

The 23rd Lung Cancer Mass Screening Seminar

国際的視点からみる日本のタバココントロールの現状 —肺癌検診関係者や日本肺癌学会はタバコとどう対峙すべきか—

繁田正子¹

Present State of Tobacco Control in Japan from an International Viewpoint

Masako Shigeta¹

¹Department of Epidemiology for Community Health and Medicine, Graduate School of Medical Science, Kyoto Prefectural University of Medicine, Japan.

ABSTRACT — I would like to urge the members of the Japan Lung Cancer Society to recognize the importance of tobacco control and to participate actively in it. Tobacco is the greatest cause of lung cancers, many of which are incurable and have a high mortality rate. As physicians, the task that most of our energy should be focused on, is tobacco control. The reason is specified in “The role of health professionals in tobacco control”, the statement of the WHO for World No Tobacco Day in 2005; 1. Encourage their members to be role models by not using tobacco and by promoting a tobacco-free culture. 2. Assess and address the tobacco consumption patterns and tobacco-control attitudes of their members. 3. Make their own organizations' premises and events tobacco-free and encourage their members to do the same. 4. Include tobacco control in the agenda of all conferences. 5. Advise their members to routinely ask patients about tobacco consumption and exposure to tobacco smoke. 6. Influence health institutions and educational centres to include tobacco control in their health professionals' curricula. 7. Actively participate in World No Tobacco Day every 31 May. 8. Refrain from accepting any kind of tobacco industry support. 9. Ensure that your organization has a stated policy on any commercial or other kind of relationship with partners who interact with or have interests in the tobacco industry. 10. Prohibit the sale or promotion of tobacco products on your premises. 11. Actively support governments in the process leading to implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. 12. Dedicate financial and/or other resources to tobacco control. 13. Participate in the tobacco-control activities. 14. Support campaigns for tobacco-free public places. Under the present circumstances, it is difficult to do everything stated above, as we are busy with our everyday practices, however, physicians who treat lung cancer should always follow this spirit.

(JLCC. 2009;49:113-121)

KEY WORDS — Lung cancer, Tobacco, Smoking, WHO (World Health Organization), Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)

Reprints: Masako Shigeta, Department of Epidemiology for Community Health and Medicine, Graduate School of Medical Science, Kyoto Prefectural University of Medicine, 465 Kajii-cho, Kamigyo-ku, Kyoto 602-8566, Japan (e-mail: mshige@koto.kpu-m.ac.jp).

要旨 — 第23回肺癌集検セミナーにおいて、喫煙問題に関する研修を行った。この機会に、すべての日本肺癌学会員に、タバコ対策の重要性を認識し、それに積極的に参画することを強く促したい。肺癌の原因としてタバコはもっとも大きいものである。完治がのぞめない人は多く、死亡率も高い。医師としての力を可能な限りタバコ対策に向けてなければ、市民の命を守ることはできない。学会として個人として具体的に何をすべきかは、WHOの2005年の世界禁煙デーに向けての声明「The

Role of Health Professionals in Tobacco Control」に明記されている。すなわち(1)会員が社会のロールモデルになるよう、タバコを吸わず無煙文化を推し進めるよう促す、(2)会員の喫煙状況やタバコ規制に関する態度などを調査する、(3)学会の建物やイベントを禁煙にする、(4)会議の声明には必ずタバコ規制を盛り込む、(5)会員に対して常に患者の喫煙状況やタバコ煙曝露状況を尋ねるように求める、(6)所属施設の業務内容にタバコ規制を入れるよう促す、(7)WHOの世界禁煙デーに積極的

¹京都府立医科大学大学院医学研究科地域保健医療疫学。別刷請求先：繁田正子，京都府立医科大学大学院医学研究科地域

保健医療疫学，〒602-8566 京都市上京区河原町通広小路上る梶井町465(e-mail: mshige@koto.kpu-m.ac.jp)。

に参加する, (8) タバコ会社からはいかなるサポートも受けない, (9) タバコ会社と交流があったり利益を受けている組織とは関係をもたないように規定する, (10) 所属施設内でタバコを売ったり宣伝したりすることを禁止する, (11) 政府が WHO のたばこ規制枠組条約を守るようにサポートする, (12) タバコ規制に金銭的・非金銭的に貢献する, (13) タバコ規制活動に参加する, (14) 公

共の場を禁煙にする活動を支援する, の 14 である. 現状では, 日々の診療に追われてなかなかすべてを行うことは難しいが, 肺がんを診る医師は, いつもこの精神をもって行動すべきである.

索引用語—— 肺癌, タバコ, 喫煙, 世界保健機関, たばこ規制枠組条約

はじめに

2007 年 4 月 1 日, 「がん対策基本法」が施行された. その 3 つの柱は 1. がんの予防及び早期発見の推進, 2. がん医療の均てん化の促進など, 3. 研究の推進など, である. 日本肺癌学会にとっては, 肺癌の予防・検診・治療を強力に推進する法的基盤ができたといえるが, 人的・経済的基盤については不透明であり, 11 月に開かれた「肺がん集検セミナー」でも不安を訴える声がめだつた.

時はちょうど, この法律の目的達成のため策定された「がん対策推進基本計画」(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-1a.pdf>)において, 肺癌死亡減少の切り札である喫煙率低下に関して目標値設定が見送られ失望感が広がっていた時である. また, 早期発見の推進ということで肺がん検診のガイドライン¹が策定され, 受検率や精度管理について厳しい条件が提示されたが, 実現するための財源などは特に示されなかった. がん医療の均てん化といっても, がん死亡の 2 割を占める肺癌医療に携わる専門医は全国的に不足している. 勤務医の「立ち去り」が話題になるこの時期, 急変が多い肺癌診療に携わる医師は減ることはあっても増えるとは想像しにくい.

なにやら八方塞の感があるが, この行き詰まりを反転への好機にできるかもしれないと考え本稿を書いている. これまで日本の公的な肺癌対策は, 肺がん検診—それもかなり中途半端な体制で—による早期発見の推進と, 保険診療による各種治療に限られていた. 高度経済成長時代は, 多種多様な器械と高価な薬剤を使い, 多くの雇用を生み出す行為が評価された. 研究も, 億単位の画像撮影機器での診断や, 最新の治療に注目が集まった. しかし, それらで肺癌死亡を減らせないことと, それを支えるだけの医療費が存在しないことが明らかになってきている.

肺癌の発生自体を食い止めないと, 日本国民の命を救うことはできない. そのことに国民も行政機関もおおよそ気づいていて, 目標値こそ記されなかったが禁煙支援の重要性は法律に書き込まれた. 我々が率先して動けば,

事態は急展開するのではないだろうか. つまり, 予防を重視する方向へと国民の意識を転換させることである.

実際に, 欧米では喫煙率低下とともに, 着実に肺癌死亡を減らしてきている²(Figure 1). ただ, 結果をだしている欧米諸国といえども過去 50 年間にはタバコ対策に関しては紆余曲折があった. 現実に大量生産・大量販売されている商品に対する規制が, 命や健康という原理だけで進まないのはどこの国も同じである. 巨大産業だけに, 資金力を使って医学界を揺るがすことも³行われた. 欧米の医学界は政治・経済的側面をも取り込んで「行動医学」「社会医学」へと守備範囲を広げタバコから国民の命を守ってきたのである.

熾烈な戦いの半世紀を経て, WHO が 2005 年に見解をまとめた (<http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2005/en/index.html>) のが「The Role of Health Professionals in Tobacco Control」である. これを参考にすれば日本でも劇的な喫煙率低下, そして肺癌死亡減少が達成できるかもしれない. そこで, 本稿では, 国際的視点の基準として WHO のコード集 (<http://www.who.int/tobacco/communications/events/codeofpractice/en/index.html>) を紹介しつつ日本の現状を分析することにする.

タバコ規制における実践行動規範 (Code of Practice on Tobacco Control)

日本肺癌学会としては 2000 年 11 月に「禁煙宣言」を発表し, 学会として事業計画をたてている. そこに書かれている内容は, WHO が採択した保健医療関係団体に向けて示した標記のコード集の項目をかなり含んでおり, その先見の明に誇りを感じる. ただ, すでに 8 年を経過しているが計画がどれほど実践されたかは定かではないし, 欠落しているものもある. そこで, 1 から 14 まであるコード集を順に記載し, 現状を分析することにした.

規範その 1 タバコを吸わない・会員の卒煙を支援する
コード集には「Be a Role Model」と書かれている. 行動科学が発展するなか「医者の不養生」という諺は通用

Mortality for lung cancer by age group, year of death

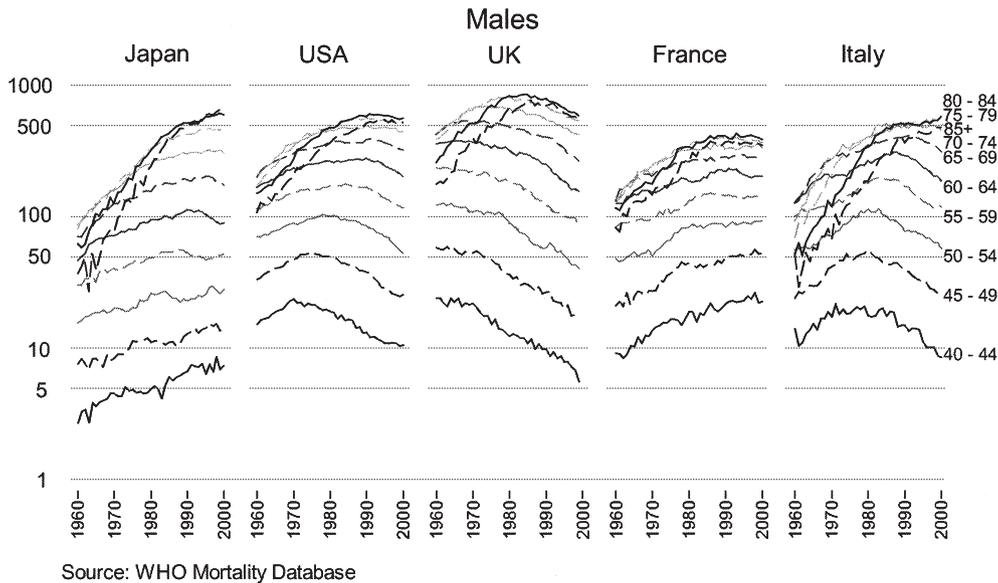


Figure 1. Age-specific rates for males over 40 years of age by year of death for lung cancer in 5 countries, rates per 100000.

しなくなっている。自分が拒否していることを人に勧めても説得力はない。また、モデリングとって、責任ある職務にあるものの姿勢は社会的影響をもつことがわかってきている。自分たちがタバコを吸わない、あるいは止めていくことで社会に貢献できるのだと認識すべきである。

わが国でも医師の喫煙率は低下傾向にあり、特に呼吸器医では2001年12.6%から2007年3.9%と際立って低下していた。⁴しかし、これは特殊で、2004年の医師会員の調査では男性医師21.5%、女性医師5.4%であった(<http://www.med.or.jp/nichinews/n170105f.html>)。世界的には英国2% 米国3%といわれ、文字通り桁違いの差である。看護師の喫煙率も2001年24.5%から2006年19.9%と低下傾向にあるが⁵一般女性より高い。まずは、ここから改善すべきであろう。

もちろん、それは強権的に行ったり、根性論で迫ったりするようなものではない。あくまで科学的に行われるべきものである。タバコを吸うことはニコチン依存症を併発していることであり、卒煙(タバコを吸う習慣から完全に脱すること)は、一つの疾患を治癒せしめる医療行為である。それを熟知し、会員が卒煙できるよう多くの支援を行うことが組織の義務であるというのがこの項の真意である。学会としての支援策がのぞまれる。

吸っている会員は本学会も参画して策定された「禁煙治療のための標準手順書」(http://www.j-circ.or.jp/kinen/anti_smoke_std/)を参考に、まずは挑戦してみ

はどうだろう。卒煙のあかつきには最高のロールモデルとして、吸ったことのない人の何倍も力を発揮できることは確実である。科学的にみれば、何度か挑戦して完治するのがニコチン依存症の経過であり、初めての挑戦なら気楽に、何度目かの挑戦ならさらなるレベルアップをめざして、明るく「卒煙チャレンジ」に取り組みれば結果は必ずついてくるはずである。

規範その2 タバコに関する状況を調べ話題にしよう

2007年10月に日本たばこ産業が発表した日本の喫煙率は(http://www.jti.co.jp/News/2007/10/20071017_01.html)男性40.2%、女性12.7%だった。我々の目の前には多くの喫煙シーンが今も繰り広げられている。そして、年間に6万人もの肺癌死亡がおきており、関係者の間でタバコのこと話題にならないほうがおかしい。日常業務に追われて「タバコどころではない」と考えることは本末転倒である。タバコ対策が進まない限り、この忙しさは無限に悪化するからである。

これほどの大事なのに、新聞にもテレビにもめったにとりあげられない。その原因のひとつは、専門家の間でも話題になっていないことである。学会のメインテーマにいれるか、なんらかのアクションをおこせば、自然と社会の話題になるはずである。

日本の肺癌死亡の3分の2がタバコに起因すると計算されるのなら、学会の演題の3分の2がタバコに関するものであってもおかしくないが、2007年総会で一般演題778題中、タバコや喫煙・禁煙がタイトルにあがってい

る演題はわずか12題であった。それでも2006年より少し増えており、タバコに関わるシンポジウムや教育講演が2つあった。変化のきざしは感じられたが、学会としてタバコを話題にする場をさらに多く提供する必要がある。個々においては、臨床、基礎、社会的問題を問わず、積極的に研究課題を発掘し、多くの関係者と話し合えるよう演題提出に努めるべきであろう。会員の喫煙率調査ものぞまれる。

規範その3 自分たちが関わる建物の中やイベントを無煙にしよう

簡単そうで、まだできていない団体が多いのではないだろうか？日本ではいまだに喫煙をひとつの嗜好ととらえ、吸う場所をつくるのが思いやりという認識をもっている人が多い。会議室は禁煙でも、懇親会となれば、灰皿がテーブルの上に並べられているのが常である。病院でもホテルでも自宅でも、何かといえば喫煙場所を準備し灰皿を設置し、それが吸う人・吸わない人両者への思いやりだと宣伝されている。しかし発がん物質を共有しあう思いやりなどありえないのである。

すでに、多くの医学研究で受動喫煙と肺癌の関係は科学的真実として確立されている。2006年6月27日、米国ワシントンD.C.で行われた公衆衛生総監報告はRichard H. Carmona博士の「Debate is over. The science is clear.」という明確な言葉からスタートした。⁶そして、受動喫煙は単なる迷惑問題などではなく、死や病気につながる深刻な害毒なのである、と続けられた。受動喫煙と肺癌に関連性があることを最初に報告したのは、日本の平山雄博士であることはよく知られている。⁷IT化とは無縁だったこの時代に、91540人の既婚女性を14年フォローアップし受動喫煙と肺癌の関係を明らかにした進取の精神にとむ仕事は、4半世紀を経てさらに輝きを増している。わが国が対策のモデルになってもおかしくないのである。

その後、質の高いメタアナリシスが受動喫煙と肺癌の関係を強く支持し、⁸⁻¹⁰特に職場での受動喫煙の影響の大きさが明白になっている。タバコ煙が室内に存在するという自体、現代の環境基準ではあってはならないことである。アスベストの除去に厳重な防御服が必要なら、喫煙ルームの掃除をする人も同じ服を着る必要があるのだ、ということも多くの人に教えないといけない。かなり進んできているとは思いますが、所属する病院や検診センターなどはすべて屋内禁煙になっているか、学会や研究会の会場や懇親会場が禁煙になっているか、今一度確認してほしい。

規範その4 タバコ対策を活動の目標にいれよう

学会としては、1997年の日本呼吸器学会について2番目に日本肺癌学会が宣言をだしている。その勇気と見

識にあらためて敬意を表したい。宣言をだすことに意味があるのか、と疑問を呈するむきもあるが、WHOのコード集でも重視されており、目にみえる旗印は意義深い。

当会宣言は、前文の「喫煙は、肺癌をはじめとして種々の病気の原因となるが、また予防できる最大の単一原因でもある。タバコを吸わないこと、またタバコを吸っている人でも禁煙をすることで病気の危険性が少なくなる。『禁煙』こそ健康への第一歩である」に、「喫煙が肺癌リスクを大きくし、また肺癌患者の生存を不良にする十分な証拠が蓄積されたことを踏まえて、日本肺癌学会は、医療従事者はもとより広く国民全体にタバコのない社会づくりを強く勧告する」という勧告が続く。説得力のある文章であり、さらに社会に浸透するよう広報活動を期待したいところである。会員みなが内容を熟知すべきはいうまでもない。

規範その5 「卒煙しよう」とアドバイスし、卒煙を支援しよう

検診の場には、タバコの害には無関心な青年や中年の喫煙者が集まる。医療の場には、喫煙によって多くの症状や疾患をかかえた人が集まる。いずれにしろ、保健医療関係者の前を、多くの喫煙者が行き来している。どちらも、医師や看護師からのアドバイスを受け入れやすい環境である。駅や繁華街ですれ違った人にまで助言しようとはいわない。しかし、自分の患者、自分のクライアント、自分の家族や友人、身の回りの近い人にアドバイスすることは、医療関係者の責務である。

多くの臨床医は「禁煙してもすぐにリスクは下がらない」というこれまでの疫学研究の一部を拡大解釈し「もう年だから禁煙を勧めても効果は小さいだろう」「肺癌になってしまった人にいまさら…」と高齢者や有病者への禁煙支援に消極的だったように見受けられる。それが、いかに「もったいない」ことだったのかを示す「禁煙の効果」に関する報告が多くでてきている。^{11,12}禁煙は早いほどいいのは事実だが、遅すぎることは決してない。

おりしも、2007年総会のシンポジウムで、日本では、いったん吸い始めると卒煙する率が低いことが問題で、喫煙率を下げれば2015年には肺癌死亡を2.9%減らせるという祖父江らの発表(<http://www.nosmoke-med.org/PDF/Drsoebue.pdf>)があった。関係者の身の回りで1人でも2人でも卒煙者ができれば、確実に肺癌死亡は減る。アドバイスの仕方に関しては多くの本がでており、^{13,14}ぜひコツを掴んでアドバイスに励んでほしい。検診の効果や、治療における予後の改善にもつながる。業務改善の一貫という認識も広げるべきであろう。

規範その6 タバコについての教育を実践しよう

日本肺癌学会の作成配布した青少年向けのポスターはアニメのキャラクターを使った印象的なもので、学校に

もっていくと生徒が集まってくる秀作である。ただ、そのポスターの何割が学校で貼り出され、どれくらいの学会員が青少年にみせ語ったのかが問題である。検診や医療の現場にいと、どうしても中高年や疾患をもった人への対応が中心になる。もちろんそれは重要だが、健康と感じている一般市民や、まだタバコを吸っていない小中高生、大学生など比較的若年者への教育がないと世の中は変わらない。

タバコを売るほうの側にとっては、高齢者に売るよりも若者に買ってもらったほうが将来的に安泰なわけで、自動販売機には若者向けブランドの広告が並んでいる。こういう状況のなか、今回の肺がん集検セミナーで防煙教育がとりあげられたことは、たいへん意義深い。一般市民や若年者にとって、肺癌診療の現場からの一言は非常に説得力がある。学校の教師に、幼稚園保育園の父兄に、地域の公民館の行う健康セミナーで、検診センターや病院の健康講座で、と教育の場は無数にある。

何か講演をと頼まれたら（頼まれなければ自らかってで）「タバコ問題について話しましょう」と力説すれば、すぐにマイクをもたされることになるだろう。教材となるスライド集などもあちこちからでており、^{15,16} 今回講演された佐藤功医師に指導を仰ぐこともできる。学会としても積極的にイベントなどを企画して情報発信の中心の役割を果たしてほしい。

WHOのコード集では、内部での教育システムの重要性も説いている。今回の肺がん集検セミナーでの講演のように、会員の研鑽の場で禁煙支援やタバコ対策についてのトレーニングが行われるようにしたいものである。

規範その7 世界禁煙デいのイベントに参加しよう

規範その12 タバコ規制に投資しよう

規範その13 タバコ規制にとりくむ団体に参加しよう

日本肺癌学会の禁煙宣言にも「イベントを実施する」と書かれているがその数などは明らかになっていない。また、情報提供や活動に必要な教材作成など、それなりの予算をつけてキャンペーンを実施しないと結果はついてこない。未成年向けのポスター以外に、市民向け、医療関係者向け、そのほか多様な活動に対して予算をつけタバコ規制を進める必要があるだろう。今後の企画に期待したい。また、全国各地でイベントが開かれるようになってきている。世界禁煙デイ前後には、都道府県単位でひとつは企画があるはずである。肺癌学会として応援するもよし、個人で参加するもよし、なにかアクションをおこそう。専門家の参加は、多くの活動家を勇気づけること確実である。

そういうイベントをきっかけに、職種を超え、職場を超え、ネットワークが築かれつつある地域が多い。タバコ対策は一職種、一団地で結果をだせるような相手では

なく、関係者の輪が広がってこそ成果がでる巨大なテーマである。仲間づくりから始めるのが、遠いようで近い道といえよう。もし近くに活動している団体がいない場合は、筆者の所属しているNPO法人京都禁煙推進研究会（Tel: 075-822-3514 <http://www.tobacco-free.jp/>）に参加してもらってはどうかだろう。会員は全国に広がっており、多職種で地に足をつけた活動を行っている。NPO法人日本禁煙学会（<http://www.nosmoke55.jp/>）の活動も活発である。厚生労働省の世界禁煙デイベントなどは「最新たばこ情報」(<http://www.health-net.or.jp/tobacco/front.html>)に掲示される。もちろん、我々は世界の一員であり、本家本元のWHOの情報(<http://www.who.int/tobacco/en/>)に注目しておくとも最先端の情報が得られてグローバルスタンダードにのった活動ができる。世界禁煙デいのポスターや資料集などは、ホームページで申し込めばWHOから無料で何冊でも届けられる。**規範その8 タバコ会社からいかなる資金供与も受けない**

規範その9 タバコ会社と共同して研究などを行わない

臨床関係者にとってはあまり関係ないように思えるかもしれないが、この問題はたいへん重要で非常に難しい問題である。タバコ会社が企業としての生き残りをかけ、一般向けにも、科学者向けにも「喫煙はそれほど大きな害はない」と思わせるよう戦略を練り、研究にさまざまな形で関わってきたこと、害を矮小化する方向に誘導していたことについては多くの証拠がある。^{3,17,18} 世界医師会の宣言にも研究者も臨床医もいかなる形でもタバコマネーと関係をもたないということが倫理規定に明記されており（<http://www.wma.net/e/policy/h4.htm>）、その意義は深く重いものである。

しかし日本では、日本たばこ産業の寄付によって運営されている「喫煙科学研究財団」(<http://www.srf.or.jp/>)が1986年設立以来20年にわたり巨額の研究助成を行っており、多くの有力な研究者が助成を受けている。今後、整理していくべき重大な課題といえよう。助成した科学者との絆のもと、日本たばこ産業はホームページでもいまだに喫煙の害に疑問を呈するようなコメントをのせ、喫煙率目標値設定などにも堂々と反論を繰り返している（<http://www.jti.co.jp/sstyle/think/index.html>）。医学会や医学者をコントロールできる自信あつてのことと思われる。関係者においては、一日も早い対策を考慮されたい。

規範その10 タバコの広告を廃止させよう

規範その11 たばこ規制枠組条約を支持しよう

2005年2月に発効した、WHOたばこ規制枠組条約（WHO Framework Convention on Tobacco Control: FCTC）を、日本は国として批准し拠出金をだしている。

政府が公に発表し認識していると思われる締結国としての義務は次のとおりである (http://www.mofa.go.jp/mofaj/press/release/17/rls_0225e.html). 1. 職場などの公共の場所におけるたばこの煙にさらされることからの保護を定める効果的な措置をとる, 2. たばこの包装及びラベルについて, 消費者に誤解を与えるおそれのある形容的表示などを用いることによってたばこ製品の販売を促進しないことを確保し, 主要な表示面の 30% 以上を健康警告表示に充てる, 3. たばこの広告, 販売促進及び後援 (スポンサーシップ) を禁止または制限する, 4. たばこ製品の不法な取引をなくするため, 包装に最終仕向地を示す効果的な表示を行うことを要求する, 5. 未成年者に対するたばこの販売を禁止するための効果的な措置をとる, 6. 条約の実施状況の検討及び条約の効果的な実施の促進に必要な決定などを行う締約国会議を設置する. 締約国は, 条約の実施について定期的な報告を締約国会議に提出する, の 6 つである.

ほう, そんな条約があったのか, と驚かれた会員もおられるに違いない. 政府広報でもマスコミのニュースでもほとんど流されないからである. 1 について, そういえば「健康増進法」ができて喜ばしい, と思われたとしたら, 世界基準を知ってほしい, ヨーロッパの多くの国がいまや, レストランやパブまでも禁煙にしている (<http://www.ensp.org/newsreports/infopressreleases>). 2007 年の FCTC 締約国会議で, いよいよ受動喫煙防止法の制定が義務づけられ 2010 年までに完了すべきという決議になっているが, これも一般には全く知られていない. 私たちになにができるのか, 早急な計画立案が望まれる.

2 のタバコのパッケージについてもまだまだ知られていないようである. 「最近ではタバコのパッケージにいろいろ書いてありますなあ」と評価する非喫煙者によく出会う. 肺癌についていえば現在日本のパッケージには「喫煙は, あなたにとって肺がんの原因の一つとなります. 疫学的な推計によると, 喫煙者は肺がんにより死亡する危険性が非喫煙者に比べて約 2 倍から 4 倍高くなります. (詳細については, 厚生労働省のホーム・ページ www.mhlw.go.jp/topics/tobacco/main.html を参照ください)」と書かれている. これだけ長く書いてあればタバコの怖さが伝わるだろうか? そうはいかないのが依存症の常である. ニコチン摂取のためには, 障壁になる情報はできるだけ読まないようにし, 「疫学的に」とあれば「疫学だけで, ほかの証拠はないんだろう」と, 「4 倍」とあれば「たいした倍率ではない」と考えるのが依存症の典型的症状である. それを見越してこういう文章になっていることに気づいてほしい.

FCTC では, 警告は「短く明確に」と書かれており, 日本のパッケージはその基準を満たしていない. 文章に

ついては Figure 2 にまとめた. 日本の文章がいかにか姑息で非人道的であるか一目瞭然である. 「吸煙引致肺癌」と 6 文字の香港の警告表示は, 読んで字の如しで潔い. 「Smoking Causes Lung Cancer」など, 決して助動詞など使っていないところに注目してほしい.

「短く明確に」の究極として, 写真をもって警告している国が多い. 肺癌に関する各国の写真入パッケージ (Figure 3) をしっかりみて, 日本と他の国々の意識の落差を実感してほしいと考え, 本総会でも発表した.¹⁹ 国際学会などにでかける場合は, まずタバコを買いに行き, それを診察室においておくのが肺癌専門家として今すぐできる活動かもしれない. 市民への情報提供になり禁煙への動機づけに役立つし, 教育にも講演にも効果的な教材になる.

3~6 についても同様に動きは鈍い. テレビでは, タレントが喫煙するシーンが頻繁に映され, アニメにも喫煙シーンは多い. コンビニには若者向けの景品つきタバコが溢れ, 自動販売機には美しい女性のポスターが何枚も貼られている. こんな国は日本だけであり, 日本肺癌学会の存在意義をかけて政府に抗議してほしい.

最後に, 外務省の 6 項目に書かれていないが, 原文でその 6 項目より先に書かれているのは, 「タバコの価格を高くすべし」という条文である. 喫煙率を下げるもっとも効果的な方法はタバコの価格を上げることであり, 現在欧米ではほとんどが一箱千円を超えている. また, 零細な小売やタバコ農家の転業支援をすることや, 環境破壊を阻止することなど, 包括的で奥の深い条約であり, タバコというものへの知識をまとめるためにも最適である. すべての医療関係者が FCTC の全体像をつかんで職業上の規範として発言・行動して欲しい. 一般市民向けに FCTC を紹介しているものとしては日本呼吸器学会作成の小冊子 (<http://www.jrs.or.jp/home/uploads/photos/325.pdf>) などもある.

規範その 14 公的な場の禁煙を推進しよう

規範その 3 で述べたように, 受動喫煙の害はあまりにも大きく, 日本の法的規制はあまりに遅れている. 2007 年の WHO 世界禁煙デーのテーマは「Smoke-Free Environments」であり, 不特定の人が集まる場所はすべて禁煙にすべし, と高らかに宣言している. 受動喫煙のリスクは長年矮小化され見逃されてきた. 日本では今も見逃されている. WHO の説明文は, 「まさかそれほど」「だって今まで…」と誰もが陥りやすい「Myth (神話)」について, わかりやすく解説している (<http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2007/en/index.html>: 日本語訳は <http://www.nosmoke55.jp/wntd/2007.html>).

公的な場の禁煙が急がれるのは, 受動喫煙と循環器疾

Country	Picture Warning	Sentence	Character count
Iceland	—	Reykingar valda banvænu krabbameini í lungum. (Smoking causes fatal lung cancer.)	39
America	—	Smoking Causes Lung Cancer, Heart Disease, Emphysema, and May Complicate Pregnancy.	69
Argentina	—	El fumar es perjudicial para la salud (Smoking is detrimental to health.)	31
England	+	Smoking causes fatal lung cancer	28
Italy	—	Il fumo provoca cancro mortale ai polmoni. (Smoking causes fatal lung cancer.)	35
India	+	Tobacco Kills Tobacco causes slow and painful death	44
Indonesia	—	Merokok dapat menyebabkan kanker, serangan jantung, impotensi dan gangguan kehamilan dan janin. (Smoking can cause cancer, heart attack, impotency and problems during pregnancy as well as affect the health of the newborn.)	81
Australia	+	Smoking Causes Lung Cancer	23
Austria, Germany	—	Rauchen verursacht tödlichen Lungenkrebs (Smoking causes fatal lung cancer.)	37
Holland	—	Roken veroorzaakt dodelijke longkanker (Smoking causes lung cancer.)	35
Canada	+	CIGARETTES CAUSE LUNG CANCER	25
Korea	+	흡연은 폐암 등 각종 질병의 원인이 되며, 특히 임신부와 청소년의 건강에 해롭습니다 (Smoking causes lung cancer and other diseases and it is especially dangerous for teenagers and pregnant women.)	34
Singapore	+	Smoking Causes Lung Cancer	23
Sweden	—	Tobak skadar din hälsa allvarligt (Tobacco causes serious harm to your health.)	29
Thailand	+	ก้นบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอด (Cigarettes cause lung cancer.)	18
Taiwan	—	抽菸會導致肺癌、心臟病、氣腫及與懷孕有關的問題	21
Chile	+	ESTOS CIGARILLOS TE ESTAN MATENDO (These cigarettes are killing you.)	29
Turkey	—	Sigara içmek ölümcül akciğer kanserine neden olur. (Smoking causes lethal lung cancer.)	42
Japan	—	喫煙は、あなたにとって肺がんの原因の一つとなります。疫学的な推計によると、喫煙者は肺がんにより死亡する危険性が非喫煙者に比べて約2倍から4倍高くなります。(詳細については、厚生労働省のホームページwww.mhlw.go.jp/topics/tobacco/main.htmlを参照ください)	124
New Zealand	+	Over 80% of lung cancers are caused by smoking	38
Brazil	+	Fumar causa câncer de pulmão (Smoking causes lung cancer.)	24
France	—	Fumer provoque le cancer mortel du poumon. (Smoking causes fatal lung cancer.)	35
Venezuela	+	Fumar causa cancer de pulmón, tos, enfisema pulmonar y bronquitis crónica (Smoking causes lung cancer, coughing, pulmonary emphysema and chronic bronchitis.)	61
Belgium	+	Smoking causes fatal lung cancer	28
Portugal	—	Fumar provoca o cancro pulmonar mortal. (Smoking causes deadly lung cancer.)	33
Hong Kong	+	吸煙引致肺癌 (Smoking causes lung cancer.)	6
Malaysia	—	AMARAN OLEH KERAJAAN MALAYSIA, MEROKOK MEMBAHAYAKAN KESIHATAN (Warning by the government of Malaysia, Smoking endangers health.)	28
Jordan	+	No sentence	0
Latvia	—	Smēķēšana izraisa neārstējamu plaušu vēzi (Smoking cause incurable lung cancer.)	37
Russia	—	К у р е н и е — п р и ч и н а р а к о в ы х з а б о л е в а н и й (Smoking causes cancer.)	32

Figure 2. Warnings of lung cancer on tobacco packages.

患の強い関係が明らかになってきたことも大きい。欧米諸国で公共の場の室内禁煙を実施したら虚血性心疾患発症が激減したという報告が相次いでいる。臓器別に危険性を訴えることにとどまらず、タバコの害全体に目をむけ、早急に受動喫煙ゼロ社会をめざして行動すべきであろう。

日本では「喫煙者を邪魔者扱いしては気の毒」「吸う場所をつくってあげるのが親切」という反応があり、いまだに庁舎や病院、学校などに喫煙所が残っている。受動喫煙による健康被害はもちろん甚大だが、なにより吸っている本人を死地に向かわせているということを、医療関係者が率先して伝えねばならない。環境基準をはるかに上回る粉塵がとびかう喫煙室でタバコを吸えば、外で

吸うより余分に発がん物質を吸入し、酸素欠乏になり喫煙者本人にとって危険極まりない。

日本肺癌学会の禁煙宣言では「(7) 受動喫煙の害を排除するために職場、公共の場所に喫煙所の設置を働きかける。」となっている。前段の志は素晴らしいのだが、後半は古い考えといわざるをえない。早急に文章を改変し、あらゆる室内を無煙にするべく行動を個人的にも組織的にも開始しようではないか。

欧米（香港や台湾でも）で実施できている背景には、禁煙支援の科学もどんどん進み、禁煙が容易になってきていることがある。喫煙者の禁煙を支援し健康を守るという意義もある。喫煙者も非喫煙者もどちらもが利益を得るのが室内禁煙であるという認識をもてば道は遠くない。



Figure 3. Picture based cigarette health warning.

い。日本でも受動喫煙ゼロ社会の扉をあけるために、専門家の科学的根拠に基づく行動が今こそ必要だといえよう。

おわりに

こうした現状をみてみると、わが国におけるタバコ規制の道のりは、まだまだ先がみえないという気がしてくる。しかし、日本肺癌学会が宣言をだした2000年の男性喫煙率は53.3%であった。たった8年で2割も減少したことになる。電車内のタバコ広告や街中の大看板も消えた。医療サイドが幾度となく提案し、そのたびにタバコ会社の反対で抹消されてきた「喫煙率半減」の目標は実は、国民のもつ見識によって達成されそうな勢いである。

今回の企画を通じて、小さくても着実な一歩が進むことを願っている。

REFERENCES

1. 佐川元保, 中山富雄, 遠藤千顕, 濱島ちさと, 齋藤 博, 祖父江友孝. 有効性評価に基づく肺がん検診ガイドライン (普及版). 癌と化学療法. 2007;34:481-501.
2. Marugame T, Yoshimi I. Comparison of cancer mortality (lung cancer) in five countries: France, Italy, Japan, UK and USA from the WHO Mortality Database (1960-2000). *Jpn J Clin Oncol*. 2005;35:168-170.
3. Francis JA, Shea AK, Samet JM. Challenging the epidemiologic evidence on passive smoking: tactics of tobacco industry expert witnesses. *Tob Control*. 2006;15(Suppl 4):iv68-iv76.

4. 北村 諭, 小林 淳, 重永哲洋. 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). <http://www.nosmoke55.jp/gakkaisi/200712/index.html#kitamura>
5. 社団法人日本看護協会. 2006年「看護職のたばこ実態調査」報告書. <http://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/2007/tabakohokoku.pdf>
6. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. <http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/>
7. Hirayama T. Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan. *Br Med J*. 1981;282:183-185.
8. Taylor R, Najafi F, Dobson A. Meta-analysis of studies of passive smoking and lung cancer: effects of study type and continent. *Int J Epidemiol*. 2007;36:1048-1059.
9. Stayner L, Bena J, Sasco AJ, Smith R, Steenland K, Kreuzer M, et al. Lung cancer risk and workplace exposure to environmental tobacco smoke. *Am J Public Health*. 2007;97:545-551.
10. International Agency for Research on Cancer (World Health Organization). Tobacco Smoke and Involuntary Smoking; Summary of Data Reported and Evaluation. <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/volume83.pdf>
11. Huxley R, Jamrozik K, Lam TH, Barzi F, Ansary-Moghaddam A, Jiang CQ, et al. Impact of smoking and smoking cessation on lung cancer mortality in the Asia-Pacific region. *Am J Epidemiol*. 2007;165:1280-1286.
12. Wakai K, Marugame T, Kuriyama S, Sobue T, Tamakoshi A, Satoh H, et al. Decrease in risk of lung cancer death in Japanese men after smoking cessation by age at quitting: pooled analysis of three large-scale cohort studies. *Cancer Sci*. 2007;98:584-589.
13. 中村正和, 田中善紹. 全臨床医必携禁煙外来マニュアル. 東京: 日経メディカル開発; 2005.
14. 神奈川県内科医学会. 禁煙医療のための基礎知識. 東京: 中和印刷; 2006.
15. 平間敬文. 子供たちにタバコの真実を—37万人の禁煙教育から—. 京都: かもがわ出版; 2002.
16. 認定内科専門医会タバコ対策推進委員会/禁煙講演スライド作成部会. 認定内科専門医による禁煙支援のためのスライド. 内科専門医会誌. 2006;18:211.
17. Yach D, Bialous SA. Junking science to promote tobacco. *Am J Public Health*. 2001;91:1745-1748.
18. Ong EK, Glantz SA. Constructing “sound science” and “good epidemiology”: tobacco, lawyers, and public relations firms. *Am J Public Health*. 2001;91:1749-1757.
19. 繁田正子, 小笹晃太郎, 田中善紹, 安田雄二, 榎堀 徹, 岡田慶夫, 他. 肺癌に関するタバコ警告表示について—日本と海外の比較検討より—. 肺癌. 2007;47:605.