

熊本日日新聞記者 日本医学ジャーナリスト協会会員 高本文明

要約

1. 喫煙問題は、医療経済や医療現場の崩壊に多大な影響を与える。税収の安定確保を主眼とする現在のタバコ事業の位置付けを、健康第一の観点から全面的、根本的に見直し、生産者や小売業者の事業転換・支援まで含めた包括的な「タバコ新法」の立法化を検討すべきだ。
2. 熊本県のタバコ対策では、喫煙率の削減目標値を明確に設定することが求められる。
3. だれもが喫煙の有害性や禁煙のノウハウに関する情報を読み解く力をつけることができるよう、サポートすることが必要である。

キーワード：経済的損失、医療崩壊、目標値、社会的ニコチン依存、科学リテラシー

1. はじめに

タバコ規制の社会的意義と、健康情報を読み解く際の留意点について、私見を述べたい。

2. 受動喫煙の健康被害、「論争に終止符」

(1) たばこ規制枠組条約

タバコが健康に重大な影響を及ぼすことは、数々の研究が蓄積され、明らかになっている。喫煙は、がん、循環器疾患、呼吸器疾患、消化器疾患、胎児の成長障害、その他さまざまな健康障害の原因になっている。喫煙者本人だけでなく、吸わない人も煙にさらされる受動喫煙による健康被害を受ける可能性は避けられない。

2003年に世界保健機関（WHO）の総会で採択された「たばこ規制枠組条約（FCTC）」は、公衆衛生分野で初めての国際条約だ。「タバコの消費及びタバコの煙にさらされる」ことが、死亡や疾病、障害を引き起こすと科学的証拠で明白に証明されていることを明らかにしたうえで、締約国に対し「受動喫煙防止措置」「タバコの需要を減少させるための価格及び課税に関する措置」や、タバコ製品の包装にタバコによる健康への有害な影響を記述する警告を付すこと、あらゆるタバコの広告、販売促進の包括的な禁止を行うことを求めている。日本も2004年に署名しており、条約が定める措置を講じる義務と責任がある。

受動喫煙の健康被害について、日本を代表する科学技術機関である日本学術会議は、2008年にWHOと英国、米国の詳細な研究報告を踏まえ、「受動喫煙も科学的根拠を持って健康障害を引き起こすことが示された」とし、「論争に終止符が打たれた」と既に結論づけている

1)。

(2) ガイドライン

受動喫煙を防止するためには、2007年に条約締約国による全会一致で採択された「タバコの煙にさらされることからの保護に関するガイドライン」を遵守しなければならない。ガイドラインは「100%禁煙以外のアプローチは不完全」「すべての屋内の職場、屋内の公共の場は禁煙」「受動喫煙から保護するための立法措置は強制力を持つべきだ」として、条約発効（2005年2月27日）から5年となる今年2月までに屋内の公共の場における完全禁煙を実現するための法的措置を講じることを定めている。

(3) 世界に遅れる日本

しかし、日本では、2003年5月施行の健康増進法が、受動喫煙の防止措置として、多数の者が利用する施設を管理する者に対して努力義務を課すにとどまる。罰則はなく、実効性に乏しい。日本の対策は諸外国に比べ、すべて立ち遅れており、WHOが2009年12月に公表した報告書「WHO Report on the Global Tobacco Epidemic」でも、極めて低い評価を受けている。健康行政を預かる厚生労働省は、ガイドラインの期限ぎりぎりの2010年2月25日付で、公共的な施設の建物内の全面禁煙実施を求める通知を出しただけで、ガイドラインが求める法的措置の実施には至っていない。

脱タバコ社会の速やかな実現を目指し、日本学術会議は2010年4月6日、新たに「受動喫煙防止の推進について」とする提言を公表した。その内容は、①ガイドラインに沿って、職場・公共の場所で受動喫煙防止の強制力のある立法措置を講じる ②換気、空気清浄機、喫煙区域の指定などの手段は必ずしも有効でないとする科学的根拠に留意して、屋内では分煙ではなく禁煙を目指し、職場・公共の場所は例外を認めずに受動喫煙防止の対象とする ③バー・レストランなど特定の施設には、事業者に対する配慮として一定の猶予期間を設けることはあり得るが、適切な手段を講じて猶予期間はできる限り短縮する—の3点である。

日本は、WHOの主要構成国であり、費用負担も大きい。それなのに、ガイドラインをこのまま遵守しなければ、国際社会から孤立することになる。タバコ規制の具体策を議論する機運を、熊本県民レベルでも盛り上げていく必要がある。

3. 総合的なたばこ対策を

(1) タバコがもたらす経済的損失

タバコは、数多くのエビデンスが得られている健康被害はもちろん、社会経済にも多大な影響を及ぼしている。では、経済的損失はどれぐらいになるのだろうか。タバコ税は年間約2兆3000億円に上り、50%が地方タバコ税である。厚労省の試算では、喫煙による医療費損失は約1兆3000億円と推定され、これに入院による医療費以外の損失、死亡による損失、火災による財産損失と死亡・負傷の損失を合算した社会的損失の合計は約4兆9000億円とされている。タバコによる経済的損失がタバコ税収をはるかに上回っていることが

分かる²⁾。タバコの害が医療費を増大させ、さらには医療現場を疲弊させる大きな要因になり、いわゆる「医療崩壊」の構造を生んでいるといえよう。

財務省は「たばこ耕作組合法」「たばこ事業法」「日本たばこ産業株式会社（JT）法」を所管し、葉タバコ生産農家、JT、販売事業者を管理している。たばこ耕作組合法は、葉タバコの買入契約の締結などを定める。たばこ事業法は、JTが原料用国内産葉タバコを事前に定めた価格で買い入れる全量買入、製造独占、小売価格の認可制、小売販売業の許可制を規定する。JT法は、政府による株式の2分の1以上の保有、JTの取締役選任や定款変更への財務大臣の認可、財務大臣によるJTの監督を定めている。これらによって、国内のタバコ産業は強く保護されている。国は、国家財政を支えるタバコの担税力に期待して、タバコ生産を奨励してきた。それはかつての「今日も元気だ、タバコがうまい」のスローガンに象徴される。

（2）タバコ新法の立法化を

しかし、喫煙者、吸わない人への健康被害はもとより、医療経済や医療現場の崩壊に多大な影響を与えるタバコ問題は、今や大きな転換点を迎えた。税収の安定確保を主眼とする現在のタバコ事業の位置付けを、健康第一の観点から全面的、根本的に見直すときだ。生産者や小売業者の事業転換・支援まで含めた包括的な「タバコ新法」の立法化を検討すべきだ。

公共的施設での禁煙や分煙を義務化した全国初の神奈川県を受動喫煙防止条例が4月1日、施行された。規制強化に及び腰な国に先駆け、違反者への科料という罰則も導入した。このように、公共的な空間での喫煙に関するルールを各自治体が具体的に定める必要がある。さらに、たばこ事業法に盛り込まれている注意表示や広告規制、販売業の登録制、許可制などをすべて見直すことが求められる。

（3）医療崩壊を救うタバコ増税

タバコ税を大幅に増税すれば、どのような効果が得られるだろうか。厚労省の研究班が2008年行った試算では、1箱300円を1000円にすれば、その後の9年間で、値上げをしなかったケースと比べ、合計で9兆円以上の税収増が見込めるとした³⁾。

タバコ増税は、税収増だけでなく、消費の減少で喫煙率が下がり、国民医療費を減らせる。WHOは先進国でのタバコによるがんの超過死亡を約4割と推計、喫煙率が半分になると、がんによる死亡は2割減る。これはがんを看取る医師が25%増えたと同じ効果が生まれるという⁴⁾。タバコ対策を推進すれば、疲弊する医療現場を救うことに直結する。増収分は、葉タバコ生産者や販売業者の支援のほか、がんをはじめとする生活習慣病の対策や医療・社会保障制度に充当すればいい。日本のタバコの価格は諸外国と比較してもかなり安い。そもそも依存性が高く、病気の原因となるものを、国の公認で売り、ニコチン依存症を増やしているのが現状だ。

タバコ税は、今年10月1日から1本当たり3.5円引き上げられる。タバコの消費が減少

し健康増進の点から評価される一方で、生産者や販売事業者には「税収不足の安易な穴埋めだ」「タバコ業界ばかりにしわ寄せがくる」との不満が強い。

(4) 生産者への支援

このため、改革を進める上で、最大の課題は、葉タバコ農家への支援策だ。特に熊本県は、タバコ栽培面積、販売額、生産量がいずれも日本一（2009年産）を記録している。だが、厚労省の調査では、日本人の喫煙率は1998年の27.6%から2008年には21.8%と減少傾向が続く。2008年度の国内タバコ販売量は2458億本で、ピークの96年度に比べ約30%減った。タバコ販売の減少に伴い、葉タバコの栽培面積は09年までの9年間に全国で34%、県内でも19%減っている。08年の県内の葉タバコ生産量は4530トン、販売代金は87億4200万円とともに全国1位。ただ、生産農家数はここ9年間で31%減り約1000戸になった。販売本数も生産者も年々減少する中、国家財政を長年支えてきた生産者への配慮は欠かせない。

ただ、国内では、多くの農作物が自由化され、生産者らは世界を相手に競争している。日本人の主食コメも、1995年に食糧管理制度が廃止され、自由な販売や流通ができるようになった。こうした中で、国産葉タバコだけが市場の競争にさらされず、全量買入契約制の下で、所得を保障され、完全に保護されている。これで他の農家とバランスはとれるのだろうか。民主党はマニフェストで、農家全体への所得補償政策を打ち出している。2010年度から先行的にコメ農家が対象とされるが、葉タバコも将来的に通常の農作物と同様に補償することになったら、どうなるだろう。もともと喫煙者がタバコ代金として負担してきたコストに、吸わない人の税金を充てることになりはしないか。

タバコ対策を大胆に進める財源を確保するため、神奈川県松沢成文知事は、政府（財務大臣）が保有するJTの株式500万株（50.01%、2009年末現在）の売却を提案する。時価総額で1兆3000億～1兆5000億円に上るといふ。売却益は、葉タバコ農家や販売事業者の転作・転業支援のほか、禁煙指導・禁煙支援など、タバコ対策を総合的に進めるための財源に活用するというアイデアだ⁵⁾。

(5) 環境法上の位置づけ

なお、環境政策の観点からも、タバコの位置づけを見直すべきだ。分煙のためやむを得ず喫煙室を設置する場合の「分煙効果判定基準」では、ビル衛生管理法の屋内粉じん濃度に関する基準が適用される。しかし、これは粒子の大きさに着目した基準であり、タバコの煙に含まれる発がん性のある多数の微小粒子状物質やガス状の有害物質はカバーできない。自動車の排ガスには厳しい規制が設けられているが、タバコの煙に排出規制はない。タバコの煙が有害物質であることを踏まえ、健康保護の観点から、各種の関連法に位置付けるべきだろう。

3. 熊本県の現状と対策

(1) 成人の喫煙率、学校敷地内禁煙率

ここから、熊本県の現状と対策を見てみよう。国立がんセンターがん対策情報センターが2010年3月26日公表した都道府県別の成人の喫煙率(2007年)は、熊本は23.6%で、全国で36番目と下位だが、男性は40.2%と16番目に高く、女性は9.5%だった(38位)。全国平均が全体25.6%、男性39.7%、女性12.7%⁶⁾。

ショッキングなのは、学校敷地内の禁煙化率だ。県内の公立小中高校で、敷地内禁煙を実施している学校の割合は18.4%と、全国平均(61.6%)の3分の1にも満たず、47都道府県で最低だった。校内での教師らの喫煙は、受動喫煙による健康被害や子どもの喫煙を助長する可能性が高く、早急な対策が求められる。学校別では小学校19.4%(全国59.6%)、中学校19.2%(同56.3%)、高校は9.7%(同86.1%)。国立成育医療センター(東京)の原田正平医師は「周囲に喫煙者がいると子どもが喫煙をする大きな誘因となる。学校の敷地内禁煙は学校任せでは遅れる傾向にあり、教育長らの指導力が問われる。吸わない子どもたちを一人でも多く育てたい」としている⁷⁾。

この実態を受け、くまもと禁煙推進フォーラムが2009年11月、熊本県内の首長・教育長にアンケートを実施している。

(2) 禁煙治療の医療機関

熊本県内で、禁煙治療に保険が適用される医療機関は2010年1月13日現在、107施設ある(日本禁煙学会4月7日現在まとめ)。この2年で倍増しているものの、全医療施設数に占める割合は、6.4%で、こちらも全国最低だった。保険適用の要件の1つである医療施設の敷地内禁煙が進んでいないためとみられる。日本禁煙学会の作田学理事長は「医療機関がまだ喫煙可能というのは、世界を見渡しても、日本と旧ソ連、アフリカの半数程度。実に恥ずかしい」と嘆いた。

禁煙治療への患者のアクセスを容易にするため、医療現場からは「敷地内禁煙という制限をなくし、すべての医療機関で保険診療ができるようにしてほしい」という要望もある⁸⁾。確かに、喫煙年数と1日の喫煙本数で算出するブリンクマン指数のように、若年の喫煙者にとって保険適用が難しい要件については、緩和すべきだ。

入院中の患者については、2008年4月から、入院前に外来で保険適用の禁煙治療を開始していれば、入院後の禁煙治療も保険適用になり、患者にとって望ましい状況となったが、サービスをしている医療者側への配慮に欠ける運用だ。入院中の禁煙指導は、禁煙できる環境を提供し、禁煙の動機づけや教育指導を行い、長期間にわたり徹底した管理をするため、外来での禁煙治療よりも労力を要するが、診療報酬が認められていない。医療者の努力に見合う診療報酬をつけ、保険適用で禁煙治療が受けられる場を増やしてほしい。

喫煙問題への対応は、自治体の首長や教育長、企業のトップらのリーダーシップが鍵を握るといい。そして教育者も医療者も手本を示す。そうでなければ、いくら服薬遵

守や「校則を守れ」と求めても患者や生徒の胸には響かない。喫煙歴のある人の場合は、自らの体験を語ることで親近感をもって禁煙治療に臨んでもらえるのではないかと。何より信頼関係の構築が前提となろう。2009年8月の衆議院議員総選挙で、タバコ問題は争点にはならなかったが、くまもと禁煙推進フォーラムは公示前に立候補予定者対象のアンケートを実施した。結果を公表し、喫煙問題の解決の重要性を社会に問いかけた⁹⁾。

(3) 熊本県の対策 目標値の明確化を

熊本県は、がん対策基本法の施行(2007年4月)に伴い、同年11月策定した県がん対策推進計画(2008~2012年度)をより充実させるため、今年1月、「熊本がん対策アクションプラン」を作成した。2006年と比べ、最終年度の目標値を、未成年者の喫煙率は中1男子(2006年=0.6%)、同女子(0.8%)、高3男子(12.1%)、同女子(3.0%)で、いずれも「0%」にする。成人は男性37.9%、女性10.6%を「減少」とした。公共の場での分煙の割合は64.8%(県、市町村の庁舎)から100%に引き上げる。

県が成人の目標値を「減少」とするにとどめ、数値を明確にしていないのは不十分だ。タバコ規制対策を推進し、その成果を評価するには、目標数値の設定や進捗状況を随時チェックするモニタリングが不可欠だ。例えば、「健康日本21」

がモデルとした米国の健康目標である「Healthy People 2010」では、2010年までに成人喫煙率(12%)、未成年者の月1回以上喫煙率(16%)、屋内喫煙禁止の職場(100%)など、詳細な数値目標を設定し、モニタリングしているという¹⁾。また、受動喫煙に安全なレベルというものはなく、「完全禁煙が必須」というコンセンサスが、禁煙治療、禁煙教育に携わる医療者や教育関係者らを中心に形成されつつある。こうした中、分煙のための設備にコストをかける必然性がどこまであるのだろうか。先述したように、厚労省が2010年2月、公共的な施設の建物内の全面禁煙実施を求める通知を出していることからみても、再考が求められる。

蒲島郁夫知事は2009年4月、「全国一がん発生率の低い県を目指したい」と明言している¹⁰⁾。その“公約”を具体化するため、タバコ対策をより一層重視し、喫煙率の削減目標値も明確にしてほしい。



図1. 熊本県の受動喫煙防止啓発ポスター

4. 子ども、女性を守る

(1) 社会的ニコチン依存

妊婦の喫煙は、妊娠合併症や心血管病のリスクを高め、妊産婦死亡の原因となる。胎児の先天異常や低出生体重児、SIDS（乳幼児突然死症候群）の頻度も高まる。喫煙する女性が、妊娠が判明した段階でタバコをやめても、既に胎児の器官形成が進んでいるため、妊娠の可能性のある女性は、胎児と母体の保護のため、喫煙しないよう求められている。

大阪府の民間病院が妊婦 955 人を調査したところ、妊娠が分かった時点で 23%が喫煙していた。妊婦の 99%は、タバコの健康被害を知っていたが、健康増進法が制定されていることを知っているのは 21%。タバコの害に対する認知の歪みを「加濃式社会的ニコチン依存度」(KTSND)で判定すると、全体の 70%、非喫煙者でも 61%が異常値を示し、タバコに寛容で、タバコの被害を容認している人が多いことが分かった¹¹⁾。また、英国の研究では、喫煙妊婦の 4 人に 1 人は喫煙歴を隠す傾向が見られた¹²⁾。「喫煙は健康に良くない」「カッコ悪い」という意識の表れだ。タバコをやめたいと思いながら、禁煙に踏み切れない喫煙女性への情報提供や禁煙治療への誘導、支援が大切だ。

(2) エコチル調査

子どもの病気と環境汚染の関連を、環境省が 2010 年度から 13 年間にわたって取り組む「子どもの健康と環境に関する全国調査（エコチル調査）」が注目される。南九州では、熊本大中心の研究チームが調査機関となる。天草と水俣・芦北、人吉・球磨などの家族に協力を求め、出産前～13 歳まで健康状態を調べる。熊本県内は 4000～5000 人になる見込みという。両親の血液や母乳なども採取、喫煙の有無もアンケートする。体内に蓄積したダイオキシン類やメチル水銀などの化学物質が生育や健康にどう影響するかを探る。分析候補物質には、体内でニコチンから作られるコチニン、タバコの煙に含まれるシアン化合物の代謝産物であるチオシアン酸塩（thiocyanate）も挙げられている。喫煙がもたらすリスクが今後さらに明らかにされ、健康に暮らせる社会環境づくりに生かすことが期待される。

5. 情報を読み解く、情報を伝える

(1) 見えるもの、見えないもの

禁煙推進においては、正しい情報を喫煙者にも非喫煙者にも伝え、誤解を解き、理解してもらうことが大切である。禁煙推進の担い手は、喫煙の有害性や禁煙の必要性、ノウハウといった知見を単純に伝えるだけでなく、だれもが情報を読み解く力をつけることができるよう分かりやすく丁寧にサポートすることも必要だ。EBM（evidence based medicine）は当然だが、難解な知見をそのまま伝えるだけでは受け入れてもらえない。EBM の実践者であるフォーラム会員にはここを求めたい。

また、メディアの情報を読み解くうえでは、記事や番組で報道される部分だけではなく、「書かれていない」「放映されていない」部分にも注意する必要がある。一例を挙げる。JT

は、WHOの外部組織である国際がん研究機関（IARC）が2004年にまとめた調査を挙げ、「受動喫煙が肺がんの原因になるリスクがあるという有意性は得られなかった。こうしたデータはあまり知られておらず、『害がある』という部分だけが強調されている」としている¹³⁾。この点について、くまもと禁煙推進フォーラムは、JTが引用している調査の原文にはJTが主張する根拠はないとして、2009年9月1日、IARCに対し、JTに抗議するよう要望した。

映像媒体が伝える表現には、喫煙の表面的な「格好良さ」を直接・間接（暗示的）に伝えるものが見られる。日本禁煙学会は映画に登場する喫煙シーンの必然性や、健康番組でのエビデンスの報道の仕方について、問題があると判断したケースに対して、随時、抗議し、訂正を求めている。有名芸能人の覚せい剤使用や若者の大麻栽培・使用など、違法薬物犯罪が昨今、相次いでいるが、タバコは「ゲートウエー・ドラッグ」（麻薬や覚せい剤使用のきっかけとなり得る入門薬物）と指摘されるだけに、誤ったメッセージを若者や子どもたちが受け止めないよう、注意深く見守らなければならない。

（2）情報の受け手

日本人は科学リテラシー（科学の基礎常識・教養）が低いといわれる。文部科学省の2004年度版「科学技術白書」によれば、18歳以上を対象にした「科学技術基礎概念の理解度」は世界13位と、調査対象の先進国・地域では低い水準にとどまっている。「日本人は科学に関心はあまり持っていないが、科学を大切にしているので、科学らしい装いに弱い。信じる前にまず批判的に調べる意識を持たなければ。そのために科学リテラシーが必要」と指摘されている¹⁴⁾。

「科学らしい装い」に弱い日本人に対して、マスコミが健康不安をあおるという指摘も受ける。「健康になれるのなら死んでもいい」といった健康至上主義、視聴率主義のメディアの姿勢が、テレビ番組「発掘！あるある大事典Ⅱ」（2007年1月）で起きたデータ捏造問題を生む一因となった面もあろう。しかし、喫煙の場合、その有害性は既に数多くのエビデンスが得られており、むしろ一般には過小評価される傾向もあるため、問題を強調しても、し過ぎることはない。ただ、喫煙の医学的リスクについては、現在でこそ浸透してきているが、健康被害が明確な根拠で知られ始めてからはまだ年月が浅く、喫煙歴が長い中高年の喫煙者などには、リスクを軽視したり、ストレス解消に役立つといった考え方も根強い。エビデンスをもとに、正しい知識を伝え、誤解を解き、健康に導く地道な啓発活動が求められる。

なお、禁煙の推進には、健康被害を訴える過激な表示が効果的とされる。例えば、「ドイツ世界保健機関たばこ規制センター」が、タバコの外箱の禁煙広告は、警告文に画像を組み合わせると効き目が高い、と報告している。タバコによるがんの病変部など、画像入りの広告を導入しているカナダやオーストラリアなどでの研究結果を分析し、画像入り広告は非喫煙者をタバコから遠ざけ、喫煙者を禁煙させる効果が高いと指摘。「画像は千の言葉

よりも雄弁だ」としている¹⁵⁾。確かにそうだが、例えば、子どもや若い女性らに対する禁煙教育では、こうした過激な画像に対する嫌悪感が、「嫌なものを見せられた」という禁煙活動そのものへの嫌悪感にすり替わらないように気を付けるべきであろう。各種の啓発活動にあたっては、対象者の年代や禁煙問題への関心度を踏まえておくことも求められる。子どもたちにとって、禁煙教育は、健康教育のみならず、金銭教育にもつながる。国の財政について、関心をもち、社会勉強ができるチャンスとなる。

6. おわりに

もはや、タバコ問題は「禁煙 vs 喫煙」といった対立軸でとらえる次元にはない。喫煙者のマナーや「吸い殻を捨てない」といった美化活動の観点のみでとらえると、物事の本質が見えにくくなる。見過ごせないのは、喫煙問題に無関心で寛容な非喫煙者が生み出す「社会的ニコチン依存」だ。「見て見ぬふり」は、結果として被害を増幅させる。

医療、教育関係者を中心に有志が結集し、禁煙の社会化を組織的に進める「くまもと禁煙推進フォーラム」の発足は、喫煙問題を社会に問う機会を増やし、報道の立場からも、大きな意義を持つ。熊本県民は、水俣病という人類史上、未曾有の惨事を経験してきた。公式発見から54年となる今も解決されていない。日本は唯一の被爆国であり、核兵器の根絶と恒久的な平和を世界に発信していく責務を負う。水俣病を経験した熊本県民の役割も同じといえ、人の健康を脅かすいかなるものにも寛容であってはならない。それが人為的、社会的に作り出されるものであればなおさらである。ただ、人為的なものであれば、人の意思で、なくすことができる。喫煙問題に関心を持つ人を増やすため、フォーラム会員には、正しい知識を世に説き、人々を救う役割が期待されている。

参考文献

- 1) 日本学術会議：提言「脱たばこ社会の実現に向けて」、2008年3月4日。
<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-t51-4.pdf>
- 2) 2006年度厚生労働省科学研究費補助金循環器疾患等生活習慣病対策総合事業「喫煙と禁煙の経済的影響」報告書。
- 3) 厚生労働省科研「各種禁煙対策の経済影響に関する研究」研究班：たばこ増税と税収の関係に関する経済研究結果について、2008年9月17日。
- 4) 磯村毅：リセット禁煙のすすめ(1) がん診療医を25%増やす方法、2009年8月29日。
<http://medg.jp/mt/2009/08/-vol-216-1.html>
- 5) 松沢成文：たばこ利権の打破が健康社会と財政再建につながる。中央公論、2010年2月号。
- 6) 国立がんセンターがん対策情報センター：喫煙率。
<http://ganjoho.jp/public/statistics/pub/statistics06.html>
- 7) 日本小児科連絡協議会「子どもをたばこの害から守る」合同委員会調査、2009。

- 8) 厚生労働省：ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査。
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/11/dl/s1110-5f.pdf>
- 9) 熊本日日新聞：政権選択 2009 衆院選・熊本 たばこ規制、どう考えますか？ 立候補予定者アンケート，2009 年 8 月 7 日。
- 10) 熊本日日新聞：がん対策を知事に要望，2009 年 4 月 24 日。
- 11) 鈴木史朗，笠松隆洋：妊婦における喫煙状況とたばこの害の認知状況との関連，日本禁煙学会雑誌，第 4 巻第 5 号，2009 年 11 月 5 日。
http://nosmoke.xsrv.jp/gakkaisi/200910/09_04_05_suzuki1102.pdf
- 12) Shipton D, Tappin DM, Vadiveloo T, et al: Reliability of self reported smoking status by pregnant women for estimating smoking prevalence: a retrospective, cross sectional study. BMJ 29:339:b4347, 2009.
http://www.bmj.com/cgi/content/full/339/oct29_1/b4347
- 13) 熊本日日新聞：公共の場での喫煙、どうあるべきか，2009 年 2 月 11 日。
- 14) 日本新聞協会：新聞研究，2007 年 8 月号。
- 15) 熊本日日新聞：画像は雄弁，2009 年 12 月 5 日。