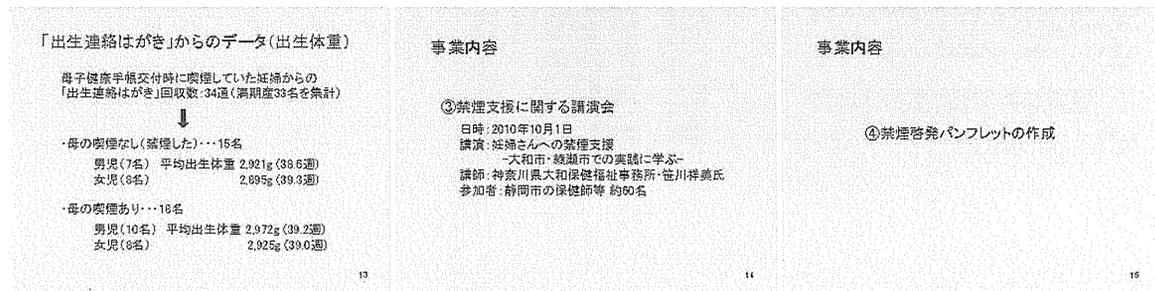
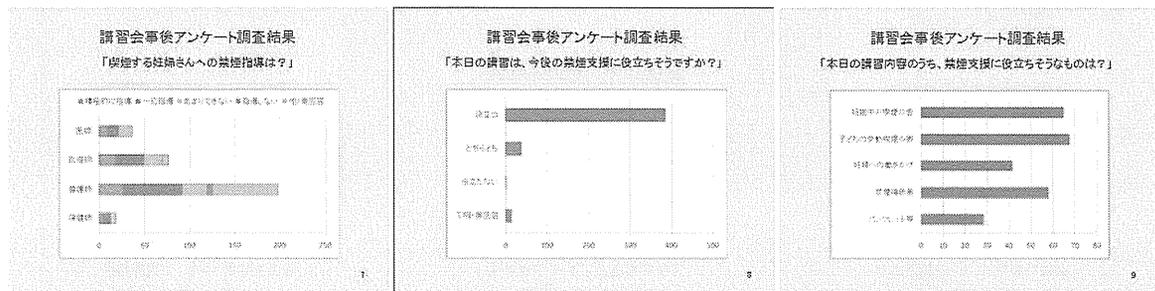
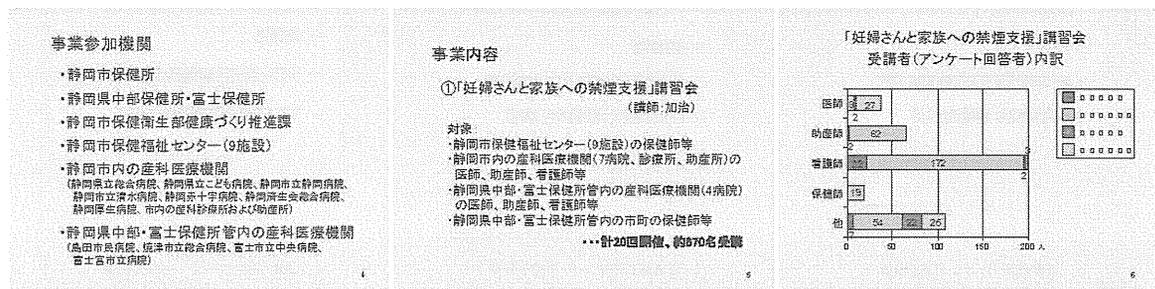
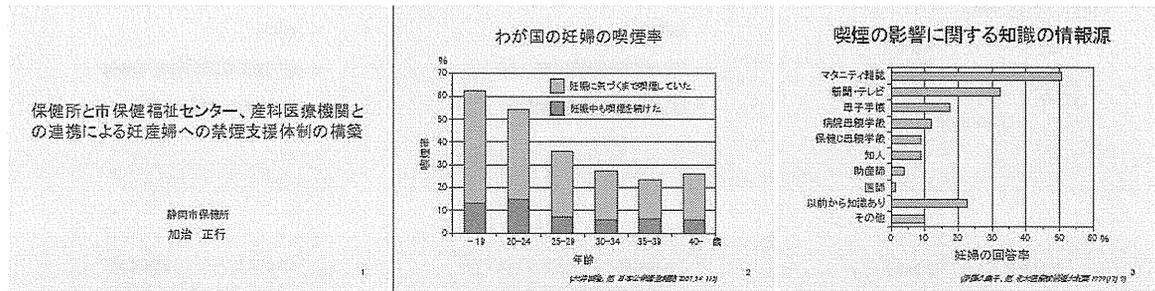


② 静岡市保健所 所長 加治正行先生

「静岡市における妊産婦への禁煙支援体制構築の試み」



事業内容

⑥産科医療機関における禁煙支援の実態に関するアンケート調査

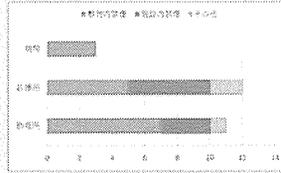
対象
病院: 7
診療所: 20
助産所: 15

回収
病院: 3
診療所: 12
助産所: 11

(回収率61.9%)

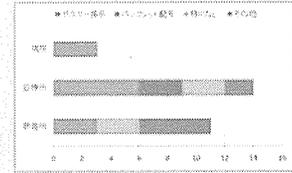
15

医療機関アンケート調査結果
「施設の受動喫煙防止対策は？」



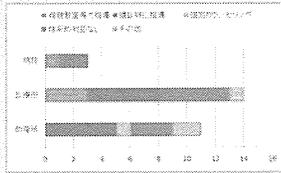
17

医療機関アンケート調査結果
「禁煙に関する啓蒙の方法は？」



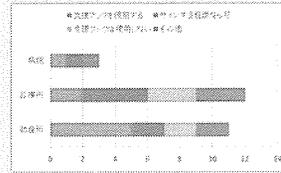
18

医療機関アンケート調査結果
「喫煙している妊婦さんへの対応は？」



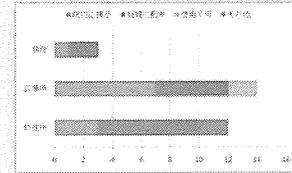
19

医療機関アンケート調査結果
「禁煙支援ブックの使用の可否は？」



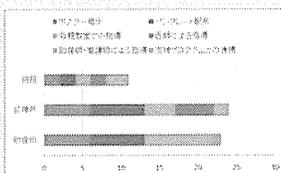
20

医療機関アンケート調査結果
「カラープリントの利用の可否は？」



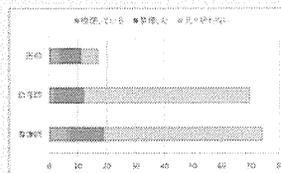
21

医療機関アンケート調査結果
「施設で今後できる取り組みは？」



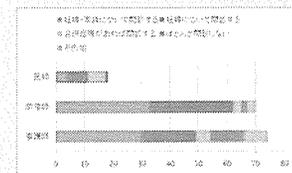
22

医療従事者アンケート調査結果
「あなたは喫煙していますか？」



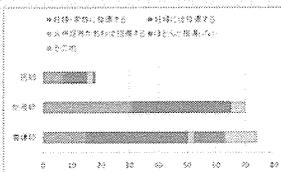
23

医療従事者アンケート調査結果
「喫煙に関する相談は？」



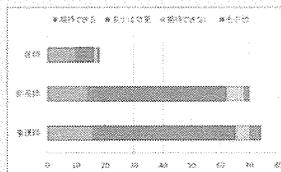
24

医療従事者アンケート調査結果
「妊婦さん、家族に禁煙指導しますか？」



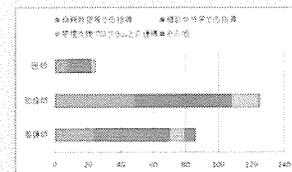
25

医療従事者アンケート調査結果
「禁煙支援ブック等の効果は？」



26

医療従事者アンケート調査結果
「個人で今後できる取り組みは？」



27

まとめ

- 1) 産科医療機関のスタッフ、行政保健師等、約670名への禁煙支援講習を実施した。
- 2) 母子健康手帳を交付した妊婦4519名中、「喫煙している」と答えた妊婦は167名(3.7%)であった。
- 3) 喫煙している妊婦には「禁煙支援ブック」を渡して禁煙支援を行った。
- 4) 母子健康手帳交付時に喫煙していた妊婦からの「出生通知」が「回収数は34通で、うち就煙できたのは16名であった。」
- 5) 就煙できた妊婦と、喫煙を続けた妊婦との間で、出生児の体重に有意差はみられなかった。

28

事業協力者

- 長澤 浩介 (静岡市保健所 済水支所長)
- 斎藤 真人 (静岡県中部保健所 森田支所長)
- 奥村 多津子 (静岡市健康推進センター 所長)
- 奥村 理恵子 (静岡市南保健推進センター 所長)
- 川原 秀洋子 (静岡市東部保健推進センター 所長)
- 井口 由美子 (静岡市北部保健推進センター 所長)
- 華々 幸佳希子 (静岡市長岡保健推進センター 所長)
- 石川 節子 (静岡市大東保健推進センター 所長)
- 張邊 明美 (静岡市東部保健推進センター 所長)
- 斎藤 麻子 (静岡市清水保健推進センター 所長)
- 山西 一樹 (静岡市蒲原保健推進センター 所長)
- 芝原 泰世 (静岡市健康づくり推進部)
- 水野 真子 (静岡市立静岡病院産婦人科 科長)

29

③ 多治見市役所 市民健康部 保健センター 健康づくりグループ 道林千賀子氏
「岐阜県多治見市における未成年喫煙防止対策など」

多治見市の未成年喫煙対策

多治見市保健センター
道林 千賀子
TEL: 0572-22-1111

多治見市健康づくり計画 たじみ健康ハッピープラン

「たじみ健康ハッピープラン」は喫煙が健康でいえないことを知らせることで、自ら禁煙するきっかけをもち、たばこを吸ってつづいた健康づくり計画です(H14～21年度)
* 喫煙、禁煙両面から推進する方針で実施中

岐阜県多治見市(H18) 1月現在調査
人口 110,325人(H20 4月現在)
* 少年人口割合 12.5%
* 若年人口割合 64.8%
* 若年人口割合 21.7%

喫煙: スワランくん 禁煙: ナッタン 禁煙: テクテクくん

ライフステージ別市民の行動指針

ライフステージ	喫煙者	禁煙者	未成年	若年者	中高生	高校生	若年者	若年者	若年者
0-1歳児	禁煙								
1-3歳児	禁煙								
3-5歳児	禁煙								
5-9歳児	禁煙								
9-13歳児	禁煙								
13-17歳児	禁煙								
17-19歳児	禁煙								
19-24歳児	禁煙								
24-29歳児	禁煙								
29-34歳児	禁煙								
34-39歳児	禁煙								
39-44歳児	禁煙								
44-49歳児	禁煙								
49-54歳児	禁煙								
54-59歳児	禁煙								
59-64歳児	禁煙								
64-69歳児	禁煙								
69-74歳児	禁煙								
74-79歳児	禁煙								
79-84歳児	禁煙								
84-89歳児	禁煙								
89-94歳児	禁煙								
94-99歳児	禁煙								

たじみ健康ハッピープランより

喫煙対策 目標値例

項目	目標値	現状値	達成率
1. 禁煙率	50%	45%	90%
2. 未成年喫煙率	0%	0%	100%
3. 若年喫煙率	10%	12%	120%
4. 禁煙者割合	50%	45%	90%
5. 禁煙者割合	50%	45%	90%
6. 禁煙者割合	50%	45%	90%
7. 禁煙者割合	50%	45%	90%
8. 禁煙者割合	50%	45%	90%
9. 禁煙者割合	50%	45%	90%
10. 禁煙者割合	50%	45%	90%

たじみ健康ハッピープランより

「たじみ健康ハッピープラン」に基づく喫煙対策の総合的な推進

① 禁煙地帯の整備 (公共施設の禁煙化、路上喫煙地区指定、禁煙所・飲食店禁煙化)
② 禁煙支援 (個別面談・通煙者の禁煙相談、成人や若年者禁煙支援センター)

喫煙率の低下

③ 喫煙防止教育 (通煙・禁煙、通煙普及啓発(禁煙)に関する情報提供、禁煙セミナーなど)

喫煙対策検討会議

● 平成14年5月から年に2～3回開催 (多治見市長から委嘱 任期2年)
メンバー:
有識者・医師・薬剤師・歯科医師・教育委員会
高等学校教員連合会・PTA連合会・青年会議所
健康づくり推進員・東濃西部少年センター
ライオンクラブ・保健所・環境課 他

多治見市の喫煙対策について、地域全体で情報共有、思考共有し、議論を重ね、各団体がそれぞれの役割を認識し、主体的な活動が行えるよう働きかけている。

- ### 公共施設の禁煙化
- 平成15年5月31日(世界禁煙デー)から公共施設館内禁煙の実施
 - 平成16年4月1日から市内幼稚園・保育園・小中学校、公立高等学校の敷地内禁煙化
 - 平成21年4月1日から市内私立高等学校の敷地内禁煙化
 - 平成22年10月1日から公共施設敷地内禁煙実施(県内初の取組み)

公共施設敷地内禁煙

平成22年10月1日から公共施設敷地内禁煙実施
県内初! 対象施設115カ所

敷地内禁煙
平成22年4月1日から学校敷地内禁煙先行実施

中高生の禁煙支援システム

● 未成年禁煙支援システム整備(H17.2月開設)

● 2ニコチンパッチ中5枚処方 初診300円 再診200円
● 3指定医薬品(1か所)にパッチ代を市が支払う
● 5学校を介さず受診可

● 高校養護教諭との意見交換会立ち上げ(H22) 積極的な運用及び、生徒や保護者への働きかけ、高等学校の役割などを検討。

高校のクラスにポスター掲示

保育園、幼稚園での喫煙防止教育紙芝居

H14年から実施
H17年から多治見オリジナル紙芝居へ

スワランくんとナッタンくんのお話

スワランくん ナッタンくん テクテクくん

小・中学校での喫煙防止教育

・ 市内全校で統一した内容で喫煙防止教育が実施できるよう、喫煙防止対策推進モデル校を選定し、小学校4～5年生・中学校2年生の学習指導案を検討。(H15～18年度の4ヶ年事業)

↓

H19年度から市内全ての小・中学校で喫煙防止教育を実施

事前に保健センターの職員が保健主事を対象に、タバコの健康教育を実施。

- ### 指導内容(市教委)
- 小学校4年生: たばこの害を知る
 - 小学校5年生: 喫煙者のインタビューからたばこには依存性があることを知る
 - 小学校6年生: たばこを勧められたときの断り方についてスキルを身につける
 - 中学校2年生: 未成年で喫煙することのたばこの害や影響について、正しい知識を獲得する。たばこを勧められたとき、それを断る勇気を持つ。

小学校4年生の喫煙防止教育授業

未成年者への啓発活動

市内自動車学校入校生へ啓発チラシを配布

保蔵者も含めた啓発活動

- 健康ハッピーフェスタ(健康まつり)にて、親子対象の喫煙防止教育を実施(H100)
 - *人形劇の上演前に防煙教育紙芝居を実施
 - *うた絵本コンサート上演前に、禁煙専門医によるミニタバコ講演会を実施
- 子育て健康フェスタ(子育てイベント)でブース出展し「パパの禁煙相談」実施(H100)
 - *禁煙専門医の相談、肺年齢・呼気CO測定
 - ニコテンパッチお試し処方(無料)

世界禁煙デー関連イベント

- 毎年の禁煙週間にあわせて、市内スーパー等の店頭で啓発活動を実施。子育て世代の親子も楽しく参加。

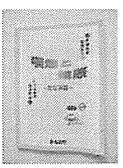


保健医療・教育関係者を対象とした禁煙(喫煙対策)セミナー

- 地域の医師・歯科医師・薬剤師・看護師・保健師等の医療・保健及び教育関係者(保健主事、養護教師、保育士等)を対象としたセミナーを毎年5回実施。
 - *平成20年度講師:高橋裕子先生
 - *平成21年度講師:原田正平先生
 - 産科・小児科領域に特に重点をおいて実施
 - *平成23年度講師:増居志津子先生
- ☆平成20年度から東濃保健所と連携し、管内の研修会や連絡会議を継続的に実施。(主に母子保健領域)

喫煙対策指導者マニュアル (H100年10月作成)

- 喫煙対策を推進する関係者で喫煙について共通理解を図るために、冊子・CD-ROMを作成し、学校や関係機関に説明会を実施し配布。

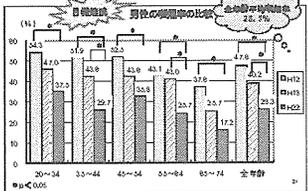


多治見市民健康調査結果

項目	喫煙者	禁煙者	禁煙希望者
1. 性別	男性 41.1%	女性 11.1%	11.1%
2. 年齢	20~24歳 1.1%	25~29歳 2.2%	30~34歳 3.3%
3. 職業	学生 1.1%	会社員 11.1%	自営業 11.1%
4. 収入	10万円未満 1.1%	10~19万円 11.1%	20~29万円 11.1%
5. 学歴	小学校 1.1%	中学校 11.1%	高等学校 11.1%
6. 家族構成	単身 1.1%	夫婦 11.1%	家族 11.1%
7. 喫煙習慣	毎日 1.1%	時々 11.1%	禁煙 11.1%
8. 禁煙理由	健康 1.1%	家族 11.1%	その他 11.1%
9. 禁煙方法	禁煙剤 1.1%	禁煙相談 11.1%	禁煙指導 11.1%
10. 禁煙効果	効果あり 1.1%	効果なし 11.1%	効果不明 11.1%
11. 禁煙期間	1週間未満 1.1%	1週間以上 11.1%	禁煙中 11.1%
12. 禁煙支援	支援あり 1.1%	支援なし 11.1%	支援不明 11.1%
13. 禁煙相談	相談あり 1.1%	相談なし 11.1%	相談不明 11.1%
14. 禁煙指導	指導あり 1.1%	指導なし 11.1%	指導不明 11.1%
15. 禁煙教材	教材あり 1.1%	教材なし 11.1%	教材不明 11.1%
16. 禁煙啓発	啓発あり 1.1%	啓発なし 11.1%	啓発不明 11.1%
17. 禁煙環境	環境あり 1.1%	環境なし 11.1%	環境不明 11.1%
18. 禁煙意識	意識あり 1.1%	意識なし 11.1%	意識不明 11.1%
19. 禁煙行動	行動あり 1.1%	行動なし 11.1%	行動不明 11.1%
20. 禁煙効果	効果あり 1.1%	効果なし 11.1%	効果不明 11.1%

成人男性 喫煙率

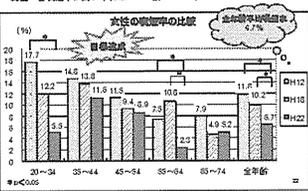
全ての年齢で有意に減少。男性一般喫煙率が低い年代は20~24歳で27.2%。



年齢	喫煙率 (%)
20~24	27.2
25~29	32.5
30~34	42.0
35~39	43.8
40~44	43.9
45~49	43.1
50~54	42.0
55~59	37.6
60~64	25.7
65~69	11.2
70~74	4.7
75~79	2.3
80~84	2.3
85~89	2.3
90~94	2.3
95~99	2.3
全年齢	28.7

成人女性 喫煙率

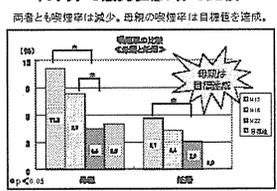
全年齢の喫煙率は有意に低下。喫煙一歩喫煙率が低い年代は25~29歳で11.5%。



年齢	喫煙率 (%)
20~24	17.7
25~29	11.5
30~34	12.2
35~39	14.6
40~44	11.8
45~49	11.5
50~54	9.4
55~59	8.9
60~64	10.0
65~69	7.0
70~74	4.9
75~79	5.2
80~84	6.7
85~89	6.7
90~94	6.7
95~99	6.7
全年齢	11.2

母親・妊婦の喫煙率 (4ヶ月・3歳児健診時)の比較

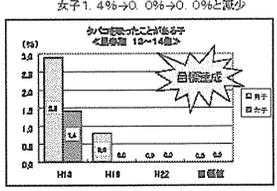
両者とも喫煙率は減少。母親の喫煙率は目標値を達成。



年齢	母親 (%)	妊婦 (%)
H10	11.8	8.8
H11	8.8	8.8
H12	8.8	8.8
H13	8.8	8.8
H14	8.8	8.8
H15	8.8	8.8
H16	8.8	8.8
H17	8.8	8.8
H18	8.8	8.8
H19	8.8	8.8
H20	8.8	8.8
H21	8.8	8.8
H22	8.8	8.8
目標値	8.8	8.8

思春期(13~14歳)の喫煙率

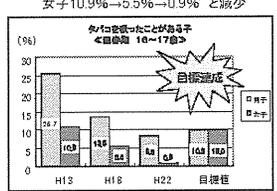
男子2.9%→0.8%→0.0%と減少
女子1.4%→0.0%→0.0%と減少



年齢	男子 (%)	女子 (%)
H13	2.9	1.4
H14	0.8	0.0
H15	0.0	0.0
H16	0.0	0.0
H17	0.0	0.0
H18	0.0	0.0
H19	0.0	0.0
H20	0.0	0.0
H21	0.0	0.0
H22	0.0	0.0
目標値	0.0	0.0

思春期(16~17歳)の喫煙率

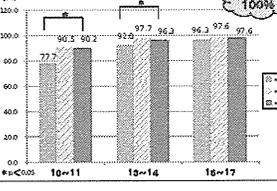
男子25.7%→13.8%→8.5%
女子10.9%→5.5%→0.9%と減少



年齢	男子 (%)	女子 (%)
H13	25.7	10.9
H14	13.8	5.5
H15	8.5	0.9
H16	8.5	0.9
H17	8.5	0.9
H18	8.5	0.9
H19	8.5	0.9
H20	8.5	0.9
H21	8.5	0.9
H22	8.5	0.9
目標値	8.5	0.9

タバコの害を知っている子どもの割合 (学年別)

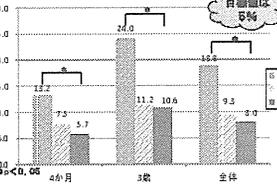
目標値は100%



学年	割合 (%)
10~11	77.7
10~11	90.5
10~11	90.2
13~14	92.6
13~14	95.3
13~14	95.3
16~17	94.3
16~17	97.4
16~17	97.6

子どもの近くでタバコを吸う人の割合 (4か月・3歳児)

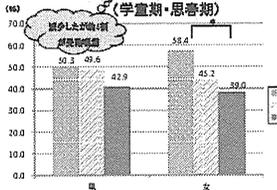
目標値は5%



年齢	割合 (%)
2歳児	12.7
2歳児	7.3
2歳児	5.7
3歳児	24.0
3歳児	11.2
3歳児	10.6
全体	9.3
全体	9.0

子どもの近くでタバコを吸う人の割合 (学童期・思春期)

減少した割合が顕著に改善傾向



年齢	割合 (%)
学童期	50.3
学童期	49.6
学童期	42.9
思春期	58.4
思春期	45.3
思春期	39.0

平成23年度の喫煙対策重点課題

- 公共施設敷地内禁煙対象施設拡大に向けての取り組み。さふ清流団体の敷地内禁煙実施
- 妊産婦の禁煙支援・再喫煙防止の体系化
- 薬局・薬店との連携による禁煙支援体制整備(禁煙自主用教材設置、禁煙サポート薬局)
- 喫煙防止教育の展開し、タバコ販売対策
- 空気のおいしいお店リーフレット作成(地区組織である健康づくり推進員の活動支援)

今後の展望

- 次期計画策定に向けての取り組み
 - ①地域の喫煙把握、地区診断。
 - ②科学的根拠に基づいた政策決定と保健活動の実践。
 - ③活動のまとめと評価。(PDCAサイクルを確実にまわす)
 - ④組織内外の関係者を巻き込む。点から面へ。継続性。
- 保健所管内→県全体のレベルアップへ
- 先進自治体としての自覚と継続的な情報発信

D. 考察・まとめ

3人の方から、各自治体・団体における先駆的あるいは充実した喫煙対策の取り組み状況について、大変わかりやすく、素晴らしい発表が行われた。

今後、他の自治体においても「健やか親子21」推進のための喫煙対策が充実されるよう、自治体における取り組み方策を広く紹介していくことが研究班に求められる。

出生数の変化に関連する因子の検討

研究協力者	永井 亜貴子	(社会福祉法人 恩賜財団 母子愛育会／ 山梨大学大学院医学工学総合研究部社会医学講座)
研究協力者	田中 太一郎	(東邦大学医学部衛生学)
研究分担者	荒木田 美香子	(国際医療福祉大学小田原保健医療学部)
研究協力者	市川 香織	(社団法人 日本助産師会)
研究分担者	尾島 俊之	(浜松医科大学医学部健康社会医学)
研究分担者	玉腰 浩司	(名古屋大学医学部保健学科看護学専攻)
研究分担者	松浦 賢長	(福岡県立大学看護学部)
研究分担者	山崎 嘉久	(あいち小児保健医療総合センター)
研究代表者	山縣 然太郎	(山梨大学大学院医学工学総合研究部 社会医学講座)

わが国の出生数は減少傾向にある。また、近年の分娩取り扱い施設の減少により、妊婦が希望する施設で出産できない、地域によっては分娩取り扱い施設がなく、別の地域で出産しなければならない等、出産を取り巻く環境が悪化しており、さらなる出生数減少への影響が懸念されている。そこで、二次医療圏における分娩取り扱い施設の状況と出生数の変化との関連について明らかにすることを目的として分析を行った。

人口動態調査より平成16年と21年の出生数、医療施設調査より平成17年と20年の分娩取り扱い施設数を収集し、二次医療圏ごとに変化率を算出し、出生数の変化に関連する因子を検討するために、重回帰分析を行った結果、可住地面積1キロ平方メートル当たり分娩取り扱い施設数、高齢化率、都道府県における「産科医師、助産師の確保・育成」の取り組みの有無に関連があることが明らかとなった。

出生数の減少対策には、地域における分娩取り扱い施設の確保とそれに向けた取り組みが重要であると考えられる。

A. 研究目的

わが国の出生数は減少傾向にある。また、近年の分娩取り扱い施設の減少により、妊婦が希望する施設で出産できない、地域によっては分娩取り扱い施設がなく、別の地域で出産しなければならない等、出産を取り巻く環境が悪化しており、さらなる出生数減少への影響が懸念されている。そこで、二次医療圏における分娩取り扱い施設の状況と出生数の変化との関連

について明らかにすることを目的として分析を行った。

B. 研究方法

人口動態調査より平成16年と21年の出生数、医療施設調査より平成17年と20年の分娩取り扱い施設数を収集し、二次医療圏ごとに変化率を算出した。横浜市と川崎市については、同市内に2つ以上の医療圏があるため、分

析から除外した。出生数の変化に関連する因子を検討するために、二次医療圏ごとの分娩取り扱い施設数の変化率、可住地面積1キロ平方メートル当たり分娩取り扱い施設数、人口、高齢化率、人口千対保育所待機児童数と平成17年度の「健やか親子21の推進状況に関する実態調査」より都道府県における「産科医師、助産師の確保・育成」の取り組みの有無を説明変数とし、出生数の変化率を目的変数として、重回帰分析を行った。統計解析には、SAS version 9.2を用いた。

(倫理面への配慮)

本研究は、地方自治体を対象とした調査データと公開されている政府の統計データを用い、個人情報を含んだ資料を取り扱わないことから倫理面への配慮は不要であると考えられる。

C. 研究結果・考察

平成16年と20年の分娩取り扱い施設の状態を表1に示した。平成16年は分娩取り扱い施設が全くない2次医療圏は1地域であったが、平成20年では6地域であった。平成17年から20年の3年間で、約5割の2次医療圏において、分娩取り扱い施設が減少していた(表2)。

表1 2次医療圏ごとの分娩取り扱い施設の状態

分娩取り扱い施設数	平成17年		平成20年	
	医療圏数	%	医療圏数	%
なし	1	0.3%	6	1.8%
1~5	171	50.2%	173	50.7%
6~10	80	23.5%	83	24.3%
11~15	42	12.3%	37	10.9%
16~20	23	6.7%	17	5.0%
21以上	24	7.0%	25	7.3%

表2 H17~20年の2次医療圏の分娩取り扱い施設数の変化

分娩取り扱い施設数の変化	医療圏数	%
減少	160	46.9%
変化なし	114	33.4%
増加	67	19.7%

2次医療圏ごとの出生数変化率などの状況を表3に示した。重回帰分析に使用した変数間の相関行列を表4に示した。二次医療圏ごとの分娩取り扱い施設数の変化率、可住地面積1キロ平方メートル当たり分娩取り扱い施設数、人口、高齢化率、人口千対保育所待機児童数と都道府県における「産科医師、助産師の確保・育成」の取り組みの有無を説明変数とし、出生数の変化率を目的変数とした重回帰分析の結果を表5に示した。可住地面積1キロ平方メートル当たり分娩取り扱い施設数(標準偏回帰係数 $\beta=0.21$ 、 $p<0.001$)、高齢化率($\beta=-0.35$ 、 $p<0.001$)、都道府県における「産科医師、助産師の確保・育成」の取り組み($\beta=0.13$ 、 $p<0.001$)であり、分娩取り扱い施設が少なく、施設までのアクセスに時間がかかる地域、高齢化率が高い地域において、より出生率が低下していることが明らかとなった。平成17年度に「産科医師、助産師の確保・育成」の取り組みを行っていた都道府県の2次医療圏において、出生率の低下が有意に少なく、取り組みにより出生数の減少が抑えられている可能性が示唆された。今回分析に用いた調査では、「産科医師、助産師の確保・育成」取り組みを行っているかどうかを尋ねているのみであるため、詳細な取り組み内容は不明である。今後は、どのような取り組みを行っているのかを明らかにして分析することで、より効果的な取り組みについて提示することが可能となると考えられる。

表3 2次医療圏のごとの出生数の変化率などの状況

変数	N	平均	標準偏差	最小値	最大値
H16～21年の出生数の変化率	341	-0.08	0.08	-0.31	0.18
H17年の産科医師、助産師の確保・育成の取り組み	341				
取り組んでいる(%)	124(36.6)				
取り組んでいない(%)	217(63.4)				
H17～21年の分娩取扱施設数の変化率	340	-0.06	0.29	-1.00	1.50
H17年の可住地面積1km ² 当りの分娩取扱施設数	341	0.03	0.04	0.00	0.35
H17年の人口(対数)	341	1.312	0.98	10.07	14.78
H17年の高齢化率	341	0.24	0.05	0.13	0.36
H17年の人口千対保育所待機児童	341	0.10	0.20	0.00	1.61
H17年の人口千対保育所待機児童の有無					
待機児童あり(%)	167(49.0)				
待機児童なし(%)	174(51.0)				

表4 重回帰分析に使用した変数間の相関行列

	1	2	3
1 分娩取扱施設数の変化率			
2 可住地面積1km ² 当りの分娩取扱施設数	0.01		
3 人口の対数	0.09	0.62 *	
4 高齢化率	-0.09	-0.49 *	-0.78 *

*P<0.01

表5 H16～21年までの出生数の変化率に関する重回帰分析の結果 (N=340)

変数	偏回帰係数	標準誤差	標準偏回帰係数	P値
産科医師、助産師の確保・育成の取り組みの有無	0.02	0.01	0.13	<0.001
分娩取扱施設数の変化率	0	0.01	0.01	0.886
可住地面積1km ² 当りの分娩取扱施設数	0.42	0.12	0.21	<0.001
人口の対数	0.01	0.01	0.08	0.324
高齢化率	-0.57	0.12	-0.35	<0.001
保育所待機児童の有無	0	0.01	-0.03	0.602

自由度調整済み決定係数 R²=0.309

D. 結論

出生数の変化と可住地面積 1 キロ平方メートル当たり分娩取り扱い施設数、高齢化率、都道府県における「産科医師、助産師の確保・育成」の取り組みの有無に関連があることが明らかとなった。出生数の減少対策には、地域における分娩取り扱い施設の確保とそれに向けた取り組みが重要であると考えられる。

嘉久、尾島俊之、玉腰浩司、市川香織、荒木田美香子、山縣然太朗：出生数の変化に関連する因子の検討. 第22回日本疫学会学術総会. 2012年1月、千代田区

G. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

E. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

永井亜貴子、田中太一郎、松浦賢長、山崎

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文 タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
山縣然太郎	保健と医療の 動向		図説 国民衛生 の動向 2011/2012	一般財団 法人 厚生 労働統計 協会	東京	2011	55-60

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
山崎嘉久	乳幼児健診における新しい 評価の視点 ～子育て支援 と発達支援	愛知県小児科医会報		93	2011
山崎嘉久	乳幼児健診における新しい 評価の視点	日本小児科医会会報		31	2012
山崎嘉久	乳幼児健診における子育て 支援と発達支援における医 師の役割	愛知県小児科医会報		95	2012
原田正平	現代社会の抱える問題と子 どへの影響 喫煙	小児内科	43巻5号	854-858	2011
原田正平	子どもをタバコの害から守 るためのアジア・太平洋地 域での小児科医の連携	小児科臨床	64巻9号	1975-1978	2011
Kanoh M Kaneita Y Hara M Harada S Gon Y Kanamaru H Ohida T	Longitudinal study of parental smoking habits and development of asthma in early childhood.	Prev Med	54 (1)	94-96	2012
山中龍宏	子どもの傷害予防に必要な 活動とは	からだの科学	272	136-142	2012

IV. 研究成果の刊行物・別刷

図説 国民衛生の動向

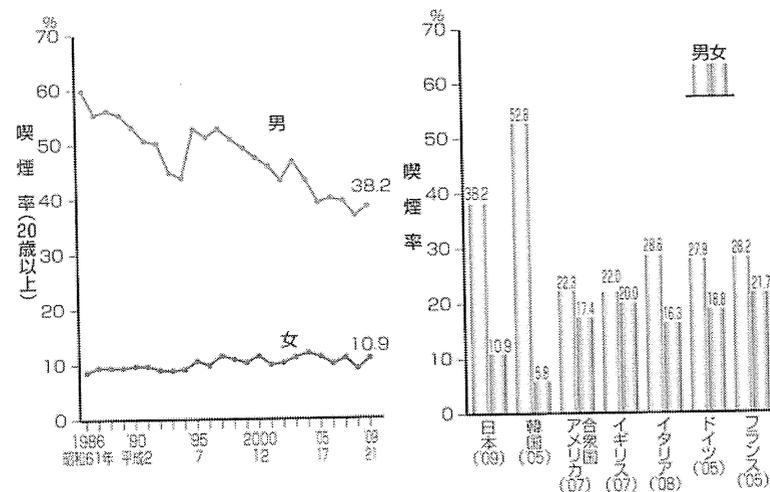
2011/2012

特集 大災害と健康危機管理



3-12 健康増進対策—たばこ

先進諸国の中で高い喫煙率



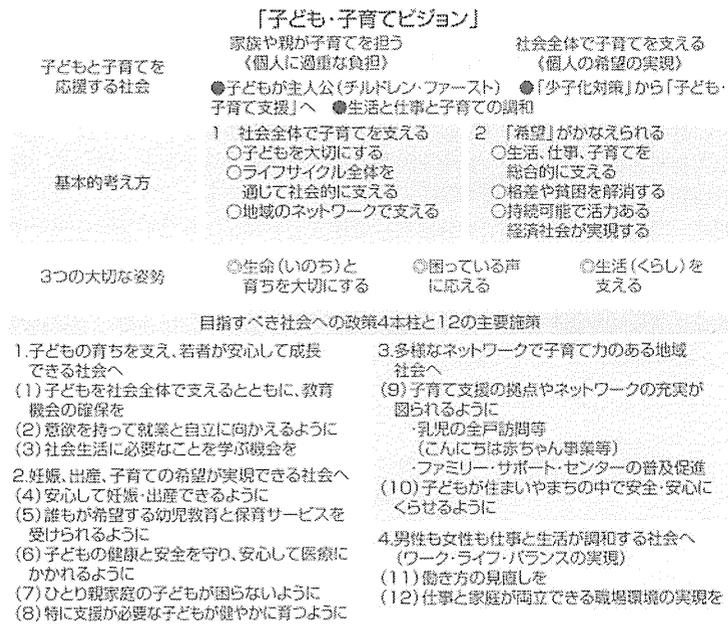
資料 厚生労働省「国民健康・栄養調査」、国際比較はWHO調べ

国民健康・栄養調査によれば、成人男性の喫煙率は平成9年以降少しずつ低下傾向を示している。21年は38.2%と17年以降40%をきっているが、他の先進国の多く(アメリカ合衆国22.3%、イギリス22.0%)に比べて、はるかに高率である。成人女性の喫煙率は横ばいで、21年は10.9%であるが、20～39歳代に上昇傾向がみられる。20年度の喫煙実態調査によると、中学・高校生の喫煙率は高い(高校3年男子12.8%、女子5.3%)が、12年度、16年度より減少した。

健康日本21は、喫煙予防策として4つの具体的な目標を定めた。①喫煙の健康影響の十分な知識の普及、②未成年の喫煙をなくす、③公共の場と職場での分煙の徹底および効果の高い分煙に関する知識の普及、④禁煙支援プログラムの普及である。また、健康増進法25条に受動喫煙防止の規定が盛り込まれた。WHOは1988年から「世界禁煙デー」を定めて、毎年、たばこ対策の推進を呼びかけている。平成23年のテーマは「みんなで知ろう! たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」である。平成15年5月にはWHO総会で「たばこ規制枠組条約」を採択し、わが国は16年に批准した。

参照: 本編92～94頁(第3編第1章 2.健康増進対策)

1.57 ショックから20年間の少子化対策



合計特殊出生率が昭和41年のひのえうまの1.58を下回った平成元年の1.57ショックを機に少子化が懸念され始め、様々な少子化対策を打ち出してきた。平成6年の文部、厚生、労働、建設の4大臣合意による「今後の子育て支援のための施策の基本的方向について」、いわゆるエンゼルプランの策定を手始めに、以後、新エンゼルプラン、子ども・子育て応援プラン、政権交代後の子ども・子育てビジョンに至っている。「子ども・子育てビジョン」では、「少子化対策」から「子ども・子育て支援」へと視点を移し、子ども・若者の育ち、子育てを支えることを第一に考え、教育・就労・生活の環境を社会全体で整備していくこととしている。

一方、わが国は欧州諸国に比べて、家族政策全体の財政的な規模が小さいことが指摘されている。家族関係の社会支出の対GDP比の国際比較(2005年)で、フランスは3.00%など欧州各国が3%を超えているのに対して、わが国は0.81%である。

参照：本編98頁(第3編第2章 1.母子保健)

次世代育成支援対策推進法

次世代育成の地域行動計画

次代の社会を担う子どもが健やかに生まれ、育成される環境の整備を行うための計画で、知事、市町村長を筆頭に全庁的な取り組みを行う。

- (1) 地域における子育て支援
- (2) 母性ならびに乳児および幼児の健康の確保および推進
(「健やか親子21」の趣旨を十分踏まえたものとする)
- (3) 子どもの心身の健やかな成長に資する教育環境の確保
- (4) 子どもを育成する家庭に適した良質な住宅および良好な居住環境の確保
- (5) 職業生活と家庭生活との両立の推進
- (6) 子どもの安全の確保
- (7) 要保護児童への対応などきめ細かな取り組みの推進



参考：「くるみん」は次世代育成支援認定マークの愛称名。少子化対策を図り子育ての支援などの一定の基準を満たした企業や法人などが厚生労働省によって認定される。

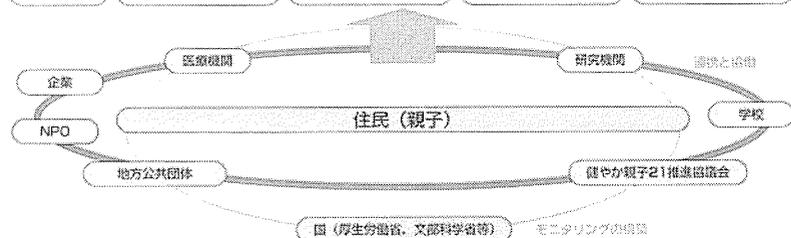
平成15年7月に次世代育成支援対策推進法が10年間の時限立法として成立した。基本理念は父母その他の保護者が子育ての第一義的責任者であり、子育ての意義についての理解を深め、子育てに伴う喜びが実感されるように配慮することとした。保護者が子育ての第一義的責任者である自覚を持ち、子育ての意義についての理解を深めて、子育てに伴う喜びが実感できるようになることを目指す姿とした。この実現のために、国の「行動計画策定指針」に基づいて、17年度からの「地域行動計画」を都道府県、市町村が策定することとなった。5年を1期として、21年に見直しをして次の5年間の計画を策定するものである。また、301人以上(平成23年4月1日以降は101人以上)の労働者を雇用する事業主は、「一般事業主行動計画」を策定して届け出なければならないとした。計画策定に当たっての基本的な視点は、①子どもの視点、②次代の親づくりという視点、③サービス利用者の視点、④社会全体による支援の視点、⑤すべての子どもと家庭への支援の視点、⑥地域における社会資源の効果的な活用の視点、⑦サービスの質の視点、⑧地域特性の視点である。

参照：本編98頁(第3編第2章 1.母子保健)

21世紀の母子への健康目標

21世紀初頭における母子保健の国民運動計画（2001～2014年）

課題	①思春期の保健対策の強化と健康教育の推進	②妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保と不妊への支援	③小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備	④子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減
主な目標 (2014年)	○10代の自殺率(減少傾向へ) ○10代の人工妊娠中絶実施率(減少傾向へ) ○10代の性感染症罹患率(減少傾向へ)	○妊娠死亡数(半減) ○産後うつ病の発生率(減少傾向へ) ○産婦人科医、助産師の数(増加傾向へ)	○全出生数中の低出生体重児の割合(減少傾向へ) ○不慮の事故死亡数(半減) ○妊娠中の喫煙率、育児期間中の両親の自宅での喫煙率(低くす)	○虐待による死亡数(減少傾向へ) ○出産後1カ月内の母乳育児の割合(増加傾向へ) ○親子の心の問題に対応できる技術を持った小児科医の割合(増加傾向へ)
親子	思春期 思春期	妊娠中期～産じょく期 胎児期～新生児期	育児期 新生児期～乳幼児期～小児期	育児期 新生児期～乳幼児期～小児期



健やか親子21のホームページ <http://rhino.med.yamanashi.ac.jp/sukoyaka/>

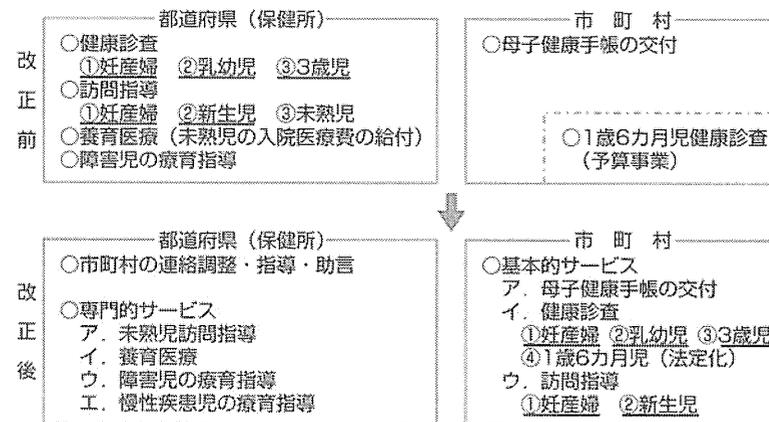
平成12年に、21世紀の母子保健の取り組みの方向性を示した「健やか親子21」が策定された。基本視点として、20世紀中に達成された母子保健水準を低下させない、20世紀中に達成しきれなかった課題を早期に克服する、20世紀中盤に顕著化し21世紀にさらに深刻化することが予想される新たな課題に対応するために、新たな価値尺度や国際的な動向を踏まえた斬新な発想や手法によって取り組むべき課題を探索することとした。そこで、主要課題を、①思春期保健対策の強化と健康教育の推進、②妊娠・出産の安全性と快適さの確保と不妊への支援、③小児保健医療水準の維持・向上のための環境整備、④子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減とした。ヘルスプロモーションにその基本理念を置き、61の目標値を設定した。また、「健やか親子21推進協議会」を設置し、関連団体の自主的な取り組みを推進した。期間は当初の平成22年までが設定されたが、26年まで延長された。これまで、2回の間中評価が行われ、指標の7割以上が改善していた。改善していない指標については達成に向けた対策や指標の見直しが行われた。

参照：本編99～100頁（第3編第2章 1.母子保健）

市町村を中心とした母子保健事業

◎母子保健事業の市町村への一元化の理由

- ①住民に身近な市町村での基本的サービスの提供
- ②妊婦と乳幼児に対する一貫した母子保健事業の実施
- ③都道府県（保健所）、市町村の役割分担の明確化



注 下線は実施主体が都道府県から市町村になった事業である。

出生率の低下、高齢化が進み、児童を健全に生み育てていくことがますます重要な課題となっている。平成6年に、住民により身近な母子保健サービスの提供などを旨として、母子保健法が改正された。主な改正点として、母子保健サービスの実施体制における保健所と市町村の役割が見直され、母子保健事業の市町村への一元化が図られた。

保健所は市町村に対する指導など以外には、低出生体重児の届け出の受理、未熟児や小児慢性疾患児への訪問などの専門的サービスを行う。市町村は、ほとんどすべての基本的サービスを受け持つ。妊娠届の受理、母子健康手帳の交付と1歳6カ月児健康診査だけでなく、妊産婦、乳幼児、3歳児を含む健康診査、妊産婦と新生児の訪問指導などである。また、妊婦を保護するためにマタニティマークの活用が推進されている。

参照：本編97～105頁（第3編第2章 1.母子保健）

3-17 母子保健対策—保健指導と健康診査

結婚前から一貫したサービス体系を誇る母子保健対策

平成23年(11)4月



注 ○国庫補助事業 ●一般財源による事業 ※1 母子保健医療対策等総合支援事業 ※2 子育て支援交付金による事業

母子保健対策は保健指導、健康診査、医療援護、母子保健の基盤整備などに大別される。結婚前から妊娠、出産、育児期、新生児、乳幼児期を通じて一貫した体系で、サービスの総合的な提供を目指している。

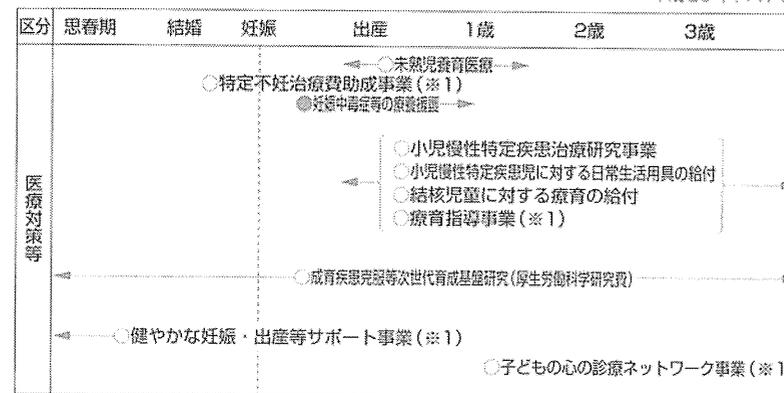
保健指導には、妊娠届をした者への母子健康手帳の交付、妊産婦と乳幼児の保健指導などがある。平成19年から生後4カ月までの全戸訪問事業(こんにちは赤ちゃん事業)を開始した。健康診査には妊婦、乳幼児(1歳6カ月児と3歳児)に対する健康診査などがある。20年度第2次補正予算により、妊婦健康診査臨時特別交付金が創設され、22年度末までの間に必要な回数(14回程度)の妊婦健康診査が公費負担されるよう予算措置された。新生児には、先天性代謝異常症などによる心身障害を予防するために、マス・スクリーニング検査が実施され、発見患者は小児慢性特定疾患治療研究事業で医療費の公費負担が受けられる。

参照：本編97～105頁(第3編第2章 1.母子保健)

3-18 母子医療対策と母子保健基盤整備

新しい知見を基に様々な施策が導入される母子保健医療対策

平成23年(11)4月



注 ○国庫補助事業 ●一般財源による事業 ※1 母子保健医療対策等総合支援事業

母子保健を支える制度に、医療援護がある。まず、公費負担医療として、妊娠中毒症への訪問指導と、その結果、入院治療が必要とされた妊産婦(低所得階層)に対する入院医療費の給付(医療援助：母子保健法17条)、出生時体重2,000g以下の未熟児などに対する入院医療費の給付(養育医療：同20条)、小児難病(約500疾病)の小児に対する小児慢性特定疾患治療研究事業(平成17年4月に制度の改善と重点化を実施)、障害のある児童に対する自立支援医療、および結核児童療育給付制度がある。また、妊娠・出産時の緊急事態に対応するための様々な周産期医療対策が行われている。

母子保健の基盤整備には、①家族計画、思春期保護、②生涯を通じた女性の健康づくり、③不妊医療に対する経済的支援、④生殖補助医療技術、⑤乳幼児突然死症候群(SIDS)対策、⑥食育の推進、⑦子どもの心の診療などがある。不妊医療に対する支援は平成23年に不妊専門相談センターの相談事業と合わせて強化された。子どもの心の問題について20年度に「子どもの心の診療拠点病院機構推進事業」を創設した。他に乳幼児の事故防止対策、神経管閉鎖障害発症リスク軽減のための葉酸の適正量摂取指導なども重要な課題である。

参照：本編97～105頁(第3編第2章 1.母子保健)

＜現代社会の抱える問題と子どもへの影響＞

喫煙

原田正平*

はじめに

第 83 回アカデミー賞作品賞 (2011 年) を受賞した「英国王のスピーチ」で一躍有名となったジョージ 6 世は、10 代に喫煙を始めたヘビースモーカーで、肺がんで左肺を切除した 4 か月半後に、冠動脈血栓症により、56 歳で亡くなっている (1952 年 2 月)¹⁾。それから約 60 年がたち、英国では 2050 年までに喫煙が無くなるという予想が立てられ、英連邦のニュージーランドは 2025 年までに「無煙国家 (smoke-free nation)」となることを目指している²⁾。

喫煙率と喫煙による死亡率 (全死亡における喫煙関連死の割合) から、喫煙の「流行状況」を 4 段階にわけたモデル (four-stage model of cigarette consumption) では、男女の喫煙率が低下し、男性死亡率低下、女性死亡率上昇段階を第 4 段階と区分し³⁾、西欧諸国や北米がその入り口にあるとされた。このモデルが報告された 1994 年には、日本は中国や他のアジア諸国、ラテンアメリカや北アフリカ諸国と一緒の、第 2 段階 (男女の喫煙率が上昇し、男性死亡率が上昇、女性死亡率は低い段階) に区分された³⁾。

それから 15 年余りが経過し、日本も男性喫煙率は低下に転じてはいるが、女性喫煙率は若い年齢層で上昇傾向にあり、喫煙関連死の代表である

肺がんの粗死亡率は一貫して増加段階にある⁴⁾。

世界保健機関 (World Health Organization: WHO) によれば、このままタバコ規制を強めなければ、21 世紀中には喫煙関連死は 10 億人に達するとされている。そこで WHO は、公衆衛生領域における世界初の国際条約である「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約 (The WHO Framework Convention on Tobacco Control: FCTC)」をつくり (2005 年 2 月発効)、MPOWER という頭文字で示される 6 つの施策を締約国でも行うことを求めている (Monitor tobacco use, Protect people from tobacco smoke, Offer help to quit, Warn about dangers, Enforce bans on advertising, promotion, and sponsorship, Raise taxes)⁵⁾。

1 なぜ小児科医が喫煙問題に取り組むか

WHO が本格的にタバコ対策に乗り出したのは、グロ・ハーレム・ブルントラント (Gro Harlem Brundtland) 事務局長の時代 (1998~2003 年) で、ブルントラント事務局長は女性として初めてノルウェー首相に就任したことが有名であるが、実は小児科医でもあったことはあまり知られていない。彼女は、事務局長になったときの就任演説で、“Tobacco is a killer” (タバコは殺人者) という有名な言葉を使い、タバコ対策を WHO の重要な使命と位置づけた。その演説の中ですでに、“Children are the most vulnerable. Habits start in youth. The tobacco industry knows it and acts accordingly.”, つまり、(タバコに対しては) 子どもが最も脆弱で、習慣性は若いときに始まり、タバコ産業はそのことを知っていて行動する (子どもを狙う) と述べ、タバコ対策には、子ども

Harada Shohei

* 国立成育医療研究センター成育政策科学研究部

成育医療政策科学研究室

[〒157-8535 東京都世田谷区大蔵 2-10-1]

TEL 03-3416-0181

E-mail: harasho@nch.go.jp

を守るのがなにより大事であることも指摘していた。

米国でも同時期、食品医薬品局長であった Kessler 博士が、「FDA Head Calls Smoking a “Pediatric Disease”」と明言したが、彼も小児科医であったことは偶然とはいえないことである⁶⁾。

すなわち、喫煙習慣はその大部分が未成年期に始まり、若年者ほど容易にニコチン依存症となり、また受動喫煙による健康障害を受けやすいのは、乳幼児や小児であり、それを防止するのは小児科医の大事な役割であることから、米国小児科学会と国際小児科学会は協力して活動を進めることを宣言している⁷⁾。

II 最近の懸念される問題

日本でタバコの有害性を論ずる場合は、ほぼ「喫煙の有害性」と同義語であるが、米国でそうした問題を論ずるときには、「tobacco use」という表現がなされる。すなわち、cigarettes (紙巻きタバコ)、cigars (葉巻)、smokeless tobacco (無煙タバコ) などさまざまな形態があり、米国では tobacco candy など大きな問題となりつつある。

もちろん、タバコ製品はどんな形態であれその有害性に変わりはなく、FCTC の規制対象であるが、その規制をかいぐるかのように、登場してきたのが電子タバコ (electronic cigarettes, e-cigarettes) である。2004 年ころに香港でつくられ、禁煙目的のタバコ代替物となるなどと宣伝されて、急速に世界中に広がっている⁸⁾。

「電子タバコ」は通称で、学術論文などでは、Electronic Nicotine Delivery Systems (電子ニコチン送達システム) と表現されており、ニコチンが入ったカートリッジ中の液体を電気的に霧化して吸引する装置が本体である⁸⁾。

FCTC の実効性を高めるため定期的に締約国会議が開かれており、2010 年 9 月のウルグアイでの第 4 回会議では、「無煙タバコと電子タバコの規制と防止」が議題として取り上げられ、次のような原則が確認されている⁹⁾。

すなわち、1) ニコチンそのものが人体に有害なため規制が必要、2) 電子タバコは、ニコチン

以外の有害化学物質や薬物の吸引に使われる恐れがあり、またその品質や安全性の情報はしばしばあてにならない、3) 各国内で医薬品とタバコの規制当局は協力して活動すべきである、4) 電子タバコに関するあらゆる苦情を収集する体制をつくるべきである、5) 規制当局は適切な情報を社会に伝え、禁煙に有効などという宣伝が広まらないようにすべきである。

このように世界各国では電子タバコの規制に向けた動きを始めているが、日本ではニコチンは「医薬品の成分」とされ、ニコチンの含まれたカートリッジは「医薬品」、霧化させる装置は「医療機器」であることが厚生労働省により通知され、国内では販売することができない (薬食鑑麻発 0818 第 5 号、平成 22 年 8 月 18 日「ニコチンを含有する電子タバコに関する薬事監視の徹底について (依頼)」)。

そのため日本での電子タバコは、ニコチンを含まない「禁煙グッズ」であるかのような宣伝がされ、書店で販売されてベストセラーにまでなっているという、逆の意味で懸念される状況が起きている。

また、受動喫煙防止のため喫煙が禁止されている航空機内で、電子タバコの使用を認める航空会社が現れるなど、社会的に混乱を招いている。

また、国内外のタバコ会社は、明らかにその宣伝対象を若年者と女性に絞っており、映画産業やテレビ業界などに影響力を行使していることが懸念されている。つい最近も、若者に人気のある有名俳優、女優の出演している映画で「電子タバコ」が重要な小道具として使われるなど、その戦略は巧妙さを増している。

そもそも電子タバコの構造上、ニコチンが含まれているかどうか外観からまったく判断できず、まさに喫煙の入口となる危険な商品であり、今後、日本国内でも適切な規制が行われることが望まれる。

III 小児科医の役割

子どもをタバコの害から守るためには、

1) 受動喫煙防止：体の受動喫煙防止、心の受

表 禁煙宣言

「子どもをタバコの害から守る」合同委員会

禁煙宣言

私たちは、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）をはじめとして、子ども達のための「タバコのない社会」の実現を目的に、提言あるいは宣言⁽⁴⁾を行ってきた。

国際的には2005年2月WHOの「タバコ規制枠組み条約、FCTC=Framework Convention on Tobacco Control」が発効し、わが国もそれを批准している。国内においては2003年健康増進法が施行されたが、FCTCを遵守するためには、より実効性のある法的整備が求められている。

わが国の喫煙率は年々低下しているが、医師を含めて保健医療福祉専門職の喫煙率は他の先進国に比べて未だに高い。そのような中で、日本小児科連絡協議会「子どもをタバコの害から守る」合同委員会は、各自の喫煙問題に対する認識を更に高め、医療関係者として指導的な立場で禁煙推進に努めなければならないと考える。ここに今まで行われた小児科関連学会での提言・宣言の総括として、本合同委員会での議論を踏まえ、日本小児科学会・日本小児科医会・日本小児保健協会の会員は、社会に向けて禁煙に対する意思を発信するものである。以下に基本方針および具体的目標を示す。

<基本方針および具体的目標>

基本方針1：各会の役員・会員の禁煙を推進する。

- (1) 各会会員の喫煙率を継続的に調査し、その結果を公表する。
- (2) 今後5年間で会員の喫煙率の半減を実現する。
- (3) 各会役員は、全員が非喫煙者であることを実現する。

基本方針2：各会及び学会関係機関が管理・運営する区域の禁煙を推進する。

- (1) 各会総会その他の分科会等の会場施設は、懇親会等を含めて全面禁煙とする。
- (2) 各会の会員が所属する機関（研究教育機関・病院・診療所）の禁煙化を実現する。
- (3) 各会の会員及び関係機関を通じて、各種公共施設等の受動喫煙防止措置（無煙化）の推進に向けた普及・啓発媒体の提供等を行う。

基本方針3：喫煙と小児疾患の関連性についての研究発表を推進（奨励）する。

- (1) 各会の総会では、毎年喫煙に関連する内容を含めたシンポジウム、教育講演あるいは市民公開講座などを行うように努める。
- (2) 各会の総会では、各会に関わる領域における喫煙に関する研究、防煙教育・禁煙支援、受動喫煙防止に関する研究及びその発表を奨励する。

基本方針4：各会関連機関における禁煙教育の充実に努める。

- (1) 各会会員が所属する機関（研究教育機関・病院・診療所）における医師・看護師など全ての職種の禁煙を実現する。
- (2) 各会会員が所属する大学および教育関連施設における医学生・看護学生・保育学生などへの防煙教育の充実に努める。
- (3) 各会会員が所属する大学での教育カリキュラムの中に体系化されたタバコの害に関する授業を組み込むように努める。

基本方針5：胎児期を含めた全てのライフステージにおける受動喫煙防止に努める。

- (1) 各会に属する小児科医・産婦人科医は、妊産婦、小児および胎児の受動喫煙防止に積極的に努める。
- (2) 各会会員は公共の場において子ども達が受動喫煙の害を受けないように環境整備を推進するように努める。
- (3) 各会会員は未成年者がタバコ自動販売機やコンビニエンスストアから安易に買えるような環境を廃絶するために国や地方行政等に積極的に働きかけるよう努める。

2011年1月

社団法人 日本小児科学会
社団法人 日本小児科医会
特例社団法人 日本小児保健協会

参考^(*) 「子どもの受動喫煙を減らすための提言」(日本小児科学会こどもの生活環境改善委員会、2002年1月)、「日本小児科医会の禁煙宣言」(2003年1月)、「未成年者の喫煙を無くするための学校無煙化推進」(日本小児保健協会学校保健委員会、2003年9月)、「禁煙推進に関する日本小児アレルギー学会宣言 2004」(日本小児アレルギー学会、日本小児科学会、2004年11月)、「子どものための無煙社会推進宣言」(日本小児科学会・日本小児科医会・日本小児保健学会合同委員会、2005年12月)

動喫煙防止、

- 2) 喫煙防止教育：最初の1本を吸わせない、
- 3) 卒煙外来：吸い始めた子どもへの禁煙支援、禁煙治療、

という3本柱を合わせて実践することが必要である。

この3本柱を、一人ひとりの小児科医が、自分のできる範囲で実践していくことも当然であるが、「流行状況」モデル³⁾では米国などに数十年の遅れを取っているとされた日本でも、小児科医は専門家集団として着実に活動を進めている¹⁰⁾。

2005年3月に設立された、日本小児科連絡協議会「子どもをタバコの害から守る」合同委員会では、2011年1月に「子どもをタバコの害から守る」合同委員会禁煙宣言(表)を作成し、日本小児科学会、日本小児保健協会、日本小児科医会それぞれの理事会でも承認されている。

これからは、この禁煙宣言を一人ひとりの小児科医が実践し、子どもたちをタバコの害から守り、次の世代を健全に育成していくという、小児科医としての本来の役割を果たすことが期待される。

る。

Key Points

- ① タバコの規制に関する世界保健機関枠組条約(FCTC)により世界中の国がタバコ規制に取り組んでおり、WHOは子どもをタバコの害から守ることを重要と考えている。
- ② 電子タバコは明らかにFCTC違反の製品であり、喫煙への「入り口」となる危険な商品として、子ども達から遠ざける必要がある。
- ③ 「子どもをタバコの害から守る」合同委員会禁煙宣言を一人ひとりの小児科医が実践することが、次世代の健全育成につながる。

文献

- 1) Lowenfels A: The case of the man who lost a lung but won a prize. Available at: <http://www.medscape.com/viewarticle/738510> (Accessed April 22, 2011)

- 2) Wilson N, Blakely T, Hoek J, et al : The government' s goal for a smokefree New Zealand by 2025 : more decisions, and more detail, are urgently needed. *NZ Med J* 124 <http://www.sfc.org.nz/tcu/TCU168.html#2025>
- 3) Lopez AD, Collishaw NE, Piha T : A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob Control* 3 : 242-247, 1994
- 4) 雑賀公美子, 祖父江友孝 : 肺がんの疫学. *総合臨床* 57 : 2247-2251, 2208
- 5) Lando HA, Wilson K : Combating the global tobacco epidemic. *Prev Med* 50 : 11-12, 2010
- 6) Committee on Environmental Health, Committee on Substance Abuse, Committee on Adolescence, and Committee on Native American Child Health : Tobacco use : a pediatric disease. *Pediatrics* 124 : 1474-1487, 2009
- 7) Lando HA, Hipple BJ, Muramoto M, et al : Tobacco is a global paediatric concern. *Bull World Health Organ* 88 : 2, 2010
- 8) Henningfield, Zaatari GS : Electronic nicotine delivery sytems : emerging science foundation for policy. *Tob Control* 19 : 89-90, 2010
- 9) The convention secretariat of the conference of the parties to the WHO FCTC : Control and prevention of smokeless tobacco products and electronic cigarettes. Available at : apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop4/FCTC_COP4_12-en.pdf (Accessed April 22, 2011)
- 10) 原田正平 : 子どもをタバコの害から守るための提言. *小児歯科臨床* 14 (11) : 12-19, 2009

* * *