

# 講演後の質疑応答

シン普森教授との質疑応答  
2002年10月11日 / 日本医師会館

Q 1 質問者 = 加藤義博(石川県医師会副会長)

イギリスをはじめとするヨーロッパにおけるタバコ問題に対する取り組みの輝かしい成功例を聞き、大変感銘を受けた。ただ、その一方で、アメリカや日本におけるタバコ問題に関する状況は、多少違うような感じがする。

たとえばアメリカの場合、約20年前頃から強力な反タバコキャンペーンが展開されているが、もっと歴史をさかのぼり、コロンブスの大陸発見の時代からタバコ問題が始まっているとしたら、アメリカにおけるタバコ問題は、500年もの歴史があることになる。その後、さまざまな紆余曲折があり、最近の真剣な取り組みにつながっているのかなと思う。

一方、わが国のタバコ問題に対する取り組みは、つい最近始まったばかりで、世界的にみれば多少立ち遅れ感があるかなと思っている。ただ、タバコ問題の先進国であるアメリカでも、喫煙の害をめぐって、さまざまな巨額な賠償問題が起きているようだ。そうした賠償問題が発生するたび、アメリカ国内ではタバコを規制はしても、日本や東南アジアなどの諸外国には、どんどんタバコを輸出する姿勢は変えていない。結果的に迷惑を受けるのは、タバコを売りつけられている当事国という構図ができあがっているように思う。

また、日本でもここ2～3年のデータからの試算では、タバコ関連疾患による死亡者数を減らしていけば、医療費が3兆円も削減されると言われている。これは現在の日本の医療費の10分の1に相当する。現在、日本では医療費が毎年、1兆円ずつ上がっていくという

ことで大騒ぎをしているところだが、その一方で、おそらく年間に2兆円以上のタバコ税の収入があるはずである。かりに、その2兆円もの税収がなくても、禁煙を推進することによって、タバコ関連疾患にともなう医療費を削減することができるため、医療費の増大化についても、そんなに目くじらを立てなくても済むのかなと思ったりもする。

ただ、残念ながら日本の場合、政治家と行政を含めて、タバコ問題に対する意識が低いような気がする。タバコが健康に悪いことは、誰でも知っているはずだが、いざ政治的な対応となると税金面などが絡んできて、なかなか進まないという現状がある。

アメリカでは、タバコ関連疾患で死亡する割合は日本より高く、約20%というデータもある。表面的にはタバコ対策が進んでいるように見えるが、実質的にはタバコ対策の効果が結果として表れていない。このように、タバコ問題には難しい要素が含まれている。

こうした状況のなかで、わが国が今後、タバコ問題に対して、政治と行政レベルの問題を含めて、どんな働きかけをしていくのが最も有効かについて、アドバイスをいただきたい。

A 1

最後の質問からお答えしたい。私はどれが一番望ましい政策かは、明言できないと思う。先程、私はタバコ対策として望ましいプログラム案をいくつか提示した。そのプログラムのどれかを実施し、どれかを実施しないというのでは、タバコ対策は成功しないはずである。つまり、それぞれのプログラムがすべて優れた政策ということである。

即効性のあるタバコ税の増税

ただ、最も短期的に効果として表れるのは、おそら

くタバコ税の増税である。もし、政府が毎年、増税していくとすると、タバコの価格は非常に高くなっていく。すると、タバコの消費は継続的に低下していくはずである。タバコ税の増税については、一度にドーンと増税して、その後は一定というのではなく、毎年、少しずつでも確実に増税されていかないと効果はない。これが大きなポイントである。

ただ、タバコ税のアップだけでは、政策としては不十分である。タバコ問題のほかの側面についても攻めていく必要がある。それは相乗効果を引き出すはずである。たとえば、喫煙が当然のように許される行動であるように考えられているとしたら、それは厚生労働大臣が対処すべき問題である。喫煙が当然の行為というイメージを変え、喫煙は健康に害を与えるという情報を提供するための措置をとる必要があるわけである。逆に国民に対して、タバコに関する正しい情報を提供すれば、政府には追い風になるはずである。

### 世論づくりも医師の大切な役割

しかし、政治家にとって票は大事であるから、「これは実行しても大丈夫」という確信がないと、なかなか政策化に向けて動いてはくれない。そこで重要になってくるのが世論である。この世論を形成するに当たって、医師は非常に重要な役割を担っている。つまり、包括的なタバコ規制に導くまでの世論づくりが、医師の果たすべき大切な役割だろうと思う。

確かに日本における政治的な側面は、ヨーロッパやアメリカとは違うと思う。しかし、はっきり言えることは、国による政治的状況の違いの差は小さく、どの国でも根幹を成す部分は、ほとんど同じだろうと思う。

イギリスにもPhillip MorrisやJ T(日本たばこ産業)とトップ3の座を占めている世界第2位のタバコ会社(British American Tobacco, B A T)があるが、この会社がタバコ規制に対してかけてくる政治的圧力には、ものすごいものがある。さらに、この会社が25年間にわたって行ってきた、いわゆる“カーテンの陰でのロビー活動”は、私にとって非常に不愉快なものであった。それだけに、この数か月の間に、議会で新たな立法化が実現することを期待しているわけである。

私たちが生きている間に過去を振り返って、次のように言いたいものである。「日本ではあの時、こんなふう思った。でも今では、もう大丈夫。立法化され、タバコは規制されるようになった」と。その時が、どの国にも訪れてほしい。

さて、最後に医療費削減の経済的な側面の話だが、これは一日にして実現できることではないが、そのためには完全禁煙に向けて喫煙率の下降傾向が表れてこなければならぬ。たとえば毎年、数パーセントずつ喫煙率が下がっていく状況が必要である。

そうすると政府は、その傾向を敏感に察知するが、喫煙率の低下がタバコ税の増税によるものであること、そして、タバコ税収入は減らないことがわかれば、財務省は不安視することはない。また、増税分を何に使うかを明確にすれば、納税者の反感も買わないし、財務省も心配することはない。こんなかたちで将来に向けて、前進することができると思う。

### Q2 質問者 = 加藤治文(東京医科大学教授)

私は日本医師会の禁煙推進委員会のメンバーになっている。私は子どもに対する喫煙防止教育も重要であると思っている。シンプソン先生は、ご講演のなかで子どもへの教育に関しては、お話しにならなかったが、イギリスでは、子どもに対する喫煙防止教育に関するプログラムはあるのだろうか。

### A2

私たちが、これからの世代の若者たちを非喫煙者とするために、おそらく今のご質問は、どの国の人々でも頭の中にあることだと思う。このなかに産婦人科の先生がいると思うが、タバコをくわえて生まれてくる赤ちゃんはいないわけで、人間は生まれてくる時は誰でも非喫煙者である。問題なのは、私たちがなぜ、後の世代の若者たちを非喫煙者にできないのかということである。

### 結果が出ていない子どもへの教育

率直に申し上げると、世界各国で子どもを対象とした喫煙防止教育が、いろいろなかたちで行われている

が、残念ながら、そのほとんどは失敗に終わっている。そして、場合によっては、何もしないよりも状況は悪化している。それはなぜなのだろうか？

タバコ業界自身も子どもを対象とした喫煙防止教育プログラムを行っている。子どもにはタバコを吸ってもらいたくないフリをしながら、このようなプログラムを提供しているわけである。タバコ業界は、タバコを吸うことは大人の行動であるという言い方をする。その表現は、思春期・青年期の若者たちには、とても魅力的に感じるのである。若者たちは、親や教師から「～するな」と言われると逆に、ちょっと反抗してやろうと思っているわけだから、「タバコは大人になるまで待って」という表現は、まさに意欲をかき立てられる誘いであり、無意識に若者たちはタバコを吸ってみたくなるのである。

### アメリカの喫煙防止教育プログラム

私は、子どもを対象とした喫煙防止教育を無視せよと言っているわけではない。もちろん、やってみることは必要である。

たとえば、アメリカにもいくつかの喫煙防止教育プログラムがある。特にカリフォルニア州とフロリダ州で開発されたプログラムでは、その広報戦略のために、かなり多くの予算がマスメディアに費やされた。このプログラムのポイントは、子どもたちに「きみたちは情容赦ない巨大なタバコ会社によって操作されているんだよ」ということを警告した点にある。

ちなみに、これは大きな矛盾だが、タバコ会社の社長はタバコを吸わないのに、子どもたちに吸わせて依存症に陥らせることによって、生涯の顧客にしようとしているわけである。

カリフォルニア州とフロリダ州のプログラムは、政治的に非常に難しいプログラムで、この両州では予算削減に遭っているが、これらが成功したプログラムであったということは重要である。

### ダブルスタンダードの解消策

他の州には、また別のプログラムがある。それは学校や学校周辺のコミュニティ、つまり親やPTA、警

察、子どもにタバコを売る可能性のあるショップなどを巻き込んだかたちの喫煙防止教育プログラムである。そこでは、教師が職員室でタバコを吸っているのに、子どもに対して「タバコを吸うな」と言ったりする、ダブルスタンダードが起こらないようにしている。

イギリスでも、ほとんどの学校の敷地内は禁煙になっているが、約20%の先生は喫煙者である。つまり、一方では子どもにタバコは健康に悪いと言いながら、約20%の先生はタバコを吸っている。これもダブルスタンダードである。そこで、敷地内を禁煙にすることによって、先生がタバコを吸っている姿を子どもに見せないことが大切なのである。

### 大人の禁煙教育を優先する

多くの国では、喫煙率が大幅に下がってきている。イギリスもそのひとつである。イギリスで喫煙率が下がった要因をみてみると、子どもたちが喫煙をしないからではなく、すでにタバコを吸っていた大人が禁煙をしたことが大きく影響している。この2つの要因は、相互に関連していると思う。つまり、大人がタバコを吸わない社会で育った子どもは、タバコを吸うことは大人のやることではないと考えるはずである。さらに、スポーツのヒーローや音楽のスターたちがタバコを吸わなければ、タバコを吸うことはカッコイイことではないから、子どもたちもタバコなんか吸わないようになるはずである。

日本では子どもに対する喫煙防止教育が優先的に考えられていると思うが、このようにイギリスやオーストラリアでは、むしろ大人に対する禁煙教育が優先的に行われている。タバコを吸わない大人を鏡として、タバコを吸わない子どもが育っていくと考えるからである。

ネガティブに聞こえてしまったら申し訳ないが、子どもに対する喫煙防止教育プログラムの領域については、いろいろな試みや研究が必要であることは言うまでもないことである。よい結果が出ていないからといって、研究をやめてしまう必要はないと思うが、しかし、残念ながら成功率は低いのが現状である。

**Q3** 質問者 = 佐藤 功 (香川医科大学助教授)

イギリスにおける医師会が主体的に行っている禁煙活動についてお聞きしたい。

イギリスでは、20～30年前に医師の喫煙率が下がったということだが、日本でもこの医師会館が禁煙になって、各県の医師会館の禁煙化につながってきている。しかし、禁煙のキャンペーンは打ち上げられるものの、具体的な禁煙化に向けた活動プログラムが末端まで徹底していないのが実情である。

たとえば、こうした会議の場の禁煙化は実現しているが、日本人はお酒好きというか、その後の懇親会のようなアルコールが入る席での禁煙は、かなり遅れているような気がする。

こうした問題を含めて、医師会や医師が主体となって禁煙活動を具体的に展開する必要があると思うが、イギリスで20～30年前に医師会レベルで取り組んだ際、医師会の建物の中は禁煙になったのだろうか。また、さまざまなパーティの席など、身近なところではどんな具体策が講じられたのかお聞きしたい。

**A3**

今、お話しされた日本の状況は、私が20年前にイギリスで経験したこととまったく同じである。20年前のイギリスでも、このような席上で誰かが、あなたが言われたようなことを話していた。ところで、建物内の禁煙化や会議の場の禁煙化という問題は、毎年、継続的に取り組み、改善していこうと努力することによって、将来的には公共の場であれ、バーであれ、お酒が飲める店ならどこでも、禁煙にすべきであるという決定が委員会レベルで、下される時が来るだろう。

継続的な取り組みが実を結ぶ

恥ずかしながら申し上げると、ロンドンの大学では公衆衛生と熱帯疾病医療という講座をもっているが、その大学のバーでも、つい最近まで喫煙が許されていた。その後、このバーを禁煙にするために、いろいろな努力をしたわけだが、その際、ごく少数の大学のスタッフたちの強烈な抵抗があった。その人たちの論理

は、「大学のスタッフばかりではなく、清掃員や調理などの食堂関係のスタッフもバーを利用するわけで、さらに若い事務職のスタッフたちには喫煙者が多いから、バーは禁煙にすべきではない」という内容だった。

禁煙を推進するうえで先頭に立つ大学でありながら、そのバーが禁煙ではないということは恥ずかしい話である。そこで学長が決断し、いろいろな人たちの意見を聞くために、さまざまな公聴会や委員会が開かれた。そして、その結果を踏まえ、バーを含めて、大学のすべての施設を禁煙にするという最終結論が出された。これはたった一夜にして実現したわけではない。

現段階で禁煙は不可能と思われる場所でも、継続的な努力をすれば、時間はかかるかもしれないが、いつかは禁煙が実現するということである。その道は正しいと信じて実行するしかない。たとえば、医師会の取り組みにしても、10年前と現在の状況を比べると、いろいろな努力が実を結んでいると思う。この10年間にこんなに前進したのだから、10年後には、さらにいろいろな目標が達成されるだろうと信じて取り組むしかないと思う。

**Q4**

質問者 = 斎藤麗子  
(日本禁煙推進医師歯科医師連盟幹事)

2つのことについてお聞きしたい。1つは先生の著書にもあったタバコ訴訟について、もう1つは医学生生の喫煙問題についてである。

日本でもタバコ訴訟がやっと始まったところで、4年ほど経ったところである。それは、肺がんや喉頭がんの患者が原告になっているものであるが、日本の場合、訴訟が決着を見るまでにはかなりの時間が必要で、10年～20年が一般的になっているが、その間に原告の肺がんの患者が亡くなったりしている。

イギリスの場合、こうした訴訟に医師会はどのように関与されていたかについてお聞きしたい。日本のタバコ訴訟では、被告である日本たばこ産業側の証人となる医師は、タバコには健康影響はないと証言している状況があり、この会場の常識と裁判所の中の常識が違うところがある。そんなことを含めて、タバコ訴訟に対する医師会の関わり方についてお聞きしたい。

2つめは、私もいくつか医学部の学生を対象とした

特別講義として、タバコに関する授業をしているが、日本の医学生の喫煙率は20～30%くらいになっている。イギリスの医学生の喫煙率はもっと低いだろうと思うが……。医学生の喫煙率を下げることが、将来の医師の喫煙率を下げることに繋がると思うが、医学生の喫煙率を下げるための具体策があれば、教えていただきたい。

## A4

## 訴訟システムの相違点

まず、訴訟についてであるが、日本はアメリカと社会システムが違い、訴訟の面ではあまりよい国とは言えないかもしれない。アメリカの場合、タバコ訴訟に関する手続きに必要な訴訟費用は、無料になっている。さらに、訴訟に負けたとしても、タバコ会社に多くの訴訟費用を支払わなくてもよいシステムになっている。

しかし、イギリスでは訴訟に負けた場合、原告がタバコ会社に巨額の訴訟費用を支払わなくてはならないシステムになっている。その意味でイギリスは賠償の面では、パイオニアとは言えない。とは言え、イギリスでもいくつかの訴訟のケースでは、国が訴訟費用を提供し、訴訟を継続して争えるように援助している。

## 原告を支援するよう呼びかける

私はイギリス医師会に代わって申し上げることはできないが、訴訟における医師会の役割は、会員に対して原告側を支援するよう呼びかけることだと思う。幸いなことにイギリスでは、医師がタバコ会社側に立って証言する人はいないと思う。かつてタバコ業界は訴訟のケースで、他国の科学者と呼ばれている人々をサポートにつけていた。つまり、裁判所内というよりマスメディアに向けて証言をさせていたわけである。こうした科学者の証言は、もうイギリス国内では行われていないが、他の国では、まだ行われていると思う。

タバコ訴訟はさまざまなメリットをもたらしてくれる。特にアメリカの訴訟では、タバコ業界からさまざまな文書が提出され、それが公開されたことは大きなメリットである。たとえば、アメリカのミネソタ州が

タバコ業界を訴えた訴訟では、タバコ業界から2700万点もの文書が提出され、そのなかの500万点もの文書がロンドンでも見られるようになり、多くの研究者は時間をかけてこれらの文書を読みこみ、非常に興味深い事実を洗い出している。

## 医学生の喫煙率を下げる魔法はない

2つめの質問であるが、医学生の喫煙率を下げる魔法のような得策はないと思う。イギリスの場合、医師の喫煙率は2.4%程度である。つまり、医学生は研修の際にタバコを吸わない医師と接しているため、公共の場や同僚の前でタバコを吸わないことは、ごく当たり前のことになっている。

イギリスでは、医学生の喫煙率に関するデータも、医師の喫煙率に関する正確なデータもない。なぜなら、喫煙率がどんどん下がっているため、研究者は研究資金を得て、喫煙率の調査をすることさえできない状況にあるからである。満足のいく回答になっていないかもしれないが、私としては、この程度しか申し上げられない。

## Q5 質問者 = 小西明美 (小張総合病院部長)

私は千葉県で女性専門外来のサポートをしている。先程のご講演のなかで、女性の健康教育が置き去りにされてきたことが、女性の喫煙の増加につながったことが指摘されたが、現在、イギリスにおいて女性に対する健康教育は、どのように行われているかを知りたい。さらに、そのなかで女性の医師が果たすべき役割についてお聞きしたい。

最後に、女性の場合、どうしても受動喫煙が問題になるが、家庭のなかの受動喫煙への対処は難しいものがあると思う。また、小さな事業所内での受動喫煙でも、女性は被害者になりやすい。こうした問題に対するアプローチは、どのように行えばよいのだろうか。

## A5

## 医師会のすべて活動に女性の参加を

アメリカでもヨーロッパ諸国でも同じことだと思う

が、女性が公衆衛生の対象外とされてきた経緯がある。つまり、男性主導型で男性のことばかり考えるだけで、女性は無視されてきた過去の経緯がある。

その経緯を踏まえて勧告したいことは、たとえば日本医師会のなかの禁煙推進委員会も同じだが、すべての医師会の活動に必ず女性メンバーが参加するかたちにするのである。女性の視点は、多くのメリットにつながるはずである。同じように、ある施設を禁煙にしたい場合、その推進を担う委員会には、必ず喫煙者を入れることが望ましい。つまり、施設の禁煙化には喫煙者の視点を反映させたほうが、スムーズに事が運びやすい面がある。

再度、女性の視点の重要性に戻ると、かつてヨーロッパで犯した轍を踏まないようにしてほしい。ぜひ、女性の視点を提供してもらえるように、積極的に女性を参画させるべきである。

### イギリスでのヘルスビジターの役割

次に家庭内の受動喫煙については、日本のヘルスケアシステムについて、私はあまり詳しくないので、イギリスの例をあげて話したい。

イギリスの場合、ヘルスビジターと呼ばれる公衆衛生専門に従事するナースがいて、特別な疾病があった場合や出産直後の保健指導のために、家庭訪問することになっている。そして、彼女たちは家庭内の受動喫煙の防止にも大きな役割を果たしている。たとえば、赤ちゃんが生まれたばかりの家庭で、ご主人が喫煙者の場合、「家庭内での喫煙はやめなさい」というメッセージを伝えるわけである。

日本には日本独特の文化があるので、今のイギリスの例をそのまま適用することはできないと思う。ただ、女医である場合は、他の医師や保健医療従事者と協力することによって、家庭内や小規模事業所内での受動喫煙の害にさらされている女性を救う手立ては、女性の視点を生かして考えることはできると思う。

### Q6

質問者 = 岩田征良（京都府医師会理事）

私も京都医師会館も会員からの要望にもとづき、今年からようやく禁煙になったところだが、医師会の

立場で、行政とのつき合い方についてお聞きしたい。

行政でも禁煙推進委員会というものを設置しているため、医師会としても代表を同委員会に参加させている。ところが、そこには必ず日本たばこ産業の関係者も同席する。彼らは企業の死活問題という理由で、禁煙推進運動をかなりねじ曲げたりすることが多い。

このような場合、我われ医師会としては、頭から日本たばこ産業の関係者を参加させない方向で活動したほうがよいのか、それとも議論する方向で対応していくのが望ましいのか、アドバイスをいただきたい。

### A6

### 独立した団体がメディアで告発しよう

今のタバコ業界の関係者が禁煙推進委員会のメンバーになっている問題だが、私個人としては、タバコ業界の人たちが健康に関する政策策定に係る委員会活動に、どんなかたちであれ、影響を与えることはよいことではないと思う。それは、イタリアのマフィアがヘロインなどの違法な麻薬を規制する政策に影響を与えるようなものである。

日本政府は、日本たばこ産業の保有株式を売却する意向があると聞いている。それが現実のものになれば、皆さんにとって有利な条件になるだろう。なぜなら、各省庁間の利害関係が解消されるからである。そうなれば、日本たばこ産業の関係者を委員会のメンバーにすることは不適切であるとして、委員会から排除することができるだろう。

たとえば、この会議がタバコに関するのではなく、自動車による交通事故に関するものであったとしよう。そのなかで誰かが、「私たちは交通事故による死亡者や負傷者を減らしたい。でも、トヨタや三菱の社員が反対している」と言った場合、現実的にそのように反対することが可能だろうか。

確かに交通事故で自動車が壊れてしまった場合、トヨタや三菱の工場では、それに代わる自動車を新たに生産し、販売することができるわけである。しかし、だからといってトヨタや三菱の社員のなかに、交通事故はこのまま放置した状態でよいと言う人はいないだ

ろう。

さらに、医師会ではなく、タバコ規制の中枢を担う独立した団体が立ち上がり、メディアを通じて、こうした問題を指摘したらどうだろうか。完全に独立した団体が主張すれば、一般の人々に受け入れられやすいのではないだろうか。

このように、タバコ会社が健康に関する政策の策定を阻止しようとすることは、バカげた話なのである。

**Q7** 質問者 = 内田健夫(神奈川県医師会理事)

以前、アメリカでは就職時の選考に際して、同じような能力や成績である場合、喫煙者や肥満者を不合格にするという話を聞いたことがある。確かに喫煙者を雇用することは、企業にとって大きなリスクになる。タバコが原因で病気になった場合の治療費、病欠期間の本人と家族への生活費の支給、ドロップアウトした場合の補充スタッフの人件費など.....。

もちろん受動喫煙の問題もあるし、労働時間内に喫煙するたびに仕事が中断することによる損失も大きいと思う。こうした喫煙による就職の差別が実際に行われているのかどうか。また、こうしたケースをご存じかどうか。

2つめは、喫煙習慣の有無が雇用契約条項のなかに入っている場合、たとえば労働時間内にタバコを吸った場合、解雇するとか、減給にするとか、保険料をアップするとか、こうしたペナルティが実際に行われているのか。

3つめは、実際にこうした就職差別を行った場合、人権問題になるのかどうかについて、教えていただきたい。もし、これが問題のないことであるとしたら、企業内における禁煙化の推進と非喫煙者の採用に大きな弾みになるような気がするのだが.....。

**A7**

大変おもしろい点を指摘してくれたと思う。私も実例として、企業が非喫煙者を採用したがつている話を聞いたことがある。企業にとっては当然の話で、非喫煙者は喫煙者よりコストはかからないし、タバコを吸いに行く時間も必要なく、仕事をする時間も長い、

そして病気にもなりにくいからである。

アメリカの雇用契約のなかに、具体的にどのように盛り込まれているかはわからないが、イギリスの場合では、雇用契約に喫煙に関する条項が盛り込まれているケースは、ほとんどないと思う。ただ、雇用以前に雇用者が「わが社が必要としているのは非喫煙者である」ということを伝えることは、法的に許されている。

**非喫煙者に対するインセンティブ**

次に、非喫煙者のみの採用が就職差別として人権問題になるのかという点であるが、膚の色や宗教などによって差別されることは当然、人権問題になる。しかし、喫煙習慣の有無については、人権問題の対象にはなっていない。つまり、タバコを吸うか吸わないかは、人権を守るうえでの基準になっていないということである。

この問題を逆の視点でみてみると、非喫煙者に何かしらのインセンティブを与えると、喫煙者もそのインセンティブがほしいがために、タバコをやめることもあるのではないかと思う。日本には、そのようなシステムを導入している企業もあると聞いている。こうしたインセンティブを導入するやり方なら、喫煙者が差別されたとは思わないだろう。それより「私も非喫煙者になりたい。そうすれば、インセンティブでボーナスがもう少し多くなるし.....」などと思ってもらえるのではないだろうか。このように微妙なプレッシャーを上手にブレンドしていくやり方が望ましいと思う。

**Q8** 質問者 = 大井田隆(日本大学医学部教授)

世界のなかで医師の喫煙率が低い国は、イギリス、アメリカ、ニュージーランドなど、アングロサクソン系の国に多い気がする。一方、私が調べたかぎりでは、フランスやイタリアなどラテン系の国々の医師の喫煙率は、日本と同程度になっている。こうした喫煙率の高いラテン系の国々では、医師会レベルでどんなタバコ対策を講じているのかを教えていただきたい。

**A8**

あなたが指摘されたように、ラテン系の国の医師

の喫煙率は比較的高くなっている。それは、禁煙キャンペーンを始めたのが遅かったからだと思う。つまり、スペイン、イタリアなどのラテン諸国は、禁煙キャンペーンに着手するのが遅かったためだと考えられる。

### 科学的なエビデンスと喫煙率の低下

その理由として考えられるのは、早期の喫煙による害に関する科学的なエビデンスは、主にイギリスとアメリカによって発表されたものである。つまり、アングロサクソン系の国、英語を話す国ということである。当時は、喫煙の害に関するエビデンスを広めるために翻訳もされなかったし、国際的なメディアもなく、国際レベルの研究報告もなかった時代である。そのため、さまざまな難問をクリアーして、最初に科学的なエビデンスを突きとめた国が最初に禁煙キャンペーンの行動に立ち上がり、その後、その他の国々に波及していったと考えられる。

ラテン諸国を含めたさまざまな国で、医師会や保健団体がタバコと健康に関するメッセージを出している。そこで抱えている問題や実現しようとしている政策は、どこの国でも同じである。ただ、それぞれの国における段階が違うだけの問題である。

### 国民主導型のアメリカのタバコ規制

もう少しつけ加えさせてほしい。アメリカにおけるタバコ規制が成功したのは、中央の連邦政府が音頭を取ったからではない。アメリカには二重基準というか、二枚舌という特徴がある。つまり、アメリカの中央政府は現時点で、必死にWHOのタバコ規制枠組み条約を無効化しようとしている。

しかし、個々の州は正しいことを実践している。個々の州の人々は、多くの公共の場所における禁煙化を実現した。だから、アメリカにおけるタバコ規制のイニシアティブは、中央の連邦政府でもなく、医師会でもなく、国民が握っているのである。具体的には、特定の健康関係団体が人々の要求をまとめて提出したのであり、アメリカ国民の圧力が健康関連団体を動かして実現したのである。

ご存じのように、アメリカ人は自分が何を求めている

るかを、非常にはっきり言う。ところがイギリス人は、アメリカ人よりもう少しお行儀がよい。だから、アメリカと比べるとイギリスには、完全禁煙になっている公共の場所は多くないのである。

日本は世界で一番お行儀のよい国だと思っている。でも、これは必ずしもよいことではない。つまり、非喫煙者のお行儀がよすぎて、自分たちが受けている迷惑について口にはしない。タバコの煙から解放されたことを公言しない。これがアメリカの非喫煙者なら、ワンワン言っているはずである。ただ、逆に言えば、日本の喫煙者もお行儀のよさを発揮し、タバコを吸う態度を変えていただきたいと思う。

## シンプソン教授との質疑応答 2002年10月10日 / 大阪医師会館

### Q 1

日本の医師会員の多くは学校医でもある。働く人々を対象とした産業医という立場の医師会員もいるが、イギリスでは学校と医師がどのように協力して、子どもの喫煙防止教育を実施しているのか。また、産業医としては、禁煙に向けてどのような活動を行っているのか。

### A 1

イギリスでは、25年前からスクールドクター（学校医）が11～12歳の中学校入学直前の子どもたちを対象に喫煙防止教育を実施してきたが、あまり効果はなかった。その理由のひとつとして、喫煙防止教育の評価について、科学的な調査が行われていないことがあげられる。

ただ大切なことは、喫煙防止教育を継続することであり、ヨーロッパ諸国では効果は出していないが、日本の場合は文化の違いもあるため、学校医の先生方がリーダーシップをとって喫煙防止教育を実施すれば、成功する可能性はあると思う。子どもたちに対して、医者立場で喫煙に100%反対していることを伝えるこ

とは、とても大切ことだと思う。

一方、産業医の活動については、イギリスでもアメリカでも、公共の場所を禁煙にしようとする動きは、産業医や公衆衛生を担う保健師の活動によるところが大きい。公共の場所とは誰かの職場であるわけで、たとえばレストランはウェイトレスの職場であるように、そこで禁煙を進めることは、産業保健の立場からも非常に重要なことである。

## Q2

日本の若年層の喫煙が増加しているのは、タバコ自販機があるためと考えられる。欧米の先進国には未成年が自由に購入できるタバコ自販機は存在しないと思うが、このことについてどう思われるか。また、どのようにすればタバコ自販機をなくすることができるのだろうか。

## A2

イギリスのタバコ自販機は、大人が利用するバーなどには設置されている。タバコ規制政策のひとつとして、タバコ自販機の撤去がいかにか有効かを判断する基準は、それに対してタバコ会社がいかにか反対するかをみればわかると思う。

青森県の深浦町という人口1万人弱の小さな町で、屋外のタバコ自販機を撤去する条例が施行されたが、ぜひ、同町の町長さんを招いて、政治家としてタバコ対策にどんな対応をしたらいいのか、どんな問題を政治的に解決したらいいのかについて、レクチャーを受け、学ぶことも大切である。

もうひとつは、ドイツも日本と同じようにタバコ自販機が多い国である。ドイツでは、タバコ会社がIDカードで識別する自販機を製造し、未成年者が購入できないようにしている。このシステムでは、タバコは大人の嗜好品であるというイメージを自販機そのものが強調することになるため、ドイツのタバコ会社は非常に気に入っているということである。

ただし、これにも抜け道があり、成人に達した兄妹からIDカードを借りて、未成年者がタバコを購入することもあるということである。ちなみに日本でも、

千葉県の八千代市でIDカード識別によるタバコ自販機を試行的に導入しており、それを広めようという動きがある。

## シンプソン教授との質疑応答 2002年10月13日 / 京都私学会館

## Q1

イギリスでの経験を含めて、日本の医師にタバコ問題へのアプローチのしかたについてアドバイスをしてほしい。

## A1

医師の喫煙率の高い日本では、まず喫煙している医師に禁煙していただくことが、患者にも大きな好影響を与えることになるだろう。

タバコを吸う医師は、タバコを吸う習慣を逆にアドバンテージと考えて、患者にタバコの依存性の強さを訴えていくことが可能であると思う。医師である自分自身が、これだけタバコをやめたいと思っているにもかかわらず、なかなかやめられないことを率直に患者に訴えることによって、患者は「タバコには、お医者さんでもやめるにやめられない、強い依存性があるんだ」ということを認識することができるようになると思う。

そのことを政治家をはじめ、さまざまな分野の人々に医師の立場で伝えることが可能だろうと思う。いろいろな創造性を駆使して、タバココントロールを推進していくことが大切である。

## Q2

医師の喫煙問題に関することだが、現在、厚生労働省から医師になる人の欠格事項について意見を求められていて、私は「タバコを吸う人は医師になれない」ことを欠格事項に入れてほしいと意見を提出した。

麻薬や覚醒剤だけではなく、ニコチン依存症もかなり深刻な問題であり、医師が病院内の禁煙化に反対し

たり、患者にタバコをやめなくてもいいよと指導したという問題が表面化してきている。

さらに、タバコを吸っている医師よりもっと悪質なのが、タバコ会社から資金援助を受けて研究したり、コメンテーターとして意見を述べたりする医師が、日本には多くいるということである。そういう医師が実際、変に強い発言権をもっていたりする状況がある。

先日、タバコ規制枠組み条約について、財務制度審議会の「たばこ事業部」から中間答申が出された。それによると、明らかに「ライト」と「マイルド」について商標を認める方向が打ち出され、タバコの消費を削減しない方向で、タバコ規制の足を引っ張ろうという意図が明らかになっている。その座長を務めているのは循環器専門の医師であるが、日本循環器学会の禁煙宣言とまったく反対の方向性が打ち出され、恥ずかしい思いをしている。こうした動きに対して、どう取り組んでいったらいいの。

## A2

今の質問は、私にとってちょっと信じがたい問題である。そうした常識を逸脱した日本の現状を日本だけではなく、国外の人々にも広く知ってもらうことが重要だと思う。

たとえば、グローバルリンクという団体のホームページにアクセスして、日本ではタバコ会社から研究費を提供してもらっている医師がいることを知らせ、この状況を変えるにはどうしたらいいだろうか？と書き込みをすれば、24時間以内に多くの返信が返ってくると思う。

私は「タバココントロール」という季刊雑誌の編集委員をしているが、その状況について小誌に投稿してくれれば、「信じられない」とか世界各国から、さまざまな支援メッセージなどの反応があるはずで、それが抑止力につながるかもしれない。そのためにも、まず多くの人々に状況を知ってもらうことから始めるのがベストだと思う。

## Q3

イギリスでは、医師の喫煙と健康に関する調査を実

施することによって、医師の喫煙率が5%に下がったということだが、そうした調査だけで簡単に医師の喫煙率は下がるものなのだろうか。ほかにインパクトのある要因でもあったのではないだろうか。

## A3

確かに40年前、イギリスの2人の医師が医師の喫煙と健康に関する調査を行ったことが、それだけではないにしても、大きな好影響を与えていると思う。

人の常として、有効なデータやエビデンスがあれば、それ以上の研究は必要ないと思いがちである。しかし、イギリスの医師の喫煙率に関するデータが日本に及ぼす影響よりも、日本においては日本の医師の喫煙率やタバコが日本の喫煙者の健康に与える害に関するデータやエビデンスのほうが、より大きなインパクトを与えるはずである。つまり、イギリスの医師がどれだけタバコを吸っているかというデータよりも、日本という地域に根ざした研究データやエビデンスの蓄積こそが、より有効だと思う。

イギリスでは、医師ではなくヘルスエコノミスト（健康経済学者）の協力を得て、タバコの価格と消費と税金の相互関連性について、調査分析を行ったことがある。その調査結果を政治家に提供して、タバコの価格が上がり、タバコ消費が低下しても、税収は下がらないことを認識させた。そして、私たちの目標であるタバコ消費の削減と財務省の目標である税収の継続的な増加、つまり両者の目標が同時に達成できることが可能となった。やはり、政府の理解を得ることも重要であると思う。

## Q4

イギリスには病院や学校など、公共の場所でタバコを吸ってはいけないという法律や制度はあるのだろうか。

## A4

第1にイギリスでは、公共の場所での禁煙を明文化した法律はないと思う。イギリスの文部省、厚生省、病院や学校では、タバコを吸うことは勧めないと言っているが、私の知る限りでは、国として法律で禁煙

を明確にしたものはない。

第2にイギリスは、タバコ規制に関する立法化という分野については、リーダーとは言いがたいものがあり、おそらくこの分野ではアメリカが一番進んでいる国だと思う。禁煙に対する国民の要求度を数値化した場合、アメリカ人は一番数値が最大で、反対に日本人は控えめだから、数値的にはかなり小さくなるのではないかと思う。外国から日本を訪れた私たちにすれば、日本人の丁寧で親切で穏やかな気質にとっても好感がもてるが、禁煙に対する要求に関しては、アメリカ人のように強気に要求を通すんだという姿勢が必要であると思う。

先程、イギリスには公共の場所で喫煙を禁止する法律がないと言ったが、アスベストの量の規制に関する法律はある。研究結果からも明らかになっているように、タバコを吸わない人が受動喫煙によって肺がんになる確率は、アスベストを吸って肺がんになる確率よりも1000倍高い。このことから、アスベストに関する法律があるなら、受動喫煙に関する法律があってもいいのではないかと考えて、イギリスの労働組合とパートナーシップを結び、法律が整備されるように活動することになっている。

## Q5

私が勤めているのは総合病院で、精神科とホスピスもある。今後、一般病棟の禁煙は簡単に実現するだろうと思っているが、とりあえず現在は分煙化になっていて、いずれ完全禁煙化にする予定である。

問題は精神科とホスピスについてどうするかということで、それぞれの担当医師と議論を重ねているが、精神科の医師の場合、医師自身の喫煙率もかなり高いこともあり、患者の禁煙を勧めることに同意を得られないでいる。結局、精神科は分煙化のままで進めようという動きになりつつある。

ホスピスに関しては、現状としては分煙化になっているが、外から来る人も患者も、一定の場所で喫煙できるようにになっている。そのため、ホスピスの患者のほうに煙が流れていくというので、改善すべきではないという意見も出されている。ただ、ホスピスという特別

な状況もあり、病院内での飲食は認められており、タバコもOKではという考え方もある。さらに、ホスピスは個室で病室のすぐ外は庭になっていることもあり、外から来る人の喫煙は禁止だが、個室の中に限り、患者がタバコを吸ってもよいのではという方向で進みつつある。

イギリスにもホスピスは多く、インターネットでイギリスのホスピスの状況を調べてみたところ、やはり患者には喫煙を許可し、外から訪問してくる人は禁煙という施設が多いようである。

残念ながら精神科については、あまり情報がないが、病院によっては分煙、あるいは患者を一定の時間帯だけ外に連れ出し、外でタバコを吸ってもらい、夜間は全面禁煙という病院もある。どのように病院内の禁煙を進めていったらいいのかが悩んでいる。アドバイスをお願いしたい。

## A5

20年前、私はイギリスで同僚とまったく同じ話をしていたことを思い出す。この問題について、簡単で即効性のある対処法はないと思う。少しずつ皆さんの認識が変わってくれば、改まっていく問題であると思う。

ホスピスに関しては、末期的な状況にある患者が対象となるわけだが、私たちのケースでは、タバコを吸わないホスピスの患者もいることを病院のスタッフ全員の共通認識にしようということを提案したところ、少しずつ理解が得られるようになり、問題を乗り越えることができた。

精神科については、イギリスやそのほかの多くの国でも同じだが、精神科の医師にはいろいろな決め事をする場合、一番最後まで抵抗する人が多く、患者に対する処方の際にも、患者が医師の言うことを聞き入れてくれたごほうびに、タバコを1本あげる医師もいたり、難しい問題がたくさんあった。

病院で禁煙化などを推進する場合の進め方の問題で大切なことは、医師だけではなく、看護師や臨床検査技師、事務職、栄養士など、コメディカルスタッフを含めたすべてのスタッフの合意が必要になるということである。そこで初めて進歩が認められるということ

である。

シンプソン教授との質疑応答  
2002年10月14日 / 兵庫県医師会館

Q1

日本の医師の喫煙率は27%であるのに対して、世界の多くの先進国の医師の喫煙率は10%以下ということだが、日本の医師の喫煙率はなぜ高いのだろうか。

A1

私は日本の医師の喫煙問題に関する専門家ではないので、あまり明確なことは言えないが、おそらくいくつかの理由が考えられると思う。

1つは、欧米の医師の間では禁煙が常識となっていることを、まだ日本の医師のなかには知らない人がいるのではないだろうか。

2つには、医師の禁煙について、厚生労働大臣の強い指導がないこと。

3つには、大学の医学部で禁煙に関する適切な教育が行われていないこと。

そして最後に、財務省が日本たばこ産業の大株主になっていることが、大きなマイナス要因になっている。

以上4点について述べたが、これはあくまで外部のオブザーバーとしての推測であるため、ぜひ、皆さん自身で本当の要因を追求してほしい。

Q2

今後、イギリスのタバコ会社は、どの方向に進もうとしているのだろうか。輸出に重点を置こうとしているのか、それとも他の業種への転換を考えているのか。

A2

1970年代にフィリップ・モーリスというタバコ会社が、チーズなどで知られているクラフトという食品会社への転換を図ったことがあったが、結局、うまくいかなかった。そのため、タバコの市場を広げるため、

販路を中国や日本も含めた世界に求めざるを得なかったわけである。特に日本は裕福な国であるため、日本の女性は大きなターゲットになっているはずである。

現在、イギリスのタバコ産業に就職する人たちは、自分の良心を殺してまで入社する人たちであり、非常に危険な人たちではないかと思う。自分たちはタバコを吸わないで、喫煙する人たちを殺す商品を平気で製造している非情な人たちと言える。

今、日本の女性がイギリスのタバコ会社のターゲットにされ、被害者になっているという指摘があった。その一方で、日本たばこ産業は、アメリカのRJRナビスコホールディングス社の海外たばこ事業部門を買収し、中国や東欧を中心とした発展途上国に対して市場を拡大しようとしている。つまり、日本はタバコ問題に関して、被害者だけではなく、加害者になっている事実についても知っておいてほしいと思う。

大島明先生（大阪府立成人病センター調査部長）のコメント

大島先生の意見に私も同感である。日本たばこ産業は、フィリップ・モーリスやBAT（ブリティッシュ・アメリカン・タバコ）と同じか、もしくはそれ以上の過激なポリシーをもっているような気がする。

私は編集委員を務める「タバココントロール」のなかで、「ニュースアナリシス」というコラムを担当していて、そこで世界のタバコ産業の動向などについてレポートをしている。アメリカ映画で「インサイダー」というタバコ産業の内幕を暴露した映画があったから、フィリップ・モーリスやBATは、「映画で暴かれたことについては、本当に申し訳ない。あれは過去の人々がやったことであり、現在の私たちは大きく変わった。これからは子どもをターゲットにするのではなく、大人だけをターゲットにする」とコメントした。しかし、それはフリだけで、実態は何も変わっていないことにだまされてはいけぬ。特に発展途上国で犠牲者が増える可能性があるため、注意が必要である。

## Q 3

タバコの価格、広告などを包括的に規制する「たばこ規制枠組み条約」に関して、WHOにもっと規制を強化するように要求したいが、我われ日本の医療関係者は、WHOにどう働きかければいいのか。

## A 3

「たばこ規制枠組み条約」は、ちょうど今日(2002年10月14日)からジュネーブで協議が再開されたところだが、非常に残念なことに、世界のタバコ産業の主張が、すでにかかり取り入れられてしまっているため、根本的に内容をくつがえすのは難しい状況になっている。そのなかでも、最もタバコ会社の利害を反映した強硬な意見を主張していたのがアメリカ、ドイツ、日本だった。

しかしながら、今回の「たばこ規制枠組み条約」は、タバコを国際的に規制しようとする初めての試みであり、“タバココントロール”という言葉さえ知らなかった国の人たちにも、その概念を知らしめたことだけでも大きな意味がある。だから、発展途上国の人たちが“タバココントロール”というコンセプトを自国に持ち帰り、自国の状況に適用することもできるわけだから、前向きに評価することもできる。

## Q 4

タバコによる肺がんが増えているが、そんな状況のなかで、扁平上皮がんはタバコに関係していることがわかっているが、腺がんと小細胞がんはタバコに関係ないと言われてきたが、本当にタバコに関係していないのだろうか。さらに、日本では女性の乳がんと男性の前立腺がんが増えているが、それらはタバコに関係しているのかどうか教えてほしい。

## A 4

タバコではタールの含有率が発がん性との関係で問題になってから、低タールのタバコが開発されたりしたが、それでも腺がんが増えているというデータがある。私はこの分野の専門家ではないが、乳がんについ

ては、タバコとの関係を示唆するようなデータも発表されているが、結論を出すには、まだちょっと早いかなと思う。さらに、前立腺がんとの関係については、まだ、そのようなデータは出ていないと思う。

肺がんの組織型と喫煙の関係について、私は以前、大阪府立成人病センターでのケースコントロールスタディを実際に行い、日本で初めて腺がんと喫煙との関係を認め、「肺癌」という雑誌に発表した。その後、成人病センターの患者の追加のデータで解析を現在、国立がんセンターに異動された祖父江先生が行ったが、そこでも腺がんと喫煙の関係が明らかになっている。

小細胞がんについては、扁平上皮がんと同じように喫煙と密接な関係があり、私のデータでは、非喫煙者と比較すると、喫煙者が小細胞がんにかかる危険は10倍以上という結果が出ている。扁平上皮がんについても、当時のデータで6倍くらいの相対危険度があった。腺がんについては3倍程度だが、統計学的に有意な結果が得られている。

最近のアメリカの研究では、喫煙者の腺がんになる確率は、非喫煙者と比べると10倍近く高くなるというデータが発表されている。その主な理由としては、最近のタバコは低タール、低ニコチンと軽くなってきている傾向があり、タバコの煙を肺の奥まで吸引する人が多くなってきているようである。

きついタバコを吸っている場合には、肺の周辺の太い気管支に扁平上皮がんや小細胞がんができやすかったが、最近では軽いタバコの流行に伴い、腺がんと喫煙の関係がクローズアップされてきているのが実状であると思う。

日本では、よく腺がんタバコとの関係はないと言われるが、それは医学的な知見がきちんと医療関係者だけではなく、マスメディアを通じて一般の人々にも伝わっていないという日本のタバコ対策の遅れを物語っているのかもしれない。

また、前立腺がん乳がんについては、シンプソン先生が話されたことと同じであると思う。

中村正和先生（大阪府立健康科学センター健康  
生活推進部長）のコメント

喫煙に関する疫学調査では、多数の喫煙者と非喫煙者の追跡調査を行うが、この調査を日本で最初に行ったのが平山雄先生で、1966年から17年間にわたり追跡調査を行い、そこでタバコと肺がんの関係、受動喫煙の害も明確に示されたわけである。ただ、66年からのデータであり、ちょっと古いため、85年頃から厚生労働省、文部科学省が新しい追跡調査を行った。

その結果が最近のがん学会や学会誌で発表された。それによると、中村先生が話された腺がんと喫煙の関係もさらに明確になっているということだ。その理由は、軽いタバコが多くなり、肺の奥まで煙を吸う人が増えてきているため、腺がんと喫煙の関連の大きさは、扁平上皮がんや小細胞がんほどではないが、はっきり因果関係があることが認められている。

大島明先生（大阪府立成人病センター調査部長）  
のコメント

### Q5

東京の千代田区で昨年10月から「路上喫煙禁止条例」が施行され、マスコミでも話題になっているが、ご感想をお聞きしたい。

### A5

千代田区の「路上喫煙禁止条例」のニュースは、イギリスの新聞でも大きく報じられた。

聞いたところによると、この禁止条例は健康上の理由からではなく、歩きタバコで子どもに火傷を負わせないためとか、吸い殻のポイ捨てによって街を汚さない、つまり街の美観を保つためといった理由から施行されたようである。イギリスでは考えられないような理由で、ちょっと意外な感じがした。

できれば、もっと健康への配慮を前面に出した理由

から、路上喫煙を禁止する方向で実施してほしいと思うが、一歩前進という意味では評価している。

### Q6

ある講演会で講演終了後に、参加者のひとりが講師にタバコの害について質問をした際、その講師は、「私もタバコを吸っているが、タバコは中の葉の部分よりも、葉を包んでいる紙のほうが害がある」と言っていたが、それは本当だろうか。

### A6

タバコは周りの紙が問題なのではなく、中に刻まれた状態で入っている葉そのものに害がある。私の父親が「私が吸っているタバコの紙はよい紙だから体には大丈夫」と言っていた記憶があるが、やはり周りの紙は関係ないと思う。

煙の出ない噛みタバコや嗅ぎタバコ（スモークレス・タバコ）も口腔がんの原因になっているので、紙そのものよりも、タバコそのものに害があることに、まちがいはない。

大島明先生（大阪府立成人病センター調査部長）  
のコメント

### Q7

兵庫県医師会の今後の活動について、何かご提言をいただきたい。

### A7

5つの提言がある。

このように県の医師会レベルで喫煙問題に取り組むことは大切であり、今後も活動を続けていただきたい。

兵庫県の医師会館を完全禁煙にすることは、模範を示すうえで重要なことである。

兵庫県内に在住のオピニオンリーダーとか、有名で社会的に影響のある方を巻き込んだかたちで活動を展開するのも、ひとつの方法である。

神戸市長は喫煙者のようだが、この会場に参加され

た医師の皆さんが協力して、市長に禁煙を働きかけてみたらどうだろう。禁煙についてアドバイスし、市長が禁煙に成功したら、そのことをメディアを通じて発信すれば、おそらく5000人くらいの人は、触発されてタバコをやめるかもしれない。

そうすると、その半分の2500人くらいは、タバコが原因で死ななくても済む。1人の医師が2500人の命を救うことは、なかなか難しいことだが、市長の禁煙の決断ひとつで、非常に多くの人助けができることを、医学的な見地から理解させてあげてほしい。

イギリスの医師会では、死亡通知をイメージする黒枠のついたハガキを用意し、自分が担当している患者がタバコ関連疾患で亡くなるたびに、そのハガキを使って国会議員に通知を出している。その方策の善し悪しをめぐるいろいろな議論が交わされたが、非常にインパクトのある方法である。医師たちが、タバコ問題にそれだけ真剣に取り組んでいることを国会議員に理解させるには有効な手段であると思う。

これはスウェーデンのアイデアであるが、ミススウェーデンコンテストの時に、応募条件のひとつに非喫煙者であることを設定している。さらに、ミススウェーデンに選ばれた女性は、必ず学校に行き、子どもたちに「私はタバコを吸わないから、こんなにきれいになれるのよ」といったコメントで、禁煙推進キャンペーンに一役買うことになっている。ミス兵庫コンテスト、ミス日本コンテストにも、このアイデアを適用してみてもいいだろう。