

4. 禁煙指導とその有効性

It is easy to quit smoking. I've done it a thousand times.

— Mark Twain (1835~1910年)

タバコをやめるのは簡単だ。私なんて1,000回以上禁煙している。

2015年のGlobal Burden of Disease (GBD) 調査¹⁾によると、日本のDALYs (disability-adjusted life years, 生涯調整生存年数)*の約8%は喫煙によるとされ、食生活(12%)、高血圧(9%)に続き3番めに大きなリスク因子となっています。

健康寿命やQALY (quality-adjusted life year, 15章参照)の最大化を目的とする予防医学の観点からみると、日本は食生活に関しては世界でもトップレベルの健康国家ですが、ことタバコに関しては残念ながら後進国といわざるをえません。女性の喫煙率はアジア全体の傾向として低めの約8%ですが、男性の喫煙率は32%とOECD平均(約24%)よりかなり高いです。政策的にも臨床的にも禁煙促進策が十分に取られていないのが現状です。

その背景には、「タバコは嗜好」「喫煙は個人の責任」という通念が影響しているように思えます。しかしながら、タバコは本当に個人の嗜好問題に帰着できるのでしょうか…？ 私はそうは思いません。なぜそういえるのか、簡単にまとめてみます。

*病的状態、障害、早死により失われた年数を加算した総合的な疾病負荷を示す。早死にすることによって失われた年数(YLL, years of life lost)と、障害を有することによって失われた年数(YLD, years lost due to disability)を足すことで算出される。

本音トーク 1 喫煙は個人の問題じゃない 「社会全体の問題」

この問いには3つの視点があると思うので、分けて考えます。

1. 受動喫煙(他人に対する影響)の視点
2. 喫煙者本人の健康に対する視点
3. タバコそのものの性質に対する視点

1. 受動喫煙(他人に対する影響)の視点

受動喫煙は周囲の人の健康リスクを高めることが明らかになっています。国立がんセンターの研究²⁾では、主に家庭、その中でも配偶者の受動喫煙により、肺がんリスクが約1.3倍に上昇することが示されています。これは海外の研究とも相違のない結果です。また、同様のレベルの(毎日に近い曝露の)受動喫煙により、心疾患や脳梗塞のリスクは1.2~1.3倍に増加し、さらに小児の喘息発作や中耳炎、乳児の乳幼児突然死症候群(sudden infant death syndrome: SIDS)のリスクも増加します。

基本的に、これらのリスクは曝露量に比例して増加するため、居酒屋で隣の席の人が吸っていたからといって、同様のリスクはありません。ただし、多くの有害物質と同様「この量までなら曝露しても大丈夫!」という限界が明確にあるわけではなく、避けられるものなら避けるに越したことはありません。他人の健康への影響を考えると、受動喫煙があるかぎり、喫煙は本人だけの問題とはいえません。

2. 喫煙者本人の健康に対する視点

いうまでもなく、タバコには数百種類もの有害物質が含まれており、喫煙はさまざまな疾病リスクを大きく上昇させます。国立がんセンターの井上ら³⁾の研究では、日本のがん死亡の約23%が(本人の)喫煙に関連すると推計されています。「本人の健康であれば問題ないじゃないか」という意見もあるかと思いますが、