

生活習慣病のリスクを上げる飲酒者に対する
効果的な介入に関する研修プログラム

1. 日時：平成 27 年 7 月 24 日（金曜日）09：00～18：00
2. 場所：久里浜医療研修センター
3. プログラム
 - 08 時 30 分～08 時 55 分 : 受付
 - 09 時 00 分～09 時 10 分 : 開会式
 - 09 時 10 分～10 時 40 分 : アルコール関連問題と簡易介入について
真栄里 仁（久里浜医療センター）
 - 10 時 50 分～11 時 50 分 : アルコール関連問題の現状と減酒の効果
神田 秀幸（島根大学医学部環境保健医学講座）
 - 11 時 50 分～12 時 50 分 : 昼食
 - 12 時 50 分～16 時 40 分 : 簡易介入の実際
伊藤 満（久里浜医療センター）
岩本亜希子（久里浜医療センター）
 - ・ 簡易介入に必要なツールの説明
 - ・ 簡易介入のデモンストレーション
 - ・ ペアを組んでの実習
 - ・ 実際の対象者に関するグループワーク
 - ・ 質疑応答
 - 16 時 50 分～17 時 50 分 : 飲酒と健康問題
横山 颯（久里浜医療センター）
 - 17 時 50 分～18 時 00 分 : 閉会式

生活習慣病のリスクを上げる飲酒者に対する
効果的な介入に関する研修プログラム

1. 日時：平成 27 年 12 月 18 日（金曜日）09：00～18：00
2. 場所：久里浜医療研修センター
3. プログラム
 - 08 時 30 分～08 時 55 分 : 受付
 - 09 時 00 分～09 時 10 分 : 開会式
 - 09 時 10 分～10 時 40 分 : アルコール関連問題と簡易介入について
樋口 進（久里浜医療センター）
 - 10 時 50 分～11 時 50 分 : アルコール関連問題の現状と減酒の効果
神田 秀幸（島根大学医学部環境保健医学講座）
 - 11 時 50 分～12 時 50 分 : 昼食
 - 12 時 50 分～16 時 40 分 : 簡易介入の実際
伊藤 満（久里浜医療センター）
岩本亜希子（久里浜医療センター）
前園 真毅（久里浜医療センター）
高橋 陽介（久里浜医療センター）
 - ・ 簡易介入に必要なツールの説明
 - ・ 簡易介入のデモンストレーション
 - ・ ペアを組んでの実習
 - ・ 実際の対象者に関するグループワーク
 - ・ 質疑応答
 - 16 時 50 分～17 時 50 分 : 飲酒と健康問題
横山 顕（久里浜医療センター）
 - 17 時 50 分～18 時 00 分 : 閉会式

レポート 1

1. 対象者

50 歳男性、会社員

運動等の余暇の時間はほとんどなく、暴飲・暴食に走り易く、高血圧症、脂肪肝、胃潰瘍の治療中である。

2. 経過

AUDIT を実施したところ高得点だったので、直ちに簡易介入を実施した。そこで 1 回あたりの飲酒量を 2.0 ドリンク以下にし、休肝日を 3 日/週にすることを目標とし、3 カ月後に再評価とした。その結果、1 カ月後 0.8 ドリンク/日、2 カ月後 1.0 ドリンク/日、3 カ月後 1.0 ドリンク/日と目標を大きく下回り、休肝日も 3.3 日、3.0 日、3.5 日と目標をクリアしていた。体重も 2kg 減少し、血圧も 120/75 前後で安定していた。AUDIT は 9 点となり、目標設定はそのままでも今後も飲酒日記をつけていくことになった。

レポート 2

1. 対象者

30 歳 男性

当直明けで知人と飲酒し、一人で自宅に帰宅する際に乗車した電車の車内で鞆を一時紛失し、職場で実施した AUDIT 10 点で簡易介入の対象となる。

2. 経過

初回面接時には、会社に迷惑をかけ、まずいことをしたという自覚があり、自宅での飲酒はやめ、飲酒頻度も 2 ヶ月で 3 回程度、飲酒機会も断っていた旨申し立てた。アルコールに関する基礎教養を行った後、飲酒日記及び健診結果について説明し、体重の記録もつけてもらうこととした。本人が立てた目標は「飲酒の際は中ジョッキ 1~2 杯に留め、月に 3~4 回しか飲酒しない」であった。取り組み姿勢も良く、「外で飲むほうが危険なので、外で飲む際の目標設定をしたい。自宅では飲まない。」と、日々の目標（量）、月間目標（頻度）ともに自発的に決定していた。対処行動については一項目ずつ納得しながらほぼ全ての項目にチェックしていた。初回から 4 週間後に行った 2 回目の面接時では、記録は浮いた金額以外できていて、飲酒時のドリンク計算もできており、「以前は結構飲んでいたのでどうかな、と思ったがやめると決めたら、意外にストレス無くやめられている」という感想を得られた。以後の経過略。

3. 感想

私は今回初めてブリーフインターベンションという形で介入を行いました。対象者はすでに問題意識をしっかりとっていたので行いやすいケースだったと思います。今までは健康診断結果に出てこないアルコール問題には介入しづらいと感じていましたが、法律の制定や、アルコールとうつ・自殺の問題などがやっと日本でも話題にされるようになり私たちも伝えるべき内容（情報）がはっきりしてきたと思います。ブリーフインターベンションは日記というツールもわかりやすく、介入終了後の生活でも何らかの役に立つのではないかと思います。実施者側としては、どれだけの期間の設定をするのか、何回実施するのか、補足する資料の検討などプラン立てを入念に行った方が事前にイメージが持ちやすく、そばに指導者がいなければ実施できないのではないかと、という不安の軽減がはかれるのではないかと思います。

レポート 3

1. 対象者

35歳、男性、会社員

飲酒時に他人とトラブルを起こし、AUDIT13点にて簡易介入の対象となる。

2. 経過及び結果

初回面接時、トラブルを起こしたことに対する反省として、トラブルを起こした翌日から禁酒していた。飲酒量を減らすことに対しては前向きな姿勢であった。一人で飲むときはビール2本（2.8ドリンク）人と飲むときはビール3本（4.2ドリンク）までという目標を立てた。

2回目の面接時（初回面接から4週間後）、禁酒を継続しており、飲酒日記はペンと一緒に冷蔵庫へ貼って見えるように工夫していた。「教養を受け、肝機能の数値や依存症、飲み方についても勉強になった」、「アルコールに関する資料を自分でも読み返し、具体的な数字や事例を見て、自分に当てはまる所も多いと思った」、「飲み会の誘いは断った」等の言葉が聞かれた。また、「お酒は“人と会うきっかけ”、飲み会を断っていたら誘われなくなったと感じる」、「飲みたい気持ちにはならない、苦ではない、飲んでも前のような飲み方はしない。自分の立場、人としてトラブルのダメージは大きかった」と感想が得られた。目標は変更せず、このまま継続するとのことで、2回目を終了した。

3回目の面接時（2回目の面接から8週間後）も禁酒を継続していた。サッカー観戦に行くこともあったが、最近はお酒を飲むような場所で炭酸飲料も飲まなくなり、お茶で済んでいる。飲酒は、周りから「そろそろ飲んでもいいんじゃないか」と言われ、自分でもそろそろ飲んでもいいかとも思うこともある。禁酒して朝の目覚めが良くなったし、気分が悪い時間が減って自分の時間や子どもと遊ぶ時間が増えたのは良かった。お酒は、コントロールできると思うし、「止めなければいけない」とは思わなくなった。今はお酒よりもタバコを止める方が大変な気がしている。この回をもって、簡易介入を終了とした。

3. 感想

初回面接時、既に対象者自身で禁酒しており、今回の介入ではアルコールに関する知識の提供と今後のお酒との付き合い方について話していくことが主であった。対象者の中で今後の付き合い方についてある程度整理ができていたので、対象者の思いに沿って進めていくかたちであった。今回の介入で感じたことは、日本の現状としてアルコールに関する知識の普及が遅れているということで、対象者も私も、義務教育等でアルコールに関する基礎知識を教わった記憶はほとんどなく、“お酒は20歳になってから”というものでしかなかった。また、急性アルコール中毒で死亡した大学生がいる等のニュースを見て一気飲みは危険なのだという認識がある程度であった。しかし、対象者は、今回の出来事をきっかけに、私は看護師として働くことになったのをきっかけにアルコールには依存性があることや、脳が麻痺すること、命に関わる可能性があること等を知った。もし、20歳になる前にこのような知識を持っていたら、自己管理しながら飲酒をすることができたかもしれないと感じている。今後は、職員の方々にアルコールの知識を持ってもらえるようにセミナー等を行っていきたいと思った。

自治体等のたばこ対策の効果的な推進方策や支援環境の検討

研究分担者 中村 正和 公益社団法人地域医療振興協会

ヘルスプロモーション研究センター・センター長

研究要旨

大阪府においては、平成 22 年度から府内市町村に対して特定健診等の場における禁煙支援の推進を図るため、大阪府の事業として位置づけ、その実施状況をモニタリングするとともに、指導者向けのマニュアルや教材を整備して指導者研修を継続的に実施した。その結果、集団特定健診当日の喫煙者全員に短時間禁煙支援を実施する市町村の割合は、平成 21 年から 25 年度にかけて 17.9%から 46.9%と、2.6 倍増加した。一部の喫煙者への禁煙支援の実施を含めると、同期間に 1.3 倍増加し、平成 25 年度には府内の 7 割にあたる市町村で短時間禁煙支援が実施されていた。その効果として、平成 23～24 年ならびに平成 25～26 年において、集団特定健診当日の禁煙支援が未実施の市町村に比べて、全員または一部の喫煙者に実施している市町村では、健診連続受診者における喫煙率減少割合が有意に高く、都道府県レベルでの禁煙支援事業の効果が示唆された。

A. 研究目的

本研究の目的は、健康日本 21 の第二次計画における自治体等のたばこ対策を推進するための推進方策や支援環境について検討し、その成果をもとに政策提言として取りまとめることである。最終年度は、自治体としての取り組みとして、受動喫煙と並んで重要な禁煙支援の推進について、大阪府での取り組みとその効果について報告する。

B. 研究方法

大阪府では、府内市町村における生活習慣病の発症・重症化予防対策、医療費適正化に関わる取り組みの推進を図ることをねらいとして、「行動変容推進事業」を平成 22 年度より開始した。本事業に対する専門的・技術的支援は、大阪府から委託を受けて大阪がん循環器病予防センターが担当した。

本事業は、大阪府内の市町村国民健康保険に
関係する医療費や特定健診等のデータを分析し

て、府内市町村（国保）の健康・医療に係る課題を明らかにするとともに、課題に対する取り組みを提言し、その実践を支援するものである。

平成 22～23 年度は、モデル事業として 9 市町で先行実施し、平成 24 年度からは、府内の全市町村を対象を広げた。25 年度は 4 年間の事業の総括として、高血圧対策（高血圧者への保健指導）、健診等の保健事業の場での禁煙支援、特定健診の受診率向上、特定保健指導の実施率向上の 4 テーマについて、市町村が取り組む事業メニューとして、「汎用性の高い行動変容プログラム」¹⁾を作成し、その普及を開始した。汎用性の高い行動変容プログラムには、最低限、標準、充実の 3 種類の事業案を提示した。

4 テーマのうち、禁煙支援については、喫煙する受診者の多くに働きかけが可能な特定健診当日の短時間支援を中心に、その取り組みの推進を図った。最低限、標準、充実の 3 段階に分けた事業案を図 1 に示した。最低限の取り組みは、健診当日に全ての喫煙者に短時間の情報提

特定健診・がん検診等の保健事業の場における禁煙支援

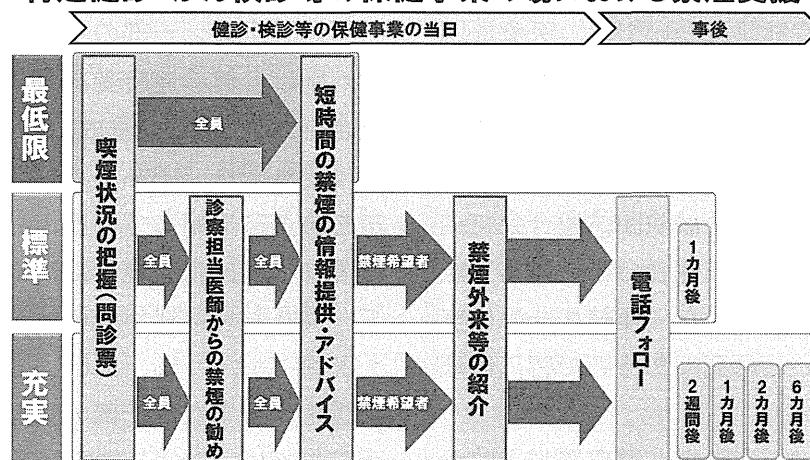


図1 汎用性の高い行動変容プログラム－禁煙支援

供・アドバイス（1～2分程度）を実施する。標準的な取り組みは、最低限の取り組みに加え、診察担当医師からの禁煙の勧め、禁煙希望者に禁煙外来の具体的紹介、電話フォローアップ1回を実施する。充実した取り組みは、標準的な取り組みに電話フォローアップの回数を3回増やして実施するものである。

本事業を普及するため、市町村に対して、1) 指導者研修会の開催（平成20年度以降、毎年継続実施）、2) eラーニングを用いた学習プログラムの提供（平成23年度以降、毎年継続実施）、3) 事業実施マニュアル等の指導者用教材の作成・配布（平成22年、24年、25年に実施）を行った。指導者研修会は、特定健診・特定保健指導の制度が始まった平成20年度から毎年実施し、平成26年度までに市町村保健指導者が参加できる研修会を23回開催した。その内容は、大阪府全体の研修12回、市町村・保健所での研修11回、参加者概数は約2300名（ただし職域の保健指導者の参加数を含む）。平成23年度からは、日本禁煙推進医師歯科医師連盟によるeラーニングを用いた指導者トレーニングを受講できるようにした。eラーニングについては、平成23～26年度の4年間に大阪府内の保健医療従事者907名が参加した（修了率は69.5%）。そのうち市町村および保健所の保健指導者の参加は109名（同68.6%）であった。

指導者用教材の作成・配布については、平成22年に健診当日に喫煙者全員に短時間支援を行う方法を解説した指導者用のマニュアル「脱メタバコ支援マニュアル」、平成24年には、厚生労働省の禁煙支援マニュアル（第二版）のプロトタイプ（厚労科研研究班作成版）、指導用の動画や教材（喫煙者用の問診票や情報提供用のリーフレットなど）を配布した。指導用の動画については、2人の症例を設定して、健診当日の短時間支援の方法のほか、健診後の面接や電話によるフォローアップの方法を解説し、指導者が禁煙支援の方法を容易にイメージできるように工夫した。平成25年度には、汎用性の高い行動変容プログラムの配布、指導用の動画、好事例、ポスター等の配布を行った。好事例としては、府内の市町村の先進的な事例を紹介し、実際に用いられている教材をCD-ROMの形で府内の市町村に提供した。

これらの取り組みの効果を評価するため、市町村国保における特定健診当日の短時間禁煙支援の実施状況を平成21年から2年おきにモニタリングするとともに、市町村国保の特定健診の受診者データを用いて、健診連続受診者における喫煙率減少割合と特定健診の場での全喫煙者への禁煙支援の実施状況との関連を調べた。短時間禁煙支援の実施状況の割合として、上述の汎用性の高い行動変容プログラムの「最低限」

の取り組みの実施割合を用いた。医療機関に個別委託している特定健診については、医療機関ごとの禁煙支援の実施状況が把握できなかったため、集団健診データに限って分析を行った。

(倫理面への配慮)

大阪府と大阪府国民健康保険団体連合会で結ばれた協定にもとづき、同連合会にて連結可能匿名化して提供されたデータ(連結キーは保有していない)を用いた研究であるので特に倫理的な問題はない。

分担研究者の中村が大阪がん循環器病予防センター(大阪府から行動変容推進事業の専門的・技術的支援を受託)の特別研究員として解析を行った。

C. 研究結果

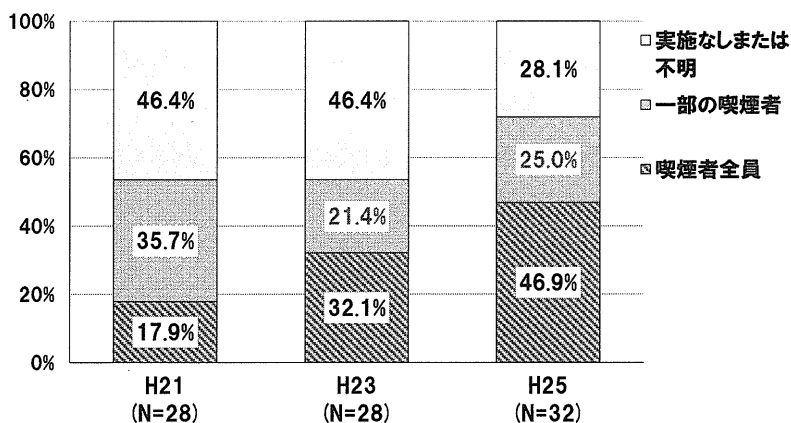
上記の取り組みの結果、平成21年、23年、25年度の大阪府内市町村国保の集団特定健診において、喫煙者全員を対象として短時間禁煙支援を実施した市町村の割合は、それぞれ17.9%、32.1%、46.9%と年々増加した(図2)。一部の喫煙者に対する禁煙支援を行った市町村を含めると、それぞれ53.6%、53.5%、71.9%であった。

集団特定健診の場での禁煙支援の実施状況(喫煙者全員、一部の喫煙者、未実施または不明)別に、健診連続受診者における喫煙率減少割合を比較すると、平成23~24年の連続受診者ではそれぞれ5.3%、3.1%、2.6%で、禁煙支援を全員に実施している市町村では、一部の喫煙者ならびに未実施または不明の市町村に比べて、喫煙率減少割合が有意に高かった。平成25~26年では4.7%、5.6%、2.6%であり、禁煙支援を全員または一部の喫煙者に実施している市町村では、未実施または不明の市町村に比べて、喫煙率減少割合が有意に高かった(図3)。

D. 考察

大阪府においては、平成22年度から府内市町村に対して特定健診等の場における禁煙支援の推進を図るため、大阪府の事業として位置づけ、その実施状況をモニタリングするとともに、指導者向けのマニュアルや教材を整備して指導者研修を継続的に実施した。その結果、集団特定健診当日の喫煙者全員に短時間禁煙支援を実施する市町村の割合は、平成21年から25年度にかけて17.9%から46.9%と、2.6倍増加した。

禁煙支援の実施状況の推移
— 大阪府内市町村特定健診(集団健診) —



(自己点検票を用いたたばこ対策実態調査:大阪府内市町村 平成22年3~5月・平成24年3~4月)
 (大阪府行動変容事業「保健事業の場における禁煙支援の取り組みについての調査」:平成26年7月)

図2 禁煙支援の実施状況の推移—大阪府内市町村特定健診(集団健診)

禁煙支援の実施状況別にみた喫煙率減少割合 － 2年連続受診者を対象とした分析 －

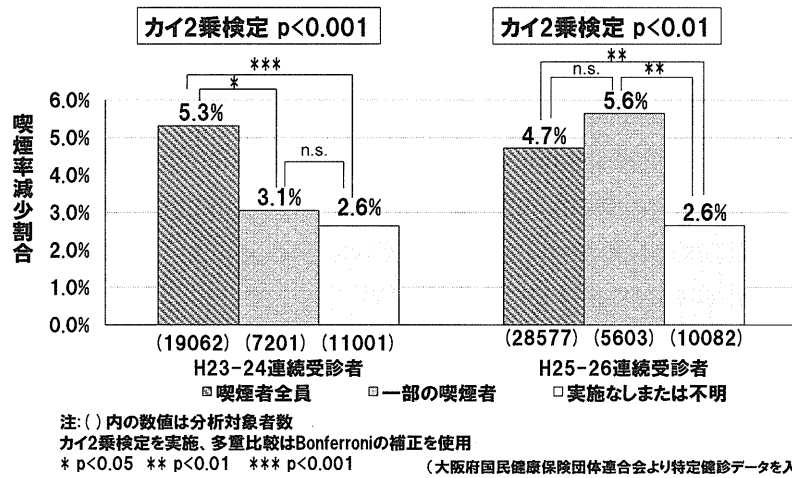


図3 禁煙支援の実施状況別にみた喫煙率減少割合－2年連続受診者を対象とした分析

一部の喫煙者への禁煙支援の実施を含めると、同期間に1.3倍増加し、平成25年度には府内の7割にあたる市町村で短時間禁煙支援が実施された。その効果として、平成23～24年ならびに平成25～26年において、集団特定健診当日の禁煙支援が未実施の市町村に比べて、全員または一部の喫煙者に実施している市町村では、健診連続受診者における喫煙率減少割合が有意に高く、都道府県レベルでの禁煙支援事業の効果が示唆された。

なお、平成25～26年には禁煙支援を全員に実施している市町村と一部の喫煙者に実施している市町村の間で喫煙率減少割合に差がなくなった理由として、喫煙者の一部に実施している市町村での禁煙支援のカバー率が取り組みの年数に応じて増加している可能性のほか、全ての喫煙者に実施している市町村では短時間支援では効果がみられない喫煙者が取り組みとともに、相対的に増加し、両群における支援の効果の差を検出しにくくなった可能性が考えられる。

本研究において、健診受診者における喫煙率減少割合との関係を調べた健診当日の短時間禁煙支援の有効性については、すでに比較参照群をおいた介入研究で明らかにしている²⁾。それによると、6ヵ月後の禁煙率（呼気一酸化炭素

濃度で禁煙したことを客観的に確認）が約3倍高かった。介入内容は、上述の汎用性の高い行動変容プログラムの「最低限」の取り組みに、診察担当医師の禁煙アドバイスを加えたものである。本研究は、この有効性が確認された方法を事業として大阪府内全域に普及した場合の効果を調べたものであり、一般に大阪府内の全市町村に普及した場合には効果が薄まって検出しにくくなる。それにも関わらず、本事業において一定の効果が示唆されたことは評価に値すると思う。その理由として、大阪府の事業としての位置づけ、市町村の実施状況の可視化、複数年にわたる充実した指導者向けの研修や教材の提供があげられる。

本研究の今後の課題として、第1に、禁煙支援の対象者を喫煙者全員、一部、未実施または不明に分けて喫煙率減少割合との関係を調べたが、禁煙支援の内容や質は考慮されていない。今後、汎用性の高い行動変容プログラムの取り組み内容も含めて、禁煙支援の内容や質を考慮した評価を検討する必要がある。また、今回の検討は全体での効果の検討であったが、今後、性年齢階級別、健診の受診状況別（新規受診と継続受診別）に禁煙支援の効果を比較検討することも必要である。第2に、大阪府のような都

市部において委託割合が高い個別健診の場での禁煙支援の普及の必要性があげられる。そのためには、健診を委託する医師会に対する協力依頼と従事者への研修や教材の提供が必要である。また、地域全体としての禁煙率を高めるためには、特定健診のみならず、特定保健指導、がん検診、妊娠届出時の保健相談、乳幼児健診など、種々の保健事業の場での禁煙支援についても普及を図り、禁煙を希望する喫煙者が気軽に相談ができるクイットラインを整備することが必要である。

本事業は、平成 25 年 4 月に厚生労働省が第 2 期特定健診・特定保健指導における喫煙の保健指導の強化にあたって、公表した「禁煙支援マニュアル(第二版)」に準拠した取り組みを集団特定健診の場で実践した場合の効果を調べたことになる。今後、先進的に取り組まれた大阪府において、取り組みが継続され、保健事業全体への取り組みに発展するとともに、その経験とノウハウをもとに、他の都道府県や市町村にも普及することが望まれる。

E. 結 論

大阪府での取り組み事例の分析から、市町村における禁煙支援事業の効果的な推進を図るために、都道府県としてどのように取り組みを行えばよいのかについて、一定の示唆が得られた。今後の事業の継続・発展と他の都道府県への普及が期待される。

[謝辞]

本研究を実施するにあたり、大阪府健康医療部保健医療室健康づくり課ならびに大阪がん循環器病予防センターの関係者の方々にはデータの構築等についてご協力をいただいた。ここに記して謝意を表する。

[引用文献]

1) 大阪がん循環器病予防センター：大阪府循環器疾患予防研究委託業務 汎用性の高い

行動変容プログラム 特定健診・がん検診等の保健事業における禁煙支援. 2014.

2) 中山富雄, 嶋田ちさ: 健診・検診や保健指導の場における禁煙支援の事例報告 (1) 地域の事例報告. 大井田隆, 他 (編集): 特定健康診査・特定保健指導における禁煙支援から始めるたばこ対策. 日本公衆衛生協会. pp.125-133, 2013.

F. 研究発表

1. 論文発表

1) 中村正和: 国レベルのアドボカシー: 研究成果を活用したたばこ政策への提言. 日本健康教育学会誌, 23(3):224-230, 2015.

2) 中村正和: 特集 たばこ対策 成人喫煙率 12%達成に向けて. 公衆衛生, 79(10):659-663, 2015.

3) 中村正和: 特集: たばこ規制枠組み条約に基づいたたばこ対策の推進 FCTC14 条 禁煙支援・治療. 保健医療科学, 64(5):475-483, 2015.

4) 増居志津子, 阪本康子, 中村正和: 禁煙支援・治療に関する e ラーニングを活用した指導者トレーニングの普及 (J-STOP 事業). 月刊地域医学, 29(11):906-910, 2015.

2. 学会発表

5) 中村正和: シンポジウム 2 特定健康診査・特定保健指導制度の成果と課題. 第 24 回日本健康教育学会学術大会, 2015 年 7 月, 前橋.

6) 中村正和, 仲下祐美子, 増居志津子: たばこ使用者を対象にしたインターネット調査結果の国際比較. 第 74 回日本公衆衛生学会総会, 2015 年 11 月, 長崎.

7) 増居志津子, 中村正和, 飯田真美, 田中英夫, 谷口千枝: e ラーニングを活用した禁煙支援・治療のためのトレーニングプログラムの開発と評価. 第 74 回日本公衆衛生学会総会, 2015 年 11 月, 長崎.

8) 中村正和: シンポジウム I NCD における

たばこ対策の重要性. 第9回日本禁煙学会
学術総会, 2015年11月, 熊本.

- 9) 増居志津子, 中村正和, 飯田真美, 大島
明, 加藤正隆, 川合厚子, 田中英夫, 谷口
千枝, 野村英樹: eラーニングを活用した
禁煙支援・治療のためのトレーニングプロ
グラムの開発と評価. 第25回日本禁煙推
進医師歯科医師連盟学術総会, 2016年2月,
沖縄.

G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

日本における喫煙の学歴格差

研究協力者 田淵 貴大 大阪府立成人病センターがん予防情報センター・課長補佐

研究要旨

これまで日本では学歴別の喫煙率を調査した研究はほとんどなかった。そこで、国民生活基礎調査データを用いて、性年齢階級別に学歴別の喫煙率を計算した。25～34歳男性では中卒の学歴の者で68.4%（95%信頼区間：66.0-70.6）と最も高い現在喫煙の割合を認めた一方、大学院卒の学歴の者で現在喫煙の割合は最も低く19.4%（17.2-21.9）であった。25～34歳の女性では、中卒の学歴の者で49.3%（46.3-52.3）と最も高い現在喫煙の割合を認めた一方、大学院卒の学歴の者で現在喫煙の割合は最も低く4.8%（2.9-7.4）であった。本研究は日本人成人における喫煙の学歴格差に関する基礎資料となる。

分担研究者

中村 正和 公益社団法人地域医療振興協会ヘル
スプロモーション研究センター

A. 研究目的

全ての成人年齢を含み喫煙の学歴格差を検証した研究は少ない。そこで、25～94歳の日本人成人における性年齢階級別の学歴に応じた喫煙率の格差を調べた。

B. 研究方法

国民を代表する大規模サンプルを有する2010年の国民生活基礎調査データ（男性167,925人、女性186,588人）を用いて、性年齢階級別に学歴に応じた現在喫煙および毎日喫煙している者におけるヘビースモーカー（1日当たりタバコ21本以上）の割合を計算した。

（倫理面への配慮）

個人識別のない既存の資料やデータを用いて行う研究であるので、特に倫理的な問題はない。データ使用の枠組みは公的統計資料の二次利用であり、疫学研究指針に基づき倫理審査の除外対象にあたる。データは厚生労働省からの許可のもと利用した。

C. 研究結果

25～34歳男性では中卒の学歴の者で68.4%（95%信頼区間：66.0-70.6）と最も高い現在喫煙の割合を認めた一方、大学院卒の学歴の者で現在喫煙の割合は最も低く19.4%（17.2-21.9）であった（表1）。高卒の学歴の者が55.9%（54.9-56.8）と中卒の次に高い現在喫煙の割合を呈していた。75～94歳の男性においては学歴による現在喫煙の格差は小さかった。男性と同様に、女性でも現在喫煙の学歴格差が認められ、その落差はさらに大きかった。25～34歳の女性では、中卒の学歴の者で49.3%（46.3-52.3）と最も高い現在喫煙の割合を認めた一方、大学院卒の学歴の者で現在喫煙の割合は最も低く4.8%（2.9-7.4）であった。65～94歳といった高齢層と比較して、25～54歳といった若年中年層では男女ともに喫煙（現在喫煙およびヘビースモーカー）の学歴格差が大きかった（表2）。

D. 考察

日本においても世界各国で認められたのと同様に学歴に応じた喫煙率の格差を認めた。2014年のUS surgeon general reportにおける現在喫煙率は、高卒未満の学歴の者

では31.5%（男性：36.2%；女性：26.5%）であり、大学卒の者では10.4%（男性：11.1%；女性：9.7%）であった。ヨーロッパ諸国における学歴別喫煙率を調べた研究（Huisman M et al. Tob Control. 2005）によると特に北部ヨーロッパ諸国の男性において大きな格差が認められ、アイルランドおよび英国（UK）においては全年齢階級において格差が認められ、フィンランド、デンマーク、ドイツ、ベルギー、スペインでは若年～中年層において格差が認められた。その他の国では若年層においてのみ格差が認められた。

本研究はアジアの一国日本における喫煙流行の社会格差を理解する上で重要な基礎資料となる。

E. 結 論

高齢層と比較して若年層では特に喫煙の学歴格差が大きかった。本研究は日本人成人における喫煙の学歴格差に関する基礎資料となる。健康日本21（第二次）では健康格差の縮小が具体的目標として掲げられている。この目標を達成するためには、喫煙格差を縮小することが明らかにされているタバコの値上げ（増税）などのタバコ対策を推進していく必要がある。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

表 1 性年齢階級別の学歴に応じた喫煙率（%と 95%信頼区間）：2010 年国民生活基礎調査

年齢 (years)	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85-94	Total
男性								
中卒	68.4 (66.0-70.6)	66.4 (64.2-68.5)	57.8 (55.6-60.0)	44.8 (43.5-46.0)	27.6 (26.7-28.6)	16.5 (15.6-17.3)	11.3 (10.0-12.8)	34.0 (33.5-34.6)
高卒	55.9 (54.9-56.8)	54.9 (54.1-55.7)	50.6 (49.8-51.4)	40.2 (39.4-40.9)	24.1 (23.3-24.9)	15.9 (15.0-16.9)	9.2 (7.4-11.2)	42.5 (42.2-42.9)
専門学校卒	49.5 (47.9-51.1)	48.0 (46.4-49.6)	45.7 (43.7-47.8)	38.0 (35.6-40.4)	24.2 (20.8-27.8)	11.0 (7.6-15.2)	NS	44.4 (43.5-45.3)
短大卒	46.8 (43.5-50.1)	45.4 (42.5-48.3)	42.3 (39.4-45.3)	31.6 (28.6-34.7)	19.7 (15.9-23.8)	12.4 (9.4-16.0)	8.8 (4.3-15.7)	36.8 (35.4-38.1)
大学卒	36.5 (35.4-37.6)	35.8 (34.8-36.7)	35.1 (34.1-36.0)	31.4 (30.4-32.4)	19.7 (18.5-21.0)	11.2 (9.7-12.9)	8.5 (5.4-12.6)	32.2 (31.8-32.7)
大学院卒	19.4 (17.2-21.9)	17.1 (15.0-19.4)	16.8 (14.3-19.5)	16.6 (13.7-20.0)	12.2 (7.9-17.7)	NS	NS	17.3 (16.1-18.5)
Total	47.9 (47.3-48.5)	47.4 (46.9-47.9)	44.4 (43.8-44.9)	38.2 (37.7-38.7)	24.4 (23.9-25.0)	15.5 (14.9-16.1)	10.3 (9.3-11.4)	37.8 (37.6-38.1)
女性								
中卒	49.3 (46.3-52.3)	47.5 (44.5-50.4)	27.4 (25.0-29.9)	13.1 (12.3-14.0)	5.7 (5.3-6.1)	3.1 (2.8-3.4)	1.9 (1.6-2.4)	8.9 (8.6-9.2)
高卒	23.9 (23.0-24.8)	21.5 (20.9-22.2)	16.4 (15.8-17.0)	8.1 (7.8-8.5)	4.1 (3.7-4.4)	2.1 (1.8-2.4)	1.5 (1.0-2.1)	12.5 (12.3-12.7)
専門学校卒	17.5 (16.4-18.6)	16.1 (15.1-17.1)	14.2 (13.1-15.3)	9.6 (8.6-10.7)	4.2 (3.2-5.4)	2.8 (1.6-4.5)	1.1 (0.1-4.1)	13.7 (13.2-14.2)
短大卒	10.3 (9.4-11.1)	7.3 (6.8-7.9)	7.5 (6.9-8.2)	5.8 (5.1-6.6)	2.8 (1.9-3.9)	0.9 (0.2-2.2)	0.9 (0.0-4.7)	7.4 (7.0-7.7)
大学卒	6.6 (6.0-7.3)	5.7 (5.1-6.4)	6.1 (5.4-6.9)	5.7 (4.9-6.7)	3.7 (2.6-5.2)	3.9 (2.0-6.6)	NS	6.0 (5.6-6.3)
大学院卒	4.8 (2.9-7.4)	2.0 (0.7-4.3)	5.3 (2.3-10.2)	NS	NS	NS	NS	4.0 (2.8-5.4)
Total	16.9 (16.5-17.4)	15.9 (15.6-16.3)	13.5 (13.1-13.8)	8.6 (8.3-8.9)	4.7 (4.4-4.9)	2.6 (2.4-2.9)	1.8 (1.5-2.1)	10.5 (10.4-10.6)

略語: NS, not shown because fewer than 100 in sample.

表2 性年齢階級別の学歴に応じた喫煙者におけるヘビースモーカーの割合(%と95%信頼区間): 2010年国民生活基礎調査

年齢 (years)	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85-94	Total
男性								
中卒	27.7 (25.0-30.5)	36.7 (34.0-39.5)	34.8 (31.9-37.7)	30.7 (28.9-32.5)	20.8 (19.1-22.6)	9.0 (7.4-10.8)	7.1 (3.9-11.6)	26.3 (25.4-27.2)
高卒	18.1 (17.1-19.1)	27.2 (26.2-28.2)	33.0 (31.9-34.1)	34.2 (33.1-35.4)	23.7 (22.0-25.3)	8.2 (6.4-10.3)	NS	27.6 (27.1-28.1)
専門学校卒	13.5 (11.9-15.2)	22.1 (20.2-24.2)	32.9 (30.0-35.9)	35.0 (31.2-39.0)	26.3 (19.1-34.7)	NS	NS	22.8 (21.7-24.0)
短大卒	14.8 (11.5-18.8)	22.8 (19.2-26.8)	31.5 (27.2-36.1)	35.7 (30.1-41.6)	NS	NS	NS	25.3 (23.2-27.4)
大学卒	13.0 (11.8-14.4)	22.2 (20.8-23.7)	31.7 (30.1-33.3)	33.5 (31.7-35.4)	26.6 (23.5-29.9)	15.4 (10.1-22.0)	NS	25.3 (24.5-26.1)
大学院卒	13.6 (9.0-19.4)	15.0 (10.1-21.2)	17.2 (11.1-24.9)	NS	NS	NS	NS	18.2 (15.2-21.5)
Total	17.0 (16.3-17.7)	26.0 (25.3-26.7)	32.6 (31.8-33.4)	33.4 (32.6-34.2)	23.2 (22.1-24.3)	9.2 (8.0-10.5)	7.3 (4.6-10.8)	26.3 (26.0-26.7)
女性								
中卒	17.2 (14.0-20.9)	20.7 (17.3-24.5)	13.9 (10.4-18.2)	13.9 (11.4-16.6)	8.6 (6.4-11.3)	8.4 (5.6-12.1)	NS	14.0 (12.8-15.3)
高卒	8.1 (6.9-9.3)	11.8 (10.7-13.0)	12.2 (11.0-13.6)	11.9 (10.4-13.7)	10.7 (8.1-13.9)	5.5 (2.4-10.6)	NS	11.0 (10.4-11.6)
専門学校卒	7.4 (5.6-9.5)	8.4 (6.5-10.5)	10.4 (7.9-13.3)	7.4 (4.5-11.1)	NS	NS	NS	8.3 (7.3-9.5)
短大卒	6.1 (4.1-8.8)	7.1 (5.1-9.7)	11.3 (8.5-14.5)	13.3 (9.0-18.6)	NS	NS	NS	8.7 (7.4-10.1)
大学卒	4.2 (2.3-7.0)	8.2 (5.0-12.4)	12.3 (8.2-17.5)	10.8 (5.9-17.8)	NS	NS	NS	7.9 (6.3-9.9)
大学院卒	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Total	8.5 (7.7-9.4)	11.5 (10.7-12.4)	12.0 (11.0-13.1)	12.1 (10.9-13.3)	9.4 (7.7-11.2)	7.1 (4.9-9.7)	NS	10.8 (10.3-11.2)

略語: NS, not shown because fewer than 100 in sample.

IV. 研究成果の刊行に関する一覧

研究成果の刊行に関する一覧

【論文発表】

1. Kawado M, Hashimoto S, Yamada H, Taniwaki H, Seko R, Ojima T, Tsuji I.
Factors associated with activity limitation used to calculate healthy life expectancy in Health Japan 21 (the second term): analysis of national health statistics data. *Fujita Medical Journal*, 2015;1(1):6-8.
2. 橋本修二, 川戸美由紀, 尾島俊之, 辻 一郎.
国民生活基礎調査における日常生活に影響のある者の割合に対する無回答の影響.
厚生の指標, 2016;63(1):38-41.
3. 津下一代.
特定健診ナショナルデータベースから読み取れること・特定保健指導効果分析から考えられること.
日本糖尿病情報学会誌, 2015;13:97-103.
4. 村本あき子, 中村 誉, 杉田由加里, 武見ゆかり, 中村正和, 林 芙美, 真栄里仁, 宮地元彦, 横山徹爾, 和田高士, 津下一代.
保健指導技術に関する自己評価結果についての考察.
人間ドック, 2015;30(3):623-631.
5. 津下一代.
愛知県東海市の進んだメタボ対策.
メタボレター, 2015;17:7.
6. 津下一代.
自治体等における生活習慣病対策の取り組み～運動療法を中心として.
HEALTH-NETWORK, 2015;373:16-17.
7. 中村正和.
国レベルのアドボカシー：研究成果を活用したたばこ政策への提言.
日本健康教育学会誌, 2015;23(3):224-230.
8. 中村正和.
特集 たばこ対策 成人喫煙率 12%達成に向けて.
公衆衛生, 2015;79(10):659-663.
9. 中村正和.
特集：たばこ規制枠組み条約に基づいたたばこ対策の推進 FCTC14 条 禁煙支援・治療.
保健医療科学, 2015;64(5):475-483.
10. 増居志津子, 阪本康子, 中村正和.
禁煙支援・治療に関する e ラーニングを活用した指導者トレーニングの普及 (J-STOP 事業).
月刊地域医学, 2015;29(11):906-910.

【学会発表】

1. 辻 一郎.
個々人の健康づくりを支える社会環境の実現.
第 74 回日本公衆衛生学会総会, 長崎, 2015 年.
2. 杉山賢明, 遠又靖丈, 武見ゆかり, 津下一代, 中村正和, 橋本修二, 宮地元彦, 山縣然太郎, 横山徹爾, 辻 一郎.
健康日本 2 1 (第二次) に関する健康意識・認知度調査とその推移.
第 74 回日本公衆衛生学会総会, 長崎, 2015 年.
3. 世古留美, 山田宏哉, 川戸美由紀, 橋本修二, 尾島俊之, 遠又靖丈, 辻 一郎.
健康寿命の指標間の全国値と都道府県分布の比較.
第 74 回日本公衆衛生学会総会, 長崎, 2015 年.
4. Myojin T, Ojima T, Kikuchi K, Okada E, Shibata Y, Nakamura M, Hashimoto S.
Diseases primarily affecting healthy life expectancy (HLE): Results from the Comprehensive Survey of Living Conditions.
第 25 回日本疫学会学術総会, 名古屋, 2015 年.
5. Suzuki K, Yamagata Z, Tsuji I.
The effects of interaction between maternal smoking and socioeconomic status on birth weight in Japan.
The 48th Annual SER Meeting (Society for Epidemiologic Research), Denver, Colorado, 2015.
6. 松下まどか, 村本あき子, 津下一代.
特定健診・特定保健指導(積極的支援)の効果に関するシステマティック・レビューおよびメタ解析.
第 56 回日本人間ドック学会学術大会, 横浜, 2015 年.
7. 松下まどか, 加藤綾子, 村本あき子, 津下一代.
特定健診問診票による生活習慣変化と体重減少の関連.
第 36 回日本肥満学会, 名古屋, 2015 年.
8. 村本あき子, 松下まどか, 加藤綾子, 津下一代.
特定保健指導が 3 年後までの服薬率・検査値に及ぼす影響～初年度検査値レベルによる分類～.
第 36 回日本肥満学会, 名古屋, 2015 年.
9. 大竹麻未, 村本あき子, 加藤綾子, 津下一代.
若年肥満男性を対象とした生活習慣介入効果: 運動・食習慣変化とメタボ関連検査値との関連.
第 36 回日本肥満学会, 名古屋, 2015 年.

10. 中村 誉, 村本あき子, 津下一代.
カリモク健康保険組合におけるデータヘルス計画の取り組み.
第 74 回日本公衆衛生学会総会, 長崎, 2015 年.
11. 中村正和.
シンポジウム 2 特定健康診査・特定保健指導制度の成果と課題.
第 24 回日本健康教育学会学術大会, 前橋, 2015 年.
12. 中村正和, 仲下祐美子, 増居志津子.
たばこ使用者を対象にしたインターネット調査結果の国際比較.
第 74 回日本公衆衛生学会総会, 長崎, 2015 年.
13. 増居志津子, 中村正和, 飯田真美, 田中英夫, 谷口千枝.
e ラーニングを活用した禁煙支援・治療のためのトレーニングプログラムの開発と評価.
第 74 回日本公衆衛生学会総会, 長崎, 2015 年.
14. 中村正和.
シンポジウム I NCD におけるたばこ対策の重要性.
第 9 回日本禁煙学会学術総会, 熊本, 2015 年.
15. 増居志津子, 中村正和, 飯田真美, 大島 明, 加藤正隆, 川合厚子, 田中英夫, 谷口千枝,
野村英樹.
e ラーニングを活用した禁煙支援・治療のためのトレーニングプログラムの開発と評価.
第 25 回日本禁煙推進医師歯科医師連盟学術総会, 沖縄, 2016 年.
16. 武見ゆかり.
「健康な食事」の教育・普及: ポピュレーション戦略とその評価.
第 62 回日本栄養改善学会学術総会, 福岡, 2015 年.

【報道・その他】

1. 日本人の昨年平均寿命 最高を更新.
日本経済新聞, 2015年7月31日.
2. 辻 一郎 (抄録なし)
日本健康会議が目指すもの.
日本健康会議 (キーノートスピーチ), 東京, 2015年.
3. 蒲郡市. 市全体の行動変容にむけたアプローチ～蒲郡市 体重測定 100日チャレンジ! めざせ1万人!～ . データヘルス見本市, <http://www.swc-kyogikai.jp/topics/>
4. 蒲郡市. 第4回健康寿命をのばそう! アワード. 受賞プロジェクト事例のご紹介, http://www.smartlife.go.jp/award_winner_04/