

日本禁煙学会雑誌

Vol.13 No.2

CONTENTS

《巻頭言》

加熱式タバコが問いかけるもの

川俣幹雄 17

《報 告》

第17回世界禁煙会議

(World Conference on Tobacco or Health) に出席して

作田 学 19

《調査報告》

受動喫煙症外来設置医療機関の現状についての調査研究

倉田文秋、他 22

《投稿規定》

「日本禁煙学会雑誌」投稿規定

..... 29

《記 録》

日本禁煙学会の対外活動記録(2018年2月～3月)

..... 32

Japan Society for Tobacco Control (JSTC)

一般社団法人 日本禁煙学会



《巻頭言》

加熱式タバコが問いかけるもの

九州看護福祉大学リハビリテーション学科、日本禁煙学会 評議員

川俣幹雄

先日、ある企業でタバコについて講演させていただく機会を得た。従業員1,000人程度の企業である。保健師の方が、事前に従業員の喫煙状況についてアンケートを行った。その結果、喫煙率は男性が37%、女性が2%であった。「女性の喫煙率が低いのは素晴らしいですね」と言うと、保健師の方は「女性は過少報告の傾向がありますからね」と笑った。驚いたのはその先だった。喫煙者の約半数が加熱式タバコの利用者であった。加熱式タバコが急速に浸透しつつあることは認識していたが、「まさかここまで？」という思いであった。実際、その企業に行ってみると屋外の喫煙所で、加熱式タバコらしきものを使用している人を数名現認した。

“タバコは吸いたいけど他人にはできるだけ迷惑はかけたくない、自分の健康も心配”という紙巻きタバコ・ユーザーの心理につけこんで、急速に市場を拡大しているのが加熱式タバコである。加熱式タバコの中でも高いシェアを占めているのがPhilip Morris International (PMI)のIQOSである。その“売り”は、「有害性成分の量を平均で約90%低減」である。しかし、そんな化けの皮もたちどころに剥がれつつある。発がん性物質であるフォルムアルデヒドの含有量は紙巻きタバコと比べ74%にも達する¹⁾。また、より強力な発がん性物質であるタバコ特異的ニトロソアミンも一定量含まれていることが実証されている²⁾。また、IQOSのニコチン含有量は紙巻きタバコの83%であることが報告されている¹⁾。

IQOSにはさまざまな有害物質が含まれているだけではない。IQOSの電子制御部には複数のマイクロチップが内蔵されていることが早くから知られていた。これらのマイクロチップは、ヒーティング・システムやIQOS内の気流状態、電圧変化などを制御しているという。また一部の国で発売されているIQOSにはすでにBluetoothが搭載されてい

るという。日本でも2018年前半にBluetooth機能解禁され、各種端末のアプリケーションとの連動が可能になると一部メディアで報じられている。その背後には情報通信機能を介したメガデータの集積と人工知能 (artificial intelligence: AI) によるその解析を通じたさまざまな戦略が見え隠れする。また、丸みを帯びたIQOSのポケットチャージャーのフォルムは、iPhoneとの“親和性”を想起させる。そのフォルムはiPhoneユーザーの取り込みや情報通信機能内蔵を暗示しているのかもしれない。IQOSは情報通信機能を有したニコチン送達のための高度電子装置である。そして、PMIはすでにLINE株式会社と事業提携し、新たな販売促進を狙っている。

かつてデジタルカメラ技術の台頭と銀塩式写真フィルムの需要退縮を背景に、フィルム業界の巨人・米イーストマン・コダックは倒れた。時代の変化に適切に対応できなかった企業には厳しい結末が待ち受けている。紙巻きタバコの需要減少に直面したタバコ産業が、強い危機意識を抱いたことは想像に難くない。そして彼らは、起死回生の策として巨額の資金を投入し加熱式タバコに活路を見出した。PMIは、2017年1月にウェブサイトを一新した。トップページに掲げられているタイトルは、「Designing a Smoke-Free Future」である。今や彼らは「禁煙」を語り、「reduced-risk products」を盾に「公衆衛生への貢献」さえ語るようになった。しかし忘れてはならない。加熱式タバコの真の狙いは、形を変えた新たなニコチン依存症を創出することにある。タバコ産業は依存症ビジネスの本質を押し隠し、より狡猾さを増しつつある。彼らは公衆衛生におけるポピュレーション・ストラテジーを加熱式タバコの販売戦略に悪用している“節”すらある。紙巻きタバコ・ユーザーを“ベターな選択肢”と称して加熱式タバコ・ユーザーに人口単位で置換

し、「smoke-free」や「reduced-risk products」を隠れ蓑により強力なニコチン依存症を世界各地に創出しようとしているのだ。その実験場が日本である。

タバコ産業は、紙巻きタバコの規制を主な眼目としたタバコ規制枠組み条約(FCTC)に狙いを定め、加熱式タバコを市場に投入した。彼らは悪知恵を働かせ、いわばFCTCに先回りした。私たちはさらにその先の地点から現在を俯瞰し、タバコ産業の狡猾な戦略と加熱式タバコの有害・有毒性を冷静に分析し、「smoke-free」でカモフラージュされた新たなニコチン依存症の蔓延を阻止していく必

要がある。そのためには医学だけではなく、さまざまな“知”を連結し動員していくことが問われている。

引用文献

- 1) Auer R, Concha-Lozano N, Jacot-Sadowski I, et al: Heat-Not-Burn Tobacco Cigarettes Smoke by Any Other Name. JAMA Intern Med 2017; 177: 1050-1052.
- 2) Bekki K, Inaba Y, Uchiyama S, et al: Comparison of Chemicals in Mainstream Smoke in Heat-not-burn Tobacco and Combustion Cigarettes. J UOEH 2017; 39: 201-207.

《報 告》

第17回世界禁煙会議(World Conference on Tobacco or Health)に出席して

作田 学

一般社団法人 日本禁煙学会 理事長

2018年3月7～9日まで南アフリカのケープタウンで第17回世界禁煙会議が開催され、宮崎恭一先生と出席しました。これに先立ち、前日には第12回APACT(アジア・太平洋タバコ対策会議)のExecutive meetingが開催されました。今年は9月13～15日までの日程でインドネシアのバリ島で開かれます。相当に熱の入った会議となることが予想されました。

旅行の予定をされていない方も、ぜひ一緒にしましょう。抄録はまだ締め切っておりませんが、いまのところ533の抄録が集まり、MPOWER関連44%、タバコ規制関連が44%ということでした。各国別ではインド142、インドネシア87、スリランカ62、中国47、タイ36、オーストラリア21などで、日本は14とのことでした。第10回の日本で始まったユースのワークショップも発展しており、うれしい限りです。第13回(2020年)はタイのバンコクの国際会議場で行われます。第14回(2022年)はマレーシアが行うことが決まりました。

次に、WCTOHに先立ち、FCA(FCTC連盟)の会合がありました。

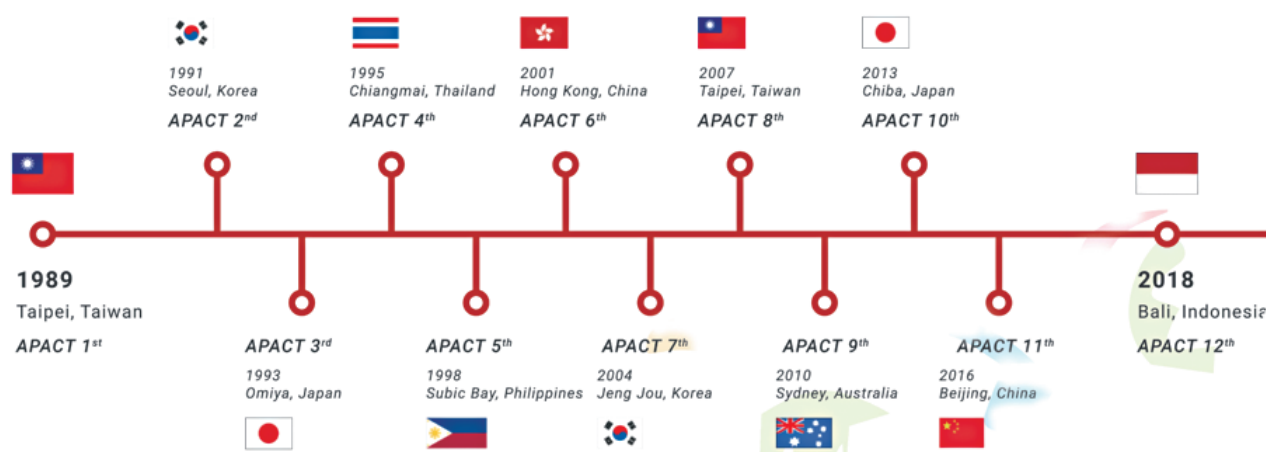
FCAの理事長のマキシムから12年間の活動報告とタバコの流行を終わらせるというコンセンサスは



APACT12のホームページ
(www.apact12th.org) より

持っているものの、世界レベルでFCTCを施行するためには大きなギャップがあることが問題だと基調講演がありました。ターニングポイントとして、各国は長い期間のプランをFCTC実行のために中期の戦略的枠組を作ることに同意していると述べました。

この中期的な戦略的枠組についてシカゴ大学法学部のトム・マッキナニー教授から説明がありました。各国を縛るものかということについては、すでにFCTCでは約80の施行プランが各国に必要なものと



歴代のAPACT開催各国

して課せられているので、そのためではない。FCTCは最初の10年間で重要な影響を与えたが、各国で施行のギャップが残っており、タバコによる死亡は世界中で依然として多数起きている。(1) 施行の努力をFCTC事務局、COP(締約国会議)、各国、市民団体が調和させることができる。(2) FCTCの影響をもっと広くするために国連の既存組織など外部との協同を作り上げることができる。(3) 各国の予算プロセスを通じて各国に資金を拠出させることができる。(4) これらの活動を通じてFCTCをさらに効果的にすることができる、と述べました。このプランを作るためにワーキンググループが作られていて、カナダ、ブラジルなど12か国とFCA、WHO、UNDP(国連開発計画)など6団体が合議を続けています。

第17回世界禁煙会議はじつに2,000人以上の参加者を集めて開かれました。

FCTCのベラ局長などによるお言葉で始まりました。オーストラリアは包括的なタバコ規制を行い、喫煙率がついに12.2%にまで下がったとのこと。タバコのパッケージとくにプレーンパッケージに関する報告もかなりありました。

電子タバコ(加熱式タバコ=HNB)については、ミラノのガルス先生が興味・使用などについて話されました。彼はHNBは通常のタバコと電子タバコのハイブリッドであるとの立場を取っていましたが、アイコスについて、ほとんどの安全であるとするデータはタバコ産業から出ているとし、独立の研究者の毒性的研究(Auerら2017, Ruprechtら2017, Farsalinosら2017)では量は少ないにせよ健康を害する物質が確認されていること、ニコチンレベルは高いことを述べました。使用している若年者は5%以下と少な

いにしても、使用者の数が指数曲線的に上昇していることがたいへん気になりました。イタリアでの規制は次世代のタバコ製品として、無煙タバコに分類されているようですが、健康警告は30%で画像は無く(通常のタバコは65%の面に画像で警告あり)、包括的な喫煙規制法からは除外されています。タバコ広告規制法にも当てはまらないそうです。例によって、ミラノなどの「アイコス大使館」と名付けた派手な宣伝戦略が紹介されました。アメリカでは健康被害がわかるまでということ、禁止されていますが、日本やイタリアなどきちんとタバコ規制を行っていないところから入り込んでいるのですね。

電子タバコのPOS(point of sales=売店)でのマーケティング禁止はイギリスから報告されました。地図による研究、マーケティング状態の監査、学校での調査、焦点となるグループの調査の4つが大切であるとのこと。学校の調査は13、14歳のクラスの全員で行い、喫煙動向、POS広告にどれだけさらされているか、ブランドの認知度、タバコへのアクセス、タバコを好ましいものと思う態度を調べました。その結果、電子タバコを見たことがある子どもはより多く試みていました。インターネットで見たことがある子どもはより多く使用していました。スーパーなどで見たことを覚えている子どもはより多くが次の6か月に吸い始めようとしていました。電子タバコはテレビ、ラジオ、印刷物などで宣伝が許されていません。店頭は最も有力な電子タバコ広告の場になっており、しかも規制がかかっていません。インターネットももっとも有力な宣伝の場になっており、しかも規制が困難ということでした。

タバコにメントールやクローブなどの香りを付ける



左：会場図。SEATCAのホームページ (<https://seatca.org/>) より。右：FCTCのベラ局長

ことはFCTC9、10条で禁止されており、そのため多くの国が法律で禁止しつつあり、そういう発表も多くありました。

タバコ規制スケール (www.tobaccocontrolscale.org) を使った、ヨーロッパ27か国の喫煙率と禁煙率の調査研究も興味のあるところでした。

2014年の喫煙率は25.4%で8年間に13.9%減少していました。結局タバコ規制政策が禁煙率の低減に

効果があり、ヨーロッパ各国はタバコ規制政策を堅持していかなばならないという結論でした。

いずれ発表された何割かはTobacco Controlその他の雑誌に掲載されることと思います。

「Tokyo should be Smoke Free by the Olympic 2020」という署名活動も行いました。Should be が、Shall be に、is さらには was になることが我々に課された任務と思い、会場を後にしました。

《調査報告》

受動喫煙症外来設置医療機関の 現状についての調査研究

倉田文秋^{1~3}、鈴木悦朗^{2~4}、今野郁子^{1,2}、内田久仁子^{2,5}
相沢 淳^{2,6}、勝亦琢磨³、湯浅章平³、森 壽生³

1. くらた内科クリニック、2. 横浜川崎禁煙外来ネットワーク、3. 神奈川県保険医協会(学術部)
4. 日横クリニック、5. 鎌田クリニック、6. 日吉堂薬局

【目的】 日本国内医療機関における受動喫煙症外来の現状と受動喫煙対策の今後の課題を明らかにする。

【方法】 受動喫煙症外来設置医療機関(79施設)を対象にアンケート調査を施行した。

【結果】 回答件数は48件、回収率60.7%であった。延べ受診者数は1,399例で、医療機関別延べ受診患者数は0~486例であった。外来開設時期は2004年以前が3施設、受動喫煙症の診断基準が発表された2005年以降が45施設であった。2005~2006年に15件、2010~2011年に10件と多かった理由として、2010年3月に日本禁煙学会が総理大臣他に受動喫煙防止法制の請願を行ったこと、さらに、2010年2月25日に実施された厚労省保険局長通知「受動喫煙防止対策について」との関連が推測された。外来開設の最多理由は受動喫煙により苦しみ、悩む患者のためであった。診断書については「作成あり」が37例(77.1%)、「健康増進法25条違反の附記あり」が18例(37.5%)、「経過観察の実施あり」が10例(20.8%)、「メンタルケア実施あり」が17例(35.4%)であった。

【結論】 全国の受動喫煙症外来設置医療機関数は学会ホームページ上81施設であるが、実働外来数は少なかった。また外来を設置しているものの受診者数が少ないのが現状であった。既存外来の標準化、活性化および新規開設を促進するには「受動喫煙症外来のための標準手順書」の作成が緊急の課題と考えられた。

キーワード: アンケート調査、受動喫煙症、受動喫煙症外来、標準手順書

緒言

厚労省研究班が2010年に公表した受動喫煙に関する推計¹⁾によると、受動喫煙を原因とする肺がんや心筋梗塞により年間約6,800人が死亡している。そのうち職場でのそれを原因とみるのは半数以上の約3,600人で、受動喫煙の曝露状況は女性の場合、家庭で約30%、職場で約20%であり、男性の場合は、各々約6%、約30%としている(なお、2017年の推計²⁾では死亡者数を15,000人としている)。

職場の受動喫煙については管理者の受動喫煙に対する理解度が問題であり、タバコの臭いだけでも受

動喫煙(三次喫煙)となることの認識が無いようである。受動喫煙被害者の抱える問題は喫煙者のみならず非喫煙者からの非難を含めて、周囲の無理解、無意識を経験して副次的に発生しており、国内では受動喫煙、受動喫煙症に対する認識はなお低い状況にある。

私達は、禁煙外来・受動喫煙症外来を設置する医療機関間、各職種間、禁煙支援薬局間の医療連携を目的として2014年12月、「横浜・川崎禁煙外来ネットワーク」を設立し、横浜・川崎両市を主たる対象地域として活動してきたが、サイボウズLIVE(グループウェア)を活用した「禁煙外来・受動喫煙症外来」医療連携推進プロジェクトを実施し、禁煙外来指導者スキルアップセミナーなどを開催してきた。

2005年に受動喫煙症の分類と診断基準が提示されたことを契機に、受動喫煙症外来を設置した医療機関が多いと推測されたが、禁煙外来設置医療機関が全国で16,607施設(2017年9月現在)ある一方で、

連絡先

〒230-0062

神奈川県横浜市鶴見区豊岡町2-3 フーガ3ビル505号
くらた内科クリニック 倉田文秋

TEL: 045-576-3370 FAX: 045-576-3371

e-mail: kuratamdclinic@gmail.com

受付日 2017年10月11日 採用日 2018年5月25日

受動喫煙症外来設置医療機関数は調査時81施設(現在、学会ホームページに掲載は93施設:診断基準改訂後再募集)に留まっている。日本禁煙学会学術総会においても受動喫煙症外来に関する発表はほとんど無く、その実態は不明であった。

そこで、神奈川県保険医協会学術部と横浜・川崎禁煙外来ネットワークは、受動喫煙症外来の実情と課題を明らかにすることを目的として、自主研究「タバコ関連疾患調査研究」の一環として、「受動喫煙症外来設置医療機関へのアンケート調査」を共同で実施した。今回は全国の受動喫煙症外来設置医療機関に依頼し受動喫煙症外来の実態調査を行い、現在の外来の事態を把握することにより、受動喫煙者への支援、受動喫煙症外来の活動推進、新規外来開設を促進する方策を検討した。

1. 調査の意義と目的

我が国では受動喫煙・受動喫煙症に対する認識は今なお低く、神奈川県では2010年4月1日、全国に先駆けて「公的施設における受動喫煙防止条例」が制定・施行された³⁾が現状は十分機能していない。さらに、受動喫煙症は受動喫煙により発生する症状ではあるが、受動喫煙症を過剰反応、神経質などとして捉えられている例が多く、疾患としての認知ははなはだ乏しい状況にある。社会が受動喫煙・受動喫煙症を環境権、生存権の問題と認知し、適切な社会環境を緊急に整備すること⁴⁾が必要であるが、そのためには喫煙者を減らし、分煙を止め完全禁煙を実施することが不可欠である。また受動喫煙者は情緒的症状を伴っており、出来事に対しての理解、記憶、情動、行動および計画などの心理的なパターン形成(スキーマ:人間が蓄積してきた体験や知識がまとまって体制化されたもの)までの介入が必要と判断する症例が多く専門的アプローチとケアが望まれる。したがって受動喫煙者の受け皿として受動喫煙症外来の存在が重要である。

2005年に日本禁煙推進医師歯科医師連盟の診断基準委員会策定の分類と診断基準⁵⁾が公表されたことを契機に、受動喫煙症外来を設置した医療機関が多いのではないかと推測されるが実態は不明である。今回、我々は「受動喫煙症外来設置医療機関へのアンケート調査」を施行し、現在の外来の実態を把握することにより、受動喫煙者への支援、受動喫煙症外来の活動推進、新規外来開設対策を検討した。

2. 調査設計

神奈川県保険医協会学術部、横浜・川崎禁煙外来ネットワーク共同で自主研究「タバコ関連疾患調査研究」の一環として受動喫煙症外来設置医療機関へのアンケート調査を施行した。

期 間: 調査期間は平成27年8月18日～平成27年8月31日

対 象: 日本禁煙学会のホームページに掲載されている「受動喫煙症の診断ができる医療機関名」名簿から79医療機関を対象にアンケートを施行した。

方 法: アンケート方式は自記式質問調査票、調査内容は医療機関の属性5項目および受動喫煙症外来の内容12項目、合計17項目につき実施した(アンケート調査票参照)。

回収は調査票記載後郵送返却を依頼した。なお、調査期間内に返信の無かった医療機関へは電話連絡を行い、再度調査協力を依頼した。

3. 調査票の作成および分析

調査票の作成および分析は神奈川県保険医協会学術部、横浜・川崎禁煙外来ネットワークが行い、調査票送付・集計は神奈川県保険医協会事務局が担当した。

4. 分析結果

1) 回収率

回答件数は48件で回収率60.7%であった。未回答の31件(39.3%)のうち連絡時保留は13件(16.4%)であった。外来を諸事情(医師の転勤など)で停止していた機関数10件であった(保留:医師不在で事務へ連絡など)。

2) 医療機関の属性(5項目)

受動喫煙症外来担当医師の標榜科は内科、呼吸器科、循環器科、消化器科など内科系が70.2%と多数を占めた(表1)。内科系以外の調査協力標榜科は小児科が6件、産科が2件で、精神科は0件であった。

担当医師の平均年齢は59.2歳(37～82歳)で、性別では女性が3名、男性が45名で、年代別では50～60歳代が66.6%と多数を占めていた。

受動喫煙症外来の開設時期は2004年以前が3施設、2005～2006年が15施設、2010～2011年が10

アンケート調査票

【医療機関の属性】

- 1) 外来実施診療科目(主の該当科に○印をしてください)
- 2) 医師: 年齢 歳 性別: 男 ・ 女
- 3) 受動喫煙症外来の開設年月日をお教え下さい。
開設年月日: 年 月 日
- 4) 禁煙外来を設置していましたら開設年月日をお教え下さい。
開設年月日: 年 月 日
- 5) 受動喫煙症外来開設理由をお教え下さい。

【受動喫煙症外来の内容】

- 6) 受診形態をお教え下さい。
予約制の有無(あり ・ なし) 受動喫煙症外来回数(単位) 回/週
- 7) 受動喫煙症外来のスタッフ構成をお教え下さい
医師 名 ・ 看護師 名 ・ 薬剤師 名 ・ その他() 名
- 8) 受動喫煙症外来の費用請求の方法をお教え下さい
①急性気管支炎等の病名で保険請求 ②自費(円程度)
- 9) 受動喫煙症外来受診者数をお教え下さい。
平均 名/1年間のべ受診者数 名(年間)
- 10) 患者さんお一人の受動喫煙症外来診療に要する時間をお教え下さい。
- 11) 受動喫煙の状況把握方法を教えてください。
問診票作成 ・ 場所の見取り図 ・ 毎日の受動喫煙記録 ・ その他()
- 12) 受動喫煙症診断は何を基準にしているかお教え下さい。
①日本禁煙推進医師歯科医師連盟の受動喫煙診断基準委員会策定基準
②その他()
- 13) 診断の検査方法をお教え下さい。(複数回答可)
検査施行の有無(あり ・ なし) → COアナライザー ・ 尿中コチニン ・ SpO2 ・ その他()
- 14) 診断書の作成についてお教え下さい。
作成の有無(あり ・ なし) → 作成件数(件、 %)
○診断書例が可能であれば添付をお願いします。
- 15) 健康増進法25条違反(疑い)の記載についてお教え下さい。
記載の有無(あり ・ なし) → 記載件数(件、 %)
○診断書例が可能であれば添付をお願いします。
- 16) 経過観察(追跡例)方法・件数についてお教え下さい。
追跡実施の有無(あり ・ なし) → 追跡件数(件、 %)
追跡実施の方法(アンケート方式・面接方式・その他:)
- 17) メンタルケアについてお教え下さい。
ケア施行(あり ・ なし) → (自院 ・ 他院依頼 ・ 他科依頼)

その他受動喫煙症外来についてのご意見を記載下さい。

ご協力ありがとうございました。

施設、その他の年は1～2施設、また禁煙外来と同時に開設12施設であった(表2)。

開設理由は「受動喫煙で苦しみ、悩む患者のため」が15件、「受動喫煙の害を認識して」が9件、「診断基準が示された」が6件、「診断依頼が多い」が5例、「禁煙外来開設時に合わせ」が2件、「喫煙率を減らすため」が2件、「循環器専門医の責務として」が1件、「医師自身が受動喫煙で悩むため」が1件、「その他」が3件であった(表3)。

診療形態では「予約制あり」が22施設(45.8%)、「予約制なし」が26施設(54.2%)、外来回数は「週1～2回」が12施設(40.0%)と多かった。

スタッフ構成は医師、看護師、薬剤師各1～2名体制がほとんどであった。

費用請求では「受動喫煙に起因した疾患に基づく保険請求」が35例(73%)、「自費」が13例(27%)、自費での請求額は1,500円から10,000円の範囲で「3,000円以下」が8施設(61.5%)、「4,000円」が3施設であった。検査費用(尿中コチニン検査など)は自費請求している施設が多く、診断書は文書料として請求していた(表4)。

回答医療機関の総受診患者数は1,399名、各機関別延べ受診患者数は0～486例で内訳は10例以下が29施設(72.5%)、11～30例が5施設(12.5%)、31～100例が3施設(7.5%)、101例以上が3施設(7.5%)であった(表5)。なお、400症例の医療機関は1990年より妊婦、新生児への受動喫煙被害防止を目的として禁煙外来と同時に開設していた。

表1 ホームページ81施設の標榜科目数(複数可)

科 目	内	呼	循	消	耳	ア	精	心	脳	小	産	禁	健	他
数(N)	16	10	13	1	6	0	1	1	7	2	9	2	10	10

表2 受動喫煙症外来開設年度(n=38)

年 度	1990	1998	2004	2005	2006	2007	2008
数(n)	1	1	1	5	10	2	1
年 度	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
数(n)	2	5	5	1	1	1	2

表3 受動喫煙症外来開設理由(n=44)

開設理由	件 数
1) 受動喫煙症で悩む患者のため	15
2) 受動喫煙症の害を認識して	9
3) 受動喫煙症の診断基準・分類が示されたので	6
4) 診断依頼がある	5
5) 禁煙外来開設に合わせ	2
6) 喫煙率を減らす目的で	2
7) 循環器専門医の責務として	1
8) 医師自身が受動喫煙で悩んだため	1
9) その他	3

表4 自費での請求金額(n=12)

請求金(円)	～ 1,500	～ 2,000	～ 3,000	～ 4,000	～ 10,000
件 数	1	1	6	3	1
(%)	8.3%	8.3%	50.0%	25.0%	8.3%

表5 受動喫煙症外来受診者数
受動喫煙外来延べ受診者数 (n=1,399)

延べ人数	0	1～10	11～20	21～30	31～100	101～200	400～486
医療機関数	8	21	2	3	3	1	2
%	20.0	52.5	5.0	7.5	7.5	2.5	5.0

表6 1人の受動喫煙症外来診療に要する時間

表6-1 医師 (n=37)

時間(分)	5～10	10～15	10～20	15	20	30	45	50～60	120
件数	7	3	1	1	4	15	1	3	2
%	18.9	8.1	2.7	2.7	10.8	40.5	2.7	8.1	5.4

表6-2 看護師 (n=22)

時間(分)	～5	10	15	20	30	60
件数	6	3	2	3	7	1
%	27.3	13.6	9.1	13.6	31.8	4.5

1人の診療に要する時間は、医師が5～120分で、最多時間は30分、15例(40.5%)であった。看護師は5～60分で、最多時間は30分(31.8%)と医師と看護師が分担して診療していた(表6-1、6-2)。

受動喫煙の状況把握方法は問診票が37例、受動喫煙場所の見取り図が23例、毎日の受動喫煙記録が21例、その他が20例であった(表7)。

受動喫煙症の診断基準は「日本禁煙推進医師歯科医師連盟の診断基準委員会策定のカテゴリと診断基準を用いる」が38例(84.4%)、その他が7例であった。

診断時の検査方法は、検査施行が30例(62.5%)、検査未施行が12例(25.0%)、不明が6例(12.5%)であった。検査内容はCOアナライザー測定が26例(44.8%)、尿中コチニン測定が12例(20.7%)、経皮的酸素分圧(SpO2)測定が16例(27.6%)、その他が4例(6.9%)であった。

診断書の作成は、作成ありが37例(77.1%)、なしが4例(8.2%)、不明が7例(14.6%)であった。

健康増進法25条違反(疑い)の記載は、記載ありが18例(37.5%)、なしが23例(47.9%)、不明7例(14.6%)である。

経過観察(追跡例)の実施は、追跡ありが10例(20.8%)、なしが31例(64.6%)、不明が7例(14.6%)であった。

メンタルケアの有無については、ケアありが17例(35.4%)、なしが24例(50.0%)、不明が7例

表7 受動喫煙の状況把握方法

把握方法	件数(複数回答)
問診票	37
受動喫煙場所の見取り図作成	23
毎日の受動喫煙記録表	21
その他	20

(14.6%)であった。臨床心理学的観点から禁煙外来で実施している認知行動療法(1回50分位)を継続し面接へ移行している医療機関では、診断書に「神経質傾向が無い」との表現で記載していた。

3) 自由記載欄に記載された意見は以下の通りであった。

- ① 受動喫煙症外来を化学物質過敏症の一つとして施行しており、化学物質過敏症の会にアプローチすべき(受動喫煙症の認知を広めるためには)。
- ② 外来名の科として標榜が出来ないのが問題。
- ③ 担当医師への研修、講演会、情報交換の場があれば参加したい。
- ④ 医師の受動喫煙に対しての認識が乏しいので教育カリキュラムに加える必要がある。
- ⑤ 診断書のみを希望しての受診者が多い(症状の改善よりも)。
- ⑥ 診断書は両刃の剣となり退職を迫られることが

あり、診断書の有効活用、法律家、労働基準監督所への相談、健康増進法は努力義務のため罰則規定がなく放置されることが多く、分煙を認めている。

- ⑦ 診断書を作成することでトラブルが増すことを心配しているが、ご本人の強い希望で作成している。ほとんどが1回限りの受診であり本心は外来をやりたくない。
- ⑧ 職場以外での受動喫煙は家庭、集合住宅、路上であり対処が難しい。
- ⑨ コミュニケーションに問題がある例が多く、専門医への紹介、相談をしたいがなかなか連携が出来ていない。
- ⑩ 1回限りの受診がほとんどで、継続受診が可能であればメンタルケアに積極的に取り組みたい。
- ⑪ 禁煙に関する学会が複数あるが統一し医師の参加を増やすべき。
- ⑫ 2020東京オリンピック開催までに全国的に受動喫煙防止法を制定すべき。
- ⑬ 受診者がほとんど他県、市外からで、遠方からわざわざ飛行機で来た方もいる。

5. 考 察

受動喫煙症外来開設時期は、日本禁煙推進医師歯科医師連盟により診断基準が策定、発表された2005年以降が45施設で2005～2006年に15件、次いで2010～2011年に10件と多かったが、その理由として2010年3月に日本禁煙学会が総理大臣他に受動喫煙防止法制の請願を行ったこと⁶⁾、さらに2010年2月25日に厚労省保険局長通知「受動喫煙防止対策について」⁷⁾が公表されたこと、また2010年4月1日、神奈川県において受動喫煙防止条例が施行されたことなどにより、全国的に受動喫煙防止への機運が高まったのではないかと推測された。しかしながら、受動喫煙症外来を設置しても多くは受診者が少なく、今回集計し得た延べ受診者数は約1,400例で、受診者数が10例未満の医療機関が多数を占めた。診断基準は日本禁煙推進医師歯科医師連盟の診断基準委員会策定の分類と診断基準を用いる例が多く、約2/3でなんらかの検査を施行し、8割弱で診断書を作成していたが、健康増進法25条違反(疑い)の記載は約1/3と半数以下であった。単回受診がほとんどのため、追跡調査例は2割程度で受診後の結果確認が難しい実情であった。各医療機関ではメンタルケア

の必要例が多いと感じており1/3程度に施行されていた。

6. 結 論

受動喫煙症患者の救済のためには、社会が受動喫煙を環境権、生存権の問題と捉え、適切な社会環境を緊急に整備することが望まれる。しかしながら日本での受動喫煙対策(社会環境整備等)が世界的にも非常に遅れていることがすでに指摘されており、受動喫煙防止対策を世界標準に上げるためには喫煙者を減らし、分煙を止め完全禁煙を実施することが不可欠である。

禁煙外来への受動喫煙症外来の併設、学会内で設置推進部門を設けること、受動喫煙症を保険病名として収載すること、受動喫煙症を標榜科診療名に追加することなど、私達の責務は多岐にわたり、国内の幅広い分野に参加を促すとともに、国民への積極的な啓発活動が必要と考えられた。「受動喫煙症外来設置医療機関へのアンケート調査」により国内の受動喫煙症外来の現状が明らかになり、受動喫煙者への支援、受動喫煙症外来の標準化、活性化および受動喫煙症外来の新規開設を促進するために「受動喫煙症外来のための標準手順書」作成が緊急の課題と考えられた。

謝 辞

アンケート調査にご協力いただきました医療機関の皆様へ心から感謝申し上げます。

本論文の要旨は第9回日本禁煙学会学術総会(2015年11月21～22日於熊本)で発表した。

COI

記載すべき事項なし。

引用文献

- 1) 片野田耕太：わが国における受動喫煙起因死亡数の推計：「厚生指針」第57巻第13号2010年11月；14-20。
- 2) 片野田耕太：国立がん研究センターがん対策情報センターがん登録解析室長 2016年5月31日、厚生労働省が開催した「世界禁煙デー記念イベント」で発表。
- 3) 神奈川県公共施設における受動喫煙防止条例(掲載日：2016年4月1日)
<http://www.pref.kanagawa.jp/cnt/f6955/p23021>。

- html (閲覧日: 2017年10月1日)
- 4) 村田陽平: 受動喫煙と環境権/健康権. : 受動喫煙の環境学 健康とタバコ社会のゆくえ. 世界思想社、京都、2012; 175-179.
 - 5) 作田学: 受動喫煙症の診断: 日本禁煙学会編、禁煙学 (改訂2版). 南山堂、東京、2010; 87-89.
 - 6) 日本禁煙学会の対外活動記録 (2010年3~4月) 3月26日 受動喫煙防止法制定の請願と法案を提出 禁煙会誌 第5巻第2号 2010年4月19日.
 - 7) 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.

Research study on the current status of the medical outpatient clinics for passive smoking victims in Japan

Fumiaki Kurata^{1~3}, Yoshiro Suzuki^{2~4}, Ikuko Konno^{1,2}, Kuniko Uchida^{2,5}, Jun Aizawa^{2,6}, Shohei Yuasa³, Takuma Katsumata³, Hisao Mori³

Abstract

Purpose: To evaluate the current status and performance of Japanese outpatient offices for passive smoking patients.

Method: A questionnaire survey about passive smoking diseases in medical outpatient office setting was conducted in 79 clinics.

Results: 48 clinics answered the questionnaire with a response rate of 60.7%. The total number of examinees was 1,399, and the total number of patients per clinic ranges from 0 to 486. Three outpatient clinics opened before 2004, and the other 45 clinics after 2005. 2005 was the year in which the criteria to detect passive smoking diseases was announced, and thereby 15 clinics opened between 2005 and 2006. Another significant increase can be observed between 2010 and 2011 with the opening of 10 clinics. Possible reasons for this increase are the petition made by the Japan Society for Tobacco Control to the Prime Minister to demand legislation targeting the prevention of passive smoking in March 2010 as well as the notice about the prevention of passive smoking by the director of the Insurance Bureau at the Ministry of Health, Labor and Welfare on February 25, 2010. The main reason for their establishment, raised by most clinics, was to help patients who suffer from passive smoking diseases. In regard to the services offered, 37 out of the 48 respondent clinics issue medical certificates. 18 of them additionally mention the violation of Article 25 of the Health Promotion Law as the major cause of the diseases. 10 of them offer follow up observation. 17 of them offer mental care. **Conclusion:** According to the Japan Society for Tobacco Control, there are 81 medical institutions in Japan that offer outpatient care for passive smoking diseases. However, only a few of them are operational. In addition, the number of examinees is still small despite the increase in the number of outpatient clinics. Therefore, the introduction of a standard procedure manual for the outpatient clinics treating passive smoking diseases is crucial in order to standardize and enhance the operation of the existing clinics, as well as to promote the opening of new clinics.

Key words

questionnaire survey, passive smoking, passive smoking disease outpatient office, standard procedure manual

¹ Kurata Internal Medicine Clinic

² Yokohama Kawasaki Smoking Cessation Clinics Network

³ Kanagawa Association of Medical and Dental Practitioners, Academic Division

⁴ Hiyoko Clinic

⁵ Kamata Clinic

⁶ Hiyoshido Pharmacy

「日本禁煙学会雑誌」投稿規定

2018年(平成30年)2月21日改訂

1. 編集方針

日本禁煙学会雑誌 (Japanese Journal of Tobacco Control) (禁煙会誌、Jpn J Tob Control) (以下、本誌と略す) は、一般社団法人日本禁煙学会の機関誌として、喫煙、受動喫煙、喫煙対策に関する基礎的・臨床的・社会的研究を発表するものである。本誌への掲載は、本学会の会員のみならず、多くの読者に対して、禁煙推進のために有益な内容と認められたものに限る。

2. 発刊方法

本誌は日本禁煙学会のホームページに掲載され、また科学技術振興機構が運営する電子ジャーナル (J-STAGE) においても公開されている。

3. 投稿資格ならびに条件

投稿論文は他誌に掲載されていないか、掲載される予定のないものとする。筆頭著者は、編集委員会で認めた場合を除き、会員に限り、共著者も含めて、国内外のタバコ産業及び関連団体から研究助成を受けていないことを条件とする。投稿論文に他機関から研究助成・補助、及び利益・利害相反がある場合は、その内容を明記する。

4. 論文の採否

論文の採否論文の採否は編集委員会が決定する。

5. 論文の種類

I. 原著、II. 総説、III. 症例報告・事例報告、IV. 調査報告、V. 資料、VI. 短報、VII. Letters to the Editor とする。原著は基礎、臨床および社会的研究によるものである。総説は原則として編集委員会が企画するが、投稿も受け付ける。症例報告は臨床例、事例報告は禁煙化成功など社会的事例を指す。調査報告は限定された対象の調査で原著レベルには至らないものとする。資料は裁判の結果や社会活動の報告など、短報は速報性を重視した内容で、後述の長さとする。Letters to the Editor は、本誌に掲載された論文に対する各種の意見 (追加、討議、希望など) を書簡の形で書いたものとする。

6. 原稿の作成

原稿本文：コンピュータソフト (MS Word 等) にて作成し、横書き、新かなづかいのわかりやすい口語体を用いる。A4 に 1 頁 32 字 × 25 行 (= 800 字) とし、フォントサイズは 12 ポイント、日本語は、MS 明朝、英字は、Times New Roman、句読点は、全角「、。」、数字、英字、英文抄録は半角文字で作成する。略語は最初に用いる時に原則として略さず書き定義することとする (例：慢性閉塞性肺疾患 (Chronic Obstructive Pulmonary Disease; COPD))。なお論文タイトルと要旨においては、一般的に汎用されている略語についてのみ本文中に略さず書き、定義することを前提として使用を認める。

表：コンピュータソフト (Excel 等) で作成し、画像化しない。

図：線画の解像度は 600 dpi 以上、写真の解像度は 300 dpi 以上とし、DOC (X)、XLS (X)、PPT (X)、

JPG、TIFF、GIFおよびEPSフォーマットとする。

本文中、固有名詞、化学物質名、一般的でない薬品名などは原語を用いることとし、生物などの学名は二名式命名法により、イタリックで書き(例: *Streptococcus mutans*)、たびたび使用する場合は第2回以後に属名を略字(例: *S. mutans*)としてもさしつかえない。なお、医薬品名のアルファベット表記については、販売名(商品名)は固有名詞として扱い大文字で始め、一般名は普通名詞として扱い小文字で始める。

製品は、製品名: 商品名、会社名、海外製品は国名を記載する。

7. 論文の構成(和文の場合)

原著、総説、症例報告・事例報告、調査報告: (1) 論文タイトル、著者名、会員番号(非会員の場合は非会員と明記)、所属機関名および連絡先(E-mailアドレスも明記する)、(2) 要旨、(3) キーワード、短縮タイトル、(4) 緒言、(5) 研究対象、方法、(6) 成績、(7) 考察、(8) 謝辞、(9) 引用文献、(10) 英文抄録、(11) 図・写真の説明、(12) 表、(13) 図・写真の順とし、ページ番号を下中央に記入する。(1) (2) (3) (4) (9) (10) (11) (12) (13) で改頁する。文字数は本文・引用文献で全角文字8,000字以内とする。(目安: 出来上がり論文1ページが1,600字)

(1) 論文タイトルは40字以内とし、簡潔で内容を適切に示すものとする。

(2) 要旨は400字以内とし、研究目的、主な知見と主要な結論を述べる。原著論文に限っては、目的、方法、結果、考察、結論(結語)にわけて記載すること。

(3) キーワードは、5語以内で日本語と英語(半角文字)を併記する。短縮タイトルは25字以内とする。

(9) 引用文献は、原則として、原著30編以内、総説は制限なし、症例報告・事例報告、調査報告は15編以内、短報は6編以内、Letters to the Editorは3編以内とする。文献は本文に引用した順に番号(上付き)をつけ、末尾に一括して記載する。

著者名、編者名は3名までの場合は全員を書き、4名以上の場合は3名連記の上「……, ほか」あるいは「……, et al」とする。著者名は姓が先、名を後とし、著者名間は半角コンマとスペースで区切る。文献の表題は、副題を含めて、すべてのタイトルを書く。また雑誌名は一般的な略称を使用する。学会発表の抄録を引用するときは表題の最終に(会)、欧文発表の場合は(abstract)とする。

○雑誌からの引用〈著者氏名: 題名. 誌名西暦発行年; 巻数: 起始頁-終頁.〉

- 1) 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.
- 2) DiFranza JR, Savageau JA, Rigotti NA, et al: Development of symptoms of tobacco dependence in youths: 30 months follow up data from the DANDY study. Tob Control 2002; 11: 228-235.

○単行本の引用〈著者氏名: 題名. 書名. 版数. 発行所, 発行地, 西暦発行年; 巻数, 引用ページ.〉

- 3) 鈴木幸男: 禁煙の医学. 受動喫煙による疾患と対策. 化学物質過敏症. In: 日本禁煙学会編. 禁煙学(改訂3版). 南山堂, 東京, 2014; p79-85.
- 4) International agency for research on cancer: Type of cigarette and inhalation. In: IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans: Tobacco smoke and involuntary smoking. International agency for research on cancer, Lyon, 2004; vol 83, p167-171.
- 5) Woolner LB, Colby TV: Early detection in lung cancer. In: Henson DE, Albores SJ, editors. Pathology of incipient neoplasia. 2nd ed. WB Saunders, Philadelphia, 1993; p112-118.

○ウェブサイトからの引用は、URLの後に閲覧した年月日を記載する。

- 6) 日本学校保健学会: 「タバコのない学校」推進プロジェクト.
<http://openweb.chukyo-u.ac.jp/~ieda/Project.htm> (閲覧日: 2015年1月21日)

(10) 英文抄録は、400語以内とし、表題、著者名、所属機関も英語で記載する。

(11) (12) (13) 図・表・写真に用いる文字および図・写真の説明文は原則和文表記とし全角で作成する。また図・表・写真は8個以内とする。

総説：以上に同じとし、内外の最近の知見を総説的に記述したものに限る。

資料：上記に準じるが、要旨、英文抄録は不要とする。

短報：本文・引用文献は全角文字3,000字以内、写真、図、または表を2個以内、100字以内の和文および100語以内英文の抄録(同一内容)をつける。キーワードは5語以内とする。

Letters to the Editor：原稿は全角文字1,200字以内とし、写真・図・表はつけない。抄録は不要、キーワードは5語以内とする。

8. 論文の構成(英文の場合)

構成は和文に準じるが、和文の場合の(10)英文抄録に替えて、400字以内の和文抄録を作成し、表題、著者名、所属機関も日本語で記載する。

9. 日本語の表現について

標準使用法	下記は左の標準使用法に修正
か月	ヶ月、カ月、箇月、個月、
か所	ヶ月、カ月、箇月、個月
1kg	1Kg
1本	一本
1箱	一箱

*タバコの表記は、固有名詞(日本たばこ産業など)以外は「タバコ」に統一する。

10. 投稿の方法

著者は、筆頭著者用チェックリスト(WORD版またはPDF版)をダウンロードしてチェックしたものと、論文を記載したワードファイル、写真・図・表のファイルをメールに添付し、メール本文に姓名、所属、会員番号を明記し、こちらの禁煙会誌投稿専用アドレス(toukou@nosmoke.xsrv.jp)へ送信する。その際、共著者全員の姓名、メールアドレスを記載し、そのうち、シニアオーサーがだれかを明記する(本人でも可)。

注) 投稿後、1週間経っても返信がない場合には、雑誌編集事務局(株)クバプロ(TEL: 03-3238-1689)に連絡する。

11. 掲載料と超過料金

掲載料と超過料金本誌への掲載は無料である。

12. 著作権利用等について

掲載論文の印刷、刊行、図表の引用および転載に関する許可の権限は日本禁煙学会に所属する。掲載論文の抄録部分(要旨を含む)のデータベース化や抄録雑誌への二次的使用ないし転載、および当該論文の複写機器による電子的・光学的複写の許諾権は日本禁煙学会に委託されたものとする。またこれによる使用料は日本禁煙学会に帰属するものとする。

日本禁煙学会の対外活動記録 (2018年2月～3月)

- 2月 8日 日本禁煙学会HPにて、第19回禁煙治療セミナーの申込みを開始しました。
- 2月12日 NBCニュース「東京オリンピックを控え、禁煙化への圧力が高まっている」を翻訳し、日本禁煙学会HPに掲載しました。
- 3月 8日 日本禁煙学会HPに「加熱式タバコには有害物質もほとんど含まれていないという週刊新潮の「有害報道」を駁す」を掲載しました。
- 3月 9日 日本禁煙学会HPに「JTによる喫煙科学研究財団を介したたばこ政策と科学への干渉」を掲載しました。
- 3月20日 週刊朝日への質問状を送付しました。
- 3月30日 日本禁煙学会HPに、ロバート・J・ゲラー東京大学名誉教授の論文をアップしました(ジャパンタイムズより転載)。

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2号 2018年6月5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