

日本禁煙学会雑誌

Vol.13 No.4

CONTENTS

《特別寄稿》

東京都受動喫煙防止条例と健康増進法改正の成立 岡本光樹 49

《原 著》

市中3病院におけるバレニクリンの治療成績と
関連する要因の検討 杉山牧子 64

《原 著》

加熱式タバコの薬局での販売に関する禁煙治療医師の意識 山本彩加、他 71

《調査報告》

都道府県看護協会のタバコ対策、および
タバコ対策や禁煙支援の講習機会に関する調査 瀬在 泉、他 79

《短 報》

大学生を対象とした1回の心理教育が喫煙に対する
意識に与える影響 藤原直子、他 87

《記 録》

日本禁煙学会の対外活動記録(2018年7月～11月) 91

Japan Society for Tobacco Control (JSTC)

一般社団法人 日本禁煙学会



東京都受動喫煙防止条例と健康増進法改正の成立

弁護士、東京都議会議員、日本禁煙学会理事(法律改正推進委員)

岡本光樹

1. はじめに

1) 罰則付きの受動喫煙防止条例・法律

2018年6月27日、「東京都受動喫煙防止条例」¹⁾が可決、成立した。同年7月18日、国において「健康増進法」の改正²⁾が可決、成立した。同年9月19日、「千葉県受動喫煙の防止に関する条例」³⁾が可決、成立した。

我が国の受動喫煙対策において、極めて重要な一歩といえよう。ここに至るまでの経緯を振り返るとともに、その内容を報告する。

2) 子どもを受動喫煙から守る条例

2017年10月5日、「東京都子どもを受動喫煙から守る条例」⁴⁾が可決・成立し、2018年4月1日施行された。この条例は、罰則はないが、子どもの受動喫煙を防止するための啓発や施策の推進を定めた条例である。広島県福山市にも波及し、「福山市子ども及び妊婦を受動喫煙から守る条例」⁵⁾が2018年3月22日に市議会全会一致で可決・成立し、4月1日から施行された。これらの条例の意義及び今後の展望について解説する。

2. 法改正の背景

1) 法改正の根拠及び要因

2002年制定の健康増進法の受動喫煙防止に関する規定は、施設管理者に努力義務を課す条文が一文存在するのみで、罰則等はなかった。制定当時は、初めて法律に「受動喫煙」が明記されたことで一定の啓発効果があり社会における受動喫煙対策は漸進したが、罰則がないために実効性が弱く、制定当初から罰則を望む声も少なからずあった。

厚生労働省は、2016年10月「受動喫煙防止対策の強化について(たたき台)」を発表し⁶⁾、また2017年3月1日「受動喫煙防止対策の強化について(基本的な考え方の案)」⁷⁾を発表し、「努力義務」に基づく

「自主的取組」では「限界」・「不十分」であることを認め、約15年の歳月を経てようやく罰則を導入する法改正へと動き出した。その間の受動喫煙被害及び犠牲者のことを思うと、随分遅きに失した感は否めない。

この法改正の根拠及び要因は、主に以下の①～④項目が挙げられる。

①科学的根拠

2016年(平成28年)に「喫煙と健康 喫煙の健康影響に関する検討会報告書」、いわゆる「たばこ白書」が、前回の2001年(平成13年)以来15年ぶりにとりまとめられた⁸⁾。最新の科学的知見に基づいて、喫煙・受動喫煙と疾患等との因果関係を4段階で判定している。また、日本人の年間死亡者は、能動喫煙によって約13万人、受動喫煙によって約1万5千人(肺がん、虚血性心疾患、脳卒中及び乳幼児突然死症候群による死亡)と推計されている。こうした科学的知見の取りまとめが、法改正を理論的に支えた⁹⁾。

しかしながら、世界保健機関(WHO)が2004年に、英国タバコか健康かに関する科学委員会が2004年に、米国カリフォルニア州環境局が2005年に、米国公衆衛生局長が2006年に発表した詳細な報告書を踏まえて、日本学術会議は2008年(平成20年)に「受動喫煙も科学的根拠を持って健康障害を引き起こすことが示されて論争に終止符が打たれたといえる。」と結論付けていた¹⁰⁾。このことからすれば、厚労省の上記「たばこ白書」のとりまとめ自体、8年もの遅きに失したというべきである。

②FCTC(たばこ規制枠組条約)に基づく法的根拠

2005年(平成17年)2月27日発効のFCTC(たばこ規制枠組条約)では、「第8条 たばこの煙にさらされることからの保護」が規定されている¹¹⁾。2007年(平成19年)第2回締約国会議COP2(タイ・バン

コク)において採択された第8条ガイドラインでは、

- ・100%禁煙以外の措置(換気、喫煙区域の使用)は、不完全である。
- ・すべての屋内の職場、屋内の公共の場及び公共交通機関は禁煙とすべきである。
- ・たばこの煙にさらされることから保護するための立法措置は、責任及び罰則を盛り込むべきである。
- ・すべての締約国は、その国における条約発効後5年以内(日本は2010年2月27日まで)に例外なき保護を実現するよう努力しなければならない。

とされている¹²⁾。この点からも、我が国の法改正は約10年の遅きに失したといえる。

③社会における受動喫煙の実態

依然として、多くの非喫煙者が飲食店や職場で受動喫煙に遭遇し、また行政機関や医療機関においても一定程度、受動喫煙に遭遇しているという社会実態がある¹³⁾。

④2020年オリンピック

2010年7月21日に国際オリンピック委員会(IOC)と世界保健機関(WHO)とは協定を締結し、タバコの無いオリンピックを推進している¹⁴⁾。近年のオリンピック開催都市では、法律や条例で、屋内を全面禁煙とし、罰則を伴う受動喫煙防止対策を講じている。1992年バルセロナ、96年アトランタ、2000年シドニー、04年アテネ、06年トリノ、08年北京、10年バンクーバー、12年ロンドン、14年ソチ、16年リオデジャネイロ、2018年平昌と、オリンピック開催都市の国際慣行となっている¹⁵⁾。

法改正の理論的な支えとして①②は非常に重要であるが、従前より①②③の存在がありながらも我が国では法改正が進まなかったことからすれば、今般の法改正の最も直接的な契機は、やはり④オリンピックの開催であり、2020年という具体的な期限が設定されたことにあって考えられる。今般の受動喫煙防止の法制は、まさにオリンピックのおかげで実現し、オリンピック後も残るレガシー(良い遺産)とすることができる。

逆に言えば、オリンピックという外圧がなければ、日本では受動喫煙防止の法改正が進展しなかった可能性も考えられる。現に受動喫煙で苦しんでいる被害者が数多くいるという社会実態③があり、かつ、

①科学的根拠も②条約に基づく法的根拠も整いながらも、それでも法改正ができなかったということ、日本の政治家も市民もしっかりと認識すべきである。本来であれば、④がなくとも、③被害者が存在し、①②の根拠が揃っていれば、直ちに法改正しなければならないはずである。

2) 過去の法改正における政治の失敗

我が国において、法改正のチャンスは2010～2012年頃にもあった。当時、民主党政権下において労働安全衛生法の改正が検討されていた。

日本禁煙学会は、2010年3月26日、6月11日、9月30日と積極的に立法提言を行った¹⁶⁾。

厚労省労働基準局安全衛生部「職場における受動喫煙防止対策に関する公聴会」(2010年/平成22年11月10日)において、筆者を含め8名の意見発表が行われた¹⁷⁾。筆者は、

- ・分煙ではなく屋内完全禁煙とすべきこと、
- ・必ず罰則を設けるべきこと、
- ・意に反して受動喫煙被害を受け続けても、そこで長時間働かなければならない、労働者保護の観点、など

を強調して意見発表した。

しかしながら、労働安全衛生法の改正案(2011年/平成23年12月)は、民主党政権下でも罰則の無い骨抜きとなり(小宮山洋子・厚労大臣は我々と同じ志で孤軍奮闘されたが、他の民主党議員らとJT労組との「しがらみ」関係があったことが指摘されている¹⁸⁾)、さらには衆議院・参議院のねじれ国会で、その骨抜き案すらも廃案とされた(2012年/平成24年11月)。その後、自民党政権下で、さらに弱められ後退した法案となり、2014年(平成26年)6月に労働安全衛生法改正が成立した¹⁹⁾。

過去こうした政治の壁に阻まれて辛酸を嘗めさせられ、受動喫煙被害者は耐え難きを耐え忍び続けてきた経験からすれば、今般の受動喫煙の法規制前進の意義深さを改めて感じるころである。

3. 健康増進法の改正

1) 塩崎厚労大臣 vs. 自民党たばこ議員連

2017年3月1日、厚生労働省(当時：塩崎恭久^{やすひさ}厚労大臣)が、健康増進法改正に関する「基本的な考え方」を発表した。施設の類型によって敷地内禁煙又は屋内禁煙を義務化し、違反には過料の罰則を課

す内容である²⁰⁾。

これに対して、自民党たばこ議員連盟(会長:野田^{たけし}毅衆議院議員)が、3月7日、対案を発表した。この対案は、事務所(職場)については同法の対象外とし、飲食店については表示を義務化するだけといった内容であり、厚労省案と大きな隔たりがあった。その後、政府と自民党との調整が難航し、法案を国会に提出するめどが立たない膠着状態が続いた。詳しくは、筆者の解説^{21, 22)}、野上浩志「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」『日本禁煙学会誌』、2017年4月25日「巻頭言」²³⁾、及び永江一石氏のブログ²⁴⁾を参照されたい。

結局のところ、自民党たばこ議員連によって、塩崎厚労大臣案は、潰されてしまったといえる。

その間の日本禁煙学会の要望書を注に挙げておく²⁵⁾。

2) 加藤厚労大臣における法改正成立

1年後の2018年3月9日に厚生労働省(加藤勝信厚労大臣)の新たな法案が閣議決定された。この内容は、既存飲食店について経過措置として大幅な例外を設けるものとなっている。すなわち、「既存特定飲食提供施設」として、資本金5,000万円以下で客席面積100m²以下の店舗については、喫煙標識の掲示をしさえすれば喫煙可とできるといった内容である²⁶⁾。

都条例に遅れて、2018年7月18日可決、成立した²⁷⁾。後述するが、国の健康増進法は、既存飲食店については原則と例外が逆転しており、「ざる法」といふべき内容である。

客席面積100m²以下の飲食店を規制の例外と扱うことは、2009年3月制定の「神奈川県公共施設における受動喫煙防止条例」及び2012年3月制定の兵庫県「受動喫煙の防止等に関する条例」にも見られる。これらの条例は、国に先行して罰則付きの法規制をもって受動喫煙対策を進めるもので、先進的な意義があった。当時においては、条例を制定する上で、客席面積100m²以下の飲食店を規制の例外を設けることは、やむを得なかった。しかし、この度の法改正においても同様の基準を国が採用したことには、強い批判がある²⁸⁾。

なお、法案審議の過程で、衆議院厚生労働委員会において穴見陽一・自民党議員が、参考人の肺がん患者にヤジを飛ばす事件があった²⁹⁾。

4. 東京都受動喫煙防止条例

1) 都議選における争点化と公約策定

2017年4月末頃、国において健康増進法改正の目途がたたない状況下で、小池百合子・東京都知事が、東京都において受動喫煙対策を強化する考えを示し、5月11日に受動喫煙対策の条例案を都議会議員選挙の公約として盛り込む考えを発表した。

筆者は、小池知事が事実上率いる地域政党「都民ファーストの会」に働きかけて協議を持ち、政策顧問の弁護士となって、受動喫煙防止の公約策定に直接関与した。その結果、「基本政策14 スモークフリー社会」として、

・「見せかけではない『真』の受動喫煙防止条例(罰則付き)をつくりまします。」「働く人を受動喫煙から守ります。」

・「子どもを受動喫煙から守る条例をつくりまします。」

という筆者の要望内容が、都民ファーストの会の都議選の公約³⁰⁾に盛り込まれた。

国の法改正が危ぶまれる状況下で、東京都知事が受動喫煙防止条例定を都議会議員選挙の争点に上げたことで、受動喫煙を巡る政治的な議論が活発化し、筆者はそこにタイミングよく働きかけることで、上記2つの視点を、都民ファーストの会の都議選の公約に入れることに成功した。筆者は、さらに具体的に実効性ある条例制定までしっかりと関与し見届けたいと考え、自身が都議会議員に立候補することを決意し、都民ファーストの会の公認を受けて立候補した。小池百合子・都民ファーストの会代表は、「自民党の中で利益団体の折り合いがつかない。決まらないのは自民党。決められないふりをしつつ、利益団体から話を聞いてやると言ってそこで利権ができる、いつもの手口。受動喫煙問題もまず東京でやっていく。国ができないなら、先に東京がやる。」³¹⁾と自民党を批判して、これを都議会議員選挙の争点の一つに位置づけた。

「都民ファーストの会」は、7月2日の選挙において大勝し(127議席のうち55議席を獲得)、都議会第一党となった。筆者も当選し、東京都議会議員に就任した³²⁾。

2) 条例の成立

その後、2018年3月9日の厚生労働省の健康増進法改正案を踏まえて整合性を図った上で、同年4月20日、小池都知事は、東京都受動喫煙防止条例の

骨子案を発表した。「『働く人や子ども』を受動喫煙から守る」を掲げ、国の法律に、上乘せ及び横出しする内容となっている³³⁾。

6月の都議会において、都知事から東京都受動喫煙防止条例³⁴⁾が議案として提出され、同月27日に可決、成立した。賛成103議員・反対23議員(自民党のみ反対)であった³⁵⁾。国も都も、罰則を含めた全面施行を2020年4月1日と予定している(図4)。

3) 条例と法律の比較 条例の方が厳しい点(上乘せ・横出し)

東京都受動喫煙防止条例と健康増進法の比較については、図1を参照。

小・中・高校、保育所・幼稚園について、国の法律が「敷地内禁煙(屋外に喫煙場所設置可)」となっているのに対して、都の条例は「敷地内禁煙(屋外に喫煙場所設置不可)」とする上乘せ規制を設けている(もっとも、上乘せ部分に罰則はなく、努力義務を上乘せする)。

また、国の法律が、前述の通り既存飲食店について大幅な例外を設けているのに対して、都の条例はそうした店舗についても従業員を使用していれば、「原則屋内禁煙(喫煙専用室内でのみ喫煙可)」とする横出し規制を設けている。規制対象となる飲食店の割合の比較については、図2を参照。

国の法律によって既存飲食店で「原則屋内禁煙(喫煙専用室内でのみ喫煙可)」となるのは、資本金

5,000万円超(大企業)または客席面積100㎡超の店舗であり、2～3割と推察される。他方、資本金5,000万円以下で客席面積100㎡以下(経営規模の小さい店舗)として経過措置の対象となるのは7～8割と推察される。これでは、規制の原則と例外が逆転している。なお、国は、既に受動喫煙対策を実施している店舗を推計において差し引くことで、経過措置の対象は55%という数値を発表しているが、それでも規制の例外措置の方が半数を上回っている³⁶⁾。

他方、東京都の条例では、従業員(なお、労働安全衛生法と同様に、同居の親族や家事使用人は除く)を使用しているか否かが基準であり、「原則屋内禁煙(喫煙専用室内でのみ喫煙可)」の規制対象は83.7%、例外は16.3%と推計されている。都の条例は、国の法制定の過程で骨抜きとされてしまった既存飲食店への規制を補うものである。

4) 都条例に対する世論の好評価

都の条例は、世論からも多数の賛意を得ている。

東京都が2018年6月8～12日に行った東京都民生活者調査では、「Q19: 東京都のすすめる『東京都受動喫煙防止条例』について、あなたの考えを伺います。」との設問に対して、「良い施策である」42.4%、「どちらかといえば良い施策である」31.9%、両者の合計で74.3%の人が良い施策として評価している³⁷⁾。

JX通信社が5月19～20日に行った電話による世論調査の結果では、東京都独自の受動喫煙防止条例

健康増進法改正案との比較②

施設の類型	法改正案	都条例案
小学校、中学校、高等学校 保育所、幼稚園 大学 医療機関 児童福祉施設 行政機関 バス、タクシー、航空機	敷地内禁煙 (屋外に喫煙場所設置可)	敷地内禁煙 (屋外に喫煙場所設置不可)
上記以外の多数の者が利用する施設 (例) 老人福祉施設、運動施設、ホテル、事務所、船舶、鉄道	原則屋内禁煙 (喫煙専用室内でのみ喫煙可)	原則屋内禁煙 (喫煙専用室内でのみ喫煙可)
飲食店	客席面積100㎡以下で、個人又は中小企業 (資本金5千万円以下)は規制対象外	従業員を使用していない場合は、禁煙・喫煙を選択することができる。

※ 喫煙を主目的とする施設については、別の類型を設ける。

※ 旅館・ホテルの客室等、人の居住の用に供する場所は、喫煙禁止場所としない。

図1 東京都受動喫煙防止条例と健康増進法の対象施設の比較

東京都 知事記者会見 2018年6月8日

http://www.metro.tokyo.jp/tosei/governor/governor/kishakaiken/2018/06/documents/300608_02.pdf

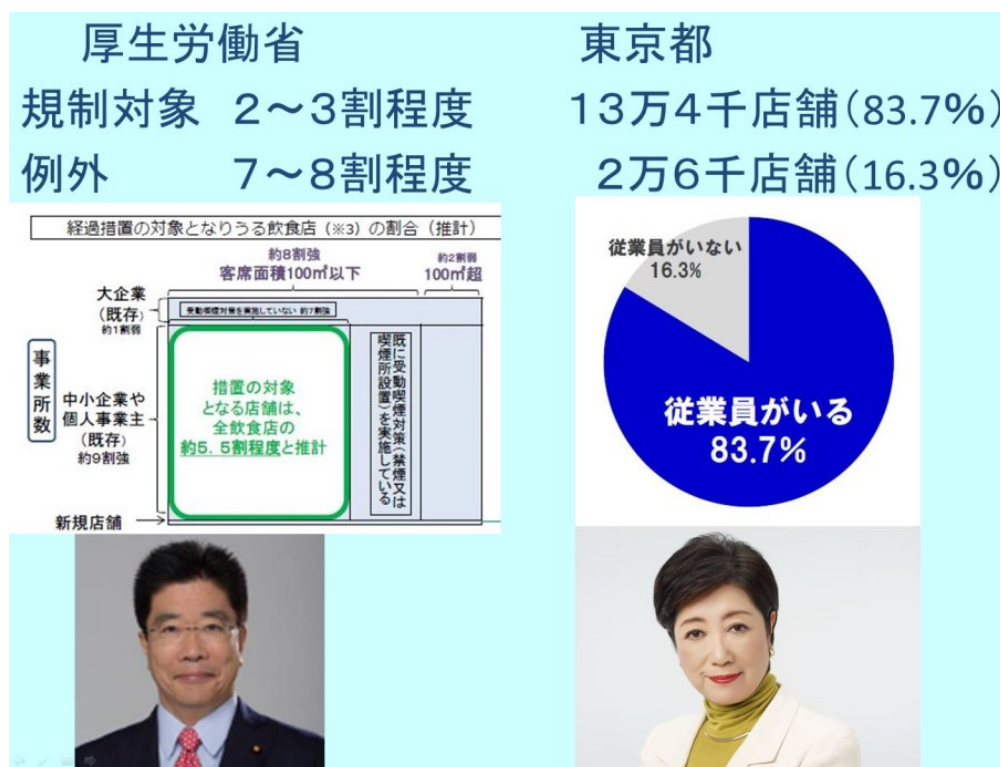


図2 法律と都条例の規制対象となる飲食店の割合比較

後掲注26及び後掲注33をもとに筆者が作成。

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000189195.html>

<http://www.metro.tokyo.jp/tosei/governor/governor/kishakaiken/2018/04/20.html>

案について75.8%が賛成、さらには喫煙者も4割近くが賛成したとのことであった³⁸⁾。

条例制定後の7月28～29日に朝日新聞社が行った電話による世論調査によれば、国の法律より厳しい都の受動喫煙防止条例成立について77%が「よかった」と答え、「よくなかった」と答えた人は20%だった³⁹⁾。

5) 条例と法律の比較 法律の方が厳しい点

都条例よりも、法律の方が厳しい点としては、主に次の2点である。

- ① 法律施行後の新規の飲食店への規制は、国の方が厳しい。都条例では例外とされた、従業員を使用しない店舗であっても、新規店は国の法律では一律に規制対象となり、「原則屋内禁煙(喫煙専用室内でのみ喫煙可)」となる。
- ② 加熱式タバコについて、都条例では罰則が適用されないが、国の法律では違反すると罰則がある。

東京都内では、都条例と国の法律の両方を守る必要があるため、厳しい方の規制を遵守すべきことになる。

6) 加熱式タバコ

加熱式タバコの有害性については、日本禁煙学会も繰り返し指摘し、提言している⁴⁰⁾。

もっとも、厚労省は、「加熱式たばこの主流煙に健康影響を与える有害物質が含まれていることは明らかであるが、販売されて間もないこともあり、現時点までに得られた科学的知見では、加熱式たばこの受動喫煙による将来の健康影響を予測することは困難。このため、今後も研究や調査を継続していくことが必要。」として、健康増進法では、「喫煙室(飲食等も可)内での喫煙可」という位置づけとした⁴¹⁾。
図3参照。東京都も基本的にこれと同様の考え方を採っている。

なお、日本共産党東京都議団は、2018年(平成30年)6月25日の都議会厚生委員会において条例修正案を提出した。「加熱式たばこについては、健康被害が確認できるまでは規制を緩和するという立場ではなく、安全が確認できるまでは規制を緩和しないという立場に立つべきだと考えます。ニコチンを初めとした有害物質を出していることは科学的に明らかであり、規制を緩和するべきではありません。そのため、加熱式たばこについての例外である、飲食の

できる専用喫煙室の設置の容認、罰則の不適用をなくします。」と主張した。

これに対して、筆者は、都民ファーストの会東京都議団を代表して、「その趣旨には賛成するものですが、知事提案条例が国の法案との整合性を十分に検討し、実務上の混乱をできる限り防止すべく、上乗せあるいは横出しを行う点を限定しており、国の法案からの変更点は慎重かつ抑制的なものであることを踏まえて、知事提案の条例案を支持します。共産党修正案については、条例見直しの際に検討されるべき内容と考えます。」と意見を述べた⁴²⁾。結局、共産党修正案は否決となり⁴³⁾、知事提案の原案が可決、成立した。

法改正・条例制定の結果、今後は加熱式タバコが一層普及してしまうことが懸念される。現在の喫煙店が、禁煙化への選択ではなく、飲食可能な加熱式タバコ喫煙席へと流れて行ってしまう懸念がある。また、パチンコ店や麻雀店などは、改正健康増進法上、既存飲食店のような経過措置がなく、面積や資本金にかかわらず一律に原則屋内禁煙が義務付けられており、既存飲食店よりも厳しい規制ではあるが、利用客の喫煙率の高いパチンコ店や麻雀店などは、禁煙化ではなく、加熱式タバコ喫煙席へと舵を切っ

てしまう可能性がある。

筆者としては、受動喫煙防止の目的・枠組みで、加熱式タバコに関する法規制を議論するのは現状は法律論として限界があり、むしろ本質論としては、ニコチンの依存性及び能動喫煙の有害性、禁煙意欲を阻害し得る商品であること等の観点から抜本的な規制を行うべきであり、また、大幅な課税政策を行って、その使用・消費を減少させるのが、本筋であろうと考える。

7) 他の自治体への波及

都の条例は、国の法制定の過程で骨抜きとされてしまった既存飲食店について規制を補うものであり、今後、東京都以外の道府県においても、法律に上乗せ・横出しする条例が制定されることを期待したい⁴⁴⁾。

千葉市で、国のような面積基準ではなく、東京都の条例と同様に従業員の有無を基準にした「千葉市受動喫煙の防止に関する条例」が2018年9月19日に全会一致で可決、成立した⁴⁵⁾。東京都と異なる点として、「キャバレーやナイトクラブなど風俗営業法の接待飲食等営業や特定遊興飲食店営業に該当する施設は、経過措置として当面努力義務」⁴⁶⁾とする点に特

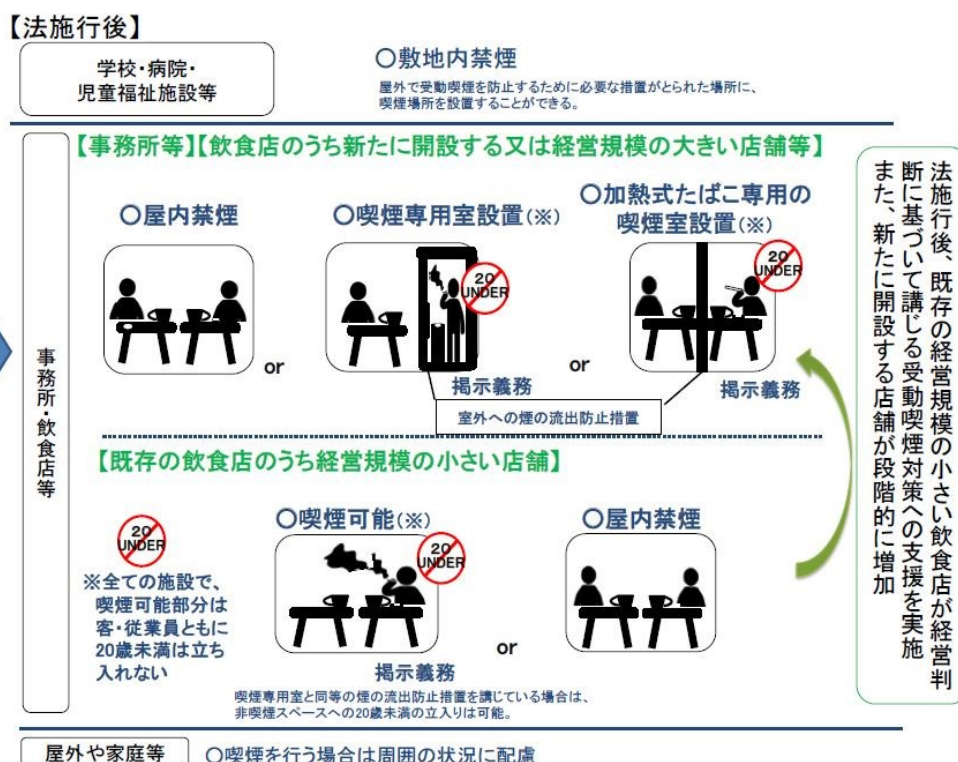


図3 厚労省 受動喫煙対策により、現状がどのように変わるのか
後掲注26の内

<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000341377.pdf>

施行時期について①

条例の施行については、段階的に実施していきます。

施行時期	施行内容
公布の日から6ヶ月以内に規則で定める日	○条例制定の目的【第一条】 ○都、都民、保護者の責務【第三条、第四条、第五条】 ○関係者の協力【第六条】 ○喫煙をする際の配慮義務等【第七条】 ○「たばこ」「喫煙」「受動喫煙」の定義【第二条】 ○法が施行された場合は法を適用する規定【附則第七条】
平成31年9月1日までに規則で定める日	○特定施設（第一種施設）の定義【第二条】 ○特定屋外喫煙場所、喫煙関連研究場所の定義【第二条】 ○学校等における特定屋外喫煙場所設置不可（努力義務）【第九条】 ○第一種施設における敷地内禁煙の規定（罰則含む） ・喫煙禁止場所での喫煙禁止、喫煙者への退出命令【第八条】 ・施設管理者への指導、助言【第十条】 ・施設管理者への勧告、命令等【第十一条】 ・施設への立入検査【第十七条】 ・罰則【第二十条、第二十一条、第二十二条】 ※ただし、指定たばこについては罰則は適用しない【附則第六条】 ○住居や客室等の適用除外【第十九条】 ○飲食店における喫煙場所の有無が分かる標識の掲示義務（努力義務）【第九条】
平成32年4月1日	○その他全ての規定を全面施行 ※ただし、指定たばこについては罰則は適用しない【附則第六条】 ○飲食店において、喫煙をすることができる場所を定めようとするときは、標識を掲示しなければならない【第十二条、第十四条、附則第三条、附則第四条】（罰則適用あり） ※店内が屋内全面禁煙であっても、禁煙標識の掲示が必要であるが、努力義務となる。（罰則適用なし）

施行時期について②

2.2 施行時期【附則第一条】

- 都や都民等の責務等については、公布の日から6ヶ月以内に、また、学校等での取組や店頭表示ステッカーの義務化等については、2019年ラグビーワールドカップの前までに段階的に施行し、2020年オリンピック・パラリンピック開催前には、罰則適用も含め、全面的に施行する。

条例の施行スケジュール

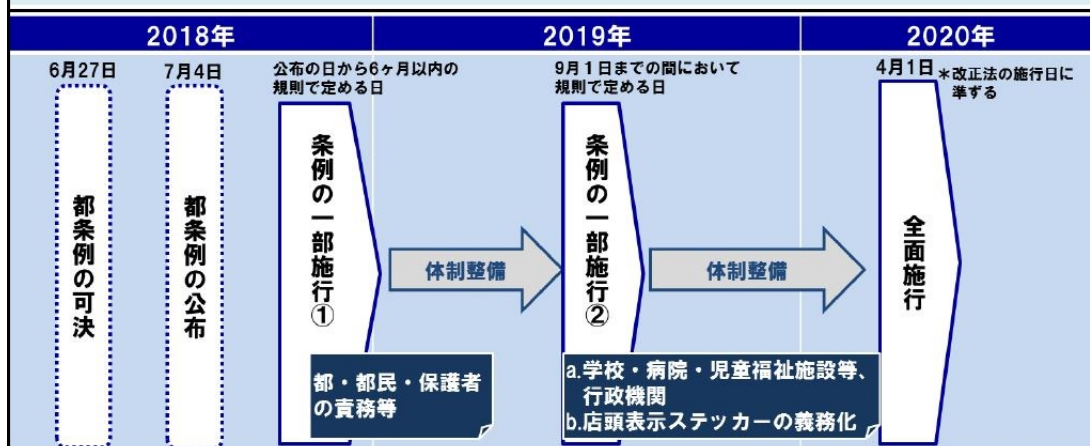


図4 施行時期

東京都福祉保健局 2018年(平成30年)7月20日公表

http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kensui/tokyo/file/300719_joureisetumei.pdf

徴がある。

5. 助成金・補助金のあり方

1) 事業者への分煙助成金・分煙補助金

これまで厚労省は「受動喫煙防止対策助成金制度」⁴⁷⁾を、東京都産業労働局は「外国人旅行者の受入れに向けた宿泊・飲食施設の分煙環境整備補助金」⁴⁸⁾を設けて、事業者に助成金・補助金を出してきた。

厚労省は助成率2分の1(飲食店は3分の2)で助成上限額100万円、東京都は補助率5分の4で補助限度額300万円であった。

いずれの制度も、「隔離された喫煙室」でなくとも、「換気措置」や「エリア分煙」にも、助成金・補助金を出してきた。受動喫煙防止の徹底とは程遠いものに公費を投入してきた、とんでもない制度であったといえよう。今般の法改正及び条例制定により、制度変更せざるを得ない代物であるが、その変更内容はまだ固まっておらず、今後攻防が予想される。

筆者は、建物内の喫煙所は、FCTC第8条ガイドラインに反し、あくまで例外的な措置であって、公的に推奨して公費を投じるべき性質のものではなく、店舗等が自費(その原資は喫煙者が負担)で設置することを許容するにとどめ、都の分煙環境整備補助金は廃止すべきことを主張してきた⁴⁹⁾。

しかし、都議会公明党は、「飲食施設の分煙環境の整備に対する補助事業の対象を条例に適合する喫煙専用ルームの設置などにも広げ、あわせて補助の割合も大幅にアップすべきです。」と主張⁵⁰⁾し、小池都知事から「中小飲食店への補助率を五分の四から十分の九に引き上げる」との答弁を引き出した。また、都議会立憲民主党・民主クラブも「条例を契機として都の支援策を抜本的に強化すべき」と主張した。

今後、厚労省が、法的に認められる喫煙室の技術的基準を施行規則において策定し、また、助成金制度についても見直しがなされる。それらを踏まえて、東京都の補助金の制度についても議論が必要となる。

筆者は、分煙のための補助よりも、むしろ禁煙化のために喫煙室撤去や壁紙変更や改装等をする場合にこそ補助金を出して、屋内禁煙化を後押しすべきであると考え⁵¹⁾。この点、千葉市は、既存小規模飲食店が喫煙室の撤去等に要する経費を9割助成(上限10万円)する新制度を2019年(平成31年)1月頃

から実施予定⁵²⁾としている。また、鳥取県も禁煙化支援として、「壁紙の改装、カーテンの交換、喫煙室の撤去等」に補助率2/3、補助上限10万円の助成を行うとしている⁵³⁾。これらは、先進的な取り組みとして注目に値する。

2) 区市町村が設置する公衆喫煙所

上記1)は、事業者が経営する施設内の喫煙室に関する議論であるが、他方、路上喫煙を防止するために屋外に喫煙所を公費で設置することは、現状としてはやむを得ないと筆者は考えている。その場合も、喫煙を助長するためではなく⁵⁴⁾、屋内外の受動喫煙やポイ捨ての被害を最小化するための喫煙所設置に限って、次善の策として必要性が認められ得ると考える⁵⁵⁾。

国は、「自治体が行う屋外における分煙施設の整備に対し、地方財政措置による支援を行う」としている⁵⁶⁾。

東京都福祉保健局は、区市町村が実施する屋内外の公衆用の喫煙所の整備事業について、設置・改修・移設の経費に、1箇所1,000万円、補助率100%の補助金を出す(2018年/平成30年9月27日付け要綱)。もっとも、東京都が屋内公衆喫煙所にも補助金を出すとしている点は特に、FCTC第8条ガイドラインの趣旨及び今後厚労省が策定する屋内喫煙室の技術的基準に照らして、個別具体的に慎重な検討が必要であろう。

3) 禁煙外来治療費への公費助成

東京都内では、中央区・品川区・北区・荒川区・練馬区・港区・豊島区といった7つの区が、禁煙を希望する喫煙者に対し、禁煙外来治療費の一部を補助・助成している⁵⁷⁾。1人あたりの上限を1万円としている区が比較的多いが、豊島区は対象要件を妊婦や子どもと同居している場合等に限定しつつ助成額を2万円としている。禁煙外来の自己負担額は2万円程度であり、豊島区の制度では自己負担がほぼなくなる。

東京都は、将来的な喫煙率を下げ、都民の健康増進を図る目的で、区市町村が行う禁煙治療費助成事業の取組を支援し、半額を補助する(区市町村包括補助事業 2018年/平成30年9月4日改正)。今後、こうした助成事業がさらに他の区市にも広がることに期待する。

他県では、千葉市や吹田市(大阪府)において、禁煙外来治療費への公費助成が行われている⁵⁸⁾。

喫煙率を下げることは、受動喫煙を根本的になくすことにつながるし、また、がん対策として喫煙率を12%に下げることが国においても東京都においても目標とされている⁵⁹⁾。

喫煙所に補助金を出すことは過渡的な施策、禁煙を推進することは抜本的かつ根本的に重要な施策と考えるべきである。

6. 子どもを受動喫煙から守る条例

1) 条例の概略

時系列を遡るが2017年10月5日、「東京都子どもを受動喫煙から守る条例」⁶⁰⁾が可決、成立した。知事提案ではなく、議員提案で上程したもので、筆者がその中心的な役割を担った⁶¹⁾。最終的に都議会自民党(127議席中22名)のみが反対し、それ以外の会派は全て賛成し、条例が可決・成立した。賛成105議員・反対22議員であった。

「都民は、……いかなる場所においても、子どもに受動喫煙をさせることのないよう努めなければならない。」(第3条1項)との包括条項に加え、家庭内(第6条)、家庭外の施設(飲食店等)・喫煙室(第7条)、自動車内(第8条)、公園(第9条)、学校・保育所周辺の路上(第10条)、小児医療施設周辺の路上(第11条)における子どもの受動喫煙防止等を定めている。

全国初となる、子どもに特化した、また家庭内をも対象とした受動喫煙防止条例であったこと、また首長提案ではなく議員提案で行ったことから、テレビ⁶²⁾や新聞⁶³⁾にも多数取り上げられた。条例制定の過程が多くのメディアに取り上げられたこと自体も、人々への啓発に資するものであった。

2) 家庭内・自動車内

この条例は、児童虐待防止法を意識して策定されている。子どもの受動喫煙は、現行法の児童虐待防止法第2条の「児童虐待」の定義(例えば1号「身体的虐待」は「外傷」を要件とする。)に該当している訳ではないが、受動喫煙による乳幼児突然死症候群(SIDS)や喘息等の悪影響からすれば、子どもの受動喫煙は「児童虐待」との共通性があると考えられるべきである^{64, 65)}。

3) 屋 外

この条例は、通学路や公園や医療施設周辺等の屋外の受動喫煙防止にも活用が期待される。実際、東京都が管理する都立公園等では、灰皿の撤去・移動や喫煙者への周知・啓発が進められているし、都内の区市町村が管理する公園や路上でも、受動喫煙防止が進むと期待される。

たとえば、千代田区では、都の条例の施行日と同じ2018年(平成30年)4月1日から、子どもの利用が多い17公園を区的生活環境条例上の「路上禁煙地区」に指定し(千代田区生活環境条例21条に基づき、区長が告示して指定・変更できる)、公園の灰皿・屋外喫煙所を撤去し、さらに5月1日から罰則(過料2,000円)の適用を行っている。豊島区では、85カ所の区立公園の内22カ所が全面禁煙となっていたが、新たに2018年(平成30年)10月1日から56の公園を全面禁煙化し、喫煙者の多い繁華街の7公園については2年間で段階的に禁煙化していくということである。公園のほか、児童遊園、区民の森、日本庭園などを含めると計165施設のうち158カ所が全面禁煙となる。渋谷区においても、2018年(平成30年)4月1日から、区立公園(もともと2014年/平成26年4月1日から全123カ所の公園が全面禁煙又は分煙公園とされていた。)に「禁煙」のぼり旗を設置した。

4) 行政への影響

条例という法形式で制定することによって、執行機関の首長(執行機関)や職員担当者(補助機関)が誰であっても、交代しても継続的(永続的)に、また、議会構成が変わっても条例が廃止されない限り継続的(永続的)に、条例の誠実な執行が義務付けられる⁶⁶⁾。

また、予算の調製は首長の権限であるが(地方自治法149条2号)、首長には、条例に基づく事務の誠実な執行として、必要に応じて当該予算を盛り込んだ予算案を作成すべきことが期待される。

東京都は、従前、未成年者の喫煙防止には予算措置を講じてきたが、子どもの受動喫煙防止には特に予算を設けていなかった。この条例施行に際して、東京都福祉保健局は、幼稚園・小中高3,600カ所、保育所4,000カ所、医療機関1万4,600カ所、飲食店関係団と連携して、子どもの受動喫煙防止の周知・啓発に努め、予算を投じた。また、ニコチンの依存性に関する教育も一層充実させていくとのこ

とである⁶⁷⁾。

5) 他市への波及

この条例は、広島県福山市にも波及し、「福山市子ども及び妊婦を受動喫煙から守る条例」⁶⁸⁾が議員提案で上程され、2018年3月22日に市議会全会一致で可決・成立し、4月1日から施行された⁶⁹⁾。

また、報道によれば、大阪府議会においても、子どもや妊婦を受動喫煙から守る条例案が、議員提案で上程される予定があるとのことである。

さらに、兵庫県の受動喫煙防止条例の見直しを議論している検討委員会では、「東京都子どもを受動喫煙から守る条例」を踏まえて、自家用車、喫煙できるレストランへの同伴、自宅・家庭内における子どもの受動喫煙防止について検討が行われている。都の条例では、いずれも「努力義務」にとどまっているが、兵庫県の検討委員会⁷⁰⁾では、自家用車については「罰則」を設けるべきとの意見に加え、家庭内には罰則までは設けないが、努力義務にとどまらず全面的に「義務化」すべきとの意見が複数の委員から出ている。「子どもの受動喫煙は、児童虐待であると見なしてよい」との意見も委員から発言があった。

6) 国の健康増進法改正への影響

前述の改正健康増進法には、次の条項が加わっている。この条項は、1年前の厚労省案には、見られなかったものである。なお、罰則は無い。

(喫煙をする際の配慮義務等)

第25条の3

何人も、喫煙をする際、望まない受動喫煙を生じさせることがないよう周囲の状況に配慮しなければならない。[公布後六月以内の施行。法律の全面施行時には第27条に繰り下がる。]

法律案概要では、「屋外や家庭等において喫煙をする際、望まない受動喫煙を生じさせることがないよう周囲の状況に配慮しなければならないものとする。」と説明されている⁷¹⁾。この1年の間に厚労省の法案に「屋外や家庭等」に関するこの条項が追加されたのは、「東京都子どもを受動喫煙から守る条例」制定が影響した可能性も考えられる。

もともと筆者は、国の法改正において、子どもの生活空間における受動喫煙防止法制の議論が脱漏

している状況を憂慮し⁷²⁾、地方自治体でこの条例を制定する活動を行った。そうしたところ、国の法改正が1年延びた間に新たに策定し直された法案では、屋外や家庭等の子どもの生活空間を包含し、また対象を子どもや妊婦に限定しない、より広汎に及ぶ「配慮義務」規定が全国に導入された。この条項は、筆者にとって、想定を超える望外の喜びである。筆者が策定・実現した条例が影響しているとすれば、一層の喜びである。地方自治体の条例制定をてこに、国の法案に影響を与えた可能性があると考えられる。

この法律により、東京都に限らず全国において、また、子どもや妊婦に限らず誰でも、屋外や家庭等における望まない受動喫煙から守られるべきとの法的根拠が得られたといえる。

7) 今後の展望

行政も、医療関係者も、一般市民も、健康増進法の上記「配慮義務」の条項をぜひ活用して、屋外や家庭等における受動喫煙防止を推進して頂きたい。啓発や教育の場面においても、また、民事の交渉・調停・訴訟においても、活用が期待できる条項である。

特に、近年問題となっている集合住宅のベランダ喫煙・換気扇下喫煙や住宅近接地の隣家喫煙などを含む近隣住宅受動喫煙トラブル⁷³⁾、コンビニ灰皿撤去訴訟など⁷⁴⁾にも活用が期待できる。

上記健康増進法の「配慮義務」が成立したことにより、子どもの受動喫煙防止条例を今後新たに制定する意義は相対的に低下したものの、受動喫煙は「児童虐待」との共通性があるという注意喚起・啓発、人々の意識や慣行の変革を図るとともに、行政による誠実な執行と予算調製を推進する上では、子どもの受動喫煙防止条例を制定する意義はなお存する。

また、東京都及び福山市の条例が法律を越えている特色として、残留タバコ臭、いわゆる三次喫煙・サードハンドスモークも受動喫煙の定義に明示的に含んでいる⁷⁵⁾。

さらには、自動車内の子どもの受動喫煙を罰則をもって禁止する条例の出現にも期待したい⁷⁶⁾。

ぜひ健康増進法の「配慮義務」条項の活用とともに、さらに法律に上乘せする子どもの受動喫煙防止条例を、引き続き各地の地方自治体で検討し、制定に向けて取り組んで頂くよう期待したい。

そのためには、医療関係者及び市民の活動、政治・行政への働きかけが重要である。

7. まとめ

東京都受動喫煙防止条例の制定、健康増進法の改正、子どもを受動喫煙から守る条例の制定があったことは、我が国の受動喫煙対策において、極めて重要な歴史的一歩といえる。

罰則を含めた全面施行(2020年4月1日)に向けて(図4)、条例の実効性をより高めるよう、また条例が周知徹底されるよう、引き続き医療関係者及び市民の活動が重要である。

図および脚注の全てのURLの最終アクセス日:2018年11月17日

- 1) 「東京都受動喫煙防止条例」の条文
<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kensui/tokyo/file/judokistuenboshijorei.pdf>
- 2) 「健康増進法」の新旧対照条文
<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/dl/196-14.pdf>
「健康増進法」の改正法の条文
<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/dl/196-13.pdf>
- 3) 「千葉市受動喫煙の防止に関する条例」の条文
<http://www.city.chiba.jp/hokenfukushi/kenkou/kikaku/documents/jourei.pdf>
- 4) 「東京都子どもを受動喫煙から守る条例」の条文
http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kensui/kitsuen/kodomojourei/291013_tokyotokoho.pdf
- 5) 「福山市子ども及び妊婦を受動喫煙から守る条例」の条文
http://www.city.fukuyama.hiroshima.jp/uploaded/life/114882_324653_misc.pdf
- 6) 厚労省 平成28年(2016年)10月 受動喫煙防止対策の強化について(たたき台)
<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000140821.html>
なお、時系列の一覧として、子どもに無煙環境を推進協議会のサイト
<https://notobacco.jp/pslaw/>
- 7) 厚労省 平成29年(2017年)3月1日 受動喫煙防止対策の強化について(基本的な考え方の案)
<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000153190.html>
- 8) 厚労省 平成28年(2016年)9月2日「喫煙と健康 喫煙の健康影響に関する検討会報告書」について
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000135586.html>
国立がん研究センター リーフレット
http://ganjoho.jp/data/reg_stat/cancer_control/report/tabacoo_report/tabacoo_leaflet.pdf
- 9) 厚労省 後掲注26中の「健康増進法の一部を改正

する法律 参考資料」平成30年(2018年)3月9日掲載・4月24日更新

<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000338604.pdf>

- 10) 日本学術会議 平成20年(2008年)3月4日 「要望 脱タバコ社会の実現に向けて」
<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-t51-4.pdf>
- 11) 外務省ホームページ
https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/treaty/treaty159_17.html
- 12) WHO FCTCのホームページ
<http://www.who.int/fctc/guidelines/en/>
厚労省 たばこ規制枠組条約第2回締約国会議の概要
<http://www.mhlw.go.jp/topics/tobacco/jouyaku/071107-1.html>
厚労省ほか WHO たばこ規制枠組条約第8条の実施のためのガイドライン 仮訳
https://www.mhlw.go.jp/topics/tobacco/dl/fctc8_guideline.pdf
日本禁煙学会の解説及び訳文
<http://www.nosmoke55.jp/data/0707cop2.html>
- 13) 前掲注6「たたき台」1頁3項、並びに、前掲注7「基本的な考え方の案」1頁冒頭、及び、前掲注7「受動喫煙防止対策徹底の必要性」1頁3段目。その元となるデータは、厚労省「国民健康・栄養調査」。最新版は平成29年結果の概要29頁
<https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/000351576.pdf>
なお、東京都の状況については東京福祉保健局「東京都民の健康・栄養状況」平成27年報告書25頁
http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kenkou/kenko_zukuri/ei_syo/tomineiyous.files/H27houkokusho1.pdf
- 14) 厚労省前掲注7「受動喫煙防止対策徹底の必要性」2頁末
- 15) 日本禁煙学会2012年2月23日 オリンピックと禁煙
<http://www.nosmoke55.jp/action/olympic.html>
- 16) 日本禁煙学会 ACTION
2010年3月26日
http://www.nosmoke55.jp/action/1003judoukitu_enbousihou.html
6月11日
<http://www.nosmoke55.jp/action/1006ban.html>
9月30日
http://www.nosmoke55.jp/action/1009ban_seigan.html
- 17) 厚労省 公聴会議事録
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000xlk7.html>
- 18) 参議院議員・松沢成文 2013年6月25日 みんな

- なの党・受動喫煙防止法案提出記者会見
<https://www.youtube.com/watch?v=GLfIkCWROgo>
- 19) 弁護士岡本光樹 弁護士ドットコムNEWS 受動喫煙防止法案を弁護士が批判する理由
https://www.bengo4.com/other/1146/1288/n_1325/
 大和浩 厚生労働科学研究費補助金 分担研究報告書 平成25(2013)年度
<http://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201315049A>
- 20) 前掲注7
- 21) 弁護士岡本光樹 2017年3月12日 弁護士ドットコムNEWS 飲食店や職場内「原則禁煙」とする厚労省案公表…自民たばこ議連案と比較して検証
https://www.bengo4.com/internet/n_5832/
 弁護士岡本光樹 同年4月27日 朝日新聞WEBRONZA 「職場で他人のタバコに悩まされるのは、労働者の人権侵害だ」
<http://webronza.asahi.com/national/articles/2017042500001.html>
- 22) 筆者は、これらの記事の中で、厚労省案を擁護し自民党たばこ議連案を批判しつつも、飲食店の店舗面積で例外を区切る厚労省案とは異なり、労働者の有無で線引きすべきという自説についても開陳した。「労働者を使用しない経営者だけ、いわゆる一人経営者の店を例外とするといった案が合理的だと考えます。」
 この自説が1年数か月後に東京都知事に採用され、東京都の条例として実現することになることは、その時点では全く想像すらしていなかった。
 また、東京都医師会・尾崎治夫会長も、同年3月3日の記者会見で、屋内全面禁煙が最も望ましいとしつつ、妥協案として、従業員がいない1人経営者に限れば、除外を容認する考えを示していた。
<https://www.cbnews.jp/news/entry/20170303190400>
- 23) 野上浩志「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」『日本禁煙学会誌』、2017年(平成29年)4月25日〈巻頭言〉
http://www.jstc.or.jp/uploads/uploads/files/gakkaisi_170425_34.pdf
- 24) 永江一石のITマーケティング日記「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?」
<https://www.landerblue.co.jp/blog/?p=31714>
- 25) 日本禁煙学会「提案・要望・声明」一覧
http://www.jstc.or.jp/modules/activity/index.php?content_id=7
 具体的には、
 ・受動喫煙対策に関するJTの最近の主張に対する反論(2016年8月8日)
 ・厚生労働省の「受動喫煙防止対策たたき台」に対する見解(2016年10月18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(2017年2月9日)
 ・面積で分けてはいけない理由(2017年4月28日)
 ・屋内全面禁煙(厚生労働省原案)を要望します(2017年5月24日)
 ・次期国会で屋内禁煙に関する健康増進法改正にあたって、塩崎恭久厚生労働大臣の意向を最大限尊重した閣議決定と、改正案の国会上程をお願いいたします(2017年7月17日)
 ・臨時国会で、受動喫煙防止法案を骨抜きにさせない為に、塩崎恭久厚生労働大臣の留任を望みます(2017年8月1日) ほか
- 26) 厚労省 健康増進法の一部を改正する法律(平成30年法律第78号)概要
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000189195.html>
- 27) なお、衆議院厚生労働委員会の附帯決議(平成30年6月15日)及び参議院厚生労働委員会の附帯決議(同年7月12日)が付されている。
http://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_rchome.nsf/html/rchome/Kanren/kourouFC70F8955C0E9EBD492582A6001EBABE.htm
http://www.sangiin.go.jp/japanese/gianjoho/ketsugi/196/futai_ind.html
- 28) 神奈川県受動喫煙防止条例制定時の神奈川県知事で、現在参議院議員の松沢成文議員は、参議院厚生労働委員会において次のように述べている。「神奈川県は百平米以下の飲食店を対象から外して努力義務にしてきたことを大失敗だというふうに思っています。やっぱり面積規制というのは不平等を生みますし、一番望ましいのは全部禁煙にすることなんです。百平米というのは余りにも広過ぎる。」「神奈川県条例の飲食店における面積要件を客席面積百平米以下にしたことに、実は明確な科学的な根拠があったわけではありません。当時、世界各国の事例を調査する中で、スペインが百平米以下としていたものを調査して参考にしたというものでございます。しかし、多くの飲食店が喫煙を許してしまい、余り実効性が上がらなかったということは反省材料である」(2018年7月5日) <http://kokkai.ndl.go.jp/SENTAKU/sangiin/196/0062/main.html>、
 「今回の政府案というのは、何と飲食店の半分以上が例外措置になってしまうという、言い方は失礼ですが、ざる法だというふうに思っております。」「私は、神奈川県で条例を作ったときに、百平米という面積の基準で、それより小さなお店は努力義務ということにせざるを得なかったんですね。というのは、そうしないと議会が通らなかったという非常に難しい政治状況でした。……約七〇%近い神奈川県の飲食店は結局受動喫煙の防止が徹底できなかったわけです。ですから、そういう意味において実効性が保たれなかった、大失敗であったというふうに私は申し上げました。……私は、この失敗

を二度と繰り返してはいけないということで、(発議・提出した対案の内容を説明)」(2018年7月10日) <http://kokkai.ndl.go.jp/SENTAKU/sangiin/196/0062/19607100062027a.html>

また、与党自民党の自見英子参議院議員から、参議院厚生労働委員会において次のような批判的意見も述べられた。「今回の法案は、一歩前進ではなく〇・一歩前進であるというふうに私は認識をしております。……今回の法律案は、いわゆるゴールにたどり着いたと言うには程遠い内容だということは政府としても十分に確認しているというふうに私も認識いたしました……大変残念ながら科学的な正しい理解の認識が共有できなかった、又は科学的な正しい理解を政策に反映するための力が医療界や患者団体からの支援も受けて国政に送っていただいている我々に足りなかったがためにこのような形での法案提出になったんだということで、大変じくじたる思いでございます。……粒子の小ささ、それから副流煙の害の強さ、そして残留受動喫煙の三つの認識のずれ、こういったものを正したその上で対策をするのであれば、基本的には分煙というものを同じ敷地内で厳密に行うことはかなり困難であるということも分かるかと思います。FCTC条約はここに根拠があるというふうに思っております。よって、敷地内全面禁煙で、かつ喫煙所の設置なしというのがやはり望まない受動喫煙を減らすそのゴールになろうかというふうに思っております」(2018年7月5日) 上記URL

- 29) 日本禁煙学会2018年6月21日 穴見陽一議員宛抗議文
<http://www.jstc.or.jp/uploads/uploads/files/information/20180621ANAMI.pdf>
- 30) 都民ファーストの会 政策パンフレット2017
<https://dashboard.tomin1st.jp/wp-content/themes/tomin1st/seisaku.pdf>
- 31) 2017年6月3日 国分寺駅南口街頭演説
- 32) 詳しくは、岡本光樹 2017年11月号 禁煙ジャーナル(一般社団法人タバコ問題情報センター代表理事 渡辺 文学)
- 33) 東京都知事記者会見 平成30年(2018年)4月20日
http://www.metro.tokyo.jp/tosei/governor/governor/kishakaiken/2018/04/documents/180420_01.pdf
- 34) 東京都福祉保健局「東京都受動喫煙防止条例」
http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kensui/tokyo/kangaekata_public.html
- 35) 都議会だより 平成30年(2018年)7月28日発行
<https://www.gikai.metro.tokyo.jp/newsletter/pdf/328.pdf>
- 36) 前掲注26
- 37) 東京都福祉保健局 2018.06.22
<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kensui/tokyo/file/0020180622.pdf>
- 38) 米重克洋 YAHOO! ニュース

<https://news.yahoo.co.jp/byline/yoneshigekatsuhiro/20180525-00085629/>

- 39) 2018年7月31日 朝日新聞

- 40) 前掲注25の日本禁煙学会「提案・要望・声明」から

http://www.jstc.or.jp/modules/activity/index.php?content_id=7

- ・いわゆる「新しいタバコ」に対する日本禁煙学会の見解(2016年4月11日)
- ・加熱式電子タバコの危険性(2017年7月4日)
- ・「加熱式電子タバコ」は、普通のタバコと同様に危険です。受動喫煙で危害を与えることも同様で、認めるわけにはいきません(2017年7月21日)

- 41) 前掲注26

- 42) 都議会厚生員会速記録 平成30年(2018年)6月25日

<https://www.gikai.metro.tokyo.jp/record/welfare/2018-10.html>

- 43) 同日の同委員会では、都議会自民党も条例修正案を提出した。知事提案の条例は、労働者がいない飲食店を特例として原則屋内禁煙の規制の例外とする。自民党修正案は、これに加えて、全ての従業員が同意している場合をも特例として例外とするというもので、例外対象を拡大する内容であった。

労働者の同意を要件として例外を設けることについては、筆者も腹案として想定していた。筆者は「労働者の意向を適切に反映できるような許認可制」(平成29年/2017年12月8日 都議会本会議一般質問・後掲注49)を検討していた。すなわち、許認可制という厳格な手続要件の下で、限定的に例外を認める案を検討していた。他方、都議会自民党は、質疑において、「経営者等から圧力がかって、必ずしも本意ではないんだけど同意書を書いた」場合を想定した筆者の質問に対し、「現場においては、そういった問題はない」等と答弁し、また、労働者が一旦同意したら契約内容となる旨答弁し、同意の撤回は容易にできない仕組みを考えていたようであり、都議会自民党案は、基本的に労働者保護よりも「事業主の自主性」に重きをおいた内容であった。自民党修正案も否決となった。

- 44) 日本禁煙学会 2018年5月18日付け道府県知事・政令市長等宛て「東京都・受動喫煙防止条例と趣旨の条例制定を進めてください」

<http://www.jstc.or.jp/uploads/uploads/files/information/2018518c.pdf>

日本禁煙学会 2018年7月5日付け「兵庫県受動喫煙の防止等に関する条例の見直し検討に当たっての意見陳述書」

<http://www.jstc.or.jp/uploads/uploads/files/information/Hyogoken201875.pdf>

- 45) 千葉市 受動喫煙対策

<http://www.city.chiba.jp/hokenfukushi/kenkou/>

- kikaku/judoukituen.html
- 46) 千葉市受動喫煙の防止に関する条例(仮称)の基本的考え方(案)について
https://www.city.chiba.jp/hokenfukushi/kenkou/kikaku/documents/judoukituenjourei_kihonteki_kangaekata.pdf
 上記のパブリックコメント手続実施シート
https://www.city.chiba.jp/hokenfukushi/kenkou/kikaku/public_comment.html
- 47) 厚労省労働基準局安全衛生部環境改善室
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000049868.html>
- 48) 東京都産業労働局
<http://www.sangyo-rodo.metro.tokyo.jp/tourism/kakusyu/syukuhaku/>
- 49) 岡本こうき 平成29年(2017年)12月8日 東京都議会本会議一般質問
<https://www.gikai.metro.tokyo.jp/record/proceedings/2017-4/03.html#11>
 岡本光樹 アゴラ掲載 受動喫煙防止条例案のポイントを都ファ都議が解説
<http://agora-web.jp/archives/2032297.html>
- 50) 平成30年(2018年)6月19日 東京都議会本会議代表質問
<https://www.gikai.metro.tokyo.jp/record/proceedings/2018-2/02.html#03>
- 51) 都議会厚生員会速記録 平成30年(2018年)6月21日 参考人 東京都医師会会長・尾崎治夫 質疑も同様の意見
<https://www.gikai.metro.tokyo.jp/record/welfare/2018-08.html>
- 52) 千葉市保健福祉局健康部健康企画課 「屋内禁煙化に対する助成」
<https://www.city.chiba.jp/hokenfukushi/kenkou/kikaku/30jigyousyasien.html>
 平成30年度9月補正予算の概要
<https://www.city.chiba.jp/zaiseikyoku/zaisei/zaisei/documents/3009hoseigaiyou.pdf>
 なお、2018年9月4日 日経新聞にて報道
- 53) 鳥取県平成30年度9月補正予算 健康政策課 受動喫煙防止対策推進事業「施設の禁煙化支援」
http://db.pref.tottori.jp/yosan/30Yosan_Koukai.nsf/55083148a0850f7d492578e60018079f/4938db0a021cc98f492582fe002c6830?OpenDocument
- 54) 「喫煙権」の請求権的側面(行政に対して喫煙助長のための作為を求めること)はないというべきである。
 岡本光樹 後掲注61 平成29年度 分担研究報告書(2018年7月公開)118頁
- 55) 千葉市においても、類似の考え方が示されている。「千葉市受動喫煙の防止に関する条例(仮称)の基本的な考え方(案)」に関するパブリックコメント手続で提出された意見の概要と市の考え方 No.30及び31において、「屋内の受動喫煙対策が進むと、建物敷地と道路等の境界付近など、屋外での喫煙が増加し、たばこの吸い殻の散乱による環境の悪化や歩行者等の受動喫煙による健康被害が増えることが懸念されますが、現状、一定程度の喫煙者が存在することを考慮すると、設置場所や構造など受動喫煙防止の配慮を行った上で、屋外での対策について、慎重に検討する必要があると考えています。」「実証事業を行う屋外喫煙所は、人通りの多い場所を避け、周囲へのたばこの煙に配慮して送風機を設置し、周囲を高さ3mのハイ・パーテーションで囲い、出入口をクランク型とすることとしています。」という千葉市の考え方が示されている。
https://www.city.chiba.jp/hokenfukushi/kenkou/kikaku/documents/pubcome_result_second-hand_smoke.pdf
- 56) 前掲注26の中の「国及び地方公共団体の責務について」
- 57) 東京都福祉保健局「禁煙希望者支援における取組の概要」
<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kensui/kitsuen/municipalities/>
- 58) 千葉市
<https://www.city.chiba.jp/hokenfukushi/kenkou/shien/kinnenn.html>
 吹田市
http://www.city.suita.osaka.jp/home/soshiki/divkenkoiryo/hokencjigyo/_73532/_86024.html
- 59) 国の第3期がん対策推進基本計画(2017年10月24日閣議決定)9頁【個別目標】として、「平成34(2022)年度までに、成人喫煙率を12%とすること」
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000196973.pdf>
 成人の喫煙率19.5%(平成22年)から禁煙希望者が禁煙した場合の割合(37.6%)を減じた値である12%を設定。(健康日本21(第二次)の推進に関する参考資料128頁)
https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkou_nippon21_02.pdf
 東京都がん対策推進計画(第二次改定)(2018年/平成30年3月)40頁「目標値」
http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/iryo_hoken/gan_portal/research/taisaku/suisin_keikaku/suisin_keikaku_secondrevision.html
- 60) 東京都福祉保健局「東京都子どもを受動喫煙から守る条例」を施行しました。
<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kensui/kitsuen/kodomojourei.html>
- 61) 岡本光樹 厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)平成29年度 分担研究報告書(2018年7月公開)「子どもを受動喫煙から守る条例の成立と考察」
<http://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/>

- NIDD00.do?resrchNum=201709004A
 条例の内容、草案段階の案文と各制定条文との比較、成立経緯、条例制定の意義・効果等について、より詳しく解説した。
- 62) 2017年8月29日NHK首都圏ネットワーク、同日TBS Nスタ、9月21日 テレビ朝日グッド!モーニング、9月22日 NHK金曜イチから、12月3日MXTV 激論!サンデーCROSS、2018年4月3日TBSあさチャン!
- 63) 2017年9月30日 毎日新聞、日経新聞、東京新聞
 2017年10月4日 朝日新聞、毎日新聞、日経新聞、東京新聞、読売新聞 等
 ネット記事として、
https://www.nikkei.com/article/DGXLASDG29HDK_Z20C17A8CC1000/
<https://news.yahoo.co.jp/byline/ishidamasahiko/20170829-00075089/>
<https://s.mxtv.jp/mxnews/kiji.php?date=46512152>
 ほか多数
- 64) 岡本光樹 2017年10月4日産経新聞iRONNA
<https://ironna.jp/article/7826>
- 65) 齋藤麗子 2018年6月23日 日本小児科医会総会フォーラムin横浜 シンポジウム1「子どもの虐待 新たな定義」
- 66) 地方自治法第138条の2
 「普通地方公共団体の執行機関は、当該普通地方公共団体の条例、予算その他の議会の議決に基づく事務及び法令、規則その他の規程に基づく当該普通地方公共団体の事務を、自らの判断と責任において、誠実に管理し及び執行する義務を負う。」
- 67) 岡本こうき 平成30年(2018年)3月14日都議会予算特別委員会質疑
<https://www.gikai.metro.tokyo.jp/record/budget/2018/3-01.html>
- 68) 福山市ホームページ
<http://www.city.fukuyama.hiroshima.jp/soshiki/kenkosuishin/114882.html>
- 69) 宮田明(福山市医師会喫煙対策委員会) 2018年5月号 禁煙ジャーナル
- 70) 兵庫県受動喫煙防止対策検討委員会会議録 平成30年(2018年)9月18日
<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf17/documents/995kaikaigiroku.pdf>
 なお、神戸新聞NEXT 2018年9月19日に報道。
- 71) 前掲注26中の
<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000338600.pdf>
 2頁2.(5)
- 72) 厚労省は2016～2017年時は、オリンピックに向けた飲食店や職場の規制の検討に手いっぱい、家庭内の子どもの受動喫煙防止の法制化を検討する状況になかったと筆者は認識している。
- 73) 近隣住宅受動喫煙被害者の会が2017年5月に発足した。現在1600人以上の登録がある。
<http://www.kinrin-judokitsuen.com/>
- 74) 岡本光樹2018年1月号『自由と正義』(日本弁護士連合会)「職場スモハラ訴訟・近隣住宅ベランダ喫煙訴訟・屋外灰皿撤去訴訟の到達点と今後」
- 75) 健康増進法の法律条文からは三次喫煙・サードハンドスモークを対象に含むとも含まないとも判然とせず、解釈に委ねられていると思われる。
- 76) オーストラリアでは16歳未満(州によっては18歳未満)の子どもが同乗している自動車内での喫煙が、罰則をもって禁止されている(2007年以後各州に拡大)。
 カナダでは16歳未満の子ども(州により2008～2010年頃から)、イングランドでは18歳未満の子ども(2015年から)、フランスでは12歳未満の子ども(2015年から)について適用されている。また、アメリカではカリフォルニア州及びオレゴン州(18歳未満の子どもに適用)をはじめ、8州及びいくつかの都市(州及び都市によって年齢は異なる)において、また、その他の国々、バーレーン、キプロス、モーリシャス、南アフリカ、アラブ首長国連邦などでも、こうした法律が適用されているとのことである。
https://en.wikipedia.org/wiki/Smoking_bans_in_private_vehicles

《原 著》

市中3病院におけるバレニクリンの治療成績と 関連する要因の検討

杉山牧子

三菱京都病院 内科

【目 的】 禁煙外来でバレニクリン(チャンピックス®)による治療をおこなった230名について治療成績に関連する要因を検討した。

【方 法】 異なる3病院における2012年4月から2016年9月までを対象者とした。治療12週間後で成功群と失敗群に分けて、差異を比較した。

【結 果】 成功者は157名(68.3%)、不成功者は73名(31.7%)であった。3病院別の成功率は73.6%、73.3%、56.6%であった。成功群では、年齢、ブリンクマン指数(BI)、禁煙達成の自信、通院回数、全5回受診者の比率が有意に高かった。一方、不成功群では、バレニクリンの副作用、それによる減量・中止、若年層、精神疾患患者の比率が有意に高かった。

【考 察】 有意差を認めた項目について多変量解析を施行したところ、禁煙成功に独立して最も関連する因子は全5回受診であり、最も妨げとなる因子はバレニクリンの副作用であると判明した。

【結 論】 禁煙成功の為に、全5回の定期受診を促すことと、バレニクリンの副作用を緩和することが最重要である。

キーワード: バレニクリン、チャンピックス®, 禁煙成功率、副作用、受診回数

緒 言

バレニクリン内服による禁煙治療については大学病院や関連施設からの報告が多いなか、相互に独立した市中3病院において相当数のデータを集積したので多変量ロジスティック回帰分析し報告する。3病院での多施設臨床研究であり、禁煙に対する意識や態度に差異はあったが、詳細に問診を聴取し得られたデータから禁煙結果に相関あるいは妨げる因子を調査した多施設臨床研究である。禁煙成功群と不成功群に分けて、禁煙治療成功に関連する因子を検討した。過去の報告と照らし合わせて考察も加えた。

研究対象・方法と調査項目: 本論文は2012年4月から2016年9月まで、宇治市1病院・京都市1病

院・大阪府1病院にある一般市中の3病院の禁煙外来にて、バレニクリンで禁煙治療を行った230名を対象とした多施設臨床研究である。12週間の標準禁煙プログラムに基づき計5回の通院治療をおこなった。バレニクリン処方開始時の問診で年齢、性別、身長、体重、基礎疾患、禁煙治療の動機、禁煙達成の自信の有無(0~100%、0%は自信が全くない、100%はとても自信がある)、喫煙に伴う症状、過去の禁煙回数、同居する喫煙者の有無を聴取し、BI、呼気一酸化炭素(Carbon monoxide; CO)濃度測定、Body Mass Index (BMI)、Tobacco Dependence Screener (TDS)、ベックうつ病調査表(Beck Depression Inventory; BDI)あるいは、うつ病簡易評価尺度(Center for Epidemiological Studies Depression Scale; CES-D)を聴取し調査した。呼気CO濃度はマイクロスモーカーライザー®(Bedfont Scientific Ltd.)またはマイクロCOモニター®(フクダ電子株式会社)で毎回測定した。

対象者を12週後の禁煙達成の有無により、禁煙成功群(157名:68.3%)と禁煙失敗群(73名:31.7%)に分けて両者の差異を検討した。試験開始時の問診

連絡先

〒615-8087

京都市西京区桂御所町1番地

三菱京都病院 内科

TEL: 075-381-2111

e-mail: makky-55@ninus.ocn.ne.jp

受付日 2018年3月12日 採用日 2018年10月4日

で悪心・嘔吐の出現が予想された患者と、試験開始後に悪心・嘔吐を自覚した患者に対してメトクロプラミドを同じ服用方法で併用し、バレニクリン内服治療を継続するよう同様に指導した。本研究は患者の承認と、各病院における倫理に関する委員会承認を得て、個人が特定できないように配慮して処理をおこなった。

効果判定：禁煙達成は、まず4週間禁煙を確認した上で、呼気CO濃度が改善していることを確認した。さらに治療開始12週後の時点で、患者本人から禁煙の事実を確認し、呼気CO濃度が7ppm以下を満たすものとした。5回受診はしなかったが、来院時や電話連絡にて12週間後での禁煙継続を確認できた者も成功群とした。一方、途中で再喫煙した症例、4週間禁煙を確認できなかった症例、明らかに中断・失敗と考えられる症例を不成功群とした。禁煙の自己申告と異なり、呼気CO濃度測定値が7ppm以上となった症例も不成功とみなした。またバレニクリン内服中の副作用・ニコチン離脱症状と、治療開始12週間後の禁煙達成の有無についてもカルテより調査した。

統計解析：調査票はExcel (Microsoft Excel) にて解析をおこない、禁煙治療の成功群と不成功群に分け、有意差の有無を判定した。年齢、TDS値、BI値、1日本数、呼気CO濃度値、BMI、受診回数についてはWilcoxonのt-testを用いた2群間比較をおこなった。性別、副作用の有無、減量・中止の有無、禁煙達成の自信の有無、精神疾患の有無、抑うつ症状の有無、基礎疾患の有無、過去の禁煙チャレンジ歴の有無、全5回受診の有無については、 $2 \times 2 \chi^2$ -testで解析した。有意水準は5%未満とした(表1)。単項目での解析により有意差を認めた項目を選んで、SPSS ver.20.0 (エス・ピー・エス・エス株式会社)を用いて多変量ロジスティック回帰分析をおこなった(表2)。

結 果

単項目解析において(表1)、初診時間診票での禁煙達成の自信あり、年齢・BI値が高値、禁煙外来を全5回受診・受診回数が多い患者が禁煙成功群で有意に多かった。一方で、精神疾患の既往、バレニクリンの副作用出現、それによる減量・中止した患者

が失敗群で有意に多かった。

これらの有意差を認めた因子を選んで多変量ロジスティック回帰分析を施行したところ(表2)、全5回受診の有無(オッズ比13.257、 $p < 0.001$)、禁煙達成の自信の有無(オッズ比4.949、 $p < 0.001$)、バレニクリン減量・中止の有無(オッズ比3.961、 $p = 0.001$)、精神疾患の有無(オッズ比0.189、 $p = 0.004$)、バレニクリン副作用の有無(オッズ比0.086、 $p = 0.002$)、が独立して禁煙治療の成否に関与する因子として抽出できた。有意水準は5%とした(表2)。我々の多変量ロジスティック回帰分析から、禁煙成功に対して最も大きな正の影響を与える独立した因子は全5回受診で、2番目の正の因子が初診時間診票での禁煙達成の自信あり、3番目の正の因子がバレニクリンの副作用による減量・中止なし、であった。反対に、禁煙成功を最も妨げる独立した負の因子はバレニクリンの副作用で、2番目の負の因子が基礎疾患としての精神疾患、であった。全5回受診者においては年齢とBI値が有意に高値であったが、多変量ロジスティック回帰分析において年齢($p = 0.095$)とBI値($p = 0.521$)は、いずれも独立して禁煙治療の成否に相関する因子ではなかった。

1) 患者背景

結果を表1に示した。対象は230名。禁煙成功者は157名(68.3%)、不成功者は73名(31.7%)であった。単項目解析では成功者の中で男性が113名(72.0%)、女性が44名(28.0%)であった。不成功群では男性47名(64.4%)、女性26名(35.6%)であり、禁煙成功群・不成功群間に性差を認めなかった($p = 0.2442$)。平均年齢は禁煙成功群で59.2歳、不成功群では51.7歳で有意差を認めた($p = 0.0007$)。またBIの平均値は禁煙成功群で775.55、不成功群で620.31、と有意差を認めた($p = 0.0192$)。1日本数の平均値は禁煙成功群で20.7本、不成功群で21.6本と有意差を認めなかった($p = 0.5733$)。BMIの平均値は、禁煙成功群で23.4、不成功群で23.0であり有意差がなかった($p = 0.5323$)。TDSの平均値は、禁煙成功群で7.5点、不成功群で7.7点と有意差を認めなかった($p = 0.5319$)。呼気CO値の平均値は、禁煙成功群で17.6ppm、不成功群で20.0ppmと有意差を認めなかった($p = 0.3070$)。

喫煙に伴う症状

単項目解析の結果を表1に示す。初診時間診票での回答者225名のうち、禁煙成功者は153名、不成功者は72名であった。喫煙に伴う咳・痰・息切れ・咽頭の不快感等の症状を持つ患者数は禁煙成功群で143名(93.5%)、不成功群では62名(86.1%)で有意差を認めなかった($p = 0.0706$)。

既往歴・基礎疾患

単項目解析の結果を表1に多変量ロジスティック

回帰分析の結果を表2に示す。基礎疾患を有する患者は回答者225名成功群で116/153名(75.8%)、不成功群で60/72名(83.3%)であった。2群間での比率に有意差がなかった($p = 0.2026$)。主な基礎疾患(重複あり)は、呼吸器疾患(COPD、気管支喘息、肺炎)患者69名、循環器疾患(高血圧症、虚血性心疾患)患者55名、精神疾患(うつ病、統合失調症、適応障害、パニック障害)患者24名であった。初診時のBDI、CES-Dの結果より抑うつ状態と判定した患者は106名であった。既往としての精神疾患の有無

表1 禁煙成功群と禁煙失敗群における背景の比較
対象者230名を禁煙成功群と禁煙失敗群に分けて差異を検討した。

	成功群 (n = 157)	不成功群 (n = 73)	p値
性別 (M/F) 人	113/44	47/26	0.2442
年齢 (歳)	59.2 ± 15.1	51.7 ± 18.6	0.0007 *
TDS (点)	7.5 ± 1.6	7.7 ± 2.3	0.5319
BI値	775.6 ± 588.0	620.3 ± 372.4	0.0192 *
1日本数	20.7 ± 14.5	21.6 ± 20.3	0.5733
呼気CO濃度 (ppm)	17.6 ± 16.1	20.0 ± 16.3	0.3070
BMI値 (kg/m ²)	23.4 ± 4.2	23.0 ± 5.6	0.5323
禁煙外来の受診回数	4.6 ± 2.0	2.9 ± 1.7	< 0.0001 *
全5回受診者数 (%)	114/157 (72.6)	17/73 (25.8)	< 0.0001 *
喫煙に伴う症状あり (%)	143/153 (93.5)	62/72 (86.1)	0.0706
基礎疾患あり (%)	116/153 (75.8)	60/72 (83.3)	0.2026
精神疾患あり (%)	8/153 (5.2)	16/71 (22.5)	0.0001 *
抑うつあり (%)	69/146 (47.3)	37/61 (60.7)	0.0788
禁煙達成の自信あり (%)	97/143 (67.8)	25/67 (37.3)	< 0.0001 *
過去の禁煙チャレンジ歴あり (%)	102/152 (67.1)	43/71 (60.6)	0.3399
バレニクリンの副作用あり (%)	119/154 (77.3)	54/57 (94.7)	< 0.0001 *
副作用としての 消化器症状あり (%)	67/154 (43.5)	31/57 (54.4)	0.1594
バレニクリンの 減量・中止あり (%)	66/145 (45.5)	53/71 (74.7)	0.0001 *

* $P < 0.05$ は有意差あり 年齢、TDS、BI、1日本数、呼気CO、BMI、受診回数については平均 ± SD

表2 多変量ロジスティック回帰分析による独立して禁煙治療の成否に関与する因子
表1で有意差を認めた項目を選んで多変量ロジスティック回帰分析をおこなった。

	β	オッズ比	95%信頼区間	p値
全5回受診あり	2.585	13.257	5.886 ~ 29.857	< 0.001 *
禁煙達成の自信あり	1.599	4.949	2.258 ~ 10.846	< 0.001 *
バレニクリンの減量・中止なし	1.377	3.961	1.771 ~ 8.861	0.001 *
精神疾患あり	-1.667	0.189	0.060 ~ 0.595	0.004 *
バレニクリンの副作用あり	-2.455	0.086	0.019 ~ 0.399	0.002 *

であるが、精神疾患患者が成功群で8名(5.1%)、不成功群では16名(21.9%)と著明な差($p = 0.0001$)を認めた。

初診時のBDI/CES-D

単項目解析の結果を表1に示す。初診時の問診票は施設のクリニカルパスにより異なっていた。宇治市の1病院ではBDI、京都市の1病院と大阪府の1病院では問診票がCES-Dを採用していたため、それを基に集計した。BDI値では11点以上を抑うつ状態、CES-D値では16点以上を抑うつ状態と判定した。成功群157名のうち回答者146人中で、抑うつ状態患者が69名(47.3%)、不成功群73名のうち回答者61名中で37名(60.7%)であり、有意差を認めなかった($p = 0.0788$)。

禁煙治療を始めた動機・きっかけ

初診時の問診票より回答者数221名(うち成功者数153名、不成功者数68名)において、最も多かった動機は ①体に悪いと考えたから・自発的に：成功群で62名(40.5%)、不成功群で26名(38.2%)($p = 0.7485$)、医師のすすめで：②成功群で57名(37.3%)、不成功群で23名(33.8%)($p = 0.6242$)、③有症状のため：成功群で33/120名(21.6%)、不成功群で19名(27.9%)($p = 0.3026$)といずれの項目も、2群間に有意差を認めなかった。

禁煙達成に対する自信の有無

単項目解析の結果を表1に、多変量ロジスティック回帰分析の結果を表2に示す。解析初診時の問診で、自信がある・もしくは自信度が50%以上と回答した患者を自信あり、自信がない・自信度が50%未満と回答した患者を自信なし、とみなした。回答者210名のうち、自信があると回答した患者は成功群143名中97名(67.8%)、不成功群67名中25名(37.3%)であり著明な有意差を認めた($p < 0.0001$)。

同居する喫煙者の有無

同居する家族の喫煙は回答者224名中成功群152名中で48名(31.6%)、不成功群72名中19名(26.4%)と2群間での単項目解析において有意差を認めなかった($p = 0.4282$)。

過去の禁煙チャレンジ

単項目解析の結果を表1に示す。過去に禁煙チャレンジ(自力で・数日間も含む)については、全回答者223名中で成功群152名中102名(67.1%)、不成功群71名中43名(60.6%)がチャレンジ歴ありと回答した。2群間での単項目解析において有意差を認めなかった($p = 0.3399$)。

2. 治療開始後の要因

バレニクリンの副作用

単項目解析の結果を表1に、多変量ロジスティック回帰分析の結果を表2に示す。回答者211名中、173名(82.0%)で副作用が認められた。回答者211名のうち成功群154名中119名(77.3%)、不成功群57名中で54名(94.7%)に出現し、やはり両群間で大きな有意差を認めた($p < 0.0001$)。主な副作用(重複あり)は消化器症状(悪心・嘔吐)が最も多く、禁煙成功群では67名(43.5%)、不成功群で31名(54.4%)に認めたが、両群間に有意差を認めなかった($p = 0.1594$)。

副作用によるバレニクリンの減量・中止

単項目解析の結果を表1に、多変量ロジスティック回帰分析の結果を表2に示す。回答者216名のうち成功群145名中で66名(45.5%)、不成功群71名中で53名(74.6%)が副作用により減量・中止した。これは両群間で著明な有意差($p = 0.0001$)を認めた。この結果からバレニクリンによる禁煙治療では、副作用が出現すると減量・中止につながり成功率が低下すると示唆される。

禁煙外来の受診回数

単項目解析の結果を表1に、多変量ロジスティック回帰分析の結果を表2に示す。途中で通院を中断し、電話等でも禁煙を確認できなかった患者は失敗群とみなした。禁煙成功群における全5回終了者は114名(72.6%)であったのに対して、不成功群では17名(25.8%)にとどまり著明な有意差($p = 0.0000$)を認めた。また受診回数であるが、成功群の平均回数が4.6回であったのに対して、不成功群では3.0回と大きく下回り有意差を認めた($p < 0.0001$)。5回終了者の成功率が72.6%であったのに対して、5回未満受診者の成功率は46.7%であり有意差を認めた($p < 0.0001$)。

考 察

本研究は大学病院ではなく、一般の市中病院でおこなったものである。バレニクリンによる禁煙治療成績に関与する影響について、詳細な問診・データを取りさまざまな側面から検討した。宇治市の1病院、京都市の1病院と大阪府の1病院での、それぞれ独立した多施設における臨床研究であり禁煙成功率は各々、宇治市の病院で73.6%、京都市の病院で73.3%、大阪府の病院で56.6%であった。単に立地の問題だけとは言えない可能性があり、施設ごとに解析を行った。大阪府の1病院では1回だけの通院で中断した患者割合が19.7%と明らかに多かった。宇治市の1病院では2.3%、京都市の1病院では6.7%であった。また初診時間診票で禁煙の自信ありと回答した患者割合が、宇治市の1病院で57.5%、京都市の1病院で71.7%であったのに対して、大阪府の1病院では48.6%と低かった。この大阪府の1病院では、気軽に禁煙治療を始める患者が多かった半面、禁煙できずに短期間で中断したケースを散見した。3施設でのバレニクリンによる12週での禁煙成功率は68.3%であった。これは本邦からの報告や先行研究^{1~3)}の達成率(60~80%台)と同等の結果であった。

230例のうち禁煙成功群での5回すべて通院した患者は72.6%と高く、この結果も過去の報告^{1,4)}と合致した。我々の多変量ロジスティック回帰分析からも禁煙成功と相関関係を認め、最も大きな正の影響を与えると判明した(表2)。禁煙外来の受診回数の平均値も成功群と不成功群で有意な差を認めた($p < 0.0001$)。これは吉井ら¹⁾安田ら⁴⁾今本ら⁵⁾の報告と合致する結果であり、可能な限り全5回の通院を続けることが望ましい。

初診時間診票で自信があると回答した患者の割合は禁煙成功群と不成功群で有意差を認めた($p < 0.0001$)。この結果は過去の報告^{3,6,7)}と合致した。我々の多変量ロジスティック回帰分析においても禁煙成功と相関関係を認め、2番目に正の影響が大きかった因子である(表2)。禁煙成功の要因として「自分の意志の強さ」「決意の強さ」、失敗の要因として「意志の弱さ」「誘惑に負けた」など患者の意志の強弱との関連が明らかであったと板倉ら⁸⁾は報告している。

精神疾患がある患者の割合は成功群で8名(5.1%)、不成功群では16名(21.9%)と両群に大きな差を認

めた($p = 0.0001$)。本研究からも精神疾患を併存している場合は全体や他の合併症を併存している場合に比較し禁煙治療が不成功に終わる例が多く、中野ら⁹⁾の報告結果と合致した^{1~3,9)}。我々の多変量ロジスティック回帰分析では禁煙成功に独立して負の影響を与える因子と判明した(表2)。「タバコをやめる自信がない」と中断する症例や、体調不良のため定期的な診察日に受診できず、結果的に中断となった症例も多かった。精神疾患例でのみ禁煙成功率が有意に低く、精神疾患以外の基礎疾患例では2群間で有意差を認めなかったのは岡崎らの報告²⁾と同様であった。

当科でのバレニクリンの副作用は、回答者211名のうち成功群154名中119名(77.3%)、不成功群57名中で54名(94.7%)に出現し、両群間で差異を認めた($p < 0.0001$)。吉井ら¹⁾も両群に有意差があったと報告している($p = 0.0407$)。我々の多変量ロジスティック回帰分析では禁煙成功を最も妨げる独立した因子であった(表2)。バレニクリン内服時に出る消化器症状・頭痛・睡眠障害・気分の落ち込み等の症状が、バレニクリンの副作用なのか、ニコチンからの離脱症状によるものか、はっきりとはしなかったため、まとめて集計した。今回、経験した副作用では嘔気・嘔吐などの消化器症状が谷口ら¹⁰⁾の報告^{2,3,10,11)}と同様に最多であり、過去の報告^{10,11)}と同様の出現率であった。

副作用によるバレニクリンの減量・中止は回答者216名のうち成功群145名中で66名(45.5%)、不成功群71名中で53名(74.6%)であり両群間で著明な有意差を認めた($p = 0.0001$)。我々の多変量ロジスティック回帰分析において、バレニクリンを減量・中止しないことは、禁煙成功と相関関係を認め、3番目に正の影響が大きかった因子である(表2)。ゆえに副作用が出てでもできるだけ減量せずに、常用量の内服を続けることが禁煙成功の鍵と言えよう。鬼澤らの報告¹²⁾では、バレニクリンは用量依存性の有効性であることから常用量の維持が重要であり、必要な場合は制吐剤を併用するなどして地道な内服継続が必要であると述べている。

平均年齢は禁煙成功群で59.2歳、不成功群で51.7歳と単項目解析では有意差を認めた($p = 0.0007$)(表1)。この結果は年代が上がるにつれて禁煙成功率が高いとする安田の報告⁴⁾や、若い人ほどタバコを止めにくいとする佐久間の報告⁶⁾と合致し

た。またBIの平均値は禁煙成功群で775.6、不成功群で620.3と有意差を認め($p = 0.0192$) (表1)、安田ら⁴⁾の報告($p = 0.037$)と同様であった。一日本数の平均値は禁煙成功群で20.7本、不成功群で21.6本と変わらなかった($p = 0.5733$)ことから、喫煙年数が多い患者において禁煙成功率が高いと示唆される。この理由として安田ら⁴⁾は、高齢者ほど身近で禁煙の必要性を強く感じる機会が増え、そのため禁煙に取り組む意志も強く、禁煙成功率が高くなると報告している。

過去の報告によると女性は禁煙を成功しにくいと散見したが、本研究の単項目解析(表1)では禁煙成功群と不成功群間に性差を認めなかった($p = 0.2442$)。この理由として、バレニクリンは脳内レセプターに直接作用するので男女差を生じにくい可能性があると平田ら¹¹⁾は報告している。呼気CO値の平均値は禁煙成功群と不成功群で単項目解析(表1)においては有意差を認めなかった($p = 0.3070$)が、この結果は堀江らの報告⁷⁾と同様であった。

特に全5回受診が重要と考え、230症例を全5回受診できた群と、1～4回受診群に分けて解析したところ、単項目解析において全5回受診群では、年齢とBI値が有意に高値であった。これらの結果より、仕事が忙しく受診が途絶えがちな若年層・喫煙年数が短い層を全5回受診に導くか、ということが大切になってくる。若年層では仕事上のストレス・職場内喫煙者・会食での喫煙の機会が多い。そして、禁煙が継続できていないと心理的に受診しにくくなり、外来受診を中断することにつながる⁸⁾。この問題点を克服するヒントとしては、過去の報告が参考になるだろう。禁煙治療を始めた動機について石井ら³⁾のアンケート調査では、全体の50%が医師の勧め・30.6%が家族の勧めであったと回答している。そして阿部ら¹³⁾は医療者による適切な介入が受診者の動機を強化し、禁煙という行動変容を決意させると論じている。この考えはBeckerのヘルスベリーフモデルに基づくとしており複数の医療者から禁煙を勧められることは、より成功率を高めると述べている。面接回数を多く、できるだけ長期間に介入すると禁煙率が高くなるとしている¹³⁾。初診時に全5回受診することが重要であると受診者に説明し、確実に全5回の定期受診ができるようにスケジュールを組むこと、禁煙外来に携わる医療者が支援者となりサポートすること、再喫煙した場合であっても諦めずに全5

回受診を促すことが最重要である。

おわりに

今回、禁煙外来で経験したバレニクリンによる12週治療成績に関する禁煙治療の結果を報告した。回答者の82%に何らかの副作用を認めたが、副作用に対処しながら通院治療を続け、多数の患者を禁煙治療できたと考えている。禁煙成功のために禁煙治療・カウンセリングにあたる医師・看護師は、時には患者家族と連携しながら12週・全5回のプログラムを完遂する事が最重要である。

謝 辞

本研究において多変量解析法を御教授いただいた京都保健会 臨床研究部 富田 豊 先生、協力してくださった3病院における禁煙外来の受診者、スタッフの皆様から感謝いたします。

引用文献

- 1) 吉井千春, 西田千夏, 川波由紀子, ほか: バレニクリン(チャンピックス®)による12週治療成績の検討. 禁煙会誌2013; 8: 13-20.
- 2) 岡崎伸治, 上田恵一: バレニクリンを用いた禁煙治療効果の検討—禁煙成功率と性別, 年齢との関連—. 日呼吸会誌2013; 2(4): 327-332.
- 3) 石井正和, 大西 司, 森崎 慎, ほか: 禁煙補助薬であるバレニクリンの治療反応性. 禁煙会誌2017; 12: 58-63.
- 4) 安田万里子, 鈴木絢子, 高橋麻美, ほか: 当クリニックにおける禁煙外来の治療成績及びそれに関連する要因の検討. 総合健診2015; 42: 9-15.
- 5) 今本千衣子, 鈴木克子, 高橋栄美子, ほか: 禁煙達成におけるバレニクリンとニコチンパッチの比較、および禁煙支援の効果の検討. 禁煙会誌2010; 5(1): 3-9.
- 6) 佐久間秀人: 一般外来での禁煙支援が、喫煙者の禁煙自信度・意欲度と行動変化に及ぼす影響について. 外来小児2008; 11: 2-13.
- 7) 堀江弘子, 中村隆典, 黒木茂高, ほか: 禁煙治療における患者背景と治療成績との関連性に関する調査結果. 医薬品情報2010; 11(3): 37-45.
- 8) 板倉洋子, 斉藤恵美子, 村松弘康: 診療所の禁煙外来受診者の自己効力感と禁煙継続との関係. 禁煙会誌2016; 11: 22-30.
- 9) 中野和歌子, 林 健司, 吉井千春, ほか: 精神疾患を併存しているニコチン依存症患者の禁煙治療成績. 禁煙会誌2011; 6: 91-97.
- 10) 谷口まり子, 谷村和哉, 千葉 渉, ほか: 禁煙補助薬バレニクリンによる嘔気出現に関連する患者背景の検討. 禁煙会誌2015; 10: 7-12.

- 11) 平田明子, 佐藤静香, 永富英彦, ほか: バレニクリン(チャンピックス®)の使用経験について. 禁煙会誌2009; 4: 27-32.
- 12) 鬼澤重光, 谷口治子, 野津朋子, ほか: バレニクリン(varenicline)の有効性を維持する内服方法. 日呼吸会誌2010; 48(11): 791-796.
- 13) 阿部真弓: 禁煙指導法. 日呼吸会誌2004; 42(7): 607-615.

参考文献

- ・ 独立行政法人 労働安全衛生総合研究所: ストレスに関連する症状; 不調として確認することが適当な項目等に関する調査研究報告書. 平成22年10月; p.10.
- ・ 堤 明純: 職場におけるメンタルヘルス不調のスクリーニング. 総合健診2016; 43(2): 313-319.

Analysis of factors associated with varenicline therapeutic efficacy at three different hospitals

Makiko Sugiyama

Abstract

Objective: We evaluated the factors associated with varenicline(champix®) therapeutic efficacy for 230 patients in our smoking cessation clinic.

Subjects and Methods: Subjects were patients at three different hospitals from April 2012 to September 2016. We separated them into two, the success group and the failure group according to the outcome of the 12-week treatment, and evaluated the differences between the two groups.

Results: The success patients were 157 (68.3%), and failure patients were 73 (31.7%). At each 3 hospitals, the success rates were 73.6%, 73.3% and 56.6%. Elderly, high BI, having self-confidence in smoking cessation, and 5time attendance to our clinic were higher rates in the successful group significantly. On the other hand, side effects of varenicline, dose reduction and discontinuation, younger patients, and patients with psychiatric disorders were higher rates in the failure group significantly.

Findings: We performed multivariate analysis about the factors whose differences are recognized significantly. According to the analysis, for successful smoking cessation, the most contribution independently factor is 5time attendance to our clinic, and the most obstructive independently factor is side effects of varenicline.

Conclusion: For successful smoking cessation, it is the most important to promote a routine 5 time attendance to clinic and relieving side effects of varenicline.

Key words

Varenicline, Champix®, success rate of smoking cessation, side effect, The number of times of attendance

Department of Internal Medicine, Mitsubishi Kyoto Hospital

《原 著》

加熱式タバコの薬局での販売に関する 禁煙治療医師の意識

山本彩加¹、石橋正祥^{1,2}、大西 司³、巖本三壽¹、石井正和^{1,2}

1. 昭和大学薬学部生体制御機能薬学講座生理・病態学部門、2. 帝京平成大学薬学部生理・病態学ユニット、
3. 昭和大学医学部内科学講座呼吸器アレルギー内科学部門

【目 的】 薬局での加熱式タバコの販売や、薬局薬剤師の加熱式タバコ使用者に対する禁煙支援に関して、禁煙外来を行っている医師の考えを明らかにするためにアンケート調査を実施した。

【方 法】 禁煙外来を行っている医師(200名)を対象にアンケート調査を実施した。

【結 果】 回収率は37.0%(74名/200名)だった。加熱式タバコが紙巻タバコに比べて有害性が低いと感じる医師は約3割にとどまった。加熱式タバコにより薬物治療での疾患のコントロールに影響がでたと感じた医師が19名(25.7%)いた。医師は薬局での加熱式タバコの販売を制限し、薬局薬剤師が加熱式タバコ使用者に禁煙支援をすべきと考えていた。

【結 論】 加熱式タバコ使用者に対して、禁煙支援することは当たり前になってきている。医師は、薬局薬剤師が加熱式タバコ使用者に対して禁煙支援することを求めている。

キーワード：加熱式タバコ、医師、薬局薬剤師、禁煙支援

はじめに

近年の受動喫煙防止対策など禁煙意識の高まりとともに、非燃焼・加熱式タバコ(以下、加熱式タバコ)の利用者が増加している。このような状況を受けて日本呼吸器学会は、加熱式タバコや電子タバコについて、従来の紙巻タバコと同様に、使用者にとっても、受動喫煙させられる人にとっても、加熱式タバコは推奨できないとの見解を示している¹⁾。さらに加熱式タバコの主流煙や呼出煙中に含有される有害物質についても言及されており、主流煙中に含有される代表的な有害物質では、ニコチン、アクロレイン、ホルムアルデヒド、ポロニウムに関しては紙巻タバコとほぼ同レベル、呼出煙中に含有される代表的な有害物質では、ニッケル、クロムなどの重金属濃度は紙巻タバコの呼出煙よりも高い、PM2.5は紙

巻タバコの呼出煙よりも低い、通常の大気中濃度の14~40倍、ニコチンは紙巻タバコの呼出煙よりも低い、通常の大気中濃度の10~115倍、アセトアルデヒドは紙巻タバコの呼出煙よりも低い、通常の大気中濃度の2~8倍、ホルムアルデヒドは紙巻タバコの呼出煙よりも低い、通常の大気中濃度よりも20%高いと報告している²⁾。日本禁煙学会でも「加熱式タバコは、紙巻タバコと同様に危険であり、受動喫煙で危害を与えることも同様である」との緊急警告を出している³⁾。

フィリップ・モリス社は、米国ではFDA(Food and drug administration:食品医薬品局)に加熱式タバコのアイコス(iQOS)の販売申請を提出しているものの、その販売は未だ許可されていない^{4,5)}。本邦では、調剤を行う薬局は医療法で医療提供施設と定められているにもかかわらず、我々が2017年に薬局薬剤師を対象に実施した調査では、加熱式タバコの販売を行っている薬局が2.6%存在した^{6,7)}。したがって、薬局では来局者全員に無煙環境を提供できる施設であることが望まれるが、紙巻タバコと同様にヒトに危害を与える可能性がある加熱式タバコの販売を始めたことは問題である。加熱式タバコは2018年世界の30か国以上で販売されているが、2017年時

連絡先

〒164-8530
東京都中野区中野 4-21-2
帝京平成大学 薬学部 生理・病態学ユニット
石井正和
TEL: 03-5860-4038
e-mail: masakazu.ishii@thu.ac.jp
受付日 2018年4月26日 採用日 2018年10月4日

点で販売シェアの98%を日本が占めていることから、世界に先駆けて加熱式タバコへの対応を進める必要がある。

本研究では、禁煙外来を行っている医師を対象に、薬局での加熱式タバコの販売や、薬局薬剤師の加熱式タバコ使用者に対する禁煙支援をどのようにすべきか明らかとするためにアンケート調査を実施した。

方 法

1. アンケート対象者

「お医者さんガイド」⁸⁾にて、「禁煙外来」のフリーワード検索でヒットした医療機関より抽出した医師(200名)を対象に、アンケート調査を実施した。

2. アンケート調査

調査内容は「加熱式タバコに関する意識」、「加熱式タバコによる薬物治療への影響」、「薬局または薬局薬剤師の加熱式タバコへの対応」とした。アンケートは選択式と記述式を併用し、回答者の個人情報保護のために無記名とした。アンケートは2017年12月末に送付し、2018年2月末までに返信用封筒にて回収した。本調査は昭和大学薬学部の人を対象とする研究等に関する倫理委員会の承認(第304号)を得た後に実施した。

結 果

1. アンケート回収率および回答者背景(表1)

回収率37.0%(74名/200名)であった。平均年齢は51.8歳で、性別は男性が94.6%を占めた。喫煙者は0名、加熱式タバコ使用者は1名(1.4%)だった。開業医が94.6%で、タバコをかつて吸っていたが48.6%、喫煙経験なしが51.4%であった。

2. 加熱式タバコに対する意識調査(表2)

「加熱式タバコは紙巻タバコに比べて一次喫煙での有害性が低いと思うか」、「加熱式タバコは紙巻タバコに比べて二次喫煙での有害性が低いと思うか」、「加熱式タバコは紙巻タバコに比べて三次喫煙での有害性が低いと思うか」と聞いたところ、否定的な意見(「あまり思わない」と「全く思わない」)がそれぞれ48名(64.9%)、46名(62.2%)、45名(60.8%)であった。「禁煙したいのに禁煙できない喫煙者にとって、加熱式タバコはより安全な代替品になると

表1 回答者背景

	n = 74	%
年齢(平均値±SD、歳)	51.8 ± 8.0	
無回答	1	
性別		
男性	70	94.6
女性	4	5.4
勤務形態		
開業医	70	94.6
勤務医	4	5.4
その他	0	0.0
医師歴(平均値±SD、年)	25.7 ± 7.8	
無回答	1	
タバコを吸われますか?		
吸う	0	0.0
かつて吸っていた	36	48.6
喫煙経験なし	38	51.4
加熱式タバコを吸われますか?		
吸う	1	1.4
かつて吸っていた	1	1.4
喫煙経験なし	71	95.9
無回答	1	1.4

思うか」、「禁煙しようと思っていない喫煙者にとって、加熱式タバコはより安全な代替品になると思うか」、「加熱式タバコが、禁煙支援において有効な手段になり得ると思うか」と聞いたところ、それぞれ65名(87.8%)、59名(79.7%)、66名(89.2%)が否定的な意見であった。「加熱式タバコが、未成年者などの非喫煙者をタバコに誘導する要因になり得ると思うか」、「加熱式タバコの公共機関での利用について制限すべきだと思うか」と聞いたところ、それぞれ56名(75.7%)、71名(95.9%)が肯定的な意見(「とても思う」と「やや思う」)であった。

3. 加熱式タバコの病気や薬剤との相互作用(表3)

「加熱式タバコによって、薬物治療における疾患のコントロールに影響が出たと感じたことがあるか」、「加熱式タバコによって薬の相互作用によると思われる副作用が出たと感じたことがあるか」と聞いたところ、「ある」がそれぞれ19名(25.7%)、1名(1.4%)であった。

4. 薬局または薬局薬剤師の加熱式タバコへの対応(表4)

「加熱式タバコの薬局での販売について制限すべ

表2 加熱式タバコに対する意識

	n = 74	%
加熱式タバコは紙巻タバコに比べて一次喫煙での有害性が低いと思いますか？		
とても思う	2	2.7
やや思う	20	27.0
あまり思わない	17	23.0
全く思わない	31	41.9
わからない	4	5.4
加熱式タバコは紙巻タバコに比べて二次喫煙での有害性が低いと思いますか？		
とても思う	3	4.1
やや思う	20	27.0
あまり思わない	23	31.1
全く思わない	23	31.1
わからない	5	6.8
加熱式タバコは紙巻タバコに比べて三次喫煙での有害性が低いと思いますか？		
とても思う	0	0.0
やや思う	21	28.4
あまり思わない	23	31.1
全く思わない	22	29.7
わからない	7	9.5
無回答	1	1.4
禁煙したいのに禁煙できない喫煙者にとって、加熱式タバコはより安全な代替品になると思いますか？		
とても思う	0	0.0
やや思う	7	9.5
あまり思わない	21	28.4
全く思わない	44	59.5
わからない	2	2.7
禁煙しようと思っていない喫煙者にとって、加熱式タバコはより安全な代替品になると思いますか？		
とても思う	0	0.0
やや思う	12	16.2
あまり思わない	17	23.0
全く思わない	42	56.8
わからない	3	4.1
加熱式タバコが、禁煙支援において有効な手段になり得ると思いますか？		
とても思う	0	0.0
やや思う	4	5.4
あまり思わない	17	23.0
全く思わない	49	66.2
わからない	3	4.1
無回答	1	1.4
加熱式タバコが、未成年者などの非喫煙者をタバコに誘導する要因になり得ると思いますか？		
とても思う	37	50.0
やや思う	19	25.7
あまり思わない	11	14.9
全く思わない	3	4.1
わからない	4	5.4
加熱式タバコの公共機関での利用について制限すべきだと思いますか？		
とても思う	61	82.4
やや思う	10	13.5
あまり思わない	0	0.0
全く思わない	1	1.4
わからない	2	2.7

表3 実臨床での経験

	n = 74	%
加熱式タバコによって薬物治療における疾患のコントロールに影響が出たと感じたことはありますか？		
ある	19	25.7
なし	53	71.6
無回答	2	2.7
加熱式タバコによって薬の相互作用によると思われる副作用が出たと感じたことはありますか？		
ある	1	1.4
なし	71	95.9
無回答	2	2.7

表4 薬局薬剤師の加熱式タバコに関する対応

	n = 74	%
加熱式タバコの薬局での販売について制限すべきだと思いますか？		
とても思う	56	75.7
やや思う	12	16.2
あまり思わない	1	1.4
全く思わない	0	0.0
わからない	1	1.4
無回答	4	5.4
加熱式タバコを薬局敷地内で患者が使用することを制限すべきだと思いますか？		
とても思う	61	82.4
やや思う	7	9.5
あまり思わない	0	0.0
全く思わない	1	1.4
わからない	1	1.4
無回答	4	5.4
加熱式タバコを薬局敷地内で薬局薬剤師が使用することを制限すべきだと思いますか？		
とても思う	61	82.4
やや思う	7	9.5
あまり思わない	1	1.4
全く思わない	0	0.0
わからない	1	1.4
無回答	4	5.4
薬局薬剤師は患者の加熱式タバコの使用の有無を確認すべきだと思いますか？		
とても思う	31	41.9
やや思う	29	39.2
あまり思わない	5	6.8
全く思わない	1	1.4
わからない	4	5.4
無回答	4	5.4
薬局薬剤師による加熱式タバコ使用に対する禁煙支援は必要だと思いますか？		
とても思う	38	51.4
やや思う	21	28.4
あまり思わない	7	9.5
全く思わない	1	1.4
わからない	3	4.1
無回答	4	5.4
薬局薬剤師が加熱式タバコに関する知識を身に付ける必要があると思いますか？		
とても思う	55	74.3
やや思う	12	16.2
あまり思わない	2	2.7
全く思わない	0	0.0
わからない	1	1.4
無回答	4	5.4

きだと思うか」、「加熱式タバコを薬局敷地内で患者に使用することを制限すべきだと思うか」、「加熱式タバコを薬局内敷地内で薬局薬剤師が使用することを制限すべきだと思うか」と聞いたところ、どれも68名(91.9%)が肯定的な意見だった。「薬局薬剤師は患者の加熱式タバコの使用の有無を確認すべきか」、「薬局薬剤師による加熱式タバコ使用に対する禁煙支援は必要だと思うか」、「薬局薬剤師が加熱式タバコに関する知識を身に付ける必要があると思うか」と聞いたところ、肯定的な意見がそれぞれ60名(81.1%)、59名(79.7%)、67名(90.5%)であった。

考 察

アンケート回答者の特性として、禁煙治療を行っている男性医師で、約半数は喫煙経験がないことから、禁煙支援に関する前向きな意見が多い集団であることは否めない。回収率は37.0%であったが、郵送法による回収率としては一般的な値である。アンケートに回答した禁煙治療を行っている医師は、薬局での加熱式タバコの販売を制限すること、さらに薬局薬剤師が加熱式タバコ使用者に対して禁煙支援することが必要だと感じていた。さらに、薬局薬剤師が加熱式タバコに関する知識を身に付けることが重要であると考えていた。

1. 加熱式タバコに関する意識

近年、使用者が増えている加熱式タバコは、喫煙所だけでなく飲食店などでの使用範囲が広がっている。日本タバコ産業、ブリティッシュ・アメリカン・タバコ、フィリップ・モリスの3社は、喫煙者・非喫煙者にとって判断しやすい環境づくりを支援する目的で、「紙巻タバコ喫煙不可・加熱式タバコ使用可」を示したステッカーを共同制作し、飲食店や自治体などに配布している^{9, 10)}。そのため、禁煙だったレストランやカフェなどが加熱式タバコのみ使用可能にする店舗が増えている¹¹⁾。タバコ産業の宣伝では、加熱式タバコは無煙で、室内の空気を汚さないため、影響を感じられにくく有害性が低いことや、紙巻タバコよりも受動喫煙のリスクが小さいと主張されている。しかし加熱式タバコは紙巻タバコと同じ葉タバコを使用しているため、受動喫煙のリスクはあると考えられる。

本調査では約6割の医師が、加熱式タバコは紙巻タバコと比較して一次、二次、三次喫煙での有害性

が低いとは認識していなかった。日本呼吸器学会は、加熱式タバコや電子タバコについて、加熱式タバコ使用による使用者本人への健康被害だけでなく、受動吸引による健康被害が生じる可能性について言及している¹⁾。自由記述欄には、「加熱式タバコには有害物質が含まれているため、紙巻タバコと同様に販売制限は必要」、「加熱式タバコは紙巻タバコと同等の有害性がある可能性があるため受動喫煙の影響も同じ程度だと思っている」などの意見があり、禁煙治療を行っている医師は、加熱式タバコが与える健康への影響や紙巻タバコと同様の受動喫煙のリスクがある可能性を懸念していた。加熱式タバコは販売開始からの期間が短いため、長期使用による主流煙・副流煙の影響に関する報告は少ないが、東京都は加熱式タバコを受動喫煙の規制対象にした「東京都子どもを受動喫煙から守る条例」¹²⁾を平成30年4月に施行した。罰則規定がないが、1年後に見直しが行われることから、今後の動向が注目される。一方で禁煙外来担当医の約30%が、加熱式タバコの一次、二次、三次喫煙の有害性が低いと認識していたことは看過できない高い数値であると考ええる。本研究ではこの理由の調査は行っていないが、加熱式タバコに関する販売会社の広報による影響は禁煙外来担当医の認識にも影響を与えている可能性が考えられた。今後、さらに加熱式タバコ利用による人体への影響が研究され、医師の認識を是正する根拠が積み上げられていくことを期待したい。

2. 医師が薬局薬剤師に求める加熱式タバコの禁煙支援

禁煙外来では、医師と薬剤師が共同で薬物治療管理をすることで、禁煙補助薬による副作用の発現や治療の中断を抑えることができ、禁煙成功率が上昇したとの報告がある^{13, 14)}。このように禁煙成功率を上げるためには、地域の薬局薬剤師も参加する医療連携が必要となっている。最近では、紙巻タバコから加熱式タバコに切り替え、禁煙にチャレンジする傾向がみられるが、支持できる科学的根拠がない。また、加熱式タバコのニコチン摂取量は紙巻タバコの約8割程度とされているが、ニコチンの血中濃度が一定に達し満足感が得られるまで使用し続けるため、結果的に体内に摂取するニコチンの量は紙巻タバコと同じであり、加熱式タバコもニコチン依存を助長すると考えられている^{15~17)}。さらに、加熱式タ

ニコチン使用量は禁煙補助薬のひとつであるバレニクリンが効きにくいと報告されている¹⁷⁾。本調査でもほとんどの医師が、加熱式タバコが禁煙支援において有効な手段に成り得るとは思っていなかった。さらに、禁煙治療を行う際に加熱式タバコによる疾患のコントロールに影響が出たと感じる医師が約3割おり、加熱式タバコを使用することで、少なくとも治療の妨げになっている事例があることが明らかとなった。加熱式タバコ使用による薬物治療の影響に関する報告は少ないため、今後どのような影響があるのかをさらに調査する必要がある。一方で、禁煙したいのに禁煙できない喫煙者や禁煙しようと思っていない喫煙者には、加熱式タバコが安全な代替品になると肯定的な回答をした禁煙外来担当医師がそれぞれ9.5%、16.2%いた。また、加熱式タバコは禁煙支援における有効な手段であると、5.4%の医師が回答していた。日本禁煙学会は2017年7月に加熱式タバコ緊急宣言を公表しており、加熱式タバコが紙巻きタバコと同様の危険性を有する可能性に言及している³⁾。少なくとも、加熱式タバコの使用ではニコチン依存の解消につながらず、禁煙支援において推奨し難く、医師会や学会などからの医師対象の情報提供が必要と思われる。

我々は、薬局薬剤師を対象におこなった調査で、患者の初回来局時、薬剤師が患者情報を聞き取る際には、紙巻タバコと加熱式タバコを分けて喫煙の有無を確認するなどの工夫が必要であることを提案した¹⁸⁾。さらに、加熱式タバコ使用者に対して薬剤師が禁煙支援するために、加熱式タバコが与える健康への影響について情報を薬剤師に広める必要があることを報告した¹⁸⁾。本調査では、多くの医師が薬局薬剤師による患者の加熱式タバコの使用の有無の確認や加熱式タバコ使用者に対する禁煙支援の必要性、さらに薬局薬剤師は加熱式タバコに関する知識を身に付ける必要があると回答し、薬局薬剤師による支援が求められている実態が明らかとなった。

一方で少数意見として、「禁煙治療および支援は医師と看護師が行うものであり、薬局薬剤師が介入するものではない」との意見があり、薬局薬剤師による禁煙支援は不要と感じている医師もいた。また、「薬剤師の中には独自の考えを患者に押し付け、処方医とは違う方向へと指導する人がある」との意見もあり、薬局薬剤師の禁煙支援の方法が医師と異なると感じている医師もいた。薬局薬剤師がより良い禁煙

支援を行うためには、禁煙関連の学会や団体の研修会に参加することが良いと感じた医師が9割を占めていたことから¹⁹⁾、加熱式タバコに関する情報を研修会などで広める必要があると思われる。より良い禁煙支援を薬局薬剤師が提供するためには、薬局薬剤師における加熱式タバコ使用者に対する禁煙支援の必要性を広め、医師と薬剤師など他職種の医療従事者と情報を共有し、地域の薬局も含めた医療機関全体で加熱式タバコ使用に関して対応していくことが、今後の禁煙支援につながると考える。最近、かかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能に加え、国民による主体的な健康の維持・増進を積極的に支援する機能を備えた健康サポート薬局が注目されている²⁰⁾。健康サポート薬局の機能の中には一般用医薬品等に関する相談を含め、住民からの健康の維持・増進に関する相談に適切に対応し、受診勧奨や紹介等を円滑に行うことや、他機関との連携体制の構築等が挙げられている。健康の増進として重要視されている禁煙支援は、健康サポート薬局における研修に含まれており、疾病の予防や禁煙外来担当医との医療連携などを行うことはこれからの薬剤師が関与すべき重要な役割であると考えられる。

謝 辞

本調査にご協力いただいた医師の皆様へ感謝致します。本調査は、日本禁煙学会調査研究助成金によりおこなった。

引用文献

- 1) 日本呼吸器学会：「非燃焼・加熱式タバコや電子タバコに関する日本呼吸器学会の見解」について。 http://www.jrs.or.jp/uploads/uploads/files/photos/hikanetsu_kenkai.pdf (閲覧日：2018年4月9日)
- 2) Auer R, Concha-Lozano N, Jacot-Sadowski I, et al : Heat-not-burn tobacco cigarettes: smoke by any other name: JAMA Inter Med 2017; 117: 1050-1052.
- 3) 日本禁煙学会：「【加熱式電子タバコ】緊急警告!」を掲載いたしました。 http://www.jstc.or.jp/modules/information/index.php?content_id=119 (閲覧日：2018年4月9日)
- 4) The conversation : Philip Morris hides date in plain sight on dangers of new heat-not-burn product. <https://theconversation.com/philip-morris-hides-data-in-plain-sight-on-dangers-of-new-heat-not-burn-product-87636>
- 5) Reuters investigates : Scientists describe problem in philip morris e-cigarette experiments. <https://>

- www.reuters.com/investigates/special-report/tobacco-iqos-science/ (閲覧日: 2018年4月9日)
- 6) 進士智子, 大西 司, 石橋正祥, ほか: 薬局での受動喫煙防止対策に影響を与える要因の調査. 禁煙会誌 2017; 12: 110-119.
 - 7) 石井正和, 石橋正祥, 大西 司, ほか: 非燃焼・加熱式タバコを販売している薬局の調査. 薬局薬学印刷中.
 - 8) お医者さんガイド. かんたん検索. <https://www.10man-doc.co.jp/> (閲覧日: 2018年4月9日)
 - 9) 櫻田尚樹: 新しいタバコおよび関連商品をめぐる公衆衛生課題. 学術の動向 2017; 6: 60-64.
 - 10) 大和 浩: オリンピックと屋内全面禁煙法・条例(その35) 加熱式タバコの構造と屋内での使用を禁止すべき根拠. 北九州市医報 2017; 9: 30-33.
 - 11) Kiyohara K, Tabuchi T: Electronic cigarette use in restaurants and workplaces where combustible tobacco smoking is not allowed: an internet survey in japan. Tob control 2017; doi:10.1136/tobacco-control-2016-053581
 - 12) 東京都: 東京都子どもを受動喫煙から守る条例. 東京都広報. http://www.tokyo-to-koho.metro.tokyo.jp/file/koho/id/4134/f/10006/2017_85.pdf (閲覧日: 2018年4月9日)
 - 13) 土橋 郎, 倉田香織: どのように日本版共同薬物治療管理(CDTM/J)を実践するかー現状と未来ー. 薬局薬学 2015; 7: 73-77.
 - 14) Watanabe F, Shinohara K, Dobashi A, et al: Assessment of assistance in smoking cessation therapy by pharmacies in collaboration with medical institutions: Implementation of a collaborative drug therapy management protocol based on a written agreement between physician and pharmacists. 薬学雑誌 2016; 136: 1243-1254.
 - 15) Kalkhoran S, Glantz SA: E-cigarettes and smoking cessation in real-world and clinical settings: a systematic review and meta-analysis. Lancet 2016; 2: 116-128.
 - 16) Farsalinos KE, Yannovits N, Sarri T, et al: Nicotine delivery to the aerosol of a heat-not-burn tobacco product: comparison with a tobacco cigarette and e-cigarettes. Nicotine Tob Res 2017; doi:10.1093/ntr/ntx138
 - 17) Hirano T, Tabuchi T, Nakahara R, et al: Electronic cigarette use and smoking abstinence in japan: a cross-sectional study of quitting methods. Int J Environ Res Public Health 2017; 14: 202.
 - 18) 山本彩加, 石橋正祥, 大西 司, ほか: 薬局での非燃焼・加熱式タバコの販売と薬剤師の非燃焼・加熱式タバコ使用者に対する禁煙支援の実態調査. 禁煙会誌 2018; 13: 37-47.
 - 19) 長野明日香, 石井正和, 大西 司, ほか: 禁煙支援における薬局薬剤師の役割に関する医師へのアンケート調査. 禁煙会誌 2017; 12: 21-29.
 - 20) 厚生労働省 健康情報拠点薬局(仮称)のあり方に関する検討会: 健康サポート薬局のあり方について. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11121000-Iyakushokuhinkyoku-Soumuka/matome.pdf> (閲覧日: 2018年8月27日)

Awareness of doctor in charge of smoking cessation outpatient regarding sales of heat-not-burn tobacco at pharmacies

Ayaka Yamamoto¹, Masaaki Ishibashi^{1,2}, Tsukasa Ohnishi³, Sanju Iwamoto¹, Masakazu Ishii^{1,2}

Abstract

Objective: We conducted a survey to understand the opinions of doctors in charge of smoking cessation outpatients regarding the sale of heat-not-burn tobacco at pharmacies and smoking cessation support for heat-not-burn tobacco users.

Methods: A questionnaire survey was distributed to 200 doctors in charge of smoking cessation outpatients.

Results: The questionnaire response rate was 37.0% (74/200 doctors). Approximately 30% of doctors felt that heat-not-burn tobacco is less harmful than cigarettes. There were 19 doctors (25.7%) who considered heat-not-burn tobacco to affect disease control by medications. The doctors thought that the sale of heat-not-burn tobacco at pharmacies should be restricted. In addition, the doctors thought that pharmacy pharmacists should support smoking cessation for heat-not-burn tobacco users.

Conclusion: As it is becoming common to provide smoking cessation support for heat-not-burn tobacco users, doctors are requesting the support of pharmacy pharmacists.

Key words

Heat-not-burn tobacco, doctors, pharmacy pharmacist, smoking cessation support

¹Division of Physiology and Pathology, Showa University School of Pharmacy

²Division of Physiology and Pathology, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Teikyo Heisei University

³Division of Respiratory Medicine and Allergology, Showa University School of Medicine

《調査報告》

都道府県看護協会のタバコ対策、およびタバコ対策や禁煙支援の講習機会に関する調査

瀬在 泉^{1,2}、谷口千枝^{2,3}、平野公康²、吉見逸郎²

1. 防衛医科大学校医学教育部看護学科
2. 国立がん研究センター がん対策情報センター、3. 愛知医科大学看護学部

【目的】 都道府県看護協会（以下、協会）のタバコ対策や禁煙支援の研修機会の現状を調査し、看護職の禁煙支援スキルの普及啓発を行う示唆を得る。

【方法】 2017年5月、協会47施設に対し、タバコ対策行動計画立案に関すること、看護職のタバコ対策や禁煙支援の講習会（以下「講習会」）に関すること等について、質問票を郵送し調査した。

【結果】 41施設の回答を得た。タバコ対策行動計画を現在立案しているのは8施設、「講習会」を現在実施しているのは9施設であった。協会が「講習会」に求める内容は、喫煙の害など情報提供や患者に行う禁煙支援、喫煙防止教育、カウンセリングスキル等であった。

【考察】 協会のタバコ対策は、日本看護協会のタバコ対策と連動していることが考えられた。「講習会」の内容として、喫煙の害などの情報提供や禁煙支援スキルの獲得が必要と思われた。

【結論】 看護職のための禁煙支援スキルの獲得を目指した方策の検討が必要である。

キーワード：看護職、禁煙支援、都道府県看護協会、日本看護協会、教育プログラム

1. 緒言

喫煙は公衆衛生上最も予防可能な最大の危険因子であり、一次予防から三次予防に至るまで能動喫煙、および受動喫煙による健康被害を回避することが重要である。中でも喫煙者に対する禁煙支援に関しては、健康日本21（第2次）やがん対策基本計画の中でも喫煙率の低下を目標の1つとして掲げている¹⁾ように、行政はじめ事業者・保険者が行う保健事業、禁煙外来に限らない地域の保健医療サービス等あらゆる場や機会を利用し積極的に推し進めていく必要がある。

保健師・助産師・看護師・准看護師で構成される看護職は、就業者数約163万人²⁾と保健医療従事者の中で最も多い職種であるうえ、先に挙げた保健事

業や保健医療サービスにおいて対象者の喫煙状況を知る機会も多く、あらゆる場での禁煙支援を担うことが期待される職種である。看護職の禁煙支援に関して、介入研究44編を検討したmeta-analysis³⁾では、看護師の禁煙支援は何もしない場合に比べて対象者の禁煙成功率を約1.29倍上げるものの、その結果は禁煙支援の質の高さに影響されると結んでいる。

国内の看護職による禁煙支援の現状をみると、総合病院やがん専門病院に勤務する看護師への調査では、患者に対する禁煙アドバイスの実施率は低く、治療困難な患者への禁煙介入の必要性も低いと感じていた⁴⁾。また、人間ドックや健診に従事する保健師の技術習得に関する調査では、禁煙の短時間支援（Ask Brief Advice Refer）や標準的支援（Ask Brief Advice Cessation support）を習得できていると答えた者が1割にも満たなかった⁵⁾。これらの結果は、我が国における看護職が行う禁煙支援のスキル向上が急務であることを示している。そして、ニコチン依存症管理料算定施設で禁煙外来に携わっている看護師らを対象に行った調査⁶⁾では、禁煙成功率60%以上の要因として①看護師が禁煙支援のスキルを学べている（オッズ比2.33）、②日本禁煙学会認定指導者

連絡先

〒359-8513

埼玉県所沢市並木3-2

防衛医科大学校医学教育部看護学科地域看護学講座

瀬在 泉

TEL: 04-2995-1211

e-mail: sezai@ndmc.ac.jp

受付日 2018年3月8日 採用日 2018年8月9日

を有する(オッズ比2.24)、が関与しており、看護師が必要としているスキルアップのツールとして、①講演会・勉強会(80.4%)、②ホームページなどからの情報提供(45.8%)であった。このように、看護職が禁煙支援スキルを学べる機会を整備することが、ひいては国民の喫煙率の低下に寄与するものと考えられる。

なお、国内最大の看護職能団体である日本看護協会では2001年に「タバコ対策宣言」⁷⁾を公表し、啓発パンフレットの作成や禁煙キャンペーン活動の展開、禁煙支援リーダー研修会等が行われた。2004年には「タバコ行動計画」と「看護者のための禁煙支援ガイド」の2つの柱からなる「看護者たちの禁煙アクションプラン2004」⁸⁾を(以下、プランと記す)公表している。それに倣う形で、各都道府県看護協会においてもタバコ対策に関する行動計画が作られ、禁煙支援リーダー研修会等が行われた。その後10年以上が経過した現在、看護職向けの禁煙支援研修会等の実施状況は明らかになっていない。各都道府県看護協会の研修状況は現場で求められているものと呼応していると考えられ、まずはそれらを明らかにすることにより、今後看護職に対する禁煙支援の研修機会を促進することに繋がるのではないかと考える。

本研究は、看護職の禁煙支援スキルの普及啓発、ならびに効果的な教育内容の検討を行うために、看護職の職能団体である都道府県看護協会におけるタバコ対策、ならびにタバコ対策や禁煙支援の研修機会の現状を調査し分析することを目的とする。

2. 研究方法

1) 調査対象および調査方法

2017年5月、全都道府県看護協会47施設に対して、記名式質問紙調査を各看護協会長宛ての郵送法にて実施した。回答期限を3週間とし、未回収施設には催促状を1回送付した。2017年6月までに回答の得られた41施設(回収率87.2%)の結果を集計した。なお、回答については、研修会や講習会担当者に記入してもらうよう依頼した。

回答者の職位は、常任・常務理事16施設(39.0%)、専務理事14施設(34.2%)、その他7施設(17.1%)、教育・研修担当者4施設(9.8%)であった。

2) 調査内容

質問紙の調査内容は、都道府県看護協会における

タバコ対策、ならびに、看護職のためのタバコ対策や禁煙支援の講習機会(以下、「講習会」と記す)の現状を把握するために、(1)タバコ対策行動計画立案の有無・内容、(2)「講習会」実施の有無・理由、「講習会」の内容・講師の職種、「講習会」に期待する内容、(3)患者等に行う禁煙支援を教育啓発する重要度、(4)国立がん研究センターが提供する講習内容資料希望の有無とし、選択肢からの回答等を求めた。

3) 倫理的配慮

対象施設には、質問紙と一緒に調査の目的や結果の公表、質問紙の返送をもって調査への同意が得られたものとする旨等について記した調査依頼状を送付した。回答は施設名と連結しない形で統計的处理を行った。

4) 分析方法

回答された項目のうち選択肢からの回答について記述的統計分析を行った。分析にはSPSS22.0を使用した。

3. 結果

1) タバコ対策行動計画立案状況、具体的な行動計画・実施内容

タバコ対策行動計画立案状況について、すべての施設(n=41)のうち最も多かったのは「プランを参考にして過去立てていた」17施設(41.4%)、次に「立てていない」12施設(29.3%)であった。現在もタバコ対策行動計画を立てている施設は、「プランを参考にして立てている」5施設(12.2%)、「プランとは関係なく立てている」3施設(7.3%)、計8施設であり、全体のうち約2割であった(図1)。

次に、現在もしくは過去、タバコ対策行動計画を立案している／していた27施設に対して、その内容を尋ねた(複数回答)。最も多かったのは、「地域への禁煙に関する働きかけ」18施設、次に「喫煙する看護職に対する禁煙教育」17施設、「看護職・看護学生の喫煙率把握」15施設であった。一方、最も少なかったのは「患者等への禁煙支援の具体的方策」6施設であった(図2)。

2) 「講習会」実施の有無、「講習会」等を行わない理由(図3)、今後「講習会」を行う予定

「講習会」実施について、回答施設(n=41)のうち

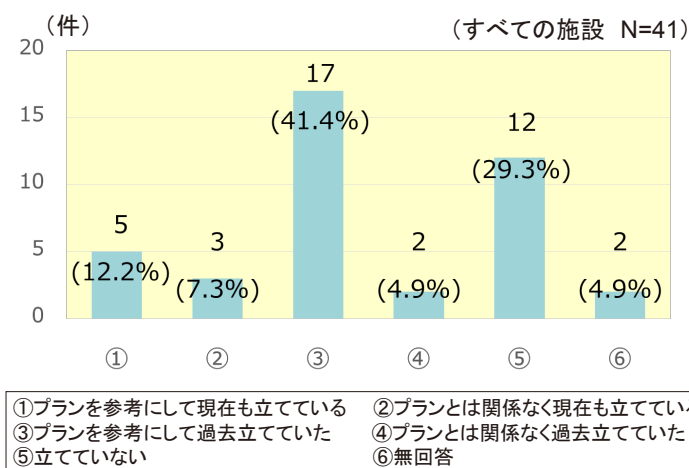


図1 タバコ対策行動計画立案状況

回答のあった41施設すべてのタバコ対策行動計画立案状況(選択肢のうち1つのみ回答)。現在も行動計画を立てている施設は8施設であった。

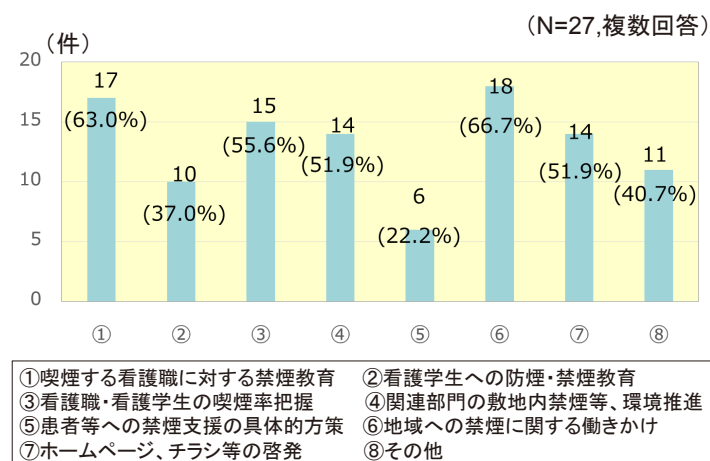


図2 タバコ対策行動計画の具体的内容

回答のあった41施設のうち、現在もしくは過去、タバコ対策行動計画を立案している、または、過去にしていた27施設に対してタバコ対策行動計画の具体的内容を探した(選択肢のうち複数回答可)。最も多かったのは「地域への禁煙に関する働きかけ」18施設であった。

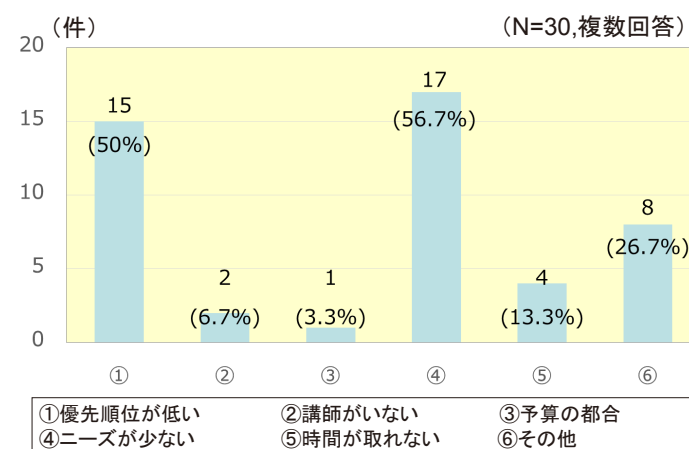


図3 「講習会」等を行わない理由

回答のあった41施設のうち、現在「講習会」を行っていない30施設に対して「講習会」等を行わない理由を探した(選択肢のうち複数回答可)。最も多かったのは「優先順位が低い」17施設であった。

21施設(53.6%)が「過去に行ったことがあるが今は行っていない」と答えた。「現在行っている」「行ったことがない」が、それぞれ9施設(23.1%)であった。なお、現在「講習会」を行っていない施設(n=30)に、「講習会」を行わない理由を尋ねたところ(複数回答)、「優先順位が低い」17施設、「ニーズが少ない」15施設、「その他(看護職の喫煙率が低下した、各医療機関の取組があるため等)」であった。

次に、現在「講習会」を行っていない施設(n=30、無回答2)のうち、今後「講習会」を行う予定について尋ねたところ、17施設(60.7%)が「予定なし」、6施設(21.4%)が「機会があれば実施」と回答した。

3) 「講習会」における講義内容(図4)・講師の職種・講習時間・対象人数、「講習会」に期待する講義内容(図5)

現在「講習会」を行っている施設(n=9)について講義内容を尋ねたところ(複数回答)、「受動喫煙のこと」8施設、「喫煙の害など知識や情報提供」7施設、「患者等に行う禁煙支援のこと」6施設、「喫煙防止教育」5施設等であった。また、講習会を行っている職種は、「看護職」7施設、「医師」6施設であり、そのうち5施設は医師と看護職が共同で行っていた。看護職、医師、薬剤師、栄養士、教師が行っている施設もあった。講習会1回の開催時間は5施設が180

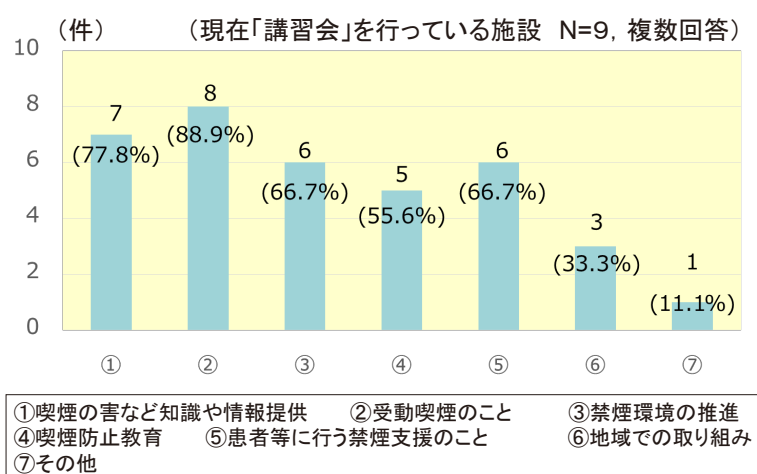


図4 「講習会」における講義内容

回答のあった41施設のうち、現在「講習会」を行っている9施設に対して「講習会」の講義内容を尋ねた(選択肢のうち複数回答可)。最も多かった内容は「受動喫煙のこと」8施設であった。

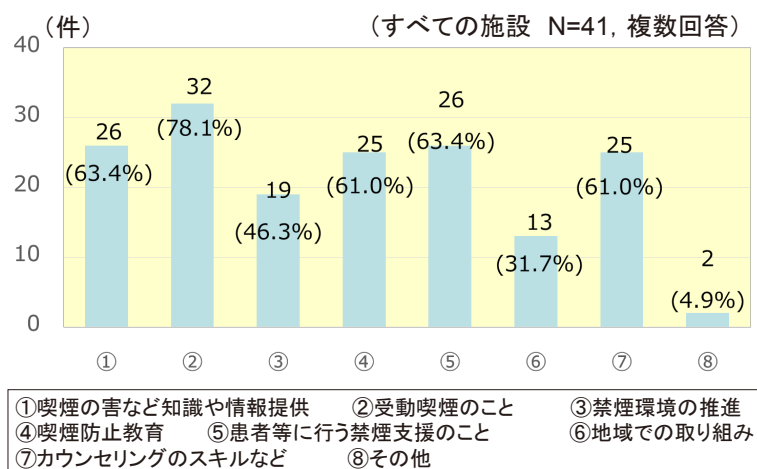


図5 「講習会」(講師)に期待する内容

回答のあった41施設すべての、講師に期待する「講習会」の内容(選択肢のうち複数回答可)。最も多かったのは「喫煙の害など知識や情報提供」「患者等に行う禁煙支援のこと」がそれぞれ26施設であった。

分であり、その他は60分から90分、講習会1回の対象者数は120人から30人であった。

すべての施設(n=41)に対して講師に期待する「講習会」内容を尋ねたところ(複数回答可)、「受動喫煙のこと」32施設(78.1%)、「喫煙の害など知識や情報提供」・「患者等に行う禁煙支援のこと」各26施設(63.4%)、「喫煙防止教育」・「カウンセリングのスキルなど」各25施設(61.0%)、「禁煙環境の推進」19施設(46.3%)等であった。

4) 「看護職が患者に行う禁煙支援」について教育啓発することの重要性(図6)

すべての施設(n=41)に対し、当該施設がタバコ対策の中で「看護職が患者に行う禁煙支援」について教育啓発を行うことの重要性を尋ねたところ、「非常に重要」17施設(41.5%)、「まあ重要」21施設(51.2%)、「あまり重要ではない」2施設(4.9%)であった。なお、「講習会」を現在も実施している9施設は(結果2))、「非常に重要」6施設(66.7%)、「まあ重要」3施設(33.3%)であった。

5) 2017年国立がん研究センター研究開発費「喫煙率低減を目指した新たな多面的介入アプローチの開発と評価に関する研究」研究班が提供する禁煙支援に関する講習会資料の希望の有無

すべての施設(n=41)に対し、当研究班が禁煙支援に関する講習会資料の提供を希望するかを尋ねたところ、「希望する」は19施設(46.3%)であった。

4. 考 察

本研究では、各都道府県看護協会における、タバコ対策行動計画状況、ならびに看護職のためのタバコ対策や禁煙支援の講習機会の現状や今後の見通し、看護職が患者に行う禁煙支援のための教育啓発の重要性等について明示した。以下、それらについての考察を述べる。

1) タバコ対策行動計画立案状況について

都道府県看護協会のタバコ対策行動計画立案状況は、過去、もしくは現在も立てている協会が全体の7割近くとなっており、そのうち8割の協会が日本看護協会のアクションプラン⁸⁾を参考にして現在も立てている、または過去立てていた。したがって、タバコ対策においては、日本看護協会における取組みが各都道府県看護協会の取組みに影響していると考えられる。一方、3割の施設は過去も現在も行動計画を立てていないと回答しており、日本看護協会のプランに対する関心の差が施設ごとにあることも推測された。

タバコ対策行動計画の具体的な内容としては、看護職の喫煙率把握や看護職に対する禁煙教育を挙げている協会がそれぞれ全体の6割以上を占めていた一方で、患者等への禁煙支援の具体的方策を挙げた施設は2割のみであった。これは、日本看護協会のプランの最終目標が看護者の喫煙率の半減であり、4つの基本方針に基づいている⁸⁾ことも影響していると考えられる。2004年に打ち出された日本看護協会

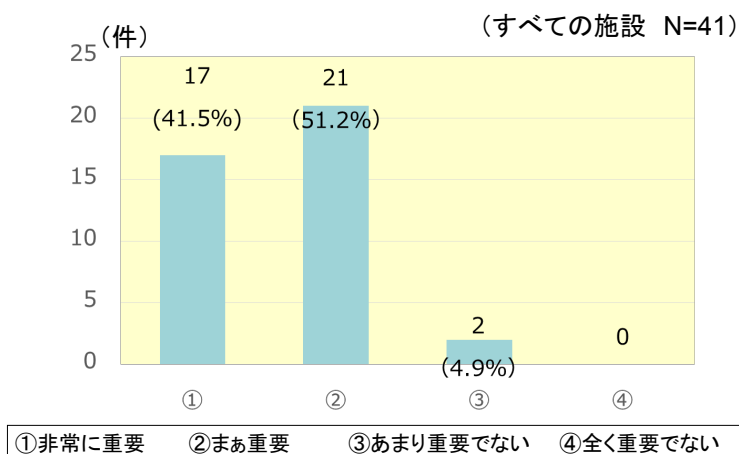


図6 タバコ対策の中で「看護職が患者に行う禁煙支援」について都道府県看護協会が教育啓発することの重要性

回答のあった41施設すべての都道府県看護協会がタバコ対策の中で「看護職が患者に行う禁煙支援」について教育啓発を行うことの重要性(選択肢のうち1つのみ回答)。「非常に重要」が17施設、「まあ重要」が21施設であった。

のアクションプラン⁸⁾は、「2001年看護職とたばこ実態調査」⁹⁾の結果、看護者の喫煙率が全体で25.7% (女性24.5%)であり当時の一般成人女性の2倍以上であったこと、喫煙をしている看護職は非喫煙者に比べ、患者に対する禁煙指導の実施率が5～10%低かったことを踏まえ、看護職が社会的責任としてまずは自らの喫煙問題に取り組む必要があるという背景を考慮したものであったため、都道府県看護協会もこの方針に準じた行動計画内容を掲げたことが推測される。

なお、その後日本看護協会が調査した看護職の喫煙率は、2006年19.9%¹⁰⁾、2013年7.9%¹¹⁾であり、2013年の結果は男女ともに一般成人の喫煙率を下回るものであった。看護職の喫煙率低下にはさまざまな要因が絡んでおり単純に言及はできないものの、前述した日本看護協会ならびに都道府県看護協会の組織をあげた全国的な取り組みによることも一因であると考えられる。このような成果を踏まえたうえで、今後は引き続き看護職の喫煙率低減を目指すことはもちろん、国民の健康を支援する看護職としての社会的役割を果たすための目標を掲げたアクションプランの策定等も期待したい。

2) タバコ対策や禁煙支援の講習機会について

各都道府県看護協会におけるタバコ対策や禁煙支援の講習会実施状況については、現在も行っている施設が9施設(全体の2割)、過去行ったことがあるが今は行っていない施設が全体の半数であった。そして、過去行ったことがある施設のうち半数が2003～2007年に実施と回答していた。また、現在行っていない施設のうち6割が、今後も講習会の予定はないと回答した。

タバコ対策や禁煙支援の講習会を行わない理由としては、講習会の優先順位が低いことや現場のニーズが少ないことが多く挙げられていた。医療技術や治療法の高度化が進むと同時に、地域での保健・医療ニーズが加速する中、看護職に求められる知識・技術は多岐に渡る。今回の調査では禁煙支援の講習会が都道府県看護協会での講習機会として優先されることは難しい現状があることが分かった。しかし、看護職が患者に行う禁煙支援について教育啓発することの重要性は概ね高く、特に現在もタバコ対策や禁煙支援の講習会を行っている9施設は、すべての施設が「非常に重要」(6施設)または「まあ重要」(3

施設)であった。これら施設が現在行っている講習会の講義内容として、受動喫煙のこと、喫煙の害など知識や情報提供、次いで、禁煙環境の推進、患者等に行う禁煙支援のことを挙げていた。

また、講習会実施の有無にかかわらず全施設が講習会に期待する内容は、受動喫煙のこと、喫煙の害など知識や情報提供、患者等に行う禁煙支援のこと、喫煙防止教育、カウンセリングスキル等であった。2014年に報告された「看護職のタバコ実態調査」¹¹⁾によると、看護職の能動喫煙・受動喫煙の害に関する認識は、「動脈瘤」能動喫煙32.7%・受動喫煙22.6%、「胃潰瘍」能動喫煙35.6%・受動喫煙22.6%、「歯周病」能動喫煙48.3%・受動喫煙22.4%など決して高いとはいえない状況がわかっている。さらには、日本の看護職は諸外国の看護職に比べ患者への禁煙に対する役割の自覚が低く、職場内でも禁煙環境に対する方策への意識が低いとする調査結果¹²⁾もある。これらも踏まえたうえで、日本の看護職には、能動喫煙・受動喫煙の害などの情報提供も必要であると同時に、カウンセリングスキルを含めた患者等に対する禁煙支援の重要性を高めてもらう必要があると考える。

なお、谷口らは禁煙治療における看護師の行う禁煙支援のスキルとして「動機や自信の強化」「禁煙の具体的方法」「体重コントロール」「再喫煙の防止策」「ストレスコーピング」「情報提供等」の面談を行うことを挙げている⁶⁾。これら禁煙支援のスキルは、知識の伝達だけでは身につけることが難しく、演習も含めた教育プログラムを取り入れるなど研修内容がより効果的となるよう考慮する必要があるだろう。

3) 調査の限界と今後に向けて

今回の調査にて、都道府県看護協会におけるタバコ対策や看護職に対する禁煙支援の講習会は、2割の協会が現在も実施しており、現在は講習会を実施していない協会に対しても、講習会に期待する内容を具体的に伺うことができた。一方で、今回行った調査は各協会名および回答者の記名式であったため、禁煙支援の重要性が比較的高い看護協会の回答であることや、禁煙支援に対する社会的望ましさの回答バイアスによる影響を考慮する必要がある。

今後、我々は今回の調査にて禁煙支援の講習会を希望した都道府県看護協会に協力をいただき、講習会のプログラム内容を検討したうえで実施し、その

効果検証を行う予定である。また、各看護協会にも活用していただける看護職向け禁煙支援リーフレットの作成など、看護職の禁煙支援スキルが向上できるプログラムについて、より多くの看護職が活用できる方策を検討したいと考える。

本研究は、2017年国立がん研究センター研究開発費「喫煙率低減を目指した新たな多面的介入アプローチの開発と評価に関する研究」にて実施したものである。

謝 辞

お忙しい中調査に快く協力いただいた、各都道府県看護協会の皆様に厚く御礼を申し上げます。

引用文献

- 1) 厚生労働統計協会：国民衛生の動向2017/2018. 厚生の指標 増刊2017; 64(9): 108-109.
- 2) 日本看護協会：看護統計資料
<http://www.nurse.or.jp/home/statistics/pdf/toukei01.pdf> (閲覧日：2018年2月1日)
- 3) Rice VH, Heath L, Livingstone-Banks J, et al: Nursing interventions for smoking cessation. The Cochrane database of systematic reviews 2017; 12: CD001188.
- 4) Taniguchi C, Hibino F, Kawaguchi E, et al: Perceptions and practices of Japanese nurses regarding tobacco intervention for cancer patients. J. Epidemiol. 2011; 21(5): 391-397.
- 5) 村本あき子, 中村 譽, 杉田由加里, ほか：保健指導技術に関する自己評価結果についての考察. 人間ドック2015; 30(3): 623-631.
- 6) 谷口千枝, 田淵貴大, 瀬在泉, ほか：日本の禁煙治療における看護師の役割に関する実態調査. 禁煙会誌 2017; 12(4): 73-81.
- 7) 日本看護協会：看護職とたばこ
<https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/kangoshokutotabako.pdf> (閲覧日：2018年2月1日)
- 8) 日本看護協会：看護者たちの禁煙アクションプラン
<https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/action2004.pdf> (閲覧日：2018年2月1日)
- 9) 日本看護協会：2001年「看護職とたばこ・実態調査」報告書
<https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/hokoku2001.pdf> (閲覧日：2018年2月1日)
- 10) 日本看護協会：2006年「看護職のたばこ実態調査」報告書
<https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/2007/tabakohokoku.pdf> (閲覧日：2018年2月1日)
- 11) 日本看護協会：2013年「看護職のタバコ実態調査」報告書
<https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/2014/tabakohokoku-2014.pdf> (閲覧日：2018年2月1日)
- 12) Robin M.Lally, Karen I. Chalmers, Judith Johnson, et al: Smoking behavior and patient education practices of oncology nurses in six countries. Eur J Oncol Nurs 2008; 12(4): 372-379.

A questionnaire survey on tobacco control measures and training opportunities for programs in tobacco control measure and support for quitting smoking at the Prefectural Nursing Association

Izumi Sezai^{1,2}, Chie Taniguchi^{2,3}, Tomoyasu Hirano², Itsuro Yoshimi²

Abstract

Objective: The objective of this study is to examine the current state of training opportunities for programs in tobacco control measures and support for quitting smoking at the Prefectural Nursing Association (hereinafter referred to as the Association) and obtain suggestions in disseminating and developing skills within the nursing profession in providing support for quitting smoking.

Methods: In May 2017, the Association sent out surveys to 47 of its facilities and conducted research on topics such as the facilities' development of action plans toward tobacco control measures as well as training sessions on tobacco control measures and support for quitting smoking (hereinafter referred to as training sessions) for nurses.

Results: Responses from 41 facilities were obtained. Eight facilities are currently devising action plans for tobacco control measures, and nine are currently implementing training sessions. The Association expects the sessions to provide information on the harmful effects of smoking and cover issues including support for patients who want to quit smoking, education in preventing smoking, and counseling skills.

Discussion: It can be concluded that the tobacco control measures of the Association are linked with those of the Japanese Nursing Association. The content of the training sessions must entail the transmission of information and how to acquire the relevant skills.

Conclusion: There is a need for further study that focuses on educational programs that aim to equip nurses with skills in providing support for quitting smoking.

Key words

nurses, support for quitting smoking, Prefectural Nursing Association, Japanese Nursing Association, educational programs

¹.Community Health Nursing Section of National Defense Medical College

².Center for Cancer Control and Information Services, National Cancer Center

³.Department of Nursing, Aichi Medical University

大学生を対象とした1回の心理教育が喫煙に対する意識に与える影響

藤原直子¹、中角祐治²、中嶋貴子²

1. 吉備国際大学心理学部、2. 吉備国際大学保健医療福祉学部

大学の授業内で「認知とストレス」に関する心理教育を行い、喫煙に対する意識に及ぼす影響を検討した。その結果、タバコの害や防煙に関する直接的な内容を含まない1回の心理教育で、喫煙に対する意識に改善がみられた。

キーワード：大学生、心理教育授業、認知とストレス、加濃式社会的ニコチン依存度調査票(KTSND)

はじめに

本学は、医療従事者、心理職、学校教員といった対人援助職を目指す学生が在籍する総合大学である。近年、禁煙化を推進するとともに、禁煙認定専門指導医師である教員や臨床心理士による禁煙支援室を設置し¹⁾、大学近郊の病院と連携して学生が無料で禁煙外来を受診できる支援も行っている。

大学生に対する喫煙防止対策として、授業による効果も報告され^{2,3)}、こうした実践や調査結果から、喫煙者が少ない入学早期に喫煙防止教育を行うことが有効であると示唆されている。しかしながら、授業時間の確保が困難であったり、授業と直接関連のない内容を教授することに学生の反感をかったりする場合もある。

また、喫煙防止教育や禁煙指導は、喫煙の有害性や禁煙の効果、タバコと病気の関係や受動喫煙の害など、タバコや喫煙行動を直接取り上げ、その有害性や弊害を教授するものが多い。一方で、喫煙に関する意識改善には、社会・心理的な意識変容につながる内容や⁴⁾、「喫煙とストレス」に関する認知の歪みを解消する知識の教授が必要だとの報告もある⁵⁾。

認知行動療法は、認知の歪みに注目し、心理・社会的問題を認知と行動の両側面から解決しようとする心理療法で、禁煙に対しても多くの効果が示されている。

そこで、本研究では、喫煙防止教育としてではなく授業内で認知行動療法に基づく「認知とストレス」に関する講義を行い、タバコや喫煙に対する意識への影響を検討した。

方 法

1. 対 象

教養科目「心理学」を受講した1～2年生のうち、授業1週間前と授業後の2回質問紙に回答し、不備のなかった157名(男子84名、女子73名)を対象とした。平均年齢は18.3歳(±0.58)で、このうち喫煙者は3名であった。所属学部は、医療系(保健医療福祉学部)91名、社会科学系(社会科学部、心理学部)66名であった。

2. 実施時期・時間

2017年7月、授業時間内に「ストレスと認知」の講義を60分程度行った。この授業は心理学科教員4名が分担しており、第一著者が担当した11回目を本研究の対象授業とした(表1)。

3. 質問紙の内容

1) 加濃式社会的ニコチン依存調査表(Kano Test for Social Nicotine Dependence:KTSND)

連絡先

〒716-0812

岡山県高梁市伊賀町8

吉備国際大学心理学部 藤原直子

TEL: 0866-22-9130 FAX: 0866-22-9130

e-mail: fujiwan@kiui.ac.jp

受付日 2018年6月7日 採用日 2018年9月5日

表1 15回の授業テーマと対象授業の内容

回	著者担当授業の主な内容	授業テーマ
1		オリエンテーション
2		外界を探るこころの働き
3		感覚と知覚
4		見えの世界
5		認知とは何か？
6		記憶のふしぎ
7		本能と学習
8		経験による行動の変化
9		行動の源泉・欲求
10	・発達とは何か ・発達の要因 ・ライフサイクルと発達課題	発達とは何か
11	○ストレスとは何か ・ストレス発生のプロセス ・ストレッサーとストレス反応の種類 ○認知とは何か ・出来事－認知－感情(ストレス)の関係 ・自分の認知特性(考え方のクセ)を知る ○ストレス対処 ・ストレス対処への「間違った認知」 ・自分のストレス対処をチェックしよう ・効果的なストレス対処を知る	ストレスと認知
12	・前回の授業の振り返り ・心の成長のためには ・小テスト	心の成長
13		性格とは
14		対人関係の心理
15		心理検査の話

禁煙推進に積極的な医師らによるワーキンググループにおいて検討されてきた質問票であり、喫煙者との対話から抽出した禁煙開始や継続を阻むタバコ・喫煙に対する思い込み言動から構成されている。「喫煙の嗜好・文化性の主張(問2～5、10)」、「喫煙・受動喫煙の害の否定(問1、9)」、「効用の過大評価(問6～8)」という3つの要素を反映している⁵⁾。

2) 心理的ストレス反応測定尺度(Stress Response Scale-18: SRS-18)

普段の生活で経験するストレス場面における心理的ストレス反応を多面的に測定し、抑うつ・不安・不機嫌・怒り・無気力の5因子で構成されている。

4. 授業内容

授業は、ストレスや認知に関する内容や、適切な対処(コーピング)についてスライドを使って教授した。ストレス発生のメカニズムについては、認知と感情の関心に焦点をあてた代表的理論であるエリス

の認知理論(ABC理論)を用い、ストレスには「認知」が影響していること、認知を広げたり変えたりすることでストレスが軽減できることを伝えた。ストレス対処(コーピング)については、自分が日ごろ行っている方法をチェックする時間を設けた。提示したストレス対処例の中に「タバコを吸う」が入っており、タバコを含め、ゲーム、ギャンブル、買い物、酒、甘い物といった特定のものに頼る方法は効果がないことを伝えた。タバコそのものの害や危険性については説明しなかった。

5. 倫理的配慮

アンケート実施にあたって、回答の有無や回答内容は授業成績と一切関係がないこと、回答は統計的処理の後破棄すること、学会等で報告する場合も個人は特定されないことを書面と口頭で説明し、アンケートの回答・提出をもって同意とした。

表2 KTSND得点と授業前後の比較

質問項目	講義前	講義後
1 タバコを吸うこと自体が病気である	1.61 (± 1.1)	1.44 (± 1.2)
2 喫煙には文化がある	1.11 (± 1.0)	0.54 (± 0.8) *
3 タバコは嗜好品(味や刺激を楽しむ品)である	0.77 (± 1.0)	0.54 (± 0.8) *
4 喫煙する生活様式も尊重されてよい	1.27 (± 1.0)	0.94 (± 1.0) **
5 喫煙によって人生が豊かになる人もいる	1.46 (± 1.0)	1.10 (± 1.0) **
6 タバコには効用(からだや精神に良い作用)がある	0.90 (± 1.0)	0.53 (± 0.8) **
7 タバコにはストレスを解消する作用がある	1.59 (± 1.0)	0.78 (± 0.9) **
8 タバコは喫煙者の頭の働きを高める	0.77 (± 1.0)	0.39 (± 0.7) **
9 医者はタバコの害を騒ぎすぎる	0.78 (± 1.0)	0.57 (± 0.8) *
10 灰皿が置かれている場所は、喫煙できる場所である	1.96 (± 1.0)	1.48 (± 1.2) **
全項目の合計	12.22 (± 6.5)	8.61 (± 5.1) **
(男子)	14.01 (± 7.0)	8.31 (± 4.9) **
(女子)	10.15 (± 5.1)	8.96 (± 5.4)

Wilcoxon の符号付順位検定 (* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$)

結 果

1. KTSND得点

授業前後の得点を Wilcoxon の符号付順位検定によって比較した結果、総得点が有意に減少した。さらに各質問項目においても、質問1以外の9項目が有意に減少していた(表2)。

また、男女および学部による差を分析した結果、授業前の男女に有意差が認められ男子の方が高かったが、授業後は差が認められなかった。学部間の差は、授業前後共に認められなかった。

2. ストレス得点

授業前後の得点を Wilcoxon の符号付順位検定によって比較した結果、全体得点および抑うつ・不安・不機嫌・怒り・無気力の5因子とも、有意差は認められなかった。

また、KTSNDとストレスの関連をみるために相関分析を行ったが、有意な相関は認められなかった。

考 察

本研究では、タバコや喫煙の害を直接教育するのではなく、教養科目の授業内で「ストレスと認知」に関する講義を行った。その結果、授業後のKTSND得点が減少し、タバコ・喫煙に対する認知の歪みが是正するという効果が示された。質問項目ごとにみても、全項目の得点が減少しており、「効用の過大評価」を示す問6～8も有意に減少している。この

結果は、ストレス発生のしくみと適切なコーピングを知り、「喫煙でストレスを解消できる」という誤った認知を修正することが喫煙予防になることを示唆している。喫煙だけでなく、飲酒やギャンブル、過食といった心身への悪影響が懸念される方法でストレスに対処するのではなく、自身の認知特性を知ってストレス対処方法を改善していくことが重要といえる。今回、KTSNDとストレス得点の関連は見出せなかったが、これはストレス得点の変化が小さく、本授業がストレス軽減には影響を与えなかったことが要因と考えられる。また、これまでの防煙教育では、健康被害以外の心理・社会的な認識を変えるには至っていないことや、受講回数が多くなり同じ内容であるとかえって反発する場合もあることが懸念されている⁴⁾。このような課題を解決するためにも、本研究で実施した心理教育は有効と考えられる。著者らは、禁煙支援室において個別面接を行ってきたが、友人に誘われて再喫煙するケースがあり¹⁾、喫煙者だけでなく学生全体への教育が課題となっている。本研究は、禁煙治療に用いられている認知行動療法が、集団への心理教育であっても効果があることを示唆した結果であり、喫煙防止教育と組み合わせることで、さらに効果が期待できるであろう。

しかしながら、本研究は、本学における単年の結果であり、授業内容の理解度や、その後の行動面の変化は確認していない。今後、同様の取り組みを継続するとともに、コーピングとKTSNDの関連も調

査する予定である。

引用文献

- 1) 藤原直子, 中角祐治, 竹中孝博, ほか: 大学における禁煙支援の実践－認知行動療法を用いた面接による支援の効果－. 吉備国際大心理発達研セ紀 2017; 3: 11-18.
- 2) 八杉倫, 西山緑, 三浦公志郎, ほか: 新入生を対象とした喫煙防止教育施行がタバコに対する意識に与える影響の検討. Dokkyo J Med Sci 2010; 37: 187-194.
- 3) 山本明弘, 北村雄児, 柴田早苗: 看護学生における禁煙講義の効果. 明治国際医療大誌 2012; 6: 55-61.
- 4) 山口孝子, 森本泰子, 松本有可, ほか: 加濃式社会的ニコチン依存度(KTSND)調査から喫煙防止教育のあり方を探る. 教育開発センタージャナル 2017; 8: 17-29.
- 5) 北田雅子, 天貝賢二, 大浦麻絵, ほか: 喫煙未経験者の‘加濃式社会的ニコチン依存度(KTSND)’ならびに喫煙規制に対する意識が将来の喫煙行動に与える影響－大学生を対象とした追跡調査より－. 禁煙会誌 2011; 6: 98-107.

Effect on single psychoeducation class for university students on consciousness of smoking

Naoko Fujiwara¹, Yuji Nakazumi², Takako Nakajima²

Abstract

The purpose of this study was clarify that relationship between single psychoeducation and change of cognitive towards smoking cigarettes among university students. According to our study that single education didn't include any direct messages about the harmful effects of smoking cigarettes was effective to change their consciousness of smoking.

Key words

university students, psychoeducation, cognitive and stress,
Kano Test for Social Nicotine Dependence (KTSND)

¹ School of Psychology, Kibi International University

² School of Health Care and Social Welfare, Kibi International University

日本禁煙学会の対外活動記録 (2018年7月～11月)

- 7月9日 毎日新聞社にJT提供コラム掲載の中止の要望書を送付しました。
- 7月10日 タバコ産業干渉指数：日本2018年版を資料集に掲載しました【JAPAN:Tobacco Industry Interference Index】。
- 7月10日 兵庫県「受動喫煙の防止等に関する条例」の見直し検討に当たって、意見陳述をしました。
- 7月30日 2018年度「無煙テレビ大賞」が「バカボンのパパよりバカなパパ」に決まりました。
- 8月1日 第20回禁煙治療セミナーの申込みを開始しました。
- 8月3日 日本禁煙学会HPに「チャンピクス警告文改訂のお願い」を掲載しました。
- 8月3日 「緊急警告②アイコスの有毒物質」を掲載、財務大臣、厚生労働大臣等に送付しました。
- 8月17日 日本禁煙学会HPに「日本たばこ産業(JT)のテレビCMをただちに中止してください」を掲載しました。
- 8月29日 日本禁煙学会HPに「タバコと乳がんについての最新知見」を掲載しました。
- 8月31日 JTとBATのテレビ広告を禁止するよう、財務大臣他に抗議文を送付しました。
- 9月18日 日本禁煙学会HPに「タバコパッケージの健康警告を画像による国際標準に改めて下さい」を掲載しました。
- 9月24日 2018年度禁煙CMコンテストを募集を10月10日までに延長しました【No-smoking CM Contest Application in process】。
- 10月7日 2018年10月6日にスイス・ジュネーブにて加熱式タバコに対してFCTC COP8の決議が出ました。
- 10月15日 COP8での加熱式タバコについての要望書を厚生労働大臣のほか、総理、財務大臣、外務大臣にお送りしました。
- 10月22日 受動喫煙防止法と都条例のまとめ(5年後には見直し、加熱式タバコも同様に禁止されるでしょう)。
- 10月25日 日本禁煙学会HPにCOP8 decision FCTC第13条についての議決文を掲載しました。
- 10月30日 日本禁煙学会HPにアイコス論文集を掲載しました。

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4号 2018年12月12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