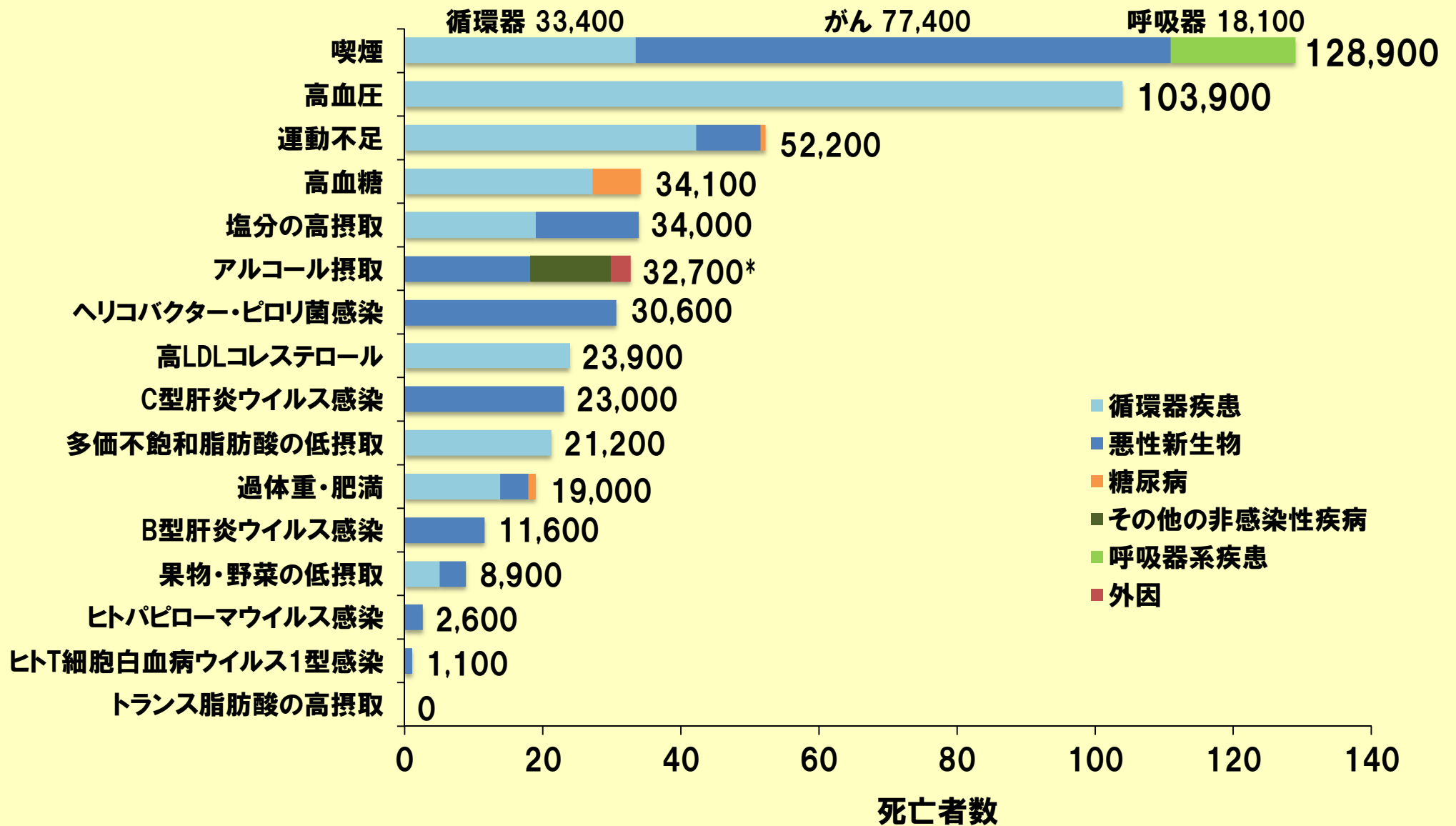
して生活習慣の改善や服薬などで避けられるものだ。例えば、肺や食道のがんや心筋梗塞など喫煙と因果関係のあるすべての疾患について、喫煙者と非喫煙者の死亡率を比較。各疾患の

年間全死亡者数から、喫煙が原因で死亡したと考えられる人数を計算した。喫煙、高血圧に次いで死者が多いのは5万2千人の運動不足、3万4千人の高血糖、やはり3万4千人の

高塩分摂取などだった。複数の因子による死亡は重複して数えられている。07年の子どもを含む日本人の死者数は約110万8千人。研究チームは死亡につながる複数の危険因子を比較した研究は今回が初めてとしている。

世界保健機関(WHO)の04年の世界の死亡者約5900万人の分析では最多が高血圧。喫煙、高血糖、運動不足、肥満と続き、池田さんは「塩分摂取が上位で、肥満が比較的下位なのが日本の特徴」という。チームは「日本が長寿国の座を維持するには、まず強力で効果的な禁煙対策が必要。血圧測定の普及も大切」と結論づけた。高血圧と高塩分摂取など複数の危険因子を持つ人も多く、渋谷さんは「健康を維持するには複合的な対策が重要だ」と強調する。(大岩ゆり)

わが国におけるリスク要因別の関連死亡者数－男女計（2007年）



* アルコール摂取は、循環器疾患死亡2,000人、糖尿病死亡100人の予防効果が推計値として報告されているが、図には含めていない。

(Ikeda N, et al: PLoS Med. 2012; 9 (1): e1001160.)

受動喫煙死 年6800人

他人のたばこの煙を吸わされる「受動喫煙」が原因で死亡する人は、国内で少なくとも年間約6800人に上るとの推計を、厚生労働省の研究班が28日発表した。2009年の交通事故による死者4914人を大きく上回る。

受動喫煙との因果関係がはっきりしている肺がんや虚血性心疾患の死者だけを対象にしており、実際にはもっと多い可能性がある。受動喫煙でこれらの病気にかかる危険性が1・1と1・4倍に高まるとした研究や、受動喫煙にあう人の割合を調べた全国調査などから死者数を推計した。

煙にさらされる場所を職場と家庭で分けると、職場が約3600人で多かった。男女別では、非喫煙者の割合が高く、家庭での受動喫煙にあいやすい女性が約4600人と、被害が大きいこともわかった。

交通事故の死者数超す

(朝日新聞、2010年9月29日)

受動喫煙を含めて、喫煙が原因で 年間約13.6万人が死亡



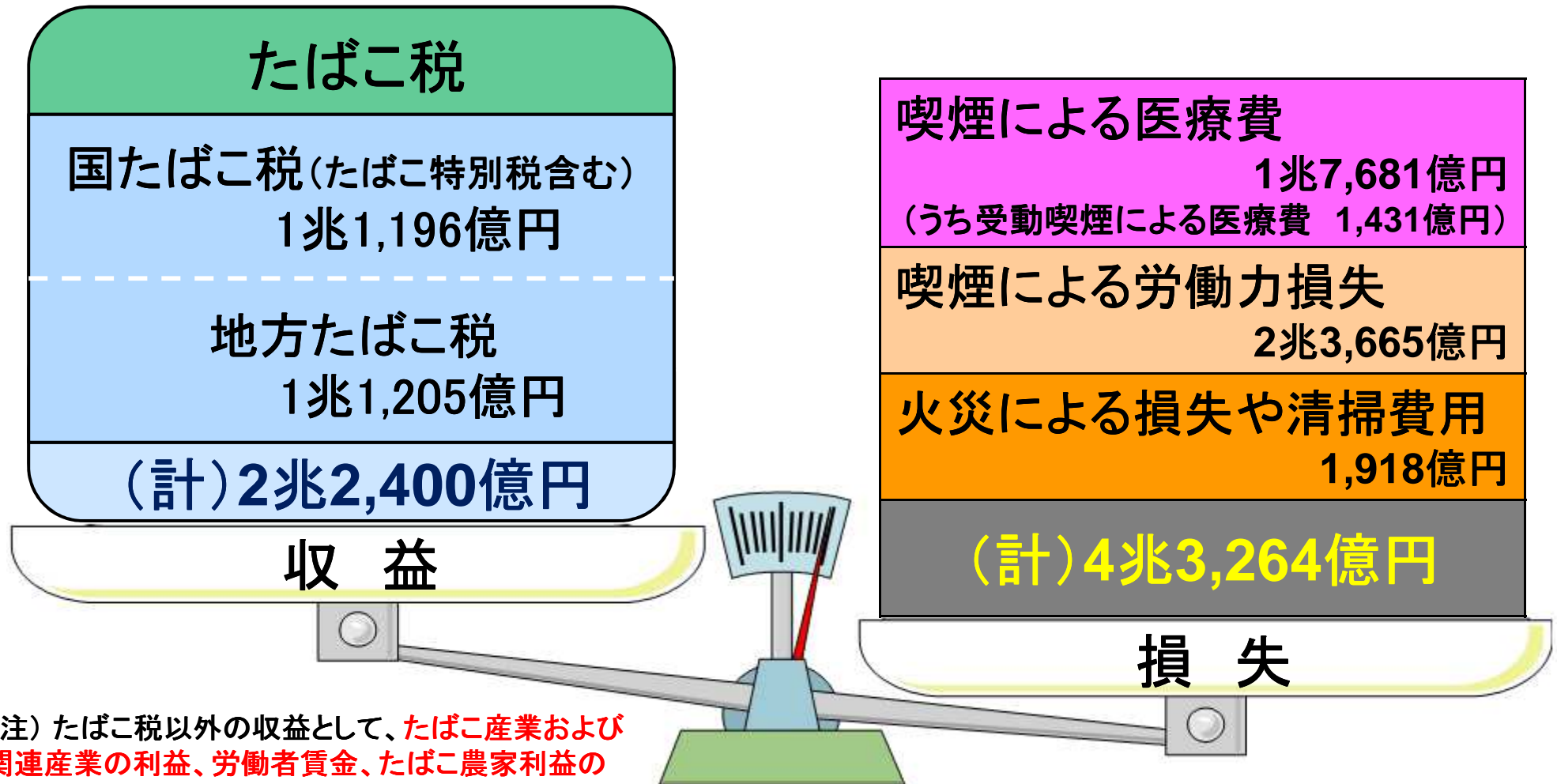
毎日370人が死亡していることに相当

たとえば、3時間で

約50人の命が奪われていることになる！

受動喫煙で2人の命が奪われている

たばこによる経済損失とたばこ税－2005年



(注) たばこ税以外の収益として、たばこ産業および関連産業の利益、労働者賃金、たばこ農家利益の合計額は8,500億円と推定(後藤公彦, 1996)。

超過介護費、喫煙時間分の労働力損失(いずれも参考値)を含めると、喫煙による経済損失の総額は6兆3,628億円。

喫煙率 10年後に12%

がん対策 政府が初の数値目標

政府は8日、政府の計画としては初めて喫煙率低減の数値目標を盛り込んだ「次期がん対策推進基本計画」を閣議決定した。10年の調査で19・5%の成人喫煙率を22年度までに4割近く引き下げ、12%を目指す。

厚生労働省の10年の調査によると、成人の喫煙率は19・5%（男性32・2%、女性8・4%）。「たばこをや

めたい」との回答者（37・6%）全員が禁煙すると喫煙率は12・2%になるため、今後10年間の目標値とした。受動喫煙の機会がある割合も、飲食店で現在の50・1%を15%、家庭で同10・7%を3%、行政と医療機関で0%までの低減を目指す。

07年に策定された初の本基本計画で喫煙率半減の導入が見送られるなど、厚労省による数

値目標の設定は業界やたばこ税を所管する財務省などの壁に阻まれてきた。【井崎憲】

喫煙の目標設定の考え方

健康寿命の延伸・健康格差の縮小

生活の質の向上

社会環境の質の向上

がん、循環器疾患、COPD、糖尿病等の予防
要介護状態の予防

次世代の健康の確保

受動喫煙への曝露状況の改善

○受動喫煙の機会を有する者の割合の低下

行政機関 16.9%→0%

医療機関 13.3%→0%

受動喫煙のない職場

家庭 10.7%→3%

飲食店 50.1%→15%

喫煙率の低下

○成人の喫煙率の低下（19.5%→12%）

○未成年者の喫煙をなくす（0.9～8.6%→0%）

○妊娠中の喫煙をなくす（5.0%→0%）

〈生活習慣の改善〉

〈社会環境の改善〉

たばこ規制枠組条約に基づく取組の推進

（受動喫煙の防止、禁煙支援・治療の普及、たばこ価格・税の引き上げ等）

生活習慣病予防のための 「一無、二少、三多」



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。

少食：食事は腹八分、いろいろ食べてバランスよく。脂肪を控え、塩辛い食品・食塩の摂取は最小限に。野菜は毎食、果物は毎日食べて、野菜・果物不足にならないように。

少酒：適度な飲酒。日本酒なら1日1合以内、ビールなら中ビン1本以内。多く飲んだら休肝日で調節。

三多：身体を動かし、しっかり休養、人や物に多く接する。

多動：定期的な運動の継続。現状より1日2000歩増やす。目標は1日1万歩。

多休：しっかり休養する。

多接：多くの人や、事、物に接して趣味豊かに創造的な生活を送る。たとえば、親しい友人や家族とのつきあい、趣味を楽しむ、ボランティア活動に参加する。



(注)「一無、二少、三多」は、池田義雄氏(日本生活習慣病予防協会理事長)が提唱された健康習慣です。ここでは、日本生活習慣病予防協会のホームページの情報を基本として、厚生労働科学研究津金班による「現状において日本人に推奨できるがん予防法」や厚生労働省「食生活指針」などをもとに一部改変して示しました

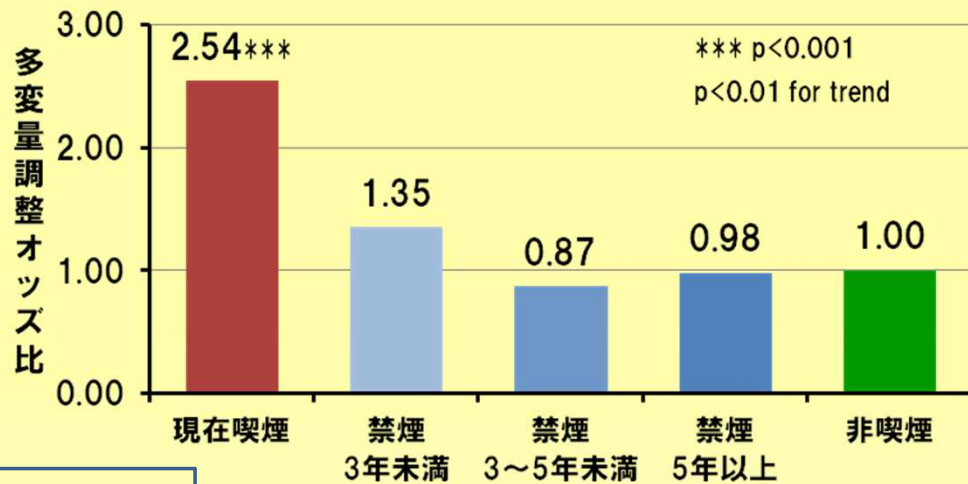
(池田義雄、1991年、一部改変、大阪府医師会生活習慣予防レーフレットより)

現在喫煙および禁煙年数別にみた各習慣ありのオッズ比—男性

N=4009

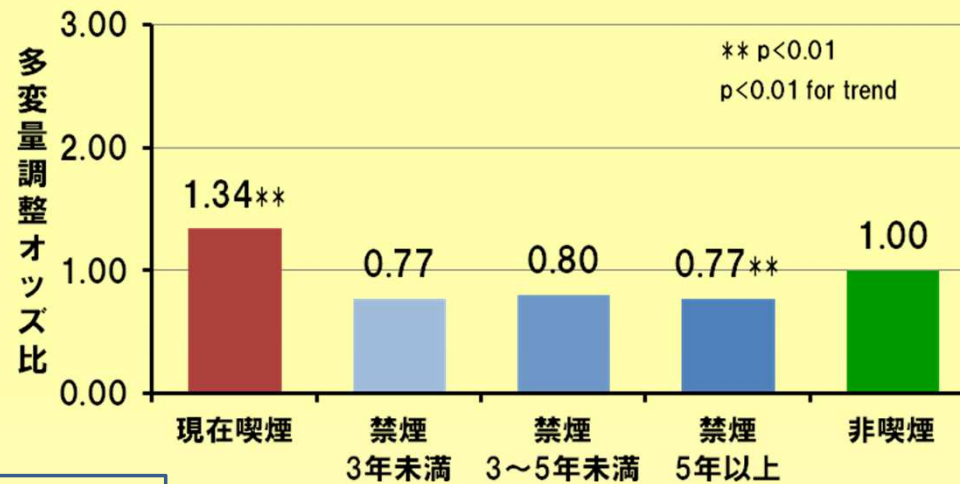
栄養バランス

朝食を欠食する



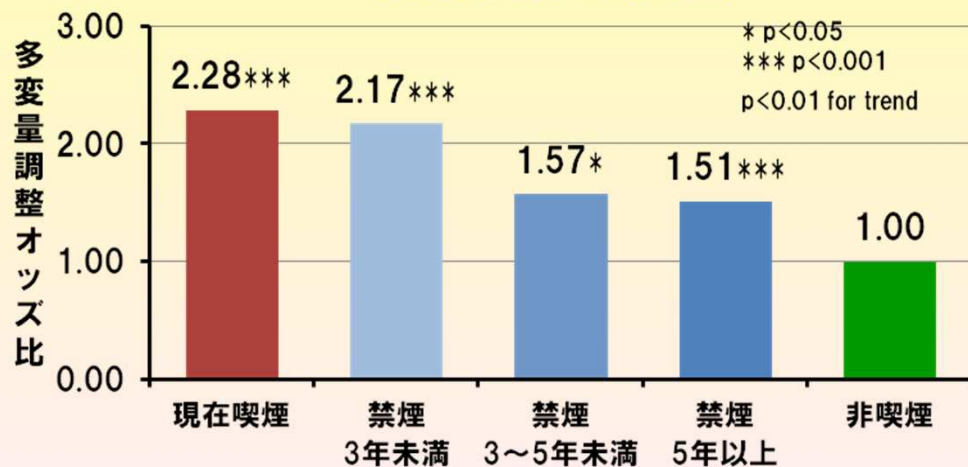
身体活動

運動習慣少ない(4Ex/週未満)



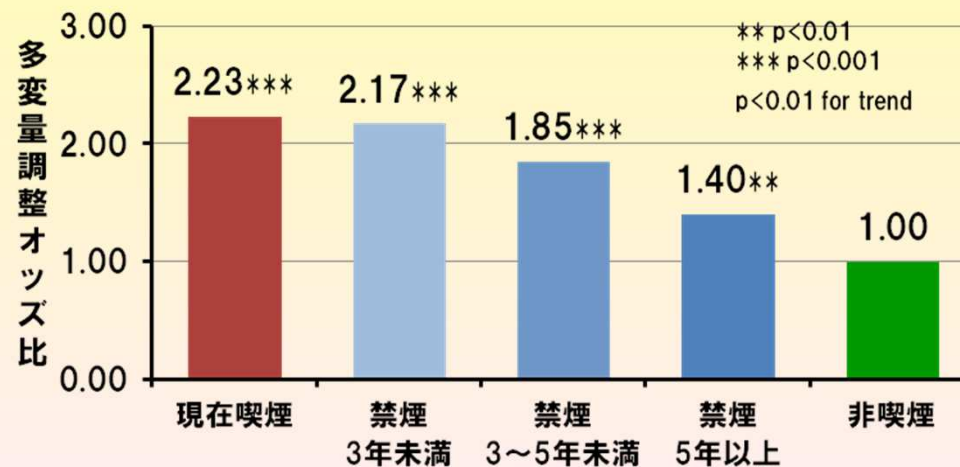
飲酒

飲酒2合/日以上



塩分

味付けが濃い



解析対象:現在喫煙N=1348、禁煙3年未満N=249、禁煙3~5年未満N=168、禁煙5年以上N=889、非喫煙N=1355

調整因子:『栄養バランス、塩分』;年齢、職業、身体活動、飲酒、『身体活動』;年齢、職業、食事スコア、飲酒、『飲酒』;年齢、職業、身体活動、食事スコア

p for trendの検定においては、現在喫煙者および過去喫煙者を解析対象とした

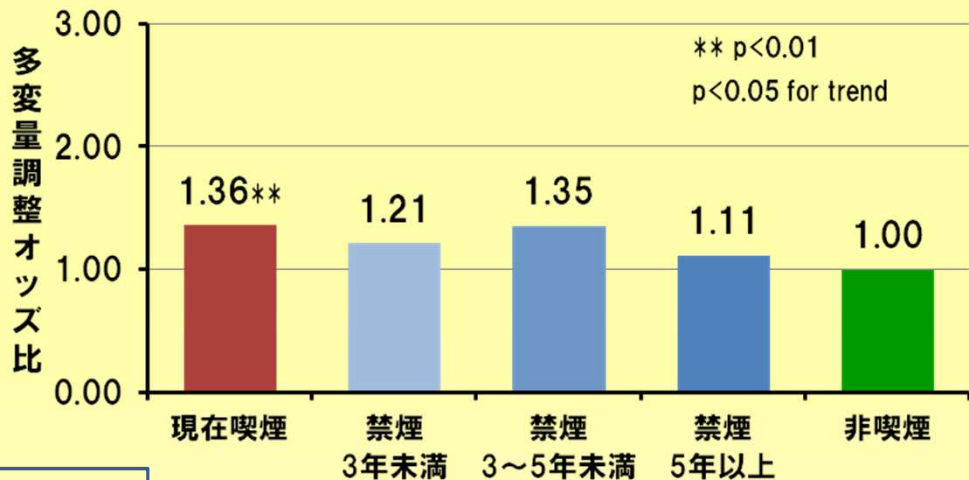
(Nakashita Y, et al: Japanese Journal of Health Education and Promotion. 19 (3): 204-216, 2011)

現在喫煙および禁煙年数別にみた各習慣ありのオッズ比—男性

N=4009

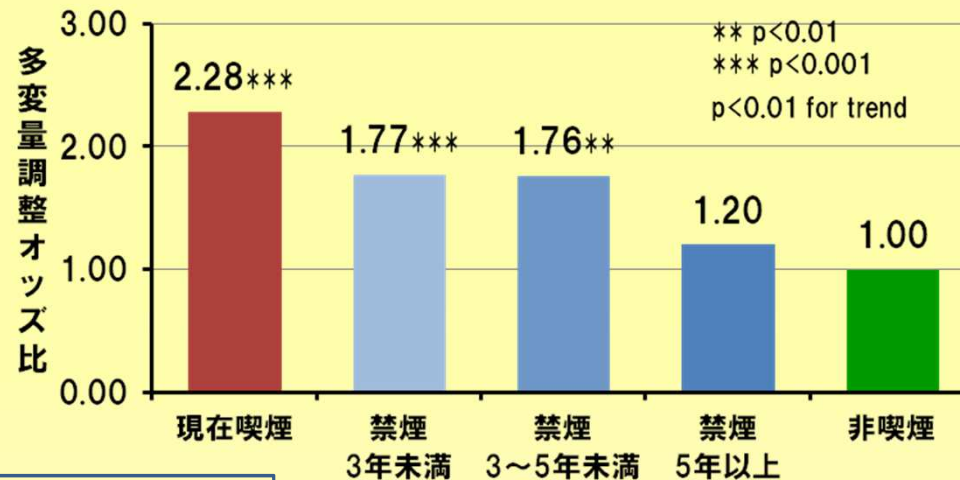
栄養バランス

野菜・海藻を毎日とらない



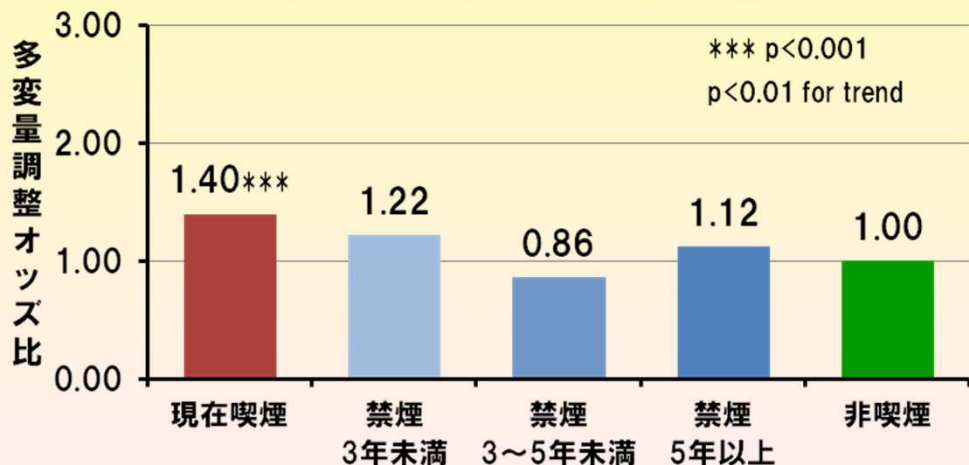
栄養バランス

果物を毎日とらない



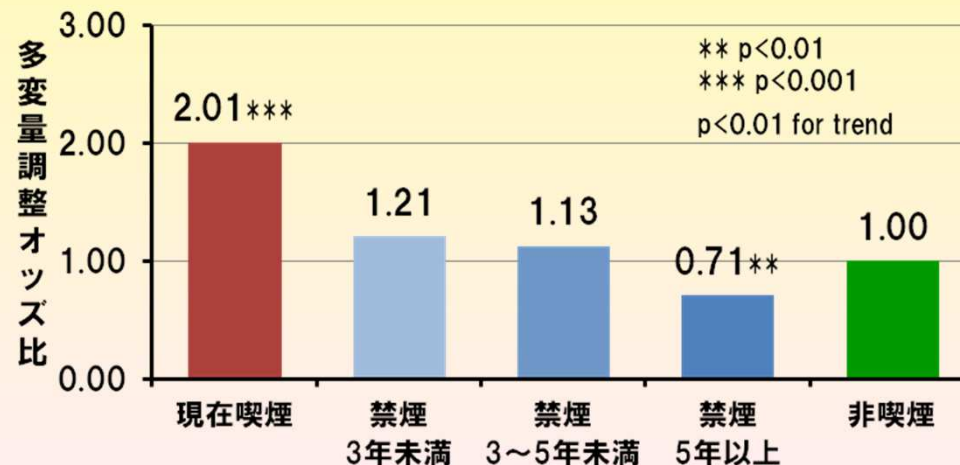
油脂

魚介類が少ない(3日/週未満)



エネルギー

砂糖入り飲料を毎日とる



解析対象: 現在喫煙N=1348、禁煙3年未満N=249、禁煙3~5年未満N=168、禁煙5年以上N=889、非喫煙N=1355

調整因子: 『栄養バランス、油脂、エネルギー』; 年齢、職業、身体活動、飲酒

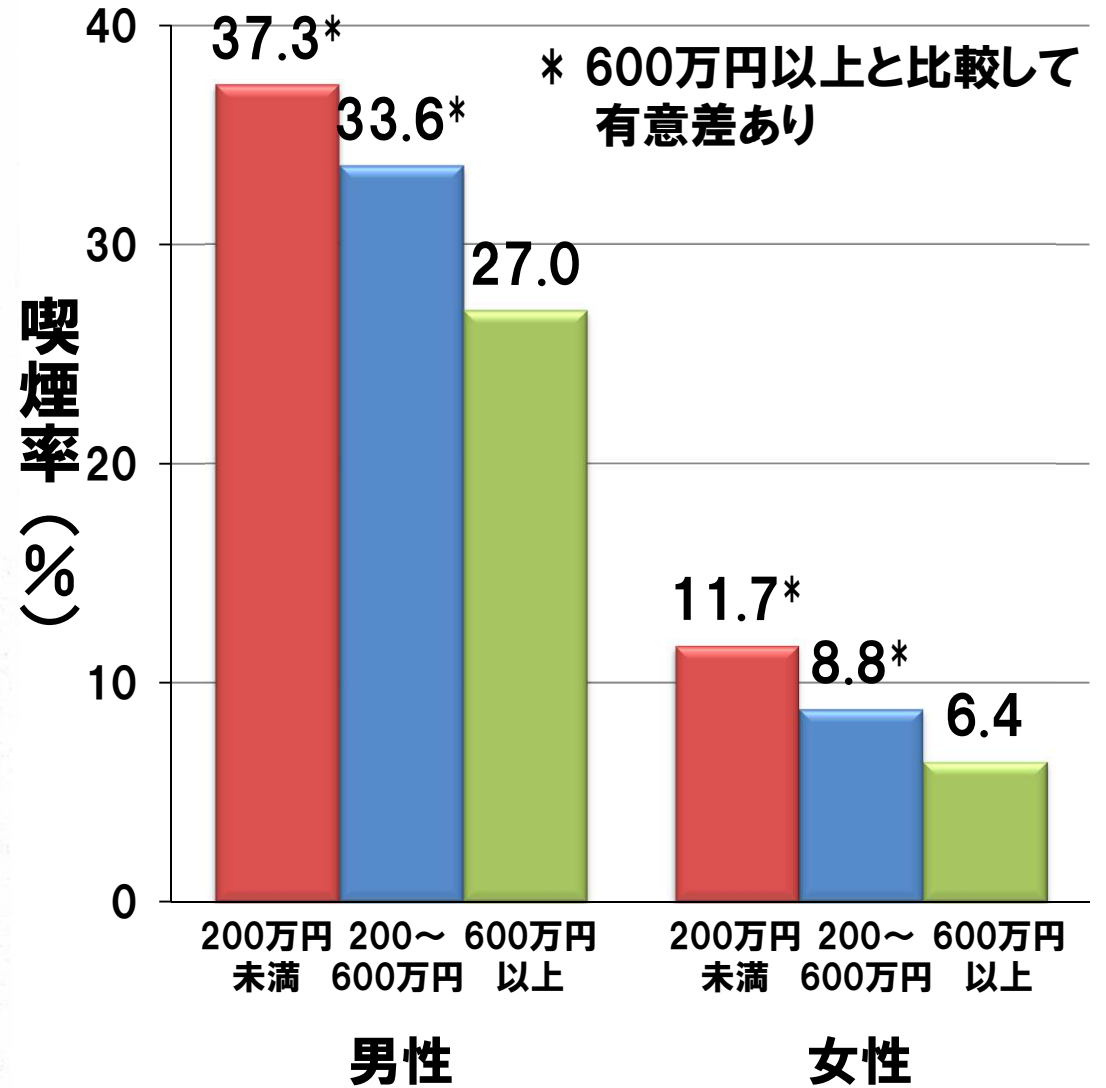
p for trendの検定においては、現在喫煙者および過去喫煙者を解析対象とした

生活習慣改善の良循環

—健康生活への扉を開く—



所得と喫煙率の関係(20歳以上)



低所得ほど習慣病リスク

国民健康調査 喫煙率は2割切る

世帯所得が低いほど、朝食を欠かしたり、運動習慣がなかったりするなど、生活習慣に問題がある人の割合が高くなる傾向があることが31日、厚生労働省の平成22年国民健康・栄養調査で分かった。

生活習慣に問題があると、脳卒中や高血圧症、糖尿病といった生活習慣病のリスクが高まる。厚労省は「所得が低いほどバランスのいい食事がとれず、健康への配慮ができていないのでは」と分析しており、25年度から始まる「次期健康づくり計画」で格差縮小を図る施策を打ち出す方針。調査は22年11月に実施。生活習慣と所得の関係は、世帯所得を200万円未満▽200万円以上600万円未満▽600万円以上に分けて調べた。

それによると、成人の習慣的な喫煙者の割合は男女ともに世帯所得が低いほど高く、肥満(BMI)体格指数25以上の人や運動習慣がない人の割合は女性で、習慣的に朝食を食べない人の割合は男性で、それぞれ高くなった。野菜の摂取量も、男女とも世帯所得が低いほど少なかった。

一方、全体の習慣的喫煙者の割合は前年比3・9%減の19・5%で、初めて2割を切った。喫煙者のうち禁煙希望者は同比3・4%増の37・6%で過去最高。

生活習慣と世帯所得の関係は… ※数字は%

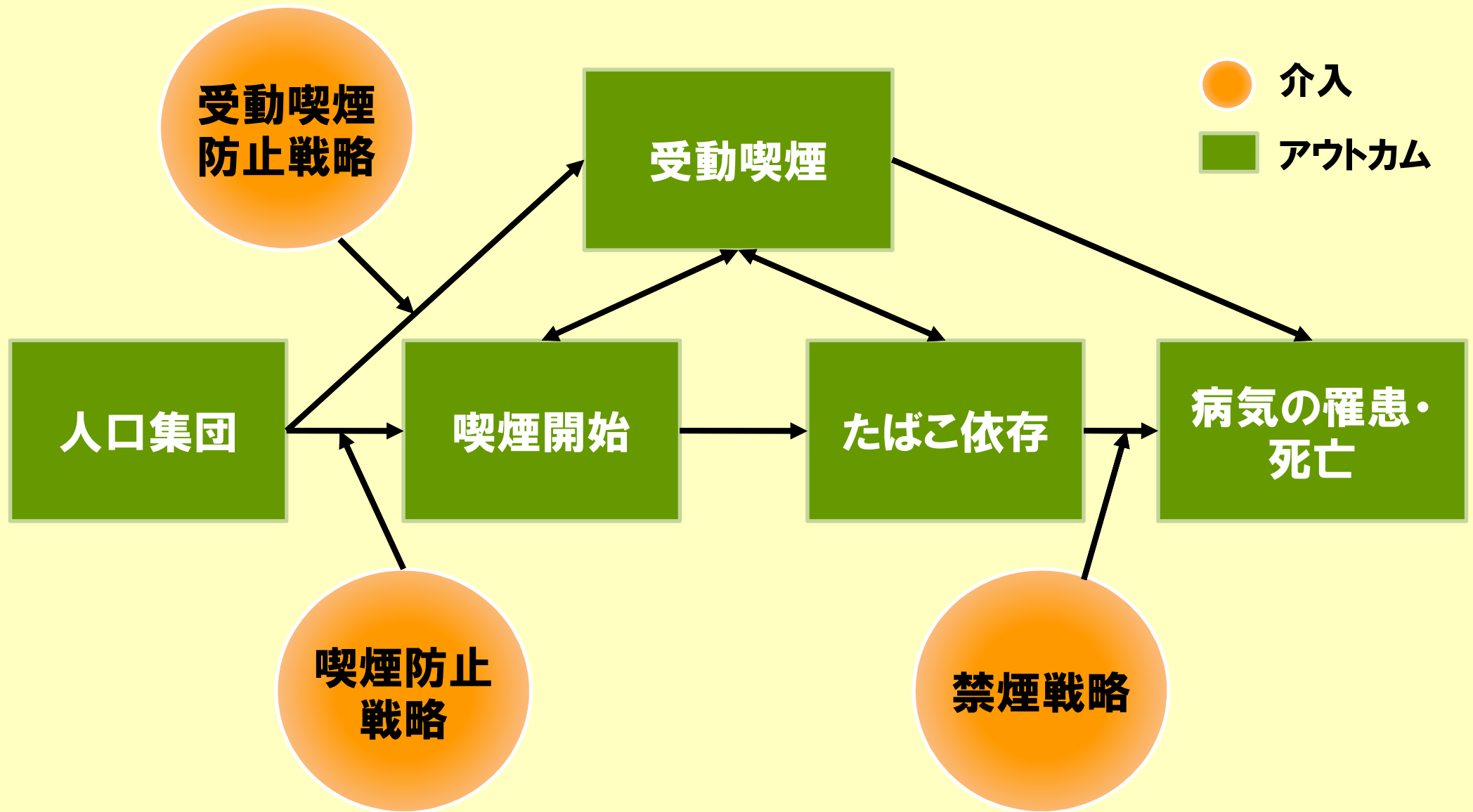
	200万円未満	200万円以上600万円未満	600万円以上
肥満(女性)	25.6	21.0	13.2
習慣的に朝食を食べない(男性)	20.7	18.6	15.1
運動習慣がない(女性)	72.9	72.1	67.7
現在習慣的に喫煙(男性)	37.3	33.6	27.0
現在習慣的に喫煙(女性)	11.7	8.8	6.4

産経新聞、2012年2月1日

(厚生労働省 平成22年 国民健康・栄養調査)

これを受け、厚労省は次期健康づくり計画に、禁煙希望者全員が禁煙に成功した場合の喫煙率「12・2%」を34年度までの目標値として明記する方針。次期がん対策推進基本計画にも同じ目標値を盛り込む。

たばこの健康被害を減らす3つの戦略



(Jha P, Chaloupka FJ. Tobacco control in developing countries. England: Oxford University, 2000/
The guide to community preventive services: what works to promote health? New York, NY: Oxford University, 2005を参考に作成)

WHO「たばこ規制枠組み条約」(FCTC) 2005年2月27日発効

“MPOWER”

たばこ流行制圧のための6政策



Monitor (たばこ使用と政策のモニタリング、20条)

Protect (受動喫煙からの保護、8条)

Offer (禁煙支援・治療、14条)

Warn (たばこの危険性の警告、11条) ※12条 教育・啓発

Enforce (たばこの広告・販促・後援の禁止、13条)

Raise (たばこ税の引き上げ、6条)

(出典 WHO REPORT ON THE GLOBAL TOBACCO EPIDEMIC, 2008)

たばこ規制・対策の最近の動き

- 2003年5月** **健康増進法の施行(努力義務)**
- 2005年2月** **WHOたばこ規制枠組み条約発効(日本は2004年に批准)**
- 2006年4月** **禁煙治療の保険適用**
- 2010年2月** **公共場所における屋内禁煙を原則とした厚生労働省健康局長通知(官公庁、医療施設は全面禁煙)**
- 2010年4月** **神奈川県受動喫煙防止条例の施行(罰則付き)**
- 2010年10月** **たばこ税・価格の引き上げ**
(たばこ税1本3.5円、価格1箱100~140円程度)
- 2010年12月** **今後の職場における安全衛生対策に関する建議**
(職場の受動喫煙防止対策の抜本的強化)
2011年12月 閣議決定→法律の改正
- 2012年3月** **兵庫県受動喫煙防止条例の制定(罰則付き)**
※条例策定の検討: 千葉県、静岡県、京都府、島根県、大阪府など
- 2012年6-7月** **がん対策基本計画変更案、次期健康日本21の策定**

日本のたばこ規制・対策の現状－2010年時点

	日本	英国
M (たばこ使用と政策のモニタリング)	優	優
P (受動喫煙防止のための法規制)	不可	優
O (禁煙支援・治療)	良	優
W (たばこの危険性の警告表示)	可	良
W (マスメディア・キャンペーン)	不可	優
E (たばこの広告・販促・後援の禁止)	不可	良
R (たばこ税の引き上げ)	良	優

(注) 2010年のたばこ規制の取組みが4段階で評価されているので、優、良、可、不可と表示した。

日本の評価に関する説明:P(受動喫煙防止のための法規制)は国レベルで建物内全面禁煙を定める法規制がないため不可、O(禁煙支援・治療)は禁煙治療の保険適用がなされているものの、無料の禁煙電話相談(Quitline)の仕組みがないため優ではなく良、W(警告表示)は小さな文字だけで画像なしの警告表示であるがパッケージの面積の30%を占めているので良、R(たばこ税の引き上げ)はたばこ税が小売価格の51-75%を占めているので良と判定された。

(WHO REPORT ON THE GLOBAL TOBACCO EPIDEMIC, 2011 より作成)

1に運動 2に食事 **しっかり禁煙** 最後にクスリ ~健康寿命をのばそう~

厚生労働省
健康寿命をのばそう!
Smart Life Project

たばこの煙のない生活で
健康寿命をのばそう!

受動喫煙のない社会を実現しましょう

My Life is Smart.
http://www.smartlife.go.jp/

厚生労働省

大事な人のため、
自分のため

たばこの煙を
マイナス。
受動喫煙のない
健康社会。

たばこの煙

たばこを吸わないことは健康の大前提。
日本人が命を落とす原因の
第1位がたばこです。
周囲のたばこの煙を吸うことでも
肺がんや心臓病にかかりやすくなります。
禁煙はもとより、受動喫煙のない社会の実現が
健康生活の基本です。

9月は、健康増進普及月間です
1に運動2に食事、しっかり禁煙、最後にクスリ
~健康寿命をのばそう~

禁煙で
健康寿命をのばそう!
Smart Life Project

(厚労省: 平成24年度 健康増進普及月間ポスター)

ヘルスプロモーション活動の概念図

「みんなの健康をみんなで守る」

「健康日本21」

国民や組織・団体の参画
(地域・職域活動の強化)

知識の提供
技術の開発

坂道に気づく、坂道をゆるやかにする、
グッドプラクティスを共有する

豊かな人生

健康を支援する
環境づくり

健康的な公共政策
ヘルスサービスの方向転換

第2次健康日本21計画の基本的な方向

1. 健康寿命の延伸と健康格差の縮小
2. 発病予防と重症化予防の徹底
3. 社会生活に必要な機能の維持及び向上
4. 健康のための社会環境の整備
5. 生活習慣及びその支援環境の改善

(島内 1987、吉田・藤内 1995、島内,他 2004を一部改変)