

禁煙科学 Vol. 12(01), 2018. 01



今月号の目次

【原著】

国立病院機構所属の外科医に対する術前禁煙についての意識調査

守 正浩 1

【連載】

禁煙科学 最近のエビデンス (2018/01 KKE226-KKE227)

館野 博喜 7

【連載】

週刊タバコの正体 (2018/01 No. 534-No. 536)

奥田 恭久 14

【報告】

第229回 全国禁煙アドバイザー育成講習会 開催報告 in 岡山 15

【原著】

国立病院機構所属の外科医に対する術前禁煙についての意識調査

守正浩¹⁾ 森嶋友一¹⁾ 豊田康義¹⁾ 里見大介¹⁾ 利光靖子¹⁾ 福富聡¹⁾ 野村悟¹⁾
 榊原舞¹⁾ 土岐朋子¹⁾ 山本海介¹⁾ 石毛孔明¹⁾ 粕谷雅晴¹⁾ 山中崇寛¹⁾

要 旨

背景と目的：喫煙が外科手術後合併症発生の危険因子であり、喫煙者に対する術前禁煙の意義を外科医が主体となって患者に説明し、禁煙外来での治療へと導入していくべきと考えるが、十分な対応がなされているとは言い難い。また、外科医が術前の禁煙治療についてどのような認識でいるのかも明らかではない。今回、国立病院機構に所属する各医療機関の外科医が術前禁煙に対してどのような認識を持っているのかを調べるため、全身麻酔下の外科手術を行っている外科医師に対して術前禁煙についてのアンケート調査を企画、実施したので報告する。

対象と方法：国立病院機構には143の医療施設が所属している。外科手術を行っている91施設のうち、当院を除いた90施設に所属する外科医に対して任意かつ無記名でWebアンケートへの回答を依頼した。

結果：60名の外科医から回答を得た。38名(63.3%)の医師が、がん診療拠点病院に所属しており、48名(80%)が消化器外科医で、一人あたりの年間平均手術件数は100件だった。所属施設に禁煙外来が開設されていると回答した医師は28名(46.6%)で、外科外来患者の喫煙者割合は平均34.2%、外来患者に対して術前の禁煙を勧める医師は58名(96.7%)という回答結果であった。喫煙が術後合併症の危険因子という認識はすべての医師が持っていた。一方で、禁煙外来へのコンサルトを行っている医師は8名(13.3%)にすぎず、日本麻酔科学会が作成した周術期禁煙ガイドラインについては39名(65%)が知らないと回答していた。

結論：受診患者の喫煙率が高く、周術期の禁煙は必要という認識があるにも関わらず、禁煙外来への紹介まで行っている医師は13.3%でしかない。禁煙外来の普及率が50%未満と低いこと、周術期禁煙治療の認知度が低いことが原因として示唆された。

キーワード：周術期禁煙、外科医、国立病院機構

緒 言

喫煙が術後合併症の危険因子であること、術前に禁煙期間を設けることで術後合併症が減少することについては多くの報告がある。2002年にはMollerらが、2011年にはMillsらが術前禁煙により術後合併症が減少することを報告した^{1) 2)}。また、Myersらは術前短期間の禁煙でも術

後合併症が減少することを報告しており³⁾、禁煙可能な期間の長短にかかわらず術前には全ての喫煙者に禁煙を勧め、禁煙治療へ導入することは術後合併症減少の観点から重要である。そのためには患者に対して喫煙の危険性と術前禁煙の利益を説明することが大切で、術前喫煙者に禁煙介入を行うことは手術を担当する医師の責務といっても過言ではない。

本邦では、2015年3月に日本麻酔科学会により周術期禁

1) 国立病院機構 千葉医療センター 外科

責任者連絡先：守正浩
 (〒260-8606) 千葉県千葉市中央区椿森4-1-2
 国立病院機構 千葉医療センター 外科
 TEL：043-251-5311、FAX：043-255-1675
 E-Mail：masa706@wa3.so-net.ne.jp

煙ガイドラインが策定された⁴⁾。この中で、有効性の高い術前禁煙介入の方法としてカウンセリングと禁煙治療薬^{5) 6)}が挙げられている。

一方で、禁煙治療経験のない外科系診療科の医師や麻酔科医に、禁煙補助薬を用いた専門的な禁煙治療の実施を求めることは実践的ではないと述べられている。この問題に対してガイドラインでは、術前患者が喫煙者かどうかを確認し (Ask)、喫煙者場合には禁煙を促したうえで (Advice)、禁煙治療の専門家に紹介する (Refer)、AAR戦略を推奨している。

しかし、2008年にKaiらは本邦で術前禁煙指導を行っている医師の割合は胸部外科医の26%、麻酔科医の6%と低いことを報告しており⁷⁾、喫煙者に対する術前禁煙介入自体が十分なされているとは言い難い状況が存在している可能性が否定できない。

そこで今回、各医療機関の外科医が術前禁煙に対してどのような認識を持ち、どのような対応をとっているかを明らかにするため、全身麻酔下の外科手術を行っている外科医師に対するWebアンケート調査を企画、実施したので報告する。

対象と方法

国立病院機構には143の医療施設が所属している。外科手術を行っている91施設のうち、当院を除外した90施設に所属する外科医を対象として23問のWebアンケート調査を行った。アンケートの質問事項を表1に示す。

Webアンケートは各施設の事務部もしくは治験管理室へ本研究の背景、目的を文書で送付し、WebアンケートへのアクセスUniform Resource Locator (URL) の外科医への伝達を依頼した。Webアンケートは無記名、任意回答とし、回答期間は2017年7月1日～2017年9月30日とした。期間中に得られたアンケートの回答結果を集計し、分析した。本研究を行うにあたり、国立病院機構千葉医療センター倫理委員会での審査、承認を得た。

結果

73名の外科医から回答を得た。回答が不完全だった13名を除外し、60名の回答結果を最終的な検討対象とした (図1)。各設問の回答結果を表2に示す。

表1 Webアンケートの質問事項

質問番号	質問内容
1	貴院の所在地方はどちらでしょうか？
2	全身麻酔が可能な医療施設でしょうか？
3	がん診療に対する認定施設でしょうか？
4	年齢層をお教えてください。
5	専門領域をお教えてください。
6	ご自身が手掛ける手術件数は年間何件でしょうか？
7	ご所属の医療施設に禁煙外来は開設されていますか？
8	禁煙外来は必要だとお考えでしょうか？
9	禁煙外来は何科の医師が担当すべきだと思いますか？
10	印象として外科外来を受診する患者の喫煙率は何%ぐらいでしょうか？
11	禁煙外来初診の患者に喫煙状況を尋ねますか？
12	患者が喫煙者だった場合、禁煙を勧めますか？
13	日本麻酔科学会が策定した周術期禁煙ガイドラインをご存知でしょうか？
14	喫煙は術後合併症の危険因子だとお考えでしょうか？
15	術前の禁煙により術後の合併症は減少するとお考えでしょうか？
16	どの領域の合併症が減少するとお考えでしょうか？
17	術前、患者に喫煙のリスクについて説明をされていますか？
18	術前、喫煙者に対して禁煙指導や禁煙治療を行っておられますか？
19	禁煙外来の担当医に術前患者の禁煙治療を行ってもらえるとお考えでしょうか？
20	手術後、退院後の喫煙についてどのようにお考えでしょうか？
21	根治手術後の再喫煙は再発率に影響を与えるとお考えでしょうか？
22	外科医が禁煙治療を行うことは可能でしょうか？
23	先生が禁煙外来と担当すると仮定します。どのようなことが障害となるでしょうか？

まず、回答者の背景についての質問では、属する医療機関の所在地は、関東地方17名 (28.3%)、中国地方17名 (28.3%)、九州および沖縄地方14名 (23.3%) の順で多かった。年齢層は50-59歳が24 (40%) 名、40-49歳が21名 (35%)、30-39歳が7名 (11.7%)、60-69歳が5名 (8.3%) で、一人当たりの年間平均手術件数は100件 (20-400件) だった。専門領域については消化器外科48名 (80%)、乳腺外科8名 (13.3%)、心臓血管外科と呼吸器外科がそれぞれ2名で、消化器外科医が多かった。

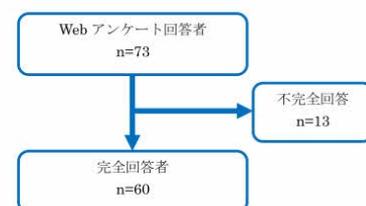


図1 Study Design
対象の振り分けを組織図で示す。

表2 各質問の回答

質問番号	回答内容		質問番号	回答内容		質問番号	回答内容	
1	北海道	2	9	呼吸器内科	28	16	心血管合併症	36
	東北	3		循環器内科	4		術中、術後出血	6
	北陸	0		内分泌内科	3		手術中の感染	18
	関東	17		神経内科	2		その他(せん妄等)	10
	東海	3		内分泌内科	3		している	56
	中部	0		消化器内科	2	していない	4	
	近畿	4		心療内科	8	禁煙外来へ紹介する	8	
	中国	17		消化器外科	3	自科で行う	38	
	四国	0		心臓血管外科	2	行っていない	14	
	九州・沖縄	14		呼吸器外科	2	もらえる	44	
2	はい	60		耳鼻咽喉科	2	もらえない	16	
	いいえ	0		形成外科	2	継続した禁煙が望ましい	52	
3	はい	57		脳神経外科	2	術後の喫煙は構わない	0	
	いいえ	3		産婦人科	2	退院後の喫煙は構わない	8	
4	25-29歳	2		小児科	2	喫煙で再発は増える	20	
	30-39歳	7		精神科	5	喫煙で再発はへる	1	
	40-49歳	21	10	平均±SD: 34.0±13.0%		変わらない	39	
	50-59歳	24		中央値: 30.0% (Range: 5-70%)		可能だと思う	32	
	60-69歳	5	11	患者に直接尋ねる	42	不可能だと思う	28	
70歳以上	1	問診票で把握する		16	23	時間的な余裕がない	32	
5	消化器外科	48		気にしていない		2	禁煙治療の知識がない	56
	乳腺外科	8	勤める	58		外来に使用可能な診療場	40	
	呼吸器外科	2	勤めない	2		所がない		
	心臓血管外科	2	知っている	21		協力してくれる看護師が	22	
6	平均±SD: 100.1±82.5件		知らない	39	いない			
	中央値: 70件 (Range: 20-400件)		14	全くそう思う	50	病院の協力が得られない	14	
7	開設されている	28		概ねそう思う	10	他の医師がすでに行って	8	
	開設されていない	32	15	思わない	0	いる		
8	必要	38		減る	32	自科で禁煙治療をする必	8	
	必要ない	7		少し減る	24	要性がない		
	どちらともいえない	15	増える	3	敷地内禁煙となっていな	4		
			呼吸器合併症	60	い			
			消化器合併症	18	開設できると思う	0		

次いで禁煙外来については、28名(46.7%)が禁煙外来有り、32名(53.3%)が無と回答していた。外科外来へ受診した患者の喫煙率は平均34.0%(5-70%)で、58名(96.7%)が外来受診時に患者の喫煙状況を直接もしくは問診票で確認していた(図2)。喫煙が術後合併症の危険因子と60名全員が回答し、56名(93.3%)が術前禁煙により術後合併症が減少すると答えていた。

患者に対する禁煙介入についての質問では、58名(96.7%)が術前患者に対して禁煙を勧めると回答していた(図3)。

一方で、術前の喫煙患者を禁煙外来へ紹介するとの回答は8名(13.3%)と低い結果だった。38名(63.3%)が

禁煙介入を自科で対応すると答えていたが、禁煙の声掛けのみが36名(94.7%)で禁煙補助薬を使用していたのは2名(5.3%)だけであった。日本麻酔科学会の周術期禁煙ガイドラインについて知っているとしたのは21名(35.0%)で、半数以上の外科医が知らないと回答していた(図4)。

禁煙外来を外科医が行うことが可能かどうかについての質問では、開設可能という回答が約50%だった。しかし、自身で禁煙外来を開設することについては、時間的余裕や禁煙治療知識の不足等が障害となり、開設可能と答えた外科医は一人もいなかった。

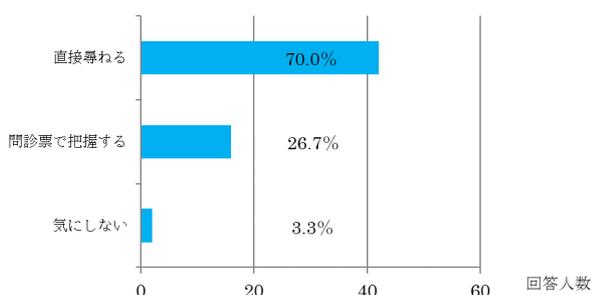


図2 外科外来受診患者に対する喫煙状態の把握状況

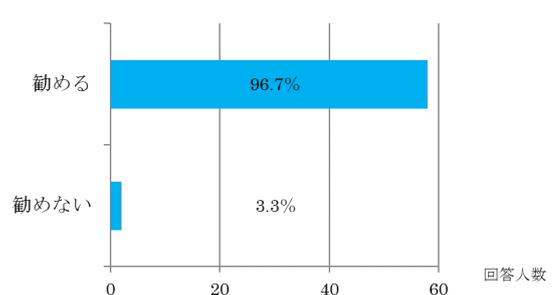


図3 喫煙者に対する禁煙の推奨状況

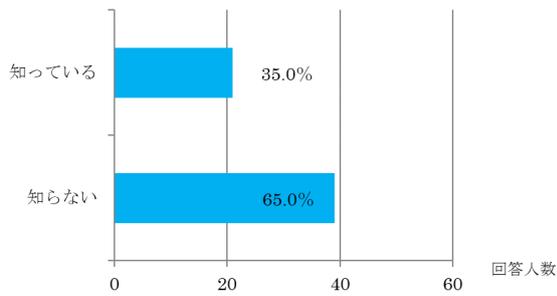


図4 周術期禁煙ガイドラインの認知度

考 察

今回のアンケート回答者は、年齢が30-59歳で、一人当たり1年間に平均100件の手術を手掛けている外科医が多い。このことは、卒後5年以上経過し、外科手術に精通した医師が母集団となっている可能性が高いことを示唆する。また、日常的に外科手術を行っている医師を対象としているため、外科医の術前禁煙に対する意識を高い精度で反映している結果と思われる。

本研究ではいくつかの重要な事が明らかとなった。一つは、外科医が外来受診患者の喫煙率について平均34.0%と回答していた点で、この喫煙率は本邦の一般成人喫煙率よりも10%以上高い⁸⁾。喫煙は循環器疾患や呼吸器疾患、糖尿病を代表とした様々な疾患の危険因子であり^{9) -13)}、多くの悪性腫瘍の発現危険因子でもある¹⁴⁾¹⁵⁾。悪性腫瘍手術を手掛ける外科医は手術という侵襲的な治療の対象患者に喫煙者が多く、その頻度が外来受診者の約1/3程度ということを実際に体感していることは興味深い。加えて、全ての外科医が喫煙を術後合併症発生の危険因子として認識していること、95%以上の外科医が何らかの形で受診患者の喫煙状況を把握し(図2)、禁煙を勧めていることは非常に重要な結果で(図3)、これは大部分の外科医が周術期禁煙ガイドラインAAR戦略のAskやAdviceについて実践できていることを意味している。

一方で、患者が喫煙者だった場合の対応は自科で対応するとの回答が63.3%と最も多く、禁煙外来への紹介を行っている外科医は13.3%にすぎないことが明らかとなった。また、自科で対応すると回答した医師も禁煙補助薬を使用した禁煙治療を行っているのは5.3%と少なく、94.7%の医師が患者への声掛けに留まっていた。

この結果は、約半数の医療施設で禁煙外来が開設されているにもかかわらず、大部分の喫煙患者が禁煙外来での

禁煙治療を受けられていないことを示している。そして、日本麻酔科学会が策定した周術期禁煙ガイドラインのAAR戦略のうちAsk、Adviceは実践されているにもかかわらず、Referの実践がされていない実態が明らかとなった。

そして、その原因の一つは、35.0%の外科医しか周術期禁煙ガイドラインを認知していなかったという結果が示す通り(図4)、外科医の中で術前禁煙介入と禁煙外来での禁煙治療が結び付いていないことに起因していると考えられた。

外科医が禁煙外来を開設することの可否についての質問では、約半数が開設可能と回答していた。しかし、自身が開設できるかの質問に開設できると答えた医師は一人もおらず、その原因として時間的余裕がないことや禁煙治療の知識がないことを開設の障害要因として挙げている医師が多かった。本来ならば、手術に関する知識を有する外科医が術前の禁煙治療も含めて患者に提供できることが理想と思われるが、外科医自身が禁煙治療に携わるという意識は乏しい結果が得られた。

外科医に限らず手術の担当医による禁煙治療が困難ならば、周術期禁煙ガイドラインのAAR戦略はまさに正鵠を得た戦略であり、患者側は専門医による禁煙治療、医療者側は術後合併症の減少という利点を得ることができると考えられる。

今回の調査結果からAAR戦略の問題点は、禁煙治療を専門家に任せる(Refer)ことが実践されていない点であることが示された。術前喫煙者に対して禁煙の声掛けだけで終わるのではなく、禁煙治療の専門家への紹介をいかに増やしていくかが今後の課題であろう。

この課題の解決には、周術期禁煙ガイドラインを周知することが必要で、結果として外科医がAAR戦略を理解し、術前患者の禁煙治療と禁煙外来との結びつきをより明確にイメージできるようになれば、禁煙外来への紹介患者数も増加すると考えられる。

併せて、禁煙外来の担当医が術前禁煙に積極的に取り組んでいくこともまた周術期禁煙治療普及の一助となり得る。しかしながら、周術期の禁煙治療方法については成書にも記載がなく、術前患者は禁煙治療の専門家にとっても馴染みのある患者背景とは言い難い。周術期の禁煙治療について明確な手順を確立、普及していくことも大切な課題の一つと思われた。

Kaiらの報告⁷⁾から約10年が経過し、ほぼすべての外科

医が喫煙を周術期合併症の危険因子と認識した上で、患者に術前禁煙についての声かけをする所まで術前禁煙の認知度は向上している。

次の段階としては、禁煙についての声かけをうけた患者が実際に禁煙を実践できるように、外科医が禁煙外来への紹介や禁煙治療の知識の習得といった行動を起こしていくことが必要と考える。10年後には全ての術前喫煙者が禁煙治療を受けることができ、その一翼を外科医が担っていることを期待する。

本アンケート調査にはいくつかの限界がある。一つは国立病院機構に所属している医師を対象としたアンケート調査のため、同一母体の医療機関を対象としている点で、医療理念や治療方針によるバイアスがかかっている可能性が否定できない。術前禁煙に対する外科医の意識をより明確にするためには、今後の大規模な意識調査が望まれる。

結 語

外科医は喫煙が術後合併症発生の危険因子であることや、術前禁煙を行うことで術後合併症が減少することを認識しており、患者の喫煙状態の把握や声掛けは十分実践されていることが明らかとなった。一方で、術前喫煙者に対する禁煙補助薬を用いた禁煙治療は大部分の症例で行われていない。外科医には、喫煙患者が禁煙治療を受けられるように専門的禁煙治療が可能な医師への紹介等、積極的禁煙介入が望まれる。

文 献

- Moller MA, Villebro N, Pederson T, et al.: Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomized clinical trial. *Lancet*, 359: 114-117, 2002.
- Mills E, Eyawo O, Lockhart I, et al.: Smoking cessation reduces postoperative complications: a systematic review and meta-analysis. *Am J Med*, 124(2): 144-154, 2011.
- Myers K, Hajek P, McRobbie H: Stopping smoking shortly before surgery and postoperative complications: a systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med*, 171(11): 983-9, 2011.
- 公益社団法人 日本麻酔科学会: 周術期禁煙ガイドライン:
<http://www.anesth.or.jp/guide/pdf/20150409-1guidelin.pdf>, 2015.
- Sadr Azodi O, Lindstrom D, Adami J, et al: The efficacy of a smoking cessation programme in patients undergoing elective surgery. *Anaesthesia*, 64(3): 259-65, 2009.
- Lee SM, Landry J, Jones PM, et al: The effectiveness of a perioperative smoking program: a randomized clinical trial. *Anesth Analg*, 117(3): 605-13, 2013.
- Kai T, Maki T, Takahashi S, et al: Perioperative tobacco use interventions in Japan: a survey of thoracic surgeons and anaesthesiologists. *Br J Anaesth*, 100(3): 404-410, 2008.
- 厚生労働省: 平成28年国民健康・栄養調査報告
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyou/h28-houkoku.html>, 2016.
- Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al: Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries: case-control study. *Lancet*, 364: 937-952, 2004.
- Patel RR, Ryu JH, Vassallo R: Cigarette smoking and diffuse lung disease. *Drugs*, 68(11): 1511-27, 2008.
- Bense L, Eklund G, Wiman LG, et al: Smoking and the increased risk of contracting spontaneous pneumothorax. *Chest*, 92(6): 1009-12, 1987.
- Bergman BC, Perreault L, Hunerdosse D, et al: Novel and reversible mechanisms of smoking-induced insulin resistance in humans. *Diabetes*, 61(12): 3156-66, 2012.
- Seet RC, Loke WM, Khoo CM, et al: Acute effects of cigarette smoking on insulin resistance and arterial stiffness in young adults. *Atherosclerosis*, 224(1): 195-200, 2012.
- IARC :IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Vol 100(E) Personal Habits and Indoor Combustions, WHO Press, Lyon, 2012.
- 厚生労働省: 喫煙と健康 喫煙の健康影響に関する検討会報告書
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000172687.pdf>, 2016

Attitude survey of surgeons affiliated with the National Hospital Organization on preoperative cessation of smoking

M.Mori, Y Morishima, Y Toyoda, D Satomi, Y Toshimitu, S Fukutomi, S Nomura,
M Sakakibara, T Doki, K Yamamoto, K Ishige, K Kouichirou, M Kasuya, T Yamanaka

Background and purpose: Smoking is a risk factor for the onset of postoperative complications. Although it is thought that surgeons should provide explanations to patients on the significance of quitting smoking prior to surgery and that smoking cessation outpatient programs should be introduced, the response so far has been insufficient. The attitudes of surgeons regarding preoperative cessation of smoking also remain unclear. Here we report the results of a questionnaire survey on the preoperative cessation of smoking conducted on surgeons who regularly perform surgery under general anesthesia. This survey was conducted to investigate the attitudes of surgeons affiliated with the National Hospital Association on preoperative cessation of smoking.

Subjects and methods: The National Hospital Association comprises 143 affiliated medical facilities. We conducted an anonymous, voluntary, web-based questionnaire survey on surgeons affiliated with 90 of these facilities, excluding our own facility.

Results: Responses were received from 60 surgeons. Thirty-eight (63.3%) surgeons were affiliated with cancer treatment core hospitals and 48 (80%) were gastroenterologists. The average annual number of surgeries performed per surgeon was 100. Twenty-eight (46.6%) surgeons responded that their affiliated facility had an outpatient smoking cessation program. The percentage of smokers among surgery outpatients was 34.2%. Fifty-eight (96.7%) surgeons responded that they recommended their outpatients to quit smoking prior to surgery. All respondent surgeons indicated that they were aware that smoking is a risk factor for postoperative complications. However, eight (13.3%) surgeons indicated that they only provided outpatient consultations on smoking cessation and 39 (65%) responded that they did not know about the Guideline for Perioperative Smoking Cessation published by the Safety Committee of Japanese Society of Anesthesiologists.

Conclusions: The smoking rate among patients undergoing medical examinations is high, and although there is awareness regarding the necessity to quit smoking during the perioperative period, only 13.3% of surgeons reported referring patients to outpatient smoking cessation programs. The results of this study suggest that this is because of the insufficient availability of outpatient smoking cessation programs and the low degree of recognition of perioperative smoking cessation therapies.

禁煙科学 最近のエビデンス 2018/01

さいたま市立病院 館野博喜

Email:Hrk06tateno@aol.com

本シリーズでは、最近の禁煙科学に関する医学情報を要約して紹介しています。医学論文や学会発表等から有用と思われるものを、あくまで私的ではありますが選別し、医療専門職以外の方々にも読みやすい形で提供することを目的としています。より詳細な内容につきましては、併記の原著等をご参照ください。

2018/01 目次

KKE226 「前熟考期には喫煙の害の体験談が、熟考期には禁煙の益の体験談が効果的」

KKE227 「IQOSメンソールに3か月変更しても、体内毒物は減るが生体反応の多くは改善しない」

KKE226

「前熟考期には喫煙の害の体験談が、熟考期には禁煙の益の体験談が効果的」

Kim HK等、J Health Commun. 2017 Dec;22(12):990-998. PMID: 29199898

- 行動変容ステージモデルはもともと禁煙の分野で開発され、前熟考期、熟考期、準備期、実行期、維持期、の5段階に分けられる。
- 前熟考期では6か月以内に行動変容を起こすつもりはなく、治療を強制されても失敗しやすい。
- 熟考期では6か月以内に行動変容しようと考えており、賛否を天秤にかけている。
- ステージの進行は直線的でないことも多く、動的で予測のつかないプロセスであり、逆戻りや再発を繰り返しながら行動変容していく。
- 禁煙する気がない場合には反喫煙の情報に好感を持ちにくいとか、前熟考期では反喫煙の脅しメッセージに反抗するという報告がある。
- 禁煙の伝え方には、喫煙のデメリットを伝える方法と、禁煙のメリットを伝える方法がある。
- 禁煙などの予防的行動には、メリット型のほうが効果的とされてきたが、ナラティブ（物語）的・アプローチにおいても同様であるかは不明であり、行動変容ステージによっても変化する可能性がある。
- デメリット型は禁煙意志のある喫煙者に、メリット型は禁煙意志のない喫煙者に、より効果的とする研究者が複数いるが、実証されたエビデンスはほとんどない。
- また物語的アプローチでは、自分と照らし合わせたり自己との類似性が感じられることも重要である。
- 前熟考期の喫煙者は、メリット型の物語の中で禁煙を決意する登場人物よりも、デメリット型の物語の中で禁煙しないと決意している登場人物のほうが、自分に近いと感じる。
- 一方、熟考期や準備期の喫煙者では、メリット型の物語の登場人物のほうが、自分の未来に近く感じられ、自分も禁煙できると感じられる。
- さらに物語には、経験した内面が主人公の視点で語られる一人称型と、外部からの視点で語られる三人称型があるが、前者のほうが感情移入しやすい。
- 今回、メリット型・デメリット型、一人称型・三人称型、の物語的アプローチが、前熟考期・熟考期（と準備期）の喫煙者の禁煙意志増強に与える影響を検証した。
- 461人の現喫煙者をネットで募集し、下記質問への回答でステージ分けを行った。

- ・前熟考期（203人）：6か月以内に禁煙を考えていない
- ・熟考期（190人）：6か月以内に真剣に禁煙を考えているが、30日以内には考えていない

・準備期（68人）：30日以内に真剣に禁煙を考えている

→熟考期と準備期は合併し（258人）、物語の設定条件の組み合わせごとに、メリット型&一人称、メリット型&三人称、デメリット型&一人称、デメリット型&三人称、の4群に無作為に振り分け、各設定の物語（体験談）を読ませた。

→物語の主人公は、17歳から喫煙を始めてすぐ依存症となったテイラー氏で、メリット型では家族のアドバイスで5年前に禁煙し、癌のリスクを下げられたことを喜ぶ。

→デメリット型では家族のアドバイスを無視して27歳で口腔癌になり、顔の1/4を切除し後悔する。

→一人称型では「私が」「私の」という語り口とし、三人称型では、内容は同一のまま「彼が」「彼の」などの語り口とした。

→物語をどの程度自分自身のことと照らし合わせたか（自己参照）、主人公はどの程度自分と似ていると感じたか（自己との類似性）、禁煙の意志はどう変化したか、を各々5段階評価で調べた。

→物語の設定条件とステージを予測変数、制御焦点を共変数とし、禁煙の意志、自己参照、自己との類似性を多変量共分散分析した。

→自己参照と自己との類似性が、物語の設定条件・ステージと禁煙意志との相互作用に及ぼす影響を、HayesのPROCESS macroを用いて解析した。

→参加者の平均年齢は43.4歳（18-65歳）、男性47.5%、平均1日喫煙本数16本（1-45本）、平均喫煙年数24.6年（1-55年）、であった。

→多変量共分散分析では物語の設定条件とステージの間に、多変量のレベルで有意な相互関係があった（ $p=0.007$ ）。

→個々の関係を見ると、メリット・デメリット型とステージの関係は、一人称型の物語の場合にのみ有意であった（ $p=0.001$ ）。

→前熟考期では、一人称型の場合、デメリット型の物語の方がメリット型より、有意に禁煙意志が高まった（ $p=0.01$ ）。

→熟考期/準備期では逆に、デメリット型では禁煙意志の増強が有意に小さかった（ $p=0.05$ ）。

→三人称型の物語では、どちらのステージでも、デメリット型・メリット型とで差がなかった。

→熟考期/準備期では、一人称によるメリット型の物語で、有意に自己参照・自己との類似性が見られ、禁煙意志の高まりに関与した。

→物語アプローチによるステージの変化をpost-hocテストで解析すると、前熟考期では、熟考期への移行と物語の設定に有意な関係があった（ $p=0.02$ ）。

→一人称型の場合、デメリット型の物語のほうがメリット型より、熟考期への移行割合（オッズ）が3.08倍高い傾向にあった（ $p=0.08$ ）。

→熟考期/準備期では、“今日禁煙する”への移行と物語の設定が関連する傾向にあった（ $p=0.07$ ）。

→一人称型の場合、デメリット型の物語のほうがメリット型より、“今日禁煙する”への移行割合（オッズ）が0.49と有意に低かった（ $p<0.05$ ）。

→三人称型の物語では、どちらのステージでも、デメリット型・メリット型とで差がなかった。

→ナラティブによる禁煙介入では、ステージごとに設定を考慮するとより効果的である。

<選者コメント>

シンガポールから、ナラティブ（物語、体験談）による禁煙意志の促進効果と、体験談の内容、聞き手の禁煙の準備段階、との関係を検証した報告です。

前熟考期の喫煙者では、禁煙のメリットよりも喫煙のデメリットの体験談のほうが、禁煙意志が高まり、熟

考期へステップアップする効果が高くなっていました。逆に熟考期や準備期の喫煙者では、デメリットよりメリットの体験談のほうが、禁煙意志の高まりやステップアップの効果が高くなっていました。

この差は、体験談が三人称でなく一人称で語られる場合に有意でした。またこの効果は、体験談の自分への照らし合わせや同一視と関連しており、前熟考期では、禁煙しない主人公の顛末の物語が、熟考期では、禁煙できた主人公の顛末の物語が、より身近に感じられるためと推測されました。

禁煙のメリットを伝えることは、禁煙動機を高めることに役立つと考えられていますが、こと体験談を一人称で伝える場合には、個々のステージに合った感情移入しやすい内容が、効果を高めることを示唆しています。ただ、いずれの効果も絶対差はそれほど大きなものではなく、やはりメリット・デメリット両面からのアプローチを常に意識することが重要と思われます。

地味な研究とは思いますが、興味深い内容を多くの人で検証しており、有用と思われたためご報告させていただきます。

本年も宜しく願い申し上げます。

<その他の最近の報告>

KKE226a 「メンソールが喫煙の開始、依存、禁煙に与える影響についてのシステマティックレビュー」

Villanti AC等、BMC Public Health. 2017 Dec 29;17(1):983. PMID: 29284458

KKE226b 「携帯SMSによる禁煙介入は有効：RCTのシステマティックレビュー」

Palmer M等、PLoS One. 2018 Jan 5;13(1):e0189801. PMID: 29304148

KKE226c 「母体喫煙と子のADHD発症に関するメタ解析」

Dong T等、Reprod Toxicol. 2017 Dec 30. (Epub ahead) PMID: 29294364

KKE226d 「mGlu受容体2/3のニコチン依存症治療標的分子としてのレビュー」

Cross AJ等、Biol Psychiatry. 2017 Nov 21. (Epub ahead) PMID: 29301614

KKE226e 「ロシアとベラルーシでは父から息子、母から娘への喫煙の移行が有意に見られる」

Gugushvili A等、Int J Public Health. 2018 Jan 5. (Epub ahead) PMID: 29302722

KKE226f 「電子タバコや無煙タバコの使用歴のある若年者は1年後に喫煙している割合が高い」

Watkins SL等、JAMA Pediatr. 2018 Jan 2. (Epub ahead) PMID: 29297010

KKE226g 「害低減タバコへの変更が有効と判断できるマーカーの検索：文献レビュー」：PM社

Peck MJ等、Biomarkers. 2018 Jan 9;1-32. (Epub ahead) PMID: 29297706

KKE226h 「若い豪州女性の喫煙・禁煙経験についてのポスト構造主義的分析」

Triandafilidis Z等、BMC Womens Health. 2018 Jan 5;18(1):5. PMID: 29301518

KKE226i 「25-54歳の禁煙にはバレニクリンがNRTより効果が高く55歳以上では差がない：台湾の観察研究」

Chang PY等、Nicotine Tob Res. 2017 Dec 23. (Epub ahead) PMID: 29294121

KKE226j 「米国におけるタバコ税負担の人種・貧困・性志向による差異」

Golden SD等、Prev Med. 2017 Dec 28. (Epub ahead) PMID: 29289642

KKE226k 「自宅での受動喫煙に起因する米国医療費は減っているが依然高い」

Yao T等、Prev Med. 2017 Dec 27. (Epub ahead) PMID: 29288781

KKE226l 「受動喫煙は女性の脳動脈瘤のリスク因子だが破裂のリスク因子ではない」

Feng X等、World Neurosurg. 2017 Nov;107:716-723. PMID: 28765026

KKE226m 「禁煙補助薬の長期禁煙効果は米国一般人口での調査では不明瞭」

Leas EC等、J Natl Cancer Inst. 2017 Dec 21. (Epub ahead) PMID: 29281040

KKE226n 「東南アジア3か国では紙巻タバコに代わり無煙タバコの使用が増加している」

- Suliankatchi RA等、Nicotine Tob Res. 2017 Dec 22. (Epub ahead) PMID: 29281083
 KKE226o「喫煙と精神病体験には相互関係がある：WHOの18か国3万人の調査」
- Degenhardt L等、Addiction. 2017 Dec 28. (Epub ahead) PMID: 29284197
 KKE226p「喫煙と肥満は共同して病欠を増やす」
- Roos E等、BMC Public Health. 2017 Dec 28;17(1):978. PMID: 29282110

KKE227

「IQOSメンソールに3か月変更しても、体内毒物は減るが生体反応の多くは改善しない」

- Ludicke F等、Nicotine Tob Res. 2018 Jan 5;20(2):161-172. PMID: 28177489
 Ludicke F等、Nicotine Tob Res. 2018 Jan 5;20(2):173-182. PMID: 28177498

- 米国FDAは害低減タバコ製品の申請に関する手引案において、「製品が害と喫煙関連疾患リスクを有意に低減することを、科学的に証明したエビデンスが提供されなければならない」、と述べている。
- 害低減タバコが利用できないと公衆への利点を損ねることになるし、長期の使用成績がない現状では、疾患に関連した指標で判断することになる。
- 今回検証した加熱式メンソールタバコ (mTHS 2.2) の旧バージョンは、日本では1998-1999年にOasisという銘柄で試験的に使用されたが、離脱症状の抑制効果は不十分であった。
- mTHS 2.2では有害成分への曝露が減り、ニコチン吸入量は減らないことが示されているが、これは短期間の実験的検証によるものである。
- 今回、PM社が日本人喫煙者にmTHS 2.2を日常で90日間使用させ、有害成分や体内反応を調べた。
- 試験は大崎病院 東京ハートセンターで2013年8月から2014年7月に行われた。
- 対象は23-65歳のBMIが18.5-32、メンソールタバコを1日10本以上4週間以上喫煙しており、総喫煙歴が3年以上ある者とした。
- 過去のmTHSの分析結果を元に、有害物質の50%以上の低減を、検出力80%、片側検定の有意水準2.5%で検出するため160例の症例数を予定した。
- 性別、喫煙本数により2:1:1で3群に無作為割り付けを行い（以下、脱落者は除外済み）、78人をmTHSに変更させ（mTHS群）、
- 42人にはそのまま自分のメンソールタバコを継続させ（タバコ群）、40人は禁煙させた（禁煙群、希望があれば心理的サポートを提供）。
- 試験開始から5日目までは同施設に入院し、午前6時半から午後11時まで上記を自由に吸わせた。
- 次の85日間は日常生活に戻って継続し、30、60、90日目に同施設に1泊入院し検査した。
- 禁煙は試験中を通して呼気CO（10ppm以下）で確認した。
- mTHS群と禁煙群ではタバコを、1日に2本以上、1日平均0.5本以上吸った者は解析から除外した。
- 主要評価項目は、尿中MHBMA、3-HPMA、S-PMA、総NNAL量、COHb、の減少とした。
- 副次的評価項目は、尿中総1-OHP、総NNN、4-ABP、全ニコチン相当量、等の減少とした。
- 同時に臨床的疾患リスクマーカーとして、8-epi-PGF2 α 、11-DTX-B2、等を測定した。
- 発癌物質の合成に関与するCYP1A2の活性を、0、5、90日目に測定した。
- 遺伝子毒性曝露については、0、5、90日目の蓄尿検体でAmes分析を行った。

- 肺機能検査を0、6、91日目に、喫煙1時間以降に測定した。
- 喫煙時の1回吸入量、吸入時間、吸入回数などをSODIMのSPA/Mモデルを用い、30、60、90日目の朝4時間計測した。
- バイオマーカーの経時的比較は、初期値や性別、1日喫煙本数で補正して、5日目、90日目の値を共分散分析で3群比較した。
- mTHS群とタバコ群の計測値の差の最小二乗平均値を95%CIとともに求めた。
- 試験の遵守率は高く（mTHS 89.7%、タバコ 97.6%、禁煙 92.5%）、mTHS群でタバコも吸った割合は平均1日0.1本未満であった。

1) 有害物質曝露のバイオマーカー

- 5日目、90日目とも、mTHS群がタバコ群より有意に低下していたのは下記であった。
- MHBMA、3-HPMA、S-PMA、総NNAL量、COHb、総NNN、総1-OHP、4-ABP、1-NA、2-NA、o-toluidine、CEMA、HEMA、3-HMPMA、3-OH-B(a)P。
- 減少の程度は、禁煙群に近い程度のもが多かった。
- 全ニコチン相当量には有意差がなかった。
- 総NNALは90日目に77%（95%CI: 68.9-82.6、 $p < 0.001$ ）減少していた。
- CYP1A2活性はmTHS群でタバコ群より低下し（5日目で28.04%低下、90日目で30.91%低下）、mTHS群と禁煙群ではほぼ同等であった。
- Ames分析の結果はばらつきが大きかったが、mTHS群と禁煙群で変異原性が低下した。
- 喫煙欲求や離脱症状は禁煙群で初期に高まったが、時間とともに低下し、mTHS群ではタバコ群より高めだったが、差は有意には開大しなかった。
- 喫煙時の1回の平均吸入量はmTHS群の方がタバコ群より少なく、吸入回数はmTHS群が多く、一服と一服の間隔はmTHS群のほうが短く、総吸入量は同等であった。
- 1日の使用本数は、mTHS群の方がタバコ群よりやや少なかった。
- 有害事象は37.5%例に見られ、中等度が禁煙群1例、タバコ群1例に見られたが、重篤なものは見られなかった。
- 下痢がmTHSと関連するものとして報告され、体重増加が禁煙群でのみ見られた（90日目で平均2.5kg、95%CI: 1.57-3.46）。

2) 臨床関連リスクマーカー

- 90日後にmTHS群でタバコ群より有意に改善していたマーカーは下記であった。
- sICAM-1、8-epi-PGF2 α 、白血球数、HDLコレステロール。
- 有意な改善が見られなかったマーカーは下記であった。
- 11-DTX-B2、フィブリノゲン、ホモシステイン、高感度CRP、LDLコレステロール、中性脂肪、総コレステロール、HbA1c、体重、腹囲、収縮期血圧、拡張期血圧、肺機能（%1秒量）。
- 90日後に禁煙群よりmTHS群で有意に悪化していたマーカーは下記であった。
- 血糖値。
- 禁煙群よりmTHS群のほうが有意に優れていたマーカーは下記であった。
- 中性脂肪、体重。

→IQOSメンソールに3か月間変更しても、有害物質曝露マーカーは減少するが、疾患関連リスクマーカーの多くは改善しない。

<選者コメント>

PM社からIQOSメンソール (mTHS 2.2) の3か月使用の効果を日本人を用いて検証した報告です。以前KKE189にてRJR社の加熱式タバコCOREを半年間使用したデータをご紹介しましたが、IQOSについても同様の方法論で、ようやく月単位で使用したデータが報告された形です。

体内で検出される有害物質は5日間で大部分が低下しており、90日後まで維持されましたが、やはりIQOSでも疾患関連リスクマーカーの多くは有意に改善していませんでした。本論文はPM社からのものであり、改善したことを前面に出して主張していますが、論説でも、ニトロソアミンが下がったと言っても、いまだ禁煙者の2-5倍に達していること等が指摘されています。メンソールでないIQOSの6か月使用試験もすでに米国で行われており、

<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02396381>

いずれ報告がなされるものと思います。

趨勢としてはFDAによるIQOSの認可も時間の問題でしょうか。それにしても、今回の試験で禁煙群に割り付けられた40人は大変幸運でしたので、そのまま禁煙を続けてほしいと切に願います。

<その他の最近の報告>

KKE227a 「IQOSの主流煙成分の測定：ニコチン・タールは減っていない（中国）」

Li X等、Nicotine Tob Res. 2018 Jan 8. (Epub ahead) PMID: 29319815

KKE227b 「日本人の電子タバコ・加熱式タバコ使用と教育レベルの関係調査」：日本からの報告

Miyazaki Y等、PLoS One. 2018 Jan 12;13(1):e0191008. PMID: 29329351

KKE227c 「電子タバコの害低減効果の再評価を（レビュー）」

Abrams DB等、Annu Rev Public Health. 2018 Jan 11. (Epub ahead) PMID: 29323611

KKE227d 「無煙タバコは致命的冠動脈疾患リスクを増やす：世界の研究のメタ解析」

Gupta R等、Nicotine Tob Res. 2018 Jan 9. (Epub ahead) PMID: 29325111

KKE227e 「双子の写真から喫煙者を判別できるか」

Skinner AL等、R Soc Open Sci. 2017 Dec 13;4(12):161076. PMID: 29308214

KKE227f 「企業における禁煙治療受診者は総医療コストが減る」：日本からの報告

Suwa K等、J Med Econ. 2018 Jan 9;1-15. (Epub ahead) PMID: 29316823

KKE227g 「禁煙治療における遺伝子医療の展望」

Bierut LJ等、Trends Mol Med. 2018 Jan 4. (Epub ahead) PMID: 29307500

KKE227h 「喫煙妊婦には全員NRT治療を提案すべきである（豪州のレビュー）」

Bar-Zeev Y等、Med J Aust. 2018 Jan 15;208(1):46-51. PMID: 29320660

KKE227i 「術前禁煙は必要だが要請ではなく推奨されることが好まれる（スウェーデン）」

Bjork J等、BMC Med Ethics. 2018 Jan 8;19(1):2. PMID: 29310657

KKE227j 「禁煙補助薬はノルウェイにおいて費用対効果がある」

Hagen G等、NIPH Systematic Reviews. PMID: 29320028

KKE227k 「アルコール依存症喫煙者の禁煙にバレニクリンは有効：小規模RCT」

Hurt RT等、Drug Alcohol Depend. 2018 Jan 2;184:12-17. (Epub ahead) PMID: 29324248

KKE227l 「肺年齢を伝えても禁煙率は上がらない」：日本からの報告

Takagi H等、J Thorac Dis. 2017 Dec;9(12):5052-5060. PMID: 29312710

KKE227m 「米国の屋内禁煙法により飲食店の雇用は減らない」

- Shafer P等、Nicotine Tob Res. 2017 Dec 23. (Epub ahead) PMID: 29309684
KKE227n 「豪州におけるCOPDの診断と禁煙補助薬使用の現状」
- Liang J等、Med J Aust. 2018 Jan 15;208(1):29-34. PMID: 29320670
KKE227o 「小売販売店に反喫煙の絵入り警告ポスターを置くと若者の喫煙を刺激する恐れがある」
- Shadel WG等、Nicotine Tob Res. 2017 Dec 13. (Epub ahead) PMID: 29253208
KKE227p 「喫煙者は高脂質血症性急性膵炎を反復しやすい」
- Xiang JX等、World J Gastroenterol. 2017 Dec 21;23(47):8387-8394. PMID: 29307998
KKE227q 「催眠療法は禁煙への行動変容を促進する」
- Munson SO等、Int J Clin Exp Hypn. 2018 Jan-Mar;66(1):56-82. PMID: 29319462
KKE227r 「タバコの警告表示に飽き飽きしている人の特徴」
- So J等、Am J Health Behav. 2018 Jan 1;42(1):109-118. PMID: 29320344

【週刊タバコの正体】

Vol.39 第1話～第3話

2018/01 和歌山工業高校 奥田恭久

■Vol. 39

(No. 534) 第1話 30年

一将来の大人をしっかり教育すれば30年後にはもっと健康的な...

年が明けて平成30年(2018年)が始まりました。新しい年を迎えましたが君たちにとっては、これから始まる3学期は学年を締めくくる最後の大切な時期です。3年生は卒業、1・2年生は進級に向け気分も新たに精一杯、努力をしてほしいと思います。

さて、今年「平成」となって30年目を迎えました。30年という期間は十代の君たちには実感が湧かないでしょう、でも昭和生まれの皆さんの親世代には、「もう30年もたったのか」と感じる人も多いと思います。

そこで、左のグラフを見て下さい。これは50年前から現在までの、男性の喫煙率(左側の目盛)と肺がん死亡率(右側の目盛)を示しています。50年前(1965年)の喫煙率は、なんと80%を超えていました。今では信じられませんが、ほとんどの男性は喫煙者だったのです。しかし、タバコの有害性が世間に浸透するにつれ毎年喫煙者が減少し、2015年には30%にまで低下しました。その結果現在では、大半の大人がタバコを吸いません。

(No. 535) 第2話 無炎燃焼

一タバコの火は炎をともないが時間がかかて燃焼が進む...

タバコは人体に有害である事はくり返し伝えてきましたが、その被害が及ぶのは人体だけではない事を知っているでしょうか。

タバコは火をつけなければ煙がでない事を忘れてはいけません。つまり、喫煙中の灰の処理をはじめ、吸い終わった後の消火は確実にしなければ火災の原因になるのです。タバコの火の不始末が大きな被害をもたらす事を十分認識しておかなければなりません。

(No. 536) 第3話 家も命も

一タバコさえ吸わなければ失う事がなかった...

タバコは火災の原因となります。しかし、身近で火事を経験することはあまりありません。ニュースや新聞で目にすることはあっても、火事の現場に遭遇することはめったにない事だと思えます。では、いったい火事は全国でどれくらい発生しているのでしょうか。

そこで、下のグラフを見て下さい。一昨年(平成28年)の火災状況をまとめたものですが、全国の一年間で発生した火災は36,831件でした。その内訳を示した左端の円グラフを良く見て下さい。一番多いのは「放火」なのですが、次に多いのが「たばこ」で3,483件も発生しています。めったに遭遇しない火災ですが、全国的にはこんなに発生しており、そのうちの10%近くがタバコの火が原因なのです。さらに、真ん中のグラフを見て下さい。これらの火災で亡くなった1,452人のうちタバコが原因の火災で159人(11%)も人が亡くなっています。そして、右端のグラフには、放火を除けばタバコの火災が一番多いことが示されています。

2018 Jan-Mar 39 週刊 タバコの正体 第1話

年が明けて平成30年(2018年)が始まりました。新しい年を迎えましたが君たちにとっては、これから始まる3学期は学年を締めくくる最後の大切な時期です。3年生は卒業、1・2年生は進級に向け気分も新たに精一杯、努力をしてほしいと思います。



さて、今年「平成」となって30年目を迎えました。30年という期間は十代の君たちには実感が湧かないでしょう、でも昭和生まれの皆さんの親世代には、「もう30年もたったのか」と感じる人も多いと思います。

そこで、左のグラフを見て下さい。これは50年前から現在までの、男性の喫煙率(左側の目盛)と肺がん死亡率(右側の目盛)を示しています。50年前(1965年)の喫煙率は、なんと80%を超えていました。今では信じられませんが、ほとんどの男性は喫煙者だったのです。しかし、タバコの有害性が世間に浸透するにつれ毎年喫煙者が減少し、2015年には30%にまで低下しました。その結果現在では、大半の大人がタバコを吸いません。

ところが、もう一方の肺がん死亡率のグラフは、50年前より現在のほうが高くなっています。肺がんの大きな原因でもある喫煙率が下がっているのに、肺がん死亡率が高くなっているのはどうしてでしょうか。

じつは、タバコを吸って肺がんが発症するまでには、相当長い期間が必要です。一般的に「一日の喫煙本数×喫煙年数」が400を超えると、がんが発生する危険性が高くなると言われています。例えば毎日15～20本の喫煙者では、20～30年で肺がんになる確率が高くなるわけです。この関係を意識して上のグラフを見直して下さい。喫煙率が下がった30年後に肺がん死亡率が下がりはじめているのがわかりますね。

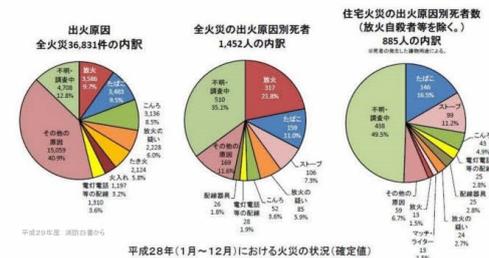
30年は平均的な親の年齢に相当します。つまり、タバコの影響は子どもが親になる頃に見えるわけです。君たちの世代がタバコを吸わなければ皆さんの子ども世代には、さらに健康的な社会ができていくでしょう。



2018 Jan-Mar 39 週刊 タバコの正体 第3話

タバコは火災の原因となります。しかし、身近で火事を経験することはあまりありません。ニュースや新聞で目にすることはあっても、火事の現場に遭遇することはめったにない事だと思えます。では、いったい火事は全国でどれくらい発生しているのでしょうか。

そこで、下のグラフを見て下さい。一昨年(平成28年)の火災状況をまとめたものですが、全国の一年間で発生した火災は36,831件でした。その内訳を示した左端の円グラフを良く見て下さい。一番多いのは「放火」なのですが、次に多いのが「たばこ」で3,483件も発生しています。めったに遭遇しない火災ですが、全国的にはこんなに発生しており、そのうちの10%近くがタバコの火が原因なのです。さらに、真ん中のグラフを見て下さい。これらの火災で亡くなった1,452人のうちタバコが原因の火災で159人(11%)も人が亡くなっています。そして、右端のグラフには、放火を除けばタバコの火災が一番多いことが示されています。



このデータを見れば、やっぱりタバコの火による災害は無視できない事を実感してもらえたと思います。タバコの火の始末さえ、確実にしておけば防げることができた火災が3,483件もあって、159人の命は失わずに済んだはずでした。

タバコさえ吸っていなければ、家も命も失わずに済んだはずでした。



毎週火曜日発行



URL: http://www.jascs.jp/truth_of_tobacco/truth_of_tobacco_index.html

※週刊タバコの正体は日本禁煙科学会のHPでご覧下さい。
 ※一話ごとにpdfファイルで閲覧・ダウンロードが可能です。
 ※HPへのアクセスには右のQRコードが利用できます。



【報告】

第229回 全国禁煙アドバイザー育成講習会 in 岡山

【講習会】

- ◆開催日：2018年（平成30年）1月21日（日）
- ◆場所：地方独立行政法人 岡山市立総合医療センター
岡山市立市民病院 1階 多目的ホール（岡山県岡山市）
- ◆主催：日本禁煙科学会、禁煙健康ネット（岡山）、禁煙マラソン、
- ◆共催：岡山市立市民病院、岡山県薬剤師会、岡山県産業看護部会
- ◆後援：岡山県、岡山市、倉敷市、岡山県医師会、倉敷市連合医師会、
岡山県歯科医師会、岡山県歯科衛生士会、岡山県看護協会、
岡山県助産師会、タバコフリー岡山、
健康日本21推進全国連絡協議会

【主たるプログラム】

◇午前の部

禁煙支援の基礎～喫煙有害性と禁煙治療
日本禁煙科学会 高橋裕子

◇ランチョンセミナー

葉禁煙最新情報
～新型タバコ対策（電子タバコと加熱式タバコ）
日本禁煙科学会 高橋裕子

◇午後の部

しくじり先生の防煙教育
国立モンゴル医学科学大学 客員教授
元岡山大学病院小児歯科講師 岡崎好秀
実践！心を動かす禁煙支援
禁煙健康ネット（岡山）
日本禁煙科学会 高橋裕子
質疑応答

**第229回
in岡山 全国禁煙アドバイザー
育成講習会**

育成講習会

◆日時 平成30年1月21日（日）9:45～16:00
◆場所 岡山市立市民病院 1階多目的ホール
北長瀬駅下車すぐ 駐車場あり：入庫から30分毎に100円

◆プログラム ※プログラムは変更することがあります

- ◇9:30- 受付開始
- ◇9:45- 開会のあいさつ／オリエンテーション
- ◇10:00- 「禁煙支援の基礎～喫煙有害性と禁煙治療」 京都大学 高橋裕子
- ◇11:30- ランチョンセミナー
- 「禁煙最新情報～新型タバコ対策（電子タバコと加熱式タバコ）～」 京都大学 高橋裕子
- ◇12:30- 禁煙支援士認定筆記試験（希望者のみ）
- ◇13:00- 「しくじり先生の防煙教育」 国立モンゴル医学科学大学 客員教授
元岡山大学病院小児歯科講師 岡崎好秀
- ◇13:50- 「実践！心を動かす禁煙支援」 禁煙健康ネット岡山（KK岡山）、京都大学 高橋裕子
- ◇15:00- 筆記試験結果発表と重要事項の復習
- ◇15:15- 質疑応答

◆講習会参加費 5,000円
※学生（大学院生は除く）は学生証提示で無料です

◆対象 禁煙支援・喫煙防止教育に関わる全ての方
日本禁煙科学会の会員・非会員を問わずどなたでも受講可能です

◆単位認定等 ・日本禁煙科学会 認定禁煙支援士 認定講習会参加点：2点
・日本薬剤師会研修センター受講点：4点
・日本プライマリ・ケア連合学会プライマリ・ケア薬剤師認定指定講座：4単位

◆お申し込み方法 必要事項を記載の上、メールにてお申し込みください
詳細は禁煙科学会ホームページ 認定講習会スケジュール/プログラムに掲載
http://www.jasca.jp/nintei_semi_index.php
下記QRコードからアクセスできます 1月12日（金）締め切り日厳守

「これしか楽しみがないじゃ。」
「退職したら禁煙する。今はストレスが多いけどめっちゃ。」
「喫煙者は納税で国に貢献してるんじゃ。」・・・

～手ごわい喫煙者のこんな反論に
楽しく答えて禁煙につなごう！～

【主催】日本禁煙科学会、禁煙健康ネット岡山、禁煙マラソン

日本禁煙科学会HP

URL:<http://www.jascs.jp/>

※日本禁煙科学会ホームページのアドレスです。
※スマホ等でのアクセスは、右のQRコードをご利用下さい。



ふえる笑顔 禁煙ロゴ

筋肉の疾患で体の不自由な浦上秀樹さん（埼玉県在住）が、口に筆を取って書いてくださった書画です。「けんこうなしゃかい ふえるえがお」という文字を使って『禁煙』をかたどっています。

※拡大画像は日本禁煙科学会ホームページでご覧頂けます。
※スマホ等でのアクセスは、右のQRコードをご利用下さい。

URL : http://www.jascs.jp/gif/egao_logo_l.jpg



編集委員会

編集委員長 中山健夫
編集委員 児玉美登里 富永典子 野田隆 野村英樹
春木有子
編集顧問 三嶋理晃 山縣然太朗
編集担当理事 高橋裕子

日本禁煙科学会

学会誌 禁煙科学 第12巻(01)
2018年(平成30年)1月発行
URL : <http://jascs.jp/>
事務局 : 〒630-8113 奈良県奈良市法蓮町 948-4
めぐみクリニック (未成年者禁煙支援センター) 内
E-mail : info@jascs.jp