

ストップ結核パートナーシップ
日本

〒101-0061
東京都千代田区三崎町
1-3-12 結核予防会内
Tel 03 5282 3010
Fax 03 5980 8267
www.stoptb.jp
info@stoptb.jp

9月24日～9月30日は 結核予防週間です。

結核は、世界で年間約870万人が新たに発病し、140万人が亡くなる世界3大感染症の1つです。日本とビジネスの上でも関係が益々深くなる中国をはじめとするアジアの新興国や、アフリカなどの途上国では、結核は深刻な社会問題となっています。国内においても、未だ、年間2万人以上が、新たに発病する注意の必要な国内最大の感染症である結核、9月24日～30日は、厚生労働省が定めた結核予防週間です。結核について正しい知識と、予防の重要性を訴える1週間です。

●今年の標語

「二の腕のそれって、結核の予防だったんだ。」

(別添：厚生労働省結核予防週間ポスター、高齢者注意喚起チラシ)

結核の初期症状は風邪によく似ています。

せきやタンが2週間以上続いたり、特にお年寄りや、倦怠感が続いたり、急に痩せてきた場合、結核の可能性があります。

しかし、結核は正しい治療をすれば、必ず治る病気です。

早期かつ確実な検査と一日も早い治療が何よりも大切です。

<注目点>

- ・結核発病の半数以上が高齢者。(しかし残りは若者・働き盛り。)
- ・糖尿病患者の結核、リウマチなどの免疫抑制剤を使用する方の結核が増えている。
- ・喫煙が結核の発病や治療に影響をおよぼすことがはっきりしてきた。
- ・働き盛りの受診の遅れが多い。
- ・発病した結核患者の約1割が結核で死亡する。

<このリリースに対する問い合わせ先>

認定NPO法人 ストップ結核パートナーシップ日本 (STBJ)

(担当) 宮本、下谷

TEL/ 03-5282-3010 FAX/ 03-5980-8267

ストップ結核パートナーシップ
日本

〒101-0061
東京都千代田区三崎町
1-3-12 結核予防会内
Tel 03 5282 3010
Fax 03 5980 8267
www.stoptb.jp
info@stoptb.jp

H24 国内結核概況と喫煙と結核の関係

結核は、世界で年間約 870 万人が新たに発病し、140 万人が亡くなる世界 3 大感染症の 1 つです。日本とビジネスの上でも関係が益々深くなる中国をはじめとするアジアの新興国や、アフリカなどの途上国では、結核は深刻な社会問題となっています。国内においても、未だ、年間 2 万人以上が、新たに発病する注意の必要な国内最大の感染症です。

厚生労働省より先日公表されました H24 年度結核登録者情報調査年報集計の結果を解説いたします。また今年 8 月に APACT アジア太平洋タバコ対策会議が開催されましたが、近年注目されています喫煙と結核の関係を発表します。

記

日 時： 10 月 7 日（月） 11:00～11:40
場 所： 厚生労働記者会見室

<内 容>

1. H24 年国内結核の概況 加藤誠也（結核研究所副所長）
2. 喫煙は結核の大きな危険要因 森 亨（結核研究所名誉所長、STBJ 代表理事）

<問い合わせ先>

認定 NPO 法人 ストップ結核パートナーシップ日本（S T B J）
（担当）宮本、下谷
T E L / 03-5282-3010 F A X / 03-5980-8267

結核の概況

～H24年（2012）結核登録者情報調査年報より～

発表者：（公財）結核予防会結核研究所副所長 加藤 誠也

国内の結核の概況

- ・ 2012年、新規結核患者数は**21,283人**。結核罹患率は全国的にみると引き続き減少傾向にあるが、地域によっては必ずしも減少傾向を示していないところもある。
- ・ 罹患率は人口10万対10以下の県が複数になったが、都市部を中心として依然として高い地域がある。

<現代の結核のリスクグループ>

① 高齢者

- ・ 70歳以上が全体の**55.6%**、80歳以上が全体の**34.0%**を占める。
- ・ 80歳以上の人は8割以上が感染している可能性があり、悪性腫瘍、コントロールが不良の糖尿病などの病気や全身状態の低下が免疫力の低下の原因となり、休眠していた結核菌が活動を再開して発病する可能性が高くなるため、これらの年齢層では必然的に毎年一定の割合で結核発病がある。高齢結核患者は基礎疾患を持っていることも多く、それらが直接原因になっている場合も多いが、80歳以上では3人に1人が死亡に至っている。
- ・ 一方、80歳未満の年齢層で感染している人の割合は低下傾向が進んでいると推定される。このため、新規感染によって発病する高齢患者も徐々に増えてくる可能性があることに加えて、免疫力の低下を背景に外来性再感染発病（一度感染を受けた人が、別の菌に再度感染して発病する）も起こっている。
- ・ 高齢者の結核は咳・痰などの典型的な症状を示さず、臨床的にも典型的な病像を示さないため、診断・治療が困難な場合がある。高齢者自身だけでなく、介護にあたる人や、医師をはじめとする医療従事者は微熱、体重減少、全身のだるさ、食欲の低下などにも注意が必要である。
- ・ 結核の診断が遅れると、結核の進行によって全身状態がさらに低下し、予後不良の要因になる他、介護者、看護師等の医療従事者や病院には体力・免疫力が低下した患者が多いため、これらの人たちに感染させる恐れがある。

② 合併症

- ・ HIV・AIDS、リウマチをはじめとする免疫疾患の治療のために副腎皮質ステロイド剤や生物学的製剤の使用、慢性腎不全に伴う血液透析、臓器移植後の免疫抑制剤の使用、コントロール不良の糖尿病は結核発病の原因となるが、これらの医療行為、特に生物製剤等は種類も適応疾患も増えている。
- ・ 糖尿病：新登録結核患者のうち、糖尿病を持っている患者の割合は、約**14.3%**である。コントロールが良くない糖尿病患者の結核発病の危険は一般の人の**3倍**程度とされている。
- ・ 近年、喫煙と結核の関係も注目されている。

③ 外国生まれ

- ・ 2013年より統計の取り方が変わり、これまでの国籍に代わって「外国生まれ」の患者数を集計することとなった。外国生まれの結核患者は、**1,069人**。全患者に対する割合は、**5.0%**であった。
- ・ 20歳代の新登録結核患者の約3人に1人以上は外国生まれの結核患者である。
- ・ アジア諸国では結核は依然社会問題であり、アジア諸国からの入国が多い日本にとって、これらの国々の結核対策も日本の結核問題を左右する新たな課題。

④ 社会経済的弱者

- ・ ホームレス、日雇労働者などの社会経済的弱者は結核のリスクが高く、都市の罹患率が高い原因となっている。

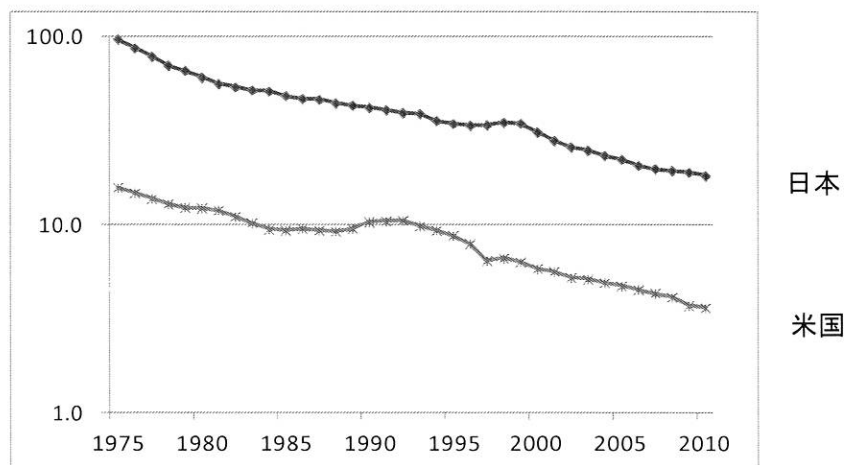
⑤ 医療従事者

- ・ 医療施設等（精神科や高齢者施設を含む）における集団感染事件のほとんどは結核病床以外で起こっており、上述した高齢者や合併疾患を持った結核患者の問題（疾患や免疫抑制剤の使用による免疫力の低下、非典型的な症状が関連しているが、最も重要な課題は医療従事者における結核に対する意識が低くなっていることによる診断の遅れである。
- ・ 医療従事者の発病者は多く、全患者に対する割合は、**2.9%**。
- ・ 医療従事者の新規結核患者数

（看護師・保健師・医師・理学療法士・検査技師・放射線技師等の合計）

H20	H21	H22	H23	H24
597	617	564	673	636

結核罹患率の推移 日米比較

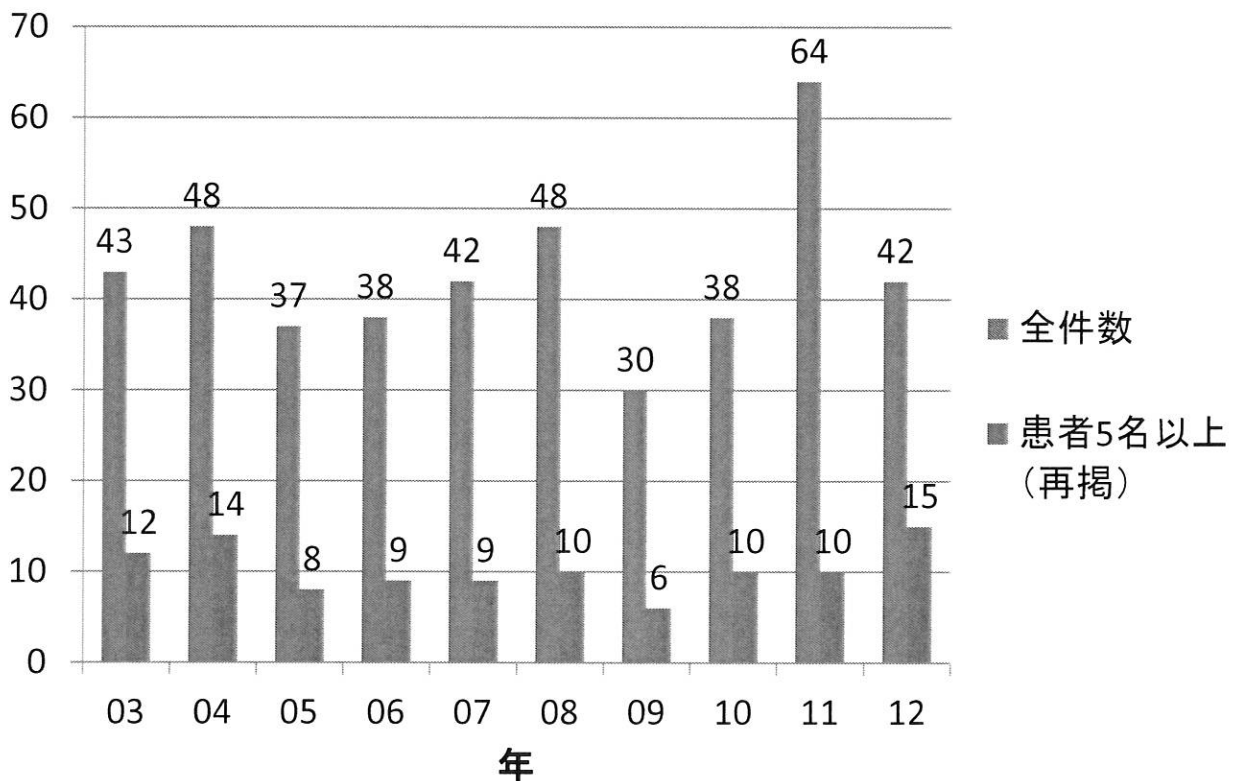


集团感染事件発生状況

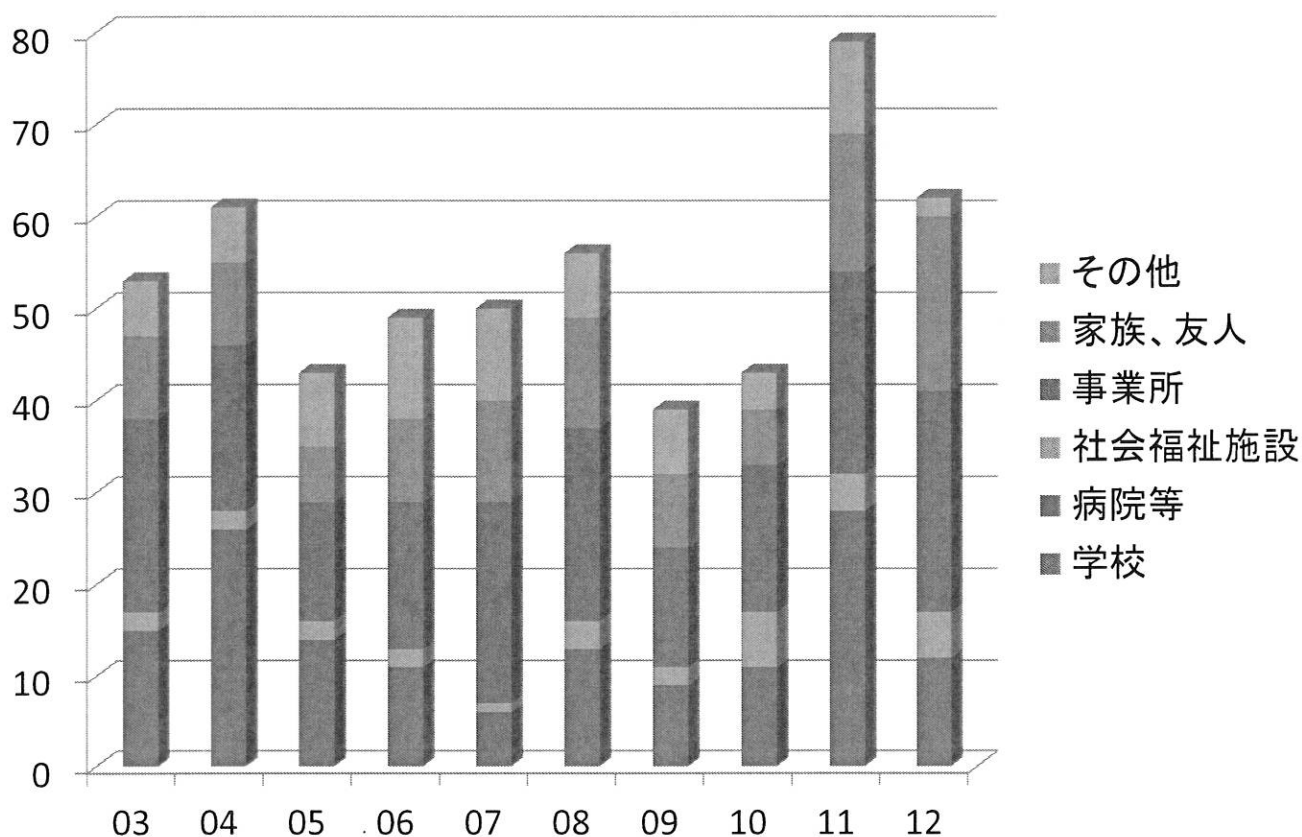
公益財団法人結核予防会結核研究所

加藤 誠也

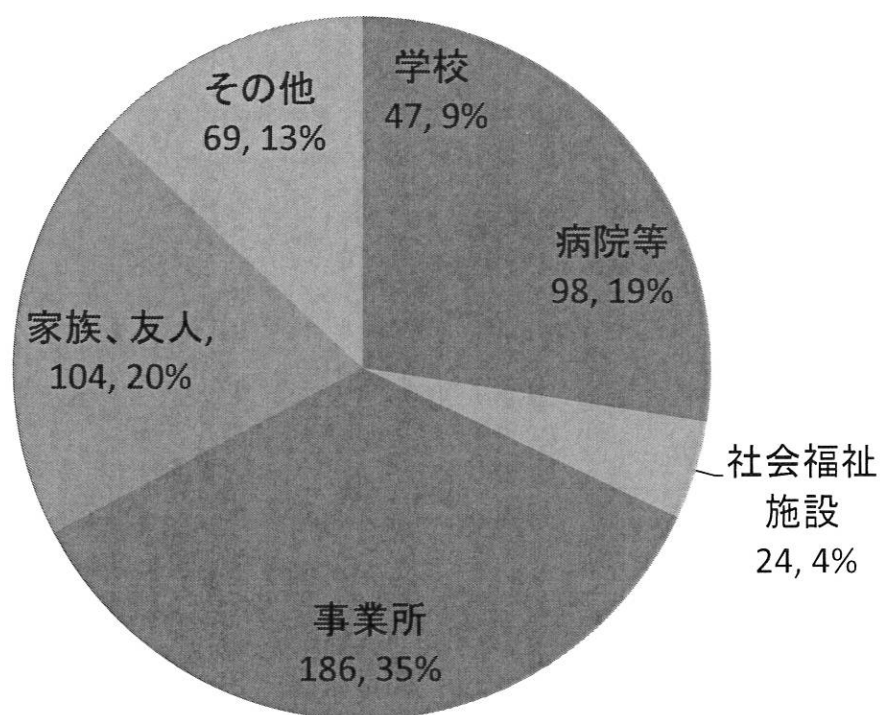
集团感染事件発生件数



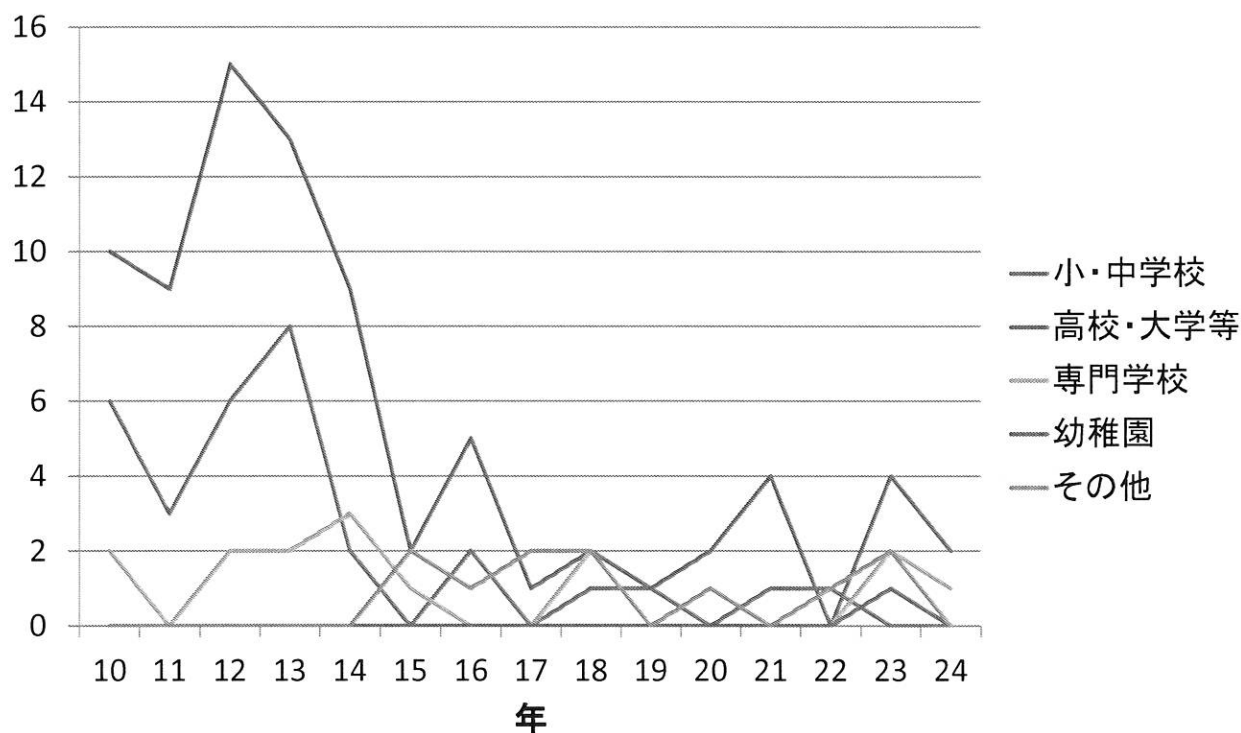
発生場所の推移



発生場所(2003-12年)



学校における集団感染事件



最近の集団感染事件

- 学校の報告は減少・・・QFTの普及
- 高齢者施設・医療機関における感染・発病
 - 高齢者でも既感染率が低下
 - 外来性再感染；明らかな既感染者がRFLPにより再感染と判明
 - 免疫能に問題のある人、糖尿病合併、高齢者
- 飲食店/娯楽施設（不特定多数が集まる場）は増加
 - ・・・遺伝子タイピングの普及
- 外国人、小児科・産科、多剤耐性結核などの複雑な背景の感染事件
- 大規模集団感染事件・・・感染性の高い菌の関与(?)

喫煙は結核の大きな危険要因

HIV 感染や免疫抑制剤治療（副腎皮質ホルモン剤や TNF α 阻害剤）、糖尿病などは結核発病の危険を高めることはよく知られていますが、最近タバコが結核に大きな影響を及ぼすことがますますはっきりとしてきました。

去る 8 月 18 日～21 日、千葉・幕張メッセで開催された第 10 回アジア太平洋禁煙会議で、「結核と喫煙」がシンポジウムで採り上げられ、ホンコンの研究者から、ホンコンで喫煙が結核にどのような影響を及ぼしているかの大規模な疫学研究の成果が報告されました。続いて WHO と国際結核肺疾患予防連合の専門家が、結核患者や家族の喫煙に対する指導の重要性、具体的な方法や各国での実践の結果について報告がありました。

以下に、結核に対する喫煙の影響の最近までの研究の結果をまとめてみました。

- 1) 喫煙は結核の発病のリスクを高める。
喫煙者の発病リスクは非喫煙者の 2.33 倍(95%信頼区間 1.97 - 2.75)。
- 2) 喫煙は結核の感染のリスクを高める。
喫煙者の非喫煙者に比して 1.73 倍(95%信頼区間 1.46 - 2.04)結核に感染する。
- 3) 受動喫煙（他人のタバコの煙）が結核の発病のリスクを高める。
喫煙者の妻は非喫煙者の妻(ともに自身は非喫煙)に比して 1.70 倍(95%信頼区間 1.04 - 2.80)結核を発病する。(ホンコン女性の結核の 44%が受動喫煙による)
- 4) 結核は結核患者の死亡率を高める。
喫煙する結核患者はしない患者の 1.60 倍(95%信頼区間 1.31 - 1.95)死亡する。
- 5) 喫煙する結核患者の病状は非喫煙患者よりも重症になりやすい。
喫煙する結核患者はしない患者よりも症状が強い、粟粒結核・空洞性結核が多い。

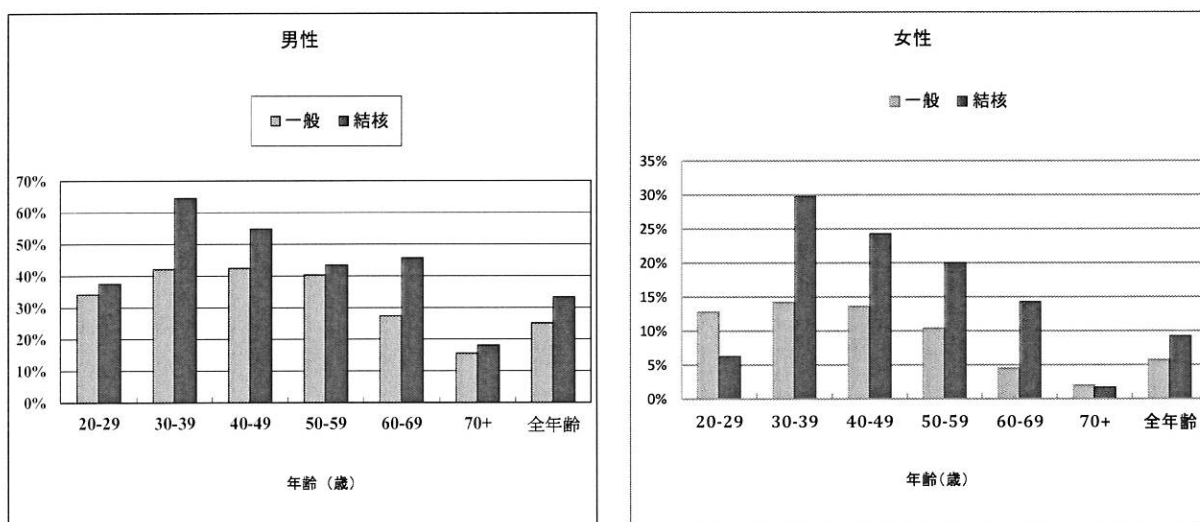
同じアジア太平洋禁煙会議で報告された日本の結核患者の状況は以下の通りでした。

- 1) 結核患者は喫煙率が一般よりも高い(図)。
- 2) 日本の結核の 18%は喫煙によって過剰に発生している。
- 3) 日本の結核発生の男女比は 1.7:1 だが、その差の 42%は喫煙率の男女

差によって説明される。

- 4) 結核を発病して治療が終わった時点で、患者の37%が禁煙、14%が禁煙を減量したが、49%は依然として喫煙していた。

図. 日本の結核患者と一般人口の喫煙率の比較



以上にみられたような喫煙と結核の関連は、糖尿病問題などと併せて結核の生活習慣病としての側面として途上国を含めて世界的にも注目されています。

資料

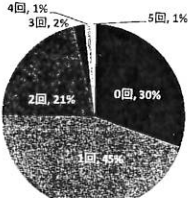
1. 厚生労働省. 国民健康・栄養調査平成22年
2. Bates M, Khalakdina A, Pai M, Chang L, Lessa F, Smith KR: Risk of Tuberculosis From Exposure to Tobacco Smoke. A Systematic Review and Meta-analysis. Arch Internal Med 2007; 167: 335-342
3. CC Leung: Tuberculosis and smoking Evidence of association and public health implications. 10th APACT, Chiba, 2013
4. Mori T et al: Smoking habit of tuberculosis patients and its change during treatment in Japan. 10th APACT, Chiba, 2013
5. Knut Lonroth, Kenneth G Castro, Jeremiah Muhwa Chakaya, Lakhbir Singh Chauhan, Katherine Floyd, Philippe Glaziou, Mario C Raviglione: Tuberculosis control and elimination 2010 -50: cure, care, and social development. Lancet 2010; 375: 1814-1829

問い合わせ先

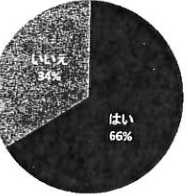
森 亨 (ストップ結核パートナーシップ日本)
tmori-rit@jata.or.jp 090-3065-6819

図2 結核病棟を有する医療施設からの回答 (141施設回答/267施設中)

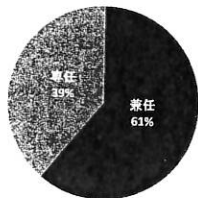
問 貴病院では結核・抗酸菌感染症に関する院内研修会を年何回しておられますでしょうか?



問 非医師向けの「抗酸菌認定看護師(仮称)*1」制度が動き始めた場合、貴病院では勤務しておられる看護師にこの資格を得ようとお勧めしますか?



問 貴病院では結核・抗酸菌感染症担当の看護師さんは専任でしょうか? 兼任でしょうか?



問 貴病院では「抗酸菌認定専門師(仮称)*2」制度への応募資格は日本結核病学会員であることが望ましいと思われますか?



*1, *2は共に「抗酸菌エキスパート」を指します

多かったのは安著しましたが、回答者のほとんどはすでに他の学会員でもあり、経済的負担を考えると結核病学会員にまでなって資格を得ようという決心はつかないようです。これが「登録抗酸菌エキスパート」の形に結びついたということになります。時間的制約の中で、アンケート調査が主として看護師が対象とはな

りましたが、回答の中には、薬剤師、臨床検査技師、その他福祉関係者等も含めるべきという意見も見られました。全く、その通りです。結核誌5月号に会審(2013年 Vol.88)に掲載されました。学会ホームページと結核誌で近く制度、細則などを詳しく案内しますので、ご注目ください。



結核患者の喫煙習慣と禁煙

結核研究所名誉所長 森 亨*, 臨床・疫学 山内祐子 (*本稿作成)

喫煙の結核に対する影響については、既に本誌にも何回かにわたって掲載したように、近年世界的な注目を集めており、患者支援のうえでも重要な課題となりつつある。今回、患者支援向上のための結核患者情報システムの外付けソフトとして開発、試用を進めてきた「結核看護システム」に新たに喫煙習慣に関する項目を付加し、全国のいくつかの地域で試用した。これに基づいて結核患者の喫煙習慣と禁煙の実行に関する観察と分析を行った。

観察対象は、「結核看護システム」開発プロジェクトに参加した11県市28保健所*で、2010年~2011年の間にかけて登録された結核患者(潜在性結核感染症を除く)1,829人である。このシステムでは、患者の病状その他の背景要因、治療経過、さらに治療不成功リスク得点(注

意)不成功につながりやすいと考えられる、アルコール依存やホーモレス、HIV感染、合併症、外国人、単身者、といった25種の要因の個数で示す)に加えて治療開始時の喫煙習慣と治療終了時の喫煙状況が入力されている。これらの患者は無作為抽出されたものではないが、その性・年齢構成は2011年の全国の新登録患者のそれとよく一致しており、一般の結核患者をかなり代表するものと考えられる。

患者の喫煙習慣

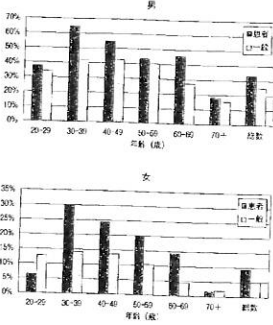
結核治療開始時の性別喫煙習慣は表1の通りであった。喫煙習慣が知られた1,366人中、「現在(は毎日1本以上)吸っている」者は男で33.3%、女で9.5%であった。「以前に吸ってい

表1 性別にみた結核患者の治療開始時の喫煙習慣

	非喫煙	喫煙	前喫煙	(部分)合計	喫煙歴不明	総数
男	281	285	286	852	1,176	
	33.1%	33.3%	33.6%	100.0%	—	—
女	442	48	26	516	137	653
	85.7%	9.3%	5.0%	100.0%	—	—
総数	723	331	312	1,366	493	1,829
	52.9%	24.2%	22.8%	100.0%	—	—

* このプロジェクトは、厚生労働科学研究「新規インフルエンザウイルス、新興感染症研究事業-結核対策の評価と新たな診断・治療技術の開発・実用化に関する研究(主任研究者:結核研究所所長長加藤誠司)の分担研究(担着: 阿部篤史医師(不妊科)の一部である。
* 山形県(村山・最上・置賜・庄内保健所)、茨城県(水戸・常陸大宮・ひたちなか保健所)、群馬県(高崎保健所、群馬県(宇都宮・栃木・伊勢崎・東部・前橋・高崎・新潟・西武・札幌西田・旭川保健所)、千葉県(船橋市保健所、東京都(東区保健所、石川県(唐松町、石川町、能登町、能登北保健所)、大分県(中津保健所、阿蘇保健所、熊本(菊池保健所、大分(高橋保健所、

図1 性・年齢階級別にみた喫煙率(結核患者と一般人口の比較) (一般人口は2010年国民健康調査による)



たが(結核と診断される前に止めた)「前喫煙」がそれぞれ33.6%、5.0%であった。この中には結核発病時には吸っていたが診断までの過程で禁煙した者も含まれていると思われる。喫煙の結核に対する影響などを調査する場合には、より厳密な問診が必要である。

これを一般人口と比較するために、年齢の影響を考慮して性・年齢階級別の喫煙者の割合をみた(図1)。一般人口としては国民健康調査(2010年)の成層を用いた。「総数」については結核患者人口の年齢構成に合わせて一般人口の率を調整している。このため、一般人口のものとの年齢別の喫煙率は男32.2%、女8.4%だったが、高齢者が多い結核患者人口に対して調整するとそれぞれ25.1%、5.7%とかなり小さい値になる。年齢別には男女問わず30歳代で喫煙率は最も高く、以後年齢と共に徐々に下降することは結核患者、一般人口全く同様である。た

だ、男ではすべての年齢階級で、女では人数の少ない20歳代、70歳代を除いてやはり結核患者のほうがより高い喫煙率となっている。

既に証明されているように、喫煙が結核の発病(感染も、という報告もある)を促進することは、結核患者に喫煙者が多いことの裏付けといえるが、同時に喫煙と結核を結びつける(間接的な)要因(交絡要因)として社会的経済的な条件を考える必要がある。そこで職業、医療費支払い区分、治療不成功リスク得点(ここでは喫煙はリスクに含めないこととした)別に喫煙率を比較した。これらの要因の各カテゴリーの別の年齢構成の違いを考慮して、一般人口の年齢階級別喫煙率と各カテゴリーの年齢構成から期待されるそのカテゴリー全体の喫煙率を計算し、それと観察された率との比(標準化喫煙率比)を検討した。

男で、患者数が50人以上になるカテゴリーについてみると、職業では、常用勤労者(1.01)、自由業(1.25)、無職(1.16)と、常用勤労者では一般人口に比べて高くないものが他の2者では高くなる。医療費区分別では、被用者本人(0.89)、国保一般(1.19)、老人医療(1.17)、生保(1.20)と、被用者本人では一般よりもむしろ低く、他では高い。治療不成功リスク得点では、得点0~2と得点3以上の2層についてみると標準化喫煙率比はそれぞれ0.99、1.29と明らかな違いがみられた。このように結核患者の喫煙習慣は、一般人口についてもいわれているように、社会的経済的なリスク集団(健康管理の機会に恵まれない集団)を含む特定層に偏在化しており、また喫煙以外の結核患者支援上の問題をもった者に偏ることも示されている。喫煙している患者は、幾重にも患者支援ニーズをもっているといえることができる。

患者の禁煙

発病前(上に断つたように、正確に言えば)治療開始時点で喫煙していた患者は、その後さまざまな程度に禁煙に対する動機付けを受けているはずである。その結果として治療終了時点で禁煙あるいは喫煙量の減量をした患者をみたのが図2である。36.6%が禁煙を実行しており、13.8%は「吸ってはいるが本数を減らした」と答えており、結核罹患、治療(入院も含む)にもかかわらず、相変わらず喫煙を続けている者は49.6%になっていた。

禁煙の実施(ないし成功)に関連する要因を推するために、患者の属性ごとに禁煙率をみた。
性: 男36%、女41%。
年齢: 40歳代を最低(14%)に、若年、高齢に向かってU字型に上昇する。20歳代で36%、80歳代で56%。
病状: 初回治療塗抹陽性(42%)が最も高く、増量のみ陽性(24%)が最も低い。おそらく年齢構成の影響であろう。
職業: 常用勤労者(25%)が最も低く、自由業(59%)、無職(40%)が高い。やはり年齢構成の違いを考える必要がある。
医療費支払い区分: 生保が20%と最も低く、被用者本人が26%とこれに次ぐ。後期高齢者は42%と高い。
治療失敗リスク得点では一定の傾向がみられない。

上記のように禁煙の実行に有意に作用する要因としては「年齢」(中年が弱く、高齢で強い)、「生保」(弱い)のほかに見いだし得ず、これに対する効果的な介入方法を開発する必要性は大きい。
社会全体および医療の中で禁煙に対する関心が高まった1980年代のはじめに著者が結

図2 治療開始時喫煙していた患者の治療中における喫煙習慣の変化 (N=331)



核研究所付属病院(当時の結核・他の呼吸器疾患患者77人に対して行った小規模な調査(森亨・林高春、入院患者における禁煙の実行に関する研究、昭和57年環境庁委託業務報告書)では、退院後6~18カ月の時点で、禁煙23%、減量40%、喫煙36%となっており、その頃の患者における禁煙動機付けの弱さを改めて感じさせられる。事実入院中ですら禁煙していた者は35%にすぎなかった。この「野放し」に近い状態に比べれば最近は多少よくなったといってもよい。その最近のメリットは社会全体の喫煙に対する厳しさをかきくもので、今後これを追い風にして積極的な介入を行い、禁煙支援をさらに向上させることを追求する必要がある。

おわりに

医療支援システムの開発に参加され、本研究に協力された関係保健所の皆様に深く感謝します。本稿の一部は山内らが2012年の日本結核病学会総会で発表しました。

文献

1) 山内祐子、永田容子、小林真子、ほか。結核看護システムの活用: II. 喫煙習慣と治療成績について。結核 2012; 87: 292.



世界のたばこ対策の新しい展開 —非感染疾患対策への位置づけ—

結核研究所名誉所長 森 亨

2011年9月19-20日の2日わたって、国連総会では非感染性疾患（Non-communicable diseases, NCDs）の予防と制御に関する関連高級レベル会議を開催した。これは前年2010年の国連総会決議64/265に基づくものである。国連が健康の問題をこのレベルで取り上げるのは2001年の国連HIV/AIDS特別会合以来のことであり、今回の動きはAIDSにも匹敵する歴史的に意義のあるものになる可能性がある。

考えてみれば1980年代以降のHIV/AIDSパンデミックにDOTSという新しい衣装をまわって再登場した結核対策が結びつき、これにGlobal Fundの構想がフットして2000年代以降はまさに感染症復興の時代になった。これに対する巻き返し、ということではないだろうが、2000年以前は主要疾患の地位を占めていたがんや心疾患の対策の側が、多分に再興感染症の運動の技法やコンセプトを取り入れて立ち上げたものが今度の国連の動きとなったものとみられる。直接関連に働きかけたのはWHOとNCD連盟という、国際対がん連合（UICC）、国際糖尿病連合（IDF）、世界心臓連合（WHF）、それにがん結核予防会も加盟する国際結核肺病予防連合（IAATLD）が福らって結成した組織である。それと有名な医学雑誌Lancetに拠って同誌の特集号をこの数年間企画してきた専門家たちの働きもあるらしい。

この動きをみると、紛れもない超大規模問題である非感染性疾患の対策の中でたばこ対策の

中心的な役割とその他の方策との関連が浮かび上がり、さらに糖尿病のことなども考えると（本誌06-08ページ参照）、この動きの中で結核がユニークな位置を担っていることにも気づかされる。そこで今回は少々冒口を広げてこの国連の動きをとりあげよう。

非感染性疾患（NCD）とその影響

国連の言い方をすれば、「気候・環境の変化、経済、食品安全といった人間の所産によって人類の進歩が脅かされるようになった。その中心的なあらわれが非感染性疾患—主なもの①心臓血管疾患、②がん、③糖尿病、④慢性呼吸器疾患—である」ということになる。

これらの病気が、地球上で目下増加の途上であり、これが国連千年紀開発目標（MDGs）達成の主要な障害となっている。直接的なNCDによる健康負担の指標をいくつかみると、これらの病気で死亡する人3,600万人/年（地球上の死亡の63%）、そのうち早期死亡（60歳以前の死亡）する人900万人/年、早期死亡の90%が発展途上国で発生、早期死亡のうち女性の割合は、途上国で58%に対して先進国では6%（健康格差）などがある。

またそれらは途上国の経済開発の障害であり、健康上の不公平の重要な原因ともなっている。NCDはとくに低・中収入国で増えており、そのような国でNCD死亡が10%増えると年間

経済成長率が0.5%低下するといわれる。このことから世界経済フォーラムではNCDを経済成長への最大の脅威の一つにあげている。

その原因—リスク要因

これら4種の疾患の原因は、多くの疾患に共通した少数のリスク要因であり、また世界各地に多かれ少なかれ蔓延したものである。すなわち、①たばこ使用（喫煙、たし煙たばこもある）、②不健康な食習慣：飽和脂肪酸およびトランス脂肪酸の多い食品、塩分、および砂糖（とくに甘味飲料）の過剰摂取、③運動不足、④アルコール飲料の有害消費。これらが全NCDの3分の2以上の原因となると考えられている。

四つの病気がという様態に絡まる四つのリスク要因がNCD問題とその対策の要を示していることになる。こうみると、日本の我々には「なんだ、昔の成人病、いまの生活習慣病のコンセプトじゃないか」と考えることもできる。その意味で、とくに「生活習慣病、ほきわめて鋭い洞察に基づいた命名だったと思う。しかしNCDは、後でみるようにこれらのリスク要因への介入に関してさらに医療を越えたもの（政治的関与を支えられた施策）を求め、それがまさに国連—政治の出る幕となっている点で、これまでの日本の「生活習慣」を超えている。

リスク要因の社会経済的背景

ニコチン依存によるたばこ使用だけでNCD死亡の6分の1を占める。家計の担い手である男性の死亡による子どもの教育機会喪失からみて、たばこは健康格差の半分を説明するともいわれる。しかもたばこ使用は、少なくとも男性

では多くの高収入国では下がっているのに、低・中収入国では急上昇している。このような変化は、たばこ産業の無制限な活動と各国のたばこ抑制策への対抗努力に由来する。

高脂肪、高糖分、高塩分の食品は年間400万の死亡、全NCD死亡の40%の原因であり、食塩の過剰摂取は高血圧の30%の原因となっている。運動不足は毎年300万の死亡、全NCD死亡の8%のもとになる。アルコール消費は消費する本人の健康上も、社会的経済的にも有害であり、本人以外にとっても害となる。

たばこやアルコールについて明らかかなように、社会経済環境の変化によって、NCDリスク要因は拡大しつつある。食事や身体的活動などに関する指前も、個人の意思の及ばない外的な力によって影響されやすくなっている。とくに小児においてはそうである。農業への補助金、貿易・資本市場の開放は不健康な製品の値下げと消費拡大をもたらし、若者の肥満を増加させている。

NCD対策の優先施策

Lancet誌NCD Action Groupでは、国連高級レベル会議にむけて各リスク要因に対して以下のような介入施策を提唱している。これらの施策を決定する根拠としては、対費用効果的であるか、早期死亡の回避にどの程度有効であるかを重視したという。その結果以下のように四つの全人口集団対応策、一つの臨床サービス対応策を決定した。

①たばこ規制の推進：直ちに行うべきことの優先策は、「たばこのない世界」（具体的には喫煙者を世界人口の5%以下に）という世界目標を2040年までに達成することである。WHOのたばこ規制枠組条約（FCTC）の4項目を完全実施することで23の高NCD負担の低・中収

参考文献

- (注として文献1)に2頁、追加2-4を参考にし)
1. Beaglehole R, Bonita R, Horton R, et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. Lancet. 2011; 377: 1438-47.
2. Morrison JS, Sridhar D, Prot F. Getting the politics right for the September 2011 UN High-Level Meeting on Noncommunicable Diseases. A Report of the CSIS Global Health Policy Center. February 2011. http://csis.org/publication/2011.4.22.7 クセス
3. NCD Alliance Plan for the United Nations High Level Summit on Non-communicable Diseases (Summary version). www.ncdalliance.org/summitfaq (2012.1.5 アクセス)
4. Summary report of the discussions at the round tables (prepared by WHO - not an official record) www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/en/ (2012.1.5 アクセス)

入国において、今後10年にわたり550万人の死亡を回避できるであろう。禁煙の推進は、たばこ煙への曝露の低下によって1年以内に心臓血管死亡を減らすから、喫煙者、受動喫煙者双方に相対的な効果をもたらす。

②塩分の制限：塩分摂取をマスコミのキャンペーンと対食品業界政策とで15%減らすだけで23の高NCD負担国で今後10年間に死亡を850万人減らせる。当面の目標は2025年までに一人一日当たり塩分消費量を5gにすることである。

③健康的食品と運動の促進：政府による価格政策、食品表示の指導、販売制限などを行う。食品産業は製品の成分を直し、小児向けの有害食品の生産はしないことにすべきである。肥満防止（とくに小児）をはじめ心疾患やがん、糖尿病、歯周病など広範な利益をもたらす。肥満防止は母子保健や栄養指導でも重要である。

④アルコールの有害な消費の低減：価格、販売制限、入手制限などによる。

⑤必須医薬品と技術へのアクセスの促進：低・中収入国で最も効果的なのはプライマリケア施設で発見された心疾患患者あるいはそのリスクのある患者に複合剤を投与することである。これによって高NCD負担国で10年間に1,800万人を救うことができよう。がんに対しては特許のなくなった有効な薬剤の使用、糖尿病患者への安価な薬剤や行動変容、ワクチン普及（B型肝炎・肝がん、子宮がん）などがある。

国連サミット（高級レベル会議）

このような討議資料を預けられ、大きな期待を背負って会議に出席した113の加盟国（34の国家元首を含む）は全体集会を引き続き三つの円卓会議に分かれて以下のような分科課題を討議した（WHOの資料から。ただしこれは本誌整理箇所も目立ち、まだ正式文書ではない、と断

り書きがある）。主な話題ないし論点を拾ってみると、

円卓1：NCDの罹患率、疾患その他の面での問題、社会・経済的なインパクトについて。

NCDは隠され、誤解され、過小評価された問題である。それは経済成長の歩みを遅らせ、その過程を妨害する。また低・中収入国に不当な医療ニーズを押し付け、開発に対する国際的な努力に影響を与える問題である。

円卓2：NCD対策における当事国の能力の強化ならびに適正な政策のあり方

収入水準の異なる国における対策について注目し、国の能力の強化の優先性、国際的な経験、多セクター間における行動の検討などを検討した。

主な論点としては、

- 支弁可能で、対費用効果的なbest-buys（お買い得品）の強調
- NCD対策は単に健康増進のみでなく持続可能な社会経済開発、貧困削減、MDGs達成と軌を一にすべき
- best-buy介入、リスク低下方策は非保健セクターの関与が核心
- 保健要員の研修
- 社会防衛：保健サービスのアクセス確保のため
- NCDと精神保健、障害問題はPHCのなかでも強化が図られるべき
- 国のNCD対策は広範な開発の枠組みの中で位置づけられるべき
- 政治的関与の強化
- 国際協力経験からの教訓（地域ベースの計画など）
- 予防効果には公共政策（奨励、食料・医薬品製造、農業、都市開発、価格政策、広告および情報・通信技術および課税など）を導入することが重要という認識

一直ちに行うべき優先施策：国の総合的施策、多分野介入、サーベイランス、数値目標の設定、国の保健システムの強化

円卓3：国際協力および協力の推進

このサミットの報告は今後整理されると思われるが、趣旨はLancetなどで用意された方向で意見統一がなされたものとみてよいと思う。見どころは、これから具体的にどのようなメカニズムが作られ、機能するか、そして我々医療者サイドがそれとどのように諷刺・協調してお互いの利益を確保するか、である。もちろん本誌の最初の観点であったたばこ対策強化の上からは、それは二次ではあるが。

