The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	「禁煙の日」に想う
Author(s)	田口, 鐵男
Citation	癌と人. 2011, 38, p. 2-5
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/15471
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

「禁煙の日」に想う

理事長　田　口　鐵　男*

たばこの流行は，人類の歴史の中で最もおおきな公衆衛生上の脅威のひとつである。たばこほど極めて有害で，強力な依存性を持つ合法的薬物は他にはない。皮肉なことに，たばこ関連死亡および発病は完全に予防が可能である。

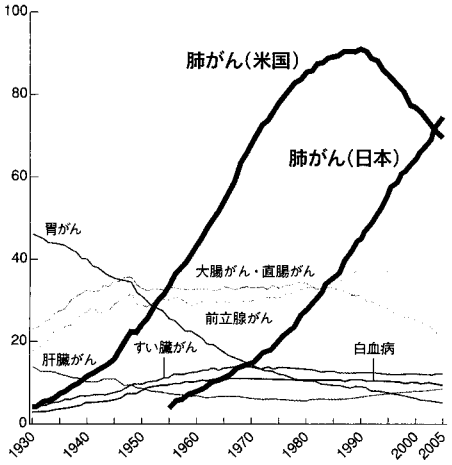
喫煙は，ＷＨＯ（世界保健機関）も指摘しているように，予防可能な単一で最大の喫煙関連疾患の原因である。喫煙が，肺がんを含む多くのがん，心筋梗塞などの循環器疾患，慢性閉塞性肺疾患（COPD）などの呼吸器疾患，消化器疾患，歯周疾患，胎児の成長障害を含む周産期合併傷害の原因となっている。しかし，禁煙することによって，これらの疾患や死亡を確実にかつ劇的に減らすことができるのである。にもかかわらず，どうしてたばこはこの世からなくならないのだろう。

わが国の喫煙率は年々減ってきているようだが，昨年の値上げにもかかわらず，煙草の売り上げは減っていないようだ。平成20年度における喫煙率は男性36.8％，女性9.1％で，死者は，わが国で年間13万人，全世界では年間540万人といわれている。今後はさらに増加して，2030年には，全世界で800万人以上となり，21世紀中には約10億人が死亡するだろうと推計されている。

禁煙先進国である欧米では，すでに積極的な喫煙規制，対策が進められており，その結果，肺がんなどの喫煙関連疾患による死亡が減少し（図1），将来は更に減ることも確実になってきている。

一方，わが国では，厚生労働省を中心とした「健康日本21」「がん対策推進基本計画」，各学会による禁煙推進，さらには9学会合同の「禁煙ガイドライン」作成などが進められ，2006年からは「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ている。しかしながら欧米に比べると，日本における喫煙規制・対策は不十分で，肺がんによる死亡もまだ増加しつつある。

図1　男性人口10万人あたりの肺がん死亡率－日米比較－



American Cancer Society 2009（http://www.cancer.org/downloads/stt/CFF2009_CDR_Male_1.pdf），平成17年人口動態統計報告（厚生労働省公表，http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai05/index.html）より作成．

2010年2月には，日本も批准している「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約（たばこ規制枠組条約：FCTC）」が5年目の期限を迎えた。建物内の完全禁煙化や未成年喫煙禁止など社会的問題を含むことから，その履行のためには社会全体を巻き込んだ国民レベルでの禁煙推進活動に発展させる必要がある。

禁煙推進学術ネットワークは「禁煙ガイドライン」を作成した9学会とそのメンバーを中核とし，現在では12学会が参加し，このたび，スワンスワン（吸わん吸わん）で禁煙を！をスローガンに毎月22日を「禁煙の日」として，日本記念日協会に登録して，これによって，

＊公益財団法人大阪癌研究会理事長，大阪大学名誉教授

喫煙の害や禁煙の重要性に関する知識を一般の方々へ普及・啓発することや，受動喫煙防止のための社会的禁煙推進を活発化させようとしている。毎年5月31日は1988年からＷＨＯ世界禁煙デーとされているが，毎月22日に喫煙の害と禁煙の大切さを知って，実際に行動していただきたいと考えてからのものである。

受動喫煙（Second-hand smoke）

喫煙が非喫煙者に対しても害を与えることは，1981年に平山雄先生が日本人で行った，喫煙者の男性と結婚した非喫煙者の妻における肺がんの研究によりもたらされた。これは受動喫煙の危険性を証明した最初の決定的証拠といえるもので，当時としては驚くべきことであったが，紙巻タバコをまったく吸ったことがなかったにもかかわらず，これらの女性は肺がんにより死亡するリスクが顕著に増加していたのである。それ以来，沢山の研究が，この関連性を確認している。

今日では，受動喫煙が心疾患および脳卒中などの，場合によっては死に直結する他の疾患を増加させている可能性が調査されており，受動喫煙の有害作用に関する新たな科学的証拠が集積され続けている。

受動喫煙の煙または環境たばこ煙（Environmental Tobacco Smoke;ETS）は重要な室内空気汚染であり，ベンゾ(a)ピレンやその他の多環式芳香族炭化水素，ホルムアルデヒド，4－アミノビフェニル，ベンゼンやニトロソアミンなどの突然変異原性で発がん性のある物質を含んでいる。1992年に，米国環境保護庁はETSを「クラスＡ」発がん性物質と分類している。このことは「安全な曝露レベルではない」ことを意味している。

受動喫煙の健康への負担に関する明らかな証拠を示し，政策の重要性と政策提言に対するコンセンサスが年々増えている。いまや非喫煙者をたばこの煙から守ることはWHOたばこ規制枠条約の主要目標となっている。

たばこの煙による汚染から子供の健康を守るための根拠を，科学的観点から，また政策的観点から提供している文書はあまり見当たらない。

WHOの推定では，世界の子供のほぼ半数は，常に受動喫煙にさらされているという。そして，子供は大人よりも頻繁に，集中的に，長時間，受動喫煙の煙に含まれる有害物質にさらされている。子供の健康にとって受動喫煙のもたらす害は，子供時代に留まらず，大人になっても実害をもたらすことが，明確な科学的コンセンサスとなっている。このことは公衆衛生上，重要な意味を持つものである。親やその他の大人，医療従事者，公衆衛生従事者，そして極めて大事なことだが，政策立案者に対し，環境たばこ煙（ETS）が子供の健康に脅威を及ぼす危険性について認識させることが急務である。

たばこ規制枠組条約の第8条は，たばこ煙から（表1）非喫煙者をまもるための法律制度を要求している。また現在153カ国の締結国に対して，公共の場での喫煙規制の履行を求めている。条約はこのような規制を屋内の職場，公共の輸送機関，屋内の公共の場および適当な場には他の公共の場に適用するように明記してある。

これらの規制手段は，受動喫煙への曝露から個人を守ることを目標としているが，両親やまわりの大人が喫煙者である場合に，子供が喫煙者と過ごすことになる主な場所である家庭や車は含まれていない。世界の子供の半分が受動喫煙にさらされている状況を考慮すると，拡大措置が大いに必要である。小児，乳児および胎児は受動喫煙の被害を受けやすい。小児は成人よりも呼吸が速く，一般的に身体活動が激しいため，単位体重あたりで成人よりも煙の中の有害物質をより多く吸い込むことになる。小児は受動喫煙に含まれるある種の有害成分を処理（代謝および排泄）する能力が低い可能性もある。その結果，これらの成分が体内に長い期間留まる可能性がある。加えて，低年齢の小児は，成人や年長の小児よりも煙の充満した場所から離れることができないため，受動喫煙の煙に長く，かつ強くさらされる可能性がある。

（表 1）

「たばこ規制枠組条約（ＦＴＣＴ）」とは，わが国が遵守し履行すべき国際条約です

世界保健機関（WHO）は，喫煙が健康・社会・環境および経済に及ぼす悪影響から，現在および将来の世代を守ることを目的として策定した「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約（たばこ規制枠組条約：ＦＣＴＣ)」を 2005 年２月 27 日に発行しました。

主な内容には，喫煙規制のための全国的な調整機構または中核機関の設立（第５条）や需要を減らすための価格政策・課税措置（第６条），職場や公共の場所を完全禁煙化することによる受動喫煙の防止（第８条）などのほか，条約発効から３年以内に実施すべきこととして，健康被害についての警告表示の強化（第 11 条），５年以内に実施すべきこととして，たばこ広告，販売促進の包括的禁止（第 13 条）などが明示されています。また禁煙治療の普及（第 14 条），未成年者への販売禁止（第 16 条）なども含まれます。さらには，第２回締約国会議において，第８条履行のためのガイドラインが採択され，発行から５年以内に屋内施設の 100%完全禁煙を実現するための法的規制をとることも求められました。

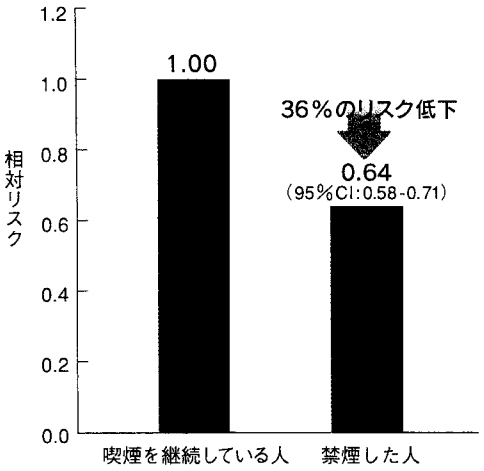
日本は，国会により全会一致での可決･承認を得て，2004 年に 19 番目の国として本条約を批准し締結国となりました。ＦＴＣＴは公衆衛生分野においてはじめて発行された多数国間の国際条約であり，わが国は日本国憲法 98 条第２項に沿って，ＦＣＴＣを遵守し履行する必要があるのです。

ＦＴＣＴ：Framework Convention on Tobacco Control

受動喫煙には安全レベルはなく，受動喫煙への曝露を効果的に防ぐことのできるような実践的な換気レベルもないことから，子供を受動喫煙の害から完全に守ることのできる唯一の方法は，子供が時間を過ごす場所（公共の場所，家庭，車，保育施設，学校）で 100％禁煙の環境を作り上げることである。禁煙の環境を自主規制ではなく，法律によって義務化すべきある。しかし，家庭などの政府規制の範囲が及ばない場所については，教育戦略によって自主的な禁煙方針を作り出すほかにはない。

ここにきて，いつも思い起こされるのは，小林博先生（北大名誉教授）のスリランカにおける「学校から始めた生活習慣病の予防」活動である。先生によれば，がんを始めとするいわゆる生活習慣病である心筋梗塞，脳血管障害，糖尿病などの原因はいろいろあるだろうが，環境要因はほとんど共通である。がんを始めとする生活習慣病の予防は，コミュニティの住民に直接訴えるのが一般的であるだろうが，大人にいくら言ってもあまり効果が期待できないことは，噛みタバコ（口腔がんの原因）の予防キャンペーンで経験済みである。子供は純情ですから，われわれの意図することを敏感に察知し，よく理解し，協力的に反応してくれるので，小中学校をベースにして生活習慣病の予防キャンペーンを開始し，1998 年から 10 年間で見事に成果をあげ実証されている。喫煙率の低下，飲酒（アルコール消費量）の減少，食塩摂取量の低下などの効果がみられている。大いに参考になるエビデンスである。日本においても，このような運動を起こすべきではないだろうか。（図 2）

図２　冠動脈疾患になった後でも，禁煙で減少する死亡リスク



ニコチン依存症と禁煙治療

禁煙しようとしてもなかなかできないのは，ニコチン依存と心理的依存という２つの原因があるからである。喫煙は嗜好や趣味の問題ではなく，喫煙病（ニコチン依存症＋喫煙関連疾患）という病気である。

ヒトが快感や満足感を感じるというのは，脳内にある報酬回路に，神経伝達物質が刺激を与える結果起こる現象である。ニコチンは喫煙により急速に肺から吸収され，数秒で脳内に到達し，本来ある神経伝達物質の代わりに脳内報酬回路に刺激を与えて，快感や報酬感を感じさせることができる。しかし，これを繰り返すうちに，ニコチンがないと脳神経細胞が正常に働かなくなってしまうのである。これがニコチン依存と呼ばれる状態である。

そのため，喫煙者は喫煙すると頭がすっきりしたり，気分が落ち着いたり，リラックスしたりできるのだが，喫煙しないと，ニコチン切れに伴うイライラ，喫煙欲求，落ち着かない，集中力低下，食欲増加，抑うつなどのさまざまな症状（離脱症状）が現れるようになる。

さらに，ニコチン依存によって生じる，喫煙してよかったと想う記憶や，仕事の区切りに吸うといった日常の習慣などにより，それまで喫煙していた状況になると，喫煙したいと想う気持ちが強くなる。これを心理的依存という。ニコチン依存による離脱症状は，一般に禁煙開始後３日以内がピークとなり，その後徐々に消失していくと言われているが，その後でも，なかなか禁煙できないのは，この心理依存の影響が大きいといわれている。

喫煙はやめようとしても，やめることのできない依存症であるから，「喫煙は病気，喫煙者は患者」と認識し，他の生活習慣病と同じように，積極的に治療させるべきでしょう。もちろん，周囲の人々の病気への理解や治療の勧めも，禁煙治療を後押しすることになる。

どうやって禁煙（Smoke-free）すればよいのだろうか。

禁煙は確かに自力で行うこともできるが，禁煙補助薬を用いれば，より効果的に楽に禁煙を達成できるようになった。禁煙補助薬は病院で処方してもらうことができるが，薬局で購入できるものもある。また，病院の禁煙外来で受ける治療には条件を満たせば保険が適用される。

禁煙補助薬を使うと，禁煙成功率が約２－３倍高まるだけでなく，離脱症状を抑えながら比較的楽に禁煙できるといわれている。

終わりに

先般，大阪府立成人病センターの中村正和先生に禁煙治療に対する保険適用と今後の課題について伺った。ニコチン依存症の治療対象となる疾患としての位置づけと，ニコチン依存症管理料の新設によって，健康保険を使って外来での禁煙治療が可能となったことは，喫煙者にとては福音である。しかし，先生は最後に，治療も必要であるが，予防はもっと大切であって，教育と併せてたばこを吸いにくい環境を整えることが重要であると強調された。たばこが安く，自動販売機でどこでも買えるというのは，未成年者の喫煙を促進するような環境である。海外先進国では，まったく逆の環境を創り出しているにもかかわらず，わが国では，未だ甚だしく対応が遅れている。１日も速やかにたばこを吸いにくいような環境創りをする必要があるだろう。また，小中学生の学校をベースとした生活習慣病予防対策のキャンペーンを始めるべきだろう。