



がん 新時代



日本対がん協会 会長
垣添 忠生



東京都医師会 会長
尾崎 治夫

がんと生きるための社会と医療のあり方

1981年から死因の第1位であり続ける、がん。
 近年は医療の進歩によって、がんは死に至る病から、
 誰でもかかる可能性のある身近な病気へと変容しています。
 「がんは治る時代」と言われるようになり、
 治療と就労の両立や患者の生活の質の向上といった
 新しい課題も見えてきました。
 がんと共生できる社会の実現について
 尾崎治夫会長と語り合っていたのは、
 国立がん研究センター名誉総長であり、
 がんの研究や予防の分野で長年活躍されている
 日本対がん協会の垣添忠生会長。
 タバコ対策やがん予防をどう進めていくのか、
 これからの社会と医療のあり方を展望します。

対談日：2026年3月2日 日本対がん協会にて

01 この世の中にタバコがなければ、 3分の1のがんはなくなるという事実

尾崎 がん予防の中心は禁煙推進ですが、日本のタバコ対策は世界的に見て遅れています。長年変わらない状況を垣添会長はどう捉えておられますか。

垣添 日本のタバコは、1904年制定の煙草専売法と1985年制定のたばこ事業法の2つの法律に根ざして、安定財政確保のために製造・販売されてきました。つまり国策なわけです。年間売上げの約2兆円が国と地方に1兆円ずつ入りますから、たばこ税を優先する財務省や農林水産省と、健康対策として禁煙を推進する厚生労働省が対立する構図がずっと続いています。

とにかくタバコ1箱の価格が日本は安すぎます。欧米先進国は千円を超える価格が一般的で、高額でもったいないからと、バスを待ってタバコを吸い始めた人が、いざ

バスが来て通り過ぎてもまだ吸っているというエピソードがあるほどです。日本のタバコ価格も上がってきましたが、もう少し値上げをすると、さまざまなことにお金を使いたい若い世代の喫煙開始や継続防止に有効ではないかと考えています。

尾崎 欧米のタバコ対策は非常に厳格で、イギリスでは2009年以降に生まれた世代には生涯タバコを販売しない法案が可決されています。アメリカも多くの州が屋内や公共の場は全面禁煙です。こうした国を挙げた取り組みは、まだまだ日本では進んでいませんね。

垣添 国策として販売している後ろめたさから及び腰になるのだと思います。タバコはがんの原因の3割を占めると認識されているのに、です。言葉を変えれば、この世の



中にタバコがなければ3分の1のがんはなくなるのです。今、日本でがんになる人は毎年100万人ですから、そのうち30万人ががんにならないで済むほどの大きな話です。しかし、そうした大事なことは、吸う人と吸わない人の共存といった美しいコマーシャルが流れていると何となくはぐらかされ、まさに煙に巻かれています。

尾崎 確かにタバコを売り続けるためのキャンペーンや表現は非常に巧妙です。たばこ税による財源確保は、日本が経済的に貧しかった時代の1つの経済政策だったものが今日まで続いています。しかし、例えばアメリカの財務省は、タバコを吸った人が病気になって働けなくなると経済的な損失につながるため、労働力を確保する意味で禁煙を推進しています。同じ財務省でもこれだけ考え方が違う。極論すれば、日本は

健康増進よりも経済性を重要視する傾向があるように思います。

それではいけないと私は思っていて、特に高額療養費制度の見直し問題については断固として反対しました。発見が遅れたために進行がんになり、その治療のために手術療法、化学療法、放射線療法を用いながら闘っている人は、どうしても医療費が高額になります。そうした命に関わる病気の人が必要な医療を受けられるセーフティネットは守り続けなければなりません。

一方で、早期がんは治る時代に入ってきました。これからは禁煙推進が今まで以上に大きな意味を持つと思います。また、タバコ特有の受動喫煙のリスクもあります。喫煙だけではなく受動喫煙でも多くの人が亡くなっていますよね。

垣添 そうですね。年間の喫煙による死亡

数は13万人、受動喫煙による死亡数は1万5千人と推計されています。

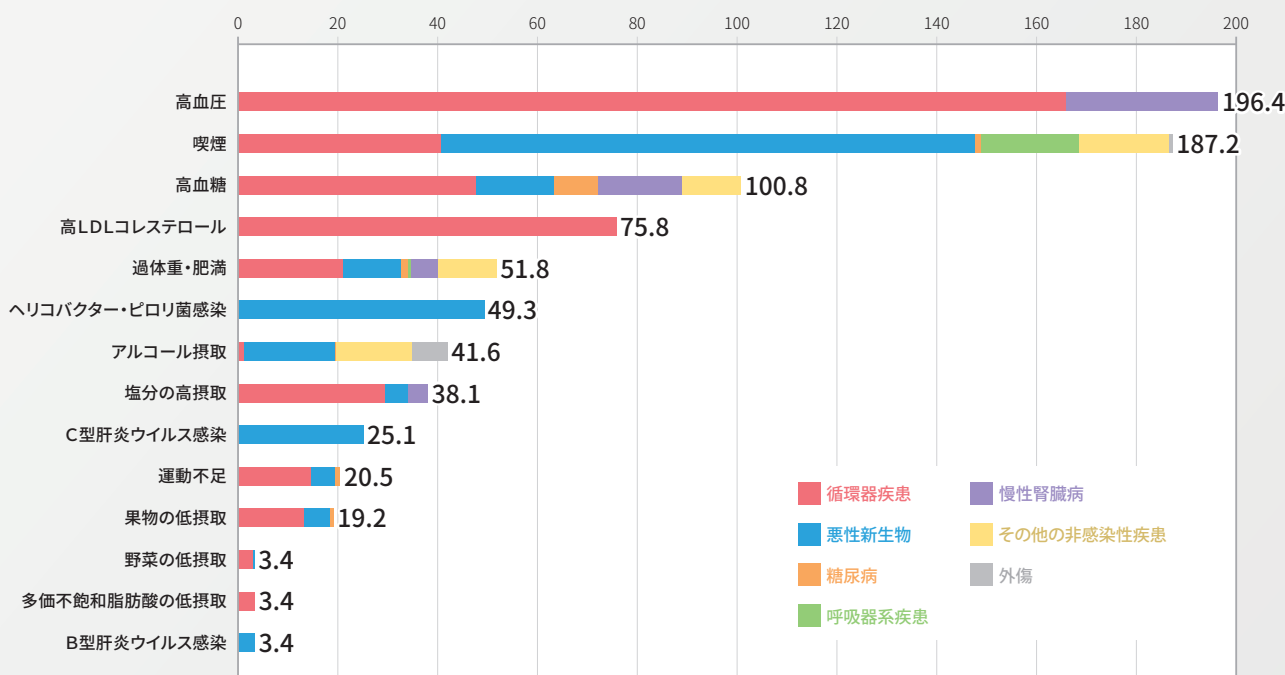
尾崎 吸う人の害と周りの人が受ける害の両方を減らすために、私が副会長になった2011年から東京都医師会ではタバコ対策委員会を立ち上げて取り組み、東京オリンピックに向けては小池都知事とともに東京都受動喫煙防止条例の施行を実現しました。国による受動喫煙対策で飲食店が原則屋内禁煙となるかは面積要件等で決まりますが、東京都では従業員がいる場合は面積にかかわらず原則屋内禁煙となり、国よりも厳しくなっています。

しかし近年、喫煙も飲食もできてしまう喫煙目的店のような抜け道が増えて規制が緩んできていますので、条例の見直しを進めていきます。また、加熱式タバコは害がないと思い込んで移行する人が増えて



リスク要因別の関連死亡者数(2019年)

(単位:千人)



資料: Nomura S, Sakamoto H, Ghaznavi C, Inoue M: Toward a third term of Health Japan 21 - implications from the rise in non-communicable disease burden and highly preventable risk factors. The Lancet Regional Health - Western Pacific 2022, 21.
 (注) 日本における2019年の非感染性疾患と障害による成人死亡について、喫煙・高血圧等の予防可能な危険因子別に死亡数を推計したものの。

厚生労働省「令和4年版厚生労働省白書」より

いるのも問題です。垣添会長も苦勞されているのではないのでしょうか。

垣添 日本対がん協会が掲げている「タバコゼロ宣言」には「新型タバコをなくす」が加わりました。タバコ製品の有害性や依存性の啓発は今後も欠かせません。

私たちは、科学的根拠に基づいたがん予防と検診の推進、正しい知識の普及啓発、がん患者・家族の支援という3つの柱を立てて活動しています。このがん予防と検診の推進の観点からしても特に禁煙が大事であり、あらゆる機会が発信しています。

また、タバコがリスクとなる病気はがんだけではなく、COPD(慢性閉塞性肺疾患)や動脈硬化などにも関係します。がんだけの問題ではなく健康増進の面から早急な対策が必要です。

尾崎 おっしゃるとおり、リスク要因別の関連死亡者数(図)を見ると、1位の高血圧と

2位の喫煙に差はありません。近年は健康診断で高血圧や高血糖を指摘されたら、再検査を受けに診療所に来る人が多いです。なぜ来たのか聞くと「放置しておく危険だから」と答えてくれます。それなのに問診票には「タバコ1日20本」と堂々と書いてある。この死亡者数を見せながら禁煙を促しています。

2025年10月30日から禁煙補助薬のチャンピックスの出荷が再開されました。それに合わせて禁煙外来にかかる人も増えてきている今は、機運が高まっていると思っています。

垣添 日本には国民皆保険制度という、世界に類を見ない素晴らしい制度があります。しかし、それに守られているがゆえに、病気になったら病院を受診すればいいという患者側の甘えがあると私は思っています。こんな国はほかにありません。欧米で

は、自分の健康は自分で守るのが基本ですから。

日本対がん協会では、がんに対するリテラシーを向上して企業の健康経営に役立ててもらう「がんリテセミナー」を行っています。そこで禁煙を取り上げると、大企業の担当部署の方はかなり関心を持って集まってこられます。もともと独自にがん検診を実施していて健康意識が高いからですが、一方で中小企業はそこまでの余裕はなく禁煙対策が進んでいません。東京都医師会とともに取り組んだ禁煙推進企業コンソーシアムでもその傾向が見られますよね。

尾崎 特に運輸業と建設業ではタバコを吸わない人の方が珍しいほどです。これらの分野は人手不足が深刻で、その担い手を病気にさせないことは今後にとって非常に大事です。そこで主に中小企業が



加入する全国健康保険協会(協会けんぽ)と東京都医師会が連携して取り組みを進めていきます。

そして、皆保険制度に甘えている現状を変えなければならないという、まさに垣添会長と同じ思いで、私もヘルスリテラシー向上のための活動を盛んに行っています。検診を受けて体の異常を早期に知れば早く治せる、あるいは予防に努めることで病気になるまで済み、医療費削減にもつながる。今後はそうした時代になっていくと思います。

02 検診や教育のあり方をアップデートして「がん=死」のイメージを変えていく

尾崎 がん予防のための検診や教育の話に移りましょう。がん検診の受診率は欧米が70~80%と言われるのに対し、日本は50%程度にとどまっています。新型コロナウイルス感染症の影響で受診者が大幅に減った問題もありました。受診率向上は喫緊の課題だと思います。

垣添 厚生労働省は第4期がん対策推進基本計画で、がん検診受診率60%の達成を新たな目標に掲げました。しかし世界的に見ればまだ低い水準です。

欧米先進国が誇る高い受診率は、国の

データベースを活用したコール・リコール(呼びかけ・再呼びかけ)の仕組みが支えています。一方、日本のがん検診は、老人保健法に基づいて区市町村で実施される対策型検診、個人が健康管理のために受ける人間ドックなどの任意型検診、そして大企業が社員の健康を守るために実施する検診があります。

3つの検診を並行して走らせているのではなく、公共政策として行う組織型検診に一本化することが重要だと思います。法律を変えることになるので非常に大変な作

業になりますが、最終的にはマイナンバーに紐づけて、幼少期のワクチン接種や病歴などの情報も一元管理できるような形になれば、医療DXもずっと進んでいくのではないかと思います。

尾崎 垣添会長はずっと、日本のがん対策は法律に根ざして展開すべきだということをおっしゃってこられましたね。

垣添 ただ、一医療者が何を言っても聞き入れてもらえません。風向きが変わってきたのは2000年頃です。がん医療の地域間格差や医療機関格差、何よりも情報格差が深刻な社会問題になり、がん患者団体の活動をNHKが取り上げるなど関心が高まっていきました。最後は、故山本孝史議員が国会で、ご自身が進行がんであることを告白した上で、がん対策基本法の重要性を訴えられて全会一致で可決。2006年に成立、2007年から施行され、がん医療の均てん化が推進されます。2016年には、がん登録推進法が施行。この2つの法律に根ざして、我が国のがん対策は進められてきました。

当初は5大がんが中心でしたが、近年は小児がんや希少がんなどにも光が当てられています。がんは治る時代と言われるようになったことで、がんの予防、がんとの共生、治療と就労の両立、患者の生活の質を重視するといった方向へと転換しています。法律ができる以前に比べて全く違う状況になっているわけです。法律ができるということには、それほどまでに大きな意味を持ちます。ですから、これからの日本を担う若い世代をがんにさせないために、検診を一本化して予防を強くするために、あと一歩の取り組みが必要だと思えます。

尾崎 医師会としても、超高齢社会になり少子化も進んでいく中で、社会を支える元気な人を一人でも増やしたいと考えて

います。そのためにがん検診や生活習慣病予防健診のほか、フレイルや認知症の予防にも早期から取り込むことで、健康長寿の仕組みを整えます。この予防医療の推進によって75歳まで誰もが元気に働ける社会を目指すことが、東京都医師会の医療政策の1つになっています。

予防について教育の観点からも考えてみます。今、私は中学校でがん教育をしています。がんについて事前アンケートを取ると、「怖い病気」「死ぬ病気」「髪の毛が抜ける病気」といった回答がほとんどで、「治る病気」は1つもありません。これらはすべて進んだ段階で見つかったがんの印象なわけです。がん検診による早期発見・早期治療ができていないことの証左ともいえます。

しかし、がんに対する正しい知識を伝えようと、授業後のアンケートは随分と変わります。定期的に検診を受けて、早く見つけて対処すれば怖い病気じゃないということを理解してくれるのです。

垣添 子どもに対するがん教育は非常に重要ですね。小学生であっても先生がしっかりと話をされると相当よく理解してくれます。タバコの害について話を聞いた子どもの「お父さんタバコは体に悪いからやめてよ」という言葉が禁煙の決め手になったという話はよくあります。

尾崎 中高生の喫煙率もかつては高かったですが年々減少しており、今アンケートを取ると数%程度です。問題は、学生の健康管理に取り組んでいるような大学がないこと。がん教育でせつかくタバコから遠ざけていたのに、大学に入って周りの影響で喫煙し始めては意味がありません。そうならないように大学でも健康管理に取り組んでほしいと思っています。

垣添 私もそう思いますね。私が医学部を卒業した頃、がんの5年生存率は40%を

下回っていました。現在はもうすぐ70%に届こうとしているのに、世の中のイメージはいまだに「怖い病気」「死ぬ病気」のまま。この現状を変えたいというのが、私の残りの人生でやりたいことの1つです。

がんは治る病気、誰でもかかる可能性があるものだから、がんになっても落ち着いて正しい情報を集めて、正しい対処をするんだという考え方が広まったら、今よりもっと住みやすい世の中になると思います。日本中に刷り込まれている、がんに対する固定観念を壊したいのです。

私自身、早期の大腸がんと腎臓がんを経験したがんサバイバーです。大腸がんは、国立がんセンター（現国立がん研究センター）の病院長時代に、職員検診で便潜血検査を受けたときに見つけて、結果的に1日も休まないで治しました。腎臓がんは総長の時代です。がん予防・検診研究センターの検診を体験受診したところ、自分の左腎臓の画像を見てがんだとわかりました。当時一緒に受けていた妻にニコニコしながら「がんが見つかったよ」と言ったら、「がんが見つかって喜んでる人は初めて見た」と言われましたね。早期がんはすぐに治療して退院できますから、病院長時代の回診でも早期がんの方には「おめでとうございます」といつも言っていました。

尾崎会長も言われたように、早期がんと進行がんは全く別の病気です。早期がんはすぐに社会復帰できますが、進行がんになれば命に関わり心身はもちろん経済的にも大変な思いをします。そうした正しい知識を若い世代にきちんと伝える教育は非常に大事なことです。

尾崎 健康教育の大切さを医師側はよく理解しています。しかし実際にやってくれる人は少ない。従来の学校医活動は年1回の健康診断や、インフルエンザによる学



級閉鎖への助言くらいのもので。今は、がん教育や性教育などがあり、さらにはがんは実際に治療に携わっている先生に、性教育は産婦人科の先生にやってもらいたいという話もあります。東京都医師会では専門の先生と教育の内容を相談して、がん教育や性教育、タバコ、アルコールなどさまざまな教材をつくっています。教材を活用してもらえば生徒に教えることはできるようになっているので、そこまでは学校医としてやってほしいと思っています。

垣添 がん教育で学校医の先生が話をされるときに、がんを経験した患者さんとペアで行くと、やはり経験談は興味関心を引きましますし説得力があるので一層効果があるように思います。

尾崎 確かにそうですね。そして学校医のあり方についても見直したいと考えています。例えば産業医のような全体の健康管理や指導などを責任を持って行う職務が学校医にはありません。今のままではなく、もっと学校に入り込んで健康に関する教育や相談など多様な取り組みを進められる職種に変えていきたいのです。

また、日本の教育も変わらないといけません。いい大学を目指す受験のための勉強ではなく、健康や税金や社会保障といった社会に出たときに知っておくべきことを、大人になる前にわかってもらうことが大事だと思います。



03 これからの医科歯科連携が切り拓く がん予防と医療の新しい時代

尾崎 がんが治る時代になっていくことで、治療と就労の両立、患者の生活の質の向上といった新しい課題が浮上しているという話がありました。その解決には世の中のがんに対するイメージだけではなく、企業の経営者や従業員の意識も変える必要があります。例えば、早期がんを適切に治療して職場復帰し、継続して働けるようにするためには、本人も経営者も周りの同僚も全員ががんの正しい知識を持っているなければいけません。産業医と治療をしている病院の医師とのコミュニケーションも大事になってくるでしょう。

垣添 そうですね。がんを告知されると動転して、そのまま会社を辞めてしまうことがあります。これから治療にお金がかかる

のに、そんなことをしては絶対にいけません。働きながら治療する時代で社会の支援もあるはずなのに、何も知らずに退職するようなことは防げる悲劇です。

がんの情報を得るためにインターネットを参考にするのは構いません。ただし玉石混淆の情報から信頼のおけるものにたどりつくことは至難で、SNSのエコーチェンバーのような状況に陥ると大変です。そうならないためにも、ますます正しい知識の普及啓発が重要になってきます。

がん予防についてはもう1つ、歯科医師との連携というアプローチも考えられます。歯科は口腔を覗くわけですから、粘膜の汚れなどからタバコを吸っている人は一目でわかります。その喫煙者に歯科医師の

先生や歯科衛生士が禁煙を働きかけることも有効ではないでしょうか。日本口腔衛生学会などで話をしていると、そうした動きが始まっていると感じますし、今後も協働が進んでいくように思います。

尾崎 歴史を調べたところ、江戸時代後期には漢方医と歯科医はもう別の職能であったようで、明治に入って医学と歯学が完全に分かれたようです。ただ、歯も口も顔の一部です。そして眼科と耳鼻科は医科なのに、歯科だけが分かれているのは、今になって考えたら不自然です。

垣添 本当にそうですね。

尾崎 垣添会長がおっしゃったように、歯からは多様な情報が得られます。喫煙の有無によるがん治療はもちろん、歯周病と糖尿病の関係、骨粗鬆症、高齢者の誤嚥性肺炎などさまざまなことが絡んできますから、口の中の健康を全身管理の一環として位置づけなければならない時代に入っていると思います。

垣添 全く同感です。口は、私たちが生きていく上で必要な食物の入り口であり、また他者とのコミュニケーションに欠かせない器官であり、実にさまざまな機能を持っています。例えばオーラルフレイルになると死亡リスクが非常に高まるなど、これからの健康増進に向けて医科歯科連携は非常に重要になってくると思います。

尾崎 実は、東京都歯科医師会の北村晃会長は私と同じ東久留米市で開業されていて旧知の仲です。そのご縁から、東京都歯科医師会と東京都医師会が連携してフレイル予防のシンポジウムの開催を予定しています。これを契機に医科歯科連携を強化して、さまざまな取り組みを推進していこうと考えています。

こうした予防医療に取り組むことによって、診療報酬とは別の報酬が出るような社会に変えていきたいのです。もちろん、病気になった人を保険で治す今の医療は大事です。ただ、その前段階の予防に力を入れ

て、病気になる人を減らして元気な人を増やしたら、それに対価を払う仕組みもあっていいでしょう。国を元気にする医療が相応に評価される社会へと転換するべきだと思います。

垣添 イギリスのGP(General Practitioner)は、診断、慢性疾患管理、予防など幅広い医療ニーズに対応するかかりつけ医です。その報酬体系の1つにポイント制があり、予防接種率や禁煙支援などに基づいてポイントが付与され、成果に応じて報酬が支払われます。こうした報酬モデルを参考にすることも大切になってきますね。

尾崎 そうした今後の予防医療の取り組みにおいて、日本対がん協会と東京都医師会はこれまで以上に連携を深めながら取り組んでいきたいと思っています。本日は、がんと生きる時代に求められる社会や医療のあり方について議論を深めるお時間をいただき、ありがとうございました。

