

厚生労働科学研究費補助金
健康科学総合研究事業

地域におけるたばこ対策とその評価に関する研究

平成14年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 大島 明

平成15(2003)年3月

目 次

I. 総括研究報告書	総括-1
II. 分担研究報告書	
1. 地域ぐるみのたばこ対策の実践を支援する情報データベースの構築と評価 …… 中村正-1	
【資料】 デビッド・シンプソン教授講演記録「医師とタバコ医学の大きな挑戦」	
中村正和	
2. 青少年のための防煙プログラムの開発とその評価 …… 野津-1	
野津有司	
3. 分煙対策プログラムの普及とその評価 …… 大和-1	
【資料1】 受動喫煙防止対策の手引き	
【資料2】 かがしま市民のための分煙化推進に関するガイドライン（抜粋）	
大和 浩	
4. 地域ぐるみのたばこ対策評価のためのモニタリング方法の検討 …… 大野-1	
大野ゆう子	
5. 大学におけるたばこ対策の実施とその評価 …… 三上-1	
三上 洋	
6. 大阪府におけるたばこ対策の実施とその評価 …… 中村顕-1	
中村 顕	
7. 保健所における包括的たばこ対策の実践的研究 …… 柳-1	
柳 尚夫	

地域におけるたばこ対策とその評価に関する研究

主任研究者 大島 明 大阪府立成人病センター調査部長

研究要旨

喫煙習慣への介入の内容には、一般住民への情報提供、啓発・普及（広報、セルフヘルプ教材の作成・配布、禁煙コンテストの実施など）に加えて、禁煙サポート（検診の場における禁煙指導、医療機関の場における禁煙指導、禁煙教室など）、防煙（学校教育における喫煙防止教育、地域・家庭で取り組む喫煙防止キャンペーンなど）、分煙（職場や公共の場所における分煙の推進など）、の3つがある。本研究では、これまで研究者が開発した禁煙サポート、防煙、分煙の個々のプログラムを地域（府県および市町村）に導入してこれを評価することを目的とし、各種取り組みを行なった。

モデル府県として選んだ大阪府では、1999年5月「たばこ対策行動計画」を公表し、2000年5月には大阪府におけるたばこ対策ガイドライン（医療機関編）をまとめて、医療機関における分煙と禁煙サポートの目標を設定し、取り組みを開始した。2001年8月には、「健康日本21」の大阪府版「健康大阪21」を取りまとめ、たばこの分野での目標と行動計画を改めて確認した。そして、保健所による医療監視の機会を利用しての病院の喫煙対策の実態把握と指導を2000年度から開始し、2002年度においても医療機関における喫煙対策の実施と実態調査結果の取りまとめをおこなった。

次に、都道府県や市町村レベルでのたばこ対策の情報交換や意見交換を目的に、2001年度まで毎年「地域における喫煙対策推進のための講演会」を開催してきたが、2002年度は、医師および医師会がたばこ対策において果たすべき役割とその戦略について検討した。主任研究者の大島は日本医師会禁煙推進委員会委員として、医師会のたばこ対策の推進に向けて、“Doctors and Tobacco” (Tobacco Control Resource Centre, 2000)の翻訳出版の企画を提言して、2002年6月に実現し、さらに、2002年10月には、分担研究者の中村と共同して、著者のデビッド・シンプソン教授による講演会を企画し、長寿科学振興財団の支援を得て、日本医師会をはじめ、大阪府医師会、兵庫県医師会、京都府医師会および京都喫煙問題研究会による講演会の開催を実現した。この講演記録は、医師をはじめとする保健医療関係者に対してインパクトがあるものと考え、講演記録集、ビデオの作成・配布、ホームページへの公開に向けて作業をおこなった。

分担研究者

中村正和	大阪府立健康科学センター健康生活推進部長
野津有司	筑波大学体育科学系助教授
大和 浩	産業医科大学産業生態科学研究所助教授
大野ゆう子	大阪大学医学部保健学科教授
三上 洋	大阪大学医学部保健学科教授
中村 顕	大阪府健康福祉部地域保健福祉室地域保健課総括主査
柳 尚夫	大阪府池田保健所所長

A. 研究目的

わが国におけるたばこによる死亡数は1995年には9.5万人で、総死亡数の12%を占めていたと推定されている。喫煙は予防しうる最大の疾病・早死の原因との認識のもとに、欧米先進国では種々の喫煙対策が実施され成果を上げているにもかかわらず、わが国での取り組みは欧米先進国に比べて著しく立遅れており、このため成人男性の喫煙率は50%弱と欧米先進国の約2倍の異常な高さにとどまっている。現時点では、国におけるたばこ対策の目標として、2010年までに「未成年の喫煙をなくす」という目標はあるものの、

「成人喫煙率半減」目標は削除された。また、情報提供と禁煙支援以外には、目標実現の手段は明示されていない。このような中において、府県、保健所、市町村が取り組むことのできるたばこ対策としていろいろのものがああり、しかも成果を上げうることを示すことが、本研究の当面の課題である。また、喫煙習慣を個人の問題としてその解決を個人にゆだねるのでなく、社会の問題としてとらえて社会全体で解決し、たばこを吸わないのが当たり前という社会的規範を作りあげていくのが中・長期的な課題である。

B. 研究方法

1. 大阪府においては、1999年に「大阪府たばこ対策行動計画」を策定し、このなかで喫煙率半減目標を設定、2000年度には、「大阪府におけるたばこ対策ガイドライン(医療機関編)」を作成し、①2005年までに府内の全医療機関における禁煙・完全分煙を実現する、②すべての医療機関において何らかの禁煙サポートを実施する、の目標を掲げ、府医師会、府病院協会等の関係機関とともに、目標実現に向けて働きかけをおこなっている。本研究事業の初年度である2001年度からは継続して、毎年、大阪府保健所による医療監視等の機会を利用しての病院における分煙や禁煙サポートの実態調査と指導の結果の集計分析を行ってきた。

(1) 2001年6月から2002年2月にかけて、府内(政令市を含む)の全ての保健所が医療監視等の機会を利用して行った病院の分煙・禁煙化ならびに禁煙サポートの実態調査(調査対象577病院、回収出来たのは561病院、回収率97.2%(前年度は、調査対象574病院、回収できたのは538病院、回収率93.7%)のデータ解析をおこなった(中村頭班員)。

(2) 大阪府の各保健所において、地域の実情に応じたたばこ対策の取組みを実施し、ワーキンググループ会議にて意見交換を行った。特に池田保健所では、管内の学校との連携、企業との連携のもとにモデル的取組みを行った(柳班員)。

2. 大阪大学医学部保健学科では、昨年度に引きつづき、保健学科3専攻の学部学生を対象に、喫煙行動とたばこに対する態度に関する調査を行

った。また、看護学専攻2年生を対象に、2回完結のたばこ教育プログラムを作成し、その効果を検討した(三上班員)。

3. わが国の研究者がこれまで開発してきた禁煙サポート(中村正和班員)、喫煙防止教育などの教材やプログラム(野津班員)、効果的な換気方式を基本とする分煙プログラム(大和班員)については、既に各研究者により開発されている。これらの禁煙サポート、喫煙防止教育、分煙のプログラムを、インターネットや論文発表等を通して広く紹介するための作業を2001年度に引きつづき行った。

4. 地域ぐるみのたばこ対策の情報交換や意見交換を促すため、前年度までは、都道府県や市町村レベルでのたばこ対策の情報交換や意見交換を目的に、2001年度まで毎年「地域における喫煙対策推進のための講演会」を開催してきたが、今年度は、医師特に医師会に焦点を絞り、“Doctors and Tobacco”(Tobacco Control Resource Centre, 2000)の翻訳出版を企画し、2002年6月に日本医師会から「医師とたばこー医師・医師会はいま何をすべきか」というタイトル名での出版を実現した。さらに、著者のディビッド シンプソン教授による講演会を企画し、長寿科学振興財団の支援を得て、2002年10月に日本医師会、大阪府医師会、兵庫県医師会、京都喫煙問題研究会において講演会が実現した。さらに、講演記録集やビデオの作成・配布、ホームページでの公開に向けて作業を進めた。

5. 地域におけるたばこ対策の取組みを評価するためのモニタリングの一環として、肺がん自然史モデルを構築し、感度分析を用いて喫煙率の変動が肺がん死亡に与える影響を検討した。また、比較のため肺がん検診率の変動による影響、未成年喫煙率の影響も検討した(大野班員)。

(倫理面への配慮)

各種のたばこ対策そのものは、対象の賛同を得て実施される。モニターや評価のための調査は、個人名あるいは個別名を出さないとの条件のもとで同意を得て行った。なお、調査結果に基づいて医療機関名などを公表する場合には、再度同意を得て行った。

C. 研究結果

1. 大阪府における取組み

(1) 保健所による医療監視等の機会を利用して2001年度に実施した病院の分煙・禁煙化ならびに禁煙サポートの実態調査結果：

ガイドラインでは、「患者が出入りする場所」のうち「病室、診察室、諸地質、手術室、検査室、病棟詰所、待合室、廊下、トイレ」などを「禁煙とすべき場所」として最初に取り組みことを求めている。これらの場所のすべてが禁煙となっていた病院は54.6%（前年の2000年度調査では50.6%、以下2000年度の成績を括弧内に示す）、たばこの煙が喫煙場所から流れ出ない完全分煙としていた病院は5.3%（4.3%）、あわせてガイドラインの目標をクリアしていた病院は59.9%（54.8%）であった。ガイドラインでは「職員のみが使用する場所」のうち「検査室、会議室、応接室など」は「禁煙とすべき場所」としているが、これらのすべてが禁煙となっていた病院は54.2%（46.7%）、たばこの煙が喫煙場所から流れ出ない完全分煙としていた病院は1.8%（1.3%）、あわせてガイドラインの目標をクリアしていた病院は54.2%（48.9%）であった。しかし、ガイドラインの最終目標である施設全館を全面禁煙、たばこの煙が喫煙場所から流れ出ない完全分煙を実施しているものは各5.7%（2.8%）、3.0%（1.7%）で、ガイドラインの目標を達成しているものは49病院で、全体の8.7%（4.5%）に過ぎず、前年に比べて増加しているものの、まだ1割にも到達していなかった。

何らかの禁煙サポートを実施している病院は68.1%（59.5%）で、前年に比し増加していた。

これらの調査結果については、保健所担当者への報告会を行うとともに、府医師会や府病院協会等へフィードバックし、各病院への周知を図った。また、2003年5月31日の世界禁煙デーには、2002年度の調査結果を加えて大阪府として調査結果のまとめを公表する予定である。

(2) 保健所における取組み

池田保健所では2001年度作成の「池田保健所健康作り計画」の中で、たばこ対策を重点項目にあげ、実施計画を策定した。2002年度は、その初年度として、学校との連携と企業との連携に取り

組んだ。

管内のI市立小中学校の防煙教育の教育内容を調査したところ、ほとんどの小学校(10/11)で取り組みはしているが時間数に学校格差があることがわかった。防煙教育の協力について、まず養護教諭向けの講演を実施し、今後の協力を申し入れたところ、一部の小学校から教材や資料の貸し出し依頼があった。学校の敷地内の禁煙状況については、すべての学科で職員室等での分煙はなされていたが、全面禁煙の学校はまだなかった。

企業との連携については、池田保健所集団給食会で分煙講演会を開催し、職場におけるたばこ対策の啓発を行った。管内D社については、禁煙教室、社内イントラネットの活用による企業内禁煙支援を実施するとともに、分煙状況の達成度と問題点を把握するため、デジタル粉塵計による粉塵測定を行った。

また、池田市医師会では医師会たばこ対策部会を立ち上げ、行動計画を作成した。

保健所は、大阪府たばこ対策行動計画において、地域におけるたばこ対策の拠点と位置づけられている。2002年12月には、池田保健所はじめ大阪府内6保健所の所長あるいは地域保健課長が保健所における喫煙対策に関して情報交換、意見交換のためのワーキンググループ会議をもった。全体討論では、保健所による医療監視の際にあわせて行う病院の分煙・禁煙化ならびに禁煙サポートの実態調査に関しては、改善・要望事項として病院に伝えることにより成果を挙げ得るが、健康増進法が2003年5月に施行される際、厚生労働省が第25条受動喫煙の防止に関してどれだけ具体的な指針を示すかが重要なポイントである、子どもへの働きかけについては、保健所は、医師会、教育委員会、PTAなどと連携をとり、環境づくりを行うことが第一義的任務である、などの議論が行われた。

2. 大阪大学医学部保健学科の取組み

2002年度の調査によると、喫煙率は学科全体では5.7%で前年度の6.2%と比較してやや低かった。専攻別では、看護学専攻で5.4%、検査技術学専攻で4.3%、放射線技術学専攻で7.1%であった。全体として学年が上昇するにつれ喫煙率は上昇していた。将来患者に接し禁煙指導する立場

にたつ看護学生の「たばこ保健指導への意欲」を規定する要因について分析したところ、学年の上昇は直接的に、あるいは友人の喫煙を介して間接的に、保健医療従事者としての役割意識を低下させる効果が認められた。一方、たばこに関する教育経験については学年の上昇に伴う増加が認められ、保健医療従事者としての役割意識を向上させる影響が認められた。

次に、看護学専攻2年生を対象に、2回完結のたばこ教育プログラムを作成しその効果を検討した。教育プログラムにより、学生のたばこの知識と態度は改善を示したが、禁煙サポート方法の理解とたばこ保健指導への意欲の上昇は十分とはいえず、プログラムの内容を改善する必要があると考えられた。

3. インターネットなどによるたばこ対策情報の提供

中村班員は、これまで収集してきた地域でのたばこ対策の先進事例や研究者が開発してきた禁煙サポート、喫煙防止教育、分煙のプログラムについてインターネットを通して広く情報発信を行うため、研究班のホームページの設計を行うとともに、コンテンツの作成に着手している。2003年5月には、大阪府立健康科学センターのホームページに本研究班のホームページを立ち上げ (<http://www.kenkoukagaku.jp/>)、本研究班のこれまでの報告書をはじめ、禁煙サポートを中心としたたばこ対策に関連した論文や教材についての詳細情報、たばこ対策に役立つ関連サイトの紹介とリンクのほか、後述のシンプソン教授講演会の概要や記録集を掲載するべく準備を進めている。今後1年間でさらにホームページの整備を図る予定である。また、2000～2001年度にかけて「がん予防キャンペーン実行委員会」と共同で開発した医療機関用のたばこ対策キットは、大阪がん予防検診センターのホームページ (<http://www.gan-osaka.or.jp/campaign/2001/2001kyouzai.html>) で閲覧およびダウンロードができるよう2002年3月から公開を始めたが、当研究班のホームページでも公開する。

大和班員はこれまで開発した分煙プログラムを引きつづき、産業医科大学のホームページ (<http://tenji.med.uoeh-u.ac.jp/smoke.html>)

で紹介した。2002年度には、地域・職域における分煙事例の収集をこれまでに引きつづき行うとともに、官公庁、教育機関、医療機関における望ましい受動喫煙対策である屋外喫煙についても事例を収集した。また、北九州市における取組みをおこない、北九州市分煙手引きを作成するとともに、施設管理者に向けてのパワーポイントのファイル形式としたスライドを産業医科大学のホームページで公開した。

野津班員は、喫煙防止教育プログラムとして開発した「ケムケムケロ」について、協力小学生および教師らによる試行、評価をへて改善をおこない、さらに関係者らへのヒアリングにより修正をおこなうなど、「インターネット版ケムケムケロ」の完成に向けて作業を進めている。

4. 喫煙対策推進のための医師会における医師を対象とした講演会の開催

主任研究者大島は日本医師会禁煙推進委員会委員として、医師会のたばこ対策の推進に向けて、“Doctors and Tobacco” (Tobacco Control Resource Centre, 2000)の翻訳出版を提言し、2002年6月に日本医師会から「医師とたばこー医師・医師会はいま何をすべきか」というタイトル名で出版された。これまでに約3万部が希望者に対して無料配布されている。さらに、分担研究者の中村と共同して、著者のデビッド・シンプソン教授による講演会を企画し、長寿科学振興財団の支援を得て、2002年10月に4カ所での医師会主催による講演会が実現した。まず10月10日大阪府医師会館における講演会（大阪府医師会主催）には、134名が参加、10月11日日本医師会における講演会（日本医師会主催）には142名参加、10月13日京都私学会館における講演会（京都府医師会と京都禁煙推進委員会との共催）には60名参加、10月14日兵庫県医師会館における講演会（兵庫県医師会、兵庫県喫煙問題研究会、日本禁煙医師連盟兵庫支部との共催）には65名参加した。わが国の多くの医師が、英国をはじめとする欧米先進国で実際にたばこ対策に取り組んだシンプソン教授から直接講演を聞き、わが国におけるたばこ対策を推進するために「いま医師・医師会は何をすべきか」について熱く議論することができた。この講演記録は、講演会に参加で

きなかった医師をはじめとする保健医療関係者に対してインパクトがあるものと考え、講演記録集やビデオの作成、ホームページでの公開に向けて作業を進めており、2003年5月には完了する予定である。

5. 地域におけるたばこ対策の取組みを評価するための準備のための作業

大野班員は、既存モデル CANSAGE を参考にシステムダイナミクスを用いて肺がん自然史モデルを構築し、「喫煙の状況を改善した場合」は肺がん死亡減少効果が大きいものの効果が現われるまでには若干のタイムラグが発生すること、「肺がん検診受診率を上昇させた場合」では肺がん死亡減少数は「喫煙の状況を改善した場合」に比べて小さいものの、その効果が現われる時期は早いことが示された。また、未成年喫煙の影響が大きいことが明らかになった。本シミュレーションモデルは、実際に対策に関わるものが、簡便に利用し効果を検討できるという特徴がある。

D. 考察

モデル地域とした大阪府、池田保健所をはじめとする府内保健所、大阪大学医学部保健学科などにおける取組みを関係者との協議のもとに組織的に実施した。この結果、たばこ対策に関する環境がまだ整っていない現在のわが国においても手順を踏めば実行可能で成果が上がることを示された。一方、研究者がこれまで開発した防煙、分煙、禁煙指導のプログラムをインターネットなどを用いて広く普及するための取組みをおこなった。

2003年5月の世界保健総会でのWHO たばこ規制枠組み条約の採択(WHO FCTC)を控えて、2002年7月には、受動喫煙防止の努力義務規定を盛り込んだ健康増進法が成立(2003年5月から施行)、2002年12月には、厚生科学審議会が「今後のたばこ対策の基本的考え方について(意見具申)」を厚生労働大臣に提出するなど、わが国のたばこ対策もようやく推進の機運が熟してきた。2002年10月の、たばこ規制枠組み条約第5回政府間交渉に向けて、財務制度等審議会がまとめた「喫煙と健康問題等に関する中間報告」では、「たばこは合法的な個人の嗜好品である」、「喫煙が特定

の疾病に対するリスクであることは疫学的に認められている」、「したがって、喫煙と健康の問題等の観点から、たばこの健康に対するリスク情報を適切に提供することにより、個人が自己責任において喫煙を選択するか否かを判断できるようにすることが重要である。一方、一般的にたばこの消費削減ないし禁止を求めるべきでない」とされ、これをもとに日本政府は、たばこ規制枠組み条約の目的そのものに反対して、世界の輿論を買っていたが、上述の12月25日の厚生科学審議会の意見具申や、2003年1月27日付の日本医師会から政府に対して提出されたWHO FCTCの成立および批准に向け尽力するように求めた要望書、2月13日付の禁煙推進議員連盟の政府に対する要望書、国内外から多数寄せられたWHO FCTCでの厳しい国際条約策定の請願などを受けて、2003年3月には、日本政府も受け入れる形で、たばこ規制枠組み条約最終案がまとまり、公表された。今後は、このような国際的な環境の中で、日本の国内法の整備などに取り組む必要がある。

本研究の取組みにより、防煙、分煙、禁煙支援の具体的な取組みが全国各地で進むとともに、たばこ規制枠組み条約で求められているたばこに関する法的規制や環境整備などへの理解を深めて実現することができれば、欧米先進国と同じように、わが国においても国民のたばこ離れを促進することが可能となり、肺がんをはじめとする喫煙関連疾患の減少が期待できるものと考えられる。

なお、日本医師会禁煙推進委員会では、禁煙推進に関する日本医師会宣言(「禁煙日医宣言」)を提案した。3月30日の代議員会で承認を求める予定である。禁煙宣言の第2条には、「我々は、全国の病院・診療所及び医師会館の全館禁煙を推進する。」とあるが、3月26日現在、日本医師会館と22道府県医師会館が禁煙となっている。また、第7条には、「我々は、禁煙を推進するための諸施策について、政府等関係各方面への働きかけを行う。」とある。今後、医師会館と医療機関の禁煙化や政府等関係機関への働きかけなどにおける医師会の先導的な取組みが、1つのキーとなるものと考えられる。

E. 結論

たばこ対策に関する環境がまだ整っていない現在のわが国においても、地域における各種のたばこ対策は実行可能で成果が上がることを示された。

F. 健康危険情報

この研究において、健康危険情報に該当するものはなかった。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Yoshimi I, Oshima A, Ajiki W, Tsukuma H, Sobue T. A comparison of trends in the incidence of lung cancer by histological type in the Osaka cancer Registry, Japan and in the Surveillance, Epidemiology and End Results Program, USA. *Jpn J Clin Oncol* 2003, 33:98-104.
- 2) Honjo S, Doran HE, Stiller CA, Ajiki W, Tsukuma H, Oshima A, Coleman MP. Neuroblastoma trends in Osaka, Japan, and Great Britain 1970-1994, in relation to screening. *Int J Cancer* 2003, 103: 538-543.
- 3) Ueda K, Kawachi I, Nakamura M, Nogami H, Shirokawa N, Masui S, Okayama A, Oshima A. Cigarette nicotine yields and nicotine intake among Japanese male workers. *Tobacco Control*, 2002, 11:55-60.
- 4) 大島 明. 「平成 12 年度老人保健事業報告」から見たわが国におけるがん検診の問題点. *厚生 の 指 標*, 2003, 50(3):14-20
- 5) 大島 明. 1次予防と2次予防の現状と将来. *がん分子標的治療*, 2003, 1:54-61.
- 6) 大島 明, 味木和喜子, 津熊秀明. がん検診は成果をあげているか ---がん登録の立場より---. *日本がん検診・診断学会誌*, 2003, 10:81-86.
- 7) 大島 明. 結核対策と医療技術評価ーがん対策と比較してー. *結核*, 2002, 77:753-757.
- 8) 大島 明. 健康を預かる医師の役割についてーとくにたばこ対策を進める観点からー. *治療*, 2002, 84:2940-2945.
- 9) 加藤治文, 大島 明, 西條長宏, 和田 攻, 櫻井秀也. 効果的な禁煙推進と医師の役割. *日本医師会雑誌*, 2002, 127:991-1008.
- 10) 大島 明, 三木信夫, 河島輝明, 山崎秀男. 「平成 12 年度老人保健事業報告」から見た胃がん検診・大腸がん検診の問題点. *日本消化器集団検診学会雑誌*, 2002, 401-408.
- 11) 中村正和, 増居志津子, 大島 明. 改訂版個別健康教育禁煙サポートマニュアル. 個別健康教育ワーキンググループ編. 東京: 法研, 2002.
- 12) 中村正和, 大島 明. 禁煙セルフヘルプガイド. 東京: 法研, 2002.
- 13) 中村正和, 大島 明 (編). グループ学習・通信教育 禁煙サポートマニュアル. 東京: 法研, 2002.
- 14) 木下朋子, 中村正和, 近本洋介, 増居志津子, 蓮尾聖子, 木下洋子, 大島 明. 医療機関における禁煙サポートのあり方に関する一考察ー看護婦を対象としたフォーカスグループインタビュー調査結果からー. *日本公衆衛生雑誌* 2002; 49(1):41-51. 14.
- 15) 蓮尾聖子, 田中英夫, 木下洋子, 中村正和, 増居志津子, 木下朋子, 近本洋介, 大島 明. 患者ニーズ調査に基づいた大阪府立成人病センターでの喫煙対策. *厚生 の 指 標* 2002; 49(4):30-37. 15.
- 16) 蓮尾聖子, 田中英夫, 木下洋子, 木下洋子, 木下典子, 大島 明. 喫煙がん患者における入退院に関連した喫煙行動の変化と退院後の喫煙行動に関連する要因. *日本公衆衛生雑誌* 2002; 49(10):1053-1061.

2. 学会発表

- 1) 大島 明. 結核対策と医療技術評価ーがん対策と比較してー. 第 77 回日本結核病学会総会、東京、2002 年 4 月
- 2) Oshima A, Ajiki W, Tsukuma H for the Research Group for population-based Cancer Registration in Japan. Survival of cancer patients in Japan. 24th Annual Meeting of the International Association of Cancer Registries, Tampere, Finland,

June 2002.

- 3) 大島 明. がん検診は成果を挙げているかー
地域がん登録の立場よりー. 第10回日本が
ん検診診断学会、東京、2002年8月.
- 4) 大島 明. がん登録が示すがん1次予防の課
題. 第11回地域がん登録全国協議会総会
研究会、米子、2002年9月
- 5) 大島 明. わが国におけるがん予防対策の評
価. 第61回日本癌学会総会、東京、2002年
10月.

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

この研究において、知的財産権に該当するもの
はなかった。

厚生労働科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）
分担研究報告書

地域ぐるみのたばこ対策の実践を支援する情報データベースの構築と評価

分担研究者 中村正和 大阪府立健康科学センター健康生活推進部長

研究要旨

わが国のたばこ対策は、欧米先進諸国に比べて著しく立ち遅れていたが、2002年8月の健康増進法の公布（2003年5月より施行予定）や、2002年12月の厚生科学審議会の厚生労働大臣宛の「今後のたばこ対策の基本的考え方について」の意見具申、さらに2003年5月に予定されているWHOのたばこ規制枠組み条約の世界保健総会での採択などを受けて、社会としてたばこ対策への関心が高まるとともに、たばこ対策を推進する上での基盤が整いつつある。

また、日本医師会や日本看護協会などの団体や、日本呼吸器学会をはじめ、日本小児科学会、日本肺癌学会、日本循環器病学会、日本公衆衛生学会、日本学校保健学会などの学会組織がたばこ対策の宣言を行うなど、保健医療組織・団体や医学会においてもたばこ対策に取り組む機運が高まってきている。

そこで、今年度は、英国からデビッド・シンプソン教授を招聘し、同教授による講演会や情報交換・討論により、医師ならびに医師会がたばこ対策推進において果たすべき役割とその具体的活動内容について検討した。

本研究の結果、たばこ対策の取り組みが遅れているわが国において、その推進を図るためには、医師会がリーダーシップをとり、厚生労働省等の行政機関、他の保健医療団体や学会組織、メディアなどと連携しながら、たばこ対策を推進するための活動を行うことが重要と考えられた。また、医師会として取り組むべき具体的な活動の内容についても検討した。

シンプソン教授の講演会については、その内容をまとめた記録集とビデオテープを作成するとともに、大阪府立健康科学センターのホームページ（<http://www.kenkoukagaku.jp>）で講演記録集と講演の映像の一部を平成15年5月より公開予定である。

A. 研究目的

本研究は、都道府県や保健所、保健医療組織・団体によるたばこ対策の先進事例や、研究者によって開発されたたばこ対策の方法論やプログラムを収集するとともに、ワークショップの開催やインターネットを通して情報提供と意見交換を行い、今後地域でのたばこ対策の普及を図る上での効果的な方策や、たばこ対策に関係する組織・団体の役割と相互の連携のあり方について検討することを目的とする。

B. 研究方法

今年度は、わが国の医師ならびに医師会がた

たばこ対策推進において果たすべき役割とその戦略について検討することを目的として、英国のASH（Action on Smoking and Health）において長年にわたり、たばこ対策を推進するための実践ならびに研究に従事してきたデビッド・シンプソン教授を長寿科学振興財団の外国人研究者招聘事業費を得て招聘した。

シンプソン教授は、英国でのたばこ対策の豊富な経験を有し、2000年には、たばこ対策の取り組みが遅れている東欧諸国などの医師会に向けて、英国医師会のTobacco Control Resource Centerから、たばこ対策推進における医師と医師会の役割を示したマニュアル ” Doctors and

Tobacco” を出版している。このモノグラフは、ホームページ(<http://www.tobacco-control.org>)でも公開され、たばこ対策の取り組みの模範書として広く読まれている。

本研究では、シンプソン教授を講師として、2002年10月に日本医師会ならびに、大阪府ならびに兵庫県、京都府などのたばこ対策に熱心に取り組んでいる府県等の医師会の関係者と共に講演会、パネルディスカッションを開催し、全国ならびに府県等の地域レベルにおいて、医師会が実施可能でかつ効果的なたばこ対策の取り組み手順や方法を具体的に検討した。また、シンプソン教授が提案しているたばこ対策内容をもとに、わが国の実情を踏まえての医師会などの医学団体としてのたばこ対策の方法と取り組みについて、シンプソン教授とともに検討を行った。

地域でのたばこ対策の実践を支援するために、たばこ対策に役立つ情報のデータベースを作成し、たばこ対策の責任者や指導者に対して情報を発信するために、研究班のホームページを作成し、2003年5月より公開できるよう作業を行った。

(倫理面への配慮)

講演会の内容の公表にあたっては、講演者や関係機関の同意を得て行った。

C. 研究結果

1. 講演会の開催

まず大阪府医師会では、地区医師会の連絡会と位置付け、10月10日にシンプソン教授の講演会を開催した。講演会ではまず、大阪府医師会が行った地区医師会におけるたばこ対策の実態調査結果についての報告がなされ、引き続いてシンプソン教授が「医師とたばこー医師・医師会はいま何をなすべきか」というテーマで講演を行った。本講演会には地区医師会連絡会のメンバーのほか、一般の医師会員など、計134名が参加した。本講演会の内容は2002年10月17日付けの朝日新聞の記事に掲載された。

次に、日本医師会では10月11日に開催され

た都道府県医師会公衆衛生担当理事連絡協議会に合わせて講演会が開催された。この協議会ではまず日本医師会が展開している禁煙推進活動について報告がなされた後、シンプソン教授から「医師とたばこー医師・医師会はいま何をなすべきか」というテーマで特別講演がなされた。講演に引き続いて会場から活発な質疑がなされ、参加した医師のたばこ対策への関心の高さが伺えた。この講演会には一般の医師会員の参加も含めて142名の参加があった。本講演の様子は2003年3月21日に放映された日本テレビ「からだ元気科」においても日本医師会坪井会長より紹介された。

京都私学会館においては、10月13日に京都禁煙推進委員会、京都府医師会の共催で、両会の会員を対象にシンプソン教授による講演会のほか、地域でのたばこ対策の進め方についての実践報告とパネルディスカッションが行われた。本講演会の参加者は60名であった。

最後に、兵庫県医師会館において、10月14日に兵庫県医師会、兵庫県喫煙問題研究会、日本禁煙医師連盟兵庫支部の共催でシンプソン教授の講演会が開催された。本講演会には65名が参加した。

2. シンプソン教授の講演内容と記録集・ビデオテープの作成

シンプソン教授が日本医師会をはじめ、各地域での講演会で講演した内容はほぼ共通しており、その要点は以下のとおりである。

まず第1に、世界的な視点で喫煙による健康被害の大きさと公衆衛生からみたたばこ問題の特徴を述べるとともに、わが国の喫煙による健康被害の大きさについてもデータを紹介した。

第2に、医師の喫煙率に触れ、世界的にみるとわが国の医師の喫煙率は高いことを指摘し、ロールモデルとしてさらに低下させる必要性を強調した。また、イギリスにおいて医師が喫煙と健康の関係について調べる疫学研究に積極的に参加し、自ら禁煙して喫煙関連疾患が一般人口に比べて低下することを示したことを紹介し

た。

第3に、医師がたばこ問題に対して活動を行うのに優位な立場にあることを強調し、医師が個人としてできる役割として、日常診療の中での禁煙指導に加えて、たばこ対策に係る個人や団体への働きかけも可能であることを述べるとともに、これらの役割に係る教育やトレーニングが医師や医学生に対して必要であることを指摘した。特に禁煙指導は、医師の時間を有効に利用する効率的な活動であり、なかでも短時間の介入が最も効率的で、介入にかけた時間で得られる禁煙成功者数が最も多いことを述べ、日常診療の場での禁煙指導の意義を強調した。

第4に、医師会組織として医師会員ならびに社会に対して何ができるかについて述べた。まず医師会員に対する活動としては、たばこ問題に関する委員会の設置、医師会員の喫煙に関する実態・意識の調査、医師会館の禁煙化、たばこ問題についての医師会員への教育、禁煙指導や広報に関するトレーニング、などをあげた。次に社会への働きかけについては、包括的なたばこ規制政策の実施にむけて、他の健康関連団体等との連携・連帯と、政策決定者である政治家へのロビー活動が重要であることを述べ、たばこ規制政策として、たばこ販売促進活動の禁止、たばこ税の引き上げ、たばこの警告表示を例として取り上げ、世界の対策の進み具合や効果について紹介した。

シンプソン教授の講演会の内容をまとめた記録集とビデオテープを作成するとともに、大阪府立健康科学センターのホームページ (<http://www.kenkoukagaku.jp>) で当研究班の情報発信の一環として、講演記録集と講演の映像の一部を平成15年5月より公開予定である。

なお、作成した記録集の中からシンプソンの講演部分を文末に資料として示した。

3. インターネットによるたばこ対策情報の提供

これまで収集してきた地域でのたばこ対策の

先進事例や研究者が開発してきた禁煙サポート、喫煙防止教育、分煙のプログラムについてインターネットを通して広く情報発信を行うため、昨年度より研究班のホームページの設計とコンテンツの作成を行った。2003年5月には、大阪府立健康科学センターのホームページに本研究班のホームページを立ち上げ (<http://www.kenkoukagaku.jp/>)、本研究班のこれまでの報告書をはじめ、禁煙サポートを中心としたたばこ対策に関連した論文や教材についての詳細情報、たばこ対策に役立つ関連サイトの紹介とリンクのほか、後述のシンプソン教授講演会の概要や記録集を掲載するべく準備を進めている。今後1年間でさらにホームページの整備を図る予定である。

また、2000～2001年度にかけて「がん予防キャンペーン実行委員会」と共同で開発した医療機関用のたばこ対策キットは、大阪がん予防検診センターのホームページ (<http://www.gan-osaka.or.jp/canpain/2001/2001kyouzai.html>) で閲覧およびダウンロードができるよう2002年3月から公開を始めたが、当研究班のホームページでも公開する。

D. 考察

わが国のたばこ対策は、欧米先進諸国に比べて著しく立ち遅れていたが、2000年3月に策定された「健康日本21」において、たばこ対策が国民健康づくり運動として正式に位置付けられ、その後、都道府県、保健所、市町村において「健康日本21」の地方計画の策定ならびにその準備がなされるなかで、たばこ対策に対する関心が高まってきている。また、最近になって、2002年8月の健康増進法の公布(2003年5月より施行予定)や、2002年12月の厚生科学審議会の厚生労働大臣宛の「今後のたばこ対策の基本的考え方について」の意見具申、さらに2003年5月に予定されているWHOのたばこ規制枠組み条約の世界保健総会での採択など、社会としてたばこ対策を推進する機運が高まるとともに、その基盤が整いつつある。

一方、日本医師会や日本看護協会などの団体や、日本呼吸器学会をはじめ、日本小児科学会、日本肺癌学会、日本循環器病学会、日本公衆衛生学会、日本学校保健学会などの学会組織がたばこ対策の宣言を行うなど、保健医療組織・団体や医学会においてもたばこ対策に取り組む機運が高まってきている。

そこで、今年度は、英国からデビッド・シンプソン教授を招聘し、同教授による講演会や情報交換・討論により、医師ならびに医師会がたばこ対策推進において果たすべき役割とその戦略について検討した。

本研究の結果、たばこ対策の取り組みが遅れているわが国において、その推進を図るためには、医師会がリーダーシップをとり、厚生労働省等の行政機関、他の保健医療団体や学会組織、メディアなどと連携しながら、たばこ対策を推進するための活動を行うことが重要であると考えられた。

具体的な活動内容としては、まず、すぐにも検討・実施可能な取り組みのテーマとして、保健医療施設や医師会館の禁煙化、禁煙指導普及のための指導料の保険点数化、医師や医学生へのたばこ対策（禁煙指導を含む）に関する教育トレーニング、があげられる。次に、より包括的かつ効果的なたばこ対策を進めるためには、医師会がリーダーシップをとって、たばこ問題のアドボカシー活動やロビー活動を行うことが必要であり、そのための専門的なトレーニングを医師会関係者が受けることが必要と考えられる。さらに、英国での経験を踏まえて、1967年に英国王立内科学会が設立したASHのようなたばこ対策の専門機関を設立し、たばこ対策やメディア等に精通した常勤のスタッフを置くことは、たばこ対策のためのアドボカシー活動やロビー活動の推進に貢献するだけでなく、たばこ対策に取り組む保健医療等の関係団体の連携の拠点となり、その社会的効果は大きいと考えられる。

E. 結論

今年度の研究により、わが国のたばこ対策の推進を図るためには、医師会がリーダーシップをとり、厚生労働省等の行政機関、他の保健医療団体や学会組織、メディアなどと連携しながら、たばこ対策を社会として推進する活動を行うことが重要と考えられた。

F. 健康危険情報

この研究において、健康危険情報に該当するものはなかった。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Ueda K, Kawachi I, Nakamura M, et al. Cigarette nicotine yields and nicotine intake among Japanese male workers. *Tobacco Control*. 2002; 11(1): 55-60.
- 2) 中村正和: 医療機関（禁煙外来を含む）での指導の実際. *日本医師会雑誌*, 127(7):1025-1030, 2002.
- 3) 蓮尾聖子, 田中英夫, 木下洋子, 中村正和, 他: 患者ニーズ調査に基づいた大阪府立成人病センターでの喫煙対策:1997-2000年. *厚生*の指標, 49(4): 30-37, 2002.
- 4) 中村正和: 禁煙補助薬. *Medical Practice*, 19(5):851-856, 2002.
- 5) 中村正和: 効果的な禁煙指導. *最新医学*, 57(6):1404-1415, 2002.
- 6) 埴岡 隆, 中村正和, 他: 歯科医院における禁煙指導の必要性. *歯界展望*, 100(3): 494-505, 2002.
- 7) 中村正和: 行動科学に基づいた健康支援. *栄養学雑誌*, 60(5):213-222, 2002.
- 8) 中村正和: 禁煙カウンセリング. *JIM*, 12(10): 979-983, 2002.
- 9) 森山和郎, 中村正和: Q&A「禁煙補助薬の使用法は?」. *肥満と糖尿病*, 1(4): 48-50, 2002.
- 10) 坪井栄孝, 東 洋恵, 中村正和, 他: 喫煙と健康—どうしたらタバコを止められるか. *加仁*, 29: 12-27, 2002.

- 11) 中村正和, 他: 禁煙指導の方法. 呼吸, 21(10): 881-892, 2002.
- 12) 阿部眞弓, 中村正和, 他(監修): これならできる! 成功率 99.9%の嬉しい禁煙の本. 東京: 主婦と生活社, 2002.
- 13) 中村正和, 他. 改訂版 個別健康教育禁煙サポートマニュアル. 個別健康教育ワーキンググループ編. 東京, 法研, 2002.
- 14) 中村正和, 他 (編): グループ学習・通信教育 禁煙サポートマニュアル. 東京: 法研, 2002.
- 15) 中村正和 (監修): なるほどタバコ学. 東京: 法研, 2002.
- 16) 中村正和, 他: 禁煙の実践と指導の実際. 日本医師会学術企画委員会編. 医師と患者のための医学講座 生活習慣と健康 健康増進と疾病予防管理のための生活改善. 東京: 東京法規出版, 276-285, 2002.
- 17) 中村正和 (監修): 禁煙応援団. 東京: 法研, 2002.
- 18) 中村正和, 他: 禁煙セルフヘルプガイド. 東京: 法研, 2002.
- 19) 中村正和: 現場で役立つ禁煙指導. JACR Monograph, 8: 9-14, 2003.
2. 学会発表
- 1) 平田真以子, 佃 恭子, 新井潔子, 山下チヨ子, 館 美加, 大脇多美代, 広部一彦, 中村正和: 成人病検診時における個別禁煙指導の取り組み (第 5 報) - 禁煙成功者と再喫煙者の要因分析. 第 75 回日本産業衛生学会, 2002 年 4 月, 神戸.
- 2) 中村正和, 他: 検診の場における禁煙指導の有効性の評価 (第 4 報). 第 75 回日本産業衛生学会, 2002 年 4 月, 神戸.
- 3) 大和 浩, 大藪貴子, 森本泰夫, 田中勇武, 筒井保博, 中村正和, 他: 職域における包括的な喫煙対策の介入研究について. 第 75 回日本産業衛生学会, 2002 年 4 月, 神戸.
- 4) 金澤正明, 澤田 亨, 中村正和, 他: 男性労働者の喫煙習慣と医療費との関係についての縦断的研究. 第 75 回日本産業衛生学会, 2002 年 4 月, 神戸.
- 5) 澤田 亨, 金澤正明, 中村正和, 他: 日本人男性における喫煙習慣と生命予後および喫煙関連疾患の関係: コホート研究. 第 75 回日本産業衛生学会, 2002 年 4 月, 神戸.
- 6) 中村正和: 現場で役立つ禁煙指導. 地域がん登録全国協議会 第 11 回総会研究会, 2002 年 9 月, 鳥取.
- 7) 中村正和: ガイドラインに基づいた上手な禁煙治療の方法. プライマリ・ケア学会 第 13 回生涯教育研修講座, 2002 年 9 月, 東京.
- 8) 中村正和: わが国に合ったたばこ対策プログラムの開発・評価とその普及に関する実践的研究. 第 61 回日本公衆衛生学会, 2002 年 10 月, 埼玉.
- 9) 中村正和, 他: 大阪府における医療機関でのたばこ対策推進の取り組み (第一報). 第 61 回日本公衆衛生学会, 2002 年 10 月, 埼玉.
- 10) 旅河志津子, 森岡幸子, 小松洋子, 高山佳洋, 廣畑 弘, 福島俊也, 津熊秀明, 増居志津子, 中村正和: 都市部における住民参加型健康日本 21 の取り組み < 第 1 報 > ~ 計画策定と連動した健康づくりとニーズアセスメント研修の試み. 第 61 回日本公衆衛生学会, 2002 年 10 月, 埼玉.
- 11) 廣畑 弘, 高山佳洋, 森岡幸子, 中村正和, 他: 都市部における住民参加型健康日本 21 の取り組み (第 2 報) ~ 健康大阪 21 計画の策定. 第 61 回日本公衆衛生学会, 2002 年 10 月, 埼玉.
- 12) 清水妙子, 永野明美, 伯井朋子, 泉本裕子, 増居志津子, 松尾由美, 亀井和代, 堀井裕子, 荒田恵子, 黒川通典, 佐藤眞一, 内藤義彦, 中村正和, 他: 自己決定にもとづく生活習慣改善目標の設定と実行を促すプログラムの開発 (第 1 報). 第 61 回日本公衆衛生学会, 2002 年 10 月, 埼玉.
- 13) 永野明美, 清水妙子, 伯井朋子, 泉本裕子,

黒川通典, 松尾由美, 亀井和代, 荒田恵子, 堀井裕子, 増居志津子, 佐藤眞一, 内藤義彦, 中村正和, 他: 自己決定にもとづく生活習慣改善目標の設定と実行を促すプログラムの開発 (第 2 報) . 第 61 回日本公衆衛生学会, 2002 年 10 月, 埼玉.

- 14) 中村正和: 外来や健診の場などを用いての効果的な禁煙指導について. 第 17 回冬季札幌がんセミナー, 2003 年 2 月, 北海道.

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

この研究において、知的財産権に該当するものはなかった。

デビッド・シンプソン教授

講演記録 医師とタバコ

医学の大きな挑戦

2002年10月11日／日本医師会館

【主な内容】 30年後のショッキングな予測／公衆衛生からみたタバコ問題の特徴／まだ高い日本の医師の喫煙率／大切な医師を中心とした広範な連携／効果的な医師による禁煙の勧め／効率的な短時間の禁煙指導／医師だからこそできることがある／医学生と医師を対象にタバコの講座を／専門委員会を設置し、調査の実施／医師会館の全面禁煙の実現を／医師会のタバコ会社への投資は不適切／タバコ規制に向けた支援ネットワーク／政策決定者である政治家への啓発／タバコ規制のための独立した組織の設立／基礎報告書を政策化への出発点に／メディアによるパブリシティ効果／タバコ会社が抵抗する政策こそ有効／最も危険な消費財の広告は許されない／タバコ税を健康促進に活用するしくみ／タバコ規制策としてのタバコ税のアップ／まだタバコ税を上げる余地はある／健康に対する警告も厳しい基準で／公共の場での禁煙の推進／未来の人々に感謝される政策の実現を

30年後のショッキングな予測

本日、私が話すのは、世界中で最も予防できる疾病と早死の原因である喫煙についてである。この喫煙問題は、いま日本の医師たちに対しても大きな挑戦となっているが、逆に言えば、日本人の健康改善のチャンスが医師の手に委ねられていることでもある。

まず、ショッキングなデータから紹介しよう。WHOの報告によると2001年現在、世界におけるタバコ関連疾患による死亡数は年間420万人であるが、30年後には2倍以上の1000万人にもなると予測されている(図1)。さらに、タバコ関連疾患による死亡数が全死亡数に占める割合は、1990年現在で6分の1だったが、2020年には倍の3分の1に増えると予測されている(図2)。

発展途上で禁煙活動に携わっている医師や人々の活動をサポートすることも、私の主な仕事のひとつである。タバコ関連疾患による死亡数について、2001年現在の先進国と発展途上国での割合は5:5だが、2030

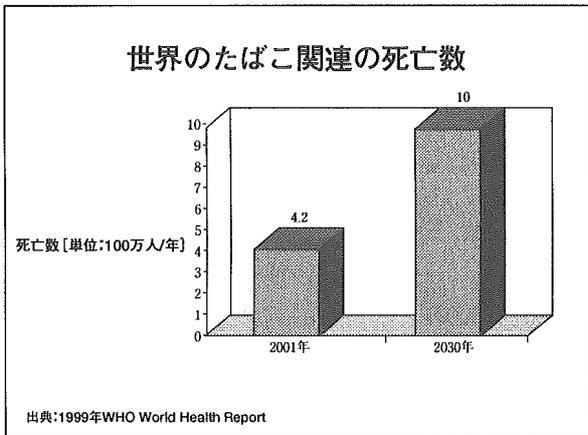


図2

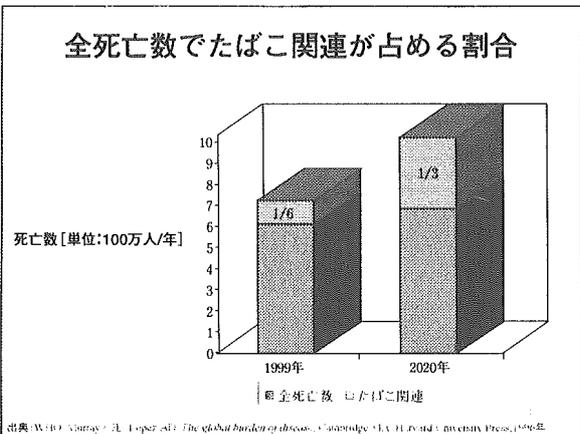


図3

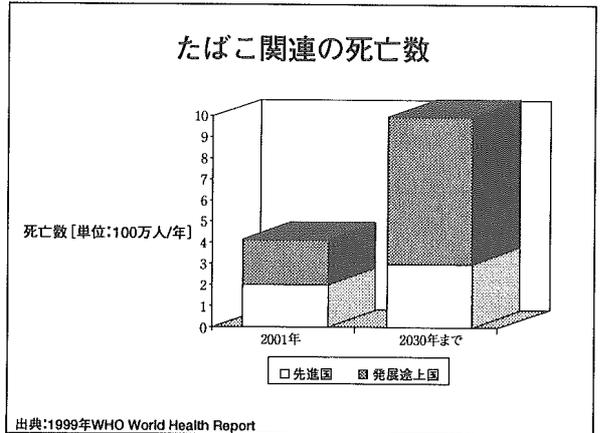
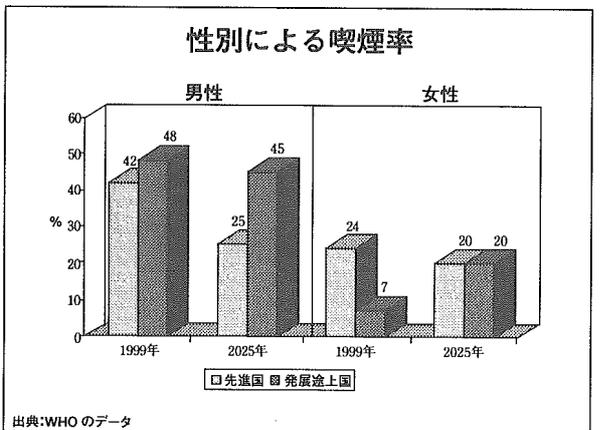


図4



年には発展途上国における死亡数が急増し、その割合は3:7になると推定されている。つまり、420万人から1000万人に跳ね上がるとみられているタバコ関連の死亡数の増加部分のほとんどは、発展途上国の人々ということになる(図3)。

こうした世界各国における喫煙状況は、一握りの大企業であるタバコ産業に支配されている。男性と女性の喫煙率がほぼ同じになっている国さえあるが、その背後には女性をターゲットにしたタバコ会社の販売戦略がある(図4)。それは、先進国における喫煙に起因する年間死亡者数の推移にも表れている。

私の母国イギリスでも、喫煙関連疾患の予防を目的とした介入は比較的早期に実施されたが、当時、女性はその対象にはならなかった。女性の喫煙が野放し状態にされた期間が長く続いたため、喫煙に起因する女性の死亡者数が低下してくるには、しばらく時間がかかると思われる。喫煙に起因する日本の女性の年間死亡者数の推移は、まだ低いレベルで推移しているが、今

後、急に右肩上がりのグラフになるのではと懸念されている(図5)。

公衆衛生からみたタバコ問題の特徴

すべてのタバコが健康に有害であるが、ここでは、日本などの先進国においてタバコ消費の多くを占める紙巻きタバコの喫煙について、限定して取り上げる。タバコ問題にはいくつかの特徴がある。まず、タバコ問題はユニークな公衆衛生上の問題であり、他の予防可能な疾病や早死の原因とは異なることを強調しておきたい。

他の予防可能な死因の多くは、過剰に使用したり、濫用することによって危険を招くが、タバコはどのように吸ったとしても、常に危険を伴うものである。たとえば、アルコールに関連した死のほとんどは、過度のアルコール摂取によるもので、節度ある飲酒をしてさえいれば、健康に害を与えることはない。また、車の運転も同じで、注意深く運転していれば問題ないわけで、運転者のミスや乱暴な運転が、負傷や死亡事故につながる。つまり、タバコ問題の第1の特徴は、タバコには安全な吸い方というものはなく、毎日、わずかな量を吸った場合でも、多くの人々が生涯で直面する他のリスク要因に比べてずっと大きな危険にさらされる。たとえタバコ製造者の指定どおりに使用しても、常に危険だということである。そういう意味でユニークな消費財と言える。

第2にタバコは依存性が強く、依存症の専門医や医療関係者は最も依存性の強い違法薬物に匹敵すると指摘している。

第3に他の予防可能な疾病と異なり、タバコ製造会社による大々的な宣伝活動によって、多くの人々はタバコを吸うようになってしまう。つまり、タバコの広告宣伝が多くの人々の健康的な日常活動を脅かしているのである。

ほとんどの喫煙者は未成年から喫煙を始めている。タバコの広告や販促活動で展開されるイメージ戦略によって、タバコを吸うと大人っぽく見るとか、喫煙は成人の選択だとか、喫煙が魅力的で刺激的な大人の習慣であるというイメージが形づくられている。現実

的には大人としての判断ができるようになる前から、未成年者は喫煙を始め、成人になる頃にはすでに常習者になってしまっている。

最後に、タバコは喫煙者自身だけではなく、他人のタバコの煙にさらされている非喫煙者にとっても、有害であることを忘れてはならない。非喫煙者の妻は喫煙者である夫が吸うタバコの煙の害によって、肺がんになる確率が高くなるという疫学調査結果を初めて発表したのは、日本の平山雄先生である。

では、このようなタバコによってどんな疾病が引き起こされるかについて見てみると、図6のとおりである。本当は、もっと長いリストになるのだが、ここには主要なものだけをあげた。タバコ一服の煙には4000種類以上の化学物質が含まれており、その多くは発がん性や毒性をもっていることがわかっている。

まだ高い日本の医師の喫煙率

さて、タバコ問題に対して、一人ひとりの医師が何

図5

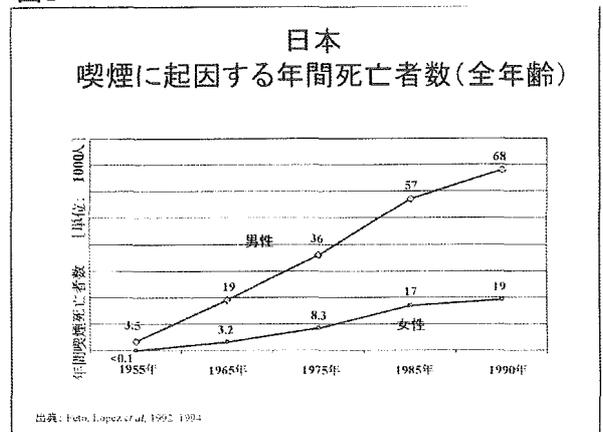


図6

喫煙により引き起こされる疾患の例:		
癌	心臓血管疾患	他の呼吸器疾患
<ul style="list-style-type: none"> 肺 口腔 食道 膵臓 喉頭 膀胱 腎臓 肝臓 	<ul style="list-style-type: none"> 虚血性心疾患、MI 脳卒中 大動脈瘤 末梢血管の疾患 動脈硬化症 	<ul style="list-style-type: none"> 慢性気管支炎 肺気腫 ほとんどの他の呼吸器障害の増悪

をすべきかについて述べる前に、他の先進国の医師たちは何をしているかについてふれてみたい。他の先進諸国の医師たちの活動と比べると日本の医師たちは、喫煙者を減らすためにまだ実行すべきことがあると思う。日本の医師の喫煙率は、ようやく一般の人々の喫煙率より低い喫煙率を達成したところではないかと思う(図7)。それは好ましいことだが、もっと医師全体の喫煙率を下げる必要がある。

日本の医師は、まずタバコ離れをして自分自身の健康を改善し、患者に対して模範的な実例のお手本を示すべきだろう。そのことによって、国民全体の健康の向上に貢献できる。

オーストラリア、香港、アメリカ、イギリスの医師の喫煙率は日本よりかなり低くなっている(図8)。このことから日本の医師の喫煙率は、まだまだ下げべき余地が残されていると思う。

イギリスでは、喫煙が肺がんの原因であることが初めて確認され発表された後に、医師の喫煙率は減少し

図7

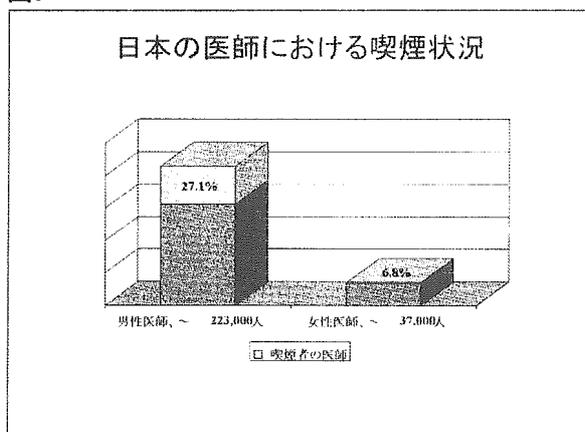


図8

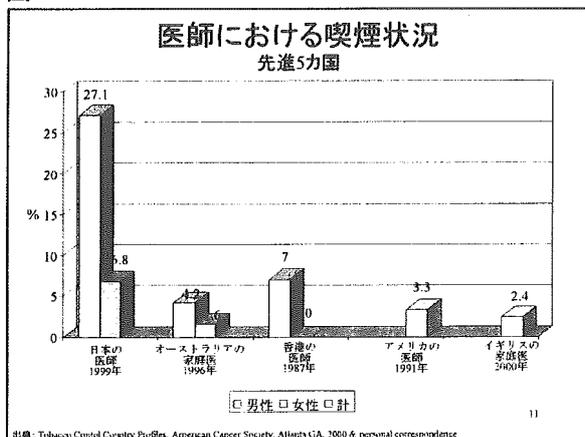


図9

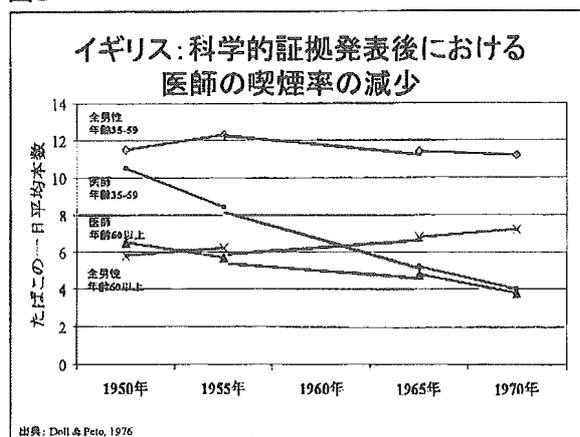
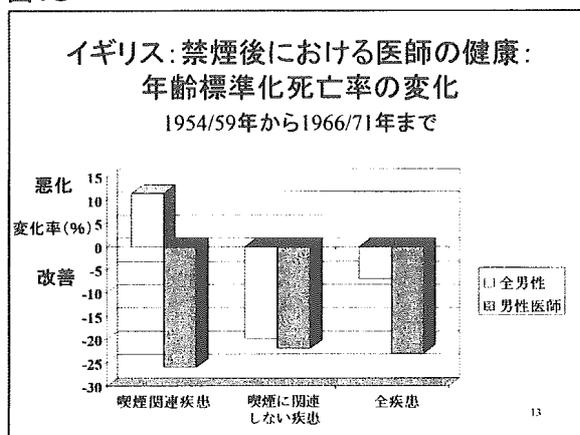


図10



始めた。男性全体の喫煙率に変化はなく、むしろ高齢の男性の間では増加傾向が続いた(図9)。

医師以外の人々が以前と同じように喫煙し続けるなかで、医師たちの喫煙率が低下した最大の理由は、DollとHillらにより医師を対象とした喫煙の健康調査が行われたことにあると考える。

では、ここでイギリスの禁煙した医師たちの12年間の死亡率の推移を、男性全体と比べてみよう。喫煙関連疾患による死亡率は、男性全体では増加したのに対して、医師では大きく減少した。また、喫煙に関連しない疾患による死亡率は、医師と男性全体ともに減少したが、医師の喫煙率が低下しただけ、死亡全体の改善率は医師のほうがはるかに高かった(図10)。

このように日本でも医師の皆さんは、国民に禁煙によって健康の改善がはかれることを手本として示していくことができる。

大切な医師を中心とした広範な連携

さて、世界各地で得られた経験から、タバコ問題に対する活動を起こす場合、医師は特に優位な立場にあると言える。その活動は極めて多岐にわたるものであり、そして、活動の多くは目標が達成されるまで長い時間を必要とする。もちろん、そうした活動の一部は、すでに日本でも医師や医師会によって実践されているかもしれない。

イギリスでは前述したように、喫煙と疾病の因果関係に関する初期の研究段階で医師が研究対象になったこともあり、医師はタバコ離れをして禁煙運動に先駆的に取り組むばかりではなく、率先して政治家にタバコ規制政策の推進を働きかけるようになった。おもしろいのは、多くの政治家は医師という専門家の助言を喜んで受け入れてくれるということである。

また、医療関係者にとどまらず、他の分野の専門家などの人材を集めて、タバコに関する広い分野にわたる協力を得ることも大切である。学校の教師、放送関係者、新聞および雑誌記者、国会議員や地方議員、役人、企業、公共施設を運営する人、文化、スポーツ、宗教団体などのさまざまな関係者の協力を結集することによって、包括的なタバコ規制政策の立案など、本当の意味での禁煙運動を展開することができる。医師だけでは、こうした運動は不可能で、他の分野の人々の応援が必要である。ただ、医師はこうしたタバコに対する取り組みを先導するうえで、最も適したユニークな立場にあると言える。

効果的な医師による禁煙の勧め

臨床医にできる第一歩は、患者に禁煙を勧めることである。このことによって、さまざまな喫煙関連疾患を防ぐことができる。患者に対する医師による禁煙の勧めは、特に効果的である。多くの喫煙者は禁煙したいと思っているし、まだ禁煙しようと決心はしていても、医師の禁煙の勧めを受け入れる人は多い。世界各国での調査研究で、医師が臨床の場で短時間の簡単な禁煙指導を行うことによって喫煙者が禁煙を継続するチャンスが大きくなることが実証されている。

喫煙から禁煙へは、循環的なプロセスとして考えることができる(図11)。つまり、禁煙する気がまったくない人に対しては、まず、なぜ禁煙する必要があるのかを考えさせることによって、その後、きっぱり禁煙する決意を促す。禁煙を試みた後、短期間は禁煙できたものの、また喫煙を再開してしまう人もいるが、その際に医師がサポートすることによって、再び禁煙に挑戦する意欲がわき起こってくる。禁煙に成功し、二度とタバコを吸わない人もいる。そうなれば、その人たちの健康は大きく改善されるはずである。

世界各国に同じようなデータがあると思うが、喫煙継続者の2人に1人の割合で、タバコが原因で早死することがわかっている。医師による禁煙の推進は、生命を救う非常に重要な仕事なのである。

驚くべきことだが、過去に禁煙に失敗した回数が多い人ほど、次回の挑戦で生涯禁煙者になる割合が高いことが、研究によって明らかになっている。

効率的な短時間の禁煙指導

次に、医師による短時間の禁煙指導について話そう(図12)。短時間の指導は極めてシンプルである。最初患者が禁煙をするための情報やアドバイスを提供し、禁煙に向けて励ますことが大切である。患者が禁煙することに同意したら、医師はその判断がいかに正しいかについて、禁煙によるメリットを話すことによって伝え、患者の決心を揺るぎないものにしてあげる。

もし、この時に禁煙のためのリーフレットを患者に渡すとさらに効果的である。リーフレットがお手元に

図11

