

— 受動喫煙防止に向けて — 世界の潮流に遅れない為に

自治医科大学名誉教授／日本呼吸器財団理事長／南栃木病院院長／日本禁煙学会評議員

北村 諭

1. プロローグ

私が喫煙問題に興味を持ったのは、米国留学から戻り、東大第三内科で助手・講師(病棟医長)をしていた1980年代前半頃でした。当時は、ニコチンやタバコ煙抽出液を用いた動物実験や人体による喫煙実験でした。約10編くらいの英和論文の成果をまとめ、1987年に依頼総説原稿として、英文雑誌に、「肺代謝に及ぼす喫煙の影響」と題して掲載しました¹⁾。1996年に第36回日本呼吸器学会総会会長を務めた時から、総会出席者を対象にして喫煙意識調査を開始し、現在まで14年間継続しています。1997年に私が日本呼吸器学会理事長をしていた時に医学会として日本で初めて、禁煙勧告を出し、2002年には「喫煙者には専門医の資格を認めない」とする禁煙宣言を出しました²⁾。

1999年に自治医科大学を退官して、埼玉県立大学の教授に就任しましたが、本格的に禁煙活動(講演会・禁煙外来)を開始したのは、2000年5月に南栃木病院院長(大学と兼任)に就任してからでした。今までに約400人に禁煙指導をしてきましたが(成功率80%)、最近では、毎月15名のペースです。

2. WHOのリーダーシップ

1998年にBrundtland女史がWHO事務局長に就任してから、世界の禁煙活動はかなり加速されました。2003年5月にはWHO総会において「タバコ規制枠組み条約」が192カ国の全会一致で採択されました。条約では、タバコ広告規制、自動販売機規制、タバコ課税強化、タバコの箱に喫煙の有害性を明記することが義務づけられました。その頃、WHOが提案した「他人の煙が生命を削る」という標語は、将に受動喫煙の有害性を世界に強く印象付けたものと思います。

ERS(欧州呼吸器病学会)は、1990年の学会設立以来、学会内にTobacco Control Committeeを組織して、各国政府や議会への禁煙活動を精力的に推進してきました。

3. 世界に広まる受動喫煙防止法

WHOやERS等の地道な努力が実を結び、レストラン・バーなどを含む公共の場所での禁煙法が、アイルランド・ノルウェー・イタリア・リトアニア・アイスランド・イギリス・フランス・スペイン・マルタ共和国・キプロス・スウェーデン等11カ国で施行されました。他の地域では、ブータン・ウルグアイ・ジブチ・パナマでも禁煙法が施行されました。ヨーロッパで最も遅れていたドイツでも最近、ローター・ビンディング氏という連邦議会議員の議員立法により、受動喫煙防止法が成立しました。地域では、カナダ12/13州・米国25/51州・オーストラリア7/8州・ジュネーブ・メキシコ市・バミューダ・プエルトリコ・バージン諸島・マン島・香港など禁煙国・禁煙地域は世界中で、着実に拡大しております。

更に、10億の人口を有するインドでは、08年10月に全国を禁煙にする法案が可決され、公共の場所・レストラン・バス停なども禁煙となり、違反者には罰金200ルピー(445円)が課せられ、近々罰金を1,000ルピー(平均月収の1割)にあげる予定です。

特筆すべきはブータン国であります。この国ではタバコの輸入・販売・所持まで禁止したのです。ブータンでは、タバコは麻薬なみの取り扱いを受けた訳です。

4. 日本におけるタバコ対策は?

2003年のWHOによるタバコ規制枠組み条約の締結を受けて、日本でも厚労省が健康増進法を発

令しました。25条の受動喫煙の防止の項では、公共の場所・公共の輸送機関での受動喫煙防止、飲食店などでの分煙に対しては、財政的援助をしております。しかし、一般飲食店での禁煙・分煙はほとんど進展していないのが現状です。

列車は、07年3月からJR東日本の新幹線・特急列車の全面禁煙が実施され、タクシーもほぼ全国の90%以上の都道府県で禁煙となりました。小・中・高校も敷地内全面禁煙が全国的に実施されました。

ほとんどの医学会の会場も全面禁煙が徹底し、医師の喫煙率も著明に低下しました。特に日本呼吸器学会会員の喫煙率(男女併せた値)は13年前(1996年)の22.7%から、07年の5.8%と著明に減少し、欧米並となりました³⁾。

09年8月のJTの調査によると、日本の男性喫煙率は1966年に83.7%であったのが、38.9%(前年比-0.6%)、女性は11.9%(-1.0%)で、男女合計は、24.9%(-0.8%)と漸減傾向にあります。

5. 世界の全面禁煙の潮流に遅れない為には？

これらの事実からも明らかのように、日本は先進文明国のみならず、低開発国にも遅れを取っています。世界の潮流に遅れを取らないために、我々はこれから何をなすべきでしょうか？

そのためには、3つの方法があります。1) タバコ税を大幅に上げる(因みに英国では1,300円、米国は米国1,100円(NY)、2008年) 2) 自販機を完全撤廃する 3) 法律による屋内全面禁煙であります。

前述したように、最近になって、男性喫煙者は39%、女性が11%と著減してきましたが、まだまだ国民の多くが、タバコの本当の恐ろしさを知りません。06年のEur Respir J⁴⁾で、ヒトの寿命を直接に左右するテロメアの長さが喫煙で確実に

短縮し、すべての癌の発症率が数倍に増加する事が証明されました。また前述のように、日本呼吸器学会会員の喫煙率も13年間で22.7%から07年には5.8%と大幅に低下した実績から、先ず150以上もある日本の医学会会員が率先して、喫煙率を下げる必要があります。

日本の喫煙対策が遅々として進まない理由として、国がJTの株式の半分を所有していることがあげられます。ドイツでは、一人の連邦議会議員、ローター・ビンディング氏の議員立法により、受動喫煙防止法が成立しました。これからは、財務省・JT等とのしがらみの少ない民主党政権下となり、直接、政府に働きかけ、屋内全面禁煙の法律を制定させることが、禁煙推進の最短コースになるのではないのでしょうか。

6. エピローグ

タバコは嗜好品ではなく、極論すると、大量破壊兵器の中の化学兵器です。全世界からタバコ工場をなくし、人類から危険なタバコを排除する必要があります。このような人類共通の重要課題の実現に向けて、皆で力を合わせて行こうではありませんか。

参考文献

- 1) Kitamura S: Effect of cigarette smoking on metabolic events in the lung. Environmental Health Perspectives 1987; 72; 283-296.
- 2) 禁煙宣言学会等の一覧 <http://www.eonet.ne.jp/~tobaccofree/sengengakkai.htm>
- 3) 北村 諭他: 日本呼吸器学会総会(1996-2007)参加者の喫煙アンケート調査(速報). 禁煙会誌 2007; 2(8) <http://www.nosmoke55.jp/gakkaisi/200712/index.html#kitamura>
- 4) Moria M, et al: Eur Respir J 2006; 27; 525-528.