

日本禁煙学会雑誌

Vol.5 No.2

CONTENTS

《巻頭言》

横浜タバコ病訴訟第1審判決についての総括

片山 律 28

《原著論文》

日本国内の宿泊産業における受動喫煙対策の現状と課題

北田雅子、他 33

《原著論文》

ニコチン依存度の強さとタバコの価格が禁煙動機に与える影響
—大学生喫煙者を対象とした禁煙調査による検証—

伊藤 敦、他 44

《原著論文》

喫煙者肺癌患者の周術期合併症の検討

末満隆一、他 50

《資料》

くまもと禁煙推進フォーラムの設立と活動

橋本洋一郎、他 59

《資料》

2009年映画とタバコについての一考察

見上喜美江 66

《記録》

日本禁煙学会の対外活動記録(2010年3月~4月) 73

Japan Society for Tobacco Control (JSTC)

特定非営利活動法人 **日本禁煙学会**



横浜タバコ病訴訟第1審判決についての総括

横浜タバコ病訴訟原告弁護団 弁護士
片山 律

1. はじめに

私は、2003年夏、ヘルシンキで開催された「タバコか健康か世界会議」に参加した。同会議において、当時原告弁護団として活動していた、いわゆる「東京たばこ病訴訟」について説明したところ、各国の参加者から、「あなたはタバコ会社の味方なのか、それとも政府の味方なのか」という質問を数え切れないほど受けた。「私たちは日本政府も訴えている。」と説明すると、ほぼ決まって「お前達はタバコ会社のスパイか?」と非難された。つまり、参加各国においては、政府が国民の健康の観点からタバコ規制を行い、それに対してタバコ会社が訴訟で争うという、「政府対タバコ産業」という構図が当たり前の構図であり、「政府＝タバコ産業」というわが国の歪んだ構図が理解しがたいものであったのである。参加している法律家のほとんどが政府側の代理人を務めた人達であり、彼らは国を訴えている法律家＝タバコ産業の代理人という理解であって、私の立場はとて珍しいものとして理解された。

いまだに我が国においては、タバコ産業の健全な発展及び税収の安定的確保を目的とした「たばこ事業法」によりタバコの製造販売が行われており、また、民営化されたはずの日本たばこ産業(株)の株式の過半数は財務大臣が保有し、かつ、その監督官庁は国民の健康を司る厚生労働省ではなく、国の財務を司る財務省にあるという極めて異常な状態にある。本件判決でも、我が国では、国は、国民の健康を守るという観点からタバコの製造販売を規制する権限を持たないとされている。つまり、我が国は、タバコを売るための法律はあっても、タバコの健康被害を防止する法律を持たない国ということになる。この歪んだ構造的問題は、本件横浜訴訟第1審判決にも強く影響を及ぼしていると言わざるを得ない。

2. 本件訴訟の概要

本件訴訟は、2005年1月、喫煙により各タバコ関連病(以下、「タバコ病」という。内訳は、肺がん1名、肺気腫2名)に罹患した3名の原告が、タバコの製造販売業者である日本たばこ産業(株)(以下、「JT」と略称する)、その当時の代表者2名及び監督権者であった国を被告として提起したもので、

- ① 各タバコ病に罹患させられたことを損害とした各1億円の損害の内金1,000万円の損害賠償請求、
- ② 自動販売機での販売を行っている小売業者に対する卸売販売差止請求、
- ③ いわゆる「タバコ規制枠組条約」の要請に沿った形でのタバコ外箱への警告表示の義務付け請求、

の3つの請求を内容としている。

同種訴訟としては、1998年に原告7名が東京地裁で提起したいわゆる東京たばこ病訴訟がある。その概要等については、日本禁煙学会雑誌 vol.1 No.1(2006年11月1日)をご参照されたい(<http://www.nosmoke55.jp/gakkaisi/200611/index.html#isayama>)。

なお、本件訴訟では、2008年4月に裁判官の交代があった。交代された新裁判長は、東京訴訟第1審判決の際の右陪席裁判官であり、新右陪席裁判官は、東京訴訟上告審の際の最高裁調査官であった。東京訴訟を棄却した裁判官らが2名も横浜に送られてくるという事態に対し、弁護団も裁判官の忌避という手続きをとるかどうか悩んだが、弁護士任官であり、かつては医療過誤弁護団のメンバーであった水野邦夫裁判長への期待を込めて判決に臨んだ。しかし、本件判決内容をみると、やはり結論ありきの判決であったのではないかと考えざるを得ない。

3. 本件訴訟の意義

本件訴訟は、タバコの有害性及び依存性を知っていた(少なくとも知っているべきであった)製造販売業者であるJT(前身である日本専売公社を含む)及び監督権者である国が、そのまま製造販売を継続すれば、将来、相当の蓋然性をもって顧客である喫煙者の相当部分にタバコ関連病への罹患という結果が発生することを予見できたにも関わらず、漫然と製造販売を継続したことで、本件各原告に具体的な肺がん、肺気腫への罹患という結果を生じさせたことに対する損害賠償請求という、既に発生した過去の損害に対する賠償請求と、現在も行われている自動販売機での販売の事実上の差止、警告表示の強化という将来に対する請求の2つの側面がある。

そもそも製造販売業者であるかぎり、その製造販売する製品に健康上のリスクがあることが判明した場合、その安全性について調査するのは当然の義務であるし、もしその潜在リスクが顕在化した場合には、発生した結果について責任を負うのも当然である。大企業であるJTをはじめとして、大規模な製造販売会社は、あらかじめその製品価格にリスクを分散させておくことも可能である(わが国の場合、タバコ価格を自由に決定できないのであるが、それは国の責任を義務付けることはあってもJTの免責の理由にはならない)。ところが、タバコの場合、ろくなりリスク開示もしないまま、売っただけ売って莫大な利益をあげておいて、あるいはその売り上げから莫大な税収を確保するだけしておいて、実際に、タバコという商品が元々持っているリスクが顕在化、つまり、その顧客である喫煙者がタバコ関連病へ罹患した場合、タバコは「嗜好品」であるというフレーズを用い、喫煙者の自己責任であるとして、JTも国も一切の責任を免れてきた。これは、タバコの依存性へ不理解といった医学的な原因だけでなく、そもそもわが国にはたばこ事業法という「我が国たばこ産業の健全な発展を図り、もって財政収入の安定的確保及び国民経済の健全な発展に資することを目的とする」ための法律はあっても、国民の健康の観点からタバコを規制するための法律が全くないばかりか、その監督官庁が、タバコによる税収という利益を得る大蔵省(財務省)にしかないという、いわば「お手盛り」というべき歪んだ不健全

な体制がいまだにあるという社会構造に大きな原因があると思われる。

また、嗜好品であるという主張自体、原告としては受け入れることはできないが、仮に嗜好品であることからその使用によって発生した結果については使用者が引き受けるべきという理論が成り立つとするならば、それには事前の詳細なリスク情報の開示が不可欠であるが、そのためには、少なくとも外箱への十分な警告表示が不可欠であるし、その表示が十分見えないままの自動販売機での販売は禁止されるべきである。厳然たる事実として、喫煙者のうちの少なくない相当数の人が、大人の嗜好判断ができない未成年者のうちに喫煙を開始していることも見逃されてはならない。

本訴訟は、各原告の個別の損害賠償等請求であると同時に、上記のようなわが国の歪んだ構造的根本的問題及びリスクを負担しないままでニコチンの依存性を利用して莫大な利益を上げ続けるという不公平で不公正な産業構造を正すとともに、タバコの製造販売が合法化されとしても最低限度必要とされる警告表示を確保するという意義を有している。

4. 判決内容

(1) 結論

本件判決要旨及び判決全文は以下で確認できる。
<http://www13.plala.or.jp/tabakobyounin/100120yokohamatisaihanketubun.pdf>

本判決は、原告らの請求をすべて棄却した。

結論は全部棄却であるが、その理由中の判断は、上記東京たばこ病訴訟判決理由に比べると、格段に前進してはいる。しかも、本判決は、原告3名のうち少なくとも1人が喫煙していた期間(原告森下の喫煙開始時である昭和22年10月頃～原告水野が禁煙した平成5年9月22日まで)を「本件判断対象期間」とし、何度も、「本件判断対象期間」当時の判断であることを断りながらの判断であり、後述する「付言」も併せ読めば、あたかも、現時点における判断をするのであれば、タバコの製造販売は違法であると判断しているかのようにも読める。もっとも、既に「タバコ規制枠組条約」の批准・発効がされ、警告表示の強化もされている現在、あまりにも世界の常識とかけ離れていた東京訴訟判決を維持することは、もはや裁判

所にもできなかつたということかもしれない。

(2) 有害及び依存性

本判決は、タバコの有害性について、JTの「肺がんの原因と発生機序のすべてが解明されない限り因果関係を肯定することができない」という主張を明確に排斥した上で、「喫煙が肺がんの極めて有力な原因となっているという定性的意味での因果関係を肯定するには十分」であり、「肺気腫についても、たばこが肺気腫のリスクを著しく高めるという限度では、上記認定から優に認めることができる。」と判断した。

また、依存性については、東京訴訟判決を引用してのJTの主張を一部取り入れながらも、「たばこの依存性の程度は、個人差が顕著に大きいものと推認される」という限度で認定し、「いずれにせよ、禁煙を試みながらこれに成功しない者が少なからず存在するという点で、たばこの依存性は決して軽視することができない程度のものである。」と判断した。

(3) 有害性及び依存性に関するJTの認識

その上で、上記有害性及び依存性に関するJTの認識につき、本件判断対象期間当時における認識であることを何度も断りながら、また、JTの認識を「現時点での知見の水準から回顧的に判断することはできない。」と断りながら、上記のような有害性及び依存性の認識を有していたとしても、我が国における定量的な意味での危険性の認識までを有していたとは言えないので、「従前どおりの方法でたばこ製造販売を続ければ、不特定多数の者がたばこ関連病に相当の蓋然性をもって罹患し、いずれは死亡することを認識していた」とはいえないと判示した。

(4) タバコの製造販売に関するその余の考慮事情について

上記のとおり、本判決は、JTの予見可能性を否定しながらも、わざわざその判断に続いて、「以上の認定によれば、被告日本たばこにおいて、たばこが、肺がんの極めて有力な原因の一つであり、肺気腫のリスクを著しく高めるものであること、また、禁煙を試みながらこれに成功しない者が少なからず存在するなど、たばこの依存性は決して

軽視することができない程度のものであることを認識しながら、その製造販売を継続していたというべきであり、このことが、たばこの製造販売行為の違法性を基礎づける方向に考慮せざるを得ない極めて重要な事実であることは、否定しえないというべきである。」として上記程度の認識であっても違法性を基礎づけることは認めている。

しかしながら、「たばこは、一般に十分な判断能力があると考えられる成人にのみ消費が許される嗜好品だということである」としてJTの「大人の嗜好品論」を採用し、また、その前提として必要とされる有害性及び依存性に関する情報開示もタバコ包装への注意表示という形でされてきていること、たばこ事業法等に基づき「国の財政への貢献等の観点から、たばこの製造販売を行うべき法人としての位置づけを法律によって付与され、そのような任務の遂行を国家から求められていたのであり」、これはタバコの製造販売の適法性を前提としていること、喫煙が古くから社会に受容されてきていることなどを認定して、総合的には、タバコの製造販売行為を不法行為法上違法と評価することはできないと判断した。

(5) その余の違法性判断

その他、本件では、憲法違反や説明義務違反等も争点とされていたが、上記の違法性がないという判断を前提としてこれらをすべて排斥している。

(6) 差止請求

また、差止請求等については、その根拠となる人格権の内容及び実体法上の根拠が不明確であるとして排斥している。

(7) 国の責任

原告らは、国の責任につき、厚生大臣は、厚生省設置法、食品衛生法、家庭用品規制法に基づき、大蔵大臣は日本専売公社に基づき、タバコ製品を回収したり、販売を禁止するなどの規制権限を行使すべきであるところ、これを怠ったとして、更には、もし具体的な規制権限がないのであれば、新たな立法を行うなどして同様の規制を行うべきであったのに立法を怠ったとして国の違法を主張した。

しかし、本判決は、国の責任についても全て否定した。

理由として、まず、規制権限不行使については、「厚生省設置法は、いわゆる行政組織法であって、厚生大臣に具体的な規制権限を行使することを義務付ける根拠となるものとはいえないし、たばこは食品衛生法上の「食品」、家庭用品規制法上の「家庭用品」に当たるとはいえない」、「大蔵大臣は、日本専売公社法44条等に基づく監督権限を有していたといえるが、日本専売公社法は、日本専売公社にたばこの製造販売を担わせることを目的とする法律であり、このような法律の目的と矛盾するたばこの製造販売の禁止措置を行うべき義務が、同法から導かれるとは考えられない」から、規制権限不行使に違法はないというものであった。

また、立法不作為については、「立法の不作為が国家賠償法上違法となるのは、憲法上一義的に要求される立法を国会があえて怠ったなどの例外的な場合に限るといふべきところ、本件がこのような場合に当たらないことは明らかである」というお決まりの文言で違法はないとしている。

(8) 付言

上記のとおり、本判決は、結論としては請求を全部棄却したが、最後に「まとめ」として、「なお、本判決は、本件判断対象期間における被告日本たばこによる製造、販売の違法性を中心として判断したものであるが、その後、現在に至るまでのたばこについての知見の深化、公衆衛生的観点からの施策の進展など、たばこの製造、販売を巡る環境には一定の変化が認められる。今後のたばこの製造、販売の在り方については、これらも踏まえつつ国民的な議論を待つべきであり、最終的には国会における様々な観点からの審議を経て決定されるべきことであることを付言する。」と判示されている。

5. 評価(やはり結論ありきの判決なのか)

上記のとおり、同種判決である東京訴訟判決に比べて、本判決の理由中の判断が格段に前進したことは明らかである。JTの因果関係におけるメカニズム論を明確に否定し、本件判断対象期間における判断に限ってと言いながらも、あたかも違法

性を認めるかのような判示部分すらみられる。しかし、全体的に踏み込んだ判断を避け、特に依存性の判断については、1985年からJTと業務委託契約を結んでいた柳田知司が行った2000年の動物実験報告と同年の英国王立内科医師会の報告を同列に論じるなど、事実を即していない極めて消極的な認定にとどまっており、そのことが違法性の認識におけるJTに対する甘い認定につながっていると考えられる。その他、そもそも違法性の判断枠組み自体が、他の公害や薬害等の不法行為訴訟における枠組み(企業に高度な注意義務を課している)とは異なっているし、因果関係について定性的意味に限っているもののこれを認めていることは評価できるが、定量的意味ではこれを否定するなど疫学についての無理解を露呈している。また、タバコの製造販売が国法上求められていたことを違法性を否定する事情として考慮しているが、このことこそが国の責任を基礎づけるものであり、各喫煙者の禁煙への動機づけを阻害したという面を評価できていない。

国の責任についても、タバコ規制枠組条約に触れることを避け、深く踏み込むことなく、淡々と規制権限があったかどうかを形式的に判断するだけで結論を出してしまっている。判決の立場であれば、結局、国民の健康を守るという観点からのタバコの製造販売を規制する権限は国にはなかったという結論にならざるを得ないが、そのような状態こそが違憲状態であることについての評価が欠落している。

総じて見ると、現在の知見からJTの認識を回顧的に判断はできないと断った上で、平成5年までの本件判断対象期間に限っての判断であることを何度も強調し、最後には、わざわざ付言までしていることから分かるように、本判決は、現在の知見からすれば、タバコの製造販売が違法であるとの判断をせざるを得ないところを、棄却の判断を導くために相当無理をしているという印象を抱かざるを得ない。上記の裁判官の交代とも併せ考えると、やはり、東京訴訟に引き続いての「結論ありきの判決」と考えざるを得ない。

しかし、既に「タバコ規制枠組条約」の批准・発効がされている状況において、現在の知見を無視することはできないのであって、本判決が、平成5年までを射程範囲としていることを何度も断

わり、それ以降はタバコの製造販売が違法となる可能性を暗に示しながら、敢えて司法判断をすることを避け、その判断を国民の議論に投げた弱腰の判決となっているのは、いかに「結論ありきの判決」といえども、その限界が迫っていることも示唆しているといえるのではなからうか。

私企業でありながら、法律によってその株式の過半数を財務大臣が保有するという異常な状態を速やかに是正し、私企業によるタバコの製造販売を、政府が、国民の健康という観点から規制するという本来あるべき姿に戻せないのであれば、国際社会における我が国の異常性がますます際立って行くことになる。

また、このままでは、タバコが嗜好品であるという一言で、私企業でありながら、その製品リスクを負うことなく収益だけをあげていくことをタバコ産業にのみ許していくという不公平で異常な状態を続けていくことになってしまう。

本判決の理由中の判断には評価できる部分もあるが、結論としては棄却判決であるし、上記の異常な状態に対しての評価も正しくできていない。そのため、平成22年2月1日、原告3名全員で東京高等裁判所に控訴した。

控訴審が適正な司法の役割を果たすことを期待したい。

以上

日本国内の宿泊産業における 受動喫煙対策の現状と課題

北田雅子¹、秦 温信²、宇加江進³

¹ 札幌学院大学 総合教育センター、² 札幌社会保険総合病院、³ 元町こどもクリニック

【目的】 日本国内の宿泊産業における喫煙対策実施状況の把握。

【方法】 2008年には北海道内の宿泊施設240か所、2009年には46都府県(北海道除)2,587か所に調査票を送付し、ホテル・旅館のトップ及び顧客サービスの責任者に回答を求めた。

【結果】 調査票の回収数は1,102件(回収率39.0%)であった。回答ホテルの44.4%が禁煙ルームを提供していたが、禁煙ルームの客室総数に占める割合は平均で11.1%と低値であった。さらに、パブリックスペースであるフロントやレストランの喫煙対策は不十分である宿泊施設が多かった。喫煙対策の実施状況は、地域間よりも営業形態別による差異が大きく、特に「旅館」の喫煙対策の遅れが目立った。

【考察】 国内の宿泊産業の喫煙対策は不十分であり、特に「旅館」では早急の対処が必要であると考えられた。

【結論】 喫煙対策をより推進するためには、業界の自主規制に依存せず、屋内を完全禁煙にする法律または条令の制定が必須である。

キーワード：日本国内、宿泊産業、喫煙対策

1. 目的

ホテル・旅館という宿泊施設は、観光産業における中心的な存在である。観光地を訪れる内外の多くのゲストを「おもてなし=ホスピタリティ」する空間として重要な空間であるため、特に、サービス立国としての国家戦略を考えていく際に、ホテルが果たす役割は欠かせないものである。海外のホテル業界の喫煙対策は、屋内の喫煙を規制する法律や条例の施行と関連しており、各条例や法律が施行された後は、レストラン¹⁾、バー²⁾などの飲食店やホテル等の建物内は、例外なく完全禁煙となっている³⁾。禁煙条

例施行後の飲食店やバーなどの売り上げ、観光客数について報告されている論文は数多くあるが、完全禁煙の条例施行後、レストラン¹⁾、バー²⁾、そしてホテルの売り上げは低下せず、観光客は減少しないことが明らかとなっている³⁾。

タバコ規制枠組み条約の批准国で開催されたCOP2の会議では、FCTC締結国は2010年までに全ての人を受動喫煙の害から守るために禁煙法などの法律による規制を求めている⁴⁾。日本の動向をみると、受動喫煙を禁止する規制を定めたものは、2010年4月より施行される神奈川県を受動喫煙防止条例のみである。日本では、2003年5月1日より健康増進法が施行され、交通機関や飲食店、宿泊施設などを含む公共空間において、管理者が受動喫煙を防止するための対策に努めるように義務付けられた。職場の分煙については、同年5月に「職場における喫煙対策のためのガイドライン」が見直されている。健康増進法が施行されて6年が経過したが、罰則規定のない法律の下、自治体毎、業界

連絡先

〒069-8555

北海道江別市文京台11番

札幌学院大学総合教育センター 北田雅子

TEL: 011-386-8111 (5247)

e-mail: masakita@e.sgu.ac.jp

受付日2010年1月5日 採用日2010年2月2日

毎に喫煙対策が推進されてきているのが現状で、飲食店の喫煙対策の遅れが、ここ数年特に指摘され続けている^{5~7)}。また、日本では、喫煙対策実施状況を調査する包括的なシステムを持たないため、ある特定の地域などを対象とした調査報告はみられるものの、国内全体の動向を把握するデータがない。特に、飲食店やホテル・旅館の喫煙対策の現状については、調査データが少なく、47都道府県全てを網羅したものはない。

2008年に、今回の全国調査に先駆け、洞爺湖サミットが開催される前の北海道内の主要なホテル・旅館の喫煙対策の現状を調査した⁸⁾。その結果、宿泊施設の規模ではなく、「ホテル」「旅館」といった営業形態の違いにより、喫煙対策の実施状況に違いがあることが示唆された。そして、客室、フロントなどのパブリックスペース、レストランなどの飲食スペースの禁煙化が推進されていない現状も明らかとなった。今回は、先の調査結果を参考に、日本国内の宿泊施設全体における喫煙対策の実施状況を明らかにすることを目的とした。

2. 対象および方法

(1) 調査対象

2009年6月から7月下旬までの約1か月半の期間において、近畿日本ツーリストで提携している全国のホテル・旅館(北海道を除く)46都府県、2,587か所を対象に実施した。調査票の送付は郵送にて行い、回収はファックスにて行った。

(2) 調査方法

調査票の発送と回収は、近畿日本ツーリスト北海道営業部に依頼した。調査票の記載は、文書にてホテル・旅館のトップおよび顧客サービスの責任者などに依頼し、自記式質問紙調査を行った。

(3) 調査内容

アンケート回答者の属性として、ホテル・旅館名、記載者名とその役職、さらに喫煙状況を聞いた。ホテル・旅館の喫煙対策の実施状況については、総客室数、禁煙室数、禁煙フロアの有無、メイン・ダイニングなどの食事処と喫茶店・ラウンジにおける禁煙店の有無、フロント・ロビー、各階フロアなどのパブリックスペースの喫煙対策状況を聞いた。そして、現在の受動喫煙対策を実施するに至った理由、禁煙ルームなどの情報開示状況、最近の利用者のニーズについて併せ

て聞いた。健康増進法については、事業主に受動喫煙防止の努力義務があることを知っているかどうか、努力義務を果たさない事業主への罰則規定があった方が良いかについて聞いた。そして、タバコ規制枠組み条約を知っているかどうかについて、さらに2009年3月に制定された神奈川県受動喫煙防止条例について聞いた。なお、この調査票の質問内容は、筆者らが実施した2007年4月に行った電話による調査、2008年3月に実施したインタビュー調査、そして昨年実施した北海道の調査結果を参考に作成した。

(4) 集計と解析

客室の禁煙については、禁煙ルームを一つでも提供しているホテル・旅館は「有」とした。フロント、各階のロビー、禁煙フロアのエレベーター前、ラウンジ、メイン・ダイニング、カフェなどについては、「完全禁煙」、「喫煙室以外は禁煙」、「喫煙場所を指定(喫煙コーナーなど)」、「どこでも自由に喫煙可」、「該当なし」の5つから該当する対策1つを選択してもらった。同フロア内に、喫煙ルームや喫煙コーナーなどを設定していない場合を「完全禁煙」とし、それ以外は「不完全禁煙」とした。

日本の各地域については、外務省の「Japan Fact sheet⁹⁾」を元に、北海道、東北(青森、秋田、岩手、宮城、山形、福島)、関東(千葉、群馬、栃木、茨城、埼玉、東京、神奈川)、中部(新潟、富山、石川、福井、長野、山梨、岐阜、静岡、愛知)、近畿(三重、滋賀、京都、奈良、大阪、兵庫、和歌山)、四国(香川、徳島、高知、愛媛)、中国(岡山、広島、鳥取、島根、山口)、九州・沖縄(福岡、佐賀、長崎、熊本、宮崎、鹿児島、大分、沖縄)の8つの地域に分類し、地域間の喫煙対策実施状況について比較検討を行った。更に、営業形態については¹⁰⁾、国内資本チェーンホテル、海外資本チェーンホテル、シティホテル、ビジネスホテル、旅館、温泉旅館など、該当する営業形態を選択してもらうこととした。

なお、各地域の喫煙対策実施状況を比較するために、北海道のデータも用いたが、これは、昨年実施した調査データである。北海道の調査時には、各ホテル・旅館の回答者に、営業形態について回答を求めていないため、営業形態別の喫煙対策の比較においては、北海道のデータは使用しないこととした。地域毎、及び営業形態別におけるホテル・旅館の喫煙対策の実施状況の割合の差の検定には χ^2 検定を行った。禁煙ルーム

の総客室数に占める割合(%)については、一元配置分散分析を行った後、3群以上の比較にはKruskal-Wallis順位和検定後、各群間の比較には、Mann-WhitneyのU検定を用いた。解析ソフトはSPSS ver 16.0を用い、有意水準は5%以下とした。

3. 結果

(1) アンケート回答状況

アンケートの回答状況を表1に示す。昨年実施した北海道のデータを含めると、日本国内のホテル・旅館の回収率は全体で39.0%であった。

地域毎の回収状況は、北海道が67.5%であったのに対し、各地域の回収率は全体的に低値であった。その中でも、特に、関東36.3%、近畿33.3%、中部30.2%の回収率が低値であった。都道府県別でみると、回収率が30%以下だったのは、兵庫県、千葉県、香川県、佐賀県、静岡県、佐賀県、秋田県、長野県であり、最も回収率が低かったのが長野県で21.5%であった。それに対して、回収率が50%を超えた都道府県は、北海道、鹿児島県、高知県、徳島県、愛媛県、長崎県、大阪府、鳥取県であり、北海道に次いで鹿児島県が59.1%と高値であった。

アンケート回答総数に占める各地域の割合をみると、中部22.8%、九州・沖縄17.2%、北海道14.7%という順であった。

営業形態別にみると、アンケート全体に占める割合として最も高いのが温泉旅館であり、38.5%であった。次いで旅館が24.4%であり、日本型宿泊施設が半数以上を占めた。その一方で、海外チェーンホテルが1.2%と最も低く、次いでビジネスホテルが4.8%、シティホテル6.1%とホテル業界の回答の占める割合が低値であった。

アンケート回答者の喫煙状況を北海道も含む47都道府県でみると、非喫煙者が264名(24.6%)、前喫煙者384名(35.8%)、喫煙者426名(39.7%)であった。地域別に喫煙率をみると、北海道45.9%、東北39.8%、関東38.1%、近畿25.5%、四国40.8%、九州・沖縄35.1%、中国23.6%、そして中部で32.8%であった。近畿と中国の回答者の喫煙率が低く、北海道、四国で高い傾向であった。以下、ホテル・旅館を総称して「宿泊施設」として述べていくこととする。

表1 アンケート回答状況

地方別	回収率(%)		回答総数に対する%
	回答数	送付数	
北海道*	162	240	14.7
東北	111	291	10.1
関東	121	333	11.0
中部	251	831	22.8
近畿	143	429	13.0
中国	73	160	6.6
四国	51	106	4.6
九州・沖縄	190	437	17.2
総数	1102	2827	38.9
営業形態別(北海道除)			
国内チェーン	91		9.7
海外チェーン	11		1.2
シティホテル	57		6.1
ビジネスホテル	45		4.8
リゾートホテル	128		13.6
旅館	229		24.4
温泉旅館	362		38.5
その他	17		1.8
総数	940		100.0

* 北海道のデータは昨年行った調査を使用

地域毎、営業形態別のアンケート回収状況を示した表である。営業形態別にみると、旅館、温泉旅館の回答数が多く、回答数全体に占める割合も5割以上と高かった。

(2) 喫煙対策実施状況

表2に地域毎・営業形態別の喫煙対策の実施状況を示す。

1) プライベートスペース：客室

最初に、どれくらい禁煙ルームを提供しているのかを地域毎にみていく。1室でも禁煙ルームを提供している宿泊施設数をみると、全体では441か所(43.8%)であり、半数に満たなかった。地域毎で比較すると、北海道(63.5%)、九州・沖縄(52.8%)、四国(53.2%)の3地域が、禁煙ルームを提供している宿泊施設の割合が高く、その一方で中部(35.2%)、関東(36.1%)で低かった。更に、禁煙ルーム数が総客室数に占める割合をみると、全体平均が11.1%(±19.3%)であり、全客室数の約1割しか禁煙ルームが設定されていなかった。地域毎にみると、北海道、九州・沖縄、四国でそれぞれ、15.7%、16.8%、11.7%と他の地域よりは、禁煙ルームの割合が高めであり、最も低値を示したのは、関東で6.9%であった。禁煙ルームの割合は、北海道は、四国と九州・沖縄を除いた他の5地域より、九州・沖縄は、四国と北海道を除いた他の5地域より、

共に有意に高値であった。最後に、禁煙ルームと喫煙可ルームのフロアが完全に分かれている宿泊施設をみると、全体では185か所(19.1%)で、2割弱であった。また、この値は禁煙ルームを提供しているホテルの42%に相当することから、6割近い宿泊施設において、禁煙ルームを提供しているものの、同一フロアにおいて、禁煙ルームと喫煙可ルームが混在していた。

次に営業形態別に禁煙ルームの提供状況を見ると、「ホテル」と「旅館」では、禁煙ルームの提供状況に違いがあることが明らかとなった。海外チェーンホテル、国内チェーンホテル、シティホテル、ビジネスホテルが、それぞれ81.8%、76.1%、87.3%、88.6%と高く、リゾートホテルを除くほとんどのホテルでは8割近くが、禁煙ルームを提供していた。一方、旅館、温泉旅館は、それぞれ24.6%、18.4%であり、禁煙ルームを提供している宿泊施設の割合は低値であった。更に、禁煙ルーム数が総客室数に占める割合をみると、前述と同様に、リゾートホテルを除く、海外チェーンホテル、国内チェーンホテル、シティホテル、ビジネスホテルにおいて、それぞれ23.7%、26.7%、23.7%、

表2 地域毎・営業形態別にみた喫煙対策の実施状況

地域	禁煙ルーム有*	禁煙ルームの割合†	禁煙フロア‡	フロント§	メインダイニング&	レストラン¶	カフェ	情報公開**
北海道	101(63.5)	15.7(±17.7)	48(30.2)	71(44.7)	64(45.4)	72(45.6)	7(4.3)	105(65.2)
東北	32(32.3)	7.5(±18.7)	12(12.8)	36(34.6)	51(73.9)	50(51.0)	12(18.8)	39(43.3)
関東	39(36.1)	6.9(±14.6)	17(16.3)	49(45.0)	46(58.2)	41(44.1)	20(56.0)	55(51.4)
中部	80(35.2)	8.4(±18.2)	34(15.7)	87(36.7)	96(65.3)	107(49.1)	36(20.1)	103(46.8)
近畿	47(37.9)	10.3(±20.1)	14(11.4)	50(37.3)	38(50.0)	49(43.4)	15(15.5)	61(48.0)
中国	24(35.3)	7.6(±15.1)	9(13.0)	17(25.0)	19(52.8)	34(48.6)	17(27.9)	33(50.0)
四国	25(53.2)	11.7(±17.4)	6(14.0)	15(31.3)	13(46.4)	15(31.3)	5(13.9)	29(64.4)
九州・沖縄	93(52.8)	16.8(±23.8)	45(28.3)	86(46.5)	65(55.6)	86(51.5)	28(24.6)	111(64.5)
総数	441(43.8)	11.1(±19.3)	185(19.1)	411(39.4)	392(56.6)	454(47.0)	200(27.6)	536(54.3)
欠損値	94	94	134	48	409	137	378	114
営業形態別【北海道除】								
国内チェーンホテル	67(76.1)	23.7(±21.0)	31(38.3)	53(59.6)	46(71.7)	50(61.0)	12(22.2)	67(80.7)
海外チェーンホテル	9(81.8)	26.7(±21.5)	5(45.5)	9(81.8)	6(60.0)	6(54.5)	1(11.1)	9(81.8)
シティホテル	48(87.3)	23.7(±19.0)	18(32.1)	28(50.0)	17(42.5)	16(28.1)	7(17.5)	52(92.9)
ビジネスホテル	39(88.6)	31.7(±20.6)	27(62.8)	24(57.1)	4(30.8)	11(28.9)	6(33.3)	38(88.4)
リゾートホテル	62(54.9)	14.6(±26.5)	18(15.1)	54(43.5)	91(84.3)	90(75.6)	34(39.5)	79(64.2)
旅館	47(24.6)	3.4(±11.4)	14(7.0)	66(31.1)	50(45.0)	68(38.0)	23(15.6)	78(40.6)
温泉旅館	61(18.4)	3.3(±12.7)	19(6.6)	98(29.1)	114(56.2)	135(43.8)	49(18.4)	102(33.6)
その他	7(43.8)	13.9(±23.0)	5(35.7)	8(57.1)	3(42.9)	6(46.2)	1(14.3)	6(40.0)
総数	340(40.0)	10.3(±19.5)	137(16.9)	340(38.4)	328(59.4)	382(47.3)	133(21.2)	431(52.1)
欠損値	91	91	131	55	388	133	312	113

()内の%は、欠損データを除いた数に対する割合
 *：禁煙ルームを提供しているホテル・旅館数
 †：客室総数に対する禁煙ルームの割合
 ‡：禁煙ルームと喫煙ルームのフロアが分かれている
 §：空間を仕切った喫煙ルームや喫煙コーナー、喫煙席が設置されていない
 ¶：ホテル・旅館内に完全禁煙のレストランやカフェを1箇所でも提供している
 **：電話や来館時にゲストに禁煙ルームの利用を確認したり、ホテル・旅館のサイトやパンフレット、チラシなどに禁煙ルーム有無について情報を掲載したりしている。

地域毎、営業形態別の喫煙対策の実施状況を示した表である。地域毎の差異よりも営業形態別の差異のほうが大きく、特に旅館の対策が遅れていることがわかる。

31.7%と高く、旅館と温泉旅館では、3.4%、3.3%と低値であった。最後に、禁煙ルームと喫煙ルームのフロアが完全に分かれている割合が最も高かったのは、ビジネスホテルの62.8%で、旅館と温泉旅館では、それぞれ7.0%、6.6%と低値であった。

2) パブリックスペース：フロント

フロントの喫煙対策をみると、完全禁煙としているのは、全体で411か所(39.4%)と半数以下であった。地域毎で比較すると、九州・沖縄(46.5%)、関東(45.0%)、北海道(44.7%)の3地域が、フロントを完全禁煙化している宿泊施設が多く、中国が25.0%と最も低値であった。

次に営業形態別でみると、海外チェーンホテルが、フロントを完全禁煙にしている割合が最も高く81.8%であり、次いで国内チェーンホテル(59.6%)、ビジネスホテル(57.1%)であった。リゾートホテルを除くほとんどのホテルでは、5割以上がフロントを完全禁煙としていた。一方、旅館、温泉旅館は、それぞれ31.1%、29.1%と低値であった。

3) パブリックスペース：メイン・ダイニング、レストランとカフェ

メイン・ダイニングを完全禁煙にしている宿泊施設は、全体で392か所(56.6%)であった。地域毎で比較すると、東北が最も高く(73.9%)、次いで中部(65.3%)、関東(58.2%)であった。一方、この割合が最も低かったのが北海道で45.4%であった。宿泊施設内に1か所でも禁煙のレストランを設けているところは、全体では454か所(47.0%)と半数以下であった。地域毎でみると、九州・沖縄、東北でそれぞれ51.5%、51.0%と高く、四国が31.3%と最も低値であった。宿泊施設内で、完全禁煙のカフェがあるところは、全体では200か所(27.6%)と低値であった。その中において、関東では56.0%の宿泊施設が完全禁煙のカフェを提供していた。その一方で北海道が最も低値で、わずか4.3%しか完全禁煙のカフェを提供している宿泊施設がなかった。

次に営業形態別でみると、メイン・ダイニングを完全禁煙にしている割合が最も高いのがリゾートホテルであり、84.3%であった。次いで国内チェーンホテル(71.7%)、海外チェーンホテル(60.0%)であった。一方、シティホテル、ビジネスホテルではそれぞれ、42.5%、30.8%と低値であった。旅館と温泉旅館をみ

ると、それぞれ45.0%、56.2%がメイン・ダイニングを完全禁煙にしており、シティホテルやビジネスホテルより高値であった。完全禁煙のレストランを提供している割合は、メイン・ダイニングと同様の傾向を示し、リゾートホテルが最も高く75.6%であった。次いで国内チェーンホテル(61.0%)、海外チェーンホテル(54.5%)であった。一方、シティホテルとビジネスホテルでは、それぞれ28.1%、28.9%と低値であった。旅館と温泉旅館をみると、それぞれ38.0%、43.8%が完全禁煙のレストランを提供しており、シティホテルやビジネスホテルより高値であった。

4) 禁煙ルームについての情報の開示

禁煙ルームや禁煙フロアの有無について、ホテルのホームページやパンフレットやチラシ、ホテル斡旋サイト、予約時や来館時などに禁煙ルームの希望を聞くなど、いずれかの方法で情報を開示しているかどうか、回答を求めた結果、全体では536か所(54.3%)が情報を公開していた。地域毎で比較すると、北海道、九州・沖縄、四国でそれぞれ、65.2%、64.5%、64.4%と高く、その一方で東北が43.3%と最も低かった。

次に営業形態別でみると、禁煙ルームに関する情報公開が最も高いのがシティホテルで92.9%であった。次いで、ビジネスホテル(88.4%)、海外チェーンホテル(81.8%)であった。リゾートホテルを除く他のホテルでは8割以上が情報を公開しているのに対して、リゾートホテルでは64.2%とやや低めであった。さらに、旅館と温泉旅館はそれぞれ40.6%、33.6%と低い傾向であった。

(3) 喫煙対策の実施理由(北海道含)

現在の対策を講じるようになった理由(複数回答)として最も多かったのが、「お客様からの要望」(651か所：59.1%)であった。次いで、「日本国内の禁煙化促進の流れを考慮して」(523か所：47.5%)、「企業・トップの方針」(453か所：41.1%)であった。また、「お客様の健康を配慮」が415か所(37.7%)であるのに対し、「従業員の健康に配慮」は112か所(10.2%)と少なかった。

(4) 今後の喫煙対策の方向性(北海道含)

今後、喫煙対策をどのような方向に進めていくかについて回答を求めた結果、最も多かったのが「喫煙対策の必要性は感じているが、具体的な予定はない」で

567か所(61.2%)であった。「更に喫煙対策を推進していく予定」と答えたのは184か所(19.8%)であった。具体的な喫煙対策の推進場所を聞いたところ、最も多かったのが「禁煙ルールの増加」で、156か所であった。この数値は、「更に喫煙対策を推進する」と回答した184か所の84.8%に相当した。この内、旅館、温泉旅館では88か所が禁煙ルールの増加を予定していた。このほか、ロビーの禁煙が89か所、飲食スペースの禁煙が63か所、フロントの禁煙が64か所であった。

以下の結果については、回答者の主観的な意見を求める項目となっているため単位を「名」とする。

(5) 利用者のニーズとクレーム(北海道除)

健康増進法が施行されてから、利用者のニーズやクレームがどのように変化してきたかについて、複数回答を求めた。最も多かったのが「禁煙ルールのニーズが高くなっている」で670名(71.3%)だった。次に、「客室がタバコ臭い、という苦情」で489名(52.0%)、そして「飲食スペースの禁煙を求めるニーズが高くなっている」で309名(32.9%)であった。「喫煙ルールのニーズが高くなっている」、「喫煙する場所の増加を求めるニーズが高くなっている」、という項目を選択したものは、それぞれ66名(7.0%)、151名(16.1%)であった。

(6) 喫煙対策に関わる法規制に対する意識

健康増進法、タバコ規制枠組み条約について、それぞれ回答を求めた結果を表3-1に示す。

① 健康増進法とタバコ規制枠組み条約：FCTCにつ

いて(北海道含)

健康増進法の施行により、病院やホテル、飲食店などの不特定多数の人が集まる施設では事業主は受動喫煙防止の努力義務が課せられたことを知っているかどうかを聞いた結果「良く知っている」が342名(31.4%)、「聞いたことがある」が586名(53.8%)、「知らない」が162名(14.8%)であった。地域毎にみると、「知らない」という回答者の割合が、最も高いのが四国(26.5%)で、近畿(20.6%)、中部(19.5%)と続き、北海道(8.6%)、九州・沖縄(8.5%)ではその割合は低値であった。次に、健康増進法に罰則規定(罰金などの過料)があった方が良いと思うか、について聞いた結果、「あった方が良いと思う」が128名(11.9%)、「思わない」が423名(39.2%)、「どちらとも言えない」が527名(48.9%)であった。

タバコ規制枠組み条約について、日本も含めた批准国では受動喫煙防止、タバコ消費の削減について活動を行わなければならないことについて知っているかどうかを聞いた結果、「良く知っている」が64名(5.9%)、「聞いたことがある」が500名(46.4%)、「知らない」が513名(47.6%)であった。地域毎でみると、「知らない」と回答した割合が多かったのが四国(59.2%)と近畿(58.4%)であり、最も低かったのは、北海道(34.0%)であった。

② 神奈川県条例について(北海道除)

2009年3月に成立した神奈川県の受動喫煙防止条例について回答を求めた結果を表3-2に示す。神奈川県の受動喫煙防止条例について知っているかどうかを聞いた結果、「良く知っている」が163名(17.7%)、「聞いたことがある」が519名(56.2%)、「知らない」が

表3-1 喫煙対策に関する法規制に対する意識

	健康増進法***,+++			健康増進法への罰則規定			FCTC***,+++		
	良く知っている	聞いたことがある	知らない	あった方が良いと思う	思わない	どちらとも言えない	良く知っている	聞いたことがある	知らない
北海道	72(44.4)	76(46.9)	14(8.6)	19(11.7)	51(31.5)	92(56.8)	21(13.0)	86(53.1)	55(34.0)
東北	35(31.8)	58(52.7)	17(15.5)	10(9.2)	47(43.1)	52(47.7)	0.0	61(55.0)	48(43.2)
関東	45(37.8)	60(50.4)	14(11.8)	12(10.2)	54(45.8)	52(44.1)	8(6.8)	58(49.2)	49(41.5)
中部	60(24.4)	138(56.1)	48(19.5)	24(10.0)	98(41.0)	117(49.0)	15(6.1)	102(41.6)	126(51.4)
近畿	41(29.1)	71(50.4)	29(20.6)	24(17.3)	54(38.8)	61(43.9)	5(3.6)	50(36.5)	80(58.4)
中国	24(33.8)	37(52.1)	10(14.1)	10(13.9)	27(37.5)	35(48.6)	3(4.2)	32(44.4)	37(51.4)
四国	7(14.3)	29(59.2)	13(26.5)	3(6.0)	24(48.0)	23(46.0)	2(4.1)	18(36.7)	29(59.2)
九州・沖縄	59(31.4)	113(60.1)	16(8.5)	26(13.8)	68(36.0)	95(50.3)	10(5.5)	93(50.8)	77(42.1)
総数	343(31.6)	582(53.6)	161(14.8)	128(11.9)	423(39.2)	527(48.9)	64(5.9)	500(46.4)	501(46.5)

Cramer's V: ***: <0.001, **: <0.01, *: <0.05
 Pearson χ^2 : +++: <0.001, ++: 0.01, +: <0.05

健康増進法とタバコ規制枠組み条約(FCTC)について、「知らない」とした回答者の割合は近畿、四国地方で高かった。健康増進法へ罰則規定を設けた方が良いかどうかについては、地域間の差はみられなかった。

241名(26.1%)であった。地域毎で見ると、関東を除く他の地域では、「知らない」と回答するものの割合が高かった。更に、この条例に賛成かどうかを聞いたところ、「賛成」が461名(50.5%)、「反対」が49名(5.4%)、「どちらとも言えない」が403名(44.1%)であった。地域毎にみると、この条例に「反対」と回答したものの割合が高いのが四国(54.2%)と関東(49.2%)であり、低かったのは中国(34.2%)であった。

(7) 回答者の喫煙状況と受動喫煙対策との関連

回答者の喫煙状況別に、禁煙ルールの有無など表2の項目について検討した結果、どの項目においても、喫煙状況と受動喫煙対策の実施状況が関連している傾向はみられなかった。

4. 考察

今回の調査は、昨年実施した北海道のデータと合わせると、本邦では初めて47都道府県全ての宿泊施設のデータを収集することができた。更に、昨年の調査から、営業形態によって、喫煙対策の実施状況に差異があることが推測されたため、本調査では、調査項目に営業形態を加え、営業形態別の比較が可能となるようにした。しかし、アンケート回収状況をみると、全体では40%未満であり、地域毎で見ると中部からの、営業形態別で見ると、特に海外チェーンホテルからの回答が少なかった。以上の理由から、今回の調査のみで喫煙対策の地域間、営業形態間の差異を十分に検討することは難しいが、ホテル・旅館という宿泊業界の

喫煙対策の現状と課題を把握する上では有効であると思われる。

(1) 宿泊施設における喫煙対策の現状と課題

全国8つの地域毎に喫煙対策の実施状況をみた結果、今回の調査では、九州・沖縄と北海道が比較的、他の地域よりも喫煙対策が進んでいるような印象を受けた。表2に示されているが、8つの項目は、客室、フロント、食事処、情報公開の4つの要素で比較している。各項目で、取り組み実施状況の上位3と下位3をそれぞれみていくと、九州・沖縄と北海道が多く項目で、上位3に入ってくる。特に、九州・沖縄は8項目全てにおいて上位3に入る。この視点で見ると、近畿であまり喫煙対策が進んでいないようである。

営業形態別で見ると、「ホテル」と「旅館」では異なる傾向がみられ、禁煙ルールの提供状況は、「旅館(温泉旅館含)」では明らかに少なく、リゾートホテル以外のホテルでは8割近くが提供していた。フロントという公共空間をみても、「旅館(温泉旅館含)」で、完全禁煙の空間を提供しているところは少ない。地域毎に、営業形態別の傾向をみたところ、「ホテル」と「旅館」の喫煙対策の差異は、全ての地域で見られ、傾向も前述と同様であった。この事から、喫煙対策に地域毎の差異がある可能性も高いが、営業形態別による差異の方が、より明確であることが明らかとなった。

「旅館」は、日本型宿泊施設ともいわれるが、この営業形態において、なぜ喫煙対策の推進が遅れているのだろうか。旅館の回答者は、今後の喫煙対策の必要

表3-2 神奈川県を受動喫煙禁止条例に対する意識

	条例について知っているか**,+			条例に賛成か		
	よく知っている	聞いたことがある	知らない	賛成	反対	どちらともいえない
東北	13(11.9)	67(61.5)	29(26.6)	54(49.5)	48(44.0)	7(6.4)
関東	35(29.2)	62(51.7)	20(16.7)	53(44.2)	59(49.2)	8(6.7)
中部	44(17.8)	137(55.5)	66(26.7)	117(48.0)	108(44.3)	19(7.8)
近畿	17(12.2)	82(59.0)	40(28.8)	71(52.2)	61(44.9)	4(2.9)
中国	10(13.7)	42(57.5)	21(28.8)	45(61.6)	25(34.2)	3(4.1)
四国	6(12.2)	29(59.2)	14(28.6)	20(41.7)	26(54.2)	2(4.2)
九州・沖縄	38(20.4)	100(53.8)	47(25.3)	101(55.2)	76(41.5)	6(3.3)
総数	163(17.7)	519(56.2)	237(25.7)	461(50.5)	403(44.1)	49(5.4)

CramerのV:***: <0.001, **: <0.01, *: <0.05

Person χ^2 : +++: <0.001, ++: 0.01, +: <0.05

神奈川の条例については、2008年度の北海道の調査時には聞いていないので、北海道のデータはない。この条例について「よく知っている」という回答者の割合は関東で最も多かった。条例へ賛成かどうかを聞いたところ、中国地方で「賛成」、四国で「反対」と回答するものの割合がそれぞれ高かった。

性は感じているが具体的な予定がない、という回答が多かった。旅館の利用客は、「家族」や「会社」などのグループ単位であることが多く、ホテルは、比較的少人数で個人単位である事が多い。このような宿泊単位の違いが、旅館において、禁煙ルームの設定できない理由として想像される。さらに、日本の建築様式を利用した旅館そのものが、建物の構造上、喫煙を規制するのが難しいのだろうか。それとも、日本人の習慣として、喫煙も文化であり嗜好品である、と誤認する経営者が多いのだろうか。いずれにしても、旅館の喫煙対策が進まない要因については、喫煙対策と顧客サービスとの関連性も含め、追加調査が必要であろう。

次に、宿泊施設全体の喫煙対策の実施状況をみると、明らかに客室総数に占める禁煙ルーム数の割合が平均11%と少ない。平成20年の調査データをみると¹¹⁾、日本人の喫煙率は21.8%、男性が36.8%、女性が9.1%である。女性の喫煙率はあまり変化がないものの、男性の喫煙率、そして全体の喫煙率は低下傾向にある。このような現状を考えると、多くの宿泊客は、禁煙ルームを望んだとしても宿泊することが難しいということがいえる。前述したが、特に「旅館(温泉旅館含)」へ宿泊する場合、禁煙ルーム数の割合は総客室の3%代と低く、禁煙ルーム自体を提供していない宿泊施設は8割近くにのぼる。ホテル・旅館などの宿泊施設には、日本人のみならず、海外からの旅行者やビジネスマンも利用する。日本政府観光局によると¹²⁾、2008年の訪日外国人観光客数は約600万人である。観光庁では、訪日外国人を対象とした調査を毎年実施しているが、2008年の調査をみると¹³⁾、訪日動機は「ショッピング」、「日本食」に次いで、「温泉」が第3位である。旅館や温泉は、日本文化に触れる場所、日本独自の芸術や生活の一端を経験する場所として、海外から注目されていることが分かる。また、外国人旅行者からの旅行中の不便、不満を実施した調査をみると¹⁴⁾、禁煙の部屋が少ないこと、レストランなどの飲食スペースでの劣悪な受動喫煙環境が挙げられており、屋内の喫煙に不快感を持つ旅行者が多いことが分かる。台湾で、旅行者にホテルロビーの禁煙について調査を行った結果、回答者の9割近くが副流煙の害を認識しており、8割の観光客はロビーの禁煙に「賛成」と答えている¹⁵⁾。これらの事から、旅行者の多くは、受動喫煙の害を認識しており、屋内の喫煙規制には肯定的であることが分かる。

今回の調査回答者は、利用者から、禁煙ルームを求

める声や客室がタバコ臭い、というニーズやクレームが多いという現状を認識している。しかし、実際に禁煙ルームの増加の取り組みを予定しているのは156施設であり、この数は、禁煙ルームが全くない宿泊施設の26%に相当する。顧客ニーズやクレームに対応し、少しでも心地良い空間を提供し続けることは、顧客満足度を高め、リピーターを増やしていく上で必須である。国内外の旅行者のニーズに応えるためにも、宿泊施設の喫煙対策を、より推進する必要があることは疑う余地もない。具体的には、全てのホテル・旅館において禁煙ルームを提供すると共に、禁煙ルームの割合を増加していくことが急務である。また、禁煙のレストランやカフェなどを少なくとも1か所は提供することも必要であり、多くの人が出入りするロビーやフロントは例外なく完全禁煙にすべきであろう。

日本は、観光庁が中心となり、2003年より観光立国を目指すプロジェクトを推進している。より多くの外国人旅行者を誘致する上でも、ホテル・旅館を含めた宿泊施設では、受動喫煙対策を更に推進し、快適な環境を提供することが急務であると考えられる。

(2) 喫煙を規制する法律の必要性～健康増進法に罰則規定のないままで喫煙対策は進むのか?～

2003年5月1日より健康増進法が施行され、今年で6年が経過している。その間、医療機関、教育機関やJRなどの交通機関、タクシーの禁煙化は急速に推進された。その一方で、飲食店の禁煙化の遅れが指摘され、宿泊施設の喫煙対策については、十分な調査が実施されていない状況だった。今回の調査から、宿泊施設の喫煙対策は、営業形態で大きな差異があることが明らかとなり、レストランや飲食店のみならず、宿泊施設においても罰則規定のない自主規制に近い現行法の下では、喫煙対策の推進は困難であることが示唆された。

WHOは、公衆の健康を守る政府の義務と責任から、自主規制は不適切であり効果がないとしている⁴⁾。この中で、アイルランドとイギリスのバーの例をあげている。アイルランドでは禁煙法3か月後には97%のバブが完全禁煙となっていたが、イギリスでは自主規制協定から5年経過しても禁煙となったバブは1%に満たなかったとしている。本調査の回答者に、健康増進法について聞いたところ、6年が経過しているにも関わらず、「聞いたことがある」という回答が半数を占め、「良く知っている」の3割を大きく上回っている。また、

3割が「良く知っている」と回答しているものの、喫煙対策の実施状況から、実際の喫煙対策には、直接生かされていない場合が大半のようである。健康増進法は罰則規定がなく、つまり、自主規制に近いことから、その法的拘束力を疑問視する声は多い^{7,16)}。しかし、今回の調査結果では、先行研究と同様¹⁶⁾、現行の健康増進法に罰則規定を盛り込むことへ反対の意見を持つものが多い。一方、国内で初めて成立した神奈川の受動喫煙防止条例については、「良く知っている」という回答者は2割弱と健康増進法よりも低いが、「聞いたことがある」という回答者は5割を超えており、「よく知っている」と「聞いたことがある」と併せると、健康増進法と近い割合であり、認知度は高い。そして、罰則規定を盛り込んだこの条例へ「賛成」という割合は5割を超えている。

以上の事から、現行の健康増進法に罰則規定を設けるよりも、各自治体で神奈川のような条例を制定していくことが現実的な打開策かもしれない。2010年4月から実際に施行される神奈川での条例後、各業界がどのような動向を示すのか観察する必要がある。先のアイルランドのように、この条例の施行後、数年の内に飲食店も含む屋内の喫煙規制が大幅に推進された場合、罰則規定を含む禁煙法の制定について、真剣な議論が必要となるであろう。

現行のまま、宿泊施設の喫煙対策を業界による自主規制に依存した場合、顧客のニーズ、国内の動向、そして企業トップの意向によって、今後も緩やかに進む可能性もある。しかし、今回の結果から推測するに、営業形態別の差異は更に拡大すると思われる。日本ではほとんど問題視されていないが、本調査の結果から、ホテル・旅館などのホスピタリティ産業で働く従業員の大半は、常に受動喫煙にさらされている事が明らかで、従業員の健康管理の点からも禁煙化は推進されるべきである。

5. 結語

日本国内の宿泊施設全体における喫煙対策の実施状況を調査した。今回の調査結果から総合的に考えると、業界の自主規制に依存した喫煙対策は限界だと考える。顧客ニーズがいくら高くなったとしても、喫煙対策の推進は困難であろうと思われた。健康増進法以外の法律または条例制定が必要であろう。そのためには、より多くの人々に受動喫煙の害、屋内禁煙の必要性、タバコ規制に関する海外の動向も含めて、さらに情報

を提供していくことが重要である。

6. 追記

その後、日本では、FCTC発効から5年後の2010年2月25日、厚生労働省が、「公共的な空間は原則として全面禁煙であるべき」と明記した都道府県などへの健康局長通知を出した¹⁷⁾。この通知では、官公庁や医療施設、ホテルや飲食店、百貨店など不特定多数の人が利用する空間は、原則、全面禁煙が望ましいとしている。ただし、この通知も健康増進法と同様、法的拘束力はなく、積極的な対策を求めるものの、全面禁煙を実施するかどうかは施設側の判断に委ねられるため、通知の実効性は極めて疑問だと思われる。今後、追跡調査にて、この通知による飲食店・ホテル業界も含めた公共空間における禁煙推進の効果について、検討する必要がある。

本調査は、2008年日本禁煙学会調査研究助成金事業「シティホテルにおける受動喫煙対策の現状と課題～国内の主要な政令指定都市を中心に～」を得て行った。本稿の内容は、第4回日本禁煙学会学術総会(2009年9月12日、札幌)にて発表した。

謝辞

本調査は、近畿日本ツーリスト北海道営業本部の大塚久夫氏に多大なるご協力をいただきました。近畿日本ツーリストの協力が無ければこのような包括的な調査は実施できませんでした。ここに深く感謝申し上げます。

参考文献

- 1) Stanton G, Lisa S: The Effect of Ordinances Requiring Smoke-Free Restaurant Sales. *American Journal of Public Health* 1994;81 (7) : 1081-1085.
- 2) Impact of a smoking ban on restaurant and bar revenues--El Paso, Texas, 2002. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5307a2.htm> より 2009年12月15日ダウンロード
- 3) Glantz S, Charlesworth A : Tourism and hotel revenues before and after passage of smoke-free restaurant ordinances. *JAMA*.1999; 281 (20) :1911-8.
- 4) 日本禁煙学会：受動喫煙防止のための政策勧告 WHO 2007 について http://www.nosmoke55.jp/data/0706who_shs_matuzaki.html より 2009年12月10日ダウンロード

- 5) 中久木一乗, 竹村薫, 平賀紀子, 他: 東京都内主要駅周辺デパートなどの飲食店街の無煙環境調査結果. 禁煙会誌 2008; 3 (5) : 101-105.
- 6) 紅谷 歩, 中久木一乗, 大谷美津子: 千葉県内主要地区飲食店の無煙環境調査結果. 禁煙会誌 2008; 3 (5) : 106-107.
- 7) Kotani K, Osaki Y, Kurozawa Y and et. A survey of restaurant smoking restrictions in a Japanese city. Tohoku J Exp Med. 2005; 207 (1) : 73-79.
- 8) 北田雅子, 秦温信, 宇加江進: 北海道内の宿泊産業における受動喫煙対策の現状と課題. 禁煙会誌 2009; 4 (2) : 45-54.
- 9) 外務省 Japan fact sheets. <http://web-japan.org/factsheet/en/pdf/02RegionsofJap.pdf> より 2009年12月1日ダウンロード
- 10) 土井久太郎著: よくわかるホテル業界. 第2版. 日本実業出版社, 東京, 1999; 48-57.
- 11) 最近タバコ情報統計 <http://www.health-net.or.jp/tobacco/product/pd100000.html>, accessed for Dec. 1, 2009.
- 12) 観光庁 出入国数 http://www.mlit.go.jp/kankocho/siryoutoukei/in_out.html accessed for Dec. 6, 2009.
- 13) JNTO 訪日外客訪問地調査2008 結果速報 http://www.jnto.go.jp/jpn/downloads/090225_houmonchi2008_attachment.pdf, より 2009年12月6日ダウンロード
- 14) 訪日外国人個人旅行者が日本旅行中に感じた不便・不満調査 報告書 平成21年10月 http://www.jnto.go.jp/jpn/downloads/20091029_TIC_attachment.pdf, より 2009年12月12日ダウンロード
- 15) V Viriyachaiyo, A Lim. Tourists' attitudes towards ban on smoking in air conditioned hotel lobbies in Thailand. Tobacco Control 2009; 18: 238-240.
- 16) 北田雅子, 武蔵学, 中村永友: 飲食店における受動喫煙対策の現状と課題-北海道「空気もおいしいお店推進事業」登録店の調査から-. 厚生 の 指 標 2007; 54; 13: 27-37.
- 17) 「受動喫煙防止対策について」に関する厚労省健康局長通知の発出について <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000004k3v.html> 別添 健発0225第2号「受動喫煙防止対策について」(PDF: 481KB) <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000004k3v-img/2r98520000004k5d.pdf>, より 2010年4月1日ダウンロード。

The status of implementation of tobacco control (TC) policy in the Japanese hospitality industry (hotels)

Masako Kitada¹, Yoshinobu Hata², Susumu Ukae³

Objectives

The aim of this study was to investigate the implementation status of the tobacco control (TC) policy in the Japanese hospitality industry (specifically hotels).

Methods

A cross-sectional survey of hotel executives were carried out in 2008 (240 hotels in Hokkaido) and in 2009 (2,587 hotels in 46 prefectures excluding Hokkaido).

Results

Executives of 1,102 hotels responded to the survey (response rate: 39.0%). 441 hotels (43.8%) among these hotels reported that they offered non-smoking room. The average of the ration of the non-smoking room in each hotel was only 11.1%. Further, self-regulation of TC in the public areas, such as the front desk and restaurants were inadequate in many hotels. Implementation status of TC policy was different in hotels and such difference was related to their business styles. This difference was bigger than those among regions.

Discussion

The present survey confirmed that the hotel industry's present TC measures were insufficient. It was thought that Japanese style inn, in particular, urgently need to implement TC measures.

Conclusion

It was thought that establishment of the law which makes indoor complete smoke ban like other foreign country was indispensable, without being dependent on the self-regulation of the hotels, in order to promote the TC from now on.

Key Words

Japan, hospitality industry (hotels) , tobacco control

- ¹. Sapporo Gakuin university, Hokkaido, Japan
- ². Sapporo Social Insurance General Hospital, Hokkaido, Japan
- ³. Motomachi Pediatric Clinic Hokkaido, Japan

ニコチン依存度の強さとタバコの価格が 禁煙動機に与える影響

— 大学生喫煙者を対象とした禁煙調査による検証 —

伊藤 敦¹、渡辺裕一²

¹ 自由が丘産能短期大学能率科 ² 川崎医療福祉大学医療福祉マネジメント学部

【目的】 ニコチン依存度の強さとタバコの価格が禁煙動機に与える影響について解明する。

【方法】 大学生喫煙者150名を対象に属性、ニコチン依存度、禁煙に踏み切る動機となるタバコ1箱当たりの価格(以下禁煙価格とする)についてアンケート調査を行った。

【結果】 ①喫煙者の9割はニコチン依存度が低度から中度である。②タバコ1箱当たりの価格が1,000円になると喫煙者の9割が禁煙する動機となる。③ニコチン依存度が高度の喫煙者はタバコの価格が1,000円になると7割強が禁煙する動機となる。

【考察】 ニコチン依存度の強さに応じて喫煙者の禁煙価格と禁煙動機率は相違するため、増税によるタバコの価格引き上げ政策を実施する上で喫煙者を画一的に捉えてはいけない。

【結論】 タバコの価格引き上げ政策を効果的に実施するためには、喫煙者のニコチン依存度の強さに着目した対策が求められる。

キーワード: ニコチン依存度別喫煙者、FTND、禁煙価格、禁煙動機率、分布関数分析

1. はじめに

本研究の目的は、ニコチン依存度の強さとタバコの価格が禁煙動機に与える影響について解明することである。

喫煙対策には、増税によるタバコ1箱当たりの価格上昇、禁煙治療、禁煙教育等の様々な方法があげられているが、その中でも増税によるタバコ1箱当たりの価格値上げは喫煙者が禁煙すると予想される最も有効な手段の一つとして注目されている¹⁾。2008年と2009年に「タバコ1,000円構想」に関する議論が盛んになり、

タバコの価格値上げに関する社会からの関心度も高い。その理由は、増税によるタバコ1箱当たりの価格上昇が喫煙者を禁煙に導き、喫煙による経済的損失の軽減や税収増加による国家財政への貢献等のシナジー効果をもたらすと考えられているためである²⁾。したがって、より多くの喫煙者が禁煙すると予想されるタバコの価格について解明する研究意義がある³⁾。一方で、タバコは嗜好品として消費され価格弾力性が低いため、ニコチン依存度が高い喫煙者がどの程度の禁煙に応じるかは不透明である⁴⁾。一般的に、大学生等の青年層の喫煙者の方が、喫煙経験が浅く常習者も少ないため、早期に禁煙の機会があるほど喫煙から離脱できる確率が高くなる⁵⁾。しかしながら、青年期の喫煙者におけるニコチン依存度と禁煙意思に関する研究報告は限られている^{6,7)}。したがって、本研究では大学生喫煙者を対象に喫煙者のニコチン依存度の強さ、タバコの価格、禁煙動機の関係について調査を行う。

連絡先

〒158-8630

東京都世田谷区等々力6-39-15

自由が丘産能短期大学能率科 伊藤 敦

TEL: 03-3704-4011 FAX: 03-3704-7859

e-mail: ITO_Atsumi@hj.Sanno.ac.jp

受付日2009年12月7日 採用日2010年2月8日

2. 方法

2008年11月にA大学の大学生喫煙者150人から調査協力を得て喫煙者の属性、ニコチン依存度、禁煙価格等に関する調査を企画・実施した。ここでいう禁煙価格とは喫煙者が禁煙する動機となるタバコ1箱当たりの価格をいう。質問紙調査票を学内の喫煙所等で喫煙者に配布した。主な調査内容は①喫煙者の属性、②FTND (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) テストによるニコチン依存度⁸⁾、③禁煙価格等である。

喫煙者のニコチン依存度と禁煙価格の関係について解明するために喫煙者の属性を解明した上で、FTNDテストにより喫煙者のニコチン依存度の強さの程度(以下ニコチン依存度別喫煙者群とする)を①低度依存者、②中度依存者、③高度依存者の3群に分類する。その上で、喫煙者全体とニコチン依存度別喫煙者群に関する禁煙価格の平均値、中央値、標準偏差、最大値、最小値等について分析する。

次に、ニコチン依存度別喫煙者群が禁煙価格と禁煙動機に与える影響を分布関数分析によって解明する。禁煙価格については禁煙動機率をWQ (Willing to Quit) と定義した上で20%、50%、80%の喫煙者が禁煙の動機となる価格WQ20、WQ50、WQ80をニコチン依存度別喫煙者群で比較分析することで解明する。この禁煙動機率は予想禁煙率を示している。禁煙動機についてはタバコ1箱当たりの価格を500円、800円、1,000円に上昇させた場合の禁煙動機率をニコチン依存度別喫煙者群で比較分析することで解明する。

最後に、喫煙者のニコチン依存度の強さ、禁煙価格、禁煙動機率との関係について考察し、今後の検討課題を提示する。

3. 分布関数分析の考え方

データの基本的な特性は平均値、中央値、標準偏差、最大値、最小値等の代表値を算出することによって把握することができる。例えば、禁煙動機率50%を達成する平均的な禁煙価格は平均値、中央値等で捉えることができる。だが、タバコ1箱当たりの価格を段階的に上昇させた場合の禁煙動機率は表現できない。そのため、本稿ではタバコの価格上昇に対する禁煙反応を段階的に捉えるために分布関数分析を行う。

図1に示した分布関数は横軸に説明変数を取り、低い変量値から累積して縦軸が100%になるまでの曲線である。縦軸は相対累積度数を示している⁹⁾。

横軸の確率変数をXとした時の分布関数は $F(x) = P(X \leq x)$ 、 $0 \leq F(x) \leq 1$ であるが、ここでは $100 \cdot F(x)$ を分布関数と称して利用する。横軸の変量値b点は中央値(中位数)統計量であり、平均的な変量値を示す。a点は第1四分位数と呼ばれる統計量で変量が低い方からの4分の1(25%)を示している。c点は第3四分位数と呼ばれ変量の高い方から4分の1(低い方から75%)を示している。この分析に中央値を用いるのは、分布型が非対称型の変量分布を想定しているためである。分布関数より得られる統計量はロバストで、アウトライヤー(外れ値)やエラーに対して安定性があることで知られている。

分布関数は多くの情報を提供するが、特に比較したい被験者群をグラフ内にプロットして統計量を求めることで被験者特性間の関係や相違が理解し易くなる。

したがって、本研究では、主に分布関数に禁煙価格と禁煙動機率を用いてニコチン依存度別喫煙者群を比較分析する。

4. 結果

4-1. 属性分析

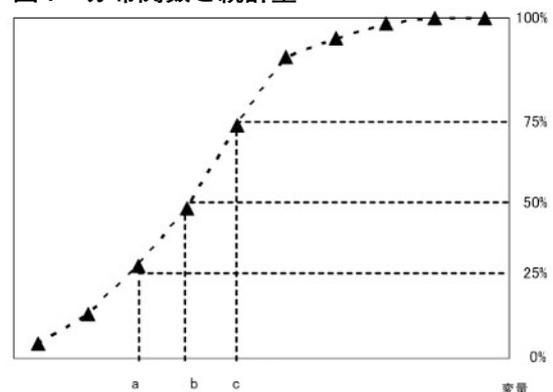
喫煙者の属性について分析し表1に示した。喫煙者の年齢の平均値は21歳、標準偏差は2、最大値は36歳(大学院生)、最小値は18歳である。男女の構成比率は男性が131名(87%)、女性が19名(13%)である。

4-2. 大学生喫煙者のニコチン依存度と禁煙価格に関する比較分析

対象者の禁煙価格に関する基本統計量を表2に示した。

第1に、喫煙者150名のニコチン依存度について

図1 分布関数と統計量



FTNDスコアを用いて喫煙者を①低度、②中度、③高度の3群に分類した。大学生喫煙者の中で最も多いニコチン依存度は低度で75名(50%)、2番目が中度で64名(42%)、3番目が高度で11名(8%)の順番である。したがって、9割は低度と中度に集中し、高度依存者は全体の1割に満たなかったことが判明した。

第2に、喫煙者全体から見た禁煙価格について分析すると平均値は630円、中央値は550円、最大値は1,200円以上、最小値は350円、標準偏差は254.4であった。喫煙者全体の禁煙価格は価格幅が広くバラツキが大きいことが分かる。

第3に、①低度依存者、②中度依存者、③高度依存者3群の禁煙価格について分析した。①の低度依存者の禁煙価格に関しては平均値が551円、中央値が500円、標準偏差が203.4である。喫煙者全体の平均値よりも79円、中央値は50円低い。標準偏差は51低い。②の中度依存者の禁煙価格に関しては平均値が682円、中央値は550円、標準偏差は265.1である。喫煙者全体の平均値よりも52円高いが中央値は同じ価格である。標準偏差は10.6高い。③の高度依存者の禁煙価格に関しては平均値が832円、中央値は800円、標準偏差は304である。喫煙者全体の平均値より202円、中央値は250円高い。標準偏差は49.6高い。

したがって、喫煙者はニコチン依存度が強くなるほど禁煙価格が高くバラツキも大きくなるが、ニコチン依存度が弱くなるほど禁煙価格が低くバラツキも小さくなることが示された。また、禁煙動機率50%を達成する禁煙価格は、低度依存者が500円、中度依存者が550円と500円台の価格帯であるが、高度依存者は500円台の価格帯では禁煙動機率が27%しかない。高度依存者が禁煙動機率50%を達成するためには、タバコの価格を800円まで上昇させなければならない。低度と中度の依存者はタバコの価格弾力性が相対的に高く反応の仕方も類似しているが、高度依存者は前者2群よりも禁煙価格の水準が高くタバコの価格上昇への反応が鈍い。そのため、高度依存者が禁煙動機率

50%を達成するためには少なくとも前者2群に比べてタバコ1箱当たりの価格を1.6倍以上、上昇する必要があることが判明した。

4-3. 分布関数分析

ニコチン依存度の強さが禁煙価格と禁煙動機にどのような影響を与えるのかを解明するために分布関数分析を実施し図2に示した。

この分布関数の横軸はタバコ1箱当たりの上昇価格単位で350円から1,200円まで、50円単位で段階的に引き上げた数値である。縦軸はタバコの価格上昇に伴う禁煙動機率で0%から100%までの相対累積率を表している。縦軸の50%は中央値で、禁煙動機率50%を達成するために必要な平均的な禁煙価格を示している。

この分布関数のグラフは、関数が左側寄りに分布している方が、タバコの価格上昇に対する禁煙反応が良いことを示し、右寄りに分布している方がタバコの価格上昇に対する反応が鈍いことを示している。したがって、このグラフを見ることでニコチン依存度別喫煙者群のタバコの価格上昇への段階的な反応を容易に把握することができる。

初めに、20%、50%、80%の喫煙者が禁煙の動機となる価格WQ20、WQ50、WQ80を解明するためにニコチン依存度別喫煙者群で比較分析した。低度依存者は350円、450円、550円と最も低いが、中度依存者になると450円、500円、800円とある程度高くなる。高度依存者では500円、700円、1,050円と最も高いことが示されている。したがって、ニコチン依存度の強さと禁煙価格に明らかな違いがあることが判明した。

次に、500円、800円、1,000円にタバコの価格を上昇させた場合の禁煙動機率を解明するためにニコチン依存度別喫煙者群で分析した。

タバコの価格上昇に対する反応が最も敏感なのは①の低度依存者である。低度依存者和其他の2群の分布関数を比較すると、分布関数が最左端に位置するので価

表1 対象者の属性

平均年齢	21±2
最高年齢	36
最低年齢	18
中央値	21
男性	131 (82%)
女性	29 (18%)

表2 禁煙価格に関する基本統計量

ニコチン依存度	低度	中度	高度	全体(%)
n(%)	75(50%)	64(42%)	11(8%)	150(100%)
平均値(円)	551	682	832	630
中央値(円)	500	550	800	550
最大値(円)	1200以上	1200以上	1200以上	1200以上
最小値(円)	350	350	350	350
標準偏差	203.4	365.1	304	254.4

格上昇への反応が最も良いことが分かる。低度依存者は350円から600円までの価格帯で概ね10%以上の禁煙動機率を示し、タバコの価格上昇に対する反応が早い。特に450円から500円に上昇する時に禁煙動機率が最も高く50円上昇で19.3%も禁煙率を高めている。ただ、800円以降になると価格上昇への反応が鈍い。

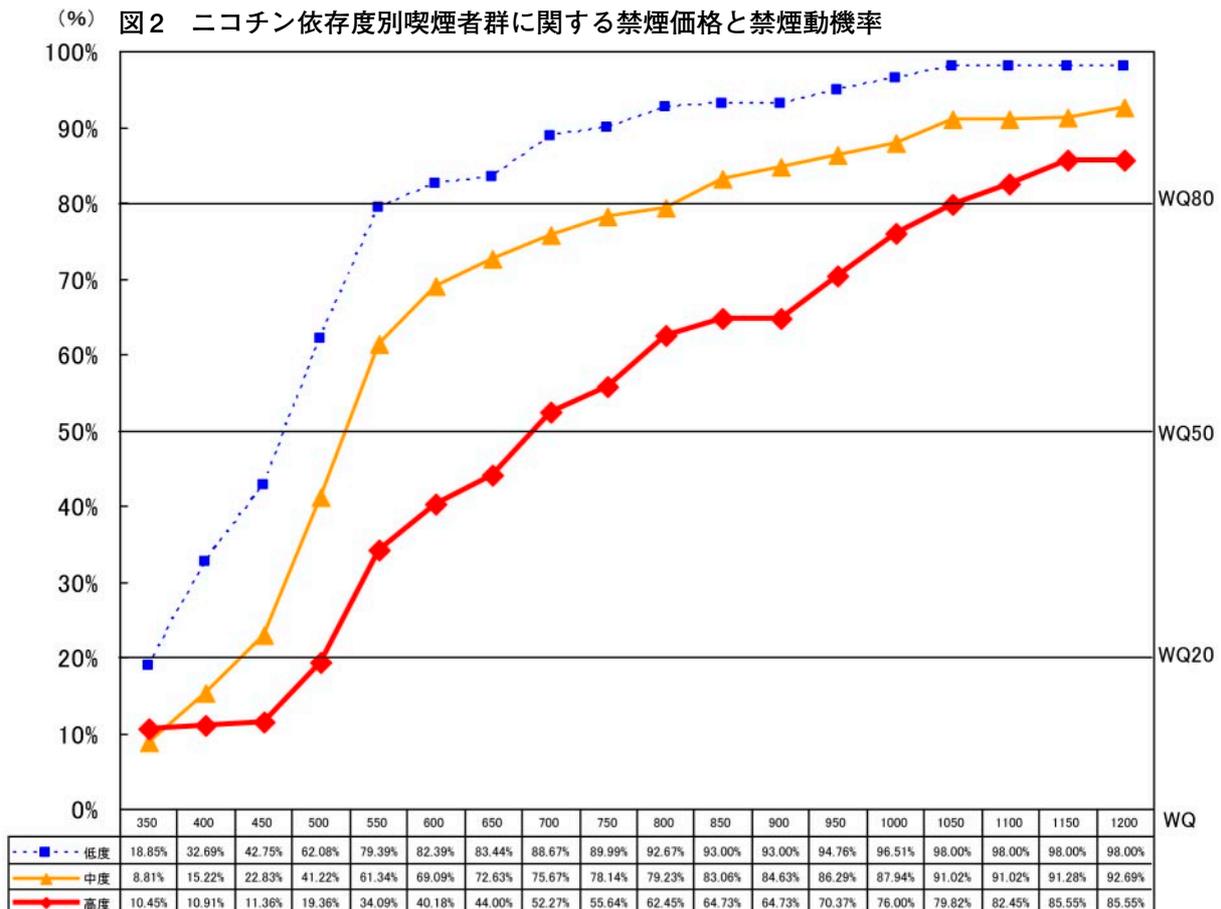
タバコ1箱当たりの価格が500円になった場合は62.8%、800円では92.7%、1,000円では96.5%の禁煙動機率を達成することができる。

2番目に、タバコの価格上昇への反応が良いのはグラフの中央に位置する②の中度依存者である。中度依存者は低度依存者に近い反応を示しているが、低度依存者に比べると分布が右寄りであり価格上昇への反応が幾分弱い。350円から600円までの価格帯において50円単位で上昇させた場合、平均8%程度の禁煙動機率を示している。特に、500円から550円に引上げる時に禁煙動機率が最も高く50円上昇で20%も高めている。ただ、600円以降は50円単位で価格を上昇させても禁煙動機率が2、3%ずつしか上がらず、価

格上昇への反応が鈍くなる。タバコ1箱当たりの価格が500円の場合は41.2%、800円では79.2%、1,000円では87.9%の禁煙動機率を達成することができる。タバコの価格上昇への反応が最も鈍いのは、最右端に位置する③の高度依存者である。禁煙価格の中央値は800円であるので、低度依存者よりも300円、中度依存者よりも250円の価格差があり価格上昇への反応が最も鈍い。

高度依存者の場合は500円から550円、650円から700円、900円から1,000円の価格帯に限り一時的な反応を示している。特に650円から700円に上昇した時に50円上昇で18%、950円から1,000円に上昇した時に12%高めている。ただ、高度依存者は前者2群に比べてタバコの価格を50円単位で上昇させても反応がなく、一定の価格幅をもって上昇させなければ反応を示さない。

タバコ1箱当たりの価格が500円の場合は19.3%、800円では62.5%、1,000円では76%の禁煙動機率である。したがって、低度と中度の依存者についてはタ



タバコの価格上昇への反応が良く、500円台の価格帯まで上昇させた場合は約5割の禁煙動機率を達成することができ、800円では約8割、1,000円では約9割の禁煙動機率を達成することができる。しかし、高度依存者についてはタバコの価格上昇への反応が非常に鈍い。タバコの価格を500円台まで上昇させた場合の禁煙動機率は2割弱、800円では6割強、1,000円まで上昇させた場合は7割強の禁煙動機率である。両者には禁煙価格とタバコの価格上昇への反応に大きな差があることが判明した。

5. 考察と結論

大学生喫煙者150名のニコチン依存度を、FTNDスコアを用いて調べた結果、大学生喫煙者の9割が低度から中度の依存者で、高度依存者は全体の1割に満たないことが判明した。

喫煙者のニコチン依存度が低度から中度であれば、タバコ1箱当たりの価格を500円まで上昇させることで大学生喫煙者の約5割、800円では約8割、1,000円では約9割を禁煙させる動機になると考えられる。未成年者や大学生は、社会人に比べて所得による予算制約が大きいため、タバコ1箱当たりの価格が上昇した場合、タバコの購買意欲が抑制される。そのため高い禁煙効果を発揮できる。

ただ、問題となるのは高度依存者である。高度依存者が、低度や中度の依存者に比べてタバコ1箱当たりの価格上昇への反応が鈍いのは、消費者選好が異なっていることが考えられる。高度依存者はタバコに対する愛着心や依存が非常に強い。タバコ1箱当たりの価格が1,000円を超えたとしても禁煙に応じる可能性が低い。

以上、大学生喫煙者に関して言えば、タバコ1箱当たりの価格を500円まで上昇させることで約5割、800円で8割、1,000円で約9割を禁煙する動機になるため、増税によるタバコの価格引き上げを実施する意義がある。ただ、高度依存者はタバコの価格政策だけでは十分な禁煙効果が得られない。禁煙治療や禁煙教育等も加えた包括的な喫煙対策が必要である。

6. むすびにかえて

今回の調査により、3つの重要な知見が得られた。第1に、大学生喫煙者のニコチン依存度は低度から中

度に集中しているためタバコ1箱当たりの価格を1,000円まで上昇させることで9割の喫煙者が禁煙する動機となるという点である。第2に、高度依存者はタバコの価格上昇への反応が非常に鈍く、タバコの価格を1,000円まで上昇しても十分な禁煙効果は得られないという点である。ただ、今回の調査は大学生喫煙者を対象にしているため喫煙者の選好が必ずしもわが国の喫煙者全体の選好を反映しているわけではない。第3に、喫煙者のニコチン依存度の強さによって禁煙価格とその反応の仕方が相違するため、増税によるタバコの引き上げ政策を実施する上で喫煙者を画一的に捉えてはいけないという点である。そのため、タバコの価格引き上げ政策を効果的に実施するためには、喫煙者のニコチン依存度の強さに着目した対策が求められる。

最後に、今回の研究では調査対象が大学生に限られ社会人は含まれていない。したがって、今後は調査対象を拡大し、引き続き検証の積み重ねを行う必要がある。今後の研究課題とする。

参考文献

- 1) 山岡雅顕: タバコの値上げの必要性. In: 日本禁煙学会編, 禁煙学, 南山堂. 東京都 2007; p202-206.
- 2) 佐田高典, 後藤励, 西村周三: ニコチン依存と禁煙意思. 行動健康経済学. 日本評論社. 東京都. 2009; p47-60.
- 3) 河野正道: タバコの適正価格について. 日本禁煙学会雑誌. 2009; 3 (1) : p2-3.
- 4) 伊藤敦, 渡辺裕一: ニコチン依存度別に見た喫煙者の禁煙価格. Health Sciences. 2009; 25 (3) : p213.
- 5) 総務庁青少年青年対策本部: 青少年とタバコに関する調査研究報告書. 2001; p1-14.
- 6) 佐田高典: 禁煙意思に関するコンジョイント分析. 厚生指針, 2007; 54 (10) : p38-43.
- 7) 渡辺裕一, 伊藤敦: 大学生喫煙者のニコチン依存度と禁煙意思. 第68回日本公衆衛生学会総会抄録集. 2009; p399.
- 8) 三徳和子: ニコチン依存尺度とその妥当性及び信頼性. 川崎医療福祉学会誌, 2006; 16 (2) : p193-200.
- 9) 関田康慶, 濃沼信夫, 梅里良正, 他: 診療報酬改定影響率の測定方法と分布関数分析. 病院管理. 1994; 31 (2) : p19-29.

The Different Impact of Tobacco Price on Motivation to Quit Smoking by Degree of Nicotine Dependence

—By Simulation Based on Results from Questionnaire for Smoking College Students—

Atsushi Ito¹, Yuichi Watanabe²

Background

This study was conducted to examine the effect of cigarette price to willingness to quit smoking of university students.

Methods

We constructed a questionnaire to examine the scale of nicotine dependence using the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) for 150 university student smokers. We also questioned the degree of willingness to quit smoking when the price of one package of cigarette increases from 350 yen to 1,200 yen by a 50 yen step.

Results

Ninety percent of the objects were judged low or middle degree of dependence. When one pack of cigarette becomes 1,000 yen, 90 % of the objects intend to quit of smoking. 70 % of the high degree nicotine dependents intend to prohibition of smoking at price increase 1,000 yen.

Discussion

As nicotine dependence degree becomes higher, the price that a smoker decides prohibition of smoking becomes high-priced. When we argue price policy of the cigarette by the tax increase, we must not consider a smoker uniformly, because reaction to price is different by nicotine dependence.

Conclusion

The measures that paid their attention to the nicotine dependence of the smoker are necessary so that the price policy of the cigarette is carried out effectively.

Key Words

Smoker According to Nicotine Dependence Degrees, FTND, Price Tobacco Control, Willing to Quit Smoking Rate, Distribution Function Analysis

¹. JIYUGAOKA SANNO College, Tokyo, Japan

². Kawasaki University of Medical Welfare, Kurashiki, Japan

喫煙者肺癌患者の周術期合併症の検討

末満隆一¹、竹尾貞徳²、田中宏幸³、中山正道¹、橋本健吉¹、田中 潔¹、
野本健一¹、折田博之¹、島 一郎¹、磯 恭典¹

¹ 福岡県済生会八幡総合病院外科

² 国立病院機構九州医療センター臨床研究センター呼吸器外科

³ 国立病院機構九州医療センター臨床研究センター麻酔科

【目的】 喫煙肺癌患者の周術期合併症に関して検討した。

【対象】 2000年1月から2005年12月まで九州医療センターにて肺癌手術を施行され、データの収集が可能であった喫煙者264例、非喫煙者100例を対象とした。男性259例、女性105例で平均年齢66.6歳であった。平均BMI 22.7で、喫煙者・非喫煙者に差はなかった。

【方法】 レトロスペクティブ・スタディー。カルテ・麻酔チャート・検査データを元に術前・術中・術後合併症について検討した。

【結果】 術前肺機能・術前合併症は両群に差を認めなかった。喫煙者は有意に手術時間・麻酔時間が長く、また出血量が多くなる結果であったが、術中の合併症に有意差は認めなかった。喫煙者は術後呼吸器合併症 ($p = 0.003$)、特に肺癰の頻度が高く、喫煙者/非喫煙者のドレーン留置期間は7.1日/5.4日 ($p = 0.0042$)であり、在院日数にも影響を及ぼしていると考えられた(喫煙者/非喫煙者: 16.5日/11.0日; $p = 0.004$)。術後30日以内死亡例は喫煙者3例(1.1%)、非喫煙者0例で、両群に差を認めなかった。

【考察】 喫煙者に対する肺癌手術は術後呼吸器合併症が有意に多く発症する。ドレーン留置期間も有意に延長し、在院日数の延長につながると考え、肺癌喫煙患者の治療が与える社会的影響は大きいと考える。

キーワード: 肺癌、喫煙、呼吸器外科手術、周術期合併症

はじめに

喫煙は肺癌の原因であり¹⁻³⁾、喫煙者肺癌に対する手術症例は今後も増加することが考えられる。喫煙は肺癌だけではなく、喉頭癌・食道癌などの悪性疾患¹⁾や心脳血管障害・糖尿病など⁴⁻⁶⁾の明らかな原因となることが示されている。喫煙者肺癌患者は原疾患だけではなく、喫煙による全身疾患を合併あるいは潜伏し

ている病態と考えられ、手術に対する影響は大きいと考えられる。喫煙と呼吸器外科手術に対する周術期合併症の報告は少なく、喫煙肺癌患者と周術期合併症に関する検討は有用と考え、今回、我々の施設での結果を報告する。

対象と方法

対象は2000年1月から2005年12月の間で九州医療センター呼吸器外科で施行された肺癌手術476症例中、喫煙の有無が明らかな364症例を対象とした。喫煙者264症例、非喫煙者100症例の2群に分け、両群を比較検討した。喫煙者は現喫煙・既喫煙を含み、非喫煙者は一度も喫煙したことのない者と定義した。肺

連絡先

〒805-0050

福岡県北九州市八幡東区春の町5-9-27

福岡県済生会八幡総合病院外科 末満隆一

TEL: 093-662-5211 FAX: 093-671-3823

e-mail: ryuichi_shizuka@yahoo.co.jp

受付日2010年1月28日 採用日2010年3月18日

癌患者に対するデータは九州医療センター呼吸器センター内で管理されており、必要に応じて、外来・入院カルテ、麻酔チャート、検査データを使用した。「手術時間」は開胸から閉胸まで、「手術室在室時間」は挿管から抜管まで、「抜管に要する時間」は閉胸時から抜管までの時間とした。2群間の比較はt検定及び χ^2 検定を用い、統計解析ソフトは、StatView J-4.5を用いた。

結果

患者背景は表1に示す。全症例の平均年齢は66.6歳(28-90歳)、非喫煙者69.3歳、喫煙者65.5歳であった。男性259症例中、喫煙者は234症例(90.3%)、女性105症例中、喫煙者は30症例(28.6%)であった。臨床病期では非喫煙者で優位にcStage Iの症例が多く、喫煙者ではcStage II-IVの症例が多かった。病理病期では優位差はないものの臨床病期と同様な傾向があると考えられた。臨床病期に比例するかの如く、非喫煙者に対する拡大手術症例は少ない傾向があり、喫煙者では病期の進行による試験開胸症例が多い傾向にあった。術前肺機能に関しては%VCに優位差はなく、明

らかにFEV_{1.0}%が喫煙者で低値であった。病理組織の結果を表2に示す。喫煙者ではやはり扁平上皮癌・小細胞肺癌・大細胞肺癌の頻度が高かった。また、腺癌において喫煙により明らかに分化度の低い腫瘍の頻度が増加した。

術前合併症(術前併存疾患)を表3に示す。術前合併症に関しては両群に差を認めなかった。

術中合併症・手術詳細を表4に示す。全術中合併症あるいは術中呼吸器合併症(術中低酸素血症/術中高炭酸血症/術中AaDO₂(肺胞気・動脈血酸素分圧較差)開大/術中無気肺/術中喀痰排泄増加)・術中心合併症(術中高血圧/術中不整脈)に関しては両群に差を認めなかった。術中の低血圧は麻酔深度の影響もあるため、術中合併症としては除外した。手術時間は明らかに喫煙者で多く、それに比例して手術室在室時間も長かった。抜管に要する時間は両群に差を認めなかった。出血量は喫煙者で優位に多かった。

術後合併症を表5に示す。全術後合併症は優位に喫煙者で多く発症し、特に呼吸器合併症を多く認めた。それは、明らかに喫煙本数に比例する結果であった(表6)。さらに、患者背景に両群間に差はないが、明

表1 Patient characteristics

Variable	Total patients	Smoker	Non-smoker	p-value*
No. of patients	364	264	100	
Age (years)	66.6+/-11.3	65.5+/-11.3	69.3+/-10.9	0.0041
Sex (M/F)	259 (71.2%) / 105 (28.8%)	234 (88.6%) / 30 (11.4%)	25 (25.0%) / 75 (75.0%)	<0.0001
Mean body mass index (kg/m²)	22.7+/-3.2	22.6+/-3.2	23.0+/-3.3	NS
Preoperative pulmonary functions**				
%VC	97.4+/-19.3 (n=363)	97.6+/-19.4 (n=263)	96.9+/-18.9 (n=100)	NS
FEV _{1.0} %	73.7+/-12.6 (n=361)	71.7+/-11.6 (n=263)	78.9+/-13.8 (n=98)	<0.0001
Clinical Stage				
I/II	243 (66.8%)/ 35 (9.6%)	161 (61.0%)/ 30 (11.4%)	82 (82.0%)/ 5 (5.0%)	
III/IV	62 (17.0%)/ 16 (4.4%)	54 (20.5%)/ 13 (4.9%)	8 (8.0%)/ 3 (3.0%)	
Unknown	8 (2.2%)	6 (2.3%)	2 (2.0%)	
Pathological Stage				
I/II	189 (51.9%)/ 42 (11.5%)	131 (49.6%)/ 33 (12.5%)	58 (58.0%)/ 9 (9.0%)	NS
III/IV	93 (25.5%)/ 21 (5.8%)	71 (26.9%)/ 17 (6.4%)	22 (22.0%)/ 4 (4.0%)	
Unknown	19 (5.2%)	12 (4.5%)	7 (7.0%)	
Anesthesia methods				
Epidural+General anesthesia	356 (97.8%)	260 (98.5%)	96 (96.0%)	NS
General anesthesia	8 (2.2%)	4 (1.5%)	4 (4.0%)	NS
Operation				
Extrapleural pneumonectomy	4 (1.1%)	4 (1.5%)	0 (0.0%)	
Pneumonectomy	10 (2.7%)	8 (3.0%)	2 (2.0%)	
Bilobectomy	14 (3.8%)	13 (4.9%)	1 (1.0%)	
Lobectomy	248 (68.1%)	180 (68.2%)	68 (68.0%)	
Segmental resection	28 (7.7%)	18 (6.8%)	10 (10.0%)	
Wedge resection	50 (13.7%)	32 (12.1%)	18 (18.0%)	
Exploration	10 (2.7%)	9 (3.4%)	1 (1.0%)	

*Compared Smoker group and Non-smoker group. NS; not significant. **VC; volume capacity, %VC=VC/predicted VC, FEV₁; forced expiratory volume in 1 second, FEV₁%=FEV₁/FEV_{1.0}.

表2 Histology

Variable	Total patients	Smoker	Non-smoker	p-value*
Adenocarcinoma	221	135 (61.1%)	86 (38.9%)	
Well differentiated	72	39 (54.2%)	33 (45.8%)	} 0.0035
Moderately differentiated	57	33 (57.9%)	24 (42.1%)	
Poorly differentiated	40	34 (85.0%)	6 (15.0%)	
Unknown	52	29	23	
Squamous cell carcinoma	103	97 (94.2%)	6 (5.8%)	
Well differentiated	27	26 (96.3%)	1 (4.7%)	} NS
Moderately differentiated	39	39 (100%)	0 (0.0%)	
Poorly differentiated	20	19 (95.0%)	1 (5.0%)	
Unknown	17	13	4	
Large cell carcinoma	5	5 (100%)	0 (0.0%)	
Small cell carcinoma	13	13 (100%)	0 (0.0%)	
Others	13	10 (76.9%)	3 (23.1%)	
Unknown	9	4 (44.4%)	5 (55.6%)	

*Compared Smoker group and Non-smoker group. NS; not significant.

表3 Preoperative comorbidities

Variable	Total patients	Smoker	Non-smoker	p-value*
Total comorbidities	217 (59.6%)	156 (59.1)	61 (61.0%)	NS
Thoracic disease	97 (26.6%)	74 (28.0%)	23 (23.0%)	NS
Cardiovascular disease	121 (33.2%)	81 (30.7%)	40 (40.0%)	NS
Cerebral disease	30 (8.2%)	24 (9.1%)	6 (6.0%)	NS
Diabetes mellitus	45 (12.4%)	34 (12.9%)	11 (11.0%)	NS
Liver disorder	16 (4.4%)	14 (5.3%)	2 (2.0%)	NS
Renal disorder	12 (3.3%)	11 (4.2%)	1 (1.0%)	NS

*Compared Smoker group and Non-smoker group. NS; not significant.

表4 Intraoperative complications and operative details

Variable	Total patients	Smoker	Non-smoker	p-value*
Total complications	121 (33.2%)	87 (33.0%)	34 (34.0%)	NS
Cardiac complications	69 (19.0%)	48 (18.2%)	21 (21.0%)	NS
Hypertension	34 (9.3%)	22 (8.3%)	12 (12.0%)	NS
Arrhythmia	44 (12.1%)	33 (12.5%)	11 (11.0%)	NS
Thoracic complications	47 (12.9%)	34 (12.9%)	13 (13.0%)	NS
Hypoxia	11 (3.0%)	8 (3.0%)	3 (3.0%)	NS
Hypercapnia	17 (4.8%)	12 (4.5%)	5 (5.0%)	NS
AaDO ₂ increase**	20 (5.5%)	13 (4.9%)	7 (7.0%)	NS
Atelectasis	5 (1.4%)	3 (1.1%)	2 (2.0%)	NS
Hypersecretion	3 (0.8%)	3 (1.1%)	0 (0.0%)	NS
Operation time (min)	209+/-78	219+/-81	183+/-62	<0.0001
Length of stay in OR*** (min)	311+/-80	321+/-84	286+/-67	0.0002
Extubation time (min)	25+/-14 (n=354)	25+/-15 (n=258)	25+/-12 (n=96)	NS
Bleeding	252+/-340 (n=352)	282+/-364 (n=255)	171+/-249 (n=97)	0.0061

*Compared Smoker group and Non-smoker group. NS; not significant. **AaDO₂; alveolar-arterial oxygen difference. ***OR; operation room.

らかに喫煙者の肺痿持続によるドレーン留置期間の延長を認め(図1)、それによる在院日数の延長を認めた(図2)。両群に術後30日以内死亡数の差は認めなかった。今回の症例の全生存曲線を図3に示すが、喫煙者の生存が低い傾向を認めた。

考 察

喫煙は悪性腫瘍、特に肺癌の原因となるだけではなく¹⁻³⁾、血管系・代謝系にも影響を及ぼす⁴⁻⁶⁾。また、喫煙は呼吸機能低下に大きく関わり、呼吸器疾患に関わらず、あらゆる疾患の外科的治療に影響を及ぼす。喫煙による術後合併症の増加は呼吸器外科以外の外科手術にても多く報告されているが⁷⁻¹⁰⁾、特に、肺癌外科治療における周術期合併症に関する報告はない。今回、我々は肺癌喫煙患者の周術期合併症について検討したので報告する。今回の対象は喫煙患者264例と非喫煙患者100症例の2群である。肺癌登録合同委員

会・小池らの報告によると現在の肺癌患者手術症例の平均年齢は65.8歳である¹¹⁾。これは全364例の平均年齢66.6歳とほぼ同じ値であった。喫煙者264例の平均年齢は65.5歳、非喫煙者100例の平均年齢は69.3歳で明らかに有意差があり、喫煙により肺癌発症年齢が早まることが予測される。同様に、臨床病期では喫煙者でearly stageの肺癌症例が優位に少なく、病理病期では有意差がないものの喫煙者では、より進行した状態での手術症例が多いことが考えられる。今回の症例では、後ろ向き研究であり、喫煙歴の有無が不明あるいは曖昧な症例は除外しているため、ある程度のバイアスの可能性は否定できないが、前向きに調査した場合でも同様の結果が得られるのではないかと考えている。術式に関しては、非喫煙群では、胸膜外肺全摘・肺全摘除・二葉切除の拡大手術の症例が少ない傾向がうかがえる。また、胸膜播種などによる試験開胸の割合も少ない。このことは、臨床病期に比例していると

表5 Postoperative complications, morbidity, and mortality

Variable	Total patients	Smoker	Non-smoker	p-value*
Total complications	96 (26.4%)	81 (30.7%)	15 (15.0%)	0.0024
Cardiac disease	6 (1.6%)	5 (1.9%)	1 (1.0%)	NS
Heart failure	1 (0.3%)	1 (0.4%)	0 (0.0%)	NS
Arrhythmia	6 (1.6%)	5 (1.9%)	1 (1.0%)	NS
Acute arterial occlusive disease	1 (0.3%)	1 (0.4%)	0 (0.0%)	NS
Thoracic disease	82 (%)	70 (26.5%)	12 (12.0%)	0.0031
Respiratory failure	6 (1.6%)	6 (2.3%)	0 (0.0%)	NS
Pneumonia	6 (1.6%)	6 (2.3%)	0 (0.0%)	NS
Pulmonary leakage	47 (12.9%)	39 (14.8%)	8 (8.0%)	NS
Bronchial leakage	10 (2.7%)	10 (3.8%)	0 (0.0%)	0.0484
Chyle leakage	10 (2.7%)	8 (3.0%)	2 (2.0%)	NS
Empyema	7 (1.9%)	7 (2.7%)	0 (0.0%)	NS
Atelectasis	3 (0.8%)	1 (0.4%)	2 (2.0%)	NS
Pulmonary embolization	1 (0.3%)	1 (0.4%)	0 (0.0%)	NS
Morbidity & Mortality				
Duration of chest tube	6.7+/-5.0 (n=322)	7.1+/-5.4 (n=235)	5.4+/-3.3 (n=87)	0.0042
Hospital stay (days)	15.0+/-16.2 (n=345)	16.5+/-18.6 (n=250)	11.0+/-5.4 (n=95)	0.0045
Operative death	3 (0.8%)	3 (1.1%)	0 (0%)	NS

*Compared Smoker group and Non-smoker group. NS; not significant.

表6 Postoperative complications without insufficient data

Brinkman Index	Total complications	Cardiac complications	Thoracic complications
0 (n=100)	15 (15.0%)	1 (1.0%)	12 (12%)
1-399 (n=19)	2 (10.5%)	0 (0.0%)	1 (5.3%)
400-799 (n=58)	18 (31.0%)	0 (0.0%)	17 (29.3%)
800-1199 (n=80)	25 (31.3%)	3 (3.8%)	19 (23.8%)
1200- (n=107)	36 (33.6%)	2 (1.9%)	33 (30.8%)
p-value*	0.0085	NS	0.0039

*NS; not significant.

図1

胸腔ドレーン抜去までの期間を示す。胸腔ドレーン抜去は、非喫煙者は術後3日目、喫煙者は術後4日目の頻度が多かった。

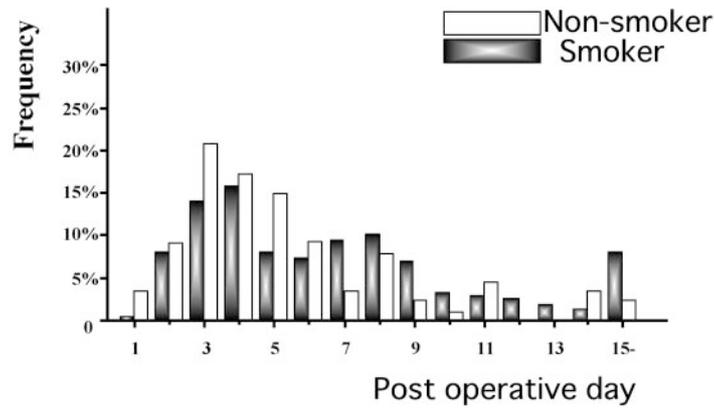


図2

術後在院期間を示す。非喫煙者では術後8日目、喫煙者では術後12日目にピークを認めた。今回の観察期間では施設のシステム上、DPCではなく、現在はさらに入院期間は短縮していると思われる。

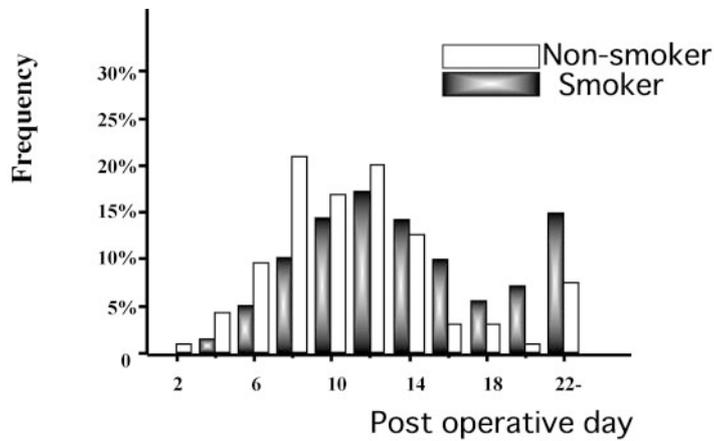
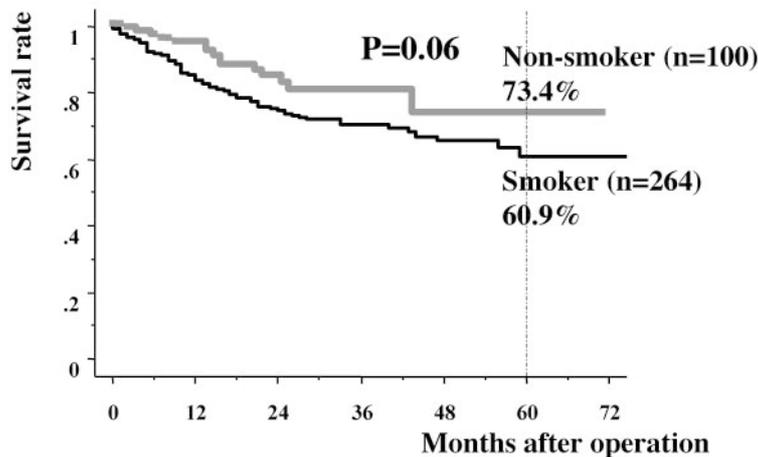


図3

術後全生存曲線を示す。年齢や進行度などでの補正はしていないが、非喫煙者の単純5年生存率は73.4%、喫煙者では60.9%であり (p=0.06)、喫煙は生存曲線にも影響を及ぼす傾向があると思われる。



思われる。タバコ煙が肺癌細胞を悪性化させる報告があるが¹²⁾、このことは肺癌に罹患する喫煙者が、より一層、進行した状態で受診し、またそれにより、より進行した状態で、例えば胸壁浸潤・リンパ節転移などで手術となる可能性が高いことの説明に繋がるのではなかろうか。病理学的にも、喫煙者腺癌では低分化腫瘍の頻度が明らかに多い結果であった。喫煙者扁平上皮癌の分化度に関しては差はなかったが、森田らの報告では¹³⁾、高中分化の扁平上皮癌が増加するとされ、我々の結果もほぼ同様と考えられた。また、症例は少ないが、喫煙との関連が強いとされる小細胞肺癌・大細胞肺癌は喫煙者群のみで認められ、さらにその患者のBrinkman Index (1日喫煙本数×喫煙年数)は400以上であった(600~3,600、平均1,322)。Early stage肺癌を如何に早く発見するのか?それに関して、重喫煙者に対する肺癌検診は有効と考えられる。禁煙外来を受診した患者に肺癌検診を進めることも我々の役割かも知れない。現在、肺癌CT検診も普及しつつあり、より早期の段階で肺癌を発見する可能性がある。禁煙活動に加え肺癌検診を患者に説明することも重要である。

術前の肺機能に関しては、喫煙者患者において有意にFEV_{1.0}%の低下があった。%VCに有意差はなく、つまり閉塞性肺障害の症例が多いことになる。この結果はBarrera¹⁴⁾らの報告に一致する。術前合併症(既往症・併存症)の総計では両群に差は認めないが、今回の症例では、肺気腫・間質性肺炎・喘息・陳旧性結核の合併は喫煙群 vs 非喫煙群でそれぞれ41例(15.5%) vs 0例(0%)・12例(4.5%) vs 0例(0%)・8例(3.0%) vs 7例(7%)・16例(6.1%) vs 11例(11%)であり、やはり喫煙により肺気腫などの閉塞性肺疾患が増加することは明らかである。我々は喫煙患者に対する禁煙指導を、予防医学医として全身合併症の増加を防ぐ目標を設定することは重要であり、外科医としては不幸にして発生した術前合併症に対して全力で術中・術後合併症を予防することに努めなければならない。

麻酔方法に関しては、両群に差はなく、同様な麻酔環境にて術中・術後の合併症についても検討が可能であった。今回の症例では、術中合併症に関して明らかな差は認めなかった。呼吸器系あるいは循環器系の合併症についても検討したが、同様の結果であった。今回、術中低血圧の定義をエフェドリンなどの昇圧剤静脈注射を3回以上必要とした症例、あるいはドーパミ

ンの持続静脈注射が必要であった症例としたが、その場合、両群ともに術中の低血圧の症例が多く(喫煙者49.2%、非喫煙者34.0%、 $p = 0.0091$)、これは麻酔深度の影響も考えられるため、今回、術中合併症としては除外した。しかし、有意に喫煙者が低血圧の症例が多く、麻酔管理に手間がかかると思われる。当院の報告¹⁵⁾では、BMIの値により吸入麻酔薬使用量に有意差を認めたが、今回の2群間には明らかなBMIの平均値に違いはなく、評価対象からはずした。喫煙患者の周術期管理として、禁煙とし気道を清浄化することは重要であり、最低2週間以上の禁煙期間が必用と考えているが、その有効な期間は文献により様々であり(1~2か月)、術後呼吸器合併症予防には最低4週間以上の禁煙期間が理想的であろう^{2,7,14,16~19)}。8週間の禁煙により術後合併症の頻度は非喫煙者レベルに低下した報告もある¹⁶⁾。例を挙げれば、喫煙は術中・術後の喀痰増加に関連しており、術中片肺換気の危険性増加、術後の喀痰増加による無気肺・肺炎の原因と考えられる¹⁴⁾。今回の報告でも、症例を増せば、術中の呼吸器合併症も増加する可能性は示唆される。手術に関しては、喫煙者患者に関して、手術時間・手術室在室時間が有意に延長し、出血量も有意に多い結果であったが、一つの考察としてはearly stage症例が少ないため手間のかかる症例が多く、このような結果になったと思われる。

術後合併症に関しては、明らかに喫煙者の術後合併症の割合は増加し、非喫煙者の約2倍の割合で発症した。やはり呼吸器合併症の頻度が高く、今回の症例では特に気管支断端瘻の頻度が高かった。また、有意差は認めなかったが、肺瘻の頻度が高い傾向を示し、これは、喫煙による肺気腫症例が多いという影響もあると思われる。さらに、術後合併症は喫煙本数、具体的にはBrinkman Indexの増加により優位に増加した。Brinkman Indexが400以上であれば、呼吸器合併症の頻度が非喫煙者の約2倍となる結果であった。また、非喫煙者では肺機能に問題なく、さらに高分化型腺癌の頻度が明らかに高いことも、術後の呼吸器系の合併症が少ない理由であるかもしれない。循環器系の術後合併症に関しては両群に差は認めないものの、やはり喫煙群で合併症の頻度が高い傾向がある。症例が多くなれば、有意差がでると思われる。消化器外科手術に関しては、術後の消化管縫合不全の頻度が増加する報告もみられ^{9,10)}、喫煙は創傷治癒に悪影響を及ぼすと考えられる。呼吸器外科手術に関しても今回の結果で

は有意に気管支断端瘻の頻度が高く、他種手術同様にタバコの成分が創部の血流を低下させることが主な原因であろう。今回、6症例の呼吸不全、7症例の膿胸を認めたが、全て気管支断端瘻が関与しており、また、すべて重喫煙者であった(呼吸不全6症例の平均Brinkman Indexは1,160であった)。最悪の場合、気管支断端瘻の合併により膿胸を併発し呼吸不全、そして死に至る経過をたどった。喫煙は全身病を合併あるいは併存させる嗜好品であり、我々医療従事者は喫煙者患者に対して禁煙の重要性を積極的に指導する義務があるであろう。

術後の経過に関しては、喫煙者肺癌では術後呼吸器合併症が多いことに関連してドレーン留置期間が優位に延長した。非喫煙者では平均5.4日、喫煙者は平均7.1日であった。他施設と比較して本施設では両群ともドレーン留置期間が長いと思われるが、治療方針として小型肺癌に対しても十分なリンパ節郭清を積極的に行っており、それにより肺門からの肺瘻が遷延したことが示唆される。しかし、術後30日以内死亡となるような致命的な術後合併症は両群に差はなかった。在院日数はドレーン留置期間に比例して喫煙群で有意に延長した。現在ではクリニカル・パス、DPCの導入により本施設の在院日数はさらに減少しているが、やはり喫煙により悪性疾患の増加・術後合併症の増加・在院日数の延長などにより不必要な医療費は増々増加すると思われる。喫煙者数の減少は、明らかに医療費削減に繋がるのではなかろうか。今回、全体の生存曲線を示したが、やはり喫煙者の予後は非喫煙者よりも悪い。今回の結果は単純に受け入れるべきものではない。つまり、臨床病期の割合や病理病期の割合などの患者背景因子で補正したものではなく、単純に全生存曲線を描いたものであるからだ。しかし、総合的な結果から判断すると、やはり喫煙者肺癌は進行病期が多く、また何らかの全身疾患のため、術後の生存期間は短縮する傾向があると考えられる。

最後となるが喫煙肺癌患者に対する全身麻酔下の外科的治療では明らかに術後呼吸器合併症が増加し、消化器外科など他の全身麻酔下手術も同様と考える。如何に、喫煙者を少なくするかが課題であり、やはりタバコ税を増税するなど禁煙活動を絶え間なく継続することが重要と考える。喫煙は百害あって一利なし、である。

おわりに

今回、喫煙者に対する呼吸器外科手術による周術期合併症について報告した。単施設によるレトロスペクティブ・スタディーでありバイアスの問題もあるが、やはり喫煙は呼吸器疾患だけではなく、すべての手術症例に対してリスクを増大させると考える。喫煙はがん患者を増加させる要因であり、また周術期合併症を増加させ、医療費の増加につながることは明白な事実であると考えている。我々医療従事者は、受動喫煙により非喫煙者の健康までを阻害する嗜好品であるタバコを無くすことに努めなければならない、また医療従事者自身の喫煙も無くすべく禁煙活動を継続すべきである。医師として、肺癌を思い、治療後あるいは治療中にまでも禁煙をできない患者、あるいはその家族、その姿を診ることは辛いことであり、このような人々を禁煙できず診療している場合、我々自身強く矛盾を感じることはよく経験することであろう。禁煙を指導するにあたり、指導方法・説明方法によってはネガティブな働きを起こす可能性もあり、指導困難な症例もあるが、そのような症例に対して何がベストな指導方法であるか、常に考えつつ我々自身も勉強していくべきである。

参考文献

- 1) 津金昌一郎：日本人のエビデンス：厚生労働省研究班による多目的コホート研究より。治療 2005; 87: 1915-1932.
- 2) Huxley R, Jamrozik K, Lam TH, et al: Impact of smoking and smoking cessation on lung cancer mortality in the Asia-Pacific region. Am J Epidemiol 2007; 165: 1280-1286.
- 3) Mannino DM, Aguayo SM, Petty TL, et al: Low lung function and incident lung cancer in the United States: data from the First National Health and Nutrition Examination Survey follow-up. Arch Intern Med 2003; 163: 1475-1480.
- 4) 上島博嗣：特別報告：1980年循環器疾患基礎調査の追跡研究(NIPPOM DATA)。日本循環協誌 1997; 31: 789.
- 5) 繁田正子：疾患別禁煙支援—代謝・内分泌疾患—。月刊薬事 2006; 48: 53-58.
- 6) Mannami T, Iso H, Baba S, et al: Cigarette smoking and risk of stroke and its subtypes among middle-aged Japanese men and women: the JPHC Study Cohort I. Stroke 2004; 35: 1248-1253.

- 7) Moeller AM, Villebro N, Pedersen T, et al: Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial. *Lancet* 2002; 359: 114-117.
- 8) Demars SM, Harsha WJ, Crawford JV: The effects of smoking on the rate of postoperative hemorrhage after tonsillectomy and uvulopalatopharyngoplasty. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2008; 134: 811-814.
- 9) Taflampas P, Christodoulakis M, Tsiftsis DD: Anastomotic leakage after low anterior resection for rectal cancer: facts, obscurity, and fiction. *Surg Today* 2009; 39: 183-188.
- 10) Cooke DT, Lin GC, Lau CL, et al: Analysis of cervical esophagogastric anastomotic leaks after transhiatal esophagectomy: risk factors, presentation, and detection. *Ann Thorac Surg* 2009; 88: 177-185.
- 11) Koike T, Yamato Y, Asamura H, et al: Japanese Joint Committee for Lung Cancer Registration. *J Thorac Oncol* 2009; 4: 1364-1369.
- 12) Kometani T, Yoshino I, Miura N, et al: Benzo [a] pyrene promotes proliferation of human lung cancer cells by accelerating the epidermal growth factor receptor signaling pathway. *Cancer Lett.* 2009; 278: 27-33.
- 13) 森田豊彦, 工藤宏一郎, 可部順三郎, ほか: 成人連続剖検症例による喫煙と肺癌の臨床病理学的研究—肺癌症例の組織型および分化度と喫煙歴の関係—. 平成4年度喫煙科学研究財団研究年報: 109-115.
- 14) Barrera R, Shi W, Amar D, et al: Smoking and timing of cessation. Impact on pulmonary complications after thoracotomy. *Chest* 2005; 127: 1977-1983.
- 15) Suemitsu R, Sakoguchi T, Morikawa K, et al: Effect of body mass index on perioperative complications in thoracic surgery. *Asian Cardiovasc Thorac Ann* 2008; 16: 463-467.
- 16) McGowan N: Surgery and smoking. *Semin Perioper Nurs* 1999; 8: 146-154.
- 17) Lindstrom D, Sadr Azodi O, Wladis A, et al: Effects of a perioperative smoking cessation intervention on postoperative complications: a randomised trial. *Ann Surg* 2008; 248: 739-745.
- 18) 関根康雄, 藤澤武彦: 周術期の呼吸療法. 呼吸療法テキスト, pp286-295.
- 19) 久利通興: 麻酔・手術前禁煙の臨床効果. 医学のあゆみ, pp1088-1092.

The perioperative complications for smoker-patients with lung cancer undergone pulmonary resection under general anesthesia

Ryuichi Suemitsu¹, Sadanori Takeo², Hiroyuki Tanaka³, Masamichi Nakayama¹, Kenkichi Hashimoto¹, Kiyoshi Tanaka¹, Kenichi Nomoto¹, Hiroyuki Orita¹, Ichiro Shima¹, and Yasunori Iso¹

Running title

surgical results for smoker-patients with lung cancer

Background

Smoking is perceived as a potential risk factor in surgery. We reviewed our experience to evaluate the relationship between smoker with lung cancer and perioperative complications in thoracic surgery under general anesthesia.

Patients and methods

We conducted a single-center retrospective evaluation of perioperative complications (2000~2005) in surgical lung cancer patients categorized by smoking history: Smoker; 264 patients and Non-smoker; 100 patients. Preoperative complications, surgical methods, anesthetic methods, operation time, length of stay in the operating room, and intraoperative and postoperative complications were investigated.

Results

Statistical differences of preoperative pulmonary functions and complications were not observed between the 2 groups. Operation time, length of stay in the operating room and bleeding were significantly increased with Smoker. However, intraoperative complications had no statistical differences between the 2 groups. During the postoperative period, a significant increase in thoracic complications, especially pulmonary air leakage, was recognized in Smoker.

Duration of chest tube and length of stay in hospital of Smoker and Non-smoker were: duration of chest tube; 7.1 and 5.4 days, respectively ($p = 0.0042$), length of stay in hospital; 16.5 and 11.0 days, respectively ($p = 0.0045$) There was no difference of operative death between the 2 groups.

Conclusions

Postoperative thoracic complications of thoracic surgery significantly increased with Smoker. Duration of chest tube statistically extended in Smoker, and it led to the extension of length of stay in hospital. It is thought that treatments for smoker-patients with lung cancer have a dramatic effect on a society. Based on these results, it is important for smoker-patients with lung cancer to be a smoking cessation.

Key Words

lung cancer, thoracic surgery, general anesthesia, smoking, perioperative complications

¹. Department of Surgery, Saiseikai Yahata General Hospital, Kitakyushu, Japan

². Department of Thoracic Surgery, Clinical Research Institute, National Hospital Organization, Kyushu Medical Center, Fukuoka, Japan

³. Department of Anesthesiology, Clinical Research Institute, National Hospital Organization, Kyushu Medical Center, Fukuoka, Japan

くまもと禁煙推進フォーラムの設立と活動

橋本洋一郎¹、高野義久²、水野雄二³、川俣幹雄⁴、高濱 寛⁵、田島和周⁶、
内田友二⁷、佐々木治一郎⁸、早野恵子⁹、副島秀久¹⁰

¹ 熊本市民病院神経内科、² たかの呼吸器科内科クリニック、³ 熊本機能病院循環器内科、
⁴ 九州看護福祉大学看護福祉学部リハビリテーション学科、⁵ 良寛堂薬局、⁶ 田島医院、⁷ 崇城大学薬学部薬理学、
⁸ 熊本大学大学院医学薬学研究部、熊本大学医学部附属病院がん診療センター、⁹ 済生会熊本病院総合診療科、¹⁰ 同院長

キーワード：くまもと禁煙推進フォーラム、社会活動、学校こそまず禁煙、医療機関の禁煙化、ミッション

はじめに

熊本県はスクランブル交差点、二輪車の昼間点灯、医療連携(診療ネットワークの構築)などの画期的な試みを全国に先駆けてやってきたが、禁煙に関しては後進県である。熊本市のあるタクシー会社は全国に先駆けて全車禁煙を実施し、大変注目された。しかし地域全体の全車禁煙では、他の地域に先を越されてしまい、2009年4月にやっと実現した。今まで、多くの方が個々に禁煙活動を行ってきたが、その力が結集することによって大きな力となり、大きな流れを創ることができると考え、2009年に禁煙の社会活動を行う「くまもと禁煙推進フォーラム」を設立し活動を開始した。

1. 目的

禁煙については個々のさまざまな活動が行われて、それなりの成果を出していると考えられるが、行政を巻き込んだ地域の大きな流れにするには多大な困難を伴う。神奈川県動きは例外的なものと考えられる。我々は、熊本県における禁煙に関する社会活動を行うために「くまもと禁煙推進フォーラム」を有志で設立した。その活動について報告する。

2. 対象と方法

2009年2月11日に禁煙飲食店で設立準備会を5名で行い、今後の活動方針などについて話し合った。会の

名称を「熊本禁煙推進フォーラム」(2009年12月に「くまもと禁煙推進フォーラム」と改称)とすることを決定し、以後、会則などについてメールで何度もやり取りを行った。4月1日を会の設立日とし、医療従事者や教育関係者に入会を呼びかけることにした。入会や社会活動について口コミ、ホームページ開設(<http://square.umin.ac.jp/nosmoke/>)、マスコミを通じてアプローチを行った(年会費3,000円)。本フォーラムの目的、活動方針、会員資格を表1に示す。

3. 結果

1) 受動喫煙対策

まず県立大学、熊本空港、地域体育館、ファミリーレストラン、熊本市動植物園など会員の指摘で問題点が見つかった数か所に受動喫煙対策について文書を送付し対応を促した。

熊本県の玄関である熊本空港では、ターミナルビルから外にでるとタクシー乗り場、バス乗り場の前など数か所に灰皿が設置され、多くの喫煙者による喫煙でその場のみならず、ターミナルからの出口、あるいはターミナル内へのタバコ煙が流れ込み、大変不快な状況が続いていた。本フォーラムの申し入れで灰皿の撤去が行われ、入り口に禁煙についての張り紙がなされ一定の効果は認められたが、一部の灰皿が残され、完全な無煙環境とはなっていない。

2) キックオフ・ミーティング

2009年5月31日の世界禁煙デーにキックオフミーティング(第1回総会)を行い、約60名の参加を得た。各科の医師、看護師、薬剤師、教育関係者など色々な立場の講師10名の講演を聴き、討議を行い大変濃厚

連絡先

〒862-8505
熊本県熊本市湖東1-1-60
熊本市民病院神経内科 橋本洋一郎
TEL: 096-365-1711 FAX: 096-365-1796
e-mail: yandk@estate.ocn.ne.jp
受付日2009年12月29日 採用日2010年1月21日

な会であった。

その中で熊本県の公立小中高校の敷地内禁煙が全国最低の18%であることが報告(図1、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、衛藤隆委員長、調査資料、全国学校禁煙マップ <http://www.kawasaki-disease.net/~kinen/index.php> より引用)された。日本の中でも熊本県の喫煙対策が遅れていることが明白となった。そこで2009年の標語を「学校こそまず禁煙」とした。

共催メーカー(スポンサー)なしのニュートラルな会運営を行うこと、部会を創り自律的に活動を展開していくことを確認した。その分、運営が大変である。

2009年7月の時点での会員は81名(うち世話人8名)で、メーリングリストで活発な討論を行っている(2009年11月末日の会員は87名)。会員は医師、薬剤師、看護師、教育関係者など多職種から構成されており、メーリングリストによるやり取りの名前

には「先生」ではなく「さん」を付けることとした。土森武友さんの無煙ニュースもメーリングリストで流されている。

3) 選挙立候補予定者へのアンケート

衆議院選挙熊本選挙区立候補予定者にタバコ問題についてアンケート(17名中6名から返事を得て35%の回収率)を行い、結果をホームページに掲載した。

4) 部会の設立

部会を創り自律的に活動を展開していくことになり、表2に示したプロジェクトと部会が立ち上がって、活動が開始された。思った以上に活動が急速に展開されている。副代表で事務局である高野義久、代表の橋本洋一郎は、多くのメールが届くため、かなりの労力を使っている。また特に原稿のチェックにかなりの労力をとられており、嬉しい悲鳴である。ホームページ

表1 くまもと禁煙推進フォーラムの目的・活動方針・会員資格

<p>1) 目的</p> <p>くまもと禁煙推進フォーラムは、熊本県を中心に、社会の禁煙化を推進し、能動喫煙および受動喫煙の害の撲滅、未成年者の喫煙防止を目的とした社会的な活動を行う。</p> <p>2) 活動方針</p> <p>くまもと禁煙推進フォーラムは、前条の目的を達成するために、以下の活動を行う。</p> <p>① 能動喫煙および受動喫煙の害に関する正しい知識を県民へ普及させる。</p> <p>② 喫煙防止教育に積極的に協力・参画し、喫煙開始を防止する。</p> <p>③ 医療機関、教育機関、地域、公共の場、職域等における禁煙を推進するための社会的活動を行う。</p> <p>④ 医療の中での禁煙推進に関する正しい知識を普及させる。</p> <p>⑤ 社会の禁煙化を推進するための事業を行う。</p> <p>⑥ 他の禁煙推進団体と協調・連携を行う。</p> <p>⑦ 会員相互の交流・親睦を図る。会員相互の情報交換のためメーリングリストを運営する。</p> <p>⑧ 会のホームページを運営する。</p> <p>⑨ その他、目的を達成するために必要な活動を行う。</p> <p>3) 会員資格</p> <p>本会の会員は、目的に賛同し、かつ次の条件を満たすものとする。</p> <p>① 非喫煙者または禁煙達成者(過去喫煙者)。</p> <p>② タバコの生産、販売および消費を奨励または助長する活動を行わない。</p> <p>③ タバコ産業やその関連研究機関から、寄付・研究費を受け取らない。</p>

作成・運営は高野が一人で全てを行っている。

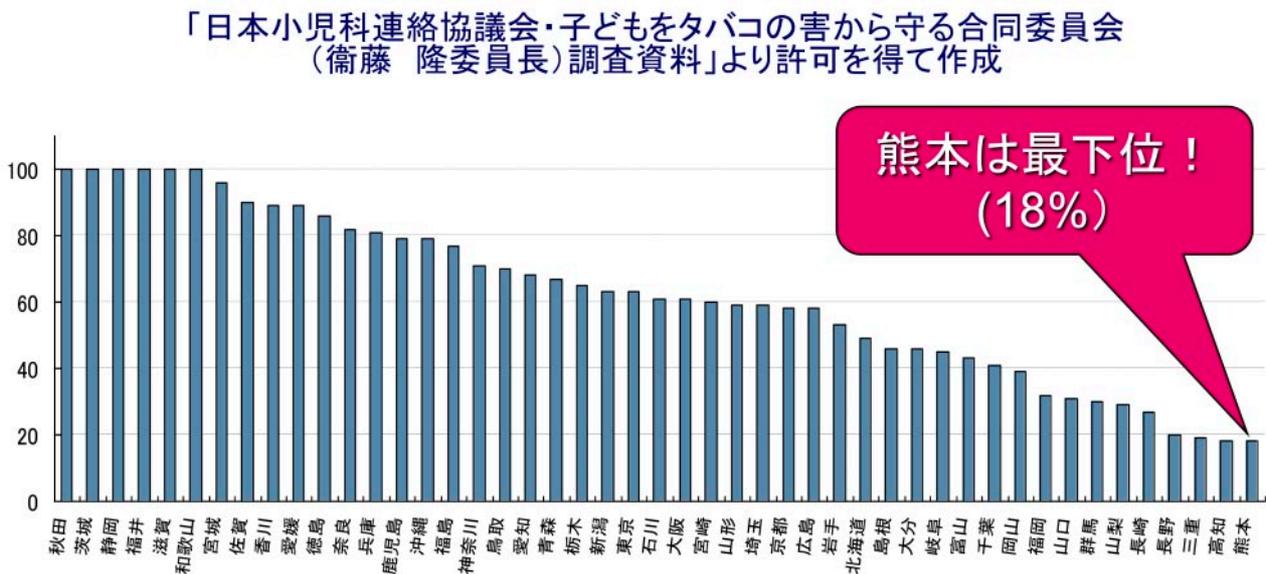
(1)「学校こそまず禁煙」プロジェクト

学校の禁煙・未成年者の喫煙予防について講義を最優先で行うために「学校こそまず禁煙」プロジェクトでは、①教育機関の禁煙化、②教材作成、③講師育成のための企画が立ち上がった。講義用スライド作成を行い、11月に完成した。2010年1月17日に開催予定の臨時総会でお披露目予定である。

(2) 医療機関の禁煙化・禁煙外来設立支援プロジェクト

2009年9月末日締切で冊子『敷地内禁煙と禁煙外来実践の要点』(執筆項目を表3に提示)を作成することになった。本フォーラムの会員を中心に執筆し、委員長の水野雄二、さらに高野と橋本の3名で原稿をチェックし、必要に応じて書き直しをお願いしている。内容についての責任は編集者3名で負うことにした。個々の原稿が完成した時点でメーリングリストを用い

図1 公立小・中・高等学校の敷地内禁煙化率(%) (2009年現在)
熊本は全国最下位の18%である。



「全国学校禁煙マップ <http://www.kawasaki-disease.net/~kinen/index.php>」よりグラフ化して引用

表2 分科会の設立と活動

<p>【学校こそまず禁煙！プロジェクト】 教育機関の禁煙化：県内全学校の禁煙状況の調査など 教材作成：スライドを作成、講演後に渡す資料等の作成 講師育成：禁煙講演を引き受けられる講師育成</p>
<p>【医療機関の禁煙化・禁煙外来設立支援プロジェクト】 医療機関の禁煙化支援の講演、禁煙外来設立指南・外来運営相談 テキスト「敷地内禁煙と禁煙外来実践の要点」を作成</p>
<p>【禁煙飲食店プロジェクト】 完全禁煙飲食店の応援・紹介、(可能なら)禁煙飲食店グルメ本 活動内容をホームページで紹介</p>
<p>【社会環境調査部会】 状態の調査(庁舎・議会・病院・学校・公共施設・冠婚葬祭場、 宴会)、いろいろな意識調査、データ収集 等</p>
<p>【ロゴマーク作成部会】 ロゴマークの作成依頼、選定</p>

て会員に提示し、意見を募っている。最終的にはホームページで全ての原稿を公開予定である。なお全ての内容を会員のみでは執筆できないため会員外の方にもボランティアで執筆頂いている。

(3) 禁煙飲食店プロジェクト

禁煙飲食店のマップ作成、あるいは紹介をホームページで行っている。

(4) 社会環境調査部会

喫煙や受動喫煙の問題などについてアンケートを行うため、内容の検討、倫理的な問題については熊本大学で検討頂き、また統計学的にアンケート必要数などを検討して、アンケート可能な状態にまでなっている。

表3 『敷地内禁煙と禁煙外来実践の要点(受動喫煙のない環境作り)』執筆項目

<p>第一章 禁煙の意義</p> <p>疾患編</p> <p>生活習慣病</p> <p>がん</p> <p>呼吸器疾患</p> <p>循環器疾患(一般論)</p> <p>冠れん縮性狭心症と突然死</p> <p>脳卒中</p> <p>喫煙と神経疾患(AD・PDなど)</p> <p>妊産婦の禁煙の意義</p> <p>女性とタバコ</p> <p>小児科における問題</p> <p>代謝・内分泌疾患と喫煙の意義</p> <p>耳鼻咽喉科疾患:喉頭がんについて</p> <p>麻酔・手術における問題</p> <p>整形外科疾患と喫煙</p> <p>消化器疾患</p> <p>腎・泌尿器科疾患</p> <p>喫煙が口腔に及ぼす影響について</p> <p>社会編</p> <p>受動喫煙への曝露と健康への影響</p> <p>受動喫煙防止のための介入法</p> <p>神奈川禁煙条例</p> <p>マスコミからみた喫煙問題</p> <p>タバコの害から子どもを守りたい</p> <p>第二章 敷地内禁煙</p> <p>敷地内禁煙の意義</p> <p>敷地内禁煙の実践とクリニカルパス (禁煙チーム医療の展開)</p> <p>-医師および管理者の立場から-</p> <p>敷地内禁煙実践の問題点と対処方法</p> <p>-病棟看護師の立場から-</p> <p>-病棟薬剤師の役割-</p> <p>敷地内禁煙を行ってみて</p>	<p>第三章 禁煙外来の実践</p> <p>認定施設の準備と届け出</p> <p>ニコチン依存症の病態</p> <p>禁煙外来 支援の要点</p> <p>禁煙外来専任看護師の役割と外来パス</p> <p>禁煙治療薬の概要</p> <p>ニコチン受容体と禁煙補助薬の作用機序</p> <p>喫煙の血液検査への影響(指導への応用)</p> <p>禁煙外来における薬剤師の役割</p> <p>家族にも禁煙支援者になってもらおう</p> <p>禁煙無関心期の喫煙者へのアプローチ</p> <p>禁煙成功者の声(1)</p> <p>禁煙成功者の声(2)</p> <p>禁煙成功者の声(3)</p> <p>第四章 熊本県における敷地内禁煙推進の取り組み</p> <p>学校内敷地内禁煙</p> <p>学校敷地内禁煙化の意義</p> <p>空気のおいしい飲食店</p> <p>社会環境への訴え</p> <p>編集後記</p> <p>付記</p> <p>タバコに関連した法律</p> <p>くまもと禁煙推進フォーラムについて</p>
---	---

(5) ロゴマーク部会

本フォーラムのロゴを作成するために崇城大学芸術学部デザイン学科の協力を得て、学生に低額のお礼(3万円)を前提にロゴ作成募集を行った。2009年7月に募集を行ったが、1件の応募もなかった。学生の試験や他のロゴ募集と重なったためと考え、再度、時期を変え8月1日～9月30日を募集期間とした。今回は10点の応募があり、デザイン学科の先生とフォーラムの担当者2名の計3名で一次審査を行い、3点に絞って、10月下旬から11月末日までの期間に会員によるメールでの投票(二次審査)が行われ決定した(図2)。

作者のデザインコンセプトは「禁煙した方がよい」とのことである。タバコのシルエットを真ん中で折ることで禁煙の決意と熊本県の「く」を表現、○で囲むことで従来の禁煙マークで目にするような「禁煙をしろなさい」というものではなく、「禁煙した方がよい」と自発的な禁煙を促進する、くまもと禁煙推進フォーラムの姿勢を示している。

実はこのロゴ作成をきっかけに「熊本禁煙推進フォーラム」から「くまもと禁煙推進フォーラム」に12月に改称した。実際、ひらがな・漢字・カタカナの名称となるとバランスもよく禁煙推進という言葉が浮かび上がることも有用と考えたからである。

5) マスコミの対応

地元紙に5月13日(会設立、総会の案内)、5月30日(「禁煙のうれしい効果」というタイトルで総会の案内、<http://qq.kumanichi.com/medical/2009/05/post-325.php>)、6月1日(会の開催)、6月7日(小中高校の敷地内禁煙率、熊本は全国最低18%、<http://qq.kumanichi.com/medical/2009/06/18.php>)、6月18日(阿蘇市来月から公立小中校敷地内禁煙・禁酒、<http://qq.kumanichi.com/medical/2009/06/post-343.php>)、朝日新聞にも掲載)、6月19日(県産タバコ日本一に、40歳以上の喫煙 県内男性30.5% 完全禁煙でリスク軽減を、<http://qq.kumanichi.com/medical/2009/06/post-352.php>)などフォーラム関連や喫煙関連の記事が掲載され、大きな議論を巻き起こした。地元紙の新聞記者さんが我々の活動について記事にして頂けるので大変助かっている。

6) 行政へのアプローチ

6月23日に熊本県健康福祉部健康づくり推進課に会員3名で熊本県における喫煙対策、特に学校における

図2 くまもと禁煙推進フォーラムのロゴ



喫煙対策などについてのお願いと今後の活動への協力をお願いした。また11月7日に熊本県教育委員会委員長にも面談頂いた。

7) がん対策

2007年4月に施行されたがん対策基本法のもと、国・各地方自治体はがん対策推進基本計画を策定し、「がんの予防」、「早期発見」、「診療の均てん化」、「緩和ケアの普及」などを目標に事業を行っている。熊本県も「がんの予防」として「未成年者の喫煙率0%」を目標に掲げていたが、がん診療の均てん化事業や検診普及事業に比較し具体的活動が行われていない状況であった。本フォーラムは2009年8月28日に開催された熊本県がん診療連携協議会主催のがん治療フォーラムにてがん対策としての禁煙に関する講演を行い、がん診療に関わる医療者へ禁煙推進の重要性を啓発した。この講演も含めたがん対策における本フォーラムの禁煙推進活動は「がん対策推進計画を推進するための都道府県的主要取り組み(アクションプラン)」の策定過程で話題として取り上げられ、関係者に「未成年者喫煙率0%」実現へ向けて学校敷地内全面禁煙化などより具体的な活動が必要であることを認識させるに至った。

4. 考察

1) 活動の成果

色々な職種の参加があり、個々、あるいはグループで行っている禁煙活動を本フォーラム設立で集約化できて多くの大きな成果がでるようになってきている。色々な立場、違った背景を持っている会員によってメンバーリストによる情報提供や活発な討論で、タバコや禁煙に関する多くの情報や考え方を得ることができている。

地元紙の記者さんにも我々の活動について興味を持

って頂き、新聞紙上で話題提供を行って来ており、マスコミの影響も絶大であることが分かった。

「子どもは親の言うことは聞かないが親のマネはする」、「子どもは先生の言うことは聞かないが先生のマネはする」、「喫煙している人でも子どもや孫には喫煙して欲しくないと思っている」などの標語がある。まずは未成年者の喫煙0%を目指すために「学校こそまず禁煙」という標語を2009年度の活動の標語とした。タバコは非合法薬物の入門薬剤 (gateway drug) とも言われ、タバコからシンナー、大麻、覚醒剤、麻薬とエスカレートするという考えがあり、誰もが異議を唱えない未成年者の喫煙防止に力を注ぐことになった。

2) 活動の問題点と限界

現在は、ITの発達でE-mailの活用、ホームページの作成、大容量のデータのやりとりなどで、活動の一部を効率的に行える時代であるが、多くの問題点や限界も存在する。

全て自前で行っており、特定のメンバーに負担がかかっている。部会の設置で、その部会が自律的に活動し、最終的に世話人が承認する形で全ての活動が進んでいる。時に多くの相談や決定しなければならない事項が重なる場合、自分の仕事が忙しいときには辛いこともある。ただし週末に動きが多く、ほとんど全てをメールでやり取りしており、コンピュータ1台あればどこでも対応できるので、24時間mobile PCを持って対応している。代表の橋本以上に忙しいのが副代表で事務局の高野であろう。「禁煙活動が本業で、クリニックにおける診療は副業」というくらいに禁煙活動が大好きであり、本フォーラムは彼の多大な労力によって活動が成り立っているといっても過言ではない。我が国で何かを行う場合には誰かが仕事を一手に背負わないとうまくいかない土壌である。しかし会員の自律的な活動により、事務局長のライフワークは一気に加速していると思われ、忙しくても疲れを感じていないと推測される。

「敷地内禁煙と禁煙外来実践の要点」の執筆を皆で行っているが、会員のみでは全ての項目が執筆できない。そのため、会員外の方にボランティアで執筆を依頼しているが、執筆者探しに一部苦労した。また、なかなか執筆してくれない原稿もあり、9月末日締切であったが、締切までに執筆されたのは半数以下であった。また内容を統一するために代表、副代表、部会長の3名で全ての原稿をチェックし、再度、執筆者に差し戻

して、第2稿をあげて頂き、再度、3名でチェックし、完成したものをメーリングリストで流して、会員の意見を募って最終稿としている。当初はチェックする3名の流れが混乱して、途中で原稿がストップして、どのステージまで進んでいるか分からなくなったりしたことがあった。この仕事を含む多くの仕事がこの3名に集中していることもその一因であるが、公開された原稿の最終責任はこの3名で背負うということにしており、責任重大であり、頑張っていくしかない。執筆者によって原稿のばらつき(特に執筆形式や文献記載など)があるが、禁煙活動をボランティアでやっている方の執筆なので、チェックしながら大変勉強になっている。禁煙関連の本や雑誌よりもよい内容であると自画自賛している。2010年1月17日の臨時総会(特別講演会)までに全ての原稿をホームページにアップできるように頑張っているところである。他地域の参考になれるように思っているが、公開されたら色々と意見を頂ければ幸いである。

アンケート部会では、アンケートの倫理的な面を熊本大学で議論して頂いたり、統計処理するためのアンケートの必要数を統計的に算出することを世話人が検討したりと、色々と難関があるが、一度、形ができれば、その後の活動はやりやすくなると考えられる。色々な自律的な活動の最初のハードルをどう乗り越えることができるかが課題である。

行政との連携を強化したいが、いくつもの窓口が存在する。どこにどのようにアプローチするかが手探り状態である。アプローチできるところから少しずつやっている。禁煙活動の推進というミッションを共有する仲間の会のため、警戒されることもあると思われる。また熊本県は葉タバコ生産が全国一位(昨年までは宮崎県が第一位)という地域の特殊事情も存在する。新聞記事が追い風にはなっているが、熊本県民からしっかり認知された会となるようにしていけばもっと活動がしやすくなるであろう。

2010年に1月17日に臨時総会を兼ねた特別講演会を開催するが、どのようにして会員以外の方々に参加頂くかという課題もある。製薬メーカーの共催を得ておらず、自前の会のため色々苦勞している。逆に他の研究会における製薬メーカーのMRさんたちの存在が大きいことを実感している。医師会、薬剤師会、歯科医師会、保険医協会などの後援をどう得るか、最初は手探りであった。また特別講演は神奈川県から旅費・宿泊費自前、講演料なしで来て頂けるので開催で

きるといったように、本会の財政的基盤は極めて脆弱である。ただし補助金やスポンサーのない活動であるので、永久に行える活動でもある。

3) ミッションと展望

物事を行うには明確なミッション、さらに passion や high tension も必要であるが、それだけではなく attraction や vacation も必要であると九州医療センターの岡田靖先生が言っている。本会員にとっては活動そのものが attraction や vacation になっている人もいるかもしれない。実際、熊本の温泉地で vacation を楽しむときに受動喫煙に晒されることなく、よい時間を過ごせるようにもしたいものである。さらにメンバー内あるいはメンバー外との communication も大変重要であるが、本フォーラムの設立のお陰で多くの方と知り合うことができ、大変大きく世界が広がった。

社会全体で禁煙に関する関心がこれまで以上に高く

なっており、今は大変よい時期である。健康増進や子どものよりよき教育環境作りにも禁煙活動は大きな役割を果たせると考えている。少しずつ会員も増加しており、さらなる活動(禁煙キャラバン隊による活動など)を2010年には行う予定である。本フォーラムが今後さらに社会から受け入れられるように上手く活動を展開できればと考えている。

最後に

社会の無煙化という明確なミッションがあれば、多くのメンバーがボランティアで禁煙社会活動を展開できることが分かった。今後は、小・中・高校生への喫煙防止教育の推進、学校敷地内禁煙化、医療施設の敷地内禁煙化、受動喫煙を防止する社会活動に重点を置き、活動していく方針である。

本報告の要旨は第4回日本禁煙学会総会(2009年9月12～13日、札幌)で発表した。

《報告》

2009年映画とタバコについての一考察

さがみ無煙社会をめざす会
見上喜美江

概説

2009年に筆者が鑑賞した映画の中でタバコ及び灰皿などのタバコ関連グッズの扱われ方について考察したものです。基本的には邦画(77本)を対象としていますが、比較対象として外国映画にも触れています。

考察

無煙映画は資料にあるとおり10本と多くはないものの、全体的には明らかにタバコ会社の汚れた資金が投入されていると疑われる作品以外では喫煙シーンそのものは少なくなっていると感じています。これは脱タバコをめざす当会や賛同者の地道な活動が功をなし、後進的な映画界も少しずつ変化してきていることと思われます。

しかしながら、気になるのは、ほとんど無煙なのになぜここでタバコを出すのか理解に苦しむといったタバコシーンが出てきたことです。「曲がレスプーン」「パンドラの匣」など。それはタバコについての知識は多少付いてきたものの、まだまだ私たちと比べると喫煙及び受動喫煙に対する理解が浅いため「これくらいなら問題ないでしょう」という安易な考えからなのか、もしくはタバコ会社からの巧妙な働きかけのもとタバコの存在を全く否定せずにあたりまえに存在するものなのですよ、というメッセージをさりげなく送っているとするならば、たとえ1回のシーンだったとしても大きな問題です。

一方タバコのシーンが多いモクモク映画には、制作に電通が関わっている作品、特定の監督や脚本家(宮藤官九郎、西川美和など)の作品、吉本興業、ジャニ

ーズ事務所、元JTのイメージキャラクターだった俳優が出演している作品などがタバコ会社との関連を疑わせます。それ以外でもタバコが出てきたらそこには何らかの形でタバコ会社の有形無形の協力があると考えられるべきでしょう。なぜなら、有害性が明らかになっているものをあえて使うということはそこに利害関係が絡んでいるとしか考えられないからです。疑われなくなかったら李下の冠のたとえのとおりタバコを使わないことです。

今後は、子役の前での喫煙は虐待となること、またパッケージそのものをアップで映すことなどはFCTCの実効に伴い条約違反となることを周知徹底する必要があります。これからは監督や制作会社に対して直接指導助言をしていきたいと思っています。

外国の作品について簡単にふれますと、アメリカ映画ではタバコは基本的には出てきませんが、歴史的にタバコの存在が認められる時代やタバコのイメージが強い過去の偉人を扱った作品でタバコを宣伝するケースが多くなりました。たとえば今年にはココ・シャネル生誕100年で3本ほど関連映画がありますが、予告の段階からすべてモクモクです。この傾向は今後も続くことが予想されます(なおこのシャネルの映画についてはパリの交通局はシャネルがタバコをくゆらすポーズのポスターを貼ることを禁止したというニュースがキネマ旬報2009年6月上旬号に出ています。さすがフランスです。FCTCを先取りしています)。

日本にファンの多い韓国映画ですが、こちらはお話にならないくらいモクモクです。予告でモクモクなので観る気になりません。実際、2009年12月にソウルに行きましたが、男性の喫煙率の高いことにはびっくりしました。

映画の中でのタバコについては観ないと苦情を言えないと思われるかもしれませんが、チラシにタバコがクローズアップされているような悪質なものもあり観

連絡先

〒252-1126
神奈川県綾瀬市綾西1-15-2
さがみ無煙社会をめざす会 見上喜美江
TEL: 0467-76-6264
e-mail: susu-kimi@nifty.com
受付日2010年3月11日 採用日2010年3月12日

なくても指導することが可能です。また、ビデオで観たものでも構いません。気になるタバコについてはどんどん意見を言って映画界からタバコマネーを排除していきましょう。

資料

無煙映画作品(10作品)

「ホノカア ボーイ」 真田敦 監督

ハワイのホノカアという町の小さな映画館が舞台です。大学を休学してホノカアの映画館で働くことになった主人公を取り巻くかつての移民の人々、だからでしょう、日本語を話します。豊かな自然のなかでほのぼのとしながらも人は孤独であり、だからこそつながっていたいというせつなさをユーモアと意外なキャスティングと哀愁のある音楽で表現しています。

無煙映画です。灰皿、タバコなどもなく、禁煙マークはしっかりと映ります。ハワイだから当たり前かもしれませんが……。こんなところだったら、空気もいいし、のんびりと気持ちよく過ごせそうです。

「おとなり」 熊澤尚人 監督

都会のアパートに住むカメラマンの聡と花屋に勤める七緒は隣同士ですがお互いに顔は見たことがありません。お互いの生活する音だけがなにかほっとさせる存在なのでした。二人にはそれぞれ男女がからんだ小さな事件が起こりますが、なかなか二人は出会わないのです。いつになったら出会うのかちょっとイライラさせられながら物語は展開していきます。

おとなの恋を扱った作品ですが無煙でした。その上タバコフリーです。

- ・コンビニで買い物するシーン。いつもならここで店員の後ろにタバコがズラリなのですが、タバコフリー。
- ・コンビニの看板に付き物なのが「酒・たばこ」。しかし「酒」のみでタバコはありません(コンビニはファミリーマート)。
- ・ふたりがすれちがいがながらも通っている喫茶店。ここも灰皿なしのタバコフリー。
- ・後半で二人が出会う高校の同窓会の懇親会場もタバコフリー。

無煙映画担当としては「熊澤監督はもしかして無煙映画評を読んでいるのではないか」と思わせるほど完璧なタバコフリーフィルムでした。2009年度の無煙映

画賞候補です。麻生久美子は「女優賞」当確ですね。

上映館のリニューアルした新宿ピカデリーも全館禁煙でした。

「MW ムウ」 岩本仁志 監督

手塚治原作のサスペンス映画です。16年前に小さな島で起き、闇に葬られた毒ガス(MW)製造とガス漏れ、そして島民全員の虐殺という国家機密事件がありました。しかし奇跡的にふたりの少年は逃げ出して大人になったのですが、ひとりには牧師にもうひとりには毒ガスを微量ながらも吸ってしまったためか悪魔のような復讐の怪物になっていたのです。そして事件に関係した人を次々と殺戮していくのでした。

勧善懲悪のわかりやすい話ではなく、「悪」が主役なので(実はもっと大きな悪が存在するのですが)全編にわたって緊張感のある展開となっていて肩のこる作品です。

タバコは無煙ですが、唯一冒頭で起きる誘拐事件の被害者の女性の写真がタバコを持ってポーズを取っています。この写真が何回か映ります。女性は薬物依存もあり、人格を表わす小道具としてマイナスイメージを表わしています。スモークフリーですがタバコフリーではありません。

「群青」 中川陽介 監督

沖縄の小島に病氣療養でやってきたピアニスト。彼女に一人の漁師が恋をします。ふたりはやがて結婚し娘=涼子を授かりますが、ピアニストはしばらくして亡くなってしまいます。涼子は同い年のふたりの男の子一也と大介とともに3人で仲良く成長するのですが、高校を卒業する時期を迎え3人は微妙な関係となっていきます。涼子は漁師となった一也との結婚を父親に打ち明けますが「まだ一人前ではないだろう」と言われ、一也は無理な漁(深い海にある宝石サンゴを採る)をして帰らぬ人となってしまうのでした。正気をなくした涼子のもとに島を出ていた大介がもどってきますが、涼子の心は閉ざされたままなのでした。沖縄の自然が沖縄のリズムとともにとても気持ちよくて印象的です。

タバコに関しては、海辺の居酒屋などの場面や大介の大学入学祝いの宴会の場面もありましたが無煙でした。内容も問題ないので主役の長澤まさみさんは主演女優賞候補です。

「真夏の夜の夢」 中江裕司 監督

ご存じシェイクスピア原作の作品です。舞台は沖縄です。時代は現代で、原作とは趣が全く異なりますが芝居がかった演出が効果的でした。神様のちょっとしたいたずらが巻き起こす恋愛喜劇は古今東西を問わずおもしろいですね。加えてリゾート開発の波に翻弄される話が現代性を与え、沖縄の自然とうちなーぐち(琉球方言)が原作にはないおもしろさになりました。

タバコは出てこなかったのがよかったです。

「プール」 大森美香 監督

タイの片田舎のゲストハウスが舞台です。主役の母親は娘を祖母に預けひとりでタイでゲストハウスの仕事をしています。そこへ卒業旅行で娘が会いにやってきます。はじめはうちとけないのですが、ゲストハウスのプールサイドでくりひろげられるちょっとわけのある人々との穏やかな時間をすごすうちに母親を許す気になっていきます。

タバコはさすがにタイが舞台のせいか風景や周囲のひとびとにも全く登場しませんでした。すがすがしく観ていても気持ちの良い作品でした。

「サイドウェイズ」 チェリン グラク 監督

第77回アカデミー賞脚本賞受賞作を日本映画として生まれ変わらせたおもしろい試みの作品です。脚本賞受賞作ということで独り者の男同士の会話がおかしくもあり切なさもあります。ワインで有名なカリフォルニア ナパバレーの美しい風景も見逃せません。

タバコはもちろんありません。アメリカの一般市民の間ではタバコフリーが常識なのでしょうか。

「カイジ 人生逆転ゲーム」 佐藤東弥 監督

フリーターのカイジ(藤原竜也)は友達の借金を背負ってしまいにっちもさっちもゆかなくなり、サラ金の社長(天海祐希)から参加すれば大金を手に入れるチャンスがある賭けに挑戦することを持ちかけられます。他に手立てのない彼はその誘いを受け、会場となっている大型客船に乗りこみます。そこには主催者が言うところの「人間のクズ」が集まっています。勝利を目前に人のいいカイジはあるオッサンを助けたために結局地下の強制労働者にされ奴隷のように酷使されます。そこから這い上がるべく今度は「ブレイブマンロード」に挑戦、見事クリアするのですが……。

金持ちが搾取をしている構図もちらつかせて現在の社会を批判している面もありますが、貧しい人が死んで行くのを笑ってみる人種が描かれ後味の悪い作品です。

タバコはカイジがアルバイトをしているコンビニにもタバコはなく喫煙シーンもない無煙の作品です。船に乗り込む場面では「船内は禁煙だ」ということばも小さくですがきとれます。藤原さんがいい演技をしているので「主演男優賞」の候補です。

「ウルルの森の物語」 長沼誠 監督

母親が急病のために北海道で獣医をしている別れた父親のもとに預けられた兄と妹は都会の生活とは全くちがう大自然の中での生活にはじめは戸惑ったり反発をしたりします。あるときその兄弟は子犬と出会い、ウルルと名付け飼いはじめます。獣医の父親は「もしかしてウルルは絶滅したオオカミの子供なのではないか」と思い専門の研究者に検査を依頼しますが……。子供たちはウルルを母親のもとに返してやろうとアイヌの伝説をヒントに旅に出るのでした。

無煙です。家族で楽しめるだけでなく自然と動物、そして人間のかかわりなどを考えさせる内容も好感が持てます。人間社会での絶滅危惧種のマタギが登場したり、絶滅危惧言語のアイヌ語が出てきたりと、絶滅の危機に瀕しているにはオオカミだけではないことも伝わってきます。ウルルがオオカミの母親と再会する場面はベストCG賞をあげたいくらいよく撮れていました。

「のだめカンタービレ 最終章前篇」

武内英樹 監督

コミック誌で人気を博しテレビドラマ化したその最終章の前篇です。音楽学生の現実をのだめこと野田恵と千明先輩の恋のゆくえとともにコミカルに描いています。人間関係のやりとりにははちゃめちゃんところもあります。クラシック音楽の魅力をわかりやすく説いていることはこの映画の社会的貢献でしょう。のだめを演ずる上野樹里が恋するせつなさや音楽の楽しさを深刻になりすぎずに好演しています。

若者中心のドラマが無煙というのはとても評価できます。原作では喫煙する場面もあるようですがそれならばなお、無煙にしたことをほめてあげたいですね。ただ、前篇ということなので後篇を観てからにしましょうか。

無煙ではないが惜しかった作品(7作品)

「ガマの油」 役所広司 監督

少年院から出所する友達を迎えに恋人とのデートを切り上げて急いで行く途中、交通事故に会ってしまった息子。その息子のケータイが鳴り父親は思わず息子のふりをしてしまいます。電話で声を聞くことしかできない恋人を思う少女、親友を自分のせいで死なせてしまったと心をとぎす少年、息子を亡くした悲しみをなんとか乗り越えようとする父親、3者はいつしか存在しない息子を通して心が通い合っていくのでした。タイトルは父親が子供のころ出会ったガマの油売りがいくつもの人生訓を聞いた思い出からつけられました。生きること、死ぬことを考えさせられます。

登場人物はだれもタバコを吸わないのですが、冒頭に渋谷の雑踏が映り、そこで残念なことに喫煙所にたむろして喫煙する人が映ってしまいました。役所広司初監督の作品ですが、監督はロケの細かいところも見逃さないでほしいものです。ちなみに、同じ場面でセンター街の「路上喫煙禁止」の横断幕も映ります。

「鴨川ホルモー」 本木克英 監督

ホルモーというオニ合戦を真面目に行う京大生の話です。奇想天外ですが、ついこの間まで陰陽師が現役だった(今もかな?)京都ならそれほど違和感はないかもしれません。客観的には現実的ではない話だけれど、いつのまにか引き込まれ楽しめます。なんといつでも見せ場はメンバーが素っ裸で踊る(女人禁制の神社で)ワンサカワンサのレナウン娘の曲がサイコーです。筆者の好みの映画です。

タバコは残念なことに最初の新歓コンパの会場で紫煙が漂ったり、京大の学生寮で吸殻いっぱい灰皿などが映りました。主な登場人物は吸いません。

「ベイビー ベイビー ベイビー」 両沢和幸 監督

大手出版社の副編集長としてさっそうと仕事に励む陽子(観月ありさ)は新雑誌の編集長に抜擢されますが、妊娠が発覚します。すると抜擢の話も消え、悩みながらも産婦人科で出会った妊婦仲間やあてにはならないけど「おれの子を産んでくれ」とすがる赤ちゃんの父親(谷原章介)に励まされ、仕事を辞め出産する決意をします。ドタバタのコメディではありませんが、女が男社会で仕事を続けることの難しさやキャリアからはなれることのさみしさなど、笑わせながらも考え

させられます。それについても観月ありさは素敵です。日本映画界唯一の美形コメディアンヌです。もしこの作品が無煙だったら主演女優賞はまちがいになかったのに……。

たった1度父親のカネラマンが仕事を頼みに行った胡散臭い出版社の薄汚い編集長がタバコを吸うのです。残念です。「惜しかったで賞」候補?にでもしましょうかね。

「曲がれ スプーン」 本広克行 監督

超常現象番組の制作者のよね(長澤まさみ)はエスパー探しの旅に出て「カフェ念力」に集まっていたエスパーたちと出会います。本物のエスパーたちは自分がエスパーであることを隠していますが、よねの取材はなんとかうまくいかせてやりたいとあれこれ策を練るのでした。

地味目の個性派俳優たちが実力発揮の楽しい作品です。

タバコも最後まで出なかったので「主演女優賞は長澤まさみに決定だな」と思った直後に最後のエンドロールでほんの1、2秒ですが病院の喫煙所で喫煙する寺島進と松重豊が映りました。こんなシーンをわざわざ入れる必要がないのに残念でなりません。

「パンドラの匣」 富永昌敏 監督

暗い印象の太宰治にしては珍しく青春を描いた作品で、結核療養所が舞台ながらも明るいやりとりのある映画となっています。結核を患ってはいるが恋もするし振られるもする、また嫉妬もしたりと普通の若者の姿を描いています。「やっとなるか?」「やっとなるよ」、「がんばれよ!」「よーしきた」など言葉遣いがさわやかで終戦直後の新鮮な青春が心地よく表現されています。

タバコは療養所が舞台なので出るはずないと思っていましたが、なんと看護婦長(芥川賞作家 川上未映子)が1回だけ喫煙します。この頃から看護婦の喫煙率は高かったのでしょうか。

「キラークアーズ」 岸谷五朗 監督

俳優の岸谷さんの初監督作品です。子供の時からいつもビリで「ドン尻ビリ子」と呼ばれていたひろ子は育ての親のおじいちゃんに花嫁姿を見せられるという前日に、弾みで殺人をおかしてしまいます。死体をスーツケースに詰めて樹海へと逃げますが、彼女の前に

は男運の悪い「死にたくても死ねない」小林さんがいきなり現れます。そしていきがかりでふたりいっしょのとんでもない逃避行が始まります。小林さん役の木村佳乃がコメディに挑戦し笑わせてくれます。冒頭の木村さんの歌う「わかれうた」(中島みゆき)がよかったです。笑いながらも、自分を必要とする人がいるということの大切さを再確認できます。チョイ役の高島礼子もコメディエンヌの才能を感じさせていました。

タバコは、二人の乗った車が暴走族に囲まれる場面で煙がチラッと漂いました。また、コンビニではレジの後ろの陳列棚にいつものタバコがしっかりと映っていました。とても残念です。監督にはこのようなチェックもきちんとしてほしいものです。

「僕らのワンダフルデイズ」 星田良子 監督

余命半年と宣告された主人公(竹中直人)は落ち込んでいましたが、ふとしたことから高校時代のバンドを死ぬ前に再結成しようとしています。それぞれ仕事や家庭に問題を抱えながらも協力する昔の仲間たちです。すったもんだしつつもワンダフルデイズを過ごしますが、仲間の一人が倒れたことがきっかけで事情が変わってくるのです。

竹中のオーバーな動きはコメディそのものですが、不況や介護などの現代の社会問題も織り交ぜ、笑い涙の傑作になりました。脇役がうまいと安心して楽しめます。久々の映画出演というドラマ担当の稲垣潤一が裕福なボンボンぶりを好演していました。

タバコは主役の5人が吸わず期待していたのですが、なぜか料亭の隣席の客の持つタバコがちらっと映ったり、不動産屋でいやな客が1回吸いました。どちらもあまり意味がなく、なんでこんなところでタバコなのか理解できません。もっとタバコに対して神経を使ってほしいものです。

喫煙及びタバコが異常に多かった作品及び タバコの扱いに問題がある作品(8作品)

「少年メリケンサック」 宮藤官九郎 監督

25年前のパンクバンドを復活させようという音楽プロと中年になったバンドメンバーとのドタバタ劇です。着眼点は面白いし、キャストもなかなかの役者がそろっていますが、なにか大きなものが足りないのただのうるさいドタバタ劇でしかありませんでした。才能のある宮藤監督だがニコチンで脳が働かなくなっ

ているんじゃないのかしら。残念ですね。と言いたくなるくらい喫煙シーンの多いモクモク映画でした。特に佐藤浩市扮するギタリストは常にタバコを手放さず満員の車の中でも喫煙します。高校生の時代にも喫煙。ライブハウスや食堂のシーンでも客の多くが喫煙。これでは出演者はたまったものではありません。無煙だったのは音楽プロのオフィスのシーンくらいでした。

また、酔っぱらったおっさんたちが酒の勢いで行くハダカ同然の服を着た女性がいる何とかマッサージの店には、「禁煙ルームあります」の看板が嫌みのようにぶら下がっていました。宮藤ってホントにいやなやつですね。

受動喫煙で健康被害は受けるし、「篤姫」のあとの最初の主演映画がこんな迷作で宮崎あおいさんはかわいそう。次回からはもっと監督を選びましょう。

「南極料理人」 沖田修一 監督

南極のそれも高度4,000mの基地に1年以上缶づめになって、さまざまな調査をする7人の研究者の食事を担当する人が主人公です。来たくて来たわけじゃないけれど食べることが唯一の楽しみなメンバーのために、限られた食材であれこれ工夫して食事を作る姿を描きます。大きな事件は起こりませんが、ウイルスも住めないようなところで同じメンバーでいると、ささいないざごは起こります。そんなときもとりあえずおいしいものを食べれば元気が出てくるのです。食べることがいかに大切なことかよくわかります。主役の堺雅人の手際もおみごとです。

しかしながら、タバコは大問題です。まず密閉された狭い室内で平気で喫煙します。特に医者がいっつもタバコをくわえているのはどうかと思います。肉体的に吸える状態なのでしょうか。時代設定はさだかではありませんが、まさか今でも喫煙野放しではないでしょうね。

「ハゲタカ」 大友啓史 監督

テレビではおもしろかったのに映画にしたら白けちゃったというパターンの代表作です。登場人物はみんな実力のある俳優なので一つ一つの場面はよくできているのですが、それが一つの作品としてまとまっていないのです。共感できる登場人物がない、みんな中途半端でちぐはぐな描き方です。あれこれ盛り込みすぎなのです。また社会性もなし。何を伝えたいのか全然わからないのです。久々につまらない映画でした。

どんな名優の名演も脚本がだめなら意味がないということでしょうか(脚本 林宏司)。

タバコ的には大問題作です。日中のハゲタカつまり主役と悪役のふたりが喫煙します。それぞれに関わる派遣工と元ハゲタカも喫煙します。それだけでなく「最近はどこも禁煙になっちゃってこんなところしか吸えない。」というセリフがあります。このセリフは元ハゲタカで現在は旅館の社長のセリフですが、ちなみに彼の旅館は全室禁煙で経営は順調だそうです。前半はタバコを吸わなかった主役が彼を応援にたのむときのセリフが「タバコ1本くれる?」と、まるでタバコが仲間のシンボルのようです。中学生の不良仲間のセリフみたいですね。悪役の赤いハゲタカが派遣工を利用するために近づく場面でもタバコが使われています。そのほかファミレスで食事をする場面でも平気で喫煙していました。NHKドラマではこんなにタバコが出てきた記憶がないのですが、いったいどうしたのでしょうかね。制作はNHKエンタープライズです

「余命1カ月の花嫁」 廣木隆一 監督

乳がんが診断された千恵は症状が隠せなくなり、恋人の太郎と別れることを決意します。しかし、太郎は「一緒にがんばろう」と励まします。ところが、病魔は千恵の体を蝕み「余命は長くて1カ月」と宣告されます。太郎はウエディングドレスを着せてあげたい、結婚指輪をさせたいと思い実現させるのでした。

実際に病気と闘う姿をドキュメンタリー番組として撮影し、若年の乳がん患者の存在をマスコミを通して一般に認知させ、20代の検診の必要性を訴えた長島千恵さんがモデルになっています。「明日があるのは奇跡」という彼女のメッセージがよく伝わってくる作品です。

タバコは千恵の父親役の柄本明がたびたび喫煙します。実は千恵の母親は卵巣がんで千恵が10歳のときに亡くなっているのにもかかわらず、その後も父親は喫煙を続けていたことになるのです。タバコががんの原因ということを知らなかったのでしょうか。ちなみに原作は2007年4月5日が結婚式です。タバコががんの原因であることをもっともっと周知させなければなりません。がんの予防は検診よりも禁煙、受動喫煙を避けることですね。

また、病院の外でも白衣の数人の喫煙シーンもありました。

「沈まぬ太陽」 若松節朗 監督

国民航空の組合の委員長として空の安全のために会社とストを予告して交渉をしていた恩地(渡辺謙)は報復人事としてカラチ、テヘラン、ナイロビと10年間へき地勤務を命ぜられます。その間に副委員長だった行天(三浦友和)は会社側に取り込まれ御用組合を結成し、共に闘ってきた仲間を裏切り、組合つぶしや見せしめ人事をするのでした。そしてやっと日本に戻った恩地を迎えたのは航空史上最悪の御巣鷹山墜落事故だったのでした。恩地は被害者の家族担当をすることになり、ここでもまた冷酷な会社と家族との間に立ち恩地の苦しみは続くのでした。

フィクションとはいえ思い当たる企業や政治家が容易に察しがつき当時の関係者は直視できないのではないかと思えるほど鮮明に再現しています。新聞記者もたかり屋のように描かれ、その報復か、この映画については紙面でふれないといううわさも流れています。しかしそれにもめげず平日の昼間でも観客は多かったし映画の出来もよかったので今年の1、2を争う作品となることでしょう。

タバコ的にも1、2を争うモクモク作品でした。上映開始後いきなり渡辺謙のタバコシーンにはギョウテンです。渡辺謙は白血病だったというのにこんなに喫煙して大丈夫なのでしょうか。国際派のスターだけに心配です。三浦友和もJTのCMを彷彿とさせる喫煙シーンばかり。その他の登場人物周囲でも喫煙する場面が多く、煙や灰皿などタバコ関係が映っている時間が8割くらいあったのではないかと思えるほどでした。案の定「たばこと塩の博物館」が協力していました。どおりで灰皿なども年代に合わせて時代考証がよくできていましたね。原作の山崎さんには是非ともJTの内幕もこの作品同様真実を書いてほしいものです。

「ディア・ドクター」 西川美和 監督

過疎の村で献身的に働く医師のもとに若いおぼっちゃまの研修医がやってきたところから物語は始まります。その仕事ぶりに研修医も心を動かされ、「彼こそが本当の医者だ」と尊敬をするようになっていきます。ある一人の患者の「家族には自分の病気のことを知られたくない」という願いに応えようとした時に、実は彼がニセ医者だったという秘密が明らかになってしまうのでした。

前作「ゆれる」で各賞を総なめ(とはいっても無煙映画賞は取っていませんが)した西川監督の過疎地の医

療や末期患者の医療など様々な問題を織り交ぜた上に、田舎の美しい自然と主役の笑福亭鶴瓶さんの名演で秀作となりましたが、タバコの扱いは大いに問題です(残念ながら今回も無煙映画賞の対象外ですね)。

- ・失踪したニセ医者を探査する刑事へのわいろに村長が渡したのは数箱のタバコ
- ・「禁煙」という張り紙の前で製薬会社のセールス担当者がしみじみ喫煙
- ・ニセ医者がばれるとそれまで吸わなかった鶴瓶さんが駅の売店でタバコを買いその場で火をつける
- ・駅のホームの喫煙所で逃げる鶴瓶さんと刑事二人がニアミス。3人とも喫煙する

などタバコを小道具に使いすぎです。

電通が制作に名を連ねているとタバコが出てくるとするのは私の考えすぎでしょうか。気になります。

「笑う警官」 角川春樹 監督

実際に起きた北海道警の裏金作りを内部告発した事件をモデルにした小説の映画化です。オープニングでジャズが流れ、バーのカウンターのサックス、ウィスキーグラス、そして煙が上がる葉巻……という陳腐な雰囲気が始まりイヤな予感がしましたが、予感通りのモクモク映画でした。その上ジタンというタバコが重要な小道具になっていました。5人の刑事のうちひとりだけが喫煙します。

「ポチの告白」同様、警察の腐敗ぶりには呆れるばかりです。

「フィッシュストーリー」 中村義洋 監督

2012年、彗星の地球衝突まであと5時間というときに、避難もせずに中古レコード店で聴いている曲は「フィッシュストーリー」。1975年、売れないバンドが「俺たちのやっていることが役に立つのかよ」と思いながらも最後のレコーディングをしているその曲は「フィッシュストーリー」。1982年、禁煙の車内で喫煙する友人に「禁煙だよ」と言うこともできない気弱な大学生に勇気を与えたその曲はカーステレオから流れる「フィッシュストーリー」。2009年、シージャックに巻き込まれた女子高生と正義の味方になりたかった青年の話。そして2012年、彗星の衝突を回避するために立ち上がった正義の味方とは……と、いくつもの話が最後にはひとつになります。一生懸命やっていることは巡り巡って誰かを動かす原動力になるのだというメッセージが込められた前向きな作品です。

しかし、タバコの方は全く後ろ向き。1975年のバンドのメンバー4人が演奏中以外はほとんど喫煙しているし、82年の場面でもおバカちゃんの学生が喫煙します。最悪なのは小さな子どものいるところで喫煙する場面です。虐待以外の何物でもありません。内容がおもしろかっただけに大変残念です。

日本禁煙学会の対外活動記録
(2010年3月～4月)

- 3月23日 「財団法人喫煙科学研究財団の解散を求める意見」を内閣府に提出
3月23日 「財団法人喫煙科学研究財団関係者への公開質問状」を送付
3月26日 受動喫煙防止法制定の請願と法案を提出

日本禁煙学会雑誌はウェブ上で閲覧・投稿ができます。
最新号やバックナンバー、投稿規程などは日本禁煙学会ホームページ <http://www.nosmoke55.jp/> をご覧下さい。

日本禁煙学会雑誌編集委員会

- | | | |
|---------|------|------|
| ●理事長 | 作田 学 | |
| ●編集委員長 | 金子昌弘 | |
| ●常任編集委員 | 佐藤 功 | 山岡雅顕 |
| ●編集委員 | 厚地良彦 | 石井芳樹 |
| | 加濃正人 | 川俣幹雄 |
| | 清水央雄 | 高橋正行 |
| | 庄嶋伸浩 | 野上浩志 |
| | 蓮沼 剛 | 秦 温信 |
| | 久岡清子 | 南 順一 |
| | 山本蒔子 | 吉井千春 |

(五十音順)

日本禁煙学会
(禁煙会誌)

ISSN 1882-6806

第5巻第2号 2010年4月19日

発行 特定非営利活動法人 日本禁煙学会

〒162-0063

新宿区市谷薬王寺町30-5-201 日本禁煙学会事務局内

電話：090-4435-9673

ファックス：03-5360-6736

メールアドレス：desk@nosmoke55.jp

ホームページ：http://www.nosmoke55.jp/

制作 株式会社クパプロ