

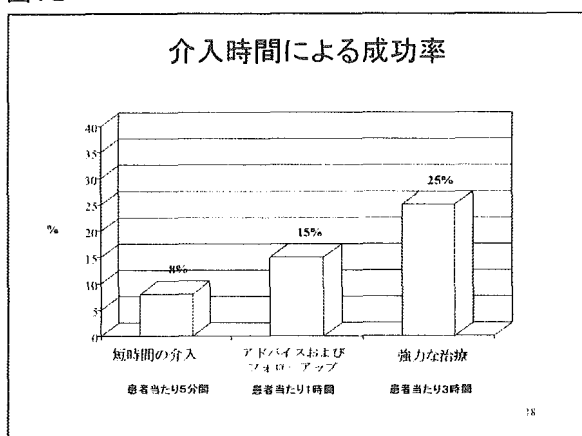
図12

短時間の介入

- 患者に禁煙を固く約束することについて十分考えてもらうため、情報やアドバイスを提供し、奨励する
- 禁煙の決意を強化する
- 患者に禁煙のリーフレットを渡す(もしあれば)
- もし適切であれば、NRT処方箋の発行を提案し、アドバイスする
- 患者に対して、あらかじめ禁煙日を計画するようアドバイスする
- 最後に、患者の禁煙の決意を強化し、より一層の手助けを申し出る

17

図13



ない場合は、大阪府立健康科学センターの中村正和先生が作成されたリーフレットは、インターネットから直接、ダウンロードすることができるようになってるので、ぜひ活用してほしい (<http://www.ganosaka.or.jp/>)。

ヘビースモーカーでこれまで禁煙に失敗したことがある人、または、かなりニコチン依存度が高いと医師が判断した場合は、ニコチン代替療法を処方するケースもある。この場合、禁煙補助剤の使用法について、少し助言するだけで禁煙成功率が高まることが実証されている。

また、禁煙を成功させるためのさまざまなコツについて、医師からアドバイスすることもよい方法である。たとえば、禁煙開始日を決めて、家族や友人、職場の同僚に禁煙を公約することをアドバイスするのもひとつ。そのことによって、患者自身の決意がより強固なものになる。

最後に、禁煙開始後も医師が継続的に禁煙が続いて

いるかどうかをフォローしていくという印象を患者に与えると、禁煙の成功率は高くなる。そのために、次回診察の予約をとるのが望ましい。

ここで、診療時間と患者の禁煙成功率に関する研究結果を見てみよう(図13)。医師がより多くの診療時間を費やせば、禁煙成功率が高まることがわかっている。しかし、たとえば、1年に50時間を禁煙指導に費やす場合、1回当たりの診療時間が長くなればなるほど、50時間の診療時間内に禁煙指導できる患者数は少なくなる。禁煙指導を受けた患者数と禁煙成功率から割り出した禁煙成功者の人数は、強力な治療4人、アドバイスおよびフォローアップ8人、短時間の介入48人となり、1人の患者当たり禁煙指導が5分間という短時間の介入が最も効率的だった(図14)。

一部の国では医師による禁煙指導に健康保険が適用されている。また、健康保険が適用される通常の診療の一部に禁煙指導が含まれている国もある。現在のところ多くの国において、健康保険の適用の有無にかかわらず、多くの医師は患者の長期的な健康維持のための手段のひとつとして、禁煙指導を行っている。そのことは、医師の使命として当然だと思っているからである。

医師だからこそできることがある

さて次に、私たちの職場や生活の場である地域レベルで、医師一人ひとりに何ができるかについて述べてみたい。

私は著書『医師とたばこ』のなかで、イギリスで試

図14

介入50時間で得られる 長期間の禁煙成功数

| | 50時間の介入で 治療できる患者数 | 成功率 | 禁煙成功者数 |
|---------------------|----------------------|-----|--------|
| 短時間の介入 | 600 | 8% | 48 |
| アドバイスおよび フォローアップ | 50 | 15% | 8 |
| 強力な治療 | 17 | 25% | 4 |

図 16

**医師の意識を高める：
各国医師会 (National Medical
Associations, NMAs) の活動**

- ・ 医師の喫煙習慣と喫煙と態度に関する調査の遂行
- ・ 調査結果の公表
- ・ NMA内にたばこグループを設立する
- ・ たばこに関する会員の教育
- ・ 医師会の構内を禁煙とする
- ・ 発表には、医学出版物を活用する
- ・ 医師に禁煙支援の要点説明をする
- ・ 医師の禁煙支援活動をサポートする
- ・ 医師会の資産内容を見直し、たばこ産業の持ち株をなくす

ることである。それによって医師会は、今後の活動の方向性やどこにターゲットをしぼって活動をすべきかがわかってくる。調査の結果は会員に公表し、医師会の会員以外、つまり国民にも広く公開するのが望ましい。

こうしたタバコ規制に関する作業は複雑で、しかも長期にわたるため、医師会内にタバコに関する活動のための特別な委員会を設置することをお勧めする。日本医師会がすでにタバコ対策推進の専門委員会を設置したと聞いて、とても嬉しく感じている。

このタバコ専門委員会は、医師会の最高決定機関の承認と支持を得ていることが重要である。そのことによって、委員会の活動は医師会全体に誠意をもって、また好意的に受け入れられ、活動に要する費用も医師会本体の予算から配分されるようになるはずである。ただし、こうした専門委員会の活動は、ほとんどコストをかけなくても大きな成果を得ることができるはずである。

医師会館の全面禁煙の実現を

タバコ問題に関する委員会の主な活動は、医師会の会員に対してタバコに関する教育を行うことである。喫煙が健康に及ぼす影響に関する最新の研究について情報を提供するだけでなく、この問題の解決に必要な方策とは何かを伝え、そのために医師ができることについて教育を行うわけである。

この委員会のもうひとつ重要な役割は、医師会館の敷地内を全面的な禁煙にすることである。私は本日、全面禁煙になっている日本医師会館にお招きいただき

嬉しく思っている。日本の各県の医師会館も全面禁煙の方向に進んでいることを聞いているが、すべての県の医師会館が禁煙になることを望んでいる。

私のロンドンのオフィスはイギリス医師会から借りているのだが、私が最初にこの建物を訪れたのは20年前である。当時、この医師会の建物内の一部では、まだ喫煙が許されていた。さらに驚くべきことに、1962年に初めて喫煙の危険性を世界に警告した王立内科医学会でさえ、当時は構内の一部で喫煙が許されていた。もちろん、今日では両方の建物内は全面禁煙になっている。特にイギリス医師会館の場合、医師会のスタッフや外部の来訪者だけではなく、私のようにスタッフではなく、同じ建物内で仕事をしているすべての人々が禁煙の対象になっている。

これまで喫煙が許されていた医師会館を禁煙にすることは、大変なことに思われるかもしれない。しかし、基本的なプロセスを踏まえたうえで、計画的に事を進めれば、意外に簡単にできることである。ここで必要なプロセスについては、『医師とたばこ』の付録1として掲載してあるので、ご参照いただきたい(P153~158参照)。

医師会館を全面禁煙にしたなら、次のステップは当然の流れとして、医師会が開催するすべての会合は、たとえ医師会館の外部で開かれたとしても、完全に禁煙にするべきであろう。

また、多くの医師会は独自の刊行物を発行しており、一部の医師会は定期的に他の雑誌に論文を掲載している。こうした出版物を通じて、定期的に喫煙問題に関する情報を医師たちに提供することができる。この方法によって、医師が自分自身の健康のために、そして患者により手本を示すために、自ら禁煙することにつながっていくはずである。

医師会のタバコ会社への投資は不適切

最後に医師会のなかには、タバコ会社の株式を保有しているところがあるかもしれないが、当然のことながら、そうした投資はやめるべきである。アメリカでの訴訟事件で情報公開されたタバコ会社の機密文書から判断しても、タバコ会社への投資は、適切ではない

ことが自明であると思う。

近年の興味深い動きとして、欧米諸国の医師会や健康関連団体がそれぞれの資産運用のあり方を見直し、タバコ関連株を売却したことがあげられる。この背景にはマスメディアの影響がある。それと同時に、医療従事者の関係団体だけではなく、金融サービス業界も多くの投資家が倫理的で社会的な責任意識のある企業に投資したいと望んでいることに気づき、そうしたニーズに応える投資商品を提供し始めている。こうした動きに対して、医師会はタバコ関連株を売却し、自ら模範を示すことによって強力な影響力を持つことができる。

タバコ規制に向けた支援ネットワーク

医師会は国全体に影響を及ぼすような公的な役割も果たすことができる(図17)。医学の専門家集団であることの強みと権威を使うことによって、タバコによるさまざまな健康被害を少なくするための政策の策定に直接関わることができる。

このように、タバコ問題に関する委員会を設置して会員を対象とした活動をするだけではなく、医師会が社会全体に対する働きかけをしたいと考えるのは当然の成り行きである。タバコ規制に向けた活動は、長期的に継続しなければ目標が達成できないものであり、すぐに成果が得られるものではない。そうした活動計画の内容は、委員会のタバコ問題に関するプログラムの基本となるべきものであり、医師会の最高決定機関の承認を得るべきである。

図17

| たばこの規制: 各国医師会(NMAs)の活動 |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ たばこのアクションプログラムを立てる ・ 他の保健組織と協力する ・ ニュースメディアを活用する ・ 政治家と協力する ・ 保健医療施設の禁煙化キャンペーンをする ・ 医学教育に影響を与える ・ たばこ規制組織を設立する ・ 国レベルのたばこに関する基礎レポートを準備する ・ 定期的な調査と評価を行う |

タバコ規制政策を成功させるための長く厳しい道のりには、複数の団体が連携することが不可欠である。もし、医師会が他の健康関連団体に協力を呼びかけた場合、医師会の要請に応じ、快くサポートしてくれるだろう。私の個人的な経験だが、イギリス医師会が主導しているタバコ規制プログラムには、がん学会、心臓病学会、および肺学会やそのほかの健康に関連するNGO、さらに政府関連機関などにも支援の協力を呼びかけて実現した。

政策決定者である政治家への啓発

医師会は社会的に優位な立場をうまく活用して、メディアを通じてタバコ問題に関する情報を広め、政策決定者を含む社会のすべての人々に対して、喫煙による疾病を減らすために必要な政策について訴えることが非常に重要である。その際に最も重要なことは、政治家を啓発して、彼らに影響を与えることである。なぜなら、タバコ問題を解決するためには、法律の制定が必要であり、立法化するためには、最終的に政治家に関わってもらう必要があるからである。

イギリス医師会が20年程前に大規模な禁煙キャンペーンを実施した際、おもしろいことに当時の政府は、健康関連団体以上に私たちの運動に強い関心を示し、耳を傾けてくれた。あるベテランの政治家によれば、政府がこうした反応を示した大きな理由は、医師会が医師の診療報酬を決定し、国の医療サービスの質を左右する機関であるため、政府としてはイギリス医師会に敬意を払い、何とか折り合いをつけたいと感じていたからということであった。

先程も少しふれたが、医師会は医療施設の全面禁煙化に向けた運動においても先導的立場にある。こうした運動は時間のかかるものだが、医療スタッフや患者の健康を守るだけではなく、社会に模範を示し、喫煙の危険性について強いメッセージを発信することができる。医師会が所有している建物を禁煙にすれば、他の組織にも大きな影響を与える。

このように医師会は、さまざまな活動を行うことができるわけだが、もうひとつの役割として、医学教育のあらゆるレベルにおいて、タバコに関するカリキュ

ラムを組み込むように働きかけをしていくことがある。タバコが一連の重篤な疾病や早死の原因となっていることと、医師としてどんな貢献ができるかを考えると、すべての医師が学部レベルからタバコに関する教育を十分に受けていることが重要である。

タバコ規制のための独立した組織の設立

どの国においても、医師会のなかにはではなく、ひとつの独立した組織として、タバコ規制のための組織を設けることが重要である。そして、そこに少なくとも一人の専従のスタッフを置き、タバコ規制だけに特化した活動を行うことである。この組織は日常的にタバコ問題をモニターし、医療および保健関連団体の連携を促進し、最も望ましいタバコ規制政策に向けた活動において協調のための音頭をとる。同時にこの組織は、医師に対してブリーフする、関係組織における政策策定をコーディネートする、マスメディアを通じて声を大にして禁煙メッセージを発する、などもできる。

このような組織の設立は、過去に実際、イギリスで経験したことである。1962年に王立内科医学会は、喫煙と疾病に関する科学的な研究結果を初めて専門的な報告として発表した。そして、72年には2度目の研究結果を公表したが、この間政府は、ほとんど何も対策を講じていなかったため、独立したタバコ規制に向けた組織を設立しようということになったのである。そこで、私が設立したものであるが、「喫煙と健康に関する活動 (Action on Smoking and Health = A S H)」という独立した組織が生まれた。

この組織の活動資金はもともと政府から提供されていたが、現在ではがん学会や心臓病学会などの法人から資金の提供を受けている。政府から完全に独立した立場をとることで、タバコ問題について強い意見を主張することができ、政治家や国民を啓発し、効果的なタバコ規制政策を推進することができる。さらに、さまざまな情報をマスメディアに提供することができる。

基礎報告書を政策化への出発点に

すべての国の医師会が実施できる可能性のある最後の項目は、タバコに関して得られるあらゆる情報を取

集し、利用しやすいものに再編することである。つまり、必要ならさらに新しい情報も加えて、タバコと疾病に関する全国レベルの基礎報告書を作成することである。基礎報告書はタバコ消費、タバコ関連疾患、そして、そのほかの動向に関する過去と現在のデータを集約するだけではなく、国民のタバコに対する意識と行動についてもまとめるものであり、非常に役に立つはずである。さらに報告書のなかでは、活動計画の提示、理想的な政策案の作成、それを実行するためのしくみについても述べるべきである。

こうした基礎報告書は、できるだけ多くの人々に閲覧し、読んでもらわなければならない。また、国の政策策定に向けて政府に働きかけをするための、説得力のある出発点となる。その後は毎年、定期的に見直しをする必要があるし、活動の進捗状況をモニターし、必要に応じて活動計画の目標設定を調整していけばよいだろう。

本来、基礎報告書は厚生労働省のような国の機関が作成するのが理想的である。もし、それが不可能なら、医師会ほどその作成を担うのにふさわしい団体はないと思う。また、医師会が基礎報告書を作成すれば、当然のことながら政府もそれを尊重し、政策化する方向で対応していくはずである。医師会はタバコに関するさまざまな問題、国民の喫煙に対する意識に関する定期的な調査、政策のモニタリングや有効性の評価などを効果的に行うことができる団体である。

メディアによるパブリシティ効果

ところで禁煙を推進するためには、さまざまな方法がある。たとえば、イギリスで実施している「National Non Smoking Day (国民禁煙日)」のようなものを国レベルで設定することもひとつの方法である。多くの国では、これと同じような健康増進運動団体やマスメディアが先導して、禁煙を推進するために設定した日がある。また、国民禁煙日のようなイベントに著名人の参加を得ることによって、さまざまなプロモーション活動やデモンストレーション活動をメディアを通じて展開することも可能である。

この写真を見てください (図18)。髪がフサフサして

図18



いた頃の私だが(笑)、その隣で一酸化炭素モニターを前に微笑んでいるのは亡くなられたダイアナ王妃で、国民禁煙日に参加していただいた時の写真である。こうしたニュースがメディアで報道されると、非常に大きな反響が期待できる。

タバコ会社が抵抗する政策こそ有効

タバコ規制政策について、どこから、どんな影響力が出ているかを考えた場合、タバコ会社ほど大きな反対勢力はないと思う。タバコ会社は医療機関や医師会、そして政府にとっても反タバコ政策に対する強力な反対勢力になっている。

こうした反対勢力に対しては、世界中の国々で得られた経験から、立法化された強力で包括的な政策でなければ有効ではないことがわかっている。この点については、WHOも同じ考え方をしている。

一般的に、タバコ規制政策で最も効果的な項目は、タバコ会社が最も抵抗する項目であると言える。逆にタバコ会社が実施してもよいと了解したり、その一部には賛成だというような政策は、ほとんど実行する価値がないか、あるいは、少なくとも改善が必要な政策である。この結論はWHOとも一致している。このような理由からWHOは、タバコの健康被害の防止を目的として、世界で最初のタバコに関する法的な拘束力のある国際条約である「タバコ規制に関する枠組み条約」の締結に懸命に取り組んでいるのである。

タバコ規制政策の項目はどれも重要だが、なかでも

図19

たばこ規制政策

- ・ 全てのたばこ販売促進行為の禁止
- ・ 課税による価格の引き上げ
- ・ 一般の人々への教育および情報伝達
- ・ 強力で、人目につきやすい健康への警告
- ・ 公共の場における禁煙を社会規範とする
- ・ 子どもへのたばこ販売の禁止
- ・ たばこの煙の有害性を軽減する
- ・ 禁煙を支援する
- ・ たばこの生産量の減少、および全ての補助金の廃止
- ・ 法的補償の検討
- ・ 定期的な監視(モニター)と評価

あらゆるタバコの販売促進活動を禁止する必要性を第一にあげたいと思う(図19)。これを効果的に推進するためには、子どもや青少年を対象に禁煙を勧めたり、タバコに手を出させないための活動を同時に展開する必要がある。なぜなら、タバコの販促活動は常に青少年をターゲットにしているからである。

現在では多くの国で、すべての販促活動が禁じられているが、なかでも成果を上げている国はオーストラリア、シンガポール、ニュージーランドである。

最も危険な消費財の広告は許されない

広告とはある一定のイメージを創りあげる手段である。すべての紙巻きタバコは、葉を刻んで乾燥させたものを筒状の紙に収めている点では、基本的にどのタバコも同じである。それなのになぜ、タバコのブランドによっては強くて男らしいイメージを感じたり、別のブランドでは女性らしい美しさやスリムなイメージを感じてしまうのだろうか。そのイメージを左右しているのは広告である(図20～21)。

タバコの広告は、その商品名を広めるだけでなく、商品にプラスのイメージを結びつけるのである。こうしたタバコに付随したイメージは、医師の皆さんが日常的に診察室で目にしているタバコのイメージとは、あまりにもかけ離れている。医師が日頃、タバコから連想するのは、がん、心臓発作、肺機能低下、末梢血管障害などのイメージである。このようにタバコの広告は、人々の潜在意識に非常に深刻で死に至る喫煙の害とは異なった、誤った情報やイメージを植えつけている。

図20

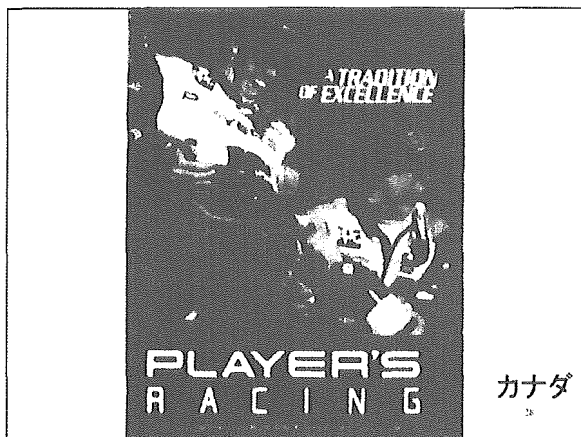
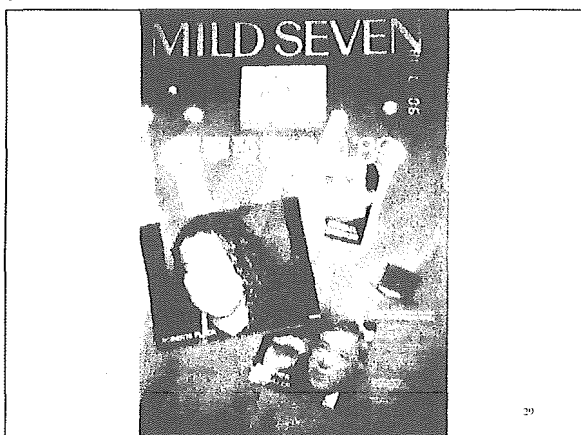


図21



特に私が強調したいのは、タバコ会社が同意するような部分的な禁止や規制にはまったく効果はなく、ただ単に時間の無駄であるということである。だから、あらゆる国の政府は、WHOの推奨する全面的な規制に向けて作業を進めるべきである。

そして、はっきり言えることは、世界中で最も危険な消費財であるタバコに対して、カラフルで魅力的なデザインを用いて、プラスのイメージや連想を呼び起こすような広告活動は許されないということである。

私がタバコ規制に関わり始めてからの23年間で、最悪の悲劇としてあげるのは、欧米のタバコ会社が日本で広告活動が許されるようになった後、日本の女性に的を絞った広告戦略を展開し(図22)、その結果として日本の女性の喫煙者が増え始めたということである。20年前の日本では、女性にほとんどみられなかった喫煙関連疾患が、すでに多くの病院でみられるようになってきていることが残念でならない。

タバコ税を健康促進に活用するしくみ

多くの国の政府には、タバコの広告を禁止してしまうと、スポーツイベントや文化事業に対する多額の協賛金が失われるという懸念があるようだ。しかし、こうした危惧はまったく必要ない。この問題に関する解決法は、オーストラリアのビクトリア州で見いだされ、他の州でも同様の手法が応用されている。その方法とは、タバコ一箱ごとに新たに小額の税金を上乘せし、そこで得られる税収を健康促進のために使うものである。

この方法でかなりの税収が得られるため、州のすべての医学や保健研究費の基金にもなり、さらにタバコ会社に代わって、スポーツイベントや文化事業に対する協賛金を提供することもできる。このポスターは、オーストラリアのビクトリア州の健康促進省が作成したものであるが、ホッケーのゴールキーパーが、タバコから健康を守っているというイメージの表現が使われている(図23)。

図22



図23

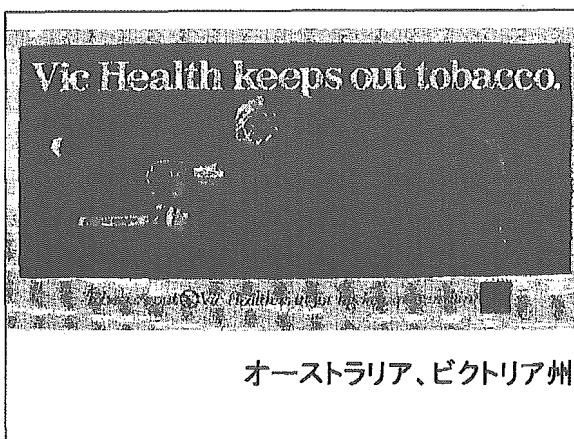
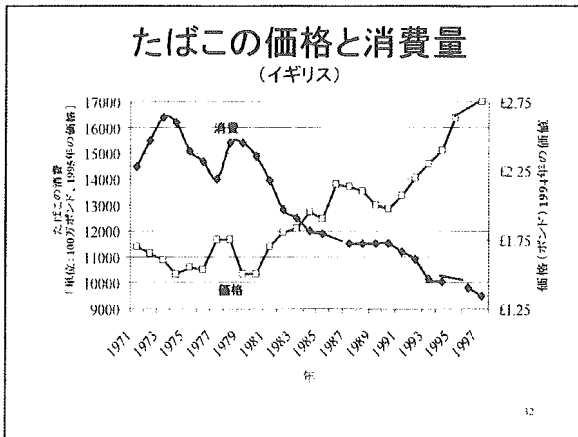


図24



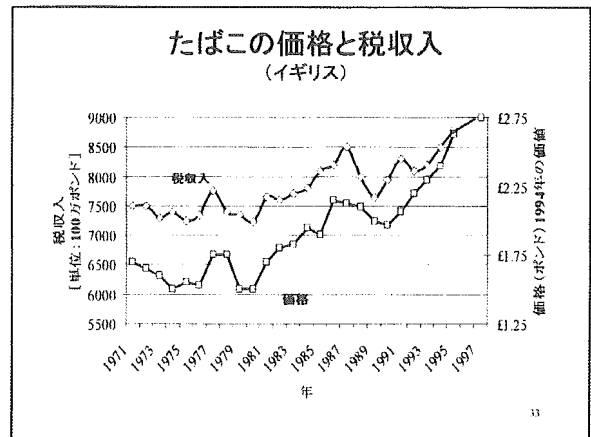
タバコ規制策としてのタバコ税のアップ

タバコ税について端的に言えば、タバコ税を引き上げることは、政府が行う最も効果的なタバコ規制の方法である。しかも、この方法は税収が増えるため、政府は歓迎する。実際のところ、財務大臣が税金を引き上げるよう要請されることは非常に珍しいことだが、多くの国で毎年、医師たちが要望していることである。一部の国では、財務大臣がタバコ税を引き上げるよう、医師たちから圧力をかけられることは当たり前のことになっている。また、医師たちの働きかけによって、喫煙と疾病の関係を国民にアピールすることがいかに重要かを認識するようになった国もある。

図24は、イギリスにおける1971～1997年までのタバコの価格と消費の推移をグラフ化し、相互の関連性を調べたものである。このグラフから明らかのように、タバコの価格が下がるとタバコの消費は上がり、逆に価格が上がって、つまり、タバコの税金が上がると消費は下がる。タバコの価格と消費の折れ線グラフは、ちょうど鏡に映ったミラーイメージのようにになっている。

一方、図25はイギリスにおけるタバコの価格とタバコ税による税収の推移を示している。タバコの価格とタバコ税との関係は、タバコの価格と消費の関係とまったく逆になっている。つまり、タバコの価格が下がると税収も下がり、価格が上がれば税収も上がる。タバコの価格が上がることは、誰にとっても喜ばしいことなのである。財務大臣、医師にとっても、そして、最終的には患者も喫煙本数が減り、健康の回復につな

図25



がるからである。唯一、渋い顔になるのはタバコ会社だけである。

まだタバコ税を上げる余地はある

多くの喫煙者にとって、タバコは依存性のあるものであるため、経済学者の言葉を借りるとタバコは非常に“弾力性に乏しい”商品であると言える。つまり、タバコ税が上がると、喫煙者がタバコ一箱に対して今まで以上に多くのお金を支払うようになって、タバコはやめられない。タバコ税が上がると消費は若干下がるものの財務省が得る税収は増える。

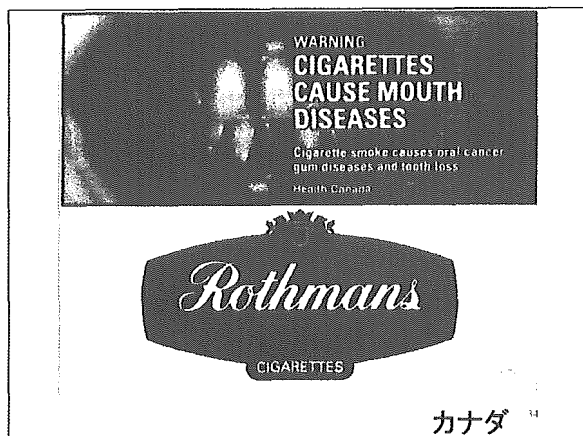
もちろん常識的に言って、こうした傾向は永遠には続かず、税金があまり上がり過ぎると、ついには消費が大きく落ちこんで税収が減少することになる。しかし、税収減のポイントに達している国はなく、まだタバコの価格、つまりタバコ税を上げる余地は残されている。

したがって、タバコ税によって得られる今までより多くの財源が保健サービス、教育をはじめとするそのほかの政府支出に当てられ、それと同時にタバコの消費を抑えることによって、将来的にタバコ関連疾患を少なくすることにもなる。つまり、国民の健康問題を改善するためには、医師や研究者よりも財務大臣のほうが必要な貢献ができるのである。

健康に対する警告も厳しい基準で

多くの国では、国民は喫煙が危険であることを知ってはいても、相対的な危険性の大きさや危険性に関す

図26



る具体的な知識については理解していない場合がほとんどである。そこで重要になってくるのが、一般の人々に対する教育と情報提供である。詳しくは私の著書をご参照いただきたい。

タバコは本当に危険なものであるため、健康に対する警告は、タバコ会社のように申し訳程度にタバコのパッケージに掲載するだけでは不十分である。健康に対する害は深刻なものであるという警告を効果的に喫煙者に伝えるべきである。この点に関する国レベルの政策では、カナダとオーストラリアが世界をリードしているが、もう間もなくEU諸国でも同様の警告が義務づけられる予定になっている。

ちなみに、カナダのタバコパッケージの例をご覧ください(図26)。パッケージの上半分を使って、タバコの害がいかに深刻なものかについて警告するために、あえて不快な感じのする写真が掲載されている。

公共の場での禁煙の推進

次にタバコ規制政策でポイントになるのは、公共の場で喫煙を禁止することである。公共の場での禁煙に関しては、広告の禁止を別にすると、タバコ会社は最も強く反発し、最も恐れている。公共の場での喫煙が禁止されていなければ、人々は無意識のうちに喫煙はごく普通の行為であると思ってしまう。逆に公共の場での禁煙が実現すれば、こうした思い込みはなくなり、そのほかのタバコ規制政策も推進しやすくなる。

さらに、職場における禁煙も重要である。日本でも一部の企業は、すでに職場での禁煙を実施しているよ

うだが、その結果として、タバコ消費が減少し、経営者には大きな経費削減効果をもたらす。

喫煙をツバを吐く行為と比べてみてほしい。かなり昔になるが、初期の医学研究によって、ツバと病気の関連性が明らかになる以前は、多くの国においてツバを吐くことは、たとえ室内であろうと無作法とか不衛生であるとは考えられていなかった。そのため当時は、ツバを吐くための容器が用意されていたほどである。現在、多くの公共の場に灰皿が置かれているのと同じように。

現在、ほとんどの先進諸国では、建物の中や公共の場でツバを吐くことは許されない行為になった。私たちがすべきことは、これと同じプロセスをだどることである。つまり、非喫煙者の健康に対する害について医学的な研究成果をふまえ、公共の場での喫煙が正常な行為ではないというイメージを植えつけることが大切なのである。

未来の人々に感謝される政策の実現を

まとめとして、私が繰り返し述べたいのは、タバコ規制は国民の健康改善のための重要な手段であり、医師にとって非常に大きな挑戦であるということである。私がここで述べたこと、また、私が本に書いた情報や助言が、日本の医師の皆さんにとって少しでもお役に立つことを願っている。

日本は、さまざまな分野において驚くべき発展を遂げた国であり、特に科学技術に関しては世界のリーダーである。だからこそ、私は医師の皆さんの主導があれば、公衆衛生に関する政策で最も重要なタバコの分野においても、いつの日か日本が世界のリーダーとなることを期待している。

今日、喫煙によって引き起こされている健康上の大きな問題を改善しようとしている先駆者である皆さんのことを、未来の人々は尊敬と感謝の念をもって振り返ることだろう。タバコ規制対策は決して容易な仕事ではないが、それを継続していくことによって、医師として、家族の一員として、また責任ある市民として、正しいことをしたという満足が得られることと思う。皆さんのご成功を祈っている。

青少年のための防煙プログラムの開発とその評価

分担研究者 野津有司 筑波大学体育科学系助教授

研究要旨

欧米において開発された青少年の喫煙に関するプログラムの内容と介入評価研究の成果について文献的に検討するために、35プログラム（52文献）について分析した。その結果、喫煙防止プログラムでは、喫煙開始時期に焦点を当てたプログラムが多く目立ったが、喫煙に対する肯定的な態度が形成され始める低年齢から喫煙開始時期までの系統的なプログラムが最も効果が期待できる点などで注目された。また、学校、家庭、地域社会との連携を視野に入れたプログラム開発が重要であることが示唆された。青少年のための禁煙プログラムでは、禁煙の成功率が20%～38%達成されるなど、欧米においては一定の効果が示されている。我が国でも、そうした青少年のための禁煙プログラムの開発が望まれる。

また、わが国の青少年の喫煙に関わる家庭の要因について、2002年11月に神奈川県の小・中・高校生の保護者3,289名を対象として質問紙調査を行った。回答者が親である2,693名について解析した結果、青少年の喫煙を助長する家庭の要因の実態はおおむね良好であることが示された。また、学校と家庭との連携推進を図るために親子で一緒に取り組めるプログラム開発が望まれていることなどが指摘された。

A. 研究目的

本研究の目的の一つは、青少年の喫煙に関するプログラム開発について、そうした研究が先行する欧米における最近の知見を把握し、わが国の開発研究に資することである。もう一つの目的は、わが国の青少年の喫煙に関わる家庭の要因について調査を行い、学校と家庭との連携を推進するプログラム開発のための基礎資料を得ることである。

B. 研究方法

(1) 欧米における青少年の喫煙に関するプログラム

分析対象は、U.S. Department of Health and Human Servicesによる報告書 School Health— Findings From Evaluated Programs— (1993)¹⁾に取り上げられた喫煙防止プログラムと、インターネット上の文献検索データベース MEDLINE および ERIC において1990年以降に Journal 形

式で公表された喫煙防止プログラムの中で、その有効性について介入評価研究が行われており、かつ今回入手できた17プログラムとした。また、青少年の禁煙プログラムについては、W. Stanton と K. Smith によって報告された18プログラムを対象とした²⁾。

(2) 青少年の喫煙に関わる家庭の要因についての調査

①調査対象

対象は、神奈川県下の小学校5学年、中学校2学年、高校1～3学年の保護者3,289名である。抽出方法は、小・中学校では合計がそれぞれ35校になるように、神奈川県の10の行政区分における児童生徒数の割合に基づいて各地区の抽出校数を設定し、各地区の教育委員会および教育事務所が対象校を選定した。高校については、神奈川県の10の高等学校長会地区割から、各地区1校ずつの計10校を抽出した。また原則とし

て、各学年の最初の1クラスの保護者を対象とした。回収された調査票は2,749部(回収率83.6%)であり、その中から性別または学年が不明なものや全調査項目の50%以上が無回答のもの17部を除き、2,732部を有効回答とした(回収された調査票における有効回答率は99.4%)。なお本報告書では、祖父母などの回答を除いた2,693名の親(父親282名,母親2,411名)のみを解析対象とした。

②調査時期と方法

調査時期は、小,中,高校とも2002年11月である。調査票等は、神奈川県教育委員会を通じて対象校に発送され、さらに各学年の学級担任から児童生徒を通して各家庭に配布された。その際、実施方法の統一を図るために作成された「調査にあたっての注意事項」に基づいて行うように依頼した。その中で、調査票などを配布する教師には、4日以内に回収することなどを指示した。

③調査内容

本調査では、K. Beckら³⁾、K. Baumanら⁴⁾、野津ら⁵⁾などの青少年の喫煙に関わる家庭の要因についての先行文献を参考に調査票を作成した。調査項目は、①回答者の基本属性(続柄,子どもの学年,家族構成など)、②親子関係全般に関する項目(我が子の外出時の認知,我が子への支援効力感,我が子とのコミュニケーション)、③青少年の喫煙に関する項目(家庭内の喫煙,喫煙に関するコミュニケーション,青少年の喫煙に対する態度・ビリーフ,我が子の喫煙への注意,喫煙に対する危険認知)、④喫煙防止教育への参加に関する項目(喫煙防止における役割認知,喫煙防止のための連携の重要性認知,喫煙防止に関する学校行事への参加経験,喫煙防止に関する教育活動への参加意欲)などである。

④分析方法

まず、青少年の喫煙に関わる家庭の要因の実

態について、父母別または父母別学年別で集計し、 χ^2 検定を用いて、それらの比率の差について検討した。

次に、青少年の喫煙に関わる家庭の要因間の因果関係について検討するため、父母別に共分散構造分析を行った。その際、K. Beckら⁶⁾が青少年の飲酒および飲酒運転に関わる家庭の要因間の因果関係について示した「A model of parental involvement」を参考に仮説モデルを構成した。また、各質問項目の回答を喫煙に否定的になるほど高得点になるようスコア化した。これらの分析には統計パッケージSPSS 11.0J for WindowsおよびAmos 4.0を用い、有意水準はすべて5%とした。

(倫理面への配慮)

回答はマークシート方式を用いて、無記名調査とした。また、各家庭に調査票とともにシール付き封筒を配布し、それに記入済みの回答用紙を入れて封をさせるなどプライバシーの保護に配慮した。さらに、回答された内容の秘密を保持することの誓約を調査票に明記し、約束した。

C. 研究結果および考察

(1) 欧米における青少年の喫煙に関するプログラム

1) 青少年の喫煙防止プログラム

①プログラムの特徴(表1-1,表1-2)

a. プログラムの目的

いずれのプログラムも行動に焦点をあて、適切な行動選択あるいはそのためのスキルの習得を目的とする。

b. プログラムの対象学年,年齢

喫煙開始の時期として最も注意すべき5学年から8学年を対象としたプログラムが多い。また、幼稚園から7学年までを対象とした低年齢からの系統的なプログラムも2(No.1,2)みられ、注目される。

c. プログラムの実施場所

いずれのプログラムも実施場所は教室もしくは学校を基本としているが、加えて家庭や地域

社会でも実施する内容を含むプログラムが 9 (No.9~17) みられ、学校との連携を重視していることが伺える。

d. プログラムの内容

15 のプログラムが青少年の喫煙を助長する心理社会的要因を扱っており (No.1~8,10~16), そのうちの 3 分の 2 (No.1~5,10~12,15,16) が圧力への抵抗, ストレス対処, コミュニケーション等のスキルトレーニングも行うようになっている。また, 喫煙のみならず飲酒や薬物乱用, さらには運動, 栄養等の健康問題を含む包括的プログラムが 10 (No.1,3~6,12~14,16,17), 家庭や地域, マスコミとの連携を重視したプログラムが 9 (No.9~17), プログラム実施者に対するトレーニングを含むプログラムが 4 (No.1,2,5,13) などがみられ, 注目される。

②介入評価研究デザインとプログラムの効果

a. サンプルの特性 (表 2-1, 2-2)

白人, ヒスパニック, アフリカ系アメリカ人, ポルトガル語圏のアメリカ人など様々の対象がみられる。また, 幼稚園から 12 学年までの青少年が各プログラムの対象年齢に応じて, 介入評価研究の対象となっている。

b. 評価デザイン (表 2-1, 2-2)

17 プログラムのうちで, 準実験的研究法による介入評価研究が行われていることが明確なものは 9 プログラムで, 半数以上を占める。

c. プログラムの効果 (表 3-1, 3-2)

喫煙に対する態度の形成が始まる幼稚園から喫煙開始時期にあたる 7 学年までを系統的に介入するプログラムにおいて顕著な効果が示されており, 注目される。すなわち, Know Your Body (No.1) では, 喫煙に対する否定的な態度の形成, 青少年のまたは低所得者層の青少年の喫煙の抑止効果, 高所得者層の青少年における禁煙の効果などが示された。また, Growing Healthy (No.2) では, 喫煙に関する知識の向上, 喫煙に対する否定的な態度の形成, 喫煙行動の抑止効果などがみられた。

また, 学校と家庭, 地域社会との連携を重視

するプログラムにおいては, 明らかな効果を示すことが多くみられた。例えば, Midwestern Prevention Project (No.12) および Minnesota Heart Health Program (No.16) では喫煙の抑止効果などが, Sembrando Salud (No.11) では高リスク群である低所得のヒスパニック系移住者の青少年の喫煙の受容性の低下などがそれぞれ明確に示された。

その他にも, The Stanford Adolescent Heart Healthy Program (No.5) では喫煙による害などの知識の向上がみられるなど, ほとんどのプログラムにおいて介入による何らかの効果が示されている。

2) 青少年のための禁煙プログラム (表 4-1, 4-2)

①プログラムの特徴

a. プログラムの対象学年, 年齢

高校生以上を対象とするプログラムが多い (No.18~23,25~27,29~35)。中学生 (No.24) や小学生 (No.28) を対象としたプログラムもみられる。

b. プログラムの実施場所

実施場所については明記されておらず不明であるが, 学校を基盤としたプログラムが 13 (No.18~30), 地域クラブを基盤としたプログラムが 2 (No.31,32), 医療機関を基盤としたプログラムが 3 (No.33~35) であった。

c. プログラムの内容

小グループで喫煙者が主体的に参加・活動する展開が中心のプログラムがほとんどである。介入の回数が「3 回」「4 回」「最初の 2 週は 2 回で, その後 2 週は 1 回」「週 2 回の 3 週で, 計 6 回」「週 2 回の 4 週で, 計 8 回」など, 繰り返しまたは継続するプログラムが多い。また, trans theoretical model を用いたプログラム, コンピュータを利用するプログラム, ピアリーダーを活用するプログラムなど, 様々の工夫が伺われる。

②介入評価研究デザインとプログラムの効果

a. サンプルの特性

1日20本以上喫煙する青少年を対象とした介入評価研究は一例(No.33)のみで、喫煙の程度に着目して禁煙の効果を検証した介入研究はほとんどみられない。

b. 評価デザイン

評価指標として、質問紙調査の結果と合わせて唾液中のコチニンや呼気中のCO測定など生化学的方法もみられる(No.19,30,33,35)。

c. プログラム効果

禁煙の成功率は、その測定時が介入終了直後から3ヶ月後までと幅があるものの、おおむね20%~38%であり、一定の効果が示されている。

(2) 青少年の喫煙に関わる家庭の要因についての調査結果(表5,表6,表7)

1) 回答者の基本属性

親である回答者の年齢は40歳代が63.3%と半数以上を占めた。また、父親が10.5%、母親が89.5%の割合であった。回答者の子どもの学年は、小学校5年が33.3%、中学校2年が37.1%、高校が29.5%であり、性別では男子50.4%、女子49.5%であった。回答者の家族の人数は「4人」が40.7%と最も多く、次いで「5人」が27.5%であった。また、20歳以上の兄弟がいる者は15.4%であった。

2) 親子関係全般に関する項目

・我が子の外出時の認知については、「我が子の外出時の行き先または居場所がわかっている」の回答をみると、「とてもそう思う」と「ややそう思う」が父親76.2%、母親87.2%であった。また同様に、「我が子と一緒に遊ぶ友人についてわかっている」に対しては父親66.7%、母親84.2%、「我が子が何をしているかわかっている」に対しては父親61.3%、母親77.0%、「我が子の帰宅する時間がわかっている」に対しては父親75.2%、母親83.7%であった。我が子の外出時の認知について、おおむね父親は6割から8割、母親は8割から9割の高率を示し、父親に比して母親が良好な成績であった。

・我が子への支援効力感の認知については、「我

が子が悩み事を抱えている時に、相談を受けることができる」の回答をみると、「とてもそう思う」と「ややそう思う」が父親80.5%、母親83.0%であった。また同様に、「話を聞くことができる」に対しては父親92.2%、母親93.4%、「支えることができる」に対しては父親87.9%、母親91.0%であった。我が子への支援効力感の認知については、おおむね父親、母親とも8割から9割の高率を示し、父母間の差がみられなかった。

・我が子とのコミュニケーションについては、「我が子と話をする時間が十分ある」の回答をみると、「とてもそう思う」と「ややそう思う」が父親68.1%、母親76.1%であった。また同様に、「我が子に何かをさせる時、その理由を子どもが理解できるように説明している」に対しては父親72.0%、母親75.7%、「我が子と十分コミュニケーションができています」に対しては父親70.6%、母親77.8%であった。

3) 青少年の喫煙に関する項目

・青少年の喫煙に関するコミュニケーションの状況については、「過去6ヶ月間に、青少年の喫煙問題について我が子と話したか」の回答をみると、「1回ある」と「2回以上ある」が父親28.4%、母親30.8%と低率であった。

・青少年の喫煙に対する態度・ビリーフについては、「青少年は喫煙をすべきではない」の回答をみると、「とてもそう思う」と「ややそう思う」が父親90.4%、母親93.9%と高率であった。また同様に、「他人に迷惑をかけなければ、喫煙するかどうかは個人の自由だ」の回答をみると、「とてもそう思わない」と「ややそう思わない」が父親76.6%、母親82.6%、「親と一緒にいる時ならば、青少年であっても喫煙をしてもよい」の回答をみると、「とてもそう思わない」と「ややそう思わない」が父親87.2%、母親90.5%と、いずれも高率であった。青少年の喫煙に対する親の態度・ビリーフはおおむね良好であった。

・我が子の喫煙への注意については、「家族の者から喫煙を誘われていたら、注意する」の回答をみると、「とてもそう思う」と「ややそう思う」

が父親 94.3%，母親 96.2%であった。同様に、「我が子が喫煙をしていたら、注意する」に対しては父親 95.0%，母親 96.5%，「我が子の部屋などからタバコを見つけたら、注意する」に対しては 95.4%，母親 96.4%であり、いずれも極めて高率を示した。

・青少年の喫煙に対する危険認知については、「青少年の喫煙が心身に深刻な害をおよぼす」の回答をみると、「とてもそう思う」と「ややそう思う」が父親 94.3%，母親 97.3%であった。同様に、「青少年の喫煙が周囲の人々や社会に悪い影響を与える」に対しては父親 78.0%，母親 88.3%，「最近の青少年における喫煙の実態は深刻である」に対しては父親 82.3%，母親 91.1%を示した。これらの青少年の喫煙に対する危険認知については、父親、母親とも 8 割から 9 割の高率を示し、また父親に比して母親が高い危険認知を示した。

・我が子の喫煙に対する危険認知については、「我が子がタバコを入手することは簡単だ」の回答をみると、「とてもそう思う」と「ややそう思う」が父親 85.8%，母親 81.5%であった。しかし、「我が子が未成年のうちに喫煙を経験する」については、「とてもそう思う」と「ややそう思う」が父親 28.0%，母親 20.4%にとどまった。

4) 喫煙防止教育への参加に関する項目

・喫煙防止における役割認知については、「青少年の喫煙を防止する上で、学校の役割が大きい」の回答をみると、「とてもそう思う」と「ややそう思う」が父親 60.3%，母親 64.6%であった。また同様に、「家庭の役割」に対しては父親 92.6%，母親 93.1%，「地域社会の役割」に対しては父親 75.5%，母親 74.3%であった。喫煙防止における家庭の役割認知がやや大きいことが伺われた。

・喫煙防止のための連携の重要性認知については、「青少年の喫煙を防止する上で、学校との連携が重要である」の回答をみると、「とてもそう思う」と「ややそう思う」が父親 75.2%，母親 82.8%であった。また同様に、「他の家庭との連

携」に対しては父親 69.1%，母親 75.7%，「地域社会との連携」に対して父親 73.8%，母親 80.9%であった。

・「青少年の喫煙防止をテーマとした学校行事への参加の有無」については、「1 回ある」と「2 回以上ある」が父親 5.0%，母親 11.0%と低率を示した。

・喫煙防止に関する教育活動への参加意欲については、「喫煙防止に関わる我が子と一緒に取り組む宿題」の回答をみると、「きつとやる」と「たぶんやる」が父親 82.3%，母親 84.7%であった。また、「喫煙防止教室（警察官や薬剤師などの専門家による講演）」に対して「きつと参加する」と「たぶん参加する」が父親 32.6%，母親 39.3%，同様に「学校と協力した喫煙防止教育の企画・運営」に対して父親 19.5%，母親 22.9%であった。喫煙防止に関する教育活動への参加意欲は、「宿題」については父親、母親とも 8 割の高率を示したが、「喫煙防止教室」については 3 割から 4 割、「喫煙防止教育の企画・運営」については 2 割と低率にとどまった。なお、「喫煙防止教室」に対して「きつと参加しない」、「たぶん参加しない」と回答した者の理由をみると、「時間が合わないから」が父親 55.4%，母親 43.2%と約半数を占めた。次いで「役に立たないから」父親 25.3%，母親 23.0%，「めんどうだから」父親 13.9%，母親 11.4%であった。「喫煙防止教育の企画・運営」への不参加の理由においてもほぼ同様の傾向を示した。

以上の結果の中で、青少年の喫煙問題をテーマとした宿題を子どもと一緒に取り組む意欲のある親が約 80%みられたが、学校と家庭が協力して行う喫煙防止教育の企画・運営に参加したいと思う親は約 20%にとどまっていることが特筆される。L. Rohrbach ら²⁷⁾は、学校、家庭、地域社会の連携を重視した喫煙防止教育プログラムを実践し、家庭の参加状況をみたところ、自宅で子どもと一緒に宿題に取り組んだ親は 66.3%，一方、学校でのワークショップに参加した親は 23.0%であった。また D. Cohen ら²⁸⁾からも、こうした学校でのプログラム行事への親

の参加率は10%程度にすぎないことを報告している。我が国でも、親が出向く学校の行事のみならず、親子が一緒に自宅で取り組む宿題についても工夫する必要がある。

5) 青少年の喫煙に関わる家庭の要因間の因果関係(図1, 図2)

青少年の喫煙に関わる家庭の要因間の因果関係について、共分散構造分析を用いて父母別に検討した。モデルの適合度を示すGFI, AGFIは父母とも0.90以上, RMSEAはそれぞれ0.059, 0.067を示し、採択する基準を満たしたモデルと判断した。

父親のモデルでは、青少年の喫煙に対する危険認知(青少年の喫煙の心や体への影響, 青少年の喫煙の社会への影響, 青少年の喫煙の実態への深刻度)から青少年の喫煙に対する態度・ピリーフに正の因果係数(0.93)が推定され、青少年の喫煙に対する態度・ピリーフから親子関係全般に関わる行動(我が子の外出時の認知, 我が子への支援効力感, 我が子とのコミュニケーション), 我が子の喫煙に関わる行動(我が子の喫煙への注意, 我が子の前での喫煙)においてもそれぞれ正の因果係数(0.37, 0.85)が推定された。また、青少年の喫煙への危険認知から喫煙防止における連携の意識(喫煙防止における役割認知, 喫煙防止のための連携の重要性認知), 喫煙防止における連携の意識から喫煙防止に関する教育活動への参加(喫煙防止に関する教育活動への参加意欲)においてもそれぞれ正の因果係数(0.51, 0.58)が推定された。しかし、父親の結果では、我が子のタバコ入手の予測, 我が子の将来の喫煙予測, 喫煙防止に関する学校行事への参加経験, 喫煙に関するコミュニケーションがモデルを構成する変数として採択されなかった。

母親のモデルでは、父親のモデルにおいて示された結果に加えて、青少年の喫煙に対する態度・ピリーフから喫煙防止における連携の意識への弱い正の因果係数(0.14)が推定された。また、我が子の喫煙に対する危険認知(我が子のタバコ入手の予測, 我が子の将来の喫煙の予

測)から青少年の喫煙に対する態度・ピリーフに弱い負の因果係数(-0.20)が推定された。さらに、喫煙防止に関する教育活動への参加を構成する変数として、喫煙防止に関する学校行事への参加経験がモデル内に採択された。

これらから、青少年の喫煙に対する危険認知は、青少年の喫煙に対する態度・ピリーフを否定的にし、喫煙防止における連携の意識を高める効果がみとめられた。そして、青少年の喫煙に対する態度・ピリーフは、コミュニケーションなどの親子関係全般に関わる行動と我が子の喫煙に関わる行動に影響することが推定された。また、喫煙防止における連携の意識は、それに関する教育活動への参加を向上させることが推定された。なお、母親のモデルでは、我が子の喫煙に対する危険認知が、青少年の喫煙に対する態度・ピリーフを肯定的にするという効果がみとめられた。また、青少年の喫煙に対する態度・ピリーフは、喫煙防止における連携の意識を高めることが推定された。

以上の結果から、青少年の喫煙の危険性について親に啓発することは極めて重要なポイントであることを改めて理解すべきである。

D. 結論

欧米において開発された青少年の喫煙に関するプログラムの内容と介入評価研究の成果について、文献的に検討した。その結果、喫煙防止プログラムでは、喫煙開始時期に焦点を当てたプログラムが多く目立ったが、喫煙に対する肯定的な態度が形成され始める低年齢から喫煙開始時期までの系統的なプログラムが最も効果が期待できる点などで注目された。また、学校、家庭、地域社会との連携を視野に入れたプログラム開発が重要であることが示唆された。青少年のための禁煙プログラムでは、禁煙の成功率が20%~38%達成されるなど、欧米においては一定の効果が示されている。我が国でも、そうした青少年のための禁煙プログラムの開発が望まれる。

わが国の青少年の喫煙に関わる家庭の要因に

ついでに調査では、学校と家庭との連携推進を図るために親子で一緒に取り組めるプログラム開発が望まれていることなどが指摘された。今後さらに詳細に分析することが必要である。

引用文献

- 1) School Health—Findings From Evaluated Programs—, U.S. Department of Health and Human Services, Washington, D.C., 1993
- 2) Stanton WR and Smith KM: A critique of evaluated adolescent smoking cessation programs, *Journal of adolescence*, 25: 427-438, 2002
- 3) Beck KH, Shattuck T, Haynie D, Crump A, Simons-Morton B: Associations Between Parent Awareness, Monitoring, Enforcement and Adolescent Involvement with Alcohol, *Health Education Research*, 14(6): 765-75, 1999
- 4) Bauman KE, Ennett ST, Foshee VA, Pemberton M, Hicks K: Correlates of Participation in a Family-Directed Tobacco and Alcohol Prevention Program for Adolescents, *Health Education & Behavior*, 28(4): 440-61, 2001
- 5) 野津有司 (研究代表者) : 青少年の危険行動とその関連要因に関する研究, 平成 12~13 年度科学研究費補助金 (基盤研究 (C) (1)) 研究成果報告書
- 6) Beck KH and Lockhart SJ: A Model of Parental Involvement in Adolescent Drinking and Driving, *Journal of Youth and Adolescence*, 21(1): 35-51, 1992
- 7) Bush PJ, Zuckerman AE, Taggart VS, et al: Cardiovascular Risk Factor Prevention in Black School Children: The “Know Your Body” Evaluation Project, *Health Education Quarterly*, 16(2): 215-227, 1989
- 8) Bush PJ, Zuckerman AE, Theiss PK, et al: Cardiovascular risk factor prevention in black schoolchildren: two-year results of the “Know Your Body” program, *American Journal Of Epidemiology*, 129(3): 466-482, 1989
- 9) Resnicow K, Cohn J, Reinhardt J, et al: A Three-Year Evaluation of the Know Your Body Program in Inner-City Schoolchildren. *Health Education Quarterly*, 19(4): 463-480, 1992
- 10) Resnicow K, Cross D and Wynder E: The role of comprehensive school-based interventions. The results of four know your body studies, *Annals Of The New York Academy Of Sciences*, 623: 285-298, 1991
- 11) Resnicow K, Orlandi MA, Vaccaro D, Wynder E: Implementation of a pilot school-site cholesterol reduction intervention, *The Journal Of School Health*, 59(2), February 1989: 74-78, 1989
- 12) Taggart VS, Bush PJ, Zuckerman AE, Theiss, P K.: A process evaluation of the District of Columbia “Know Your Body” project, *The Journal Of School Health*, 60(2): 60-66, 1990
- 13) Walter HJ: Primary Prevention of Chronic Disease among Children: The School-Based “Know Your Body” Intervention Trials, *Health Education Quarterly*, 16(2): 201-214, 1989
- 14) Walter HJ, Wynder EL: The development, implementation, evaluation, and future directions of a chronic disease prevention program for children: the “Know Your Body” studies, *Preventive Medicine*, 18(1): 59-71, 1989
- 15) Walter HJ, Vaughan RD, Wynder EL: Primary prevention of cancer among children: changes in cigarette smoking and diet after six years of intervention, *Journal Of The National Cancer Institute*, 81(13): 995-999, 1989
- 16) Walter HJ, Hofman A, Vaughan RD and Wynder EL: “Modification of Risk Factors for

- Coronary Heart Disease: Five year Result of School-Based Intervention Trial” , The New England Journal of Medicine, 318(17): 1093-1100, 1998
- 17) Connell DB, Turner RR, Mason EF: Summary of findings of the School Health Education Evaluation: health promotion effectiveness, implementation, and costs, The Journal Of School Health, 55(8): 316-321, 1985
- 18) Owen SL, Kirkpatrick MA, Lavery SW, et al: Selecting and recruiting health programs for the School Health Education Evaluation, The Journal Of School Health, 55(8), 305-308, 1985
- 19) Moberg DP, Piper DL: An outcome evaluation of project model health: a middle school health promotion program, Health Education Quarterly, 17(1): 37-51, 1990
- 20) Cohen RY, Felix MR, Brownell KD: The role of parents and older peers in school-based cardiovascular prevention programs: implications for program development, Health Education Quarterly, 16(2): 245-253, 1989
- 21) Killen JD, Robinson TN, Telch MJ, et al: The Stanford adolescent heart health programme, Health Education Quarterly, 16: 263-283, 1989
- 22) Killen JD, Telch MJ, Robinson TN, Maccoby N, Taylor CB and Farquhar JW: Cardiovascular disease risk reduction for tenth graders. A multiple-factor school-based approach, The Journal Of The American Medical Association, 260(12): 1728-1733, 1988
- 23) Nelson GD, Cross FS and Kolbe LJ: “Introduction: Teenage Health Teaching Modules Evaluation,” Journal of School Health, 61(1): 20, 1991
- 24) Ross JG, Gold RS, Lavin AT, Errecart, M.T. and Nelson, G.D.: Design of the teenage health teaching modules evaluation, The Journal Of School Health, 61(1): 21-25, 1991
- 25) Errecart MT, Walberg HJ, Ross JG, Gold RS, Fiedler JL and Kolbe LJ: Effectiveness of teenage health teaching modules, The Journal Of School Health, 61(1): 26-30, 1991
- 26) Gold RS, Parcel GS, Walberg HJ, LuePker RV, Portnoy B and Stone EJ: “Summary and Conclusions of the THTM Evaluation: The Expert Work Group Perspective.” , Journal of School Health, 61(1): 39-42, 1991
- 27) Smith DW, Zhang JJ, Colwell B: Pro-innovation Bias: The Case of the “Giant Texas SmokeScream.” , Journal of School Health, 66(6): 210-213, 1996
- 28) David FS, et al: Evidence of the Dose Effects of an Antitobacco Counteradvertising Campaign, Preventive Medicine, 35(5): 511-518, 2002
- 29) Correspondence from Tom Williams, EpD: Fayetteville Senior High Health Education, dated October 26, 1992
- 30) Brannon BR, Dent CW, Flay BR, et al: “The television, school, and family project” , Preventive Medicine, 18(4): 492-502, 1989
- 31) Elder JP, Litrownik AJ, Slymen DJ, et al: Tobacco and alcohol use? prevention program for Hispanic migrant adolescents, American Journal of Preventive Medicine, 23 (4): 269-275, 2002
- 32) Pentz MA, Dwyer JH, MacKinnon DP, Flay BR, Hansen WB, Wang EY, Johnson CA: A multicomunity trial for primary prevention of adolescent drug abuse. Effects on drug use prevalence, The Journal of American Medical Association, 261(22):

- 3259-366, 1989
- 33) Rohrbach LA, Hodgson CS, Broder BI, et al: Parental Participation in Drug Abuse Prevention: Results From the Midwestern Prevention Project, *Journal of Research on Adolescence*, 4(2): 295-317, 1994
- 34) Perry CL, Williams CL, Komro KA, et al: The Minnesota DARE PLUS Project: Creating Community Partnerships to Prevent Drug Use and Violence, *Journal of School Health*: 70(3): 84-88, 2000
- 35) Perry CL, Komro KA, Veblen-Mortenson S, et al: A Randomized Controlled Trial of the Middle and Junior high School D.A.R.E. and D.A.R.E. Plus Programs, *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*: 157(2): 178-184, 2003
- 36) Luepker RV, Perry CL, McKinlay SM, et al: Outcomes of a Field Trial to Improve Children's Dietary Patterns and Physical Activity. The Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health (CATCH), *The Journal of American Medical Association*: 275(10): 768-776, 1996
- 37) Elder JP, Perry CL, Stone EJ, et al: Tobacco Use Measurement, Prediction, and Intervention in Elementary Schools in Four States: The CATCH Study, *Preventive Medicine*, 25(4): 486-494, 1996
- 38) Perry CL, Pirie P, Holder W, Halper A, Dudovitz B: Parent involvement in cigarette smoking prevention: two pilot evaluations of the "Unpuffables Program", *Journal of School Health*, 60(9): 443-447, 1990
- 39) Perry CL, Kelder SH, Murray DM, Klepp KI: Communitywide smoking prevention: long-term outcomes of the Minnesota Heart Health Program and the Class of 1989 Study, *American Journal of Public Health*, 82(9): 1210-1216, 1992
- 40) Coher DA, Linton KL: Parent Participation in an adolescent drug abuse prevention program, *Journal of Drug Education*, 25(2): 159-169, 1995
- 41) Mills D: Smoking cessation in high school, *Health Education* 9: 5? 7, 1978
- 42) Perry C, Killen J, Telch M, Slinkard L and Dahnaher B: Modifying smoking behaviour of teenagers: a school based intervention, *American Journal of Public Health*, 70: 722? 725, 1980
- 43) Grambau M: Smoking intervention programme in a junior high school, *Health promotion in the schools*, Health promotion in the school, Jins J, Wagner D and Maher C, New York, Haworth Press, 1980
- 44) Goldberg M and Gorn G: Increasing the involvement of teenage cigarette smokers in anti smoking campaigns, *Journal of Communication* 32(1): 75? 86, 1982
- 45) Lotecka L and MacWhinney M: Enhancing decision making behaviour in high school smokers, *The International Journal of the Addictions*, 18: 479? 490, 1983
- 46) Perry C, Killen J, Burke A and Maccoby N: High school smoking prevention: the relative efficacy of varied treatments and instructions, *Adolescence* XVII: 562? 566, 1983
- 47) Patterson C: Junior high stop smoking groups. *School Counselor*, 31: 480? 481, 1984
- 48) Garrity R: An evaluation of approaches to smoking cessation for adolescents, ACT Alcohol and Drug Service National Campaign Against Drug Abuse, Canberra, 1992
- 49) Frank U: Your choices-smoking awareness programme, Drug Education Network ACT Cancer Society, Canberra, 1994
- 50) Digiusto, E: Pros and cons of cessation interventions for adolescent smokers at

school. In: R. Richmond, Editor, Interventions for smokers: an international perspective, Williams and Wilkins, Baltimore, 1994

- 51) St Pierre R, Shute R, Jaycox S: Youth helping youth: a behavioural approach to the self-control of smoking, Pennsylvania State University, Pennsylvania, 1994
- 52) Pallonen U, Velicer W, Prochaska J, et al.: Computer based smoking cessation interventions in adolescents: description, feasibility, and six month follow-up findings, Substance Use and Misuse 33: 935-965, 1988
- 53) Cummings SR, Coates TJ, Richard RJ, et al.: Training physicians in counseling about smoking cessation. A randomized trial of the "Quit for Life" program, Annals Of Internal Medicine, 110(8): 640-647, 1989
- 54) Stanton W, Lowe J and Gillespie A: Adolescents' experiences of smoking cessation, Drug and Alcohol Dependence 43: 63-70, 1996
- 55) Smith T, House R, Croghan I, et al.: Nicotine patch therapy in adolescent smokers, Pediatrics 98: 659-667, 1996
- 56) Skolderbrand J and Gahnberg L: Tobacco preventive measures by dental care staff. An attempt to reduce the use of tobacco among adolescents, Swedish Dental Journal, 21: 49-54, 1997
- 57) Colby S, Monti P, Barnett N, et al: Brief motivational interviewing in a hospital setting for adolescent smoking: a preliminary study, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66: 574-578, 1998

E. 健康危険情報

この研究において、健康危険情報に該当する

ものはなかった。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Takashi Sakamoto, Yuji Nozu, Motoi Watanabe, Hideki Iwata, Motoyoshi Kubo, Keiichi Kuniyoshi and Yuki Satou: Evaluation of teacher training program for Japanese school nurses teaching health classes, Japanese Journal of School Health, 2002, Vol.43 Supplement, pp.17-18.
- 2) Yuji Nozu, Nobuhiro Kikuchi, Yoshiko Kawahara, Kazumi Irikoma, Masako Chida, Reiko Nakashita, Noriko Kubo, Tomoko Endo, Motoi Watanabe and Hideki Kito: Effects of Drug Abuse Resistance Program (DARP) Among High School Students: 3-month Follow-up Results, Japanese Journal of School Health, 2002, Vol.43 Supplement, pp.67-68.
- 3) Nobuyuki Shibata, Yoshiko Okasaka, Yuji Nozu and Tsunetsugu Munakata: Research on the problem of group drinking in university students? For students majoring in Physical Education and Education-, Japanese Journal of School Health, 2002, Vol.43 Supplement, pp.69-70.
- 4) 野津有司, 植田誠治. これからの教科「保健」を考える－教科再編を視野に入れて, 私たちは何ができるのか, また何をなすべきなのか－. 学校保健研究, 2002, 43(6):459-463.
- 5) 増居志津子, 野津有司, 木下朋子, 中村正和. グループ学習・通信教育 禁煙サポートマニュアル. 中村正和, 大島 明編. 東京, 法研, 2002.
- 6) 石川哲也, 浅野牧茂, 野津有司, 他. 喫煙, 飲酒, 薬物乱用防止に関する用語事典. 日本学校保健会編. 日新社, 2002.
- 7) 野津有司. 「保健体育」保健分野の評価規準の作成と活用, 中学校 評価規準の作成と活用. 教育開発研究所, 2002, pp.47-52.

- 8) 野津有司. 喫煙・薬物乱用防止教育プログラムの開発から—Tsukuba Health Education (THE) Studyを中心に—. 健康教室, 2002, 11月増刊号:94-111.
- 9) 野津有司. 小学校・新学習指導要領と養護教諭—保健学習, TT, 評価—. 健, 2002, 31(6): 21-23.
- 10) 野津有司. 思春期における性・エイズ教育をどう進めるか. 一橋情報, 2002, 18-22.

2. 学会発表

- 1) 野津有司, 荒川長巳, 市村國夫, 下村義夫, 渡邊正樹, 渡部基, 国吉恵一, 久保元芳, 佐藤幸, 柴田宣之, 藤山博英: 我が国における青少年危険行動全国調査 2001—ベースラインとしての調査の内容と方法について—, 第49回日本学校保健学会, pp.154-155, 札幌市, 2002. 9.
- 2) 柴田宣之, 野津有司, 国吉恵一, 久保元芳, 佐藤幸, 藤山博英, 荒川長巳, 市村國夫, 下村義夫, 渡邊正樹, 渡部基: 我が国における青少年危険行動全国調査 2001—喫煙, 飲酒, 薬物乱用について—, 第49回日本学校保健学会, pp.378-379, 札幌市, 2002. 9.
- 3) 国吉恵一, 野津有司, 久保元芳, 佐藤幸, 柴田宣之, 藤山博英, 荒川長巳, 市村國夫, 下村義夫, 渡邊正樹, 渡部基: 我が国における青少年危険行動全国調査 2001—交通安全, 暴力, 自傷行為について—, 第49回日本学校保健学会, pp.428-429, 札幌市, 2002. 9.
- 4) 渡部基, 野津有司, 国吉恵一, 久保元芳, 佐藤幸, 柴田宣之, 藤山博英, 荒川長巳, 市村國夫, 下村義夫, 渡邊正樹: 我が国における青少年危険行動全国調査 2001—性的行動について—, 第49回日本学校保健学会, pp.436-437, 札幌市, 2002. 9.
- 5) 佐藤幸, 野津有司, 国吉恵一, 久保元芳, 柴田宣之, 藤山博英, 荒川長巳, 市村國夫, 下村義夫, 渡邊正樹, 渡部基: 我が国における青少年危険行動全国調査 2001—身体運動および食行動について—, 第49回日本学校保健学会, pp.498-499, 札幌市, 2002. 9.
- 6) 久保元芳, 野津有司, 国吉恵一, 佐藤幸, 柴田宣之, 藤山博英, 荒川長巳, 市村國夫, 下村義夫, 渡邊正樹, 渡部基: 我が国における青少年危険行動全国調査 2001—関連要因について—, 第49回日本学校保健学会, pp.406-407, 札幌市, 2002. 9.
- 7) 岩田英樹, 野津有司, 渡部基, 久保元芳, 柴田宣之: 学校健康教育における学習方法としてのロールプレイングの意義と課題, 第49回日本学校保健学会, pp.252-253, 札幌市, 2002. 9.
- 8) 和唐正勝, 野津有司: これからの教科「保健」を考える—教科「保健」への期待—, 第49回日本学校保健学会, 札幌市, p.63, 2002.9.

G. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)
この研究において、知的財産権に該当するものはなかった。