



尼崎発

長尾和宏の

町医者で行こう!!

第12回 町医者から見た禁煙施策

喫煙死「年13万人」という現実

喫煙が原因（がんなど）で亡くなった日本人は、2007年に約12万9000人であると国際医学誌『PLoS MEDICINE』に発表された。次いで高血圧が原因で亡くなった人が10万4000人と推定されている。以下、運動不足が5万2000人、高血糖が3万4000人だった。

日本人の年間死亡者119万人から考えると、本人の喫煙が影響した死亡者が約1割にのぼる計算になる。WHOが2004年に行った世界の死亡者約5900万人の分析でも、最多が高血圧で、2位が喫煙だった。これらの数字を直視することから話を始めたい。

世界でも日本でも、長寿の条件は高血圧と喫煙対策に集約される。臨床の最前線にいる町医者にとっては、診療科を問わずこの2点こそが最重要課題だと認識すべきだろう。

2010年の国民健康・栄養調査によると、喫煙者の割合は男女合わせて19.5%であり、初めて2割を切った。男性の喫煙率は32.2%、女性は8.4%だった。

厚労省は、がん対策推進のため、現状から4割減を喫煙率の数値目標として新しい「がん対策推進基本計画」に盛り込む予定である。19.5%を12.2%まで削減するとのことだ。

さらに医療機関での受動喫煙を0%とすることも目指すという。この方針に現場の医師も全面的に協力したい。タバコで生計を立て

ている小売店やタバコ農家に十分配慮しながらも、対策を急ぎたい。

FCTCを知っていますか？

FCTCとは、「タバコ規制枠組み条約」のことだ。受動喫煙防止などを謳ったこの国際条約に世界の174カ国が加盟している。TPP議論が盛んだが、こちらは「国際協定」。もちろん「国際条約」の方が上位である。

しかし、そもそもFCTCの存在を知っている政治家が一体どれだけいるのであろうか。議員会館に喫煙室があることを見ても、我が国のFCTCへの無頓着さは異常だ。国際的に見れば公約違反であり、直ちに是正措置を講じるべき事態なのである。

有識者の中にも、いまだにタバコは嗜好品だと言い張る方までいて、国民は惑わされている。タバコは毒物以外の何物でもなく、喫煙者の7割は「ニコチン依存症」という病気であることは、論を待たない。

私はタバコが原因で早逝したがん患者さんを何人も自宅で見取ってきた。この世にタバコさえなければ20代の若さでこの世を去ることはなかった、「タバコに殺された」若者を診てきた町医者として、「タバコは毒物である」ことを強く意識することが医師としての矜持だと信じている。

医師の中にも多くのニコチン依存症の方がおり、現実には単純ではない。しかし医師がそ

の認識を持たずにいったい誰が啓発するのか。受動喫煙の方が健康被害が大きいことは、今時中高校生でも知っている。しかし現状では、日本は世界で最も受動喫煙に寛容な国である。「日本の常識」は「世界の非常識」だ。

日本禁煙学会(作田学理事長)はFCTC遵守を強く啓発してきた。FCTCでは受動喫煙を認めていない。いくら分煙しても受動喫煙は防げない。我々医師は、「分煙」という言葉に騙されてはいけない。「分煙を死語に」。これを全国の医師の合言葉にしたい。

兵庫県受動喫煙防止条例

神奈川県では前・松沢成文知事の尽力で全国初の受動喫煙防止条例が制定された。しかし小規模な飲食店は除外され、完全な受動喫煙防止法には至っていない。

そこで兵庫県が今年度内の策定を検討している「受動喫煙防止条例」に期待が集まっている。日本初の屋内完全禁煙化が実現するかどうかである。しかし県議会で様々な抵抗に遭いかなり後退している。飲食店や喫茶店などは除外され、分煙義務に従わない事業者や禁止区域で喫煙した人への罰金規定で最終調整されそうだ。

受動喫煙防止は、またもや事実上、骨抜きにされた。FCTC遵守の視点からは停滞どころか一歩後退である。兵庫県民の一人として大変残念。神奈川、兵庫では叶わなかったが、次の都道府県での挑戦に期待したい。そこでは医師が大きな声を上げてほしい。

禁煙治療は「かかりつけ医」で

健康保険で禁煙治療ができるようになった意義は大きい。当院ではこれまで630人に禁煙治療を行い、成功率は約5割強であった。全国平均(約6割)より成功率が低いのは、私の非力もあるが、精神疾患を有する患者さんの禁煙にも挑戦しているからかもしれない。

意外に多いのが子供の禁煙治療の依頼だ。保険適用の要件はブリンクマン指数(1日の喫煙本数×喫煙年数)200以上とされているため、未成年はほとんどが自費診療となる。しかし禁煙は早ければ早いほどいい。未成年にも保険適用の門戸を広げていただけるよう、この場を借りてお願いしたい。

大病院でも禁煙外来が続々と立ち上がり、喜んでいる。しかし禁煙治療には5回の通院が必要であり、地域のかかりつけ医で治療ができれば理想的だ。地区医師会が中心となって定期的に「禁煙治療の指定講習会」を開催し、禁煙治療医療機関を大幅に増やすべきだと思う。禁煙は本来、がん対策基本法の予防の項の根幹に位置づけられるべきであろう。

高校や大学でタバコの講義を何度もしてきた。そこで必ず出る質問は、「そんな毒物を国がなぜ許可しているのか?」。大変真つ当な質問である。しかしこの質問に正確に答えるには少々、マニアックな知識が必要だ。

もし子供たちに正確に答えたいと考える方には、拙書で大変恐縮だが『禁煙で人生を変えよう—騙されている日本の喫煙者』(エピック)をぜひご覧頂きたい。マスメディアのみならず医学界をも巻き込むタバコ戦略のカラクリを述べている。目の前のニコチン依存症の患者さんには何の罪もない。患者を救いたいと願う医師であるなら、それを操る国家システムや法律にまで目を向けて欲しい。

ニコチンパッチやバレニクリンによる保険診療が認められ、医師として禁煙治療に関わりやすい環境は整っている。次に必要なのは、現場の医師の熱意で禁煙治療に取り組むことである。個人的には、歯科医師にも協力していただきたいと考えている。

ながお かずひろ：1984年東京医大卒。95年、尼崎市に複数医師による年中無休の外来・在宅ミックス型診療所「長尾クリニック」を開業。近著に『蘭学医・関寛斎 平成に学ぶ医の魂』(エピック)など。