

【寄稿】

禁煙支援とヘルスプロモーション

藤内修二¹⁾

経済的な格差の増大

高度経済成長のなか、「一億総中流」と言われ、先進国の中でも所得格差が小さかったわが国も、バブル崩壊後、所得格差が徐々に大きくなってきた。特に、非正規雇用労働者が増えたことから、若年層における格差が顕著になっている¹⁾。20歳代では、年収150万円未満の雇用者の割合が1992年の15.3%から2002年の21.8%と6.5ポイント上昇する一方で、年収500万円以上の雇用者の割合は2.9%から3.2%と上昇している。所得の二極化が進み、格差が増大してきているのである。

また、格差が広がった結果、貧困層の増加も問題となってきている。OECD（経済協力開発機構）が発表した2005年の相対的貧困率〔等価可処分所得（世帯の可処分所得を世帯員数の平方根で割った値）が国民の等価可処分所得の中央値の半分に満たない国民の割合〕はこの15年間で2.9ポイント上昇して、14.9%とOECD加盟30カ国の中でメキシコ、トルコ、米国について4番目に高い数値になっている（図1）²⁾。

経済的な格差が健康に及ぼす影響

経済的にゆとりがないために、食生活をはじめとする生活習慣に気を配るゆとりがないことや、健診で異常を指摘されたり、具合が悪かったりしても、医療機関の受診を控えてしまうことは、多くの保健医療従事者が目の当たりにしている現実である。

図2はS県における市町村別平均所得（1997年）と男性の市町村別平均寿命（2000年）との関係を示したものである。相関係数は0.674と、有意な正の相関を示している（ $p < 0.0001$ ）。女性の平均寿命につい

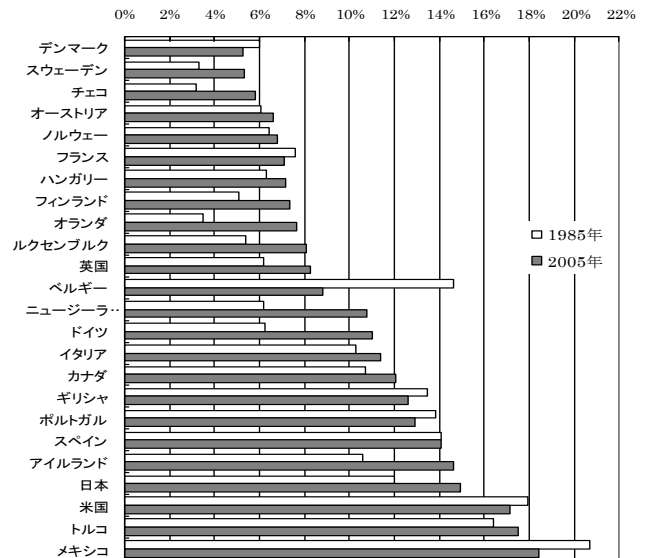


図1 先進国の相対的貧困率の推移

Society at a Glance 2009 : OECD Social Indicators²⁾ から作成

ても、同様に有意な正の相関を示し（相関係数0.649）経済的な格差が「健康格差」につながっていることを示唆する結果であった。

2005年の男性の市区町村別平均寿命において、横浜市の青葉区は81.7歳と全国でもトップクラスの長命だが、同じ横浜市でも中区は76.3歳と短命である³⁾。同じ自治体でありながら5.4歳もの格差があり、この格差の背景にも経済的な格差があると思われる。

低所得者ほど、ジャンクフードなどバランスに問題のある食生活を送ることが多く、喫煙率や問題飲酒の頻度も多いことが、健康格差につながる要因として指摘されている⁴⁾。図3は米国の13州における紙巻タバコの喫煙率（性、年齢、人種で調整）を示したものだが、年収15,000ドル未満では28.8%であるのに対して、年

1) 大分県福祉保健部 健康対策課 課長

責任者連絡先：藤内修二

大分県大分市大手町3丁目1-1 (〒870-8501)
大分県福祉保健部 健康対策課
TEL 097-506-2660 FAX 097-506-1735
E-mail: tonai-shuji@pref.oita.lg.jp

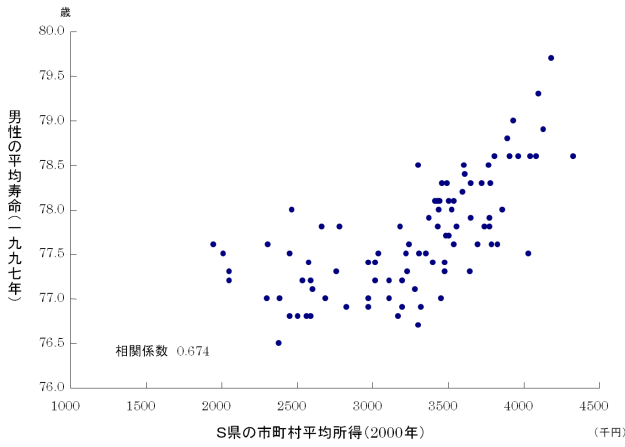


図2 平均所得と男性の平均寿命

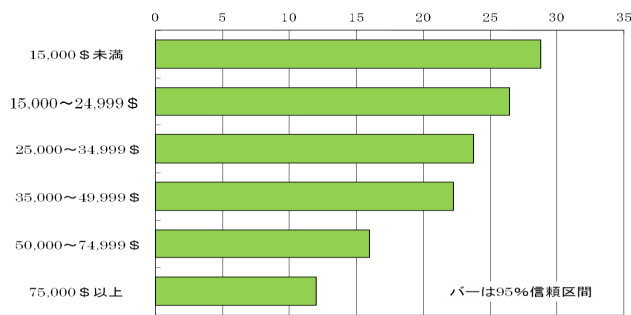


図3 米国13州における年収別の紙巻タバコの喫煙率 (性、年齢、人種で調整)
(MMWR August 6, 2010/Vol. 59/No. 30より作成)

収75,000ドル以上では12.0%であり⁵⁾、低所得層ほど、喫煙率が高いことが明確に示されている。尾島らは同様な傾向が日本においても認められたことを報告している⁶⁾。

経済格差の是正は重要な政策課題であるが、その是正にはかなりの時間を要し、格差そのものをゼロにすることは困難であろう。格差社会の時代における公衆衛生の役割は、この経済格差が健康格差に結びつくのをいかに防ぐかにあるといっても、過言ではない。

公衆衛生の使命Health for All

国際保健機関（以下、WHO）は、1978年にロシアのアルマ・アタで開催された国際会議で「アルマ・アタ宣言」を発表し、「2000年までに全ての人々に健康を（Health for All）」を目標に掲げた。1985年に発表された「Health for All-38の到達目標-」は、これからの健康政策がめざすべき到達目標を具体的に提示したものであるが⁷⁾、目標年次である2000年を過ぎても、先進国、途上国を問わず、今日の公衆衛生行政の目

標として、その重要性は変わるものではない。

これらの到達目標の関係を簡潔にまとめたものが図4であるが、これらの目標の最上位に位置づけられるのが「健康における公正」である。

これまで、WHOの戦略は途上国に向けられたものが多いとの認識からか、わが国の公衆衛生行政の中であまり重要視されてこなかった（そう感じているのは筆者だけではなかろう）。1978年のアルマ・アタ宣言で提唱されたプライマリ・ヘルス・ケアがわが国できちんと取り上げられることは少なく、1986年のオタワ憲章で提唱されたヘルスプロモーションが、わが国の健康づくり戦略として正式に採用されるのは2000年の「健康日本21（21世紀における国民健康づくり運動）」まで待たねばならなかった。

健康格差が途上国と先進国の格差の問題だけでなく、わが国においても、重要な公衆衛生課題になっていることに鑑み、改めてWHOの戦略の意義を確認するとともに、その効果的な実践に取り組むことが重要である。

「Health for All-38の到達目標-」では「健康における公正」を実現するための前提条件として、寿命の延長、ノーマライゼーション、疾病の減少、母子死亡率の低下、事故・自殺の防止を挙げている。

これらの前提条件を満たすための変革として、プライマリ・ヘルス・ケア（適切なヘルス・ケアの提供、地域の資源の導入）とヘルスプロモーション（健康的なライフスタイルの確立と健康を支援する環境づくり）が挙げ

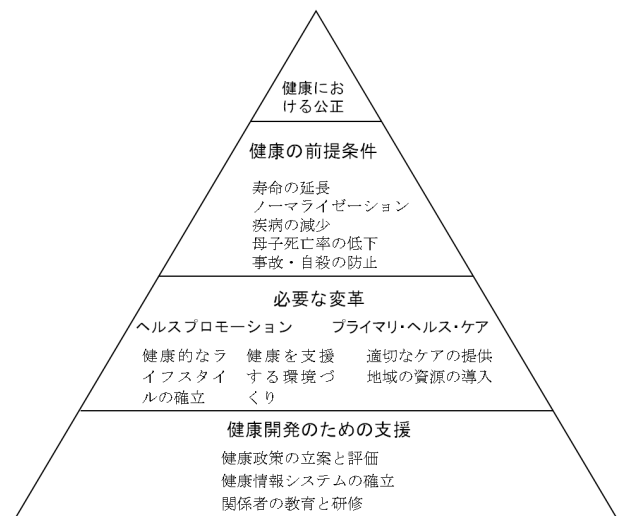


図4 Health for Allの目標の構造

られている。また、こうした変革を実現するための目標として、Health for Allに関する研究の推進や健康情報システムの確立、保健活動に従事する職員の教育と活用、保健技術の評価などが挙げられている。

Health for Allの戦略 ヘルスプロモーション

1986年にカナダのオタワで開催されたWHOの国際会議で採択されたオタワ憲章において、「ヘルスプロモーションとは、人々が自らの健康とその決定要因をコントロールし、改善することができるようにするプロセス⁸⁾と定義されている(下線部は2005年のバンコク憲章⁹⁾で追加されたもの)。また、「健康は毎日の生活のための資源であって、それ自体が人生の目的なのではない」と明記されている。ヘルスプロモーションがめざしているものは、「すべての人々があらゆる生活舞台—労働、学習、余暇そして愛の場—で、健康を享受できる公正な社会の創造にある」のである⁸⁾。

1) ヘルスプロモーションの3つの戦略

オタワ憲章はヘルスプロモーションのための3つの戦略を掲げている。すなわち、

①健康のためのadvocacy (アドボカシー 唱道) :

ある健康目標やプログラムに向けた、政治的関与、政策的支援、社会的承認、システムの支援を得るために考えられた一連の個人的・社会的活動

②enabling (能力付与) :

健康を増進し守るために、人的・物的資源を活用することによって、自らを力づけるべく、個人や集団が協働して行動すること

③mediating (調停) :

健康の推進や保護のために、個人的・社会的・経済的に価値観の異なる個人・コミュニティ・公的私的機関を調整すること

の3つである⁹⁾。

喫煙対策においては、健康のためのadvocacy (唱道)は非常に重要である。民主党政権になり、初めて、健康の視点からタバコ税の引き上げが検討され、平成22年10月からタバコの値上げが実施されることになったことは、禁煙を進める上での重要な「政策的支援」である。また、enabling (能力付与)の代表的な例として、禁煙補助剤という「物的資源」を活用した禁煙支援が挙げられよう。禁煙アドバイザーが貴重な「人的資源」で

あることはいうまでもない。喫煙対策においては、タバコ生産者や小売店などのタバコの生産・販売で生計を立てている組織・団体とのmediating (調停)は重要な課題である。

2) わが国におけるヘルスプロモーション

わが国では、こうしたヘルスプロモーションの定義や戦略が紹介されたにもかかわらず、その実践は容易には進まなかった。オタワ宣言から14年が経過して、「健康日本21」策定における基本的な理念として、ヘルスプロモーションが紹介されたにもかかわらず、具体的にどう実践すればいいのか、イメージしづらかったのである。「健康増進」という言葉が古くから使われており、Health Promotionを直訳して「健康増進」と同義に捉えられることが多かったことも、この理念の定着を難しくしてきたのかもしれない。ヘルスプロモーションの理念を理解するには、ヘルスプロモーションという新しい戦略が提唱された背景を理解することが必要であろう。

3) ヘルスプロモーションが提唱された背景 (図5)

第二次世界大戦後、医学の進歩に伴い、医療費の高騰は先進国に共通の課題となってきた。疾病構造も感染症のような単一特定の病因ではなく、長期にわたる複数要因に基づく健康問題(その代表が生活習慣病)が中心となり、その解決は容易ではなくなってきた。

カナダにおけるラロンド報告(1974年)や米国のHealthy People(1979年)において、医療サービスの健康への寄与は10%でしかなく、最も重要な健康の規定要因は生活習慣と環境であることが指摘され、従来の治療中心の医療サービスから、生活習慣の改善や行動変

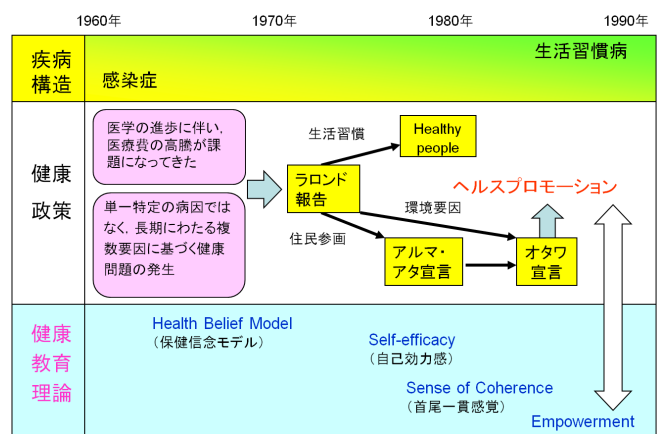


図5 ヘルスプロモーションが提唱された背景

容の支援へとシフトすることが提案された。

1970年代、生活習慣や保健行動を説明する代表的な健康教育理論であった保健信念モデルHealth Belief Model (Rosenstock 1966年)は、「疾病に対する恐れ(疾病の重大性に関する信念、自分もかかるかもしれないという信念)が大きいほど、その疾病を予防する行動や生活習慣を実践する」、「生活習慣の改善や保健行動が有効だ」という信念は、その生活習慣や行動を実践する」という仮説から成り立っている。予防接種や癌検診の受診といった単発の保健行動について、これらの仮説は立証されたものの、日々の生活習慣については、仮説どおりに住民が行動しないことが多くの研究で指摘されている¹⁰⁾。今の自分の生活習慣が生活習慣病を引き起こすかもしれないとわかっているにもかかわらず、自分の置かれている生活環境や就労環境では、その改善が容易ではないという現実がある。この頃から、「脅しの健康教育」の限界がささやかれていたのである。

こうしたなか、これらの「保健信念」以上に健康を規定する強い要因の存在が指摘された。それが、自己効力感Self-efficacy (Bandura 1977年)であり、首尾一貫感覚Sense of Coherence (Antonovsky 1979年)である。自己効力感の低下や首尾一貫感覚の喪失により、生活習慣の改善に向けての意欲を失い、パワーレスになっていく。こうしたパワーレス状態が生活習慣病の悪化や虐待などに代表される行動上の問題を悪化させていくのである。

こうした行動心理学的な特性を踏まえ、生活習慣の改善には個人のエンパワメントが重要であり、それを支える周囲の支援や健康的な生活習慣の実践を容易にする環境づくりが必要であるとの認識から、ヘルスプロモーションの理念が提唱されたのである。

L. W. Greenはヘルスプロモーションを「健康的な行動や生活習慣が実践できるように教育的かつ環境的なサポートを組み合わせることである」と定義し¹¹⁾、ヘルスプロモーションが従来の健康教育に加えて、健康を支援する環境づくり (supportive environment) をめざしていることを簡潔に言い表している。図6はこの理念をわかりやすくイラストにしたものである¹²⁾。

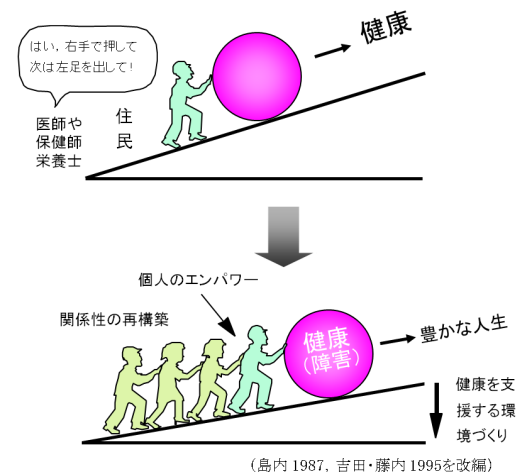


図6 ヘルスプロモーションの理念

ヘルスプロモーションの理念に基づく禁煙支援

図6を用いて、ヘルスプロモーションの理念に基づく禁煙支援について解説しよう。

1) 個人のエンパワー

タバコの害や禁煙の効果について理解していても、禁煙は容易ではない。ニコチン依存症がその本態であることは言うまでもないが、ニコチン依存の影響を除いても、禁煙の過程においてパワーレス状態になっていることが、禁煙を難しくしている。

何度も禁煙にトライしている喫煙者にとって、禁煙に失敗するたびに、自分の意志の弱さを思い知らされ、自己効力感が低下する。そのために、自分には禁煙ができないものと思ひ込み、更なる禁煙への挑戦を消極的にすることも少なくない。自己効力感の形成を促すには、今までの努力を評価するとともに、過去の失敗の原因を分析し、どうやれば同じ轍を踏まずに成功できるかという情報を提供すること、そして、成功体験を積み、自信をつけることが重要である。

自己効力感の低下に加えて、パワーレス状態に関与する概念として、首尾一貫感覚の喪失(コヒアレンス感の喪失)も重要である。首尾一貫感覚は「自分の周りで起こることが理解可能なものであり、処理可能なものであると感じられ、ストレス等を自分にとって、有意義なものと感じられる」感覚で、これが保たれていると、禁煙に対するモチベーションを維持することができる。しかし、多くの場合、ニコチン依存のために、どんなに固い決意で禁煙を始めても、途中で喫煙をしてしまい、禁煙

を自分には「処理不可能な」ものであると感じられる。また、禁煙のストレスは自分にとっては有意義どころか、喫煙本数を増やすだけの有害なものであると感じられてしまう。受動喫煙防止対策が強化され、喫煙に対する風当たりが強くなる中、それでも、吸い続けていることで、ますます首尾一貫感覚は失われ、プライドも損なわれる。最後まで抵抗して喫煙している自分を「美化」せずにはいられなくなってしまうのである。

禁煙支援においては、自己効力感や首尾一貫感覚をどう取り戻すか、言い換えれば、どうエンパワーするかが重要なポイントとなる。

一方、何度か禁煙に失敗しても、禁煙補助剤や禁煙アドバイザーの助けを借りて、一旦、禁煙できて、体調の改善や検査結果（呼気中の一酸化炭素濃度、肺機能など）の改善を体験したり、周囲から誉められたりすると、自己効力感や首尾一貫感覚を取り戻し、自信を回復するとともに、それが禁煙の継続につながるという好循環になる。ちょうど、図7に示すようなサイクルがうまく回るようになるのである。禁煙に限らず、対象者への支援においては、このサイクルを回し続けることがポイントである。

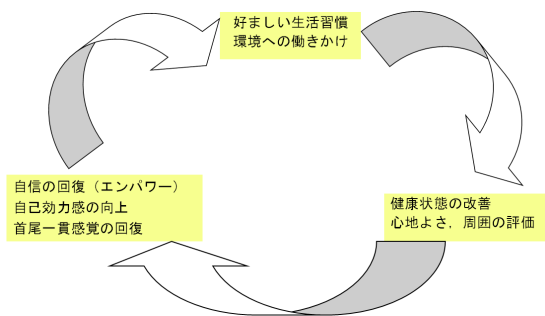


図7 エンパワメントと生活習慣の改善

このようにエンパワメントは保健医療福祉の現場において、支援の成否の鍵を握る重要な概念であり、「傾聴」→「対話」→「実践」という3つのエンパワメントのプロセスが基本とされている。禁煙支援のエキスパートは、こうしたプロセスをきちんと踏まえた支援を行っているものである。

「傾聴」はカウンセリングの基本であり、単に耳を傾けて聞くというのではなく、「聴」という文字が表すように十四の心（辛い、悲しい、さびしい、悔しい、怖

い、嬉しい等々）で聴くこと、すなわち、共感しながら聞くことである。共感しながら他の人から話を聞いてもらえるだけで、気持ちが軽くなり、頑張ろうという力が湧いて来るものである。「傾聴」により、これまでの禁煙の努力を評価するとともに、それでも喫煙を再開してしまったことに対する悔しさや不甲斐なさといった思いに共感し、禁煙に再挑戦しようという意思を評価することで、対象者は一緒に頑張ってみようという気持ちになるのである。

そこで、「対話」が必要になる。「対話」では対等な立場で話し合うことが肝要であり、専門職から素人である対象者に「こうしなさい」と指示をするものではない。専門職としての意見は言っても、あくまで対象者と一緒に考えることが大切である。これまでの禁煙失敗の要因を分析し、禁煙を成功させるためのポイントについて、専門職の立場から情報提供をし、実際にどうするかは対象者本人が決めることが重要である。

こうして何をすることが決まったら、「実践」が重要である。実践することによって、自信を回復する、すなわち、本来の力を取り戻すのである。エンパワーは「内なる力の回復」と翻訳されるように¹³⁾、外部から力を与えるのではなく、本来、その人が持っていた力を取り戻すことである。専門職に期待されるのは、その支援であることを肝に銘ずべきである。

2) 関係性の再構築

現代社会の問題として、関係性の喪失がクローズアップされてきている。平成10年以来、12年間続けて、自殺での死亡者が3万人を超えている。当初は経済不況が原因と考えられてきたが、この12年間、景気が持ち直した時期があったにもかかわらず、自殺者数は減少することはなかった。その背景に関係性の喪失があったのである。様々な理由で追い込まれた時に、相談できる人、支えてくれる人がいない中、最悪の選択をしていたのである。

親子の絆が希薄になってきていることは、子どもの心身の成長にも暗い影を落としている。その最たるものが虐待であることはいままでもない。また、非正規雇用者が増える中、職場における関係性も希薄になり、孤立した若者が凶悪な事件を引き起こすことも少なくない。

「禁煙は愛です」というキャッチフレーズが物語るように、禁煙と愛情は切っても切り離せない。禁煙は周囲

の人への愛情の表れであり、愛する人をタバコの害から守るために、禁煙を決意する人は多い。その一方で、禁煙は周囲の人からの愛情なしには成功しがたい。家族や同僚、友人など、自分の身体のことを心配してくれる人がいるから、禁煙をしようと思うものである。家庭、職場、地域における関係性が希薄になる中で、喫煙者が禁煙を決意することは難しくなっているのかもしれない。

「禁煙マラソン」の有用性については説明する必要があるが、「禁煙マラソン」の素晴らしいところは、ネットを通して顔が見えなくても支援の輪が広がっていることである。ネット社会は一方的に現実社会とのつながりを断ち切って孤立を選ぶことも容易であるという側面を持つが、このように新たな関係性の構築という可能性を持っている。現代社会の家族の形態、雇用の形態、コミュニケーションの形態にあった関係性の再構築が求められているが、禁煙を契機に新たな関係性が構築されるという側面にもっと着目していいのかもしれない。

3) 健康を支援する環境づくり

健康を支援する環境づくり (supportive environment for health) はヘルスプロモーションの取り組みの中でも、最も重要な分野である。図6で示したイラストでは、坂道の勾配を緩やかにすることに相当するが、この坂道の勾配を構成するものは何だろうか？

この勾配を構成する要因として、

①個人における健康の優先性

(生計を立てることや職場や家庭での役割より健康が優先されるか)

②慣習や社会規範

(もてなしの慣習、運動や休養に対する周囲の冷やかな目など)

③環境条件

(生鮮食料品の入手しやすさ、外食産業の健康への配慮の有無、運動施設への近接性、受動喫煙防止対策の徹底等)

が挙げられる¹⁴⁾。

こうした要因を改善するために、「健康日本21」では、保健医療専門家、行政機関だけでなく、マスメディア、企業、非営利団体、職場、学校、地域、家庭、保険者の役割を明記している¹⁵⁾。

禁煙における健康を支援する環境づくりとして挙げられるのは、禁煙支援体制の充実であろう。ニコチン依存

症管理料を算定している医療機関も徐々に増えているが、地域においてはまだまだ少ないという現状もある。ニコチンパッチが医師の処方なしに使えるようになったことから、禁煙支援体制として、薬局の役割も大きくなってきている。禁煙アドバイザーといった人的資源の充実も重要である。

禁煙支援においては、喫煙に対するハードルを高くすることも必要な環境づくりである。平成22年2月25日の健康局長通知「受動喫煙防止対策について」(健発0225第2号)に、「多数の者が利用する公共的な空間については、原則として全面禁煙であるべき」「官公庁や医療施設においては全面禁煙とすることが望ましい」と明記されたことは、大きな意義を持っている。しかし、その一方で、飲食店や旅館等「全面禁煙が極めて困難な場合等においては、当面、施設の態様や利用者のニーズに応じた適切な受動喫煙防止対策を進める」とされている。飲食店においては、灰皿を配ることがもてなしのひとつであるとする「文化」も根強く、こうした健康に関する社会規範を変えていくことも必要である。

また、平成22年10月に予定されているタバコの値上げも、喫煙に対するハードルを上げ、禁煙に踏み切る喫煙者を増やすことが期待される。図8は米国のハイスクール生徒の喫煙率の推移であるが、経済的にゆとりのある白人生徒で、喫煙率は最も高くなっている。図3では、低所得層ほど、喫煙率が高いことを示したが、収入に対して、タバコの値段が相対的に高くなれば、喫煙を抑制することも期待できよう。

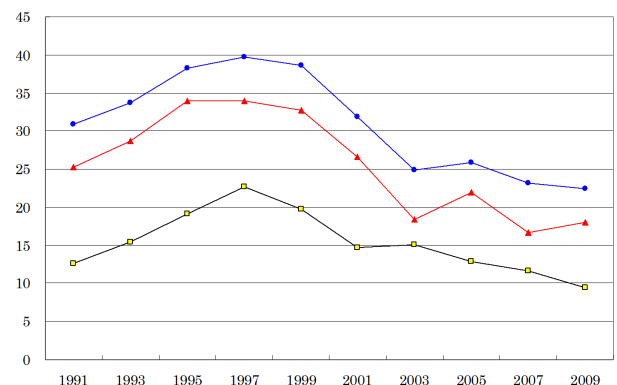


図8 米国のハイスクール生徒の喫煙率の推移

おわりに

平成22年10月に予定されているタバコの値上げにより、タバコ代と弁当代の値段が拮抗することになる。筆者の周りの職員がお昼に注文する弁当の売れ筋は350～400円である。銘柄によってはタバコ代の方が弁当代よりも高くなる。その結果、禁煙に踏み切る喫煙者を増やすことが期待される。この機に、いかに多くの禁煙成功者を生み出すことができるか、禁煙支援者の真価が問われることになろう。その際、是非、エンパワメントや関係性の再構築を念頭において、禁煙を進めていただければ、幸甚である。

approach. Mayfield Publishing Company, California, 1991

- 12) 藤内修二：ヘルスプロモーションと個別健康教育。保健師雑誌57(3)：170-176, 2001.
- 13) 森田ゆり：エンパワメントの原点。保健婦雑誌 56(13)：1128-1134. 2000.
- 14) 藤内修二：健康を支援する環境に関する研究。日本公衆衛生雑誌 43(10) 第55回日本公衆衛生学会総会抄録集 II：258, 1996
- 15) 健康日本21企画検討会：21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)について 報告書. 2000

参考文献

- 1) 厚生労働省：平成20年版厚生労働白書。ぎょうせい，東京，2008
- 2) OECD：Society at a Glance 2009：OECD Social Indicators
- 3) 厚生労働省：第20回(平成17年)完全生命表
- 4) 西三郎，鏡森定信(監訳)：21世紀の健康づくり10の提言－社会環境と健康問題。日本医療企画，東京，2002.
- 5) Any Tobacco Use in 13 States --- Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2008. MMWR 59(30)：946-950, 2010
- 6) 尾島俊之，近藤克則，他：高齢男性における所得等による死亡格差～AGESプロジェクト～. J Epidemiol 18(1 suppl):53, 2008
- 7) 山本幹夫(監訳)：ヘルス・フォー・オール－38の到達目標－. 垣内出版，東京，1990.
- 8) 島内憲夫(訳)：ヘルスプロモーション－WHO：オタワ憲章－. 垣内出版，東京，1990.
- 9) WHO：The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. 2005
- 10) 藤内修二，他：地域住民の健康行動を規定する要因－Health Belief Modelによる分析－日本公衆衛生雑誌41：362-369, 1994
- 11) Green, L.W. and Kreuter, M.W.: Health promotion planning An educational and environmental