

禁煙科学

Vol. 4(05), 2010. 08



目 次

<教育シリーズ(1)>

- 【原著】 タバコ対策の推進における「空気」の役割
——社会規範アプローチ適用の可能性
野村英樹 …… 1
- 【寄稿】 禁煙支援とヘルスプロモーション
藤内修二 …… 6

<教育シリーズ(1)>

【原著】

タバコ対策の推進における「空気」の役割

ー社会規範アプローチ適用の可能性

野村英樹¹⁾

タバコを吸い始めないこと、禁煙すること、受動喫煙を防止するために共有のスペースを禁煙化することは、何れも科学的に正しいことである。しかし、人間社会においては、正しいことを行うことが常に容易とは限らない。それは何故であろうか？

「集団規範への同調」現象

社会心理学的な知見によれば、人の思考や行動は、その人が置かれた状況の影響を強く受けている。スタンフォード大学の社会心理学者Zimbardoの近著によれば、特に「集団規範への同調conformity to group norms」と呼ばれる現象は古く1930年代から知られているが、Aschによる「視覚の認知に関する研究」はとりわけ有名である。この研究に参加した123名の参加者は、1枚のカードに描かれた1本の線が、もう1枚の別のカードに描かれた3本の長さの異なる線のどれと同じ長さであるかを声に出して回答するという簡単な作業（単独で行った場合の誤答率は1%未満）を18回繰り返した。実は、問題として出される線の長さは常に、比較の対象である3本の線のうち中間の長さの線と等しくなっており、またこの作業は8名のグループで行われたが、参加者以外の7名は研究者側が用意した「サクラ」で、最初の1回は皆が正しく回答するが、2回目以降の17回のうち12回は、わざと揃って間違っ（長い線と等しい、または、短い線と等しい）回答することになっていた。すると、自分の見たままの正しい回答を貫き通した参加者は全体の10%に満たなかったのに対し、多くの参加者は12回中8回程度は「自分以外の7名」の回答になびいてしまい、ほ

ぼ常に「自分以外の7名」と同じ間違っした回答をした参加者も30%程度に上ったという。

最近のfMRIによる研究では、類似の研究で誤答した場合に活動しているのは視覚に関する部分だけであったのに対し、他のメンバーの誤った回答に抵抗して正しい答えを出した場合には、前脳の中で葛藤や計画などの高度な精神活動を司る部分に活動が見られたことが明らかにされている。この結果は、間違っているはずの他のメンバーの回答に迎合する場合にではなく、正しいはずだが他のメンバーとは異なる回答を出す場合にのみ、精神的な負荷がかかる、ということを表している。

「多数の無知」現象

もう一つさらに興味深い社会心理学的知見として、Allportらにより1929年に提唱された「多数の無知pluralistic ignorance」と呼ばれる現象がある。これは、集団の一人ひとりのメンバーのほとんどが個人的には集団規範に反対であるにもかかわらず、自分以外のほとんどのメンバーがその規範を受容していると誤って推察してしまっている状態を指す。良く知られている例が、大学生の大量飲酒である。すなわち、大学生の多くは個人としては大量飲酒などしたいとは思っていないが、他の大学生は大量飲酒を受け容れていると思い込んでいる。このような状況で彼らは、仲間外れにされることを恐れて大量飲酒に反対することができなくなってしまうばかりか、「集団規範への同調」現象により、自分も大量飲酒をして仲間に加わろうとしてしまう。高校生の喫煙などでも同様に、実際に喫煙している高校生は少数で

1) 金沢大学附属病院 総合診療部・総合診療内科

責任者連絡先：野村英樹
石川県金沢市宝町13-1（〒920-8641）
金沢大学附属病院
TEL 076-265-2000（代）

あるにも関わらず、高校生の多くは同級生たちの多くが喫煙していると誤って思い込んでおり、自分も早く喫煙を始めないと仲間に加われないと思い込んでしまうのである。

「多数の無知」を伴う「集団規範」への対応

理論的に言って、「多数の無知」とは単に思い込みに過ぎないので、把握した正確な情報を集団の構成員に伝達すれば、「集団規範」に関する思い込みに基づく「ずれ」の部分が解消され、「集団規範」は正しい値に近づくはずである。しかしそれだけでなく、もし誤った集団規範に「同調」して集団の構成員の一部が「行動」してしまっていたとすれば、正しい情報を伝達することにより集団規範が修正されると、彼らの行動の「同調」による部分も修正されるのではないかという仮説が成り立つ。そうして一部の集団構成員の行動が修正され、その修正の事実についての情報をさらに集団にフィードバックすれば、集団規範はさらに改善され、逆にその修正された集団規範に「同調」して、他の集団構成員の行動をも改善する可能性すらあることになる。このような手法は「社会規範アプローチSocial Norms Approach」などと呼ばれ、さまざまな問題行動に対して実際に応用され成果を挙げているが、最も注目されている領域の一つが大学生の飲酒行動であり、既にCochraneのシステマティックレビューも行われ、情報フィードバックの方法などにより効果の違いが存在する可能性が指摘されている。

ここで重要なことは、社会規範アプローチが効果を生む原動力は、「そのような問題行動をとっている学生は少ない」という情報ではなく、「多くの学生はそのような問題行動はとっていない」という情報の側にあるということであり、情報のフィードバックの際にはポジティブな表現を用いることが推奨されることである。すなわち、「大量飲酒しているのは学生のa%だけだ」という表現ではなく、「学生のb%は大量飲酒していない」という表現である。もちろん $a + b = 100$ (%)なのだが、前者が「悪い行動」および「悪い行動をとっている学生」に焦点を当てているのに対し、後者は大量飲酒しないという「良い行動」および「良い行動をとっている学生」に光を当て、そちらの方が多数派であることを直接的に表現している。

このようにポジティブなメッセージでフィードバックを行う社会規範アプローチを、特に「ポジティブ規範アプローチPositive Norms Approach」と呼んでいる研究者もいるようである。彼らは、「悪い行動」および「悪い行動をとっている学生」に焦点を当てたフィードバックは、例えそちらが少数派であっても、悪い行動をとることによって注目が得られるという誤ったメッセージを受け取ってしまう可能性も指摘している。特に、同じa%であっても、「a%もの学生が大量飲酒している」のように、その数字を多いものとしてとらえたメッセージは、その行動への「同調」を誘発する可能性があるため要注意である。

社会規範アプローチのタバコ対策への応用1～能動喫煙

ここまで述べて来た社会心理学の知見は、タバコ対策の推進という点で、いくつかの示唆を与えてくれている。能動喫煙について言えば、学校や職場、コミュニティという枠組みで、前述の社会規範アプローチを試みることが当然考えられる。「こんなに多くの人が吸わなくなっている」というポジティブなメッセージを、それぞれの枠組みの中で行った調査結果に基づいてフィードバックするのである。喫煙率が25%ならば「4人のうち3人はタバコを吸いません」、20%ならば「5人のうち4人は吸いません」、10%ならば「10人中9人は吸いません」ということになる。

このアプローチは、特に喫煙防止において効果が現れやすい。米国モンタナ州では、モンタナ社会規範プロジェクトMontana Social Norms Projectの一環として、1999年から2001年にかけ、「MOST of Us Are Tobacco Free」というキャンペーンを行っている。これは12～17歳のティーンを対象としており、最初の1年間は州内のMissoula商業圏に位置する3つの郡を対象とし、商業圏が異なる他の郡を対照として比較、2年目はMissoula商業圏の7郡全て（このエリアに住むティーンは21,300人で、州全体の28%を占める）を対象とし、州に属する他の49郡全てを対照として、それぞれ4ヶ月および8週間のテレビやラジオ、印刷物を使ったキャンペーンの効果を検証した。

キャンペーン前の調査で、タバコを吸った経験があるティーンは、介入群で27%、対照群で25%であったが、

①同世代のティーン喫煙経験率がどの程度だと思っているか

との質問に対する回答の平均はそれぞれ54%と60%で「多数の無知」が明らかとなり、また、

②同世代のティーンで過去30日以内に喫煙した者がどの程度いると思うか

との質問に対してはそれぞれ26%と30%で、群間に差はなかった。その後行われたキャンペーンは、「Most (70%) Montana teens are tobacco freeほとんど(70%)のモンタナ州のティーンはタバコを吸わない」というメッセージが用いられた(図1)。キャンペーン終了後の同様の調査では、①はそれぞれ53%と61%、②はそれぞれ22%と30%で、いずれも介入群が有意に低かったが、①は27%という実際の値と比較すると介入群でもまだ「多数の無知」現象は解消されていない。しかしながら、1年の間に初めてタバコを吸ってみた

ティーンの割合は介入群で10%、対照郡で17%であり、喫煙開始という「行動」には41%もの抑制効果が得られている。

また奥田は、工業高校の全生徒(1~5年生)を対象に、喫煙に関する年1回の意識調査を行い、その結果を「週刊タバコの正体」と題する印刷物の中で全生徒にフィードバックしている。「一生タバコは吸わないつもり」との記述に「はっきりYesと思う」と回答した生徒の割合が、2009年の72%から2010年は75%と増加するなどしている。この調査は「多数の無知」を明らかにするための調査ではなく、また「週刊タバコの正体」の他の号で奥田はタバコに関するさまざまな情報提供を継続的に行っているため、これらの増加が全て調査結果のフィードバックによるものであるとは言えないが、少なくともこのような調査とその結果のフィードバックが好意的に受け容れられているものと思われ、喫煙に関連する行動のみならず、意識の面への社会規範アプローチの応用の可能性を示している。

社会規範アプローチのタバコ対策への応用2~受動喫煙

職場や公共の場の禁煙化推進について考える時、その考え方や行動の変化を促すべき対象集団として、

①その場で働く職員の集団、

②その場に同時に存在する職員と利用者

から構成される集団、および、①と②に影響を与える存在として

③地域コミュニティ

を考える必要がある。主として①は、場の禁煙化を決定する前に考え方を変えなければならない集団であり、②および③は、場の禁煙化の実施において考え方や行動を変えなければならない集団と言えるだろう。そして多くの場合、それぞれの集団には喫煙者も非喫煙者も含まれるが、①~③の集団における「集団規範」が受動喫煙を容認するものになっているとすれば、考え方や行動の変化を促すべき対象には非喫煙者も含まれると考えるべきである。

一たびある集団の「集団規範」を変える必要があると認識したならば、まず最初に検討しなければならないのは、その「集団規範」が前述の「多数の無知」のメカニズムによって生じた誤った思い込みである可能性である。これを確認するためには、その集団に対して質問紙

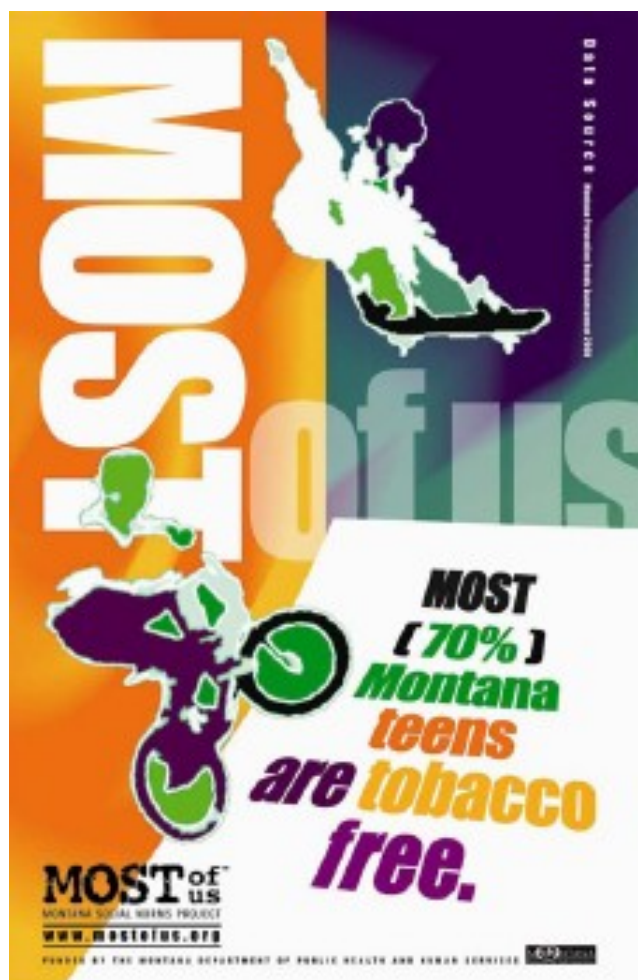


図1 Most (70%) Montana teens are tobacco free
キャンペーンのポスター

調査（いわゆるアンケート調査）を行えば良い。その内容は、「あなたは～しますか？」ないし「あなたは～すべきだ（すべきではない）と思いますか？」などと尋ね、加えて「あなたは、（同じ集団の）他の人たちの何割程度が～していると思いますか？」と尋ねることになる。最初の質問で「～する」ないし「～すべきだ（すべきでない）」と回答した割合と、次の質問の回答の平均や中央値との間に大きなギャップがあれば、そこに「多数の無知」が存在することになる。

例えばあなたが所属する職場において、「職場では職員は受動喫煙を受けていない」、あるいは「職場での受動喫煙を職員は迷惑に思っていない」という、間違っただけの集団規範が存在するという問題意識を持ったとする。このような時には、職員の喫煙率だけでなく、「職場で受動喫煙を受けているか」と「何割程度の職員が職場で受動喫煙を受けていると思うか」や、「職場での受動喫煙に対して迷惑に感じているか」と「何割程度の職員が職場での受動喫煙を迷惑に感じていると思うか」などを調査することを検討すると良いだろう。その結果をフィードバックすることにより、職場の禁煙化を促進できる可能性がある。同じような調査を飲食店の顧客として行い、その結果をフィードバックすれば、飲食店の禁煙化を推進することができるとも知れない。

あるいはある地域において、「喫煙者は特に禁煙の表示がないレストランでは喫煙する」という誤った社会規範が存在するという問題意識をもったとする。この場合には、その地域の住民の喫煙者に対して、「あなたは特に禁煙の表示がないレストランで喫煙しますか？」と尋ね、「はい」と答えた回答者の割合を計算する。続いて、同じ地域の住民（喫煙者と非喫煙者の両方を含む）に対して、「あなたは喫煙者の何%程度が、特に禁煙の表示がないレストランで喫煙していると思いますか？」と尋ね、それに対する回答の平均値を算出する。前者が20%、後者が50%であったとすれば、「喫煙者のおよそ半数が、特に禁煙の表示がないレストランで喫煙する」という「集団規範」は思い込み（実際は5人に1人）であることが判る。その結果をメディアなどを通じて地域住民にフィードバックすることにより、「喫煙可」と明示されたレストラン以外での喫煙が減るかも知れない。

なお、前述の奥田の調査では、「学校でタバコを吸っ

てほしくない」に賛同する生徒の割合は、2009年の61%から2010年は63%へと増加していたそうである。

「空気」を変える

数年前、「空気が読めない」を「KY」と略す若者言葉が話題となったが、日本人は昔から、「（場や社会の）空気」を気にする傾向がある。ある辞書の「空気」の項には

くう・き 【空気】

1. 地球を包む大気圏の下層部分を構成する無色透明な混合気体。高度数十キロまでは、水蒸気を除くと組成がほぼ一定で、体積比で窒素78.09、酸素20.95、アルゴン0.93、二酸化炭素0.03のほかネオン・ヘリウムなどを含む。乾燥空気1リットルの重さはセ氏零度、1気圧のとき1.293グラム。
2. その場の雰囲気。「職場の一になじむ」「陰険な一が流れる」「自由な一を吸う」

と記載されている。本稿で述べてきた「集団規範」も、この「場の空気」の一種であると考えられるかも知れない。

受動喫煙について言えば、「ここではタバコは吸えない」という「空気」を作ることである。そのように拡大して考えると、必ずしも集団規範の修正だけでないはずである。例えば、レストランやホテルのロビーに鳥のさえずりをBGMとして流したり、微かに良い香りのする花を飾ったり、ロハス（Lifestyles Of Health And Sustainability健康と環境を志向するライフスタイルの略）志向の雑誌を置いたりといったことにより、「ここではタバコは吸えない」という「空気」を作り出すことができる。喫煙者のクレームを恐れて場の禁煙化を躊躇している場合には、このような工夫を楽しむことをお勧めしたい。

最後に、社会規範アプローチを推奨する研究者の中には、「タバコなんか吸っていると、将来こんな恐ろしい病気になりますよ」と閉塞性動脈硬化症で切断した下肢の写真を見せるような従来から広く行われてきた健康教育は、その写真が恐ろしければ恐ろしいほど現在健康な人には現実味がなくなり、単なる「健康テロリズム」だ

と批判する者もいる。しかしながらこのような批判こそが、彼らが「悪い行動」だと考える行動（恐ろしい写真を見せること）に焦点を当てており、批判された側に不要な反発心を抱かせるという点でも好ましくないことを指摘しなければならないだろう。むしろ、社会規範アプローチの効果の大きさを科学的に実証し、この手法を普及させて、「社会規範アプローチをとることを新たな社会規範とする」ことを目指すべきなのではないだろうか。

謝 辞

貴重なデータの引用をご快諾頂いた和歌山工業高校産業デザイン科の奥田恭久先生に、深甚の謝意を表します。

本研究の一部は、平成22年度厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）「今後のたばこ対策の推進に関する研究」（主任研究者望月友美子）の一環として行われた。

参考文献

- i) Zimbardo P. Investigating social dynamics: Power, conformity, and obedience. in *The Lucifer effect: Understanding how good people turn evil*. Random House, 2007; 258-323.
- ii) Asch SE. Studies of independence and conformity: A minority of one against a unanimous majority. *Psychological Monographs* 70 (1951): whole no. 416.
- iii) Berns GS, et al. Neurobiological correlates of social conformity and independence during mental rotation. *Biological Psychiatry* 2005; 58: 245-53.
- iv) Karz D, Allport FH. Student's attitudes: A report of the Syracuse University Research Study, 1928, Craftsmen press.
- v) Wechsler H, et al. Health and behavioral consequences of binge drinking in college: A national survey of students at 140 campuses. *JAMA* 1994; 272: 1672-7.
- vi) Moreira MT, Smith LA, Foxcroft D. Social norms interventions to reduce alcohol misuse in University or College students. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3.
- vii) <http://www.mostofus.org/> (アクセス日: 2010年8月22日)
- viii) Linkenbach J, Perkins HW. Most of Us Are Tobacco Free: An Eight-Month Social Norms Campaign Reducing Youth Initiation of Smoking in Montana. in Perkins HW, ed. *The Social Norms Approach to Preventing School and College Substance Abuse: A Handbook for Educators, Counselors, and Clinicians*. Jossey-Bass, 2003.
- ix) 奥田恭久. 週刊タバコの正体第217号. 2010.
- x) 山本七平. 「空気」の研究. 1977.

【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た。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

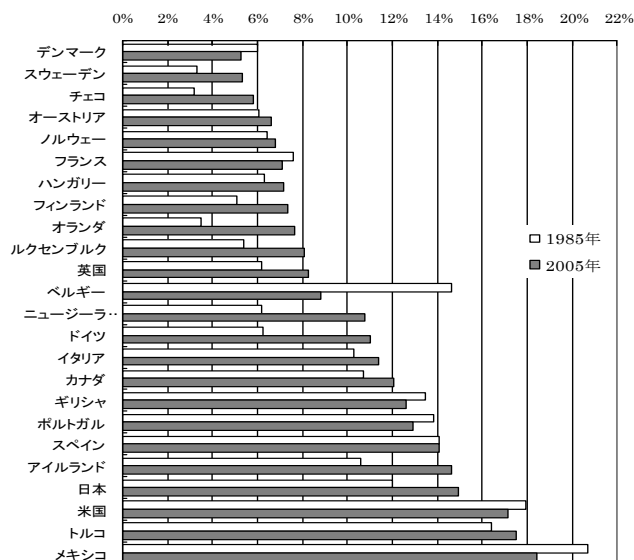


図1 先進国の相対的貧困率の推移

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

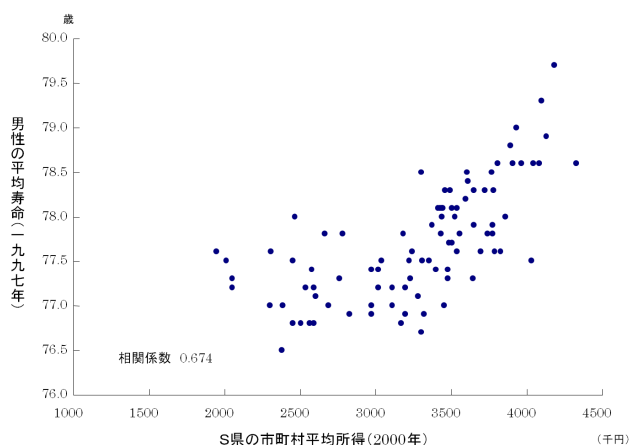


図2 平均所得と男性の平均寿命

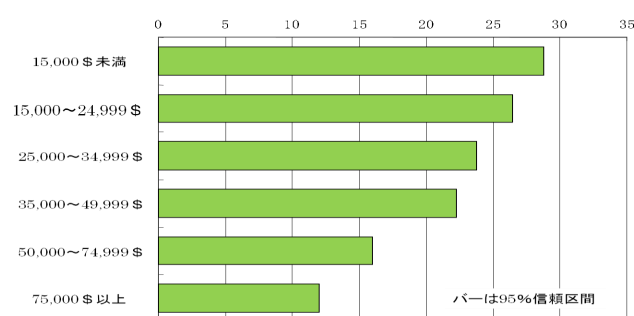


図3 米国13州における年収別の紙巻タバコの喫煙率（性、年齢、人種で調整）

(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

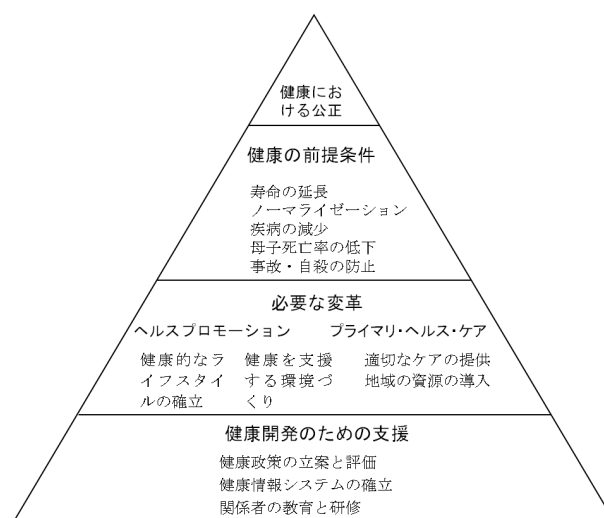


図4 Health for Allの目標の構造

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

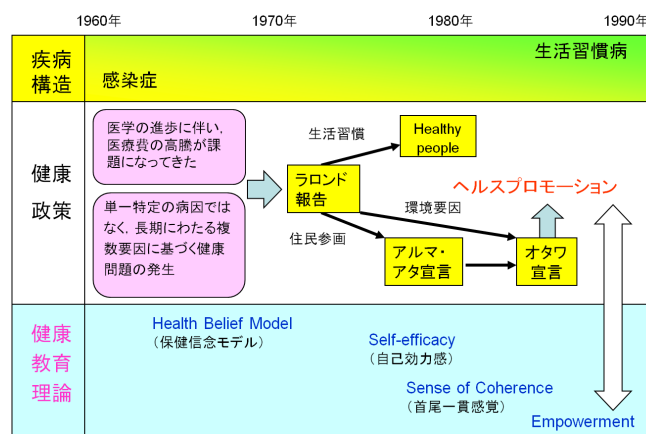


図5 ヘルスプロモーションが提唱された背景

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⁾。

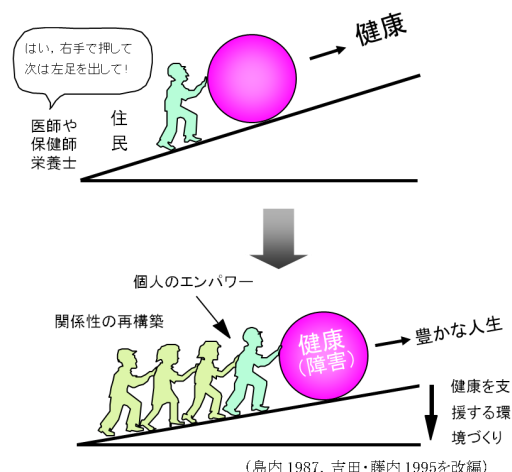


図6 ヘルスプロモーションの理念

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。

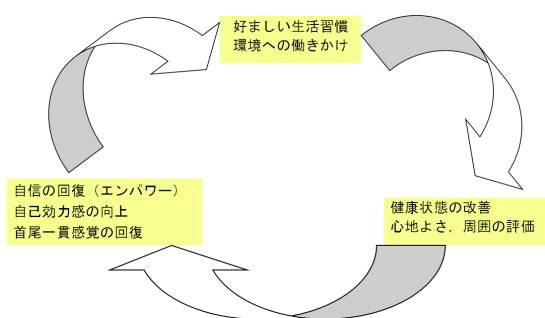


図7 エンパワメントと生活習慣の改善

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。

こうして何をするかが決まったら、「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知れない。

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。

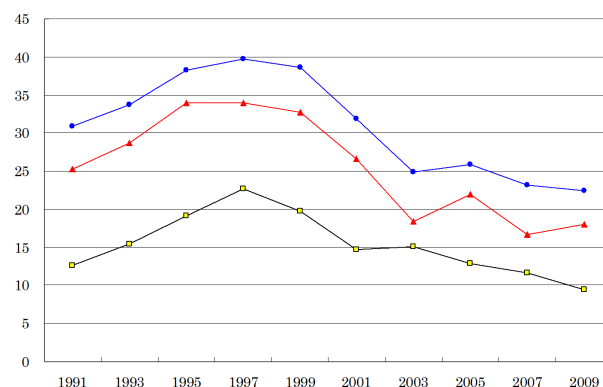


図8 米国のハイスクール生徒の喫煙率の推移

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るだろう。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

編集委員会

編集委員長 中山健夫
編集委員 児玉美登里 富永典子 野田 隆 野村英樹
春木宥子 三浦秀史
編集顧問 三嶋理晃 山縣然太朗
編集担当理事 高橋裕子

日本禁煙科学会

学会誌 **禁煙科学** 第4巻(04)
2010年(平成22年)8月発行
URL : <http://jascsc.jp/>
事務局 : 〒630-8506 奈良県奈良市北魚屋西町
奈良女子大学 保健管理センター内
電話・FAX : 0742-20-3245
E-mail : info@jascsc.jp