

継がれてきた。

これらの多くは初回の禁煙マラソン提供時に創始者である高橋医師から参加者に提供された禁煙アドバイスが原型となっているが、アドバイスが参加者の中で昇華され、表現や使い方を微妙に変えて禁煙する人の心の心にぴったりと寄り添うものに進化しつつ先輩から後輩に連綿と引き継がれてきたものである。

つまり参加者がプログラムを進化させて行くプログラム構築となっている。

④早期からの支援者教育の組み込まれたプログラム

禁煙マラソンにおけるピアサポートは「禁煙した人たちが自分の経験だけに基づいて勝手に発信する情報」ではない。禁煙マラソンプログラムにおいてはプログラム参加の早期から支援者教育が組み込まれ、きちんとした医学知識や支援のための教育を経て組織的に提供されるものが禁煙マラソンのピアサポートであり、これにより安全で適切な禁煙サポートが10年にわたり提供されてきた。

組織的にと書いたが、そのひとつの意味が、禁煙マラソンにおいては禁煙支援者育成が組織的にプログラムの一部として取り入れられていることにある。禁煙をアドバイスする側としての教育プログラムはもっとも早期にはステップ1参加当初から始まる。禁煙マラソンにおいてはメールは定められたフォーマットに従って記載することが求められるが、そのフォーマットの一部に周囲への励ましを記載することが組み込まれている。さらにガイダンスメールに加えて、オフライン・オンラインでの禁煙支援者育成教育が提供され、禁煙希望者が禁煙支援者と役割交替することで参加者の長期禁煙継続をサポートするプログラム構築となっている。

⑤負担感が適度に軽減されたプログラム

良質なコミュニティベースの支援が成果を発揮する点のひとつとして、参加者や支援者の負担感の軽減が挙げられる。

禁煙マラソンのコミュニティにおいては、ロール、ルール、ツールの3要素が適切に機能していることは前述したが、禁煙支援の提供システムにおいてもこの3要素が適切に機能して「組織的なピアサポート」の持続的提供を可能とし、禁煙支援を提供する側の負担感を軽減している。

ピアサポートを提供する支援者の募集と選

定はSKMを通じて実施されるが、原則として禁煙を開始して1年以内の参加者は複数でチームを組み1～数名の割り当てられた新規参加者（ランナー）の禁煙状況をとくに注意を払って見守り応援メールを率先して送付する（複数一複数担当制）。

禁煙を開始して1年以上経過した支援者は、担当を有さない支援者として1年以内の支援者のピアサポートを支援する。

支援者の中から選任された「スタッフ」と呼ばれる参加者は、SKMメーリングリストや支援者用メーリングリストを用いて支援者からの支援についての質問メールに答えたり、サポートについてのアドバイスを与える。

この仕組みのポイントは2点、ひとつは複数対複数のグループ支援を作り出すことにより、支援を受ける側が過度の負担感を感じずにすむ点である。もうひとつは、支援を提供する側がさらに先輩にあたる参加者から支援についてのサポートやカウンセリングを受けることができる仕組みであり、禁煙アドバイスを提供する支援者に負担感がかかることを避けるとともに、先輩の負担感も軽減する巧妙なしくみとなっている点である。

同時にこのしくみは、禁煙から年余を経た禁煙経験者の活躍の場を提供することで、年余を経た禁煙経験者の再喫煙防止にも役立っている。

参加者が他の参加者や後輩にあたる参加者に支援を提供するのは義務ではない。また自分自身が禁煙を開始して3ヶ月から半年の時期に、自信をもって禁煙アドバイスを送付できる人は少ない。しかし先輩アドバイザーからSKMに送付されるメールによって、「支援を提供することが自分の禁煙を質的に高め、喜びをもって禁煙継続できるようになる」ことを知らされた参加者は、自発的に禁煙支援に参加し、自分の禁煙支援体験が他の人の禁煙に役立つことを実感をもって体験する。他の人の禁煙の師匠役をすることによって、自分の禁煙が継続しやすくなることを利用したものである。

なお「自分の禁煙支援体験が他の人の禁煙に役立つことを実感をもって体験する」ことはIT上でなく実社会でも経験しうることであるが、禁煙して間のないピアサポートが禁煙継続に役立つ時期に周囲に適切な応援対象となる禁煙開始者がいるとは限らない。また

実社会での禁煙支援を提供することは実社会での人間関係にマイナスの影響を及ぼすリスクもある。禁煙マラソンのコミュニティでの禁煙支援の提供は安全な場でのピアサポートの提供を可能とするとともに、実社会での禁煙支援の提供役となる練習の場としての役割も有する。

⑥イノベティブなプログラム

プログラムの長期にわたる安定した提供には、プログラムの安定した運営が欠かせない。禁煙マラソンの運営上の特徴として、ロール（役割分担）の適切さが挙げられる。

プログラムの発案や変更、全体の方向性の決定（例えば妊婦や育児中の女性には無償プログラムを提供する、など）は禁煙マラソンの創始者の役割とされているが、プログラムの実際面での運用や改善はプログラム参加者（禁煙マラソンメンバー）の意見に基づいて実施されてきた。たとえば禁煙開始早期からの禁煙支援者育成教育の提供や、各人がプログラムの中で適切な役割を担うことによる超長期支援の提供などは、創設当初のプログラムには含まれず、禁煙マラソン参加者の意見によって作り上げられてきたしくみである。

また禁煙支援内容には当初から認知行動療法、行動療法、その他さまざまな心理学的メソッドが複合的に組み合わせられていたが、それらのプログラム内でのウエイトや細かい表現の仕方等は禁煙マラソン参加者によって改善が重ねられてきた。

プログラム参加者によってプログラムが適切に実施され、10年にわたり安定してプログラム提供がなされてきたことは、禁煙マラソンコミュニティの良質さと深く関連する。1997年の禁煙マラソン開始時は日本のインターネットの黎明期であり、その時期にインターネットメールを駆使する禁煙プログラムに参加したのはごく限られた人たちであったことは容易に想像しうる。禁煙マラソンの提供開始当初の参加者が、企業の幹部や弁護士、公認会計士など社会をリードする立場に立つ人が多かったという点は禁煙マラソンのその後の発展において特筆すべき事項であることが社会学において指摘されてきた。

社会の中核にいた組織づくりのプロとも言える人たちが参加者として禁煙マラソンの運営を自発的に担った結果、実社会のコミュニティ（企業など）で当たり前とされるロール

（職場などの組織体制）、ルール（社内規定など）がITコミュニティにて実現されたものである。禁煙マラソンコミュニティの良質さも、創設当初の参加者が創始者とともに構築したコミュニティが「場の雰囲気」として後輩に受け継がれてきたものであるという言い方もあながち間違いではない。

⑦安全・安心して参加できるプログラム

安全性はITプログラムの提供のために欠かすことのできない重要な要素であり、たとえばメール送信者の個人情報完璧に保護することは、禁煙支援の安全な提供のために必須である。禁煙マラソンでは安全性を高めるために様々な技術面での工夫を重ねて来た。

メーリングリストや掲示板を例にとりて説明する。禁煙マラソンプログラムではメーリングリストや掲示板を用いる。これによって、参加者は他の同時期に禁煙を開始した参加者の状況報告やそれへの支援メールも読むことができ、同時期に参加した人の状況を自分の禁煙に生かすことができ、バーチャルな禁煙教室とも言うべき効果をもたらす仕組みであるが、このために用いる禁煙マラソンのメーリングリストや掲示板は商用で一般提供されているものではなくすべて「特注品」である。

近年、個人が簡単にメーリングリストを開設することができるようになったが、商用として安価に提供されているメーリングリストでは、送信者情報は完全にはマスクされず、メール受診者が操作をすれば個人情報を知ることができ、個人情報の保護の観点から利用は不適切である。禁煙マラソンではメールの送信者のメールアドレスをメーリングリスト受診者が探知することができない仕組みとするともに、プログラム提供者には発信者を特定できる仕組みとして参加者の安全性を高めているが、この仕組みは禁煙マラソンスペシャルのMLとして依頼して作成したものである。

そのほかにも、HTMLや添付付メールなどウィルスの温床となるメールを無害化して配信する対応（禁煙マラソン開始時はHTMLメールを禁止の措置を取っていたが、それが参加の弊害になっていた）、メールのトラフィックを減らすため開封確認付メールの確認機能を無能化する対応など、きめ細かい対応をしたメーリングリスト機能を実現している。

禁煙マラソンはボランティアで提供されて

きたプログラムであるが、ボランティアの負のイメージである「粗悪品の提供」ではなく「可能な限りの高品質な支援を、可能な限り安く」提供してきた。ITセキュリティを高めることは費用がかかることであり、その費用は創始者や一部のコースの参加時に提供を依頼している寄付金でまかなう一方、「マタニティコース」「禁煙ジュニアマラソン」「禁煙カレッジマラソン」「禁煙マラソン保険治療コース」等できる限り多くコースを無償で提供することを続けてきた。禁煙マラソンの一部のコースへの参加には寄付金を要することを営利事業と誤解した人たちがいるが、これは間違いである。

⑧多種多様な心理学的スキルを含有したプログラム

禁煙マラソンプログラムがAHRQ (Agency for Health Care Research and Quality) ガイドラインに合致したものであることは前述したが、Prochaskaの理論やそのほかの行動変容に関する心理学理論にも合致したプログラムとなっていることが多くの心理学の専門家から指摘されている。

禁煙マラソンはピアサポート+ガイダンスメールの基本の段階ですでに認知行動療法や薬物療法などさまざまな心理学的メソッドや医学的メソッドが複合的に組み合わされていたが、それに加えて「ミニマラソン」「ゴールイン宣言」「週例(月例)報告」など多くのプログラムが参加者からの提言によって付加されてきた。これらは参加者からのフィードバックに基づいた改善を加えたものであり、「自分たちが受けたかったサポートを次の参加者に提供してやりたい」との参加者の意見をプログラムに取り入れたものであったことが心理学的理論に合致したプログラムとなったと推測されている。

禁煙マラソンのプログラムの詳細と成立過程、運営をふくめた特性について述べたが、最後にソーシャルキャピタルの視点からの禁煙マラソンについて述べ、今後の展望について論じる。

近年、ソーシャルキャピタルの視点から禁煙マラソンを評価する動きがある。禁煙マラソンにおいては「真心が通じる稀なインターネットコミュニティである」(慶応義塾大学金子郁容)、「PCを開けばそこにいつでも応援してくれる仲間、相談できる仲間がいる。だから禁煙を頑張れる。」(禁煙マラソンの

参加者)などの言葉に代表されるように、禁煙マラソンはインターネット環境においてソーシャルキャピタルの豊富なコミュニティを形成してきた。

ソーシャルキャピタルの充実は地域住民が個人レベルあるいはコミュニティレベルにおいて、健康・安全に対する不安に適切に対処できる自己効力感を高める強力な推進要因(京都大学 中山健夫教授)とされ、医療現場におけるソーシャルキャピタルの重要性が注目されているが、ソーシャルキャピタルの豊富なITコミュニティを構築する禁煙マラソンのノウハウを通じて、コミュニティベースの医療のあり方に関しての提言が将来的になされるものと期待する。

なお禁煙マラソンのプログラムの提供や運営に関しては、本来公共的な事業として提供されるべきものであったとの意見がしばしば寄せられてきた。今後の禁煙マラソンの運営のひとつの方向として、公共的な提供者による提供に切り替えることも視野に入れたい。

E. 結論

禁煙マラソンのプログラムの詳細、成立過程、その特性について検討した。禁煙マラソンプログラムにおいては「ピアサポートのプログラム」「コミュニティベースのプログラム」「自己研鑽機能を有するプログラム」「早期からの支援者教育の組み込まれたプログラム」「負担感が適度に軽減されたプログラム」「イノベティブなプログラム」「安心・安全性の高いプログラム」「多種多様な心理学的スキルを含有したプログラム」などの特性がみられた。

G. 研究発表

- 1997 10th world conference on tobacco or health (北京)
- 1998 29th world conference os IULTD/UICYMR (バンコク)
- 1999 American Public Health Association Annual Meeting (シカゴ)
- 2000 6th International Conference of Health Behavioral Medicine (ブリスベン)
- 2000 4th International Conference of Health Behavioral Science (神戸)
- 2001 6th Asia Pacific Conference on Tobacco or Health (香港)
- 2002 7th International Conference of

Health Behavioral Medicine(ヘルンギ)
 2004 8th International Conference of
 Health Behavioral Medicine(マインツ)
 2005 日本産業衛生学会
 2006 日本保健医療行動科学会
 2007 世界保健医療行動科学会
 2006 9th International Conference of
 Health Behavioral Medicine(ハンコク)
 2006 日本産業衛生学会
 2006 第1回日本禁煙科学会
 2007 第2回日本禁煙科学会

H. 知的財産権の出願・登録状況
 なし

【参考文献】

- K. Hotta, K. kinumi, Knaito, H. sakane, A. Imai, M. kobayashi, M. Ohnishi, T. Ouga, H. Miura, Y. Takahashi, K. Tobe An intensive group therapy programme for smoking cessation using nicotine patch and internet mailing supports in a university setting Jounal compilation Int J Clin Pract, December 2007, 61, 12, 1997-2001
- 高橋裕子 行動療法とソーシャルサポート 禁煙指導・支援者のための禁煙科学 2007
- 三浦秀史 高橋裕子インターネットを用いた禁煙支援 禁煙指導・支援者のための禁煙科学(日本禁煙科学会編) 2007
- 高橋裕子 大学禁煙化プロジェクト 大学と学生 2007<1 2>2 8~3 2
- 高橋裕子 インターネットプログラム~禁煙マラソンとストレスマネジメント 喫煙病学2007 2 6 6~2 7 7
- 三浦秀史、高橋裕子禁煙に見るナラティブとアート 日本保健医療行動科学会 2007 vol. 22 71-76
- A. Ohta, Y. Takahashi FACTORS ASSOCIATED WITH SUCCESSFUL SMOKING SESSATION AMONG PARTICIPANTS IN A SMOKING SESSATION PROGRAM INVOLVING USE OF THE INTERNET , E-MAILS, AND MAILING-LIST Japanese Journal of Public Health 2006 vol. 52 No. 11 999-1005
- 高橋裕子 メールでやめる禁煙マラソン2005 ダイヤモンド社 東京、
- 高橋裕子 大学での禁煙支援におけるITの有効利用ー大学禁煙化プロジェクトCUMPUS HEALTH 2005 42: 57-61
- 高橋裕子 子どもの禁煙外来 子ども白書(2005年版) 2005 Pp. 123-125
- 高橋裕子 禁煙支援における性差の考慮 性差と医療2005 3 43~49
- Yuko Takahashi Woman and Smoking Cessation Circulation Journal 2005 (69) 100
- 高橋裕子、三浦秀史他・禁煙支援はたのしく・シービーアール・2005
- 三浦秀史、高橋裕子 禁煙ジュニアマラソンから見た子どもたち・健康教室(東山書房)・2005・第56巻第9号(33-39)
- 吉川貴子、高橋裕子 三浦秀史他・インターネット禁煙マラソンを利用した禁煙支援の試み・産業衛生学会・2005・第4 7巻(818)
- 高橋裕子、三浦秀史・タバコに灰、サヨナラ(最新禁煙マニュアル)・現代けんこう出版 東京
- 高橋裕子、三浦秀史・職域単位での禁煙支援・日本呼吸器学会近畿地方会・2004・(22)
- Yuko Takahashi, Akiko Higashiyama, Hideshi Miura・smoking cessation program using pocket mail communication for adolescence・INTERNATIONAL JOURNAL OF BEHAVIORAL MEDICINE・2004
- 高橋裕子、三浦秀史 完全禁煙マニュアル 2004 PHP研究所 東京
- 絹見洋子、戸部和夫、高橋裕子 三浦秀史 当大学における禁煙への取り組みー禁煙教室の試みー「CANPAUS HEALTH」2004 41(2) 63~68
- 高橋裕子 「成人の喫煙と未成年の喫煙」の悪循環を断ち切るツール 学校保健フォーラム 2004、8 (77) 13~17
- 高橋裕子 大学における予知・予防医学への取り組み CAMPUS HEALTH 2004 41(3) 46
- 高橋裕子 健康増進法施行と大学における喫煙対策のあり方について SPS 2004、47 92~105
- 橋本栄里子、東山明子、高橋裕子: 「電子コミュニティを利用した禁煙指導プログラムの有効性の検討」~「インターネット禁煙マラソン」の再喫煙者へのフォローアップの取り組み~ 医療と社会 20:, 39-59, 2000.

資料1：禁煙マラソン関連図書

年度	著者	タイトル	掲載書
1998	高橋裕子、 江口まゆみ	禁煙マラソン～禁煙する人、させる人、そのまた隣で転ぶ人	「禁煙マラソン」、ジヤストシステム
2002	金子郁容	禁煙マラソンの事例研究	「コミュニティ・リユージョン」、 岩波書店
2002	高橋裕子、 江口まゆみ	禁煙マラソン～無理せず焦らず励ましあって	「禁煙マラソン」、光文社
2002	高橋裕子	禁煙マラソンガイドブック	「禁煙マラソンガイドブック、東京法規出版
2004	高橋裕子、 三浦秀史	完全禁煙マニュアル	「完全禁煙マニュアル」、PHP研究所
2005	高橋裕子	メールでやめる禁煙マラソン	「禁煙マラソン」、ダイヤモンド社
2006	三浦秀史	禁煙マラソンと禁煙支援ネットワーク	「クリニカルプラクティス」、Vol.25, No.8、 エルゼビア・ジャパン
2007	三浦秀史	テレメンタリングによる指導の実際 (禁煙マラソン)	「テレメンタリング」、遠隔医療学会 編、中山書店
2007	三浦秀史	ITを使った禁煙指導とは？	「肥満と糖尿病」、Vol. 6. No.3、 丹水社
2007	高橋裕子	行動療法とソーシャルキャピタル	「禁煙科学」、日本禁煙科学会 編、文光堂
2007	高橋裕子、三浦 秀史	インターネットを用いた禁煙支援	「禁煙科学」、日本禁煙科学会 編、文光堂
2007	金子郁容	禁煙マラソンにおけるソーシャルキャピタル	「禁煙科学」、日本禁煙科学会 編、文光堂

資料2：マスコミ関係での禁煙マラソンの紹介

(全国放送で禁煙マラソン単独、または、30分以上の番組に限定)

NHK	きょうの健康、おはよう日本、ためしてガッテン、クローズアップ現代、週間こどもニュース、ETV2002、土曜オアシス 他
日本テレビ系列	ご存知ですか(内閣府の番組)
TBS系列	報道特集、ニュースの森、生島ヒロシのおはよう一直線
フジテレビ系列	スーパーニュース、スーパーナイト
テレビ朝日系列	Jチャンネル
テレビ東京系	ニュースアイ

資料3：禁煙マラソンが禁煙支援を協力した都道府県一覧

都道府県	知事部局	教育委員会	県警本部
青森県		○	
福島県	○		
新潟県	○		
群馬県			○
千葉県	○	○	
神奈川県	○		
山梨県		○	
長野県	○	○	○
静岡県	○		
岐阜県		○	○
三重県	○		
和歌山県	○	○	○
奈良県	○	○	○
広島県	○	○	
徳島県	○		
高知県	○		
香川県	○		○
大分県		○	
沖縄県	○		

資料4：禁煙マラソンの団体向け支援実績の一例
 (日本呼吸器学会近畿地方会・2004発表資料より)

禁煙マラソンの支援実績

提供先	提供形態	参加者	スタッフ 関与	ピア 関与	禁煙実績
A新聞社	PC双方向	21人	大	中	1年後 57.1%
B保健所	PC双方向	31名	小	大	1年後 74.2%
C電気	PCルマガ	263名	小	無	3ヵ月後 45.0%
D百貨店	携帯双方向	16名	中	小	3ヵ月後 81.3%
E建設 コンサル	携帯双方向	24名	中	小	3週間後 70.8%
その他 約120団体で、職域向け禁煙支援を提供					

A新聞社 スタッフ支援+禁煙マラソン 57.1%(12/21) スタッフ支援のみ 38.5%(10/26)
--

資料5：禁煙マラソン第1期から第2期の実績（禁煙マラソンHPより）

禁煙マラソンによる禁煙の成果

	参加者総数	男女人数	参加者平均年齢	パッチ使用人数	1年後に禁煙している人数
1st	224名	201/23	40.2歳	0名	106名 (47.3%)
2nd	184名	166/18	44.3歳	0名	90名 (48.9%)
3rd	234名	201/33	42.5歳	0名	148名 (63.2%)
4th	88名	66/22	39.7歳	32名	54名 (61.4%)
5th	95名	58/37	39.3歳	29名	66名 (66.3%)
6th	103名	69/34	43.0歳	49名	78名 (75.7%)
7th	109名	73/36	41.6歳	29名	75名 (68.8%)
8th	126名	88/38	41.9歳	21名	83名 (65.9%)
9th	78名	55/23	42.5歳	22名	-
10th	81名	42/39	40.6歳	27名	-

資料6：禁煙マラソンインタビュー（2005年週間新潮）

The image shows a page from the magazine 'Shincho' (2005) featuring an interview about the 'No-Tobacco Marathon'. The page includes several portraits of participants and organizers, along with columns of Japanese text. A large vertical headline on the right reads '禁煙のネットワーク・モデル' (Network Model for Smoking Cessation). The text discusses the effectiveness of the marathon in helping people quit smoking, mentioning the use of nicotine patches and the support provided by the program. The page is titled '禁煙マラソン「E」年々進む' (No-Tobacco Marathon 'E' Yearly Progress) and '禁煙のネットワーク・モデル' (Network Model for Smoking Cessation).

2. 地域におけるたばこ対策の立案・実施・評価支援に関する研究

- 2.1 歯科医の禁煙指導に関する調査…………… 91
今井 博久
- 2.2 地域における喫煙対策での諸問題の抽出及び
地域住民のがん、たばこに関するリスク認知の研究…………… 97
堀口 逸子
- 2.3 都道府県における喫煙率調査とその信頼性に関する研究…………… 103
福田 吉治
- 2.4 保健医療従事者等のための簡易な禁煙支援ガイドの開発に関する研究…………… 111
黒澤 一

分担研究報告書

歯科診療所における禁煙指導の実態に関する調査

分担研究者 今井 博久 国立保健医療科学院疫学部 部長

研究要旨：歯科医および歯科診療所における禁煙指導の実態、ならびに喫煙対策における歯科医・歯科診療所のあり方等を検討することを目的に、岩手県、山梨県、東京都の歯科医師会の協力を得て、歯科診療所院長 1489 名に対して質問紙調査を行った。847 名の有効回答のデータを分析した。患者の喫煙率の把握と禁煙指導を積極的に行っている歯科診療所は 20～30%と推計された。禁煙指導の必要性は理解しているが、指導のための時間や人手の不足の他、指導者を支援・教育するための機会が不足していることが示唆された。

研究協力者

花田 信弘	国立保健医療科学院口腔保健学部 部長
野村 義明	国立保健医療科学院口腔保健学部口腔保健技術室 室長
福田 吉治	国立保健医療科学院疫学部疫学情報室 室長
中尾 裕之	国立保健医療科学院疫学部 研究員
八幡裕一郎	国立保健医療科学院疫学部 研究員

A. 研究目的

歯科医師および歯科診療所における喫煙状況と禁煙指導の実態、ならびに、喫煙対策における歯科医師・歯科診療所のあり方等の検討を行うことを目的に、本研究では、それらの現状を把握するための質問紙の作成と予備調査を行った。

B. 研究方法

【調査対象】

本研究では、予備的調査として、以下の 3 つの歯科医師会およびその会員の協力を得て実施した。対象者数は以下のとおりである。

- ・ 岩手県歯科医師会会員 (悉皆) 607 人
- ・ 山梨県歯科医師会会員 (悉皆) 410 人
- ・ 東京都歯科医師会会員で中野区及び豊島区歯科医師会 (無作為抽出) 各 472 人

【研究項目】

調査票は、以下の項目により構成した。

- ・ 歯科医師の属性
- ・ 診療所のプロフィール
- ・ 診療所の標榜
- ・ 歯科医師ならびにスタッフの喫煙状況
- ・ 待合室やスタッフ控え室の分煙・禁煙状況
- ・ 診療所での禁煙指導の状況
- ・ 禁煙指導に必要とされる推定所要時間や保険点数
- ・ その他

【調査方法】

別紙質問票を郵送法にて、平成20年2月～3月に実施した。無記名での回答とした。なお、はがきによる督促状を2回送付した。

C. 研究結果

平成20年3月10日現在で回答のあった者を対象に分析を行った。対象者は847名で、回答率は56.9%であった。

回答者の性別は、男性748名(88.3%)、女性94名(11.1%)であった。年齢階級は、40歳代から50歳代がほとんどを占めていた。出身大学は、私立が90%以上であった。

患者の喫煙状態については、10.2%が「必ず尋ねている」、17.9%が「多くの場合尋ねている」と答えたが、大半(41.2%)は「時々尋ねている」と答え、30%は「ほとんど尋ねない」あるいは「全く尋ねない」と答えた。

禁煙指導を行っているのは、22%であった。禁煙指導を行う者は、歯科医師が85.5%、歯科衛生士が31.7%であった。

使用している教材は、パンフレットやちらしが半数以上で、ニコチン依存症テストやニコチンパッチ・ガムの使用はほとんどなかった。

禁煙指導時に話す内容としては、歯周病、ヤニ・歯の色、口臭との関連が、がんや循環器疾患との関連よりも多く認められた。

禁煙指導を行わない理由として、「時間がない」や「人手や費用がない」ことに加えて、「やり方がわからない」ことをあげたものが多かった。

歯科診療所での禁煙指導は積極的にすすめるべきと答えたものが多くを占めていたが(75.8%)、禁煙指導についての研修や教育を受けたことがあるものは少なかった(10.6%)。

禁煙指導に必要な時間は、5分～15分と答えたものがほとんどで、保険点数としては60点あるいは120点が多くを占めていた。

なお、回答者の喫煙率は20%、待合室とスタッフ控え室はそれぞれ88.1%、77.3%が完全禁煙であった。

D. 考 察

本研究は、歯科医師および歯科診療所における喫煙状況と禁煙指導の実態、ならびに、喫煙対策における歯科医師・歯科診療所のあり方等の検討を行うことを目的に、質問紙の作成と予備調査を行った。

3つの歯科医師会およびその会員の協力により、1489人に質問紙を郵送し、847名の有効回答を得た(平成20年3月10日現在)。

これらを分析した結果、現時点で、患者の喫煙状況を把握し、禁煙指導を行っているのは、20～30%程度と推計された。禁煙指導には、パンフレットやちらしを使い、がんや循環器疾患のほか、歯科に関連した歯周病、ヤニ・歯の色、口臭等と喫煙の関連を強調した指導が行われていることが推測された。

回答者は、歯科診療所における禁煙指導の有効性と必要性については理解しており、時間、マンパワー等の資源(費用含む)、あるいは、指導スキルといった条件が整えば、積極的に行っていくという姿勢がうかがえた。

都道府県歯科医師会では、程度の差はあるものの、ポスターやパンフレットの配布、研修会の実施など、歯科診療所での禁煙指導を支援する活動を行っている(詳細は、埴岡報告書を参照)。今度、これらの活動をより活発化し、歯科診療所の禁煙指導に関する技術的な支援を行うことが重要である。また、禁煙指導に対する保険点数等の制度的な問題について議論する必要がある。

E. 結 論

歯科診療所でも徐々に禁煙指導が浸透しつつある状況が示された。喫煙と歯周病、ヤニ・歯の色、口臭等の関係といった歯科に特異的な影響を強調することで効果的な禁煙指導が行われる可能性が示唆された。多くの歯科医は、禁煙指導の重要性を認識しており、歯科診療所での禁煙指導を推進するための支援体制や制度構築の必要性が示された。

G. 研究発表

(該当なし)

H. 知的財産権の出願・登録状況

(該当なし)

【謝辞】

本調査にご協力いただきました岩手県歯科医師会、山梨県歯科医師会、東京都（中野区、豊島区）歯科医師会およびその会員の方々に感謝申し上げます。

表 1 回答者の性別

	回答者数	男性	女性	不明
N	847	748	94	5
%	100.0	88.3	11.1	0.6

表 2 回答者の年齢

	回答者数	26歳～30歳	31歳～35歳	36歳～40歳	41歳～45歳	46歳～50歳	51歳～55歳	56歳～60歳	61歳～65歳	66歳～70歳	71歳以上	不明
N	847	4	17	63	120	147	197	120	62	33	81	3
%	100.0	0.5	2.0	7.4	14.2	17.4	23.3	14.2	7.3	3.9	9.6	0.4

表 3 回答者の出身大学

	回答者数	私立	国公立	外国	その他	不明
N	847	765	72	2	2	6
%	100.0	90.3	8.5	0.2	0.2	0.7

表 4 患者さんの喫煙状況の把握状況

	回答者数	必ず尋ねている	多くの場合尋ねている	時々尋ねている	ほとんど尋ねない	全く尋ねない	不明
N	847	86	152	349	160	96	4
%	100.0	10.2	17.9	41.2	18.9	11.3	0.5

表 5 禁煙指導の実施状況

	回答者数	行っている	行っていない	不明
N	847	186	657	4
%	100.0	22.0	77.6	0.5

表 6 禁煙指導の実施者

	回答者数	歯科医師	歯科衛生士	歯科業務補助者(歯科助手)	その他	不明
N	186	159	59	14	-	13
%	100.0	85.5	31.7	7.5	-	7.0

表7 禁煙指導で使用している教材等

	回答者数	パンフレット・ちらし	ニコチン依存症テスト	ニコチンパッチ	ニコチンガム	その他	不明
N	186	109	3	6	4	36	47
%	100.0	58.6	1.6	3.2	2.2	19.4	25.3

表8 禁煙指導時に話す内容

	回答者数	がんとの関連	循環器疾患との関連	歯周病との関連	ヤニ・歯の色との関連	口臭との関連	胎児への影響	受動喫煙	その他	不明
N	186	109	91	180	143	114	78	72	11	2
%	100.0	58.6	48.9	96.8	76.9	61.3	41.9	38.7	5.9	1.1

表9 禁煙指導を行わない理由（複数回答）

	回答者数	効果がないと思うから	時間がないから	やり方がわからないから	人手や費用がない	収益に結びつかないから	その他	不明
N	657	131	224	216	166	129	193	10
%	100.0	19.9	34.1	32.9	25.3	19.6	29.4	1.5

表10 歯科診療所で禁煙指導を積極的にすすめるべきかどうか

	回答者数	はい	いいえ	不明
N	847	642	178	27
%	100.0	75.8	21.0	3.2

表11 禁煙指導についての研修や教育を受けたことがあるかないか

	回答数	はい	いいえ	不明
N	847	90	722	35
%	100.0	10.6	85.2	4.1

表12 禁煙指導実施の適切な時間

	回答者数	2~3分	5分	10分	15分	20分	30分以上	不明
N	847	77	205	229	155	62	23	96
%	100.0	9.1	24.2	27.0	18.3	7.3	2.7	11.3

表 1 3 禁煙指導の適切な保険点数

	回答者数	10点	30点	60点	120点	160点	200点以上	不明
N	847	35	102	202	215	57	127	109
%	100.0	4.1	12.0	23.8	25.4	6.7	15.0	12.9

表 1 4 自身の喫煙状況

	回答者数	吸わない	毎日吸っている	時々吸う日がある	以前は吸っていたが1ヶ月以上吸っていない	不明
N	847	554	135	31	118	9
%	100.0	65.4	15.9	3.7	13.9	1.1

表 1 5 待合室の禁煙・分煙状況

	回答者数	全面禁煙	分煙(仕切られたり、離れた喫煙場所がある)	分煙(喫煙席と分煙席は分けているが、きちんと仕切られたり、離れたりしていない)	分煙なし	不明
N	847	746	54	11	27	9
%	100.0	88.1	6.4	1.3	3.2	1.1

表 1 6 スタッフ控え室の禁煙・分煙状況

	回答者数	全面禁煙	分煙(仕切られたり、離れた喫煙場所がある)	分煙(喫煙席と分煙席は分けているが、きちんと仕切られたり、離れたりしていない)	分煙なし	不明
N	847	655	55	34	80	23
%	100.0	77.3	6.5	4.0	9.4	2.7

分担研究報告書

地域における喫煙対策での諸問題の抽出及び地域住民のがん、たばこに関するリスク認知の研究

分担研究者 堀口逸子 順天堂大学医学部公衆衛生学教室

研究要旨：保健所における先進地域での取り組みについて問題点などをインタビューによって抽出した。継続性を図ることが困難であり、協議ができる環境とそれを牽引していく強いリーダーシップを図れる人材が必要であることが伺えた。また、がん、たばこに関連するリスク認知の状況について調査を実施し、他の感染症や環境、食品の問題に比べて、自分にとってリスクがあると認識されており、社会において対策が十分に講じられていないと認識されていた。

A 目的

本研究は、(1)保健所が実施した過去の喫煙対策の取り組みについて精査することによって、問題点などを抽出すること、および、(2)がんたばこ対策において、受動喫煙やがんなどに対するリスク認知構造を明らかにするためのプレ調査を実施することである。

B 対象と方法

I 地域で取り組む喫煙対策

保健所の担当者及び実際に取り組みを行った協議会委員にインタビューを実施した。

II リスク認知調査

goo 消費者モニターのうち全国に居住する 20 歳から 59 歳の男女 2000 人を対象とした。Web アンケート調査で、調査実施期間は 2008 年 3 月である。

(倫理面の配慮)

goo 消費者モニターとして登録された対象への調査であり、また個人を特定できる情報は研究班へは入手不可能であり、問題はないと考えている。

C 結果及び考察

I 地域で取り組む喫煙対策

【桑名保健福祉部における取り組みの概要】

平成 12 年 3 月に三重県は健康増進計画「ヘルシープルみえ 21」を策定し、それにともない各保健福祉部(保健所)では重点課題を設定し取り組みを開始することとなった。桑名保健福祉部(以下保健所)においては喫煙を課題とし、平成 13 年より 3 カ年にわたる取り組みを開始した。当初、取り組み内容が担当者によって 2 つの「分煙」「禁煙」と決められていたが、ヘルスプロモーション¹⁾の考え方および住民参加の考え方に則さないのではないかと助言から協議会を「唱道」や「住民参加」による主体的な取り組みのための「合意形成の場」と位置づけ、協議会での議論を中心にするすめていくこ

ととなった。事業全体は、プリシードプロシードモデルによってすすめられていた。協議会運営にあたり、既存の取り組みについての資料および文献の収集をはかっていた。委員は「地域(公募の市民、地域組織構成員、たばこ産業関係者、企業など)」「学校(校長、保健主事、養護教諭)」「有識者(学識経験者、医師、歯科医師、薬剤師の専門職)」「市町行政(担当課長)」の4分野から構成されるように保健所側で選出し、各分野の取り組むべきテーマを決定するための協議方法として「デルファイ法」²⁾を採用していた。結果として各分野の取り組み内容が「分煙(市町行政)」「禁煙支援(有識者)」「喫煙マナー(地域)」「未成年者の喫煙(学校)」と決定された。たばこ産業関係者からはその後複数の関係者の参加希望の申し出があった。協議会での「未成年者の喫煙」について学校現場の専門家である養護教諭の発言から健康教育スキル不足が伺えたため、保健所では養護教諭を対象とした健康教育スキルアップを目的とした研修会を企画し実施していた。プリシードプロシードモデルを構成概念とした質問紙調査を実施し、調査項目なども協議会で意見をもらっていた。取り組みには、目標値を設定しており、それは調査結果を基準としていた。目標値の設定は協議会においてグループワークによって決定されていた。協議会を定時で終了させるため考えられる複数の目標値案を所内で作成し、自由選択を加えた選択方式で検討する方法であった。目標値が決定されたところで平成13年度の取り組みが終了した。その後、高校の養護教諭から担当者への相談があり、保健所の担当者は学校と協働を図っていった。学校ではPLAにおいて高校生主体の取り組み(自販機のマッピング)が行われていた。その後は、年2回の協議会のみで取り組みがなされた。年度の初めに開催される第1回は運営・政策診断をし、各組織のテ

マにそった活動内容の提案、また各組織での取り組みの現状を3因子にそって把握していた。活動内容提案はグループワークにより行い、協議会開催前にまた取り組み現状について調査票を各委員のもとへ出向き配布していた。各組織の活動が継続されることを支援するため、あらゆる機会を利用し唱道を重ねていた。年度末の第2回はプロセス評価をし、事前に調査票を配布回収し、当日各組織の状況が全員にわかるように資料が作成されていた。医師会では禁煙外来実施機関が増加し、管内市における校内禁煙実施、ヘルスメイトの取り組み、県教育委員会主催に換わる養護教諭対象健康教育スキルアップ研修、保健所では禁煙シールの開発と配布が開始された。3年目には、協議会において影響評価がなされ、グループワークによる評価指標の考案などがされていた。保健所主催の管内住民への唱道をフォーラムが実施され専門家の講演と各組織からの活動報告がなされた。また調査結果や目標値、禁煙外来機関を掲載したパンフレットが配布された。

【特徴】

健康増進法が制定される前の先駆的な取り組みであった。取り組むべきテーマ及び内容を実施者側に決定させていたが、大きい「喫煙」というテーマについては保健所側がによって決定されたものであった。しかし、その他はすべて取り組む人々によって決められており、その支援者として保健所が存在していた。

事業を健康政策モデルによって運営することにより、方向性が定まり混乱することがなく、取り組みが異なることがなかった。

実施者側は協議会で決定されたことを所属する組織に持ち帰っていたが、その組織において代表者が伝達し、組織内で協働してもらうことが非常に困難な状況がうかがえた。いずれの組織も代表者

をリーダーシップがあるからといった能力的な評価によって選定していないことから発生していると考えられた。各組織内での問題点を外部組織に所属する委員に相談するためなどには、協議会の開催回数は2回では不十分であった。

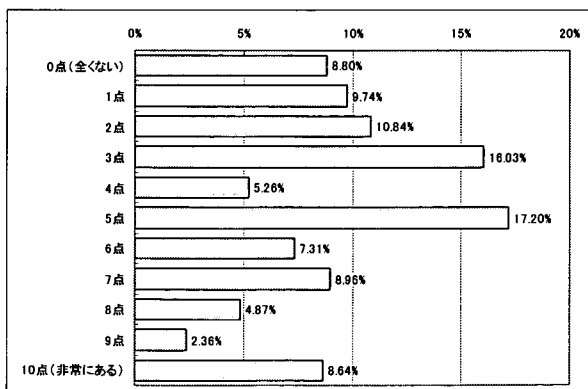
取り組みが地域に根付くためには、協議会じたいを強いリーダーシップで導くひとが必要であると考えられた。その資質としては、各組織(委員)から意見や困りごとを引き出すなどが必要であり、方向性を決めてしまう者ではない。

II リスク認知調査

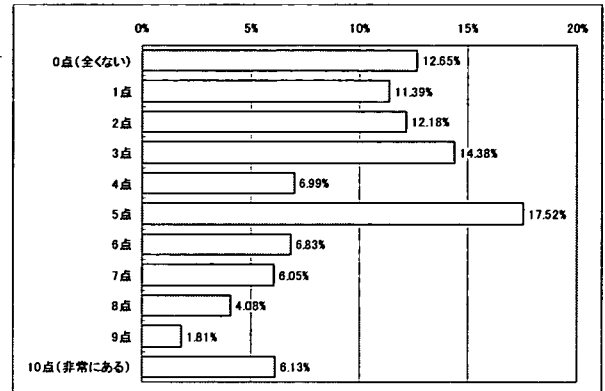
有効回答数は1273であった。喫煙者は25.4%、男性50.4%、女性49.6%であった。

「自分にとってどの程度危険性があるか」という問に対して「鳥インフルエンザ」「SARS」「BSE」「肝炎」「結核」「HIV/AIDS」「受動喫煙(タバコの煙)」「大気中の発ガン物質」「電磁波」「遺伝子組換え食品」「魚介類に含まれる水銀」「放射能」「残留農薬」「食品添加物」の14項目で0点(危険がない)から10点(とても危険)までの評価において、「受動喫煙(タバコの煙)」以外は、5点を山にして、危険性が高くないと感じているものが多くなっていたが「受動喫煙(タバコ)」は「とても危険がある」10点と認識した者が最も多く、次いで5点となる2極性を示していた。

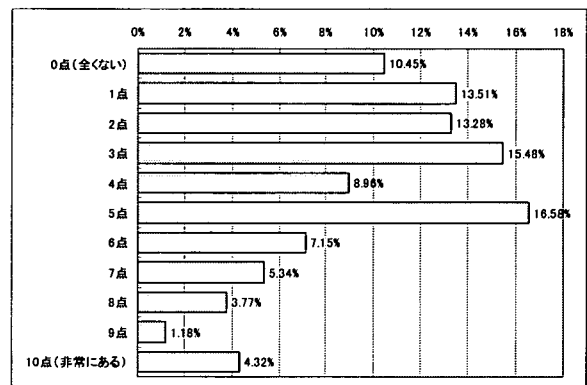
鳥インフルエンザ



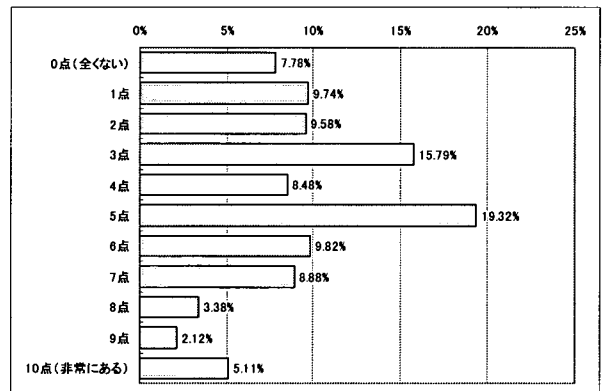
SARS



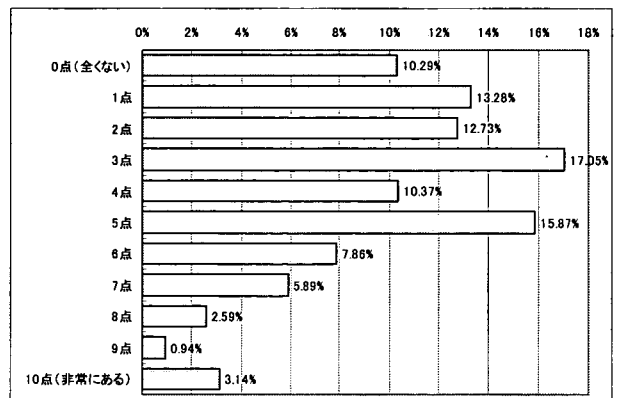
BSE



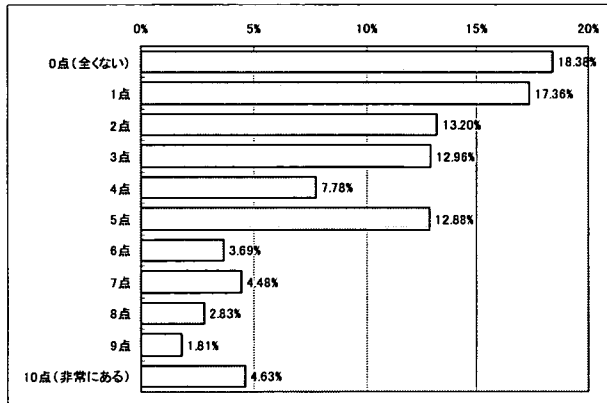
肝炎



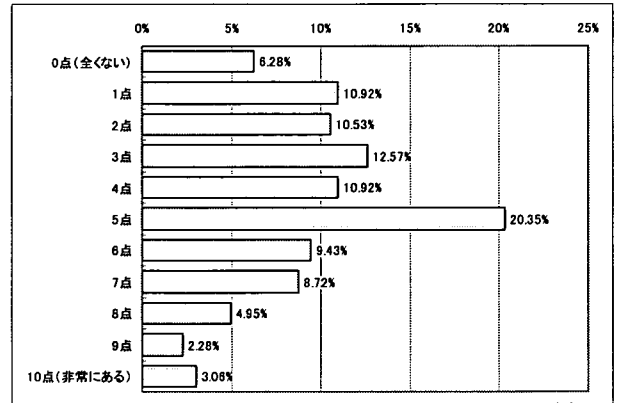
結核



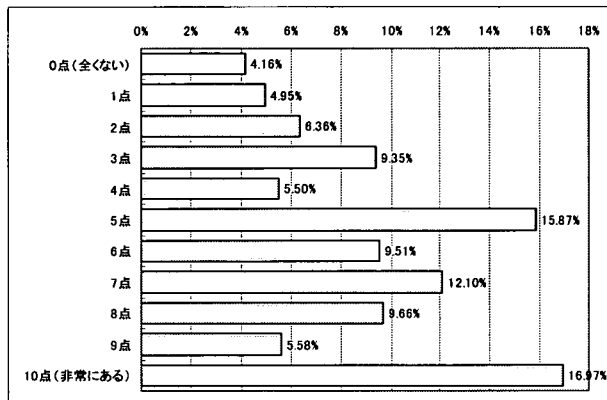
HIV/AIDS



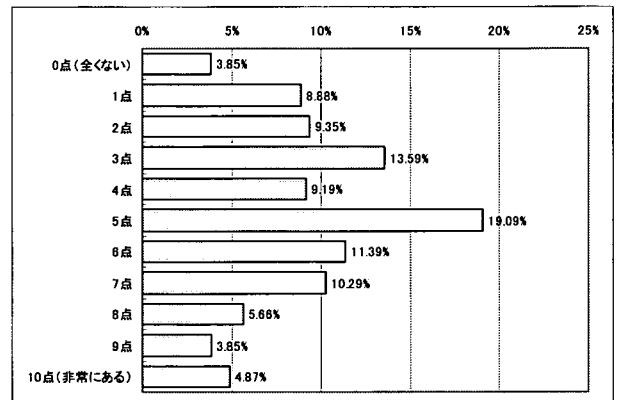
遺伝子組換え食品



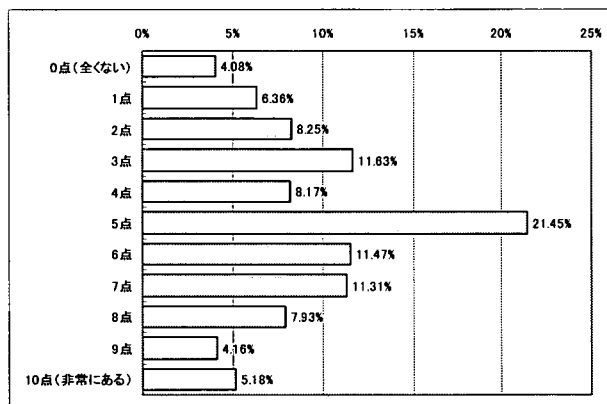
受動喫煙(タバコの煙)



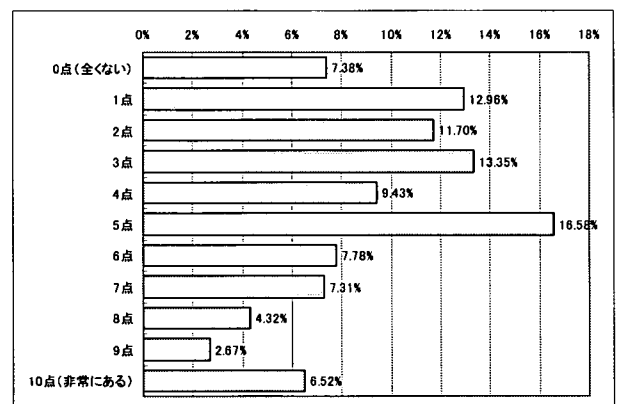
魚介類に含まれる水銀



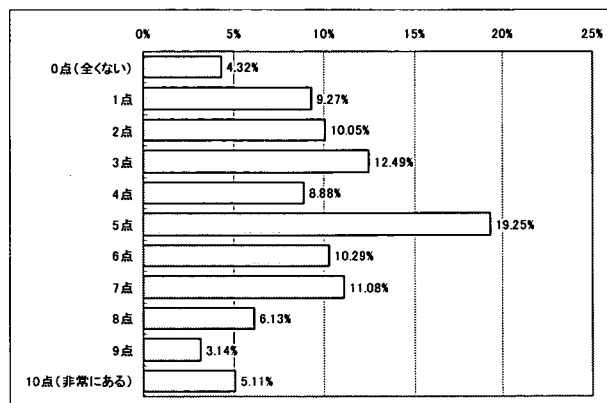
大気中の発ガン物質



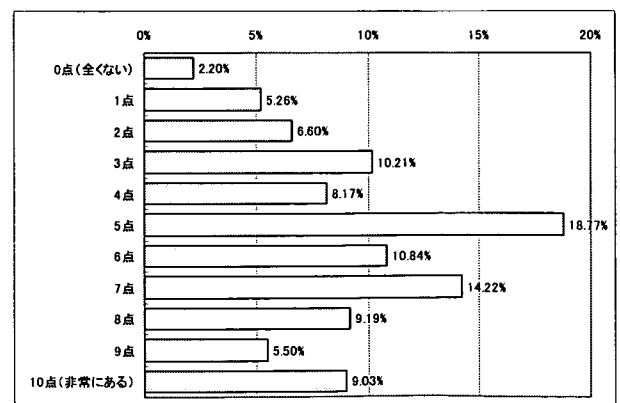
放射能



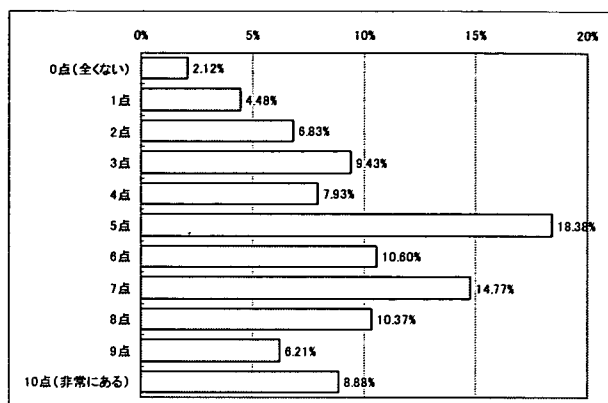
電磁波



残留農薬



食品添加物



早急に対応しなければならないものを同じ14項目にて順位付けをしてもらったところ、「受動喫煙(タバコ)」は1位に挙げた者が13.75%であり、上位に選択されている傾向が強かった。(表1)

また、現状としてどの程度対策を講じているかでは、「受動喫煙(タバコ)」は5点よりも低い点数に偏っていた。(表2)

さまざまな出来事に関する可能性において、がんで死に至る可能性としては、35.4%が「起こりそう」と回答し「どちらかといえば起こりそう」を含むと、70%以上となっていた。タバコの煙で健康を害する可能性については、「起こりそう」「どちらかといえば起こりそう」で60%を超えていた。

E. 結 論

I 地域で取り組む喫煙対策

取り組みが地域に根付くためには、協議会じたいを強いリーダーシップで導くひとが必要であると考えられた。その資質としては、各組織(委員)から意見や困りごとを引き出すなどが必要であり、方向性を決めてしまう者ではないと考えられた。

II リスク認知調査

「受動喫煙(タバコ)」は「とても危険がある」10点と認識した者が最も多く、次いで5点となる2極性を示していた。

早急に対応しなければならない事項として、「受動喫煙(タバコ)」は上位に選択されている傾向が強かったが、どの程度対策を講じているかでは「受動喫煙(タバコ)」は5点よりも低い点数に偏っており、認知と対策との乖離が存在する可能性が示唆された。

G. 研究発表

(該当なし:準備中)

H. 知的財産権の出願・登録状況

(該当なし)

【参考文献】

- 1) 神馬征峰, 岩永俊博, 松野朝之, 鳩野洋子訳: ヘルスプロモーション, 医学書院, 東京, 1997
- 2) 吉田新一郎: 会議の技法, 中央公論社, 東京, 2000

表1 早急に対応が必要なもの

	鳥インフル エンザ	SARS	BSE	肝炎	結核	HIV/AID S	受動喫煙 (タバコの)	大気中の発 がん性物質	電磁波	遺伝子組換 え食品	魚介類に含 まれる水銀	放射能	残留農薬	食品添加物
1位	19.64%	2.91%	1.73%	1.96%	0.94%	16.81%	13.75%	5.11%	1.10%	1.18%	0.94%	6.44%	18.54%	8.96%
2位	9.43%	9.11%	5.73%	3.53%	2.75%	11.31%	8.01%	7.70%	2.75%	2.67%	3.93%	4.79%	16.42%	11.86%
3位	7.62%	8.17%	8.25%	5.11%	2.83%	9.98%	7.93%	7.38%	3.46%	6.28%	8.17%	4.79%	10.76%	9.27%
4位	8.33%	8.64%	7.78%	5.66%	4.40%	8.72%	7.62%	6.91%	4.08%	7.93%	7.31%	7.15%	8.41%	7.07%
5位	6.36%	8.72%	9.58%	6.52%	5.26%	7.31%	6.91%	9.19%	5.18%	7.86%	7.86%	6.99%	6.13%	6.13%
6位	7.23%	6.99%	8.33%	8.01%	6.83%	5.89%	5.89%	8.72%	7.15%	5.81%	8.64%	7.15%	6.44%	6.91%
7位	4.95%	7.46%	8.01%	7.23%	6.99%	6.91%	7.93%	8.96%	6.36%	7.07%	8.64%	6.68%	6.83%	5.97%
8位	5.73%	6.21%	8.41%	7.54%	6.83%	5.42%	7.38%	10.05%	7.46%	7.46%	8.64%	7.46%	5.58%	5.81%
9位	6.21%	6.68%	7.54%	8.64%	7.23%	6.13%	5.73%	8.17%	8.01%	8.25%	8.64%	7.86%	4.40%	6.52%
10位	6.76%	7.46%	8.80%	8.41%	10.05%	6.05%	4.79%	5.81%	5.97%	8.33%	8.25%	8.41%	4.95%	5.97%
11位	4.63%	9.11%	8.01%	10.76%	10.29%	3.69%	5.18%	6.99%	8.48%	8.17%	8.01%	7.23%	3.69%	5.73%
12位	4.87%	6.36%	8.64%	10.53%	10.37%	4.56%	5.03%	6.21%	10.76%	9.03%	7.15%	9.11%	3.22%	4.16%
13位	5.26%	6.52%	5.18%	8.80%	12.49%	3.38%	6.91%	5.03%	12.18%	9.98%	7.54%	7.54%	3.93%	5.26%
14位	2.99%	5.66%	4.01%	7.31%	12.73%	3.85%	6.91%	3.77%	17.05%	9.98%	6.28%	8.41%	0.71%	10.37%

表2 対策が講じられていると思われるもの

	鳥インフル エンザ	SARS	BSE	肝炎	結核	HIV/AID S	受動喫煙 (タバコの)	大気中の発 がん性物質	電磁波	遺伝子組換 え食品	魚介類に含 まれる水銀	放射能	残留農薬	食品添加物
0点(全く 対応して いない)	6.28%	7.23%	3.14%	4.32%	4.71%	4.87%	10.60%	13.59%	18.30%	7.70%	12.10%	9.19%	7.46%	9.74%
1点	7.15%	8.41%	5.58%	6.05%	5.73%	7.31%	10.53%	12.88%	15.79%	9.35%	12.25%	11.47%	12.10%	12.18%
2点	11.15%	11.55%	7.46%	8.72%	8.33%	10.53%	11.08%	12.80%	15.08%	11.08%	13.12%	12.10%	11.15%	10.84%
3点	15.71%	16.34%	12.18%	14.61%	12.96%	14.30%	16.18%	18.62%	18.22%	17.05%	20.19%	16.58%	17.12%	17.28%
4点	9.03%	11.08%	9.11%	13.43%	11.63%	12.96%	11.39%	13.67%	12.33%	13.75%	12.41%	12.02%	12.57%	11.31%
5点	20.11%	21.52%	19.64%	23.49%	21.37%	22.07%	16.26%	16.97%	13.67%	19.72%	17.60%	18.93%	16.73%	18.07%
6点	11.39%	8.64%	11.47%	12.49%	10.68%	11.94%	9.58%	6.05%	3.38%	9.11%	6.21%	8.25%	9.03%	8.88%
7点	8.80%	7.38%	14.38%	9.11%	10.76%	9.82%	8.25%	3.22%	2.12%	6.83%	3.22%	5.73%	6.83%	5.50%
8点	6.83%	5.03%	10.37%	4.87%	6.68%	3.93%	4.24%	1.49%	0.55%	3.30%	1.81%	3.06%	4.79%	3.53%
9点	2.12%	2.20%	4.87%	2.20%	4.87%	1.49%	1.26%	0.63%	0.24%	1.49%	0.71%	1.81%	1.73%	2.44%
10点(万 全の対策 をとって いる)	1.41%	0.63%	1.81%	0.71%	2.28%	0.79%	0.63%	0.08%	0.31%	0.63%	0.39%	0.86%	0.47%	0.24%