

日本禁煙学会雑誌

Vol.7 No.1

CONTENTS

《巻頭言》

小宮山厚生労働大臣就任と日本禁煙学会の
国政・マスコミへの働きかけ

岡本光樹 2

《原 著》

日本国内の主要外食チェーン企業における喫煙対策の現状と課題

北田雅子、他 8

《原 著》

虚血性心疾患男性患者の禁煙行動と関連要因

松浪容子、他 17

《原 著》

敷地内禁煙と禁煙ガイドラインに関するアンケート調査

- 地方都市における急性期総合病院の勤務医を対象にして

笹岡彰一 25

《資 料》

科学的見地から一政策のために：ドイツがん研究センター、ハイデルベルグ

Ineffectiveness of the smoking bans in Germany' s Restaurants and Bars:

A Study in 10 Federal States

ドイツのレストラン・バー禁煙法は効果的でない：

10州における調査結果から

Ute Mons, M.A.、他
(翻訳：北田雅子) 31

《記 録》

日本禁煙学会の対外活動記録(2011年12月～2012年1月) 37

Japan Society for Tobacco Control(JSTC)

特定非営利活動法人 **日本禁煙学会**



《巻頭言》

小宮山厚生労働大臣就任と 日本禁煙学会の国政・マスコミへの働きかけ

NPO 法人日本禁煙学会 理事、弁護士
岡本光樹

概要

小宮山厚生労働大臣就任に関連して、日本禁煙学会が昨年9～10月に行った国政への働きかけについて報告いたします。

2011年9月2日、小宮山洋子議員が厚生労働大臣に就任されました。

同月5日、厚労大臣就任の記者会見において、記者からのタバコ増税に関する質問に応える形で、小宮山大臣は、所管を財務省から厚労省へ移管するのがよい旨、少なくとも700円台まで値上げしたい旨発言されました。

小宮山大臣の発言内容は、まさに正論を述べた素晴らしいものでした。

しかし間もなく、マスコミは批判的な報道を開始し、論客による小宮山叩き・バッシングが次々になされました。

こうした動きに対して、日本禁煙学会は9月12日に記者会見を行い、小宮山大臣の発言の正当性について報じられました。また、同月20日、平成24年度の財務省税制改正要望ヒアリングにおいても、この点に関して意見を述べました。

2011年10月17日、小宮山厚労大臣の政策に期待を込めて、職場受動喫煙の労災認定の申入れを行いました。

これらの内容について報告するとともに、今後の動向について述べます。

1. 小宮山大臣の発言内容の正当性

2011年9月5日、小宮山洋子厚労大臣の就任の記者会見において、記者からタバコ増税に関する質問があり、それに応える形で、小宮山大臣は引用①の発言をされました¹⁾。もともと記者会見において小宮山大臣から発言を予定していた内容ではありませんでしたが、記者からの質問に対し、小宮山大臣はタバコ問題の本質を捉えた素晴らしい

い回答をされました。

- ・喫煙者の大半に禁煙願望がある
- ・毎年タバコを100円ずつ値上げしていくべき
- ・日本のタバコは世界に比べて非常に価格が低い
- ・健康を守るためにやる
- ・日本も批准している「たばこ規制枠組条約」を守るべき
- ・たばこ事業法による財務省所管が本当はおかしい
- ・健康の法律として厚労省が所管すべき

これに対して、次のような批判的な報道がなされました²⁾。

「たばこ税：『所管は私』財務相不快感

安住淳財務相は6日の閣議後会見で、小宮山洋子厚生労働相がたばこ税を引き上げて1箱700円とすべきだとの考えを示したことについて『全く念頭になかった。ご高説は承ったが、所管は私だ』と強い不快感を示した。……

◇官房長官『個人的見解』

また、藤村修官房長官は6日の記者会見で小宮山厚労相の発言について『個人的な思いを述べられた。今後、関係省庁で議論され、検討を進めるべきものだ』と述べ、あくまで小宮山氏の個人的見解とする認識を示した。……」³⁾

「安住氏は、財務省担当のたばこ行政を厚労省に移すよう小宮山氏が求めたことに『所管は私ですから』と不快感を示し、早くも閣内不一致が露呈する形となった。(共同)」⁴⁾

野田首相『おやじ狩り』

「野田内閣で5日、早くも『閣内不一致』が発生した。」「安住淳財務相は不快感を表明。愛煙家の野田佳彦首相(54)も就任前、たばこ税引き上げを『おやじ狩りみたい』と否定的な考えを示してお

り、たばこが政権内の火種になる雲行きだ。」⁵⁾

さらに、様々な論客による小宮山叩き・パッシングが次々になされました。

しかしながら、こうした批判は、たばこ規制枠組条約、税制改正大綱⁶⁾(閣議決定)、民主党政策集を理解しない失当なものです。

『平成22年度税制改正大綱～納税者主権の確立へ向けて～』⁷⁾をく引用②>として、『平成23年度税制改正大綱』⁸⁾をく引用③>として、民主党政策集をく引用④>として、抜粋引用します。

これらには、健康のため喫煙率を下げるための増税、たばこ事業法の改廃、新たな枠組み構築、及び、健康増進目的の法律の創設が明記されています。小宮山大臣の発言が、たばこ規制枠組条約、閣議決定された税制改正大綱、民主党政策集に基づいた正当な内容であり、これを『個人的見解』などと矮小化するのとは的外れです。

そうした発言をする閣僚も大いに問題ですが、そうした誤った内容の発言を報道して、閣内不一致や小宮山叩きを印象付けようとするマスコミにも大いに問題があります。

<引用①> 小宮山大臣共同記者会見概要 H23.09.05 タバコに関する質疑

(記者)

たばこ増税についてお聞きしたいのですが、復興財源に充てるという話もあるのですが、来年度以降の増税については。

(大臣)

それは、昨年も税調担当の副大臣として、今回行っている税調では初めて30～40分データをお示しして、たばこ価格の議論をいたしました。その中で私が申し上げたのが、毎年一定の金額を上げていくと。必ずたばこ価格を上げ続けるということが、今吸ってらっしゃる方の8～9割が本当は禁煙したいと言ってるんですね。その背中を押すような値上げをしてくれという声も大変多いんです実は。だから、そういう意味では1回きりだと思うと、まだ、500円玉1こで買えちゃうものですから、去年私が提言したのが100円ずつ毎年上げていきたいと思います。例えばイギリスは毎年3%ずつ上げてるんです。今は世界の中でも高い価格になっていますが、日本はご承知のように非常に価格が低くて、世界の平均は600円台です。ただ、この政権に初めてなって、全体として5%上げました。それまでは1%しか上げたことが無かったのを上げたので、去年は財務省の方からあれだけ大幅に上げたので税収が減るから様子を見させて欲しいと言われたのですが、元々税収を上げるためじゃなくて健康を守るためにやるんでしょという話をずっとしていまして、これはたばこ規制枠組条約にも批准しているし、日本は国際条約に批准しながらそれを守らないという、世界で不思議な国になっています。私もこの責任者になりましたし、出来ればたばこ事業法で財源として財務省が持っているのが本当はおかしいわけなので、健康の法律として厚労省が持てるようになっていけばいいと、これは、厚労省というより禁煙の超党派の議連の最終目標がそういうことです。民主党政権もたばこ事業法見直しということは、マニフェストの中にも、政策集の中にも入れさせていたでいますので、その方向で関係者としっかり協議していきたいと思っています。

(記者)

では、来年上げようということですか。

(大臣)

そうですね。色々なデータからすると700円台くらいまでは実は税収も減らないんです。ですから、少なくともそこまではたどり着きたいと思っています。

<引用②> 『平成22年度税制改正大綱～納税者主権の確立へ向けて～』21～22頁

7. 個別間接税

(1) 基本的な考え方

……個別間接税に関連し、「グッド減税・バッド課税」という考え方が示されています。これは特定の財・サービスが環境や健康などに影響をもたらす時に、それが好影響である時には税負担を軽減し、悪影響である時には税負担を課すという考え方です。

「グッド減税・バッド課税」の考え方に立ち、健康に配慮した税制や地球規模の課題に対応した税制の検討も進めます。

(2) たばこ税・酒税

たばこ税・酒税は国民の健康に対する負荷を踏まえた課税に改めるべきであり、その際には国民に分かりやすい仕組みにすることが必要です。……

たばこ税については、国民の健康の観点から、たばこの消費を抑制するため、将来に向かって、税率を引き上げていく必要があります。その判断にあたっては、たばこの消費や税収、葉たばこ農家、小売店、製造者等に及ぼす影響等を見極めつつ行っていくこととします。その過程で、たばこ法制について、現行のたばこ事業法を改廃し、たばこ事業のあり方について、上記のたばこ関係者の生活や事業の将来像を見据えて、新たな枠組みの構築を目指すこととします。

上記の方針に沿って、平成22年度において、1本あたり35円の税率引上げ（価格上昇は5円程度）を行います。

<引用③> 『平成23年度税制改正大綱』21頁

5. 消費課税

(3) たばこ税・酒税

たばこ税については、国民の健康の観点から、たばこの消費を抑制するため、将来に向かって、税率を引き上げていく必要があります。この方針に沿って、平成22年度税制改正では、1本あたり3.5円の税率引上げを実施しました。

平成24年度税制改正以降の税率引上げにあたっては、たばこの消費や税収、葉たばこ農家、小売店、製造者等に及ぼす影響等を十分に見極めた上で判断していきます。その過程で、たばこ法制について、現行のたばこ事業法を改廃し、たばこ事業のあり方について、上記のたばこ関係者の生活や事業の将来像を見据えて、新たな枠組みの構築を目指すこととします。

<引用④> 民主党政策集 INDEX 2009

21頁

個別間接税改革の推進

残存する嗜好品やエネルギーに係わる個別間接税は「グッド減税・バッド課税」の考え方に基づいた課税体系に改めます。

酒税・たばこ税

酒税・たばこ税は国民の健康確保を目的とする税に改めるべきであり、その際には国民に分かりやすい仕組みにすることが必要です。

たばこ税については財源確保の目的で規定されている現行の「たばこ事業法」を廃止して、健康増進目的の法律を新たに創設します。「たばこ規制枠組み条約」の締約国として、かねてから国際約束として求められている喫煙率を下げるための価格政策の一環として税を位置付けます。具体的には現行の「1本あたりいくら」といった課税方法ではなく、より健康への影響を考えた基準で、国民が納得できるような課税方法を検討します。その際には日本たばこ産業株式会社(JT)に対するさまざまな事業規制や政府保有株式のあり方、葉たばこ農家への対応を同時に行います。

2. 日本禁煙学会の記者会見(2011年9月12日)

上記報道や論客による小宮山叩きに対抗して、日本禁煙学会は、9月12日に厚生労働大臣宛てにタバコ1箱1,000円への値上げ要請を行い、同日、厚生労働省内にて記者会見を行いました。

この内容は日本禁煙学会ホームページの「ACTION」に掲載してあります⁹⁾。

この記者会見は時宜に適ったものであり、功を奏しました。NHKやTBSなどのテレビニュースや新聞各紙で報じられました。

< NHK >

日本でもたばこ税を段階的に引き上げて販売価格を1,000円程度にしたうえで、税収を医療費や農家の転作への助成金などに充てるべきだと訴えています。

< TBS >

日本禁煙学会は、先進国並みにタバコ1箱を1,000円にするよう厚生労働省に要請。

さらに、小宮山厚生労働大臣のタバコ1箱700円発言について、「一部の閣僚が小宮山さんの“個人的意見”や“勇み足”と言っているが、タバコ規制枠組み条約を知らない閣僚のほうが問題」として、小宮山厚生労働大臣の発言を支持しました。(12日19:01)

3. 財務省税制改正要望ヒアリング

(2011年9月20日)

2011年9月20日、平成24年度の財務省税制改正要望ヒアリングがありました。この概要は、日本禁煙学会ホームページの「ACTION」に掲載してあり¹⁰⁾、また本誌第6巻第5号にて野上浩志理事が「タバコの値上げ(税率上げ)で販売収益も税収も増える」を解説されています。

これについて補足して述べます。

作田理事長からは、特に、ウィーン条約法条約31条に照らして、条約の関係文書である「ガイドライン」も誠実に解釈され、同条約26条・日本国憲法第98条2項に基づき誠実に履行・遵守しなければならないことが強調されました。

野上理事からは、上記の説明がありました。

私からは、限られた時間の中でしたが、税制改正大綱の内容に添いながら、「タバコ規制法」制定の必要性、タバコ規制権限の厚生労働省への移管、小宮山厚生労働大臣の発言の正当性、民意は増税を望んでいるということを強調しました(提出書面の全文はACTIONの脚注参照)。

特に前記安住淳財務大臣が「所管は私だ」と述べたという報道を意識して、次の点を強調しました。すなわち、現行法では財務省にタバコの所管がありますが、そもそも現行の体制が本当に妥当なの

かということをお宮山厚生労働大臣は問うておられます。たばこ規制枠組条約及び税制改正大綱を踏まえれば、所管を移すということがあるべき姿であり、その制度作りのために、法律改正を行うのが国会議員及び大臣の役割であるはずで

4. 職場受動喫煙の労災認定の申入れ (2011年10月17日)

2011年10月7日に職場受動喫煙による「肺がん労災訴訟」を東京地裁に提起した¹¹⁾ことを契機として、また、小宮山厚労大臣の政策に期待をして、10月17日に厚生労働省に職場受動喫煙の労災認定の要望書を提出しました¹²⁾。

厚労省は、一定の職業に従事する労働者に特定の種類の疾病を発症した場合には、因果関係を推定し、労災認定する基準を策定しています。

しかし、職場の受動喫煙については、厚労省はいまだ労災認定基準を全く策定していません。そのため、労災行政実務では受動喫煙に基づく疾病は認められず、被害者は、泣き寝入りするか、裁判を提起しなければならないという状態になっています。

受動喫煙によって、頭痛、眼症状、鼻症状、咳、喘鳴、喉の痛み、等の諸症状が引き起こされることは、確立した知見となっていますし(厚労省も認めています)、日常生活においても経験されることです。速やかに、労災認定基準を策定して頂くよう要望しました。

また、受動喫煙が肺がん・虚血性心疾患等を引き起こすことも、確立した知見となっています(厚労省も認めています)。国立がん研究センターの発表によれば、職場受動喫煙による肺がんの超過死亡数は年間788人、虚血性心疾患は年間2,837人と試算されています¹³⁾。これについても速やかに基準の検討に取り掛かって頂くよう要望しました。

さらに、職場の受動喫煙によって化学物質過敏症を引き起こすことに関しても、基準の検討を要望しました。

職場においては、本人の意思に反しても、受動喫煙曝露を余儀なくされるといった実態があります。そして、職場における受動喫煙曝露は、長時間・長期間に及びます。

職場受動喫煙による疾病の労災認定が速やかに認められるべきです。

なお、労災認定基準の策定は、法律改正は不要であり、厚労大臣及び同省内部で実行できることです。ぜひとも早急に着手・実現して頂きたいと考えます。

5. 労働安全衛生法の改正に向けて

上記労災認定は事後的な補償に関するものですが、他方、疾病の予防のために、現在労働安全衛生法の法改正が検討されています。

平成23年12月2日に、厚生労働省から法案が国会に提出され、国会・各党の動向が注目されます。

この改正案は、罰則規定が設けられていない、飲食店等は例外的に換気等での対応も認める、分煙の財政的支援を認めている等、種々の問題を孕んでいます。禁煙・分煙が法的義務として明記されること、職場の受動喫煙問題に労働基準監督署による監督・指導がなされる点で前進します。

速やかに、法案が可決されるよう、我々も引き続き注意深く状況を見据え、必要なACTIONを行っていく必要があります。

以上

参考文献

- 1) 厚生労働省HP 小宮山大臣共同記者会見概要 H23.09.05
<http://www.mhlw.go.jp/stf/kaiken/daijin/2r9852000001nymg.html>
- 2) 参考 <http://kinen-news.seesaa.net/article/225505197.html>
「自分の党の政策も知らない内閣一同。」「メディアが民主党のマニフェストを知らないはずが無いのだが、小宮山が個人的に勝手に言ってるだけと印象づけるような、展開する論調の奇妙な足並み揃え」「タバコ規制と増税は、本来なら民主党の政策である。加えて、言うまでもなくタバコ規制は昔から厚労省の方針でもある。タバコマネーを受け取るメディアの、御用報道っぷりにはあきれかえるほかない。」等の批評もある。
- 3) 毎日jp 20110906
- 4) ニッカンスポーツ・コム http://www.nikkansports.com/iphone/general/news/f-gn-tp3-20110906-831086_iphone.html
- 5) <http://www.nikkansports.com/general/news/p-gn-tp3-20110906-830971.html>
- 6) 財務省HP 税制改正の概要 http://www.mof.go.jp/tax_policy/tax_reform/outline/index.html
内閣府HP 諮問、大綱、報告 <http://www.cao>

- go.jp/zei-cho/etc/index.html
- 7) 平成22年度税制改正大綱 平成21年12月22日閣議決定
http://www.cao.go.jp/zei-cho/etc/2009/___icsFiles/afieldfile/2010/11/18/211222taikou.pdf
 - 8) 平成23年度税制改正大綱 平成22年12月16日閣議決定
http://www.cao.go.jp/zei-cho/etc/2010/___icsFiles/afieldfile/2010/12/20/221216taikou.pdf
 - 9) 日本禁煙学会 ACTION 2011/9/12 タバコ1箱1000円への値上げ要請提出と記者会見
<http://www.nosmoke55.jp/action/1109tobacco1000yen.html>
 - 10) 日本禁煙学会 ACTION 2011/9/20 平成24年度財務省：税制改正要望ヒアリング
http://www.nosmoke55.jp/action/1109zaimu_hearing.html
 - 11) 公益社団法人受動喫煙撲滅機構「STOP受動喫煙新聞」第2号(平成24年2月3日)2面に、訴訟の概要を紹介しました。
 - 12) 日本禁煙学会 ACTION 2011/10/17 タバコに含まれる放射性物質についての緊急声明と同時
<http://www.nosmoke55.jp/action/1110polonium.html>
 - 13) 国立がん研究センター・「喫煙と健康」WHO指定協力センター2010年10月12日 受動喫煙による死亡数の推計について(解説)
http://www.ncc.go.jp/jp/information/pdf/20101021_tobacco.pdf
 - 14) 厚生労働省HP 第179回国会(臨時会)提出法律案 労働安全衛生法の一部を改正する法律案 平成23年12月2日提出
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/179.html>

《原 著》

日本国内の主要外食チェーン企業における喫煙対策の現状と課題

北田雅子¹、秦 温信²、松崎道幸³、岩崎拓哉⁴、藺 潤⁵

¹ 札幌学院大学経営学部、² 札幌社会保険総合病院、³ 深川市立病院

⁴ 禁煙スタイル管理人、⁵ 西宮市保健所

【目的】 日本国内における主要外食チェーン企業を対象に、健康増進法施行後の喫煙対策の実施状況を明らかにすることを目的とした。

【方法】 主要外食チェーン企業62社に調査票を送付した。調査票への回答は調査票の返送ならびに電話インタビューによって行った。アンケートの回収率は20件(32.2%)であった。

【結果】 企業の喫煙対策は、基本方針はグループとして決めているものの、具体的な取組みは店舗に一任している企業が多かった。店舗を全面禁煙にしているグループ企業は4社で、店舗の80%以上を全面禁煙にしているグループ企業は2社であった。これら6企業の内の5企業は、店舗の全面禁煙後の売り上げは「変わらなかった」と回答した。今後の喫煙対策については、10企業のトップが「法規制が必要」と回答していた。8企業は、全面禁煙による営業利益の減少を懸念していた。

【考察】 今回の調査結果から、'外食産業'という業界内における喫煙対策実施状況に明らかな違いが見られた。今後の喫煙規制として、国レベルの法規制や条例制定を望む声は半数以上であったことから、業界の自主規制による喫煙対策の実施は限界であると思われる。

【結論】 業界の自主規制に依存した喫煙規制は、外食産業内における喫煙対策に大きな差をもたらしている。外食産業の喫煙対策をさらに促進するためには、国レベルの包括的な法規制の制定が急務である。

キーワード: 外食産業、喫煙対策、自主規制、法規制

1. 背景

2003年5月21日に世界保健機関総会において、公衆衛生分野初の国際条約「タバコ規制枠組み条約:FCTC」が採択され、2005年2月27日に発効されてから、この条約への締約国を中心に、世界は禁煙化への動きを加速させている。2011年6月現在においてFCTCの締約国は173か国である¹⁾。この条約の目的は、世界規模で拡大する喫煙による健康被害に対して包括的に取り組むことであり、特に2007年に実施された第2回締約国会議では、FCTC

第8条²⁾において、全ての人々の健康を受動喫煙の害から守るための喫煙規制がガイドラインに盛り込まれた。そのガイドラインでは締約国に対して、屋内の職場や公共空間の禁煙を自主規制ではなく、国家レベルで規制するための法律の制定を強く求めている。そのため、日本を除く欧州連合を含む多くの締約国は、国家主導で包括的に喫煙規制に取り組んでいるのが現状である³⁾。

喫煙規制のあり方には、スペインモデル(店舗の規模により喫煙規制に例外が設けられる)とアイルランドモデル(例外なく全ての飲食店は禁煙)があるが、スペインモデルの失敗は昨今の調査研究により明らかになっている^{4,5)}。スペインでは2006年1月1日より非喫煙者を保護するための法律が施行されたが、その後の調査により飲食店のコンプライアンスが低いだけでなく、店舗内の環境が全く改善していない事が明らかとなった。つまり、この法律で

連絡先

〒069-8555

北海道江別市文京台11番地

札幌学院大学経営学部 北田雅子

TEL: 011-386-8111 FAX: 011-386-8113

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

受付日2011年6月24日 採用日2011年10月31日

は飲食店で働く多くの従業員の健康を受動喫煙の害から守ることが不可能である事が明らかとなったのである。その後、スペインは2011年1月2日より新しい法律を施行し屋内の全面禁煙へと移行している⁶⁾。それに対して日本は、2003年5月から施行された健康増進法第25条において、受動喫煙防止のために屋内の禁煙化が求められているものの、あくまでも自主規制のため建物や施設がどのような喫煙対策をとるのかは施設管理者に一任されている。

その後、FCTC発効5年目の2010年2月に、厚生労働省は各都道府県に対して「受動喫煙防止」における公共空間の禁煙化を求める通達を出したが、この通達も何の拘束力も持たないものである。同年11月に職場における安全衛生の視点から受動喫煙対策へのあり方について公聴会が行われた⁷⁾が、具体的な方向性は未だに示されていない。このように日本は他の締約国と異なり、国家主導による積極的な喫煙規制がないため、各業界の「自主規制」に依存しているのが現状である。その結果、これまでの調査研究から外食産業⁸⁾や旅館などのホスピタリティ産業⁹⁾における喫煙対策の遅れが際立ってきた。

ホスピタリティ産業といわれる業界では、飲食店に限らずホテルや旅館においても、個々の店舗のオーナーは自分の店の喫煙対策に関する方針を決める際、顧客のニーズと国内の動向に注目する傾向がある¹⁰⁾。特に日本の場合、国内の動向の中に業界内の動きも含まれる。そのため今回の調査では、飲食店の各店舗を対象とせず、外食産業内という業界内において影響力が大きいと思われる有力企業・主要チェーン企業を対象とした。

これらの主要外食チェーン企業がどのような喫煙対策を実施しているのか、その現状を明らかにするとともに、本調査とこれまでの先行研究から、外食産業における喫煙対策の現状と今後の課題について検討したので報告する。

2. 方法および対象

1) 調査対象

2011年1月から4月にかけて、2010年版 外食産業マーケティング総覧「3. 有力企業調査個表1. 主要チェーン企業詳細個表」¹¹⁾の62企業を対象に企業・グループトップまたは、企業の方針決定に責任のある者に自記式質問紙調査を実施した。調査票は郵送し、調査票の回収は返送によって行った。調

査票の回収は、返信の無い企業に対して調査票を再送するとともに電話により調査への協力を依頼した。その際、電話による調査票への回答を承諾した企業においては電話調査を実施した。

2) 調査票の内容

調査票の属性として、企業名、回答者名、役職名ならびに性別への回答を求めた。本調査では回答者の喫煙状況については尋ねなかった。

企業の喫煙対策の実施状況については、喫煙対策への方針決定の仕方とその後の実践方法、そして店舗の喫煙対策の実施状況、ならびに2003年5月の健康増進法施行後、2010年4月から施行された神奈川県受動喫煙防止条例後の喫煙対策実施状況について尋ねた。

また、受動喫煙の健康への害、従業員の健康管理と喫煙対策の必要性、そして外食産業への法律による喫煙規制、店舗の全面禁煙とビジネスへの影響などについて尋ねた。調査票の回収数は20件(32.2%)であった。

各質問項目に関する割合は欠損値を除いた値に対する割合とした。また、企業の喫煙対策として100%完全禁煙と80%以上の店舗を禁煙にしている企業を「禁煙企業」、それ以外の企業を「その他」として、受動喫煙、喫煙規制への法規制について意見を比較した。群間の比較は χ^2 検定を用い、5%以下を有意水準とした。統計解析ソフトはIBM SPSS ver19.0を用いた。

結 果

1) アンケート回答状況

調査票への回答状況を表1に示す。13の業態62企業へ調査票を送付した。調査票への回答率が最も高かった業態は「うどん、そば店」で100%であった。次いで「中華レストラン・ラーメン店」が75%、そして「洋風ファストフード」60%と続いた。「ディナーレストラン」、「カフェ」、「焼肉店」、「惣菜店」ならびに「ピザ・パスタ店」からの回答は0%であった。

2) 企業の喫煙対策実施状況

図1に企業のタバコ対策の実施状況を示す。店舗を全面禁煙にしている企業は4企業(21.1%)で、全面禁煙と分煙の店舗があると回答した企業は11企業(57.9%)であった。全面禁煙である4企業を

除いた15企業において、全面禁煙店が占める店舗の割合をみると、80%以上の店舗を禁煙にしている企業は2企業(13.3%)であった。

企業の喫煙対策の実施状況を表2に示す。グループとして基本方針を決め、全ての店舗において統一した取り組みを実施している企業は7企業(36.8%)、

グループとしての基本方針は決めているが、具体的な取り組みは個々の店舗に一任している企業は9企業(47.4%)であった。全面禁煙以外の店舗で行われている喫煙対策を尋ねたところ、最も多かったのが禁煙席の設置と禁煙タイムの導入であり、それぞれ9企業(60.0%)が実施していた。喫煙室を設置

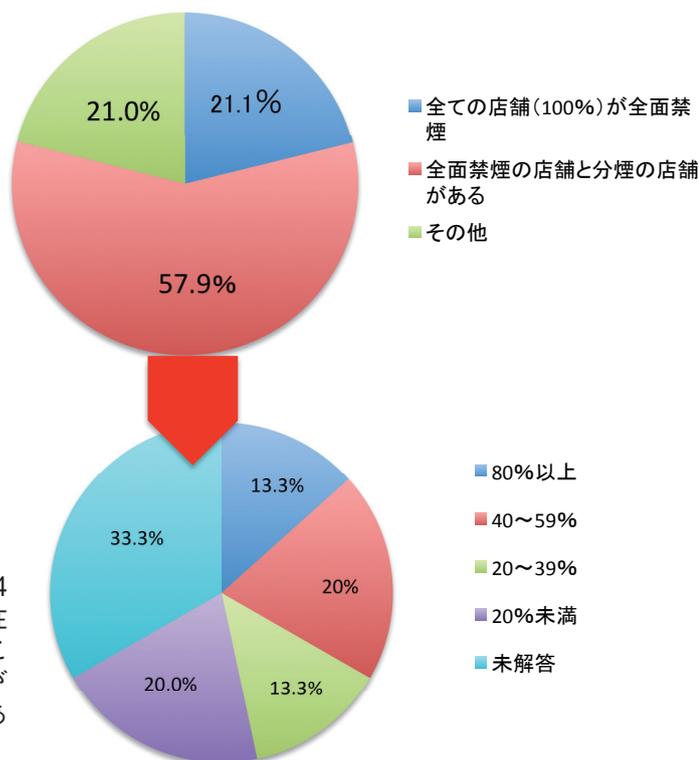
表1 アンケート回答企業の属性

アンケート回収率は、うどん・そば店が100%と最も高かった。全体の回収率は32.3%であった。

	送付数	回答数	回収率
洋風ファストフード	5	3	60.0%
和風ファストフード	6	3	50.0%
ファミリーレストラン	7	2	28.6%
回転すし	5	1	20.0%
居酒屋、パブ、ビアレストラン	7	2	28.6%
ディナーレストラン	5	0	0.0%
中華レストラン、ラーメン店	4	3	75.0%
うどん・そば店	5	5	100.0%
カフェ	4	0	0.0%
焼肉店	4	0	0.0%
ピザ・パスタ店、宅配ピザ	3	0	0.0%
多業態飲食店	3	1	33.3%
持ち帰り弁当・惣菜店	4	0	0.0%
合計	62	20	32.3%

図1 企業の喫煙対策状況

全店舗を「全面禁煙」にしているのは21.1%(4企業)であり、「全面禁煙」と「分煙店」が混在している企業が57.9%(11企業)であった。この企業の中で、全面禁煙店の占める割合が80%以上だった企業は、13.3%(2企業)であった。



し、喫煙空間を仕切る対策を実施した店舗は4企業(26.7%)であった。

さらに、表2に健康増進法施行後と神奈川県を受動喫煙防止条例施行後の喫煙対策実施時期を示した。健康増進法施行後、1年以内になんらかの対策を講じた企業は7企業(36.8%)であり、神奈川県を受動喫煙防止条例の施行後一月以内に、何らかの対策を講じた企業は9企業(52.9%)であった。しかし、対策の実施内容をみると、健康増進法1年以内に何らかの対策を講じた7企業の内の5企業が、さらに、神奈川県受動喫煙防止条例施行後一月以内に対策を講じた9企業のうちの7企業が、禁煙タイムの導入と禁煙席の設置に留まっていた。

3) 喫煙対策状況別にみた受動喫煙と健康に対する意見

店舗を80%以上全面禁煙にしている「禁煙企業」の業態は、「和風ファストフード店」が最も高く、本調査へ回答した企業全てが、80%以上または100%の店舗を全面禁煙にしていた。「うどん、そ

ば店」は、喫煙対策の実施状況が全面禁煙と分煙に分かれていた。「ファミリーレストラン」、「中華レストラン」、「洋風ファストフード」の各業態では、全店舗の50%以下が全面禁煙であるという回答だった(表3)。以下、80%以上の店舗を全面禁煙にしている2企業と全ての店舗を全面禁煙にしている4企業を合わせて「禁煙企業」とし「その他」の企業と比較検討した。

表3に受動喫煙の害についての意見を示す。‘受動喫煙が健康にとって有害である’という意見に、‘強く賛成・賛成’が「禁煙企業」では5企業(83.4%)、「その他」では9企業(75.0%)であり、全体で14企業(77.8%)であった。次に、‘職場を完全禁煙にすることが従業員の健康のために大切である’という意見に、‘強く賛成・賛成’が「禁煙企業」では4企業(80.0%)、「その他」では7企業(63.6%)であり、全体では11企業(68.8%)であった。いずれの項目も「禁煙企業」の方が肯定的な回答をするものの割合が高かった。

表2 喫煙対策に対する方針の決定方法と法律施行後の動向

企業の喫煙対策に関する方針の決定の仕方は、「グループとして基本方針を決めるものの、具体的な取組みは各店舗に任せる」という企業が多かった。

健康増進法、神奈川県を受動喫煙防止条例の施行後、比較的、速やかに何らかの対策を講じている企業が多く見られたが、その多くは禁煙タイムや禁煙席の設置、という不十分な対策に留まっていた。

タバコ(喫煙)対策への対策	件	
グループとして基本方針を決めており、全ての店舗で統一した取組みをしている	7	36.8%
グループとしての基本方針は決めているが、具体的な取組みは店舗に一任している	9	47.4%
特にグループとして、タバコ(喫煙)対策の具体的な方針については決めていない	1	5.3%
その他	2	10.5%
合計	19	100%
健康増進法の施行後		
何もしていない	3	15.8%
1年以内a	7	36.8%
3年以内	1	5.3%
5年以内	5	26.3%
その他	3	15.8%
合計	19	100%
神奈川県受動喫煙防止条例の施行後		
何もしていない	3	17.6%
一月以内b	9	52.9%
3ヶ月以内	1	5.9%
半年以内	1	5.9%
その他	3	17.6%
合計	17	100.0%

a:5企業は禁煙タイムと禁煙席の設置

b:7企業は禁煙タイムと禁煙席の設置

4) 喫煙規制とビジネスとの関係

図2に喫煙規制とビジネスに対する意見と店舗の全面禁煙と売り上げについての実験結果を示す。店舗を全面禁煙にするとビジネスに悪影響がある」という意見について「その他」の企業では、「強く賛成・賛成」と回

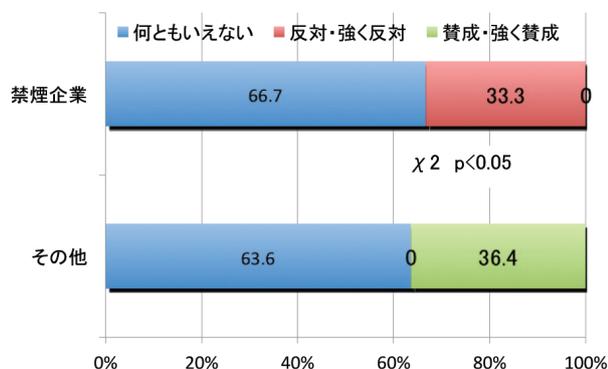
答したのは4企業(36.4%)、「強く反対・反対」は0企業、そして「何ともいえない」が7企業(63.6%)であった。「禁煙企業」では、「強く賛成・賛成」と回答したのは0企業、「強く反対・反対」が2企業(33.3%)、そして「何ともいえない」が4企業(66.7%)であった。

表3 受動喫煙と健康ならびに職場の禁煙化に対する意識

「禁煙企業」に含まれる業態は、「うどん・そば店」と「和風ファストフード店」が多かった。受動喫煙の健康への害、職場の完全禁煙と従業員への健康についての回答は、「強く賛成」「賛成」を合わせると、それぞれ全体で77.8%が、68.8%であった。いずれの項目も「禁煙企業」の方が肯定的に回答する割合が高かった。

業態	禁煙企業	その他	全体
うどん・そば	2	3	5
ファミリーレストラン	0	2	2
回転寿司	1	0	1
居酒屋	0	2	2
多業態飲食店	0	1	1
中華レストラン	0	3	3
洋風ファストフード店	0	2	2
和風ファストフード店	3	0	3
合計	6	13	19
受動喫煙は全ての人の健康にとって有害			
強く賛成	1	2	3
賛成	4	7	11
何ともいえない	1	3	4
反対・強く反対	0	0	0
合計	6	12	18
職場を完全禁煙にすることは従業員の健康のために大切			
強く賛成	1	3	4
賛成	3	4	7
何ともいえない	1	4	5
反対・強く反対	0	0	0
合計	5	11	16

店舗を全面禁煙にするとビジネスに悪影響である



店舗を全面禁煙にした(する場合)の売り上げの変化

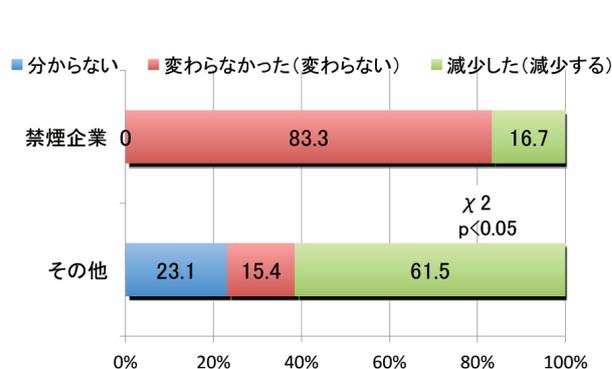


図2 店舗を全面禁煙とビジネスへの関係について

「店舗を全面禁煙にするとビジネスへ悪影響がある」という意見に対して、「その他」では36.4% (4企業)、禁煙企業では0%が「賛成・強く賛成」と回答した。

さらに、「禁煙企業」では、全面禁煙にした場合のビジネスへの影響について83.3%(5企業)が「変わらなかった」と回答した。

さらに、店舗を全面禁煙にした場合の売り上げについて尋ねた結果、「禁煙企業」は全面禁煙後に売り上げは「変わらなかった」という回答が5企業(83.3%)であり、1企業(16.7%)は「減少したものの数パーセントであった」という回答だった。一方、「その他」の企業では、「減少すると思う」という回答が8企業(61.5%)と最も多く、次いで「分からない」が3企業(23.1%)であった。この図2に示された喫煙規制とビジネスに関する回答状況は、「禁煙企業」と「その他」の企業の間それぞれ有意差が見られた。

5) 今後の喫煙規制のあり方について

図3に公共空間の喫煙を規制する法律の制定について尋ねた結果を示す。全体では「強く賛成・賛成」が合わせて9企業(47.3%)、「何ともいえない」が6企業(31.6%)、そして「強く反対・反対」が4企業(21.1%)であった。

さらに図4に日本の喫煙対策としてどのような法的規制が必要か尋ねた結果を示す。全体では、「諸外国のような全国レベルの禁煙法」が最も多く10企業(52.6%)であった。

表4に今後、外食産業が喫煙対策を進めるうえで必要な要素を尋ねた結果を示す。2項目の回答を選択するように求めたが、全体として最も多かったのが「受動喫煙を禁止する条例などの法規制」で10企業(29.4%)、次いで「国からの補助金(喫煙室の整備など)」と「業界内・同業者の動向」であり、それぞれ6企業(17.6%)であった。

考察

今回の調査結果から外食産業という業界内において、業態毎、また同業態内でもグループにより喫煙対策の実施状況が異なっていることが明らかとなった。具体的には「和風チェーン」と「うどん・そば」の業態で喫煙対策が進んでいるものの、「うどん・そば」という同業態内では80%以上の禁煙店舗を提供している企業とそれ以外の企業とに分かれていた。

さらに、禁煙企業では店舗禁煙による売り上げへの影響は「変わらなかった」とする回答が約8割であったことから、他の先進国と同様に全面禁煙によるビジネスへの悪影響がないことが明らかとなった¹²⁾。この10年間の外食産業の売り上げは下降気味であるにも関わらず¹³⁾、先行的に禁煙に踏み切ったこれ

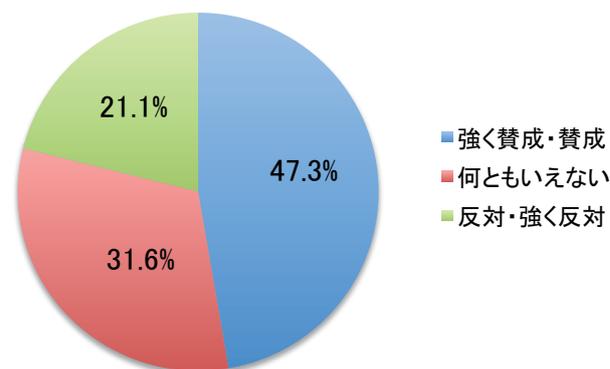


図3 全ての公共空間を例外なく禁煙化する法律の制定について

全ての公共空間を例外なく禁煙化する法律制定について、「強く賛成・賛成」と回答したものは47.3%(9企業)であった。

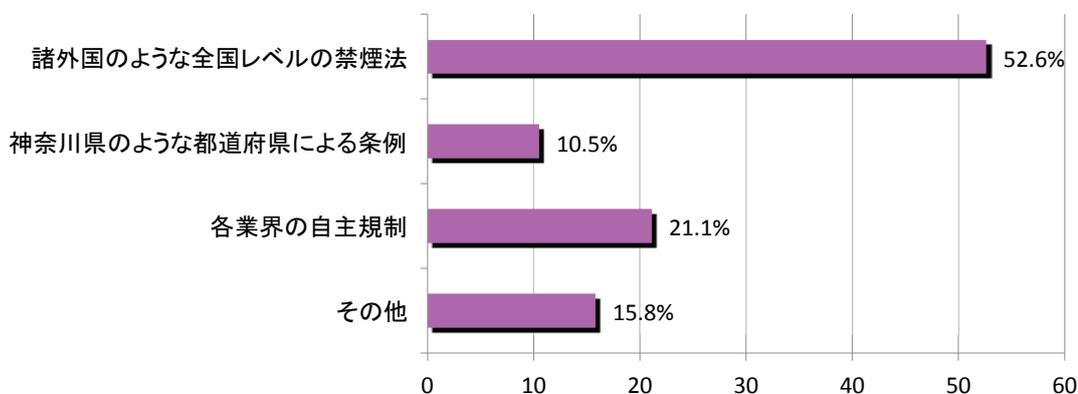


図4 日本の喫煙対策に必要な法規制について

日本の喫煙対策推進に最も必要な法規制については、「諸外国のような全国レベルの禁煙法」と回答した割合が52.6%(10企業)と最も多かった。「神奈川県のような条例が必要」は10.5%(2企業)、「各業界の自主規制に任せる」は21.1%(4企業)、「その他」15.8%(3企業)であった。

らの企業のほとんどで、売上げが落ちていないということは、経済的にプラスの効果があったと言える。その一方で、企業として店舗に占める禁煙店の割合が50%以下の「その他」では、約6割の企業が店舗の全面禁煙によるビジネスへの悪影響を懸念していた。以上のような調査結果は、受動喫煙を禁止する法律を施行する前後に実施された先行研究と同様の傾向を示している。禁煙法を施行する前、レストランやオーナーは受動喫煙の健康への害を認知しつつも、禁煙法施行による顧客と売上げの減少を懸念するが¹⁴⁾、喫煙規制によるビジネスへの悪影響はなく¹⁵⁾、さらに職場環境が改善したことから従業員や店舗オーナー自身の体調が改善し¹⁰⁾、店舗の全面禁煙への意識が肯定的に変化する¹⁶⁾。しかし、ホテル・旅館を対象とした調査結果⁸⁾にもみられたが、顧客への受動喫煙の害を懸念する傾向は従業員へのそれよりも大きい。そして、ホテル・旅館業や外食産業というホスピタリティ産業で働く従業員の受動喫煙による健康被害よりも営業利益の方を重視している傾向がみられる。

今後の日本の喫煙規制について尋ねたところ、本調査では諸外国のような全国レベルの禁煙法の制定を求める声が多く、これは2007年に実施した飲食店の調査時と比較すると異なる変化である⁹⁾(2007年時の調査時には、今後の喫煙規制推進のために顧客の禁煙への理解と国内の禁煙化が必要という回答が多かった)。ヨーロッパ諸国の調査結果で

は¹⁷⁾、屋内を例外なく全面禁煙にしている国では、国民の職場やレストランの完全禁煙への意識は肯定的である一方、不十分な規制を設けている国では、全面禁煙への肯定的な意識を持つ国民の割合が低い。また、喫煙者の禁煙施行前後の意識調査をみると、禁煙法施行後のバーやレストランについて肯定的な回答をしている¹⁸⁾。

神奈川県を受動喫煙防止条例¹⁹⁾が地方レベルとしては、日本で初めての罰則規定を設けた条例であったにも関わらず、本調査の企業の喫煙対策の動向をみると、多くの企業が実施したのは分煙対策であった。それも禁煙タイムや禁煙席の設置というものであり、喫煙対策としては全く効果のない対策に留まっていた。この条例は、スペインの過去の喫煙規制と良く似ているが、今回の結果から、例外を多く設けた条例の場合、多くの企業の喫煙対策の実効性は保証されないという事が示されたと思われる。

本調査において、業界内における喫煙規制を推進するために必要な要素を尋ねた結果、企業トップの意見として最も多かったのは‘法的規制’であった。次に喫煙室整備のための国からの‘補助金’と‘業界内の動向’であった。この結果から、国として包括的な法規制が制定されない場合、多くの企業は分煙対策へ移行することを望んでいることが明らかである。自由記載の中でも‘完全分煙が望ましい’とする意見を記載している企業もあり、グループとして店舗内に喫煙室を積極的に設置する企業が顕在化する

表4 今後、外食産業が喫煙対策を進めるうえで必要な要素

外食産業が喫煙対策を推進するための要因としては、「受動喫煙を禁止する条例や法的規制」が最も多く、次いで「国からの補助金」「業界内・同業種の動向」であった。

	業態	禁煙企業	その他	全体		
受動喫煙を禁止する条例や法的規制	2	18.2%	8	34.8%	10	29.4%
メディアの喫煙や禁煙に関する情報提供	1	9.1%	0	0.0%	1	2.9%
国やNPOからの情報提供	0	0.0%	1	4.3%	1	2.9%
国からの補助金	2	18.2%	4	17.4%	6	17.6%
顧客からの禁煙を求めるニーズ	1	9.1%	2	8.7%	3	8.8%
従業員の理解	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
日本国内の禁煙化	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
世界の禁煙化	1	9.1%	1	4.3%	2	5.9%
業界内・同業者の動向	1	9.1%	5	21.7%	6	17.6%
その他	3	27.3%	2	8.7%	5	14.7%
合計	11	100%	23	100%	34	100%

*2つ選択

であろう。この動向は、タバコ規制枠組み条約第8条のガイドライン²⁾からみても、明らかに世界の禁煙化に逆行する動きとなる。以上のように、日本の外食産業の喫煙対策を更に推進するためには、業界の自主規制に依存した現状から早急に脱却する事が必須である。そのためにも、全ての公共空間を例外なく禁煙化する諸外国のような国レベルにおける法律の制定が急務であると考えられた。

結 論

本調査により、売上げが低下傾向の国内の外食産業において、先行的に完全禁煙を実行した大多数の企業の売上げが減らなかった事は、完全禁煙化が日本においても外食産業の利益を損なわないことを示唆する重要な知見だといえる。

健康増進法施行後、喫煙対策を業界の自主規制に頼ってきた結果、外食産業内における喫煙対策の実施状況には大きな差が生じてきている。顧客や従業員は店舗によって受動喫煙の害に曝され、特に多くの従業員の健康は受動喫煙の害から守られていないのが現状である。業界の自主規制による対策は限界に来ていることから、速やかな法規制により例外なく屋内を禁煙化することが急務である。

謝 辞

この調査研究は2011年日本禁煙学会調査研究事業助成金「外食産業における受動喫煙対策の実施状況の現状と課題」によって行われました。最後にこの調査にご協力いただきましたグループ企業の皆様に心より感謝申し上げます。

参考文献

- 1) WHO Framework convention on tobacco control. http://www.who.int/fctc/signatories_parties/en/index.html. Accessed 19th Jun. 2011
- 2) CONFERENCE OF THE PARTIES TO THE WHO FRAMEWORK CONVENTION ON TOBACCO CONTROL Second session (Draft) A/ FCTC/COP/2/17 4th July 2007. http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC_COP2_17P-en.pdf. Accessed 20th Jun. 2011
- 3) Global smoke free partnership 2010 Status Report on Article 8. <http://www.globalsmokefree.com/gsp/resources/ficheiros/statusreportonarticle8.pdf>. Accessed 20th Jun. 2011

- 4) Nebot M, López MJ, Ariza C, et al: Impact of the Spanish smoking law on exposure to secondhand smoke in offices and hospitality venues: before-and-after study. *Environ Health Perspect* 2009; 117: 344-347.
- 5) Schneider NK, Pötschke-Langer M: The "Spanish Model" of non-smoker protection in hospitality venues: a failed approach. Heidelberg <http://www.ensp.org/sites/default/files/FStP%20Failure%20of%20partial%20smoking%20bans%2020101006.pdf>. Accessed 19th Jun. 2011
- 6) Overview of smoke-free legislation in the EU Detailed overview of Member States' smoke-free regulations (As of May 2011). Accessed 22nd Jun. 2011
- 7) 2010年11月10日 職場における受動喫煙対策に関する公聴会 議事録 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000x1k7.html>
職場における受動喫煙防止対策に関する公聴会資料 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000wcd9.html> Accessed 26th July. 2011.
- 8) 中央労働災害防止協会, 安全衛生情報センター. 飲食店における禁煙・分煙に関するアンケート調査 集計結果; http://www.jaish.gr.jp/user/anzen/sho/shiryo/pdf/jyudoukitsu_doc_p63-p118.pdf. Accessed 18th Jun. 2011
- 9) Kitada M, Hata Y, Ukae S: Has the Japanese hotel industry progressed in tobacco control since the implementation of its Health Promotion Law in 2003?. *Tob Control* 2011; 20: 233-234.
- 10) 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-, 厚生指 2007; 54: 27-34.
- 11) 矢野経済研究所: 有力企業調査個表, 2010年版外食産業マーケティング総覧, 東京, 2009; P143-422.
- 12) Scollo M, Lal A, Hyland A, et al: Review of the quality of studies on the economic effects of smoke-free policies on the hospitality industry. *Tob Control* 2003; 12:13-20.
- 13) 社団法人日本フードサービス協会 2000~2009年外食産業の市場動向. <http://www.jfnet.or.jp/data/h/20002009.html> Accessed 22th Jun. 2011.
- 14) Chang SH, Delgermaa V, Mungun-Ulzii K, et al: Support for smoke-free policy among restaurant owners and managers in Ulaanbaatar, Mongolia. *Tob Control*. 2009; 18: 479-84.
- 15) Hahn EJ: Smokefree Legislation: a review of health and economic outcomes research. *Am J Prev Med*. 2010; 39: S66-76.
- 16) Edwards R, Thomson G, Wilson N, et al: After the smoke has cleared: evaluation of the impact of a new national smoke-free law in New Zealand.

- Tob Control. 2008; 17: e2.
- 17) Attitudes of Europeans towards Tobacco Field-work October - November 2006 Publication May 2007 Report. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_272c_en.pdf. Accessed 18th Jun 2011.
- 18) Borland R, Yong HH, Siahpush M, et al : Support for and reported compliance with smoke-free restaurants and bars by smokers in four countries: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey Tob Control. 2006; 15 Suppl 3: iii34-41.
- 19) 神奈川県公共的施設における受動喫煙防止条例 <http://www.pref.kanagawa.jp/cnt/f6955/p23021.html> Accessed 6th Sep.2011.

The survey of smoke-free regulation in the Japanese food service industry

Masako Kitada¹, Yoshinobu Hata², Michiyuki Matsuzaki³, Takuya Iwasaki⁴, Jun Sono⁵

Purpose

The aim of this study was to investigate smoking regulations in establishments of the main food service companies in Japan after implementation of the national health promotion law including voluntary regulations for smoking bans in the restaurant industry.

Methods

A self-administered questionnaire was mailed to 62 food service companies and data was collected by mail or telephone interview. Data was collected from 20 companies (response rate: 32.2%).

Results

While most companies have left each establishment to decide on smoking restrictions, only 4 out of 20 companies have introduced smoke-free in all of their establishments. Two companies have introduced smoke-free in more than 80% of all their establishments. These 5 out of 6 companies answered that their revenues haven't affected after the implementation of smoking ban. Ten companies' managers expressed the need for a binding smoke-free legislation in order to promote smoking restrictions, but 8 companies were apprehensive that business performance would decrease after smoke-free regulation.

Discussion

These results indicate that there were significantly different smoking regulations among the food chain companies and their establishments. As more than half of the top managers requested a stricter tobacco control law, the non-binding nature of The Health Promotion Law proved to be critically insufficient for implementation of effective smoke-free environment in the foodservice industry.

Conclusion

Japan's health promotion law with its voluntary regulations has expanded the gap within the foodservice industry with regard to smoking restrictions. These results also indicate that it is necessary to enact a comprehensive national smoke-free legislation.

Key words

Foodservice industry, smoke-free regulation, self-regulation, national smoke-free legislation

¹ Sapporo Gakuin University Business department, Hokkaido, Japan

² Sapporo Social Insurance General Hospital, Hokkaido, Japan

³ Fukagawa City Hospital, Hokkaido, Japan

⁴ Non smoking style administrator

⁵ Nishinomiya City Public Health Center, Hyogo, Japan

虚血性心疾患男性患者の禁煙行動と関連要因

松浪容子¹、大谷勝実²、邵 力²、寶澤 篤²、深尾 彰²

¹ 山形大学医学部看護学科臨床看護学講座、² 山形大学大学院医学系研究科公衆衛生学講座

【目的】 虚血性心疾患患者の禁煙継続に関連する要因について心理社会的要因を含めて検討する。

【方法】 虚血性心疾患男性患者79人を対象に、疾患名、治療、喫煙状況、喫煙する家族の有無、精神的健康状態、ソーシャルサポート等に関する質問票調査を行い、多重ロジスティック回帰分析により解析した。

【結果】 「配偶者あり」オッズ比9.7 (95%信頼区間: 1.4 - 67.7)、日常生活における情動的サポートの合計得点が高い1.2 (1.0 - 1.5)、「喫煙する家族がいない」5.7 (1.5 - 22.4)、の3項目が有意に禁煙継続と関連していた。

【考察】 禁煙継続にはソーシャルサポートの中でも特に情緒的なサポートが必要であり、家族内に喫煙者がいる場合は家族に対しても禁煙の必要性を啓発する必要性が示唆された。

【結論】 配偶者の存在、情動的サポート、喫煙する家族がいないことが禁煙継続に関連する要因として明らかになった。

キーワード: 虚血性心疾患、禁煙、情動的サポート、家族

はじめに

虚血性心疾患においては、喫煙習慣のある患者は禁煙が必須である¹⁻⁴⁾。疾患の発症は喫煙者にとって禁煙の動機付けとなり¹⁾、この時期の禁煙指導は生涯の禁煙も期待でき¹⁾、効率的な働きかけとなる。しかしながら、たとえ1度禁煙しても、症状安定後に1割から5割の患者が再喫煙してしまう^{5,6)}とされ、どのような患者が禁煙を継続できるのかは十分に検討されていない。

心筋梗塞後はうつ症状を生じやすく、うつ症状のある患者は予後が悪いこと⁷⁾、喫煙と精神的健康状態には関連があること⁸⁾が指摘されている。また、虚血性心疾患の自己管理行動には家族のサポートが必要であり^{9,10)}、周囲に喫煙者がいると禁煙が困難なこと⁴⁾も報告されている。したがって、虚血性心疾患患者の禁煙継続には心理社会的支援が重要と考

えられる。

そこで本研究では、虚血性心疾患患者の禁煙継続の実態を明らかにし、禁煙継続の関連要因について心理社会的要因に注目し検討することを目的とした。

方 法

1) 調査方法

山形県立中央病院において虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞)の治療後、平成20年6月から平成21年9月にかけて冠動脈造影検査目的で入院した患者を対象とした。ただし、インフォームドコンセントを得られない患者、腎不全や悪性新生物等の重篤な合併症をもつ患者を除外した。217人に自記式質問票を配布し、197人から回答が得られた(回収率90.8%)。すべての項目に回答が得られたのは164人(有効回答率75.6%)であった。なお、対象者の男女差が大きいため女性21人を除外し、1度も喫煙経験のない者ならびに発病前にすでに禁煙していた者を除く79人を分析した(図1)。

2) 調査内容

(1) 基本属性(年齢、職業、最終学歴、同居人数、婚姻状況)、(2) 疾患・治療に関する項目(診断名、

連絡先

〒990-9585

山形市飯田西2-2-2

山形大学医学部看護学科 松浪容子

TEL: 023-628-5441 FAX: 023-628-5441

e-mail: ymatsuna@med.id.yamagata-u.ac.jp

受付日2011年8月10日 採用日2011年12月14日

診断時期、治療内容、入院回数)、(3) 喫煙状況(喫煙歴、禁煙時期、家族の喫煙状況)、(4) 心理社会的項目: 精神的健康状態の測定には岩佐らの日本語版「WHO-5精神的健康状態表」¹¹⁾を使用した。この尺度は、日常生活における気分状態を問う5項目で構成され、0(まったくない)、~5(いつも)の6段階で回答を求め、0~5点を配点し合計得点が高いほど精神的健康が良好で、13点未満は精神的健康状態が不良、13点以上は正常良好とみなす¹¹⁾。ソーシャルサポートの測定には金らの「慢性疾患患者におけるソーシャルサポート尺度」¹²⁾を使用した。この尺度は、「日常生活における情動的サポート」12項目と「疾患に対する行動的サポート」8項目の2つの因子からなる合計20項目から構成されている。項目ごとに1(全くあてはまらない)~4(とてもよくあてはまる)の4段階で回答を求め、1~4点を配点し合計得点が高いほど受けているサポートが強いことを示す¹²⁾。

3) 分析方法

分析においては、対象者を調査時点での喫煙状況に基づき「虚血性心疾患の診断を受けた後に禁煙を開始し、以後6か月以上継続している者(以下、禁煙群)」、「虚血性心疾患の診断を受けた後に禁煙を開始したが6か月以内に喫煙を再開した者(以下、喫煙群)」の2群に分類し比較した。なお、6か月以降に喫煙を再開した者はいなかった。

単変量解析における禁煙継続の関連要因の検討には χ^2 検定、Fisherの直接確率法、Mann-Whitney-U検定を用いた。多変量解析における禁煙継続の関連要因の検討には多重ロジスティック回帰分析を用いた。なお、単変量解析において有意確率0.2以下の変数ならびに年齢、精神的健康状態の合計得点を初期モデルに投入し変数減少法による変数選択を行った。いずれの分析においても有意水準は5%未満とした。統計解析用ソフトは、統計パッケージSPSS 17.0J for Windowsを使用した。

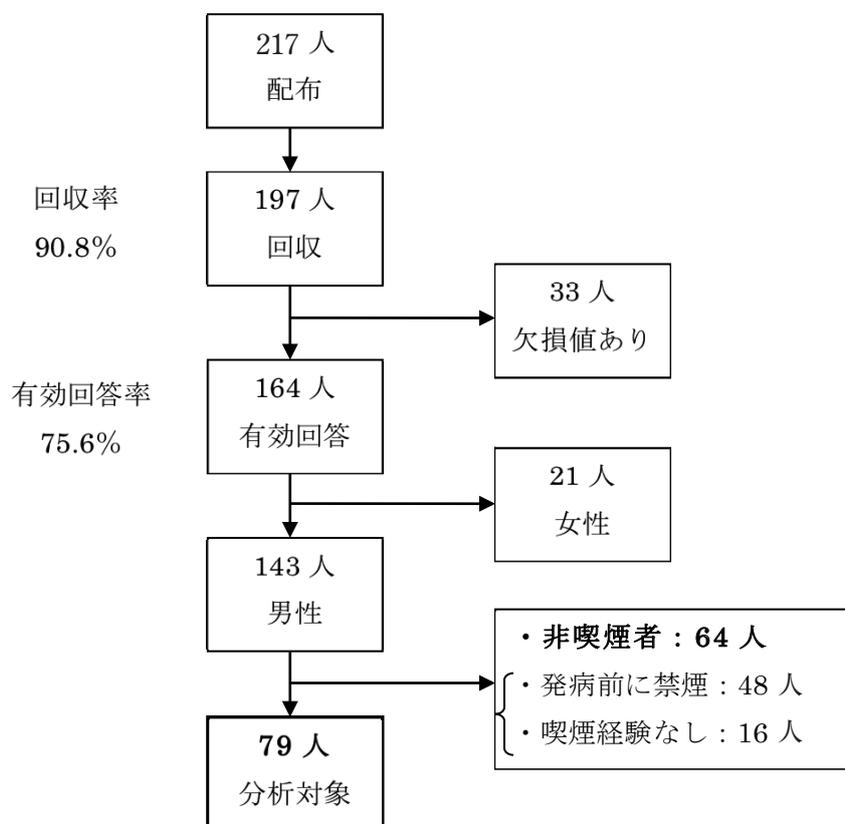


図1 対象者の内訳

217人にアンケートを配布し、197人から回答が得られた(回収率90.8%)。すべての項目に回答が得られたのは164人であった(有効回答率75.6%)。女性を除外し、一度も喫煙経験のない者と発病前にすでに禁煙していた者を除く79人を分析対象とした。

4) 倫理的配慮

研究への参加・協力は、対象者の自由意思であり、途中辞退が可能であること、研究への不参加・撤回により不利益を被ることはないことを文書と口頭で説明した。研究実施に際し、山形県立中央病院倫理委員会と山形大学医学部倫理委員会の承認を得た。

結果

対象は、平均年齢63.9歳、60歳以上は59人(74.7%)であった。「配偶者あり」が66人(83.5%)、「心筋梗塞患者」が60人(75.9%)であった(表1)。

婚姻状況は、「配偶者あり」の割合が禁煙群で54人(88.5%)と、喫煙群の12人(66.7%)に比べ有意に多く($p = 0.04$)、禁煙群では「喫煙する家族がない」の割合が46人(75.4%)と、喫煙群の6人(33.3%)

に比べ有意に大きい結果であった($p = 0.001$)。最終学歴、職業に有意な差は認められなかった。「心筋梗塞患者」の割合は喫煙群(61.1%)に比べ禁煙群(80.3%)で大きく、心筋梗塞と狭心症として比較すると、「心筋梗塞患者」の禁煙率(81.7%:49/60人)が狭心症患者(63.2%:12/19人)に比べ統計的に有意ではないものの高い結果であった($p = 0.09$)。年齢、家族人員、入院回数、精神的健康状態の尺度合計得点の比較をした結果、いずれにおいても有意な差は認められなかった(表2)。

「日常生活における情動的サポート」得点が禁煙群で38点と喫煙群の35.5点に比べ有意に高い結果であった($p = 0.03$)。「疾患に対する行動的サポート」得点では2群間に有意な差は認められなかった(表3)。

表1 対象者の属性

N=79

項目		
年齢(歳), 平均±SD		63.9±9.9
同居人員(人), 中央値(範囲)		3(1—7)
婚姻状況, 人(%)	配偶者あり	66(83.5)
	配偶者なし	13(16.5)
	(内訳) 未婚	7(53.8)
	離別	3(23.1)
	死別	3(23.1)
職業, 人(%)	あり	43(54.4)
	(内訳) 常勤	25(58.1)
	自営業・農業	13(30.2)
	非常勤	5(11.6)
	なし	36(45.6)
学歴, 人(%)	小卒	3(3.8)
	中卒	15(19.0)
	高卒	47(59.5)
	大卒以上	14(17.7)
診断名 人(%)	狭心症	19(24.1)
	心筋梗塞	60(75.9)
入院回数(回), 中央値(範囲)		2(1—15)
治療歴, 人(%)	経皮的冠動脈介入術	74(93.7)
	冠動脈バイパス手術	7(8.9)

多重ロジスティック回帰分析の結果、最終モデルで禁煙継続のオッズ比(95%信頼区間)が統計的に有意であったのは「配偶者あり」9.7(1.4-67.7)、「日常生活における情動的サポートの合計得点が高い」1.2(1.0-1.5)、「喫煙する家族がいない」5.7(1.5-22.4)の3項目であった(表4)。

考察

虚血性心疾患患者を対象に禁煙継続の関連要因について心理社会的要因に注目し検討した結果、発病時に喫煙していた79人の6か月後の禁煙率は77.2%であり、禁煙継続には配偶者の存在、日常生活にお

ける情動的サポート、喫煙する家族がいないことが関連することが明らかになった。

本研究の対象者は平均年齢63.9歳で、急性心筋梗塞患者を対象としたKinjoらの研究¹³⁾や虚血性心疾患患者を対象としたOtaらの研究⁶⁾とほぼ同様で、6か月後の禁煙率もほぼ一致する。一方、蓮尾らの研究⁵⁾では6か月後の禁煙率は46%であり、本研究と比較すると低い結果である。これらは、心筋梗塞患者の割合が蓮尾らの調査で約3割であるのに比較し本研究では75.9%と大きいためと考えられる。Otaらは、狭心症患者は急性心筋梗塞患者に比べ禁煙率が有意に低い⁶⁾と指摘しており、本研究におい

表2 禁煙群と喫煙群の比較

「配偶者あり」の割合、「喫煙する家族がいない」の割合が、禁煙群で有意に多い結果であった。

	喫煙群 (n=18)	禁煙群 (n=61)	P 値
年齢 (歳), 中央値 (範囲)	64 (50-78)	63 (32-80)	0.46 ^c
家族人員 (人), 中央値 (範囲)	3 (1-6)	3 (1-7)	0.32 ^c
独居, 人 (%)	5 (27.8)	2 (3.3)	0.10 ^b
婚姻状況, 人 (%)	12 (66.7)	54 (88.5)	0.04 ^b
配偶者なし (内訳)			
未婚	2 (11.1)	5 (8.2)	
離別	3 (16.7)	0 (0.0)	
死別	1 (5.6)	2 (3.3)	
職業, 人 (%) (あり)	7 (38.9)	36 (59.0)	0.13 ^a
(内訳)			
常勤	1 (5.6)	24 (39.3)	
自営業・農業	4 (22.2)	9 (14.8)	
非常勤	2 (11.1)	3 (4.9)	
学歴, 人 (%) (義務教育以上)	13 (72.2)	48 (78.7)	0.39 ^b
(内訳)			
高卒	12 (66.7)	35 (57.4)	
大卒以上	1 (5.6)	13 (21.3)	
診断名, 人 (%)			
狭心症	7 (38.9)	12 (19.7)	0.09 ^b
心筋梗塞	11 (61.1)	49 (80.3)	0.09 ^b
入院回数 (回), 中央値 (範囲)	2 (1-7)	3 (1-15)	0.39 ^c
治療歴, 人 (%)			
経皮的冠動脈介入術	16 (88.9)	58 (95.1)	0.32 ^b
冠動脈バイパス手術	0 (0)	7 (11.5)	0.15 ^b
喫煙する家族, 人 (%) (なし)	6 (33.3)	46 (75.4)	0.001 ^a
精神的健康状態 (点), 中央値 (範囲)	12.5 (0-25)	14.0 (0-22)	0.69 ^c

a. χ^2 検定

b. Fisher の直接法

c. Mann-Whitney -U 検定

表3 禁煙群と喫煙群のソーシャルサポートの比較

ソーシャルサポート尺度の「日常生活における情動的サポート」合計得点の中央値が禁煙群で有意に高い結果であった。

項目	得点の中央値 (平均値, 範囲)		
	喫煙群 (n=18)	禁煙群 (n=61)	P 値 ^a
日常生活における情動的サポート (合計)	35.5 (34.8, 12-48)	38.0 (39.7, 24-48)	0.03
あなたが病気で寝込んだ時に、看病や世話をしてくれる人がある	3.0 (2.8, 1- 4)	4.0 (3.5, 2- 4)	0.07
病院まで一緒に行って待っていてくれる人がある	3.0 (3.1, 1- 4)	4.0 (3.5, 1- 4)	0.35
あなたの生活習慣に合わせる人がある	3.0 (2.6, 1- 4)	3.0 (3.2, 1- 4)	0.03
買い物や旅行に出かけたい時、一緒に行ってくれる人がある	3.0 (2.9, 1- 4)	3.0 (3.2, 1- 4)	0.38
家事をしてくれたり、手伝ってくれる人がある	3.0 (2.9, 1- 4)	4.0 (3.5, 1- 4)	0.01
「無理をしてはいけない」と気を配ってくれる人がある	3.0 (3.0, 1- 4)	3.0 (3.2, 1- 4)	0.34
あなたを精神的に支援してくれる人がある	3.0 (2.9, 1- 4)	3.0 (3.3, 1- 4)	0.13
あなたの病気について助言、心配してくれる人がある	3.0 (2.9, 1- 4)	3.0 (3.3, 2- 4)	0.16
あなたの病気のことで話ができる人がある	3.0 (3.0, 1- 4)	3.0 (3.3, 2- 4)	0.24
あなたを理解してくれる人がある	3.0 (2.8, 1- 4)	3.0 (3.3, 2- 4)	0.03
あなたをいろいろと面倒みてくれる人がある	3.0 (3.2, 1- 4)	3.0 (3.3, 2- 4)	0.49
定期的に診療や検査を受けるように勧めてくれる人がある	3.0 (2.7, 1- 4)	3.0 (3.3, 1- 4)	0.01
疾患に対する行動的サポート (合計)	23.0 (21.1, 8-28)	22.0 (22.3, 11-32)	0.87
一日一回は家族と一緒に食事をしてくれる	3.0 (3.1, 1- 4)	4.0 (3.4, 1- 4)	0.29
困った時、すぐに連絡して相談できる医師がいる	3.0 (3.3, 1- 4)	3.0 (3.1, 1- 4)	0.42
カロリー計算をして食事を作ってくれる人がある	2.0 (2.2, 1- 4)	2.0 (2.4, 1- 4)	0.53
あなたの日常生活についての問題点を指摘してくれる人がある	3.0 (2.8, 1- 4)	3.0 (3.2, 1- 4)	0.06
あなたの行動をいつもほめてくれる人がある	3.0 (2.6, 1- 4)	2.0 (2.4, 1- 4)	0.36
「あなたは食事療法を頑張っている」と言ってくれる人がある	2.0 (2.1, 1- 3)	2.0 (2.3, 1- 4)	0.63
朝起きた時、「気分はどうですか」と声をかけてくれる人がある	2.0 (2.3, 1- 4)	3.0 (2.5, 1- 4)	0.40
薬を飲むのを忘れた時、教えてくれる人がある	3.0 (2.7, 1- 4)	3.0 (3.0, 1- 4)	0.19

^a Mann-Whitney -U 検定

表4 多重ロジスティック回帰分析による禁煙継続に関連する項目の比較

禁煙継続のオッズ比が統計的に有意であったのは「配偶者あり」、「日常生活における情動的サポートの合計得点が高い」、「喫煙する家族がない」の3項目であった。

項目	N=79		
	オッズ比	95%信頼区間	P 値 ^a
喫煙する家族 (なし)	5.7	1.5-22.4	0.01
配偶者の有無 (あり)	9.7	1.4-67.7	0.02
日常生活における情動的サポート (1点増加毎)	1.2	1.0- 1.5	0.03
年齢	0.9	0.9- 1.0	0.06
疾患に対する行動的サポート (1点増加毎)	0.8	0.6- 1.0	0.10

^a ロジスティック回帰分析：変数減少法ステップワイズ

投入変数：

年齢, 配偶者の有無, 喫煙する家族の有無, 職業の有無, 心筋梗塞既往の有無, 精神的健康状態合計得点, 日常生活における情動的サポート合計得点, ソーシャルサポート尺度の合計得点

でも統計的に有意な差は認められなかったものの、心筋梗塞患者の禁煙率が81.7%であり、狭心症患者の禁煙率63.2%に比べ高い結果であった。狭心症は急性心筋梗塞や突然死を起こすこと¹⁴⁾もあり、日本人に特徴的な危険因子として喫煙が突出していること¹⁵⁾も明らかにされている。狭心症等の患者は自覚症状が少ない場合も多く、禁煙ステージの無関心期の場合が多いことも予想される。したがって、疾患と喫煙の害について、明確で具体的なメッセージをもって禁煙の動機付けを繰り返し行う¹⁾など、禁煙の必要性について十分に理解してもらえるような指導方法を工夫する必要がある。本研究と比較して蓮尾らの研究⁵⁾における6か月後の禁煙率が低い理由として、60歳以上の割合が蓮尾らの調査で約6割であるのに対して本研究では7割以上と高いことも関係していると考えられるが比較には限界があり、さらなる検討が必要である。

今回、配偶者がいる者はいない者よりも禁煙を継続しやすいことが示された。先行研究において独居者は禁煙しにくい¹⁶⁾ことが明らかにされており、本研究においても配偶者がいない喫煙群の6人のうち5人が独居者で、喫煙群における独居者の比率が高い結果であった。また、先行研究では低所得者において喫煙率が高い¹⁷⁾ことが報告されており、本研究においても統計的に有意な差は認められなかったものの、喫煙群において職業を持つ者の比率が低い結果であったことから、経済的要因が婚姻状況の交絡因子となっている可能性もあり、今後さらなる検討が必要である。

また、喫煙する家族がいない者は喫煙する家族がいる者に比べ禁煙を継続しやすいことが示され、ガイドライン⁴⁾を裏付ける結果であった。したがって、家族等の周囲の人達にも併せて禁煙についての啓発と指導をすることが重要であり、家族や周辺の人達の禁煙に対する認識が、患者の禁煙継続につながると考えられる。

さらに、「日常生活における情動的サポート」得点が高くなるごとに禁煙を継続しやすいことが示された。一方で、「疾患に対する行動的サポート」得点では有意な差は認められなかった。禁煙を支援する上で、「情緒的サポート」とともに「行動的サポート」は重要であると考えられるが、本研究で用いた「慢性疾患患者におけるソーシャルサポート尺度」には、禁煙方法や禁煙治療薬の情報提供などの禁

煙を継続させるための行動的サポートが質問内容に含まれていなかった。一方で、「情緒的サポート」についての質問内容には、慢性疾患患者と禁煙を継続する患者の両者においてサポートと成り得るサポートが質問内容に含まれていたことが「行動的サポート」得点において有意な差が認められなかった理由として考えられ、ソーシャルサポートの中でも「日常生活における情動的サポート」においてのみ有意な差が認められたと推察される。

本研究は対象が少数で1施設調査であり、今回の調査でニコチン依存度を考慮できなかったことが研究の限界であり今後の課題である。また、今回の対象施設は平成16年1月から駐車場を含め敷地内全面禁煙となり、禁煙環境が整備されていることが禁煙率に影響していると予想される。さらに、対象施設が三次救急医療機関に指定されており、救急搬送されて入院した経験のある患者が多いことや、対象者が経皮的冠動脈介入術あるいは冠動脈バイパス手術施行後の患者であることから対象に偏りがある可能性があり、比較には限界があり今後さらなる検討が必要である。

しかしながら、今回の対象者のうち、発病時に喫煙していた人の6か月後の禁煙率は77.2%と高い状況であった。対象施設では、看護部が中心となって心筋梗塞患者全員に、入院中にベッドサイドでのレクチャーを施行しており、その中で冠危険因子として高血圧・糖尿病・脂質異常症と合わせて喫煙も取り上げ、禁煙の重要性について説明していた。個々の医師からも退院時に喫煙が強力な冠危険因子であることは説明されていたが、禁煙支援体制としてはシステム化されておらず、禁煙支援専任の医療者を配置している状況ではなかった。したがって支援体制を整えることによって禁煙率がさらに高くなることも予想され、病院全体としての禁煙支援体制の充実に努めることも必要である。

結 語

本研究により、虚血性心疾患患者の禁煙継続には、配偶者の存在、日常生活における情動的サポート、喫煙する家族がいないことが関連することを明らかにした。虚血性心疾患患者の禁煙継続を支援する際には、情緒的サポートを考慮し、家族内に喫煙者がいる場合は家族に対しても禁煙の必要性を啓発する必要性が示唆された。

なお、本論文の一部は、第59回東北公衆衛生学会(2010年6月、山形市)、第10回国際家族看護学会(2011年6月25日~27日、京都市)にて発表した。

謝 辞

本研究の調査にご協力下さいました患者の皆様、山形県立中央病院の松井幹之先生、職員の皆様に厚く御礼申し上げます。

引用文献

- 1) 禁煙ガイドライン(JCS 2005):循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2003-2004年度合同研究班報告). Circulation Journal 2005; 69: p1005-1103.
- 2) 心筋梗塞二次予防に関するガイドライン(2006年改訂版). http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS_2006_ishikawa_h.pdf
- 3) 冠動脈疾患におけるインターベンション治療の適応ガイドライン. Japanese Circulation journal 2000; 64: p1009-1022.
- 4) U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. Treating Tobacco Use and Dependence.: Clinical Practice Guideline. Rockville, MD, 2000 http://www.surgeon-general.gov/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf
- 5) 蓮尾聖子, 田中英夫, 脇坂幸子, ほか: 虚血性心疾患の男性入院患者における退院後の喫煙行動とその関連要因. 厚生指標 2005; 52: p7-14.
- 6) Ota A, Mino Y, Mikouchi H et al.: Nicotine Dependence and Smoking Cessation after Hospital Discharge among Inpatients with Coronary Heart Attacks. Environmental Health and Preventive Medicine 2002; 7: p74-78.
- 7) 大原浩市: 虚血性心疾患と「うつ」. 臨床精神医学 2006; 35: p935-950.
- 8) 大平哲也, 磯博康, 谷川武, ほか: 不安とうつの心身医学: 不安, 怒り, うつ症状と循環器系疾患との関連についての前向き疫学研究 心身医学 2004; 44: p335-341.
- 9) 小西治美, 遠水佐知子, 矢田みゆき, ほか: 家族の協力が心臓リハビリテーション終了後の運動療法継続に及ぼす効果. 心臓リハビリテーション 2001; 6: p55-58.
- 10) 川上千普美, 松岡緑, 樗木晶子, ほか: 冠動脈インターベンションを受けた虚血性心疾患患者の自己管理行動に影響する因子家族関係及び心理的側面に焦点を当てて. 日本看護研究学会雑誌 2006; 29: p33-40.
- 11) 岩佐一, 権藤恭之, 増井幸恵, ほか: 日本語版「WHO- 5 精神的健康状態表」の信頼性ならびに妥当性- 地域高齢者を対象とした検討. 厚生指標 2007; 54(8): p48-55
- 12) 金外淑, 嶋田洋徳, 坂野雄二: 慢性疾患患者におけるソーシャルサポートとセルフ・エフィカシーの心理的ストレス軽減効果. 心身医学 1998; 38: p317-323.
- 13) Kinjo K, Sato H, Sakata Y et al.: Osaka Acute Coronary Insufficiency Study(OACIS)Group: Impact of smoking status on long-term mortality in patients with acute myocardial infarction. Circulation Journal 2005; 69: p7-12.
- 14) 冠攣縮性狭心症の診断と治療に関するガイドライン(JCS2008):Circulation Journal 2008; 72 Supplement IV: p1195-1238.
- 15) Takaoka K, Yoshimura M, Ogawa H et al.: Comparison of the risk factors for coronary artery spasm with those for organic stenosis in a Japanese population: role of cigarette smoking. Int J Cardiol 2000; 72: p121-126.
- 16) Hu L, Sekine M, Gaina A, et al.: Association of smoking behavior and socio-demographic factors, work, lifestyle and mental health of Japanese civil servants. J Occup Health. 2007; 49: p443-52.
- 17) Mikko Laaksonen, Ossi Rahkonen, Sakari Karvonen et al.: Socioeconomic status and smoking: Analysing inequalities with multiple indicators. European Journal of Public Health. Eur J Public Health 2005; 15: p262-269.

Factors related to smoking cessation among Japanese men with a history of ischemic heart disease

Yoko Matsunami¹, Katsumi Otani², Li Shao², Atsushi Hozawa², Akira Fukao²

Objective

We examined the psychosocial factors relevant to sustained smoking cessation in patients with ischemic heart disease.

Methods

Subjects: Male patients with ischemic heart disease. Details: Items relating to disease and treatment, smoking cessation, and social support. Survey method: A self-administered questionnaire was used. We examined the conditions and factors influencing smoking cessation by using a multiple logistic regression analysis.

Results

Three items —“having a spouse (OR value 9.7; 95% CI: 1.4–67.7),” “receiving abundant emotional support in daily life (OR 1.2; 1.0–1.5),” and “having no smoking family members (OR 5.7; 1.5–22.4)” —were factors significantly and positively influencing abstinence.

Discussion

Smoking cessation in patients with ischemic heart disease requires help and emotional support from their spouses. Moreover, if the patient’s family includes smokers, it is likely to be necessary to raise the family’s awareness of smoking cessation and provide support so that the whole family cooperates.

Conclusion

Having a spouse, receiving abundant emotional support in daily life, and having no smoking family members were factors significantly related to smoking cessation among Japanese men with a history of ischemic heart disease.

Key words

Ischemic heart disease, Smoking cessation, Emotional support, Family

¹ Division of Clinical Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine School of Nursing

² Department of Public Health, Yamagata University Graduate School of Medicine

《原 著》

敷地内禁煙と禁煙ガイドラインに関するアンケート調査 - 地方都市における急性期総合病院の勤務医を対象にして

笹岡彰一

市立室蘭総合病院呼吸器内科(非常勤)、札幌立花病院内科

【目的】 禁煙に関する医師の意識と認知度を知ることが目的とした。

【方法】 市立室蘭総合病院の医師を対象に質問紙法で調査した。

【結果】 67人中36人から回答を得た。敷地内禁煙に関しては58.3%が職員こそ禁煙と回答した。禁煙ガイドラインを知っている医師は25.7%、禁煙関連の学術講演会への参加経験医師はいなかった。85.7%の医師が禁煙指導の必要性を認識していた。

【考察】 禁煙ガイドラインの認知度は低く、自ら禁煙指導をすとした医師は少なかった。禁煙指導に関する情報量との関連が示唆された。禁煙指導の必要性を認識している医師が多いことから、禁煙指導に関する情報を多くに知らせる方法をさぐる必要があると思える。

【結語】 医師の禁煙への取り組み意識に差があり、情報量の影響が示唆された。

キーワード: 日本医療機能評価機構、敷地内禁煙、禁煙ガイドライン、禁煙指導、アンケート調査

目 的

日本医療機能評価制度に伴い敷地内禁煙の病院は増えたが、維持する努力が必要になる。医師は禁煙化推進・維持において中心的な役割があり、禁煙に関する知識技能が欠かせない。今回の調査対象とした市立室蘭総合病院は17診療科と病理部門に68人の医師が常勤する急性期病院で(2009年7月当時)、医療機能評価審査認定後2年の時点では診療科によって医師の禁煙化への取り組み意識に差があるように思えた。敷地内禁煙をいかに維持すべきか検討する時期にあると考え、医師を対象に敷地内禁煙と禁煙ガイドライン¹⁾に関する項目を中心に意識調査を行った。

方 法

市立室蘭総合病院の研修医を含む常勤医師全員

を対象に質問紙法による意識調査を行った。2009年7月1日に調査票を配布した。無記名調査で所属科および臨床経験年数と病院赴任からの年数を階層化した選択肢回答を設けた。これらの個人情報には支障ない範囲で回答可と記した。この個人情報とは別項目として喫煙状況の質問を設けた。意識調査は病院敷地内禁煙に関する認識が3項目、禁煙ガイドラインや禁煙指導法の認識が3項目とした(図1)。質問紙は医局秘書が各医師の机に置き、医局受付の箱に入れることにした。回収期間は7月末までの1か月で、その間に医局秘書が各医師に質問紙回収の声をかけた。調査結果は院内での研究会で報告し、内容を公開することについて了解を得た。

統計処理として禁煙ガイドラインへの興味と禁煙指導意識に関する項目の比較について χ^2 検定を行った。 χ^2 検定は2×2分割表から手計算で期待値を求め、Microsoft Excel 2008 for Mac (Microsoft Corporation) の統計処理ソフトを用いて有意差検定をした。

結 果

調査票の回収数は36(53.7%)、回答者のうち9人が喫煙者(毎日喫煙5人、時折喫煙4人)、5人が

連絡先

〒006-0841

札幌市手稲区曙11条2-3-12

札幌立花病院内科 笹岡彰一

TEL: 011-683-8718 FAX: 011-681-2830

e-mail: sasan811@amber.plala.or.jp

受付日2011年3月17日 採用日2011年12月22日

前喫煙者であった(表1)。

1) 病院敷地内禁煙に関する質問項目

病院機能評価審査認定については全員が知っていたが、4人は赴任後に知った(表2-1)。敷地内禁煙の認知についてもほぼ同様の結果であった(表2-2)。

敷地内禁煙の対象範囲を28人(77.8%)が知って

いると回答したが、うち「職員こそ禁煙であるべき」との回答者は21人であった。「職員のために喫煙所が必要」と回答した8人については喫煙者3人、前喫煙者1人、非喫煙者2人であった。一方で毎日喫煙者5人のうち「職員に喫煙所が必要」3人、「禁煙範囲は知らない」1人、「職員こそ禁煙」1人であった。時折喫煙の医師は全員「職員こそ禁煙」と回答

アンケートのお願い
 忙しい中、申し訳ありませんが、アンケートにご協力ください
 差し支えなければプロフィールをお願いします
 所属 臨床研修、()科
 臨床経験年数(いずれかに○で囲んでください)
 2年以下, 3~5年, 6~10年, 11~20年, 21年以上
 当院勤務
 1年未満, 1~3年未満, 3年以上
 喫煙していますか(どれかを選んでください)
 1)喫煙歴はない
 2)たまに喫煙することがある(喫煙することがあるが毎日ではない)
 3)以前にほぼ毎日喫煙していたが、ここ数ヶ月以上は禁煙している
 4)喫煙していたが、約1か月前から禁煙している
 5)毎日喫煙していたが、この1か月間は吸わない日が何日もある
 6)毎日1本以上喫煙するが、近いうちに禁煙する予定である
 7)毎日1本以上喫煙しており、今のところ禁煙する予定はない

● 当院は病院機能評価に認定されていることを知っていますか
 1) 知らない
 2) 赴任は認定を受けた後であったが、赴任してから知った
 3) 認定を受けたとき、または赴任時には知っている

● 当院は敷地内禁煙であることは知っていますか
 1) 知らない
 2) 赴任は認定を受けた後であったが、赴任してから知った
 3) 認定したとき、または赴任時には知っている

● 敷地内禁煙の範囲を知っていますか
 1) 知らない
 2) 知っているが、職員への強制はないと考える
 3) 知っているが、職員のために喫煙所を確保すべきである
 4) 知っており、職員こそ禁煙を守るべきである

● 9学会合同禁煙ガイドラインは御存知ですか
 1) 知らないし、興味はない
 2) 知らないが、詳しく知りたい
 3) 知っているが、入手方法がわからない
 4) 入手方法は知っているが、まだ読んでいない
 5) 知っており、読んだことがある

● 禁煙指導の必要性を感じていますか
 1) 自分の専門分野では必要性を感じない
 2) 必要性は感じるが、自分が担当するつもりはない
 3) 必要性は感じるが、どうしたらよいかわからない
 4) 禁煙指導法は多少知っているが、実際に指導はしていない
 5) 禁煙指導法は知らないが、禁煙指導をすることがある
 6) ガイドラインなどを参考に禁煙指導をすることがある

● 禁煙指導法について調べたことはありますか
 2)~5)は重複回答可です
 1) ない
 2) 調べたことはあるが、新しい情報を得ることはしていない
 3) 定期的に情報を得るようにしている
 4) 禁煙についての学術講演会に出席したことがある
 5) 禁煙指導関連の認定資格を持っている

ご意見があれば記載してください ありがとうございます

図1 アンケート調査用紙

表1 回答者の背景

	人	
回答者数	36	
臨床経験年数	2年以下(初期研修)	3
	3~5年	8
	6~10年	6
	11年~20年	10
	21年以上	5
	回答なし	4
	喫煙状況	非喫煙
前喫煙		5
時折喫煙		4
毎日喫煙:禁煙を予定している		2
毎日喫煙:禁煙するつもりなし		3
回答なし		1
当院勤務年数	1年未満	12
	1~3年未満	8
	3年以上	15
	回答なし	1

した(表2-3)。

2) 禁煙ガイドラインと禁煙指導法に関する質問項目
禁煙ガイドラインは9人(無回答を除く回答者の

25.7%)の医師(回答者は循環器内科1、呼吸器内科2、消化器内科1、心臓血管外科1、脳神経外科1、精神科1、所属科無回答2)が認知していたが、9人中4人は入手方法がわからないと回答した(表3-1)。

表2 病院敷地内禁煙に関するアンケート結果

表 2-1 病院機能評価についての認識
病院機能評価認定に認定されていることを知っていますか (人)

知らない	0
赴任は認定した後で、赴任後に知った	4
認定を受けた時、または赴任時には知っている	32
回答なし	0

表 2-2 敷地内禁煙についての認識
敷地内禁煙であることは知っていますか (人)

知らない	1
赴任は認定した後で、赴任後に知った	4
認定を受けた時、または赴任時には知っている	31
回答なし	0

表 2-3 医師の喫煙状況と敷地内禁煙範囲の認識
敷地内喫煙の範囲を知っていますか (人)

	総数	毎日喫煙	時折喫煙	前喫煙	非喫煙
知らない	8	1	0	1	6
知っているが職員に強制はないと考える	1	0	0	0	1
知っており職員のために喫煙所を確保すべき	6	3	0	1	2
知っており職員こそ禁煙を守るべき	21	1	4	3	13
回答なし	0	0	0	0	0

表3 禁煙指導に関するアンケート結果

表 3-1 医師の禁煙ガイドラインおよび入手方法の認識
9学会合同禁煙ガイドラインは知っていますか

	人	喫煙者
知らないし、興味はない	16	6
知らないが、詳しく知りたい	10	2
知っているが、入手方法がわからない	4	0
入手方法は知っているが読んでいない	5	1
知っており、読んだことがある	0	0
回答なし	1	0

表 3-2 禁煙ガイドラインの認識と禁煙指導への関与意識
禁煙指導の必要性を感じていますか (人)

	総数(喫煙者)	禁煙ガイドラインの認識		
		興味ない	知りたい	知っている
自分の分野では必要性を感じない	5 (2)	3	0	2
必要性を感じるが、自分は担当するつもりはない	12 (6)	8	2	2
必要性を感じるが、どうしたらよいかわからない	12 (1)	5	5	2
禁煙指導法は多少知っているが、実際には指導しない	0 (0)	0	0	0
禁煙指導法は知らないが、禁煙指導をすることがある	6 (0)	0	3	3
ガイドラインなどを参考に禁煙指導をすることがある	0 (0)	0	0	0
回答なし	1 (0)	0	0	0

表 3-3 禁煙指導方法の学習状況
禁煙指導法について調べたことがありますか (人)

	総数	禁煙指導する	喫煙者
ない	26	3	7
調べたことはあるが新たな情報は得ていない	8	2	2
定期的に情報を得ようとしている	1	1	0
禁煙についての学術講演会に出席したことがある	0	0	0
禁煙指導関連の認定資格を持っている	0	0	0
回答なし	1	0	0

知らない医師26人のうち10人が今回の調査でガイドラインに興味を示した(表3-1)。

禁煙指導は「自分の専門分野では必要性を感じない」が5人(回答者の所属科:泌尿器科1、精神科1、臨床病理1、所属科無回答2)。「禁煙指導の必要性を感じている」30人(85.7%)のうち、12人はどのように禁煙指導するかわからない、6人は禁煙指導法を知らないが禁煙指導をすることがあると回答した(表3-2)。

ガイドラインを知らないとした26人では、10人(38.5%)は禁煙指導の必要性を感じるが指導方法がわからない、3人(11.5%)が実際に禁煙指導すると回答した(表3-2)。ガイドラインに興味がない群と興味がある群(知っているを含む)とを比較すると、興味ない群では自ら禁煙指導をしない(必要性がないを含む)が有意に多く($p < 0.05$)、興味ある群では少なかった(図2)。

「禁煙指導法についての情報を得たことがある」は9人で、禁煙指導経験があっても禁煙指導法の情報を得たと回答した医師は半数であった(表3-3)。

考 察

日本医療機能評価機構による審査ver.5は病院敷地内禁煙を認定条件としたが、精神科病棟や緩和ケア病棟などへの喫煙室設置は例外として認めている。一方、禁煙外来の保険診療条件では敷地内禁煙が必須であるため、機能評価が認定されても、保険診療による禁煙外来は行えない事態が生じ得る。

特定科に喫煙室を設置すれば、診療科によって禁煙指導への関心の程度の差に現れる可能性がある。機能評価認定2年の時点での市立室蘭総合病院には精神科閉鎖病棟に喫煙室があり(現在は廃止)、禁煙対策への医師の関心を知るために、今回のアンケートを試みた。

敷地内禁煙に関する意識調査は看護職などで行われた報告がある^{2,3)}。医師については日本医師会が2008年に喫煙に関して詳細な調査を行ったが、医師自らがどのように禁煙に関する施策や禁煙治療に関わるかという意識調査項目はない。当院のような地方総合病院では大半の医師が数年単位で勤務異動をするため、喫煙医師も敷地内禁煙などの状況を知らずに赴任することがあり得る。今回の調査では病院機能評価認定について全回答医師が認識していたが、11%は赴任後に知った。敷地内禁煙に関して「職員への強制がない」と「職員用の喫煙所が必要」の回答を合わせた38.9%が敷地内禁煙を知っていても関心が低いものと思えた。しかし58.3%は「職員こそ禁煙であるべき」と半数以上が敷地内禁煙の重要性を認識していた。

敷地内禁煙の取り組みには喫煙する病院職員や患者のための禁煙支援対策が必要になる¹⁾。その対策のひとつとして禁煙外来の設置は重要で⁴⁾、医療者は禁煙指導の知識や技能が必要となる。さらに医師は禁煙化に関し直接提言しやすい立場にある。禁煙ガイドラインは国内9学会合同研究班報告として2005年に報告され¹⁾、禁煙治療の方法のみならず医

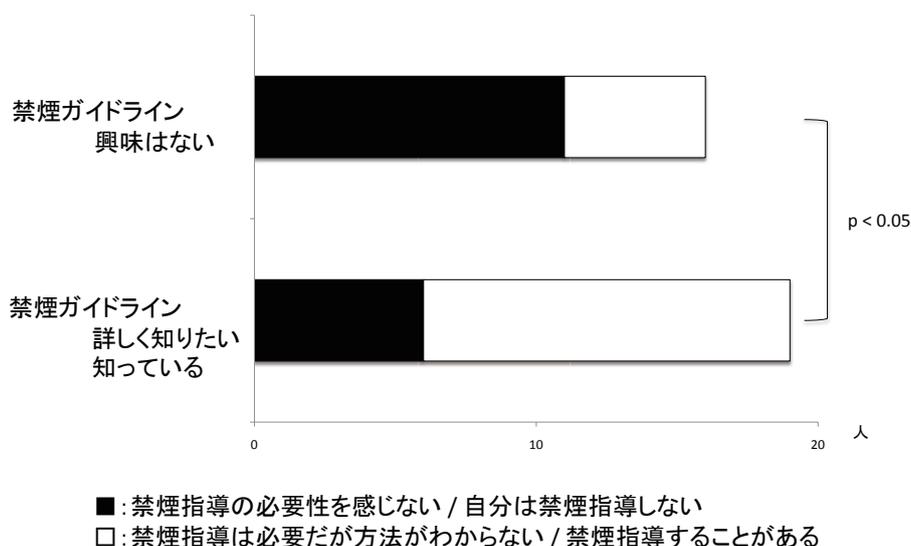


図2 禁煙ガイドラインの認識と禁煙指導意識

師や医療機関がとるべき禁煙対策の目標などが示されている。9学会は日本循環器学会、日本心臓病学会、日本呼吸器学会、日本小児科学会、日本産科婦人科学会、日本肺癌学会、日本口腔外科学会、日本口腔衛生学会、日本公衆衛生学会であり、循環器、呼吸器、肺癌の各学会ホームページからは非会員もガイドラインを無料ダウンロードできるが、専門の異なる診療科医にとってはアクセスしづらく、禁煙治療への関心の程度に影響する可能性がある。

今回の調査でガイドラインを認知していた医師の診療科は内科系、循環器関連外科と精神科であった。ガイドラインを知らない医師でも50%が「禁煙指導の必要性を感じる」とし、62.5%が「ガイドラインを知りたい」とした。禁煙治療についての関心が潜在的にあると思える。ただし禁煙指導は必要でも自分は担当するつもりがないが12人であり、専門外だとして興味が高いのかもしれない。今回の対象数は多くないが、ガイドライン興味なし群と興味あり群を比較すると自ら禁煙指導をするかの意識に有意差があった。禁煙ガイドラインの存在を知って興味を示した医師も少なくなかったため、診療科の特色に沿った禁煙に関する情報があれば禁煙指導意識の向上に有用となるのかもしれない。

ガイドラインには喫煙医師が禁煙化への抵抗勢力になると記されているが¹⁾、医師の禁煙治療への関心度と加濃式社会的ニコチン依存度との相関を示した報告⁵⁾があり、診療上で禁煙指導の必要性が高ければ、喫煙医師でも禁煙指導の関心が高くなると考察している。今回の調査では喫煙者も含めて多くの医師は禁煙の必要性を感じ、禁煙治療に興味を示した。喫煙習慣は全診療科にわたる多くの疾患に影響を与える⁶⁾が、禁煙ガイドラインを知っていた医師は特定科に偏っていた。医師の意識の差は喫煙関連疾患や禁煙治療に関わる情報量の差との関連が示唆される。敷地内禁煙は医療従事者に禁煙の必要性を考えさせる契機になる⁴⁾。しかし禁煙指導方法がわからないとする回答は多かったことから禁煙環境作りには禁煙に関する適切な情報が有用であると考ええる。

今回の調査は単一病院での調査であるが、医療現場での禁煙環境が変革されていく中で禁煙に関する医師の意識を知ることは医療施設での禁煙環境作りの参考として有用であると考えた。日中にほとんど医局や自室に戻らない医師も多く、質問紙の回収率

は低かった。回答は任意であり、本調査に興味を示さなかった医師もいたかもしれない。それでも、ほぼ全診療科から回答を得て、経験年数などに大きな偏りはなく、当院でのおよその傾向を知ることができたと考える。当院勤務医のほとんどは複数病院での勤務経験があり、他の敷地内禁煙病院で勤務経験を有する医師も少なくない。今回は予備的なサンプルデータとし、次段階として多くの施設での検討によって医師の禁煙意識が施設間や診療科間に差があるのか、禁煙外来導入などにより変化するのが今後の検討課題と考える。一方で、禁煙外来は特定診療科医師に偏っている病院も少なくない。全診療科医師は禁煙治療には直接関与しなくても、禁煙治療を担当医師と歩調をあわせて患者へ説明するために、禁煙に関する医学的知識の普及が必要と考える。

禁煙化への意識形成のためには医療施設での研究会や研修プログラムなどの利用は有益であり、当院も本調査結果の院内発表後に喫煙室廃止や禁煙外来設置と禁煙化がすすんだ。ただし病院の体制や診療科によっては院内対応での限界もありえる。学会などから禁煙推進についての情報や提言が発信されることで喫煙に関する医師の意識に影響を与える可能性が期待される。

結 語

市立室蘭総合病院における喫煙に関する意識調査では医師の大多数が禁煙治療の必要性があると回答した。禁煙ガイドラインの認知度は低かったが、興味を示した医師は少なくなかった。しかし自分が禁煙治療に関わるとする医師は少なく、禁煙治療法について調べたことがある医師はごく少数であった。診療科による禁煙に関する意識の差があるように思えた。医師の意識の差の背景をさぐる事が病院禁煙化対策に有用であると思えた。

参考文献

- 1) 藤原久義, 阿彦忠之, 飯田真美, ほか: 禁煙ガイドライン (JCS 2005). *Circulation Journal* 2005; 69: 1005-1103.
- 2) 吉成奈美子, 渡辺由美子, 多田禎子, ほか: 病院内禁煙化実施後の職員等の意識・実態調査 (会). *日産衛誌* 2006; 48: 56.
- 3) 荒ひとみ, 西山真澄, 山崎茜, ほか: 敷地内全面禁煙に対する看護師の意識と実施後の変化. *北海道教*

- 育大学紀要(教育科学編)2006;57:295-302.
- 4) 秦温信, 堀田大介, 佐野文男:院内・施設内全面禁煙の取り組みについて. 日本循環器学会専門医誌2002;10:373-378.
- 5) 吉井千春, 井上直征, 矢寺和博, ほか:加濃式社会的ニコチン依存度調査票(KTSND)を用いた日本肺癌学会総会参加者の社会的ニコチン依存の評価. 肺癌2010;50:272-279.
- 6) 神奈川内科医学会:見逃されがちな喫煙関連疾患. In: 禁煙医療のための基礎知識. 中和印刷, 東京, 2006; p26-27.

A Questionnaire Survey on the Awareness and Recognition as to Smoking Cessation

Shoichi Sasaoka

Objectives

The present study was undertaken to investigate the awareness and recognition levels of physicians as to quit smoking guidelines.

Methods

A questionnaire survey was conducted among physicians at the Muroran City General Hospital.

Results

Responses were collected from 36 of the 67 physicians. Regarding prohibition of smoking within the hospital premises, 58.3% of the respondents answered that hospital employees should take initiative to stop smoking within the premises. The percentage of physicians who were aware of the Quit Smoking Guidelines was 25.7%. None of the physicians had participated in academic seminars related to smoking cessation. The percentage of physicians aware of the necessity of guidance for quit smoking was 85.7%.

Discussion

The level of awareness/recognition of the need for smoking cessation about quit smoking guidelines was low among the physicians surveyed. Only a small number of physicians appeared to be willing to guide people around them to quit smoking. These results seem to be associated with the volume of information available for guiding people to quit smoking. Considering that the percentage of physicians aware of the necessity of guidance for smoking cessation was high, it seems desirable to seek a valid means of providing information about guidance for smoking cessation.

Conclusion

The level of awareness about the quit smoking guidelines differed among physicians, suggesting the influence of the volume of available information.

Key words

Japan council for quality health care, prohibition of smoking within the premises, smoking cessation guideline, support of smoking cessation, questionnaire

Muroran City General Hospital, Hokkaido, Japan

Sapporo Tachibana Hospital, Hokkaido, Japan

科学的見地から一政策のために：ドイツがん研究センター、ハイデルベルグ

Ineffectiveness of the smoking bans in Germany's Restaurants and Bars: A Study in 10 Federal States

ドイツのレストラン・バー禁煙法は効果的でない：10州における調査結果から

Ute Mons, M.A., Dietmar Jazbinsek, Dipl. Biol. Sarah Kahnert
Susanne Schunk, Dr. Martina Pötschke-Langer

(翻訳：北田雅子¹、翻訳協力：松崎道幸²、望月友美子³)

¹ 札幌学院大学経営学部、² 深川市立病院

³ 国立がん研究センター研究所たばこ政策研究・教育分野および「喫煙と健康」WHO協力センター

Background～背景～

2007年8月からドイツ連邦全ての州において、徐々に、市民の健康を受動喫煙の害から守るための法案が可決されている。この法案では、飲食店で働く非喫煙者を守ることも含まれている。これまでのところ、バーやレストランにおいて全面禁煙が実行されているのは、バイエルン州とザールランド州のみで、残りの14州においてはいくつかの例外規制が設けられている。このような州ごとに異なる規制がどれくらい効果的であるかは未だに明らかではない。

多くの州政府が法案施行後の最初の評価報告書を発表しているが、これらの報告書は、規制当局の立場からの意見であったり、レストランとバーの経営者の意見だけで作られたり、一般化できないような内容の主張を掲載したものであることが多かった。今回、ドイツがんセンターによって行う調査は、従来の調査では十分に検証されていない点を明らかに

することを目的としている。

Data collection methodology

～データの収集と方法～

ドイツ国内のレストランとバーにおける喫煙規制を評価するために、この調査研究はデュッセルドルフ、ハノーバー、キール、マインツ、マクデブルク、シュベリン、シュツットガルト、およびヴァイスバーデン全ての都心部における飲食店を調査の対象とした。大都市のベルリンとミュンヘンでは都心部の他に、レストランやバーが密集した2つの街区も追加で調査を実施した。2011年2、3月の夕方の時間帯に、一般市民が利用できる飲食施設から抽出されたすべての店舗を、調査員が訪問し質問票を用いて店内の喫煙規制状況を記録した。最終的には10の州都で2,939軒を越えるバー・レストランの情報が収集された。

Results～結果～

全面禁煙の飲食店：完全禁煙化の除外規定のある州法をもつ州都では、完全禁煙を実行している飲食店は3分の2(68%)にとどまった。調査したバーとレストランの4分の1(24%)では、客が自由に喫煙していた。一方、喫煙室を設置していた施設は8%だった。しかし、これらの数字は、あくまでも平均値であり州ごとのばらつきが非常に大きいことに留意すべきである(図1参照)。

連絡先

Dr. Martina Pötschke-Langer
がん予防担当部門およびタバコ規制に関するWHO
協力センター

German Cancer Research Center Unit Cancer
Prevention and WHO Collaborating Centre for
Tobacco Control

Im Neuenheimer Feld 280

69120 Heidelberg

Fax: +49 (0) 6221 42 30 20

E-mail: who-cc@dkfz.de

受付日2011年8月4日 採用日2011年12月14日

レストラン：レストラン業界の一部では、現在ほぼ完全禁煙となっている。これは、2010年8月にバーとレストランが完全禁煙とされたミュンヘンに限らず、調査した他の都市についても言えることである(図2参照)。これは特に、カフェ、持ち帰り料理店、レストラン、およびコーヒーチェーン店に関して真実である。しかしながら、より伝統的なレストランでは異なった様相を示している。完全禁煙化に何らかの除外規定を持つ州では、平均すると5分の1のレストランが喫煙を許容しているが、ここでも地域差が非常に大きい:例えば、ヴィスバーデンのレストランの7%は喫煙可能だが、この比率はハノーバーでは30%に跳ね上がる。法的規制の施行状態には重大な問題があるようだ。調査したレストランの8%は、喫煙を容認している(図2参照)。これはそれぞれの州で可決された法案に対する明確な違反である。

バー：レストランとは異なり、主として飲料を提供する施設の利用者は、タバコ煙により引き起こされる全ての健康危険に曝されている。平均すると完全

禁煙のバーは5軒中1軒にすぎない。シュベリン(メクレンブルク-西ポメラニア)は、疑わしいながらも93%の店舗が喫煙可という最高記録を達成していた。そのような町では、夕方に受動喫煙を受けないでビールを飲める店を見つけるためには随分と時間がかかるだろう。同時に、健康の保護に関して特別に心配されるケースは、ギャンブルとビリヤードホールを含んだ場所である。これらの85%は通常タバコ煙のみである。そしてシーシャーバー(水タバコバー)の多くでは建物全体が喫煙可となっている。

Düsseldorf - the smoker's paradise : デュッセルドルフ 喫煙天国

北部ライン-ウェストファリアは、最も多くの禁煙免除をバーとレストランに認めているので、調査された州都の間で、喫煙家の牙城であることが立証されたことには何の驚きもない。また、この都市では殆どのバーで喫煙を許可しているだけでなく、政府が喫煙店舗の識別を義務化しているにも関わらず、殆どの店舗ではそれに違反していた¹。北部ライン-ウェストファリアにおいて行われた同様のDKFZ調

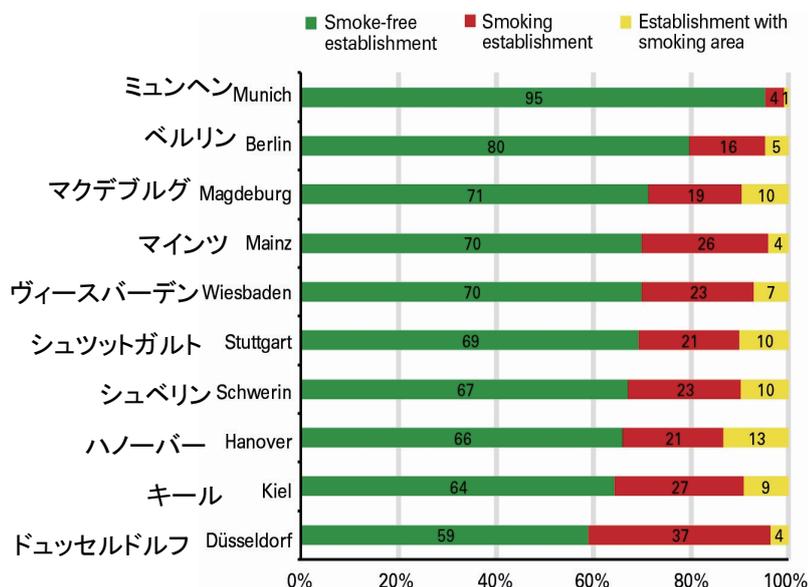


Figure 1: Regulations on smoking in the bars and restaurants in the state capitals surveyed.

図1 各州におけるバーやレストランの喫煙規制
 Yellow : Establishment with smoking area 喫煙室が設置
 Red : smoking establishment 喫煙店舗
 Green : Smoke-free establishment 禁煙店舗

査でも同じ結果が出ている。さらに、デュッセルドルフの失敗は州内の他の都市でも観測された。

DKFZ. (Deutsches Krebsforschungszentrum : ドイツがん研究センター)

Berlin—the divided city :
ベルリン—分断された都市

喫煙規制において、禁煙を免除する例外を許可する州都のなかで、ベルリンは最も禁煙店舗の割合が高い州である。しかしながら、この全体的な好印象を曇らせるのはベルリン市内の地区による違いである。

ベルリン・ミッテ地区における上流階級の飲食店—行政地区とウンター・デン・リンデンとフリードリッヒストラーセに沿った散策道—ここではベルリンの貧困地域に残されているタバコの煙で充満した

街角のバーとは対照的に、広範囲にわたって禁煙であった。そして、ハインリッヒプラッツとコルヴィッツプラッツ周辺の人気のある地区では、禁煙バーを見つけるのが難しいことが判明した。

Munich—(almost) smoke-free :
ミュンヘン—(ほとんどの店舗で) 禁煙

バイエルン州では包括的な喫煙禁止が国民投票によって成功してから、バーおよびレストランは全体的に喫煙が禁止されている。しかしながら、この州にはまだ抜け穴があり、ミュンヘンを調査した調査員が、店主がその抜け道を利用している現状を明らかにした。入り口におけるチェックはあまり行われていなかったが、典型的な「個人利用²⁾」という禁煙免除が可能である理由の下で、ミュンヘンのバーの

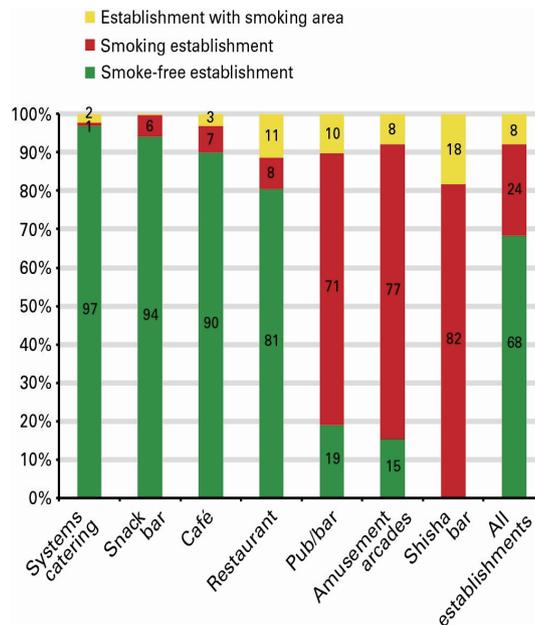


Figure 2: Establishments (by type) and their policies on smoking in the states that allow exemptions.

図2 店の種類と各州で例外が許可されている現状における喫煙対策

Yellow : Establishment with smoking area 喫煙室が設置
Red : smoking establishment 喫煙店舗
Green : Smoke-free establishment 禁煙店舗

System catering : 外食産業 マクドナルドなどのfood chain companyを指す。

Snack bar : spot to eat. 日本でいうと立ち食いのソバやうどん屋さんのようなお店を指す。こちらでは主に、ケバブ(トルコ料理)やサンドウィッチなどを買うことが可能であり、このタイプの店は店内に座るスペースがほとんどない。

Amusement arcades : 日本でいうとゲームセンターのような場所を指す。スロットなどがありカジノのような雰囲気のある場所。

Shisha bar : 水タバコを扱っている店。

17%で喫煙が目撃された。

¹ 訳者脚注：喫煙を許可している店舗では客が店に入る前にその店が喫煙店であることが分かるように提示しなくてはならない。

² 訳者脚注：ミュンヘンでは屋内は完全禁煙にすることが州法で定められている。ただし、この州法の例外が店を個人で貸し切ってイベントやパーティを行う場合は、屋内での喫煙が許可される。そのため、実際には何のイベントも行われていないにも関わらず、店主が店の外に「プライベートパーティ」と書いたサインを出しておくことで屋内を喫煙バーに変えることが可能である。

Smoking establishments – a problem area :

喫煙可能施設(店舗) – 問題のある領域

ドイツ連邦憲法裁判所の2008年7月の判決に従って、大部分の州はバーを喫煙可能施設として運営することを許可した。そのため(喫煙可能な施設運営)には、いくつかの条件が必要とされたが、実際にそれが守られることはあまりなかった。

* 法律では、喫煙バーは一部屋の店舗でなければならないと規定しているものの、実際には13%の店は複数の部屋を持っていた。

* 11%の喫煙バーでは法律で禁止されているにも関わらず、食事を提供していた。

* 少なくとも9%のバーが喫煙バーであり、顧客サービスのための床面積は法で指定され75m²を超えていた³。

若者の保護に関しては、現在の状況はまさに恥ずべき状況であるといえる。：調査された62%の喫煙バーでは、店舗入り口に18歳未満の入室を禁止するために義務付けられている表示を掲げていなかった。

Smoking rooms also an issue :

喫煙室もまた問題

一般的には、バーやレストランにおいて喫煙を禁止していない状態で、複数の部屋がある店舗においては、喫煙室として片方の部屋を指定する選択がある – (ただし) この部屋が「非喫煙区域から効果的に分離されている」として提供(されなければならない)。

(しかし、実際には) この要件は、ほとんど無視されている。調査された喫煙室の22%では部屋を閉めるためのドアがなく、例えそのようなドアが存在したとしても、37%の店舗ではその扉は絶えず開いていたことが確認され、禁煙区域内へタバコ煙が流

出してしまっていた。

このような状況では、受動喫煙の危険に対して、効果的に顧客を保護する環境を提供しているとは言えない。さらに、調査された喫煙室の8%は、明らかに禁煙エリアより大きく、喫煙室の大部分(55%)は、喫煙室として適切に表示されていなかった。これらの現状は、法律に対する目に余る違反行為に相当する。

Summary ~まとめ~

この調査は、他の州都における調査結果が得られてからでなければ最終結論を出せないという限界を持つ試験的調査として実行されたのだが、今の時点でも、この調査結果から二つの基本的な結論を引き出すことができる。第一に、それぞれの州の例外規制(控除や免除)の多さと複雑さは、バーやレストランにおける禁煙へのコンプライアンスの監視を実際的には不可能にしており、法律違反は日常茶飯事であることである。

³ 訳者脚注：床面積が75m²以下の店舗でなおかつ料理を提供しない場合は喫煙バーとして許可される。

第二に、現在の状況からバーにおいては、非喫煙者の保護に特段注意を払っていないことが明らかであるということである。仕事の後に、ビールを飲みたいと思っている多くの客は、多くの場所において、他の客の吐き出す煙を強制的に吸い込むことになる。

バイエルン州のバーやレストランでの喫煙の厳禁に関する2010年8月2日からの判決では、ドイツの連邦憲法裁判所は以下のように述べている：

「立法機関は、[非喫煙者が] タバコの煙にさらされることなく、飲食物を提供する施設で十分に社会生活に参画できるようにする自由がある。特に、主として飲料(訳注：アルコール飲料と思われる)を販売する施設に関しては、前述の参画は、せいぜい、限定したものであることが明らかになっている。」

これは、裁判所が一般的にバーやレストランでの喫煙を禁止する以前にバイエルン州で観察されたことが、まだ他の多くの州では事実上存在していることを示している。：受動喫煙の危険から身を守ることを希望している顧客は、アルコールを提供する店における社会生活から除外されている。

したがって、有効性と実行可能性に欠けることを考慮するならば、多くの州で施行されている現行の禁煙免除条項は、禁煙法における失敗であると考えなければならない。

ドイツには、他の多くの欧州諸国が既に非喫煙者をバーやレストランで受動喫煙から効果的に保護することに成功しているような、シンプルで、包括的で、統一された規制が必要である。

奥付

2010年ドイツがん研究センター、ハイデルベルグ
著者：Dr. Katrin Schaller, Dr. Urmila Nair, Dipl. Biol. Sarah Kahnert

文責：Dr. Martina Pötschke-Langer
がん予防担当部門およびタバコ規制に関するWHO協力センター

Im Neuenheimer Feld 280 69120 Heidelberg
Fax: 06221-423020、E-Mail: who-cc@dkfz.de

引用：ドイツがん研究センター(発行)、「Ineffectiveness of the smoking bans in Germany's Restaurants and Bars: A Study in 10 Federal States」

(ハイデルベルグ2011年) 本出版物および証拠文献はインターネットにて次のアドレスから呼び出すことができる：

http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfP_Ineffectiveness_of_smoking_bans_in_Germany.pdf

終わりに

～ドイツの喫煙規制から日本の喫煙規制を考える：調査に同行して～

2011年1月下旬のとても寒い日、私は、マルティナ医師と数人のスタッフと一緒に今回紹介したファクトシートの事前調査に同行した。事前調査は、夕方6時から8時にかけてマンハイムで行われた。この街は、ハイデルベルグから車で約30分の街である。飲食店が集まる場所の地図を片手に、市内を隈なく歩きながらバーやレストランを確認した。この事前調査の目的は、調査票の妥当性を検討すると共に、調査方法、調査によって明らかにする点、調査の視点などについてスタッフが共通認識を持つことだった。

20店舗近い店舗をスタッフと一緒に観察しながら、バーやビアホール、レストランの9割以上が完全禁煙である事に驚いた。

ドイツでは16州において喫煙規制が微妙に異なるので、調査票はその州ごとの差異を反映させた内容となっている。今回、紹介するこのファクトシート



A Study in 10 Federal States of Germany

図3 ドイツ国内10州における調査

は、まさにドイツがんセンターのスタッフが自らの足で調査した結果を示したものである。調査された州都については、ドイツ国内の地図をご覧ください(図3)。この調査にはもちろんマルティナ医師自らも加わっており、ドイツ北部の州都の飲食店を実際に歩いて調査している。

この調査結果から明らかなのは、州ごとに喫煙規制に抜け穴がある場合、いくら法律が存在していてもその法律のコンプライアンスが低いということである。特にデュッセルドルフの喫煙規制の状態が悪いことが目を引く。スタッフが何度も私に伝えるのは「異なる州法がいくつも存在するのは意味がない。16の法律はいらない。フランスやイタリア、そして最近のギリシャやスペインのように、法律は一つでそれも例外規制のないものが必要である」ということである。この点、日本の動向はどうであろうか？

日本がタバコ規制枠組み条約に批准してから、既に6年が経過しようとしているが、国が包括的な喫煙対策を講じることが難しい状況が続いているのが現状である。そのような中で神奈川県を受動喫煙防止条例以降、現在、兵庫県ではそれよりもかなり厳しい条例の制定が検討されている。国家主導の禁煙法が制定されない状態が長期にわたると、47都道府

県、また政令指定都市を含めると、それ以上の数のそれぞれの特徴を持つ条例が制定されていくことになるであろう。今回紹介したドイツの喫煙規制の現状を見ても分かるように、都道府県レベルで規制のあり方が異なる状況を生み出すことは、地域間における喫煙規制の差異が生じることになる。そのため、日本においても最終的にはシンプルで、包括的で、統一された全国規模の禁煙法の制定が必要であると考える。しかし、このような地方における禁煙条例の制定が、今後、全国的に展開され、推進されていくことは、最終的には国家主導の法規制の制定へ大きな原動力となると思われる。そのため、禁煙条例の制定のために尽力を尽くしている地域や自治体に対して、我々は多くの声援と支援を惜しみなく提供すべきであり、その活動を全国レベルで応援していくことが重要であると考えます。

最後に、このファクトシートの翻訳を快く承諾してくださいましたドイツがん研究センターがん予防担当部門およびタバコ規制に関するWHO 協力センターのDr. Martina Pötschke-Langer氏ならびに翻訳に協力して下さったスタッフに心から感謝申し上げます。

(文責：北田雅子)

日本禁煙学会の対外活動記録
(2011年12月～2012年1月)

- 12月 1日 JTによるバレーボールを含む違法なCSR活動の中止要請(1)を行う
- 12月 2日 2012年日本禁煙学会調査研究事業助成の対象研究が決定
- 12月 4日 JTによるバレーボールを含む違法なCSR活動の中止要請(2)を行う
- 12月 6日 兵庫県「受動喫煙防止条例(仮称)骨子案」についての意見を送付
- 12月 8日 デイリーメール紙の記事「喫煙規制法案に反対した9人の下院議員にタバコ産業が数千ポンド相当の供給」の翻訳版を掲載
- 12月 8日 JTIによる国会議員への供給に関連する調査要請を行う
- 12月20日 JTインターナショナル(JTI)のオリンパス型スキャンダルについて掲載
- 1月11日 「タバコ製品の有害性に関する世界医師会声明」の翻訳を掲載
- 1月25日 「次期国民健康づくり運動への意見・提案」を厚労省に提出
- 1月31日 オプザーバー紙記事「JTIがシリアの独裁支配者にタバコを出荷「アサドのテロ行為への資金供給」を行った疑い」の邦訳版を掲載
- 1月31日 厚労大臣・中医協への意見「医療機関は例外なく敷地内禁煙とすべき」を掲載

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	川根博司	
●副編集委員長	吉井千春	
●編集委員	加濃正人	川俣幹雄
	佐藤 功	鈴木幸男
	高橋正行	野上浩志
	蓮沼 剛	山岡雅顕
	山本蒔子	
		(五十音順)

日本禁煙学会
(禁煙会誌)

ISSN 1882-6806

第7巻第1号 2012年2月28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 株式会社クバプロ