

**C. Tracy Orleans, PhD**  
The Robert Wood Johnson Foundation  
(ロバート・ウッドジョンソン財団)

**Patti Payne**  
Canadian Cancer Society  
(カナダ癌協会)

**Karen Siener, MPH**  
CDC、NCCDPHP、  
Office on Smoking and Health  
(喫煙・健康対策室)

**Steve Sussman, PhD**  
南カリフォルニア大学

**Amber Hardy Thornton, MPH,**  
**CHES**  
American Legacy Foundation  
(レガシー財団)

**Merv Ungurain, MPA, HAS**  
Nova Scotia Department of Health  
(ノバスコシア州保健局)

---

#### Evidence Review Panel (エビデンス審査委員会)

---

**Ann Anderson, MD, MPH**  
National Institute on Drug Abuse  
(国立薬物乱用研究所)

**Cathy Backinger, PhD, MPH**  
国立癌研究所

**Suzanne Colby, PhD**  
ブラウン大学

**Debbie Coleman-Wallace, DrPh**  
Preventive Healthcare Institute  
(予防医療研究所)

**Brian Colwell, PhD**  
Texas A&M University System Health  
Science Center  
(テキサス A&M 大学  
システム保健科学センター)

**Pebbles Fagan, PhD, MPH**  
国立癌研究所

**Lisa Gertrudes**  
ブラウン大学

**Corinne Husten, MD, MPH**  
CDC、NCCDPHP、  
Office on Smoking and Health  
(喫煙・健康対策室)

**Catherine Maule**  
Canadian Cancer Society, National  
Cancer Institute of Canada  
(カナダ癌学会、  
カナダ国立癌研究所)

**Paul McDonald, PhD**  
ウォータールー大学

**Micah Milton, MPH**  
CDC、NCCDPHP、  
Office on Smoking and Health  
(喫煙・健康対策室)

**Debbie Ossip-Klein, PhD**  
ロチェスター大学

---

#### Special Advisory Panel (特別諮問委員会)

---

**Cathy Backinger, PhD, MPH**  
国立癌研究所

**Brian Colwell, PhD**  
Texas A&M University System Health  
Science Center  
(テキサス A&M 大学システム  
保健科学センター)

**Sue Curry, PhD**  
イリノイ大学シカゴ校

**Josie d'Avernas, MSc**  
RBJ Health Management Associates  
(RBJ 保健管理連合)

**Edward Ehlinger, MD, MSPH**  
ミネソタ大学

**Carmelle Goldberg, MSc**  
Direction de la Sante Publique de  
Montreal

**David Hopkins, MD, MPH**  
Epidemiology Program Office, CDC  
(CDC 疫学対策室)

**Connie Kohler, DrPH**  
アラバマ大学バーミングハム校

**Chris Lovato, PhD**  
ブリティッシュコロンビア大学

**Robin Mermelstein, PhD**  
イリノイ大学シカゴ校

**Amber Hardy Thornton, MPH,**  
**CHES**  
American Legacy Foundation  
(レガシー財団)

**Sue Lin Yee, MA, MPH**  
CDC、NCCDPHP、  
Office on Smoking and Health  
(喫煙・健康対策室)

## 査読者

**Wendy Bjornson, MPH**  
Pacific Center on Health and Tobacco  
(太平洋地域保健たばこ研究所)

**Heather Borski, MPH, CHES**  
Utah Department of Health  
(ユタ州保健局)

**Suzanne Colby, PhD**  
ブラウン大学

**Brian Colwell, PhD**  
Texas A&M University System Health  
Science Center  
(テキサス A&M 大学システム保健  
科学センター)

**Tim Connolly, RN, MN**  
アリゾナ大学保健科学センター

**Linda Crossett, RDH**  
CDC、NCCDPHP、Division of  
Adolescent and School Health  
(青少年・学校衛生部門)

**Sue Curry, PhD**  
イリノイ大学シカゴ校

**Josie d'Avernas, MSc**  
RBJ Health Management Associates  
(RBJ 保健管理連合)

**Bryan Dreilich**  
British Columbia Ministry of Health  
Planning (ブリティッシュ  
コロンビア保健福祉計画省)

**Edward Ehlinger, MD, MSPH**  
ミネソタ大学

**Pebbles Fagan, PhD, MPH**  
国立癌研究所

**Carmelle Goldberg, MSC**  
Direction de la Sante Publique de  
Montreal

**Donna Grande, MGA**  
米国医師会

**Dawn Hachey**  
Health Canada (カナダ保健省)

**Samantha Harrykisson, MPH**  
CDC、NCCDPHP、Division of  
Adolescent and School Health  
(青少年・学校衛生部門)

**David Hopkins, MD, MPH**  
Epidemiology Program Office, CDC  
(CDC 疫学対策室)

**Thomas Houston, MD**  
米国医師会

**Amber Jaworsky, MS**  
Tulsa City-County Health Department  
(タルサ市・郡保健局)

**Connie Kohler, DrPH**  
アラバマ大学バーミングハム校

**Vicki Lentz**  
Tulsa City-County Health Department  
(タルサ市・郡保健局)

**Robert Leischow, MPH**  
Arizona Department of Health Service  
(アリゾナ保健政策局)

**Johanna Lewis-Esquerre, PhD**  
ブラウン大学

**Chris Lovato, PhD**  
ブリティッシュコロンビア大学

**Catherine Maule**  
Canadian Cancer Society, National  
Cancer Institute of Canada  
(カナダ国立癌研究所、  
カナダ癌学会)

**Paul McDonald, PhD**  
ウォータールー大学

**Cheryl Moyer, MA**  
Canadian Tobacco Control Research  
Initiative  
(カナダ喫煙管理研究計画)

**Deborah Ossip-Klein, PhD**  
ロチェスター大学

**Patti Payne**  
カナダ癌学会

**Jane Pritzel**  
CDC、NCCDPHP、Division of  
Adolescent and School Health  
(青少年・学校衛生部門)

**Sarah Rosenberg, JD**  
Oregon Department of Human Services,  
Health Services  
(オレゴン福祉医療局)

**Karen Siener, MPH**  
CDC、NCCDPHP、  
Office on Smoking and Health  
(喫煙・健康対策室)

**Steve Sussman, PhD**  
南カリフォルニア大学

**Scott Thomas, PhD**  
Bay Area Community Resources  
(ベイエリア・コミュニティリソース)

**Amber Hardy Thornton, MPH,  
CHES**  
American Legacy Foundation  
(レガシー財団)

**Laurie Woodland**  
British Columbia Ministry of Health  
Planning  
(ブリティッシュコロンビア  
保健福祉計画省)

---

ご協力いただいた方

---

**Dena Gregory, MPH**  
Northrop Grumman IT Health Solutions and Service  
(ノースロップ・グラマン IT ヘルスソリューション・  
アンド・サービス)

**Amanda Crowell**  
NCCDPHP, CDC

**Steve Sussman, PhD**  
南カリフォルニア大学

# 序文



「*青少年の禁煙：情報に基づく決断に関する指導書*」は、特別な喫煙管理活動として青少年の禁煙に着手すべきかどうかの判断を助ける目的で作成された。本書では、青少年への介入の基本となるエビデンスの質、組織が担当する人口集団のニーズを評価することの重要性、ならびに選択した介入を評価する必要性などのトピックを取り上げる。

青少年の禁煙を促す効果的な介入を求める動きが拡大している。他の公衆衛生対策と同様、このような介入もその効果を証明するエビデンスに基づいたものでなければならない。残念ながら、青少年の禁煙に関しては、基本的提案の基になるような厳密な科学調査が不足している。よって、この指導書では、特定の介入を支持したり、介入の開発や実施方法について指示を与えることはしない。本書では、包括的な喫煙管理プログラムに関する要素を概説し、意思決定において考慮すべき問題の検討、最も有望と思われる介入の提示、評価活動に関する指針の提供を行う（図1を参照）。

第1章では、青少年（本書では12-19歳と定義する）の健康に対するたばこの影響について検討し、青少年の喫煙を削減するための国家目標を概説する。また、本書のガイドラインがどのように作成され、成人に対する介入の教訓が青少年への介入にどの程度適用できるか・適用できないかについても説明する。さらに、第1章では、青少年への介入を包括的な喫煙管理プログラムに取り入れることの重要性についても説明する。

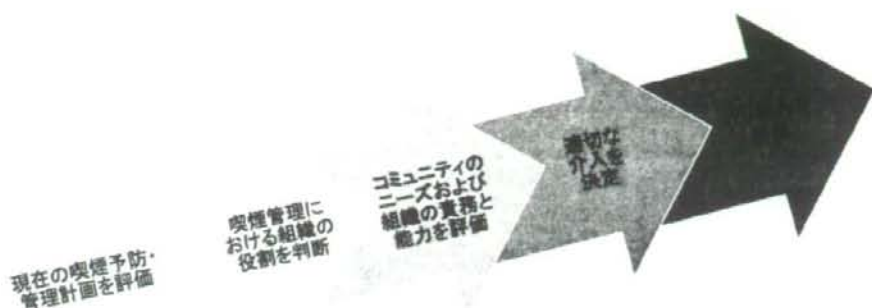
---

## 介入とプログラムの違い

本書を通じて、介入とプログラムは区別される。介入は、行動様式や環境を変えるための具体的な方針、業務、活動である。プログラムは、複数の要素が関与する包括的な取り組み、またはそうした取り組みを行う機関を意味する（例：喫煙管理プログラム）。

---

図1 青少年の禁煙支援に関する意思決定



第2章では、青少年向けの禁煙介入を確立すべきかどうかの判断において考慮すべき重要な問題を概説する。ニーズの評価、利害関係者との連動、結果の評価など、計画プロセスの一部として行うべきタスクを説明する。

第3章では、各種の介入、介入の各種実施方法、ならびに有望な理論的アプローチに関する情報を提示する。介入の選択方法に関する実際的な提案も含まれる。

第4章では、喫煙と禁煙の理由およびパターンに影響すると思われる青少年が持つ背景の違いを検討する。また、介入の観点からこうした違いに対応する方法も示唆する。

第5章では、プロセスおよび結果の評価を行うための指針を提示する。現行の取り組みの有効性を示すエビデンスが少ないことから、青少年の禁煙介入のすべてについて、厳密な評価を行うべきである。

各章の終わりに、ある州の保健局とある郡立学校による青少年の禁煙介入の選択・実施方法の例を合計2つ紹介する。各例は、対応する章で説明した活動のタイプを反映したものである。

付録には、青少年の禁煙介入法に関する追加情報資源および評価のガイドラインが収録されている。

# 1

## 青少年の禁煙について 知るべきこと

米国の成人喫煙者の80%以上は、18歳未満で習慣的な喫煙を開始している<sup>1)</sup>。喫煙の普及率は、その他の成人人口と比較して、ティーンエイジャーおよび若年成人において高くなっている。しかし、禁煙普及率（喫煙経験があるが現在は喫煙していない割合）も、若年層のほうが低い。調査の結果、ティーンエイジャーおよび若年成人の大半が禁煙したいと考え、それを試みているが、ほとんどが成功していないことがわかっている<sup>2)</sup>。こうした若い喫煙者の多くが、最終的に喫煙を原因とする疾患で死亡すると考えられる。成人喫煙者が心疾患、癌、肺気腫になりやすいことは多くの人が知っているが、喫煙は青少年の健康にもさまざまな悪影響を及ぼす。

喫煙する<sup>14)</sup> 青少年の健康に対する悪影響として下記が挙げられる：

- 喫煙は、競走競技のトレーニングを受けている若者も含め、パフォーマンスと持久力の双方において青少年の体力を低下させる。
- 喫煙は、青少年において肺の成長速度と最大肺機能のレベルを阻害する。
- 若年成人の喫煙者の安静時心拍数は、同じ年代の非喫煙者と比較して、毎分2-3回多い。
- 習慣的な喫煙は、咳を引き起こし呼吸器疾患の発生頻度と重篤性を高める原因になっている。



本章は下記に役立つ。

- 喫煙が青少年の健康をどのように蝕むかを理解する。
- 青少年の喫煙減少に向けた国家目標を理解する。
- 青少年の禁煙補助法に関する現在の知識が限定的であることを認識する。
- 成人の禁煙に関する提言のうち、青少年にも適用できるものを特定する。
- 青少年の禁煙が包括的な喫煙管理プログラムにどう適合するかを理解する。



青少年と若年成人の定義は、特定の調査または介入で検証する人口集団により異なる。本書では、青少年を 12 - 19 歳と定義する。

- 喫煙を開始する年齢が低いほど、ニコチン中毒になりやすい。習慣的に喫煙する青少年の大半は、成人期を通じて喫煙を続け、それが長期的な健康問題につながっている。
- 喫煙するティーンエイジャーは、非喫煙者と比較して、飲酒の割合が 3 倍、マリファナ吸引の割合が 8 倍、コカイン使用の割合が 22 倍も高い。喫煙は、喧嘩や避妊具を使わないセックスなど、リスクを伴う行動を伴いやすい。
- 9 年生までに喫煙を始め、定期的に喫煙している高校の最上級生は、喫煙しない同級生と比較して、健康全般の低下を報告する割合が 2.4 倍高く、痰や血液を伴う咳、運動時以外の息切れ、喘鳴や喘ぎを報告する割合が 2.4~2.7 倍、情緒的・精神的不調を理由に医師などの医療専門家を受診する割合が 3.0 倍高い。
- 喫煙が鬱病など思春期の若者に内在する精神疾患の指標である可能性も考えられる。

## 青少年の喫煙と禁煙

### 喫煙の進行

たばこを試す直接のきっかけは、社会生活において、友人、家族、その他喫煙するロールモデルが原因である場合が多い。ただし、その他の要因（中には一部の若者に中毒を起こし、長期使用の原因になるものもある）も喫煙の開始と習慣的な喫煙への移行に関与している（第 4 章を参照）。

試しに喫煙した人が常用者になるまでに、下記の 5 つの段階がある<sup>15</sup>：

- **準備段階。** たばこに関する知識、信念、期待が形成される。
- **初期／試用段階。** 最初に 2、3 本吸ってみる。
- **実験段階。** ささまざまな場面において特定の状況になった場合にのみ、不定期だが喫煙を繰り返す。
- **たばこの常用。** 決まった喫煙パターンが形成される。青少年の場合、毎週末や 1 日のある時間帯に喫煙することを意味する。
- **ニコチン中毒。** 身体が常にニコチンを求めるため、通常は毎日、定期的に喫煙する。

### 喫煙の普及率

北米の青少年の間で喫煙が広がっている。カナダでは、2002 年の調査で、15~19 歳のティーンエイジャーの 22%が現在喫煙していると報告されたが、1999 年の 28%よりは減少していた<sup>6</sup>。米国

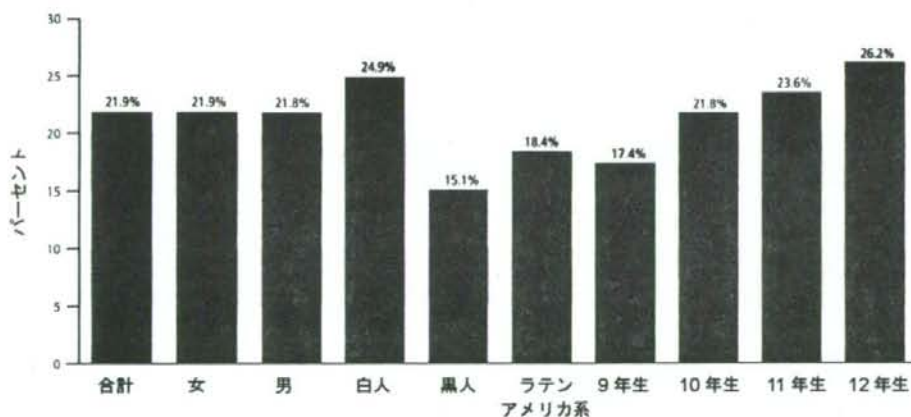
では、2003年の調査で、前月に喫煙した高校生の割合が21.9%だった(図2参照)<sup>7</sup>。米国の青少年の喫煙率は1980年代に徐々に低下したが、1990年代初めに急増し、その後、1997～2003年に大幅に減少した<sup>7,8</sup>。

### ニコチン依存症

ニコチンは、多くの人が青年期に吸い始めるたばこに含まれる中毒性薬剤である。若い時に喫煙を開始した人は、それより後に喫煙を開始した人と比較して重症のニコチン中毒になりやすい<sup>1</sup>。その他の薬剤中毒と同様に、ニコチン依存症は慢性的な状態で、生涯にわたって再発する可能性がある。通常、喫煙の頻度が増えるとニコチン中毒になる。ただし、ごく早期に依存症になる人もいる<sup>1,9</sup>。

青少年の大半は、2～3年喫煙してもニコチン依存症にならないが<sup>1</sup>、わずか100本のたばこを吸っただけでも中毒は起こる<sup>10</sup>。研究の結果、不定期に散発的に使用しただけにも関わらず、最初の数週間で依存症の症状を報告する若者がいることがわかっている<sup>5,9</sup>。また、別の研究では、この人口集団において中毒が一般的でない根拠として、喫煙パターンが不規則で、自主的な禁煙率が高いことを挙げ、青少年のニコチン中毒を示す根拠は少ないと報告されている<sup>11,12</sup>。思春期の喫煙者の一部はおそらく依存症であり、禁煙を試みることで身体的および/または精神的な離脱症状に苦しむと考えられる<sup>1,6</sup>。

図2 高校生における喫煙の普及率\* (2003年、現在)



\*調査の前30日間にたばこを1本以上吸った。

出典：Youth Risk Behavior Survey, 2003



### 青少年の禁煙願望と禁煙の試み

若者の多くが、禁煙したいと考え、過去に禁煙を試みている。現在喫煙しているカナダの15～19歳の青少年のうち64%が、調査前の12ヶ月間に1回以上禁煙を試みたと報告している<sup>6</sup>。米国では、現在喫煙している高校生と中学生の約60%が、調査前の1年間に1回以上禁煙を試みたと報告している<sup>13</sup>。

多くの青少年が禁煙を望み、それを試みているが、彼らの大半は、禁煙サービスについて知らないか、そうしたサービスを利用できない状況にある。また、青少年の多くは、禁煙が専門家の支援が必要なほど困難なものとは考えておらず、そうした介入への参加にあまり関心がないと報告している<sup>14</sup>。自分の特定のニーズや懸念に対応していると思えないという理由で介入やサービスを利用しない青少年もいる。こうした理由を考慮し、介入計画では、募集戦略（第2章を参照）を重要な要素と考えるべきである。

青少年および彼らを支援する人々の双方から、効果的な禁煙支援を早急に求める声が上がっている。これを受け、青少年に効果的な禁煙介入を提供する手段について我々の理解を深めるための取り組みが近年増加している。こうした要求が、本書の作成の主な契機となった。

### 青少年の喫煙を削減するための国家目標

「*Health People 2010*」は、米国の青少年による喫煙の減少と禁煙努力の増加について、国家目標を設定した<sup>15</sup>。具体的目標を下記に挙げる：

- ・ 前月の青少年によるたばこ製品の使用を40%から21%に減少する。
- ・ 前月の青少年による紙巻たばこの喫煙を35%から16%に減少する。
- ・ 禁煙を試みた9～12年生の習慣的喫煙者の割合を61%から84%に増加する。

疾病対策センター（CDC）は、青少年と成人の双方において禁煙を促すことを喫煙管理プログラムの主たる目標の1つにすべきであると提言している<sup>16</sup>。また、CDCは、包括的な学校衛生プログラムに、生徒および学校職員の禁煙を支援する取り組みを含めるべきだとも提言している<sup>17</sup>。

### 青少年の禁煙に関するガイドライン

「最良実施例」の提案は、通常、科学的論文で発表された保健医療サービスや政策などの主題に関するデータのレビューに基づいて行われる。レビューは、特定の実施例の有効性を示す目的で作成される。例えば、米国公衆衛生局（PHS）の「*Treating Tobacco*

*Use and Dependence: Clinical Practice Guideline (喫煙と依存症への対処：診療ガイドライン)*<sup>18</sup>は、提言の基本的エビデンスとして適切と見なされる180件を含め、約600件の記事の一次レビューを基に作成された。

2001年春の時点で、青少年の禁煙という分野で科学ジャーナルに発表された論文は80件に満たなかった。研究目的ならびに介入の内容、形式、焦点および背景の違いが、これらの研究の比較を困難にしている。研究の多くは、サンプルの規模が小さく、対照群を用いない研究デザインを採用しているか、あるいは介入の説明に十分な情報を提供していない<sup>3,19</sup>。こうした限界により、有効性のエビデンスを証明することが難しくなっている。したがって、発表済みの論文から提言を行うことは不可能である。

### 「優良実施例」のモデル

エビデンスに基づく介入が欠けているにも関わらず、青少年の禁煙支援法に関する提言は早急に必要とされている。こうしたニーズに対応するため、Canadian Tobacco Control Research Initiative (カナダ喫煙管理研究計画、CTCRI)が開発した新しいアプローチを用いた既存のエビデンスの検証と実際のガイドラインの作成が試みられている<sup>20</sup>。この「優良実施例」モデルは、複雑な問題の解決には、科学と経験の双方が必要であるという考えに基づいている。その結果作成されたガイドラインでは、特定の人口集団および状況における独自のニーズとそうしたニーズに対処するためのリソースも考慮されている。

これを念頭に置き、本書の作成に協力した特別諮問委員会は、青少年の禁煙介入の作成において考慮すべき問題に関してガイドラインをまとめた。根拠となるエビデンスが増えれば、将来的に、青少年に対する具体的な最良実施例を特定できるだろう。それまでは、本書で提示する助言を参考に、青少年の禁煙介入を実施するか否かを判断し、適切な介入の選択・実施を行うことができる。この分野の知識を拡大するために、すべての介入について、監視と厳密な評価を行わなければならない(第5章を参照)。

### 自分の経験を当てはめる

臨床現場、喫煙防止活動、その他のリスク行動や状況に対処する介入において青少年を支援した経験を用いるのも1つの方法である。包括的喫煙管理プログラムにおいて何が最も重要か(例、予防政策および介入、間接喫煙からの保護、禁煙介入、喫煙に対する一般大衆の態度の変化)についての知識も拡大しており、そこから情報を得ることもできる。

カウンター・マーケティングも、こうした周辺知識が禁煙努力に役立っている一例である。調査の結果、青少年は、たばこの宣伝や販促の影響を特に受けやすいと考えられる<sup>3</sup>。彼らがカウンター・マーケティングにも同様に影響されるとすれば、たばこ業

界が青少年に対して使っている戦略や戦術を学び、禁煙に対する青少年喫煙者の関心を高めることで、たばこ産業のマーケティング活動に感化されない力を青少年に与えられるかもしれない。

### 成人への介入を青少年にも適用する

青少年の禁煙介入については最良実施例がないことから、成人の禁煙に効果的な取り組みについて検討し、そうした実施例が、禁煙を望む若いたばこ利用者のニーズへの対応に効果的、適切、且つ適用可能かどうかを判断すべきである。2000年に、PHSは「*Treating Tobacco Use and Dependence: Clinical Practice Guideline (喫煙と依存症への対処：診療ガイドライン)*」を発行し、保健医療制度を利用する成人の禁煙成功率を上げる目的でエビデンスに基づく提案を発表した<sup>18</sup>。

思春期の患者に有効な対策に関するエビデンスはなかったが、PHSは専門家の意見を基に、下記の臨床対策を提案した。

- 臨床医は、思春期の患者およびその両親の喫煙状況を調査し、たばこの使用を完全にやめることの重要性について確固としたメッセージを示すべきである。
- 成人に対する有効性が確認されているカウンセリングや行動介入を小児や青少年に適用できるか検討すべきである。こうした介入の内容は、発育段階に応じて修正する。
- 思春期の患者の治療において、ニコチン依存症のエビデンスがあり、禁煙を望む場合、臨床医はブプロピオン徐放型またはニコチン補充療法の処方を検討しても良い。
- 思春期の患者を治療する臨床医は、子供の関節喫煙曝露を抑えるために、両親に禁煙についての助言や介入を提示すべきである。

もうひとつの方法として、青少年の禁煙戦略を開始する際に、成人に効果のある方法から得た教訓を適用することができる<sup>18</sup>。PHSは、成人への臨床実施例として下記を提案している：

- たばこ依存症は、しばしば反復的な介入を要する慢性的な状態である。
- 禁煙を望む場合、喫煙者は、有効な治療法を利用すべきである。禁煙を望まない場合、禁煙に対する動機を高めるため、喫煙者に短時間の介入を提供する。
- 禁煙カウンセリングの強さとその効果には強い用量反応関係が存在する。
- (治療時間の内外において) 社会的支援を提供し、問題解決のスキルを教えることが、禁煙支援において有望である。

- ・ ニコチン離脱症状を呈している人に対して、禁忌がない限り、薬物療法を利用できる。ただし、青少年は、成人よりも身体的な離脱兆候が現れにくく、思春期の患者における薬物療法の有効性はまだ証明されていない。

### 注意事項

成人への介入を青少年に適用する際、介入の提供者は十分な注意を払い、その取り組みを慎重に評価すべきである。ある集団に効果的な取り組みが、別の集団には効果を示さない場合もある。ある環境（例、診療時）では効果があっても、別の環境（例、学校）では効果がないかもしれない。例えば、グループカウンセリングを通じたソーシャルサポートが禁煙努力において効果的な補助法になることを成人への治療経験から知っていたとする<sup>18</sup>。しかし、薬物乱用や性的行動など、青少年に関するその他の難しい問題に取り組んでいる人は、プライバシーの観点からこの人口集団にグループ介入は不適切であると理解している。自分が対処する青少年のニーズや懸念を理解することで、彼らのニーズに最適な介入要素を選択できるだろう。

青少年の性格や生活状況は独特であり、彼らの喫煙・禁煙行動に深く関わっている。例えば、青少年の喫煙パターンは成人と比較して多様である。若者の多くは、たばこの中毒性と健康への影響を軽視している。事実、「禁煙」についての実際の考えは、青少年と成人で異なっていることが多い。

喫煙している青少年は、自分を「喫煙者」あるいは「たばこ利用者」と認めたがらず、したがって、「禁煙」に対する意欲もまちまちである。こうした理由から、成人に有効な方法を青少年の禁煙にも有効と断定すべきではない。

### 喫煙管理への包括的アプローチ

たばこ依存症の克服は、その他の中毒と同様に、1回限りの努力で終わるものではない。それは、一連の身体的、社会的、生理学的要因により緩和される複雑で継続的なプロセスである。喫煙のきっかけになる要因がさまざまなら、禁煙を促す要因もさまざまである。1つの介入や活動が、対象とする人口集団に属するすべての人に効果的で適切である可能性は低い。

こうした理由から、CDCは、すべての喫煙管理プログラムを包括的なものにするよう勧告している<sup>16</sup>。包括的な計画を立てることで、青少年の禁煙補助に必要な相互作用と支援的環境が生まれる。1つの団体が包括的プログラムに必要なすべての要素を提供できる可能性は低い。しかしながら、複数の組織が協力して取り組みを行うことで、コミュニティにおいて包括的なプログラムを実施できると考えられる。

包括的禁煙管理プログラムには下記の要素を含めるべきである<sup>16</sup>。

- 教育、地域活動、カウンター・マーケティングと連携した喫煙予防努力。
- 喫煙の制限、たばこの宣伝・販促の中止、屋内の空気の清浄化、青少年によるたばこ入手の制限、課税によるたばこの値上げを目的とした法律・政策上の取り組み。
- 既存の法律および政策の施行。
- 成人および青少年の双方に対する禁煙介入。
- 喫煙に伴う慢性疾患の負荷を予防または軽減する介入。
- 喫煙管理における最良実施例に関する知識を向上させるための調査および評価。
- 多重的なレベル（州、コミュニティ、学校）で実施する喫煙管理への取り組み。
- コミュニティーレベル、州レベル、その他より広範囲の管轄区域レベルでの喫煙管理努力を調整する行政・管理活動。

#### 青少年への介入を包括的な喫煙管理プログラムに取り入れる

青少年への禁煙介入を実施するかどうかの判断は複雑で、多くの要因に影響される。このような介入は、さまざまな情報源（例：刑事司法制度、州機関、コミュニティグループ、青少年）が原動力となって作成される。現在、自分の地域で提供されているサービスと共に、新しいサービスがどのように支持・統合されるかを考慮した上で、判断を行うべきである。

青少年に対する禁煙介入を提供すべきかどうかを検討する際は、まず、担当地域ですでに包括的な喫煙管理プログラムが存在しているかどうかを確認する。包括的プログラムが存在する場合、自分の介入がそうした取り組みをどの程度強化できるか評価する。そのようなプログラムが存在しない場合、どのような禁煙介入を作成・強化すべきか、また、自分の介入がより包括的なアプローチにどう貢献するかを評価する（第2章を参照）。

#### 環境要因の重要性

青少年の禁煙を促すには、喫煙を阻止し、青少年を間接喫煙から守るための強力な自主・規制方針が重要となる。たばこ税を上げて代金全体を高くすることで、青少年による喫煙を著しく削減できる<sup>21</sup>。公共の場所を禁煙にする政策により、社会が喫煙を受け入れないようにすることも、青少年による喫煙の予防と減少に役立つ。

こうした対策が取られていないコミュニティでは、青少年の禁煙に関心を持つ人々が、コミュニティ全体にとって利益となる政策の変更を求めて、積極的な運動を展開する必要がある。

反対広告も青少年による喫煙の減少に重要な役割を果たす<sup>21,22</sup>。前述の通り、青少年は、たばこ産業の広告に非常に影響されやすい。マスメディアのキャンペーンによりその効果を反対に利用し、喫煙を受け入れない環境作りに貢献することで、禁煙への動機を高めることができる。反対広告の目的が青少年の喫煙予防だったとしても、たばこを止めることについての関心を高めることで、青少年の禁煙に役立つと考えられる。

成人向けの禁煙リソースが既に存在する場合、それを拡大して青少年向けの介入を含めることができる<sup>18</sup>。成人と青少年の双方に向けた禁煙介入を含み、それを既存の禁煙リソース（例：クイットライン [禁煙支援電話]）に組み合わせる包括的な喫煙管理プログラムの確立が可能である。

もう1つ重要な要素となるのが、介入を実施する環境である。例えば、（建物の内外に関わらず）教師が敷地内で喫煙している姿が目に入るようなら、学校での介入は信頼を失うだろう。こうした影響を避けるために、CDCが提言しているように、禁煙の学校方針を確立・実施すべきである<sup>17</sup>。

## 参考文献

1. U.S. Department of Health and Human Services. *Preventing Tobacco Use Among Young People: A Report of the Surgeon General*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 1994.
2. George H. Gallup International Institute. *Teen-age Attitudes and Behaviors Concerning Tobacco: Report of Findings*. Princeton, NJ: George H. Gallup International Institute; 1992.
3. Sussman S. Effects of sixty six adolescent cessation use trials and seventeen prospective studies of self-initiated quitting. *Tobacco Induced Disease* 2002;1(1):35-81.
4. Arday DR, Giovino GA, Schulman J, Nelson DE, Mowery P, Samet JM. Cigarette smoking and self-reported health problems among US high school seniors, 1982-1989. *American Journal of Health Promotion* 1995;10(2):111-116.
5. Lynch BS, Bonnie RJ, editors. *Growing Up Tobacco Free: Preventing Nicotine Addiction in Children and Youths*. Washington, DC: National Academy Press; 1994.
6. Health Canada. Canadian Tobacco Use Monitoring Survey. Annual Results, 2002. Available at [www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tobacco/research/ctums/2002/2002\\_supptables\\_eng.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tobacco/research/ctums/2002/2002_supptables_eng.pdf).
7. Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette use among high school students—United States, 1991-2003. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2004;53(23):499-502.

8. Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG. *Monitoring the Future: National Results on Adolescent Drug Use. Overview of Key Findings, 2001*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse; 2002. NIH publication no. 02-5105.
9. DiFranza JR, Rigotti NA, McNeill AD, et al. Initial symptoms of nicotine dependence in adolescents. *Tobacco Control* 2000;9:313-319.
10. American Academy of Pediatrics Committee on Substance Abuse. Tobacco's toll: implications for the pediatrician. *Pediatrics* 2001;107(4):794-798.
11. Chassin L, Presson CC, Sherman SJ, Edwards DA. The natural history of cigarette smoking: predicting young-adult smoking outcomes from adolescent smoking patterns. *Health Psychology* 1990;9(6):701-716.
12. Shiffman S. Refining models of dependence: variations across persons and situations. *British Journal of Addiction* 1991;86(5):611-615.
13. Centers for Disease Control and Prevention. Youth tobacco surveillance—United States, 2000. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2001;50(SS-4):30.
14. Balch GI. Exploring perceptions of smoking cessation among high school smokers: input and feedback from focus groups. *Preventive Medicine* 1998;27(5 Pt 3):A55-A63.
15. U.S. Department of Health and Human Services. *Healthy People 2010*. Volume II. 2nd edition. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 2000:27-12, 27-21.
16. Centers for Disease Control and Prevention. *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 1999.
17. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for school health programs to prevent tobacco use and addiction. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1994;43(No. RR-2).
18. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. *Treating Tobacco Use and Dependence: Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2000.
19. McDonald P, Colwell B, Backinger CL, Husten C, Maule CO. Better practices for youth tobacco cessation: evidence of review panel. *American Journal of Health Behavior* 2003;27(suppl 2):S144-S158.
20. Maule CO, Moyer CA, Lovato CY. Application of a better practices framework to review youth tobacco use cessation. *American Journal of Health Behavior* 2003; 27(suppl 2):S132-S143.
21. Hopkins DP, Briss PA, Richard CJ, et al. and the Task Force for Community Preventive Services. Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. *American Journal of Preventive Medicine* 2001;20(2 suppl):16-66.
22. Farrelly MC, Davis KC, Yarsevich JM. Getting to the truth: assessing youths' reaction to the truth<sup>SM</sup> and "Think. Don't Smoke" tobacco countermarketing campaigns. *Legacy First Look Report 9*. Washington, DC: American Legacy Foundation; 2002.

例 A-1

ある州における青少年向けクイットライン  
(禁煙支援電話) の設置



西部のある州の保健局は、喫煙による公衆衛生への影響に対処する目的で、1980年代半ばに Tobacco Prevention and Control Program (TPCP) (喫煙予防管理プログラム) を設置した。1990年まで、同州の青少年禁煙対策は、地域レベルで限定的に行われていた成人向け介入を修正したものに過ぎなかった。

例 A および B はある州の保健局とある地方の郡立学校が青少年への禁煙介入をどのように選択・実施したかを示したものである。

青少年専用の禁煙介入が初めて作成されるきっかけとなったのは、たばこ所有で出頭を求められた未成年の青少年向けに牽制的な介入を求めた少年裁判制度である。同州は、青少年による喫煙の身体的・法的影響の理解を促し、喫煙量を減少するスキルの取得を助ける目的で、短期間の講習を用意した。この介入は効果を発揮しているように思われたが、調査の結果、その有効性が不十分であることが判明した。

学校やコミュニティなど、異なる環境において介入の拡大版が実施され、その評価が企画・実行された。評価の結果、介入は有効だが、禁煙のために支援が必要なすべての若者に対応できていないことが判明した。介入は、州の人口密集地でのみ実施され、すでに学校制度や刑事裁判制度にある程度所属している青少年だけに提供されていた。大勢の青少年がこの介入を利用できていなかったのである。

2000年春、TPCP は、たばこ調停資金の大きな割当を受け、その資金を使ってより多くの青少年が利用できる介入の実施に乗り出した。新たにこの資金を得たことで、当局は、州規模の青少年クイットラインを設置できたのである。





#### 例 B-1

### ある地方の郡立高校による禁煙介入

主に農村部の人口が主体のある郡の学校では、喫煙予防を重視した喫煙管理を行っていた。学校関係者は、6～12年生の訓練を受けた学生がその地域の小学校のクラスで教育的介入を行うという仲間による教育的介入を開発した。

この方法は、下級生の喫煙に対する意識の向上にある程度の効果を発揮していた。しかし、ティーンエイジャー、学校関係者を始め、コミュニティの人々は、そのやり方は問題の一部に対応しているに過ぎないことに気付いた。1999年の Youth Risk Behavior Surveillance System（青少年リスク行動調査制度）によると、過去30日間に1回でも喫煙した9～12年生はその州で42%だった。また、過去30日間に噛みたばこや嗅ぎたばこを1回でも使用した割合は15.7%だった。学校の敷地内での喫煙は禁止されているが、それでもティーンエイジャーは校内で喫煙し、噛みたばこを使っていた。たばこ使用で捕まった学生は、居残りまたは停学の処分を受けた。

後に Teens In Control（ティーンエイジャーの管理）と名づけられた青少年の禁煙介入は、たばこ使用により居残りとなった2人の学生の言葉がきっかけで開発された。彼らは禁煙を希望していたが、どうすればいいのか、またどんなリソースが利用できるのかがわからなかった。その日の居残りを担当していた教師が生徒の不安をスクールカウンセラーに伝え、さらにカウンセラーは学校の喫煙予防介入の顧問に相談した。この問題については、青少年、両親、学校管理者、教師および地元の衛生局の代表を含む介入の次の諮問委員会で協議され、ティーンエイジャー向けの禁煙介入の作成に取り組むことで合意が得られた。

# 2

## 始めよう

### 介入実施の是非を見極め、 計画を作成する

青少年向けの禁煙介入を計画する場合、まず実施と評価の観点から計画を作成することに時間とエネルギーを割くべきである。それにより、目標の達成とリソースの効果的な利用が促されるだろう。検討すべき介入のタイプ（第3章）、評価プロセスの計画方法（第5章）、評価の実施方法（第5章）に関する詳しい情報は、後続の章で説明する。

#### 組織の役割とコミュニティの ニーズを理解する

介入を選択し、その実施計画を作成する前に、下記を行うこと：

- サービスを提供しようとするエリア（例：学校、コミュニティ、州）の現在の喫煙防止・管理計画を評価し、さらに取り組みが必要かどうかを判断する。その他の活動がさらに青少年の役に立つかどうかを判断する。包括的な喫煙管理プログラムを確立するために埋めておくべき格差がないか確認する。
- 組織が喫煙の減少に最大の影響を与えられるのはどの点かを評価する。青少年への禁煙介入が最適な選択肢であると確信したら、組織にその介入を支持する準備が整っているか、組織の他の介入やサービスにどう適合するかを検討する。担当するコミュニティにおける組織の役割と信頼度を検証する。組織と担当するコミュニティのすべてのレベルから支援を受けられれば、成功のチャンスは高まるだろう。



本章は下記に役立つ。

- 組織が青少年の禁煙を助ける介入を支持できるか、または支持すべきかどうかの判断。
- 介入計画を作成する際に考慮すべき重要な要素を特定する。
- 介入計画に現実的な目標を設定する方法を理解する。
- 計画業務に関わる関係者の重要性を学ぶ。

- コミュニティのニーズに合った青少年の禁煙介入を実施する能力が組織にあるかどうか判断する。組織が十分なリソースを欠いている場合、他の団体との提携や既存の構想への対応を検討する。
- 自分が対処する青少年のニーズと彼らに対応する組織の能力を評価する。図3に対処する人口集団のプロファイル作成に役立つ「Assessing Community Needs and Your Organization's Capabilities（コミュニティのニーズと組織の能力の評価）」と題したリストを掲載する。どの組織も、青少年への禁煙介入の選択・実施の前に、正式なニーズの評価を行う必要はない。ただし、いずれの組織も、介入の実施が最適な方法であり、選択した介入が適切なものとなるように、こうした問題への対処に時間を割くべきである。

青少年への禁煙介入の実施が決まっている場合も、この評価リストは、実施計画の作成に役立つ。その他に推奨される方法として下記がある：

- 介入の実施方法に対する具体的な期待を含めた現実的な目標（例；それを実施するためにどんな方法を作成・利用するか、どのような人材が必要か、青少年をどのように募集するか、どの程度の有効性が期待できるか）。
- プログラムのリソースに基づいて最適な介入のタイプ（第3章を参照）および標的とする人口集団のニーズを判断する。既存またはあらかじめ用意された介入を選択しても良いし、研究者などの専門家の協力を得て新たに開発してもよい。
- 介入を実施するスタッフを募集し、研修を行う。企画段階でスタッフの協力が必要なら、あらかじめスタッフを募集する。青少年への接触、募集戦略、介入に使う資料の文化的妥当性などの問題を考慮した実施計画を作成する。潜在的な課題を予想し、可能な限りバックアップ計画を準備する。
- 介入の進捗状況と結果を追跡する指標を明らかにするために、可能であれば、評価専門家の協力を得る。担当地域に評価の専門家がいない場合、自分で基本的な評価業務を行えるように準備しておく（第5章を参照）。介入の実施において、その質と一貫性が、介入の構成や結果と同様に重要になることが多い。まず、対処する青少年の喫煙者について基本的な情報を収集する。
- 介入を実施、監視および評価する。

### 図3 Assessing Community Needs and Your Organization's Capabilities (コミュニティのニーズと組織の能力の評価)

対処する青少年のニーズおよび青少年に対する組織の対応力を評価するために、下記の要因について検討する。

標的となる人口集団のプロファイル	コミュニティの背景状況/環境要因	支援機関/組織のプロファイル
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 禁煙介入に参加すると思われる青少年の数。</li> <li>● その年齢および学年。</li> <li>● 使用しているたばこの種類および量。</li> <li>● 喫煙に関する重要なパターン(例: 特定の社会的状況または物理的環境での喫煙、喫煙を開始する典型的な年齢)。</li> <li>● 喫煙と禁煙に影響する身体的要因(例: 病氣、運動競技への参加、妊娠)。</li> <li>● 喫煙と禁煙に影響する感情的・精神的要因(例: うつ、社会的不安、暴力などのリスクを伴う行動)。</li> <li>● その他の薬物使用/乱用。</li> <li>● 学業への意欲、学校での成績、識字レベル。</li> <li>● 喫煙や禁煙に影響し得る社会的状況(例: 同輩グループ、信仰している宗教)または文化的な違い。</li> <li>● 標的である人口集団の家族または同居人の喫煙状況。</li> <li>● 青少年の喫煙と禁煙に影響し得るその他の家庭環境(例: 両親の有無、兄弟姉妹との関係、社会経済的地位、医療の利用度、青少年の行動に関する家族の期待、家族の薬物乱用や精神疾患)。</li> <li>● 青少年における禁煙への関心や動機、ならびに支援的介入やサービスへの参加意志の明示的レベル。</li> <li>● 過去または現在におけるたばこ関連のカウンセリング、懲戒処分、行動修正のための活動への関与。</li> <li>● 過去または現在におけるたばこことは無関係のカウンセリングまたは治療的介入への参加。</li> <li>● 過去または現在における課外活動や組織的な余暇活動への参加。</li> <li>● 接触が困難と思われる標的人口集団のセグメント(例: 高校中退者、地方に住む青少年)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 青少年への禁煙支援サービスに対するコミュニティメンバー(例: 両親、学校管理者、医療提供者)のサポートまたは要求のレベル。</li> <li>● 禁煙サービスに対するサポートまたは要求と比較した、その他の青少年支援プログラムやサービスへのサポートや支援のレベル。</li> <li>● 禁煙メッセージを強化するコミュニティの活動および介入(例: 予防プログラム、マスコミによるキャンペーン、たばこ製品の値上げ)。</li> <li>● コミュニティにおける既存のたばこ管理政策(例: 青少年によるたばこ製品の入手、公共スペースでの喫煙、あるいはたばこ製品の広告の制限)ならびにそれらの施行状況。</li> <li>● 青少年が眼にするたばこ支持メッセージ(例: たばこ会社がスポンサーのイベント: 店舗、雑誌、その他人が集まる場所での広告)。</li> <li>● コミュニティにおけるたばこの社会的容認ならびにコミュニティによる禁煙努力の妨げになる要素(例: たばこ製造に依存する地元経済、喫煙に関する社会規範)。</li> <li>● コミュニティにおいて(若い喫煙者およびコミュニティの他のメンバーが)青少年の禁煙に対する関心の高まりに介入する機会。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 支援機関または組織の指令・活動における、喫煙管理、薬物乱用の防止と治療、ならびに青少年の健康と幸福に対する優先順位のレベル。</li> <li>● 青少年の禁煙対策に対する支持を暗示または明示している組織の指導者。</li> <li>● 喫煙に関する禁煙介入のメッセージと競合する、またはそれを強化する組織支援の既存の介入またはサービス。</li> <li>● 介入に対するサポートのレベル(例: 資金、サービス、物資)ならびに資金調達サポートの仕組み(例: 新しい収入源、パートナーシップ、資金の再割当)。</li> <li>● 提携関係の確立や既存のサービスへの青少年の禁煙対策の追加に積極的で、禁煙活動または青少年へのサービスに関与しているその他の機関または組織。</li> <li>● 人材、物的資源、青少年の募集ならびにサービスの活用を促すための活動など、組織にかかる潜在的コストの見積もり。青少年への利益がコストに見合ったものかどうかの評価。</li> <li>● 介入を支援するリソースが保証される期間(例: 1 学年、3 会計年度)。</li> <li>● 禁煙介入を活用する青少年およびコミュニティ全体に対する情報の入手源としての機関や組織の信頼性。</li> <li>● 介入における組織の目標(例: コミュニティの青少年が効果的な禁煙プログラムを利用できる、次の1 年間で青少年の喫煙者の20%を禁煙に成功させるプログラムの提供)。</li> </ul>