

～ 今後のがん研究のあり方について ～

(がん研究専門委員会報告書)

平成23年11月2日

がん対策推進協議会

がん研究専門委員会

I. はじめに

1. がん対策推進基本計画による取り組み

質の高いがん研究の効率的な推進なくしては、がん対策推進基本計画の全体目標である「がんによる死亡者の減少」および「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」の達成は困難である。また、全ての分野におけるがん研究の成果の積み重ねが、国のがん対策に大きく貢献することを期待されている。

そのため、現行のがん対策推進基本計画においても、がん対策の推進に関わる分野の一つとして「がん研究」が設定され、取り組むべき施策及び分野の個別目標が示されている。なお、本基本計画は平成19年に策定されているが、すでに平成16年度から、国としてのがん対策推進のため、「第3次対がん10ヵ年総合戦略」が策定されており、この中には、がん研究推進のマスタープランとも言うべき戦略が明示されている。そのため、がん対策推進基本計画の立案に当たっては、この「第3次対がん10ヵ年総合戦略」を基軸としたがん研究推進に関して、その課題の洗い出しが行われ、その解決に向けて実施すべき施策が、現行のがん対策推進基本計画に示されている。具体的には、まず「難治性がんに関する研究、患者のQOLの向上に資する研究など臨床的に重要性の高い研究」や「がん医療の均てん化など行政的に必要性の高い研究」を強力に推進すべきことが述べられ、さらに、研究領域毎に必要な施策が課題毎に示されている。これらの課題と実施すべき施策の中には、治験や臨床研究の実施基盤の整備や強化に代表されるように大きな進展を見た施策もあるが、いくつかの課題に関しては、その解決は未だ道半ばであり、今回の新たな基本計画においても、その克服が改めて強調される必要がある。

今回の次期がん対策推進基本計画の立案に当たっても、全ての領域におけるがん研究推進の現状を分析し、その課題をあらためて明確にする作業が必要であり、さらに、それらを克服するための具体的な施策が、次期がん対策推進基本計画に明示されなければならない。加えて、上述のように、現在の国としてのがん研究推進のマスタープランは「第3次対がん10ヵ年総合戦略」が基本となっており、本総合戦略が、がん対策推進基本計画とともに、現在のがん研究の効率的な推進に果たす役割は大変に大きなものである。しかし、この総合戦略は平成25年に終了することから、今回の次期がん対策推進基本計画の立案に当たっては、がん研究の推進が今後より一層効率的に我が国のがん対策に貢献するために、国全体としてのがん研究推進のあり方に関する議論を行い、平成26年度以降の国としてのがん研究推進のあるべき方向性を、次期がん対策推進基本計画において示すことも必要となる。

2. がん研究の現状

現在、国内のがん研究に対する公的支援は、厚生労働省、文部科学省、経済産業省など複数の省庁により行われており、これらの関係省庁間では、一定の連携が図られている。日本の社会とそれががん対策において、がん研究の推進が必要となる分野はがん医療に留まらず、その果たすべき役割は多彩であるが、上述のように、がん研究事業の推進が、所管の異なる複数の省庁により支援されていることは、多彩ながん研究推進の目的に即したものであり、結果として、がん研究の推進体制や実施基盤に多様性をもたらし、国内の広い領域の研究者を糾合するかたちとなり、我が国のがん研究推進機能を強力なものとしている。加えて、科学技術基本計画を所管する内閣府の総合科学技術会議によって、各省庁によるがん研究事業の企画立案から実施状況までの評価が行われている。さらに、最先端の医療技術の実用化を促進して国際競争力の高い関連産業を育成し、その成果を国民の医療・健康水準の向上に反映させることを目標に、平成22年度、内閣官房に設置された医療イノベーション会議および医療イノベーション推進室も、国内のがん研究事業の企画・評価に参画している。

一方、こうしたがん研究支援体制のため、各省庁、とき時には省庁内の異なる部局が、各々のがん研究事業をがん研究の領域ごと毎に企画・設定したり、あるいは生命科学など大きな領域の一部として支援しており、国のがん研究実施状況の全貌を把握することが困難となっていることも否定できない。結果として、国民やがん患者にとって、国のがん研究推進の全体像が見えにくいものになっていることは大きな問題であり、公的支援によるものに留まらず、国内の全てのがん研究推進に関する情報を可能な限りの確に把握する新たな組織が必要であり、こうした組織の運営をがん対策推進基本計画の主旨に沿って運営し、得られる情報を適宜、国民に対して積極的に公開することで、国民やがん患者のがん研究に関する理解を深めることが、いま必要とされている。

また、がん研究の推進を通じて、国のがん対策に貢献するためには、特に、創薬等の分野においては、上述の公的支援によるがん研究に加えて、バイオベンチャーや大手製薬企業をはじめとする民間によるがん研究の推進も大変に重要である。しかし、近年、日本ではバイオベンチャーの起業が大きく減少し、さらに、製薬企業の中にも研究開発機能を海外に移す会社も出てくるなど、民間での研究開発力の低下が懸念される。こうした懸念は、医療機器開発の分野においても、全く同様である。従って、次期がん対策推進基本計画の策定に当たっては、こうした課題と現状を踏まえた上で、それを打開するための施策、特に公的支援のあり方を明らかにする必要がある。

3. 次期がん対策推進基本計画の策定とがん研究専門委員会

前述のような、現行のがん対策推進基本計画に基づいたがん研究推進の現状を踏まえ、次期基本計画におけるがん研究推進のあるべき姿について検討を行うため、平成23年1月、がん対策推進協議会のもとに、がん研究専門委員会が設置された。専門委員会委員は別記の通りであるが、基礎研究から臨床研究、そして公衆衛生研究まで、広くがん研究の各分野の専門家が委員として招聘されている。専門委員会では、平成23年1月14日開催の第1回委員会に始まり、平成23年7月11日開催の委員会まで、計8回にわたって会議を重ねた。具体的には、まず、がん研究推進に関わる医療イノベーション推進室および関係省庁の担当者を順次招聘し、がん研究の公的支援の現状についてのヒアリングを行い、さらに、全委員が自らが専門とする分野のがん研究推進の現状について、プレゼンテーションを行った。委員会では、こうして得られた情報を整理して、がん研究推進の現状を把握し、今後、がん研究が積極的に取り組むべき課題や、効率的ながん研究推進を行うために速やかに解決すべき課題を抽出し、次いで、これらの課題を克服し、今後のがん対策に、がん研究がより一層貢献するために実施されるべき施策について、とりまとめを行った。次項において、それらの課題と施策を示す。

がん対策推進協議会 がん研究専門委員会 委員

◎ 委員	野田 哲生	財団法人がん研究会 常務理事 がん研究所長
専門委員	大津 敦	独立行政法人 国立がん研究センター 東病院臨床開発センター長
専門委員	祖父江 友孝	独立行政法人 国立がん研究センター がん対策情報センター がん統計研究部長
専門委員	直江 知樹	国立大学法人名古屋大学 大学院医学系研究科 病態内科学講座 血液・腫瘍内科学教授
専門委員	中西 洋一	国立大学法人九州大学 大学院医学研究院 臨床医学部門 内科学講座 呼吸器内科学分野教授
専門委員	平岡 真寛	国立大学法人京都大学 大学院医学研究科 放射線医学講座 放射線腫瘍学・画像応用治療学教授
専門委員	松原 久裕	国立大学法人千葉大学 大学院医学研究院 先端応用外科学教授
専門委員	間野 博行	学校法人自治医科大学 医学部 ゲノム機能研究部教授

◎・・・委員長

(区分別、五十音順)(敬称略)

II 取り組むべき課題

がん研究は、全てのがん対策において、その目標達成に貢献することを期待されている。本項では、がん研究を、その成果が患者および国民の手に届けられる形により、(1) 今がんで苦しむ患者に有効で安全ながん医療を届けるためのがん研究、(2) 明日のがん患者のための新たながん診断・治療法を開発するがん研究、(3) 将来のがん患者を生まないためのがん研究に分類し、各々のがん研究推進における課題と、それを克服するため、今後5年間に実施すべき施策について述べる。また、社会におけるがん研究のあるべき姿を明確にすることが、今後のがん研究推進にとって重要であるとの認識のもと、(4) 社会とがん研究の関係に関する課題と実施すべき施策についても述べる。

1. 今がんで苦しむ患者に有効で安全ながん医療を届けるためのがん研究

現在、がんに罹患し、がんとの闘いに苦しむがん患者にとっては、有効な新薬や革新的治療機器の開発から、痛みや倦怠感の改善までの全てが、そのがんの克服につながり、また闘病の支えとなる。現在のがん対策基本計画でも、臨床的に重要度の高いがん研究の実施が謳われ、取り組むべき施策として治験・臨床研究の推進が挙げられている。その結果、その実施拠点の整備・強化には進展が見られ、最も重要な課題であるドラッグ・ラグの解消にも一定の成果が得られている。しかし、希少がんなどを中心に、現在も多くの領域でドラッグラグが依然存在しており、これらを解消するためには、国内の治験・臨床研究の更なる推進、法整備を含む臨床研究の制度面の改革、専門職人材の育成など、各種の施策を積極的に実施し、充実した治験・臨床研究の推進体制を整備する必要がある。

(1) ドラッグラグ解消の加速に向けた臨床研究推進体制の整備

(現状及び課題)

近年、がん臨床研究に関する体制整備には一定の進展が見られ、ドラッグ・ラグにも改善が見られている。しかし、我が国には、未だにがん臨床研究全体の統合・調整を行う組織が存在せず、国全体として効率的な臨床研究の実施につながっていない。未承認薬や適応外薬を用いた臨床研究を実施するための法制度や、薬事承認に関する規制事項と連動した研究推進の枠組みも未だ充分に構築されておらず、特に新薬初回承認後の適応拡大試験において、いまだ保険償還を得るための規制面でのハードルが高く、今もドラッグラグを産み出す主要因となっている。

また臨床研究・臨床試験の支援のための公的資金や、その推進支援のために必要な各種専門人材の不足も大きな問題であり、結果として研究者主導臨床試験の質を低下させ、有効な薬剤が日本人患者の手に届くのを遅らせている。

(取り組むべき施策)

安全で効果的ながん治療薬を速やかにがん患者に届けるため、我が国のがんの臨床試験を統合・調整する新たな機関を設置し、国全体の臨床研究の戦略構築や臨床試験の効率化を図るとともに、規制当局や保険支払い側とも連動して、新たな承認申請の枠組み構築を目指す必要がある。具体的には、質の高い研究者主導臨床試験の結果を適応拡大の承認申請データとして使用可能とする制度、あるいは、保険支払い側がこれを審査し事実上保険償還を認める制度の構築が必要である。特に、希少がんなどでの適応拡大試験や審査・承認の遅れによるドラッグラグは、今がんに苦しむ患者にとって最も切実な問題の一つであると同時に、次の新薬治験参加の遅れによる新たなドラッグラグを発生させることから、早急な制度構築が必須である。

適応拡大試験では、海外先進国と同様に治験届に準じた届け出を行った上で ICH-GCP 準拠とすることを目標に公的資金による試験実施体制整備及び支援や法整備を進めるべきであり、国と企業との間での薬剤供与やデータ受け渡し等に関する枠組みの整備も必要である。また、臨床試験グループ (co-operative group) に対しても基盤整備のための選択的投資を行い、その臨床試験の質と成果に対して厳正な評価を行うことで、より効率的な試験の推進を行う必要がある。

なお、臨床研究・臨床試験の体制整備に当たっては、支援のための公的資金を大幅に増額するとともに、今後も、臨床研究を支援する専門職 (生物統計家、データマネージャー、CRC 等) の育成・キャリアパスの構築・ポストの確保等についても十分な支援を行う必要がある。

(2) わが国からの新薬開発を目指した臨床研究の推進

(現状及び課題)

近年の取り組みにより、未承認薬のドラッグ・ラグには大きな改善を認めるものの、いまだにわが国では first-in-human 試験や研究者主導未承認薬試験などの早期臨床試験の体制が特に脆弱であり、わが国が先行して新薬臨床開発を行った事例は極めて少ないのが現状である。この早期開発試験開始の遅れは、国際共同第Ⅲ相試験への参入の遅れに繋がっており、一部のドラッグラグやわが国の臨床研究の国際的地位低下の最大の要因となっている。

(取り組むべき施策)

世界基準の first-in-human 試験を行える施設 (国内数施設) や第Ⅰ相試験終了後の未承認薬を用いた研究者主導臨床試験を行うことが出来る施設 (国内 5-10 施設) に対し集中的に基盤整備の財政的支援を行ない、世界最先端の開発拠点を構築し、国内外企業やアカデミア・ベンチャー企業からの新薬導入や投資を呼び込む必要がある。また、これらの拠点に対しては、公的支援により薬事部門強化を行い、研究者主導未承認薬試験においても ICH-GCP に準拠した試験が実施可能な体制の整備が必須である。

また、これらの基盤整備とともに、その後に行われる国際共同治験参加施設の基盤整備も

推進し、わが国がイニシアチブをとって新薬のグローバル開発を行うことにより、日本人患者への最大かつ最速の利益還元を目指すべきである。

(3) 革新的外科治療・放射線治療の実現（および新たな医療機器導入）のための臨床研究の推進

(現状及び課題)

薬物治療と並んで、外科治療と放射線治療は、現在のがん治療の大きな柱となっているにもかかわらず、エビデンス創出による革新的な外科治療手技の開発や、放射線治療機器を始めとする新たな医療機器導入のための臨床研究の推進が日本では不足しており、このことが、いわゆるがん治療におけるデバイス・ラグの要因の一つとなっている。さらに、実際のがん患者の治療に当たっては、薬物療法を含めた集学的治療法の選択が非常に重要となるが、現在の臨床試験・臨床研究支援の枠組みにおいては、効果的な集学的治療の確立に関する臨床研究推進の支援が大きく不足している。

(取り組むべき施策)

新たな医療機器導入のための臨床研究を活性化するため、中核的研究拠点の整備と併行して、臨床試験・臨床研究のためのネットワーク整備を進める必要がある。また、既存の臨床試験ネットワークによる臨床試験の支援の枠組みを工夫することで、固形がんに対する効果的な集学的治療法開発を目指す臨床研究に対する財政的支援を強化すべきである。

2. 明日のがん患者のための新たながん診断・治療法を開発するがん研究

今後、社会の高齢化が進み、さらに多くのがん患者の発生が予想される。こうした次代のがん患者の命と生活をがんから守るためには、新薬や新たな医療機器など革新的医療技術の開発によるがん医療の変革が必須であり、これを可能とするためのがん研究を強力に推進することが求められる。現在のがん対策推進基本計画においても、従来から我が国がその優位性を維持して来た基礎研究の推進に加えて、新しい治療法や有用な診断法の開発研究の推進が謳われ、個々の研究推進は一定の成果を上げている。しかし、近年、国内で開発されるがんの新薬や新規治療機器の数が、海外発のものに大きく遅れを取っていることは大きな問題であり、いまこそ国内で、次世代のがん医療開発を強力に推進しなくてはならない。

(1) がんの特性の理解とそれに基づく革新的がん診断・治療法の創出に向けた基礎研究の推進

(現状及び課題)

近年の生命科学の進展にともない、我が国でも、がんの特性を理解するための多くの重要な知見が基礎研究により得られている。しかし、新たな創薬シーズの探索を初めとして、実

際の臨床応用を強く意識した基礎研究は、欧米に比較して質的にも量的にも不足していると言わざるを得ない。また、今後のがん研究において、ゲノム研究の推進が一層重要となるが、ヒトがんの公的バイオバンクも構築されておらず、またヒト生体試料を研究に用いるためのコンセンサスルールも未整備であるなど、ゲノム研究の推進に関する課題も多い。

(取り組むべき施策)

研究成果に対する透明性の高い評価制度を確立・維持しながら、先端的生命科学分野などの関連する分野への文部科学省科学研究費補助金等による支援を一層充実させるとともに、がんの基礎研究に対する公的支援を強化することで、我が国のがんの基礎研究の国際的優位性を維持することが重要である。

その上で、次世代がん医療の開発につながる各種シーズの探索を強力に推進し、それらががん患者の手元に届くまでの道筋を見据えた基礎研究・橋渡し研究を重点的に支援する必要がある。特に、革新的医薬品開発に向けた分子標的探索、がんの生存率を飛躍的に向上させることが可能な早期診断バイオマーカー開発、そして、今後のがん治療の柱となる放射線治療機器開発に向けた基礎研究等の重要な研究分野に焦点を当て、「目利き」による各種シーズの評価システムを確立し、臨床応用への道筋が明確な基礎研究領域のシーズに対しては、非臨床試験のサポートを行うなど、公的研究費の集中的な研究費配分を行う必要がある。

また、がんのゲノム・エピゲノム情報は、今後の新規分子標的の発見と新薬開発、さらに個別化治療の確立など、全てのがん医療開発に必須な情報であり、国際的にも競争の激しい分野となっている。そのため、速やかに、日本人のがんの公的バイオバンクとゲノム・エピゲノム解析拠点（数カ所）等の研究基盤を国内に整備し、得られる情報を元に、大規模ながんゲノム・エピゲノム情報データベースを国家規模で構築する必要がある。データベース構築に当たっては、各種のガイドラインやコンセンサスルールを確立して、患者にもたらす不利益を防ぐとともに、全てのがん研究者に開かれたものとするのが重要である。

(2) 次世代がん医療の速やかな開発を目指す橋渡し研究（TR）の推進

(現状及び課題)

現在の日本のように、バイオベンチャーが十分に機能することが困難と言われる状況下で、次代のがん患者に真に革新的ながん医療を届けるためには、アカデミアを中心とするTRの効率的な推進が非常に重要である。近年、拠点整備を始めとして国レベルでのTR研究支援が重点的に行われていることは評価できるが、現在、拠点において推進されているがんTRに関しても、その評価の視点や成果の実態についての情報公開が若干不足している。加えて、今後の社会で求められるがん医療の変革を明確に視野に入れば、現在の国内のがんTR研究は質的にも量的にも大きく不足していると言わざるを得ない。

(取り組むべき施策)

アカデミア創薬やアカデミア発医療機器開発の強化を目指し、施設運営および研究費の両面での財政的な TR 研究支援を、さらに強化すべきである。ただし、TR に対する適正な評価と長期的な研究費配分がなされていない点を改善し、グローバルな視野を持つ評価者により、出口を見据えた評価を厳正に行い、有望と思われるシーズに対して重点的かつ長期的な研究費支援を行う必要がある。併せて、ベンチャー企業も含めた TR に対して薬事面などの支援を行う公的コンサルタント体制を構築するなど、アカデミア TR に対する支援体制を整備・強化する必要がある。

(3) 次世代の革新的医療機器開発に向けた研究の推進

(現状及び課題)

現在の日本は、医療機器、特に治療機器に関しては大幅な輸入超過になっており、がん医療においても、近年、その発展が目覚ましい放射線治療でも、X 線外部照射装置は、その殆どが輸入されている。加えて、現在の日本では、未だデバイス・ラグが解消されておらず、先進的治療機器による最新のがん治療を日本の患者に速やかに届けるためには、日本発のがん治療機器を開発することが必要である。

(取り組むべき施策)

先端科学技術および先進的医療技術の両面で日本が優位性を有する分野に焦点を絞り、国民のニーズの高い革新的医療技術を対象として、その開発を重点的に推進すべきである。具体例として、①先進的な生体内分子イメージング技術を活用した早期診断システムの開発、②4次元等の生体情報を活用した画像誘導型次世代放射線診断・治療システム(X線、粒子線)の開発、③新しい光技術(近赤外光、レーザー光など)や画像解析技術を応用した革新的内視鏡診断機器の開発、④手術治療に関する医療機器・医療材料(高精度・低侵襲手術のためのインテリジェントメディカルデバイスおよびナビゲーションシステム、次世代手術ワークフロー解析システムなど)の開発などが挙げられる。

また、医療機器開発においては、改善改良型の開発プロセスが重要であることを踏まえて、オープンイノベーションを可能とする医療機器開発のための TR・臨床研究拠点の整備を進めるべきである。具体的には、がんの高度標準化治療が行われている施設に、企業やアカデミアが利用できる医療機器開発プラットフォームを構築し、そこでの探索的臨床研究や POC 取得のための臨床試験の効率的な推進を、継続的に支援すべきである。

医学物理学、医工学、レギュラトリーサイエンスの専門家との連携強化による医療機器開発の強力な推進を図り、一方、大学院においては産学連携や学際融合の教育プログラムの拡充を図る必要がある。

(4) 次代のがん患者のための新たなエビデンス創出のための研究及び政策科学

(現状及び課題)

今後、日本は急速に少子高齢化社会に突入し、さらに多くのがん患者の発生が予想され、現在の拠点病院集約型の医療体制では十分に対応しきれない状況が近い将来に到来すると考えられる。しかし、現在の政策科学では、将来の日本のがん医療制度の根本的な見直しを含めた「次世代のがん医療政策」のあり方についての政策研究が不足している。

(取り組むべき施策)

将来の日本の状況を見据えて、超高齢化社会におけるがん医療提供体制の最適化や、がんになっても安心して暮らせる社会構築の検討などの政策研究を推進する必要がある。ただし、こうした前向きな政策科学の推進には、がん医療を始めとする、現在のがん対策の効果に関する高精度のエビデンス収集が必須であり、中でも、現在は、がん登録の整備と拡充が喫緊の課題である。そのため、がん登録数の飛躍的な向上とその精度を高める方策として、国民総背番号制導入などの医療政策のあり方についての研究も推進する必要がある、それらの成果を踏まえて、質の良い在宅医療を効率良く推進のための体制整備や支援体制についての研究を推進すべきである。

また、がんのリハビリテーションに関する総合的研究、エビデンスに基づいた代替医療・補完医療の確立、がんに関わる心理・社会学的研究等についても強力に推進する必要がある。

3. 将来のがん患者を生まないためのがん研究

がん予防は、がん対策の中でも、大きな柱となるべき分野であり、がん研究の大きな貢献が期待される領域である。現在のがん対策推進計画では、がん予防に資する研究に関して特定の施策は明示されていない。疫学研究等の公衆衛生研究を始め、がん予防研究の多くは、比較的規模の大きい研究を長期間に亘って推進することが必要であるが、現在、必要となる人材の供給など体制面の不備や、法整備を始めとする制度面の問題など、がん予防研究の効率的な推進のために解決すべき多くの課題が指摘されている。近年の生命科学やゲノム科学の目覚ましい成果を取り入れることで、より科学的ながん予防研究の推進が可能となっている今こそ、これらの課題を解決して、今後のがん予防に資する施策を講じる必要がある。

(1) がん予防法の確立に向けたがん研究の推進

(現状及び課題)

効果的で実効性の高いがん予防法を確立するには、疫学的解析によりがんの原因となっている要因を明らかにして、発がんの動物モデルを用いた実験を通じて、これを検証すること有効であるとされてきた。しかしながら、たばこや肝臓がん・子宮頸がん等の感染症に起因する一部のがんを除いて、未だに原因は十分に解明されていないのが現状であり、予防介入試験でこれまでに有効性が証明されたものは極めて少ないと言わざるを得ない。

(取り組むべき施策)

新たながん患者の発生を予測し効果的な予防政策を構築するために、まず、従来の疫学的研究による発がん要因の検出力とその妥当性、および動物モデルによる検証実験の意義に関して、再評価を行う必要がある。各種の研究手法を用いて、新たな発がん要因の同定とそれらに起因する発がん機構の解明を、引き続き行うとともに、今こそ、放射線・化学物質等への長期低レベル曝露による健康被害に関する実験的・臨床的研究及び大規模な疫学研究を、強力に推進すべきである。併せて、個々人に最適化された効果的ながんの予防法の構築に向けた一次・二次予防に関わる研究も推進する必要がある。また、予防観察・予防介入のための体制の整備も、喫緊の課題である。

(2) 公衆衛生研究（分子疫学研究・検診評価等）研究の推進のための体制の整備

(現状及び課題)

公衆衛生研究においては、個人情報を用いた個人単位のリンケージの必要度が高く、公的統計や行政資料を個人単位のリンケージに利用することで、多額な研究費を要することなく、質の高い研究の実施が可能となる。しかし、現状では個人情報保護を理由に、研究において公的統計（人口動態統計等）や行政資料（住基ネット、レセプトデータ等）が円滑に活用できていない。また、大規模公衆衛生研究の研究マネジメント機能を請け負う研究支援専門機関が不足しているため、公衆衛生研究そのもののマネジメントが十分に行えない状況にある。

(取り組むべき施策)

がんの実態把握（がん登録を含む）と医療（診療）情報の整備を推進するには、公的統計や行政資料の研究利用を可能とすることが必須であり、個人情報保護と適正なバランスを保ちつつ、公的統計や行政資料を、個人情報を用いた個人単位のリンケージに使用するための法的な枠組みを整備する必要がある。併せて、個人情報を用いた個人単位のリンケージを担う第三者機関を設定し、研究者が個人情報を直接扱わない仕組みを構築するべきである。人口動態統計については、全国規模のデータベース構築（日本語版 National Death Index）を検討するべきである。

また、研究費の配分においては、がんの他分野との調整を明確にし、大規模予防介入研究や検診有効性評価研究に対しては重点的に研究費を配分する必要がある。

(3) 政策研究・ガイドライン（予防・検診に関する）

(現状及び課題)

政策研究においても、公的統計・行政資料の研究利用における障壁の問題、研究者と研究統括機能の不足などの問題を共通に抱えている。また、がん対策の現状からのニーズに基づいて、優先的に研究費配分が行われておらず、その結果として、がん対策の推進が遅れに繋がっている。

(取り組むべき施策)

科学的根拠に基づく政策提言の実施を促進するために、公的統計・行政資料の研究利用促進、研究統括機能の強化を推進する必要がある。政策研究として、①がん検診の精度管理、受診率の向上施策に関する研究、②がん予防の実践に関する研究、③がん診療の質評価に関する研究、④患者の療養生活や就職支援などのための患者コホート研究などについて、がん対策上の必要性を考えた議論により優先順位づけを行い、優先的な研究費の配分を検討する必要がある。

また、診断ガイドラインや予防・検診ガイドラインを作成している学会・研究会やその他の組織（公的機関や学会）への支援を強化する必要がある。

4. がん研究と社会

がん研究は、国民をがんから守り、がん患者のがん克服を可能とするものであり、その推進に当たっては、がん研究と、これを推進する研究者に対する、国民そしてがん患者の理解が何よりも重要である。そのため、現行のがん対策基本計画においても、取り組むべき課題として、治験および臨床研究に関する情報の積極的な公開や、がん研究の実施体制や実施状況の透明性の確保が謳われている。しかし、未だ、がん研究に関する情報が国民や患者に十分に伝えられているとは言えない。また現状では、関係省庁間の連携も充分とは言えず、統合的ながん研究推進体制が構築されていないことも、このがん研究の「推進実態の見えにく

さ」につながっている。そのため、今後のがん研究推進に当たっては、関係省庁間の緊密な連携により、効率的な研究の実施体制を構築するとともに、その推進に関する情報公開の仕組みを確立することで、がん研究推進における、国民・がん患者と研究者の協働を可能としなくてはならない。

(1) 国民そしてがん患者とがん研究の関係

(現状及び課題)

がん研究の領域は、がん対策の他の領域に比して、市民や患者に対する情報提供や広報活動が大きく遅れており、我が国のがん研究推進状況の全容や、各がん研究推進事業の具体的な目的や成果について、国民に対して判り易く、透明性の高い説明が充分になされているとは言えない。なかでも、治験や臨床試験に関する情報の開示や広報活動が不十分なため、患者の臨床試験へのアクセスを困難なものとしている点は大きな問題である。

(取り組むべき施策)

公的な研究機関と関連学会等が連携して、国内の全てのがん研究推進状況に関して、市民や患者さんが容易に理解することが出来るようなデータベースを構築し、これを公開する必要がある。臨床研究グループや TR 研究拠点に対しても、公的研究費の支援により、その臨床試験情報の開示・公開を促進することで、がんの基礎研究、治療・臨床研究の全ての領域にわたり、患者・国民への理解を促す事業（情報提供）を推進する必要がある。

(2) がん研究の推進体制

(現状及び課題)

複数の省庁によるがん研究に対する公的支援の推進により、わが国のがん研究が多様性を維持している点は高く評価される。ただし、各省庁により支援されるがん研究の推進全体を統括・調整する組織が存在せず、関係省庁相互の連携も十分とは言えないため、国としての戦略的ながん研究推進という視点に乏しいという問題がある。特に、予算配分から研究成果の評価にいたるまで、省庁間および研究領域ごとの壁が高く、がん対策の現状からのニーズや重要性・優先度等を考慮し、がん研究全体を見渡した効果的な研究推進が出来ていない。

(取り組むべき施策)

各省庁が、独自の視点を持ってがん研究を推進する体制は維持しながら、国内の全てのがん研究の推進状況を俯瞰し、関係省庁の連携を強く促進するような機能を持つ組織を新たに構築して、国レベルでのがん研究の企画から、その成果の評価までを担わせることにより、がん研究財源の確保、重点的予算配分領域の決定、国際的競争力の維持まで、高い戦略性を持ったがん研究推進を行う必要がある。また、創薬や医療機器開発など、新たながん医療の創成における出口が明確な研究事業への支援体制を含め、全てのがん研究事業の審査や評価

において、がん対策への効果的な貢献という視点が必要である。

(3) がん研究を担う人材の育成

(現状及び課題)

医師の初期臨床研究制度の変革の影響で、すべてのがん研究領域で、医学部出身の研究者が減少している。また、臨床研究における CRC やデータマネージャーに代表されるような、研究者とともにチームを組んで研究推進を行う専門職の人材も大きく不足している。これには、国内では研究支援のための専門職人材に対するポストが大きく不足し、人材育成システムも整備されていないことが影響しており、近い将来、国内のがん医療研究開発力の低下が懸念される。

(取り組むべき施策)

医学部および医学系大学院における、がんに関する教育の充実を図り、一貫した戦略的な研究者育成システムを確立するとともに、多様ながん研究の推進に必須な各種の専門職のために、安定したポストを国内に創出することが急務である。次期がんプロフェッショナル養成プランの目標の一つとして、戦略的ながん研究人材養成を加える等の手法も有効と思われる。また、がん研究領域の国際化と女性人材の参画促進等を目的とした公的な支援制度を構築も重要と考えられる。

(4) がん研究に関する倫理審査

(現状及び課題)

研究倫理指針が、ゲノム研究・疫学研究・臨床研究などばらばらに存在するため、境界領域での適用範囲に混乱があり、細部における整合性が保たれていない。さらに、現在のがんのゲノム解析研究に関する三省庁共通ゲノム倫理指針は、近年のゲノム解析技術の進展に対応できていない。また、倫理審査委員会の判断に施設間格差があり、施設倫理審査委員会における判断の平準化を図る必要がある。

(取り組むべき施策)

三省庁共通ゲノム倫理指針の改訂を、速やかに行わなければならない。そのために、各研究領域の研究倫理指針を統合し、がん研究全般に関する共通部分と、各研究領域に対応する個別部分とに分けて記述することにより、その整合性を高める必要がある。また、倫理審査委員会の判断を平準化するために、中核的な研究組織における倫理審査委員会の判断事例のデータベース化を、公的研究費により支援し、他の組織で参照できるように公開すべきである。

III おわりに

がん研究専門委員会は、今後のがん研究のあり方について議論を重ね、がん研究推進を通じて日本のがん対策に効果的に貢献するための現状の課題と、その解決に向けて実施されるべき施策についてとりまとめを行ない、本報告書に記載した。

ここに挙げられている重要施策は、完全なるドラッグラグ解消を目指し、有効で安全ながん治療を速やかにがん患者に届けるための臨床研究推進に関わる各種の施策や、日本発のがん治療薬や治療機器を開発するための、基礎研究から臨床研究まで一連の研究推進強化のための施策など、まさに多岐に亘るが、次期がん対策推進基本計画には、これらの施策が盛り込まれることが重要である。

なかでも、国内の各種研究事業の実施状況から評価結果までの情報公開を進め、公的支援による研究事業推進の公正性を担保し、臨床研究へのがん患者の参画を促進する施策は、がん研究の推進における国民および患者と研究者の協働の実現に繋がるものであり、必ずがん対策推進基本計画に書き込まれるべき施策と考えている。

また、次期がん対策推進基本計画の策定に当たっては、その実現状況をチェックし、その目標達成を支援する体制も、併せて整備される必要がある。がん研究に関して言えば、今回、本報告書に示した施策の中で、日本におけるがん研究に対する公的支援の多様性を維持しながら、関係省庁の研究事業に関する情報収集と公開および事業推進の調整を行う組織の設立がこれに当たるものである。こうした組織が、がん対策推進基本計画に沿った研究事業の推進を評価し、支援することで初めて、次期がん対策推進基本計画のがん研究関連施策も、真に実のあるものとなる。

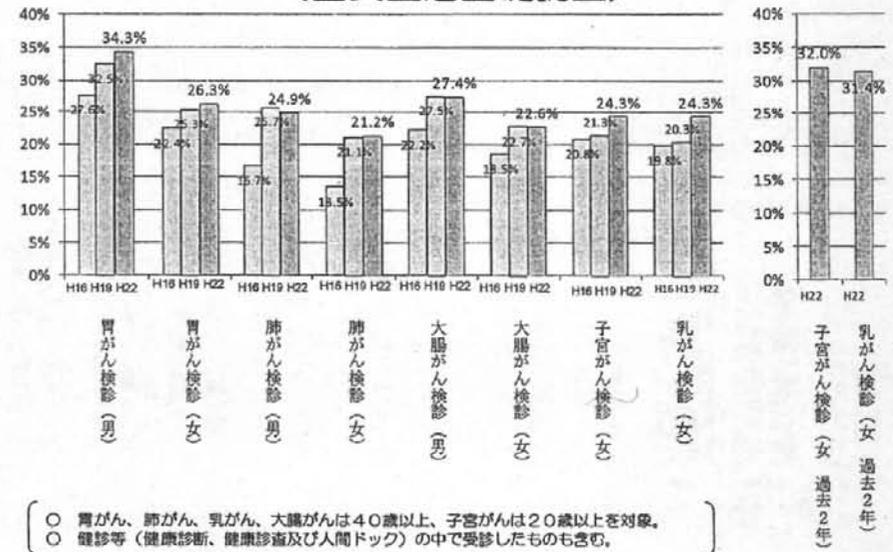
なお、現在の国としてのがん研究推進のマスタープランである「第3次対がん10か年総合戦略」は2年後に終了する予定であり、速やかに、その後の国家レベルでのがん対策推進のためのがん研究戦略の立案を開始すべきであるが、この戦略も次期がん対策推進基本計画が基盤となって設計されるべきものである。その意味でも、今回の次期がん対策推進基本計画は、今後のがん研究を通じたがん対策推進に大変に重要な意味を持つものであり、その策定に当たっては、本委員会の報告を十分に踏まえて、将来のがん対策に大きく貢献する基本計画を立案されるよう強く要望するものである。

がん検診受診率の把握

地域保健・健康増進事業報告	国民生活基礎調査
<p>1 報告者：全国の市区町村</p> <p>2 報告の頻度：毎年</p> <p>3 内容 「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」にもとづいて自治体を実施したがん検診の事業結果</p> <p>4 結果 対象者数、受診者数、受診率、要精密検査者数、結果人数等</p>	<p>1 回答者 層化無作為抽出された5510国勢調査区の全ての世帯（約29万世帯）及び世帯員（約75万人）（平成22年の場合）</p> <p>2 調査の頻度 がん検診に係る項目は3年に1度</p> <p>3 内容 「あなたは過去1年間に下記のがん検診を受けましたか」という質問に回答。（子宮がん・乳がん検診については過去2年間の状況も調査）</p> <p>4 結果 受診者数、受診率</p>
<p>欠点 ・市区町村以外で行った検診（職域、個人）については把握不可能</p>	<p>欠点 ・市区町村、職域、個人において受診したががん検診を全て含んだ受診率であるが、それには分割不可能 ・市区町村単位での受診率の算出は不可能 ・調査対象者の主観的な回答となる</p>

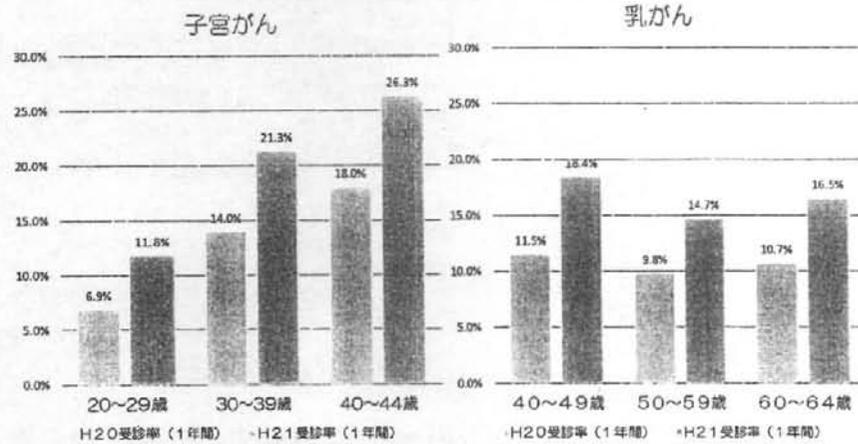
がん検診の受診率及び無料クーポンの利用率等について

がん検診の受診率の推移 (国民生活基礎調査)



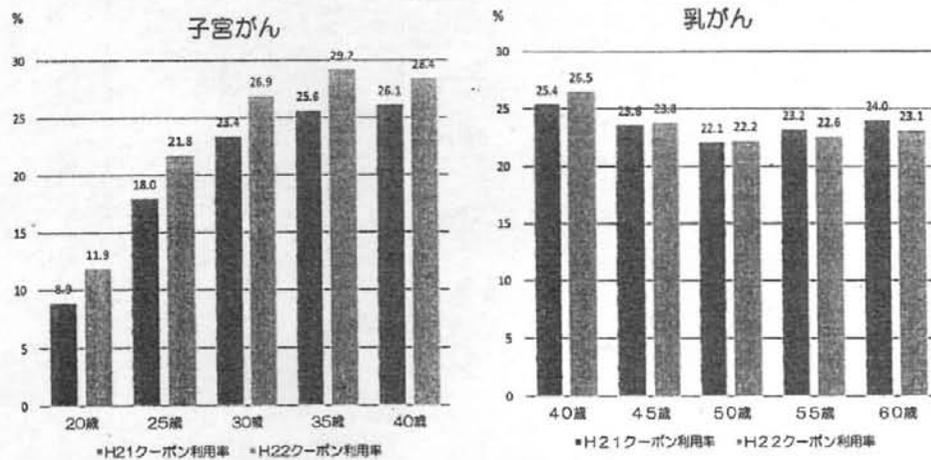
平成23年11月21日
厚生労働省健康局総務課
がん対策推進室

がん検診受診率の推移（子宮がん・乳がん） （地域保健・健康増進事業報告）



受診率（1年間）・・・当該年度のがん検診受診者数（乳がんの場合はマンモグラフィ及び視触診）/当該年度のがん検診対象者数
出典：平成20年度・平成21年度地域保健・健康増進事業報告

がん検診推進事業の実施状況（クーポン利用率）



クーポン利用率・・・クーポン券利用者数/クーポン券配布枚数
出典：がん対策推進室調べ

平成22年度女性特有のがん検診推進事業の実施状況

(対象者に対する無料クーポン配布率・利用率)

平成23年10月28日現在

都道府県	子宮頸がん(30,35,40歳対象)				乳がん(40,45,50,55,60歳対象)				自治体数	実績報告自治体数	実績報告自治体数
	対象者数	クーポン券配布枚数	利用者数	利用率	対象者数	クーポン券配布枚数	利用者数	利用率			
1 北海道	165,870	165,218	55,077	33.2%	205,114	204,096	59,099	28.8%	179	177	177
2 青森県	37,557	37,581	9,441	25.1%	60,886	50,894	13,019	21.5%	40	36	36
3 岩手県	36,176	35,813	10,170	28.1%	46,152	45,461	16,195	35.1%	34	34	33
4 宮城県	73,651	73,519	20,478	27.8%	80,083	75,234	21,300	26.6%	35	35	33
5 秋田県	27,393	27,382	7,662	28.0%	40,011	39,687	10,958	27.5%	25	25	25
6 山形県	31,351	31,321	7,926	25.3%	40,273	40,215	12,482	31.0%	35	35	35
7 福島県	56,501	56,007	14,219	25.2%	68,714	67,829	17,352	25.3%	59	57	55
8 茨城県	91,944	91,922	20,874	22.7%	103,580	103,429	25,656	24.8%	44	44	44
9 栃木県	61,660	61,662	13,010	21.1%	70,909	71,125	17,109	24.1%	27	27	27
10 群馬県	61,185	61,184	13,162	21.5%	69,034	69,044	16,425	23.8%	35	33	33
11 埼玉県	238,727	238,097	53,322	22.3%	252,525	251,424	57,075	22.6%	64	64	64
12 千葉県	205,801	205,244	43,659	21.2%	217,169	214,948	49,213	22.7%	54	53	53
13 東京都	486,723	480,443	101,072	20.8%	446,239	432,013	93,511	21.0%	62	58	58
14 神奈川県	306,485	306,561	70,184	22.9%	315,189	314,454	58,819	18.8%	33	33	33
15 新潟県	66,026	66,022	17,990	27.2%	81,150	81,147	22,519	27.7%	30	30	30
16 富山県	31,648	31,696	6,938	21.9%	37,823	37,652	8,997	23.8%	15	15	15
17 石川県	35,987	36,078	8,189	22.8%	40,717	40,801	9,552	23.5%	19	19	19
18 福井県	24,047	23,826	5,271	21.9%	27,881	27,513	6,456	23.2%	17	17	17
19 山梨県	25,395	25,420	6,891	27.1%	30,095	30,100	9,535	31.7%	27	27	27
20 長野県	59,271	58,997	14,845	25.0%	67,204	66,722	17,888	26.6%	77	74	74
21 岐阜県	65,021	64,530	16,417	25.2%	73,276	72,510	20,475	27.9%	42	42	42
22 静岡県	112,265	112,408	28,754	25.6%	127,048	127,218	31,378	24.7%	35	30	30
23 愛知県	247,410	248,724	68,181	27.6%	249,397	250,069	59,538	23.9%	57	57	57
24 三重県	57,137	53,647	14,407	25.2%	64,498	60,467	17,570	27.2%	29	29	29
25 滋賀県	45,935	45,837	12,159	26.5%	47,975	47,930	12,587	26.2%	19	19	19
26 京都府	84,424	84,443	18,565	22.0%	90,863	90,586	17,163	18.9%	26	26	26
27 大阪府	299,268	300,055	81,143	27.1%	309,211	309,768	64,047	20.7%	43	43	43
28 兵庫県	184,244	183,736	49,591	26.9%	201,959	201,564	49,776	24.6%	41	41	41
29 奈良県	44,310	44,462	11,153	25.2%	51,210	51,417	12,086	23.6%	39	37	37
30 和歌山県	29,587	29,606	8,572	29.3%	36,905	36,915	9,515	25.8%	30	30	30
31 鳥取県	16,642	16,714	3,493	21.0%	20,081	20,092	4,814	24.0%	19	18	18
32 島根県	19,056	18,595	4,681	24.6%	23,747	22,958	6,222	26.2%	21	21	21
33 岡山県	59,599	59,221	13,101	22.0%	64,707	64,365	15,430	23.9%	27	27	27
34 広島県	82,888	82,879	22,450	27.1%	69,985	69,912	21,257	23.5%	23	22	22
35 山口県	40,135	40,161	9,229	23.0%	50,024	50,038	10,732	21.5%	19	18	18
36 徳島県	21,954	21,897	6,572	30.4%	26,814	26,755	5,730	21.4%	24	22	22
37 香川県	29,737	29,831	7,168	24.1%	34,564	34,586	8,158	23.6%	17	17	17
38 愛媛県	41,983	41,920	11,201	26.7%	51,847	51,425	14,884	28.8%	20	20	20
39 高知県	20,599	20,600	4,387	21.3%	26,312	26,328	6,052	23.0%	30	27	27
40 福岡県	170,667	170,718	43,706	25.6%	189,403	189,514	46,520	24.5%	60	60	60
41 佐賀県	25,441	25,410	6,712	26.4%	29,947	29,889	7,376	24.6%	20	20	20
42 長崎県	40,663	41,012	11,162	27.5%	52,559	52,834	12,874	24.5%	21	21	21
43 熊本県	52,935	52,805	13,365	25.2%	63,912	63,255	18,319	29.0%	45	45	45
44 大分県	34,866	34,873	9,271	26.6%	42,139	42,098	11,634	27.6%	18	18	18
45 宮崎県	32,295	32,446	7,235	22.4%	40,719	40,853	8,594	21.1%	26	26	26
46 鹿児島県	47,645	47,744	10,104	21.2%	58,775	59,144	13,292	22.6%	43	41	41
47 沖縄県	47,600	47,554	8,421	17.7%	47,016	46,962	9,170	19.5%	41	41	41
合計	4,077,715	4,064,221	1,001,780	24.6%	4,444,541	4,417,550	1,052,473	23.7%	1746	1711	1706
配布(利用率)		99.7%	24.6%			99.4%	23.7%				

※事業実施自治体数に比べ実績報告自治体数が少ないのは、東日本大震災の影響で配布枚数・利用者数の実績把握が困難な箇所があるため。

(実績把握が困難な自治体は5箇所あり、県別では岩手県1箇所、宮城県2箇所、福島県2箇所である。)

平成23年度 がん検診受診率分析委託事業 暫定速報値

作成：株式会社キャンサーズキャン
 委託：株式会社マツキャンヘルスケアワールドワイドジャパン

1

0 平成23年度がん検診受診率分析事業について

背景（がん対策推進基本計画、平成19年、p33）

受診率の抜本的な向上を図るため、国民に対しがん予防行動の必要性の理解及びがん検診についての普及啓発を図った上で総合的な対策を推進する。

特に、受診対象者を正確に把握した上で、未受診者に対する普及啓発や受診勧奨を行うなど未受診者を無くすことに重点を置いたより効率的ながん検診の推進を図る。

本事業で明らかにすること

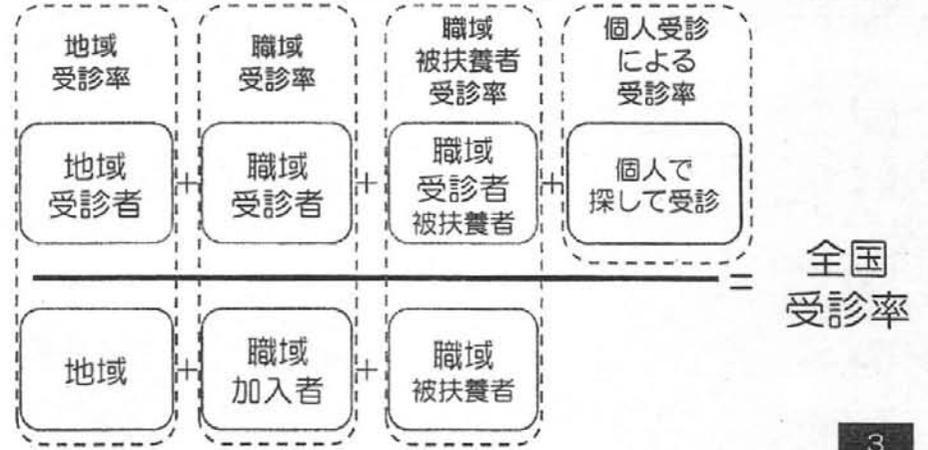
- ① 受診機会（地域・職域・その他）毎の受診者数を把握
- ② 保険者（組合健保・協会けんぽ・共済組合など）毎の受診対象者の把握
- ③ 上記①②により、効率的ながん検診の推進のための基礎資料を作成

既存の各種統計データを活用し統合的に分析

2

1 本事業の目的

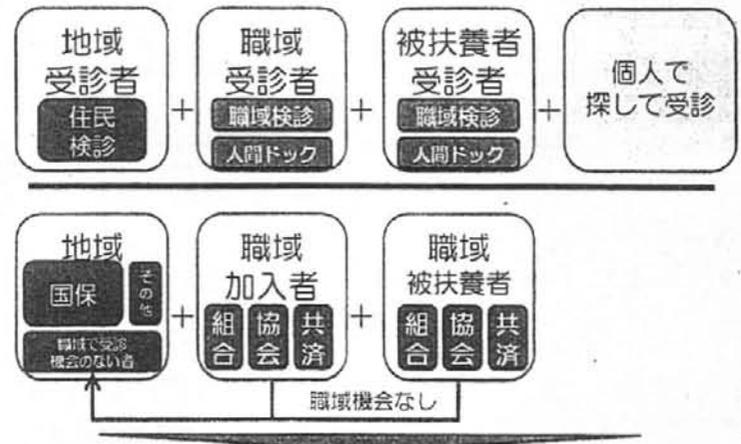
既存データを積みあげ、受診機会別の受診率を推計することで、
受診機会別のがん検診受診率の現状を把握し、
 施策策定の際の基礎資料とする



3

1 本事業の目的

詳細分析



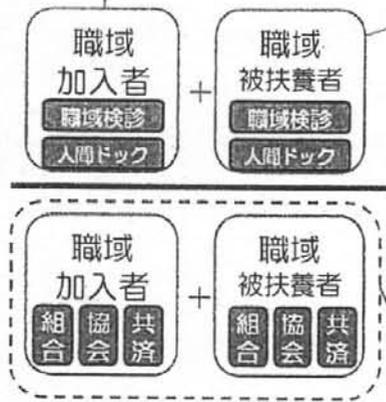
保険種/検診機会別ごとの対策の立案・優先順位付けが可能となる

4

受診機会	データソース	使用項目の内容	年次(期間)	
地域	対象者	①推計人口(総務省)	国勢調査と人口動態をもとに性年代別人口を推計 H19(毎年)	
	対象者	②国民健康保険実態調査(保険局)	国民健康保険加入者数の性年代別実数を報告 H19(毎年)	
	受診者	③地域保健・老人保健事業報告(統計情報部)	全国の保健所/市区町村より年度毎のがん検診の性年代別受診者数を実数で報告 H19 H20(毎年)	
職域	対象者	④健康保険組合連合会加入者/被扶養者数報告(健康保険組合連合会)	組合健保の性年代別加入者/被扶養者実数を報告 H19(毎年)	
		⑤健康保険被保険者実態調査(保険局)	協会けんぽの性年代別加入者/被扶養者実数を報告 H19(毎年)	
		⑥医療経済実態調査(保険局)	共済組合の性年代別加入者/被扶養者実数を報告(性年代別ではない) H19(隔年)	
	受診者	⑦健康保険組合連合会調査(健康保険組合連合会)	加入者/被扶養者に対する人間ドック含むがん検診実施有無を全1,500組合に対し調査(回収率84.5%) H19(3年毎)	
		⑧協会けんぽウェブサイト調査(新規)	加入者/被扶養者に対する人間ドック含むがん検診実施有無について独自調査(協会けんぽ・全85共済組合中62組合:72.9%) H23(新規)	
		⑨共済組合ウェブサイト調査(新規)	同上 H23(新規)	
	その他	受診者	⑩労働者健康状況調査(統計情報部)	常用労働者を10人以上雇用する民営事業所から無作為抽出された約1万4千事業所に勤める労働者約1万8千名に対し人間ドック含むがん検診の実施率を調査(回収率は事業所70.8%・労働者64.3%) H19(5年毎)
		受診者	⑪健康保険組合連合会調査(健康保険組合連合会)	全健康保険組合に対し被扶養者の人間ドック受診率を全数調査(回収率84.5%；共済組合の受診率にも外挿) H19(3年毎)
		受診者	⑫厚労科研「受診率向上につながるがん検診の在り方や、普及啓発の方法の開発等に関する研究」班(主任研究者：宮城県対がん協会所長 渋谷大助)	仙台市から無作為抽出された3千名を対象に地域/職域/個人受診それぞれの受診機会に占める割合を調査(うち1500名を対象に電話による受診機会検証) H21(新規)
受診者	⑬地域保健・老人保健事業報告(統計情報部)	全国の保健所/市区町村より年度毎の妊婦検診の年代別受診者実数を実数で報告 H19(毎年)		

組合・協会・共済の検診対象加入者数に受診率を乗じたものの総和
※加入者の分母(下記)×⑩労働者受診率

組合・協会・共済の検診対象被扶養者数に受診率を乗じたものの総和
※被扶養者の分母(分母)×⑩受診率

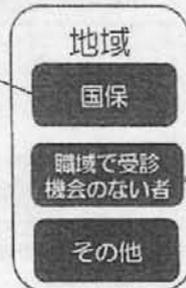


職域で受診機会ない者は地域へ

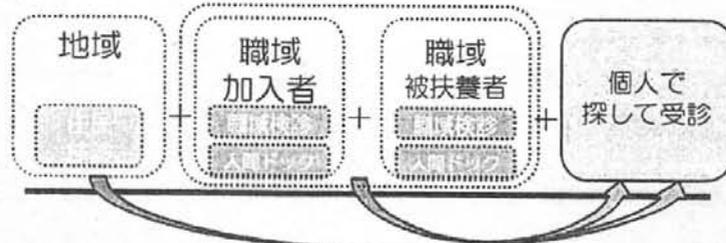
③住民検診によるがん検診受診者数実数



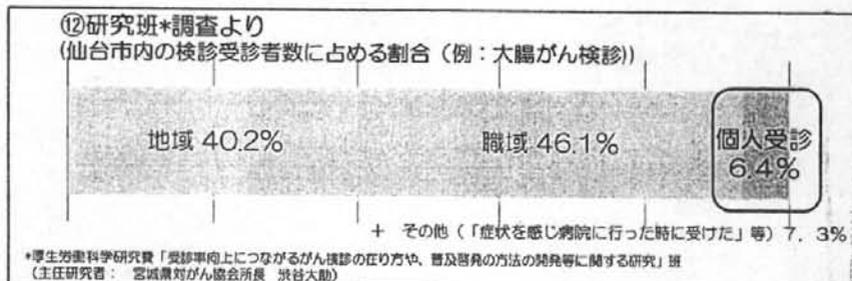
②国保加入者数実数



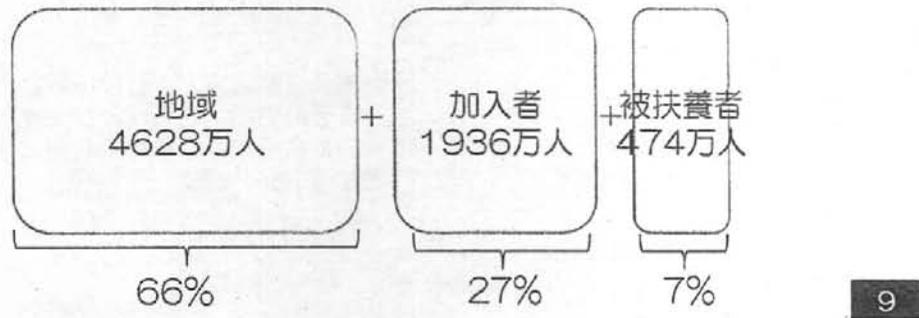
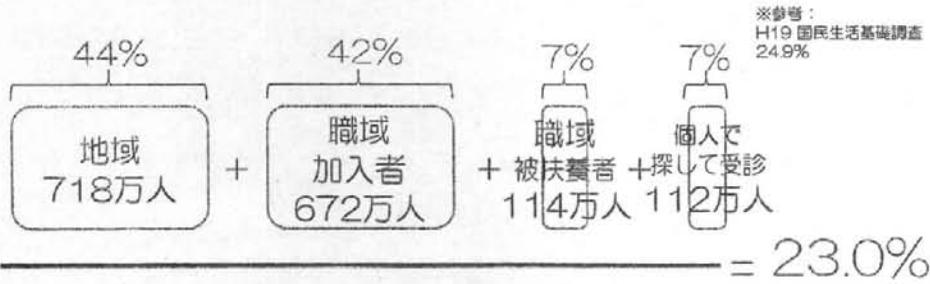
保険種別に職域加入者と被扶養者のそれぞれについて人数とがん検診非実施割合をかけあわせたものの総和
※次ページ参照



ここまで求めた地域・職域それぞれの受診者数と⑫の受診機会の割合を乗じて個人受診者数を推計

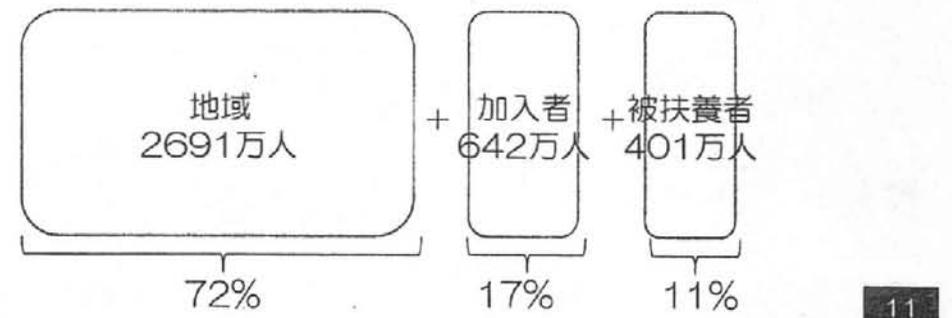
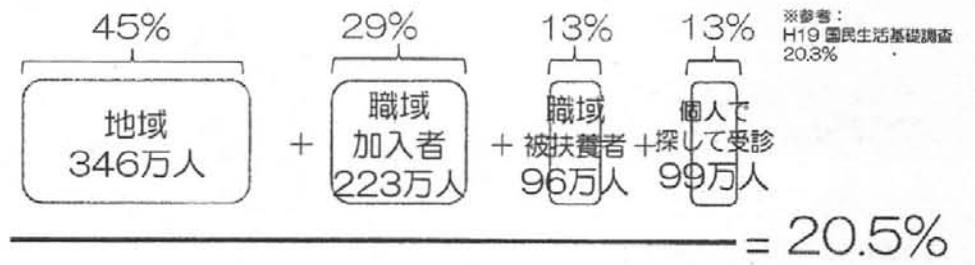


3 推計受診率 - 大腸がん検診: 40歳以上男女



9

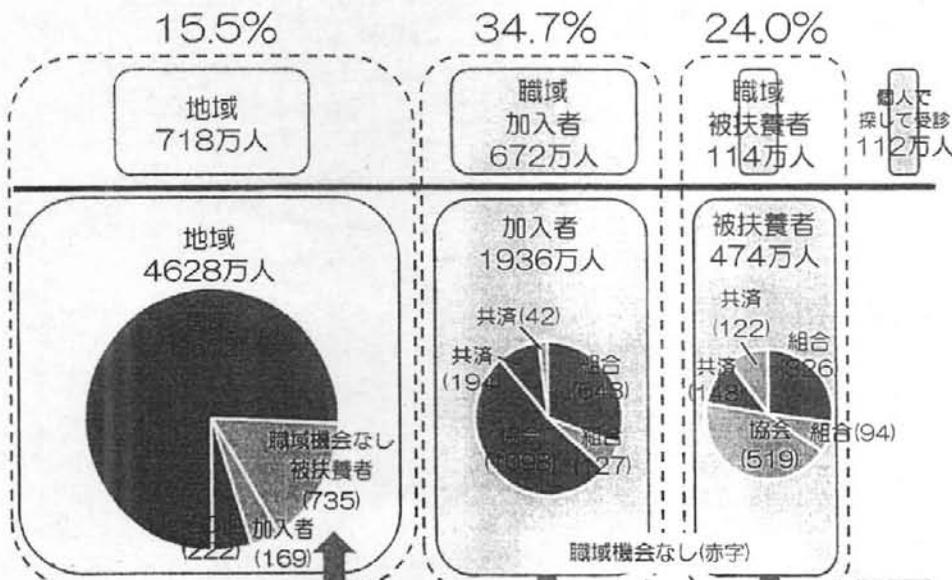
3 推計受診率 - 乳がん検診: 40歳以上女性



11

3 推計受診率 - 大腸がん検診 40歳以上男女

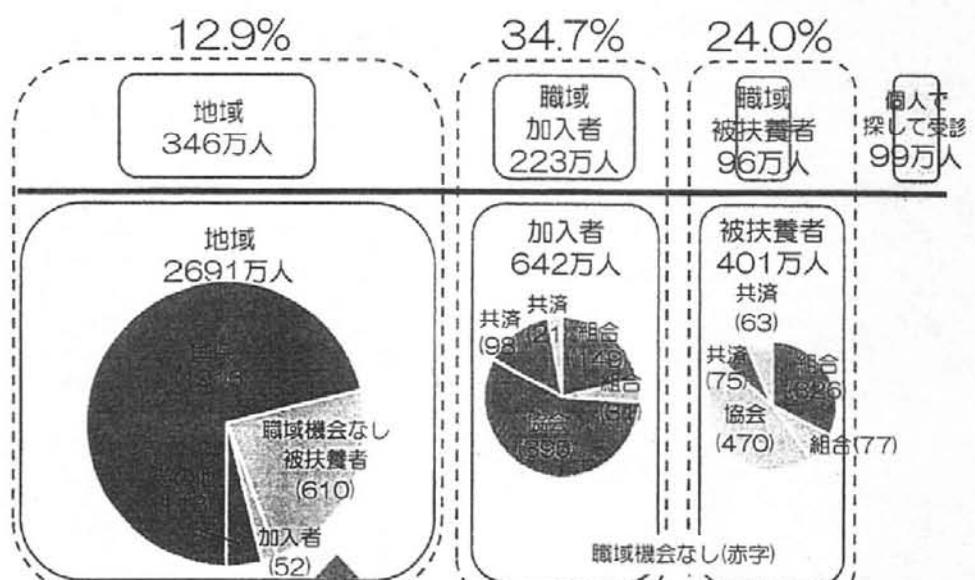
全体の受診率 23.0%



10

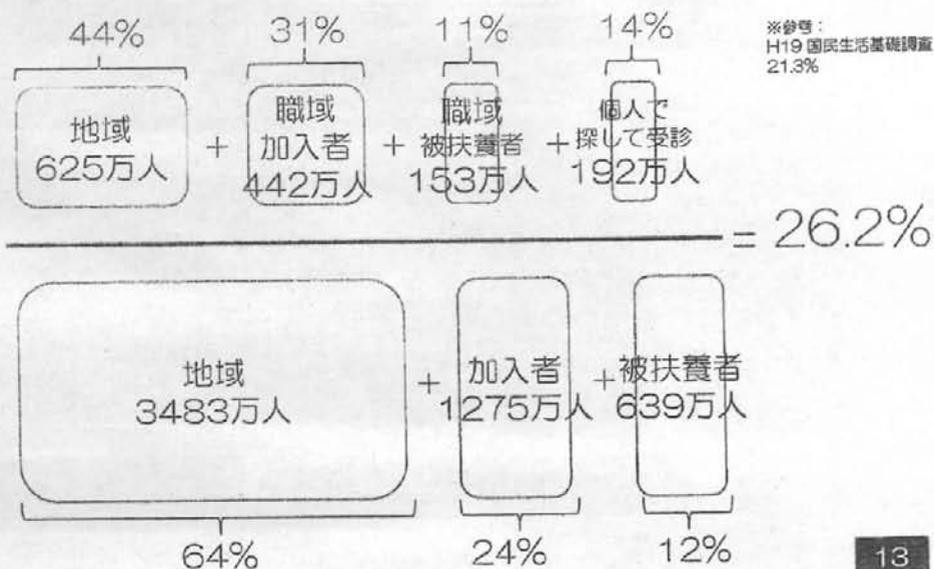
3 推計受診率 - 乳がん検診: 40歳以上女性

全体の受診率 20.5%



12

3 推計受診率 - 子宮頸がん検診: 20歳以上女性



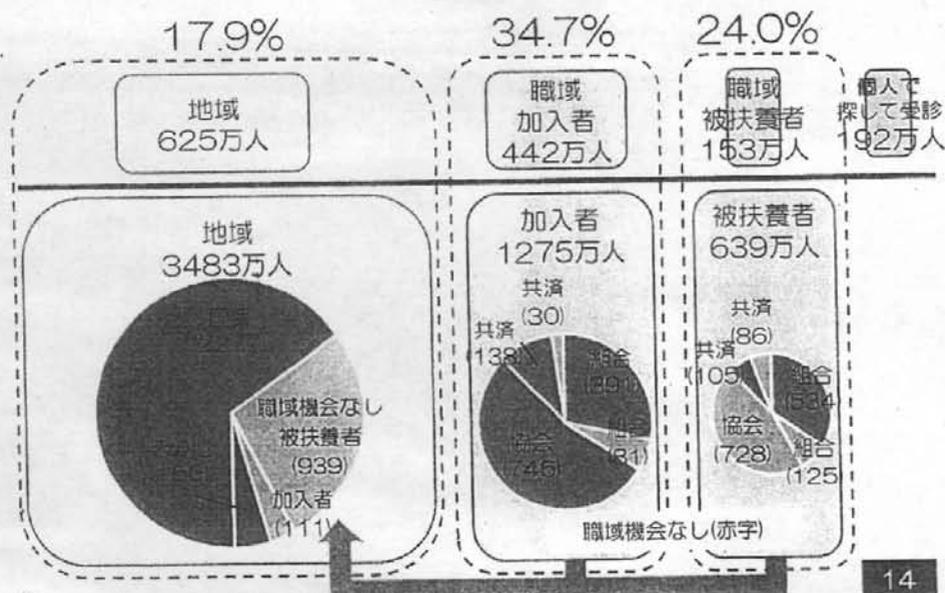
13

4 現状分析 まとめ

- 受診機会として現状、地域が全体の6~7割を占める
- 職域受診者数は地域受診者数と同程度にのぼり、職域検診の果たす役割は大きい
- 一方、職域健保加入者/被扶養者のうち職域で受診機会を持たない者も少なくない
 - ✓ 大腸がんで加入者中8.0%・被扶養者中60.8%
 - ✓ 乳がんで加入者中7.5%・被扶養者中60.3%
 - ✓ 子宮頸がんで加入者中8.0%・被扶養者中59.5%

15

3 推計受診率 - 子宮頸がん検診: 20歳以上女性 全体の受診率 26.2%



14

参考資料

人間ドックにおけるがん検診実施状況

がん種	検査内容	実施状況
胃がん	上部消化管X線検査	必須
肺がん	胸部X線検査	必須
大腸がん	便潜血検査	必須
乳がん	マンモグラフィー (および視触診)	オプション (女性の申込数および売上高1位)
子宮がん	子宮頸部細胞診	オプション (女性の申込数および売上高2位)

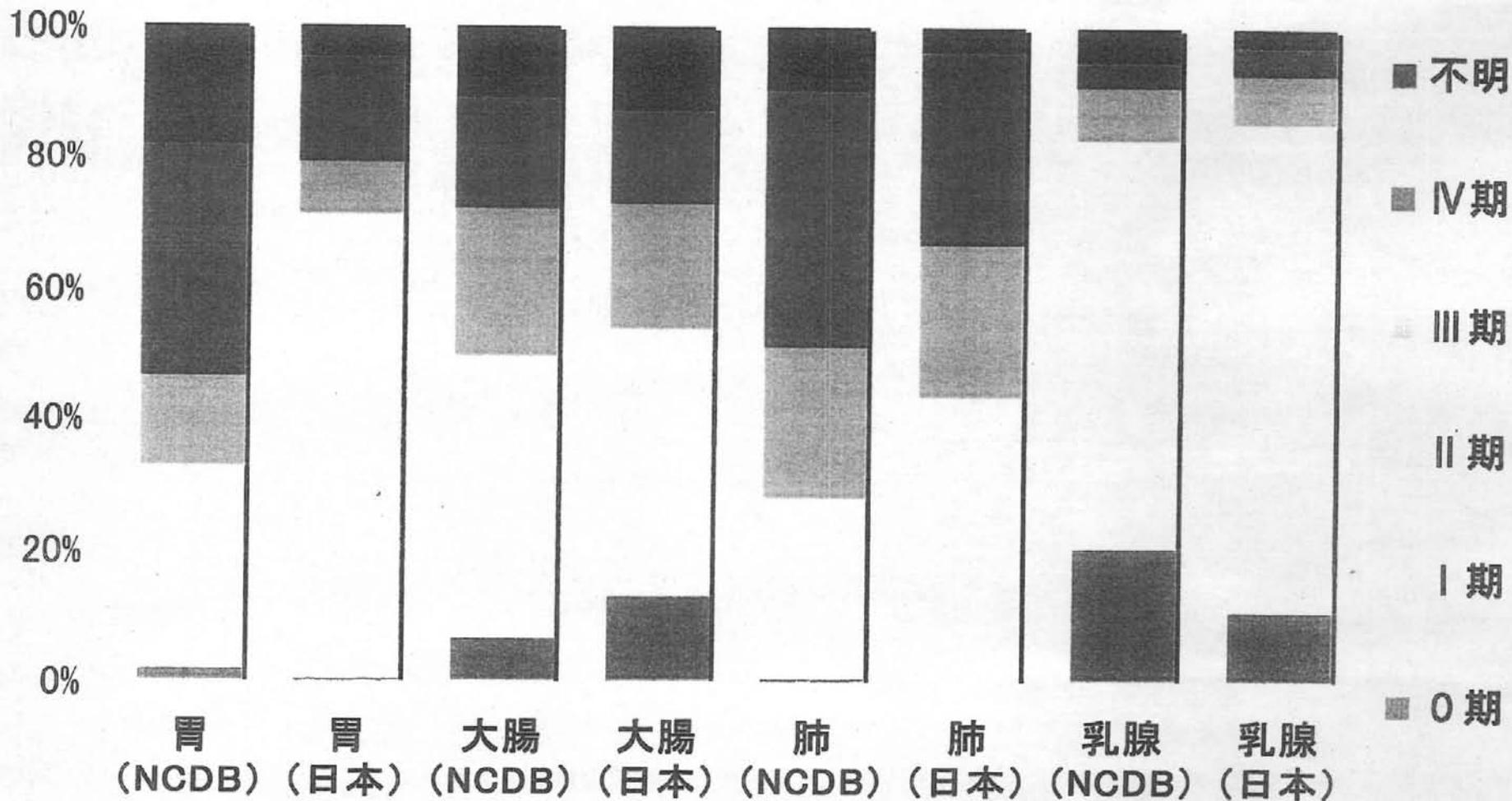
出典: 日本人間ドック健診協会調べ オプション検査における各機関の実施状況報告(平成22年4月)より

16

病期分類の分布

(米国との比較・2008年データ)

1



がん診療連携拠点病院 院内がん登録 2008年全国集計

Hospital Comparison Benchmark Reports (HCBR) <http://www.facs.org/cancer/ncdb/hcbr.html>

たばこの規制に関する枠組条約について

1. これまでの経緯

- 平成15年5月 WHO総会において、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）
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27日 条約発効
（平成23年11月現在174カ国が批准）

2. 条約の概要及び国内における対応措置

1. 条約の目的

「たばこが健康、社会、環境及び経済に及ぼす影響から、現在及び将来の世代を保護する。」

2. 主要事項

①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6条）

様々な人々、特に年少者のたばこの消費を減少させる上で効果的かつ重要な手段であることを認識し、課税政策及び価格政策を実施。

[対応状況]

平成22年10月より、たばこ1本あたり3.5円のたばこ税率の引き上げを実施。

②たばこの煙にさらされることからの保護（第8条）

屋内の職場、公共交通機関、屋内の公共の場所等におけるたばこ煙からの保護についての措置をとる。※

[対応状況]

平成15年に施行された健康増進法で対応。また、平成22年2月25日に、公共的な空間については、原則、全面禁煙であるべき旨を付した健康局長通知を自治体へ発出。

③たばこ製品の含有物に関する規制（第9条）／たばこ製品についての情報の開示に関する規制（第10条）

締約国会議は、たばこ製品の含有物及び排出物の規制に関しガイドラインを提案し、各国は効果的な規制措置を講じる（第9条）。

たばこ製品の製造業者及び輸入業者に対したばこ製品の含有物及び排出物に係る情報を政府に開示するよう要求する措置を講じる。更に、たばこ製品及びたばこ製品から生ずる排出物の毒性を有する成分に係る情報開示の措置を講じる（第10条）。

[対応状況]

紙巻たばこの煙に含まれるタール量及びニコチン量の表示を義務付け。

④たばこ製品の包装及びラベル（第11条）

健康警告表示（権限のある国家当局により承認）のサイズ（理想的には50%以上、最低30%）、ローテーションを義務付け。

[対応状況]

平成15年11月たばこ事業法施行規則を改正。平成17年7月以降出荷するたばこ製品に、新たに8種類の注意文言の表示を義務化。

⑤教育、情報の伝達、訓練及び啓発（第12条）

喫煙の健康に与える悪影響についての普及・啓発、教育、禁煙指導の実施。※

[対応状況]

ホームページでの情報提供。禁煙教育・指導等。

⑥たばこの広告、販売促進及び後援（第13条）

憲法に抵触しない範囲内でたばこに関する広告等に関して全面禁止又は適切な制限措置。※

[対応状況]

平成16年3月たばこ事業法第40条に基づく「製造たばこに係る広告を行う際の指針」を改正し、たばこ広告の規制を強化。平成16年10月より電車・バスなどの公共交通機関への広告の掲出禁止、新聞・雑誌への広告規制。平成17年4月より屋外広告禁止を実施。

⑦たばこへの依存及びたばこの使用の中止についてのたばこ需要の減少に関する措置（第14条）

たばこへの依存の適切な治療を促進するため、効果的な措置をとる。※

[対応状況]

平成18年度診療報酬改定で、外来で禁煙治療を行う「ニコチン依存症管理料」や、②禁煙補助剤について、新たに保険適用の対象とした。

⑧未成年者への及び未成年者による販売（第16条）

未成年者がたばこにアクセスできないよう、適切な措置をとる。

[対応状況]

平成20年7月にたばこ自動販売機に成人識別機能の付与を義務付け。また、平成22年9月にインターネットによるたばこ販売において、公的証明書による年齢確認を徹底。

※箇所は、たばこ枠組規制条約締約国会議においてガイドラインが策定されているもの。

がん対策推進基本計画の 全体目標と個別目標について

平成23年11月21日
厚生労働省健康局総務課
がん対策推進室

がん対策推進基本計画 (平成19年6月閣議決定)

重点的に取り組むべき課題

(1) 放射線療法・化学療法の推進、
これらを専門的に行う医師等の育成

(2) 治療の初期段階からの
緩和ケアの実施

(3) がん登録の推進

全体目標【10年以内】

がんによる死亡者の減少
(75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少)

全てのがん患者及びその家族の
苦痛の軽減並びに療養生活の質の向上

分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標

1. がん医療

- ①放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成
②緩和ケア ③在宅医療 ④診療ガイドラインの作成 ⑤その他

- ☆ すべての拠点病院において、放射線療法及び外来化学療法を実施【5年以内】
- ☆ 全てのがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得【10年以内(運用上5年以内)】

2. 医療機関の整備等

- ☆ すべての2次医療圏において、概ね1箇所程度拠点病院を設置【3年以内】
- ☆ 5大がんに関する地域連携クリティカルパスを整備【5年以内】

3. がん医療に関する相談支援及び情報提供

- ☆ すべての2次医療圏において、相談支援センターを概ね1箇所以上整備【3年以内】

4. がん登録

- ☆ 院内がん登録を実施している医療機関を増加

5. がんの予防

- ☆ 未成年者の喫煙率を0%とする【3年以内】

6. がんの早期発見

- ☆ がん検診の受診率について、50%以上【5年以内】

7. がん研究

- ☆ がん対策に資する研究をより一層推進

がんによる死亡率の減少（20%減）

死亡率減少20%の内訳は、（1）がん死亡率自然減（10年で10%）＋（2）がん対策の総合的推進による死亡率減少の加速（10%）を想定

対策分野	対策目標	2015年における死亡率減少	対策内容
たばこ	①喫煙率半減	1.6%	価格、課税、受動喫煙防止、普及啓発、広告規制等推進
	②喫煙率1/4	3.0%	さらに強力的に推進
検診	③受診率50%	4.0%	個人向けの受診勧奨を徹底
	④受診率70%	6.1%	検診提供体制の見直し
均てん化	⑤主要5臓器	3.3%	
	⑥全臓器	4.7%	
	⑦全臓器達成7年	6.6%	
合計	①+③+⑤	8.9%	<small>出典 独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センターがん情報サービスHP</small>
	①+③+⑥	10.3%	
	②+④+⑦	15.7%	

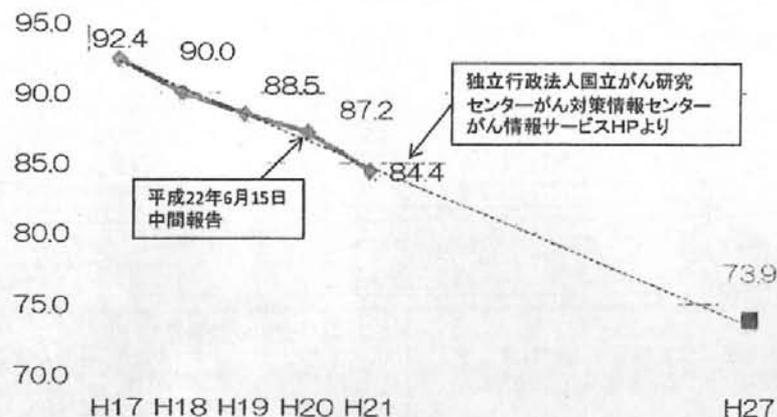
上記（2）は、上記赤字部分（1.6+4.0+4.7=10.3%）の組合せを想定

全体目標に対する進捗状況

【目標①】 がんによる死亡者数の減少

（10年間でがんの年齢調整死亡率（75歳未満）の20%減少

【進捗①】



【目標②】 全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の向上

【進捗②】

厚生労働省研究班において、がん患者ががん医療を患者の視点で評価する指標を開発

(個別目標)がん医療①
【放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成】

【個別目標】

- すべての拠点病院において、5年以内に、放射線療法及び外来化学療法を実施できる体制を整備(①②)
- 拠点病院のうち、少なくとも都道府県がん診療連携拠点病院及び特定機能病院において、5年以内に、放射線療法部門及び化学療法部門を設置(③④)

ベースライン(H198現在)	H22.4(中間報告)	H23.4
①リニアックを有するがん拠点病院 93.2%(249/267)	①同左 100%(375/375)	①同左 100%(388/388)
②外来化学療法室の有無 94.4%(252/267)	②同左 100%(375/375)	②同左 100%(388/388)
③放射線療法部門を設置している 49.2%(29/59)	③同左 100%(91/91)	③同左 100%(388/388)
④化学療法部門を設置している 49.2%(29/59)	④同左 100%(91/91)	④同左 100%(388/388)

【協議会からの意見】

- 放射線療法や化学療法を推進する上で、設備面等の量的充足状況の評価だけでなく、手術療法等も含めた集学的治療に係る診療実績や適切な人員配置等、質的な評価を検討することが必要
- 実践的なチーム医療が展開できることを目的とした研修(チーム医療研修)等を実施し、実際の診療体制の整備を検討することが必要

5

(個別目標)がん医療①
【放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成】

【個別目標】

- 抗がん剤等の医薬品については、「革新的医薬品・医療機器創出のための5か年戦略」に基づき、5年以内に、新薬の上市までの期間を2.5年短縮

ベースライン(平成18年度)	平成20年度(中間報告)	平成21年度
米国と我が国における新薬の上市期間の差をもってドラッグラグを試算※		
①承認申請の時期の差(申請ラグ) 1.2年	① 1.5年	① 1.5年
②申請から承認までの審査に要する期間の差(審査ラグ) 1.2年	② 0.7年	② 0.5年
③総計 2.4年	③ 2.2年	③ 2.0年

※申請ラグについては、当該年度に国内に承認申請された新薬について、申請企業への調査結果に基づき、米国における申請時期との差の中央値を試算。

※審査ラグについては、米国食品医薬品庁(FDA)が公表しているデータに基づき、日米における新薬の総審査機関の中央値の差を試算。

【協議会からの意見】

- ドラッグ・ラグの解消に関しては、総合機構の体制の強化のみならず、メーカー、医療機関、患者等の各当事者が十分に役割を果たせるような包括的な戦略の策定が必要
- 新薬の審査開始時期については申請者に依存するところがあるが、臨床評価ガイドラインの策定、治験相談の充実、国際共同治験の推進等の取組を実施しているところであり、今後、早期化が進むことを期待

6

(個別目標) がん医療② 【緩和ケア】

【個別目標】

- ・10年以内に、すべてのがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得（運用上5年以内）
- ・原則として全国すべての2次医療圏において、5年以内に、緩和ケアの知識及び技能を習得している医師数を増加。
- ・緩和ケアに関する専門的な知識及び技能を有する緩和ケアチームを設置している拠点病院等がん診療を行っている医療機関を複数箇所整備。

ベースライン	H22.4現在（中間報告）	H23.4現在
①開催指針に準拠した緩和ケア研修会の終了者数 0人（H19.3末現在）	①同左（H22.3末現在） 11,254人	①同左（H23.3末） 23,013人
②国立がんセンター及び日本緩和医療学会が開催する「緩和ケア指導者研修会(a)」「精神腫瘍学指導者研修会(b)」の修了者数：0人（H19.3末現在）	②同左（H22.5末現在） (a) 836人 (b) 445人	②同左（H23.5末） (a) 1,174人 (b) 517人
③緩和ケアチームを設置している医療機関数 326病院（H19.5）	③同左（H20年度医療施設調査） 612病院	

【協議会からの意見】

- ・同個別目標においては10年以内の目標達成を掲げているが、運用上5年以内の達成を目指しており、今後ますます研修会の普及を促す必要がある
- ・研修会の進捗状況のモニタリングや医師の行動変容等の研修効果の評価を行うとともに、いわゆる座学中心から実地研修中心に、がんで苦しむ患者に寄り添うことのできる医療従事者を育成する研修会にしていくべき

7

(個別目標) がん医療③ 【在宅医療】

【個別目標】

- ・がん患者の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養を選択できる患者数の増加
(なお、目標については、がん患者の在宅での死亡割合を参考指標として用いる)

ベースライン（平成17年人口動態統計）	H20人口動態統計（中間報告）	平成21年人口動態統計
がん患者の在宅での死亡割合	同左	同左
①自宅：5.7%	① 7.3%	① 7.4%
②老人ホーム：0.5%	② 0.8%	② 0.9%
③介護老人保健施設：0.1%	③ 0.2%	③ 0.3%

【協議会からの意見】

- ・本来、在宅医療の推進は、患者の在宅死が目的ではなく、「家で過ごしたい」と願う患者及びその家族を支援することにある
- ・病院と在宅を支える医療機関等が十分な連携を図って、在宅での療養生活を希望するがん患者が安心して在宅医療を選択できるような医療提供体制を整備する必要がある
- ・次期基本計画策定にあたっては、在宅での死亡割合ではない、在宅医療の質や在宅医療への連携等を評価できる指標について再考すべき

8

(個別目標)がん医療④ 【診療ガイドラインの作成】

【個別目標】

- 科学的根拠に基づいて作成可能なすべてのがんの種類についての診療ガイドラインを作成するとともに、必要に応じて更新していく

ベースライン (平成19年3月末)	平成22年1月 (中間報告)	H23.3末
診療ガイドライン作成数 15種類	同左 25種類	同左 28種類

【協議会からの意見】

- 今後は、補助療法・副作用対策のガイドラインシリーズを策定していくべき

9

(個別目標)医療機関の整備等

【個別目標】

- 原則として全国すべての2次医療圏において、3年以内に、おおむね1か所程度拠点病院を整備
- 5年以内に、我が国に多いがん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん及び乳がんをいう。以下同じ。）に関する地域連携クリティカルパスを整備

ベースライン	H22 (中間報告)	H23
2次医療圏に対する拠点病院の整備率 (H19.3末) 79.9% (286病院/358医療機関)	同左 (H22.4) 108.8% (377/349)	同左 (H23.4) 111.2% (388/349)
地域連携クリティカルパスを策定している拠点病院数 (H19.5現在)	同左※ (H21.9現在)	同左 (H22.9)
(a) 5がん全て: 2.1% (6/286病院)	(a) 6.7% (25/375)	(a) 30.7% (119/388)
(b) 一部のがん: 13.6% (39/286病院)	(b) 26.4% (99/375)	(b) 52.8% (205/388)

※平成20(2008)年3月の拠点病院の指定要件の見直しにおいて、我が国に多いがんについて、平成23年10月までに、地域連携クリティカルパスを整備すべきものとしている

【協議会からの意見】

- 平成22年4月時点で、349医療圏のうち、231医療圏において、377か所の拠点病院が整備（ただし、拠点病院の無い空白の医療圏に居住するがん患者については、他の医療圏にある拠点病院がその診療機能を担うこととなっている）
- 拠点病院については、複数の機関で連携して指定要件を満たす場合など、新たに準拠点病院制度を作るべきといった意見がある。
- 今後、次期基本計画を策定するに当たっては、拠点病院における医療の質の評価が必要

10

(個別目標)がん医療に関する相談支援及び情報提供

【個別目標】

- ・原則として全国すべての2次医療圏に、相談支援センターを概ね1か所程度整備（3年以内）
- ・相談支援センターに、がん対策情報センターによる研修を修了した相談員を配置（5年以内）
- ・がんに関する情報を掲載したパンフレットの種類を増加させるとともに、当該パンフレットを配布する医療機関等の数を増加させるとともに、すべてのがん患者及びその家族が入手できるようにすること
- ・拠点病院における診療実績、専門的にがん診療を行う医師及び臨床試験の実施状況に関する情報等を更に充実させる

ベースライン	H22年度（中間報告）	H23年度
2次医療圏に対する相談支援センターの整備率(H19.3末) 78.5% (281病院/358医療機関)	同左 (H22.4) 108.0%(377/349)	同左(H23.4) 111.2%(388/349)
研修を修了した相談員を設置しているセンター数(H19.4現在) 0% (39/286施設)	同左 (H21.9現在) 100%(377/377)	同左(H23.4) 100%(388/388)
がん情報センターのパンフレットの種類(H19.4) 4種類	同左 (H22.3) 46種類	
公開している拠点病院の診療実績等の項目数(H19.4) 44項目	同左 (H20.4) 130項目	同左(H23.4) 6,352項目

【協議会からの意見】

- ・今後、相談支援機能の質の向上が必要
- ・地域のがん患者等と共同で、患者及びその家族を対象とするピアサポートの実施
- ・今後は、患者が必要とするがん情報や提供方法を定期的にモニタリングし、提供方法等を見直すことが重要
- ・拠点病院の施設別の機能や診療アウトカム情報について、より分かりやすく検索・比較可能な情報の提供方法を検討すべき

(個別目標)がん登録

【個別目標】

- ・院内がん登録を実施している医療機関数を増加
- ・全拠点病院における院内がん登録の実施状況（診断から5年以内の登録症例の予後の判明状況等）を把握し、その状況を改善
- ・全拠点病院で、がん登録の実務を担う者が必要な研修を受講（5年以内）
- ・がん登録に対する国民の認知度調査を行うとともに、がん登録の在り方について更なる検討を行い、その課題及び対応策を取りまとめる

ベースライン	進捗状況（中間報告）
院内がん登録を実施している医療機関数（H19.8） 拠点病院：242施設	同左（H21.12） 366施設
外部評価を含めた余ご調査の非実施率（H19.8） 74.1%	同左（H21.12） 74.1%
研修修了者を配置している拠点病院数（H20.3） 55.4%（148/267施設）	同左（H22.4） 100%（377/377施設）
がん登録について[よく知っている][言葉だけは知っている]と答えた者（H19.9） 13.4%	同左（H21.9） 13.6%

【協議会からの意見】

- ・院内がん登録の施設別データを公開し活用すべきである
- ・院内がん登録の実務を担う者が必要な研修をについて、研修内容の評価が必要
- ・次期基本計画においては、地域がん登録、院内がん登録、臓器別がん登録に関し、それぞれの整備計画と目標を明記することが重要

(個別目標)がんの予防 【たばこ対策】

【個別目標】

- ・すべての国民が喫煙の及ぼす健康影響について十分に認識する
- ・適切な受動喫煙防止対策を実施する
- ・未成年者の喫煙率を3年以内に0%とする
- ・禁煙支援プログラムの更なる普及を図りつつ、禁煙支援を行っていく

ベースライン	進捗状況 (中間報告)
喫煙が及ぼす健康影響に関する十分な知識の普及 (H15国民健康・栄養調査) 肺がん：87.5%	同左 (H20国民健康・栄養調査) 肺がん：87.5%
未成年者の喫煙 (H16厚生労働科学研究) 中学1年 (男性)：3.2% 高校3年 (男性)：21.7% 中学1年 (女性)：2.4% 高校3年 (女性)：9.7%	同左 (H20厚生労働科学研究) 中学1年 (男性)：1.5% 高校3年 (男性)：12.8% 中学1年 (女性)：1.1% 高校3年 (女性)：5.3%

【協議会からの意見】

- ・既に高い割合の国民が喫煙の健康影響について認識しているが、更に認識を深めるために、たばこの包装への害の説明をより説得力のあるものにすることを提言すべき
- ・「未成年者の喫煙率を3年以内に0%とすること」という個別目標を達成できなかったことから、禁煙対策の更なる推進が必要
- ・次期基本計画等において、喫煙率の目標値を定める必要がある

13

(個別目標)がんの予防 【野菜摂取等】

【個別目標】

- ・「野菜の摂取量の増加」、「1日の食事において、果物類を摂取している者の増加」及び「脂肪エネルギー比率の減少」等を目標

ベースライン	進捗状況 (中間報告)	進捗状況
成人1日当たりの野菜の摂取量 (H18国民健康・栄養調査) 平均摂取量：303g	同左 [※] (H20国民健康・栄養調査) 平均摂取量：295g	同左 (H21国民健康・栄養調査) 平均摂取量：295g
果物類を摂取している者の割合 (H16国民健康・栄養調査) 成人：63.5%	同左 (H18国民健康・健康栄養調査) 成人：60.0%	同左 (H21国民健康・健康栄養調査) 成人：64.1%
1日当たりの平均脂肪エネルギー比率 (H16国民健康・栄養調査) 20～40歳代：26.7%	同左 (H18国民健康・健康栄養調査) 20～40歳代：27.1%	同左 (H21国民健康・健康栄養調査) 20～40歳代：27.1%

【協議会からの意見】

- ・食育との共同推進が重要
- ・がんを予防することについて科学的根拠が蓄積されている運動についても、推進方策を検討すべきであり、今後基本計画を見直す際には検討する必要がある

14

(個別目標)がんの早期発見 【がん検診受診率】

【個別目標】

- ・がん検診の受診率について、5年以内に、50%以上（乳がん検診、大腸がん検診等）とする

計画策定前 (H16国民生活基礎調査)		ベースライン (H19国民生活基礎調査) (中間報告)		進捗状況 (H22国民生活基礎調査)	
男性	胃がん : 27.6% 肺がん : 16.7% 大腸がん : 22.2%	男性	胃がん : 32.5% 肺がん : 25.7% 大腸がん : 27.5%	男性	胃がん : 34.3% 肺がん : 24.9% 大腸がん : 27.4%
女性	胃がん : 22.4% 肺がん : 13.5% 大腸がん : 18.5% 子宮がん : 20.8% 乳がん : 19.8%	女性	胃がん : 25.3% 肺がん : 21.1% 大腸がん : 22.7% 子宮がん : 21.3% 乳がん : 20.3%	女性	胃がん : 26.3% 肺がん : 21.2% 大腸がん : 22.6% 子宮がん : 24.3% 乳がん : 24.3%

【協議会からの意見】

- ・検診受診率50%の目標については、これまでの対策のみで達成できるかどうか予断を許さない状況
- ・さらに検診受診率を向上させるために、がん対策推進協議会等の関係者の意見を聞きながら、関係者が一丸となって、一層の努力を図る必要がある
- ・がん検診の受診率について、市区町村のがん検診と職域でのがん検診のそれぞれについて受診率向上策を推進すべき
- ・受診率向上をより強力に進めるためには個人への受診勧奨システムの確立に取り組むべきとする指摘があり、実際に受診に結びつく受診勧奨ツールを研究により開発して用いる必要がある

(個別目標)がんの早期発見 【がん検診精度管理】

【個別目標】

- ・すべての市町村において、精度管理・事業評価が実施されるとともに、科学的根拠に基づくがん検診が実施されること

ベースライン (H19)	進捗状況 (H21) (中間報告)
精度管理・事業評価を適切に実施している市町村の割合 (事業評価のためのチェックリストの大項目を8割以上実施している自治体)	同左※
胃がん : 57.9% 肺がん : 50.8% 大腸がん : 53.6% 子宮がん : 54.8% 乳がん : 55.7%	胃がん : 56.5% 肺がん : 53.9% 大腸がん : 53.5% 子宮がん : 56.5% 乳がん : 54.4%

※回答の正確性を担保するために回答基準を平成19年度調査より厳しく設定しており、前回調査と単純比較はできない

【協議会からの意見】

- ・エビデンスに基づいたがん検診に係るガイドラインの作成と活用が不可欠であり、その作成・更新を行っていくと同時に、作成されたガイドラインを、国としてオーソライズする仕組みの必要性が指摘
- ・検診の効果と限界及びデメリットに関しても受診者に対して十分に説明した上で、検診の受診勧奨を行うことが必要であり、それらを記載した標準説明書を作成すべき

(個別目標)がん研究

【個別目標】

- ・がんによる死亡者の減少、すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上を実現するためのがん対策に資する研究をより一層推進

ベースライン	平成22年度（中間報告）	平成23年度
研究費関連予算（平成18年度）	同左	同左
厚生労働省： 83億円	厚生労働省： 61億円	厚生労働省： 68億円
文部科学省： 151億円	文部科学省： 152億円	文部科学省： 177億円
経済産業省： 98億円	経済産業省： 71億円	経済産業省： 40億円

【協議会からの意見】

- ・一定の研究予算による支援が行われ、基礎研究を中心に優れた研究が推進されている。ただし、その結果が、必ずしも新規がん医療の開発や革新的予防法の確立等につながっておらず、効率的にがん対策に資するものとなっていない点が問題
- ・基本計画におけるがん研究の個別目標を一層推進するためには、がん対策推進協議会と連携するがん研究に特化した国家戦略的調整機能が不可欠
- ・がん研究の推進体制を強化するため、優れた基礎研究の成果をシーズとして、医薬品・医療機器の開発を通じ、基礎と臨床の間の「死の谷」を乗り越え、がん医療のイノベーションを起こす研究・開発機能の強化が必要

【洲本市における各種検診の取り組み状況】

法的根拠	がん検診					特定健診		基本健診					介護予防	その他検診		
	健康増進法					後期高齢者医療法		健康増進法		市単独		後期高齢者医	介護保険	健康増進法		
担当課	健康増進課					健康増進課		健康増進法	保険課・健康増進課	健康増進課		保険課	介護福祉課	健康増進課		
種別	胃	肺	大腸	子宮	乳	国保	生活保護	30代	保険移動	社保扶養	社保本人	後期		肝炎ウイルス	骨そしょう	歯周病
実施主体	市町村					保険者(国保)	市町村	市町村		保険者		保険者(後期)	市町村	市町村		
集団健診	○	○	○	×	○	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○
個別(医院)	×	×	×	○	×	○	×	×	×	×	×	×		×	×	×
個別(病院)	○	○	○	×	×	○	×	×	×	×	×	×		○	×	×
土	○	○	○	△	○	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○
日	○	○	○	×	○	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○
夜	×	×	×	△	×	△	×	×	×	×	×	×		×	×	×

マンモは検診車(開業医の駐車場にて同日実施)・視触診は開業医

国保から社保は保険課
社保から国保は健康増進課

【洲本市の23年度健診スケジュール】

H23年1月	各種検診調整・案内文作成・検診対象者の抽出ほか		
H23年2月	各種検診個別案内発送準備		
H23年3月	各種検診個別案内発送・・・検診申し込み受付処理		
H23年4月	5月分検診受診券発送		子宮がん・乳がん受診券及無料クーポン発送
H23年5月	6月分検診受診券発送	特定健診(集団・個別)・その他がん検診開始	乳がん検診 子宮がん検診
H23年6月	7月分検診受診券発送	特定健診(集団・個別)・その他がん検診開始	乳がん検診 子宮がん検診
H23年7月	8月分検診受診券発送	特定健診(集団・個別)・その他がん検診開始	乳がん検診
H23年8月	9月分検診受診券発送	特定健診(集団・個別)・その他がん検診開始	乳がん検診
H23年9月	10月分検診受診券発送	特定健診(集団・個別)・その他がん検診開始	乳がん検診
H23年10月	11月分検診受診券発送	特定健診(集団・個別)・その他がん検診開始	乳がん検診
H23年11月	12月分検診受診券発送	特定健診(集団・個別)・その他がん検診開始	乳がん検診
H23年12月			大腸がんクーポン発送

日本学術会議

脱タバコ社会の実現に向けて
平成20年3月4日公表のまとめ日本学術会議 健康・生活科学委員・歯学委員会合同
脱たばこ社会の実現分科会 委員 前原喜彦

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。

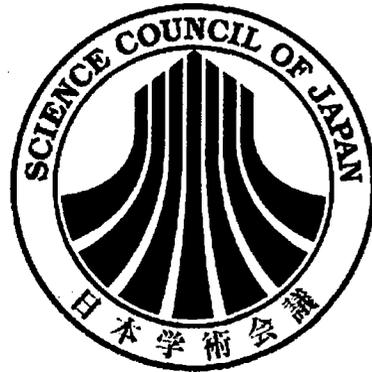
提言の内容

- (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。
- (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。
- (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。
- (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）には既存の罰則規定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。
- (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。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
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
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。

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。

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

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 院一 鶴見大学歯学部、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 院一（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

要 旨

1. 作成の背景

これまでの疫学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、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関し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関しては、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、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、「たばこ産業界の健全な発展」を目的とする「たばこ事業法」の制約もあって、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」とはなっ

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

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、現代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。

目 次

はじめに	1
1. 喫煙による健康障害	1
1) 喫煙とがん	1
2) 喫煙と心臓・脳卒中・血管疾患	2
3) 喫煙と呼吸器疾患	2
4) 喫煙と歯科・口腔内疾患	2
5) 喫煙とその他の疾患	2
6) 妊産婦の喫煙	3
2. 受動喫煙による健康障害	3
3. タバコによる火災と環境汚染	3
4. タバコによる経済的損失	4
5. WHOのタバコ規制に関する枠組条約(Framework Convention on Tobacco Control)と日本政府の対応	5
6. わが国の医学界や日本学術会議におけるタバコ規制の取り組み	6
7. 提言	7
出典ならびに補足資料	14

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の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)、英国タバコ健康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(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療を遅らせ、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、単に個人的嗜好の問題とみえずわけにはいかない。

(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。

5. たばこ規制に関する世界保健機関枠組条約 (Framework Convention on Tobacco Control) と日本政府の対応

WHO はタバコが健康におよ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」)」を採択した。主な内容としては、タバコ規制のための調整機構・中核機関の設立(第 5 条)、タバコ価格・税の引上げ(第 6 条)、職場・公共の場での受動喫煙の防止(第 8 条)、タバコの警告表示の強化(第 11 条)、タバコ広告の包括的禁止(第 13 条)、禁煙治療の普及(第 14 条)、未成年者へのタバコ販売禁止(タバコ自動販売機の制限を含む)(第 16 条)などが定められている(45)。本条約の履行に向けて、すでに 2 回の締約国会議が開催されており、第 1 回は 2006 年にジュネーブにて、第 2 回は 2007 年にバンコクにて開催された。

日本は国会による全会一致での可決・承認を得て、2004 年に 19 番目の国として本条約を批准して締約国となった。したがって、日本政府は、日本国憲法第 98 条第 2 項に定められているごとく、国際条約である本条約を遵守し履行することが求められている。しかし、タバコ産業の健全な発展を目的とする「たばこ事業法」(46, 47)のもとで、財務省・財政制度等審議会の審議を受けて行われたタバコ箱の注意表示の強化や広告・販売規制に関しては、規制先進国の警告表示と比べると、本条約の求めるような「大きく、明瞭で、読みやすい健康警告」とはなっていないし、広告規制は業界の自主基準に任せられたままである。また、タバコ自動販売機は成人識別機能装置をつけることによって存続がはかられようとしている。そして、2006 年実施されたタバコ税の引き上げは 1 本約 1 円の小幅なものにとどまった。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、2007 年 4 月より施行された「がん対策基本法」に基づく「がん対策推進基本計画」においても、喫煙率削減の数値目標は、タバコ産業界などの反対や「たばこ事業法」を所管する財務省への配慮等により設定されていない。2006 年に新設された「ニコチン依存症管理料」により禁煙治療に保険適用が可能となったことが、本条約発効以降に唯一評価できるタバコ規制の制度的な取組みであるといえる。

わが国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%割れとなったが(48)、WHO の Tobacco Atlas による 2002 年の比較では、日本は 46.9%で、英国 27.0%、米国 24.1%などに比べて突出して高いレベルにある(44)。わが国の成人女性の喫煙率は 2005 年で 11.3%と全体として低くとどまっているが、若い世代では増加している(48)。

日本におけるタバコ規制対策の現状を客観的に評価するため、欧州の 30 カ国のタバコ規制の取り組みを点数で評価した Tobacco Control Scale(49)に沿って、日本学術会議・脱タバコ社会の実現分科会の委員 12 名が個々に、その採点時期である 2005 年 7 月時点の日本のタバコ規制対策状況を評価したところ、平均点で 25.5

点(範囲 20~36 点)であった。第 1 位のアイルランドが 71 点、第 2 位の英国が 70 点と高く、第 29 位のルーマニアが 27 点、最下位のルクセンブルグが 26 点である。したがって、日本は欧州 30 カ国との比較では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数値としても示された。

特に、カフェやレストラン、それ以外の職場、公共交通機関や公共の場所の 3 箇所に分けて採点する職場や公共の場所における禁煙では、22 点満点中 3 点と極めて評価点数が低かった。2006 年から厚生労働省の合同庁舎 5 号館が全館禁煙となったこと、2006 年にニコチン依存症管理料の施設基準として敷地内禁煙が条件となったため医療機関の敷地内禁煙が進んだことにより、2007 年 1 月の評価点数は 3 点から 4 点になったものの、依然として極めて低いレベルにある。

国内における職場(一般事業場)における受動喫煙の取り組みは、厚生労働省が 5,000 事業場を対象として実施した 2005 年の調査によると(有効回答率 45.6%)、喫煙対策に取り組んでいる事業場は 88.2%で、このうち全建物内禁煙を実施しているのは 20.7%であった(50)。回答率の低さを考慮に入れると全建物内禁煙を実施している職場は未だ少ないといわざるをえない。一方、率先して受動喫煙対策に取り組むべきであるとされている学校、役所、病院については、2005 年の調査で敷地内全面禁煙を実施しているのは、小学校で 44.4%、中学校で 39.1%、高等学校で 43.6%であった(51)。役所では、敷地内禁煙あるいは施設内全面禁煙は、都道府県庁舎で 51%、市町村役場で 28%であった(52)。病院では、2006 年度大阪府内の 546 施設の調査で、全館禁煙は 68.9%、敷地内禁煙は 19.2%であった(53)。さらに、医・歯学部およびその附属病院における敷地内禁煙状況調査では、敷地内禁煙にしているのは、医学部 29%、同附属病院 40%、歯学部 16%、同附属病院 34%であった(54)。

諸外国では、「たばこ規制枠組条約」に沿った国レベルでの法的規制が進みつつある。カフェやレストランを含めすべての囲いのある公共の場所と全ての職場の完全禁煙法が 2004 年に国としては始めてアイルランドで施行され、2007 年 9 月現在、英国、ニュージーランド、イラン、ウルグワイ、米国のニューヨーク州・カリフォルニア州など 11 州、カナダの 7 州、オーストラリアの 3 州などで完全禁煙法が施行されている。さらに、一部例外はあるものの原則的禁煙法が、ノルウェー、イタリア、スウェーデン、スペイン、南アフリカ、タイ、シンガポールなどで施行されており、フランスにおいても 2008 年から施行される(55)。

6. わが国の医学界や日本学術会議におけるタバコ規制の取り組み

1997 年以来、日本呼吸器学会、日本小児科学会、日本公衆衛生学会、日本学校保健学会、日本口腔衛生学会、日本循環器学会、日本気管支学会、日本プライマリーケア学会、日本歯周病学会、日本口腔外科学会、日本口腔腫瘍学会、日本癌学会、日本癌治療学会、日本頭頸部癌学会、日本臨床内科学会、日本疫学会、日本歯科医学会、日本臨床スポーツ医学会、日本歯科人間ドック学会、

日本禁煙学会、日本禁煙科学学会、日本禁煙医師歯科医師連盟、日本対がん協会、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会などが禁煙宣言・脱タバコ宣言を公表し、脱タバコ社会の実現を呼びかけてきた。しかるに、前述のごとく、「健康日本 21」や「がん対策推進基本計画」においては、医療側委員の強い主張にもかかわらず、喫煙率削減の数値目標は、タバコ産業界などの反対や「たばこ事業法」を所管する財務省への配慮等によって設定することができなかった。

日本学術会議は、第 19 期において口腔機能学研究連絡委員会、齶歯学・歯周病学研究連絡委員会、咬合学研究連絡委員会により、報告「ガムたばこの蔓延阻止に向けて一禁煙から脱たばこへ」を平成 16 年度に公表した。この中において、輸入ガムタバコがなんの規制も受けることなくわが国では市販されるようになったことに憂慮し警告を発したが、第 20 期においては、2006 年 6 月に健康・生活科学委員会と歯学委員会合同で「禁煙社会の実現分科会」を立ち上げ、2007 年 2 月に「脱タバコ社会の実現分科会」と改め、合計 12 回の分科会を開催して審議を行ってきた。この間、2007 年 7 月には日本学術会議主催公開講演会「脱タバコ社会の実現のために一エビデンスに基づく対策の提言」を日本学術会議講堂にて開催し、さらに同年 9 月には日本学術会議主催・日本口腔外科学会共催市民公開講座「脱タバコ社会をめざす」を名古屋国際会議場で開催して国民の教育・啓発にも力を注いできた。

7. 提言

前述のごとく、タバコが人々の健康を損ない、火災の発生原因となり、環境を汚染し、経済的損失も与えていることは紛れもない事実であり、近い将来、タバコは地球上から駆逐されることになる可能性は高い。わが国が健康面や環境面においても国際的リーダーシップを発揮するためには、他国に追随するのではなく、一刻も早く率先して脱タバコ社会を実現させなければならない。「たばこ規制枠組条約」の批准国として、わが国もタバコ対策を強力に進めていくことが求められていることをふまえ、日本学術会議は科学者コミュニティの代表機関として、タバコの害から国民の健康を守り、その環境汚染から地球を守るために、以下の提言を行う。

提言 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は科学的証拠があり、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の害から守るために、無煙タバコなども含め、脱タバコ社会を目指して、なお一層の教育・啓発を行う必要がある。わが国ではいまだ、喫煙は趣味・嗜好の問題であるという意見が根強いが、喫煙はニコチン依存症であると認識するべきである。すなわち、喫煙者はニコチン依存を伴う喫煙関連疾患保有者であり、その

ような疾患の予防と進行を防ぐための禁煙の重要性につき、なお一層の教育・啓発が必要である。

また、喫煙を短期的に中止することはそれほど困難でないため、タバコはいつでもやめられると錯覚している人が多い。しかし実際には本人のみの努力による長期禁煙成功率は5%程度にすぎず、専門的治療をうけても長期禁煙成功率は30~40%程度である(1,56)。その意味でも、タバコをやめたくてもやめられない60%以上の喫煙者にとって、喫煙を単なる趣味・嗜好の問題とみなすことは正しくない。その点、厚生労働省がニコチン依存症という病名のもとに禁煙治療を保険診療の対象とした点は大いに評価できる。

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。禁煙は最も確実に重篤な疾病を減らし、国民の健康維持と莫大な医療費の節約に寄与する最大のものである。しかし、このような事実を知る国民はいまだ少数である。

タバコ規制先進国では、タバコの広告を全面的に禁止する一方で、政府予算によりテレビなどのメディアを通して喫煙防止・禁煙支援のキャンペーンが大々的に行われている。学校などでの喫煙防止教育は、喫煙防止のキャンペーンやタバコ価格の値上げ、公共の場所の禁煙などの対策とあいまって初めて効果が上がる。また、喫煙はニコチン依存症であるとの観点からの禁煙支援のキャンペーンを繰り返すことにより、喫煙者は禁煙に動機づけられ、環境改善の方策と相まって禁煙を試みる者が増加する。

提言 2. 喫煙率削減の数値目標を設定する

2006年12月の厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会における「健康日本21」ならびに2007年6月に閣議決定された「がん対策推進基本計画」でも、喫煙率の削減についての数値目標は示されなかった。喫煙が、がん、虚血性心疾患、脳卒中をはじめとする多くの病気と早死の単一かつ最大の予防しうる原因であることは明らかであり、タバコ規制先進国では喫煙率の数値目標を設定して喫煙規制対策を推進することにより、肺がんなど喫煙関連疾患による死亡減少の成果をあげている。

タバコ規制の対策を推進し、その成果を評価するには、成人喫煙率の目標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においては、タバコ規制を含む28の分野での2010年における目標数値とベースラインの1998年および各年の達成値が示されている。タバコ規制に関しては、成人喫煙率(目標:12%)、喫煙開始年齢(同14歳)、未成年者の月1回以上喫煙率(同16%)、過去1年間に1日以上禁煙したものの割合(同75%)、屋内喫煙禁止の職場(同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(57)。

日本の成人男性の喫煙率が依然として先進国の中で突出した高さにとどまっている状況において、喫煙率削減の数値目標を打ち出し、国民に対して政府の

タバコ規制に関する明確な意思表示を行うべきである。

提言 3. 職場・公共の場所での喫煙を禁止する

受動喫煙が肺がんや心筋梗塞、小児の気管支炎・肺炎や喘息の悪化、乳幼児突然死症候群などの原因となることには、十分な科学的証拠がある(2,4-6)。このため、職場・公共の場所での喫煙禁止を推進することは、公衆衛生の立場からは非常に重要である。他人の健康を害してまで喫煙する権利を喫煙者に認めるわけにはいかない。2007年にバンコクで開催されたWHO「たばこ規制枠組条約」第2回締約国会議では、第8条(受動喫煙の防止)履行のためのガイドラインが日本を含め全会一致で採択された。このガイドラインでは、締約国に対して、自国での条約発効後5年以内に、すなわちわが国では2010年2月27日までに、屋内施設の100%完全禁煙を実現するための法的規制をとることを求めている(58)。わが国の健康増進法第25条は、施設の管理者に対する受動喫煙防止の努力義務しか規定していないが、上記のガイドラインに沿って、職場、レストランやバーを含む公共の場における屋内ならびにタクシーを含む公共交通機関での全面禁煙を明示し、罰則のある強制力を伴う法を整備する必要がある。

提言 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(59)を遵守し、違反者(販売者及び営業者)に定められている罰則規程を適用すべきである。なお、法律自体にも不備・不足があるので、以下の諸点について検討する必要がある。①法律に違反した未成年者が所持するタバコおよびその器具を没収する手続きについての法令の整備をする(第2条)。②未成年者の喫煙を知りつつも制止しなかった親権者等は科料に処せられるが、監督者としての学校の責任についても法令の整備をする(第3条)。

さらに文部科学省学習指導要領に基づく喫煙防止教育を徹底させる必要がある。そのためには、①学習指導要領において、小学校低学年から受動喫煙を含むタバコによる健康障害とその予防に関する教育を行うように記載する。②学習指導要領の記載にもかかわらず、学校現場における喫煙防止教育は未だ不十分であると言わざるを得ないが(60)、その根底には保健についての授業の軽視がある。学習指導要領では健康に関する指導は学校の教育活動全体を通じて適切に行うものとされているにすぎないが、国民の健康に害を与える喫煙問題に関しては、これまで以上に学校全体として積極的に取り組む必要がある。③文部科学省は、学校現場においても未成年者喫煙禁止法の遵守と喫煙防止教育実施状況のチェックを厳重に行うことは勿論のこと、学校敷地内禁煙に伴い未成年者の喫煙率が激減しているとの報告もあることより(61)、教師の喫煙率の低減を含めた喫煙防止教育のなお一層の推進を学校現場に求めるべきである。

なお、文部科学省は2003年に各大学等に対して喫煙対策を取るべき旨を通知し、多くの大学・短大等において分煙は進みつつあるが、敷地内禁煙は一部の

施設(全国で約80キャンパス)にとどまっている(62)。大学等においては未成年者の占める割合も高く、入学時には低かった喫煙率は上昇し(63)、また大学は将来喫煙防止教育の担い手ともなる教師や保健医療従事者の人材養成の場でもあることより、大学を含めた全ての教育機関の敷地内禁煙の早期実現をはかるべきである。

また、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、内閣府などの後援を中止するべきである。このキャンペーンは、結果的にはタバコ産業を守り、タバコ規制を妨害しているとの報告もある(64)。むしろ、重大な健康被害に関する警告(「たばこを吸うと肺がんになります」、「たばこを吸うとしみやしわが増えて老化が10年進みます」など)の方が未成年者の喫煙したくないという気持ちにつながりやすいと報告されている(65)。したがって、タバコ産業は、一種の宣伝活動ともいえる未成年者喫煙防止キャンペーンを中止するべきである。

提言 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56万台以上設置され(66)、誰でもどこでもタバコを買える。これは、約2,700万人と推計されている国内の成人喫煙者の50人に1台、10代の未成年者22人に1台の割合である。タバコ自動販売機は国内の街中いたる所に存在し、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。欧米でタバコ自動販売機の街頭設置が認められているのはドイツのみであり、わが国の現状が国際的には異常であることを認識するべきである。2004年の「未成年者の喫煙および飲酒行動に関する全国調査」によれば、中・高校生のタバコの入手先のトップは自動販売機である(67)。タバコ業界は年齢識別ICカードによる成人識別機能付きタバコ自動販売機を開発し2008年に全国的稼働が予定されているが、実験的に導入された種子島では成功していない(68)。したがって、姑息な手段を講ずるのではなく、国際的に見て当然の規制であるタバコ自動販売機の設置禁止をなによりも優先するべきである。なお、アジアのタバコ規制先進国であるタイでは、タバコを公衆の目に触れるところに陳列することさえも禁止されている(69)。

消費者がタバコを吸うか吸わないかを自己判断するにあたっては、喫煙に伴うリスクと禁煙のベネフィットに関する正しい情報が的確に伝えられる必要がある。「たばこ規制枠組条約」は、喫煙者が直接手にするタバコ製品の包装表示を媒体として、これらの情報を明確な表現で表示することを求めている。

わが国では、従来「健康のために吸いすぎに注意しましょう」、「あなたの健康を損なうおそれがありますので、吸いすぎに注意しましょう」という文言が表示され、これらは吸いすぎなければ大丈夫という誤ったメッセージを含み、国際的にも最低の表示であるとされていた。2005年からは具体的な「警告表示」となり、直接喫煙による病氣(肺がん、心筋梗塞、脳卒中、肺気腫)に関する4種

類の文言を第1グループ、それ以外(妊婦、受動喫煙、依存、未成年者)の4種類の文言を第2グループとして、この2つのグループからそれぞれ1種類以上の文言を選び、1つの製品に計2種類以上の文言を表示することが義務付けられた。しかし、これらは依然としてあいまいな表現の残る小さい文字だけの表示であり、「たばこ規制枠組条約」が求めている「大きく、明瞭で、見やすく、読みやすいもの」にはなっていない。ヨーロッパ連合やカナダを始めとする諸外国の警告表示と比べてインパクトに乏しく、表示面積も包装最大面の30%を占めるに過ぎない。最近、ブラジル、タイ、シンガポールが包装最大面の全面(100%)を使った写真入りの警告表示を実施している(70,71)。わが国においても、これらの表示例を参考に、写真入りで大きく読みやすく簡潔な表現による実効性の高い警告表示にするべきである。また、「たばこ規制枠組条約」が求めているように、「マイルド」あるいは「ライト」といった一見リスクが低いと感わせるような商品名の使用を禁止するべきである。

提言 6. タバコ税を大幅に引き上げて、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十分な引き上げはタバコ規制にとって非常に重要かつ不可欠な施策とされている。たとえば、本条約の締約国に対して、政策実施のための実際的な指針を提供しているWHOの『タバコ規制のための国家能力の構築ハンドブック』は、第12章「経済措置および資金調達」の「アジアチブを探る」において、次のように明確に述べている。①「タバコおよびタバコ製品の価格引き上げは、消費を単独で減らすことのできる最も有効な方法である。紙巻タバコの価格を10%引き上げると、高所得国では5%までの消費の低下になり、低・中所得国では8%の低下につながる」(p.203)、②「全世界でタバコ税10%の増税による紙巻タバコ価格の引き上げは、実際には税収を平均7%増加させる。……世界中で喫煙者が推定4,200万人減少し、1,000万人の命が救われる」(p.204)(72)。

経済学の分野でも、過去20年間にアメリカを中心とする多数の実証研究が蓄積され、その結果、先進国においては、タバコ税の増税によるタバコ価格の引き上げが税収の増加をもたらす、喫煙量や喫煙者数を減らす効果を持っていることは共通の認識となっている。すなわち、タバコ需要の価格弾力性(価格が1%上昇したときに需要量が何%変化するかをあらわす数値で、通常はマイナスの値を取る)についてはマイナス0.3からマイナス0.5の間にあること、喫煙率の価格弾力性はマイナス0.1近辺にあるが長期の弾力性はこれの2倍程度と考えられること、そして、未成年者の喫煙率の価格弾力性はこれより数倍以上も高いことなどには、ほとんど異論がないところである(73,74)。

こうした中、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)

(75) の水準は、同じ喫煙率の高いドイツに比較しても、その半分程度に過ぎず、英国の1箱につき付加価値税を含め約 4.0 ポンド(約 944 円) (76) よりはるかに低い。このような政府のタバコ価格への取り組みのあり方は早急に改める必要がある。現実的な第一段階として、現在のタバコ税を2倍に引き上げることを検討するべきである。

この政策がわが国のタバコの消費や喫煙行動等にどのような影響を及ぼすかは、当然わが国の喫煙者の特性に依存する。残念ながら、喫煙行動に関するわが国の実証研究の数は少なく、しかもその質や結果にもかなりのバラつきがあるので、わが国の実証研究の結果だけから、この問題に答えることは難しい。しかし、これまでのわが国の研究で得られた喫煙の価格弾力性や所得弾力性の値は、そのほとんどが欧米の実証研究で得られた弾力性の分布の範囲に収まっている(77)。したがって、今後、わが国の実証研究の蓄積が進めば、わが国のタバコ需要の価格弾力性の推計も現在の欧米のコンセンサス値の周辺に収束してくることが期待される。

こうした状況を考慮すれば、わが国についても、喫煙率やタバコの需要に関する欧米のコンセンサス弾力性の値を使って、タバコ税の大幅増税のシミュレーションを行うことは十分に正当化されよう。今、タバコ需要の価格弾力性をマイナス0.4、喫煙率の価格弾力性をマイナス0.1と仮定して、現在のタバコ税を1箱につき180円増税すると、タバコ価格はほぼ2006年のドイツなみの水準に達し、税収は約1.2兆円増加し、タバコの消費量は4分の1減少し、喫煙者数は最低でも200万人以上減少することが見込まれる。

なお、「たばこ規制枠組条約」第17条は、締約国はタバコ関連労働者のために経済的に実行可能な代替活動を促進することとしており、タバコ栽培農家の転作やタバコ小売業者の転業補助への経済的措置を講じる政策を考慮することも脱タバコ社会の実現に向けた施策を進めるために望まれるところである。

提言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

タバコ専売制度の廃止に伴い、1985年に日本たばこ産業株式会社(JT)が発足し、「たばこ事業法」(46,47)が施行され、タバコに関する警告表示や広告なども財務大臣の管轄下に置かれることになった。本法第一条は、「この法律は、たばこ専売制度の廃止に伴い、製造たばこに係る租税が財政収入において占める地位等に鑑み、製造たばこの原材料としての国内産の葉たばこの生産及び買入れ並びに製造たばこの製造及び販売の事業等に関し所要の調整を行うことにより、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する」と書かれており、あくまでもタバコ税を中心とする財政面が強調され、喫煙が引き起こす国民の健康障害問題などには一切触れていない。

しかし、タバコによる健康障害が明らかにされた以上、喫煙はニコチン依存

症であるとの認識に立ち、その予防を含めて、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、タバコに関する規制が行われるべきである。そのためには、現在、「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、抜本的な見直しを行うことが必要である。

平成18年度から新設されたニコチン依存症管理料による禁煙治療は、指導終了後3カ月後、6カ月後も禁煙継続しているものが約30%と成果を挙げている(56)。したがって、今後も質を担保しつつ量的拡大をはかり、さらに多くの喫煙者が容易に禁煙治療を受けることができるようにするとともに、地域や職域で広く実施されている健診・検診の場においても、禁煙支援を受けることができるようにするなど、禁煙治療・禁煙支援の体制を整備する必要がある。そのためには、GDP比では極めて低いレベルにあるタバコ対策推進費をタバコ規制先進国なみに増額すべきである。

要望「脱タバコ社会の実現にむけて」
出典ならびに補足資料

1. 厚生省編. 喫煙と健康: 喫煙と健康問題に関する報告書、保健同人社、東京、1993 および 2002.
2. International Agency for Research on Cancer. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Vol. 83, Tobacco Smoke and Involuntary Smoking, IARC, Lyon, France, 2004.
<http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/volume83.pdf>
3. 2004 U. S. Surgeon General's Report-The Health Consequences of Smoking, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta. U. S. A., 2004.
http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2004/00_pdfs/executivesummary.pdf
4. Scientific Committee on Tobacco and Health (SCOTH), Department of Health. Secondhand smoke: Review of evidence since 1998. Update of evidence on health effects of secondhand smoke, 2004.
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4101474
5. The 2005 California Environmental Protection Agency (CalEPA): Proposed identification of environmental tobacco smoke as a toxic air contaminant, 2005. <http://repositories.cdlib.org/tc/surveys/CALEPA2005/>
6. The 2006 U. S. Surgeon General's Report on the Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke, 2006.
<http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke>
7. World Health Organization. The World Health Report. Reducing risks, promoting health life. Geneva, WHO, 2002.
8. Peto R, Lopez AD, Boreham J, et al. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet* 339 (8804): 1268-1278, 1992.
9. Peto R, Lopez AD, Boreham J, et al. Mortality from smoking worldwide. *Br Med Bull* 52: 12-21, 1996.
10. Ezzati M, Lopez AD. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet* 362(9387): 847-52, 2003.
11. Inoue M, Hanaoka T, Sasazuki S, et al. Impact of tobacco smoking on subsequent cancer risk among middle-aged Japanese men and women: data from a large-scale population-based cohort study in Japan study. *Prevent Med* 38: 516-522, 2004.
12. Doll R, Peto R: Cigarette smoking and bronchial carcinoma: dose and time relationships among regular smokers and lifelong non-smokers. *J Epidemiol Community Health* 32: 303-313, 1978.
13. Sobue T, Yamamoto S, Hara M, et al. Cigarette smoking and subsequent risk of lung cancer by histologic type in middle-aged Japanese men and women: the JPHC study. *Int J Cancer*. 99: 245-251, 2002.
14. 藤原久義、阿部忠之、飯田真美、他. 禁煙ガイドライン. *Circulation Journal* 69 (Supple IV): 1039-1041, 2005.
<http://www.twmu.ac.jp/DNH/byouki/kinenguidlin.pdf>
15. Baba S, Iso H, Mannami T, et al. Cigarette smoking and risk of coronary heart disease incidence among middle-aged Japanese men and women: the JPHC Study Cohort I. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 13: 207-213, 2006.
16. Mannami T, Iso H, Baba S et al: Cigarette smoking and risk of stroke and its subtypes among middle-aged Japanese men and women. The JPHC Study Cohort I. *Stroke* 35: 1248-1253, 2004.
17. Blanchard JF, Armenian HK, Friesen PP. Risk factors for abdominal aortic aneurysm: results of a case-control study. *Am J Epidemiol* 151: 575-583, 2000.
18. Sherman CB. The health consequences of cigarette smoking: pulmonary diseases. *Med Clin North Am* 76: 355-375, 1992.
19. 川根博司. 喫煙と呼吸器疾患. *医学のあゆみ* 185: 433-436, 1998.
20. 永井厚志. 病因解明への新しい挑戦. *現代医療* 34: 2130-2136, 2002.
21. Shiota Y, Kawai T, Matsumoto H et al. Acute eosinophilic pneumonia following cigarette smoking. *Intern Med* 39 830-833, 2000.
22. Kinane DF, Chestnutt IG. Smoking and periodontal disease. *Crit Rev Oral Biol Med* 11: 356-365, 2000.
23. Boffetta P, Mashberg A, Winkelmann R, et al. Carcinogenic effect of tobacco smoking and alcohol drinking on anatomic sites of the oral cavity and oropharynx. *Int J Cancer* 52: 530-533, 1992.
24. 藤原久義、阿部忠之、飯田真美、他. 禁煙ガイドライン. *日本公衛誌* 5: 355-374, 2006.
25. Ghosh S, Shukla HS, Mohapatra SC, et al. Keeping chewing tobacco in the cheek pouch overnight (night quid) increases risk of cheek carcinoma. *Eur J Surg Oncol* 22: 359-360, 1996.
26. Christen WG, Manson JE, Seddon JM, et al. A prospective study of cigarette smoking and risk of cataract in men. *JAMA* 268: 989-993, 1992.
27. Hankinson SE, Willett WC, Colditz GA, et al. A prospective study of cigarette smoking and risk of cataract in men. *JAMA*: 268, 994-998, 1992.

28. Cruickshanks K, Klein R, Klein BE, et al. Cigarette smoking and hearing loss: The epidemiology of hearing loss study. JAMA 279: 1715-1719, 1998.
29. Doll R, Peto R, Boreham J, et al. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. B M J 309(6959): 901-911, 1994.
30. Doll R, Peto R, Boreham J, et al. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ 328(7455): 1519, 2004.
31. US Department of Health and Human Services. Smoking and women's health. A report of the Surgeon General. Rockville, USDHHS, 2001.
32. Kleinman JC, Pierre MB Jr, Madans JH, et al. The effects of maternal smoking on fetal and infant mortality. Am J Epidemiol 127: 274-282, 1988.
33. 厚生労働省雇用均等・児童家庭局. 平成12年乳幼児身体発育報告書, 2001.
34. Klonoff-Cohen HS, Edelstein SL, Lefkowitz ES, et al. The effect of passive smoking and tobacco exposure through breast milk on sudden infant death syndrome. JAMA 273: 795-798, 1995.
35. 大久保干代次. 受動喫煙の物理化学. 公衆衛生研究 41: 103-121, 1992.
36. 総務省消防庁. <http://www.fdma.go.jp/>
37. 東京消防庁. <http://www.tfd.metro.tokyo.jp/>
38. 後藤彦彦. 環境経済学概論. p30. 朝倉書店、東京、1998.
39. JEAN クリーンアップ事務局. <http://www.jean.jp/>
40. 坂倉秀夫. アセテート繊維の開発動向. 繊維学会誌 60: 82-89, 2004.
41. Mackay J, Eriksen M. The Tobacco Atlas, WHO, Geneva, 2002.
http://www.who.int/tobacco/statistics/tobacco_atlas/en/
42. 財務省. 消費税など(消費課税)に関する資料(平成19年4月現在)「たばこ税等の税率」
<http://www.mof.go.jp/jouhou/syuzei/siryuu/127.htm>
43. (財)医療経済研究機構. 「たばこ税増税の効果・影響等に関する調査研究」
<http://www.ihep.jp/publish/report/past/h13/h13-6.htm>
44. 高橋裕子. 「喫煙と禁煙の経済影響に関する研究」(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事業)
45. 外務省. 「条約・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)」
http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/treaty/treaty159_17.html
46. 内閣府. 法制度一覧. 「たばこ事業法」
http://www5.cao.go.jp/otodb/japanese/houseido/hou/1h_02040.html
47. 法庫. 「たばこ事業法」<http://www.houko.com/00/01/S59/068.HTM>
48. 厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室. 「平成17年国民健康・栄養調査結果の概要」<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2007/05/h0516-3a.html>
49. Joossens L, Raw M. The tobacco control scale: a new scale to measure country activity. Tob Control 15: 247-253, 2006.
50. 厚生労働省「職場における喫煙対策の実施状況について(平成18年5月)」
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2006/05/h0522-1.html>
51. 文部科学省「学校における受動喫煙防止対策実施状況調査について(平成17年8月)」
http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/17/08/05083102.htm
52. 厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室健康情報管理係. 「地方自治体庁舎等における禁煙・分煙の実施状況調査結果要旨(平成16年10月)」
<http://www.mhlw.go.jp/topics/tobacco/jichitai/index.html>
53. 大阪府健康福祉部地域保健福祉室. 「平成18年度医療機関立ち入り調査を通じた府内医療機関における分煙・禁煙化対策および禁煙サポート調査結果概要」
<http://www.pref.osaka.jp/chiiki/kenkou/tabacco/iryoukikan.pdf>
54. 厚生労働省科学研究・循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業. 「受動喫煙対策にかかわる社会環境整備についての研究」
<http://www.tobacco-control.jp/medical-faculty/medical-faculty.htm>
<http://www.tobacco-control.jp/univ-hospitals/univ-hospital.htm>
<http://www.tobacco-control.jp/dental-univ/dental-univ.htm>
<http://www.tobacco-control.jp/dental-hospital.htm>
55. Global Voices for a Smokefree World. Movement Towards a Smokefree Future 2007 Status Report, 2007.
<http://www.globalSmokefreePartnership.org/files/members/files//82.pdf>
56. 平成18年度診療報酬改訂結果検証に係る調査「ニコチン依存症管理料算定医療機関における禁煙成功率実態調査」報告書(案)
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0418-3d.pdf>
57. Center for Disease Control. Data 2001 the Healthy People 2010 Database.
<http://wonder.cdc.gov/data2010/focus.htm>
58. WHO. Elaboration of guidelines for implementation of the convention (decision FCTC/COP1(15)) Article 8: Protection from exposure to tobacco smoke.
http://www.fctc.org/x/documents/WHO_COP2/FCTC_COP2_7-en.pdf
<http://www.nosmoke-med.org/PDF/fctc8.pdf>
59. 電子政府総合窓口. 法令データ提供システム・「未成年者喫煙禁止法」
<http://law.e-gov.go.jp/htmlldata/M33/M33H0033.html>
60. 家田重晴. 学校の喫煙防止教育と敷地内禁煙の推進およびタバコを吸わないスポーツ選手の育成. 臨床スポーツ医学 20: 763-770, 2003.

61. 健康ネット. 「最新たばこ情報」、「統計情報」、「未成年の喫煙」
<http://www.health-net.or.jp/tobacco/product/pd110000.html>
62. 日本学校保健学会. 「タバコのない学校」推進プロジェクト
<http://openweb.chukyo-u.ac.jp/~ieda/Project.htm>
63. 勝亦紘一、多湖実松、家田重晴、嶋田 誠. 体育会所属学生の喫煙状況に関する調査. 中京大学体育学論叢, 48: 29-42, 2007
64. Landman A, Ling PM, Glantz SA. Tobacco industry youth smoking prevention programs: Protecting the industry and hurting tobacco control. *Am J Public Health* 92: 917-930, 2002.
65. 淡路医師会 (洲本市医師会・津名郡医師会・三原郡医師会). 「淡路圏域における未成年喫煙防止のための小・中・高校等の児童・生徒および学校の喫煙状況調査報告書 (速報)、2003年3月」
http://nosmoke.hp.infoseek.co.jp/school/sokuhou_html.shtml
66. 日本自動販売機工業会. 「2006年末自販機普及台数及び年間自販金額」
http://www.jvma.or.jp/information/2_01.html
67. 総務省青少年対策本部. 「青少年とタバコ等に関する調査報告書、平成13年1月」 <http://www.health-net.or.jp/tobacco/more/mr280300.pdf>.
68. 南日本新聞ミナミニュース.コム.
<http://373news.com/modules/pickup/index.php?storyid=5598>
69. The Christian Science Monitor. Thailand takes lead in global tobacco fight. Nov. 2, 2005.
<http://www.csmonitor.com/2005/1102/p01s02-woap.html>
70. Framework Convention. Alliance-Tobacco Topics
<http://www.ftc.org/>
71. 日本禁煙推進医師歯科医師連盟. 「絵(写真)をベースにしたたばこ包装警告表示」 <http://www.nosmoke-med.org/warning2007.pdf>
72. 厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室健康情報管理係. 「たばこと健康に関する情報ページ」、世界保健機関「タバコ規制のための国家能力の構築ハンドブック」[WHO: Building Blocks for Tobacco Control A Handbook (WHO, Geneva, 2004)の翻訳]
<http://www.mhlw.go.jp/topics/tobacco/main.html>
73. 2000 Surgeon General's Report-Reducing Tobacco Use, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta. U. S. A., 2000.
http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2000/index.htm

74. Chaloupka FJ. Chapter 12: The Impact of Price on Youth Tobacco Use. In "Changing Adolescent Smoking Prevalence: Where It Is and Why (monograph 14)", U. S. Department of Health and Human Services, Bethesda, Maryland, 2001.
75. JT ホームページ. たばこ税の仕組み
<http://www.jti.co.jp/JTI/tobaccozei/index.html>
76. EU Cigarette Price and Tax Breakdown January 2007
<http://www.the-tma.org.uk/files/January%202007.pdf>
77. 角田保、小椋正立、鈴木亘. 喫煙習慣の世代間連鎖に関する計量経済学分析. In 田近・佐藤編『医療と介護の世代間格差』10章 (pp.221-239)、東洋経済新報社、東京、2005.

Tobacco Control Scale タバコ対策採点表

1. 2005年1月時点のタバコ価格/GDP per capita (最高30点)
マルボローや最も売れ筋のタバコの価格
2. 2005年7月時点の職場や公の場での禁煙 (加点方式、最高22点)
 - 1) カフェやレフトラン以外の職場(1個選択、最高10点)
喫煙室もない例外なしの完全禁煙(義務化)=10点
完全禁煙だが閉鎖喫煙室の設置は可(義務化)=8点
完全禁煙だが喫煙場所の設置は可(義務化)=6点
実効性のある禁煙(義務化)=4点
法律はあるが義務化されていない禁煙奨励=2点
 - 2) カフェやレフトラン(1個選択、最高8点)
完全禁煙(義務化)=8点
完全禁煙だが閉鎖喫煙室の設置は可(義務化)=6点
実効性のある禁煙(義務化)=4点
法律はあるが義務化されていない禁煙奨励=2点
 - 3) 公共交通機関や公の場所(加点方式、最高4点)
国内列車の例外なしの完全禁煙=1点
他の国内公共交通機関の例外なしの完全禁煙=1点
教育・病院・政府機関・文化施設の例外なしの完全禁煙=2点
または上記施設の完全禁煙だが喫煙場所の設置は可=1点
3. 2004年の政府の禁煙対策予算/GDP per capita (最高15点)
4. 2005年7月時点のタバコ広告や販売促進の禁止(加点方式、最高13点)
 - テレビでのタバコ広告完全禁止=3点
 - 戸外でのタバコ広告(ポスターなど)完全禁止=2点
 - 印刷メディア(新聞、雑誌など)でのタバコ広告完全禁止=2点
 - タバコブランドの間接広告(衣服や時計など)の完全禁止=2点
 - 売り場での広告禁止=1点
 - 映画館での広告の禁止=1点
 - スポンサーとなることの禁止=1点
 - インターネット広告の禁止=0.5点
 - ラジオ広告の禁止=0.5点
5. 2005年7月時点のタバコ箱の大きな直接的警告表示(加点方式、最高10点)
 - 1) 健康被害警告を適宜取り替えつつ表示=2点
 - 2) 警告の大きさ(1個選択、最高4点)
 - 箱の表面積の10%以下=1点
 - 箱の表面積の11-25%=2点
 - 箱の表面積の26-40%=3点
 - 箱の表面積の41%以上=4点
 - 3) 目立つ色の使用=1点

- 4) 写真やイラスト使用=3点
6. 喫煙者の禁煙指導診療(加点方式、最高10点)
 - 1) 禁煙ホットライン(1個選択、最高2点)
国ないしは地方自治体の予算が十分ある禁煙ホットライン=2点
国ないしは地方自治体の予算が不十分な禁煙ホットライン=1点
 - 2) 禁煙支援ネットワーク(1個選択、最高3点)
全国をカバー=3点
一部特別地域(大都市など)のみ=2点
ごく限られた地域のみ=1点
 - 3) 禁煙指導診療(1個選択、最高3点)
全額無料=3点
一部有料=2点
有料=0点
 - 4) 禁煙診療の薬代(1個選択、最高2点)
全額無料=2点
一部有料=1点

主要国の得点 (100点満点) (Tobacco Control 15:247-253, 2006)

順位	国名	得点
1.	アイルランド	74
2.	英国	73
3.	ノルウェイ	71
4.	アイスランド	70
5.	マルタ	62
6.	スエーデン	60
8.	イタリア	57
9.	フランス	56
10.	オランダ	52
22.	ドイツ	36
24.	スイス	35
26.	スペイン	31
26.	オーストリア	32
28.	ラトビア	29
29.	ルーマニア	27
30.	ルクセンブルグ	26

出典：(Tobacco Control 15:247-253, 2006)

たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約第8条を履行するための
ガイドライン

受動喫煙が肺がんや心筋梗塞、小児の中耳炎、気管支炎・肺炎や喘息の悪化、乳幼児突然死症候群などの原因となることには、十分な科学的証拠がある。このため、職場・公共の場所での喫煙の禁止を推進することは、公衆衛生の立場から当然である。他人の健康を害してまで喫煙する権利を喫煙者に認めることはできないからである。たばこ規制枠組条約の第8条（たばこの煙にさらされることからの保護）では、以下のように規定している。

1 締約国は、たばこの煙にさらされることが死亡、疾病及び障害を引き起こすことが科学的証拠により明白に証明されていることを認識する。

2 締約国は、屋内の職場、公共の輸送機関、屋内の公共の場所及び適当な場合には他の公共の場所におけるたばこの煙にさらされることからの保護を定める効果的な立法上、執行上、行政上又は他の措置を国内法によって決定された既存の国の権限の範囲内で採択し及び実施し、並びに権限のある他の当局による当該措置の採択及び実施を積極的に促進する。

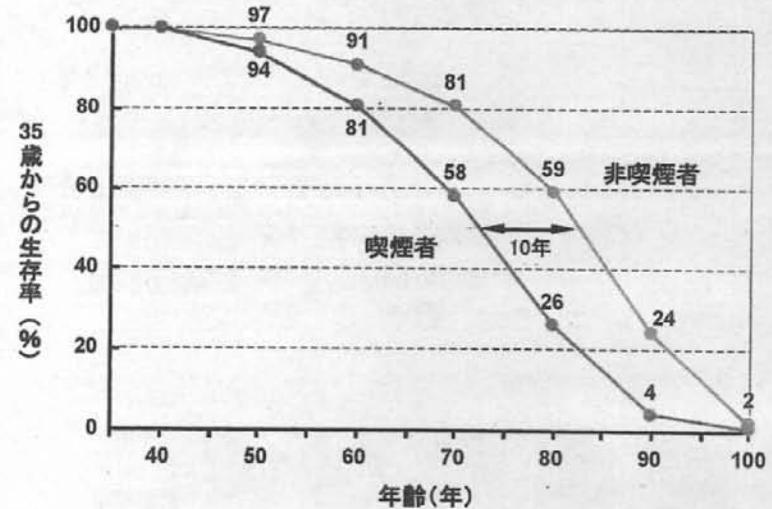
2007年6月30日から7月6日までバンコクで開催されたたばこ規制枠組条約第2回締約国会議において、たばこ規制枠組条約第8条履行のためのガイドラインが日本を含め全会一致で採択された。このガイドラインは、締約国に対し、屋内施設の100%完全禁煙を実現するための法的規制をとることを求めている。このガイドラインの基本要素は以下の通りである。

- 1: 第8条は基本的な人権に基づくものであることを承認すべきこと
- 2: 自主規制ではなく、法的な規制であるべきこと
- 3: 全ての人々を対象とするべきこと
- 4: 100%全面禁煙の環境とするべきこと
- 5: 包括的に適用するべきこと
- 6: 法律の起草は注意しておこなうべきこと
- 7: 公衆を啓発し、参加させるべきこと
- 8: 市民団体を関与させるべきこと
- 9: 法律の遵守をさせる責任部署とその責務を特定するべきこと
- 10: 適切な罰則を設けるべきこと
- 11: 効果的な執行の基盤を構築するべきこと
- 12: 執行は戦略的におこなうべきこと
- 13: 法律の「将来における変化の可能性」を示すべきこと
- 14: モニタリングと評価をおこなうべきこと

出典: <http://www.nosmoke-med.org/PDF/fcto8.pdf>,
http://www.fctc.org/x/documents/WHO_COP2/FCTC_COP2_7-en.pdf

英国の男性医師 34,439名を対象とした追跡研究

生存曲線



出典:

Doll R, Peto R, Boreham J, et al. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ* 309(6959): 901-911, 1994.

Doll R, Peto R, Boreham J, et al. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 328(7455): 1519, 2004.

<http://www.bmj.com/cgi/content/full/328/7455/1519/FIG3>

未成年者喫煙禁止法

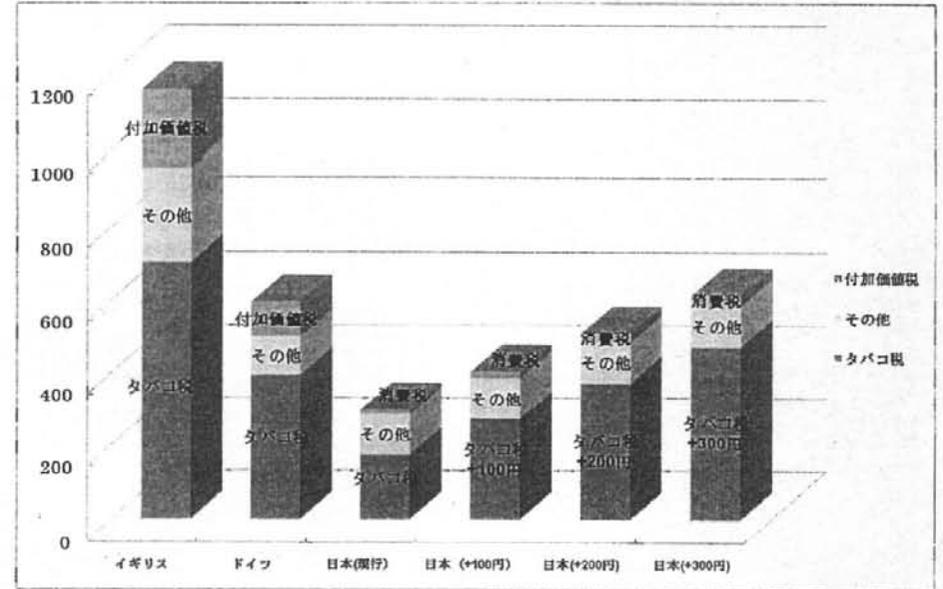
(明治33年3月7日法律第33号)

最終改正：平成13年12月12日法律第152号

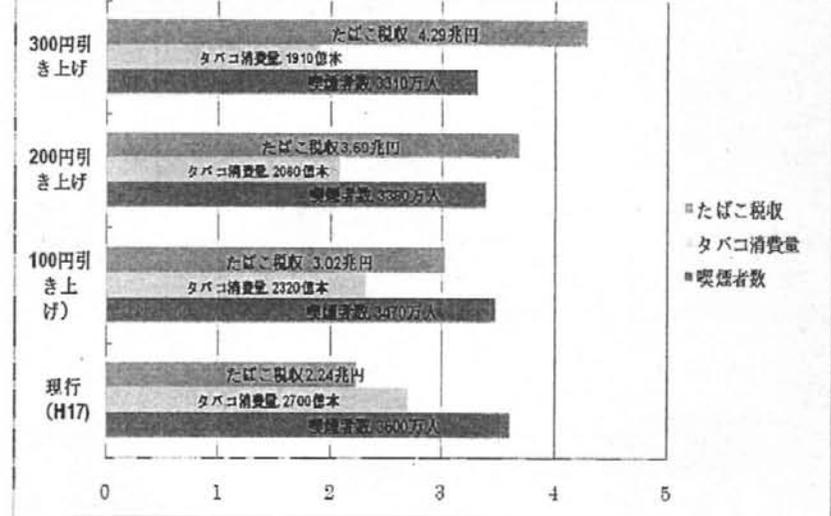
- 第一条 満二十年ニ至ラサル者ハ煙草ヲ喫スルコトヲ得ス
- 第二条 前条ニ違反シタル者アルトキハ行政ノ処分ヲ以テ喫煙ノ為ニ所持スル煙草及器具ヲ没取ス
- 第三条 未成年者ニ対シテ親権ヲ行フ者情ヲ知りテ其ノ喫煙ヲ制止セサルトキハ料料ニ処ス
2 親権ヲ行フ者ニ代リテ未成年者ヲ監督スル者亦前項ニ依リテ処断ス
- 第四条 煙草又ハ器具ヲ販売スル者ハ満二十年ニ至ラザル者ノ喫煙ノ防止ニ資スル為年齢ノ確認其ノ他ノ必要ナル措置ヲ講ズルモノトス
- 第五条 満二十年ニ至ラサル者ニ其ノ自用ニ供スルモノナルコトヲ知りテ煙草又ハ器具ヲ販売シタル者ハ五十万円以下ノ罰金ニ処ス
- 第六条 法人ノ代表者又ハ法人若ハ人ノ代理人、使用人其ノ他ノ従業者ガ其ノ法人又ハ人ノ業務ニ関シ前条ノ違反行為ヲ為シタルトキハ行為者ヲ罰スルノ外其ノ法人又ハ人ニ対シ同条ノ刑ヲ科ス

出典：<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/M33/M33H0033.html>

タバコ税を100円、200円、300円に引き上げた場合のタバコ価格と英国・ドイツのタバコ価格との比較



タバコ税の引き上げ幅とタバコ消費およびタバコ税収の変化
(喫煙の価格弾力性-0.1、タバコ消費量の価格弾力性-0.4を仮定)



英国タバコ警告(2007年決定、2008年10月より実施)

The Tobacco Products (Manufacture, Presentation and Sale) (Safety) (Amendment) Regulations 2007

2007年8月、英国政府はタバコ包装につける画像入り新警告表示に関する法改正(2008年10月1日施行)を発表した。使用画像は欧州連合作製の候補(42種類)からパブリックコメントによって選ばれた。

1. タバコ包装の前面30%以上に次の2種類の文言をローテーションで載せる。
 - (i) "Smoking kills"
 - (ii) "Smoking seriously harms you and others around you"
2. 裏面の40%以上に14種類の画像をローテーションで載せる。
3. 鮮明に読み取れる文字を使い、警告表示の周りに上記の面積以外に3~4ミリの黒枠をつける。

1. 前面のレイアウト(現行実物例。改定後も同じ)
2. 裏面の画像例(英政府発表)



裏面の画像は、上の4図を含めて14種類あり、それに合わせて「喫煙は肌の老化の原因となる」、「喫煙は致命的な肺がんの原因となる」などの文面が書かれている。

(http://www.opsi.gov.uk/si/si2007/pdf/ukSI_20072473_en.pdf 参照)

日本たばこ産業株式会社の大株主

出典:日本たばこ産業株式会社ホームページ 企業情報

<http://www.jti.co.jp/JTI/corporate.html>

(単位:株、%)

株主名	所有株式数	所有株式数の割合
財務大臣	5,001,909	50.02
ステートストリートバンクアンドトラストカンパニー	214,260	2.14
日本マスタートラスト信託銀行株式会社(信託口)	172,157	1.72
株式会社みずほ銀行	135,000	1.35
日本ラスティ・サービス信託銀行株式会社(信託口)	133,036	1.33
モルガン・スタンレー・アンド・カンパニー・インク	119,735	1.20
ステートストリートバンクアンドトラストカンパニー-505103	109,907	1.10
ユー・ビー・エス・エー・ジー・ロンドン・アカウント・アイビー		
ビー・セグリティッド・クライアント・アカウント	96,028	0.96
ザ・チエースマン・ハットン・バンク 385036	80,589	0.81
株式会社三菱東京UFJ銀行	71,455	0.71

(注) 上記のほか、自己株式が419,920株あります。