

日本禁煙学会雑誌

Vol.13 No.1

CONTENTS

《巻頭言》

第12回日本禁煙学会学術総会を

うどん県(香川県)で開催することになった経緯と展望

森田純二 2

《原 著》

京都府下の高齢者介護施設のタバコに関する実態調査

栗岡成人、他 4

《症例報告》

バレニクリンによって禁煙に成功した重症筋無力症の1例

伊藤 恒、他 13

《記 録》

日本禁煙学会の対外活動記録(2017年12月~2018年1月)

..... 16

Japan Society for Tobacco Control (JSTC)

一般社団法人 日本禁煙学会



《巻頭言》

第12回日本禁煙学会学術総会を うどん県(香川県)で開催することになった経緯と展望

香川県予防医学協会、第12回日本禁煙学会学術総会実行委員長、日本禁煙学会 理事

森田純二

第8回の日本禁煙学会が沖縄で開催された後に香川県での本学会の開催を打診されたと記憶しています。その少し前に高松市長である大西秀人氏がマスコミにたいし高松市の関連施設を2018年までに全面的な敷地内禁煙にすると発表し、そのことがネットにも掲載され話題になったことも香川県での学会開催を後押ししたのかも知れません。

私自身は1990年頃から禁煙外来(もちろん保険適応外)や禁煙教室を当時働いていた高松赤十字病院で始めました。ちょうどその頃ニコチンパッチが開発され、数年後には日本に紹介され臨床治験が開始されました。そこでこの商品を開発していた、かつてのチバガイギー社の日本支社から治験をして欲しいと依頼を申し込まれたのです。当時まだ禁煙外来というものもほとんどなく、治験があまり進んでいなかったようです。そこで香川県の地場産業である大企業と連携してかなり大掛かりに禁煙希望者を募り治験を開始しました。その会社のベテラン産業保健師が禁煙に力を入れていた人だったのでずいぶん助けられました。パッチの治験の効果も予想以上に良好だったのですが、それ以上に治験の費用がその後の香川県での禁煙活動の資金源になったことが幸運でした。そうしてニコチンパッチは1999年より市場に出るようになりました。

そのような経過があっただけでなく、幸いにも2003年に第20回全国禁煙教育研修会を香川県で開催して欲しいと要請があり、急遽「香川県禁煙指導研究会」という「香川タバコの害から健康を守る会」の前身の会を立ち上げました。その後、5月31日の世界禁煙デーは毎年のようにイベントを開催するようになりました。そして2011年にはより大規模な第11回全国禁煙推進研究会の開催も依頼され、香川県での禁煙活動もある程度知られることになったと思っています。

またいわゆる草の根運動としてはタクシーの禁煙



第12回日本禁煙学会学術総会ポスター

化を2008年3月に中国四国地方としては一番に実現し、その後タクシーの禁煙化は岡山県をはじめ近県にも広がりました。さらにここ数年は香川県における禁煙レストランの普及にも力を入れ、[香川県の禁煙レストランマップ](#)も作成しています。

驚くべきイベントとして、2011年には全国の有志とともに「タバコフリーフォーラム in 国会」と銘打って参議院会館で一大イベントも開催しました。このビッグイベント、今は亡き京都の繁田正子先生の発案で数名の先生方とともに計画を練って実現し、大成功に終えることができました。

いずれにしても、このような活動が少しは役に立ったのか、2016年に厚生労働省が調べたところによると香川県の喫煙率は全国で4番目に低いという結果でした。

取り敢えずこのような経緯で学会をお引き受けし

たものの、私自身は高松赤十字病院を10年前に辞して、今や特に組織力もないこともあり学会長は無理をお願いして香川県医師会長、久米川啓先生になっていただきました。ちょうど1年前に日本禁煙学会にも入会していただきご自分で学会のことも知識を取り入れているようです。昨年11月の京都大会にも参加され、学会の熱心さに圧倒されたようですが次回開催会長としていろいろな場面で挨拶していただき助かりました。

香川での第12回日本禁煙学会の大会テーマは、私が学会の草の根委員会の委員長であることもあり「草の根projectが無煙社会を創る“四国が動く”“日本が動く”」としました。厚生労働省は2011年にCOPDの認知度を25%から2022年には80%まで向上させようとの目標を掲げていますがなかなか順調ではありません。そこで今回の学会でもシンポジウムでCOPD認知度の向上も取り上げる予定です。

また外国からの招請講師としては私の長年の親友でもあるテキサス大学の心臓外科教授であるProf. Randall Wolf先生に“The Smoking Epidemic-Reflections From 25 Years as a Thoracic Surgeon”と題した講演をしていただく予定です。



禁煙うどん脳のイラスト
(禁煙うどん脳©OKPDESIGN/KN00144)

さらに幸運なことに今年のWHO世界禁煙デーのテーマが「タバコと心疾患」と決まったことです。このことでWolf先生の講演がより引き立つものと思います。これからさらに興味あるテーマを取り上げより魅力的な学会を目指したいと思っています。多くの学会員の参加並びに演題提出もお願いしたいと思っています。そして美味しい讃岐うどんをご賞味下さい！何卒ご協力のほど宜しくお願いいたします。

京都府下の高齢者介護施設の タバコに関する実態調査

栗岡成人^{1,2}、石川信仁¹、樋口孝子³、松井常孝⁴、中島すま子⁵、菅森悦子⁶
富士原正人⁷、三木真司⁸、南部吉彦¹、友沢明德¹、安田雄司¹

1. NPO 法人 京都禁煙推進研究会、2. 京都博愛会病院 内科、3. 公益社団法人 京都府介護支援専門員会
4. 一般社団法人 京都府薬剤師会、5. 公益社団法人 京都府看護協会、6. 公益社団法人 京都府栄養士会
7. 一般社団法人 京都私立病院協会、8. 一般社団法人 京都府病院協会

【目的】 高齢者介護施設におけるタバコ問題の現状について把握し、今後のタバコ対策について提言する。

【方法】 2016年10～11月に京都府下の入居型の高齢者介護施設にタバコに関する質問票を送付し、回答のあった254施設について検討した。

【結果】 火災予防や受動喫煙防止のために86%の施設で敷地内か建物内禁煙が実施されていた。一方、施設内で喫煙を認める施設も少なからずあった。喫煙を認める主な理由は、生き方の尊重、個人の権利・自由、ストレス解消であった。

【考察】 高齢者介護施設の喫煙対策は進んでいるが、喫煙を容認する考え方も根強くあり、社会的ニコチン依存の克服が課題である。

【結論】 高齢者介護施設は敷地内禁煙が望ましい。喫煙入居者及び喫煙職員に対しては禁煙を支援し、職員の喫煙を就業時間内は禁止すべきである。すべての関係者に対しタバコの真実を伝え、タバコのない施設を目指すことを推奨する。

キーワード： 高齢者介護施設、タバコ対策、敷地内禁煙、受動喫煙、社会的ニコチン依存

1. はじめに

喫煙は、がん、循環器疾患、呼吸器疾患、骨粗鬆症、認知症等のさまざまな疾患をひき起こすだけでなく、健康寿命を縮め、要介護状態に至らせる重要な要因の一つである。能動喫煙による年間死亡者数は国内で約13万人と推計されており¹⁾、2016年5月の厚生労働省の発表では、受動喫煙によっても年間1万5,000人が死亡しているとされている²⁾。また、喫煙は要介護の原因である脳血管疾患、認知症、骨折・転倒の重大な危険因子であり、65歳以上の日本人男性では、喫煙者の平均自立期間(健康寿命)は非喫煙者よりも4.2年短いことが厚生労働省の調査で

明らかになっている³⁾。それゆえ、健康寿命を延伸し、要介護状態の悪化を防止するために、高齢者介護施設においてもタバコ対策に取り組む必要がある。

安全管理の面から考えると、高齢者介護施設での喫煙は、受動喫煙の危害や火災の危険性があり、施設においては、何らかの喫煙対策が行われている。一方で、入居者の今までの生活を尊重するという考え方から、施設内の喫煙を容認しているところもある。また、介護職員の喫煙によるさまざまな問題が少なからず発生しており、「タバコ」の取り扱いについて苦慮している施設も少なくない。しかしながらこれまで高齢者介護施設を対象にタバコ問題について詳細に調査した報告は少ない^{4～6)}。そこで、高齢者介護施設におけるタバコ問題の現状について把握し、今後の高齢者介護施設のタバコ対策について提言することを目的に、京都府下の高齢者介護施設におけるタバコに関する実態調査を実施した。

連絡先

〒603-8041
京都市北区上賀茂ケシ山1
京都博愛会病院 内科 栗岡成人
TEL: 075-781-1131 FAX: 075-722-1131
e-mail: smokefree@sd5.so-net.ne.jp
受付日 2017年10月25日 採用日 2017年12月7日

2. 対象と方法

京都府下の高齢者介護施設のうち、入居型の施設を京都府、京都市等のウェブサイト調査し、リストアップした。それらの施設の種類及び数は、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム;以下特養と略)150、介護老人保健施設(以下老健と略)72、介護療養型医療施設(以下療養型と略)29、軽費老人ホームA型・B型(以下軽費老人ホームと略)4、ケアハウス(軽費老人ホームC型)53、認知症対応型共同生活介護(グループホーム)205、有料老人ホーム44、サービス付き高齢者向け住宅(以下サ高住と略)105、合計662施設であった。

これら入居型の高齢者介護施設(662施設)に対し、別紙の質問票(資料)を送付し、施設の代表者または代理者に質問票の回答と返送を依頼した。調査項目を入居者と職員の喫煙対策に分けて、入居者については、喫煙対策の現状、喫煙を規制・許可する理由、喫煙を許可する場合のタバコ等の管理と喫煙

時間の制限について質問した。職員については、職員の喫煙率の把握、喫煙対策、喫煙場所、喫煙を規制・許可する理由及び施設の属性について質問した(資料)。調査期間は2016年10月12日～11月12日であった。

なお、本研究は京都博愛会病院倫理委員会の承認(2016年7月21日)を得て実施した。

3. 結果

質問票を送付した662施設のうち、あて所に届かなかった5施設を除くと調査対象施設は657施設であった(表1)。そのうち回答のあったのは254施設(38.7%)であった。回答施設の種別比率は、調査対象施設の比率とほぼ同等であった。

3.1. 施設の種別

種別別の調査対象施設数及び回答施設の種別別の回答数、回答率は表1に示した。

資料 高齢者介護施設のタバコに関する実態調査質問票

高齢者介護施設のタバコに関する実態調査	
<p>「高齢者介護施設のタバコ対策」について、施設としての考え方を教えてください。該当する項目を1つまたは複数選び、☑をしてください。</p> <p>Ⅰ. 貴施設の入所者(利用者)への対応についてお尋ねします。</p> <p>1. 貴施設においては、現在どのような喫煙対策を実施していますか。</p> <p><input type="checkbox"/> ①敷地内全面禁煙 <input type="checkbox"/> ②建物内は禁煙だが屋外に喫煙場所あり <input type="checkbox"/> ③建物内に隔離された喫煙所あり <input type="checkbox"/> ④建物内に喫煙スペースを仕切ったり、空気清浄器を設置 <input type="checkbox"/> ⑤個人の居室内だけで喫煙可能 <input type="checkbox"/> ⑥喫煙規制を実施していない(全面喫煙可能)</p> <p>2. 貴施設において喫煙を規制する理由についてご回答ください(複数回答可)。</p> <p><input type="checkbox"/> ①火災予防 <input type="checkbox"/> ②受動喫煙防止 <input type="checkbox"/> ③喫煙者の命と健康を守る <input type="checkbox"/> ④その他()</p> <p>3. 貴施設において喫煙を許可する理由についてご回答ください(複数回答可)。</p> <p><input type="checkbox"/> ①喫煙は個人の自由 <input type="checkbox"/> ②自己決定権を尊重 <input type="checkbox"/> ③生き方・嗜好を尊重 <input type="checkbox"/> ④その他()</p> <p>4. 施設で喫煙を許可している場合、タバコ・ライター・マッチ等の管理は誰がされていますか。</p> <p><input type="checkbox"/> ①喫煙者自身 <input type="checkbox"/> ②管理者</p> <p>5. 喫煙する時間を制限されていますか。</p> <p><input type="checkbox"/> ①あり(喫煙可能な時間帯: 時 ~ 時) <input type="checkbox"/> ②制限なし</p> <p>Ⅱ. 貴施設職員の喫煙対策についてお尋ねします。</p> <p>6. 職員の喫煙率を把握されていますか。</p> <p><input type="checkbox"/> ①把握している(約 %) <input type="checkbox"/> ②把握していない</p> <p>7. 職員の喫煙を規制されていますか。</p> <p><input type="checkbox"/> ①非喫煙者が雇用の条件 <input type="checkbox"/> ②就業時間内禁煙(休憩時間も含む) <input type="checkbox"/> ③休憩時間のみ喫煙可能 <input type="checkbox"/> ④タバコ休憩可能 <input type="checkbox"/> ⑤規制していない</p> <p>8. 就業時間内の喫煙を禁止されていない場合、喫煙場所は指定されていますか。</p> <p><input type="checkbox"/> ①敷地外 <input type="checkbox"/> ②敷地内喫煙所 <input type="checkbox"/> ③建物内の隔離された喫煙所 <input type="checkbox"/> ④建物内の喫煙スペース <input type="checkbox"/> ⑤職員休憩所</p> <p>9. 職員に喫煙を許可する理由についてご回答ください(複数回答可)。</p> <p><input type="checkbox"/> ①喫煙は個人の権利 <input type="checkbox"/> ②ストレス解消 <input type="checkbox"/> ③嗜好品だから <input type="checkbox"/> ④喫煙職員の離職防止対策 <input type="checkbox"/> ⑤その他()</p> <p>10. 職員に喫煙を禁止する理由についてご回答ください(複数回答可)。</p> <p><input type="checkbox"/> ①介護職員として当然 <input type="checkbox"/> ②受動喫煙防止 <input type="checkbox"/> ③業務に影響する <input type="checkbox"/> ④職員の健康保持・増進 <input type="checkbox"/> ⑤その他()</p> <p>Ⅲ. 貴施設についてお尋ねします。</p> <p>11. 介護施設の種別をお教えてください。</p> <p><input type="checkbox"/> ①特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> ②介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> ③介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> ④軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> ⑤ケアハウス <input type="checkbox"/> ⑥グループホーム <input type="checkbox"/> ⑦有料老人ホーム <input type="checkbox"/> ⑧サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> ⑨その他()</p> <p>12. 設立主体をお教えてください。</p> <p><input type="checkbox"/> ①社会福祉法人 <input type="checkbox"/> ②医療法人 <input type="checkbox"/> ③株式会社 <input type="checkbox"/> ④財団法人 <input type="checkbox"/> ⑤公益法人 <input type="checkbox"/> ⑥特定非営利活動法人 <input type="checkbox"/> ⑦その他()</p> <p>13. 貴施設の所在地をお教えてください。</p> <p><input type="checkbox"/> ①京都市 <input type="checkbox"/> ②乙訓 <input type="checkbox"/> ③山城中部 <input type="checkbox"/> ④相楽 <input type="checkbox"/> ⑤中部 <input type="checkbox"/> ⑥中丹 <input type="checkbox"/> ⑦丹後</p> <p>14. 貴施設の10月1日現在の入所(居)者数は何人ですか。()人</p> <p>15. 貴施設の10月1日現在の従業員数は何人ですか。()人</p> <p>16. 貴施設において、喫煙する利用者(入居者)あるいは職員がタバコをやめる何らかの取り組みを実施していますか。</p> <p>17. タバコについて貴施設で問題になっていることがあれば、自由にご記入ください。</p> <p>差し支えなければ貴施設名をお教えてください。結果について報告させていただきます。また、後日連絡させていただく場合がございます。</p> <p>施設名 <input type="text"/></p> <p>ご協力ありがとうございました。同封の封筒に封入の上、ポストに投函をお願いします。</p> <p>裏面にもご記入をお願いします。</p>	

表1 調査対象高齢者介護施設の種別別回答数・回答率

調査対象施設の内訳は、特養22.7%、老健11.0%、療養型4.4%、軽費老人ホーム0.6%、ケアハウス8.0%、グループホーム31.2%、有料老人ホーム6.5%、サ高住15.5%であった。一方、回答施設の内訳は、多いものからグループホーム29.1%、特養26.4%、サ高住13.8%、老健11%、有料老人ホーム7.9%、ケアハウス7.5%、療養型3.1%、軽費老人ホーム1.2%の順であった。

種類	京都府	京都市	合計	回答数	回答率(%)
特養	86	63	149	67	45.0
老健	31	41	72	28	38.9
療養型	10	19	29	8	27.6
軽費老人ホーム	3	1	4	3	75.0
ケアハウス	41	12	53	19	35.8
グループホーム	96	109	205	74	36.1
有料老人ホーム	16	27	43	20	46.5
サ高住	29	73	102	35	34.3
合計	312	345	657	254	38.7

注: 送付662施設のうち、あて所に届かなかった5施設を除く

3.2. 入居者へのタバコ対策

施設の喫煙対策は、敷地内禁煙が75施設(30%)、建物内禁煙が143施設(56%)で、全体の86%が敷地内禁煙か建物内禁煙であった。一方、建物内の隔離喫煙所は15施設(6%)、喫煙スペースは9施設(4%)、自分の居室内で喫煙可能は12施設(5%)であった(図1)。

施設の種別別の喫煙対策は、老健、療養型で敷地内禁煙が各々17施設(60.7%)、5施設(62.5%)と多く、建物内で喫煙可能な施設は、居住系の施設であるケアハウス6施設(31.6%)、有料老人ホーム6施設(30%)、サ高住8施設(22.9%)で多く、有料老人ホーム、サ高住では各々4施設(20%)、7施設(20%)が居室内喫煙可能であった(図2)。

入居者の喫煙を規制する理由で最も多かったのは回答総数520件中、火災予防224件(43%)で、次いで受動喫煙防止187件(36%)、命と健康を守る98件(19%)、その他11件(2%)の順であった。

入居者の喫煙を許可する理由で最も多かったのは回答総数316件中、生き方・嗜好を尊重132件(42%)で、次いで個人の自由86件(27%)、自己決定権を尊重84件(27%)、その他14件(4%)であった。

喫煙を許可している場合のタバコ、ライター等の管理は、喫煙者自身が86施設(51.2%)、管理者・

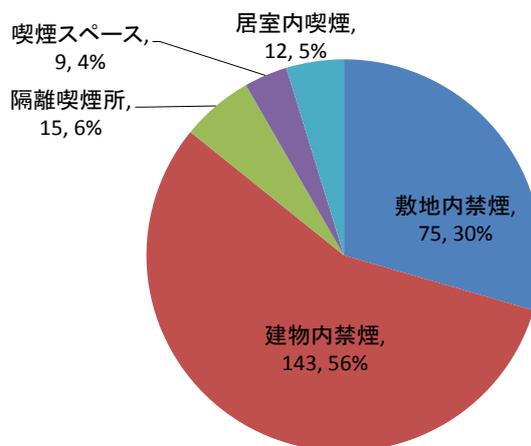


図1 高齢者介護施設の喫煙対策 (京都府下254施設)

全体の86%が敷地内禁煙か建物内禁煙であった。

職員が82施設(48.8%)とほぼ拮抗していた。喫煙時間制限については、「あり」67施設(40.1%)、「なし」100施設(59.9%)で、「なし」のほうが多かった。なお、自由記載では24施設が「現在は入居者に喫煙者はいない」と記入していた。

3.3. 職員の喫煙対策

職員の喫煙を把握しているのは162施設(64.8%)であった。喫煙率は、回答のあった144施設で平均

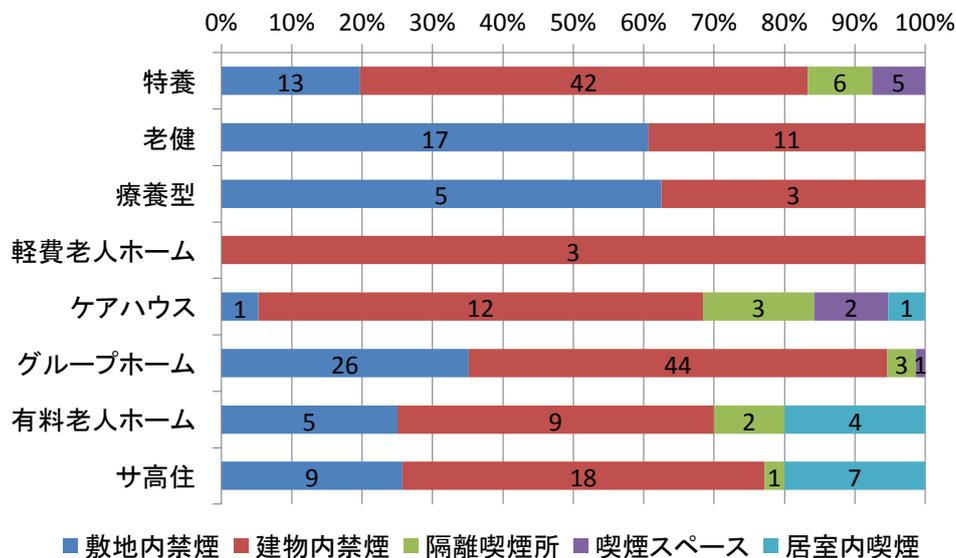


図2 施設の種類別喫煙対策

施設の種類別の喫煙対策は、老健、療養型で敷地内禁煙が多く、建物内で喫煙可能な施設は、ケアハウス、有料老人ホーム、サ高住で多く、有料老人ホーム、サ高住で居室内喫煙可能なところが多かった。

表2 職員の喫煙率

施設の管理者が把握している職員の喫煙率(%)。

施設の種類	施設数	平均値 ± 標準偏差 (%)
特養	30	17.0 ± 9.2
老健	8	19.3 ± 9.9
療養型	3	20.3 ± 13.1
軽費老人ホーム	1	25.0
ケアハウス	10	12.3 ± 14.4
グループホーム	57	25.5 ± 17.7
有料老人ホーム	14	20.9 ± 17.7
サ高住	21	27.4 ± 19.3
合計	144	22.2 ± 16.2

22.2%であった。

施設の種類別の喫煙率は表2のとおりで、ケアハウスで12.3%と低く、グループホーム、サ高住でそれぞれ25.5%、27.4%と高かった。

職員に対する喫煙対策では、休憩時間のみ喫煙可が最も多く145施設(57%)、次いで就業時間内禁煙と規制なしが35施設(14%)、タバコ休憩可28施設(11%)であった。非喫煙者のみ雇用が7施設(3%)あった(図3)。

喫煙場所は敷地外37施設(17%)、敷地内喫煙所118施設(56%)で、建物内隔離喫煙所と喫煙スペース

合わせて27施設(13%)であった。規制なしは3施設(1%)あった(図4)。

職員の喫煙を許可する理由は、回答総数389件中、喫煙は個人の権利が最も多く143件(37%)で、次いでストレス解消99件(25%)、嗜好品だから96件(25%)、離職防止が34件(9%)、その他17件(4%)であった。職員の喫煙を禁止する理由は、回答総数248件中、職員の健康保持増進87件(35%)、受動喫煙防止82件(33%)、業務に影響41件(16%)、介護職として当然21件(9%)、その他17件(7%)の順であった。その他では火災予防が9件と

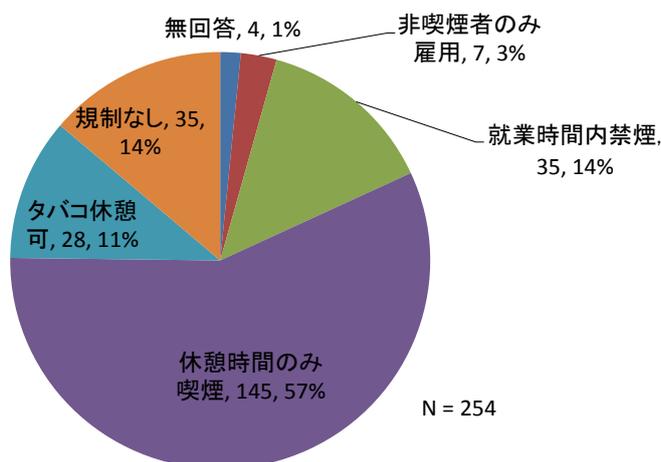


図3 職員の喫煙規制状況

職員に対する喫煙対策では、休憩時間のみ喫煙可が最も多く145施設(57%)、次いで就業時間内禁煙と規制なしが35施設(14%)、タバコ休憩可28施設(11%)であった。非喫煙者のみ雇用が7施設(3%)あった。

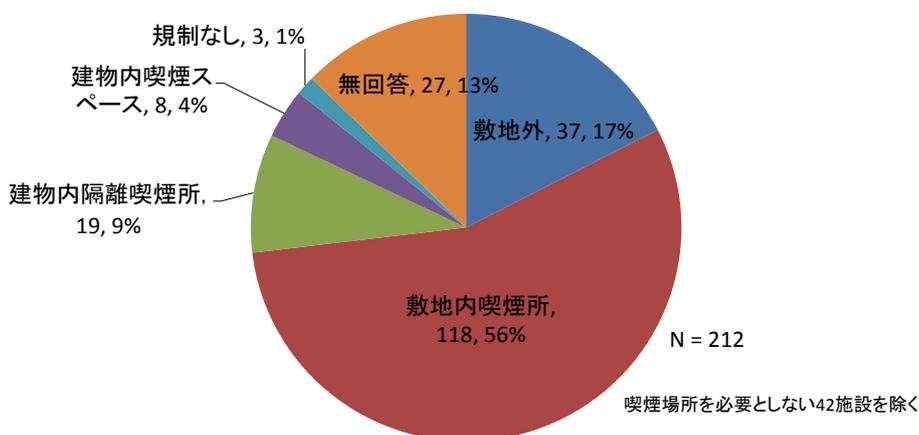


図4 職員の喫煙場所の規制

喫煙場所は敷地外37施設(17%)、敷地内喫煙所118施設(56%)で、建物内隔離喫煙所と喫煙スペース合わせて27施設(13%)であった。規制なしは3施設(1%)であった。

多かった。

3.4. その他の問題

タバコ問題については、喫煙希望入居者への対応、隠れ喫煙、喫煙場所(不適切な場所、敷地外での喫煙による周辺住民からの苦情)、喫煙者の臭い(third-hand smoke: サードハンドスモーク、三次喫煙)、職員のタバコ休憩、職員の休憩時間外の喫煙、喫煙場所の管理等の記述があった。

4. 考察

今後の高齢者介護施設のタバコ対策について提言することを目的に、高齢者介護施設におけるタバコに関する実態調査を実施した結果、8割以上の施設

で少なくとも建物内禁煙が実施されていたが、喫煙を容認する考え方も根強く存在することが明らかになった。

4.1. 高齢者介護施設の喫煙規制

京都市公共施設等の受動喫煙防止対策実態調査によれば、介護老人保健・福祉施設の受動喫煙防止対策の状況は、健康増進法が制定された平成15年度(2003年)には敷地内禁煙3.4%、建物内禁煙15.5%、建物内喫煙場所77.6%、自由に喫煙できる3.4%であったものが、平成22年度(2010年)には敷地内禁煙15.5%、建物内禁煙50.5%、隔離喫煙室18.6%、喫煙スペース15.5%と受動喫煙防止対策に進展がみられている⁴⁾。

なお2005年の厚生労働省介護サービス施設・事業所調査での施設内(屋内)全面禁煙は、特養では全国5,535施設中952施設(17.2%)、京都府119施設中12施設(10.1%)、老健では全国3,278施設中1,215施設(37.1%)、京都府50施設中17施設(34.0%)であった⁵⁾。

今回の調査では、敷地内禁煙30%、建物内禁煙56%で、全体の86%が敷地内禁煙あるいは建物内禁煙であり、以前の調査より対策が進んでいることが明らかになった。施設の種類の喫煙対策では、在宅復帰を目指す老健や医療施設である療養型と、生活の場である居住系の施設では対策が違っていた。老健や療養型に敷地内禁煙が多かったのは、健康増進法による受動喫煙防止の法的根拠に加えて、設置母体が医療機関で、疾病の原因となる喫煙を容認すべきではないという規範や、敷地内禁煙の病院と同一敷地内に併設されているためであると思われる。一方で、建物内喫煙場所が10%、自分の部屋で喫煙できる施設が5%と、居住系の施設において屋内で喫煙できる施設も一定の割合で存在した。ただしグループホームでは屋内で喫煙できる施設は少なく、火災予防が考慮されていると考えられた。ただし、今回の調査の回答率が38.7%であり、一般化するには慎重を要する。

4.2. 喫煙を規制する理由

入居者の喫煙を規制する理由として火災予防が最も多かったが、喫煙は火災の原因として重要である。総務省消防庁によれば、平成27年中の全火災39,111件を出火原因別にみるとタバコが3,638件(9.3%)で放火に次いで第2位であり⁷⁾、消防本部の実施施策と高齢者の実態に関する調査研究報告書⁸⁾でも、出火原因の29.7%がタバコに関連するものであった。

高齢者介護施設において、グループホーム等の施設でタバコによる火災で多くの生命が失われている。このため消防庁等が高齢者介護施設の火災予防対策を講じているが、タバコの規制を抜きにした防火対策は極めて不十分と言わざるを得ない。今回の調査では、喫煙を許可している施設の約半数がタバコ、ライター、マッチ等の管理を喫煙者に任せていた。火災が発生した場合の被害の重大性と、高齢者の認知機能の低下を考慮すると、火元となりうるタバコ、ライター、マッチ等の管理を喫煙者に任せる

ことには、防火の面から問題があると思われる。日本禁煙学会は、2006年3月長崎県大村市のグループホームでの火災により多数の犠牲者が出たことを受けて「認知症及び介護施設入居者の喫煙に関する法的禁止措置のお願い」という要望・提言・声明を発表した⁹⁾。この声明では「高齢者の喫煙が、火災や喫煙、及び受動喫煙により、高齢者のQOL(生活の質)・ADL(日常生活行為)を低下させ、精神状態を悪化させ、生きる機会を奪い、もっとも重大な生存権の侵害につながらないように、その点にこそ、改善・改革のメスが入られるべきではないでしょうか。」と述べている。そして、政府に、グループホーム等の高齢者集団生活施設の敷地内禁煙、及びタバコ・ライター・マッチ類の発火元の持ち込み禁止を徹底する法の整備を要請した。しかし、根本的なタバコ対策がとられないまま、その後も高齢者施設でのタバコが原因の火災により死亡者がでていく。

受動喫煙防止の問題は重要である。厚生労働省の発表では、年間1万5,000人が受動喫煙のために死亡していると推定されており、受動喫煙防止対策の強化は喫緊の課題である。受動喫煙防止のためには、少なくとも建物内禁煙が必要であり、高齢者介護施設においてもタバコ対策の強化が要請されている。

4.3. 喫煙を容認する理由

施設内での喫煙を許可する理由では「今までの生き方・嗜好を尊重する」が最も多かった。高齢者の今までの生活や生き方を尊重することは、大切なことである。しかし、喫煙の本質がニコチンに対する薬物依存であることを鑑みれば、喫煙を許すことが必ずしも本人を尊重することにはならない。尊重すべきは、その人のかけがえのない命であり、人生の質であろう。実際、ニコチンの呪縛から解放されることで、真に豊かな老後が送れる人も少なくない。またグループホームの入居者は、認知症の人々であり、喫煙は、認知症の重大なリスクファクターである。禁煙が認知症予防に寄与する程度は、高血圧、糖尿病、肥満、運動不足など他の危険因子より大きいといわれており¹⁰⁾、認知症対策にも喫煙対策が急務である。

医学的観点からは、集団生活の中での喫煙は、他者への健康被害なしにはできない行為であり、要介護者の喫煙は必然的に介護者に対しても健康被害を及ぼすことになる。受動喫煙は、他人の生命と健康

を危うくするものであり、他人の基本的な人権を侵す可能性のある行為を、多数の人が共同生活を営む施設で許可するのは問題である¹¹⁾。

4.4. 介護職員の喫煙

今回の調査では、施設が把握している職員の平均喫煙率は22.2%であった。今回の調査は、職員個人に対する調査ではないので単純に比較はできないが、この喫煙率は、一般国民の成人喫煙率の18.2%¹²⁾よりも高い。職員の喫煙は、高齢者介護施設のタバコ問題解決には重要な課題の一つである。

職員に対する喫煙規制では、「休憩時間のみ喫煙可」とする施設が多かった。また、「就業時間内は禁煙」とするところも13.8%と、一定の割合で認められた。根本的な職員喫煙対策である、「非喫煙者のみ雇用」が少数ながらあったことも注目に値する。

職員の喫煙を許可する理由は、「喫煙は個人の権利」、「ストレス解消」、「嗜好品だから」、「離職防止」が主なものであった。これら喫煙を容認する考え方は、社会的ニコチン依存(喫煙を美化、正当化、合理化し、またその害を否定することにより、文化性を持つ嗜好として社会に根付いた行為と認知する心理状態)¹³⁾といわれる状態であり、「社会全体の喫煙に対する認知の歪み」を表していると考えられる。

仮に喫煙する「権利」があるとしても、それは、他人の「基本的な人権」を侵害しない限りにおいて認められるものであるとするのが妥当であろう。日本国憲法第十三条にもとづく、生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利についても「公共の福祉に反しない限り」という制限があると考えられている。喫煙する権利あるいは自由が、生存権や自由権等と同等の基本的な人権といえるかどうかには疑義がある。岡本によれば^{14, 15)}、「喫煙の自由について論じた最高裁昭和45年9月16日判決は『喫煙の自由は、あらゆる時、所において保障されなければならないものではない。』と判示して」おり、「最高裁調査官の解説も踏まえれば、喫煙の自由は『権利』とまでは断定されておらず、仮に権利としても制限に服しやすいものにはすぎない、と解されている」としている。

喫煙はストレス解消とよく言われるが、逆にストレスの原因になる。ニコチン離脱症状のある喫煙者がタバコを吸うと脳にニコチンが補給され、ニコチン切れのストレスが解消することでストレス全般がなくなったと錯覚してしまうのである。

また、タバコは嗜好品とよく言われるが、一般に嗜好品とは、味や香りを楽しむものである。しかし、喫煙者の多くがタバコをやめたい、減らしたいと考えていることはよく知られている。医学的には、喫煙の本質はニコチンという依存性薬物を脳に取り込むという行為である。それゆえ、喫煙は“喫煙病(依存症+喫煙関連疾患)”という全身疾患であり、喫煙者は“積極的禁煙治療を必要とする患者”¹⁶⁾として対処する必要がある。介護職員不足の中で、タバコを吸えなければ退職するという職員への対応は難しいが、離職防止のために喫煙を認めるのではなく、職員の健康問題としてとらえ、禁煙支援を行うのが管理者の責務であると思われる。

就業時間内に喫煙を禁止する理由としては、「職員の健康保持増進」、「受動喫煙防止」、「業務に影響」、「介護職として当然」、「火災予防」等がある。施設管理者は労働安全衛生法第70条により、従業員の健康保持増進のための措置を有効かつ適切に実施する義務がある。それゆえ施設管理者は、喫煙職員に対しては禁煙を支援し、非喫煙者の受動喫煙防止に努める必要がある。また、喫煙者では、タバコ休憩やニコチン切れによる作業能率の低下や事故リスクの上昇が指摘されており、施設の禁煙推進によって、より良質な介護サービスが提供できる可能性がある。また、介護職員が入居者に受動喫煙(二次喫煙)や三次喫煙(サードハンドスモーク)の危害を及ぼすべきでないことも当然のことであろう。

入居者や非喫煙職員に対する受動喫煙防止のため勤務中の喫煙は当然禁止されるべきであるが、休憩時間の喫煙についても、二次喫煙、三次喫煙を引き起こす可能性があり危険である。また、「タバコ休憩」は非喫煙者との不公平感も生じるため認めるべきではないと考えられる。すなわち、介護職員は非喫煙者が理想であるが、喫煙者であっても少なくとも就業時間内は喫煙を禁止することが必要である。

4.5. 本研究の限界

今回の調査の限界としては、京都府下の高齢者入居介護施設が対象で、回答率も38.7%と低いため、選択バイアスがある。しかし回答施設の種類の比率は京都府の高齢者入居施設の種類の比率とほぼ同様であったので、京都府の傾向をある程度反映していると思われる。また、本研究は施設の代表者に対する質問紙調査であるため、施設の状況を正確に測定

できていない情報バイアスがあり、今後は現地調査も必要であると考えられる。さらに、個々の施設の実情に応じたタバコ対策の実施のため、相談、助言ができる体制を作ることが今後の課題である。

5. まとめと提言

京都府下の高齢者介護施設におけるタバコに関する実態調査を実施し、以下の結果を得た。

- ・入居型の高齢者介護施設では、火災予防や受動喫煙防止のために86%の施設で敷地内か建物内禁煙が実施されていた。
- ・入居者に喫煙を認める理由として、入居者の「今までの生き方・嗜好を尊重する」とする理由が最も多かった。
- ・職員の喫煙についての規制は施設によりさまざまであった。
- ・職員に喫煙を許可する理由は、「個人の権利」、「ストレス解消」、「嗜好品だから」、が主なものであった。

以上の結果を踏まえ、我々は高齢者介護施設に対し以下の提言を行いたい。この提言が高齢者介護施設のタバコ問題解決の一助となることを願うものである。

- ・高齢者介護施設は、火災予防、受動喫煙防止及び喫煙者の禁煙支援のため、敷地内禁煙が望ましい。
- ・喫煙入居者に、「積極的禁煙治療を必要とする患者」という観点から、禁煙を支援する必要がある。
- ・職員の喫煙について、就業時間内は休憩時間も含め禁止し、喫煙職員の禁煙を支援すべきである。
- ・介護職員は非喫煙者であることが望まれる。
- ・すべての高齢者介護施設関係者に対しタバコの真実を伝え、タバコのない施設を目指すよう推奨する。

謝辞

今回の調査にご協力いただいた一般社団法人京都市老人福祉施設協議会、一般社団法人京都府老人福祉施設協議会、一般社団法人京都私立病院協会の各団体に感謝いたします。また、お忙しい中ご回答いただいた高齢者介護施設の皆様に心よりお礼申し上げます。

また、ご丁寧なご高閲をいただいた禁煙心理学研

究会の皆様に深謝します。

本研究の要旨は、第26回日本禁煙推進医師歯科医師連盟総会(2017年2月、つくば)にて発表した。

引用文献

- 1) 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.
- 2) 厚生労働省研究班による最新データ2016年5月発表
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000130674.pdf> (閲覧日: 2016年6月11日)
- 3) 厚生労働省第3回健康日本21評価作業チーム: 平成23年7月14日資料, 健康寿命の指標.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001j6cz-att/2r9852000001j6r5.pdf> (閲覧日: 2017年7月2日)
- 4) 京都市保健福祉局保健衛生推進室保健医療課: 京都市たばこ対策行動指針(第2次). 京都市, 京都, 2013; p8.
- 5) 政府統計の総合窓口 平成17年介護サービス施設・事業所調査 介護保険施設数 受動喫煙防止対策の状況別
https://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&listID=000001050213&requestSender=dsearch (閲覧日: 2017年7月2日)
- 6) 神奈川県福祉局保健医療部健康増進課: 神奈川県における受動喫煙防止の現状(平成27年度)
<http://www.pref.kanagawa.jp/uploaded/attachment/823152.pdf> (閲覧日: 2017年8月8日)
- 7) 総務省消防庁ホームページ 平成27年(1月~12月)における火災の状況. 2016
http://www.fdma.go.jp/neuter/topics/houdou/h28/08/280819_houdou_3.pdf (閲覧日: 2017年7月2日)
- 8) 住宅防火対策推進協議会: 高齢者の住宅火災による死者数の低減を図るための調査分析事業 消防本部の実施策と高齢者の実態に関する調査研究報告書. 平成26年3月
<http://www.boukakiki.or.jp/houkokusho2013.pdf> (閲覧日: 2017年1月5日)
- 9) 日本禁煙学会: 認知症及び介護施設入居者の喫煙に関する法的禁止措置のお願い.
<http://www.nosmoke55.jp/action/0603sisetukinen.html> (閲覧日: 2017年7月2日)
- 10) Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, et al: Dementia prevention, intervention, and care. Lancet 2017 Jul 19.
[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(17\)31363-6.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(17)31363-6.pdf) (閲覧日: 2017年10月24日)

- 11) Al-Hamdani M: Disproportionate organizational injustice: a close look at facilities exempted from indoor smoking laws in Canada. *Health Policy* 2012; 8: 24-29.
- 12) 厚生労働省: 平成27年国民健康・栄養調査結果の概要
<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10904750-Kenkoukyoku-Gantaisakukenkou-zoushinka/kekkgaiyou.pdf> (閲覧日: 2017年7月2日)
- 13) 吉井千春, 加濃正人, 相沢政明, ほか: 加濃式社会的ニコチン依存度調査票の試用(製薬会社編). *日本禁煙医師連盟通信* 2004; 13: 6-11.
- 14) 岡本光樹: *労務事情* 2011; 1201: 22-23.
- 15) 岡本光樹: *すぐ禁煙.jp*. 喫煙対策の法律Q&A Q1. <http://sugu-kinen.jp/office-kinen/question/> (閲覧日: 2017年7月2日)
- 16) 藤原久義, 阿彦忠之, 飯田真美, ほか: 禁煙ガイドライン. *Circ J* 2005; 69, Suppl. IV:1005-1103.

A questionnaire survey on tobacco problems in care facilities for the elderly in Kyoto Prefecture

Narito Kurioka^{1,2}, Nobuhito Ishikawa¹, Takako Higuchi³, Tsunetaka Matsui⁴, Sumako Nakajima⁵, Etsuko Sugamori⁶, Masato Fujiwara⁷, Shinji Miki⁸, Yoshihiko Nanbu¹, Akinori Tomozawa¹, Yuji Yasuda¹

Abstract

Objective: Our purpose is to evaluate the present state of tobacco problems, and propose tobacco-control measures in care facilities for the elderly.

Subjects and Methods: We conducted a questionnaire survey on tobacco problems in care facilities for the elderly in Kyoto Prefecture from October to November 2016.

Results: Of the 254 care facilities responded, 86% had adopted certain smoke-free policies for indoor or on their premises for fire prevention and protection of people from second-hand smoke exposure. However, not a few facilities permitted smoking in their premises out of respect for personal lifestyle, individual rights and freedom and stress attenuation.

Discussion: Although the tobacco-control measures have succeeded so far, there remains a deep-rooted perception affirming smoking behavior what is called social nicotine dependence, which is a persisting problem that needs to be resolved.

Conclusion: It is desirable that smoke-free policy is adopted in premises of care facilities for the elderly. We should support tobacco users and smoking employees to quit smoking, and forbid employees smoking while on duty in care facilities. We recommend teaching the facts and harmful effects of tobacco use, and to eventually develop tobacco-free facilities for all concerned.

Key words

care facilities for the elderly, tobacco control, second-hand smoke, smoke-free premises, social nicotine dependence

¹ Kyoto Association for Tobacco Control

² Kyoto Hakuikai Hospital, Department of Internal Medicine

³ Kyoto Care manager Association

⁴ Kyoto Pharmaceutical Association

⁵ Kyoto Nursing Association

⁶ Kyoto Dietetic Association

⁷ Kyoto Private Hospital Association

⁸ Hospital Association of Kyoto Prefecture

《症例報告》

バレニクリンによって禁煙に成功した重症筋無力症の1例

伊藤 恒¹、福武 滋¹、澤村直輝²、伴卓史郎²、亀井徹正¹

1. 湘南藤沢徳洲会病院 神経内科、2. 湘南藤沢徳洲会病院 外科

重症筋無力症の1例に対してバレニクリンによる禁煙治療を行い、禁煙を達成した。禁煙治療中に眼瞼下垂が一過性に再燃したが、バレニクリンによる副作用ではなく、副腎皮質ホルモンの減量によるものと考えられた。

キーワード：重症筋無力症、禁煙、バレニクリン

はじめに

重症筋無力症(myasthenia gravis: MG)は神経筋接合部の伝導障害が生じる自己免疫疾患で、本邦における有病率は人口10万人あたり11.8人とされている^{1,2)}。我々は胸腺腫を合併したMGの1例に対してバレニクリン(チャンピックス[®])による禁煙治療を行ったので報告する。

症 例

患 者：50歳、女性。

主 訴：左眼瞼下垂。

既往歴：201X年2月に近医精神科にてうつ病と診断され、スルピリド150mg・セルトラリン25mg/日が投与されていた。希死念慮や自傷行為はなかった。

家族歴：下垂体性末端肥大症(一卵性双生児の姉)。

現病歴：特に誘因なく、201X年3月から左眼瞼下垂が生じた。眼瞼下垂は午後から増悪する傾向があり、複視を伴うときもあった。四肢筋力低下・構音障害・嚥下障害はなかった。201X年4月Y日に当科を受診し、疲労現象を伴う眼瞼下垂を認めた。さらに、塩酸エドロホニウム試験陽性であったのでMGと診断して入院した。

入院時現症：バイタルサインと一般理学的所見に異常を認めず、うつ症状を認めなかった。疲労現象を伴う左眼瞼下垂を認めたが、眼球運動障害・四肢体幹の筋力低下・球麻痺は認めなかった。Brinkman指数600(20歳から約20本/日の喫煙を開始し、禁煙歴はない)、Tobacco Dependence Screener(TDS)10点、呼気中CO濃度4ppm(最終喫煙は24時間前、前日の喫煙本数は約20本)。

検査所見：血算と血液生化学検査(甲状腺ホルモンを含む)は正常だったが、抗アセチルコリン受容体抗体が陽性だった(1.2nmol/L、正常：0.3nmol/L未満)。顔面神経の3Hz反復刺激試験では最大25.2%の減衰を認めた(正常：10%未満)。胸部CTにて両側上葉の気腫性変化と造影効果を伴う21×16mmの前縦隔腫瘍を認めた。

経過(図1)：胸腺摘出術に先立ってプレドニゾン2.5mg/日を開始し、5mg/日に増量したところ、眼瞼下垂が消失した。一方、患者が禁煙の意思を表明したために精神科主治医に連絡し、精神症状が増悪した場合には連携して治療に当たることについて承諾を得た上で、4月Y+2日より標準手順書³⁾に従ってバレニクリンの投与を開始した。バレニクリンを2mg/日に増量すると嘔気が生じたので、1mg/日に減量して禁煙治療を継続した。4月Y+23日に施行した反復刺激試験では漸減現象を認めなかった。4月Y+24日に全身麻酔下に胸腔鏡下拡大胸腺摘出術を施行し(病理診断：胸腺腫)、周術期には筋無力症状の悪化を認めなかったが、プレドニゾンを2.5mgに減量すると眼瞼下垂が再燃したので、4mg

連絡先

〒251-0041

藤沢市辻堂神台1-5-1

湘南藤沢徳洲会病院 神経内科 伊藤 恒

TEL: 0466-35-1177 FAX: 0466-35-1300

e-mail: hisashi.ito@tokushukai.jp

受付日2017年11月9日 採用日2018年1月25日

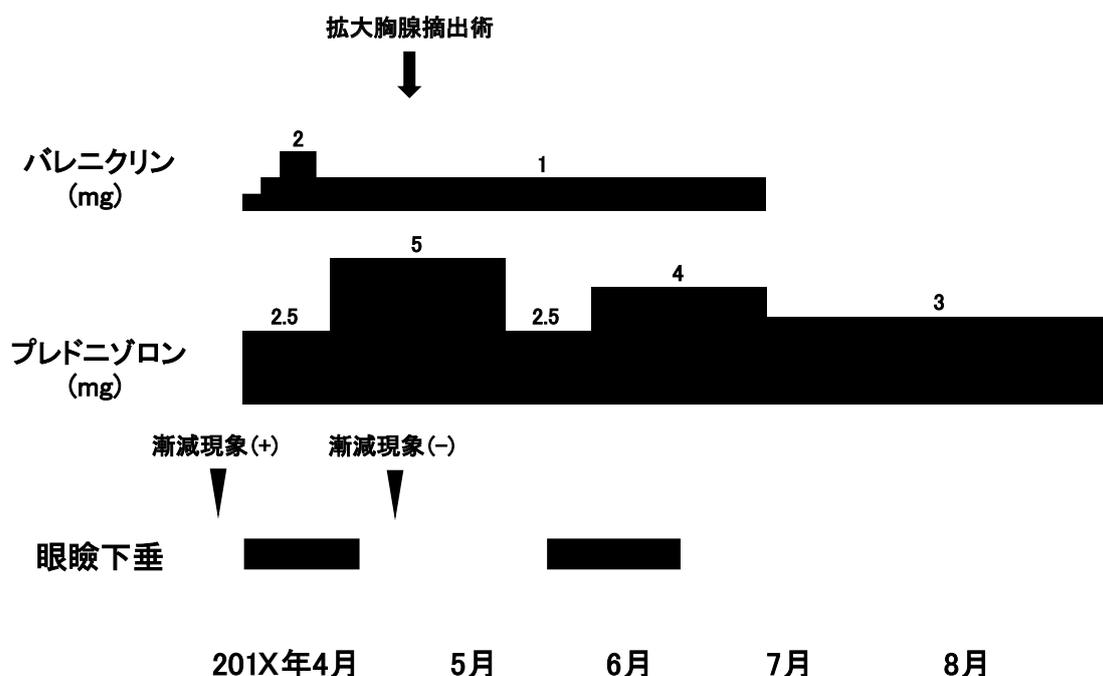


図1 臨床経過

バレニクリンを投与するとともにプレドニゾロンを開始したところ眼瞼下垂が改善した。しかし、プレドニゾロンを5 mg/日から2.5 mg/日に減量すると眼瞼下垂が再燃した。プレドニゾロンを4 mg/日に増量すると眼瞼下垂は改善した。

に増量すると眼瞼下垂が消失した。12週後の禁煙にも成功し(呼気中CO濃度0 ppm)、201X年10月下旬に禁煙の継続を確認した。バレニクリンの投与中にうつ症状を認めなかった。

考察

MGは神経筋接合部のシナプス後膜上に存在するアセチルコリン受容体などが標的抗原となって神経筋接合部の伝導障害が生じる自己免疫疾患で、初発症状の71.9%が眼瞼下垂である。胸腺腫は32%の症例で認められ、胸腺摘出術が優先されるが、術後に症状が速やかに改善することは少なく、副腎皮質ホルモン・免疫抑制剤・免疫グロブリン製剤による治療を長期に継続することが多い^{1,2)}。観血的治療である胸腺摘出術を必要とする場合があり、長期にわたって免疫抑制治療を行うことも多いことからMG患者において禁煙は重要であるが、喫煙が直接的にMG患者のQOLに悪影響を及ぼすとする報告もある⁴⁾。

禁煙補助治療には経皮吸収ニコチン製剤(nicotine transdermal system: NTS)とバレニクリンが汎用されており、NTSの導入後にMGが増悪したとする複数の既報がある。NTSによってニコチンが持続的に供給されるため、ニコチンがアセチルコリン受容体に長く結合して脱分極が持続し、神経筋伝導が障害

される可能性が考察されている^{5~8)}。一方、我々が検索した限り、MG患者の禁煙にバレニクリンを用いた症例の報告はない。

本症例ではバレニクリンの投与中に眼瞼下垂が再燃したが、バレニクリンを開始した当初は眼瞼下垂が消失していることや、プレドニゾロンの再増量によって眼瞼下垂が消失したことから、副腎皮質ホルモンの漸減に伴う筋無力症状の一過性増悪と考えた。本症例ではバレニクリン投与中に行った反復刺激試験にて漸減現象を認めておらず、このこともバレニクリンによる神経筋伝導障害が生じていないことを示している。しかし、MG同様に神経筋伝導障害が生じるLambert-Eaton症候群⁹⁾がバレニクリンの投与後に生じたとする報告があり、シナプス後膜に位置するニコチン性アセチルコリン受容体をバレニクリンが部分的に遮断した可能性が指摘されている¹⁰⁾。本症例における眼瞼下垂の再燃はバレニクリンによるものではないと考えたが、バレニクリンがMG患者に及ぼす影響については情報が蓄積されておらず、MG患者に対してバレニクリンによる禁煙補助治療を行う際には慎重な経過観察が必要である。

本論文の内容は第11回日本禁煙学会学術総会(2017年11月、京都)にて発表した。

本論文に関連する著者の利益相反：なし

文献

- 1) Murai H, Yamashita N, Watanabe M, et al: Characteristics of myasthenia gravis according to onset-age: Japanese nationwide survey. *J Neurol Sci* 2011; 305: 97-102.
- 2) 槍沢公明, 長根百合子: 胸腺異常と重症筋無力症. *Brain Nerve* 2011; 63: 685-694.
- 3) 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 第6版 http://www.j-circ.or.jp/kinen/anti_smoke_std/pdf/anti_smoke_std_rev6.pdf (閲覧日: 2017年4月1日)
- 4) Gratton SM, Herro AM, Feuer WJ, et al: Cigarette smoking and activities of daily living in ocular myasthenia gravis. *J Neuro-Ophthalmol* 2016; 36: 37-40.
- 5) Moreau T, Depierre P, Brudon F, et al: Nicotine-sensitive myasthenia gravis. *Lancet* 1994; 344: 548-549.
- 6) Moreau T, Vukusic S, Vandenabeele S, et al: Nicotine and worsening myasthenia. *Rev Neurol (Paris)*. 1997; 153: 141-143.
- 7) 長島康洋, 村松和浩, 久手堅 司, ほか: 経皮吸収ニコチン製剤により増悪した重症筋無力症の1例. *神経治療* 2009; 26: 513-517.
- 8) Moreau T, Vandenabeele S, Depierre P, et al: Nicotine-sensitive myasthenia gravis. *Lancet* 1994; 345: 61-62.
- 9) Schoser B, Eymard B, Datt J, et al: Lambert-Eaton myasthenic syndrome (LEMS): a rare autoimmune presynaptic disorder often associated with cancer. *J Neurol*. 2017; 264: 1854-1863.
- 10) Abou-Zeid E, Rudnicki SA, Keyrouz SG: Lambert-Eaton myasthenic syndrome following varenicline (Chantix) use. *Muscle Nerve* 2009; 40: 486-487.

Smoking cessation with varenicline for a patient with myasthenia gravis

Hisashi Ito¹, Shigeru Fukutake¹, Naoki Sawamura², Takushiro Ban², Tetsumasa Kamei¹

Abstract

We described a patient with myasthenia gravis (MG) who quit smoking with varenicline. During smoking cessation therapy, transient exacerbation of ptosis occurred. We considered it might not be the adverse event by varenicline, but result from the decrease of prednisolone.

Key words

myasthenia gravis, smoking cessation, varenicline

¹Department of Neurology, Shonan Fujisawa Tokushukai Hospital, Fujisawa, Japan

²Department of Surgery, Shonan Fujisawa Tokushukai Hospital, Fujisawa, Japan

日本禁煙学会の対外活動記録 (2017年12月～2018年1月)

2017年

- 12月 8日 緊急声明「受動喫煙のない社会の実現を!!」を安倍総理大臣、加藤厚生労働大臣らに申し入れしました。
- 12月 27日 日本禁煙学会HPにて、2018年度日本禁煙学会調査研究事業助成の公募をしています(締切:2018/2/28)。

2018年

- 1月 8日 日本禁煙学会HPに、2017年第7回禁煙CMコンテストの結果発表と総評を掲載しました。
- 1月 26日 WHOのFCTC第5条3項における国別実施状況を翻訳し、日本禁煙学会HPに掲載しました。
- 1月 29日 日本禁煙学会HPに、「【加熱式電子タバコ】緊急警告!」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
	谷口千枝	野上浩志
	蓮沼 剛	細川洋平
	山岡雅顕	(五十音順)

日本禁煙学会雑誌

(禁煙会誌)

ISSN 1882-6806

第13巻第1号 2018年2月26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