

非喫煙者から見て、喫煙者はどのようにあるべきと思いますか。最も近いものをお答えください。

- A4-1 喫煙者のあるべき姿
- ①本人の健康を重視して禁煙すべきである
  - ②他人への迷惑を重視して禁煙すべきである
  - ③喫煙するかしないかは本人の自由だが、喫煙マナー、分煙の徹底が必要である
  - ④本人の自覚にまかせればよい
  - ⑤わからない

平成15年5月に「健康増進法」が施行され、その一部に「公共の場所での分煙」が努力目標として挙げられています。公共の場所とは「学校、体育館、病院、劇場、観覧場、集会場、展示場、百貨店、事務所、官公庁施設、飲食店その他多数の者が利用する施設」で「室内又はこれに準ずる環境」にあたる場所とされています。このことをご存知でしたか。この調査に参加する以前の状態についてお答えください。

#### A4-2 法令の理解

- ①法律ができたことも分煙についての項目があることも知らなかった
- ②法律ができたことは知っていたが、分煙については全く知らなかった
- ③法律ができたこと、分煙についての概要は知っていた
- ④法律ができたこと、分煙についての比較的細かい内容を知っていた

基準を満たす分煙設備を作るには経費と場所が必要だと言われています。公共の場所での分煙推進の現状、今後の対策、経費負担についてお考えをお聞かせください。それぞれについて最も近いものを一つ選んでください。

#### A4-3 分煙の現状と対策

- ①現状でもおおむね分煙が達成されている
- ②分煙は不十分なので、主として設備の充実を図るべきだ
- ③分煙は不十分なので、主として喫煙者の自覚を促すべきだ
- ④分煙は不十分なので、罰則など強制力を伴う措置が必要だ
- ⑤分煙ではなく、喫煙者には禁煙させるべきだ

#### A4-4 経費負担

- ①利用料をとるなど主として設備の利用者に求めるべきだ
- ②サービスの一環として主として施設が負担すべきだ
- ③健康政策の一環として主として税金で負担すべきだ
- ④利用者と施設が共同して負担すべきだ
- ⑤施設の負担と公的補助で負担すべきだ

- ⑥利用者と公的補助で負担すべきだ
- ⑦利用者、施設、公的補助で負担すべきだ
- ⑧経費の無駄であるから、分煙設備を設置すべきでない

#### A4-5 個人に対する対策

- ①強制力を伴う禁煙推進が必要
- ②教育的な禁煙推進が必要
- ③分煙の徹底、マナーの向上についての教育が必要
- ④個人の自覚にまかせれば良い
- ⑤個人の趣味・嗜好に対する介入はすべきでない

医療従事者の喫煙をどう思いますか。最も近いものを一つお答えください。

#### A5-1 医療従事者の喫煙対策

- ①患者に禁煙を指導するからには、自分も日常的に禁煙すべきである
- ②職場であることを重視し、病院内では禁煙すべきである
- ③職場であることを重視し、病院内では分煙すべきである
- ④患者への身体的、精神的影響を重視し、病院内では禁煙すべきである
- ⑤患者への身体的、精神的影響を重視し、病院内では分煙すべきである
- ⑥医療従事者であっても一般個人と同様に考えればよい

患者に対する医師、病院の喫煙対策はどのようにあるべきと思いますか。最も近いものをお答えください。ここで喫煙対策とは、禁煙指導、病院内での喫煙の制限あるいは禁煙、自動販売機の撤去などを指します。

#### A5-2 患者への対応

- ①健康を守る立場にあるのだから、患者、健常者の別なく厳しい喫煙対策が必要である
- ②病気であるからには、健常人に対するよりも厳しい喫煙対策が必要である
- ③病気と喫煙との関係の強さに応じた喫煙対策が必要
- ④健康への害は説明すべきだが、どうするかは患者の自由意思にまかせるべきである
- ⑤特別な喫煙対策は必要ない

以下の疾患のうち、「喫煙者の死亡確率が非喫煙者の10倍以上である」と思うものをすべて選んで下さい。

#### A6-1 喫煙による死亡リスク

- ①脳卒中
- ②肺がん
- ③食道がん
- ④胃がん
- ⑤心筋梗塞
- ⑥膀胱（ぼうこう）がん
- ⑦この中にはひとつもないと思う
- ⑧よくわからない

あなたの最近1週間の健康状態はいかがでしたか。同世代の人と比較してお答えください。

A7-1 健康状態

- ①とてもよい
- ②よい
- ③普通
- ④悪い
- ⑤とても悪い

あなたにはかかりつけ医（体調が悪いときにまず相談する決まった医師や医院）がありますか。

A7-2 かかりつけ医の有無

- ①はい
- ②いいえ

以上で質問は終わりです。ご協力ありがとうございました。

B 票－禁煙者向け質問

A 票 1-1～1-5 と同一

これまでの喫煙期間の合計が6ヶ月以上、または本数の合計が100本以上でしたか。

1-6 喫煙歴

- ①はい
- ②いいえ

過去の1日の喫煙本数を平均するとおよそ何本でしたか

1-7 喫煙本数

- ①9本以下
- ②10～19本
- ③20～29本
- ④30～39本
- ⑤40～49本
- ⑥50～59本
- ⑦60本以上

喫煙を開始したのはおよそ何歳の時ですか

1-8 喫煙開始年齢 ( ) 歳

継続的に喫煙していた期間を合計するとおよそ何年になりますか

1-9 喫煙期間 およそ ( ) 年 ( ) ヶ月

タバコを吸わなくなったきっかけは何ですか。最も近いものをお答えください。

B2-1 禁煙理由

- ①病気になった、または体調を悪くしたから
- ②健康に害があることを知ったから
- ③医師の指示があったから
- ④他人の迷惑になるから
- ⑤吸いにくい環境になったから（公共の場、職場、家庭など）
- ⑥特に吸いたいわけではないから
- ⑦経済的理由から

医師、または病院から禁煙などについての指導を受けましたか。最も近いものをお答えください。

B2-2 禁煙指導の有無

- ①かかっている病気の治療のために禁煙・節煙が必要といわれた
- ②かかっている病気とは無関係に健康への害を説明された
- ③特に指導されたことは無い

これまで何回くらい禁煙を試みましたか

B2-6 禁煙試行回数

およそ ( ) 回

最も長期間禁煙できた期間はどれくらいでしたか

B2-7 禁煙期間

およそ（ ）年（ ）ヶ月

禁煙は主として自助努力によるものでしたか

B2-8 禁煙方策

- ①はい
- ②いいえ

自助努力以外にどのような支援を受けましたか。あてはまるもの全てを選んでください。

B2-9 禁煙支援の方法

- ①病院や医院の外来による支援
- ②病院や医院の入院による支援
- ③禁煙教室（保健所など）
- ④その他

禁煙にあたって、ニコチンパッチを使用しましたか。

B2-10 ニコチンパッチの使用

- ①はい
- ②いいえ

禁煙にあたって、ニコチンガムを使用しましたか。

B2-11 ニコチンガムの使用

- ①はい
- ②いいえ

あなたにとって禁煙の達成に最も役立ったことは何だと思いますか。最も近いものをお答えください。

- B2-12 禁煙に必要なこと
- ①健康に及ぼすタバコの害を自覚すること
  - ②他人への迷惑を自覚すること
  - ③医師など専門家の指導
  - ④禁煙を志す仲間の存在（禁煙サークルなど）
  - ⑤家族や周囲の人のはげましや協力
  - ⑥周囲（家族、職場、医師）からの圧力
  - ⑦適切な禁煙方法の選択（ニコチンパッチ、ガムの使用など）
  - ⑧分からない

⑨その他

禁煙して、最も良かったと思うことは何ですか。最も近いものをお答えください。

- B2-13 禁煙の利益
- ①実際に病気や健康状態が改善した
  - ②日常生活が快適になった
  - ③食事が美味しくなった
  - ④他人に迷惑をかけることが無くなった
  - ⑤周囲から圧力を受けることが無くなった
  - ⑥経済的に楽になった
  - ⑦特に良かったと思うことはない
  - ⑧その他

A票 A3-1～A3-2、A4-1～A4-5、A5-1～A5-2、A6-1、A7-1～A7-2 と同一

以上で質問は終わりです。ご協力ありがとうございました。

C票－喫煙者向け質問

A票 1-1～1-5 と同一

B票 1-6～1-9 と同一

あなたは現在、喫煙の習慣を変えようと思っていますか。最も近いものをお答えください。

- C2-1 禁煙意思
- ①努力してでも禁煙したい
  - ②簡単な方法があれば禁煙したい
  - ③タバコをやめようとは思わないが、  
本数を減らす、軽いタバコに変えることはしたい
  - ④現状維持でよい

禁煙または節煙したいとお考えの方だけにお尋ねします。あなたが喫煙の習慣を変えようと思う理由はなんですか。最も近いものをお答えください。

- C2-2 禁煙・節煙しようとする理由
- ①病気になった、または体調を悪くしたから
  - ②健康に害があると思うから
  - ③医師の指示があるから

- ④他人の迷惑になるから
- ⑤吸いにくい環境になったから（公共の場、職場、家庭など）
- ⑥特に吸いたいわけではないから
- ⑦経済的理由から

現状維持したいとお考えの方だけにお尋ねします。あなたが喫煙の習慣を変えない理由はなんですか。最も近いものをお答えください。

C2-3 現状維持しようとする理由

- ①健康に害があるとは思えないから
- ②健康への害は理解しているが重大な害とは思えないから
- ③健康よりも好きなことを続ける方が大切だと思うから
- ④習慣を変えようとしてもうまくいかないから
- ⑤その他

医師、または病院から禁煙などについての指導を受けたことがありますか。最も近いものをお答えください。

C2-4 禁煙指導の有無

- ①かかっている病気の治療のために禁煙・節煙が必要といわれた
- ②かかっている病気とは無関係に健康への害を説明された
- ③特に指導されたことは無い

これまでに禁煙、節煙を試みたことがありますか。あてはまるものをいくつか選んでください。

C2-5 禁煙・節煙歴

- ①禁煙を何度か試みているがうまくいかない
- ②禁煙を試みたことはあるが、うまくいかなかったのであきらめている
- ③タバコの本数を減らすのに成功している
- ④タバコの本数を減らそうとしたがうまくいかなかった
- ⑤軽いタバコに変えることに成功している
- ⑥軽いタバコに変えようとしたがうまくいかなかった
- ⑦禁煙・節煙を試みたことはない

これまで何回くらい禁煙を試みましたか

C2-6 禁煙試行回数

およそ（ ）回

以下は禁煙を試みた方だけお答えください。あてはまらない方は C2-11 禁煙・節煙に必要なことへお進みください。

最も長期間禁煙できた期間はどれくらいでしたか

C2-7 禁煙期間

およそ（ ）年（ ）ヶ月

禁煙は主として自助努力によるものでしたか

C2-8 禁煙方策

- ①はい
- ②いいえ

自助努力以外にどのような支援を受けましたか。あてはまるもの全てを選んでください。

C2-9 禁煙支援の方法

- ①病院や医院の外来による支援
- ②病院や医院の入院による支援
- ③禁煙教室（保健所など）
- ④その他

禁煙にあたって、ニコチンパッチを使用しましたか。

C2-10 ニコチンパッチの使用

- ①はい
- ②いいえ

禁煙にあたって、ニコチンガムを使用しましたか。

C2-11 ニコチンガムの使用

- ①はい
- ②いいえ

あなたにとって禁煙や節煙の達成に役立つことがあるとすれば、それは何だと思えますか。最も近いものをお答えください。

- C2-12 禁煙・節煙に必要なこと
- ①健康に及ぼすタバコの害を自覚すること
  - ②他人への迷惑を自覚すること
  - ③医師など専門家の指導
  - ④禁煙・節煙を志す仲間の存在（禁煙サークルなど）
  - ⑤家族や周囲の人のはげましや協力

- ⑥周囲（家族、職場、医師）からの圧力
- ⑦適切な禁煙・節煙方法の選択（ニコチンパッチ、ガムの使用など）
- ⑧禁煙・節煙しようと思わないので分からない
- ⑨その他

禁煙・節煙の結果、最も期待することは何ですか

C2-13 禁煙・節煙の利益

- ①病気や健康状態が改善すること
- ②日常生活が快適になること
- ③食事が美味しくなること
- ④他人に迷惑をかけることが無くなること
- ⑤周囲から圧力を受けることが無くなること
- ⑥経済的に楽になること
- ⑦特に期待することはない
- ⑧その他

引き続き質問にお答えいただく前に、以下の説明をお読みください。

現在、禁煙を試みる際には大きく分けて、医療機関への受診、保健所等での禁煙教室、あるいは、いずれにも行かずご自身で行う、という3種類の方法があります。

医療機関への受診は、医師による禁煙指導が行われ、しばしばニコチンパッチが使用されます。ニコチンパッチは貼り薬で、現在60カ国以上の国で使用されています。また最近では30カ国以上でニコチンガムと同様、禁煙希望者が入手しやすいように薬局での購入ができるように切り替えがなされつつありますが、日本では医師の診断、処方が必要です。現在、約300箇所の医療機関で禁煙外来が行われています。ニコチンパッチは服用し始めてから10週間後に33.9%の禁煙率を達成するとされています。

保健所等での禁煙教室は、禁煙のための情報やサポートが受けられるプログラムで、ニコチンガムやニコチンパッチが使用されることはありません。禁煙教室では、禁煙の進め方の指導、ニコチンパッチやニコチンガムなどの使用、医療機関の紹介などの情報提供とともに、禁煙を志す仲間とも知り合う機会にもなります。禁煙教室は期間や方法がさまざまありますが、もっとも高くして39.5%の禁煙率が達成されるとされています。

いずれにも行かない場合としては、まず、自分で読んで内容がわかるよう作られた「禁

煙セルフヘルプガイド」があります。また、医療機関への受診を必要とせず、薬局で購入できるニコチンガムを購入し服用できます。ニコチンガムは、1978年のスイスでの認可を皮切りに現在60カ国以上の国で使用されています。これは、服用し始めてから12週間後で40%の禁煙率を達成するとされています。また、現在日本ではニコチンパッチの使用には医療機関への受診が必要ですが、将来日本においてもニコチンガム同様医療機関への受診なしにニコチンパッチを購入、使用できる可能性もあります

「コンジョイント質問票」(大久保一郎らによる)  
5種類の異なるストーリーを回答者ごとに無作為に割り付ける

A票 A3-1~A3-2、A4-1~A4-5、A5-1~A5-2、A6-1、A7-1~A7-2 と同一

以下ではプライバシーに関することをお尋ねします。この情報は、いろいろな禁煙プログラムの効果と費用負担の関係を分析する際に使用されます。それ以外の目的には使用しません。お答えになるのが難しい場合には空白としていただいてもかまいませんが、先に説明したようにプライバシーを守りますので、回答にご協力いただければ幸いです。

あなたの職業を教えてください。

C8-1 職業

- ①会社、団体等の職員・公務員
- ②会社・団体の役員
- ③自営業・自営手伝い
- ④パート・アルバイト
- ⑤主に家事従事
- ⑥学生
- ⑦その他

あなたは現在配偶者（事実婚を含む）と同居していますか。

C8-2 配偶者の有無

- ①はい
- ②いいえ

あなたはお子さんをお持ちですか。お持ちの場合は末子の方の年齢を教えてください。

C8-3 子供の有無

- ①はい C8-4 末子の年齢 ( ) 歳
- ②いいえ

あなたの年収を教えてください。

C8-5 年収

- ①なし
- ②若干あるが 100 万円未満
- ③100～300 万円
- ④300～500 万円
- ⑤500～700 万円
- ⑥700～1000 万円
- ⑦1000～2000 万円
- ⑧2000 万円以上

あなたは現在、学校に在学中ですか

C8-6 就学状況

- ①はい
- ②いいえ

あなたの最終学歴、または在学中の学校を教えてください。

C8-7 学歴

- ①小学校
- ②中学校
- ③高等学校
- ④専門学校
- ⑤短大・高専
- ⑥大学
- ⑦大学院
- ⑧その他

以上で質問は終わりです。ご協力ありがとうございました。

厚生労働科学研究費補助金（がん予防等健康科学総合研究事業）  
分担研究報告書

効果的な禁煙手法の開発  
—効果的な喫煙防止対策—

分担研究者 大森 豊緑 国立がんセンター 政策医療企画課長

喫煙者を減らすための対策として、現在喫煙している者を禁煙させることと併せて、新たに喫煙を始める者を減らすこと、とりわけ若年者の喫煙を防止することが重要である。

我が国においても喫煙の低年齢化が深刻になっており、最近では「小中学生の常習化も目立つようになってきた」ことが全国紙で報道された。若年者の喫煙は、環境により左右され易く、常習化し易いとも言われている。また、若年者の喫煙は非行や薬物中毒にも繋がる可能性も高い。こうしたことから、今年度は米国におけるさまざまなたばこ対策の評価について総括するとともに、若年者の喫煙を防止するための手法について、米国における研究成果を中心に検討した。

## I 米国におけるたばこ対策の評価

### 1. 米国におけるたばこ対策の背景

米国におけるたばこ対策の歴史には、次の2つの問いが絶えず投げかけられているとされる。

1) 25%という米国における現在の喫煙率は、公衆衛生の成功と言える数値なのか、それとも失敗し続けているという証拠なのか。

2) なぜ喫煙率の減少ペースが速まらないのか。

健康に悪影響を与えるという決定的な証拠があるにもかかわらず、米国における喫煙率の減少ペースは一向に速まっていない（1960年代半ばから平均年0.5パーセントの割合で減少）。さらに、現在の減少傾向は、下降曲線が下降を中断しているという疫学的兆候を示しており、逆の現象が起きている集団もあるとされる。

しかし、Fig.1.1に示すように、喫煙者、または将来喫煙者になる可能性のある予備軍に向けられる影響力は、単に喫煙は人間の健康に害を及ぼすという認識よりはるかに複雑で捉えにくい。たばこを吸い始めるかどうか、という決断を下す分岐点にいる若者は、次に挙げるさまざまな要因に影響される。

- ① 嫌煙を奨励する健康教育のプログラムが存在するかどうか
- ② たばこ入手を規制するものが存在するかどうか

- ③ たばこ製品の内容やたばこ包装の規制が存在するかどうか
- ④ 深く浸透した周囲の道德規範（例えば、仲間からの圧力）
- ⑤ 喫煙が認知され普及しているという事実
- ⑥ たばこ製品のコマーシャル
- ⑦ 地域の社会規範
- ⑧ タバコの値段
- ⑨ その他の経済的政策
- ⑩ 個人的な、心理社会的要因

これらの影響要因の周辺には、要因に対抗する形で複雑な経路が張り巡らされており、これらの経路を通してたばこ業界のさまざまな影響力が現われる。具体的には、既に受容されている社会規範を変えてしまうほどの影響力を持つ広告や宣伝、喫煙を温存してしまう規制の変更や規制妨害、経済政策に影響を及ぼす政治的構造、たばこの摂取を奨励する反教育的な影響力などである。

喫煙が公衆衛生にとって脅威であるということは、広く認識されているにもかかわらず、喫煙は予想よりずっとゆっくりとしたペースでしか減少していない。一方、喫煙の減らそうとする力は、「介入」である。Fig.1.2 のとおり、Ramstrom (1995) は、「介入」が喫煙に与える影響という点から、以下の4つに区分している。そして、これらの介入はすべて、その過程と結果において密接に関連している。

- ① 禁煙という規範を作ること
- ② 喫煙を促進する刺激を減らすこと
- ③ 禁煙の動機づけを強化すること
- ④ 禁煙の妨害を減らすこと

## 2. 米国における喫煙対策とその評価

1) 喫煙の開始や持続を防止するためにさまざまな取り組みがなされているが、たばこ産業によるたばこ宣伝の蔓延という対抗勢力に妨害されている (Fig.1.1)。喫煙が健康に悪影響を及ぼすという確固たる証拠があるにも関わらず、たばこの宣伝は続いている。

2) 現行の喫煙減少に向けたアプローチとして、教育的、臨床的、規制的、経済的、そして包括的なものがある。これらのアプローチは、相互に関連し合っており、技術面及び効果の判定基準の面においてかなり異なっているため、これらの有効性の序列をつけることは困難である (Fig.1.2)。

3) 効果範囲が最も大きいアプローチは、経済的、規制的、そして包括的アプローチ

である。これらは、長期的で広範囲の効果をもたらすと考えられる。反対に、効果範囲が小さいとされる教育的、臨床的アプローチは、個人が喫煙を我慢したり、断念したりするには、効果的である (Table 1.1)。

4) 比較的効果を上げている取り組みとして、以下のようなものがある (Table 1.2)。

- 地域密着型またはマスコミベース型の教育的介入は、青少年の喫煙開始を 20～40 パーセント延期または防止する。
- ニコチン依存症の薬物治療に行動科学的な援助を取り入れることにより、治療を受けた喫煙者の 20～25 パーセントが、治療後 1 年間禁煙状態を保つことが可能となる。医師による禁煙をすすめる忠告は、これに比べると集中度の点で劣るが手段であるが、5～10 パーセントの禁煙成功率を示している。
- 特に若者を対象にした広告や宣伝の規制は、たばこの流行と喫煙開始の防止に効果を上げている。
- 空気環境規制と未成年のたばこ入手制限は、喫煙に対する社会的規範に変化を生み出し、たばこの流行に直接歯止めをかける可能性がある。
- たばこ製品に対する適度な課税は、喫煙の普及を減らし、たばこの消費を減らすのに効果的である。これは、長期的には、たばこの健康への悪影響を減らすことにもつながる。

5) 喫煙減少に向けた取り組みの効果は、さまざまな方法で測定されているが、対策同士が相乗的に作用し合ったため、過小評価される傾向がある。しかし、相乗的に効果を上げるという可能性も検証されているため、包括的アプローチの必要性が強調されている。

### 3. 喫煙対策をめぐる諸問題

実施された喫煙防止対策の有効性に関する質的評価を行うためには、活動例自体が序列づけの基盤を提供するが、さらに別の枠組みが必要である。それは、①活動を実施している団体がどのようなものか (個人、非政府市民団体、非政府組織、あるいは政府組織)、そして②活動がどのような組織レベル (地域、州、国、または国際レベル) で実施されるのか、といった枠組みである。

喫煙減少に向けた活動を評価するための特定のルールは無いため、活動の相対的有

効性はそれぞれの取り組みが実施される状況によって異なってくる。例えば、地域における喫煙減少に向けた取り組みとして、法規制（効果の範囲は大きい）、学校における教育的プログラム（効果の範囲は小さい）、ニコチン依存治療の促進（さらに小さい集団が対象）が挙げられる。また特殊な地域環境は、特定の活動に影響するであろうし、政府は政治的環境にしたがって、経済的対策を施し、規制措置に力を入れるであろう（両者の介入は、長期的、広範囲の影響を持つ）。

したがって、喫煙減少に向けた取り組みは、相対的に序列のあるものではなく、並列するものである。どの対策を用いるかは、取り組みが行われる特定の状況によって決定される。いずれの取り組みも、「たばこ業界の宣伝」という同じ対抗勢力に立ち向かうものであるが、論理的に考えれば、障害物に対し最大かつ直接的な打撃を与えるためには、大規模な（経済的、規制的）対策が有効といえる。しかし、大規模な対策がうまく機能するためには、国民の姿勢や社会規範が重要である。そして、国民の姿勢と社会規範は、確実に他の対策の影響を受ける。

1990年代に入って、喫煙減少に向けた公衆衛生対策を成功させるには、さまざまな局面における活動が必要であることが次第に明らかになり、将来の喫煙減少対策の指針として、「包括的アプローチ」（複数の対策を組み合わせるによって起こる相乗効果を最大限に利用する取り組み）が生まれた。この複合的アプローチは、実施される複数の対策が、相互に依存することを前提としているため、介入に序列をつけるといった問題は現実的に意味がなく、優れた調整力と結合力を持った構造基盤が必要となる。

包括的アプローチが、個別のアプローチよりも優れていることを証明する科学的証拠は米国においても存在しないが、20世紀のたばこ対策における苦い経験や過去10年間で社会的規範を変化させたという成功経験を鑑みれば、包括的アプローチの有効性は大いに期待できる。

#### 4. 教育的アプローチ

たばこ防止の教育プログラムの計画及び評価法は、過去20年の間に相当進歩した。初期の研究は、学校を背景にしたものに限定され、短期的で影響力の弱いものになりがちであった。また一つの手法しか持ち合わせていなかったために、たばこ防止運動の多様な背景を無視する傾向があった。

最近の研究では、プログラムの規模、行われた範囲、効果の長さが、いずれも大きくなっている。特に学校以外の背景を取り入れた、多くの大規模な多角的プログラムが試みられた。また評価法の向上によって、これらの研究報告書の妥当性は、一層信頼できるものになった。大規模な研究を通じて有効性の一貫性が認められたことによ

って、プログラムに重要な複合的要素が含まれている限り、たとえ環境は異なっても、一定の効果が得られる可能性があることも証明された。

これまでの主な研究成果として、学校を拠点にした社会影響プログラムの成功がある。これは、喫煙行動に著しい短期的効果があったとされる。また、喫煙が開始されてから一定の期間内に、より多くの教育的接点をもつプログラムの方が、効果的であることが明らかになった。プログラムには広範囲に亘る教育が求められるからである。強力な喫煙防止学校プログラムは、積極的に父兄を取り込んだ取り組みやマスコミや他の地域団体などの強力な媒体を介した集中対策と組み合わせられた取り組みの場合に、高校卒業まで、さらにそれ以降の長期に亘り効果が持続した。こうした研究成果は、国の「たばこ防止に向けた学校プログラムのためのガイドライン」に盛り込まれている。

たばこ防止教育プログラムの有効性については、一連の大規模な研究により検証されている。そして、これらの研究成果は、カリキュラム、勧告、提案の作成等の広範囲に役立てられ、学校向けの国のガイドラインにも盛り込まれている。ガイドラインの実施は、米国における 20～40 パーセントの青少年の喫煙開始を遅らせ、または防ぐことができる。しかし、残念ながら、科学的根拠に基づいたカリキュラムや国のガイドラインは、あまり広範囲に学校教育に取り入れられていない。疾病対策予防センターによる「喫煙とたばこ依存防止の学校健康プログラムのためのガイドライン」（1994 年）を柱とするカリキュラムを取り入れている学校は、全国で 5 パーセントにも満たない。1994 年には、全国の 3 分の 2（62.8 パーセント）に及ぶ学校が、無煙環境づくりに取り組んだが、校内完全無煙環境を徹底した学校は、それよりもずっと少なく 36.5 パーセントに過ぎなかった。

禁煙防止の教育的対策の実施にあたっては、学校のみが全責任を負うべきではない。前述したとおり、学校を拠点にしたプログラムは、マスコミのプログラムや、父兄や地域団体を巻き込んだ地域を拠点とするプログラムと併せて実施される方が、より有効であることがわかっている。さらに、疾病対策予防センターによる「学校健康ガイドライン」及び「ヘルシーピープル 2010」の中で掲げられた目標は、教職員、生徒、学校施設及び敷地内の関係者、学校関係の車両、学校関連行事に係わるすべての人を巻き込んだ禁煙対策の重要性を強調している。今後更なる発展は求められるものの、学校を拠点にしたプログラムと喫煙減少に向けた他の対策が融合されることにより、明らかに効果が期待できる。

## 5. たばこ広告と宣伝規制

米国では、1964 年に「喫煙の健康に関する公衆衛生総監報告書」の発表後、直ちに

たばこ製品の広告や宣伝規制への取り組みが開始された。これらの対策の根本には、広告や宣伝が新しい喫煙者を取り込み、喫煙者に喫煙を継続させ、これらが公衆衛生に多大なリスクを与えているという考え方がある。これに対したばこ業界は、宣伝活動の目的は、ブランド・ロイヤルティの維持にあると主張している。広告や宣伝は、喫煙開始と喫煙継続の主な動機付けの要因になっていることは多くの研究によって明らかにされている。にもかかわらず、たばこ宣伝規制に関しては、たばこ業界との明らかな敵対関係と訴訟環境の中で、喫煙減少の取り組みが繰り返されている。

最初のたばこ規制は、1965年に公布された。これはたばこ包装の健康への警告表示を規制したもので、その後の連邦、州、地域による健康に関する要求メッセージを効果的に先占した。1969年の訴訟では、初めて広告に対して公平の原則が行使された。これにより、当時テレビやラジオで流れていた有料のたばこ広告に対抗し、反たばこ広告が放送されるようになった。たばこ業界は電波媒体によるたばこ製品の広告を禁止する新法（1971年に採択）を支持した。なぜなら、この法律により、無料の反たばこ広告も無くなるからである。

10年後、連邦公正取引委員会（FTC）報告書は、放送媒体以外のたばこ広告の主要なテーマは、喫煙を「若々しい活力、健康、魅力的な風貌、個人的、社会的、商業的容認、そして成功」というイメージに結び付けていると指摘した。同報告書では、たばこ業界による広告戦略を取り上げ、詳細にその関連を主張したが、業界側は、報告書が指摘した資料は業界の方針に過ぎないとして、これを否定した。

ここで議論された考え方は、1984年の総合的喫煙教育法の制定に生かされ、たばこ包装に4種類の健康警告を交互に表示することを要請するに至った。しかしながら、この法律は、たばこ包装に、喫煙に関連した依存症や、流産の危険性、たばこの有害成分に関する情報を記載すべきという、連邦公正取引委員会による提案は採用されなかった。

広告の役割については、R.J.レーノルドたばこ会社の「ジョー・キャメル」という漫画のキャラクターを使ったキャメルキャンペーン（1988年開始）に最も集約されていると言われる。多くの研究者が、このキャラクターが若者を惹きつけているとし、広告キャンペーンが未成年の喫煙に対する理解と喫煙の決心に影響を与えていると主張した。1997年、連邦公正取引委員会は、R.J.レーノルドたばこ会社の広告は連邦公正取引委員会法に違反する、と勧告した。これに対して、後にR.J.レーノルドたばこ会社は、ジョー・キャメルキャンペーンの中止に合意した。ここで特に重要なのは、R.J.レーノルドたばこ会社が1984年の総合的喫煙防止教育法はタバコ広告規制を強化しようとするカリフォルニア訴訟の判決を阻止したとして申し立てたのに対し、カリフォルニア最高裁判所がこれを却下した点にある、とされている。

## Ⅱ 青少年の喫煙防止を目的とする教育的アプローチ

### 1. 米国における青少年の喫煙状況

米国における青少年の喫煙率は、1970年代半ばから1980年半ばまでの約10年間で、継続的にかなり減少した。高校生の日常的喫煙率は、1977年に約29%という最高値を記録して以来、喫煙率は1986年に19%以下になるまで堅実に減少したが、その後は大きな変化がみられなかった。

長期的傾向としては、高校生の日常的喫煙率は、1976年と1977年には25年間で最も高い28.8%に達した後、1980年には21.3%、1980年から1991年には18~21%の範囲内に、そして1992年には17.2%にまで減少した。それ以降高校生の日常的喫煙率は再度徐々に増加して1997年には24.6%に達し、1998年には22.4%に減少したものの、1999年には23.1%と統計的には依然として変化がみられない。最近の報告では、高校生の喫煙がさらに広まっているとの推定もある。

米国における成人全体の喫煙率は減少傾向にあることから、青少年の喫煙率の変化は成人の喫煙率の変化と密接な関係があるとは言えず、他の社会的な影響をより強く受けていると考えられている。成人の喫煙率の減少傾向は、「喫煙行為や二次的にたばこ煙にさらされることが長期的に健康に影響を及ぼす」という科学的な知識が蓄積されてきた結果とみなされている。

一方、過去10年間に青少年層の喫煙率に減少傾向がみられないのは、それ以外の要因によるものと考えられ、以下のようなものが推定されている。

- ① 1980年代のたばこ価格の下落
- ② 青少年の喫煙を防止するための公的な教育努力の低下
- ③ たばこメーカーによる青少年を対象にしたマーケティングの強化

たばこには強い中毒性があるため、現在の若年喫煙者の増加傾向が成人後もそのまま引き継がれ、成人の喫煙率は、これまで10年単位の長期的な減少傾向が止まり、いずれ増加に転じることも想定される。

### 2. 青少年が喫煙する理由

米国では青少年の喫煙が公衆衛生上深刻な問題であるとの懸念から、なぜ青少年が喫煙するに至るのかに関する研究が重ねられてきた。

たばこ依存の進行は、習慣の始まりから獲得に至る過程の一段階であり、数年を要する。第1段階は一連のリスク要素と明確な関連がある。10代前半(11~15歳)は初めて喫煙を試みる傾向が最も強い時期である。両親や保護者が喫煙していたり、収入や教育水準が比較的低い場合に、特に青年は喫煙の危険にさらされる。

また、青少年にとって身近な環境、そして広い社会における喫煙に対する認識は、喫煙を始めるかどうかに影響を及ぼす最も強力な社会心理学的作用の一つとされている。友人、仲間、兄弟姉妹、その他周囲の人の喫煙が、喫煙のきっかけと密接な関係がある。友人や仲間の影響は、喫煙習慣が身につく初期の段階では特に強い。青少年は、同年代や成人の間で喫煙は実際よりも蔓延していると考える傾向があり、広告宣伝の影響を非常に強く受けている。仲間の多くが喫煙していると認識している者、または仲間が喫煙を好感していると報告する者は、自分自身も喫煙者になる傾向が強いとされている。

このような外的影響に対して、内的・個人的要因によって、共感する場合もあれば、反発することもある。喫煙のきっかけと非常に関係の深い個人的要因として、例えば喫煙に対してポジティブ社会的イメージを持っていたり、仲間グループとの絆になっているなど、喫煙が現実的な役割と結びついていると信じている場合も含まれている。若い女性の間では、喫煙が体重管理の手段の一つとして考えられている。このような認識に至るには、喫煙が冒険的で魅惑的な大人の行為として地域のメディアやマスコミを通じて宣伝されている社会環境が影響している。

米国公衆衛生総監の1994年レポート「青少年の喫煙防止」に要約されているこうした調査結果は、「青少年は喫煙を社会的に学習するのであり、彼らにとっては社会的な意義を持つ行為だと考える傾向がある」ということが強調されている。

したがって、青少年がたばこに手をつけないよう影響を与える、際立った社会心理学的な方法に基づく、喫煙防止プログラムを施すべきである。より具体的には、「青少年が友人や仲間から受ける喫煙の直接的・社会的な圧力をうまく対処できるようにすること」、そして「喫煙の社会的な影響、短期的な健康への影響、仲間や成人の喫煙に対する姿勢、喫煙の蔓延に関する誤った認識を改めるとともに、そうした誤解を防ぐこと」である。

### 3. 青少年に対する喫煙防止教育モデル

米国等において過去に取り組まれてきた、青少年に対する喫煙防止教育の代表的なモデルとして、以下のようなものがある。

#### ○ 情報不足モデル

青少年の喫煙開始を防止する最初のプログラム（主に1960年代～1970年代）は、情報の欠如が問題であるとする、情報不足モデルに基づくものであった。この方法では、青少年を、理性を備えた人間として捉え、喫煙の習慣は体に深刻な害を与えるということを示す適切な情報が提供されれば喫煙を止めるだろうという考え方にに基づき、講義、実例の説明、映画、ポスター、本などを含んだこのプログラムと連動して、教育的な手法を用いて健康への影響に関する意識と理解を深めようと試みた。この目的のために開発された多くのプログラムにより、青少年の知識は向上したが、青少年の喫煙を思いとどまらせる効果はないということが明らかになった。

#### ○ 情緒教育モデル

1970年代には、青少年の喫煙については個人的な要因がより複雑に組み合わされていることを確認する努力がなされた。近年の研究で喫煙は青少年の行動の否定的または反社会的な傾向と関連があることが多く観察されている。このような傾向は自尊心の低下や、家族、学校、社会に対するモラルの欠如の反映であると解釈し、これらの要因が喫煙を始める原因になると仮定された。このような広汎な教育目標に向けた教育対策として、価値基準を明白にすること、自尊心を形成すること、そして決断、コミュニケーション、自己主張のための一般スキルを発達させること、に焦点を合わせたプログラム（情緒教育プログラム）がつけられた。評価の結果、青少年の喫煙を減らす効果は情報不足モデルと差がないことが明らかになったが、この情緒教育プログラムは、喫煙防止のための教育プログラムをつくる契機となった。

## ○ 理論モデル

1970年代半ばまでに、分析や理論に基づく調査に基づき、喫煙のきっかけとなる、複雑に絡み合った社会心理学的な要因を取り上げるようになった。多数の研究の結果、青少年がタバコを試すのは、仲間の喫煙、身近な環境にいる人の喫煙、その他社会心理学的要因と密接な関係があることが明らかになった。その結果としてつけられた心理学的な教育活動プログラムは、いわゆる「社会影響モデル」を構成する核となり、喫煙を促す社会的影響に抵抗するスキルを発達させることに焦点を合わせている。

このような経過に基づいてプログラムを作成するにあたって、初期には公衆衛生モデルが用いられた。つまり、この問題は一人の人間から他の人間へと伝わることによって習慣が広がる社会的伝染病として概念化された。この概念は、喫煙しない青少年が仲間の喫煙行為に対して抵抗する力を強化するためのプログラム作成に繋がった。例えば、ヒューストン大学のエヴァンス他(1978)は、コミュニケーションと社会学習理論から得た方法を使って、「予防接種」することにより、仲間の喫煙の勧誘に反対する意識を植えつけようとした。この方法は、他の目的を加えたり、他の教育技術を使う等の小規模な研究に発展し、学校を拠点とした喫煙防止プログラムとしての「社会影響プログラム」に発展した。

## ○ 社会影響モデル（プログラム）

この方法の主な目的は、青少年に喫煙を勧める直接的または間接的な社会的影響に対して抵抗できるような特定のスキルや資質を備えさせることである。目標としては、喫煙が健康の及ぼす短期的、社会的な悪影響と、喫煙しないことによる利点、比較的少数の青少年や成人が日常的な喫煙者であるという事実を彼らに学ばせること、喫煙を勧める身近な環境やさらに広い地域社会や文化からの影響を認識させること、友人や仲間からの直接的な社会的圧力や、成人の喫煙、マスコミ、たばこ産業のマーケティングによる間接的な圧力に対処し得るスキルを発達させることであつた。この社会影響プログラムは、学校拠点プログラムを通して6～8年生（10代の初めに）の生徒を対象として、さまざまな形態をとり、異なる方法で、異なる集団に対して実施されてきた。1980年代半ばまでに調査結果の詳しい分析により、この社会影響プログラムは情報不足モデルや情緒教育モデルに比べはるかに喫煙防止効果が高いことが明らかになった。