

禁煙に関するアンケートの報告

日本臨床内科医会公益事業委員会 委員 加藤 一晴

キーワード 喫煙率 2.5%——3 次喫煙

要旨 海外では喫煙（Smoking）・2 次喫煙（Secondhand smoking）・3 次喫煙（Thirdhand smoking）の健康被害が明らかになり、明確な喫煙規制が進んでいます。たばこ規制枠組み条約第 8 章では、「タバコ煙の暴露からの保護」を謳っています。呼応するように WHO も「タバコは（製造者が）意図したように使用されたときに、消費者を殺す唯一の製品である」とコメントしています。これまで、疾患悪化リスクの主要因でもあり、各種疾患死亡原因でありながら、喫煙問題はなかなか表面化してきませんでした。政府は 2022 年までに国民喫煙率を 12.2% まで減少させることを閣議決定しました。有効なツールである禁煙外来による禁煙サポートの重要性が増していくことが期待されます。

はじめに

種々の要因によりなかなか進展しなかったわが国のタバコ規制ですが、ようやく国民喫煙率も 20% まで下がってきました。日本臨床内科医会公益事業委員会は、早くからタバコ問題を終息させるべく、禁煙宣言を行うなどさまざまな取り組みを続けてきました。

今回、日本臨床内科医会公益事業委員会はその一環として、会員にタバコアンケート調査を行いました（図 1）。内訳は 1) プロフィール、年齢、2) 診療形態、3) 診療料、4) 医療機関の喫煙状況、5) 本人の喫煙状況、6) 喫煙者への質問、7) 同居家族の喫煙者の有無、8) たばこ規制枠組み条約（FCTC）の理解、9) 禁煙外来施設基準、10) 禁煙外来設置状況、11) 日常診療中の禁煙指導の有無、

12) 薬剤選択 13) その他です。それぞれの設問に対し、文献的考察を踏まえて報告します。

アンケート調査結果：

有効回収数 1242 人（図 2）。

考 察

日本臨床内科医会禁煙宣言

2004 年 4 月、日本臨床内科医会は禁煙宣言（図 3）を行い、それぞれの実地医家がさまざまな取り組みを行ってきました。それに付随するように今回、タバコに関するアンケート調査を実施しました。また、日本医師会は、2003 年 4 月に「禁煙推進に関する日本医師会宣言（禁煙日医宣言）」を発し、2012 年 2 月には日本医師会「受動喫煙ゼロ宣言」を行っています。

2006 年厚生労働省によりニコチン依存症管理料が算定され、同年 6 月 1 日からニコチンパッチが、2008 年 4 月 18 日からバレンクリンが保険適用され、現在ではおよそ 1 万ヵ所の医療機関で治

加藤 一晴（かとう かずはる）、昭和 60 年愛知医科大学卒業。主研究領域：血管内皮細胞代謝

本編は平成 26 年 10 月 12～13 日に岩手県で行われた第 28 回日本臨床内科医学会での禁煙関係講演会（産業医研修会）の講演を整理、要約したものである。

(□に✓を入れてください 記述は簡単で結構です)

- Q1. プロフィール 性別／年齢
□男性 □女性 / □40歳未満 □40代 □50代 □60代 □70代 □80歳以上
- Q2. 診療形態 □開業医 □勤務医(管理者・院長) □勤務医(非管理者)
- Q3. 診療科
□内科(主たる専門領域 _____) □その他(_____ 科)
- Q4. 現在 主に従事している医療機関の喫煙状況について
□敷地内禁煙 □建物内禁煙 □建物内分煙 □規制なし
- Q5. ご自身の喫煙状況
□吸っている □吸っていたが今は禁煙している □吸ったことがない
- Q6. Q5で吸っている・吸っていたと回答された方へ
何歳から(____)歳 何年間(____)年間 1日平均何本(____)本
購入先(複数可) □自販機 □コンビニ □その他(____)
喫煙場所(複数可) □医療機関の中 □医療機関の外 □自宅の中 □自宅の外
□その他(____)
禁煙に挑戦したことが □ある □ない
どんな時に吸いたくなるか □朝起きてすぐ □食事のあと □その他(____)
吸わない人への配慮は □している(どんな時:____) □していない
- Q7. 同居家族に喫煙者はいるか
□いる □いない
- Q8. タバコ規制枠組み条約(FCTC)について(参考資料1)
□知っている □少し知っている □知らない
- Q9. 禁煙外来の施設基準について(参考資料2)
□知っている □知らない
- Q10. 貴院の禁煙外来設置状況
□保険適用で設置している □自由診療で設置している □設置していない
- Q11. 日常診療のなかで禁煙指導をしているか(Q10で「設置していない」と回答された方のみ)
□積極的に行っている □ときどき行っている
□あまり行っていない→その理由(□吸うのは自由 □面倒 □多忙 □その他____)
- Q12. 薬剤は何を用いているか(禁煙外来開設医療機関のみ、複数回答可)
□バレニクリン(チャンピックス) □ニコチンパッチ □ニコチンガム □その他
- Q13. ご意見, ご感想などございましたら, ご記入ください。

図1 タバコアンケート

療が行われています。対費用効果においても、禁煙治療は保険医療プログラムのなかでも特に経済効率性¹⁾に優れています。それに伴い喫煙率全体も20%程度(表1, 表2, 図4)まで低下しています。

禁煙外来の設置状況は、ニコチン依存症管理料の施設基準(図5)が、普及に影響を及ぼしています。千葉県銚子市民病院は、敷地内の喫煙所が市議会で問題視され、それまでのニコチン依存症管理料の返額²⁾を余儀なくされました。この例が示すように禁煙外来の設置にはさまざまな要件を満たす必要があります。



驚異の喫煙率2.5% (図6)

今回のアンケートにおける喫煙率は2.5%でありました。この理由としては、1) 医療者であるので非喫煙が多い、2) 調査対象者のうち50歳以上が75%を占める(つまり卒煙後の会員が多い)、が考えられます。昨今の国民喫煙率の統計(表1, 表2, 図4)からも、男性は年齢を重ねるうちに吸わなくなる傾向が明らかです。喫煙による年間超過死亡数 11.2万人(総死亡の12%)などの数字

- 1) 男性 1029 人 (82.9%), 女性 131 人 (10.5%)
- 2) 年齢: 75%以上 50~70 歳代
- 3) 診療形態: 内科医 1175 件 (開業医は 1007 件)
- 4) 医療機関の喫煙状況: 敷地内禁煙 702 件, 建物内禁煙 519 件
- 5) 本人の喫煙状況:
 - 非喫煙 625 人, 過去喫煙者: 584 人, 現在喫煙者: 31 人 (2.5%)
- 6) 内科系診療科: 一般・総合内科 442 人, 消化器科・胃腸科 277 人, 循環器科 203 人, 糖尿病・内分泌代謝科 101 人, 呼吸器科 94 人
 - 外科系診療科: 一般外科 32 人, 皮膚科 12 人, 整形外科 8 人, リハビリ科 7 人
- 7) ①喫煙開始年齢: 71.6%は 20 歳から (回答数 573 人)
 - ②喫煙期間: 20 年以上 224 人 (39.0%), 11~20 年未満 194 人 (33.8%), 6~10 年 91 人 (15.8%)
 - ③喫煙本数: 11~20 本 309 人 (54.3%), 10 本以下 164 人 (27.1%)
 - ④購入先: (複数回答可): 回答者 615 人, 自販機 293 人, コンビニ 124 人,
 - ⑤喫煙場所: (複数回答可): 自宅内 384 人, 自宅外 325 人, 医療機関内 280 人, 医療機関外 272 人
 - ⑥禁煙挑戦経験: 442 人 (71.9%)
 - ⑦吸いたくなる時間: 食後 (317 人)
 - ⑧吸わない人への配慮: 配慮している 298 人 (48.5%)
 - 関心なし (配慮していないや回答なし) は 51.5%
- 8) 同居家族の喫煙者: 93 人 (7.5%)
- 9) たばこ規制枠組み条約 (FCTC) を知らない会員: 559 人 (45.0%)
- 10) 禁煙外来の施設基準: 1242 人中 966 人 (77.8%) が理解
- 11) ニコチン指導管理料算定: 547 医療機関
- 12) 積極的な禁煙指導を行っている, ときどき行っている, をあわせると 501 人
- 13) 薬剤選択: 経口剤 583 人, 貼付剤 359 人 (何れも複数回答可)

図 2 アンケート結果

1. 私達は, 自ら禁煙するとともに, 国民をタバコの害から守ることを誓います。
2. 私達は, 自らの医療施設を禁煙化し, 私達が行う学術集会や会議をすべて禁煙とします。
3. 私達は, タバコを吸う患者に必ず禁煙を勧め, 希望するものに禁煙支援を行います。
4. 私達は, タバコを吸わない人が受動喫煙の害を受けない社会をめざします。
5. 私達は, 国民へのタバコの健康に及ぼす害や依存性に関する正しい知識の普及につとめ, 未成年者や妊婦の喫煙防止を推進いたします。

図 3 日本臨床内科医会の禁煙宣言

に接する機会も多いと思われ, 会員は健康被害の拡大とその対策の必要性を痛感しているのではないのでしょうか。同居家族の喫煙率 7.5% も一般家庭ではありえないことです。

喫煙開始年齢・期間・購入先 (図 2-7-①②③④)

573 人の回答者のうち, 10 代から喫煙を開始した人は, 23.4% (134 人) でした。71.6% (410 人) は, 20 歳を超えてからでした。喫煙期間は 20 年以上が 39.0% (224 人), 11~20 年未満が 33.8% (194 人) と, 両者を合わせると 70% 以上でした。

医師としてのスタンスが問われる時代になり, 社会的な立場から卒煙できたケースもあると思われます。2006 年厚生労働省が禁煙外来を保険医療として認めました。それによりニコチン依存症は, 再発しやすいが繰り返し治療することにより完治しうる慢性疾患であるとの認識が広まりました。禁煙介入は短時間でも禁煙率を高める効果がありますが, さらに薬剤を適切に使えば, 禁煙率は 2 倍高まることを知識として知っていることも大き

表 1 日本の喫煙率の推移：男性（JT 発表）

年	20 代	30 代	40 代	50 代	60 歳以上	平均
1965 年	80.5%	84.7%	86.7%	81.4%	74.6%	82.3%
1980 年	77.1%	73.4%	69.1%	70.0%	60.0%	70.2%
1990 年	66.3%	68.7%	62.7%	57.0%	49.4%	60.5%
2000 年	60.7%	63.4%	60.0%	54.1%	37.7%	53.5%
2005 年	51.6%	54.6%	53.9%	48.7%	31.4%	45.8%
2010 年	38.3%	43.4%	43.3%	42.9%	26.2%	36.6%
2011 年	35.2%	40.6%	39.2%	40.9%	23.9%	33.7%
2012 年	31.5%	40.4%	39.0%	39.0%	23.5%	32.7%
2013 年	29.9%	39.0%	41.0%	36.4%	23.8%	32.2%
2014 年	29.4%	36.6%	38.5%	36.6%	21.1%	30.3%

表 2 日本の喫煙率の推移：女性（JT 発表）

年	20 代	30 代	40 代	50 代	60 歳以上	平均
1965 年	6.6%	13.5%	19.0%	23.0%	23.0%	15.7%
1980 年	16.2%	14.2%	14.4%	12.8%	14.6%	14.4%
1990 年	19.5%	17.2%	14.0%	12.2%	9.4%	14.3%
2000 年	21.9%	17.7%	16.8%	12.0%	6.7%	13.7%
2005 年	20.9%	20.9%	17.9%	14.4%	5.5%	13.8%
2010 年	15.1%	16.0%	16.8%	14.0%	7.0%	12.1%
2011 年	13.5%	14.7%	13.7%	11.9%	6.4%	10.6%
2012 年	11.4%	15.4%	15.9%	12.2%	5.5%	10.4%
2013 年	11.1%	14.5%	13.9%	13.9%	6.3%	10.5%
2014 年	10.0%	13.0%	14.8%	13.1%	5.6%	9.8%

いでしょう。

購入先ですが、2008 年にタスポ³⁾が導入されました。2002 年に加藤⁴⁾らが医師 5000 人に行ったアンケートでは、医師の喫煙率は 29%でした。それほど昔の話ではありません。今回の喫煙率 2.5%に至ったのは、タスポ導入により止めることができたのかも知れません。JT に名前・住所などを郵送するタスポの普及率は、35%以下ですので、禁煙への十分なキッカケになり得ます。これによりタバコ自販機は数年以内に、62 万台から

30 万台へと減少しました。



喫煙場所・禁煙挑戦経験・吸いたくなる時間・吸わない人への配慮
(図 2-7-⑤⑥⑦⑧)

わが国では健康増進法が 2005 年に施行され、大概の公共空間の喫煙対策は進みましたが、医療機関はその最たるものです。今回のアンケートでも、喫煙場所は医療機関の内外や自宅との回答がありました。多くは会員自身が喫煙者だった頃

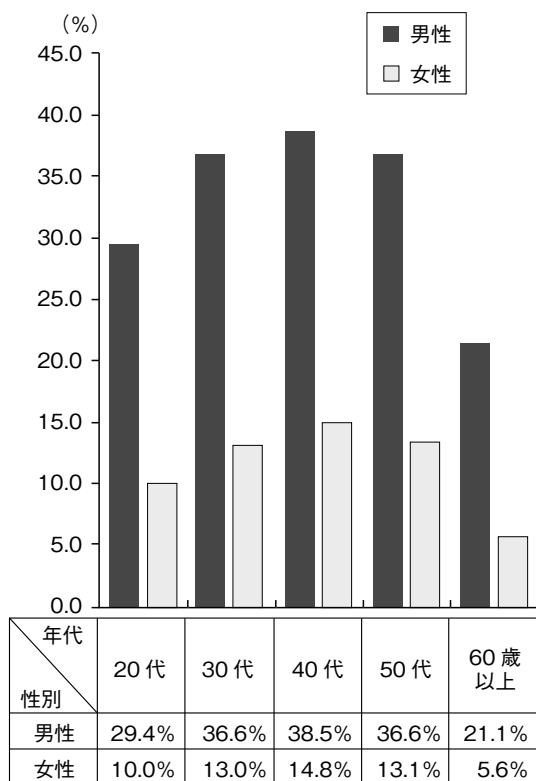


図 4 2014 年 全国たばこ喫煙者率調査 (JT 発表)
男女計で 19.7%

と想定されます。

禁煙挑戦は 71.9% (442 人) との回答がありましたが、現在の会員喫煙率 2.5% の達成は、そのような意識が働いたものと思われます。

吸いたくなる時間は、317 人 (615 人中) が食後でした。これは納得のいくものでした。残念なのは「吸わない人へ配慮している」が 48.5% (298 人) だったことです。受動喫煙の有害性は周知されていますが、最近では 3 次喫煙 (Thirdhand smoking)⁵⁾ の危険が指摘されています。この辺りの啓発・普及が今後の課題といえるでしょう。

たばこ規制枠組み条約 (FCTC)⁶⁾

これは公衆衛生分野での初の多国間国際条約です。2003 年 5 月 21 日 ジュネーブで作成、2004 年 3 月 9 日 ニューヨークで署名し、わが国は 19

- ・敷地内禁煙 (施設責任の及ぶ範囲、駐車場も含める) であること
- ・禁煙治療を行っている、わかりやすく提示していること
- ・禁煙治療の経験がある医師が 1 名以上勤務している
- ・禁煙専属に看護師、准看護師が 1 名以上勤務している
- ・治療経過確認のために一酸化炭素測定器が備わっている
- ・ニコチン依存症管理料を算定した患者のうち、喫煙を止めたものの割合等を、所定の様式を用いて、社会保険事務局長に報告していること

図 5 禁煙外来の施設基準 (保険適応の場合)

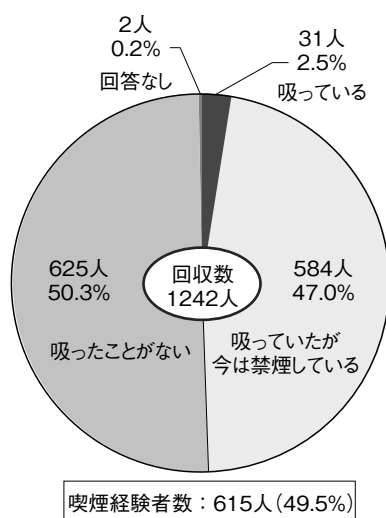


図 6 ご自身の喫煙状況

番目に批准しましたが、現在では 180 カ国弱が締結しています。

目的は、タバコの消費、および受動喫煙が健康、社会、環境、および経済に及ぼす破壊的な影響から、現在、および将来の世代を保護するものです。締約国は条約の発効から 3 年以内に、(1) 健康被害が少ないと誤解を与えかねない表示をしない、(2) 包装面積の 3 割以上を用いて、健康被害の警告表示の掲載を求められるほか、発効後 5 年以内に、タバコの広告や販売促進などを全面的に禁止し、規制の実施措置を取るよう求められ、法律の

整備を行って、未成年者の自動販売機によるタバコ購入を防ぐことも要求されます。

タバコに対する課税率引き上げの要検討、「マイルド」、「ライト」などの表示規制は各国の自主判断に任されます。また、条約第8条では、タバコの煙に晒されることからの保護を求めており、具体的な指針として「たばこの煙に晒されることからの保護に関するガイドライン」が定められています。この主旨は、2005年に制定された健康増進法第二十五条とほぼ同じですが、FCTCは罰則を伴うのに対し、健康増進法第二十五条は努力義務でしかありません。しかしながら、このような法的根拠を国民が知ることになり、喫煙率は減少していきました。

一方では、現在でも喫煙を擁護する勢力⁷⁾は強大です。現在完成しているシステムを、後追いで規制することは困難ですが、医師法⁸⁾第一章総則第一条には、「医師は医療及び保健指導を掌ることによって公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保するものとする」とあります。

日常診療での禁煙指導（複数回答あり）・薬剤選択（図2-12, 13）

今回のアンケート調査では、禁煙指導を積極的に行っている会員（233人）、ときどき行っている会員（268人）を合わせて501人いました。これは、禁煙指導の5Aアプローチ（AHRQ, 2008）に記載があります。

米国の診療ガイドラインでは、「5Aアプローチ」を勧めています⁹⁾。喫煙しているかどうかを尋ねる（Ask）、すべての喫煙者に禁煙をアドバイスする（Advice）、禁煙する意志がどれほどあるか見極める（Assess）、患者が禁煙するのを助ける（Assist）、追跡するための診療予約をとる（Arrange）という5つの方法です。

短時間のアドバイスの絶対的効果はさほど大きくありませんが、医師のもとを訪れる人は非常に多いため、この介入は世界的にみてかなりの効果があると考えられています。

医師は、禁煙したいと考えている患者だけでなく、禁煙の意思のない喫煙者にもアドバイスできるという意味で、きわめて特異な立場にあります（Jackson et al, 2000）。禁煙する意思のない喫煙者には、医師は喫煙と禁煙についての情報を与え、特に禁煙について個人的なメリットを強調することで患者の気持ちを動かす必要があります。禁煙できるかどうか自信のない喫煙者には、禁煙の障害となっているものや、その解決法について話し合うなど、動機付け戦略が奨められます。

このような介入では、禁煙開始日を決めるのを手伝ったり、その患者さんにとっての禁煙による利点を強調したりするなどの点で、効果を高めることができます。

使用薬剤ですが、複数回答ながら経口剤（チャンピックス、バレニクリン酒石酸塩製剤）583人、貼付剤（ニコチンパッチ）が359人でした。ニコチンパッチには、発疹、かゆみなどの過敏症状や接触皮膚炎が現れることがあり、また皮膚炎、不眠、頭痛、悪夢、アナフィラキシー様症状、神経過敏、振戦などが現れることがあります。さらに、めまい、だるさ、吐き気、まれに、血圧上昇、不整脈、せき、筋肉痛、色素沈着、腹痛、胸やけ、下痢、動悸、息苦しさ、しびれ、肝機能異常なども現れることがあります。人体に有害なニコチンを経皮的に吸収させるわけですから、期間限定の有害事象には目をつむることも必要かもしれません。ニコチン依存症にいたる前の対象（中学生・大学生などの未成年）にはかなり有効です。

一方、バレニクリン酒石酸塩製剤は、腹側被蓋野（VTA）の $\alpha_4\beta_2$ ニコチン受容体に結合し、ドパミンの遊出を抑制するとされています。副作用としては、吐き気、不眠、傾眠、異常な夢、頭痛、鼓腸、皮膚粘膜眼症候群、多形紅斑、血管浮腫、不安、激越（感情の高ぶり）、抑うつ、精神症状、攻撃的行為、敵意などが現れることがあります。

特に服用後の意識障害に関しては関心が高く、厚生労働省は意識障害に関する副作用報告〔平成20年5月8日（販売開始）～平成23年4月21日〕を発表¹⁰⁾しました。平成23年4月21日までに機

構が受け付けた、本剤の意識障害に関する国内副作用報告は16例であり、そのうち3例が自動車運転時に意識障害を発現した症例でした。副作用報告16例を評価した結果、本剤と意識障害との関連性が否定できない症例が6例認められ、自動車運転時に意識障害を発現した3例についてはいずれも本剤との因果関係が否定できませんでした。本剤との因果関係が否定できない症例の中には、前駆症状等を伴わずに意識消失を発現した症例も含まれていました。しかし、国内でおよそ100万人の処方量があるので、有害事象判断が難しいといわれています。これまで1000名のバレニクリン処方経験を有する村松¹¹⁾によれば、ニコチン依存症世代は併用薬も多いので、因果関係はわからないとしています。さらにバレニクリンで自殺・自傷・うつ状態が念慮されましたが、今では否定¹²⁾されています。

○ タバコの真実

米国(B & W)社の研究開発担当副社長だったジェフリー・ワイガンド博士(Jeffrey Wigand)は、タバコ精製過程における種々の問題点を発表しました。それによれば、紙巻きタバコ成分の半分は、返品されてきたタバコを溶解したものや、床に落ちているタバコ屑、あるいはCO₂で膨張させた葉タバコを用いて造られているそうです。Ammonia technology¹³⁾を用いて、喫煙者の依存性を高めることも画策しているのです。

米国はFDAが音頭を取り、さまざまな活動を繰り広げてきました。肺がん死の抑制につながった背景として、「米国医療保険制度改革法」「家族の喫煙予防とたばこ規制法」をあげています。さらに「政治、研究、啓発、公衆衛生、臨床技術など、ありとあらゆる力を結集し、死や病気、障害をもたらす“たばこの時代”を終焉させなければならない」と述べています。全米第2位のドラッグストアCVSが、2014年10月からタバコ販売を中止したことも、今後は大きく影響するでしょう。わが国の広域自治体で、不完全ながら喫煙規制を

敷いているのは、残念ながら神奈川県と兵庫県だけで、今後の国民の健康意識の高揚が期待されるところです。

○ おわりに

今回のアンケートにより、日臨内会員の喫煙率が著しく低いことが示されました。おそらくこのところの社会環境禁煙化や喫煙率の低下も一役かっているといえるでしょう。一方で、30～50代の就労者世代の喫煙率は40%程度あり、その子どもたちが受動喫煙環境にいます。子どもたちの5%は受動喫煙から、ニコチン依存症への移行¹⁴⁾が報告されていますので、何としても防がなくてはなりません。子どもと違い、大人は説得に応じませんが、納得すれば変わります。

昨今、人体に対する3次喫煙の有害性も周知されることとなり、もはや担税力の高い商品とばかりはいつていられない状況にあります。

産業医は職員の喫煙を指摘しても、企業は治療の場ではありません。企業から禁煙治療を受けさせるような、会社と診療所の連携も視野に入れた体制づくり¹¹⁾が望まれます。あるいは口腔内疾患で苦勞されている歯科開業医との情報交換も欠かせません。

喫煙(Smoking)・受動喫煙(Secondhand smoking)・3次喫煙(Thirdhand smoking)は、それぞれの有害性や健康被害が詳らになってきました。閣議決定された喫煙率(2022年までに12.2%)を達成するには、日臨内の先生方からの禁煙サポートこそが大切です。受診者に真実を伝え、臨むべき指針を示し、あるべき方向に導くことが重要です。

今後の日臨内会員の皆様の活躍に期待します。

著者のCOI開示：本論文発表内容に関連して特に申告なし

文 献

- 1) 禁煙支援マニュアル・ニコチン依存症管理料について、平成 18 年度「たばこ・アルコール対策担当者講習会」(2006 年 11 月 22 日, 東京) 大阪府立健康科学センター 健康生活推進部 増居志津子 <http://www.mhlw.go.jp/topics/tobacco/houkoku/061122f.html>
- 2) 禁煙外来で喫煙所, 銚子市立病院 診療報酬返還へ (2014/6/9 21:53). http://www.nikkei.com/article/DGXNASDG0902U_Z00C14A6CR8000/
- 3) taspo (タスポ), 2008 年 3 月から順次日本全国に導入されている成人識別 IC カード. <https://www.taspo.jp/>
- 4) 加藤治文: 効果的な禁煙推進と医師の役割. 日医雑誌, 127(7):991-1008, 2002
- 5) 服や車などに残る「三次喫煙」も DNA に有害. http://www.huffingtonpost.jp/2013/06/25/thirdhand_smoke_dna_damage_cells_n_3500167.html
- 6) たばこ規制枠組み条約. <http://www.nosmoke55.jp/data/0605fctguide.pdf>
- 7) 喫煙問題の社会的側面 (大越, 分煙有理より 1998). <http://homepage3.nifty.com/tobaccoby/figuresunused.html>
- 8) 医師法 (昭和二十三年七月三十日法律第二百一号) 最終改正: 平成二六年六月一三日法律第六九号 第一章 総則 第一条 医師は, 医療及び保健指導を掌ることによつて公衆衛生の向上及び増進に寄与し, もつて国民の健康な生活を確保するものとする.
- 9) 第 3 章 たばこ依存症の治療と禁煙方法 厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/topics/tobacco/kin-ensien/izonshou/03.html>
- 10) 医薬食品局 (2011 年 10 月). “1. 禁煙補助薬チャンピックス錠による意識障害に係る安全対策について (PDF)”. 医薬品・医療機器等安全性情報 No. 284, 厚生労働省, 2012 年 5 月 7 日閲覧.
- 11) 禁煙外来 skillup 講座 2013 年世論時報 9 月号, 禁煙外来スキルアップ講座 IN 浜松「喫煙率低減を実現する熱意」137 の画像と熱意, 13-16
- 12) バレニクリンで自殺・自傷は増えず. 2013.11.1 BMJ 誌電子版
- 13) <http://kinen.polaris-group.net/nicotine/> アンモニア・テクノロジーがささやかれる「たばこ添加物」の恐るべき正体
- 14) Jennifer O'Loughlin: 被害に遭っているこどものうち, 5%は依存症になる. Addictive Behaviors, 33:1557-1563, 2008