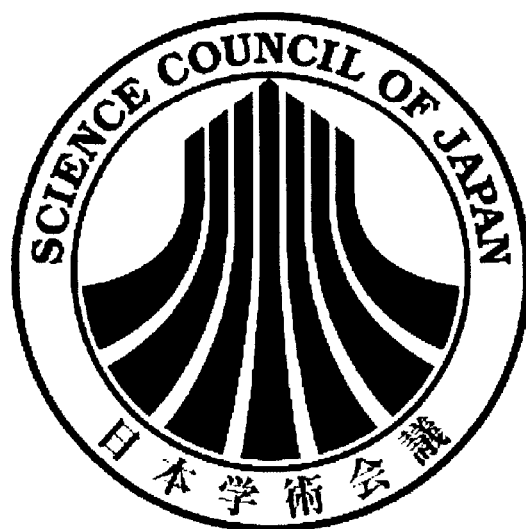


要 望

脱タバコ社会の実現に向けて



平成 20 年（2008 年）3 月 4 日

日 本 学 術 会 議

この要望は、日本学術会議 健康・生活科学委員会・歯学委員会合同脱タバコ社会の実現分科会が原案を作成し、健康・生活科学委員会及び歯学委員会の審議の後、第二部会がとりまとめたものである。

第二部

部長	唐木 英明	東京大学名誉教授
副部長	北島 政樹	国際医療福祉大学副学長、同大学三田病院病院長
幹事	山本 雅	東京大学医科学研究所教授
幹事	鷺谷いづみ	東京大学大学院農学生命科学研究科教授
	浅島 誠	東京大学大学院理事（副学長） 総合文化研究科・教養学部客員教授
	五十嵐 隆	東京大学大学院医学系研究科教授
	磯貝 彰	奈良先端科学技術大学院大学特任教授
	今井 浩三	札幌医科大学学長
	大隅 典子	東北大学大学院医学系研究科教授
	大野 竜三	愛知淑徳大学医療福祉学部教授
	岡田 清孝	自然科学研究機構基礎生物学研究所所長
	岡本 宏	東北大学監事
	加賀谷 淳子	日本女子体育大学客員教授
	垣添 忠生	国立がんセンター名誉総長
	春日 文子	国立医薬品食品衛生研究所食品衛生管理部室長
	金澤 一郎	皇室医務主管
	岸 玲子	北海道大学大学院医学研究科予防医学講座公衆衛生学分野教授
	北 徹	京都大学大学院医学研究科教授
	北村惣一郎	国立循環器病センター総長
	桐野 高明	国立国際医療センター研究所所長
	黒岩 常祥	立教大学大学院理学研究科極限生命情報研究センター・センター長、特任教授
	郷 通子	お茶の水女子大学学長
	小原 雄治	情報・システム研究機構理事 国立遺伝学研究所所長
	齊藤 成也	情報・システム研究機構国立遺伝学研究所集団遺伝研究部門教授
	榊 佳之	独立行政法人理化学研究所ゲノム科学総合研究センター・センター長
	笹月 健彦	国立国際医療センター総長

猿田 享男	慶應義塾大学名誉教授
柴崎 正勝	東京大学大学院薬学系研究科教授
水田 祥代	九州大学病院病院長・教授
瀬戸 皖一	鶴見大学歯学部長、教授
武田 和義	岡山大学資源生物科学研究所所長・教授
谷口 維紹	東京大学大学院医学系研究科免疫学講座教授
谷口 直之	大阪大学微生物病研究所疾患糖鎖学（生化学工業） 寄附研究部門教授
谷口 克	独立行政法人理化学研究所免疫・アレルギー科学 総合研究センター・センター長
田野 保雄	大阪大学大学院医学系研究科教授
鶴尾 隆	財団法人癌研究会癌化学療法センター所長
永井 良三	東京大学大学院医学系研究科教授
中西 友子	東京大学大学院農学生命科学研究科教授
中村 祐輔	東京大学医科学研究所ヒトゲノム解析センター 長・ゲノムシーケンス解析分野教授
鍋島 陽一	京都大学医学研究科教授
新山 陽子	京都大学大学院農学研究科教授
野口 伸	北海道大学大学院農学研究院教授
野本 明男	東京大学大学院医学系研究科教授
林 良博	東京大学大学院農学生命科学研究科教授
日比 紀文	慶應義塾大学医学部消化器内科教授
廣川 信隆	東京大学医学部教授、同大学院医学系研究科教授
廣橋 説雄	国立がんセンター総長
本庶 佑	京都大学医学研究科教授（特任）
本田 孔士	大阪赤十字病院病院長
真木 太一	琉球大学農学部教授
松澤 佑次	財団法人住友病院院長
眞弓 忠範	神戸学院大学大学院薬学研究科教授
御子柴克彦	独立行政法人理化学研究所脳科学総合研究センター 一発生発達研究グループグループディレクター
三品 昌美	東京大学大学院医学系研究科教授
南 裕子	兵庫県立大学副学長
宮下 保司	東京大学医学系研究科教授
飯塚 堯介	東京家政大学家政学部服飾美術学科教授
柳田 敏雄	大阪大学大学院医学系研究科教授
柳田 充弘	京都大学大学院生命科学研究科研究員（特任教授）
矢野 秀雄	独立行政法人家畜改良センター理事長
山内 皓平	北海道大学大学院水産科学研究院特任教授

山下 興亜	中部大学学長
吉本 高志	独立行政法人大学入試センター理事長
米田 俊之	大阪大学大学院歯学研究科教授
渡邊 誠	東北大学副学長、同大学院歯学研究科長

健康・生活科学委員会

委員長	加賀谷 淳子	(第二部会員)	日本女子体育大学客員教授
副委員長	南 裕子	(第二部会員)	兵庫県立大学副学長
幹事	春日 文子	(第二部会員)	国立医薬品食品衛生研究所食品衛生管理部室長
幹事	岸 玲子	(第二部会員)	北海道大学大学院医学研究科予防医学講座公衆衛生学分野教授
	内山 巖雄	(連携会員)	京都大学大学院工学研究科教授
	太田喜久子	(連携会員)	慶應義塾大学看護医療学部教授
	大野 竜三	(第二部会員)	愛知淑徳大学医療福祉学部教授
	片山 倫子	(連携会員)	東京家政大学家政学部教授
	金川 克子	(連携会員)	石川県立看護大学大学院研究科長
	北村惣一郎	(第二部会員)	国立循環器病センター総長
	白澤 政和	(第一部会員)	大阪市立大学大学院生活科学研究科教授
	實成 文彦	(連携会員)	香川大学医学部人間社会環境医学講座衛生・公衆衛生学教授
	仙田 満	(第三部会員)	環境デザイン研究所会長
	高橋 健夫	(連携会員)	日本体育大学大学院教授
	福永 哲夫	(連携会員)	早稲田大学教授
	松澤 佑次	(第二部会員)	財団法人住友病院院長

歯学委員会

委員長	瀬戸 皖一	(第二部会員)	鶴見大学歯学部長
副委員長	渡邊 誠	(第二部会員)	東北大学副学長、同大学院歯学研究科長
幹事	下野 正基	(連携会員)	東京歯科大学教授
幹事	須田 英明	(連携会員)	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科教授
	岩田 幸一	(連携会員)	日本大学歯学部生理学教室教授

恵比須繁之	(連携会員)	大阪大学大学院歯学研究科教授
古谷野 潔	(連携会員)	九州大学大学院歯学研究院教授 (口腔機能修復学講座咀嚼機能再 建学分野)
柴田健一郎	(連携会員)	北海道大学大学院歯学研究科教授
須田 立雄	(連携会員)	埼玉医科大学客員教授
高戸 毅	(連携会員)	東京大学医学部附属病院顎口腔外 科・歯科矯正歯科教授
野口 俊英	(連携会員)	愛知学院大学歯学系教授
前田 健康	(連携会員)	新潟大学医歯学系教授
山口 朗	(連携会員)	東京医科歯科大学大学院医歯学総 合研究科口腔病理学分野教授
山本 照子	(連携会員)	東北大学大学院歯学研究科顎口腔 矯正顎分野教授
米田 俊之	(第二部会員)	大阪大学大学院歯学研究科教授

**日本学術会議 健康・生活科学委員会・歯学委員会合同
脱タバコ社会の実現分科会**

委員長	大野 竜三	(第二部会員)	愛知淑徳大学医療福祉学部教授
副委員長	瀬戸 院一	(第二部会員)	鶴見大学歯学部長、教授
幹事	大島 明	(連携会員)	大阪府立成人病センターがん相談 支援センター所長
	小椋 正立	(連携会員)	法政大学経済学部教授
	加藤 治文	(連携会員)	東京医科大学教授
	實成 文彦	(連携会員)	香川大学医学部教授
	須田 立雄	(連携会員)	埼玉医科大学ゲノム医学研究セン ター一副所長
	須田 英明	(連携会員)	東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科教授
	田口 貞善	(連携会員)	奈良産業大学教授
	田島 和雄	(連携会員)	愛知県がんセンター研究所長
	藤原 久義	(連携会員)	兵庫県立尼崎病院院長
	前原 喜彦	(連携会員)	九州大学医学部教授

要 旨

1. 作成の背景

これまでの疫学的大よび実験的研究によつて、喫煙はがん、循環器疾患、呼吸器疾患、消化器疾患、歯周病、胎児の成長障害、その他さまざまな健康障害の原因になっていることが科学的根拠を持って示されており、喫煙がもたらす直接的健康障害については議論の余地はないといえる。

一方、受動喫煙がもたらす健康障害については、科学的根拠が希薄であると指摘されていたが、世界保健機関(WHO)が2004年に、英国タバコか健康かに関する科学委員会が2004年に、米国カリフォルニア州環境局が2005年に、米国公衆衛生局長が2006年に発表した詳細な報告書において、受動喫煙も科学的根拠を持って健康障害を引き起こすことが示されて論争に終止符が打たれたといえる。

国民皆保険制度の日本にあつては、タバコによる健康障害に要する費用は国民全体で負担しているため、喫煙は国民全体の医療経済問題であり、これを単に個人的嗜好の問題とみなせない背景になっている。さらに、タバコは火災の原因となり、日本では全火災の9.6% (第3位) を占めている。また、陸起源の海岸漂着ゴミはタバコの吸殻やフィルターが第1位で24%を占め、道路でのポイ捨ても含め環境汚染の原因にもなっている。

WHOはタバコが健康に及ぼす悪影響から現在および将来の世代を保護することを目的とし、2003年に「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約(略称「たばこ規制枠組条約」)を採択し、タバコ価格・税の引上げ、職場・公共の場所での喫煙規制、包装上の警告表示、タバコの広告・販売促進・後援の規制、禁煙治療の普及などを定めた。日本政府は2005年に本条約を批准しているが、現時点では、厚生労働省主導の「健康日本21」においても、また、「がん対策推進基本計画」においても、タバコ産業界などの反対により、喫煙率削減の数値目標すら設定されていない。

2. 現状および問題点

日本の成人男性の喫煙率は徐々に減少しつつあり、2005年には39.3%となり初めて40%割れとなったものの英米に比べると突出して高いレベルにある。日本の成人女性の喫煙率は2005年で11.3%であるが、若い世代では増加している。

日本はWHO「たばこ規制枠組条約」を批准したので、政府は憲法第98条第2項に基づき本条約を遵守し履行することが求められている。しかし、「たばこ産業の健全な発展」を目的とする「たばこ事業法」の制約もあつて、たとえば、タバコ箱の注意表示は条約の求める「大きく、明瞭で、読みやすい健康警告」とはなつ

ていない上に、広告規制は業界の自主基準によるなど問題点が多い。また、2006年に実施されたタバコ税・価格の引き上げは1本約1円の小幅なものにとどまった。2006年に「ニコチン依存症管理料」が新設されて禁煙治療が保険適用となったことが、「たばこ規制枠組条約」発効以降の唯一評価できる項目といえる。

欧州のタバコ規制の取り組みを評価した Tobacco Control Scale に基づき、同時期の日本のタバコ規制対策を客観的に評価してみたところ、日本は欧州30カ国と比較して最下位に位置しており、脱タバコ社会実現度の最後進国であることが判明した。

国民の健康と環境を守るとともに、日本が健康面や環境面での国際的リーダーシップを発揮するためには、できるだけ速やかに脱タバコ社会を実現させることが必要である。そこで、日本学術会議は科学者コミュニティの代表機関として、国民をタバコの害から守るために、以下のような提言を行う。

3. 提言の内容

(1) タバコの直接的・間接的健康障害につき、なお一層の教育・啓発を行う

タバコによる直接的・間接的健康障害についての科学的な論争には終止符が打たれたとの視点に立ち、現世代ならびに次世代の国民をタバコによる健康障害から守るために、無煙タバコも含めたタバコの害につき、なお一層の教育・啓発を行う。喫煙による直接的・間接的健康障害や喫煙関連疾患は禁煙により予防可能であること、喫煙はニコチン依存症として保険診療が可能であることなどについて、テレビなどのメディアを活用して国民に広く知らせる活動を行うべきである

(2) 喫煙率削減の数値目標を設定する

タバコ規制対策を推進し、その成果を評価するには、成人喫煙率などの目標数値設定およびモニタリングが必須である。「健康日本21」がモデルとした米国の Healthy People 2010 では、2010年までに成人喫煙率(12%)、未成年者の月1回以上喫煙率(16%)、屋内喫煙禁止の職場(100%)など、詳細な数値目標を設定し、モニタリングを行っている。死亡原因第一位のがんを減らすためにも、「がん対策推進基本計画」で喫煙率削減の数値目標を設定することは必須である。

(3) 職場・公共の場所での喫煙を禁止する

受動喫煙が健康障害をひき起こすことが科学的に明らかにされていることにより、職場・公共の場所での喫煙禁止をさらに拡大・徹底する。現在では努力義務規定でしかない健康増進法第25条を改正して、屋内全面禁煙を明示し、罰則を設けて実効性のあるものにするべきである。すでに脱タバコ社会先進国で実施されているように、バーやレストランなどを含む職場・公共の場所、公共交通機関での喫煙を法的に禁止するべきである。

(4) 未成年者喫煙禁止法を遵守し、次世代の国民を守る

次世代の国民をタバコの害から守るために、すでにある未成年者喫煙禁止法を遵守し、違反者(販売者および営業者)には既存の罰則規程を適用するべきである。また、文部科学省学習指導要領において、小学校低学年からタバコの害に関する教育を行うよう記載するべきである。また、内閣府などは、一種の宣伝活動といえるタバコ産業の未成年者喫煙防止キャンペーン(「たばこは20歳になってから」など)に対する後援を中止するべきである。

(5) タバコ自動販売機の設置を禁止し、タバコ箱の警告文を簡潔かつ目立つようにする

わが国ではタバコの自動販売機が街中いたる所に設置され、本来は禁止されるべきタバコの広告塔の役割も果たしている。先進国で多数のタバコ自動販売機の街頭設置が公的に認められているのは日本以外にはドイツのみである。タイではタバコを公衆の目に触れる所に陳列することさえ禁止されており、わが国のタバコ自動販売機の設置状況は国際的には極めて異常であることを認識して、設置を禁止するべきである。また、わが国のタバコ箱の警告文は意図的に詳しい説明を加えることにより、警告としてはむしろ読みづらいものとなっている。警告文本来の目的を達成するためには、脱タバコ社会先進国が採用しているような簡潔かつ絵や写真入りの目立つものにするべきである。

(6) タバコ税を大幅に引き上げ、税収を確保したまま、タバコ消費量の減少をはかる

WHO「たばこ規制枠組条約」の中でタバコ価格の引き上げはタバコ規制にとって不可欠な施策とされているが、日本政府はこれまでタバコ税の引き上げについて、タバコ消費を減少させるための観点から、その必要性を議論することには消極的であった。このため、現在でもわが国のタバコの税負担(消費税を含め一箱につき約189円)は欧米の1/2~1/5程度に過ぎない。タバコ税の増税によるタバコ価格の引き上げは、税収を確保したまま、喫煙量や喫煙者数を減らす効果が期待できることは世界共通の認識となっており、とりわけ購買力の弱い未成年者の喫煙率削減効果をもたらすことは異論のないところである。

(7) タバコの直接的・間接的被害より国民を守る立場から、タバコに関する規制を行う

我が国たばこ産業の健全な発展を図り、もって財政収入の安定的確保及び国民経済の健全な発展に資することを目的としている「たばこ事業法」の枠内において、もっぱら販売のための広告に際しての注意表示義務等に留まっているタバコに関する規制のあり方について、タバコの直接的・間接的被害より国民を守るという立場から規制するよう、抜本的な見直しを行うことが必要である。

脱タバコ社会の実現に向けて

はじめに

タバコの煙には 2000 種以上の化学物質が含まれ、そのうち発がん性が判っているものだけでも 40 数種類ある。国内外におけるこれまでの多数の疫学的および実験的研究によって、喫煙はがん、循環器疾患、呼吸器疾患、消化器疾患、胎児の成長障害、その他さまざまな健康障害の原因になっていることが科学的根拠を持って示されており、喫煙がもたらす直接的健康障害に関しては、議論の余地はないといえる(1-3)。

さらに、タバコは喫煙者自身のみならず周囲にいる非喫煙者の健康にも悪影響を及ぼしている。受動喫煙がもたらす健康障害に関しては科学的根拠が希薄であるとの指摘がタバコ産業などから出されていたが、世界保健機関(WHO)が 2004 年に(2)、英国タバコか健康かに関する科学委員会が 2004 年に(4)、米国カリフォルニア州環境局が 2005 年に(5)、米国公衆衛生局長が 2006 年に(6)発表した詳細な報告書において、科学的根拠を持って受動喫煙も健康障害を引き起こすことが示されて論争に終止符が打たれたといえる。

WHOによれば、現在、死亡者の 10 人に 1 人は喫煙が原因となっており、総数で年 500 万人以上もの人が死亡している。そして、喫煙は死亡原因の最大の要因であり、かつ、喫煙関連疾患は禁煙により防げることから、予防可能な単一疾患としては最大の病気である(7)。日本でも毎年 11 万人以上が喫煙が原因となって死亡していると推計されている(8-10)。したがって、タバコをなくすることができれば、最大の死亡原因や疾患原因を取り除くことができるわけであり、国民の健康を守るためには、非常に重要な課題といえるものの、わが国においては、これらのことが十分周知されているとはいえない。

1. 喫煙による健康障害

1) 喫煙とがん

タバコの煙に含まれている発がん物質のため、喫煙者では非喫煙者に比べて、がんがより多く発生し、肺がん、口腔がん、咽頭がん、鼻腔・副鼻腔がん、喉頭がん、食道がん、胃がん、膵臓がん、肝臓がん、腎・尿路・膀胱がん、子宮頸がん、骨髄性白血病が喫煙者において多発している(2, 3, 11)。

肺がんのリスクは 1 日喫煙本数の 2 乗、喫煙期間の 4.5 乗に比例して上昇するといわれ(12)、喫煙者には非喫煙者に比較し数倍から 10 数倍も多く肺がんが発生する(1-3)。そして、喫煙開始年齢が低ければ低いほど肺がんの発生リスクが高くなる。しかし、喫煙をやめることにより、肺がん発生リスクは非喫煙者のレベルに近づき、喫煙量が少ない者ほど早く到達することがわかっており

(13)、禁煙治療をできるだけ早期に開始する必要があることを示している。

2) 喫煙と心臓・脳卒中・血管疾患

タバコに含まれるニコチンの血管収縮作用などのために、喫煙は心臓疾患、脳卒中、大血管疾患、末梢血管疾患の原因ないしは悪化要因になっている。国内外の多数の研究から、一日喫煙量が多いほど心筋梗塞などの冠動脈疾患死亡リスクが高くなり、たとえば一日 20 本以内の男性喫煙者の心疾患死亡率(年齢調整)の相対危険度は 4.2 倍、20 本を越える場合には 7.4 倍となると報告されている(1-3, 14, 15)。一方、喫煙による冠動脈疾患の相対危険度は、喫煙をやめることにより減少・消失することも内外の研究の一致した見解であり、禁煙治療の必要性を示している(1, 14, 15)。

さらに、喫煙は脳梗塞とクモ膜下出血の発生頻度を増加させるが、禁煙により相対危険度は減少・消失する(1, 14, 16)。そして、喫煙は腹部大動脈瘤の発症頻度を増加させ、かつ大動脈瘤径の増大、破裂および死亡の危険因子となる。また、喫煙は閉塞性動脈硬化症の主要な危険因子であり、特にバージャー病の強い発症および悪化要因であり、患者のほとんどは喫煙者である(1, 14, 17)。

3) 喫煙と呼吸器疾患

喫煙による主な呼吸機能障害は気道閉塞である(1-3, 18)。喫煙者のすべてに慢性閉塞性肺疾患が発症するわけではないが、喫煙は本疾患リスクの 80~90% を占めるとされる(19)。この他にも喫煙と関連のある呼吸器疾患として、気管支喘息、特発性間質性肺炎、睡眠時無呼吸症候群、急性好酸球性肺炎などがある(20)。喫煙は気管支喘息の直接原因にはならないが、喘息発作の誘引ないしは悪化要因になる(1-3, 21)。

4) 喫煙と歯科・口腔内疾患

喫煙は口腔がん、口腔白板症、歯周病の発症や進行に関与しており、十分な証拠により喫煙との因果関係が立証されている(2, 3, 22)。喫煙により口腔がんリスクは 7.4 倍に増大すると報告されている(23)。さらに喫煙は抜歯後の創傷治癒を遅らせ、インプラントの予後不良をもたらす。また、喫煙により口臭、唾液の異常、歯肉のメラニン色素沈着がみられる(24)。

噛みタバコの場合、タバコ成分は口底部に最も貯留し、ここからタバコ成分が迅速かつ効率よく吸収される。南アジアに多い口腔がんは、ビンロウに葉タバコを混ぜて噛んでいる人に多発し、圧倒的に頬粘膜に集中しているが、これは、横に寝ながらビンロウを噛む習慣があることによるとされている(25)。

5) 喫煙とその他の疾患

ニコチンによる腸粘膜の血流障害などのため、喫煙者は胃・十二指腸潰瘍、慢性胃炎、クローン病などの消化器疾患に罹りやすい(1-3)。さらに、喫煙者では

聴力障害や白内障の頻度も高くなり、老化に伴う脳萎縮も高度になるが、ニコチンなどが動脈硬化を誘発・悪化させているものと思われる(26-29)。

がん、循環器疾患、呼吸器疾患も含め、喫煙による健康障害のほとんどは極めて徐々に進行するため、初期段階は目に見えず危険性を自覚できない。しかし確実に体を蝕んで行き、英国の男性医師 34,439 名を対象とした大規模な追跡調査の結果、喫煙者の平均寿命は非喫煙者より約 10 年も短くなることが知られている(29,30)。

6) 妊産婦の喫煙

妊娠中の喫煙は胎児の発育遅延、早産、常位胎盤早期剥離、前期破水を誘発するとともに、新生児の周産期死亡率を高める。周産期死亡の相対リスクは喫煙本数に比例して増加することが知られている。喫煙妊婦から生れる新生児の体重は非喫煙者よりも平均で 200~250g 軽いと報告されている(31-33)。

2. 受動喫煙による健康障害

タバコの煙はタバコから直接喫煙者に吸い込まれる主流煙と点火部分から大気中に散布される副流煙がある。副流煙は喫煙者から吐き出される主流煙とともに、生活空間を汚染し、周囲の人が吸入して肺に至る。副流煙には 2,000 種類以上の化学物質が含まれているが、不完全燃焼状態で発生する副流煙の方が主流煙よりも化学物質の量が多く、たとえば、発がん性の高い N-ニトロソジメチルアミンは数 10 倍も多いと報告されている(35)。受動喫煙により、肺がん、虚血性心疾患、呼吸器疾患などの発生頻度が増加することが明らかにされている(2,4-6)。また、乳幼児突然死症候群は家庭内の喫煙者の存在、特に父母の喫煙と密接に関連している(34)。

3. タバコによる火災と環境汚染

タバコは火災の原因にもなり、経済的に大きな打撃を与えている。タバコが出火原因となった火災は平成 8 年度で全国の火災の 11.1% を占め第 1 位であった。しかしながら、日本人の喫煙率が徐々に減少しているため、タバコが原因となった火災は減少しており、平成 18 年度は第 3 位で 9.6% である。一方、死者の発生した建物火災では、タバコは出火原因の第 1 位で 15.5% を占め、約 240 人の死者と約 870 人の負傷者を発生させている。平成 18 年度の総火災損害額は約 1,142 億円であるので約 110 億円がタバコによって直接的損害を受けていることになるが、上記の死者・負傷者の損害額は含まれていない(36)。都市型火災の代表地域である東京都においては、平成 17 年度において、タバコは出火原因の第 2 位で 15.6% を占め、放火(疑いを含む)を除いた失火の原因としては第 1 位で 24% を占めている(37)。したがって、火災予防の観点からも、タバコの

ない社会が望まれるところである。さらに、わが国においては、消防庁・消防署による専門職に加え、特に地方では消防団が消防活動を担っている。これらを運営する費用のかなりの部分は火災に対する消火活動費として使われていると考えられるので、タバコのない社会が実現し、タバコによる火災が激減すれば相当の経済的節約が可能になるといえる。

また、ポイ捨てされたタバコの清掃のために、わが国では毎年約 2,000 億円が使用されていると試算されている(38)。そして、タバコの吸殻やフィルター類は、2005 年の調査によれば、陸起源の海岸漂着ごみの第 1 位で 24%を占めており、環境汚染の原因となっている(39)。タバコフィルターはセルロース・アセテートと化成ポリマーより成っているため分解までに数年を要し長期間にわたり環境を汚染する(40)。さらに、タバコの製造過程において、葉タバコの乾燥のために薪や化石燃料が大量に消費され、地球の砂漠化・温暖化に加担しているとの報告もある(41)。

4. タバコによる経済的損失

タバコ税は年間約 2 兆 3 千億円で、50%は地方タバコ税である(42)。タバコ規制が論議される時、しばしば税収、特に地方税の減少が問題にされる。しかし、タバコによる健康障害などに要する費用やタバコが原因で発生する火災による経済的損失とのバランスで判断する必要があることは論をまたないだろう。

国民皆保険制度の日本にあっては、タバコによる健康障害に要する費用は国民全体で負担しているため、喫煙は国民全体の医療経済問題であり、単に個人的嗜好の問題とみなすわけにはいかない。

(財)医療経済研究機構の 2001 年度調査報告書「たばこ税増税の効果・影響等に関する調査研究」によれば、喫煙による経済的損失は、喫煙者の直接超過医療費が 1 兆 2,900 億円、間接喫煙者のそれが 146 億円、喫煙による労働力の損失が 5 兆 8,000 億円、火災による損失が 2,200 億円、合計 7 兆 3,246 億円と推計されている(43)。

また、2006 年度厚生労働省科学研究費補助金循環器疾患等生活習慣病対策総合事業「喫煙と禁煙の経済的影響」の報告書によれば、喫煙による医療費損失は約 1 兆 3 千億円と推定され、これに入院による医療費以外の損失、死亡による損失、および火災による財産損失と死亡・負傷の損失を合算した社会的損失の合計は約 4 兆 9 千億円と試算されている(44)。

このように、タバコによる経済的損失がタバコ税収を上回っていることは、認識されるべきである。