

タバコ Q&A



タバコ問題の真実を科学的データに基づいて明らかにします。

東京都医師会 タバコ対策委員会

目 次

● はじめに	1
1、 タバコ（能動喫煙）と健康被害	
Q 1. タバコと肺がん死亡率	2
Q 2. タバコと疾患との関係	3
Q 3. タバコと肺がん発生を証明する動物実験	4
Q 4. タバコとストレス	5
Q 5. タバコとアルツハイマー病	6
Q 6. タバコと寿命	7
Q 7. タバコと自殺者	8
Q 8. タバコとインフルエンザ	9
2、 受動喫煙と健康被害	
Q 9. 受動喫煙の健康被害に関する報告	11
Q 10. 受動喫煙の人体に対する影響	12
Q 11. 受動喫煙による死亡リスク	13
Q 12. 受動喫煙防止対策	14
Q 13. 受動喫煙とディーゼル排ガスとの比較	15
Q 14. 受動喫煙防止対策としての完全禁煙の必要性ーその1	16
Q 15. 受動喫煙防止対策としての完全禁煙の必要性ーその2	17
3、 喫煙の経済	
Q 16. 喫煙の財政的損害	18
Q 17. タバコ増税の効果	19
Q 18. 禁煙活動のタバコ産業への影響	20
Q 19. 喫煙制限の飲食サービス業への影響	21
Q 20. タバコ値上げの小売店への影響	22
4、 喫煙規制	
Q 21. 禁煙運動の意義	24
Q 22. 禁煙運動はファシズム、という誤った批判に対して	25
Q 23. タバコは文化、という誤った見解について	26
Q 24. タバコだけががんの原因ではない、という見解に対して	27
Q 25. いわゆる喫煙権について	28
● 参考文献	29

はじめに

東京都医師会

タバコ対策委員会委員長 作 田 学

喫煙が身体に良くないことは、多くの人が知っています。しかし、その事実を本当に理解している人は少ないのです。実際に病気になってから、あるいは連れ合いが病気になってから、はじめてその重大さに気づくのです。

喫煙は、ニコチン依存症です。喫煙は身体に良くない、しかし吸いたいという時に、心理学用語で言う認知性不協和が生じます。認知性不協和は、このように 2 つの相反する感情が同時に存在する時に生じ、その時ヒトは不条理な存在と化します。つまり、たとえば、「お婆ちゃんはタバコを吸っていたけれど 80 歳まで生きていた。」「喫煙率は最近下がってきたのに、肺がんは増えている。」「肺がんはタバコではなく、大気汚染によるらしい。」「自分だけは肺がんにならないと思う。」など、一考すれば容易におかしい事がわかる論理にしがみつきます。喫煙が身体に良くないということは健康寿命が短く、疾病の期間が長いということ一事を見てもわかります。実際に肺がん、心筋梗塞、脳梗塞、COPD などになって、はじめてタバコの害に気がつくのですが、その時はすでに手遅れなのです。

受動喫煙もそうです。そもそも受動喫煙を気にして喫煙をするのはほとんど不可能です。WHO や米国公衆衛生長官報告が言っていますように、工学的な方法をいくら講じても受動喫煙を防ぐ事はできません。たとえば、部屋を仕切る、空気清浄装置をつける、室内の空調などをいくらやっても防げないのです。そもそも一回喫煙をすると、20～30 分間も呼気の中からタバコ煙の成分が出続けます。あるいは喫煙をすると、髪の毛、服にタバコ煙が付着し、ゆっくりと蒸発していきます。このようなわけで、受動喫煙を無くすには、屋内全面禁煙がどうしても必要なのです。

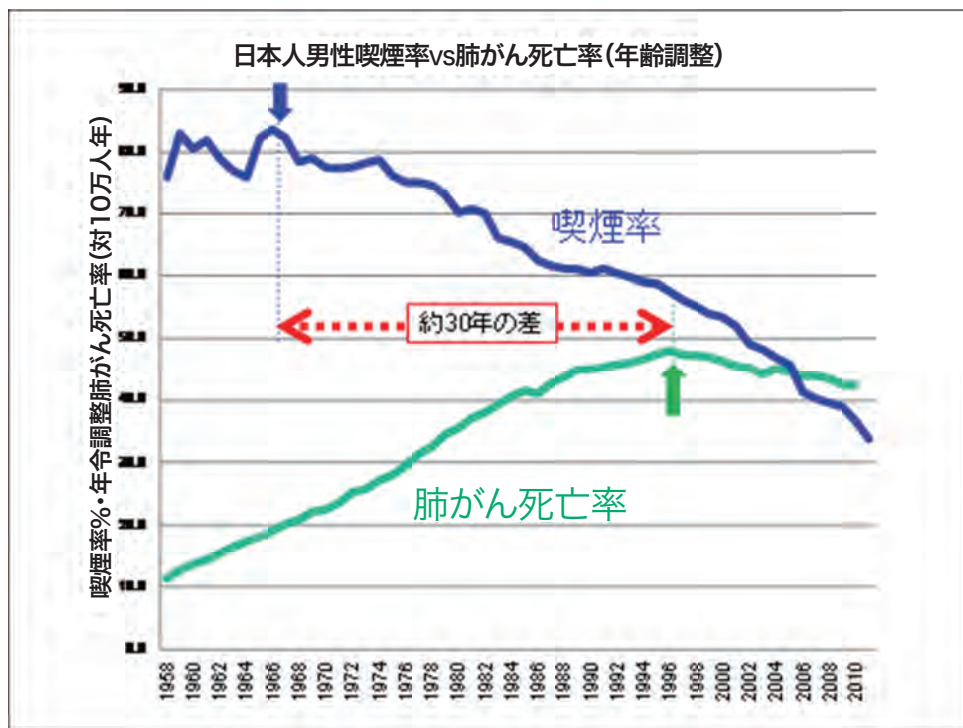
私たちは、このような広く信じられているあるいは信じ込まされている間違った見解と正しい事実を Q&A としてまとめることができました。いずれの解答もきちんとした学術研究に則っており、間違いのないデータによっております。

これらの事項は患者さんのみならず、様々な方からご質問されることが多々あり、その場合にもお使いいただければ幸いに存じます。

能動喫煙

Q1 この30年間、喫煙率が下がってきたのに、肺がんは減っていない。肺がんはタバコは関係ないというのは本当ですか？

A1 間違いです。日本でも、男女とも喫煙率のピークから30年遅れて肺がん死亡率が減り始めました。喫煙と肺がんには密接な関連がある事は医学事実です。



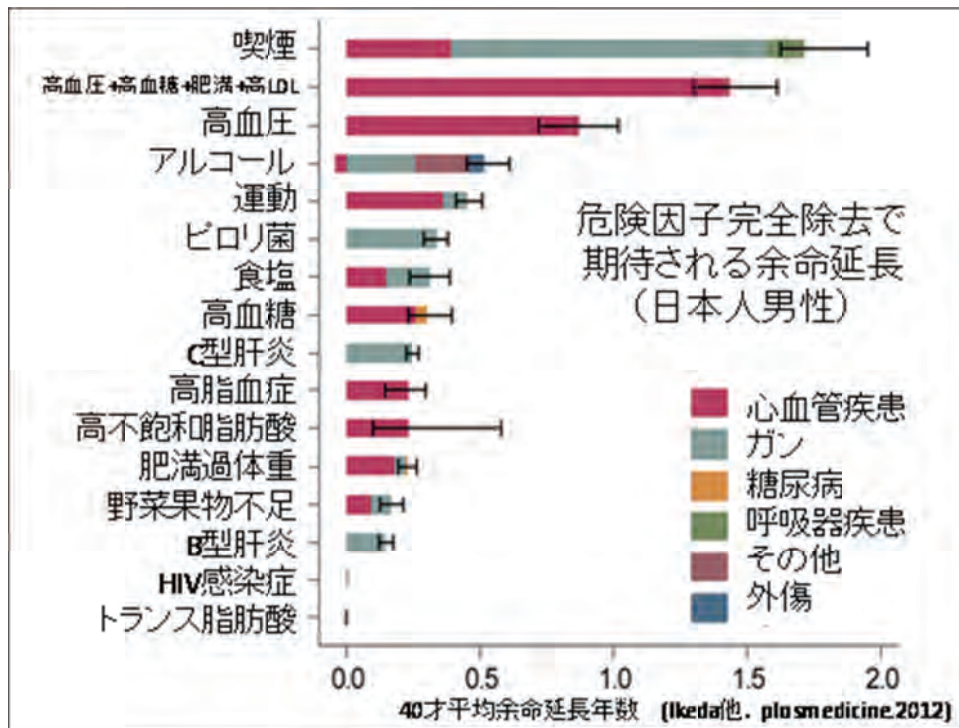
タバコを吸う人が肺がんになるまでおよそ30年かかります。諸外国でも日本でも、喫煙率がピークとなった30年後に肺がん死亡率のピークが見られています。喫煙率が減っているのに肺がんがどんどん増えているからタバコと肺がんは無関係だと主張することは悪質なうわさです。

【参考】日本禁煙学会ホームページ

http://www.nosmoke55.jp/action/1203liar_jt.html

Q2 がんや心臓病、脳卒中などはタバコだけでなく、他の様々な原因が複雑に絡み合っているため、タバコだけを狙い撃ちにした対策は適切でないという意見がありますが、どうでしょうか？

A2 様々な原因の絡み合いを科学的に分析した結果、日本人男性ではタバコが寿命を縮めている一番大きな原因であることがわかりました。禁煙推進こそが健康寿命を伸ばす最優先の対策です。



喫煙、高血圧、糖尿病、肥満、運動不足などの生活習慣や病気がそれぞれどれほど寿命を縮めているのかを試算した東大グループの研究によれば、日本人男性の命を縮める最大の原因はタバコで、第2位の高血圧のおよそ2倍の影響力でした。

高血圧、糖尿病、脂質異常症、肥満をすべて合わせてもタバコの短命効果には及びませんでした。

禁煙を進めることが日本人男性の健康寿命を延ばすための最優先課題であることが証明されたのです。社会的責任を果たすべき立場にある人々は、この科学的証拠を受け入れるべきでしょう。

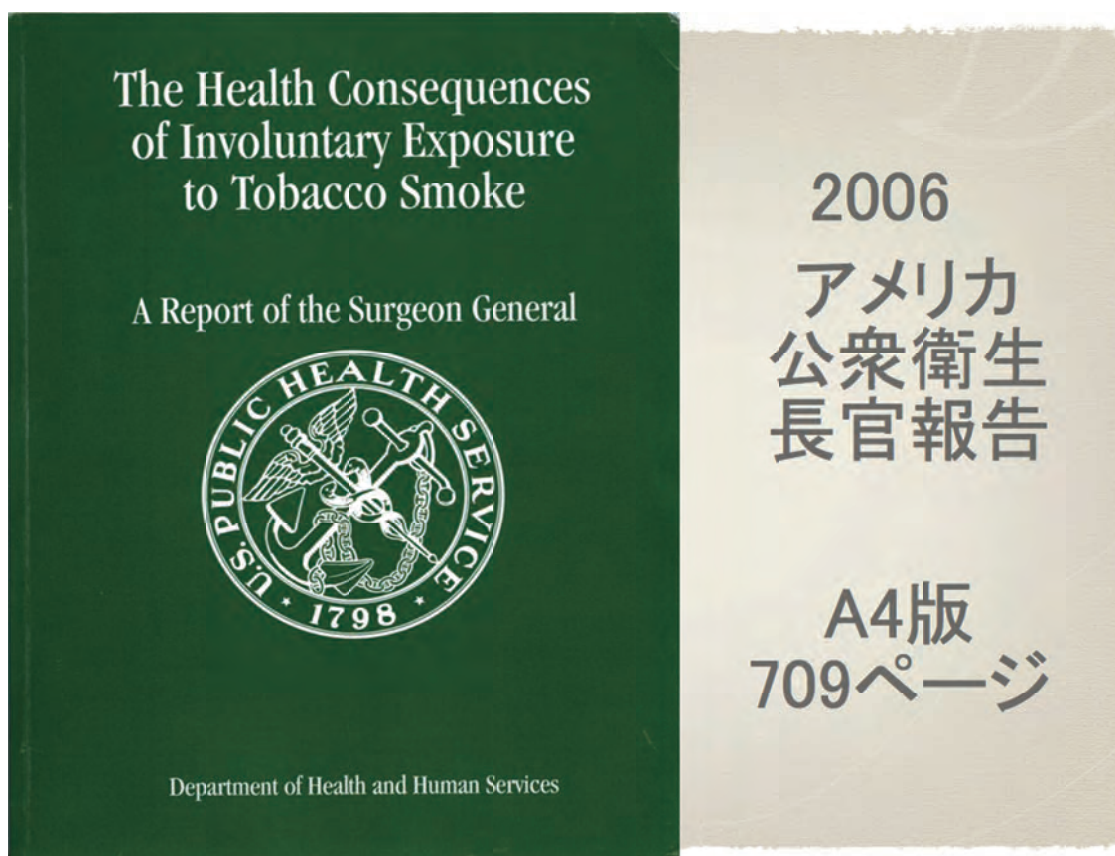
【参考】日本禁煙学会ホームページ http://www.nosmoke55.jp/action/1203liar_jt.html

Q3 タバコ産業は「タバコで肺がんを起こす動物実験は成功していない」と言っていますが、どうでしょうか？

A3 副流煙(受動喫煙)と主流煙(能動喫煙)が肺がんを起こすことが遺伝毒性学的に、および動物実験で確認されています。

そのようなことを主張しているのはタバコ会社だけです。米国厚生長官報告(2006年は「受動喫煙あるいはタバコ煙濃縮物質ががんを起こすことが動物実験により因果関係を以て証明されている」と述べています。

もちろん、人間を対象とした疫学調査で、受動喫煙と肺がんの間に因果関係があることが証明されているのが、一番重要な根拠と言えるでしょう。



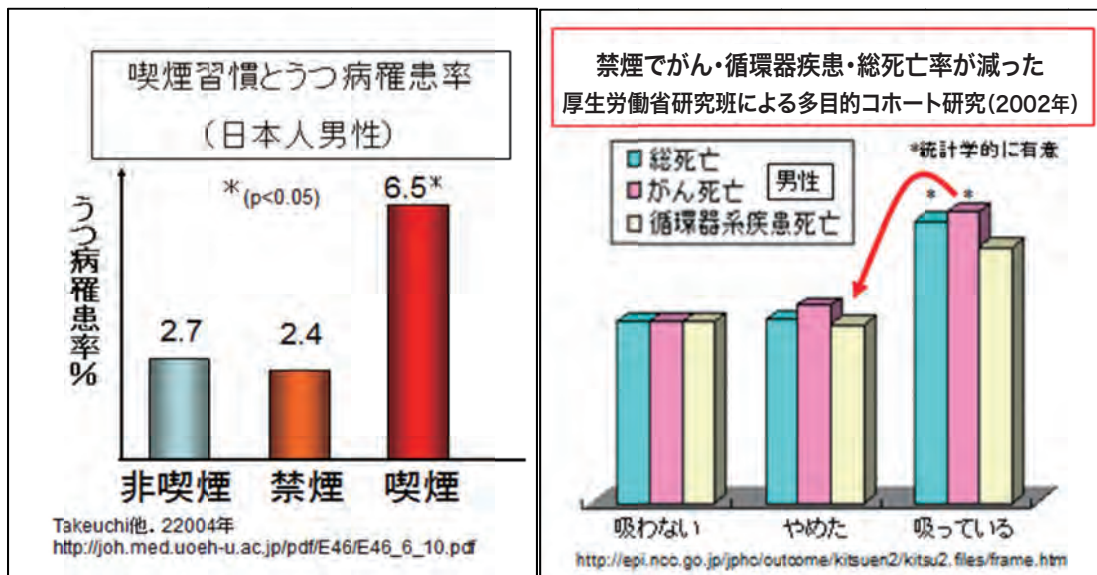
Q4 タバコはストレスを解除してくれる。

禁煙のストレスでかえってがんになるのではないのでしょうか？

A4 実は喫煙が「ストレス」を生み出しているのです。禁煙するとメンタルヘルスも改善し、がんも心臓病も大きく減ります。

タバコを初めて吸っても、ストレスが解除されることはありません。むしろ気分が悪くなるだけです。しかし一度ニコチン依存になってしまうと、血中のニコチン濃度が低下してくるたびに、“ニコチン切れのストレス”を感じます。この時にタバコを吸うと、血中のニコチン濃度が回復するため、ニコチン切れのストレスも解消されるわけです。したがって、完全にニコチン依存から抜け出せれば、ムダな“ニコチン切れのストレス”など感じなくなるのです。喫煙者は非喫煙者や禁煙者よりうつ病やうつ状態になりやすいことがわかっています。メンタルヘルス改善のためにも、禁煙にチャレンジすることをお勧めします。

また、タバコの煙には、発がん性が確認されている物質が60種類以上も含まれています。当然ですが、禁煙した方が肺がんの発症率が低下して行くことも確認されています。禁煙のストレスでがんになるという説は、使い古された詭弁でしかありません。



Q5 喫煙はアルツハイマー病の予防になると言われていますが、事実でしょうか？

A5 タバコを吸うとアルツハイマー病になる危険が増します。

タバコとアルツハイマー病の関連については、すでに科学的結論が出ています。それを受けて、国際アルツハイマー病協会 2009 年世界アルツハイマーレポートには、「基本的な予防対策としては現在明らかになっている要因：高血圧、喫煙、糖尿病及び高脂血症を含む心臓病のリスク要因に焦点を当てた取り組みをおこなうべきです。」と述べられています。

<http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport-Japanese.pdf>

ちなみに、最近発表された研究でも、2 万 1 千人のアメリカ人を対象とした約 20 年間の追跡調査の結果、中年期に 1 日 2 箱以上吸った場合、アルツハイマー病を発症するリスクが非喫煙者の 2.36 倍になっており、前記の結論を再確認するものでした。

(Minna Rusanen, et al. Heavy Smoking in Midlife and Long-term Risk of Alzheimer Disease and Vascular Dementia. Arch Intern Med. 2011; 171(4): 333-339)

さらに、受動喫煙が脳血管性認知症およびアルツハイマー型認知症の危険因子であるとの証拠・認識が固まりつつあります。

(Llewellyn DJ, et al: Exposure to secondhand smoke and cognitive impairment in non-smokers: national cross sectional study with cotinine measurement.. BMJ,338:b462,2009.)



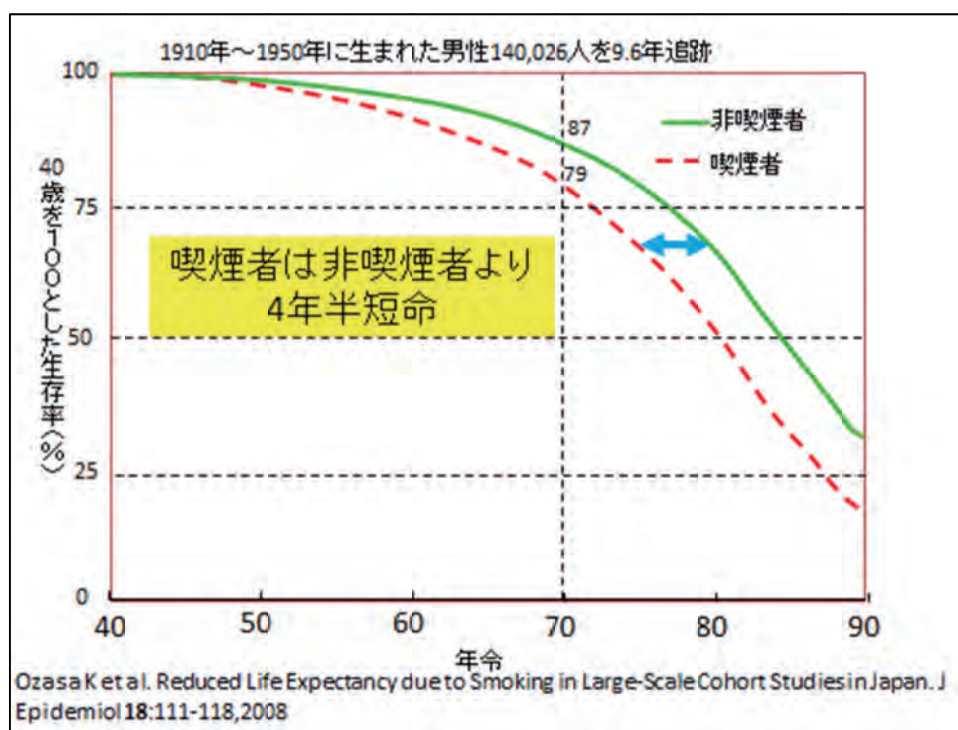
Japan Times, 2012/7/8 による。

Q6 祖母は、タバコを吸って100才まで長生きしました。

A6 一例報告で物事を決めつけることはできません。

それを言うにはきちんと対照をとって調べなければいけません。2003年に鹿児島県内の自宅で生活をしている100歳以上のお年寄りには231人いましたが、喫煙者はわずか7人で、残りの224人は禁煙していました。喫煙率はわずか3%に過ぎませんでした。

科学的な手法で行った調査によれば、日本では、喫煙者は非喫煙者より約4年半短命であることが分かっています。

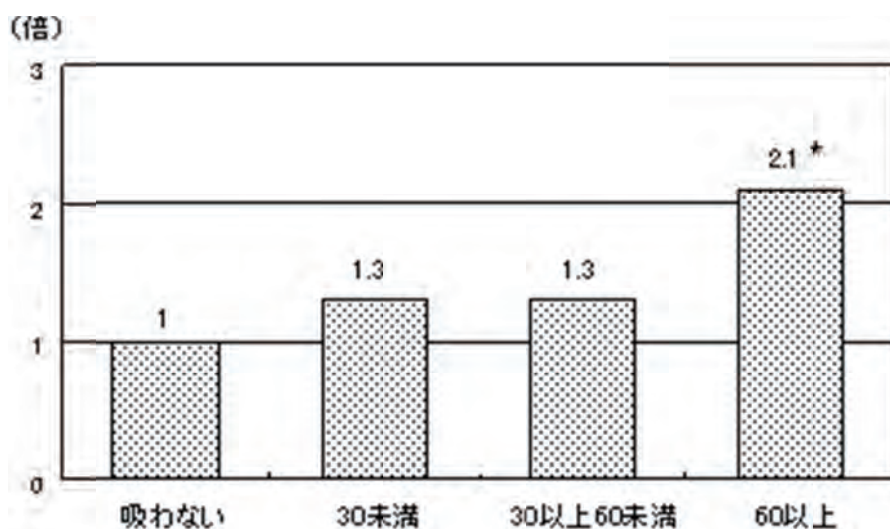


Q7 喫煙者には自殺者が少ないと聞きましたが、どうでしょうか？

A7 最近流布されている悪質なうわさです。

日本の多目的コホート研究(JPHC 研究)によると、タバコを吸わない人に比べて、タバコを吸う人は 30%自殺リスクが高いとされています。また、タバコを吸った総量(箱×年数)は多いほど自殺率が高く、1日に吸う本数が多いほど自殺率が増えるということが明らかにされています¹⁾。また、喫煙者はうつ病の発症率が吸わない人の2倍という報告もあります(Andaら、JAMA, '90)。

自殺者の数

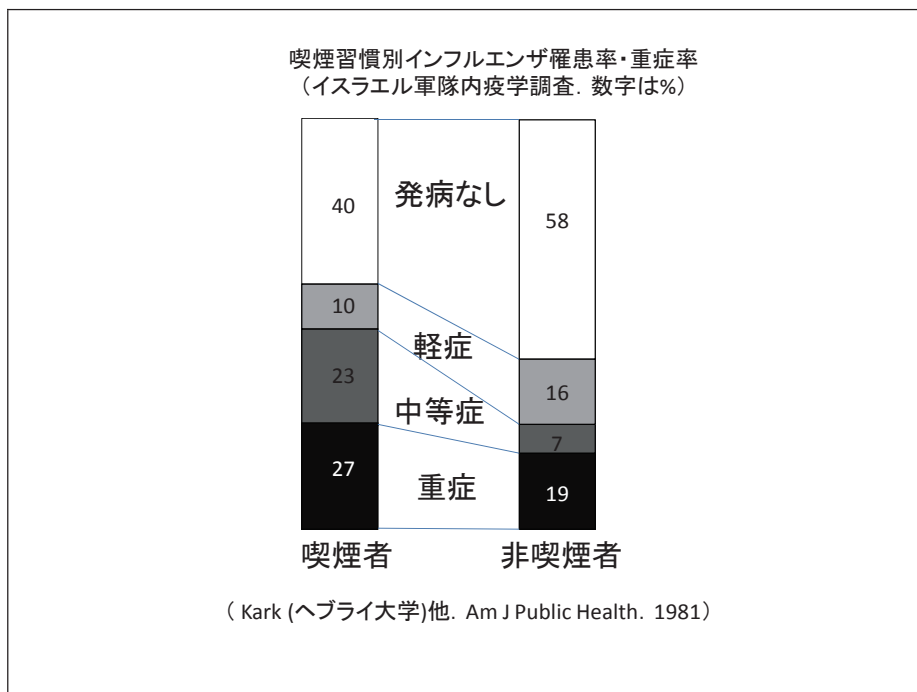


1) <http://epi.ncc.go.jp/jphc/outcome/271.html>

Q8 タバコを吸うと、インフルエンザの感染率が低下するのでしょうか？

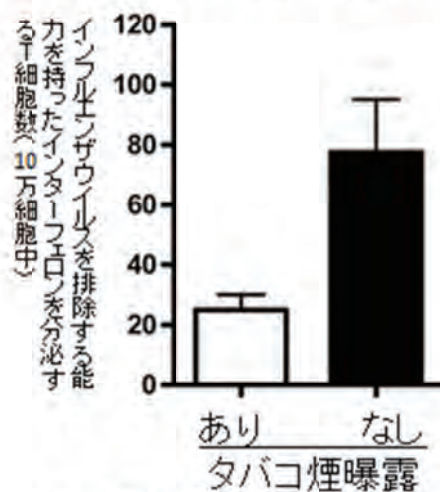
A8 タバコを吸うと、インフルエンザウイルスに感染しやすくなり、重症化します。

インフルエンザウイルスを感染させる人体実験はありません。しかし、イスラエルの軍隊でインフルエンザが流行した時に、喫煙兵士と非喫煙兵士のインフルエンザの発病率、かかった場合の重症率を調査したデータが公表されています。それによると、インフルエンザの発病率も重症化率も喫煙者の方がずっと多かったことがわかりました。



喫煙が、からだに侵入したインフルエンザウイルスを捕まえて退治する免疫能力を激減させることが動物実験で証明されています。マウスに毎日4時間ずつ6週間にわたって、喫煙者のいる家庭レベルの濃度の受動喫煙に曝露させたのちに、鼻の中にインフルエンザウイルスを接種したところ、受動喫煙のないマウスと比較して、インフルエンザウイルスを退治するインターフェロンと言う免疫物質を作り出す白血球(Tリンパ球)の数が、3分の1に激減したことがわかりました。

タバコ煙曝露でインフルエンザウイルスと闘う能力が1/3に減る(動物実験)



Feng(テキサス大学)他, Infect Immun. 2011

これは、タバコ煙がインフルエンザウイルスを排除する免疫力を大幅に減らす作用を持っていることを示しており、喫煙者の方がインフルエンザを発病しやすく、重症となりやすいという事実の科学的根拠を示すものです。

タバコを吸うとインフルエンザにかかりやすくなります。また、インフルエンザにかかった場合、重症化しやすくなります。禁煙こそが、インフルエンザを予防し、軽症化するもっとも有効な手段です。

受動喫煙

Q9 タバコ産業は受動喫煙の害は証明されていないと言っていますが。

A9 受動喫煙が肺がんや心臓病をはじめ様々な病気の原因となることは、すでに確立された医学的事実です。

受動喫煙の害が証明されていないと言っているのはタバコ産業だけです。受動喫煙の健康影響についてのグローバルな見解の例として、2006年の米国厚生長官報告 *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke* の結論をお読みください。

1. 受動喫煙は非喫煙の子どもと大人の健康を損ない早死させる。
2. 受動喫煙は乳幼児突然死症候群、急性呼吸器感染症、中耳炎を増やし、気管支喘息を悪化させる。親の喫煙により子どもの呼吸器症状が増え、肺の発達が阻害される。
3. 大人は受動喫煙により急性の悪影響を受ける。受動喫煙は大人の心筋梗塞と肺がんの原因となる。
4. 受動喫煙にはそれ以下なら病気が起こらないという安全レベルはないことが科学的研究により証明されている。
5. 屋内の完全禁煙だけが、非喫煙者を受動喫煙の影響から守る万全の方策である。「分煙」、空気清浄器、換気によって非喫煙者を受動喫煙の害から守ることは不可能である。

【米国厚生長官報告2006年】

<http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/>

Q10 タバコ産業は非喫煙者が受動喫煙で吸い込むタバコの煙の量は喫煙者より極めて少ないので、病気が起きるはずがないと言っていますが、どうでしょうか？

A10 非喫煙者は、わずかな濃度のタバコ煙でも大きな影響を受ける(感受性が高い)ことが臨床研究で確認されています。

能動喫煙が体に与えている有害反応の大きさを 100 として、受動喫煙時にタバコを吸わない人にどれくらいの反応が起きているかを測ってみると、意外なことに、喫煙者に近い大きさの反応が起きていることが分かりました。

吸い込む煙の量が少なくとも、非喫煙者はわずかなタバコ煙によって、大きな悪影響を受けていたのです。

家庭の受動喫煙で心筋梗塞死の危険が 20~30%増えたことはこのようなメカニズムによって説明できます。

能動喫煙と受動喫煙の生体作用の比較(能動喫煙=100)

生体作用		受動喫煙の影響 (能動喫煙=100%)
血小板活性化	血液凝固促進	96%
フィブリノーゲン増加	血液凝固促進	70%
冠血流速予備能低下	冠状動脈狭小化	91%
HDLコレステロール低下	動脈硬化促進	73%
内膜中膜複合体厚増加	動脈硬化促進	41%
CRP増加	動脈硬化・血液凝固促進	80%
酸化LDL増加	動脈硬化促進	85%
ビタミンC低下(こども)	動脈硬化促進	98%

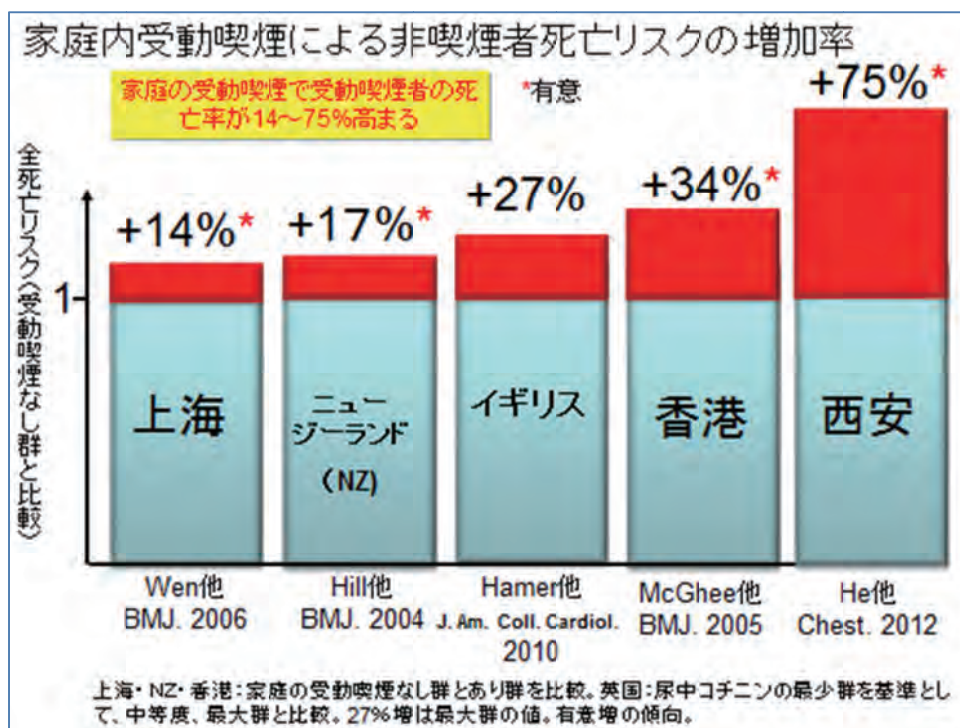
【参考】Barnoya J, 他. Circulation. 111:2684-98,2005.

Q11 受動喫煙は、非喫煙者に若干の迷惑や不快感を与えるだけであり、目くじらを立てて規制をする必要のある問題ではないと思いますが、どうでしょうか？

A11 受動喫煙は非喫煙者にとって、生きるか死ぬかの大問題です。家庭の受動喫煙で、非喫煙者のおよそ20%が早死にする可能性があります。また、重い受動喫煙症を発症して、仕事や普通の社会生活を失う人も数多くいます。

家庭の受動喫煙によって非喫煙者の全死亡リスクが14~74%増加するという5件の論文がピアレビュー医学専門誌に発表されています。

自分自身の望ましくないライフスタイルでなく、他者の行為によって全死亡率がこれだけ増やされることは、私たちの社会の許容限度をはるかに超えています。文字通り受動喫煙は非喫煙者の生死を左右する問題です。



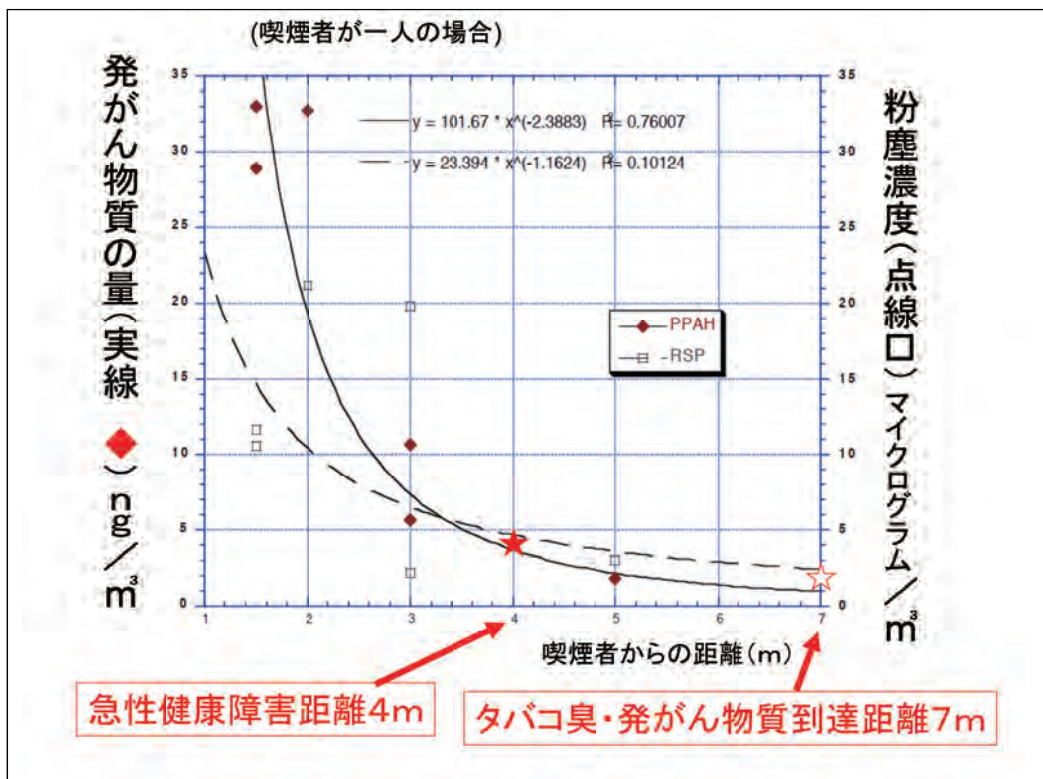
また、職場の受動喫煙によって重い受動喫煙症あるいは化学物質過敏症を発病する方も数多くおられ、失業、通常の家生活さえも不可能となる事例も後を絶ちません。非喫煙者の生存権の侵害をなくすために、早急に包括的受動喫煙防止法を制定することが求められます。

Q12 屋外での受動喫煙を防ぐためにはどのような対策が必要ですか？

A12 非喫煙者の動線から少なくとも7～14メートル以内は喫煙禁止としましょう。

屋内であろうと屋外であろうと、受動喫煙の影響を受けるのは、同じ非喫煙者です。実際に屋外で一人の喫煙者がタバコを吸った時の発がん物質や粉じんの濃度を測定したところ、非喫煙者の健康を守るには、最低7m、風向きによってはその何倍かの距離を確保することが必要だと分かりました。

喫煙所を2人以上で使用するなら、最低でもテニスコートの2倍の面積を非喫煙者立ち入り禁止にする必要があります。



【図の出典】

<http://www.nosmoke55.jp/action/0603okugai.html>

Q13 体に悪いのはタバコだけではない。車の排ガスの方が問題ではないですか？
自動車産業を免罪するために、タバコが悪いと騒いでいるのではないでしょう
か？

A13 今の日本でタバコは、ディーゼル排ガスの 10 倍(受動喫煙)から 100 倍(能動
喫煙)もの人命を奪っています。

年間損失余命日数で計測した
日本における化学物質のリスクランキング
(産業技術総合研究所 蒲生昌志)

喫煙	1000日以上
受動喫煙	132日
ディーゼル粒子	14日
ラドン(発ガン)	9.9日
ホルムアルデヒド(発ガン)	4.1日
ダイオキシン(発ガン)	1.2日
カドミウム	0.8日
ヒ素(発ガン)	0.3日
トルエン	0.3日
クロルピリフォス	0.3日
ベンゼン(発ガン)	0.2日
メチル水銀	0.1日
キシレン	0.08日
DDT(発ガン)	0.02日

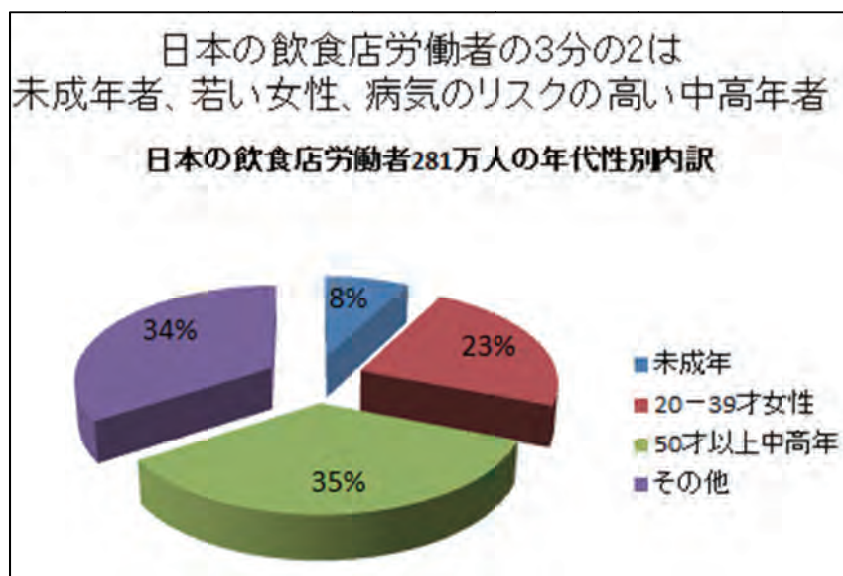
環境汚染問題の専門家の試算によれば、日本人の命を奪っている危険因子・汚染
因子の第 1 位は能動喫煙、第 2 位は受動喫煙でした。第 3 位のディーゼル排ガスよ
り一桁ないし二桁大きい死亡をもたらしているのがタバコです。

Q14 なぜ飲食サービス産業を完全禁煙にする必要があるのですか？

A14 【理由その1】この業界で働く人々の健康を守るためです。従業員の7割近くが受動喫煙で被害を受けやすい階層となっています。

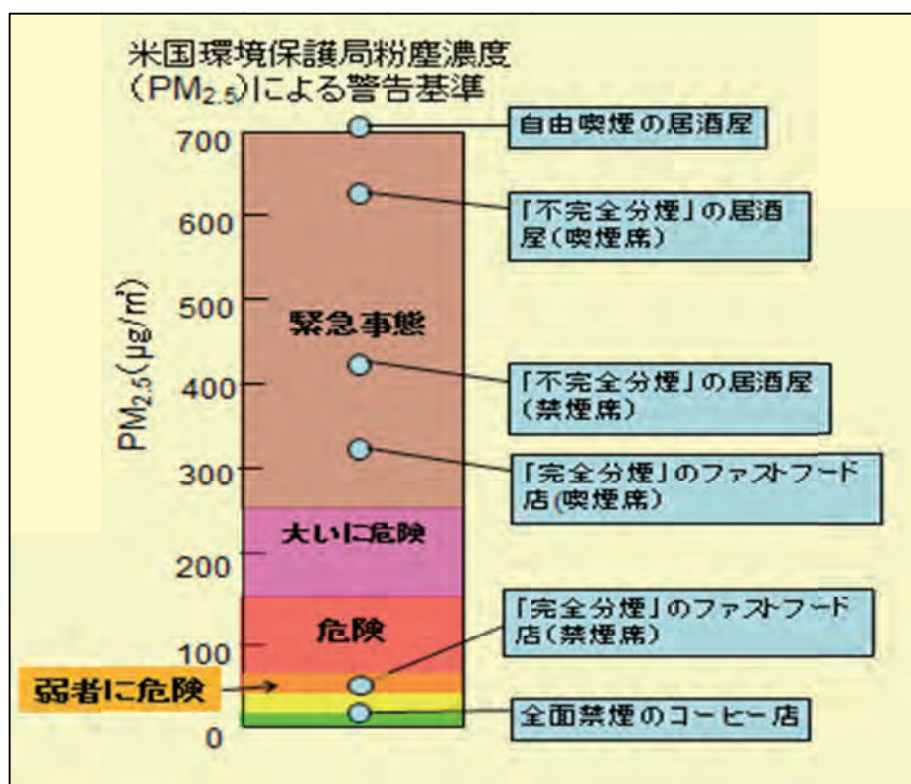
現在日本の飲食店労働者281万人中、22万人が未成年者(女子13万人・男子9万人)、65万人が20歳から39歳までの女性であり、飲食店従業員の約3人にひとり、子どもと生殖可能年齢の女性となっています。さらに、98万人は様々な病気が起きやすい50歳以上の中高年層であり、飲食店で働く人々の3分の2近くが、受動喫煙の悪影響を受けやすい階層となっています。したがって、飲食サービス業界の受動喫煙対策を他の分野より遅らせなければならない理由は一切なく、一刻も早くこの業界の完全禁煙化を進める必要があります。

法律でバー・レストランを完全禁煙にした国々では、喫煙従業員の禁煙が進み、体調がよくなりました。禁煙法を良いことだと支持する率も大幅に増加しています。



Q15 なぜ飲食サービス産業を完全禁煙にする必要があるのですか？

A15 【理由その 2】多額の資金を費やして「分煙」しても、受動喫煙防止ができないからです。また喫煙区域で働く従業員の健康も守れません。



実際に飲食施設の粉塵濃度を測定した結果を見ると、たとえ多額の費用をかけて「完全分煙」としても、許容可能な粉塵濃度を実現することはできません。一方、喫煙可能区域は、そこに入りする従業員と顧客の健康などとても守れない高濃度粉じん汚染状態となっています。飲食サービス産業の顧客と従業員の健康を守るためには、例外なき全面禁煙化を法律で定めること以外の現実的解決法はありません。

外食産業団体である日本フードサービス協会の「お客様に安心していただけるよう、安全で健康的な食の提供に努めます。」という誓いを実現するためにも、早急な全面禁煙化が望まれます。

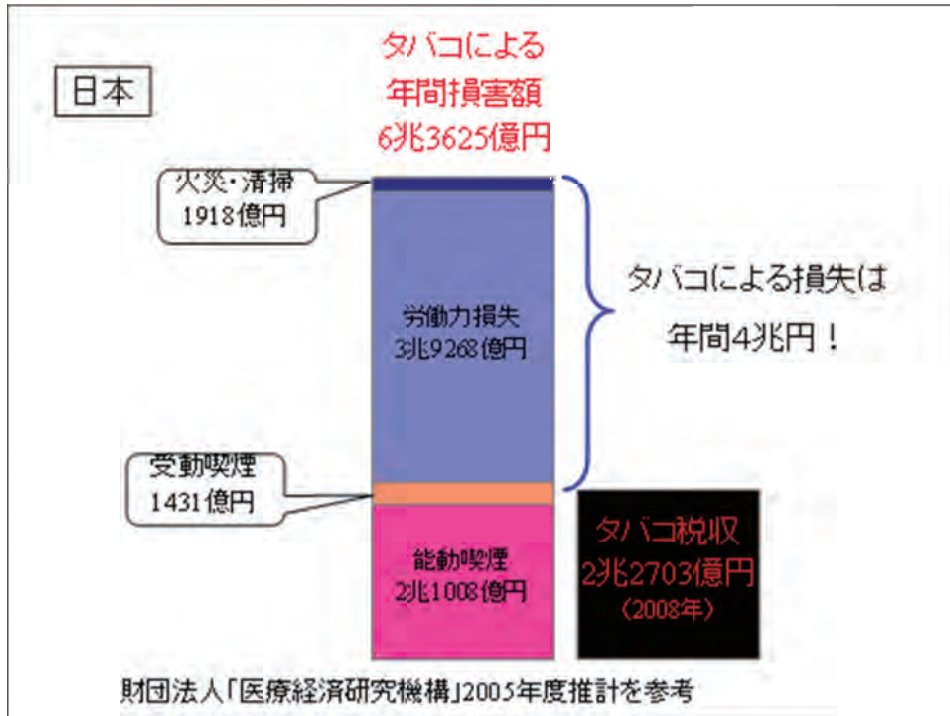
【図の出典】受動喫煙ファクトシート(日本禁煙学会)

http://www.nosmoke55.jp/data/1012secondhand_factsheet.html

喫煙の経済

Q16 タバコは国・地方の一般財源として多大なる貢献をしている財政物資だから禁煙を進めると財政が悪化するのではないのでしょうか？

A16 タバコは日本経済に毎年4兆円以上の損害をもたらしています。



タバコ産業は「たばこは幅広いお客様に支持いただいている大人の嗜好品であり、健康の観点のみならず、国・地方の一般財源として多大なる貢献をしている財政物資」と主張していますが、(財)医療経済研究機構の「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～」によれば、2008年度のタバコ税収2兆2,703億円に対して、タバコによる経済コストは6兆3628億円(2005年)であり、タバコは毎年日本に4兆円以上の経済的損害をもたらしている事が明らかにされています。

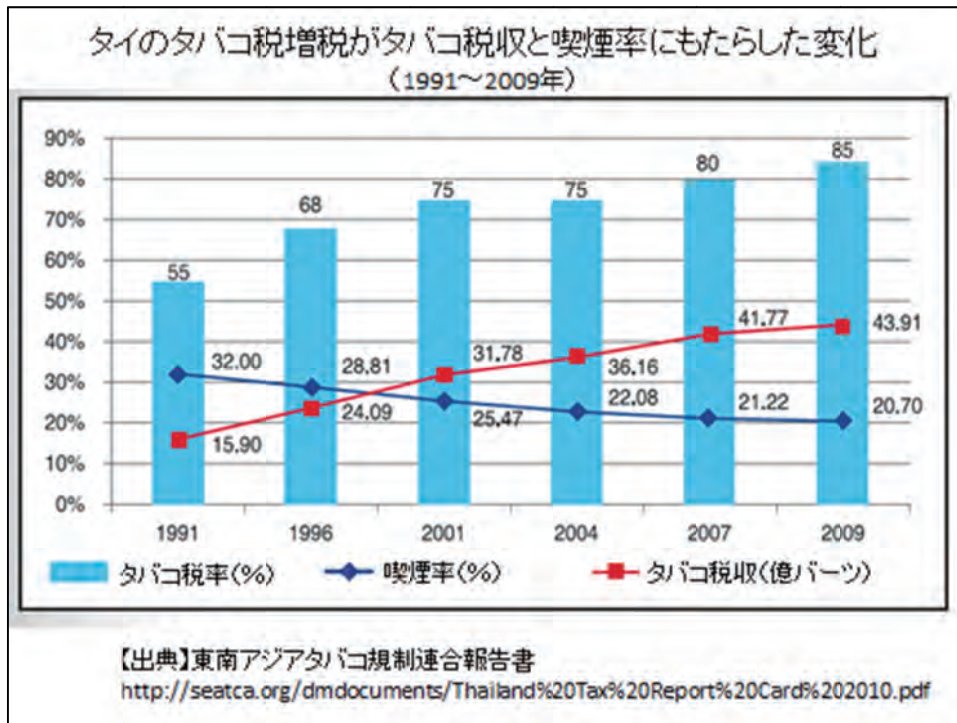
タバコは国・地方に「多大なる損害」を与えているというのが真相です。

【図の出典】日本禁煙学会ホームページ

http://www.nosmoke55.jp/action/1203liar_jt.html

Q17 タバコ税を上げてても税収は増えない。また喫煙者だけ重税とは不公平ではないでしょうか？

A17 タバコ増税は、税収を増やし禁煙を希望する多くの喫煙者の禁煙を助ける win-win の政策です。



タイでは、最近 20 年間のタバコ増税で、喫煙率が 3 割減り、タバコ税が 3 倍近く増収となっています。本来、タバコ増税は、こどものタバコ入手を防ぎ、次世代を担う若者をタバコによる健康被害から守るために不可欠な政策です。

日本では財務省が、いまだ関連株の 50% 以上を保有している関係上、「困った時のタバコ税」といった増税を繰り返してきました。このような口実は、余り感心できませんが、結果として禁煙を希望する喫煙者が禁煙を実行するきっかけとなり、喫煙者の早死を防ぐ効果ももたらされますから、決して「不公平」ではないでしょう。

また、先に述べたように、タバコ税収は喫煙に伴う超過医療費などの控えめに見た社会的損失の 3 割を埋め合わせるにすぎないだけであることも指摘しておきます。

Q18 最近のタバコ離れで、タバコ会社も小売店も農家も経済的に困窮している。救済なくていいのですか？

A18 タバコを吸う人が減っても売り上げ高は減っていません。タバコ農家の転作にも補助が行われています。「困窮している」タバコ産業の株価はこの1年で5割も値上がりしています。(2012年4月現在)

確かに、この10年で日本人の喫煙率も消費量(販売量)も激減し、特に売上に直接響く販売量は、値上げの影響もあり2010年度には2102億本(前年比89.9%)になりましたが、販売代金は3兆6163億本(前年比102%)と微増です。しかも、2011年度の累計(4月～2月の11ヶ月分)では、販売実績1807億本(前年比93.6%)である一方、販売代金は3兆7589億円(前年比115.3%)でした。

小売店は売上の10%のマージンが入るので損はせず、またタバコ産業の経常利益も増加しました。さらに、農家は100%タバコ産業との契約農家で全量買い付けられ、廃作募集に応じた農家も収入を補償する協力金が支払われ、農水省も転作奨励のための51億円の補助金を創設しました。

以上から、たばこ離れによって、たばこ産業は経済的に困窮することはない、むしろ増税に合わせた便乗値上げによって少なくとも利益は保持される構造となっています。

タバコ産業の株価チャート(日本経済新聞社による)

<http://www.nikkei.com/markets/company/index.aspx?scode=2914> 12/7/8



Q19 喫煙規制を厳しくすると飲食サービス業や旅館業が破綻するのではないのでしょうか？

A19 法律でバーやレストランを完全禁煙にした諸国では、営業にマイナスの影響は表れていません。日本で先行的に全店禁煙とした外食チェーンのほとんどでも、売り上げは落ちていません。

2008年の段階で、サミット参加先進8か国中、イギリス、フランス、イタリアが全国レベルで、アメリカ、カナダが大半の州で公共施設、職場、バー、レストランを法律により完全禁煙としている一方、日本、ドイツ、ロシアでは屋内禁煙法制そのものが存在しませんでした。レストラン・バー・ホテルなどのサービス産業を法律で禁煙にしたことで生ずる経済影響を論じた100件近い研究のレビューによれば、客観的指標に基づき、長期的総合的な分析手法を用い、タバコ産業の資金提供を受けず、査読システムのある専門誌に掲載された研究調査のほとんどすべてが、サービス産業完全禁煙法令によるマイナスの経済影響は生じないとの結論を出していたことが明らかになりました。ニュージーランドでは、屋内禁煙法の施行後もサービス産業の売上にマイナスの影響は発生せず、諸都市諸州でのホテル禁煙条例施行後の米国でも、日欧からの観光客は減りませんでした。サービス産業を完全禁煙としても、売り上げの減るおそれがなく、飲食娯楽施設完全禁煙法制が関連業界に経済的悪影響を与えるとする主張に根拠がないことを示しています。

諸外国の例では、完全禁煙を法的に実施した場合に、ホスピタリティ産業への営業上の不利益は発生していません。ニューヨーク市の例でも、アルコール販売免許数や従業員数などは、完全禁煙条例施行後、むしろ増加傾向で、ハワイ州でも観光客は減少していません。

分煙を認める不完全な法規制では、分煙設備の設置コストや、不揃いの政策実施による不平等が発生するために、不公平な競争下におかれた店では営業上の不利益が発生します。従って、完全禁煙を全国的に実施することが、唯一、営業上の不利益を発生させずに、しかもコストのかからない政策であり、従業員や顧客の健康を守るという政策目的を達成できるのです。これによる中長期的な便益は非常に大きいことが試算されています。

日本禁煙学会の調査では、先行的に全店禁煙を実施した外食チェーンのほとんどで売り上げに悪影響が見られませんでした。最近10年間この業界の売り上げが漸減傾向である事を考慮すると、わが国で完全禁煙化による営業上の悪影響を心配する必要はないでしょう。

【参考】サービス業(バー・レストラン・ホテル等)を法律で完全禁煙にしても売り上げは減らなかった—海外の経験のまとめ—日本禁煙学会雑誌、3(8):66-71,2008

<http://www.nosmoke55.jp/gakkaisi/200808/index.html#matuzaki>

日本国内の主要外食チェーン企業における喫煙対策の現状と課題.

日本禁煙学会雑誌、7(1):8-16, 2011.

http://www.nosmoke55.jp/gakkaisi/201202/gakkaisi_120228_8.pdf

Q20 タバコ値上げをすると、タバコ小売店の利益が減少するのではないですか？

A20 いえ、各国の経験を含めても、タバコの販売利益は必ず増加します。

(1) 一般論として各国の経験から、タバコ一箱 40%の値上げをすると、12~16%が禁煙をします。しかし全体の 84%~88%は喫煙を続けますので、小売店のタバコの売り上げとそれによる収入、タバコ産業の売り上げと利益、国家の税収はすべて 18 ないし 23%増加いたします。

($0.88 \times 1.4 = 1.23$ 、 $0.84 \times 1.4 = 1.18$)

(2) 実際に 2011 年度は、半年の効果だけですが、約 15%増加いたしました。2011 年度は前年 2010 年度に比べて

税引き純販売額 13,302→15,286 億円 (1,984 億円増、+14.9%)

(=販売代金増の 40%相当)

ただし、このタバコ税率上げは 2010 年 10 月からなので、2010 年度は半年間の重なりがあり、税率上げ前の 2010 年度前半と比較すれば上記の増はもっと大きくなります。タバコ販売側は、2011 年度はタバコ税率上げ前に比べて、少なくとも 15%以上の増収になっています。

タバコ会社の取り分が 30%でしたので概ね 600 億円増、小売店側 (コンビニを含む) は概ね 1400 億円増となります。しかし、タバコ販売は小売店からコンビニへとという趨勢があり、本来 15%以上の純益があったはずですが、この相当部分はタバコ産業とコンビニに流れたように思われます。

結局、タバコの値上げは小売業者の売り上げに影響せずに、国民のタバコ離れを促進できるということになります。

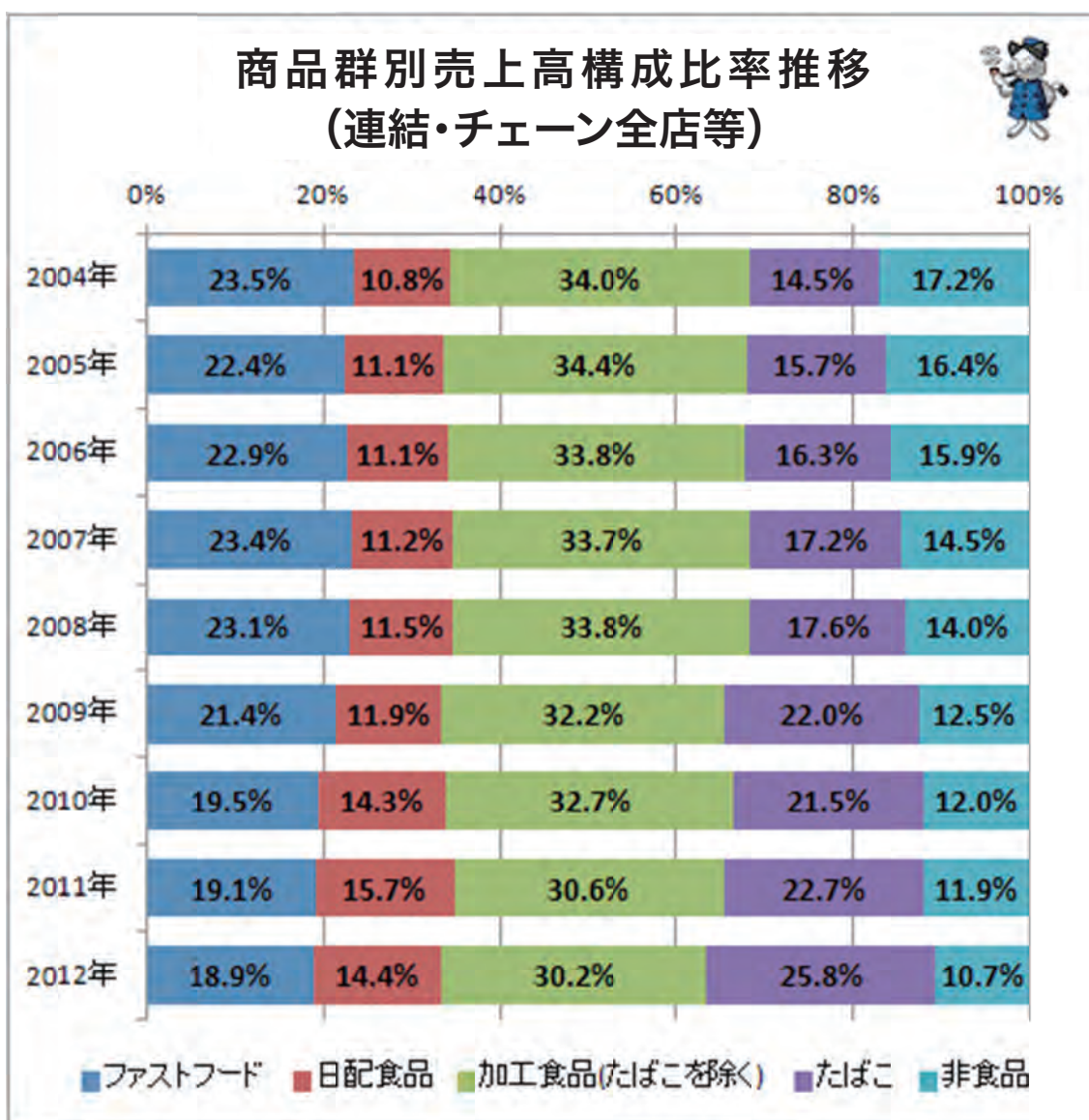
(注)

2010 年 10 月からのタバコ税・価格の 1 箱 110 円程度の引き上げで、タバコの消費は減っても、税収、及びタバコ販売側の売上げ(収益)ともに増えた結果となっています。

総務省が2012年7月13日に公表した2011年度の地方税で地方タバコ税は約14%増で、財務省が公表している国タバコ税もほぼ同様(約14%増)で、以下のようにになりました。

(国タバコ税・地方タバコ税・税引きタバコ販売純額共に 2011年度は前年の14~15%増)

タバコの販売代金(税込み)	36,163→41,080億円(13.6%増)
国タバコ税(特別税除く)	9,077→10,315億円(13.6%増)
都道府県タバコ税	2,561→2,933億円(14.5%増)
市町村タバコ税	7,876→8,994億円(14.2%増)
タバコ特別税	1,625→1,595億円
消費税	1,722→1,956億円(13.6%増)
税引き純販売額	13,302→15,286億円(14.9%増)
税の割合	63.2%→62.8%
(タバコ販売本数	2102→1,975 億本(6.0%減))



<http://www.garbagenews.net/archives/1974843.html> による。

喫煙規制

Q21 私はタバコを吸わないが、禁煙運動は「嫌煙権」を振り回して喫煙者をいじめているのではないのでしょうか？

A21 喫煙者は、タバコには依存性があるという事実を隠して不公正な商売をやってきたタバコ産業の犠牲者と言えます。タバコを吸う人も吸わない人もタバコによって命と健康をおかされないように対策を講ずる必要があります。

タバコを吸う方々は、実際には好きで吸っているわけではなく、ニコチンという薬物に“依存”が生じ、禁煙することができなくなった“ニコチン依存症”の状態なのです。実際、禁煙外来を受診する患者さんは「禁煙したいが、どうしても出来ない」ために病院を訪れています。がんや動脈硬化などの重病のおそれがあることを知りつつ、吸い続ける行為は、世界保健機関(WHO)の「国際疾病分類第10版」(ICD-10)でも、タバコへの依存は“精神および行動の異常”の1つとして分類されています。

【参考資料】世界保健機関(WHO)の「国際疾病分類第10版」(ICD-10)

<http://www.dis.h.u-tokyo.ac.jp/byomei/icd10/index.html>

<http://www.dis.h.u-tokyo.ac.jp/byomei/icd10/F00-F99.html>

Q22 禁煙運動はナチスによって始められたと聞きます。禁煙運動はファシズムにつながるのではないのですか？また、アメリカのピューリタニズムの影響もうけた視野の狭い運動ではないのでしょうか？

A22 私たちは科学的根拠に基づいた検討によって喫煙対策の推進を求めています。

「禁煙ファシズム」という言葉は、喫煙を擁護する一部の人が、喫煙擁護の言論や表現を封殺されている等として、禁煙・嫌煙運動を批判する際に用いるようです。

しかしながら、喫煙擁護の言論や表現が封殺されているでしょうか？彼らは、科学的な根拠に基づかない内容や健康被害を軽視するような内容も含めて、好き勝手に言論しています。むしろ、喫煙擁護の声が大きすぎて、日本のタバコ対策は、世界中の国々の中で大きな後れをとってしまったのではないのでしょうか。

受動喫煙で健康被害を受けている弱い立場の人々を無視して、強い立場にある人間が喫煙擁護を主張し続けるのは、それこそが被害者・弱者に対する言論の封殺ではないのでしょうか。

ドイツにおいて禁煙運動が行われていたからという理由で、現在 WHO や世界中の国々が科学的根拠に基づき行っているタバコ対策についてもファシズムであるなどというのは、短絡的な感情論であって、的外れなものです。

また、禁煙の啓発は、ピューリタニズムと呼ばれる精神的な禁欲主義によって推進されたわけでもありません。20 世紀中盤以降、喫煙が肺がんを始めとする多くの喫煙関連疾患の原因であることが科学的に解明されたため、欧米諸国で喫煙対策が始まったのです。つまり、たばこが強力な毒性、発がん性、依存性のある薬物であることが証明された結果、2005 年には WHO たばこ規制枠組条約 (FCTC) が発効し、現在世界の人口の 80%以上をカバーする 170 か国以上が批准し、喫煙および受動喫煙防止対策が大いに進んでいるわけです。

Q23 2000 年前から人々が愛用している嗜好品であるタバコは人類の大事な文化。それを全否定するのはいかがなものでしょうか。

A23 「長い歴史」があるというだけの理由で、予防可能な最大の早死原因であるタバコの莫大な健康被害を免罪することはできません。

能動喫煙の有害性が判明したのは1960年代、受動喫煙の有害性が判明したのは1980年代です。それ以前に人々に多く利用されていたとしても、害が明らかになった以上、規制がなされるのは当然です。日本の戦後、薬として蔓延したヒロポンは、その後覚せい剤として取締りの対象となりました。

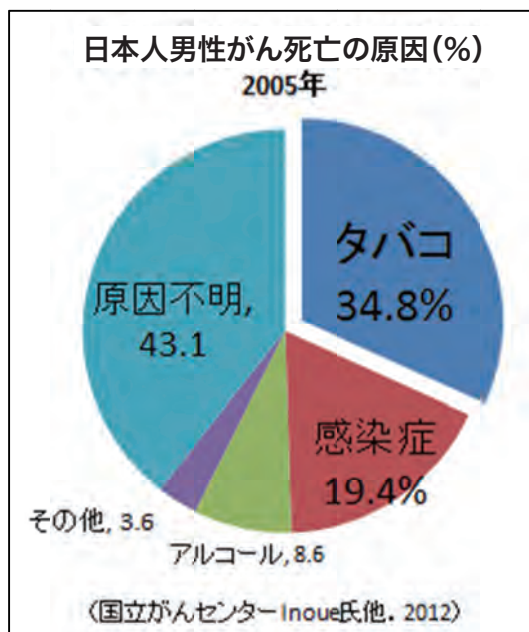
タバコは、1492年にコロンブスがアメリカ大陸に到達し、タバコをヨーロッパに持ち帰り、日本で喫煙が広まったのは江戸時代といわれています。紙巻タバコ(シガレット)が大量生産されるようになり一般庶民に普及したのは、20世紀になってからです。紙巻タバコ(シガレット)の普及は、そんなに長い歴史があるわけではありません。

中央アメリカの先住民の喫煙は、宗教的儀式に行うものであり、現在のような朝から晩まで起きている時間中喫煙を繰り返すような大量消費がなされていたわけではありません。現代のようなタバコ依存や大量消費は、タバコ製品の工業化後のものです。(各国のタバコのパッケージの健康警告)



Q24 がんの原因はいろいろあります。身の回りは発癌物質だらけです。タバコだけを狙い撃ちするのは間違っているのではないのでしょうか？

A24 日本人男性のがんの最大原因はタバコです。



国立がんセンターの研究によれば、日本人男性のがん死原因のトップはタバコ(能動喫煙+受動喫煙)で 35%近くを占めていました。同じ研究でタバコは日本人女性のがん死因の第 2 位(7.8%)でした。日本人のがん死を減らすためには、喫煙と受動喫煙対策にとりわけ力を入れることが必要なのは、科学的研究の結果から当然引き出される結論です。



Q25 喫煙者には「喫煙権」があるということを喫煙者から聞きますが、
どうでしょうか？

A25 他人を害してまで認められるものではありません。
とくに、受動喫煙を引き起こす場合には、認められません。
最高裁判所の判例からも、喫煙の自由は、「制限に服しやすい」とものと解されて
います。

喫煙の自由について論じた最高裁昭和 45.9.16 判決は「喫煙の自由は、あらゆる時、
場所において保証されなければならないものではない。」と判示しています。最高裁
調査官の解説も踏まえれば、喫煙の自由は、「権利」とは断定されておらず、仮に権
利としても制限に服しやすいものにすぎないと、解されます。

これは昭和 45（1970）年当時の判決ですが、その後のニコチン依存に関する医学
的知見の深化からすれば、現在では喫煙は依存性薬物の摂取行動ととらえられ、こ
の点からも「権利」と呼べるかは疑問があります。現在の知見から言えば、喫煙は「権
利」ではなくて、「依存症」の発現、依存の摂取行動であろうと考えられます。

また、1980 年代以後、受動喫煙の有害性に関する医学的知見も深まり、現在では、
受動喫煙の有害性の論争も終結しました。受動喫煙は「他者危害」です。このことも
踏まえれば、喫煙の自由は、受動喫煙を伴う場合には認められないと解されます。

憲法12条に「国民は、これ（自由および権利）を濫用してはならないのであって、常
に公共の福祉のためにこれを利用する責任を負ふ。」、憲法13条に「国民の権利に
ついては、公共の福祉に反しない限り、・・・」と規定されています。「公共の福祉」と
は、人権相互の調整を意味します。まさに「受動喫煙」は、他人の生命・身体・健康を
侵害することになりますので、喫煙の自由は制限されます。

では、受動喫煙を生じない場合には、どうでしょうか。

受動喫煙は微量であっても有害です。受動喫煙は、屋内でも屋外でも生じますし、
また喫煙者は呼気や衣類にもタバコ臭・タバコ煙が残留（サードハンドスモーク）して
いますから、受動喫煙を一切生じない喫煙というのは、なかなか考えづらいもので
す。

仮に、受動喫煙を一切生じない喫煙が存在したとしても、喫煙は身体面でも精神面
（依存）でも自らを害する行為であり、自傷行為とも言うべきものですから、喫煙防止
の介入がなされる必要があります。

（参考資料） ジュリスト469号253ページ。労務事情 2011 年2月1日号。

参考文献

- 1) 日本禁煙学会ホームページ (<http://www.nosmoke55.jp/>)
- 2) Ikeda N, Inoue M, Iso H, Ikeda S, Satoh T, et al. (2012) Adult Mortality Attributable to Preventable Risk Factors for Non-Communicable Diseases and Injuries in Japan: A Comparative Risk Assessment. PLoS Med 9(1): e1001160. doi:10.1371/journal.pmed.1001160
- 3) アメリカ公衆衛生長官報告, 2006
- 4) 日本産業衛生学会, J Occup Health. 2004 Nov;46(6):489-92
- 5) 厚生労働省研究班, 多目的コホート研究, 2002
(<http://epi.ncc.go.jp/jphc/outcome/kitsuen2/kitsu2.files/frame.html>)
- 6) 国際アルツハイマー病協会, 2009年アルツハイマーレポート
- 7) Minna Rusanen, et al. Heavy Smoking in Midlife and Long-term Risk of Alzheimer Disease and Vascular Dementia. Arch Intern Med. 2011; 171(4): 333-339
- 8) Llewellyn DJ, et al: Exposure to secondhand smoke and cognitive impairment in non-smokers: national cross sectional study with cotinine measurement.. BMJ, 338: b462, 2009.
- 9) Japan Times, 2012/7/8
- 10) Ozasak et Reduced Life Expectancy due to Smoking in Large-Scale Cohort Studies in Japan. Japan Epidemiol 18:111-118, 2008
- 11) 多目的コホート研究, たばこと自殺について (<http://epi.ncc.go.jp/jphc/outcome/271.html>)
- 12) J D Kark and M Lebiush. Smoking and epidemic influenza-like illness in female military recruits: a brief survey. American Journal of Public Health May 1981: Vol. 71, No. 5, pp. 530-532.
- 13) Feng Y, Kong Y, Barnes PF, Huang FF, Klucar P, Wang X, Samten B, Sengupta M, Machona B, Donis R, Tvinnereim AR, Shams H. Exposure to cigarette smoke inhibits the pulmonary T-cell response to influenza virus and Mycobacterium tuberculosis. Infect Immun. 2011 Jan;79(1):229-37.
- 14) Barnoya J, 他. Circulation. 111:2684-98, 2005
- 15) Wen et al. Environmental tobacco smoke and mortality in Chinese women who have never smoked: prospective cohort study. BMJ. 2006 Aug 19;333(7564):376
- 16) Hill et al. Mortality among "never smokers" living with smokers: two cohort studies, 1981-4 and 1996-9. BMJ. 2004 Apr 24;328(7446):988-9
- 17) Hamer et al. Objectively measured second hand smoke exposure and risk of cardiovascular disease: what is the mediating role of inflammatory and haemostatic factors? J. Am. Coll. Cardiol. 2010;56:18-23
- 18) .McGhee et al. Mortality associated with passive smoking in Hong Kong BMJ. 2005 Feb 5;330(7486):287-8.
- 19) He et .al. Secondhand smoke exposure predicted COPD and other tobacco-related mortality in a 17-year cohort study in China. Chest. 2012 Oct;142(4):909-18.
- 20) 蒲生 昌志 (産業技術総合研究所化学物質リスク管理研究センター) 「日本における化学物質のリスクランキンング」化学物質リスク管理研究センター (CRM) 第一回講演会, 2001年7月11日.
- 21) 平成21年労働力調査年報 (<http://www.stat.go.jp/data/roudou/report/2009/zuhyou/ft/a01800.xls>)
- 22) 受動喫煙ファクトシート (日本禁煙学会)
- 23) 財団法人「医療経済研究機構」2005年度推計
- 24) 東南アジアタバコ規制連合報告書
- 25) 日本経済新聞 2012/7/8
- 26) 日本禁煙学会雑誌 3 (8) : 66-71, 2008
- 27) 日本禁煙学会雑誌 7 (1) : 8-16, 2011
- 28) <http://www.garbageandnews.net/archives/1974843.html>
- 29) 世界保健機構 (WHO) : 国際疾病分類第10版
- 30) Inoue M, Sawada N, Matsuda T, Iwasaki M, Sasazuki S, Shimazu T, Shibuya K, Tsugane S. Attributable causes of cancer in Japan in 2005--systematic assessment to estimate current burden of cancer attributable to known preventable risk factors in Japan. Ann Oncol. 2012 May;23(5):1362-9.
- 31) ジュリスト 469号 253 ページ
- 32) 労務事情 2011年2月1日号

タバコQ&A

平成25年2月発行

印刷者 ジャパンプリント株式会社

発行者 社団法人 東京都医師会

タバコ対策委員会