平成30年度 地域包括診療加算・地域包括診療科に係る かかりつけ医研修会

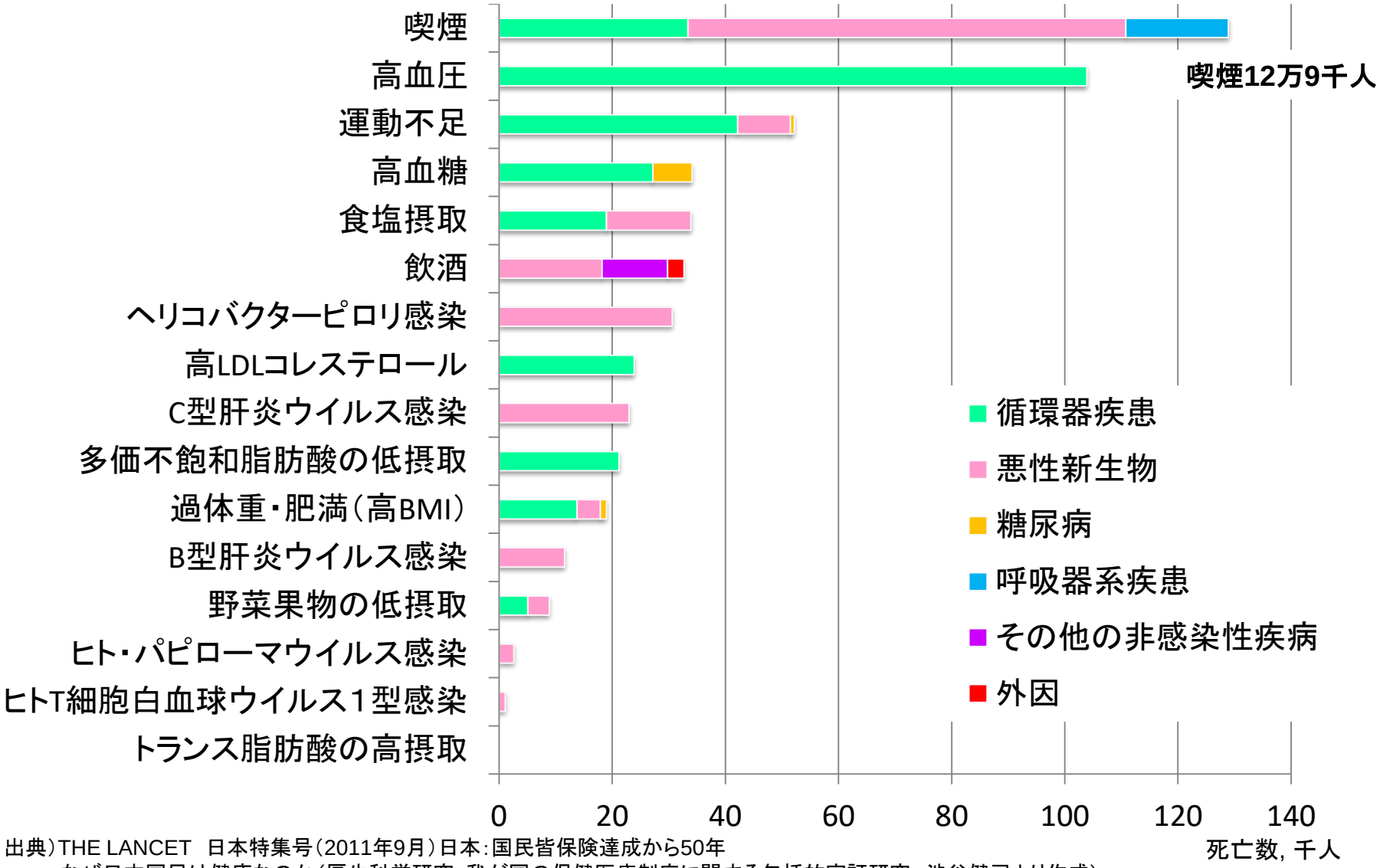
5. 禁 煙 指 導

日本医師会キャラクター
日医君（にちいくん）

平成30年8月26日（日）
日本医師会常任理事
羽鳥　裕
yutaka@hatori.or.jp

非感染性疾患と傷害による成人死亡の主要な2つの決定因子は喫煙と高血圧

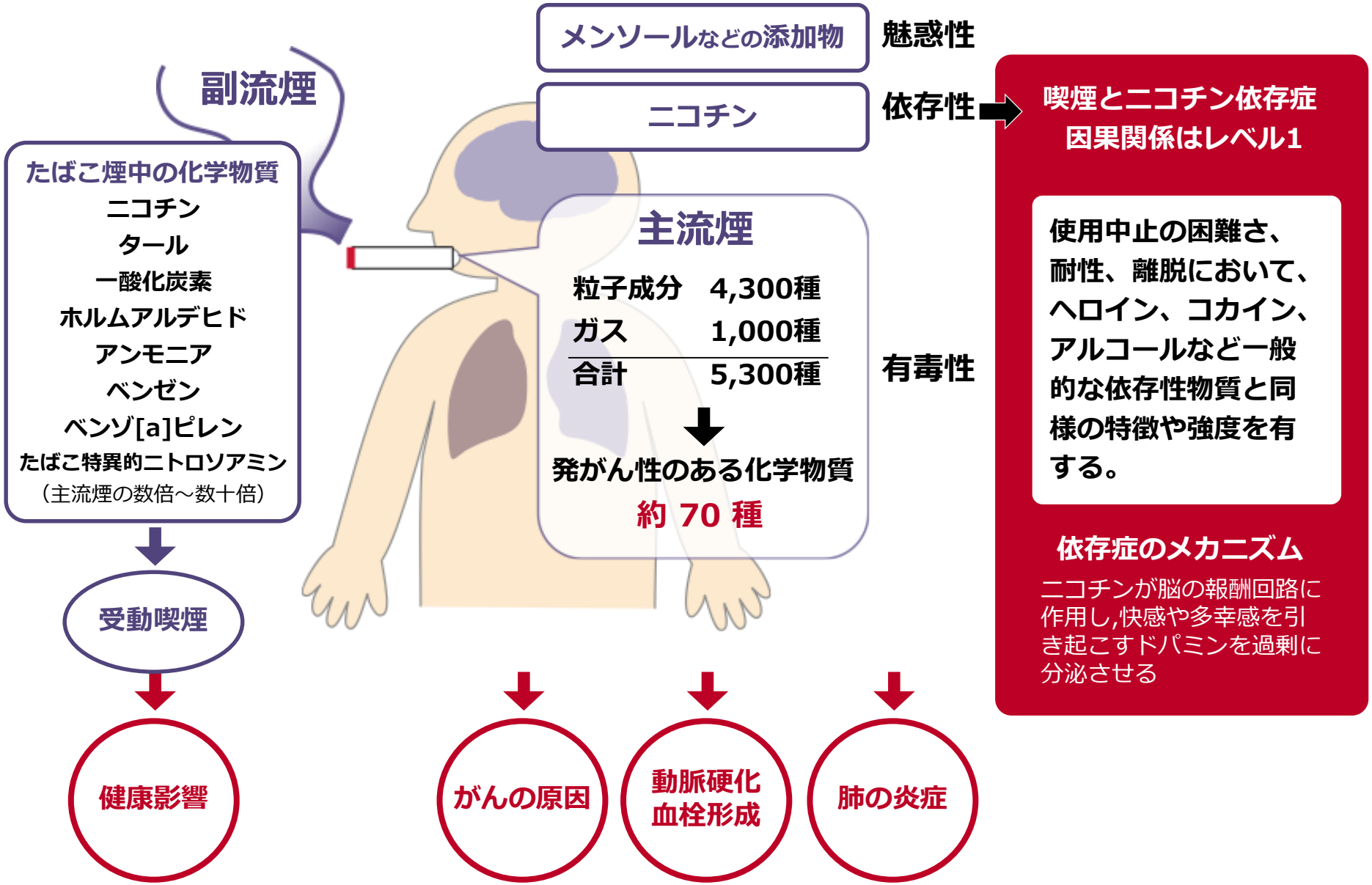
2007年のわが国における危険因子に関連する非感染症疾病と外因による死亡数



出典）THE LANCET　日本特集号（2011年9月）日本：国民皆保険達成から50年
なぜ日本国民は健康なのか（厚生科学研究：我が国の保健医療制度に関する包括的実証研究、渋谷健司より作成）

図表1

たばこ成分と依存症



「たばこ対策の健康影響および経済影響の包括的評価に関する研究」（研究代表者　片野田耕太）、「受動喫煙防止等のたばこ対策の推進に関する研究」（研究代表者　中村正和）

「平成30年度　地域包括診療加算・地位包括診療料に係る　かかりつけ医研修会」 5. 禁煙指導_羽鳥裕

図表2

たばこの健康影響の評価

〈４つの因果関係判定〉

レベル1
科学的証拠は
因果関係を推定するのに十分である

レベル2
科学的証拠は
因果関係を示唆しているが十分ではない

レベル3
科学的証拠は
因果関係の有無を推定するのに不十分である

レベル4
科学的証拠は
因果関係がないことを示唆している

※米国公衆衛生総監報告書（Surgeon General Report）
2004年以降の判定方法と同じ

〈因果関係判定に用いられる９つの観点〉

一致性	異なる方法、異なる状況下で、同じ結果が繰り返されるか
関連の強固性	適切な統計学的推論で測定されるリスクの大きさ
特異性	1つの要因が1つの特定の作用を引き起こす関係があるか
時間的前後関係	曝露が結果に先行して起こっているか
整合性	既知の理論や知識と矛盾しないか
妥当性	生物学的過程によって強固に確立している知識と首尾一貫するか
類似性	類似した関連が存在するか
生物学的勾配	曝露レベルの増加がリスクを増大させるか（量反応関係）
実験	適切な実験条件設定でその因果関係の状況がかわりうるか

出典：米国公衆衛生総監報告書において因果関係の判定に用いられる9つの観点
疫学辞典第5版（財団法人公衆衛生協会）

「たばこ対策の健康影響および経済影響の包括的評価に関する研究」（研究代表者　片野田耕太）、「受動喫煙防止等のたばこ対策の推進に関する研究」（研究代表者　中村正和）

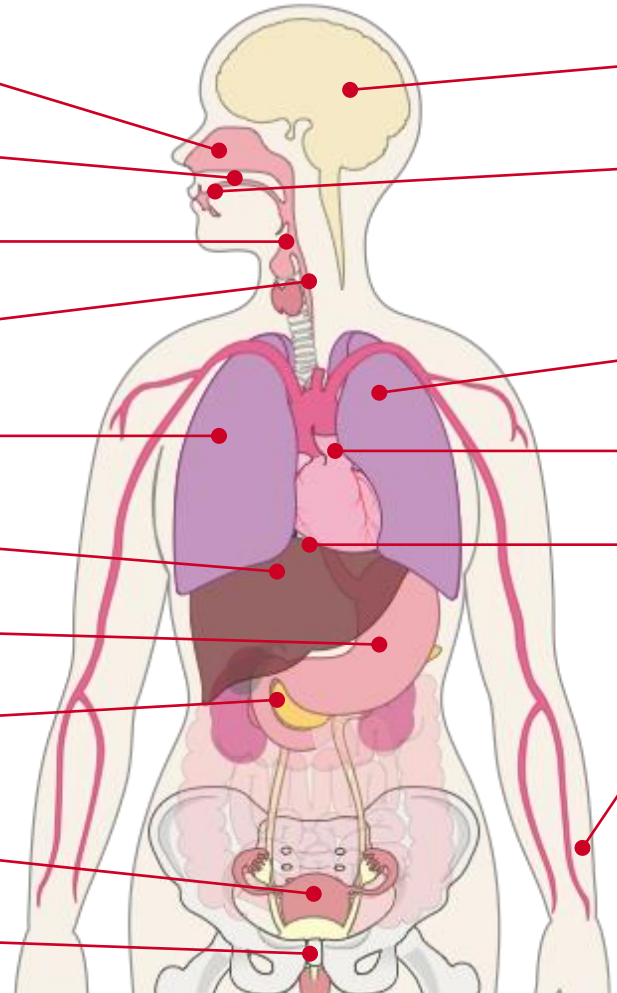
図表3

喫煙者本人への影響〈レベル 1〉

レベル1 科学的証拠は**因果関係を推定するのに十分である**

〈がん〉

- 鼻腔・副鼻腔がん
- 口腔・咽頭がん
- 喉頭がん
- 食道がん
- 肺がん
- 肝臓がん
- 胃がん
- 膵臓がん
- 膀胱がん
- 子宮頸がん



〈その他の疾患〉

- 脳卒中
- ニコチン依存症
- 歯周病
- 慢性閉塞性肺疾患（COPD）
  呼吸機能低下
  結核（死亡）
- 虚血性心疾患
- 腹部大動脈瘤
- 末梢性の動脈硬化
- ２型糖尿病の発症

〈妊娠・出産〉（注１）

- 早産
- 低出生体重・胎児発育遅延

がん患者の二次がん罹患

肺がん患者の生命予後

喫煙開始が早いことによる全死因死亡、がん罹患・死亡、循環器死亡のリスク増加

（注１）妊婦の喫煙との関連

「たばこ対策の健康影響および経済影響の包括的評価に関する研究」（研究代表者　片野田耕太）、「受動喫煙防止等のたばこ対策の推進に関する研究」（研究代表者　中村正和）

「平成30年度　地域包括診療加算・地位包括診療料に係る　かかりつけ医研修会」 5. 禁煙指導_羽鳥裕

図表4

喫煙者本人への影響〈レベル 2〉

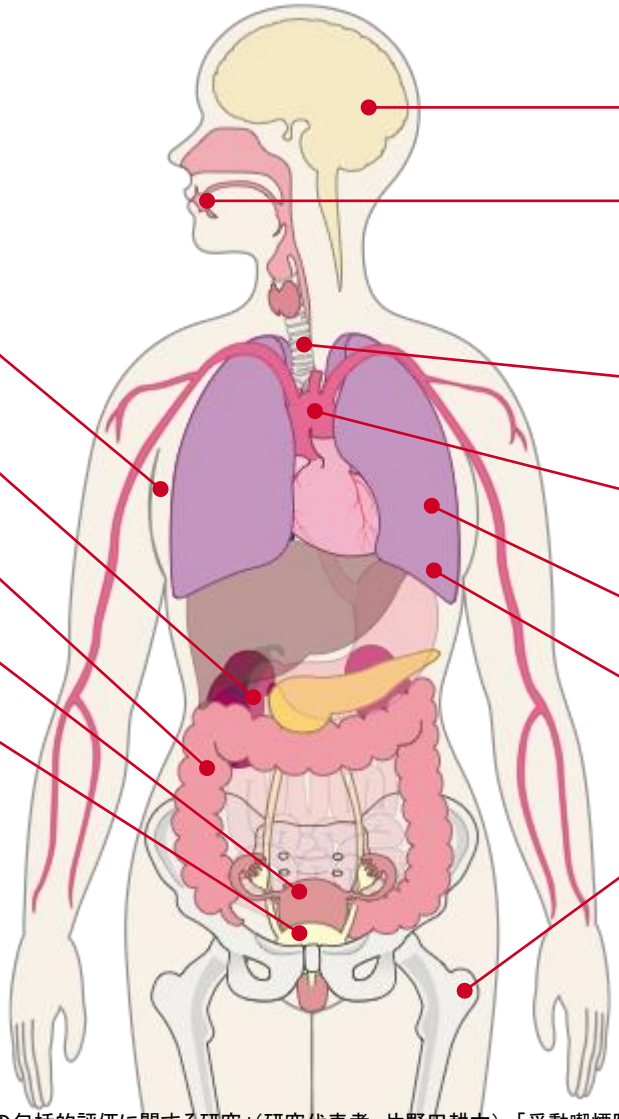
レベル2 科学的証拠は**因果関係を示唆しているが十分ではない**

〈がん〉

- 急性骨髄性白血病
- 乳がん
- 腎盂尿管・腎細胞がん
- 大腸がん
- 子宮体がん（リスク減少）
- 前立腺がん（死亡）
- がん患者の生命予後・再発・治療効果低下

〈妊娠・出産〉

- 生殖能力低下
- 子癇前症・妊娠高血圧症候群（リスク減少）（注１）
- 子宮外妊娠・常位胎盤早期剥離・前置胎盤（注１）



〈その他の疾患〉

- 認知症
- う蝕（虫歯）
  口腔インプラント失敗
  歯の喪失
- 気管支喘息（発症・増悪）
- 胸部大動脈瘤
- 結核（発症・再発）
- 特発性肺線維症
- 閉経後の骨密度低下
  大腿骨近位部骨折
- 関節リウマチ
  日常生活動作

（注１）妊婦の喫煙との関連

図表5

「たばこ対策の健康影響および経済影響の包括的評価に関する研究」（研究代表者　片野田耕太）、「受動喫煙防止等のたばこ対策の推進に関する研究」（研究代表者　中村正和）

【受動喫煙による被害】

・たばこの煙には、本人が吸う「主流煙」と、たばこの先から立ちのぼる「副流煙」がある。

・たばこの煙には多くの有害物質が含まれる。その量は主流煙よりも副流煙のほうが、数倍から数十倍も多量。

●副流煙に含まれる有害物質（主流煙との比較）

ニコチン	2.6～3.3倍	各種発がん物質	100倍
窒素酸化物	4～10倍	ホルムアルデヒド	0.1～50倍
一酸化炭素	2.5～4.7倍	アンモニア	47～170倍

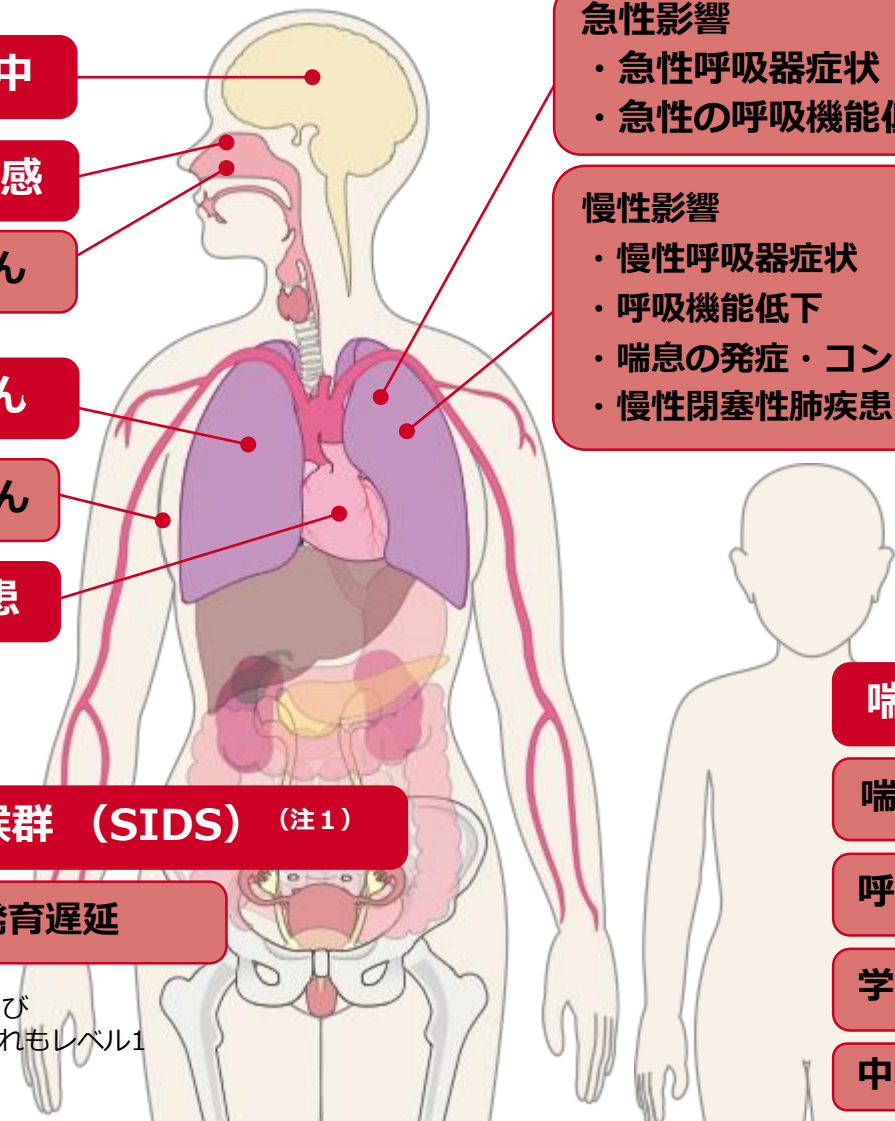
Wigle, D.T. et al.：Can J Public Health：1987

図表6

受動喫煙による健康影響

レベル1 科学的証拠は
因果関係を推定するのに十分である

レベル2 科学的証拠は
因果関係を示唆しているが十分ではない



- 脳卒中
- 臭気・鼻への刺激感
- 鼻腔・副鼻腔がん
- 肺がん
- 乳がん
- 虚血性心疾患

急性影響
- 急性呼吸器症状（喘息患者・健常者）
- 急性の呼吸機能低下（喘息患者）

慢性影響
- 慢性呼吸器症状
- 呼吸機能低下
- 喘息の発症・コントロール悪化
- 慢性閉塞性肺疾患（COPD）

〈妊娠・出産〉
- 乳幼児突然死症候群（SIDS）（注１）
- 低出生体重・胎児発育遅延

〈小児〉
- 喘息の既往
- 喘息の重症化
- 喘息の発症（注２）
- 呼吸機能低下
- 学童期の咳・痰・喘鳴・息切れ（注２）
- 中耳疾患
- う蝕（虫歯）

（注１）妊婦の能動喫煙および
小児の受動喫煙いずれもレベル1
（注２）親の喫煙との関連

図表7

「たばこ対策の健康影響および経済影響の包括的評価に関する研究」（研究代表者　片野田耕太）、「受動喫煙防止等のたばこ対策の推進に関する研究」（研究代表者　中村正和）

【たばこの有害成分】

- 主流煙　喫煙時
  - 高温燃焼時　最高900℃
- 副流煙　自然燃焼時　　（吸引していないとき）
  - 低温燃焼時　最高600℃
- たばこ煙の成分
  - 粒子相、ガス相　いずれにも発がん物質、気道毒性、心毒性
- 発生が意図されたもの
  - ニコチン、アンモニア、アセトアルデヒド
- 燃焼副産物
  - ベンゾピレン、ダイオキシン、ホルムアルデヒド
  - 高温で分解されるので、副流煙の方が有害物質が多い

図表8

世界のたばこ対策 ＜FCTC たばこ規制枠組条約＞

WHO FCTC

「たばこ規制枠組条約」

WHOにより制定（2005年発効）

MPOWER たばこ対策推進及び進捗評価を2008年に作成

Monitor tobacco use and prevention policies	たばこの使用と予防政策をモニター（監視）する（第20、21条）
Protect people from tobacco smoke	受動喫煙からの保護（第8条）
Offer help to quit tobacco use	禁煙支援の提供（第14条）
Warn about dangers of tobacco	警告表示等を用いたたばこの危険性に関する知識の普及（脱たばこ・メディアキャンペーンを含む）（第11、12条）
Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship	たばこの広告、販促活動等の禁止要請（第13条）
Raise taxes on tobacco products	たばこ税引き上げ（第6条）

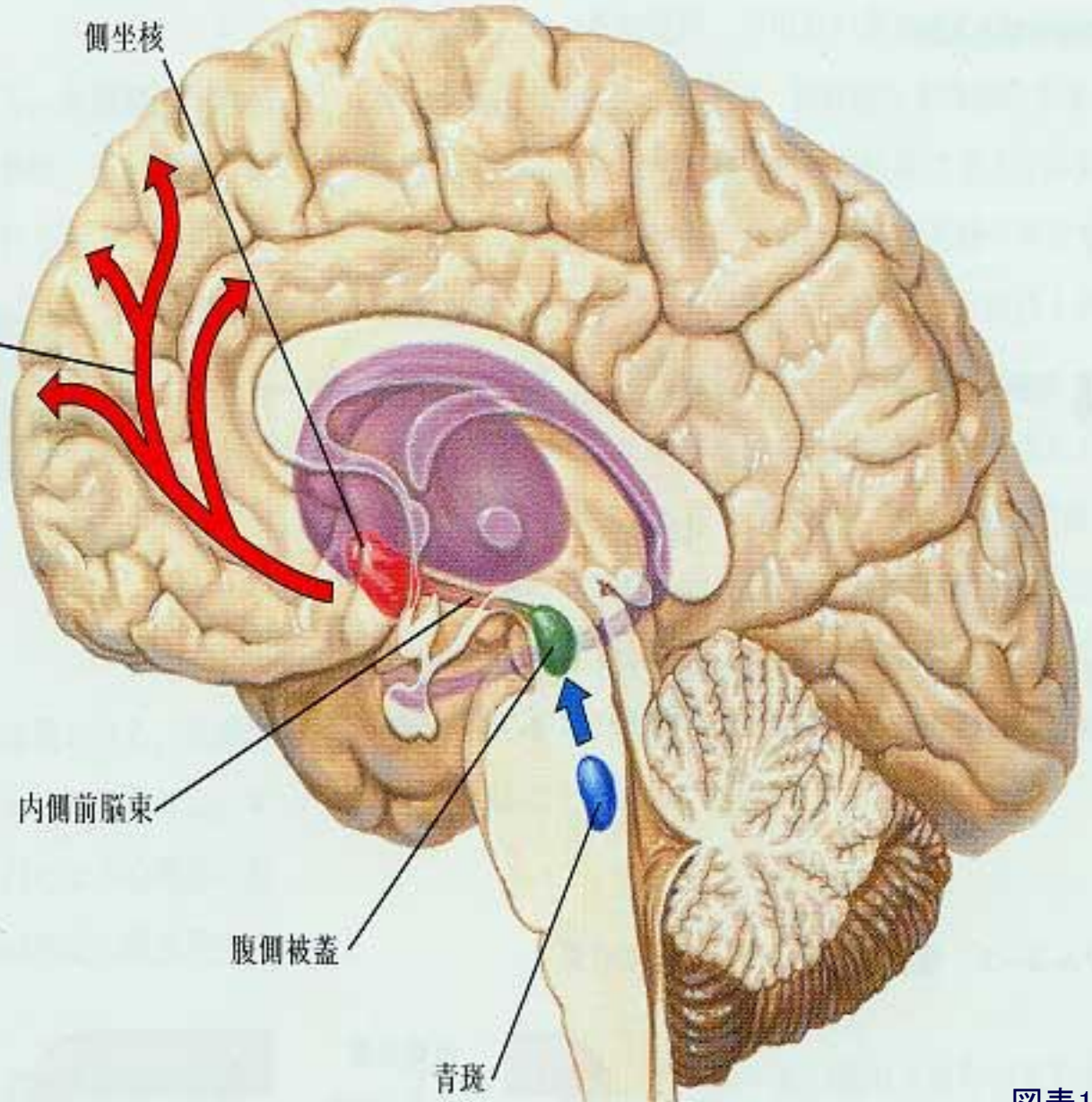
「たばこ対策の健康影響および経済影響の包括的評価に関する研究」（研究代表者　片野田耕太）、「受動喫煙防止等のたばこ対策の推進に関する研究」（研究代表者　中村正和）

図表9

「平成30年度　地域包括診療加算・地位包括診療料に係る　かかりつけ医研修会」 5. 禁煙指導_羽鳥裕

脳内報酬回路

中脳



脳内報酬回路は、内側前脳束経由で側坐核へ投射する腹側被蓋のドパミン作動性ニューロンより成る．側坐核は皮質や他の中枢に投射路を持つ．青斑は、腹側被蓋へ投射路を持つ

図表10

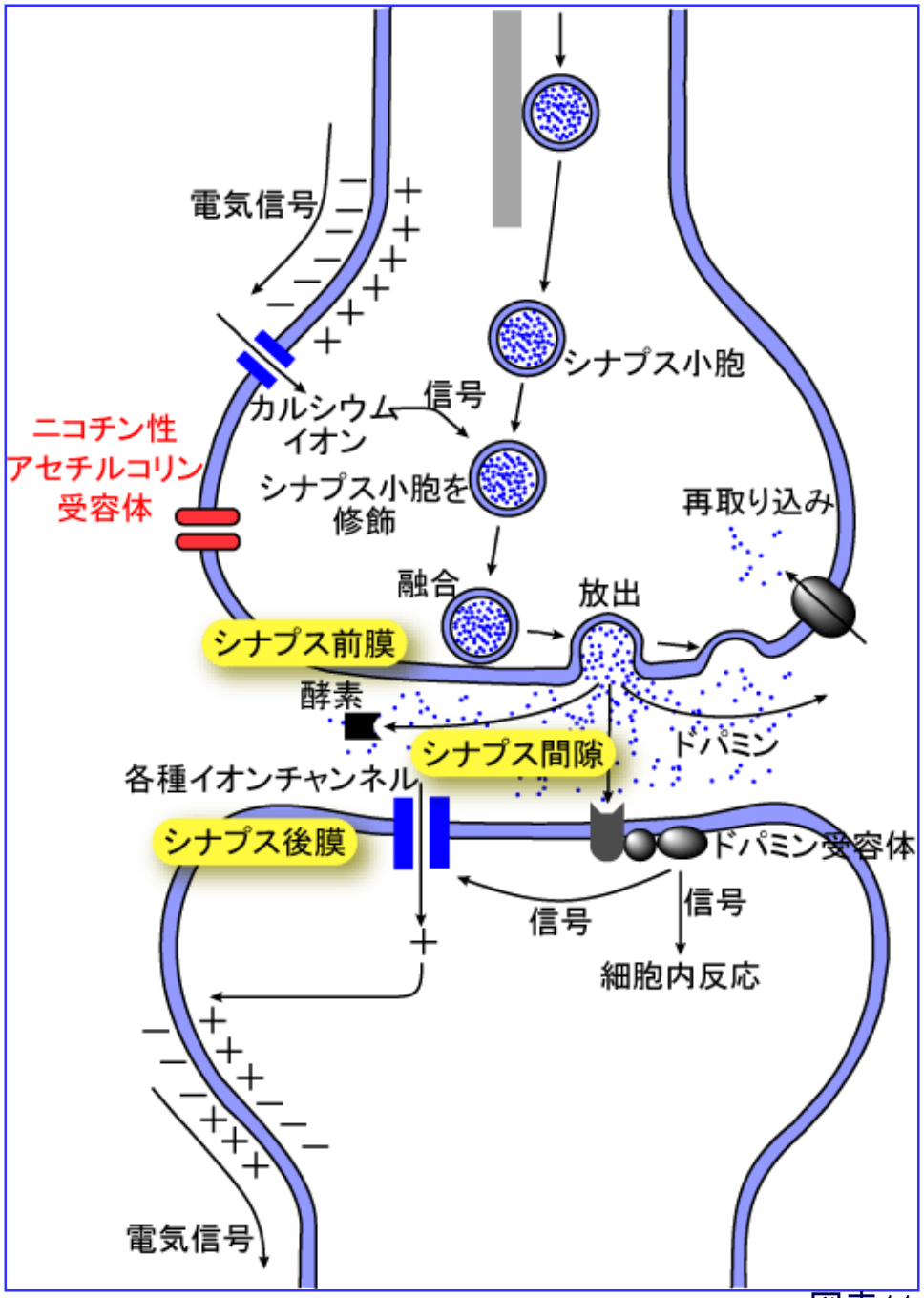
脳内報酬系
ドパミン作働性シナプス

・ニコチンはアセチルコリン受容体に作用してドパミン放出を促進する

・喫煙による急激なニコチン濃度上昇は、一過性のドパミン過剰放出を起こす

・ドパミン過剰放出によって負のフィードバックが起こり、シナプス前ニューロンのドパミン放出能力が低下し、シナプス後ニューロンのドパミン受容体数が減少する

・ニコチンのない状態では、シナプスの機能不全が起こる



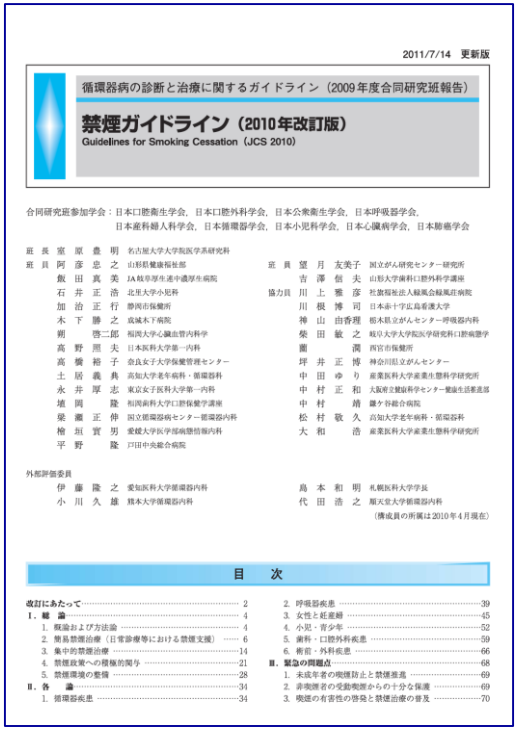
「平成30年度　地域包括診療加算・地位包括診療料に係る　かかりつけ医研修会」 5. 禁煙指導_羽鳥裕

図表11

喫煙それ自体が「病気」

9学会合同禁煙ガイドライン（2010年改訂版）

- たばこを吸うのは、ニコチン依存症と関連疾患からなる「喫煙病」
- 喫煙者は積極的禁煙治療を必要とする「患者」



2011/7/14　更新版

循環器病の診断と治療に関するガイドライン（2009年度合同研究班報告）

禁煙ガイドライン（2010年改訂版）

Guidelines for Smoking Cessation（JCS 2010）

合同研究班参加学会：日本口腔衛生学会，日本口腔外科学会，日本公衆衛生学会，日本呼吸器学会，日本産科婦人科学会，日本循環器学会，日本小児科学会，日本心臓病学会，日本肺癌学会

班長　窪原　豊明　名古屋大学大学院医学系研究科

班員　阿彦　忠之　山形県健康福祉部
飯田　真美　JA岐阜厚生連中濃厚生病院
石井　正浩　北里大学小児科
加治　正行　静岡市保健所
木下　勝之　成城木下病院
朔　啓二郎　福岡大学心臓血管内科学
高野　照夫　日本医科大学第一内科
高橋　裕子　奈良女子大学保健管理センター
土居　義典　高知大学老年病科・循環器科
永井　厚志　東京女子医科大学第一内科
堤岡　隆　福岡歯科大学口腔保健学講座
梁瀬　正伸　国立循環器病センター循環器内科
檜垣　實男　愛媛大学医学部病態情報内科
平野　隆　戸田中央総合病院
望月　友美子　国立がん研究センター研究所
吉澤　恒夫　山形大学歯科口腔外科学講座

協力員　川上　雅彦　社会福祉法人福風会福風荘病院
川根　博司　日本赤十字広島看護大学
神山　白香理　栃木県立がんセンター呼吸器内科
柴田　敏之　岐阜大学大学院医学研究科口腔微生物学
園　潤　西宮市保健所
坪井　正博　神奈川県立がんセンター
中田　ゆり　産業医科大学産業生態科学研究所
中村　正和　大阪府立健康科学センター健康生活推進部
中村　靖　鎌ケ谷総合病院
松村　敬久　高知大学老年病科・循環器科
大和　浩　産業医科大学産業生態科学研究所

外部評価委員
伊藤　隆之　愛知医科大学循環器内科
小川　久雄　熊本大学循環器内科
鳥本　和明　札幌医科大学学長
代田　浩之　順天堂大学循環器内科

（構成員の所属は2010年4月現在）

目　次

改訂にあたって……2
I．総　論……4
1．概論および方法論……4
2．集長禁煙治療（日常診療等における禁煙支援）……6
3．集中的禁煙治療……14
4．禁煙政策への積極的関与……21
5．禁煙環境の整備……28
II．各　論……34
1．循環器疾患……34
2．呼吸器疾患……39
3．女性と妊産婦……45
4．小児・青少年……52
5．歯科・口腔外科疾患……59
6．術前・外科疾患……66
III．緊急の問題点……68
1．未成年者の喫煙防止と禁煙推進……69
2．非喫煙者の受動喫煙からの十分な保護……69
3．喫煙の有害性の啓発と禁煙治療の普及……70

9学会：日本口腔衛生学会、日本口腔外科学会、日本公衆衛生学会、日本呼吸器学会、日本産科婦人科学会、日本循環器学会、日本小児科学会、日本心臓病学会、日本肺癌学会

日本循環器学会ホームページに収載

ニコチン依存症の概要

ニコチン依存症は、タバコ使用による精神及び行動の障害　依存症候群である。

○ ニコチン依存症は、WHOによる疾病の分類基準である国際疾病分類第10版（ICD−10）にて、**「タバコ使用による精神および行動の障害 依存症候群」として分類**されている。
○ ニコチン依存症のスクリーニングテスト（TDS）で、ニコチン依存症と診断（10点満点中5点以上）されることが、ニコチン依存症管理料の対象患者の条件のひとつである。
○ TDSで5点以上の場合、ICD−10診断によるニコチン依存症である可能性が高い。(※)

ニコチン依存症に係るスクリーニングテスト「TDS」

問1.　自分が吸うつもりよりも、ずっと多くタバコを吸ってしまうことがありましたか。
問2.　禁煙や本数を減らそうと試みて、できなかったことがありましたか
問3.　禁煙したり本数を減らそうとしたときに、タバコがほしくてほしくてたまらなくなることがありましたか。
問4.　禁煙したり本数を減らしたときに、次のどれかがありましたか。（イライラ、神経質、落ちつかない、集中しにくい、ゆううつ、頭痛、　眠気、胃のむかつき、脈が遅い、手のふるえ、食欲または体重増加）
問5.　問4 でうかがった症状を消すために、またタバコを吸い始めることがありましたか。
問6.　重い病気にかかったときに、タバコはよくないとわかっているのに吸うことがありましたか。
問7.　タバコのために自分に健康問題が起きているとわかっていても、吸うことがありましたか。
問8.　タバコのために自分に精神的問題(※)が起きているとわかっていても、吸うことがありましたか。
問9.　自分はタバコに依存していると感じることがありましたか。
問10. タバコが吸えないような仕事やつきあいを避けることが何度かありましたか。
「はい」を1点、「いいえ」を0点、質問に該当しない場合は0点として計算。

※出典：Development of a screening questionnaire for tobacco/nicotine dependence according to ICD-10, DSM-Ⅲ-R, DSM-Ⅳ. Addict Behavi 1999; 24: 155-166

図表13

ニコチン依存症患者の治療

中医協　総－1
２５．１１．１５

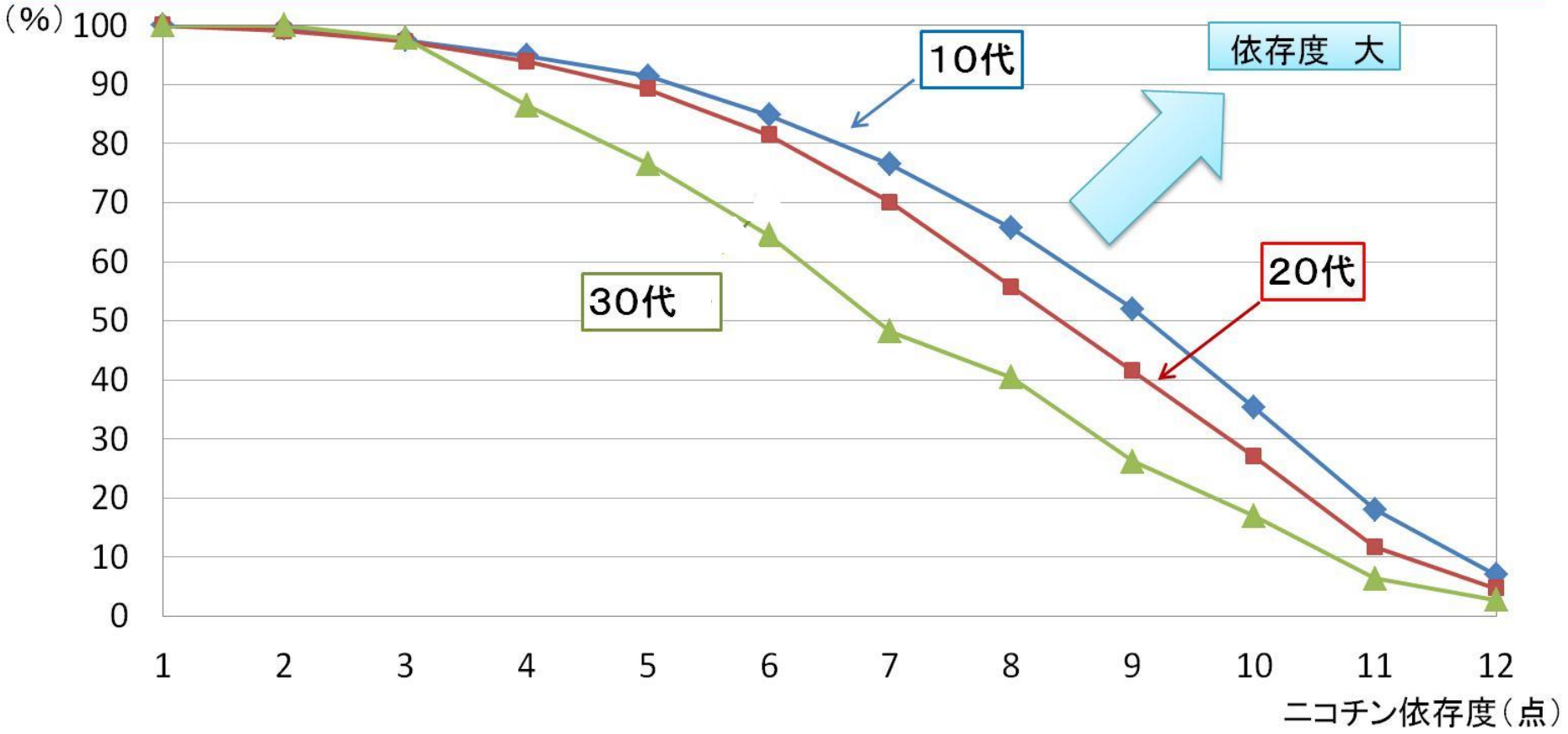
B001-3-2　ニコチン依存症管理料の概要

対象患者 （平成28年3月まで）	ニコチン依存症管理料の算定対象となる患者は，次の全てに該当するものであって，医師がニコチン依存症の管理が必要であると認めたものである。 ア「禁煙治療のための標準手順書」に記載されている**ニコチン依存症に係るスクリーニングテスト（TDS）で，ニコチン依存症と診断されたもの**である。 イ　**１日の喫煙本数に喫煙年数を乗じて得た数（ブリンクマン指数（BI））が200以上**であるものである。 ウ　直ちに禁煙することを希望している患者であって，「禁煙治療のための標準手順書」に則った禁煙治療について説明を受け，当該治療を受けることを文書により同意しているものである。
点数	１　初回　230点 ２　2回目から4回目まで　184点 ３　5回目　180点　（5回に限り）
その他	入院中の患者以外の患者に対し、「禁煙のための標準手順書」（日本循環器学会、日本肺癌学会、日本癌学会及び日本呼吸器学会の承認を得たものに限る。）に沿って、初回の当該管理料を算定した日から起算して12週間にわたり計5回の禁煙治療を行った場合に算定する。

図表14

若年層のニコチン依存症患者への医療の推進の重要性
（習慣的喫煙開始年齢別）

○ 習慣的に喫煙を始めた年齢が若い程、ニコチン依存度が高く、若年からの喫煙は依存症リスクが高いと言える。
○若年層のニコチン依存症患者への治療が重要。



※ 無作為抽出した300単位区内の15歳以上の全世帯員を対象（調査回収吸=12,858人）

出典）平成10年度 喫煙と健康問題に関する実態調査

図表15

ニコチン依存症患者の治療に関する課題と論点

【課題】

- 喫煙は若年層でも問題であり、2011年では、20歳代男性の喫煙率は約36%あり、20歳代女性の喫煙率は約13%となっている。
- 若年からの喫煙はニコチン依存症リスクを高めるが、中高齢層と比較した場合、若年層の喫煙期間は短いため、ニコチン依存症患者であっても、1日の喫煙本数に喫煙年数を乗じて得た数（ブリンクマン指数（BI））200を下回る患者が多い。ニコチン依存症管理料はBI200以上を要件としていることから、現在は、若年層に対する治療は対象となりにくいと考えられる。
- 若年層からの喫煙はニコチン依存症となるリスクが高いことから、若年層からニコチン依存症への治療を行うこと重要である。

【論点】

○ ニコチン依存症管理料は、BI200以上を要件としているが、若年層のニコチン依存症患者にもニコチン依存症治療を実施できるよう、算定要件（BI200以上）を緩和してはどうか。

図表16

かかりつけ医機能の更なる評価／重症化予防の取組

（6）ニコチン依存症管理料の対象患者の拡大

- **若年層のニコチン依存症患者にも治療を実施できるよう、対象患者の喫煙本数に関する要件を緩和する**

ニコチン依存症管理料

初回：230点、2回目から4回目まで：184点、5回目：180点

[算定要件]

① 対象患者は、禁煙を希望する患者であって以下のすべてに該当するものであって、医師がニコチン依存症の管理が必要であると認めたもの

ア 「禁煙治療のための標準手順書」に記載されているニコチン依存症にかかるスクリーニングテスト（TDS）で、ニコチン依存症と診断されたもの

イ **35歳以上の者は、BI（1日の喫煙本数×喫煙年数）≧200であるもの**

※ 35歳未満の者に〔BI ≧ 200〕の規定は廃止された

ウ 直ちに禁煙することを希望している患者であって、「禁煙治療のための標準手順書」に則った禁煙治療について説明を受け、当該治療を受けることを文書により同意しているもの

② 「禁煙治療のための標準手順書」に沿って、初回の管理料を算定した日から起算して12週間にわたり計5回の禁煙治療を行った場合に算定する

③ 初回算定日より起算して1年を超えた日からでなければ再度算定できない

- **ニコチン依存症管理を実施する医療機関における治療の標準化を推進する観点から、施設基準の見直しを行う**

[施設基準]

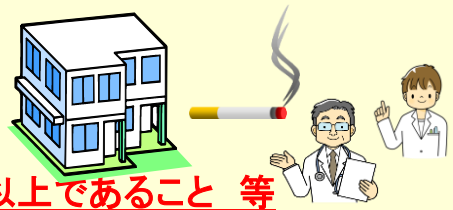
① 禁煙治療の経験を有する医師が1名以上勤務

② 禁煙治療に係る専任の看護師等を1名以上配置

③ 禁煙治療を行うための呼気一酸化炭素濃度測定器を備えていること

④ 過去1年間のニコチン依存症管理料を算定した患者の指導の平均継続回数が2回以上であること 等

※ 平成28年4月1日～29年3月31日までの1年間の実績を踏まえ、平均継続回数が2回未満の場合は、平成29年7月1日から70／100の点数で算定を行う



（平成28年度 診療報酬改定より）

【施設基準】

◆設置条件

・禁煙治療を行っている旨を医療機関内の見やすい場所に掲示していること

・禁煙治療の経験を有する医師が1名以上勤務していること（診療科は問わない）

・禁煙治療に係る専任の看護師又は准看護師を配置していること

・禁煙治療を行うための呼気一酸化炭素濃度測定器を備えていること

・保険医療機関の敷地内が禁煙であること（ビルの一部であるときは、当該保険医療機関の保有または借用する部分が禁煙であること）

・過去一年のニコチン依存症管理料の平均継続回数が2回以上であること（但し、過去一年間にニコチン依存症管理料の算定の実績が無い場合は、基準を満たしているものとみなす）

◆設置後の条件

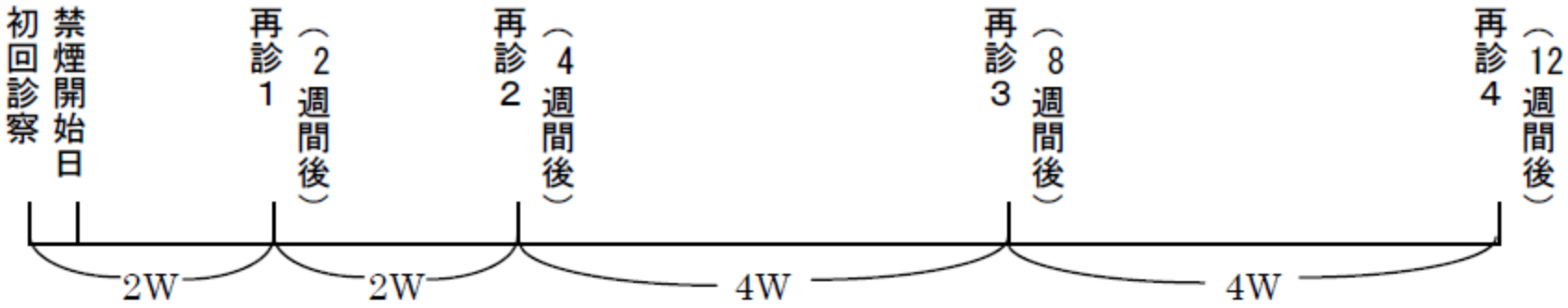
・ニコチン依存症管理料算定患者のうち喫煙をやめたものの割合等を定期的に地方厚生局長等に報告していること

■標準禁煙治療プログラム

標準的な禁煙治療プログラムは、12 週間に渡り計 5 回の禁煙治療を行います。まず、初回診察で患者と話し合って禁煙開始日を決定します。初回診察から 2 週間後、4 週間後、8 週間後、12 週間後の計 4 回、禁煙の実行継続のための治療を行います。それぞれの治療の内容は、以下の通りです。

初回	230 点
2 回目、3 回目及び 4 回目（2 週目、4 週目及び 8 週目）	184 点
5 回目（最終回）（12 週目）	180 点

【標準禁煙治療のスケジュール】



なお、本治療プログラムに基づき禁煙治療を受けている患者が、12 週間の治療期間の途中で、何らかの理由により入院治療が必要となった場合、入院中も禁煙治療を継続して行うことができます。この場合、ニコチン依存症管理料は算定できませんが、禁煙治療に要した薬剤料を算定することができます。ただし、ニコチン依存症管理料の届け出を行っていない施設では、上記の算定はできません（詳細については、各薬剤の薬価収載に伴う留意事項通知を参照）。

出典　禁煙治療のための標準手順書（第6版）：2014

図表19

【禁煙補助薬の選択と説明】

・わが国で入手可能な禁煙補助薬

●ニコチン製剤

・ニコチンパッチ（ニコチネルTTS）：保険収載

・ニコチンパッチ（OTC）、ニコチンガム：市販薬

● $\alpha_4\beta_2$ニコチン受容体部分作動薬のバレニクリン（チャンピックス：経口薬）：保険収載

・禁煙補助薬は禁煙時の離脱症状の軽減を主目的に処方。

・チャンピックスは喫煙による満足感も抑制。

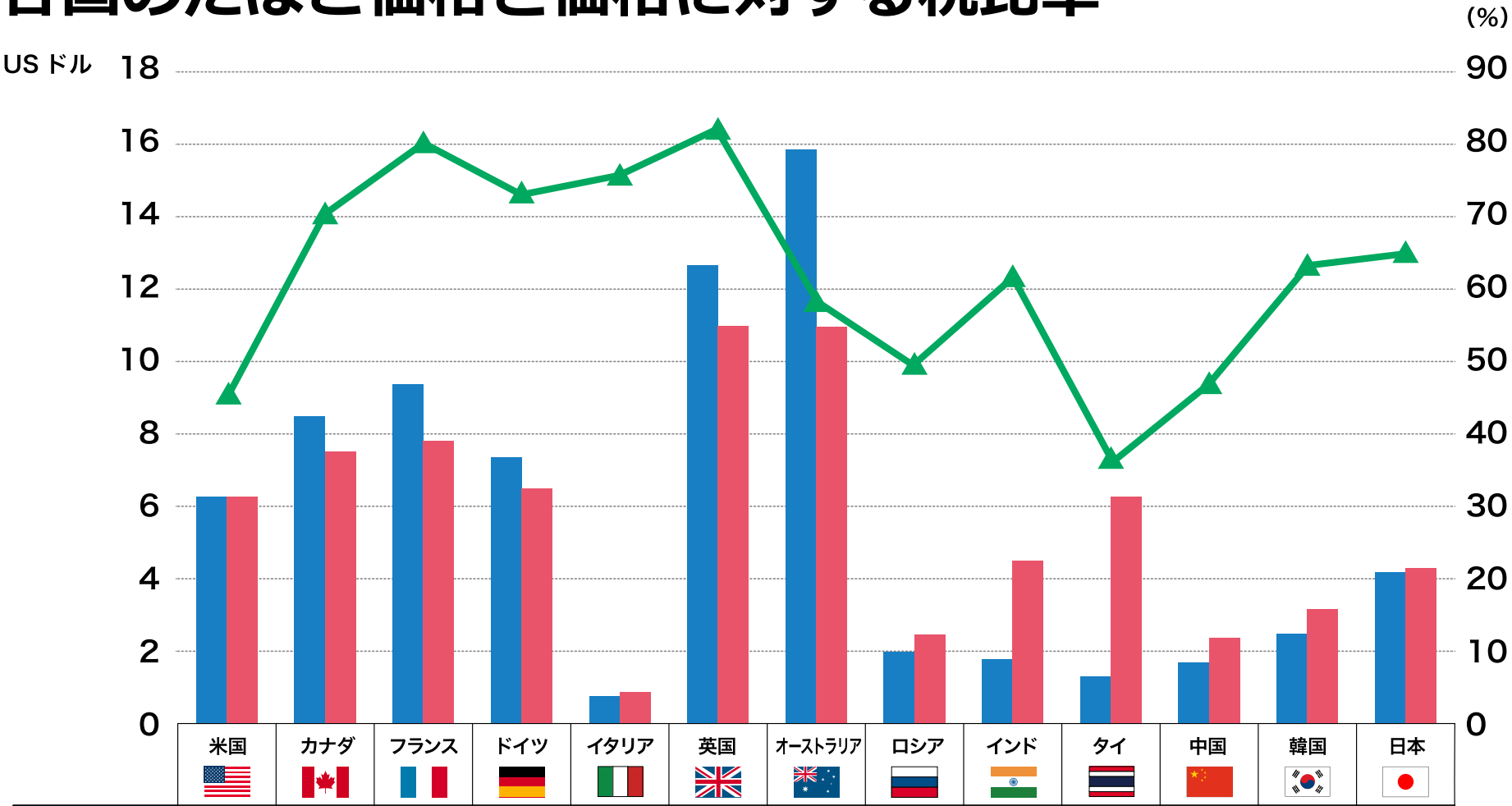
・保険収載されている禁煙補助薬は、ニコチン依存症管理料算定に伴い処方された場合には保険薬としての処方が可能。

・院外処方のときは処方箋備考欄に“ニコチン依存症管理料の算定に伴う処方である”と記載。記載がない場合には、調剤薬局で、自費請求されることもあるため注意が必要。

【ニコチン置換療法の適用と限界】

- 使用禁忌
  - 非喫煙者、妊婦、授乳婦、不安定狭心症、急性期の心筋梗塞（発症3ヶ月以内）、重篤な不整脈、経皮的冠動脈形成術後、冠動脈バイパス術直後、脳血管障害回復期、本剤成分に対する過敏症など
- 禁忌でない限り使用を推奨
  - 体重増加の抑制・遅延効果
  - 高度身体的依存に著効
  - 軽度身体的依存でも、心理的依存が離脱症状への耐性を低下させている場合には有効
- 心理的依存を解消する直接的効果はない
  - 認知行動療法など心理的アプローチとの併用が原則
  - しかしニコチン置換療法自体も1つの行動療法となる

各国のたばこ価格と価格に対する税比率



	米国	カナダ	フランス	ドイツ	イタリア	英国	オーストラリア	ロシア	インド	タイ	中国	韓国	日本
米ドル表示	6.23	8.49	9.37	7.32	0.69	12.69	15.9	1.88	1.76	1.25	1.62	2.43	4.18
購買力平価 米ドル表示	6.23	7.5	7.76	6.45	0.82	11	10.99	2.42	4.5	6.25	2.33	3.14	4.22
価格に対する税比率（合計）	42.54%	69.80%	80.30%	72.90%	75.68%	82.16%	56.76%	47.63%	60.39%	33.51%	44.43%	61.99%	64.36%

出典：WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2015 Raising taxes on tobaccoより

※「韓国では2015年に1.8倍の価格の引き上げが行われた。（1箱2500ウォン（約250円）から4500ウォン（約450円）　～2017年3月の為替レート）」

「たばこ対策の健康影響および経済影響の包括的評価に関する研究」（研究代表者　片野田耕太）、「受動喫煙防止等のたばこ対策の推進に関する研究」（研究代表者　中村正和）

図表22

無煙たばこ・電子たばこ・電気加熱式たばこの健康影響

無煙たばこ

- ガムたばこ（噛みたばこ）
- かぎたばこ

ゼロスタイル・スティック
ゼロスタイル・スヌース

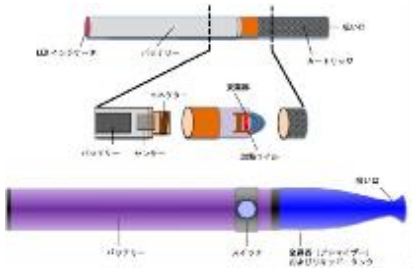
たばこ葉またはその加工品
煙、蒸気が出ない

健康影響：レベル 1

- 口腔がん、鼻腔がん、膵臓がん、依存性、歯周病、う蝕（虫歯）、歯肉後退、早産、未熟児出産、妊娠中高血圧など
- 子供による誤飲（毒性が強い）
- 循環器系疾患、糖尿病やメタボリックシンドロームの起こる可能性。

電子たばこ

- ENS（電子ニコチン送達システム）



様々な香料入りの液体を電気で加熱し
生ずる蒸気・エアロゾルを吸引

たばこ葉を含有しない
ニコチンの含有有無によりENDS
とENNDSに分類される

健康影響：レベル 3

- 疾病や死亡リスクとの関連性は不明。
- 詰替カートリッジの溶媒中に含まれるグリコール類が熱分解し、ホルムアルデヒドなどの毒性物質が発するため、妊婦の使用や受動喫煙による影響が懸念される。
- ほぼ半数の製品から微量のニコチンを検出、発生する煙による受動喫煙健康影響や中毒性への懸念がある。

電気加熱式たばこ

iQOS（アイコス）
フィリップモリス

Ploom TECH
JT

たばこ葉またはその加工品を加熱して
発生する蒸気を吸引（たばこ製品）

健康影響：不明

- 燃焼にともなう有害物質の発生を抑制すると販売者は主張しているが、たばこの有害物質にさらされることに安全なレベルはないことが知られており、電気加熱式たばこは使用者本人及び周囲の者の健康へ悪影響を及ぼす可能性がある。

「たばこ対策の健康影響および経済影響の包括的評価に関する研究」（研究代表者　片野田耕太）、「受動喫煙防止等のたばこ対策の推進に関する研究」（研究代表者　中村正和）

図表23

【喫煙とオリンピック】

・国際オリンピック委員会（IOC）は1988年のカルガリー大会以降、オリンピックの禁煙方針を採択し、会場の禁煙化とともにたばこ産業のスポンサーシップを拒否。

・2010年7月、IOCとWHOは健康的なライフスタイルとたばこのないオリンピックを目指す合意文書にも調印。オリンピックはスポーツの祭典であることから、健康的な環境のもとで実施されなければならない。そのためには心臓病、がん、糖尿病などの生活習慣病のリスクを減らすべきであり、「タバコフリー・オリンピック」を目指す。

・1988年以降のオリンピック開催都市は全て受動喫煙防止条法・条例が制定され、喫煙大国と言える中国においても、北京オリンピック開催に際して北京市にて条例を制定。

・2020年には東京オリンピック・パラリンピックが開催される。政府により受動喫煙対策を強化する健康増進法改正案が示され早期成立を目指す。多くの人が利用する公共の場での禁煙を初めて罰則付きで義務付けた。東京オリンピック・パラリンピック開始前の2020 年4 月1日までに段階的に施行する。

・日本では神奈川県・兵庫県にしか受動喫煙防止条例がなかったが、2018年6月東京都はオリンピック・パラリンピックのホストシティとして、受動喫煙対策をより一層推進していくため独自の条例を制定した。

・受動喫煙防止条例、受動喫煙防止法の制定が喫煙者の禁煙の契機にもなるため、禁煙を希望する喫煙者の受け皿となる医療機関への期待はさらに高まる。

図表24

受動喫煙防止対策　Protect

● 日本の現状　レベル４（最低レベル）

平成15（2003）年 健康増進法の制定
平成27（2015）年 労働安全衛生法の一部改正
→受動喫煙防止の努力義務化

<地方自治体の取り組み>
平成22（2010）年 神奈川県
「公共的施設における受動喫煙防止条例」
→自治体初の条例。建物内での禁煙（喫煙室の設置可）と喫煙禁止区域での禁煙を義務化

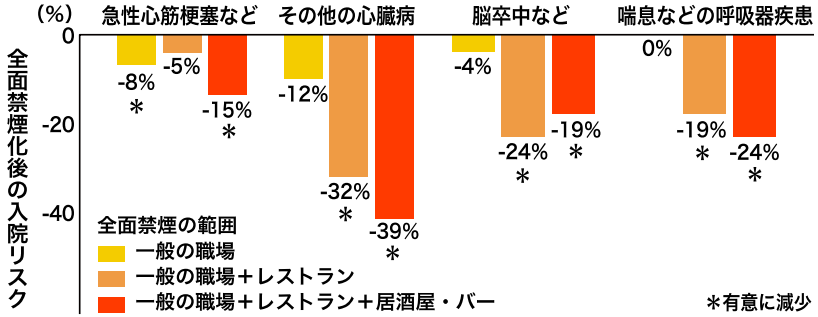
平成25（2013）年 兵庫県
「受動喫煙防止等に関する条例」
→学校敷地内禁煙、官公庁・医療機関の建物内禁煙を義務化

国・地方自治体ともに、サービス産業の強い反対意見により、営業区域内における喫煙場所の設置を容認している。
また条例が検討された自治体でも、憲章やガイドラインなどの発行にとどまっている。

各国の状況

平成26（2014）年までに、49 か国で屋内を全面禁煙とする罰則のある法規制が施行

法律により屋内を全面禁煙とした国などでは、国民の喫煙関連疾患による入院リスクが減少し、一般の職場だけでなくレストラン、バー（居酒屋等）まで全面禁煙化が広がっているほど入院リスクの減少の度合いが大きかったことが報告されている。



Tan C. et al. Circulation. 2012;126: 2177-2183 より一部改変

法律による全面禁煙化の範囲と病気の減少（入院リスク）

推奨される対策

国民の喫煙関連疾患防止のために、「FCTC 第８条履行のためのガイドライン」をはじめ、
WHO等の各種文書に記載されているように、
わが国でも喫煙室を設置することなく屋内の100%禁煙化を目指すべきである。

図表25

「たばこ対策の健康影響および経済影響の包括的評価に関する研究」(研究代表者　片野田耕太)、「受動喫煙防止等のたばこ対策の推進に関する研究」(研究代表者　中村正和)

オリンピック開催地及び予定地の受動喫煙防止対策

（2008年以後）

【表の見方　1. 主な対象施設：(△) 禁煙または分煙等の努力義務、〇 屋内完全禁煙の義務、△ 屋内分煙の義務　2. 罰則：◎ 罰則有り、× 罰則なし】

（2016年4月16日時点）

国			日本	中国	カナダ	イギリス	ロシア	ブラジル	韓国
オリンピック開催年			2020	2008	2010	2012	2014	2016	2018
主な対象施設	学校、医療機関、官公庁等の公共性の高い施設		（△）	〇／△注2	〇	〇	〇	〇	〇
主な対象施設	公共交通機関	鉄軌道車両・鉄軌道駅	（△）	車両は△ 駅は〇	〇	〇	〇	〇	〇
主な対象施設	公共交通機関	バス	（△）	〇	〇	〇	〇	〇	〇
主な対象施設	公共交通機関	タクシー	（△）	〇	〇	〇	〇	〇	－
主な対象施設	飲食店		（△）	△	〇	〇	〇	〇	〇注3
主な対象施設	宿泊施設		（△）	△	△	〇 （客室を除く）	〇	〇	〇
主な対象施設	運動施設（屋外）注1		（△）	〇	〇	〇	〇	〇	〇注4
主な対象施設	事業所（職場）		（△）	△	〇	〇	〇	〇	〇注5
罰則	管理者		×	◎	◎	◎	◎	◎	◎
罰則	国民		×	◎	◎	◎	◎	×	◎

注　1) 運動施設（屋外）については、屋外（観客席等）の禁煙、分煙の義務
2) 学校、医療機関は〇、官公庁施設は△
3) 喫煙専用ブースの設置は容認
4) 観客収容1,000人以上
5) 1階の床面積が1,000m²以上

厚生労働省が平成28年1月に作成した表をもとに改変

「たばこ対策の健康影響および経済影響の包括的評価に関する研究」（研究代表者　片野田耕太）、「受動喫煙防止等のたばこ対策の推進に関する研究」（研究代表者　中村正和）

図表26

健康増進法（受動喫煙防止法）改正案

飲食店の受動喫煙対策

- 20歳未満は喫煙場所への立ち入り禁止
- 加熱式たばこも規制対象

○規模の小さい既存店

資本金５千万円以下
客席面積100平方㍍以下

「喫煙」「分煙」
表示で喫煙可

○規模の大きな店、新たに開業する店

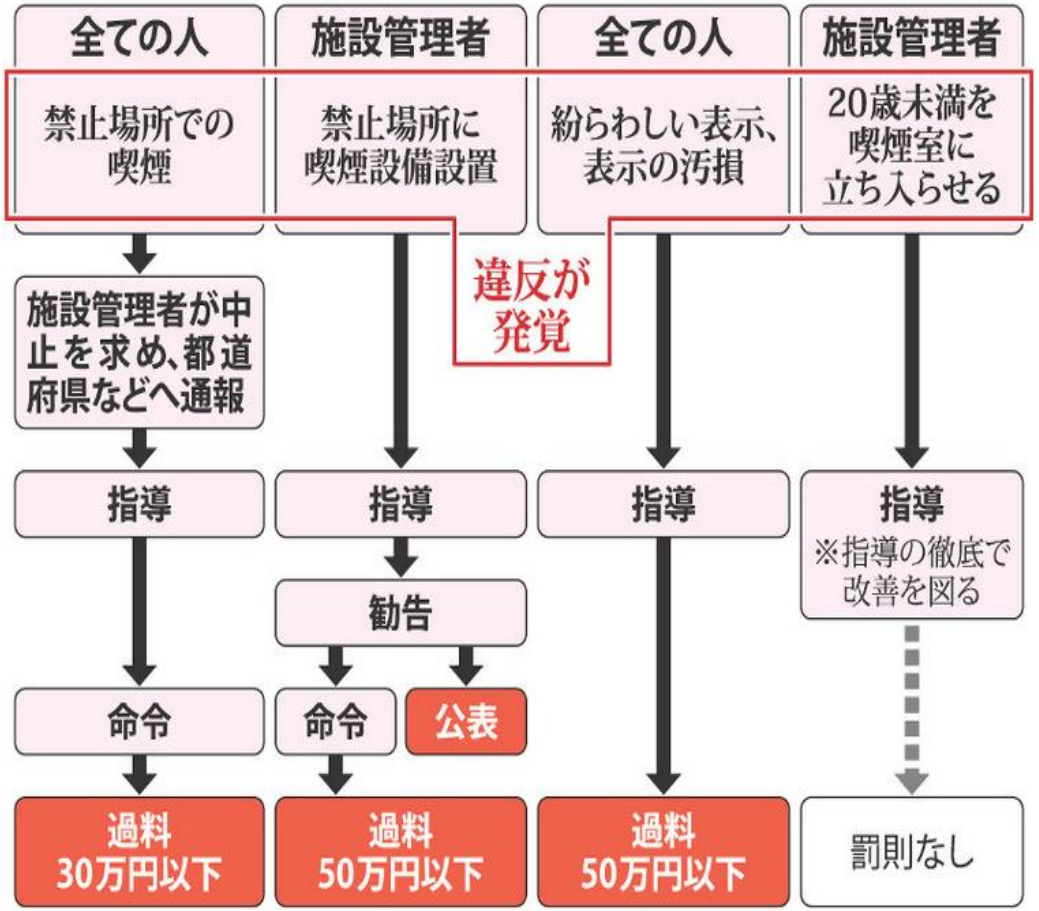
喫煙専用室
のみ喫煙可

屋内禁煙

（朝日新聞より）

義務違反時の罰則適用の流れ

※改善されない場合、矢印に沿って都道府県などが指導、勧告、命令する



（毎日新聞より）

受動喫煙防止対策
厚生労働省（法案）と東京都（条例）

東京都と国の受動喫煙防止案の違い

✕ 禁煙　○ 喫煙可

施　設	東京都	国
飲食店	屋内✕（喫煙室内のみ○）	
	従業員がいる店（84%が対象）	規模の大きな店（45%が対象）
		100平方㍍以下で個人または資本金5000万円以下の事業者の店（55%が対象）
＜例外＞	従業員がいない店（16%が対象）屋内○	屋内○※経過措置
保育所、幼稚園、小・中・高校	敷地内✕	
屋外の喫煙場所	✕	○
罰則（過料）	5万円以下	喫煙者 30万円以下 施設管理者 50万円以下

「平成30年度　地域包括診療加算・地位包括診療料に係る　かかりつけ医研修会」 5. 禁煙指導_羽鳥裕

図表28

受動喫煙の防止対策を強化･実現するための署名活動

受動喫煙の防止対策を強化・実現するための署名のお願い

趣　意　書

2020年の東京オリンピック・パラリンピック大会の開催にあたり、国際オリンピック委員会（IOC）から「たばこのないオリンピック」の実現が求められています。わが国は世界に向け、たばこ対策に抜本的に取り組む姿勢を示す必要があります。

なかでも、わが国の受動喫煙による健康被害への対策は、世界保健機関（WHO）から「世界最低レベル」に分類されており、少なくとも年間１万５千人が受動喫煙を受けなければ、がん等で死亡せずに済んだと推計されています。

このような状況を考えれば、屋内における喫煙は単なるマナーや嗜好の問題ではなく､国民の健康被害の問題として捉えなければなりません。

非喫煙者、とくに働く若い人を受動喫煙による健康被害から完全に守るためには、日本全体で屋内100％全面禁煙とする国際水準の受動喫煙防止法や条例の制定が不可欠であります。

われわれ医師会は、「国民の健康を守る専門家集団」として、国民の健康を第一に考え、例外規定や特例を設けることなく受動喫煙の防止対策を強化・実現するための署名活動を行うことといたしました。

国民の皆様にも広くこの活動の趣旨をご理解いただき、ひとりでも多くの方にご署名賜り、国への働きかけの力とさせていただきたいと存じます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

平成２９年５月

公益社団法人　日本医師会

会長　横　倉　義　武

※最終集計では　2,664,225筆

図表29

ご清聴ありがとうございました

日本医師会新キャラクター
日医君（にちいくん）

日 本 医 師 会