

# 日本禁煙学会雑誌

Vol.11 No.5

## CONTENTS

《巻頭言》

タバコ産業も狙う「21世紀脱タバコ社会の夜明け」  
— 新型タバコ製品の登場 —

望月友美子 ..... 122

《原 著》

国内空港における喫煙室利用者の  
能動喫煙および受動喫煙の実態調査

鈴木史明、他 ..... 123

《資 料》

シンポジウム「病院の敷地内禁煙の問題点と進め方」報告  
1. がん診療連携拠点病院等への敷地内禁煙のアンケート

水野雄二、他 ..... 130

《資 料》

シンポジウム「病院の敷地内禁煙の問題点と進め方」報告  
2. 敷地内禁煙実践の方法と対策

川合厚子、他 ..... 136

《記 録》

日本禁煙学会の対外活動記録 (2016年8月～9月)

..... 143

Japan Society for Tobacco Control (JSTC)

一般社団法人 **日本禁煙学会**



## タバコ産業も狙う「21世紀脱タバコ社会の夜明け」 — 新型タバコ製品の登場 —

国立がん研究センターがん対策情報センター前たばこ政策支援部長  
(アニコムホールディングス株式会社顧問)

望月友美子

21世紀型の新たな「タバコ製品」として、いわゆる電子タバコ、そして加熱式タバコ(PloomやiQOS)が市場を席卷している。これらはWHOタバコ規制枠組条約(FCTC)にびたりと照準を合わせて登場し、流行が早かった英国や米国では既に電子タバコ使用が市民権を得、青少年での使用が急増している。日本では未だ市場シェアは一桁台とはいえ、流行がいずれも加速化している。これらは燃焼ではなく電氣的に加熱することで、電子タバコでは液体、加熱式タバコでは半固形ないし固形の基剤から必要量のニコチンを効率よく発生させて摂取する方式である。大枠の原理は共通しているが、本稿では日本で「タバコ製品」として扱われている(承認されている)2種の加熱式タバコ製品に限って、その登場の意味を述べてみたい。

1998年、旧厚生省で「21世紀のたばこ対策検討会」を開催した。第1回目の検討会冒頭、日本たばこ産業株式会社(JT)の委員が「(この検討会が開かれたということは)21世紀にもタバコが存在することをお認めいただいたということで、ありがとうございます」という挨拶をして会場を沸かせた。当時はWHOとして初の条約の策定検討が始まったところであり、今では信じられないことだが国の検討会に堂々とタバコ会社が参画するという時代であった。検討会の視点としては、タバコ製品は有害性と依存性を併せ持つにも関わらず、あらゆる公衆衛生の規制枠組みから外れていること、それをどのように他の規制と整合性を持たせるか、であり、諸外国の規制の進展やWHOの条約の方向性を見定めながら、我が国における対策を検討するはずであった。この基本は今でも同じである。米国では、タバコ産業が秘匿していた内部文書が内部告発者と全米訴訟を通じてオープンになり、FDAに

よる製品規制が本格的に始まろうという、20世紀のタバコ政策史上、最もホットな頃である。フィリップモリスは燃焼型タバコ製品に対する規制(公共空間の禁煙)を潜り抜けるために、アコード(日本ではオアシスとして販売)という電池式の製品を開発し、RJレイノルズもまた燃焼プラグを加熱する方式のエクリプス(日本ではJTがエアーズとして販売)を開発したが、いずれも既存のタバコ製品に置き換わるほどの市場の受容性はなかった。

今世紀になりFCTCが策定され、いよいよ21世紀は脱タバコ社会に向かおう、という矢先に登場したのが、電子タバコであり、加熱式タバコである。タバコ会社が満を持して投入した新型タバコ製品は、このように20世紀から準備されていた概念の延長にあるといえるが、特に科学技術の進歩により、FCTCの規制枠組をことごとく免れるような製品設計と流通が可能になっている。FCTCは20世紀に流行したタバコ製品とそれによる健康被害が前提となり各国で試された政策のベストプラクティス集であるが、これらの新型製品群に対しては、どのような科学的根拠と政策的根拠を準備すればよいか、公衆衛生サイドよりは、タバコ産業の方が圧倒的な資金力と知力をもって先回りしている。

かつて情報隠ぺいにより訴訟の矛先となったタバコ産業は、情報開示を装いながらさまざまな学会に進出し、医師や研究者や政策決定者に対して、魅力的な解決策としての製品をアピールすると同時に、なりふり構わないマーケティングにより新規顧客を獲得しつつある。タバコ産業自らが「脱タバコ社会・脱タバコ産業」を標榜するとき、我々に求められる役割は何なのか、対峙するのか、何をすべきか、深い洞察力と議論が求められる。

《原 著》

# 国内空港における喫煙室利用者の 能動喫煙および受動喫煙の実態調査

鈴木史明<sup>1</sup>、笠松隆洋<sup>2</sup>

1. 谷口病院 産婦人科、2. 和歌山県立高等看護学院

**【目的】** 国内空港において、喫煙室の利用状況および受動喫煙状況を調査することにより、今後の受動喫煙防止対策を考える資料を得る。

**【方法】** 国内5空港内の喫煙室利用者を対象に、喫煙室利用状況および受動喫煙状況を調査した。

**【結果】** 調査18時間中、空港喫煙室を利用した者は1,094人(男性913人、女性181人)であり、全員喫煙者であった。5空港における1時間当たりの平均喫煙室利用者数は男性50.7人、女性10.1人であり、男性が約5倍多かった。また、平均滞在時間は男性5.6分、女性6.5分、平均受動喫煙は男性5.5分、女性6.5分で、いずれも女性の方が有意に長かった( $p < 0.01$ )。なお、平均滞在時間は飲み物の飲用がある者は飲用のない者に比べ有意に長かった( $p < 0.01$ )。

**【考察・結論】** 空港内に設置されている喫煙室を利用する者が多く、能動喫煙および受動喫煙にさらされていることが明らかになった。受動喫煙の影響を避けるべきであるとするWHOタバコ規制枠組条約の趣旨を踏まえると、受動喫煙防止法など強制力を伴う包括的な法律を早急に制定する必要がある。

**キーワード:** 空港、喫煙室、受動喫煙、法的規制、WHOタバコ規制枠組条約

## 諸 言

タバコによる健康被害を防止するためのWHOタバコ規制枠組条約の発効<sup>1)</sup>やわが国における健康増進法、受動喫煙防止条例などの施行に伴い、受動喫煙防止対策が取られるようになった。その結果、禁煙区域は増加し、非喫煙者が受動喫煙の影響を受ける機会は減少している。禁煙区域が増加すれば喫煙可能な限られた空間で、喫煙者は同時に複数で喫煙することになる。このようなタバコ煙環境下では、喫煙者は能動喫煙以外に、他の喫煙者からの受動喫煙を受けることになる。しかし、喫煙可能区域における利用状況および利用者の受動喫煙の実態を調査した報告はほとんどみられない。

そこで、喫煙者が他の喫煙者が喫煙する場に居合わせた場合の喫煙者の受動喫煙の実態を把握するこ

とを目的に、喫煙可能区域として国内空港内の喫煙室を選び、喫煙室利用状況と受動喫煙状況を調査した。その結果、今後の受動喫煙防止対策に向けて若干の知見を得たので報告する。

## 対象と方法

調査対象は国内都市空港A～Cおよび地方空港D、Eの計5空港内の喫煙室である。なお、参考までに国土交通省統計<sup>2)</sup>を基に各空港の2011年における国内線の1日平均乗降客数を算出したところ、A空港9万9千人、B空港15万2千人、C空港3万5千人、D空港3千人、E空港3万8千人であった。これらの空港において、国内線のセキュリティチェックを終えた後のゲートエリア内に設置された喫煙室のうち、著者が利用した搭乗口に最も近い喫煙室を調査した。調査時間は、1回の空港利用につき1時間とした。喫煙室の出入り口とその内部の状況を、喫煙室の外から観察できる場所に位置取りして目視で喫煙状況を調査した。

調査期間は2010年11月22日から2011年11月27日であり、A空港で8回8時間、B空港で4回4時間、C空港で3回3時間、D空港で2回2時間、E空

## 連絡先

〒598-0043

泉佐野市大西1-5-20

医療法人定生会谷口病院産婦人科 鈴木史明

TEL: 072-463-3232 FAX: 072-463-5714

e-mail: f.suzuki@world.ocn.ne.jp

受付日 2016年4月7日 採用日 2016年9月9日

港で1回1時間、合計18回18時間実施した。なお、調査日は、A空港は2010年11月27日(土)および12月4日(土)、2011年1月16日(日)、7月9日(土)、7月11日(月)、10月20日(木)、11月26日(土)および11月27日(日)である。B空港は2010年11月22日(月)および12月4日(土)、2011年1月16日(日)および10月20日(木)である。C空港は2011年10月21日(金)、11月5日(土)および11月6日(日)である。D空港は2011年11月5日(土)および11月6日(日)である。E空港は2011年11月27日(日)である。

調査項目は、喫煙室の利用者の人数と性別、喫煙室での喫煙の有無、喫煙室に入室した時刻と退室した時刻、喫煙室内で利用者が位置した場所から空気清浄機までの距離、飲み物を飲用したか否か、喫煙室に滞在した時間(喫煙室滞在時間)、受動喫煙を受けた時間(受動喫煙時間)である。受動喫煙時間は、利用者が他の喫煙者と喫煙室内に居合わせた時間とした。

喫煙室利用者が空気清浄機の近くに位置しているか、離れて位置しているかを、喫煙者と空気清浄機の距離が約1m未満であるか約1m以上であるかで区別した。距離の測定には、身長や肩幅などを参考に、約1m未満であるか約1m以上であるかを判断した。

喫煙室滞在時間は、利用者が喫煙室を退室した時刻と入室した時刻の差で計算した。入室した人物の識別は、服の色、頭髮、背の高低、肥満や痩せなどの体型的特徴、メガネや帽子の有無などの特徴を把握した上で、それらの特徴を調査票に記載した。

なお、今回の調査を実施する前に事前調査を、A空港で2時間、B空港1時間実施し、調査可能であ

表1 各空港での調査時間および喫煙室利用者数

空港名	調査時間 (時間)	利用者数		
		総数(人)	男(人)	女(人)
A	8	348	293	55
B	4	359	297	62
C	3	211	175	36
D	2	102	88	14
E	1	74	60	14
5空港	18	1,094	913	181

各空港での調査時間は1~8時間で、利用者総数は1,094人であり、全員が喫煙室内で喫煙していた。

ることを確認し本調査を実施した。

統計解析はt検定および $\chi^2$ 検定で行い、有意水準は5%とした。

本調査は、医療法人定生会谷口病院の倫理委員会で承認を得た。

## 結 果

### 1) 喫煙室利用状況

表1に各空港における喫煙室利用状況の調査時間および男女別利用者数を示した。各空港での調査時間は1~8時間で、利用者総数は男性913人、女性181人の計1,094人であった。喫煙室利用者は全員が喫煙室内で喫煙していた。

表2に各空港での男女別にみた1時間当たりの平均喫煙室利用者数を示した。5空港でみると、1時間当たりの平均喫煙室利用者数は男性50.7人、女性10.1人であった。

### 2) 喫煙室滞在時間

喫煙室利用者の平均滞在時間は、5空港では5.7 $\pm$ 1.8(mean $\pm$ SD)分であった。男女別にみると、男性が5.6 $\pm$ 1.7分、女性が6.5 $\pm$ 2.0分であり、喫煙室滞在時間は男性より女性の方が有意に長かった(p<0.01)。

### 3) 受動喫煙状況

喫煙室滞在中での喫煙者の受動喫煙は、総数1,094人中1,085人(99.2%)にみられ、男性では913人中904名(99.0%)、女性では181人全員にみられた。

表3に喫煙室における平均受動喫煙時間を性別、

表2 各空港での1時間当たりの平均喫煙室利用者数

空港名	総数(人)	男(人)	女(人)
A	43.5	36.6	6.9
B	89.8	74.3	15.5
C	70.3	58.3	12.0
D	51.0	44.0	7.0
E	74.0	60.0	14.0
5空港	60.8	50.7	10.1

5空港における1時間当たりの平均喫煙室利用者数は、男性が50.7人、女性が10.1人であり、男性で約5倍多かった。

各空港別に示した。性別で見ると、男性 $5.5 \pm 1.8$ 分、女性 $6.5 \pm 2.0$ 分であり、男性に比べ女性の方が有意に長かった ( $p < 0.01$ )。

5空港全体での平均受動喫煙時間は $5.7 \pm 1.9$ 分であったが、空港間で有意差は認められなかった。

#### 4) 喫煙室内での喫煙者の位置と空気清浄機との距離別にみた喫煙室滞在時間との関係

空気清浄機との距離が約1m未満に位置した喫煙者は5空港で見ると、866人(男性731人、女性135人)、約1m以上離れて位置した喫煙者は228人(男性182人、女性46人)であり、喫煙者の約8割は空気清浄機の近くで喫煙していた。なお、この割合は男女別、空港別ともにほぼ同じで有意差は認められなかった。

表4に喫煙者が立つ位置と空気清浄機との距離別にみた平均喫煙室滞在時間を示した。喫煙室滞在時間は、空気清浄機との距離が約1m未満の喫煙者で $5.5 \pm 1.8$ 分、空気清浄機との距離が約1m以上離れた喫煙者で $6.5 \pm 2.2$ 分であり、空気清浄機から離れている喫煙者の方が喫煙室滞在時間は有意に長かった ( $p < 0.01$ )。

#### 5) 飲み物自販機設置の有無別にみた飲み物飲用割合および喫煙室滞在時間との関係

喫煙室内に飲み物の自販機が設置されている空港はA～Cの3空港であり、DおよびE空港は設置されていなかった。自販機が設置されている3空港の飲み物飲用割合は15.4%であり、自販機が設置されていない2空港での6.3%に比べ有意に高かった ( $p < 0.01$ )。

表5に飲み物の飲用有無別にみた平均喫煙室滞在時間を示した。飲用がない者の平均滞在時間は $5.4 \pm 1.6$ 分であるのに対して、飲用がある者は $7.1 \pm 2.0$ 分と有意に長かった ( $p < 0.01$ )。

## 考 察

喫煙は環境タバコ煙を発生させ、喫煙者のみならず、非喫煙者に対しても受動喫煙による健康障害を生じさせる。受動喫煙が問題となる場所としては、家庭、職場、公共的空間、路上などがある。これらの場所における環境タバコ煙は肺がん、虚血性心疾患などと関連のあることが米国での報告<sup>3,4)</sup>をはじめとして各国から多くの報告がみられる。

表3 性別、空港別にみた喫煙室における平均受動喫煙時間

		受動喫煙時間(分) (Mean $\pm$ SD)	有意性
性別	男性	$5.5 \pm 1.8$	$p < 0.01$
	女性	$6.5 \pm 2.0$	
空港別	A	$5.3 \pm 2.0$	n.s.
	B	$5.8 \pm 1.6$	
	C	$5.8 \pm 1.7$	
	D	$5.1 \pm 2.2$	
	E	$5.4 \pm 2.1$	
5空港		$5.7 \pm 1.9$	

受動喫煙時間は、男性5.5分、女性6.5分であり、女性の方が長かった。

表4 喫煙者の位置と空気清浄機との距離別にみた平均喫煙室滞在時間

距離	滞在時間(分) (Mean $\pm$ SD)	有意性
1m未満	$5.5 \pm 1.8$	$p < 0.01$
1m以上	$6.5 \pm 2.2$	

空気清浄機から離れている喫煙者の方が、喫煙室滞在時間が長かった。

表5 飲み物飲用の有無別にみた平均喫煙室滞在時間

飲み物飲用	滞在時間(分) (Mean $\pm$ SD)	有意性
飲用なし	$5.4 \pm 1.6$	$p < 0.01$
飲用あり	$7.1 \pm 2.0$	

喫煙室滞在時間は、飲み物の飲用がある者は飲用がない者に比べ長かった。

しかし、喫煙室内における喫煙者の受動喫煙に関する実態を調査した報告はほとんどみられない。

そこで今回、喫煙者の受動喫煙の実態を空港内の喫煙室で調査し、得られた結果を基に、現行の禁煙

施策や受動喫煙対策の成果と問題点、今後の喫煙室のあり方について検討した。

### 1) 喫煙室利用状況

喫煙室利用者数は、時間帯や時期で差があると考えられるが、空港内の喫煙室を相当数の者が利用していることが明らかになった。

### 2) 喫煙室滞在時間

タバコを1本吸うのに要する時間は、一般的に3～5分であることを考えると、男性は喫煙を目的に喫煙室を利用したと考えられる。男性に比べ女性で喫煙室滞在時間が長かったのは、喫煙以外に携帯電話での会話、携帯電話やパソコンの操作、化粧直し、飲食などの頻度が高いかそれらに費やす時間が長かったことによると考えられる。

### 3) 受動喫煙

喫煙室に喫煙者がいない空室の時間帯は、ほとんどなかった。このような状況下にある喫煙室では他の喫煙者から受動喫煙を受けることになる。

### 4) 喫煙者と空気清浄機間の距離および喫煙室滞在時間との関係

喫煙者の約8割が空気清浄機の近くで喫煙していたのは、灰皿が空気清浄機と一体になっていたため、空気清浄機の近くでタバコを吸えば灰皿にタバコの灰や吸殻を捨てやすいこと、空気清浄機の上は平坦なため飲み物などを置けること、傍に椅子様の構造物があることなどが関係していると考えられる。

喫煙室滞在時間は、喫煙者と空気清浄機との距離が離れている喫煙者で長かったのは、喫煙者同士の距離が広がり、落ち着くためでないかと考えられる。

### 5) 飲み物自販機設置の有無と飲み物飲用割合、喫煙室滞在時間との関係

飲み物自販機が設置されている喫煙室での飲み物飲用割合が高かったのは、飲み物を入手しやすいためと考えられる。飲み物飲用者で喫煙室滞在時間が長かったのは、飲み物の飲用に費やす時間を要するためと考えられる。

今回の調査結果から、複数の喫煙者が同一空間で

同時に喫煙した場合、喫煙者も他の喫煙者から受動喫煙を受ける機会があることが明らかになった。このことより、喫煙者がとる対策としては、禁煙することが最善であるが、それ以外に①喫煙室で喫煙以外の行為を避ける。②喫煙室の利用頻度を少なくする。③喫煙室が空室のときのみ利用する。④喫煙室を利用しない。などが考えられる。また、喫煙室設置者がとるべき対策としては、喫煙室を廃止し、敷地内禁煙にすることが最も望ましいが、それ以外に①非喫煙者の入室を禁止する。②喫煙室を利用できる時間帯を短縮する。③喫煙者が1回に利用できる時間を制限する。④複数での利用を禁止する。⑤喫煙室内で喫煙以外の行為を禁止する。⑥喫煙室から飲み物の自販機を撤去する。⑦「喫煙室の利用は健康を害することがあるので入室を控えましょう」などの警告を表示する。などが考えられる。

ところで、自治体や国がとる受動喫煙防止対策により、喫煙禁止区域が増加するため、喫煙可能区域での喫煙者の受動喫煙が増加するといった問題が生じる。WHOは受動喫煙には安全基準はなく、分煙や換気では受動喫煙の害を減らすことはできないことを指摘している<sup>5)</sup>。喫煙者については通常、能動喫煙の害が論じられるが、能動喫煙のみならず喫煙者の受動喫煙の機会をなくす対策も必要である。非喫煙者への受動喫煙対策を推進する場合、喫煙者に対して喫煙室利用時の受動喫煙による健康障害のリスクが増加することを周知させる必要がある。

能動喫煙および受動喫煙は、多くの疾患に関与することが指摘されている<sup>6)</sup>。Barnoyaら<sup>7)</sup>は、種々の文献を検討し受動喫煙が心血管系疾患に及ぼす影響と能動喫煙との関連を検討した結果、受動喫煙と能動喫煙を伴う者は、能動喫煙のみの者に比べて心疾患のリスクがおおよそ2倍高くなることを報告している。2014年発行の米国公衆衛生総監報告書<sup>8)</sup>によると、米国人は喫煙によってこの50年間で2,000万人以上が死亡し、250万人が受動喫煙によって死亡している。一方、わが国の喫煙者の年間超過死亡数はおよそ12～13万人とされている<sup>9～11)</sup>。また、片野田ら<sup>12)</sup>は、わが国の受動喫煙による超過死亡数は少なくとも年間6,800人になると推計され、公共の場所および職場での禁煙法制化、家庭での屋内喫煙防止対策など、受動喫煙を防ぐ対策が必要であると述べている。

諸外国において、法的規制により屋内施設の禁煙

化を実施した結果、実施後に国民の喫煙関連疾患が減少したことが報告されている。スコットランドでは、屋内での喫煙を禁止する法律が施行された後、小児喘息<sup>13)</sup>や急性冠動脈疾患<sup>14)</sup>の入院数が減少したことが報告されている。アメリカのコロラド州では、建物内を禁煙とする法律の施行後に急性心筋梗塞の患者数が減少したこと<sup>15)</sup>、カリフォルニア州では大規模かつ積極的なタバコ規制プログラム実施後に、タバコ消費量の減少および心臓病による死亡が減少したこと<sup>16)</sup>および肺がんの発生が低下したこと<sup>17)</sup>が報告されている。また、受動喫煙を防止するために公共空間での喫煙を法律で規制した地域では、規制後に急性心筋梗塞等の重篤な心疾患の発生が減少したとのメタ解析を行った報告<sup>18)</sup>がある。Lightwoodら<sup>19)</sup>は5か国のデータを用いたメタ解析で、受動喫煙防止法施行後に急性心筋梗塞による入院率が低下したことを報告している。Tanら<sup>20)</sup>はメタ解析の結果、受動喫煙防止法の制定は心臓病、脳卒中、呼吸器疾患のリスク低下と関連しており、その低下度は一般職場だけでなくレストランやパブを含めた禁煙化の範囲が広いほど大きかったことから、政策立案者は例外のない包括的な受動喫煙防止法を制定するよう行動すべきであると主張している。わが国の受動喫煙対策についても、健康被害を減少させることができる実効性のある法的規制を行うことが急務である。

国際的規制であるWHOタバコ規制枠組条約(FCTC)<sup>1)</sup>が2005年2月25日に発効されている。同条約は、わが国を含めた締約国に対して、受動喫煙防止について、2010年2月までに罰則規定付きの喫煙規制法で屋内の施設を例外なく全面禁煙にすることを求めている。

これに対して、わが国は期限直前の2010年2月25日付で厚生労働省健康局長による「受動喫煙防止対策について」<sup>21)</sup>の通知で、FCTCを引用して「受動喫煙が死亡、疾病及び障害を引き起こすことは科学的に明らかである」との認識に立ち、「多数の者が利用する公共的な空間については、原則として全面禁煙であるべきである」とし、「少なくとも官公庁や医療施設においては全面禁煙とすることが望ましい」とした。その後、2012年には重ねて健康局長による「受動喫煙防止対策の徹底について」の通知<sup>22)</sup>と2014年の労働安全衛生法の一部改正<sup>23)</sup>による受動喫煙防止対策の努力義務化が行われたものの、FCTCが求める法律はいまだに施行されていない。

喫煙は、ヒトへの発がん性があること、広範囲にわたる疾患を引き起こすことが明らかになっている以上、タバコによる健康被害を防止することは当然のことである。憲法第25条第1項に国民の権利として、「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」とある。また、第2項には、「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」とある。公衆衛生の向上および増進には、国民の健康の達成が不可欠である。憲法で保障されている健康な生活を営むため、疾病対策の基本である原因除去、タバコの製造及び販売をなくすことが必要になる。

一方、たばこ事業法は、その第一条に、「この法律は、……たばこの製造及び販売の事業等に関し所要の調整を行うことにより、我が国たばこ産業の健全な発展を図り、もって財政収入の安定的確保及び国民経済の健全な発展に資することを目的とする。」とある。つまり、タバコ産業の発展を図り、国の財政収入を増やすためにタバコが販売されている。そのために前述したように、予防可能なタバコ関連疾患で年間12～13万人が超過死亡し、6,800人が受動喫煙で死亡しているのが現実である。

国の経済発展のために財政増収を図ることは大事であるが、タバコの販売・購入により健康・生命が脅かされることは避けなければならない。また、憲法第98条第2項に「日本国が締結した条約及び確立された国際法規は、これを誠実に遵守することを必要とする。」とある。FCTCを遵守するためにも、たばこ事業法の改廃は必要であると考えられる。

田中<sup>24)</sup>は法制面から、FCTCの趣旨を踏まえると、わが国においてはタバコに対する行政的規制の強化は必要不可欠であり、今後もっと規制を強化すべきであると述べている。さらに、喫煙者と非喫煙者とが共有する生活空間、とりわけ屋内の施設においては、強制的に行政的規制禁煙とすべきであるとも述べている。今回調査した空港内施設を含めた屋内施設においては、空間分煙といった不十分な喫煙対策ではなく、受動喫煙防止法をできる限り早期に制定し全面禁煙化することが必要である。

本論文の要旨は、第6回日本禁煙学会学術総会で発表した。

本論文にかかわる利益相反はない。

## 文献

- 1) 外務省：たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約(2003年). [http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/treaty/treaty159\\_17.html](http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/treaty/treaty159_17.html) (閲覧日：2016年3月30日)
- 2) 国土交通省航空局：暦年・年度別空港管理状況調書. [http://www.mlit.go.jp/koku/15\\_bf\\_000185.html](http://www.mlit.go.jp/koku/15_bf_000185.html) (閲覧日：2016年3月30日)
- 3) California Air Resources Board. Proposed Identification of Environmental Tobacco Smoke as Toxic Air Contaminant: Sacramento: California Environmental protection Agency, California Air Resources Board, Office of Environmental Health Hazard Assessment, 2005.
- 4) U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Diseases Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Diseases Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.
- 5) WHO Library Cataloguing-in-Publication Data: Policy recommendations on protection from exposure to second-hand tobacco smoke. [http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2007/who\\_protection\\_exposure\\_final\\_25June2007.pdf](http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2007/who_protection_exposure_final_25June2007.pdf) (閲覧日：2016年3月30日)
- 6) 松崎道幸, 郷間 巖, 島田和典, ほか：能動喫煙による疾患. p16-78. /松崎道幸, 鈴木幸男, 藤原久義：受動喫煙による疾患と対策. p79-102. In: 日本禁煙学会編. 禁煙学(改定3版). 南山堂, 東京, 2014.
- 7) Barnoya J, and Glantz SA: Cardiovascular effects of secondhand smoke: nearly as large as smoking. *Circulation* 2005; 111: 2684-2698.
- 8) Reports of the Surgeon General, U.S. Public Health Service : The Health Consequence of Smoking—50 Years of Progress (2014). <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/> (閲覧日：2016年3月30日)
- 9) Katanoda K, Marugame T, Saika K, et al: Population attributable fraction of mortality associated with tobacco smoking in Japan: a pooled analysis of three large-scale cohort studies. *J Epidemiol* 2008; 18: 251-264.
- 10) Murakami Y, Miura K, Okamura T, et al: Population attributable numbers and fractions of deaths due to smoking: A pooled analysis of 180,000 Japanese. *Prev Med* 2011; 52: 60-65.
- 11) Ikeda N, Inoue M, Iso H, et al: Adult mortality attributable to preventable risk factors for non-communicable diseases and injuries in Japan: a comparative risk assessment. *Plos Med* 2012; 9: e1001160.
- 12) 片野田耕太, 望月友美子, 雑賀公実子, ほか：わが国における受動喫煙起因死亡数の推計. 厚生指標 2010 ; 57(13) : 14-20.
- 13) Mackay D, Haw S, Ayres JG, et al: Smoke-free legislation and hospitalization for childhood asthma. *N Engl J Med* 2010; 363: 1139-1145.
- 14) Pell JP, Haw S, Cobbe S, et al :Smoke-free legislation and hospitalizations for acute coronary syndrome. *N Engl J Med* 2008; 359: 482-491.
- 15) Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Reduced hospitalizations for acute myocardial infarction after implementation of a smoke-free ordinance—City of Pueblo, Colorado, 2002-2006. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2009; 57(51): 1373-1377.
- 16) Fichtenberg CM, Glantz SA : Association of the California tobacco control program with declines in cigarette consumption and mortality from heart disease. *N Engl J Med* 2000; 343(24): 1772-1777.
- 17) Barnoya J, Glantz SA: Association of the California tobacco program with declines in lung cancer incidence. *Cancer Causes Control* 2004; 15(7): 689-695.
- 18) Glantz SA. Meta-analysis of the effects of smoke-free laws on acute myocardial infarction: An update. *Prev Med.* 2008; 47: 452-453.
- 19) Lightwood JM, Glantz S: Declines in acute myocardial infarction following smokefree laws and individual risk attributable to second smoke. *Circulation* 2009; 120(14): 1373-1379.
- 20) Tan CE, Glantz SA : Association between smoke-free legislation and hospitalizations for cardiac, cerebrovascular, and respiratory diseases; a meta-analysis. *Circulation.* 2012; 126: 2177-2183.
- 21) 厚生労働省健康局長：受動喫煙防止対策について. 健発0225第2号、平成22年2月25日.
- 22) 厚生労働省健康局長：受動喫煙防止対策の徹底について. 健発1029第5号、平成24年10月29日.
- 23) 安全衛生情報センター：労働安全衛生法 第71条の3第1項「事業者が講ずべき快適な職場環境形成のための措置に関する指針」について、基発392号 平成4年7月1日.
- 24) 田中 謙：タバコ問題の特徴とタバコ規制の必要性 p61-88. /タバコ規制をめぐる今後の法制的課題 p231-308. In: タバコ規制をめぐる法と政策. 日本評論社, 東京, 2014.

## Survey of active and passive smoking by smoking room users in domestic airports

Fumiaki Suzuki<sup>1</sup>, Takahiro Kasamatsu<sup>2</sup>

### Abstract

**Purpose:** The purpose of this study was to obtain data for use in considering future passive smoking prevention measures from a survey of smoking room usage and passive smoking status in domestic airports.

**Methods:** Smoking room usage and passive smoking status were surveyed among smoking room users at five domestic airports in Japan.

**Results:** A total of 1,094 people (913 men, 181 women) used the airport smoking rooms over the 18 hour survey duration, all of whom were smokers. The mean number of smoking room users per hour in the five airports was 50.7 for men and 10.1 for women. Thus, approximately five times more men made use of the smoking rooms than women. The mean time spent in the room was 5.6 min for men and 6.5 min for women, and the mean passive smoking time was 5.5 min for men and 6.5 min for women; both significantly longer in women ( $p < 0.01$ ). In addition, the mean time spent in the smoking room was significantly longer for those who drank a beverage than for those who did not ( $p < 0.01$ ).

**Discussion and Conclusion:** Users of the smoking rooms in airports are exposed to both active and passive smoking. Considering the WHO Framework Convention on Tobacco Control, which states that the effects of passive smoking should be avoided, there is an urgent need for the establishment of anti-passive smoking laws and other comprehensive and legally binding regulations.

### Key words

airport, smoking room, passive smoking, regal restriction, WHO Framework Convention on Tobacco Control

<sup>1</sup>Division of Obstetrics and Genecology, Taniguchi Hospital, Izumisano, Japan

<sup>2</sup>Wakayama Prefectural Nursing Institute, Kinokawa, Japan

## 《資料》

# シンポジウム「病院の敷地内禁煙の問題点と進め方」報告

## 1. がん診療連携拠点病院等への敷地内禁煙のアンケート

水野雄二<sup>1,3</sup>、川合厚子<sup>2</sup>、佐藤英明<sup>3,4</sup>、高野義久<sup>3,5</sup>、橋本洋一郎<sup>3,6</sup>、宮崎恭一<sup>7</sup>

1. 熊本機能病院、2. 社会医療法人公徳会トータルヘルスクリニック  
3. くまもと禁煙推進フォーラム、4. 健生会明生病院、5. たかの呼吸器科内科クリニック  
6. 熊本市市民病院神経内科、7. 日本禁煙学会理事・総務委員長

**キーワード：**病院敷地内禁煙、喫煙対策委員会、クリニカルパス、がん診療連携拠点病院、アンケート

### はじめに

2003年施行された健康増進法の第25条では、「学校、体育館、病院、劇場、観覧場、集会場、展示場、百貨店、事務所、官公庁施設、飲食店その他の多数の者が利用する施設を管理する者は、これらを利用する者について、受動喫煙を防止するために必要な措置を講ずるように努めなければならない。」とされ、2010年都道府県等に発出された厚生労働省健康局長通知「受動喫煙防止対策について」(健発0225第2号)では「少なくとも官公庁や医療施設においては、全面禁煙とすることが望ましい」とされている。

しかるに、厚生労働省の調査によると、2014年10月1日時点で国内の全病院(8,493病院)のうち敷地内全面禁煙(以下、敷地内禁煙)としているのは4,351病院(51%)と約5割であった。屋内禁煙は2,758病院(32%)、「喫煙場所を設置し煙が流れ出ないような措置」を取っているのは1,182病院(14%)、「その他の措置」としたのは119病院(1%)、「何も措置を講じてない」としたのは14病院(0.2%)であった。<sup>1)</sup>敷地内禁煙ではない医療機関は、病気の治療を行い健康になりたいと来院する患者をサポートする機関として十分な役割を發揮しづらい。

そこで、病院の敷地内禁煙推進をはかるため、第9回日本禁煙学会学術総会においてシンポジウム「病

表1 シンポジウム概要

第9回日本禁煙学会学術総会シンポジウムⅣ  
病院の敷地内禁煙の問題点と進め方  
ーがん診療連携拠点病院アンケート結果から伺える  
現状と問題点と対策ー

日 時：2015年11月22日(日)

場 所：市民会館崇城大学ホール(熊本市)

総司会：川合厚子(社会医療法人公徳会トータルヘルスクリニック院長)

座 長：宮崎恭一(日本禁煙学会理事・総務委員長、全国禁煙推進協議会事務局長)

[講演演題名および発表者一覧]

- 病院敷地内禁煙の意義と問題点  
川合厚子(社会医療法人公徳会トータルヘルスクリニック院長)
- 病院の敷地内禁煙の現状と対策  
(1) がん診療連携拠点病院等へのアンケート結果報告  
(2) 病院敷地内禁煙の進め方ー入院患者禁煙パスを含めてー  
水野雄二(熊本機能病院副院長)
- 単科精神科病院における敷地内禁煙化の取り組み  
佐藤英明(健生会明生病院医局長)

### 連絡先

〒860-8518

熊本機能病院 循環器内科・熊本加齢医学研究所  
水野雄二

TEL: 096-345-8111 FAX: 096-345-8188

e-mail: mizuno@juryo.or.jp

受付日 2016年5月17日 採用日 2016年9月9日

院の敷地内禁煙の問題点と進め方」が企画された(表1)。受動喫煙の防止や患者への禁煙支援のため、病院の敷地内禁煙が必要であるということへの理解は進んできたが、実践するには多くの問題があると想定される。今回、問題点を整理し、その対策について話し合うために、敷地内禁煙が施設基準となっているがん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院(以下、がん診療連携

拠点病院等)へのアンケートを実施した。

本稿は、このシンポジウムで発表と討論をされた内容を、各演者と関係者で構成し直したものである。本稿でアンケート結果を示し、シンポジウム報告書「病院の敷地内禁煙の問題点と進め方」<sup>2)</sup>で敷地内禁煙実践の方法と対策を示す。一つでも多くの病院がスムーズに敷地内禁煙を進めていくことに寄与できれば幸甚である。

## がん診療連携拠点病院等への敷地内禁煙のアンケート

### 1. 目的

施設基準として敷地内禁煙が求められているがん診療連携拠点病院の敷地内禁煙の実施状況と問題点を調査し、その結果をもとに本シンポジウムで討論、対応策を提案することを目的にアンケートを依頼した。

### 2. 対象と方法

2015年8月、全国のがん診療連携拠点病院のうち2015年7月1日時点で保険診療として禁煙外来が設置されていない129病院にアンケート(別添)を郵送し、ファックスまたはメールにての回答を依頼した。

### 3. 基礎的データ

最終的に、50病院から回答を得られ、これは我々の当初の予想回答率を超え39%に至り敷地内禁煙対策が注目されていることを反映したものと考えられた。各病院の規模は、200床未満2病院(4%)、200~500床未満が26病院(52%)、500床以上22病院(44%)であった。回答者の立場は、病院長または理事長21名(42%)、副院長2名(4%)、事務局長5名(10%)、その他22名(44%)であった。

### 4. 敷地内禁煙の実施率

回答があった50病院のうち、敷地内禁煙を実施しているのは35病院(70%)、実施していないのは15病院(30%)であった。全国のがん診療連携拠点病院等は423病院あり、このうち禁煙外来が設置されている病院は294病院であった<sup>2)</sup>。保険での禁煙外来は敷地内禁煙が要件となっているため、禁煙外来設置の294病院と禁煙外来は設置していないが敷地内禁煙を実施していた35病院を合わせると、全国423病院のうち少なくとも329病院(78%)が敷地内禁煙となっていた。一方、一部のがん診療連携拠点病院

等は敷地内禁煙となっていないことが判明した。

### 5. 一旦敷地内禁煙を実施した後、敷地内禁煙を中止した病院

回答があった病院の中で、一旦敷地内禁煙を実施したものの、その後敷地内禁煙を中止した経緯のある病院は6病院(12%)であった。

### 6. がん診療連携拠点病院等の要件への理解

がん診療連携拠点病院等の指定要件として、「敷地内禁煙の実施等のタバコ対策に積極的に取り組むこと」という要件があることを理解していると回答したのは49病院(98%)であった。

### 7. 敷地内禁煙の支障となる事項

回答があった病院の中で、敷地内禁煙を実施する際(または実施した際)、支障となる(支障となった)事項についての回答を集計した。

#### (1) 病院職員について

病院職員に関する事項では、「職員の喫煙率が高い」12病院(24%)、「医師の喫煙率が高い」8病院(16%)、「看護師の喫煙率が高い」6病院(12%)であった。(図1)。

#### (2) 病院幹部について

病院幹部に関する事項で回答があったものは12病院であり、無回答が多数(38病院)であった。回答があった中では、「幹部の喫煙」8病院(67%)、「幹部が積極的でない」2病院(17%)、「その他」4病院(33%)であった。敷地内禁煙を行っていない15病院のうち、この項目への回答は8病院であった(7病院は無回答)。回答があった8病院のうち「幹部の喫

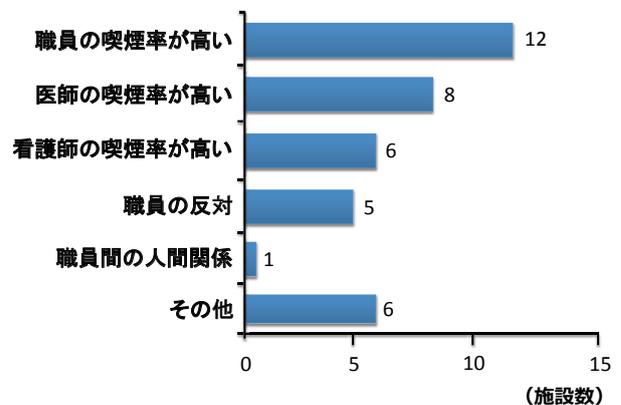


図1 敷地内禁煙化への支障/病院職員に関する事項(全回答数50施設、複数回答可)

煙」は5病院(63%)、「幹部が積極的でない」1病院(13%)であった。

(3) 経営・運営について

経営・運営に関する事項では、「精神科患者様の問題行動や症状悪化の懸念」10病院(20%)、「患者の反対」8病院(16%)であった(図2)。

(4) 敷地内禁煙実施に向けた方法について

敷地内禁煙実施に向けた方法に関する事項では、「禁煙化へ向けたリーダーの不在」8病院(16%)、「患者への指導の方法がわからない」7病院(14%)、「方法や進め方がわからない」6病院(12%)であり、「敷地内禁煙の意義が理解できない」はゼロであった。

(5) 実施環境に関して

実施環境に関する事項では、「近隣施設等からの苦情」18病院(36%)、「火災の心配」17病院(34%)、「トラブル対処」9病院(18%)であった(図3)。

6. 敷地内禁煙の意義について

敷地内禁煙の意義について質問したところ、①「受動喫煙の防止に役立つ」47病院(94%)、②「患者

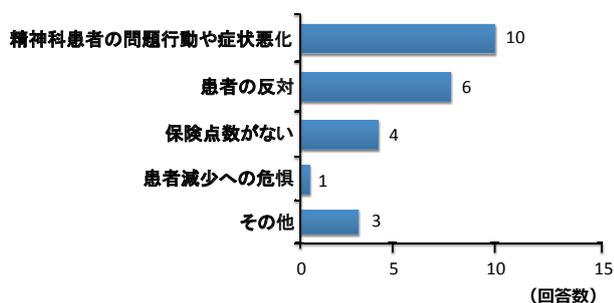


図2 敷地内禁煙化への障壁／  
経営・運営に関する事項(1)  
(全回答数50施設、複数回答可)

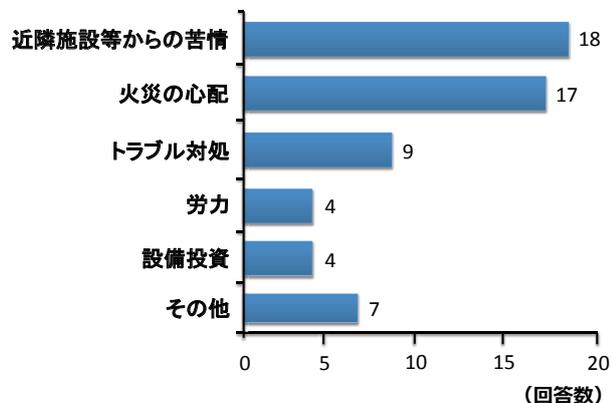


図3 敷地内禁煙化への障壁／  
経営・運営に関する事項(2)  
(全回答数50施設、複数回答可)

さんが禁煙に取り組む機会を提供でき健康づくりに資する」43病院(86%)、③「敷地内禁煙を望む声は実際には多い」23病院(46%)、④「院内感染のリスクの減少」12病院(24%)、⑤「職員の健康づくり」42病院(84%)、⑥「職員の業務効率向上」20病院(40%)、⑦「病院のイメージ向上」40病院(80%)、⑧「喫煙場所の有効利用と維持管理費の低下」11病院(22%)、⑨「病院へのよい経済的効果」7病院(14%)であった。

7. 敷地内禁煙を実施するために必要な事項

敷地内禁煙を実施するために必要な事項について質問したところ、「職員の理解と協力」37病院(74%)、「敷地外の喫煙可能な緩衝地」23病院(46%)、「病院幹部の理解や意思」22病院(44%)、「患者や利用者の声」21病院(42%)の順であった(図4)。

8. すでに実施している事項

病院においてすでに実施されている事項について質問したところ、「職員の喫煙率等の喫煙に関する調査」27病院(54%)、「定期的清掃活動」16病院(32%)であった(図5)。

9. 考察

受動喫煙の有害性は科学的に報告されている<sup>3~6)</sup>。日本でも健康増進法等により受動喫煙防止のため医療機関の敷地内禁煙が求められているが、実際には敷地内禁煙の実施と継続には多くの問題があり、その取り組みには工夫が必要である。特に、禁煙外来と異なり24時間、禁煙を指導、管理するとなると、手をこまねいている医療機関も多い。このため2014

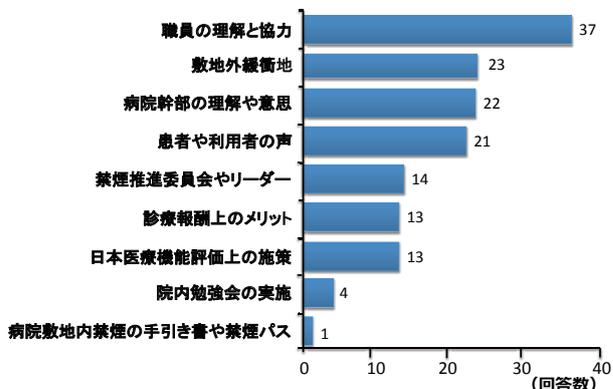


図4 敷地内禁煙を実施するために必要な事項  
(全回答数50施設、複数回答可)

年の厚生労働省調査では全国の病院敷地内禁煙実施率は51%と低く、伸び悩んでいたと考えられる<sup>1)</sup>。

今回のアンケートの結果では、がん診療連携拠点病院等の指定要件にある「敷地内禁煙の実施等のタバコ対策に積極的に取り組むこと」については、ほぼ理解がなされていた。しかし、アンケートに回答があった50病院中、実際には15病院(30%)の施設で敷地内禁煙が施行できていなかった。中には一旦敷地内禁煙を実施した後、敷地内禁煙を中止した病院が6病院(12%)あり、敷地内禁煙を実施するにあたり障害となる要因があることが推察された。

今回の結果では、敷地内禁煙の支障となる事項として、病院職員(特に医師と看護師)の喫煙があげられ(図1)、敷地内禁煙を実施されていない病院では、幹部の喫煙率が高いことが明らかになった。特にヘビースモーカーでは敷地内禁煙に反対することが多いことも報告されており<sup>7)</sup>、職員の喫煙は、病院全体の動向を考える上で今も重要課題と言える。またリーダーや喫煙対策部門が設定されておらず病院全体に職員の敷地内禁煙に向けた教育や理解が広がりにくいことが示唆された。さらに、敷地内禁煙実施の懸念としては、精神科患者の問題行動や症状悪化、近隣施設等からの苦情、火災の心配、トラブル対処などがあげられた。

アンケートや学会での質問をまとめると、病院敷地内禁煙を目指す病院では、以下のような幾つかの対応が望まれた。1) 病院の方針提示：病院幹部が病院敷地内禁煙の方針を示すこと 2) リーダーシップ：運営指導者を確認し喫煙対策委員会などにて継続的に管理を行うこと 3) アナウンス：敷地内禁煙の各種アナウンス、入院誓約書などで入院中禁煙の確認等を行うこと 4) 想定される問題：近隣からの苦情や精神科患者の問題行動への最新の考え方や対処方法を理解しておくことが重要と考えられた。喫煙に関する問題は、病院全体として、『慢性疾患を管理するが如く継続的に管理すること』が重要であり、計画や対応策のない実施は挫折に繋がる可能性があることが議論された<sup>8,9)</sup>。

病院敷地内禁煙は、禁煙外来と異なり、禁煙体制に非協力的な患者に対しても入院中継続的に指導教育が必要である。また、病院の特性上から風紀を保つ必要があり、管理は容易ではない<sup>7,8)</sup>。しかし、その実施により受動喫煙を防止でき<sup>3)</sup>、さらに患者と職員に禁煙機会の提供がなされ、健康維持と疾病予

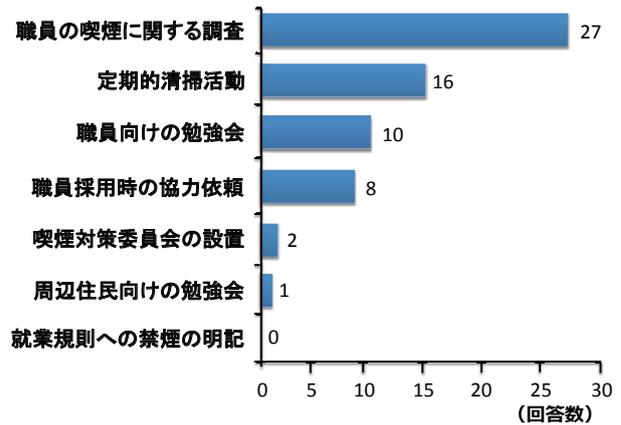


図5 病院ですでに実施している事項  
(全回答数50施設、複数回答可)

防の面でも大きな効果が期待できる<sup>4,5)</sup>。社会的または医療経済的に禁煙のもたらす効果は極めて大きいことから<sup>6)</sup>、我々は医療人としての自覚と使命をもって敷地内禁煙の問題点に取り組むべきだと考える。厚生労働省も、2020年までに医療機関での受動喫煙を無くす目標を掲げている。しかし、今回の結果からも喫煙というニコチン依存症が関与する問題の解決は簡単ではなく、実施にあたり病院幹部やスタッフの負担が生じるのも事実であり、スタッフの理想と良心だけに頼っても全国的には十分に進んでいない状況である。敷地内禁煙の病院を増やし、国民の健康改善を目指す方針は正しいが、禁煙による医療経済効果が大きいことを考慮すれば、病院幹部や職員に理解を得る正当な理由付けとして病院敷地内禁煙への保険診療上の加点(診療報酬インセンティブ)が望まれる。と質疑応答にあった。最後に患者の禁煙支援の前に、まずは、受け皿となる病院の禁煙体制作りが、敷地内禁煙成功の鍵となると考えられた。

## 10. 結論

本研究により、敷地内禁煙が施設要件となっているがん診療連携拠点病院でも敷地内禁煙が実施できていない状況が明らかになった。その原因として、病院幹部を含めたスタッフの喫煙や継続的な管理体制、禁煙への理解不足があげられた。今回はこれらの問題への対処方法も本シンポジウムでの質疑などで検討を行った。病院敷地内禁煙は受動喫煙防止のみならず、喫煙者にとって禁煙の最高の機会提供となり、国民の健康維持、意識改革のために今後、システムと診療報酬面で改善が望まれた。

**おわりに**

本研究とシンポジウムを通して病院敷地内禁煙の現状と問題点を検討した結果、重要な点が明らかになった。本研究を通じて問題点とその対処方法を検討できた意義は大きいと考えられた。

**謝辞**

アンケートにお答えいただいた病院および本研究にご協力いただいた日本禁煙学会 作田 学 理事長はじめ関係者の皆様に感謝申し上げます。

**文献**

1) 厚生労働省: 医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/14/> (閲覧日: 2016年2月4日)  
 2) 一般社団法人日本禁煙学会調査. <http://notobacco.jp/hoken/kokuritutabyoin.htm#gansinryo> (閲覧日: 2016年2月4日)  
 3) 大和 浩: 受動喫煙(特集 タバコの害と禁煙対策). 臨床と研究 2010; 87(6): 752-757.  
 4) Sargent RP, Shepard RM, Glantz SA. Reduced

incidence of admissions for myocardial infarction associated with public smoking ban: before and after study. BMJ 2004; 328: 977-980.  
 5) 高野義久: 受動喫煙への曝露と健康への影響 第一章 禁煙の意義 (社会編) 敷地内禁煙と禁煙外来実践の要点-受動喫煙のない環境のために. くまもと禁煙推進フォーラム (2010年公開版) 137-148. [http://square.umin.ac.jp/nosmoke/text/1-18SHS\\_harm.pdf](http://square.umin.ac.jp/nosmoke/text/1-18SHS_harm.pdf) (閲覧日: 2016年2月4日)  
 6) 効果的な禁煙支援法の開発と普及のための制度化に関する研究(主任研究者 中村正和). 平成19年度厚生労働科学研究費補助金第3次対がん総合戦略研究事業研究報告書 2008.  
 7) 種市摂子, 佐々木司: 敷地内禁煙への賛否を予測する要因は何か. 日健医学会誌 2014; 22: 240-246.  
 8) 秦 温信, 堀田大介, 佐野文男: 第1回禁煙推進セミナー: 院内、敷地内全面禁煙の取り組みについて. 循環器医 2002; 10(2), 373-378.  
 9) 水野雄二, 橋本洋一郎, 高野義久ら: 敷地内禁煙と禁煙外来実践の要点-受動喫煙のない環境のために. くまもと禁煙推進フォーラム (2010年公開版) 173-210. <http://square.umin.ac.jp/nosmoke/text.html> (閲覧日: 2016年2月4日)

**添付資料 アンケート内容**

**病院敷地内禁煙を実践するためのアンケート調査**  
(該当する番号に○をつけください。カッコ内には適語をご記入ください。)

1. 貴院の病床数をご選択ください。  
 病床数 1) 100床未満 2) 200床未満 3) 200～500床未満 4) 500床以上

2. アンケートにお答えいただく方のお立場をお答えください。  
 1) 理事長または病院長 2) 喫煙対策委員会等委員長または喫煙管理者  
 3) 副院長 4) 医局長  
 5) 看護部長 6) 事務局長  
 7) その他 ( )

3. 貴院では、現在病院敷地内全面での禁煙を実施しておりますか。  
 1) はい 2) いいえ

4. 貴院は一旦敷地内禁煙を実施後、敷地内禁煙の実施を中止された経緯がございますか。  
 1) はい 2) いいえ

5. がん診療連携拠点病院の指定要件として「敷地内禁煙の実施等のタバコ対策に積極的に取り組むこと」という要件があることをご存知でしょうか。  
 1) はい 2) いいえ

6. 貴院で敷地内禁煙を実施する際(または実施した際)、支障となる(支障となった)事項の番号(1) 2) 3)・・・、①、②、③・・・)に○をつけてください(複数回答可)。  
 1) 病院職員に関する事項  
 ( ) ①職員の反対 ( ) ②医師の喫煙率が高い ( ) ③看護師の喫煙率が高い  
 ( ) ④職員の喫煙率が高い ( ) ⑤職員間の人間関係 ( ) ⑥その他

- 2) 病院幹部に関する事項  
 ① 幹部の喫煙  ② 幹部が積極的でない  ③ その他
- 3) 経営・運営に関する事項  
 ① 患者の反対  ② 保険点数がない  ③ 患者数減少への危惧  
 ④ 精神科患者様の問題行動や症状悪化  ⑤ その他
- 4) 敷地内禁煙実施に向けた方法に関する事項  
 ① 禁煙化へ向けたいリーダーの不在  ② 患者への指導の方法がわからない  
 ③ 方法や進め方がわからない  ④ 敷地内禁煙の意義が理解できない  
 ⑤ その他 ( )
- 5) 実施環境に関する事項  
 ① 火災の心配  ② 近隣施設等からの苦情  ③ トラブル対処  
 ④ 労力がかかる  ⑤ 設備投資に費用がかかる  
 ⑥ その他 ( )
7. 一般に病院の敷地内禁煙の意義は次のようなことが指摘されています。ご理解をいただいているものすべて○をつけてください(複数回答可)。
- 1) 受動喫煙の防止に役立つ
  - 2) 患者さんが禁煙に取り組む機会を提供でき、健康づくりに資することができる
  - 3) 利用者の間では敷地内禁煙を望む声は実際には多い
  - 4) 院内感染のリスクが減少する
  - 5) 職員の健康づくりに役立つ
  - 6) 職員の業務の効率を向上させる
  - 7) 病院のイメージ向上や清潔環境づくりに資する
  - 8) 喫煙場所の有効利用が行え、病院の維持管理費が低下する
  - 9) 病院へのよい経済的効果がある
8. どのような事項が加われば、敷地内禁煙を実施することが可能になる(あるいは敷地内禁煙が可能となった)と思われますか(複数回答可、最大5つまで)。
- 1) 院内勉強会の実施
  - 2) 禁煙推進委員会等の設置やリーダーの存在
  - 3) 職員の理解と協力
  - 4) 患者や利用者の声
  - 5) 病院幹部の理解や意思
  - 6) 診療報酬上のメリット
  - 7) 日本医療機能評価機構の施策
  - 8) 病院敷地内禁煙への手引書や禁煙パス
  - 9) 敷地外の喫煙可能な緩衝地(コンビニ、公園など)
9. 以下のうち、貴院ですでに実施されているものすべて○をつけてください(複数回答可)。
- 1) 喫煙対策委員会の設置
  - 2) 職員の喫煙率等の喫煙に関する調査
  - 3) 1年に1回以上の職員向けの勉強会の実施
  - 4) 職員採用時の禁煙への協力の要望
  - 5) 就業規則への禁煙規定の明記
  - 6) 病院周辺地域における住民向けの禁煙勉強会
  - 7) 職員による病院敷地内や敷地周辺のポイ捨てタバコの定期的清掃活動
10. 病院敷地内禁煙に関する問題点やご意見、ご要望があれば、空いたスペースや別紙に自由にご記入ください。
11. ご協力いただいた施設には、敷地内禁煙に関する資料をお送りする予定です。  
ご希望の施設は、送付先のmail addressをご記入ください。

以上で終了です。お忙しいところ、アンケート調査へのご協力、誠にありがとうございました。

《謝 辞》

このシンポジウムを開催するにあたり、アンケートに協力くださいました病院の皆様、関係の皆様へに深謝いたします。

## シンポジウム「病院の敷地内禁煙の問題点と進め方」報告 2. 敷地内禁煙実践の方法と対策

川合厚子<sup>1</sup>、水野雄二<sup>2,3</sup>、佐藤英明<sup>3,4</sup>、高野義久<sup>3,5</sup>、橋本洋一郎<sup>3,6</sup>、宮崎恭一<sup>7</sup>

1. 社会医療法人公徳会トータルヘルスクリニック、2. 熊本機能病院
3. くまもと禁煙推進フォーラム、4. 健生会明生病院、5. たかの呼吸器科内科クリニック
6. 熊本市民病院神経内科、7. 日本禁煙学会理事・総務委員長

**キーワード：**病院敷地内禁煙、喫煙対策委員会、クリニカルパス、行動変容ステージ、精神科病院

### はじめに

病院の敷地内禁煙推進をはかるため、第9回日本禁煙学会学術総会においてシンポジウム「病院の敷地内禁煙の問題点と進め方」が行われた。シンポジウム報告書「病院の敷地内禁煙の問題点と進め方」<sup>1</sup>に引き続き、本稿では、シンポジウムで発表・討論された内容を元に敷地内禁煙実践の方法と対策を提言する。また敷地内禁煙に至っていない病院、敷地内禁煙にしたものの課題を抱えている病院の参考になれば幸甚である。

### 1. 能動喫煙と受動喫煙に伴う疾病と超過死亡

能動喫煙は、がん、心臓血管疾患、呼吸器疾患、糖尿病を含め、多くの疾患の原因となる<sup>1)</sup>。日本では能動喫煙により年間12～13万人が死亡しているといわれている<sup>2)</sup>。一方、受動喫煙による年間死亡者は、2010年推計では肺がんや心筋梗塞だけで約6,800人であったが、厚生労働省研究班による最新データ(2014年の死亡数を元に2016年5月発表)では脳卒中と乳幼児突然死症候群が加わり約15,000人と報告されている<sup>1,3)</sup>。現在、病院に通院・入院している患者の多くも能動喫煙や受動喫煙との関連のある疾病を有していると推定される。

### 2. 受動喫煙防止の効果

受動喫煙防止の効果は、世界各地において受動喫煙防止法実施後に行われた研究により明らかになっている<sup>4,5)</sup>。メタ解析により、虚血性心疾患、脳血管疾患、COPD等で個別の治療に匹敵する、または上回る程の効果が認められている<sup>6)</sup>。

### 3. 市民は受動喫煙防止を求めている

受動喫煙防止は一般市民に一定の理解が得られていると推測される。熊本県民を対象にした受動喫煙に関するアンケートでは、全体の87%、非喫煙者の94%、前喫煙者の91%、喫煙者であっても57%が、受動喫煙を迷惑と回答した<sup>7)</sup>。また、この調査の中で、病院へ求める受動喫煙対策レベルにおいて70%が終日禁煙を求めている。

2005年敷地内禁煙を実施した熊本機能病院は、入院患者を対象として敷地内禁煙の評価を調査した。アンケート対象入院患者262名を対象としてアンケートを施行し、有効回答者数225名(有効回答率85.9%)、うち喫煙者は14.7%であったが、回答があった者のうちの91%は敷地内禁煙を好ましいものにとらえており、喫煙者でも半数以上が敷地内禁煙に前向きな評価をしていた。

### 4. 病院敷地内禁煙の現状

2014年厚生労働省調査によると全国の病院の敷地内禁煙の実施割合は51%であり、少なくとも78%は敷地内禁煙になっているがん診療連携拠点病院より低率であった<sup>8)</sup>。

### 連絡先

〒999-2221  
山形県南陽市柵塚1180-5  
社会医療法人公徳会トータルヘルスクリニック  
川合厚子  
TEL: 0238-40-3406 FAX: 0238-50-1871  
e-mail: dr-kawai@koutoku.or.jp  
受付日 2016年3月31日 採用日 2016年6月29日

## 5. 病院敷地内禁煙の意義

病院敷地内禁煙の意義は、①受動喫煙の防止ができる ②患者に対し職員と共に禁煙の機会を提供できる ③健康増進と医療費削減が期待される ④社会に対して健康増進のためのロールモデルを提示できることである。

## 6. 病院敷地内禁煙には病院トップの理解と意思が必須

病院敷地内禁煙を推進していくためには、まず病院トップの禁煙推進の重要性の理解が必要である。喫煙できる環境は喫煙を容認することになり、喫煙者の禁煙の機会を奪うだけではなく、健康になろうと来院している患者を受動喫煙に曝してしまう。患者、職員、来院者の健康や命を守るために敷地内禁煙は必須であるという認識を病院幹部が持つことが重要である。また、病院トップが喫煙者である場合、認識が甘くなりがちであり、自身の健康のためにも、また職員の規範となるためにも禁煙を実行することが、喫煙対策の推進、職員の禁煙につながると思われる。

## 7. 病院敷地内禁煙への実践

病院を敷地内禁煙にする際、一気に敷地内禁煙を行おうとすると、問題が噴出する。したがって、段階を踏んで1歩ずつ進めていく必要があると考えられる。この中で最も重要であると思われるのは、職員向け勉強会である。病院職員の知識や理解が共有さ

れてくれば士気も高まり、敷地内禁煙化とともに職員の一部は禁煙を実行すると思われる。

段階の例を次に示す。

- (1) 病院トップの認識、トップダウンで将来敷地内禁煙を実施することを宣言。
- (2) 喫煙対策委員会(または禁煙推進委員会)の設立と対策リーダーの指名。
- (3) タイムテーブルの作成(段階的な実行)。
- (4) 職員向け勉強会(全職員対象、喫煙の害・ニコチン依存症・禁煙治療とサポート等)。
- (5) 周辺住民向け勉強会(説明と協力要請)。
- (6) 患者向け勉強会。
- (7) 病院敷地内禁煙の実施。
  - ・入院前からの徹底したアナウンスと告知。
  - ・院内放送(朝夕食後時間帯に「入院は禁煙の最大のチャンス」と放送等)。
  - ・患者への教育や支援。
  - ・入院患者への禁煙クリニカルパスの試み。
- (8) 喫煙対策委員会で継続管理。

重要な柱は、①喫煙対策委員会を中心とした組織と取り組み ②職員への教育 ③入院患者への禁煙支援と対応である(図1、2)。

病院敷地内を禁煙化する前には、さまざまな懸念があると思われるが、段階を経て準備をしっかりと行っていけば、その多くは杞憂、もしくは解決できる問題となる。

望ましいと考えられる方策の詳細を次に示す。

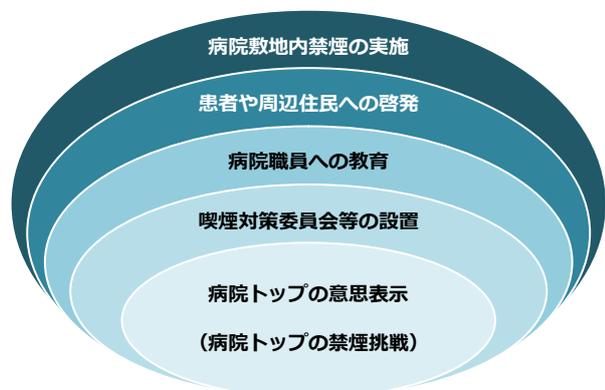


図1 病院敷地内禁煙への考え方



図2 敷地内禁煙実践の方法と対策

(1) 喫煙対策委員会(または禁煙推進委員会)の役割

- ① 委員には、院長、事務長、病棟責任者等含む。
- ② 目的を明らかにしてタイムスケジュールを立てる。  
敷地内禁煙の実施日と通達日の設定、準備期間の活動内容(以下の④～⑨参考)の決定とその時期の設定、役割分担等。
- ③ アンケートを実施する。
- ④ 職員への勉強会と対策を実行する。
- ⑤ 患者への勉強会と禁煙支援を実行する。
- ⑥ 広報活動(患者・職員・近隣住民・一般向け)を行う。
- ⑦ 禁煙治療の準備(ニコチン依存症管理料届出、患者・職員への周知)を行う。
- ⑧ 近隣住民や自治会へのあいさつをする。
- ⑨ 環境整備体制(吸殻拾い、美化運動など)を整える。

(2) 職員対策

- ① 就業規則に就業中禁煙を明記する、昼休みも禁煙にする等を考慮する。
- ② 喫煙状況を幹部部署も含め部署別に評価し公表する。
- ③ 禁煙の勉強会を開催する。
- ④ 各部署に禁煙担当を育成し、推進する。
- ⑤ 喫煙者の採用は禁煙を条件とし、禁煙を助言、支援する。

(3) 患者への禁煙支援

- ① 入院は禁煙のチャンスと捉えてもらう。
- ② 行動変容ステージごとに対応する。
- ③ 情報提供の工夫をする(特に無関心期)。
- ④ 職員が毎日話を聞いて患者の努力をほめる工夫をする(看護記録に禁煙状況を記録等)。
- ⑤ メディカルスタッフ(医師、看護師、薬剤師など)が多職種で支援する。
- ⑥ 禁煙クリニカルパスの作成を考慮する。

(4) 入院誓約書

入院時に署名する書類に以下のような文言を入れておく方法もある(図3)。  
『私および連帯保証人は、〇〇病院に入院するにあたり、下記のことを遵守いたします。  
・・・自他の健康のために病院敷地内で禁煙を厳守し、職員の指導に従います。』

(5) 病院における患者や来院者へのアピール

病院にさまざまな掲示を行ったり、ホームページで禁煙への取り組み状況を示すことで、来院者やホームページ訪問者に病院の姿勢をアピールすることができる。また、敷地内禁煙のスムーズな運営に役立つ。熊本機能病院の取り組みを提示する(図4)。

## 8. 禁煙クリニカルパスと行動変容ステージ別の対応

敷地内禁煙は、入院患者が禁煙へ挑戦する絶好の機会である。職員全体で患者の禁煙を支援する上で、病院独自の禁煙クリニカルパスを作成することも考慮される。その際に留意する点を図5に示した。

喫煙する患者の禁煙への気持ちは個々に異なり、禁煙への意向の程度(行動変容ステージ)に応じた禁煙サポートが望ましい。概念図を以下に提示する(図6)。詳細は禁煙支援の具体例をまとめたくまもと禁煙推進フォーラムの資料も参照されたい<sup>9)</sup>。

## 9. 敷地内禁煙の効用

敷地内禁煙を実施した病院からは、禁煙にしてよかった点として以下があげられた。

- ・ 受動喫煙防止の実践ができ、患者と職員の健康増進になった。
- ・ 環境衛生が改善し、清潔感が向上した。
- ・ 喫煙所だったところを有効活用できるようになった。
- ・ 喫煙時間がなくなり、労働時間がより確保できるようになり、職員の欠勤が減少した。
- ・ 院内感染対策になった(非喫煙者のインフルエンザ罹患率が低いことが報告されている)。
- ・ 病院のイメージアップにつながった。
- ・ 患者に禁煙に挑戦する機会を提供できた。
- ・ 患者と家族からの感謝の声、賛成の声が多かった。
- ・ 地域に向けて禁煙の意義をアピールできた。

## 10. 精神科病院の禁煙化に向けて

精神科患者は喫煙率が高く、精神科があるため病院の敷地内禁煙ができないと捉えられている傾向がある。しかし、単科精神科病院の敷地内禁煙に取り組んだ病院から以下のような考え方が発表された。

- ・ 喫煙は、ニコチン依存症という精神疾患である。
- ・ ニコチン依存症は、他の精神疾患や致死的な身体疾患を引き起こす。
- ・ 敷地内禁煙は、受動喫煙を防止するだけでなく、環境に影響されやすい精神科患者のニコチン依存症治療を容易にする。
- ・ 敷地内禁煙の精神科病院は年々増加しており、合併症予防、感染予防、火災予防、トラブル回避等メリットが知られてきている。一方、精神症状の悪化はまれである。
- ・ 上記を職員が理解し、精神科患者や職員、来院するすべての人を受動喫煙から守ることが重要で、精神科のバリアフリーとなる。
- ・ 精神科患者もタバコの真実を知ると禁煙したい者は多く、教育が必要である。

◆入院誓約書◆ 平成 年 月 日

病院 様

院長 様  
私および連帯保証人は、熊本機能病院に入院するにあたり、下記のことを遵守いたします。

1. 入院中は、入院案内に記載されている事項ならびに医師・看護師の指示を守り、医師の行う診療方針に従って、療養に専念します。
2. 外出・外泊中の事故等については、貴院に迷惑をかけません。
3. 病状等により、部屋の移動が必要と判断されたときは病院の指示に従います。
4. 自他の健康のために病院敷地内で禁煙を厳守し、職員の手導に従います。
5. 貴重品などの持込品は、自分で管理し、万一、盗難や紛失があつても病院に迷惑をかけません。
6. 故意または重大失により貴院の施設・備品等に損害を与えた場合には、保証人と連帯して弁償します。
7. 飲酒や暴言等、貴院や他の入院患者さん等に迷惑をかける行為を行い、退院を勧告された時は、速やかに従います。
8. 入院治療費、一部負担金、その他病院に対する支払いについては遅滞なく納金いたします。万一、本人が所定の期日までに納金できないときは連帯保証人がその責任を負い、病院の請求に従い遅滞なく支払います。
9. 集団感染予防のため、感染症に罹患した場合には、一旦自宅での療養等を行い病院の指示に従います。

平成 年 月 日 入院

ご本人	氏名		電話
	現住所	〒	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢 歳
	勤務先		電話
	職業 又は職種		

図3 入院誓約書の例



図4 病院における患者や来院者へのアピール例

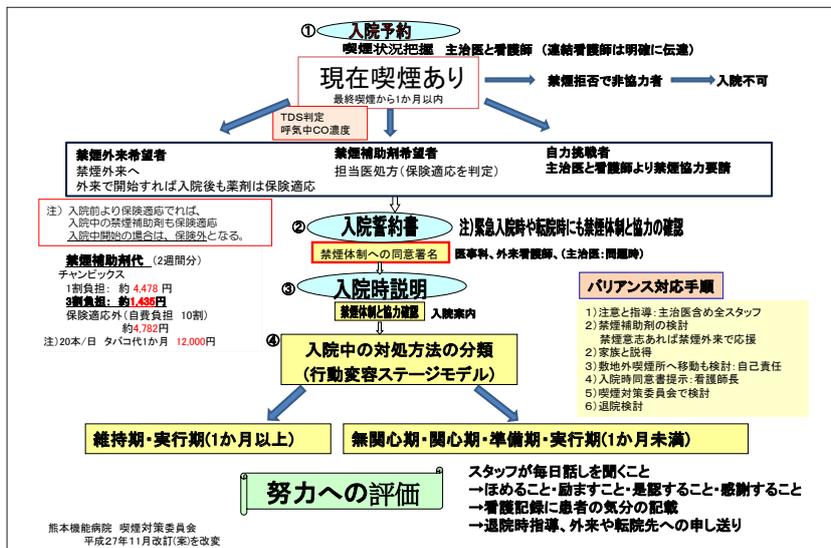


図5 入院患者用禁煙クリニカルパスの基本

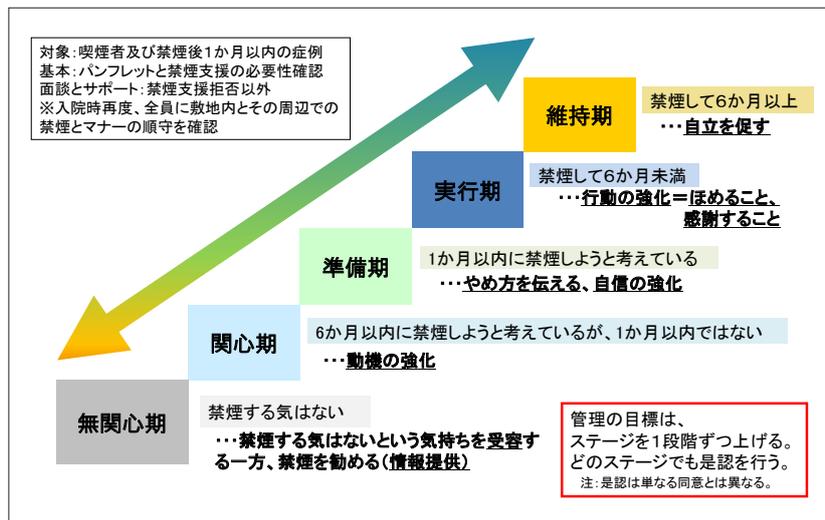


図6 行動変容ステージ別対応<sup>9)</sup>

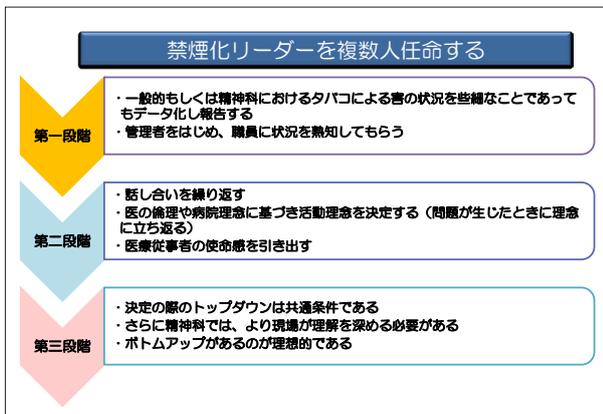


図7 精神科における禁煙化に向けて<sup>10)</sup>

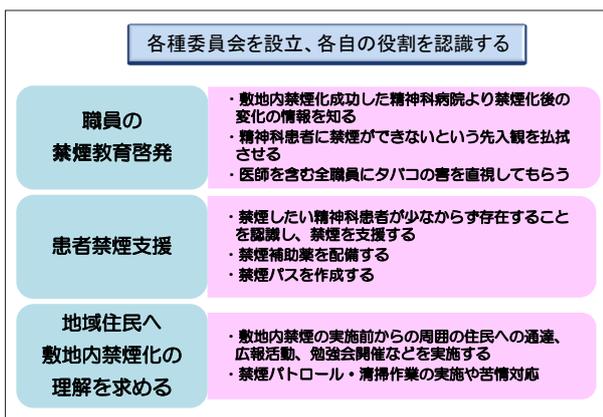


図8 精神科における禁煙化に向けて

図7および図8に、敷地内禁煙にした精神科病院がどのような取り組みを行ったかの概要を提示した。これまでの病院敷地内禁煙化に向けた取り組みと共通点も多い。

熊本県の単科精神科病院の敷地内禁煙化活動を紹介しているので、参照していただきたい<sup>10)</sup>。

## 11. 病院敷地内禁煙の問題等

病院敷地内禁煙を実施した際の問題等も発表された。

### (1) 診療報酬

- ・効果と労力を考えれば加算が必要ではないか。
- ・禁煙外来より効果が期待できる入院患者には指導料がない。
- ・入院中に禁煙を開始した場合、禁煙補助薬の保険適応がない。

### (2) 職員の禁煙指導

- ・職員の喫煙は、一時的に入院する患者の喫煙よりも問題であり、対応が必要である。
- ・幹部の喫煙は特に問題であり、幹部としての認識と決断が重要である。
- ・全職員の喫煙状況評価を定期的に行う。
- ・定期的な勉強会を行う。
- ・禁煙支援を中心的行う多職種スタッフを育成する必要がある。
- ・昼食後の禁煙がポイントである。
- ・就業規則への明記も検討する。

### (3) 近隣住民への対策

- ・敷地内禁煙実施前から地域向けに勉強会や説明会を開催し、理解と協力を仰ぐ。
- ・職員持ち回り制で、地域周辺の清掃活動を行う。
- ・病院周辺、例えば500mなど、禁煙領域を周知する。

### (4) 火災の不安に関して

- ・敷地内禁煙に伴い増加した火災の報告はない。
- ・喫煙対策されていない病院より、敷地内禁煙を実施した病院では減少している。一方、喫煙による火災の責任は、喫煙者に示唆すべきである。

## 12. 質疑応答

**Q1. 患者が反対するのではないか。患者が来院しなくなるのではないか。**

実際にはほとんど反対はなく患者数の減少は認められません。本文書に示したように、入院患者の9割以上が敷地内禁煙に賛同されました。患者の声の中でも敷地内禁煙へ良い評価の声が多い状況です。患者の家族からも喜ばれます。入院中の喫煙の懸念がなく、安心して入院や通院をさせられるという声もあります。敷地内禁煙を実施している病院への入院は、禁煙へのとても良いチャンスです。

たとえ何らかの問題が生じて、患者への丁寧な説明、教育や啓発、入院前の事前確認などで解決ができます。風紀を乱す者には、警備員の協力や主治医からの忠告、それでも無効な時には、入院時に書いてもらった誓約書を見せて説明を行うこともあります。

統合失調症患者が短命な理由は自殺ではなく、喫煙が大きく関与する心臓血管系障害です。敷地内禁煙にするだけで、禁煙ができる精神科患者も多くおられ、敷地内禁煙は患者の命を救うという認識が必要です。

喫煙する職員が、患者のことを盾にして「患者の反対や患者数の減少」を訴える場合もあります。精神科病院においても病院のイメージが良くなり、むしろ患者数が増えたところもあります。

**Q2. 病院敷地内で忠告を聞かない喫煙者への対策はどのようなのか。**

食後は喫煙欲求が高まることが判明しており、食後30分位の時間帯に清掃パトロールの腕章をつけ、複数人で巡回を行うことが最も効果的です。禁煙であることを入院条件に入れて、入院前に確認しておくことが望ましいと考えられます。主治医からの明瞭な忠告はより効果的です。禁煙には時間をかけたサポートが必要です。早朝や就寝前、食後の時間帯には、患者へ直接声かけをしたり、アナウンス等を使ったアドバイスに効果があります。

**Q3. 精神科患者において問題行動が出たり、症状が悪化するのではないか。**

概ね問題行動は出ませんし症状は悪化しません。精神症状は良くなるが多くなります。これから喫煙できる場所はさらに減少するでしょう。禁煙ルールを守ることは社会生活を送る上で社会生活訓

練の一つとなります。一般患者でも、禁煙後に抑うつが出現することがあります。抑うつへの対応は精神科の得意分野です。

**Q4. 隠れ喫煙による火事が起こるのではないか。**

敷地内禁煙にすると火事は起こりにくくなると考えています。隠れて喫煙をしても敷地内禁煙にしていると空気がきれいなので、タバコの臭いはすぐに分かります。また、敷地内禁煙にすると、喫煙率が下がりライターを持ち込みが減少します。喫煙による病院火災の原因の多くはむしろ喫煙できることに関連しています。

**Q5. 近隣から苦情が出るのではないか。**

喫煙対策委員会等による患者・住民双方への教育、啓発事業、院内パトロールなどで対処できます。

**Q6. トラブルにうまく対処できないのではないか。**

個人で対応するのではなく、病院としての対応が必要です。想定されるトラブルに対しQ&A集を作成しておくのが良いと思われます。喫煙対策委員会等による患者・住民双方への教育、啓発事業、院内パトロールなどが有効です。慢性疾患を管理するように、病院組織で管理を継続していきましょう。

**Q7. それでも精神科を禁煙化することは不安だ。**

まず、喫煙の害について、外来や病棟の職員、患者へアンケートを行うことはいかがでしょうか。

「精神科にタバコは当たり前」という風潮がまだまだ根強いですが、一方で精神科だからこそ受動喫煙などの著しいタバコの被害を被っている職員や患者は多いはずで、アンケートにより実情を把握できれば、より早く禁煙化へ賛成する者、リーダーにふさわしい人物が見つかる可能性があります。たとえ現実にならなくても、アンケートにより「禁煙化の波がこの精神科に来るかもしれない」と喫煙者の幹部や職員、患者にも禁煙化について予見をしてもらうことができます。それによって感情的な強い反発は減るかもしれませんが、事前に対策がとれるかもしれません。

いずれにしても、多くの職員がタバコの害について正しい知識を習得し、現実を直視すれば、精神科といえども反対者数に劣らないくらい賛同者も現れるはずで、タバコの問題が大きければ、より禁煙

化へ転じる可能性は高いと考えられます。是非、医療のあるべき本来の姿を取り戻しましょう。

#### Q8. 前向きでない幹部を前向きに変えるための方法はあるか?

幹部や職員の動機付けには、今後病院敷地内禁煙の取り組みへの正当な診療加算を訴えていくことでしょうか(この提案に会場では賛同をいただけたと思われる)。

#### Q9. 病院の敷地内禁煙に向けて何から始めればよいのでしょうか?

病院の敷地内禁煙の意義について、病院幹部がよく理解すること、喫煙対策委員会を設置し、そのリーダーを決めることから始めてはいかがでしょうか。

#### おわりに

病院敷地内禁煙の意義を理解し、病院を敷地内禁煙にするにはどのようにしていったらよいのか、具体的にイメージできるようにまとめてみた。喫煙していたから、受動喫煙に曝されていたから健康を損ねた、命を失った、という方が周囲にいないだろうか。本稿が『敷地内禁煙が、患者の、来院者の、職員の命と健康を守る』、そのための一歩を踏み出す参考になれば幸甚である。

なお、精神科病院の敷地内禁煙については、第9回日本禁煙学会学術総会シンポジウム「病院の敷地内禁煙の問題点と進め方」報告書3にてさらに詳しく報告する。

#### 謝辞

このシンポジウムを開催するにあたり、アンケートに協力くださいました病院の皆様、関係の皆様には深く感謝いたします。

#### 文献

- 1) US Department of Health and Human Services: The Health Consequences of Smoking —50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General 2014
- 2) Katanoda K, Marugame T, Saika K, et al: Population attributable fraction of mortality associated with tobacco smoking in Japan: a pooled analysis of three large-scale cohort studies. *J Epidemiol* 2008; 18: 251-264.
- 3) 片野田耕太, 望月友美子, 雑賀久美子ほか: わが国における受動喫煙起因死亡数の推定. *厚生指標* 2012; 57: 14-20.
- 4) Tan CE, Glantz SA.: Association between smoke-free legislation and hospitalizations for cardiac, cerebrovascular, and respiratory diseases: a meta-analysis. *Circulation* 2012; 126: 2177-2183.
- 5) Been JV, Nurmatov UB, Cox B, et al: Effect of smoke-free legislation on perinatal and child health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2014; published online March 28. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60082-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60082-9) (閲覧日: 2016年2月4日)
- 6) Stallings-Smith S, Zeka A, Goodman P, et al: Reductions in cardiovascular, cerebrovascular, and respiratory mortality following the national Irish smoking ban: interrupted time-series analysis. *PLoS One* 2013; 8: e62063.
- 7) 高野義久, 橋本洋一郎, 川俣幹雄ほか: 熊本県民の受動喫煙に関するアンケート調査. *禁煙会誌* 2012; 7: 83-92.
- 8) 厚生労働省: 医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/14/dl/gaikyo.pdf> (閲覧日: 2016年2月4日)
- 9) くまもと禁煙推進フォーラム: 禁煙支援の裏技! [http://square.umin.ac.jp/nosmoke/material/quit\\_support.pdf](http://square.umin.ac.jp/nosmoke/material/quit_support.pdf) (閲覧日: 2016年2月4日)
- 10) 精神科単科病院における敷地内禁煙の取り組み <http://square.umin.ac.jp/nosmoke/meeting/jsscsato.pdf> (閲覧日: 2016年2月4日)

## 日本禁煙学会の対外活動記録 (2016年8月～9月)

- 8月 1日 日本禁煙学会HPに「フィリップモリス対ウルグアイ政府の係争に関する投資紛争解決国際センター仲裁委員会の所見」を掲載しました。
- 8月 8日 日本禁煙学会HPに、受動喫煙対策に関するJTの最近の主張に対する反論を掲載しました。
- 8月 9日 アレルギー検査用試薬「タバコ煙」製造・販売再開の再度のお願いを、厚生労働省等へ提出しました。
- 8月22日 日本禁煙学会HPに「CO測定器の注意喚起」を掲載しました。
- 9月 6日 東京都受動喫煙防止条例の請願と条例案の提出をおこないました。
- 9月26日 日本禁煙学会HPに電子タバコに関するWHO報告書を掲載しました。

日本禁煙学会雑誌はウェブ上で閲覧・投稿ができます。  
最新号やバックナンバー、投稿規程などは日本禁煙学会ホームページ <http://www.jstc.or.jp/> をご覧下さい。

### 日本禁煙学会雑誌編集委員会

●理事長	作田 学	
●編集委員長	山本 蒔子	
●副編集委員長	吉井千春	
●編集委員	稲垣幸司	川根博司
	川俣幹雄	佐藤 功
	鈴木幸男	高橋正行
	野上浩志	蓮沼 剛
	山岡雅顕	(五十音順)

## 日本禁煙学会雑誌

(禁煙会誌)

ISSN 1882-6806

第11巻第5号 2016年10月31日

発行 一般社団法人 日本禁煙学会

〒162-0063

東京都新宿区市谷薬王寺町 30-5-201 日本禁煙学会事務局内

電話：03-5360-8233

ファックス：03-5360-6736

メールアドレス：desk@nosmoke55.jp

ホームページ：http://www.jstc.or.jp/

制作 株式会社クバプロ