

んの予防についての研究の促進及びその成果の活用、喫煙が健康に及ぼす影響に関する啓発及び知識の普及を図るほか、喫煙者数の減少に向け、たばこに関するあらゆる健康増進策を総合的に実施すること。」と定められたことは画期的なことといえます。

## 受動喫煙の有害性

タバコによる健康障害対策が最初に公式に取り上げられたのは、1964年の米国公衆衛生総監報告（U.S. Surgeon General's Report, SGR）ですが、そのわずか8年後、1972年のSGRに、現在で言うところのsecondhand smoke（剰余煙）あるいはenvironmental tobacco smoke（環境タバコ煙）が非喫煙者に健康障害を与える恐れが指摘されました。その後30年間の医学・医療の成果を基に、2006年のSGRはThe Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smokeとしてまとめられました。

## 2006年米国公衆衛生総監報告まとめ

- 1) 受動喫煙は、タバコを吸わない子どもと大人の寿命を縮め疾病の原因となる。
- 2) 受動喫煙を受けた子どもは、乳幼児突然死症候群、急性呼吸器感染症、耳の病気、重症気管支喘息のリスクが高まる。親の喫煙は、子どもの呼吸器症状を増やし、肺の成長を遅らせる。
- 3) 大人が受動喫煙を受けると、ただちに心臓血管系に悪影響があらわれ、

虚血性心疾患と肺がんの原因となる。

4) 受動喫煙に安全無害なレベルの無いこと（no risk-free level）が科学的に証明されている。

5) タバコ対策が相当進んだにもかかわらず、アメリカの数千万人の子どもと大人が、家庭や職場でいまだに受動喫煙にさらされている。

6) 屋内における喫煙の禁止により非喫煙者の受動喫煙暴露を完全に無くすることができる。分煙、空気清浄機、建物の換気によってでは、非喫煙者の受動喫煙を防ぐことはできない。

## 心の受動喫煙

子どもをタバコの害から守るには、「体の受動喫煙による健康被害」からの防止、周囲がタバコを吸わない見本を示し「心の受動喫煙」から子どもを守ることが必要です。

一般に、未成年者の喫煙開始の誘因として「友人からのすすめ」が第一に挙げられています。欧州6か国（フィンランド、デンマーク、オランダ、英国、スペイン、ポルトガル）での調査（2006年）では、両親からの影響が従来考えられていた以上に強いことが明らかになりました。このことは文化慣習の違いを越え、台湾での調査研究でも同様の結果が示され（2005年）、非喫煙者でかつ愛護的な養育態度の両親の子どもほど喫煙率が低く、喫煙者でかつ非愛護的な両親の子どもほど喫煙率が高いという結果が示されています。

さらに示唆的な研究として、入学前の2～6歳児を対象とした「お店屋さ

んごっこ」による調査でも、両親の一方でも喫煙する場合、非喫煙者の親の子どもに比べ、タバコを買う割合がオッズ比で3.9と有意に高いというデータがでています（2005年）。

## 「将来たばこ吸わない」増加 —小中高生の意識調査・文科省

2006年2月に行われた、全国の公立学校から無作為に選んだ小学5、6年生約1万7千人と中学生、高校生の各約2万5千人を対象とした、「喫煙」「薬物」「飲酒」に関する文部科学省調査では、2000年調査と比べ、20歳以上になってもタバコを吸わないと考えている男子は、小6で74%（前回60%）、中3で73%（同57%）、高3で67%（同53%）、全学年で10～16ポイント増え、女子は各学年とも8割を超え、前回より6～10ポイントアップしたと報道（2007年3月14日：<http://www.worldtimes.co.jp/wtop/education/news/070314.html>）されました。

文科省自身は「学習指導要領の改定で、2002年以降、授業で喫煙の悪影響を教えるようになった効果」（学校健康教育課）と分析しているとのことでしたが、むしろ2002年4月の和歌山県での全公立学校敷地内禁煙が全国に波及し、「タバコを吸わないのが当たり前（norm、規範）である」という強いメッセージが影響しているとみるべきでしょう。

こうした潮流が続き、本当の無煙社会が到来してはじめて、子どもがタバコの害から守られるのです。

## 「予防接種ガイドブック」

（予防接種と子どもの健康）を網羅

予防接種を受けましょう／予防接種（ワクチン）とは／ワクチンの種類と特徴／予防接種の有効性／予防接種と副反応・接種間隔／予防接種の対象となる病気およびワクチン／予防接種を受けに行く前に／その他

編集指導 平山宗宏（母子愛育会日本子ども家庭総合研究所名誉所長）

編集 財団法人母子衛生研究会

A6判 32ページ 定価84円（本体80円）送料別



## 「わたしは3歳児」—3歳からの出発—

3歳児健診時の配布用教材として

お父さん、お母さんへのメッセージ／このころの子ども／生活習慣／社会性／集団生活／病気／他

執筆・指導 巷野 悟郎（こどもの城小児保健クリニック・小児科医）  
高橋 種昭（群馬社会福祉大学 教授）

深谷 和子（東京成徳大学教授）

企画・編集 財団法人母子衛生研究会

B6判 72ページ

定価105円（本体100円）送料別



# 禁煙支援・禁煙治療における 小児科医の役割

## —小児病院での実践から—



国立成育医療センター成育政策科学研究部  
病院総合診療部成人期診療科禁煙外来担当 原田 正平

キーワード：タバコ規制，受動喫煙，健康増進法，学校敷地内禁煙，禁煙外来

国立成育医療センターはその名の通り，成育医療のわが国における中心的役割の国立高度専門医療センター（いわゆるナショナルセンター）として2002年3月に開院しました。ここで言う成育医療とは，胎児，新生児，乳児，幼児，学童，思春期という子どもの年齢の枠を超えて，健康な胎児から大人への成長・発達を図る，総合的かつ継続的な医療です。そうした施設に「禁煙外来」が開設されている意味とそこでの小児科医の役割について，述べてみたいと思います。

国立成育医療センターでの禁煙外来は，2005年6月に，当初はアレルギー科に属する形で始められました。その年の世界禁煙デーのテーマは「タバコ規制における保健医療専門家の役割」であり，わが国でも，医療関係者がタバコ規制において重要な役割を果たすべきであると「宣言」された年でした。2004年5月には健康増進法が施行され，第25条の「受動喫煙防止」の規定が，学校敷地内禁煙や公共の場所での禁煙を後押しし始めていたという背景がありました。

小児病院，総合母子センターといった小児医

療，成育医療関連施設での禁煙外来（あるいは卒煙外来＝タバコを止めるのではなく，卒業してしまい，生涯吸わないという意味を込めている言葉です）は，2002年10月に開設された静岡県立こども病院に始まり，2003年9月の神奈川県立こども医療センター，2004年4月の大阪府立母子保健総合医療センター，2004年11月の兵庫県立こども病院について，5番目でした。その後，2005年9月の群馬大学医学部附属病院小児科，2007年5月の横浜市立大学附属市民総合医療センター小児禁煙外来と続いています。

何故，小児科で禁煙外来が必要なのでしょう。それは実は，タバコ問題は十代の問題だからです。日本の未成年者喫煙禁止法（明治33年，1900年，茨城県選出の衆議院議員，根本正（ねもとしょう）の努力により成立）は喫煙未成年に対する罰則がないために，その実効性が疑われていますが，そうした法律のない諸外国での未成年者の喫煙率を調べてみると恐ろしいことがわかります。デンマークにおける若年喫煙率がわかる1982年の論文<sup>1)</sup>を見ますと，1961年の男子喫煙率は14歳で90%に達し，同年女子でも70%を超えています。その後，徐々に喫煙率は低下しますが，1980年でも男女とも14歳で30%前後でした。デンマークは

Shohei Harada（国立成育医療センター）  
〒157-8535 東京都世田谷区大蔵2-10-1

北欧諸国の中では喫煙率が高く、特に女性喫煙率は今でも30%前後で、そのため女性平均寿命も79.5歳(2002年)と北欧諸国で唯一80歳を切っていました(2004年にやっと80歳。同年にフィンランド82歳, ノルウェー82歳, スウェーデン83歳, 日本86歳: The World Health Report 2006)。

カナダでの研究では, 7学年(12~13歳)でニコチン依存が生じるまでの期間を調べたところ—ここで言うニコチン依存は禁煙に失敗, 止められずに吸っている, 依存を感じる, 渴望感, タバコが欲しい等, loss of autonomy(タバコの虜囚)と表現される状態—, その中央値は男子で183日間でしたが, 女子では21日間でした。しかも, 多量喫煙ではなく, 1日2本, 1週間に1日の喫煙で症状が出現すると報告されています<sup>2)</sup>。日本では同様の研究は不可能ですが, ほぼ同様であると考えて良いでしょう。

このように, 未成年者喫煙禁止法のような外的強制力がなければ, 若年喫煙率は驚くほどの高率となり, 平均寿命に明らかな差が出るほどの悪影響を長い年月の間, 及ぼすと言えます。

タバコの害から子どもたちを守るためには, 未成年本人に吸わせないための, 喫煙防止教育だけではなく, 周囲の喫煙者から子どもを守るための受動喫煙防止対策が肝要です。受動喫煙(Passive Smoking)は同義語, 類語として, 環境タバコ煙(ETS: Environmental Tobacco Smoke), 間接煙(SHS: Second Hand Smoke), 強制喫煙(Involuntary Smoking)などと言われます。一時, ETSという言葉が主流となりかけましたが, ETSの原因は自然現象ではなく, あくまでも周囲の喫煙者が他人に対して喫煙を強制しているわけですから, 2006年の米国公衆衛生総監報告(US Surgeon General's report)の「タバコ煙への強制暴露による健康障害」(The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke)という表現が適切かもしれません。本稿では, 健康増進法第25条が「受動喫煙の防止」を定めていることから, 受動喫煙という表現としています(ただし, たば

この規制に関する世界保健機関枠組条約の第8条では「たばこの煙にさらされることからの保護」という表現となっています)。

この受動喫煙防止は一般的には「体の受動喫煙から子どもを守る」ことですが, 実は「心の受動喫煙から子どもを守る」ことが重要です。

その一番の証拠は学校, 教育機関における受動喫煙防止対策に見ることができます。日本学校保健学会, 日本体育学会, 日本小児科学会, 日本小児科医会, 日本小児保健協会は2006年2月22日に「学校敷地内禁煙の早期実施等のお願ひ」を全国の都道府県及び政令指定都市の教育長に提出していますが, そこに述べられた学校敷地内禁煙の必要な理由は, 次のとおりです。1)喫煙防止教育の一層の充実を図るため, 2)教職員が喫煙しないという望ましいモデルを示すため, 3)禁煙・施設禁煙化の運動を学校から家庭・地域に広げるため, 4)子どもや教職員の受動喫煙を防止するため, 5)喫煙者の健康リスクを減らすため。2)の教職員の禁煙については, 1999年12月の「小児期からの喫煙予防に関する提言」(日本小児科学会)の中で「提言2: 喫煙予防教育の実施。喫煙予防の教育は幼児期から始めることが望ましく, 家族への喫煙予防の教育も合わせて行うことが望ましい。学校における喫煙予防の教育は, 学習要領では小学三年生で実施するようになっているが, 喫煙予防の教育は小学一年生から実施し, 学年に応じて健康教育の一環として毎年繰り返し行うことが望ましい。同時に教職員など学校関係者自身も禁煙に努める必要がある。」とされています。ここでの提言1は「小児科医の喫煙予防活動。妊婦の喫煙が未熟児の出産の原因となったり, 保護者の喫煙と乳児突然死症候群をはじめ子どものさまざまな疾患との関連性が報告されている。さらに, 乳幼児の誤飲事故はたばこが最も多い。そこで, 小児科医は小児科外来を禁煙にし, 日常診療や小児保健活動の中で, 積極的に保護者と子どもに喫煙の有害性と危険性を教育し, 保護者・その家族の禁煙と子どもの喫煙予防を勧める必要がある。」

ですので、こうした活動における小児科医の役割は、既に言うまでもないことかもしれません。

では、日本の子どもたちは実際には、どれくらい受動喫煙の被害を受けているのでしょうか。厚生労働省が2001年の1月と7月に生まれた約4万人の「21世紀出生児縦断調査」を行っており、様々な指標を毎年発表しています。その第1回調査報告の際の、19歳以下の夫の喫煙率は83.8%、妻44.3%、20～24歳では夫83.4%、妻34.7%という驚くべき高率となっています。全体では父親の喫煙習慣なしは36.5%、母親で83.3%ですが、室内で吸っている率が父親34.7%、母親11.3%と高く、日本の子どもたちは、まず家庭内で被害を受けています<sup>3)</sup>。

また病院、医療機関での敷地内禁煙も徐々に進んでいますが、宮城県立こども病院副院長の堺利男先生のデータでは、父親の喫煙率が各年代を通して40～50%以上のため、行き帰りの自家用車の中での受動喫煙被害が見過ごせない状態となっています。

家庭内の受動喫煙は、体の受動喫煙であるとともに、心の受動喫煙であり、両親、保護者の喫煙は未成年喫煙の危険因子というエビデンスは多数でありますが、同じ状態は学校での教職員の喫煙によってもおきています。デンマークでの研究では、建物内禁煙の学校で教師が校外で吸う姿を見せることが、生徒の喫煙を増加させると報告されています<sup>4)</sup>。

わが国では、2002年4月和歌山県が、小学校から高校まで、全公立学校の敷地内禁煙に踏み切りました。その後、健康増進法の施行1年後の2004年4月から一気に県立学校の敷地内禁煙、政令指定都市での全公立学校敷地内禁煙が進み、都道府県単位の学校敷地内禁煙実施(予定)は、42都道府県と、全国の約9割になり、残りの、群馬県、山梨県、大阪府、熊本県でも推進中(神奈川県は推進見込み)、と報告されています(日本学校保健学会「タバコのない学校」推進プロジェクト <http://openweb.chukyo-u.ac.jp/~ieda/Project.htm>)。

その成果として、未成年の喫煙は1996年度、2000年度の全国調査では、月喫煙者率(この30日に一度でも喫煙したもの=中高生の喫煙者と定義)が、男子36.9%、36.9%、女子15.6%、15.8%だったものが、2004年度調査ではそれぞれ21.7%、9.7%と劇的な低下をみえています(<http://www.health-net.or.jp/tobacco/product/pd110000.html>)。

また文部科学省が行っている「薬物等に対する意識等調査報告書」でも、「将来たばこを吸うと思うと回答した児童生徒の割合」は2000年、2006年の比較で、高校3年生男子30.2%から17.3%、女子で11.5%から7.5%と減少し、小学校6年生、中学校3年生でも同じ傾向がみられています([http://www.mext.go.jp/b\\_menu/houdou/19/03/07042500.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/19/03/07042500.htm))。

こうした傾向は、なにか一つの対策が功を奏したわけではなく、1)喫煙防止教育—吸わせない、2)受動喫煙防止—「心と体の受動喫煙」から子どもを守る、3)子どもの禁煙治療外来(卒煙外来)という包括的タバコ対策が有機的に関連することで、良い流れとなっていると言えます。

家庭に対しては主治医として、あるいは乳幼児健診の機会をとらえ、保育園、幼稚園、学校に対しては園医・学校医として、地域に対しては地域のかかりつけ医として、小児科医は子どもをタバコの害から守る活動の中心に位置する職種であることを意識し、「子どものための無煙社会推進宣言」(<http://plaza.umin.ac.jp/~jschild/conf/051209.html>)に述べられているように、「私たち小児科医と子どもに関わる保健医療福祉の専門職は、自らが非喫煙者であることをめざし、また周囲の者への禁煙支援をおこなう。」ことが、まさに私たちに課せられた役割といえましょう。そうしてわが国の宝である次世代の子どもたちに、煙のない無煙社会を贈りましょう。

## 文 献

- 1) Ibsen KK : Smoking habits in 9000 Danish school-children. Acta Paediatr Scand. 71 : 131-134, 1982

- 2) DiFranza JR, Savageau JA, Rigotti NA, Fletcher K, Ockene JK, McNeill AD, Coleman M, Wood C : Development of symptoms of tobacco dependence in youths : 30 month follow up data from the DANDY study. *Tob Control*. 11 : 228-235, 2002
- 3) 兼板佳孝, 大井田隆, 河原和夫 : 乳幼児の受動喫煙と疾患および事故発生に関する疫学研究. *厚生労働科学研究費補助金(がん臨床研究事業)「がん予防に資する未成年等における包括的たばこ対策に関する研究」平成18年度総括・分担研究報告書*. p.23-36, 2007
- 4) Poulsen LH, Osler M, Roberts C, Due P, Damsgaard MT and Holstein BE : Exposure to teachers smoking and adolescent smoking behaviour : analysis of cross sectional data from Denmark. *Tob Control*. 11 : 246-251, 2002