

日本禁煙学会雑誌

Vol.12 No.2

CONTENTS

《巻頭言》

- タバコ業界からの政治献金が
受動喫煙防止の立法を妨げている
— 国民世論も国際的協定・趨勢も許すものではない — 野上浩志 34

《調査報告》

- 大学附属病院敷地内全面禁煙化と呼気中一酸化炭素
濃度測定がもたらす喫煙職員の行動・意識変化 鈴木立紀、他 40

《資料》

- シンポジウム「病院の敷地内禁煙の進め方」報告
3. 多職種協働で実現した単科精神科病院の敷地内禁煙
～ 煙害防止活動理念にもとづく試行錯誤の4年間と今後の課題～ 佐藤英明、他 49

《記録》

- 日本禁煙学会の対外活動記録(2017年2月～3月) 55

Japan Society for Tobacco Control (JSTC)

一般社団法人 日本禁煙学会



タバコ業界からの政治献金が 受動喫煙防止の立法を妨げている

— 国民世論も国際的協定・趨勢も許すものではない —

子どもに無煙環境を推進協議会、日本禁煙学会理事

野上浩志

1. 受動喫煙防止対策の強化案(厚労省案)と 自民党たばこ議連の対案による構図

受動喫煙の危害防止を進めるための健康増進法改正が、2016年1月以降に内閣官房の下に、関係省庁(オブザーバーとして東京都)による「受動喫煙防止対策強化検討チーム」¹⁾で協議が進められてきました。2016年10月には、その検討チームワーキンググループによる「受動喫煙防止対策の強化について(たたき台)」が厚生労働省から提示され、ワーキンググループの関係団体・業界等の公開ヒアリング²⁾がありました。その後2017年3月1日に厚労省から「受動喫煙防止対策の強化について(基本的な考え方案) - 多数の者が利用する施設等の一定の場所での喫煙の禁止と、管理権限者への喫煙禁止場所の位置の掲示等を義務づける。」が提示されました²⁾。

この内容は、多数の者が利用する屋内(小中高・医療施設は敷地内)は全面禁煙で、職場・飲食店などサービス業等では屋内禁煙ではあるが喫煙専用室の設置を可とし、違反した施設・喫煙者には罰則(過料)を課するものでした。

しかし2017年3月7日の「自民党たばこ議員連盟」(以下「議連」)^{*}の臨時総会で対案が出され、「(1)小中高・大学や医療施設、運動施設、官公庁は、「喫煙専用室可」とし、長年の禁煙実績が進んでいる現状を大幅に否定あるいは後退させる。(2)事務所・職場は、対象外とする。(3)飲食店などサービス業は、「禁煙・分煙・喫煙の表示義務」のみとする。」とのことで、受動喫煙対策の現状維持、および後退の内容で、国民の健康、とりわけ国民の84%もの非喫煙者を受動喫煙の危害から守り進めるべき負託と責務のある国会議員による議連として、本気で、真面目な対案とはとても思えない

ものでした。

政府提案の健康増進法改正(案)は、与党の合意手続きと閣議決定を経て国会に上程されますが、自民党での合意の先行きが不透明な状況にあるように報じられています。(4月6日現在)

^{*}「本議員連盟設立の目的は、たばこ業界の諸問題を研究し、零細かつ高齢化しているたばこ販売者の生活を守り、たばこ業界の健全な発展を通じ、日本経済の成長、活性化に寄与することとしております。」(野田毅・議連会長のホームページより)

2. 受動喫煙防止対策の徹底は国際的協定・約束 であり、安倍総理も確約している

東京オリンピック・パラリンピック(以下「五輪」)の誘致にあたっては、国際条約(タバコ規制枠組条約:FCTC)、およびWHO-IOCの五輪での受動喫煙の防止対策を徹底すべきとの協定・約束がありました³⁾。また「「たばこのない五輪」へ対策で一致、日中韓の保健相会合」(2016年12月4日)での共同声明もあります⁴⁾。

安倍晋三総理は、2017年1月20日の国会での施政方針演説でも「三年後に迫ったオリンピック・パラリンピックを必ず成功させる。…受動喫煙対策の徹底、…など、この機を活かし、誰もが共生できる街づくりを進めます。」と明言しています⁵⁾。

議連の対案は、国際的協定・約束をホゴにし、安倍総理の確約を全面否定するもので、WHO-IOC本部から「これでは東京五輪開催はいかなものか?」との警告もあり得なくはなく、国際的信用の失墜と恥を招きかねない危惧があります。

3. なぜタバコ議連は厚労省案に反対するのか？

(1) 喫煙議員が多い～

「どこでもタバコを吸いたい」から？

議連は、対案の理由として「飲食店などが潰れる、廃業に追い込まれる」などをあげていますが、厚労省の資料をはじめ、国内外の多くの調査文献がこれを否定しています。タバコ業界・飲食店業界などからこれら議員に陳情があるようですが、議連の議員たちがこれを真に受け、これら虚偽情報を鵜呑みにしているとはとても思われません。

それでもなお対案を出す形で厚労省案に反対する理由は、少なくとも二つの理由があるようにしか思われません。

一つは、自らが喫煙者であって、どこでもタバコを吸いたい、制限を受けたくない、と考えているようです⁶⁾。自民党内の喫煙率は一般社会よりも断然高く、議連の役職者をはじめ、議連の議員の多くが喫煙者のようで、例えば3月7日の議連の臨時総会での発言として「喫煙を愉しむことは幸福追求の権利、憲法で保障されている権利」との発言まであったと報じられています^{7,8)}。議連幹事の竹下亘・国会対策委員長は「全エリアで禁煙にすると言われたら、どうやって生きていけばいいのかという思いだ。できれば法案が出てきてほしくない」。竹下氏は1日約60本を吸うヘビースモーカー。とはいえ、法案成立を左右する国会審議の司令塔という立場だけに、「実際に国会に(法案が)出てきて法律ができれば、従わなければならないとも覚悟している」と漏らした。」と報じられています⁹⁾。

そのような重度のタバコ依存に陥っている議員には、タバコと受動喫煙の危害への無知や軽視があり、発言録を見ても「分煙で危害を防げる、世界に冠たる分煙先進国を目指すべき」¹⁰⁾との理解で、まして国民の84%ものタバコを吸わない国民の受動喫煙への健康影響など思い及ばないのでしょうか。

(2) タバコ業界から献金や金銭的支援、選挙協力を受けている、から？

議連が厚労省案に反対する理由の二つ目は、タバコ業界から政治献金を受け、パーティ券購入などの金銭的援助や後援会費、また選挙協力を受けているという利権・癒着があるように思われます。

私たちが2010～2015年の6年間のタバコ業界(たばこ販売政治連盟、たばこ耕作者政治連盟)か

らの政治資金収支報告書(政治資金規制法により毎年報告が義務付けられ、11月末に総務省のホームページなどで公開される。ただし1件5万円以上で、20万円以内のパーティ券購入については義務付けはない。)を調べた限りでは、少なくとも10,500万円が自民党および議員に献金されており、そのうち6,500万円は国会議員(140人)への献金でした。その献金のうち、議連の役職者への献金額の合計は1,807万円(36%)で、自民党たばこ特別委員会(以下「特別委」)の現および前委員(タバコ議連との重複あり)には合計1,725万円(35%)で、これら両者への献金額合計は2,499万円(50%)でした。そしてこれら献金は衆参の選挙の年に増えています。(詳細は「タバコ業界からの政治献金の実態調査(第四報)(2010～2015年)」¹¹⁾)

これら議連の役職者、および特別委・現委員への政治献金額を表1、2に示しましたが、これら議員の大半が献金を受けていました。特に野田毅・議連会長(特別委・顧問、前・党税制調査会長)は305万円と多額で、100万円を超える議員が5人いました。

これら議連の役職者や所属議員、また特別委委員の多くが、3月7日の議連総会(表1、2に出席議員を明記しました)や2016年12月8日および2017年1月19日、2月9日、2月15日の自民党・厚生労働部会に出席し、厚労省案に強く反対したと報じられています^{10,12)}。

例えば、2月15日の自民党・厚生労働部会での関係団体からヒアリングを行ったなかで、「質疑の最終盤に発言したのは分煙派の重鎮、野田毅・前党税制調査会長。「たたき台は大幅に修正される前提だ。厚労相が言ったからといって通る自民党じゃない」とクギを刺した。」(野田毅議員(衆熊本二区)は6年間で305万円の献金あり；朝日報道¹²⁾)。

同部会では、表1、2には名前はありませんが、衛藤晟一(衆大分一区)：「税金もいただいている。病院や学校の敷地内完全禁煙はいかがなものか。分煙の例外規定も必要ではないか。公道上の喫煙場所の確保も重要。小規模店舗の選択式、分煙も検討すべき。」¹⁰⁾(同議員は6年間で143万円の献金あり)など、献金を受けている国会議員の反対発言が多くあったことが紹介されています(献金を受けていても賛成している方はいますが)。

また上記朝日の記事で、分煙派として紹介され

ている石破茂議員(衆鳥取一区)は「受動喫煙防止強化に反対する緊急集会でも「人にはそれぞれの楽しみや価値観がある」と、喫煙派の立場からの意見を表明するなど」と紹介されています¹²⁾が6年間で60万円の献金があります。

今回の調査では、タバコ会社からの政治献金は見あたりませんでした。しかし『選択』2016年12月号「JTがばら撒く灰色の「政治献金」」(p.72-73)¹³⁾によれば、「今やJTは税制改正や既得権益の堅持に動いてくれそうな自民党国会議員のパーティに必ず顔を出す代表的な企業の一つ。自民党ベテラン議員の秘書は「JTの危機感の裏返し。親方日の

丸の企業が与党に頼み込むのは限りなく黒に近いのではないかと漏らす。パーティ券の購入は政治献金と同義語だから。」と記載され、宮沢洋一・自民党税制調査会長(議連副会長でもある)の政治資金パーティに顔を出している事例の一端が紹介されているように、議員パーティ券は20万円以内であれば報告の義務がなく、政治資金規正法の抜け道の一つになっているのは周知のことです。

以上の例に見るように、献金や援助を受けている多くの議員が、自らが喫煙者であることもあって、反対劇を演じているように思われます。

表1 「自民党たばこ議員連盟」役職者への献金額

タバコ販売 & 耕作者政治連盟からの6年間の献金は2015年までの公開データで、20万円以内のパーティ券購入は含まれていません。

「自民党たばこ議員連盟」役職者 (赤字ピンク網掛け;2017/3/7現在) 浅黄網掛けは3/7総会出席者		選挙区の黄色の網掛けは「自民党 たばこ特別委員会委員」でもある (役職名、2017/3/10現在)	6年間の献金額 (万円)	衆参所属委員会、党部会、 内閣役職 (主な;2017/3/24現在)
会長	野田 毅	衆・熊本2区(顧問)	305	党・税制調査会、最高顧問 元・党・税制調査会会長
顧問	麻生太郎	衆・福岡8区	8	財務大臣
	高村正彦	衆・山口1区	5	党・税制調査会、顧問
	谷垣禎一	衆・京都5区		
	伊吹文明	衆・京都1区		
副会長	衛藤征士郎	衆・大分2区	50	党・税制調査会
	大島理森	衆・青森3区、衆議院議長で離党	112	
	額賀福志郎	衆・茨城2区	20	党・税制調査会、小委員長
副会長	石破 茂	衆・鳥取1区	60	
	石原伸晃	衆・東京8区	70	経済再生担当大臣
幹事長	山口俊一	衆・徳島2区(顧問)	95	党・税制調査会 元・財務副大臣
	岸田文雄	衆・広島1区	37	
幹事長代理	塩谷 立	衆・静岡8区		党・税制調査会
	高市早苗	衆・奈良2区	30	総務大臣
幹事	田中和徳	衆・神奈川10区		
	金田勝年	衆・秋田2区	70	法務大臣
幹事	宮腰光寛	衆・富山2区(副委員長)	50	
	江渡聡徳	衆・青森2区(委員長代理)	176	衆院厚生労働委員
幹事	西川公也	衆・比例 北関東	70	
	宮沢洋一	参・広島		参院財政金融委員 党・税制調査会長
幹事長	山田俊男	参・比例(副委員長)	215	
幹事長代理	金子恭之	衆・熊本5区(副委員長、事務局長)	122	
	長島忠美	衆・新潟5区	60	
幹事	竹下 亘	衆・島根2区	21	自民党・国会対策委員長 元・財務副大臣
	谷 公一	衆・兵庫5区		党・税制調査会
幹事	大塚高司	衆・大阪8区		
	中川雅治	参・東京	5	党・税制調査会
事務局長	坂本哲志	衆・熊本3区(副委員長)	50	党・税制調査会

表2 「自民党たばこ特別委員会」委員への献金額

タバコ販売 & 耕作者政治連盟からの6年間の献金は2015年までの公開データで、20万円以内のパーティ券購入は含まれていません。

「自民党たばこ特別委員会」委員 (黄色網掛け;2017/3/10現在) 浅黄網掛けは3/7総会出席者	選挙区のピンク網掛けは「自民党たばこ議員連盟」役職者でもある (議員名赤字;2017/3/7現在)	6年間の献金額 (万円)	衆参所属委員会、党部会、 内閣役職 (主な;2017/3/24現在)
委員長 鈴木俊一	衆・岩手2区	125	
委員長代理 江渡聡徳	衆・青森2区(副会長)	176	衆院厚生労働委員
顧問 野田 毅	衆・熊本2区(会長)	305	党・税制調査会、最高顧問 元・党・税制調査会会長
森山 裕	衆・鹿児島5区	80	党・税制調査会
山口俊一	衆・徳島2区(副会長)	95	党・税制調査会 元・財務副大臣
副委員長 事務局長 金子恭之	衆・熊本5区(幹事長代理)	122	
副委員長 北村誠吾	衆・長崎4区	55	
坂本哲志	衆・熊本3区(事務局長)	50	党・税制調査会
平井たくや	衆・香川1区	5	
古川禎久	参・宮崎3区	56	党・税制調査会 元・財務副大臣
宮腰光寛	衆・富山2区(副会長)	50	
愛知治郎	参・宮城	10	参院財政金融委員 党・税制調査会
岡田 広	参・茨城	30	元・厚生労働大臣政務官
塚田一郎	参・新潟	20	
野村哲郎	参・鹿児島	60	
山田俊男	参・比例(幹事長)	215	
幹事 岩田和親	参・佐賀1区		
大野敬太郎	衆・香川3区	25	衆院財務金融委員 党・財政金融部会
加藤寛治	衆・長崎2区	116	

4. タバコ族議員により受動喫煙対策・施策が妨げられている日本

我が国では、2000年の健康日本21計画での喫煙率の数値目標の低減案が見送られ、タバコ税率を引き上げる動きや、受動喫煙防止の法や条例制定の動きには、常に議連や特別委などのタバコ族議員がタバコ業界とともに反対を繰り返してきました。

これは献金を受けているタバコ族議員としてだけでなく、タバコ施策に関係する政府の役職(大臣や副大臣・政務官などを含め)、また国会の委員会(厚生労働委員会や財政・財務金融委員会)委員や役職、あるいは党税制調査会などで、タバコの健康施策に種々の影響力を行使して阻んできたことが少なくないように思われます。表1、2にはそれら役職の一部を示しました。

党や政府・国会の重責にある議員を含め、少なくとも国会議員がタバコ業界などから献金を長年にわたり受け続けることにより、自らも喫煙習慣を継続させ、その持たれあいでタバコからの健康施

策も受動喫煙の危害から国民の健康を守る施策も進まず、国際的にも大きな遅れを来しています。

喫煙率が漸減するなかで、タバコの販売も耕作も漸減と縮小の一途をたどっているにも関わらず、これら議員の多くがその現実を受け入れられず、気づこうともせず、自らが喫煙者だから「反対だ」とは言えないので、「タバコ販売者・耕作者の生活を守る」「飲食店の経営が窮する」「担税物資であるタバコを守る」⁸⁾「分煙で危害を防げる、分煙先進国を目指す」¹⁰⁾(筆者注:「分煙」ではタバコ煙は必ず漏れざるを得ない)などを口実にして反対し、タバコ業界などの意を受けた利益誘導に荷担しているようにしか思えません。

2020年の東京五輪での受動喫煙の危害をなくす施策を打ち立てる絶好のタイミングに、健康づくりを進める多くの団体が要望し、世論も国民の多くも厚労省案(また例外なき屋内全面禁煙)に賛同し支持しているにも関わらず、それを葬り兼ねない対案や折衷案の動きがもし現実になるなら、84%を

占める非喫煙者だけでなく、将来世代に対して、また五輪に来日される外国の方々に対してもどう責任をお取りになるのでしょうか？ WHO-IOCの五輪での受動喫煙の防止対策を徹底すべきとの協定・約束をホゴにし、国際的信用の失墜と恥を招きかねないことをどうお考えなのでしょう？

5. 「例外なき屋内全面禁煙」は、国民全体の健康増進をもたらす

「例外なき屋内全面禁煙」は、喫煙者の禁煙のきっかけとなって、受動喫煙者を含め、不健康や早死を減らすなど国民全体の健康増進をもたらす、中長期的にも健康寿命を延ばし、認知症や要介護の減少、またフレイル対策、医療費削減などにも大きく寄与することは間違いありません。

タバコ議連と特別委員会の議員の方々が、今回の厚労省案（また例外なき屋内全面禁煙）の重要性と善法性を理解し、与党執行部も官邸・閣議も、健康増進法改正（案）の上程と制定へ向けた決断を、多くの国民が期待し、望み、見守っていることと思います。

そもそも今回の「健康増進法改正」案は、内閣官房の下、関係省庁（+東京都）による「受動喫煙防止対策強化検討チーム」の議を経て出されているはずで、決して（矢面に立っている）厚労省の独断案でなく事実上の政府案と理解されるもので、官邸・安倍総理も承知されているはずのものです。大多数の国民の期待と願い、および世論を裏切ってしまうまで、また国際的趨勢と協定・約束をホゴにしてまで議連などが反対を貫き通せるものではないように思われます（次期選挙の候補者公認や推薦・支持の見送りも広がり兼ねないでしょうし）。

議連の対案・反対を真に受けず、安倍総理の施政方針演説「受動喫煙対策の徹底」に沿って、自民党本部と官邸の強い指導力を発動する以外の道はないのではないのでしょうか。国民の大多数も世論も国際社会もきっと熱く応援するに違いありません。

追記

国民の健康や福祉の増進施策を負託されている国会議員は、タバコに関わる業界から献金や物的援助を受けるべきでなく、早期の法的規制が望まれる。タバコ規制枠組条約（WHO-FCTC）第5条3項のガイドラインでもその旨が指摘されている。

*WHO たばこ規制枠組条約第5条3項の実施のためのガイドライン 抜粋

「たばこ規制に関する公衆衛生政策をたばこ産業の商業上及び他の既存の利益から保護すること」
http://www.mhlw.go.jp/topics/tobacco/dl/fctc_5-3_guideline_120506.pdf

4.10 締約国は、政府又は準政府機関の関係者又は職員がたばこ産業から金銭又は現物による報酬、贈与又はサービスを受け取ることを許してはならない。

4.11 国内法及び憲法原則を考慮し、締約国はたばこ産業又はその利益促進を図っている組織から、政党、候補者、選挙運動に対する献金を阻止する又は当該献金を全面的に開示することを義務付ける効果的な措置を講じるべきである。

※厚生労働省の「受動喫煙防止対策の強化（たばこ）」の動き（報道紹介等）を以下に掲載しています。⇒ <http://notobacco.jp/pslaw/>

引用文献・資料

- 1) 首相官邸：政府の受動喫煙防止対策強化検討チーム 2016年1月25日。
http://www.kantei.go.jp/jp/singi/tokyo2020_suishin_honbu/kituenboshi/（閲覧日：2017年4月6日）
- 2) 厚生労働省：公開ヒアリング議事録，受動喫煙防止対策の強化について（基本的な考え方の案）。
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000140820.html>（閲覧日：2017年4月6日）
- 3) 健康なライフスタイル推進に関する世界保健機関と国際オリンピック委員会の合意 2010年7月21日。
<http://www.nosmoke55.jp/action/olympic.html>（閲覧日：2017年4月6日）
- 4) 厚生労働省：「たばこのない五輪」へ対策で一致 日中韓の保健相会合。共同声明 2016年12月4日。
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/kokusai/other/trilateralsummit/dl/kaigou_09_02.pdf（閲覧日：2017年4月6日）
- 5) 首相官邸：平成29年1月20日第百九十三回国会における安倍内閣総理大臣施政方針演説。
http://www.kantei.go.jp/jp/97_abe/statement2/20170120siseihousin.html（閲覧日：2017年4月6日）
- 6) Diamond online：自民党「愛煙家」議員暗躍！受動喫煙対策法案は骨抜きに 2017年4月4日。
<http://diamond.jp/articles/-/123485>（閲覧日：2017年4月6日）

- 7) 自民たばこ議連3/7臨時総会がどんな痴呆議論で盛り上がったか、みなさん読んでみます? 永江一石のITマーケティング日記 2017年3月9日.
<https://www.landerblue.co.jp/blog/?p=31714> (閲覧日: 2017年4月6日)
- 8) 「たばこ政策」にみる政治の低俗-国民「不健康」で潤うJTと財務省. 選択 2017; 4月号.
<http://notobacco.jp/pplaw/sentaku201704.pdf> (閲覧日: 2017年4月6日)
- 9) 朝日新聞デジタル: 受動喫煙防止法案「できれば出ないで」自民・竹下氏 2017年3月7日.
<http://www.asahi.com/articles/ASK376GYBK37UTFK019.html> (閲覧日: 2017年4月6日)
- 10) 2017年2月15日の受動喫煙対策法の厚生労働部会の各議員の発言に突っ込んでみた. 永江一石のITマーケティング日記 2017年2月16日.
<https://www.landerblue.co.jp/blog/?p=31394> (閲覧日: 2017年4月6日)
- 11) 子どもに無煙環境を推進協議会: タバコ業界からの政治献金の実態調査 (第四報) 2010~2015年.
<http://notobacco.jp/seijikenkin/kenkin2010-15.pdf> (閲覧日: 2017年4月6日)
- 12) 朝日新聞デジタル: 受動喫煙対策、永田町で火花愛煙家議員、規制に猛反発 2017年2月16日.
<http://www.asahi.com/articles/ASK2H5DVZK2HUTFK00F.html> (閲覧日: 2017年4月6日)
- 13) JTがばら撒く灰色の「政治献金」. 選択 2016; 12月号.
<https://www.sentaku.co.jp/articles/view/16430> (閲覧日: 2017年4月6日)

《調査報告》

大学附属病院敷地内全面禁煙化と呼気中一酸化炭素濃度測定がもたらす喫煙職員の行動・意識変化

鈴木立紀^{1,3}、肥田典子²、龍 家圭¹、山崎太義¹、竹ノ下祥子¹、三邊武彦²、内田直樹²、小林真一¹

1. 昭和大学臨床薬理研究所、2. 昭和大学医学部薬理学講座(臨床薬理学部門)

3. 東京理科大学薬学部疾病病態学・臨床薬理学研究室

【目的】 喫煙習慣のある昭和大学附属烏山病院職員の喫煙に対する行動・意識を職場敷地内全面禁煙化前後で調査し、同時に、自身の呼気中一酸化炭素濃度(COex)を知ることが禁煙行動につながるかを検討した。

【対象と方法】 全面禁煙化直前の時期に敷地内喫煙所を利用していた職員33名に対し、全面禁煙化直前、禁煙化後1、3、6か月後に、喫煙習慣に関するアンケート調査とCOex測定を行った。

【結果】 6か月後まで追跡できた32名のうち、禁煙者3名を含む19名で喫煙量が減少した。また、喫煙量減少の最大誘因は16名が「職場の禁煙化」、2名が「自身のCOexの認知」と回答した。COexは1日喫煙本数および直近の喫煙時間帯のいずれとも有意に相関した。

【考察と結論】 職場敷地内全面禁煙化は喫煙量減少への大きな誘因となった。また、COexと喫煙量を関連付けて考えるようになった喫煙者にとっては、個別の禁煙指導を伴わない条件下でも、自身のCOexを知ることが喫煙量減少に繋がり得ることが示唆された。

キーワード: 職場敷地内全面禁煙化、呼気中一酸化炭素濃度、喫煙行動、禁煙、喫煙量減少

はじめに

本邦では2003年に施行された健康増進法の中で、「多数の者が利用する施設を管理する者」に「受動喫煙を防止するために必要な処置を講ずる」ように努力義務が規定され¹⁾、それを契機に教育・医療現場も禁煙化へと傾いてはいたが、2008年6月時点で日本国内全80医学部のうちキャンパス敷地内禁煙となっていたのは32大学のみで、大学キャンパスに隣接する大学病院の敷地内禁煙も54病院にとどまっていた²⁾。その後2011年4月には74病院³⁾、2014年4月に全80病院が敷地内禁煙となった。

学校法人昭和大学でも2004年4月の昭和大学病院の敷地内禁煙化を皮切りに、系列附属病院の禁煙化が進められ、2015年4月1日より法人全体として

大学キャンパスを含めたすべての施設が敷地内全面禁煙となった。昭和大学附属烏山病院は大学キャンパスとは別地区にある精神科単科の療養病棟を含む病院で、病棟内にも入院患者用の喫煙所が存在し、屋外にある喫煙所(窓付きの小屋)では職員と患者が同席して喫煙する環境にあった。2014年8月に院内で敷地内全面禁煙検討委員会が設置され、9月に全職員に対して敷地内全面禁煙実施に関する告知を行った。同時に行った全職員(367名)対象の喫煙に関する調査では、回答者169名中36名が喫煙者で、敷地内全面禁煙化を契機に禁煙したいと回答した職員は13名であった。

ところで、呼気中一酸化炭素濃度(COex)は喫煙常習者では非喫煙者に比較して高値を呈し^{4~6)}、また、血中カルボキシヘモグロビン濃度(COHb)と強く相関することが知られている^{7,8)}。つまり、COex測定は部分的にはあるが喫煙の身体的影響を非侵襲的かつ速やかに客観的に認知する手段として用いることが可能である。

そこで今回、職場の敷地内全面禁煙化に際し、個別の禁煙指導を伴わない条件下での現行喫煙者の喫煙行動と意識変化を調査するとともに、COex測定

連絡先

〒278-8510

千葉県野田市山崎 2641

東京理科大学薬学部疾病病態学・臨床薬理学研究室
鈴木立紀

TEL: 04-7121-3652 FAX: 04-7121-3652

e-mail: tatsunori.s@rs.tus.ac.jp

受付日 2016年8月30日 採用日 2017年3月3日

もあわせて行い、被験者が自身のCOexの推移を知ることによって喫煙に対する意識がどのように変化するかを調査することとした。本調査は大学病院の敷地内全面禁煙化前後に喫煙職員のCOex測定を行った初めての報告である。

対象と方法

1) 試験デザイン

昭和大学附属烏山病院敷地内全面禁煙化直前の2015年3月13～31日、昼食前に喫煙目的で敷地内の喫煙所を訪れた職員を対象として、まずは初回調査(アンケート調査とCOex測定)を実施し、それに引き続き、1か月後(2015年4月27日～5月1日)、3か月後(2015年6月29日～7月3日)、6か月後(2015年9月28日～10月2日)のそれぞれ任意の1日の昼食前に継続調査(追跡アンケート調査とCOex測定)を実施した。初回調査には33名が登録し、他施

設への配置転換のため調査継続不可能となった1名を除く32名に対して6か月後まで追跡した。

2) アンケート調査

初回調査として行った無記名アンケートでは「2015年4月1日時点の年齢」「性別」「喫煙歴」「1日喫煙本数」「直近の喫煙時間帯」「2015年4月1日以降の喫煙行動の予定」「COex測定の経験の有無」「喫煙とCOexとの関係の認知度」および「COex測定後の感想」を質問した。なお、被験者には初回調査前にCOexの生理的意味と喫煙との関係を文書を用いて個別に口頭で説明した。また、継続調査では各回とも共通のアンケートを実施し、「1日喫煙本数」「直近の喫煙時間帯」「調査時の喫煙行動」「2015年4月1日以降の喫煙本数の変化」「喫煙本数の変化に影響を及ぼしたと思われる要素」および「COex測定後の感想」を質問した(表1)。

表1 アンケート調査項目

<p>初回調査時(2015年3月下旬に実施)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 2015年4月1日時点の年齢(選択式) 「20歳代」「30歳代」「40歳代」「50歳代」「60歳代」「70歳代以上」 2) 性別(選択式) 「男性」「女性」 3) 喫煙歴(選択式) 「1年未満」「1～5年」「6～10年」「11～20年」「21年以上」 4) 初回調査時の1日あたりの喫煙本数(選択式) 「10本/日以下」「11～20本/日」「21本/日以上」 5) 直近の喫煙時間帯(選択式) 「昨日以前」「本日出勤前」「本日通勤中」「本日出勤後」 6) 2015年4月1日以降の喫煙行動の予定(選択式) 「終日禁煙」「出勤中は禁煙」「出勤中も敷地外で喫煙」「その他」 7) COex測定の経験(選択式) 「あり」「なし」 8) 喫煙とCOexとの関係を知っているか(選択式) 「よく知っている」「知っている」「知らない」 9) COex測定後の感想(自由回答) <p>継続調査時(初回調査から1、3、6か月後に実施)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 調査時の1日あたりの喫煙本数(選択式) 「10本/日以下」「11～20本/日」「21本/日以上」 2) 直近の喫煙時間帯(選択式) 「昨日以前」「本日出勤前」「本日通勤中」「本日出勤後」 3) 調査時の喫煙行動(選択式) 「終日禁煙」「出勤中は禁煙」「出勤中も敷地外で喫煙」「その他」 4) 2015年4月1日以降の喫煙本数の変化(選択式) 「減少」「増加」「変化なし」 5) 喫煙本数の変化に影響を及ぼしたと思われる要素(選択式) 「敷地内全面禁煙化」「自身のCOexの認知」「その他(自由回答)」 6) COex測定後の感想(自由回答)
--

3) COex測定

本研究におけるCOex測定にはピコプラススモーカーライザー(PS:原田産業株式会社:大阪)を用い、測定直前の30分間は喫煙していないことを確認した後に測定を開始した。被験者には、先ず最大呼気位まで息を吐き出させ、次いで最大吸気位まで息を吸い込んだ状態で15秒間呼吸を静止させた後、PSのマウスピースに向けて最大呼気位まで緩徐に息を吐き出させた。

4) 統計解析

統計分析の結果は平均値と標準偏差で示し、クラスカル・ウォリスH検定で多群間に差があることを確認した後、それぞれの群間に対してボンフェローニ補正マン・ホイットニーU検定を用い、 $p < 0.05$ を有意と判定とした。なお、統計計算にはエクセル統計ファイルystat2004(医学図書出版)を使用した。

5) 倫理的配慮

本研究は昭和大学附属烏山病院臨床試験審査委員会の承認後に実施した。説明文書を用いた説明の後、初回調査時のアンケートへの回答とCOex測定をもって同意確認とした。さらに、1か月後調査以降の継続調査への参加も可能な場合は、別途作成した継続調査の説明文書に基づき参加への文書同意を取得した。初回調査のみ参加の場合はアンケートへの回答は無記名とし個人を特定するデータの取得は行わなかった。1か月後調査以降の継続調査が可能な対象者からは個人を識別できる情報(所属部署、氏名)も入手したが、データの匿名化を行うことで、得られたデータを連結可能とした。なお、匿名化の作業は個人情報管理責任者を選定し対応した。

結果

1) 職場敷地内禁煙化前の被験者背景

敷地内禁煙化前の初回調査には喫煙習慣のある33名(男性22名、女性11名)が登録した。年齢は男女とも30歳代をピークに20歳代から60歳代まで広く分布しており、喫煙歴は「1年未満」0名、「1~5年」2名、「6~10年」7名、「11~20年」10名、「21年以上」14名と、喫煙期間がより長い集団が多数を占めていた。また、1日喫煙本数は「10本以下」7名、「11~20本」21名、「21本以上」5名であった。今回の調査はいずれも昼食直前に行ったが、直近の喫煙時間帯は「調査前日以前」1名、「調査日出勤前」

18名、「調査日通勤中」2名、「調査日出勤後」12名であり、全被験者が調査終了直後に喫煙した。職場禁煙化後の予定は「終日禁煙」4名、「出勤中は禁煙」23名、「出勤中も敷地外で喫煙」4名と、約9割の被験者が出勤時間帯は喫煙しない予定であった。COex測定経験があったのは全被験者中で女性2名のみであったが、COexと喫煙との関係は11名が既知であると回答した(表2)。

2) 喫煙量(1日喫煙本数)の変化

敷地内禁煙化前からの喫煙量の増減は1、3、6か月後の順に、「減少」15、18、19名、「変化なし」14、12、12名、「増加」3、2、1名であり、経時的に喫煙量が減少した被験者の割合が増加した(図1A)。また、6か月後における喫煙本数減少者の最大誘因は、「敷地内禁煙化」16名、「COex測定」2名、「呼吸器疾患罹患」1名であったのに対し、喫煙本数増加者(1名)の最大誘因は、喫煙可能な状況下での「吸いだめ」であった。1日喫煙本数の分布は、「0本」、「1~10本」、「11~20本」、「21本以上」の順に、1、15、14、2名(1か月後)、1、16、12、3名(3か月後)、3、13、12、4名(6か月後)と、1か月後調査以降は経時的な著変は認めなかったが、敷地内禁煙化前(0、7、20、5名)と比較すれば、減少方向へとシフトした(図1B)。

3) 喫煙時間帯の変化

昼食前の調査直近の喫煙時間帯の分布は、「前日以前」、「当日出勤前」、「当日通勤中」、「当日出勤後」の順に、3、22、3、4名(1か月後)、3、26、2、1名(3か月後)、6、20、2、4名(6か月後)であり、敷地内禁煙化前(1、18、2、11名)と比較すれば、「前日以前」群が増加し、「当日出勤後」群が減少した(図2A)。また、敷地内禁煙化前には職場滞在中の時間帯に被験者32名全員が敷地内で喫煙していたのに対し、敷地内禁煙化後には「出勤中禁煙(終日禁煙1名を含む)」:「敷地外喫煙」の比は、20名:12名(1か月後)、19名:13名(3か月後)、17名:15名(6か月後)となり、半数以上の被験者が職場滞在中の時間帯には喫煙しなくなった(図2B)。

4) 直近の喫煙時間帯とCOexとの関係

アンケートでは直近の喫煙時間帯を喫煙行動の観点から「前日以前」「当日出勤前」「当日通勤中」「当

表2 初回調査時の被験者背景(男女別)

性別		男 n=22	女 n=11	計 n=33
年齢 n (%)	20歳代	5 (22.7)	2 (18.2)	7 (21.2)
	30歳代	9 (40.9)	1 (9.1)	10 (30.3)
	40歳代	4 (18.2)	4 (36.4)	8 (24.2)
	50歳代	3 (13.6)	3 (27.3)	6 (18.2)
	60歳代	1 (4.6)	1 (9.1)	2 (6.1)
喫煙歴 n (%)	1年未満	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	1~5年	1 (4.6)	1 (9.1)	2 (6.1)
	6~10年	5 (22.7)	2 (18.2)	7 (21.2)
	11年~20年	9 (40.9)	1 (9.1)	10 (30.3)
	21年以上	7 (31.8)	7 (63.6)	14 (42.4)
1日の喫煙本数 n (%)	10本以下	4 (18.2)	3 (27.3)	7 (21.2)
	11~20本	16 (72.7)	5 (45.5)	21 (63.6)
	21本以上	2 (9.1)	3 (27.3)	5 (15.2)
直近の喫煙時間帯 n (%)	調査前日以前	1 (4.6)	0 (0.0)	1 (3.0)
	調査日出勤前	9 (40.9)	9 (81.8)	18 (54.5)
	調査日通勤中	1 (4.6)	1 (9.1)	2 (6.1)
	調査日出勤後	11 (50.0)	1 (9.1)	12 (36.4)
職場禁煙化以降の予定 n (%)	終日禁煙	3 (13.6)	1 (9.1)	4 (12.1)
	出勤中禁煙	15 (68.2)	8 (72.7)	23 (69.7)
	出勤中も敷地外喫煙	3 (13.6)	1 (9.1)	4 (12.1)
	その他	1 (4.6)	1 (9.1)	2 (6.1)
COex濃度測定経験 n (%)	なし	22 (100.0)	9 (81.8)	31 (93.9)
	あり	0 (0.0)	2 (18.2)	2 (6.1)
COex濃度と喫煙の関係 n (%)	知らない	15 (68.2)	7 (68.2)	22 (66.7)
	知っている	6 (27.3)	4 (36.4)	10 (30.3)
	よく知っている	1 (4.6)	0 (0.0)	1 (3.0)

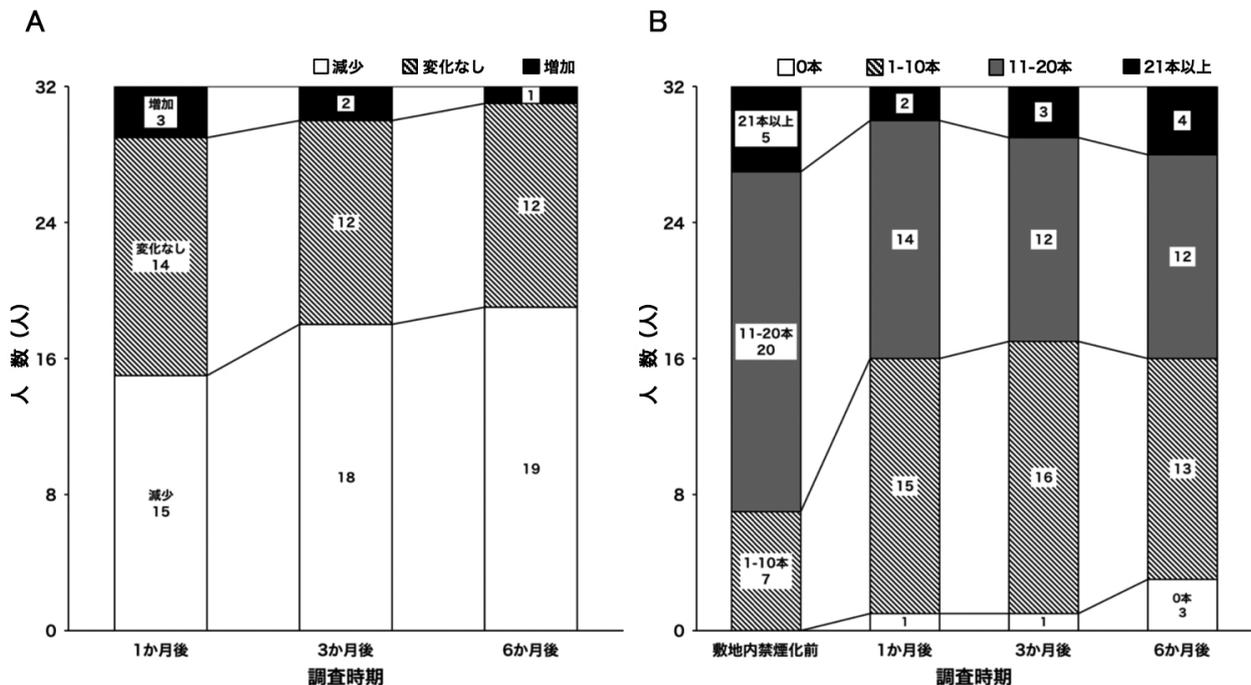


図1 喫煙量(1日喫煙本数)の変化

A: 敷地内禁煙化後の喫煙量の増減(禁煙化前との比較)。B: 敷地内禁煙化前後の1日喫煙本数の推移。グラフ内の数値は人数。

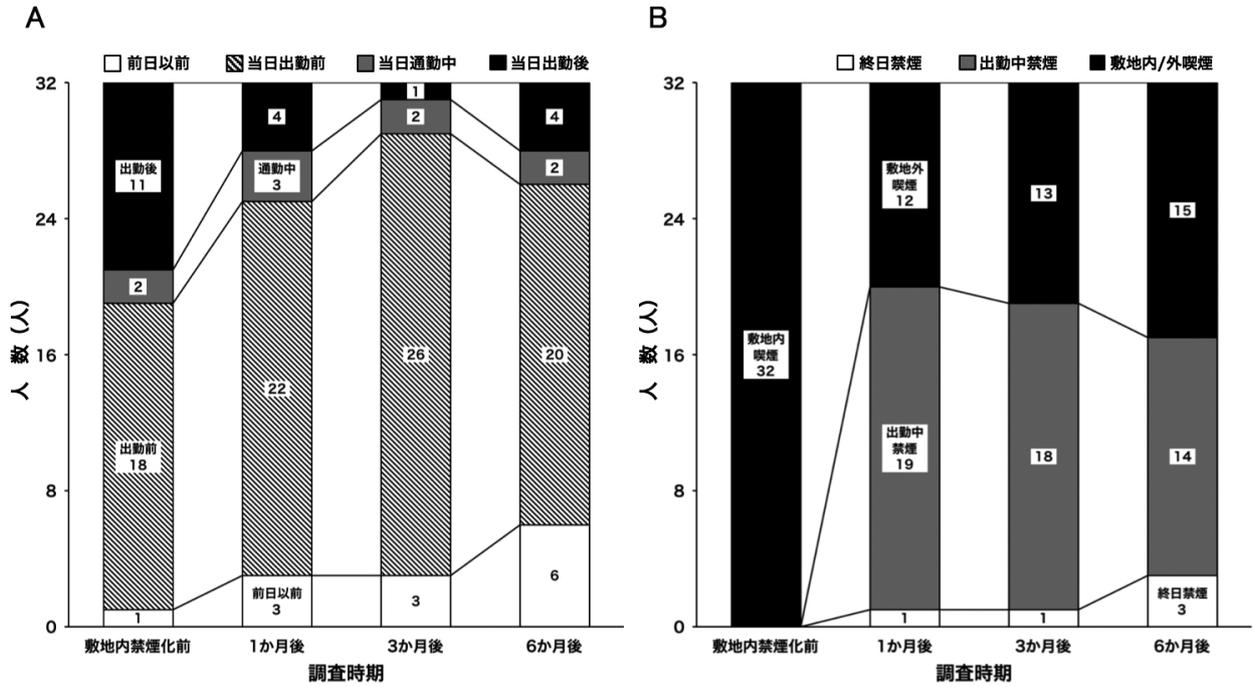


図2 喫煙時間帯の変化

A：敷地内禁煙化前後の喫煙時間帯の変化。B：敷地内禁煙化前後の職場での喫煙状況の変化。グラフ内の数値は人数。

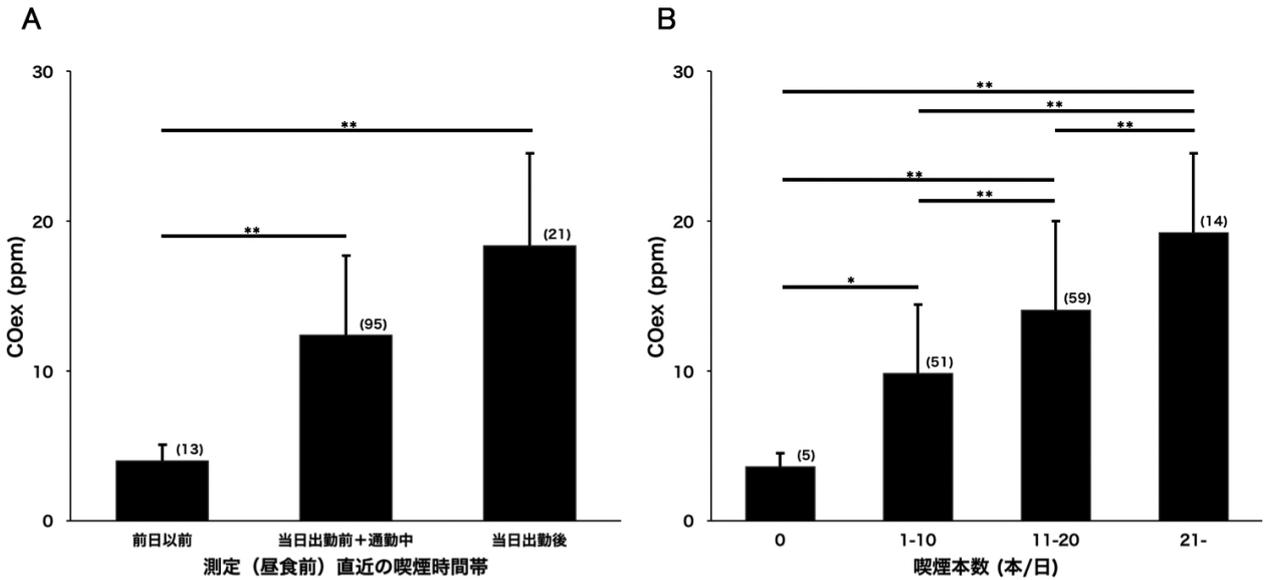


図3 直近の喫煙時間帯および1日喫煙本数とCOex との関係

A：直近の喫煙時間帯とCOex との関係。B：1日喫煙本数とCOex との関係。平均±標準偏差。クラスカル・ウォリスH検定で多群間に差があることを確認した後、それぞれの群間に対してボンフェローニ補正マン・ホイットニーU検定を用いて解析 (*p<0.05、**p<0.01)。括弧内の数値は人数。

日出勤後」に分けて項目を設定したが、純粹に時間経過のみに焦点を当てて分類すると、「前日以前」は約12時間以前、「当日出勤前」と「当日通勤中」は約3～6時間前、「当日出勤後」は約3時間以内と解釈することが可能である。また、今回は初回調査として33名、その後の1、3、6か月後調査では各回32名

の、延べ129回のCOex測定を行った。その129回のCOex測定値(平均±標準偏差(ppm))は、直近の喫煙時間帯が「前日以前」、「当日出勤前+当日通勤中」、「当日出勤後」の順に4.0±1.1、12.4±5.3、18.3±6.2と、直近の喫煙時間帯が調査時に近いほど有意に高値を示した(図3A)。また、その時点での

被験者の1日喫煙本数別に解析した結果、「0本」群と「21本以上」群では統計学的に有意差は認めなかった。それに対して「1～10本」群と「11～20本」群では直近の喫煙時間帯が調査時に近いほど有意に高値を示した(図4A)。

5) 喫煙本数とCOex との関係

一方、延べ129回の調査時点での被験者の1日喫煙本数別のCOex測定値は、「0本」、「1～10本」、「11～20本」、「21本以上」の順に 3.6 ± 0.9 、 9.8 ± 4.6 、 14.1 ± 6.0 、 19.2 ± 5.3 と1日喫煙本数依存的に有意に上昇した(図3B)。また、その調査時の直近の喫煙時間帯別に解析した結果、「当日出勤前+当日通勤中」群の「1～10本」と「11～20本」の間でのみ有意差を認めた(図4B)。

考 察

本調査は昭和大学附属烏山病院での敷地内全面禁煙を契機に行われた。烏山病院は大学キャンパスとは

別地区にある精神科単科の大学病院であり、敷地内全面禁煙化以前には病棟内にも入院患者用の喫煙所が存在し、屋外にある喫煙所(窓付きの小屋)では職員と患者が同席して喫煙する環境にあった。2014年8月に院内で敷地内全面禁煙検討委員会が設置され、9月に全職員に対して敷地内全面禁煙実施に関する告知、10月に患者・家族に対する告知を開始、11月には全職員向けの「敷地内禁煙はなぜ必要か?」という講演を開催した。2015年4月に敷地内の屋内外すべての喫煙所が撤廃され、職員のみならず、外来患者、デイケア通院者を含め、敷地内禁煙が徹底された。大学病院の敷地内禁煙化前後の取り組みや調査はいくつか報告されている⁹⁻¹¹⁾が、本調査は同時に喫煙者のCOex測定を行った初めての報告である。

敷地内全面禁煙化に先立って、2014年9月に行った当院全職員(367名)対象の喫煙に関する事前調査では、回答者169名(回答率46.0%)中36名(21.3%)が喫煙者であった。最近の他大学附属病院からの報告では、敷地内全面禁煙化前の病院勤務者の喫煙率

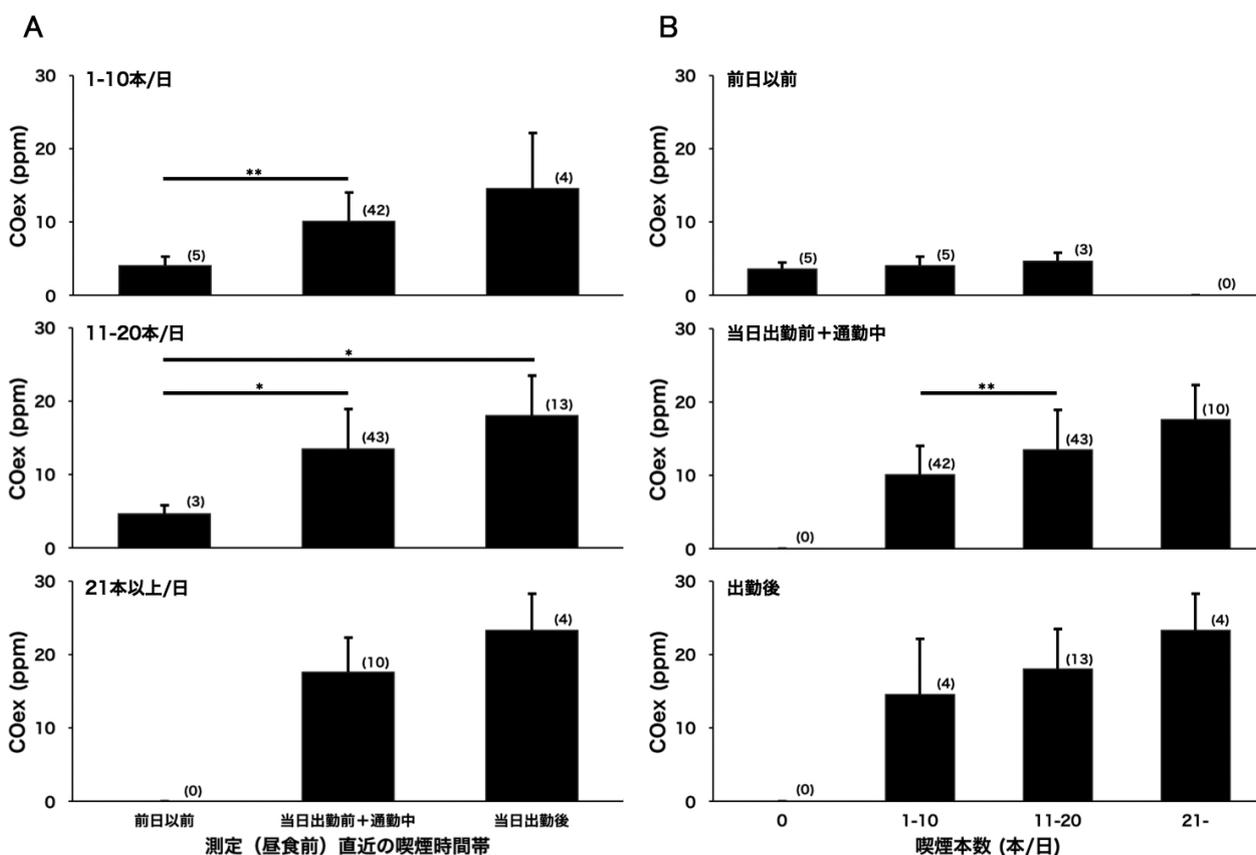


図4 直近の喫煙時間帯および1日喫煙本数とCOex との関係

A: 直近の喫煙時間帯とCOex との関係(1日喫煙本数別)。B: 1日喫煙本数とCOex との関係(直近の喫煙時間帯別)。平均+標準偏差。クラスカル・ウォリスH検定で多群間に差があることを確認した後、それぞれの群間に対してボンフェローニ補正マン・ホイットニーU検定を用いて解析(*p<0.05、**p<0.01)。括弧内の数値は人数。

は18.4% (2006年; 順天堂医院)¹⁰⁾、23.1% (2010年; 東邦大学医療センター大森病院)¹¹⁾ などであり、当院での調査結果も同等と考えられた。この事前調査では敷地内全面禁煙化を契機に禁煙したいと回答した職員は13名(喫煙者の36.1%)であったが、本調査の初回調査時には33名中4名(喫煙者の12.1%)と乖離を認めた。このことから、事前調査での喫煙者36名と本調査参加者33名の重なりは大きくないと考えられたが、この理由として、事前調査の回答率が低かったこと、本調査参加時に声をかけた喫煙者の一部からは調査参加に同意を得られなかったこと、本調査にて声かけを行った喫煙所は1箇所のみであったことなどが挙げられた。ただし、本調査参加者のうち将来の禁煙希望者が12.1%にすぎなかったことから、積極的な禁煙希望者が本調査に集中するようなバイアスはなかったと考えられた。

今回の調査を通じて、半年間で32名中3名(9.4%)の被験者が禁煙した。本調査で禁煙化以前と比べて喫煙量が減少した被験者は19名(59.4%)であったが、過去の名古屋市立大学医学部附属病院の敷地内禁煙化に関する報告では禁煙化1年半後に喫煙量が減少した大学病院勤務者は38.8%であり⁹⁾、今回の結果の方が高い値となった。このことから、条件は異なるものの、本調査でのCOex測定が喫煙量減少者率の増加に寄与した可能性も示唆された。また、1日喫煙本数は半年間で「0~10本」群が7名から16名へ(21.9%から50.0%へ)と倍増、「11~20本」群が20名から12名へ(66.7%から37.5%へ)と半減したが、東邦大学医療センター大森病院の報告では敷地内全面禁煙化2年後の病院職員の1日喫煙本数は「0~9本」群が45.8%から56.2%へ、「10~19本」群が45.2%から40.3%へと推移していた¹¹⁾。一見すると、今回の調査では喫煙本数は減少方向に大きくシフトしたようにも見えるが、禁煙化前の段階では喫煙量の多い職員の割合が高く、禁煙化後の割合は同等と考えられた。ただし、過去の報告例では敷地内禁煙化後1年以上の経過を追っているものが多く、禁煙化半年後の状況はあくまでも移行過程と考えられるため、さらなる継続した調査で個別の喫煙量の推移を追跡することにより、職場敷地内禁煙化の長期的な効果を検証する必要があると考えられた。

32名中21名(65.6%)は病棟やリハビリセンターなどの現場で直接患者と接する業務に携わっていたが、

禁煙できた3名はいずれも病棟勤務の職員であった。そのうち初回調査時に禁煙予定と回答した被験者は1名のみで、他の2名は6か月後に、「禁煙できて良かった」「禁煙する良い機会になった」と、いずれも禁煙をポジティブに捉えていた。さらに、うち1名はCOex測定が禁煙の最大の要因と回答した。一方、6か月後に喫煙量が増えたと回答した1名は、喫煙歴21年以上、1日喫煙本数21本以上であり、各調査時のCOexは23、18、19、24ppmと推移しており、それぞれの時点で「やはり常習性の喫煙者とわかった」、「数値的には減少したが自宅での喫煙量が増えている」、「体内がニコチン化している」、「仕事中はなんとか我慢できているが出勤前や休日に常に喫煙している」と、自身の喫煙行動を容認しているように感じられた。

初回調査時にフリーコメントの記載があった24名中15名(62.5%)、1か月後調査時の29名中14名(48.3%)、3か月後調査時の24名中11名(45.8%)、6か月後調査時の21名中7名(33.3%)は自身の喫煙本数とCOexを関連付けた内容のコメントをしており、さらに、6か月後調査時の7名中6名(85.7%)の喫煙量は減少していたことから、喫煙量を簡便かつ客観的に自覚する手段としてCOex測定には一定の効果があると考えられた。ただしフリーコメントの中には、COexが自身の喫煙本数を反映していないと感じる被験者も散見された。COexは1日喫煙本数、最後の喫煙からの経過時間以外にも、測定前の身体活動度(安静度)、測定当日の喫煙本数、喫煙方法(吸い込む程度、吸う長さ、吸うピッチ)などで変化することが知られているため、COexが自身の喫煙本数を反映していないと感じた被験者に対しては、禁煙指導の観点から、個別に原因を検討してフィードバックすることが重要と考えられた。

COHbは3~4時間、血中CO含量は320分、COexは数時間~8時間の半減期で減少する¹²⁾とされている。また、喫煙者のCOexは起床時に最も低く、午前11時頃から就寝時までには高値で安定する¹³⁾とされており、本調査における測定時間帯(正午前後)の決定の根拠となっているが、さらに、喫煙者のCOexは1日喫煙本数と同程度の値を呈する⁶⁾と考えられていることから、本調査で得られた結果は過去の報告と同様であり、本調査におけるCOex測定方法は適切であったと考えられた。

禁煙指導にCOex測定を付け加えると禁煙率が高

くなるという英国の大規模調査¹⁴⁾や、今回用いたような簡易COex測定器の利用が禁煙指導において有意義であるという報告¹⁵⁾は多数存在するが、本調査は職場の敷地内全面禁煙化に際し、個別の禁煙指導を伴わない条件下でCOex測定を行った。さらに、6か月後まで追跡可能であった参加者32名のうち、初回調査時に将来の禁煙を考えていた職員は3名にすぎず、そのような条件下でも、一部の喫煙者にとってはCOex測定が「節煙」へのモチベーションとなることが示唆された。ただし、6か月後の実際の禁煙者は3名のみ(うち1名が初回調査時に将来の禁煙を考慮していた)であり、COex測定が「禁煙」に有効であったとは言い難い。一方で、喫煙本数を減らしても健康被害が減少するという科学的根拠はないと理解されており¹⁶⁾、「節煙」できたことにより、却って将来の「禁煙」を困難にしている可能性も否定できない。このことから、今後の職場での定期健康診断の項目に、喫煙者限定でCOex測定をオプションとして追加することが可能であれば、費用対効果の面でも、職員の喫煙量を減少させる手段にはなり得るが、それに加えて、「節煙」を経ずに「禁煙」に導くような指導も重要と考えられる。

6か月後調査では32名中15名(46.9%)が出勤時間帯に敷地外にて喫煙しているが、主な喫煙場所は近隣のコンビニエンスストアやタバコ店の店頭である。これらの店舗には、当院が敷地内全面禁煙となることを事前に伝達してはいるが、今後のトラブルを回避するためには、喫煙者数を減らすことが唯一の本質的な解決策と考えられるため、禁煙指導を中心とした禁煙を援助する取り組みを、職員だけでなく、来院する患者にも行うことが必須と思われた。

結語

職場敷地内全面禁煙化に伴い、禁煙化直前まで喫煙習慣のあった職員の過半数は1日喫煙本数が減少し、約1割が禁煙に成功したことから、職場の全面禁煙化は職員の節煙に対しては一定の効果があつた。また、自身のCOexと喫煙量を関連付けて考えるようになった喫煙者にとっては、個別の禁煙指導を伴わない本調査のような条件下でも、自身のCOexを認知することが喫煙量減少へのモチベーションとなることが示唆された。

文献

- 1) 健康増進法. (<http://law.e-gov.go.jp/htmlldata/H14/H14HO103.html>)(閲覧日:2016年8月30日)
- 2) 大和浩:わが国の医学部および附属病院における敷地内禁煙の導入状況とその問題点. 日アルコール精医誌 2008; 15: 33-38.
- 3) 禁煙推進学術ネットワーク:すべての医学系大学病院敷地内を全面禁煙とすることを要望書. (<http://tobacco-control-research-net.jp/documents/1108-request-med-univ-hosp.pdf>)(閲覧日:2016年8月30日)
- 4) Goldsmith JR, Landaw SA: Carbon monoxide and human health. Science 1968; 162: 1352-1359.
- 5) 田村豊一, 遠藤勝美, 広田則彦, ほか: 秋田県農村地区における呼吸器疾患患者の喫煙に関する意識調査ならびに喫煙と呼気中一酸化炭素の関係. 日農村医学会誌 1991; 40: 107-112.
- 6) 川根博司: 喫煙と呼吸器の病気. からだの科学 1993; 169: 54-57.
- 7) Rees PJ, Chilvers C, Clark TJ: Evaluation of methods used to estimate inhaled dose of carbon monoxide. Thorax 1980; 35: 47-51.
- 8) Jarvis MJ, Belcher M, Vesey C, et al: Low cost carbon monoxide monitors in smoking assessment. Thorax 1986; 41: 886-887.
- 9) 河邊真好, 小嶋雅代, 永谷照男, ほか: 大学および附属病院の全面禁煙実施による施設利用者の意識・行動への影響. 日公衛誌 2011; 58: 266-273.
- 10) 順天堂医院禁煙推進委員会: 順天堂医院敷地内全面禁煙の軌跡 地域社会との連帯と教職員の意識の推移について(禁煙推進委員会報告). 順天堂医学 2011; 57: 403-412.
- 11) 高井雄二郎, 高木啓吾, 盛田俊介, ほか: 大学病院の敷地内禁煙前後における喫煙状況および禁煙動機の解析. 禁煙会誌 2013; 8: 28-36.
- 12) 川根博司: 呼気一酸化炭素濃度測定器. 治療 2006; 88: 2505-2511.
- 13) 川根博司, 副島林造: 喫煙者における呼気中一酸化炭素濃度の日内変動. 診断と治療 1993; 81: 917-920.
- 14) Jamrozik K, Vessey M, Fowler G, et al: Controlled trial of three different antismoking interventions in general practice. Br Med J (Clin Res Ed) 1984; 288: 1499-1503.
- 15) 川根博司: 呼気中CO濃度測定を利用した禁煙指導. 日医師会誌 1996; 116: 361-364.
- 16) 清水隆裕: 健診現場が日本を救うー科学的根拠に基づくタバコ対策を健診のメインにー. 総合診療 2012; 39: 829-835.

Changes in smoking behavior and attitudes in smoking hospital workers due to smoke-free action in the university hospital and measurement of expired carbon monoxide

Tatsunori Suzuki^{1,3}, Noriko Hida², Kakei Ryu¹, Taigi Yamazaki¹, Sachiko Takenoshita¹, Takehiko Sambe², Naoki Uchida², Shinichi Kobayashi¹

Abstract

Objective: We investigated behavior and attitudes of smoking workers employed by Showa University Karasuyama Hospital before and after smoke-free actions were undertaken in their workplace. We simultaneously examined whether understanding their own expired carbon monoxide (COex) values led them to quit smoking.

Subjects and Methods: Subjects were 33 workers who used the smoking area in their workplace before starting the smoke-free action. Questionnaires about their smoking habits were completed and COex concentrations were measured just prior to starting the smoke-free action and one, three and six months after this had commenced.

Results: Out of the 32 workers who were followed for 6 months, 19 subjects including three quitters reduced smoking. “Smoke-free action within their workplace” was answered as the main reason of moderating or quitting smoking by 16 subjects, and “grasping their COex value” by two subjects. COex values significantly correlated both with the number of cigarettes per day and with the interval time since smoking.

Discussion and Conclusion: Smoke-free action within a workplace has clearly helped smokers moderate smoking. It is suggested that, for the smokers who associated COex value with smoking amount, understanding their own COex values can lead them to moderate smoking, without individual instruction about smoking cessation.

Key words

Smoke-free action in workplace, Expired carbon monoxide, Smoking behavior, Smoking cessation, Attenuating smoking

¹Showa University Clinical Research Institute for Clinical Pharmacology and Therapeutics

²Department of Pharmacology (Clinical Pharmacology), Showa University School of Medicine

³Laboratory of Pharmaco-pathology and Clinical Pharmacology, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Tokyo University of Science

シンポジウム「病院の敷地内禁煙の進め方」報告*

3. 多職種協働で実現した単科精神科病院の敷地内禁煙 ～煙害防止活動理念にもとづく試行錯誤の4年間と今後の課題～

佐藤英明^{1,8}、阿部裕子^{1,8}、趙 岳人^{2,8}、川合厚子³、水野雄二^{4,8}、高野義久^{5,8}、橋本洋一郎^{6,8}、宮崎恭一⁷

1. 健生会明生病院、2. 藤田保健衛生大学医学部精神神経科学講座、3. 社会医療法人公徳会トータルヘルスクリニック、
4. 熊本機能病院、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、8. 一般社団法人くまもと禁煙推進フォーラム

キーワード：多職種協働、単科精神科病院、喫煙スペースを一切設けない敷地内禁煙、
煙害防止活動理念の共有、トップダウンを引きだすボトムアップの実践

*報告1、2は禁煙会誌第11巻第5号を参照

はじめに

熊本市北区にある健生会明生病院は、234床の単科精神科病院である。おもに統合失調症・気分障害・アルコール依存症などの診療を行っている。

2006年に新病棟が建設された後も、患者は常時喫煙可能な状況におかれ、喫煙習慣のある職員にはタバコ休憩が黙認されていた。推計、病院敷地内で1日1,000本以上のタバコが消費され、病棟喫煙者が「煙で息苦しいから」と喫煙室の扉はしばしば解放されていた。換気扇の能力を超えたタバコ煙が喫煙室から病棟中に漏れ出すため、ダイルームはモヤがかかり、喫煙室の白壁はヤニ色に染まっていた。職員の間には、「何の楽しみもない患者さんからタバコを取り上げるのは可哀そう」「無理に禁煙させると精神症状が悪くなる」「喫煙室での患者との対話にタバコは有用」などといったスティグマ(思い込み・先入観)が蔓延していた。

しかし、このようなタバコの影響を直視すべく、2009年には煙害防止活動委員会(きんえんプロジェクト)が職員有志の発案により正式に発足した。以後同委員会を中心に、喫煙者・非喫煙者にかかわら

ず全職員を対象に、タバコ煙害に関する啓発活動と敷地内禁煙に向けた基本的な考え方の普及が行われた。その結果ボトムアップ式の地道なタバコ煙害防止活動の広がりによって、最終的には病院長のトップダウンによるリーダーシップが引き出された。そして敷地の内外を問わず喫煙スペースを一切設けない「完全敷地内禁煙」を目指すことが病院の基本方針として定められ、2012年2月22日に敷地内禁煙が達成された。

以下に示すように敷地内禁煙を達成するまでの経緯(図1)と、禁煙化維持のための課題や考察を述べる。

敷地内禁煙達成までの歩み

1. 喫煙率実態調査・報告(2008年2月)

2008年2月、患者・職員の喫煙率調査が有志(薬剤師)によって行われた。

患者(入院患者およびデイケア利用者：N=252)の喫煙率は52%と1966年の全国成人喫煙率(49%)さえも上回っていた(図2)。また職員(N=183)の喫煙率も32%と高く、2007年の全国成人喫煙率(26%)を上回っていた(図2)。上記の結果と問題点を共有するため、院内報に薬剤師の執筆する「tobacco ニュース」が毎月掲載されることになった。この薬剤師によって始められた禁煙啓発活動は、院内の日本禁煙学会認定指導者を新たに執筆陣に加えて、現在も継続されている。

連絡先

〒860-0083

熊本市北区大窪2丁目6番20号

健生会明生病院 佐藤英明

TEL: 096-324-5211 FAX: 096-322-6293

受付日 2016年11月21日 採用日 2017年3月3日

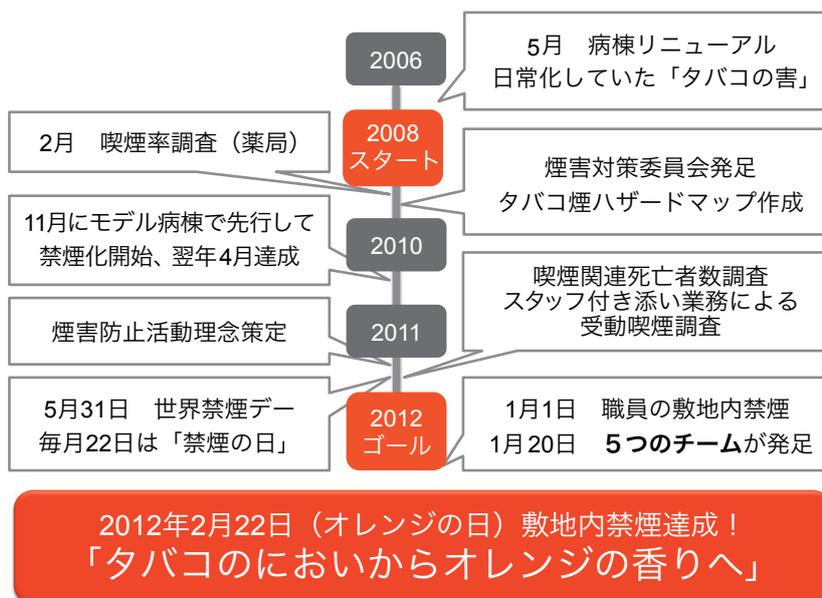


図1 敷地内禁煙達成までのロードマップ

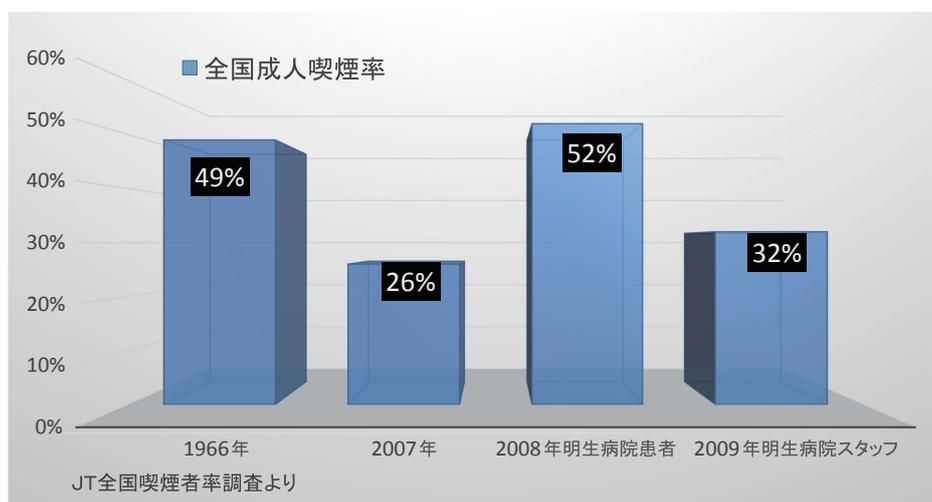


図2 喫煙率実態調査(全国平均との比較)

2. 煙害ハザードマップ(煙害実態地図)の作製(2009年10月)

病院中にたばこ臭の有無・強弱についてフェイススケール(5段階評価)を用いて実態調査し、図面化した。その結果、喫煙室を中心に病棟内の広範囲にたばこ臭が充満している実態が確認され、あらためて分煙は無意味であることを再認識した。

3. 煙害防止活動委員会(きんえんプロジェクト)の設立

2009年には、たばこ問題に取り組む初の組織である煙害防止活動委員会(きんえんプロジェクト)が、病院幹部の集う意思決定機関の一つ「管理運営会議」と同時開催される正式な委員会として設置された。

禁煙推進派の幹部のみならず、喫煙者でもある病院幹部の声にも耳を傾け、精神科病院内で「当たり前のように吸われる大量のたばこ」の実態と課題について見つけなおす好機を得ることができた。

4. パイロット病棟での先行禁煙実施と煙害防止活動理念の制定

単科精神科である明生病院で完全禁煙をめざすにあたり、当初は喫煙患者擁護論が大勢を占めた。そこできんえんプロジェクトでは、パイロットケースとして2010年11月にパイロット病棟での試験的禁煙化に踏み切った。

当時、精神科療養病棟(51床)には、統合失調症患者を中心に15人(29.4%)の喫煙患者が入院して

いた。薬剤師や看護師の協力を得て、主に看護助手チームがタバコ煙害の勉強会・禁煙指導を行った。看護助手には喫煙者も多く存在していた。当然のように現場からは「なぜ喫煙者が患者に禁煙指導をしないといけないのか？」等という疑問が出され、煙害防止活動は暗礁に乗り上げそうになった。またトップダウンの指示が明確になっていないことへの不満や疑念が現場に広まっていた。

そこで2011年2月に、健康増進法を根拠に受動喫煙防止を第一に掲げた「煙害防止活動理念」をまとめ、同理念に基づく職員の行動指針をあわせて打ち出した(表1)。行動指針では、タバコ煙害の啓発を進めること、さらには生命と健康を守る医療機関に働く者としての自覚もうたわれていた。活動理念と行動指針の原案は、明生病院の最高意思決定機関である全職員総会(全体会)に提出され、全会一致で承認された。

理念と行動指針が定まったあともしばしば禁煙化の難しさに直面した。しかし迷ったときには、煙害防止活動理念と行動指針とに立ち返るようにした。このような経過を経て、パイロット病棟での完全禁煙の試みは、開始後5か月目に無事達成された。

5. ミーティングを重ねて徐々に禁煙化

2011年3月には、明生病院の入院患者における「がん死亡者数」や隔離室スタッフの「喫煙立会い業務による受動喫煙実態」が報告された。

隔離室エリアでは、持ち回り業務として1週間あたり20本以上の喫煙に付き添わされて受動喫煙の被害にあっている看護師・看護助手の実態が明らかとなった。役職のない人・若い人ほど受動喫煙の頻度が高いこともわかり、調査結果を重くみた病院長の指示により、隔離室エリアでの即時禁煙(喫煙介助業務の廃止)が決定された。

6. 毎月22日の24時間禁煙「スワン・スワンデー」

開催と職員を対象とした敷地内禁煙の先行実施

パイロット病棟での館内禁煙が成功したあとも、全病棟での完全敷地内禁煙実施に対して懐疑的な職員への働きかけに、2011年5月31日「WHO世界禁煙デー」に賛同・連動する取り組みとして「明生病院24時間禁煙デー」を実施した。

世界的行事にあわせて「みんなで24時間禁煙してみること」を全職員・全入院患者・全外来患者に周

表1 タバコ煙害防止活動理念に基づく
職員の行動指針

【敷地内禁煙化の推進】

私は、病院敷地内のタバコ煙害から患者・職員・出入り業者等のすべての利用者を守ります。

【煙害・健康被害の啓発】

私は、煙害による余命短縮・健康被害について多くの患者・利用者に理解を深めて頂けるよう努めます。

【医療機関の職員としての自覚】

私は、生命・健康を保持する医療機関の職員として自覚をもち、煙害防止活動に積極的な役割を果たします。

知徹底し、5月31日午前0時から病棟内の喫煙室を完全封鎖するとともに、「タバコのおいからオレンジの香りへ」を合言葉に、全入院患者にオレンジの配布がなされた。その後も、明生病院では毎月22日を「スワン・スワンデー」と定めて24時間禁煙を実践しながら、敷地内禁煙化を進める覚悟を示しつつけた。

さらには、2012年1月1日に職員の敷地内禁煙化を先行実施した。職員には事前に周知徹底しておいたため、とくに混乱は生じなかった。この日を境に、勤務時間内の喫煙は事実上禁止となり、長年にわたる喫煙者/非喫煙者間の休憩をめぐる不公平感の解消が進んだ。

7. 5つのプロジェクトチームによる完全敷地内禁煙達成

ミーティングを重ねて、病院全体の敷地内禁煙化を2012年2月22日に定めたものの、職員から「本当に敷地内禁煙ができるのか？」という不安の声は絶えなかった。そこで5つの禁煙プロジェクトチーム(広報・学術・禁煙支援・クリーン活動・イベント)を煙害防止活動委員会内に設置し、完全敷地内禁煙を目指すことになった。

① 広報・啓発チーム

- ・ 近隣住民への情報提供・相談受付
- ・ 応援するモン(くまもん)バッジ配布
- ・ 敷地内禁煙周知のための看板設置
- ・ Twitter (@MeiseiOrangeDay) の活用

② クリーン活動チーム

- ・ 病院敷地周辺の定期的な清掃活動
- ・ 定期的な禁煙啓発パトロール

③ 学術チーム

- ・入院患者を対象としたアンケート調査
- ・敷地内禁煙実施前後の統合失調症入院患者の精神症状評価 (PANSS)・睡眠時間調査・向精神薬使用量調査

④ 禁煙支援チーム

- ・2012年4月に自前の禁煙外来を設置
- ・デイケアにおいて禁煙支援教育・自助グループの発足
- ・職員を対象とした日本禁煙学会認定指導者資格取得支援・資格手当の支給

⑤ イベントチーム(敷地内禁煙達成記念式典および関連イベント)

- ・屋外喫煙スペースの跡地にオレンジの樹を植樹(2012年から3年連続植樹)
- ・禁煙達成者の表彰・体験発表
- ・院長挨拶【トップダウンの決意表明】

上記の経過を経て2012年2月22日に記念式典を行い、敷地内禁煙化が達成された。

敷地内禁煙達成後の経過

① 敷地内禁煙継続のカギは地域住民との対話

敷地内禁煙達成後も、病棟内での隠れタバコの問題、病院周辺における歩きタバコや吸い殻のポイ捨ての問題は後を絶たない。さらにはタバコ煙害に無関心をつらぬく職員・患者などの意識・行動変容のためには丁寧な働きかけと忍耐強く待つ姿勢が必要不可欠となる。とりわけ地域住民からの苦情の窓口となる事務職員の精神的負担は決して軽くはないが、

彼らは煙害防止活動リーダーとして丁寧に対応し、ニコチン依存症もふくめた依存症診療の専門施設である精神科病院として、受動喫煙防止とニコチン依存治療の重要性について、ねばり強く地域の方々と対話を続け、理解を求めている。また敷地内禁煙の次の段階を見すえた次なるスローガン「敷地の外でも禁煙を！」を掲げ、職員一人ひとりが現場に向向いて患者と向き合い、路上の吸い殻を拾いながら禁煙パトロールを継続している。

② 統合失調症長期入院患者における禁煙化前後の精神症状評価

敷地内禁煙実施に合わせて禁煙補助薬を使用せずに完全禁煙に成功した16人の統合失調症患者の精神症状を評価 (Positive and Negative Symptoms Score : PANSS) したところ (図3)、禁煙後に陽性症状に変化はなく、陰性症状は有意差をもって改善した。症例数の少ない点を考慮すべきであるが、少なくとも著しい精神症状の悪化を認めなかった。

③ 禁煙外来の現状・病棟禁煙支援ミーティングの開始

2012年4月に明生病院は自前の禁煙外来を開設した。受診者の多くが統合失調症・うつ病・アルコール依存症をもつ自院通院中の患者であり、2015年8月までに禁煙達成率の評価ができる総数81名の治療実績があった (表2)。

全体の成功者は28名で、成功率は34.6%であった。この数値は一般の禁煙外来と比べて低く、禁煙

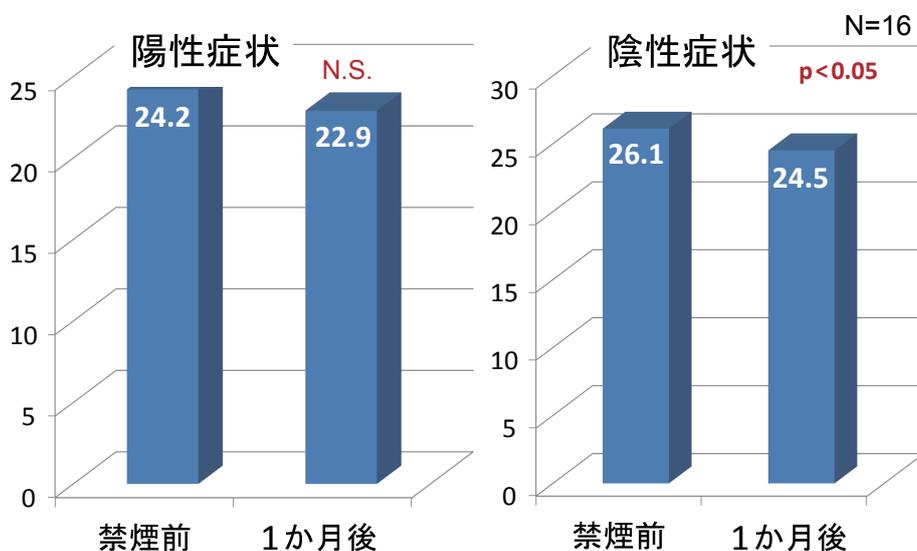


図3 敷地内禁煙達成前後の統合失調症入院患者

達成率のさらなる向上は今後の課題である。また表2に示したように、疾患別禁煙成功率には有意差を認めなかった。

また、病棟では2014年8月から「禁煙の理由が分からない」「無理やり禁煙させられた」と感じている長期入院患者に対して、心理士・看護師・薬剤師・医師などの多職種が集まり、週1回の頻度で禁煙ミーティングを開始することにした。ミーティングでは、ときに外来での禁煙未達成者・禁煙希望者も参加して、病棟での禁煙の工夫や、禁煙達成にまつわる喜びや苦しみをともに語り合っている。参加者は、それぞれに1週間の小さな禁煙目標を立て、小さな目標を達成できた一人ひとりを皆でほめて励ましあっている。またクリーン活動に参加したり、茶話会を開いたりして、禁煙の難しさを分かちあう支援活動に発展している。そして、禁煙ミーティングに参加しなくても毎朝自主的に吸い殻拾いをする患者もあらわれている。

④ 禁煙認定指導者育成とインセンティブ

明生病院では、次世代の禁煙推進リーダーの育成を視野に、日本禁煙学会認定禁煙指導者資格の取得を推奨・支援している。2015年は新たに13名の合格者を輩出し、平成28年1月の時点で院内禁煙指導者は25名となっている。資格取得者には、活動実績に応じたインセンティブ(資格手当)の支給を行っている(平成28年12月現在)。

考 察

ニコチン依存症は、国際疾病分類第10版(ICD-10)F分類「タバコ使用障害(喫煙)による精神および行動の障害」にコードされる依存症の一種である。精神疾患の診療に従事する精神科領域のすべての職種にとって依存症診療は、避けて通れない領域であり、タバコ使用障害・ニコチン依存症も例外ではない。一般的に精神疾患患者には、身体合併症を発症しやすい傾向があるが、喫煙によって合併症の危険性は一層高まる。統合失調症患者は一般の人に比べて、心疾患の死亡率は2倍から3倍になるといわれている¹⁾。また禁煙によってストレスが軽減し、うつ状態や不安状態が改善し、生活の質が向上することが指摘されている²⁾。これらの事実は禁煙を支持する大きな理由になっている。さらには、喫煙者は肝酵素・チトクロームP1A2の代謝が亢進しているため、オラン

表2 精神疾患別禁煙成功率

疾患別	人数	成功率
統合失調症圏	14/35	40.0%
気分障害群	8/26	30.3%
アルコール依存症	4/10	40.0%
知的障害	2/5	40.0%
その他	0/5	0%

ザピンやクロザピンなどの一部の抗精神病薬の代謝を早め、血中濃度が低下しやすい^{3,4)}。本来は十分であるはずの用量で効果発現が期待できず、結果的に過剰投与にいたることもある。これらは禁煙により、当該抗精神病薬を必要最小限の適正用量で足りるように改善できれば、副作用を最小化することも期待できる。

我が国の禁煙治療のための標準手順書⁵⁾では、精神疾患患者の禁煙治療補助薬の第一選択薬としてニコチン貼付剤が推奨されている。また、バレニクリンに対しては臨床試験において精神疾患が除外されており、十分な治療データが存在しないとされている⁶⁾。一方、海外の報告では統合失調症をもつ人に禁煙治療薬・バレニクリンを使用し、禁煙に効果的であり、大きな精神症状の悪化はないという報告がある^{7,8)}。当院精神科禁煙外来では禁煙補助薬を用いる場合、第一選択薬として、ニコチン貼付剤を推奨している。またバレニクリンを使用した41例において、1例の患者で精神症状の悪化を認め、入院となった。これは禁煙による離脱症状の可能性が高いと考えられたが、精神疾患をもつ患者へのバレニクリン投与に際しては、副作用に対する注意が必要であろう。

長年タバコ煙害に悩まされていた精神科病院・明生病院では、4年間におよぶ煙害防止活動によって敷地内禁煙を達成したのち、複数の精神科医が自己研鑽をして日本禁煙学会認定禁煙指導医の資格を得て、自前の禁煙外来を継続してきた。禁煙を目指す精神疾患患者の病状や問題点を、主治医や担当看護師などと情報共有できる点でも、より安全に禁煙を支援・推進できる意義は大きい。もともと精神科病院には、アルコール依存症リハビリテーションプログラムや種々の認知行動療法・精神科チーム医療のノウハウがあるため、禁煙支援・禁煙推進に取り組む力量と素地は十分に備わっているものと思われる。

その際、病状によって敷地内禁煙をなかなか順守できない人びとがいることも事実である。そのようなときに、「ペナルティを考える前に愛情を持って禁煙支援することを考えなさい」という明生病院院長のようなトップダウンのリーダーシップは、患者にとっての励みとなり、現場の禁煙リーダーの支えになる。

敷地内禁煙を推進させるには、タバコ煙害の現状をデータ化して会議で報告し、幹部をはじめ職員に周知させることで、患者や人びとの健康を守る医療従事者の倫理観を引き出すことが何より重要である。そして職員一人ひとりが受動喫煙の実害の対策に取り組み、その経緯の中で敷地内禁煙化のリーダーが誕生していった。感情的な対立を避けるためにも、複数のリーダーの存在が必要となるであろう。現在は認定指導者以外にも看護師、栄養師、事務、心理士、作業療法士、精神保健福祉士ほぼ全職種にわたり禁煙化に賛同する有志が集まり、それぞれが役割を理解し、各方面での防煙、禁煙活動を実行している。日々の地道な活動の積み重ねにより、数々の波紋が形成され、ついには「大きな敷地内禁煙化の波」へと変化していった。ボトムアップからトップダウンへ、当院でそれが成功した大きな要因は、病院理念を踏まえた各々の意見や院内の活動に対する自由度が高いことがあげられ、多職種の協働プロジェクトにおいて、病院長ら幹部の意向や方針が十分浸透していた結果と考えられる。

終わりに

経営効率の最適化や地域生活への移行支援・職員の高齢化・離職問題などさまざまな課題を抱える精神科病院において、患者や職員をタバコの煙から守る煙害防止活動は、職員の雇用を守る意味でも、地域に暮らす人びとの生命と健康を守る意味でも年々重要性を増している。それぞれの精神科病院に合った煙害防止活動・禁煙サポートを根気よく進めていくことが、近隣の地域住民との関係性を良好に保つ上でも肝要である。日々患者や近隣住民との対話を続けながら単科精神科病院での完全敷地内禁煙のあり方を模索し続けている明生病院の取り組みが、精神科領域で敷地内禁煙を目指そうとする方々の参考

になれば幸いである。

最後に、猛烈なタバコ煙の消えた病院内では19人の女性職員が、妊娠中もクリーンな空気の中で勤務を続け、無事に20人の新しい命「スモークフリー・ベビー」を迎えることができた。これも日々禁煙化維持のため努力を積み重ねている職員一人ひとりの大きな誇りであり、私たち自身の健康問題だけでなく、次世代へ繋がる試みであるということにあらためて気づかされる。

(2015年11月22日 第9回日本禁煙学会学術総会シンポジウムで発表、一部改正)

参考文献

- 1) Brown S, Kim M, Mitchell C, et al: Twenty- five year mortality of a community cohort with schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 2010; 196: 116-121.
- 2) Taylor G, McNeill A, Gling A, et al: Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ*2014; 348: doi: 10.1136/bmj.g1151
- 3) Huang HC, Lua AC, Wu LS, et al: Cigarette smoking has a differential effect on the plasma level of clozapine in Taiwanese schizophrenic patients associated with the CYP1A2 gene-163A/C single nucleotide polymorphism. *Psychiatry Genet* 2016 Aug; 26(4); 172-177.
- 4) Dervaux A, Laqueille X: Tobacco and schizophrenia: therapeutic aspects. *Encephale*, 2007; 33: 629-632.
- 5) 日本循環器学会・日本肺癌学会・日本癌学会・日本呼吸器学会：禁煙治療のための標準手順書, 2014；6.2014；p24.
- 6) 川合厚子：精神疾患患者に対する禁煙支援. 禁煙学 改訂3版, 日本禁煙学会編, 南山堂, 東京, 2014; p181-186.
- 7) Williams JM, Anthenelli RM, Morris CD, et al: A randomized, double-blind, placebo-controlled study evaluating the safety and efficacy of varenicline for smoking cessation in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *J Clin Psychiatry* 2012; 73: 654-660.
- 8) Jeon DW, Shim JC, Kong BG, et al: Adjunctive varenicline treatment for smoking reduction in patients with schizophrenia: A randomized double-blind placebo-controlled trial. *Schizophr Res* 2016; 176: 206-211.

日本禁煙学会の対外活動記録 (2017年2月～3月)

- 2月 9日 「健康増進法改正案の改悪についての日本禁煙学会緊急声明」を厚労省に提出しました。
- 2月13日 厚生労働大臣宛に加熱式電子タバコについての意見書を提出しました。
- 2月16日 日本禁煙学会HPにタバコ族議員と政治献金の実態を掲載しました。
- 2月24日 150団体が厚生労働大臣宛に要望書を提出いたしました。
- 3月 2日 橋本泰宏審議官に国民の意識調査などを提出いたしました。
- 3月 7日 福島靖正健康局長に、富士経済によるフェイクニュースについて共同声明を提出いたしました。
- 3月11日 日本禁煙学会HPに「自民党たばこ議連17/3/7臨時総会の出席議員及びタバコ販売&耕作者政治連盟からの6年間の献金額」を掲載しました。
- 3月28日 日本禁煙学会HPに「川俣幹雄教授プレスリリース 17/3/24 飲食業従事者も65.4%が厚労省原案に賛成」を掲載しました。
- 3月31日 産業経済新聞社代表取締役社長に「御社の世論調査および報道の在り方について。産経/FNN合同世論調査」を提出しました。

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12巻第2号 2017年4月25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