

20031340

厚生労働科学研究費補助金
がん予防等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15年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 大島 明

平成16(2004)年3月

目次

I. 総括研究報告書		
地域におけるたばこ対策とその評価に関する研究	.....	1
大島 明		
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	.....	7
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	.....	21
野津有司		
3. 分煙対策プログラムの普及とその評価	.....	31
大和 浩		
(資料) 受動喫煙防止対策の手引き (第4版)		
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	.....	59
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	.....	71
三上 洋		
6. 大阪府におけるたばこ対策の実施とその評価	.....	95
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	.....	107
柳 尚夫		
(資料) ちらし「たばこバイバイ 無煙環境をつくりましょう！」		

厚生労働科学研究費補助金（がん予防等健康科学総合研究事業）
総括研究報告書

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、分担研究者がこれまで開発してきた禁煙サポートプログラム（中村正和班員）、喫煙防止教育プログラム（野津班員）、受動喫煙防止プログラム（大和班員）について、インターネット等を用いて広く紹介するための作業を2002年度に引きつづき行った。

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、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年度から開始した。2003年度においても中村 顕班員が、本研究の一環として保健所による医療機関における喫煙対策の実態調査結果の取りまとめをおこなった。また、2003年5月の健康増進法の施行を受けて、シンポジウム「健康増進法と公共施設の禁煙化」を企画し、2003年9月22日に健康大阪21推進府民会議等の主催により、これを実現した。

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年生を対象にたばこ教育プログラムを作成し、その効果を評価した。

”Doctors and Tobacco”（Tobacco Control Resource Centre, 2000）の翻訳出版は、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実現し、さらに、著者のデビッド シンプソン教授による講演会も2002年10月に実現したが、2003年度にはこの講演記録集やビデオをホームページ上に公開した。

2003年5月の世界保健総会でのWHOタバコ・コントロール枠組み条約（FCTC）の採択を受けて、FCTCへの署名、批准、およびこれらにあわせての国内法等の整備が今後のわが国の課題である。これらの実現に向けて、政策決定者やメディアへの働きかけのキーは、喫煙の害をよく知る医師の団体・組織と医学会が握っている。これらの組織の今後の活動のあるべき方向について検討した。

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	大阪大学大学院医学系研究科教授
三上 洋	大阪大学大学院医学系研究科教授
中村 顕	大阪府健康福祉部地域保健福祉室地域保健課課長補佐
柳 尚夫	大阪府茨木保健所所長

A. 研究目的

わが国におけるたばこによる死亡数は2000年には11.4万人で、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」目標は当初は盛り込まれたものの、結局は削除された。また、情報提供以外には、目標実現の手段は具体的に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るものがあり、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、大阪府内(政令市を含む)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) 2003年2月までに実施した2002年度の病院の分煙・禁煙化ならびに禁煙サポートの実態調査結果を分析した。調査対象は564病院、回収出来たのは564病院、回収率100%であった(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り組みを実施した。特に新たに所長として転出した茨木保健所において、管内の学校との連携、企業などとの連携のもとにモデル的取り組みを行った(柳班員)。

(3) 2003年5月の健康増進法の施行を受けて、シンポジウム「健康増進法と公共施設の禁煙化」を企画し、2003年9月22日に健康大阪21推進府民会議等の主催により、これを実現した。学校と医療機関および役所においては、全館禁煙を早急に実現するべきであり、すでに先行事例が続々

と生まれつつある(中村正和班員)。

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. 分担研究者がこれまで開発してきた喫煙防止教育プログラム(野津班員)、受動喫煙防止プログラム(大和班員)について、インターネット等を用いて広く紹介するための作業を2002年度に引きつづき行った。また、「Doctors and Tobacco」(Tobacco Control Resource Centre, 2000)の翻訳出版については、2002年6月に日本医師会から「医師とたばこ—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、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2002年10月に実現したが、2003年度にはこの講演記録集やビデオの作成・配布、ホームページでの公開をおこなった(中村正和班員)

4. 地域におけるたばこ対策の取り組みをモニターする一環として、喫煙率、肺がん罹患率、肺がん死亡率について、ベイズ型ロジット・コウホートモデル(APCモデル)による分析を行い、年齢、時代、出生コウホートの影響を検討した。また、地域におけるたばこ対策の評価のモデルとしてハクリネンの提唱したモデルを検討した(大野班員)。

5. 2003年5月WHOタバコ・コントロール枠組み条約(FCTC)が日本政府を含む192の加盟国・地域の全会一致で採択された。「現在および将来の世代をたばこ消費とたばこ煙への暴露によっておこる甚大な健康的・社会的・環境的・経済的被害から守る」ため各国が国内外で実施すべき規制の枠組みを提供することにある。今後は、FCTCへの署名、批准、およびこれにあわせての国内法等の整備が課題である。主任研究者の大島と分担研究者の中村正和班員は、FCTCへの署名、批准、およびこれにあわせての国内法等の整備の実現を図るため、政策決定者やメディアへの働きかけに関するノウハウを得るべく、2003年8月フィンランドのヘルシンキで開催されたワークショップ(German-Japanese ACS/UICC Tobacco Control Leadership Fellows Program)に参加した。

(倫理面での配慮)

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2002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59.6%（前年の2001年度調査では54.5%、以下2001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5.7%（5.3%）、あわせてガイドラインの目標をクリアしていた病院は59.6%（54.5%）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60.6%（52.4%）、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2.0%（1.8%）、あわせてガイドラインの目標をクリアしていた病院は62.6%（54.2%）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6.7%（5.7%）、3.1%（3.0%）で、ガイドラインの目標を達成しているものは、あわせて全体の9.8%（8.7%）に過ぎず、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69.7%（68.1%）で、前年に比し増加が鈍化していた。

これらの調査結果については、大阪府のホームページにおいて公開するとともに、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。

2003年5月に施行された健康増進法の第25条

には、多数のものが利用する施設の管理者に受動喫煙防止の義務規定が盛り込まれた。これを受けて、(財)日本医療機能評価機構による病院機能評価においては、2004年度から一部の病院をのぞき、全館禁煙の方針が確立し、それが適切に実施されていなければ認定されない方針が示された。これらの状況の変化により、病院の全館禁煙は2003年度以降一層進んでいくものと考えられる。このことを引き続き調査を実施して確認する予定である。

(2) 保健所における取組み

2001年度と2002年度には柳班員が所長を勤めていた池田保所でのたばこ対策の取組みについて検討し、実践したが、2003年度には、柳班員が新たに赴任した茨木保健所での取組みを開始した。管内の2市1町の中でS市は2003年5月から、S町は2004年4月から、公共施設と公立小中学校の敷地内禁煙を実施、または実施予定である。しかし、最も人口規模の大きなI市では、施設管理者向け講演会の実施には協力的であるが、それぞれの施設の受動喫煙防止対策は施設管理者任せであり、市としての明確な受動喫煙防止対策が打ち出されていない。そこで、分煙の科学的根拠に基づく指導を目指して、大阪府のモデル事業として、管内20病院のうち10病院と飲食店1か所において、デジタル粉塵計による24時間連続測定をおこなった。2病院のみで煙の漏れない分煙がおこなわれていたが、他の病院と飲食店では喫煙空間から禁煙空間への煙の漏れが測定された。

また、管内小中学校での喫煙防止教育の研修会を実施したところ、学校の敷地内禁煙を実施しているS市、あるいは実施予定の作成のS町では、小学校の関心は高く参加率は高かったが、その目処の立たないI市では参加率は低かった。ただし、中学校では逆の結果であった。

なお、地域におけるたばこ対策の推進において、保健所は、必要であれば直接的な支援や事業実施をおこなうが、対策の進展に伴って、ネットワーク作りや指導者研修などのコーディネーターとしての役割が求められるようになるものと考えられる。

2. 大阪大学医学部保健学科の取組み

2003年度の調査によると、喫煙率は学科全体では5.3%で前年度の5.7%と比較してやや低かった。専攻別では、看護学専攻で3.3%、検査技

術学専攻で 3.7%、放射線技術学専攻で 10.7%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が、学年の上昇に伴う喫煙率の上昇は前年度より弱かった。たばこに対する態度では、医療施設の禁煙化や禁煙指導方法に関する教育の普及には肯定的であったが、学生の生活に近い保健医療系学校の禁煙化や保健医療従事者は禁煙するべきであるといった項目にはやや否定的な傾向が見られた。ただし、高学年においてはより積極的な態度を示す傾向も見られ、さらに持続的な働きかけが必要と考えられた。

次に、前年度に作成し看護学専攻 2 年生を対象にその効果を検討したたばこ教育プログラムを、昨年の評価結果を参考に改定し、本年度の 2 年次学生に施行した。教育プログラムによりたばこの知識に関する知識の正解率は着実に上昇したが、たばこに対する態度は介入前の評価で高いものはやや低下する傾向があり、低かったものでは上昇が見られた。より効果的な介入をおこなうためさらに保健指導へ意欲を持ち、禁煙指導や模範的役割へ積極的な態度を示すことが出来るようなプログラム内容のさらなる改善が必要と考えられた。

3. インターネットなどによるたばこ対策情報の提供

中村正和班員は、本研究班の報告書や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、2003 年度には、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た (<http://www.kenkoukagaku.jp/>)。今年度は、2002 年 10 月のシンプソン教授講演会の講演記録集やビデオ内容をホームページで公開した。さらに、2003 年 9 月のシンポジウム「健康増進法と公共施設の禁煙化」の記録、産科・小児科の医療従事者向けの禁煙サポートの指導者マニュアルの内容についても、閲覧ならびにダウンロードできるように、このホームページ上に公開した。

大和班員はこれまで開発した喫煙対策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>) 上で紹介した。2003 年度には、北九州市の保健総合福祉センターとの共同で、「受動喫煙防止対

策の手引き」を改定した。一方、これまでに開発してきた喫煙対策プログラムをパワーポイントのファイルとし、CD-ROM に焼き付け配布した。

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」 (<http://hoken2.taiiku.tsukuba.ac.jp/kero/index.html>) を完成した。そして、小学校 3 年生 80 名を対象に介入評価した結果、本プログラムのインターネット版は、小学校 3 年生にとって十分に利用可能であり、キャラクターも覚えやすいものであることが示された。

4. 地域におけるたばこ対策の取組みのモニタリングシステムの構築

大野班員は、喫煙率、肺がん罹患率、肺がん死亡率の APC モデルによる分析の結果、男性で昭和 10 年代出生コウホートが喫煙率、肺がん罹患率、肺がん死亡率ともに低い世代であることを示した。ハクリネンのモデルでは、肺がん罹患率に対する禁煙期間、喫煙期間、喫煙開始年齢、禁煙開始年齢の影響を検討している。とくに、未成年の喫煙についても調査値にもとづいて喫煙開始時期、喫煙期間を設定しており、モデル作成における基礎資料の充実が必須であることが示された。

D. 考察

モデル地域とした大阪府、茨木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り組みを関係者との協議のもとに組織として実施した。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。2003 年 5 月の健康増進法第 25 条受動喫煙防止の施行、2004 年 3 月の WHO タバコ・コントロール枠組み条約への署名を受けて、わが国のタバコ・コントロールをめぐる環境は、一段と改善され、より積極的な取り組みが可能となる。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も活用されるものと思われる。これらのプログラムをインターネットなどにより広く普及を図ることは、今こそ重要であると考えられる。

本研究の取り組みにより、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。

2003年3月30日に採択された禁煙推進に関する日本医師会宣言（「禁煙日医宣言」）の第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。政府等関係機関への働きかけなどにおける日本医師会の先導的な取組みに引き続き、禁煙宣言を出している医学会、保健医療組織・団体による政府、国会等への働きかけが必要であると考える。この点で、2003年8月フィンランドのヘルシンキで開催されたワークショップで得ることの出来たノウハウを今後の活動に生かしていきたい。なお、ワークショップで用いられた教材 Tobacco Control Strategy Planning Guides: learning from the strategic lessons of 40 years of tobacco control advocacy triumphs and failures - across the globe は、UICC のホームページで公開されている。この教材は、いまなお当面は困難が続くと思われる日本の状況を切り拓くにあたって極めて有用であり、翻訳出版を検討するべきである。

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。たばこ規制の法的環境が整備されていく中で、さらに成果を挙げることを期待される。

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) 大島 明. がん検診の考え方. 治療 2004; 86(1), 97-103
- 2) 大島 明. マスククリーニングが神経芽腫の治療成績に与えたインパクト—なしの立場から—. 小児外科 2004; 36(1), 11-18

- 3) Sugiyama H, Teshima T, Ohno Y, Inoue T, Takahashi Y, Oshima A, Sumi M, Uno T, Ikeda H; Japanese PCS Working Subgroup for Lung Cancer. The Patterns of Care Study and Regional Cancer Registry for non-small-cell lung cancer in Japan. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2003 Jul 15;56(4):1005-12.
- 4) Ueda K, Tsukuma H, Tanaka H, Ajiki W, Oshima A. Estimation of individualized probabilities of developing breast cancer for Japanese women. Breast Cancer. 2003; 10(1):54-62.
- 5) Ioka A, Tsukuma H, Ajiki W, Oshima A. Ovarian cancer incidence and survival by histologic type in Osaka, Japan. Cancer Science 2003;94:292-296.
- 6) Nomura E, Tsukuma H, Ajiki W, Oshima A. Population-based study of relationship between hospital surgical volume and 5-year survival of stomach cancer patients in Osaka, Japan. Cancer Science 2003; 94: 998-1002.
- 7) 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.
- 8) 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.
- 9) 大島 明. 日本での慢性肝疾患、特に肝臓の疫学的特徴. 第123回日本医学会シンポジウム記録集、13-19、日本医学会、東京、2003.
- 10) 大島 明. 医師とタバコ・コントロール. 日本医事新報 No.4127(2003年5月31日): 11-15
- 11) 大島 明、中村正和. タバコ・コントロール. 癌の臨床、2003; 49(10):1025-1034.
- 12) 大島 明. たばこコントロールの推進における医師および医師会の役割. Clinician, 2003;50(521):549-553.
- 13) 大島 明. 日本での慢性肝疾患、特に肝臓の

- 疫学的特徴. 第 123 回日本医学会シンポジウム
記録集「ウイルス肝炎」. 2003 年、東京、13-19
- 14) 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
生の指標、2003、50(3): 14-20
 - 15) 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.
 - 16) 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.
2. 学会発表
- 1) 大島 明. たばこ対策: 世界と日本. 日本医学
会総会シンポジウム「生活習慣と疾病予防」.
2003 年 4 月、福岡.
 - 2) 大島 明. 日本での慢性肝疾患、特に肝癌の疫
学的特徴. 第 123 回日本医学会シンポジウム
「ウイルス肝炎」. 2003 年 6 月、東京.
 - 3) 大島 明. 疫学会からみた今後のがん予防. 第
62 回日本癌学会パネルディスカッション「発
がん研究から予防の実践へ」. 2003 年 9 月、名
古屋.
 - 4) 大島 明. がん登録研究における倫理指針. 日
本癌治療学会第 9 回教育セミナー「医師主導の
がん臨床試験の倫理的背景とその環境整備」.
2003 年 10 月、札幌.
 - 5) 大島 明. がんの疫学と健康教育. 第 50 回日
本学校保健学会教育講演. 2003 年 11 月、神戸.
 - 6) 大島 明. がん予防分野における介入のための
エビデンス. 第 9 回日本薬剤疫学会総会シンポ
ジウム「疫学的あるいは臨床的アプローチによ
るエビデンス―無作為化比較試験によらない
エビデンス」. 2003 年 10 月、東京.

H. 知的財産権の出願・登録状況

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（がん予防等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）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月の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、全国の学校や病院、官公庁などの公共施設での禁煙化の取り組みが活発になってきている。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、多く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対する熱心な取り組みが始まっている。

そこで、今年度は、「健康増進法と公共施設の禁煙化」と題したシンポジウムを開催し、禁煙化への主導的な役割を果たすことが期待されている関係機関の先進的な取り組み事例を紹介するとともに、公共施設の禁煙化の今後の推進方策について検討した。

本研究の結果、公共施設の禁煙化を推進するにあたっては、施設を管理する責任者の決断が重要であり、そのためには責任者に対して組織内外からの働きかけと情報提供が必要であると考えられた。また、施設の禁煙化をより実効性のあるものにするためには、実施してからの遵守状況のモニタリングを行うことが大切であり、禁煙化の効果についても調べる必要があると考えられた。

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

2003年5月に施行された健康増進法に基づき、公共施設の禁煙化などの環境整備による禁煙推進方策について検討することを目的に、2003年9月22日、大阪府医師会館にてシンポジウム「健康増進法と公共施設の禁煙化」を大阪府や大阪府医師会等と共催の形で開催した

（表1）。

まず「タバコに対策おける国の動向」と題して我が国のたばこ対策と喫煙の現状、および今後の課題について講演が行われた。次に「施設の禁煙化により期待される効果について」のテーマで受動喫煙防止の必要性、完全禁煙化の重要性と必要性が説明された。

引き続きシンポジウムが開催され、禁煙化への主導的な役割を果たすことが期待されている関連機関から先進的な取り組み事例として「大阪府内の医師会館の禁煙化について」、「市立堺病院における禁煙のあゆみについて」、「摂津市の公共施設内全面禁煙の取り組みについて」、「学校敷地内全面禁煙の経緯と考え方について」のテーマで報告された。上記のほか、指定発言として大阪大学医学部保健学科構内の全面禁煙化や学生に対する禁煙教育についての報告がなされるとともに、大阪府歯科医師会、看護

協会、薬剤師会、さらに国際ソロブチミストから追加発言がなされ、今後の活動の方向性について終始活発な意見交換ならびに討論がなされた。本シンポジウムには医療関係者ら約 220 人が参加した。

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、昨年度公開した研究班のホームページの内容を更新した。

(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. シンポジウムの開催

(1) たばこ対策における国の動向

2003 年 5 月、健康増進法が施行されたが、日本では、たばこ対策を推進する動きと反対する動きはいまだ拮抗した状態が続いている。今後、たばこ対策を進める上で重要なカギとなるのは、WHO「たばこ規制枠組み条約」の批准に合わせた国内法の整備である。

日本におけるこれまでの取り組みは、喫煙による健康影響の情報提供、喫煙防止教育、禁煙支援といった個人に対する働きかけなどにとどまっていたが、先進諸国では、たばこ広告の禁止、警告表示の強化、公共の場所・職場での禁煙、たばこ税の引き上げなど、法的な規制を含む取り組みを展開し、成果を上げてきた。

しかし、ようやく日本においても、健康増進法第 25 条の規定を受けて、受動喫煙の防止の環境整備は進みつつある。たとえば、同年 5 月、厚生労働省が改訂した「職場における喫煙対策のためのガイドライン」において、喫煙コーナーに空気清浄機を置く方法は不十分として、煙が漏れない喫煙室の設置と屋外への排気を求めている点は重要である。現実問題として、このような完全分煙を実現するにはかなりの費用がかかるため、この改正案には実質的な全面禁煙への転換を迫るメッセージが盛り込まれている

といえる。

さらに、健康増進法の施行を受け、同年 7 月には人事院が中央官庁の喫煙対策に関する指針を強化し、特定の場所のみ喫煙を認める「空間分煙」を最低基準として、可能なかぎり庁舎全体を禁煙にするよう求めた。

こうした動きが広がる中、旗振り役であるべき厚生労働省内の喫煙対策の遅れが指摘されてきたが、ようやく 2004 年 4 月より省内の全面禁煙が決定した。ただし、1 階に喫煙室を残すという腰だけの内容で、わが国のたばこ対策の問題点を象徴するような出来事といえる。

1950～2000 年の各国のたばこによる死亡数と全死亡に占める死亡割合の推移を見てみると、たとえばイギリスでは、男性の死亡割合が 1970 年の 34%をピークに下降しはじめ、2000 年には 22%に減少している。また、アメリカではイギリスよりも喫煙対策が若干遅れたため、男性の死亡割合のピークも 1990 年 (25%) と後ろにズレ込んでいるが、現在はすでに減少期に入っている。ただし、両国とも女性の死亡数・死亡割合はいまだ微増傾向を示している。

一方、日本の死亡数・死亡割合は増加傾向に歯止めがかかってはいるものの、2000 年度のたばこによる死亡数は男性 9 万人、女性 2 万 4000 人と推定されている。わが国の男性の喫煙率は先進諸国と比べて飛び抜けて高く、欧米の約 2 倍に達しており、今後、喫煙者に対する禁煙への動機づけと禁煙治療の環境整備の対策を講じることが急務である。

2003 年 5 月、WHO 総会において、たばこ規制枠組み条約が全会一致で採択されたが、その背景には、たばこ企業の世界的な販売戦略に対抗するため国際協調のもとで取り組みを推進しようという認識がある。

WHO のたばこ規制枠組み条約の目的は、現在および将来の世代をたばこの消費や受動喫煙による害から守ることであり、国際的な枠組みの中で喫煙率と受動喫煙による被害を低減する取り組みを推進しようというものである。条約には、たばこ税・価格の引き上げ、受動喫煙の

防止、たばこの包装やラベル規制、喫煙対策に関する教育・情報伝達・訓練と周知、たばこ広告や販売促進への規制、禁煙支援、未成年者への販売防止など、すでにたばこ対策の先進諸国で実践されている項目があげられている。

わが国では、従来より喫煙の健康影響に関する疫学的調査・研究が行われ、また、われわれの研究グループも禁煙支援プログラムや分煙・禁煙化プログラムを開発し、その中で分煙対策としての空気清浄機の限界についても提言してきた。それにもかかわらず、たばこ対策は思うように進まない。それは、国民の健康よりもたばこ業界の利益を優先してきた日本政府の姿勢に元凶があるといわざるを得ない。日本たばこ産業は、国内のみならず、発展途上国に向けて販売戦略を展開する世界第3位のたばこ企業であることを忘れてはならない。

たばこ規制枠組み条約に署名した国は 83 カ国、批准した国は 5 カ国（2003 年 12 月 24 日現在）である。今後、40 カ国以上の批准が得られれば国際法として発効される。こうした動きの中で、現在、未署名の日本はどうか問われているが、署名・批准に向けては世論の後押しが重要になるだろう。われわれは、そうした国民のバックアップを受けながら、たばこ規制枠組み条約の批准とともに国内法の整備を要求していかなければならない。この条約が批准され、国内法が整備されれば、たばこ対策推進のためには、受動喫煙の防止をうたった健康増進法第 25 条以上の強力な武器となるはずである。そのため健康増進法の受動喫煙防止だけにとどまらず、WHO が提示したさまざまな課題があることを明らかにし、世論を盛り上げていかなければならない。

（2）施設の禁煙により期待される効果について

施設の禁煙化、つまり空間分煙よりも完全禁煙を推進する科学的根拠は、受動喫煙の有害性にある。空気中にただようたばこの煙には、有害な環境汚染物質や発がん物質が多数含まれ、

環境基準を 5000 倍も上回るリスクがある。これほどの有害物質には規制が必要である。

受動喫煙の健康影響については、従来より喫煙者の夫をもつ妻（非喫煙者）は、非喫煙者の夫をもつ妻に比べ、肺がんのリスクが高まることがわかっている。さらに最近の研究では、職場や社会生活の場でも、家庭におけるリスクと同様、受動喫煙にさらされる期間が長ければ長いほど肺がんにかかる危険性が高まると報告されている。たとえば、職場で 1～15 年間受動喫煙にさらされると肺がんのリスクは 1.3 倍に高まり、30 年以上では 1.9 倍にも達する。

受動喫煙による肺がんのリスクは、たばこの煙の暴露量に相当することが明らかになっている。一方、虚血性心疾患のリスクは実際の暴露量を超えた予想以上のリスクとなって現れる。海外の研究によれば、虚血性心疾患のリスクは受動喫煙で 1.3 倍とされているが、これは 1 日に 20 本たばこを吸う喫煙者のリスク（1.8 倍）の 5 割に相当する。このように非喫煙者には予想以上に受動喫煙の影響が出やすいため、受動喫煙のリスクについては「この程度なら大丈夫」という安全域は認められない。

平成 10 年度の厚生省「喫煙と健康問題に関する実態調査」によれば、職場や学校で受動喫煙を「ほとんど毎日」または「時々」受けている人の割合は、男性 72%、女性 40%に上っている。同調査では、たばこ対策に対する国民のニーズ調査も行っているが、「駅や病院の禁煙推進、歩行中の禁煙推進、職場での原則禁煙」を望む人は 7 割を超えている。受動喫煙にさらされる機会が多いだけに、国民のたばこ対策や禁煙化に対するニーズも非常に高い。

2003 年 5 月、こうした現状を受けて健康増進法が施行され、第 25 条には「受動喫煙の防止」として、学校、病院、百貨店、飲食店など、多数の人が利用する施設の管理責任者は受動喫煙の防止対策を講じるよう努めなければならないと明記された。また、同法の施行に合わせ、厚生労働省は「職場における喫煙対策のためのガイドライン」を改定し、その中で適切な喫煙

対策として全面禁煙か空間分煙を提示し、空気清浄機では効果が望めないと指摘した。

空気清浄機は、たばこ煙中のタールなど粒子相の成分は除去できても、一酸化炭素や発がん物質など全体の 97%を占めるガス相成分は除去できない。さらに、フィルターの交換を怠ると粒子相成分すら取り除けなくなるという問題点がある。要するに、空気清浄機は費用がかさむだけで意味がないと明示した点が、今回の改訂ガイドラインの着目すべき点である。

また、ガイドラインには喫煙対策として全面禁煙と空間分煙が併記されているが、空間分煙には次の 3つの問題点がある。

- 1)喫煙室、換気扇の設置など対策費用がかさむ。
- 2)完全な空間分煙を実施すれば受動喫煙の防止につながるが、おざなりな分煙では必ずしも効果は十分とはいえない。
- 3)勤務時間中の喫煙時間は 1 日平均 30 分といわれており、それに伴う労働生産性の低下という問題点は解決されないまま残る。

2)については、職場のたばこ対策別に受動喫煙の暴露状況を比較したアメリカの研究報告がある。この研究によれば、受動喫煙にさらされる危険度は、完全禁煙を 1 として、不完全分煙（執務室は禁煙、共有スペースは喫煙可）では 2.8 倍、部分的分煙（執務室の一部が喫煙可）または対策なしの場合は 8.5 倍に高まることがわかった。つまり、分煙のやり方が不十分だと受動喫煙の危険度は高まってしまうのである。

2003 年 9 月、長野県の田中知事が、学校、病院、警察署などを含むすべての県有施設を原則として全面禁煙にすると発表し、話題を呼んだ。同知事は「健康への影響に配慮し、仕事の効率を上げるため」と説明し、まず 9 月 9 日から県本庁舎を禁煙化。喫煙場所は昼休みに屋上など屋外の 7カ所に限定したが、3カ月後にはこれら屋外の灰皿も撤去するとのことである。

健康増進法を踏まえ、今後、自治体や企業のトップがどのような決断を下すのかは注目に値する。一定の投資をして空間分煙を行うのか、

完全な受動喫煙の防止を目指して全面禁煙に踏み切るのかは決断の分かれるところだろう。

では、施設の禁煙化により得られる効果とは何か。受動喫煙の防止はもちろんだが、そこで働く人やそこを訪れる喫煙者にも好影響が出てくる。たとえば、職場の禁煙化により従業員の喫煙率が 4%低下し、喫煙者の喫煙量が 30%下がることがわかっている。ただし、完全禁煙ではなく空間分煙の場合は、こうした効果は半減する。また、たとえ完全禁煙を実施したとしても、そのルールがきちんと守られているかどうかを継続的に監視していかないと、やはり効果は期待できない。

さらに完全禁煙と併せて、喫煙者に対する禁煙支援サービスを提供することも重要である。喫煙習慣の本質はニコチン依存症であり、その治療の体制をつくることは完全禁煙化の推進に役立つ。

(3) 禁煙化の取り組み事例の紹介

①医師会館の禁煙化

1998 年に大阪府医師会理事に就任して以来、主として環境保健を担当し、たばこ対策の推進に力を注いできたが、第 1 回目目の役員会に出席した際、会議室がたばこの煙でもうもうとしていることに驚いた。当時、役員喫煙率は約 75%に達していた。

それ以降、大阪府医師会環境保健委員会としてたばこ対策に重点的に取り組むこととなり、医師会長より、その行動計画について意見をまとめ答申するよう求められた。そこで府立成人病センターの大島調査部長を委員の一人として招き、1999 年 8 月に大阪府医師会員にアンケート調査を行った。その結果、会員の喫煙率は 16%と低めで、分煙対策を実施している会員施設は約 80%に上ることがわかった。たばこ対策への要望も「駅や病院・職場の禁煙」「学校教育で未成年者に喫煙させない環境をつくる」など積極的な意見が約 8 割を占めた。

会員の意識の高さを再確認し、2000 年 3 月に医師会長に環境保健委員会の答申を提出した。

答申には、提言として医師会の行動計画で最も優先されるのは喫煙対策であり、医療機関における分煙と禁煙指導を医師会として励行すべきこと、たばこ対策推進のため医師会として政府に具体的な提言をすべきことなどを明記した。なお、同年3月より役員会や各種委員会の会議中は禁煙としたため、その後の2年間ほどで役員の喫煙率は50%に減少した。

さらに同年11月、大阪府内57の地区医師会を対象にたばこ対策に関する実態・意識調査を行い、2002年2月に新たな答申をまとめた。同調査には前回の答申の内容を反映した質問項目を設けたが、たとえば「医療施設における喫煙対策の推進は医療従事者の責務である」に賛成と答えた地区医師会が9割を超えるなど、全般にわたり意識の高さがうかがえた。ところが、地区医師会館内の分煙状況は「会議中禁煙」が53%、「役員室禁煙」が25%にすぎなかった。つまり、意識は高いものの具体的な行動にまでは至らない状況である。

答申ではこの現状を踏まえ、大阪府医師会館の全面禁煙実施と地区医師会館の全面禁煙推進、喫煙する医師への禁煙支援、禁煙指導の普及、医師会と医療機関に対するたばこ対策の経年モニター実施、医療機関にたばこ対策の手引きを提供し周知徹底を図るなど、8項目にわたる提案を行った。この答申を受け、大阪府医師会は2002年4月より事務室の禁煙を実施し、翌年4月には会館内の全面禁煙に踏み切った。

当委員会は、2003年8月にも府内57の地区医師会に実態・意識調査を行っている。その結果を大まかに紹介すると、まず、たばこ対策関連の取り組みや法制度の認知度については、健康増進法第25条（受動喫煙の防止）は当然として、日本医師会館や大阪府医師会館の全面禁煙実施についても「知っている」が8割を超えた。また、禁煙指導の普及に関しても医師会による禁煙指導講習会の開催をはじめ、「大いに賛成・賛成」とする意見が90～100%と圧倒的多数を占めた。注目すべきは医療機関の禁煙化推進への取り組みが大いに進んだことで、たと

えば「医療機関の禁煙化推進に取り組んだことがある」とする地区医師会は前回調査（2002年9月）16%→今回32%と2倍に増え、「禁煙指導講習会を開催したことがある」も12%→26%にアップした。地区医師会館の分煙状況も大幅に改善され、全面禁煙は25地区と約半数に上っている。また、全地区医師会において「会議中禁煙」が前回67%→今回86%というように、事務室や役員室の禁煙、喫煙場所の設置なども前回と比べ上向きになっている。

今から5年前の1998年、大阪府医師会はたばこ対策を重要課題と認識し、当委員会はこれに精力的に取り組んできた。その長年の成果が、これらの調査結果に現れているといえる。

②病院の禁煙化

市立堺病院は、1996年10月の新築・移転を機に喫煙対策の取り組みを開始した。まず、病院の移転に先立ち「職場安全委員会アンケート」を行ったところ、患者および職員に対するたばこ対策として分煙を望む声が過半数を占めた。この結果を踏まえ、移転後は医師・看護師向けに喫煙室を設置し、外来には喫煙コーナー、病棟には各階に喫煙席を設けるなどの分煙対策を実施した。しかし、この時すでに厚生労働省より「公共の場所における分煙のあり方検討会報告書」が出され、こうした中途半端な分煙は望ましくないとの指摘がなされた。事実、病棟各階の喫煙席には時として7～8人の喫煙患者がたむろし、ホールや廊下には煙が充満していた。また、医師・看護師以外の職員には喫煙室を設けなかったため、救急窓口付近で事務職員などがたばこを吸い、その煙が受付周辺に立ち込めることとなった。

こうした状況が続くうち、患者などから“煙害”への苦情が相次ぎ、2000年秋には市議会で当病院のたばこ問題が採り上げられた。そこで病院長のトップダウンにより全面禁煙の決断が下され、翌年5月31日からの実施に向けて「禁煙推進対策チーム」が作られた。メンバーは医師・看護師・薬剤師・職員の計7人、私が委員

長を務め、禁煙化のための具体案を検討した。

実施まで半年の準備期間があるため、翌年 1 月 5 日よりまず病棟を禁煙化し、5 月 31 日より全館禁煙を実施するという 2 段階のステップを踏み、その間に集中的な情報提供を行った。具体的には外来・入院病棟へのポスター掲示、院内放送（1 日 3 回）による禁煙の趣旨説明、患者や職員向け広報誌への関連記事の掲載などである。また、職員向けの禁煙サポート教育として院内・院外講師による講演会を開催したり、院内メールで週 1 回程度、禁煙情報を流した。一方、患者向けには週 1 回の禁煙教室を実施し、入院患者を中心に参加を呼びかけた。こうした準備の積み重ねにより、5 月 31 日以降もとくに混乱や違反はなく、円滑に完全禁煙に移行することができた。

全面禁煙による成果のひとつにニコチンパッチの処方件数の増加がある。完全禁煙化前後 1 年半の処方件数をみると、65 症例の患者に対してのべ 140 件の処方があり、処方医は 31 人、9 診療科に及んでいる。一部の専門医だけでなく、できるだけ多くの医師が禁煙サポートに関わるよう推進してきた結果が明らかな数字となって現れている。また、完全禁煙実施から約半年後の 2001 年 12 月に職員アンケート調査を行ったところ、職員の喫煙率は 23.8%と、実施前よりも 5.1%減少していることがわかった。

これまでの経験により、禁煙化推進のヒントをいくつかあげると、まず、事前の職員アンケート実施(院内世論の誘導)、患者の苦情や市議会の圧力(世論の追い風)、トップダウンの素早い決断、小回りの利く少人数の禁煙推進対策チームによる集中的な広報活動などがある。

さて、当病院では厚生労働省「公共の場所における分煙のあり方検討会報告書」の達成状況を知るため、全国の臨床研修指定病院・高度専門医療機関を対象にアンケート調査を行った(2002 年呼吸器病学会にて発表)。その結果、敷地内全面禁煙を実施している施設は 0%、館内禁煙も 11%に過ぎず、館内分煙が 88%を占めていた。また、分煙を実施している施設のう

ち望ましい分煙 A・B を患者と職員のすべてに適用している施設は 15%に満たなかった。病院施設における分煙の実態が非常に遅れていることは明らかである。

病院にとって、受動喫煙から患者の健康を守るため分煙・禁煙化を実施するのは第 1 段階の課題であり、第 2 段階は、すべての入院患者に対して禁煙を働きかけていくことだと考えている。禁煙推進対策チームの中で、全病院的な企画に取り組むメンバーと病棟で草の根の実践を展開している禁煙支援の看護師とが連携を図りながら、これらの課題を推進していきたい。

③市立施設の禁煙化

摂津市では 2003 年 5 月 1 日より公共施設内全面禁煙に踏み切った。それまで実施してきたたばこ対策は、午前と午後 1 時間ずつ禁煙タイムを設けた時間分煙だけで、1991 年から 11 年間続いた。その間、分煙機器を導入し空間分煙を実施しようという議論もあったが、実現しなかった。禁煙タイムの設定当初は、多くの職員が禁煙を意識していたが、最終的には形骸化し、何の対策も講じていないも同然の状態だった。

2002 年 3 月に「健康せつつ 21」を策定し、具体的なたばこ対策も盛り込んだ。たばこ対策の達成目標は次の 3 項目。・買わせない、吸わせない防煙のための環境づくりを進める。・禁煙教育の充実を図る。・たばこ対策を推進するための環境整備を図る。とくに・には、「公共の場所では分煙あるいは禁煙を行う」や「公共の場所にたばこの自動販売機を置かない」などの細かい目標も設定された。

2002 年 4 月から実施予定だったたばこ対策に拍車をかけたのが同年 8 月の健康増進法の公布である。庁舎管理担当課では、たばこ対策を現状のまま放置することはできないと判断。2003 年度予算の編成時に本庁の施設内分煙のための機器導入に向けた予算を要求した。各階に分煙機器を設置する計画だったが、将来的に全公共施設に分煙機器を導入するには数千万円

もの予算が必要と試算され、計画を中断。その背後には逼迫した市の財政状況がある。最終的に計画は見送りになったが、受動喫煙対策は急務であり、予算のかかる分煙対策から一転し、公共施設内全面禁煙の方向で検討することになった。

計画が急転したため各施設の担当者からは反発もあったが、単純に施設内ではたばこを吸わせない、施設外で吸わせることを基本に計画を推進した。施設内全面禁煙の実施に先駆け、市民や施設の利用者への告知には、広報や庁内放送を活用し、多くの市民が集まるイベントなどでは、担当者が必ず禁煙の実施について伝えた。そして、健康増進法の施行に合わせ、2003年5月1日から施設内全面禁煙がスタートした。

実施後、外からたばこを吸いながら施設内に入ってくる人には、施設の入口付近に設置した灰皿でたばこの火を消してもらい、たばこを吸う人も灰皿付近で吸う措置をとった。さらに、本庁舎では建物と建物を結ぶ渡り廊下に灰皿を置き、建物の外の非常階段にも灰皿を置いた。葬儀場など目の届きにくい公共施設に関しては、業者を介して遺族にも禁煙への協力をお願いした。また、全面禁煙に向けた準備段階での議論を踏まえ、受動喫煙対策の一環として公用車の車内も禁煙とし、施設内のたばこ自動販売機も撤去した。

施設内全面禁煙を実施して1年が過ぎた現在、喫煙場所が職員の溜まり場となり、長話をする傾向が目立つなど、新たな問題も発生しつつあるが、市民の反応はおおむね良好で、「よくやった」という励ましのメールも届いている。

人事課では庁内禁煙実施後の2003年6月に職員アンケートを実施した。その結果、「庁内禁煙を機会に禁煙した」人は2%にとどまったが、「禁煙したい」と「本数を減らしたい」人を合わせると62%にも達し、62%の人が庁内禁煙実施後に1日のたばこの喫煙本数が「減った」と答えている。さらに、先の「禁煙したい人」の中で「今後、6カ月以内に禁煙したいと思っている」人は62%、「機会があれば禁煙指導を

受けたい」人も53%と高率だった。庁内禁煙が職員の禁煙のきっかけになっているようだ。また、職員の喫煙率を低下させるには、職員の健康管理を担っている看護師も含め、禁煙をサポートできる体制の整備も課題であることが明らかになった。

④学校の禁煙化

2002年4月より、われわれ河内長野市の隣県である和歌山県が公立小中高校をすべて敷地内禁煙にした。その頃から河内長野市教育委員会も禁煙化を意識しはじめ、また健康増進法の施行が間近ということもあり、2003年1月に学校の完全禁煙化を決定した。

その後、教育長の決意を得るまでの約2カ月間、禁煙賛成派と反対派の間でさまざまな議論が交わされたが、まず教育関係者は、子どもにたばこの煙を吸わせるのは重大な人権侵害であるという認識をもたなければならない。また、子どもの健康に対する危機管理意識も、まだまだ甘いといわざるを得ない。危機管理というと、学校内で起こる事件や事故、地震や火災への対策に目が向きがちだが、子どもの安全管理・健康管理面のリスクマネジメントとして、学校の禁煙化は大事な課題となる。

さらに、たばこ問題は健康教育という視点からも考える必要がある。大阪府教育委員会でも最近ようやく重要な教育目標の中に体育・健康というテーマを盛り込むようになったが、子どもたちが健康に過ごせる環境を整備することも教育として不可欠である。その一環として、われわれが子どもたちにできることのひとつが健康教育の原点としての学校内全面禁煙であり、だからこそ学校においては、分煙ではなく全面禁煙を実施しなければ意味がないのである。

健康増進法の第25条にも「学校、体育館、病院、劇場……」とあるように、優先順位としては、まず学校が一番最初に禁煙を実施すべきであり、受動喫煙の問題に限らず、すべての学校が教育を通じて健康増進法の目標・課題の実現に向けて努力することが必要である。

⑤大学の禁煙化

本大学医学部保健学科には、現在、看護学専攻、放射線技術科学専攻、検査技術科学専攻の3つの専攻があり、1学年180名の学生が学んでいる。医学部の医学科が医師を養成する機関であるのに対して、保健学科では保健指導に従事するコメディカル・スタッフを養成する。学生たちは卒業後、看護師、保健師、助産婦、診療放射線技師、衛生検査技師として、社会の中で重要な役割を担う。

では、人の健康を支える保健医療従事者の喫煙率はどうか。日本医師会が2000年に実施したアンケート調査では、医師の喫煙率は男性医師27.1%、女性医師6.8%となっている。一方、日本看護協会が2001年に実施した喫煙実態調査では、女性看護職の喫煙率は24.5%で、一般女性の喫煙率13.6%（2003年JT調査）の2倍に近く、女性医師の4倍に近い。

では、看護職の卵である本保健学科の学生の喫煙率はどうか。三上洋教授が学生633人を対象に実施した調査によれば、喫煙率は5.7%、喫煙経験者を含めても約15%と、女性看護職の喫煙率24.5%と比べ高くない。しかし、学年ごとの喫煙率は、1年生1.2%、2年生4.0%、3年生5.9%、4年生8.2%と学年が上がるにつれて喫煙率も高くなり、卒業後は現在の女性看護職の喫煙率にまで高まる懸念される。つまりコメディカルの人々の高い喫煙率の兆候が、すでに学生時代に現れているといえる。その傾向に歯止めをかけるため、まず大学ができることとして始めたのが敷地内の禁煙である。

まず、健康増進法の施行を全面禁煙の大きなチャンスと考え、施行前の3月21日に開催した保健学科会議(教授会)で保健学科敷地内全面禁煙を決定し、さらに構内に設置されている灰皿の撤去と3階会議室前の分煙装置の撤去を決定した。保健医療従事者を養成する教育機関として、管理者のみならず教官や構成員は単に受動喫煙の防止だけでなく、保健学科敷地内の全面禁煙を推進すべきであると考え、実質的

に2003年4月7日からスタートした。学内には「保健学科敷地内全面禁煙」のポスターを貼り、協力を呼びかけた。さまざまな抵抗を想定したが、思ったよりスムーズに禁煙に移行できた。

保健学科における全面禁煙の実施を契機として、他の国立大学保健学科でのたばこ対策の状況を把握するため、第10回国立大学看護・医療技術系学科長会議に提案し、調査・確認を依頼した。その結果、全面禁煙を実施している大学24、分煙(部分禁煙)17と、ほとんどの大学がたばこ対策を実施していた(2003年6月2日現在)。唯一、未実施の岡山大学も、全学部一斉の全面禁煙を計画していたため、実施が遅れただけで、現在は全面禁煙になっているはずである。

さらに、本大学の医学部保健学科以外の学科の状況についても調査した。医学部医学科は、2003年7月1日より講義棟、研究棟、事務棟の建物内禁煙を実施。医学部付属病院は、同年10月1日より全館禁煙の予定。歯学部は、同年9月19日より建物内禁煙の予定。さらに、学生生活委員会が精力的に活動し、同年9月15日より学生食堂の全館禁煙に踏み切った。現在、たばこ自動販売機の撤去も要求している。

こうして保健学科の敷地内全面禁煙は実現したが、喫煙学生は歯学部の敷地内や歯学部との間にある道路で吸ったりと、保健学科敷地内から排除されただけで、根本的解決にはなっていないという指摘がなされた。そこで、喫煙学生の中に禁煙したい意識が芽生えるような環境づくりの必要性を感じ、現在、教養部のカリキュラムの中に禁煙プログラムを導入するように提言している。大学において全面禁煙を実現するうえで重要なことは、全学部のカリキュラムに禁煙プログラム(講義)を導入し、たばこの害がいかに危険かを理解させる環境をつくることであり、同時に医学部付属病院内に禁煙サポート外来を開設することも検討している。

(4) 追加発言

①歯科医師の取り組み

喫煙は歯周病や口腔がんなど、さまざまな歯科疾患のリスクファクターであり、歯科医師にとっても禁煙支援の推進は重要である。2003年4月より大阪府歯科医師会館を全面禁煙としたが、それには自ら範を示す意味合いもあった。

1989年より厚生労働省と歯科医師会が中心となり8020運動（80歳になっても20本以上の歯を保持しようという運動）を推進しているが、同省の「平成11年度歯科疾患実態調査」によれば、80歳で20本以上の歯を有する人は約15%、平均歯数8本というのが現状である。

歯を失う原因となる2大疾患は歯周病とう蝕（虫歯）で、なかでも歯周病は糖尿病や心臓病と同じく生活習慣病に位置づけられる。しかし、生活習慣や全身の健康が歯周病に影響することを理解している人は思いのほか少ない。歯周病は感染症であるが、最近では細菌因子だけでなく、宿主（生活）因子や環境因子など複数のリスクファクターが重なって発症すると考えられている。環境因子の中では喫煙が最も重要とされ、喫煙によって歯周病が増悪したり、歯周病治療の効果が現れにくい点が問題視されている。

大阪府歯科医師会は、府民に歯科保健への認識を深めてもらうため、毎年「大阪歯科保健大会」を開催し、その中で2001年より8020を達成したお年寄りを表彰しているが、受賞者の95%以上は喫煙習慣のない人たちである。「健康日本21」でも、成人期の歯周病を予防するため、喫煙の健康影響に関する知識の普及、禁煙支援プログラムの普及が取り上げられている。

歯科診療所における禁煙支援のメリットは、患者に自分の口腔の状態を見せることで喫煙の悪影響を認識させやすい、味覚の鈍麻や口臭、ヤニで歯が汚れるといった身近な話題から禁煙支援に結びつけることができるなど、さまざまなものがある。当医師会は、8020運動の提唱に先駆け、1988年より大阪府とともに「生涯歯科保健推進協議会」を設立し、府民の一生を通じた口腔保健の維持・向上を目指しているが、今後、かかりつけ歯科医とともに禁煙支援プログラムを早急に検討したいと考えている。

②看護職の取り組み

2001年、大阪府看護協会が「看護婦とたばこ」実態調査を実施したところ、女性看護職の喫煙率は24.5%と、一般女性の約2倍も高いことがわかった。このため全国規模で対策会議を開催し、会議や研修会・講習会などの機会を利用して禁煙の取り組みを進め、会員の啓発を図ってきた。大阪府看護協会でも日本看護協会の「看護職たばこ対策宣言」や「健康おおさか21推進府民会議」の活動を受け、2001年2月より協会内に「たばこ対策推進委員会」を設置し、看護職の喫煙対策について検討を重ねてきた。

一方、2000年5月には城東区に新たな看護教育研修センター「ナーシング・アート大阪」が完成した。同会館では研修会・講習会・学会などが開催され、利用者は年間2万人を超える。ところが当初、同会館を空間分煙とし、喫煙場所を屋外駐車場に指定したところ、そこに会員がずらりと並んでたばこを吸うため、府民から「看護職にあるまじき姿」と苦情が寄せられた。そこで喫煙場所を屋上に変更したが、ポイ捨てや火の不始末が後をたたく、理事会決定で2002年春、施設・敷地内を全面禁煙とした。その後1年半が経過したが、敷地内での隠れたばこなどが絶えない。現在、職員が巡回してマナー違反を注意したり、吸い殻の始末をしている状態だが、これも過渡期の現象と考え、今後も全面禁煙を継続していくつもりである。

なお、看護協会として2003年度には次の2つの取り組みを準備している。1つ目は看護職の禁煙支援。国民の健康を守る専門職として、まず自らの喫煙率を下げるのが最重要課題と考え、禁煙支援プログラムの開発・普及を図り、禁煙を望む看護職を積極的・具体的にサポートしていきたい。2つ目は看護学生の禁煙・防煙教育。看護職は、学生時代に喫煙習慣を身につける傾向がみられるため、「未成年者の喫煙率ゼロ」を目標に掲げ、看護教育の中に禁煙指導プログラム・防煙プログラムを導入するよう積極的に推進していく予定である。

③薬剤師の取り組み

大阪府薬剤師会では、従来より役員室や講堂、事務室などの部分的な禁煙を実施してきたが、そのため代議委員会の休憩時間には狭いロビーにたばこの煙が充満するといった弊害もみられた。そこで、2003年4月に日本薬剤師会が会館の全面禁煙を宣言したのを機に、大阪府薬剤師会でも、当時折よく新館の建設と本館の改築工事が完成したため、新館・本館ともに全面禁煙に踏み切った。ただし、会館の目の前に小学校があり、喫煙場所を玄関前に設置するのは教育上問題がある。とりあえず現在は会館裏に灰皿を置いているが、できるだけ早い時期に屋外に屋根つきの喫煙場所を設置する予定である。

これ以前の取り組みとしては、2002年、会員が勤務する薬局・薬店に「禁煙にご協力ください」と記したポスターを配布し、店内の一番よく見える場所に貼るよう呼びかけた。これらの薬局・薬店では、ニコチンガムやニコチンパッチなどの薬剤も常備しており、私の薬局でも長年禁煙できずにいた70歳の男性が、かかりつけ医の勧めによりニコチンパッチを使用してスムーズに禁煙でき、さらに彼の成功により息子もニコチンパッチを試して禁煙したという親子2代の成功例がある。

こうした薬剤師としての経験から「かかりつけ医の一言」は禁煙の大きなきっかけになると実感しており、その際の成功率もかなり高いように思う。医師は、ぜひ患者の禁煙支援に力を入れるべきであり、私たち薬剤師はそれをしっかりサポートしていきたいと考えている。

私たちは、学校薬剤師として小中学校や高校とも関わりをもっており、未成年者の喫煙防止にも大きな役割を担っている。日本薬剤師会では健康日本21にもとづいた「喫煙と健康」というパンフレットも作成している。このパンフレットの学校現場における活用を望むとともに、児童・生徒の禁煙教育にあたっては学校薬剤師をもっと積極的に活用してほしいと考えている。

④学校敷地内禁煙化の要望について

「国際ソロブチミスト」とは、世界124カ国の実業家、専門職、経営者、管理職などの女性たちが手を結び、女性およびすべての人たちの人権の向上に取り組んでいる国際組織である。その中で、私たち日本中央リジョンは、東は長野・静岡から西は兵庫まで2府12県に約4500人の会員、146クラブを有している。ちなみに、ソロブチミスト（ラテン語）とは「ベストシスター」という意味である。

国際ソロブチミストは国連の公式諮問機関のひとつであり、WHOの会議でもさまざまな提言を行ってきた。2003年5月のWHO総会で採択された「たばこ規制枠組み条約」のベースとなっているのは、1999年に神戸で開催されたWHO「世界たばこ会議」で私が代表として発表した神戸宣言「Tobacco Free Initiative—たばこのない世界をつくろう」の理念である。

国際ソロブチミストは、女性と子どもの喫煙や受動喫煙、禁煙の問題に重点的に取り組んでいるが、喫煙は女性や子どもにとって特有の害がある。たとえば女性の場合、喫煙によって更年期が早まったり、骨粗しょう症が促進されたり、また不妊症や子宮頸がんとの関係も指摘されている。子どもでは、乳幼児突然死症候群をはじめ、ぜん息や気管支炎など呼吸器疾患の危険性が高まることもわかっている。

また、子どもたちの喫煙率の増加も心配されている。荻輪眞澄らの「未成年者の喫煙行動に関する全国調査報告書」（1996年）によれば、中高生の喫煙経験率は、男子は中学1年で30%、高校3年で56%、女子は中学2年で20%、高校3年では39%に達している。さらに、「この1カ月毎日喫煙」している子どもの割合は、高校3年男子で25%、女子で7%もいる。

残念ながら小学生の調査データはないが、中高生の喫煙状況から見て、小学生からの喫煙防止教育が必要なのは明らかである。そこで国際ソロブチミストでは、2000～2002年期の活動として決議文とステッカー（約23万枚）を作成し、教育機関（幼稚園から大学まで）をはじめ

め、官公庁、公共施設、医療機関などに配布した。また、小学校やお絵かき教室に依頼して小学生にたばこの害に関するポスターを描いてもらい、全国各地で展覧会を実施し、その中から優秀作 10 点をポストカードにして幼稚園・小中高校・大学に配布した。さらに 2003 年 10 月には、千里中央のよみうり文化ホールで豊中市など北摂 7 市 3 町と保健所、国際ソロプチミストの 3 者共催により「北摂たばこフォーラム」を開催し、地域に向けて学校敷地内の禁煙を呼びかける予定である。小学校の敷地内禁煙は、防煙教育の最も重要なポイントとなると考えている。

2. インターネットによるたばこ対策情報の提供

地域においてたばこ対策を推進する上で有用と考えられる情報を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た (<http://www.kenkoukagaku.jp/>)。その内容は、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、これまで研究班として関わって開催した講演会の概要や記録集などで構成される。

今年度は、昨年度の本研究の一環として 2002 年 10 月に開催したデビッド・シンプソン教授による講演会の記録集やビデオをホームページ上に公開した。また、前述の 2003 年 9 月のシンポジウム「健康増進法と公共施設の禁煙化」の内容や、産科・小児科領域での禁煙サポートに役立つ指導者マニュアル等の教材が閲覧およびダウンロードができるよう、ホームページ内容を追加更新した。

D. 考察

わが国では、2000 年 3 月に策定された「健康日本 21」で、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、2002 年 12 月には厚生科学審議会において「今後のたばこ対策の基本的考え方について」が厚生労働大臣宛に意見具申された。そして、2003 年 5 月には健康増進法が施行され、第 25 条には「受動喫煙の防止」として、学校、病院、百貨店、飲食店など、多数の人が利用する施設の管理責任者は受動喫煙の防止対策を講じるよう努めなければならないと明記された。その結果、特に健康増進法の施行を契機に全国の学校や病院、官公庁などの公共施設などでの禁煙化の取り組みが活発になっている。

一方、国際的には 2003 年 5 月、WHO のたばこ規制枠組み条約が世界保健総会での全会一致で採択され、各国で署名や批准が始まっている。わが国も 2004 年 3 月に署名を完了し、早ければ年内にも発効する見通しになった。この条約は喫煙率と受動喫煙による被害を低減することを目的に、国際的な枠組みの中で喫煙率と受動喫煙による被害を低減する取り組みを推進しようというものである。①価格政策や課税措置、②受動喫煙の防護、③包装やラベルの規制、④広告規制、⑤禁煙推進に対する措置、などが対策の項目として盛り込まれている。たばこ対策の先進諸国ではすでに実践されている項目ではあるが、日本においてはこれまで、喫煙による健康影響の情報提供、喫煙防止教育、禁煙支援といった個人に対する働きかけなどにとどまっており、今後「たばこ枠組み条約」の批准に向けていっそうの取り組みの強化が求められる。

本研究ではこれまで、都道府県や保健所、市町村レベルのたばこ対策や保健医療組織・団体の取り組みの実態や国内外の先進事例を把握するとともに、講演会などを開催しながら、具体的な取り組み内容や関係機関との連携も含めた、効果的なたばこ対策の推進について検討してきた。今年度は健康増進法第 25 条に明記された、学校、病院、百貨店、飲食店など、多数の人が利用する施設における受動喫煙の防止に焦点をあて、「健康増進法と公共施設の禁煙化」と題したシンポジウムを開催し、禁煙化への主導的な

役割を果たすことが期待されている関係機関における先進的な取り組み事例を紹介するとともに、公共施設の禁煙化の今後の推進方策について検討した。

その結果、公共施設の禁煙化を推進するにあたっては、施設を管理する責任者の決断が重要であり、そのためには責任者に対して組織内外からの働きかけと情報提供が必要であると考えられた。また、施設の禁煙化をより実効性のあるものにするためには、実施してからの遵守状況のモニタリングを行うことが大切であり、禁煙化の効果（受動喫煙の低減効果や職員の禁煙率等への影響など）についても調べる必要があると考えられた。

E. 結論

今年度の研究により、公共施設の禁煙化の推進にあたっては、これらの施設を管理する責任者の決断が重要であり、そのために責任者に対して組織内外からの働きかけや情報提供が必要と考えられた。

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) 中村正和: 現場で役立つ禁煙指導. JACR Monograph, 8: 9-14, 2003.
- 2) 中村正和: 一般薬品としてのニコチンガムの使い方と薬局薬剤師の役割. 日本薬剤師会雑誌, 55(6): 119-125, 2003.
- 3) 赤松利恵, 中村正和, 白川太郎: 行動変容のためのカウンセリング Motivational Interviewing-公衆衛生、医療の現場での適用の可能性. 健康支援, 5(2): 105-113, 2003.
- 4) 森山和郎, 中村正和: 妊婦の日常生活習慣の指導ポイント 喫煙. Medical Practice, 20(9): 1573-1575, 2003.
- 5) 中村正和: 禁煙医療の実際. Lung Cancer

Today, 3(4): 16-18, 2003.

- 6) 中村正和: 職場における禁煙サポートの進め方. 地方公務員 安全と健康フォーラム, 13(4): 26-29, 2003.
 - 7) 中村正和: 禁煙指導の具体例. 内科診療 Q&A, 37: 1028-1031, 2003.
 - 8) 中村正和: 禁煙は健康の大前提. 消費者情報, 347: 24-26, 2003.
 - 9) 中村正和: たばこと健康. 健康栄養情報研究会監修: 運動普及のための教育テキスト, 東京: 新企画出版社, 2003, p100-110.
 - 10) 中村正和: 禁煙サポート. 畑 栄一, 土井由利子編: 行動科学-健康づくりのための理論と応用. 東京: 南光堂, 2003, p70-84.
 - 11) 中村正和: 禁煙支援. 足達淑子編: ライフスタイル療法-生活習慣改善のための行動療法 (第2版), 東京, 医歯薬出版, 2003, p56-63.
 - 12) 中村正和: 禁煙専門外来における禁煙後の体重コントロール. 足達淑子編: ライフスタイル療法-生活習慣改善のための行動療法 (第2版), 東京, 医歯薬出版, 2003, p79-84.
 - 13) 中村正和: 禁煙指導. 黒川清, 松澤佑次編: 内科学2分冊版 (第2版) [I], 東京, 文光堂, 2003, p376-378.
 - 14) Masakazu Nakamura: Effective Intervention for Smoking Cessation -Practical guidance for medical facilities including smoking cessation clinics-. JMAJ. 2004; 47(2): 97-104.
- ##### 2. 学会発表
- 1) 大和 浩, 大神 明, 大藪貴子, 森本泰夫, 田中勇武, 筒井保博, 中村正和, 増居志津子, 大島 明: 職域における喫煙対策介入の有効性について. 第76回日本産業衛生学会, 2003年4月, 山口.
 - 2) 嶋村弘美, 竹田 透, 瀬戸美才, 角井由子, 高橋由桂, 小笠原妙子, 中村正和: セルフヘルプ教材を用いた禁煙サポートの評価. 第76回日本産業衛生学会, 2003年4月, 山