

総 説

わが国の NCD（非感染性疾患）対策への警告

The warning for the measures of NCD (Non-Communicable Disease) in Japan

大島 明

Akira Oshima

(大阪府立成人病センターがん支援相談センター)

Osaka Medical Center for Cancer & Cardiovascular Diseases

NCD の意味

今日は、私が個人的に体験しました、がん予防の分野での失敗を踏まえまして、このような失敗を二度と繰り返してほしくないという願いを込めて、「わが国の NCD 対策への警告」というタイトルとさせていただきます。このような機会を与えていただきました会長の高島毛敏雄先生をはじめ、関係の皆様は厚く御礼を申し上げます。

NCD というのは、Non-Communicable Disease の略ですが、特に、がん、心血管疾患、糖尿病、それから慢性呼吸器疾患（COPD）を NCD と言っております。今やこれらの疾患が発達途上国でも増えています。今後ますます増加し、各国内あるいは各国間の健康格差の一因にもなっていくという認識で NCD 対策の必要性が、今、語られているわけです。これらの 4 つの疾患には、喫煙、不健康な食事、運動不足、過度の飲酒というリスクファクターがありますが、喫煙は 4 つの疾患のすべてに共通するリスクファクターです。

この NCD の予防とコントロールに関する世界保健機関（WHO）での取組みの経過ですが、2003 年にはたばこの規制に関する枠組み条約（Framework Convention on Tobacco Control: FCTC）が世界保健総会で採択され、2005 年 2 月 27 日に発効しました。2004 年には食事、運動、健康に関するグローバル戦略、それから、2008 年には過度の飲酒を低減させる戦略が採択され、NCD の予防とコントロールに関するグローバル戦略も採択されています。今年（2012 年）は、2025 年までに NCD による死亡を 25% 減少させるという目標が採択されました。なお、昨年（2011 年）は、国連において、NCD サミットが開催されています。

この NCD の予防とコントロールに関するグローバル戦略の中で非常に重要な記述は、「通商、家政、教育、都市開発、食品、医薬品生産等の部門の公共政策の影響力があれば、保健政策のみを変革するよりも、はるかに速やかに健康獲得を達成できる」で、「すべての政府機関がかかわる形で、NCD を予防しコントロールする必要がある」ということが書かれています。

わが国の NCD による死亡数を 2010 年の死亡統計でみますと、総死亡約 120 万人のうち、がん、心疾患、脳血管疾患、糖尿病、COPD 合わせて約 70 万人で、総死亡の 6 割弱を占めております。この NCD に関連して言いますと、私の所属する施設の名前が大阪府立成人病センターです。1959 年にできましたが、当時は成人病という言葉が使われておりました。そして 1996 年、成人病が生活習慣病という言葉に変わっていきます。この成人病から生活習慣病が変わるときに、個人の責任を強調するという問題があるのではないかと私も申しましたけれども、成人病から生活習慣病ということになりました。

ただ、この生活習慣病につきましては、2008 年から高齢者医療確保法に基づいて特定健診・特定保健指導事業が始まりましたが、その高齢者医療確保法の第 18 条の 1 項に規定する生活習慣病が政令で「高血圧症・脂質異常症・糖尿病・その他の生活習慣病であって、内臓脂肪の蓄積に起因するものとする」と規定されているため、メタボにのみ焦点を当てた特定健診・特定保健事業により（広義の）生活習慣病を予防しようというような混乱が起きているように思います。ということで、今や NCD という言葉のほうが良いのではないかと思います。今年（2012 年）の 7 月 10 日に

告示をされた健康日本21の第二次計画（新健康日本21）には、NCDという言葉が括弧付きではありませんが使われています。

しかし、成人病から生活習慣病、あるいはNCDと言葉を変えても、対策の中身が変わらなければ何もしない。特に、日本ではFCTCを批准していますが、タバコ対策が非常に遅れているということを指摘しなければならないと思います。また、特定健診・特定保健指導が2008年度から始まりましたが、始まった当初から、いや始まる前から非常に批判がありました。メタボだけに焦点をあてた取り組みというのが問題で、肥満や内臓脂肪以外に喫煙あるいは高血圧だけしかなく〈腹囲が85/90センチに満たない人をどうするの?〉というような指摘があったと思います。

この特定健診・特定保健指導は、2010年度の成績でも、速報値で実施率が43.3%。特定保健指導の終了率はなんと13.7%にとどまるという惨憺たる結果です。ところが、特定健診・特定保健指導事業で腹囲を第一基準にするということについては、第二期特定健診等実施計画の期間は変えないということを厚生労働省保険局の検討会で確認しています。なぜ見直しができないのか、本当に不思議に思います。特に非常に難儀なのは、「腹囲を、特定保健指導対象者の第一基準とすることの適否については、別途科学的な見地からの検討を待った上で、改めて検討する」とか、あるいは、「議論するためには、まずはエビデンスの蓄積等を行う」（「今後の特定健診・特定保健指導の在り方について」、2012年7月13日）とかで今からデータを集めるということですが、本来データに基づくエビデンスがあって事業にしたはずなのに、今から集めるとなっています。しかも、今後さらに5年間はこの仕組みは変えないということで、非常に難儀な状況にあると思います。

がん検診の有効性

さて、ここから、私のがん予防の取り組みの失敗のお話に移ります。私が大学を卒業して行くところがなくて、大阪府立成人病センターの調査部に拾ってもらった時に、ちょうど大阪大学の公衆衛生学教授の関悌四郎先生が調査部長を兼務されており、2代目の調査部長となる藤本伊三郎先生との2人の下で、厚生省がん研究助成金による「がんの予防医療体系の研究班」というのがありました。当時、がん死亡が約10万人、その半数近くが胃がん死亡であり、胃がんについては

早期発見・早期診断の技術がすでに開発されているという中で、検診をもっと広げていくための組織・体系を整備しようという研究班でした。私は、その事務局の末端としてこれに関与して、（学生時代何も考えませんでしたので、）がん予防の決め手は早期発見と聞き、〈そうや、そうや〉と思って従事したわけです。

ところが、ある日、図書室で、がん検診の評価における落とし穴という論文（Feinleib,1969）を読んで衝撃を受けました。がん検診で見つかったがん患者の生存率は非常に高いが、生存率を尺度とする評価には、lead time biasとか、length biasという偏りが入り込みます。従って、生存率をがん検診有効性評価の指標としてはいけないということです。

そこで、自分が仕事として取り組んでいる胃がん検診について、どうしたらきちんと評価できるのかといういろいろ悩みましたけれども、先事例として、子宮頸がん検診の有効性評価の仕事がありましたので、これに倣って、症例対照研究（case-control study）とか、あるいは早期胃がんでたまたま手術ができない人の自然史を見るというようなことを10年以上かけて何とかできたかなと思いましたが、この2つの研究成果を持って、1985年にスウェーデンで開催された国際対がん連合（UICC）のがん検診のシンポジウムに参加しました。そこで、いろんな人が議論した結果、「胃がん検診については非常に高くつくし、case-control studyによる評価しかないので不確かさがまだ残っている」ということで、「日本以外に、日本でやっているような胃がん検診を公衆衛生上の施策として採用することを勧めることはできない」という結論でした。このことは、あらかじめ予想はしていましたが別のことで衝撃を受けました。ちょうどこの頃、便潜血検査による大腸検診の評価の仕事がいっぱい出てきて、いくつも有効性を示唆する研究発表が行われました。しかし、ランダム化比較試験（RCT）の結果を見るまでは対策に取り入れるべきでないという結論であり、1985年当時すでに、「こういうふうには世界標準はなっている」と、2度目の衝撃を受けたわけです。

現時点で翻って、わが国のがん検診の問題点、先ず、理想的な条件のもとでがん検診が有効かどうかを見たいと思います。「効能（Efficacy）」をきちんと見ているかどうか、つまりRCTで見ているかということになるかと思えます。それから、現実の条件の下でがん検診の有効性が見られるかどうかという「効果（Effectiveness）」のレベルではどうか。それから、

他の保健サービスに比べて費用対効果比はどうかという「効率 (Efficiency)」のレベルではどうか。例えば、日本では肺がん対策として肺がん検診をしています。タバコ対策と比べてどうなのかというような検討が、どの程度行われているか。それから、がん検診がすべての人に公平に行きわたっているかどうかという「公平 (Equity)」のレベルで見ますと、社会経済的に下層の人が検診を受けていないという問題があると思います。

わが国のがん検診の歴史を辿って見ますと、1982 年度から老人保健制度のもとで検診が行われるようになり、胃がん、子宮がん、それから、肺がん検診、乳がん検診、そして大腸がん検診と拡がってきました。また、1985 年には、乳児に対する神経芽腫のマスクリーニングが開始されましたが、2003 年に、過剰診断の問題があるということで休止することになりました。それから、1987 年度には、医師の視触診による乳がん検診が導入されましたが、視触診単独による乳がん検診には有効性が認められないということで、これもやめることになりました。子宮頸がんと胃がん検診については、きっちりした証拠なしに導入して、その後 (RCT は行われずに) 効果があるということにはなりませんが、これはたまたまのことであると認識しなければならないと思います。早期発見ががん死亡の減少にそのままつながるとするのは、やはり幻想でしかありません。神経芽腫のマスクリーニングや医師の視触診による乳がん検診を拙速に導入して、後で中止したのは、国民に大変な混乱・損失を与えたことになったと思います。がん検診については、「早期発見すれば助かる」というような医療提供者側からの利益の過大な評価ばかりが言われますが、偽陰性とか、偽陽性とか、あるいは過剰診断の害があることを十分考慮して、やはりランダム化比較試験 (RCT) による有効性の評価を踏まえて対策に採り入れる必要があると思います。

大阪における神経芽腫の罹患率推移を見ますと、検診を導入した時点、あるいは精度の高い検診に変えた時点でドッと罹患率が増えましたが、死亡率は検診を導入していないイギリスと比較して変わりはありませんでした。つまり、神経芽腫のマスクリーニングは、過剰診断の害をもたらしたということです。過剰診断につきましては昨年 (2011 年) の 1 月に出たウェルチさんの本 (Welch HG et al. Overdiagnosed: Making People Sick in the Pursuit of Health, Beacon Press

2011) が非常によく書かれた本だと思います。がん検診以外の、血圧やコレステロールに対しても言及をしています。わが国では、1992 年に近藤 誠さんが「がん検診、百害あって一利なし」という論文を文芸春秋に発表されましたけれども、この問題提起に対して、既成の学会・研究者がきちんと対応しなかったということが非常に残念だったと思います。

また、対策として導入したがん検診について、受診率を高くするような仕組みというのは、日本にはありません。組織型検診 (organized screening) やコール・リコールシステムという、検診の対象者を特定して、検診を受けているか受けていないかをきちんとチェックし、受けていない人に働きかけるというような仕組みがありません。また、精検受診率、特に、医師会の先生方が受託する個別検診方式の大腸がん検診の精検受診率は 50% を割るというような、悲惨な状態にとどまっているのも大いに問題だと思います。

がん対策の評価

次に、がん対策の評価に話を移します。米国におけるがんの罹患率と死亡率の推移を見ますと、1993 年あたりから死亡率はずっと下がってきています。アメリカでは、1971 年に、当時のニクソン大統領の下で National Cancer Act が署名されて、種々のがん対策が展開されてきましたので、その成果がようやく現われたということが出来ます。さらに、部位別に見ますと、男性の肺がん死亡率が同じころから減っています。これが一番効いているわけです。もう 1 つ、見落としはいけないのは胃がんです。日本のような胃がん検診は、アメリカでは全然しておりませんが、1930 年代には胃がん死亡が、がん死亡のトップであったのに、その後いわば自然にずっと減ってきたということがあります。

これに対して、2007 年 6 月に決められた、日本のがん対策推進基本計画では、がんによる死亡率 (75 歳未満、男女計、年齢調整) を 10 年間で 20% 減少させるという目標を立てています。このがん死亡率 20% 減少という目標の設定はどういうふうに行われたかということですが、死亡率の推移を 1990 年から 2005 年までの回帰直線を引くと、年に 1% 下がっています。さらに努力して、年 2% 減少させると 10 年間で 20% の減少になるというのが、この目標設定の舞台裏であります。これまでも、がん死亡率が減ってきた、これは先輩方が努力してきた取り組みが一

定の成果を上げているという文脈なのです。しかし、〈本当にそうかしら?〉と考えて、1990年からでなく1995年から2005年までの回帰直線を引くと、年に2%減少しているのです。1995年からの回帰直線でみれば、何も努力しなくても達成できる目標ではないか。今年(2012年)3月に閣議決定されたがん対策推進基本計画の変更では、2010年にはがん死亡率が前年に比し下がらなくなったので、今までの目標を堅持しようということです。これはまた、ほとんど了解不能な理屈であります。全がんの75歳未満の男女計の死亡率だけを見ているので、こんな訳の分からないことになるのです。

部位別にはがん死亡率の推移を見ますと、胃がんが減り、肝がんが減り、肺がんが頭打ちから減少そして下げ止まりになっているのです。それぞれの要因について、もう少しきめ細かく検討して、今後の対策を立てるべきところが、そうはなっていないのが問題です。そこで、がん研究振興財団発行の「がんの統計'11」からがんの年齢調整死亡率の推移(1958年～2010年)を見ましょう(<http://ganjoho.jp/data/public/statistics/backnumber/2011/files/fig13.pdf>)。全がんでは女性はずっと昔から減っています。男性は1990年代後半まで増えていて、それ以降減り出します。75歳未満でみると、それがもっと顕著になります。要するに、昔から減っているものを、対策の成果だと言ってよいのかということです。部位ごとに年齢調整死亡率の推移を見ますと、男性では、胃がんが減り、肝がんがずっと増えていたのが1990年代後半から減少し、それから肺がんがずっと増えていたものが1995年あたりで頭打ちから減少、そして2003年あたりで下げ止まりになったということがわかります。女性の場合も、胃がん、肝がん、肺がんの死亡率の推移は男性とほぼ同じ傾向です。ということで、がんの死亡率の最近の推移は、全がんで見ると分かりませんが、部位別に見ると、胃がんの死亡率の減少、肝がんの死亡率の減少、肺がんの死亡率の頭打ちから減少そして下げ止まりということがあります。肺がんの死亡率が、今後このまま順調に減少していくかどうかということが問題になると思います。

大阪府がん登録のデータから罹患率と死亡率の推移を見ますと、胃がんの場合、罹患率と死亡率はほとんど並行ですが、死亡率の下がり方のほうが少しいです。これから胃がんの死亡率の減少の大部分は罹患率の減少によるものと考えます。アメリカの胃がんの死亡率の減少も併せて見たら、胃がん死亡率の減少は

決して胃がんに対する診断・治療の進歩だけによるものでなくて、社会経済水準の向上に伴う電気冷蔵庫の普及によって、今まで塩蔵であったのが冷蔵になるとか、新鮮な野菜・果物が摂取できるようになるとか、あるいは、生活衛生環境の向上によってピロリ菌の感染が減ってくる、こういう一般的な生活水準の向上に伴って減ってきたと見るができると思います。肝がんの罹患率と死亡率はほぼ並行して動いておりますので、肝がんの早期診断・早期治療の効果は認められません。肝がんについては、出生年別の死亡率、罹患率の動きを見ますと、昭和一桁のところにピークが見られます。どうしてそこにピークがあるかといいますと、昭和一桁の人は、輸血におけるチェックやデイスポの普及などの恩恵を被らなかつたということです。それ以降出生の人は、C型肝炎ウイルスに感染する機会が減り、キャリアの有病率も減っていますので、肝がんの罹患率はどんどん減少しています。次に肺がんも罹患率と死亡率はほぼ同じような動きをしていますが、まだアメリカのように、喫煙率が減って肺がん罹患率が減り、死亡率も減少するところまでは行かず、日本では喫煙率は減っていますが、肺がんの死亡率の減少にまでは行っていないという段階にあります。

男性の肺がんの年齢階級別死亡率の推移を、出生年を横軸にして、アメリカと日本と比較すると、アメリカでは、曲線の形から今後順調に肺がんの死亡率は減少していくと思われませんが、日本の場合、1937年出生のところにくぼみがあります。肺がん死亡率が上昇から減少に転じそして下げ止まったのはこのくぼみのためだと考えます。実は、去年(2011年)8月に雑誌LANCETは日本の国民皆保険50周年を記念して特集号を組みました。医療費は相対的に少なく済んでいるのに長寿国である日本の経験から学ぼうというような趣旨であったかと思いますが、日本がこのまま長寿国を続けられるかということ、それは怪しいのではないかとコメントがあり、その大きな理由の1つとして、日本でのたばこ対策の遅れのため喫煙率がなかなか減少していないことを挙げています。日本の健康障害の一番大きな要因は喫煙ですが、それに対する取り組みが十分でないということです。

さらに、今年の1月、LANCETの特集号にも論文も書いていた池田奈由さん(東京大学)の論文の続きがPLoS Medicineに載りました。そこには「本研究結果から、男性の喫煙による死亡の脅威は非常に大きく、年齢に伴う曝露の蓄積で増加傾向にあることが示

された。先行研究から生涯喫煙率は1930年代後半に出生し終戦直後の貧困を経験した世代で一時的に減少した後、1950年代の出生コホートまで上昇が続いたことが示されている。以上の結果から、有効な政策介入が行われなければ、喫煙に関連した死亡の増加傾向は、少なくとも1950年代後半の出生コホートが80歳を迎える2030年代まで続く可能性があると考えられる。」と書かれています。今、肺がん死亡率は頭打ちから減少して下げ止まりになっていますが、逆転して増加する恐れが十分あるということです。その理由は、国立がん研究センターの丸亀知美さんがまとめた生涯喫煙率、現喫煙者と過去喫煙者を合わせたものの推移では、1930年代後半に生まれた人達（たばこを吸いたくても吸われなかった人達）のところにくぼみがあります。そういう人達が、今、肺がんの好発年齢になっているので、たまたま肺がんの死亡率がくぼみになっているのですが、1950年代出生の人が、肺がんの好発年齢になるにつれて、また逆転して増加していくと考えられます。これは、戦後の混乱期のところで、たばこ消費量が減っていることと符合しています。

たばこ対策の重要性

ここから、たばこ対策に話が変わります。たばこ規制においては、2005年2月27日にたばこ規制枠組条約(FCTC)が発効し、その後、締約国会議が4回開催されています(その後2012年11月に第5回会議が韓国ソウルで開催された)。現在、176の国がこれを批准し、日本も批准しています。この締約国会議でFCTCを履行するためのガイドラインというのが7つ採択されています。ところが、このガイドラインの日本語訳というのは、日本の厚生労働省のホームページにはどうして分かりませんけれども、2つしか載っていないのです。英語の原文はもちろん見ることができますが、外務省の訳が示されていないことが非常に問題だと思います。

わが国においては、厚生省編集「喫煙と健康」いわゆる(たばこ白書)が出版された1987年からたばこ対策が始まったと言えます。私自身も、1987年、つまり25年前からタバコ対策に取り組んでいるわけですが、その成果としては、2006年度に健康保険の診療報酬にニコチン依存症管理料というのが新設されて、現在全国で13,000ぐらいの医療機関で、禁煙治療が健康保険を使って行われるということが実現しました。それから、2010年10月にはタバコ税の大幅

引き上げが実現しました。ご承知のように、今年のがん対策推進基本計画で喫煙率の数値目標というのが示されていて、今までは未成年者喫煙率ゼロという目標しかなかったのが、成人の喫煙率を12%にまで下げるという目標が示されるころまではきたわけですが、実際には、それをどうして実現するのが今後問われるところです。国際的な評価を見ますと、WHOはMPOWERというニックネームのレポートを、これまで2008年から3回出していますが、最新の2011年版(WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco, http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/index.html)では、2010年の取組みに関して評価がなされています。

日本は近代国家ですから、喫煙率等々のモニタリングはきちんとしているところですが、その中身として喫煙率を国際比較しますと、(この場合年齢構成が違いますときちんとした評価ができませんので、WHOの標準人口で年齢調整をしますが)日本の男性の喫煙率は42%、女性が12%ということで、こんな男性の喫煙率が高い先進国というのはあまりないわけです。さらに別の資料から、喫煙したい者の割合とか、禁煙試行率といって過去1年以内に禁煙しようと思って1日以上禁煙した者の割合を見ますと、日本はアメリカやイギリスに比べて、低いレベルにとどまっています。モニタリングはしていますが、その中身は決して褒められたものではありません。

次は、受動喫煙の防止のための法的規制の問題です。日本は全然行っていないと評価される状況にあります。わが国の受動喫煙防止対策は、健康増進法第25条で受動喫煙防止に努める努力義務が施設の管理者に負わされましたが、それが始まりです。その後、神奈川県受動喫煙防止条例が2009年4月に施行され、それから(厚生労働省の)健康局長通知「受動喫煙防止対策について」が2010年2月に出されるということがありました。2012年3月成立した兵庫県の受動喫煙防止条例は検討会答申ではかなり国際標準に近いものでしたが、実際の条例は後退したものになりました。現在、国会で継続審議中の労働安全衛生法改正案の受動喫煙防止では、空間分煙を認めており国際標準からずれています。(その後、当初は義務付けていた全面禁煙や基準を満たした喫煙室設置による分煙について「事業者は受動喫煙防止のため、実情に応じた適切な措置を講じることを努力義務とする」とさらに後

退してしまいました)。

わが国では、ニコチン依存症管理料として、健康保険で禁煙治療が受けられますが、最も優れているという評価にはなっていません。それはなぜかと言いますと、無料の電話での禁煙相談 (quitline) が、日本以外の国でほとんど行われているのですが、これがないということで評価が低くなっています。この禁煙治療に保険を適用するまでにはなかなか苦労しました。やめたくてもやめられない喫煙というのは病気である、これはニコチン依存症であるという理屈で盛り込むことができました。健康保険は予防給付を認めないということですので、そういう理屈で何とか潜り込ませることに成功しました。ただ、3割の自己負担があり、1~2万円ぐらいの費用がかかります。しかし、たばこを吸っているよりは、はるかに安く禁煙治療が受けられるようになりました。禁煙治療の成績に関しては、2度調査していますが、30%前後の人が禁煙開始後9ヶ月後、禁煙治療が12週間、3ヶ月ですから、さらに9ヶ月後、つまり禁煙開始から1年後も禁煙が続いているということで、まずまず良好な成績だといえると思います。これはRCTの試験の下でのデータでなくて、実際のニコチン依存症管理料算定医療機関のランダムサンプルで見た成績です。

次に、警告表示ですが、日本の警告表示は小さい文字ばかりで30%の面積を占めていますけれど、まだまだ世界標準にはほど遠いものです。世界標準は画像入りの迫力あるものです。カナダの例ですと、警告の面積がパッケージの面積の75%を占めていて、肺がんで亡くなった人からのメッセージとして、病気になってもまだたばこを吸っている写真を示してこれがたばこの力だと伝えています (<http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/legislation/label-etiquette/cigarette-eng.php>)。こういうのを警告表示に用いている国があるということ、ぜひ知ってほしいと思います。

マスメディアのキャンペーンに関しては、わが国では、政府が反たばこの広告をするということは全然ありません。多くの国は、政府が金を出して反たばこのキャンペーンを張るということをしてはいますが、それを日本はしていないということです。それから、広告や販売促進・スポンサーシップの禁止も、日本は自主規制でしかありませんので、非常に低い評価になっています。

更に付言しますと、たばこへの課税です。わが国で

は、2010年10月にたばこ消費税を1本3.5円上げましたが、その前の国際比較のデータで日本のたばこ価格を見ますと、米ドルで換算してみると、まだまだ低く、上げられる余地が十分あります。2倍強、あるいは1000円ぐらいまでは上げられると考えます。2010年10月の1本3.5円のたばこ税の値上げで、男性の喫煙率は38.2%から32.2%に減りました。この効果の大きさを見て、ニコチン依存症管理料でもって喫煙者に対して禁煙治療するということも重要ではありますが、こういう環境的な整備をしていくことの重要性を改めて知ったところなんです。この平成22年度の税制改正大綱においては、「たばこ税については、国民の健康の観点から、たばこの消費を抑制するため将来に向かって税率を引き上げていく必要があります。」と書いてありました。平成23年度、そして24年度の税制改正大綱にも、この文章は残っています。ですから、平成25年度には、ぜひもう一度たばこ税の大幅引き上げをしてほしいと思っています。

最後に、今後のたばこ規制への期待について述べることにします。私は、がん検診については1967年から取り組み始め、それから20年ほどして1987年からたばこ規制の取り組みを始めました。まず、たばこの害を知っている医者が率先して、たばこ離れをしようではないか。そして、日常の診療や検診の場で接する喫煙者に対して、禁煙を働きかけようではないか。そして効果的な禁煙治療・禁煙支援をしよう。これが、禁煙推進医師・歯科医師連盟に所属する医師としての第一のミッションだということで取り組んでまいりました。医師の働きかけにより禁煙をしようという人が増えます。その人たちが、有効な禁煙支援・禁煙治療を受けます。そうすると、禁煙者が増えて、喫煙者が絶対少数者になります。現在、成人の喫煙率は男女合わせて19.5%です。私が1987年に取り組んだころは、男性の喫煙率は62.3%だったと思いますが、現在は32%と半減しているわけです。元々たばこを吸わない人よりも途中でたばこをやめた人の方がたばこ対策に熱心な傾向があります。そういう人たちの力というか賛成でもって、たばこ税・価格の継続引き上げ、受動喫煙防止の法的な規制等の環境整備ができますと、喫煙者がさらに禁煙に動機付けられて、禁煙試行者が増え、悪循環でなくて、ここから好循環が回り出す。今まで医者ができる範囲のところまでやってきましたが、ここまで来ればあとはうまく回り出すのではないかとというのが、私の今後の期待でございます。しかし、

JTをはじめとする、たばこ産業は非常に強力でありますので、まだまだ安心することはできません。今までは保健医療専門職中心だったかも知れませんが、これからは、市民団体と一緒に、環境整備の実現に向けて取り組んでいきたいと思っています。

最後に一言

最後に蛇足ですが、今まで、たばこ対策ということでは申しあげてまいりましたけれども、イギリスでは、2010年から Healthy lives, Healthy people: our strategy for public health in England という白書（日本の健康日本 21 に相当するものというか、日本の健康日本 21 が、イギリスとかアメリカ（Healthy People 2020）の真似をしているわけですけど、その本家のイギリスでの白書）の中に、NCD 予防のための行動変容についての考え方へのコメントがあります。イギリスの場合は、たばこ税・価格も高いし、受動喫煙防止の法的な規制も行っています。たばこ広告規制もメディアによる反たばこキャンペーンも行った上に、Stop Smoking Services という禁煙治療サービスや禁煙電話相談（quit line）もそろっていて、喫煙率は非常に低くなり、肺がんの死亡もどんどん減っているわけです。

その成功体験に基づいて、喫煙関連疾患以外の、特に肥満に原因する NCD の予防が今後の課題ということで、一連の NCD 予防のための行動変容に向けての介入が示されています。まずは、個人に対する規制です。これは、例えば、たばこの場合ですと、未成年者喫煙禁止法みたいなものです。それから、選択の制限で、職場や公共の場所では喫煙できないような法的な規制をする。それから、個人に対する財政的な手段として、たばこ税の引き上げですね。たばこを例にすれば、そういう規制とか財政的な手段ということで成功があり、さらに禁煙したい人に対する支援というようなものも行われてきたわけですが、今回の白書では、さらにナッジ（Nudges、人々を強制することなく望ましい行動に誘導するようなシグナルまたは仕組み）という目新しいものが示されています。

これはリバタリアン・パターナリズムという、ちょっと言葉の中で矛盾しているのではないかというような、行動経済学分野から出てきた考え方です。選択を誘導するような選択アーキテクチャといいますか、例えば、食品に対して栄養成分をきちんと示すとか、レストランのメニューに対してあるいは陳列に対してカロリーや栄養成分を交通信号のような形で表示

するとか、あるいは、食事を注文したときにセカンドディッシュとしてポテトチップスが付いてくるのではなくて、野菜サラダが付いてくるのをデフォルトにしようという考えに立つものです。個人に対する規制、あるいは、財政的な手段と選択アーキテクチャ、ナッジといわれるものを組み合わせて、たばこ以外の、特に、肥満に取り組もうとしています。

我が国の場合は、まだまだ、たばこ対策における成功体験がないにもかかわらず、これまでたばこ対策を飛ばしておいて、メタボに走って肥満対策だとか、あるいはこの頃ではロコモティブシンドロームとかソーシャルキャピタル等々、カタカナによる目くらましがいろいろなされてきました。その延長線上で、さらにナッジというカタカナを持ち込んで、規制とか財政的な手段は放っておいて、ナッジで行こうということになりかねないと思います。ぜひ、まずは、最も重要なたばこ対策で規制や財政的手段で一定の成功を収め、その成功体験に基づいて、次の課題に取り組むということになってほしい、いやそうしないと、恐らく大失敗をするのではないかと大いに心配しております。

