

全国の市町村における喫煙対策事業の実施状況と重要性の認識

シンムラ ヒロミ* カヤバ カズノリ クニサワ オオヨ
 新村 洋未* 萱場 一則* 國澤 尚子*
 ワカバヤシ ヤナカフ ヒロシ
 若林チヒロ* 柳川 洋*

目的 全国の市町村における喫煙対策事業の実施状況と喫煙対策事業に対する重要性の認識との関連を明らかにする。

方法 全国3,207市町村の健康づくり担当課に対し、郵送による質問紙調査を実施した。調査項目は、禁煙・分煙対策事業の実施内容、施設に対する受動喫煙防止の普及啓発活動の実施状況、普及啓発活動の媒体、喫煙対策事業の重要性についての認識、とした。

調査結果 2,570の市町村から回答が得られた（回答率80.1%）。95%以上の市町村で喫煙対策事業が実施されていた。実施事業の内容では、庁舎内分煙がもっとも実施率が高く、約8割の市町村で実施されていた。その一方、庁舎内全面禁煙や禁煙支援プログラムの実施率は2割以下であった。

施設に対する受動喫煙防止のための普及啓発活動は、官公庁施設に対しては6割の実施率であるが、学校では3割、体育館、病院でも2割の実施率にとどまった。

喫煙対策事業の重要性は6割の市町村が重要であると認識していた。また、庁舎内分煙は喫煙対策事業に対する重要性の認識の高低によらず実施率は高いものの、禁煙支援プログラムや庁舎内の全面禁煙は重要性の認識が高い市町村において実施率が高く、認識の低い市町村では実施率が低い傾向があった。

結論 自治体の喫煙対策の実施において、その重要性の認識が影響を及ぼしている可能性がある。そのため、喫煙対策の推進には自治体をはじめとする公的組織の喫煙対策の重要性の認識を高めるような方策を講じていく必要があると考えられる。

Key words : 喫煙対策事業, 健康日本21, 健康増進法, 自治体, 公衆衛生行政, 認識

1 緒 言

喫煙による健康への悪影響を排除するためには、個人レベルの対応だけでなく、地域ぐるみで喫煙対策を推進し、禁煙を促すための環境作りを行うことが必要不可欠である。2000年4月に第三次国民健康づくり対策として発表された「健康日本21」では「公共の場や職場の分煙徹底」が目標として挙げられた。また2003年5月より施行された「健康増進法」では、受動喫煙による健康への悪影響を排除するために、多数の者が利用する施設の管理者に対し受動喫煙を防止する措置をとる努力義務が明文化された。そのため、自治体が主

導的立場に立ち、喫煙対策に関する環境作りを行うことが求められる。

健康増進法の施行により、急速に市町村での喫煙対策に関する意識は向上し、実施内容に変化が生じていることが予想されるが、同法施行以後の喫煙対策事業の実施状況に関する調査は報告されていない。喫煙対策事業への取り組みは、自治体の喫煙についての問題意識や態度が影響すると考えられるが、この点についても実証的な研究の報告は見当たらない。

このような背景のもとに、全国の市町村における喫煙対策事業の実施状況、および実施状況に影響を及ぼす喫煙対策事業の重要性についての認識や市町村の人口規模との関連を明らかにし、今後の喫煙対策を推進するための基礎資料を得ることを目的に、全国の全市町村を対象に質問紙調査を

* 埼玉県立大学保健医療福祉学部
 連絡先：〒343-8540 埼玉県越谷市三野宮820
 埼玉県立大学 新村洋未

実施した。

II 研究方法

1. 対象・方法

調査対象は2003年6月現在の全3,207市町村として、郵送による質問紙調査を実施した。調査票は市町村の健康づくり担当課宛てに発送し、記名回答とした。期限までに回答のなかった市町村に対しては、はがきによる調査票返送の依頼を行なった。調査期間は2003年6月から8月であった。

2. 調査項目

調査項目は、禁煙・分煙対策事業の実施内容、施設に対する受動喫煙防止の普及啓発活動の実施状況、普及啓発活動の媒体、喫煙対策事業の重要性についての認識、である。また回答者の職種も尋ねた。

3. 分析方法

各項目間の関連については χ^2 検定と、必要に応じ増減傾向性の検定¹⁾を行った。統計学的有意水準は5%とした。市町村の人口規模については2000年国勢調査人口を用い、5,000人未満、10,000人未満、30,000人未満、30,000人以上の4区分に分類して分析に用いた。統計処理にはSPSS for Windows ver.11.5J (Chicago, Illinois)を用いた。

III 研究結果

1. 調査票回収状況

全国3,207市町村のうち、2,570市町村より回答があった。回答率は80.1%であった。本調査票に回答した保健行政担当者の職種は、保健師80.4%(2,053人)、事務職12.9%(330人)、栄養士5.1%(131人)、看護師0.4%(11人)、医師0.1%(3人)、その他・不明1.0%(25人)であった。

2. 禁煙・分煙対策事業の実施状況と事業内容 (表1)

禁煙・分煙対策事業は、96.4%の市町村が実施していた。最も多く実施されていたのが庁舎内分煙で、78.0%の実施率であった。これに対し、庁舎内全面禁煙は18.1%の実施率にとどまった。さらに禁煙支援プログラムは14.0%と低い実施率であった。一方、3.6%の市町村では禁煙・分煙対策事業を実施していなかった。

3. 施設に対する受動喫煙防止の普及啓発の実施状況 (表2)

最も多く実施されている施設は官公庁施設で、66.5%の実施率であった。ついで学校35.8%、体育館19.6%、病院19.3%、集会場11.0%であった。一般事務所、飲食店、展示場、百貨店・スーパー、劇場への活動は2%から4%であった。

4. 喫煙対策普及啓発活動の媒体 (表3)

最も多く使用されている媒体はポスターであり、

表1 禁煙・分煙対策事業の実施状況と事業内容

N=2,570 (%)	
実施あり (内訳：複数回答)	2,478(96.4)
庁舎内の分煙	2,005(78.0)
庁舎内の全面禁煙	464(18.1)
禁煙支援プログラム	361(14.0)
庁舎内の禁煙タイムの設定	259(10.1)
その他の事業	174(6.8)
実施なし	92(3.6)

表2 施設に対する受動喫煙防止のための普及啓発の実施状況 (複数回答)

N=2,570 (%)	
官公庁施設	1,708(66.5)
学 校	921(35.8)
体育館	504(19.6)
病 院	497(19.3)
集会場	282(11.0)
一般事務所	99(3.9)
飲食店	76(3.0)
展示場	59(2.3)
百貨店・スーパー	53(2.1)
劇 場	51(2.0)
その他の施設	156(6.1)

表3 喫煙対策事業の普及啓発活動の媒体 (複数回答)

N=2,570 (%)	
ポスター	1,585(61.7)
広報誌	1,359(52.9)
パンフレット	1,043(40.6)
講演会	381(14.8)
ビデオ	87(3.4)
スライド	35(1.4)
その他の方法	439(17.1)

61.7%の市町村が使用していた。ついで広報誌52.9%，パンフレット40.6%，講演会14.8%，ビデオ3.4%，スライド1.4%であった。

5. 喫煙対策事業の重要性についての認識

喫煙対策事業の重要性を市町村としてどのように認識しているかを質問した。「重要である」と回答した市町村は60.6%，「ふつう」と回答した市町村は38.0%，「あまり重要でない」が1.4%であった。

回答者が保健師，栄養士，看護師，医師の技術職であるか，または事務職であるかによる認識の違いについては，技術職が記入した市町村のうち「重要である」と回答したのが60.4%，事務職では61.0%であり，有意な差はなかった。

6. 喫煙対策事業に対する重要性についての認識と市町村の人口規模の関連（表4）

「重要である」と回答した市町村の割合は，人口規模が5,000人未満の市町村では50.5%であったが，10,000人未満では53.6%，30,000人未満では62.7%，30,000人以上では73.0%であった。市町村の人口規模が大きいほど「重要である」と回答した市町村の割合が高かった。（p for trend < 0.001）

7. 喫煙対策事業に対する重要性についての認識と事業実施状況の関連（表5）

1) 喫煙対策事業との関連

庁舎内全面禁煙は，喫煙対策事業の重要性に対して「重要である」と回答した市町村ほど実施率は高く，20.7%であったのに対して，「あまり重要でない」と回答した市町村では0.4%の実施であった。重要性の認識が低下するにつれ，実施率も有意に低下する傾向があった（p for trend < 0.001）。禁煙支援プログラムも，庁舎内全面禁煙

と同様に「重要である」と回答した市町村ほど実施しており，重要性の認識が低下するにつれ，実施率は有意に低下した（p for trend < 0.001）。庁舎内禁煙タイムの設定は「あまり重要でない」と回答した市町村の16.7%で実施され，「重要である」の10.9%，「ふつう」の8.7%に比べ高い実施率であった。また，いかなる喫煙対策事業も実施していないと回答した市町村は，「あまり重要でない」と回答した市町村の16.7%であったが，「重要である」，「ふつう」と回答した市町村では5%以下であった（p for trend < 0.001）。一方，庁舎内分煙は，喫煙対策事業が「重要である」，「ふつう」，「あまり重要でない」，のいずれに回答した市町村でも約80%と高い実施率であった。

2) 施設に対する受動喫煙防止の普及啓発の実施との関連

官公庁施設に対して普及啓発を実施している市町村のうち，喫煙対策事業の重要性を「重要である」，「ふつう」と回答した市町村が60~70%を占めていた。一方「あまり重要でない」と回答した市町村では20%以下であった。学校に対しては，「重要である」と回答した市町村では40%が普及啓発を実施していたが，「ふつう」，「あまり重要でない」と回答した市町村ではいずれも約30%と，実施率は低かった。体育館，病院，集会場に対する普及啓発は全体での実施率が10%台と低率であったが，その中でも喫煙対策事業の重要性の認識が高い市町村ほど実施率も高かった。増減傾向性の検定では，劇場以外のすべての施設で有意な差があった。

3) 普及啓発活動の媒体との関連

普及啓発活動の媒体のうちポスターは，重要性の認識に関わらず約60%の市町村が利用してい

表4 喫煙対策事業の重要性についての考えと市町村の人口規模の関係

	重要である N=1,507(%)	ふつう N=945(%)	あまり重要でない N=36(%)	計 N=2,488(%)	p for χ^2 test	p for trend
人口規模						
5,000人未満	252(50.5)	229(45.9)	18(3.6)	499(100.0)	0.000	<0.001
10,000人未満	335(53.6)	280(44.8)	10(1.6)	625(100.0)		
30,000人未満	463(62.7)	269(36.4)	6(0.8)	738(100.0)		
30,000人以上	457(73.0)	167(26.7)	2(0.3)	626(100.0)		

注) 有効回答数2,570のうち，重要性についての考えの設問に無回答であったものを分析対象から除外した。

表5 喫煙対策事業の重要性についての考えと実施事業内容、普及啓発活動の実施施設、および媒体の関係

	重要である N=1,507 (%)	ふつう N=945 (%)	あまり 重要でない N=36 (%)	計 N=2,488 (%)	p for χ^2 test	p for trend
喫煙対策事業						
庁舎内の分煙	1,172(77.8)	764(80.8)	26(78.9)	2,005(78.0)	n.s	n.s
庁舎内の全面禁煙	312(20.7)	140(14.8)	2(0.4)	464(18.1)	0.000	<0.001
禁煙支援プログラム	289(19.2)	69(7.3)	0(0.0)	361(14.0)	0.000	0.034
庁舎内の禁煙タイムの設定	164(10.9)	82(8.7)	6(16.7)	259(10.1)	n.s	n.s
その他の事業	121(8.0)	50(5.3)	0(0.0)	174(6.8)	0.009	0.002
実施していない	44(2.9)	42(4.4)	6(16.7)	92(3.6)	0.000	<0.001
受動喫煙防止のための普及啓発の実施施設						
官公庁施設	1,072(71.1)	599(63.4)	7(19.4)	1,678(67.4)	0.000	<0.001
学 校	623(41.3)	267(28.3)	12(33.3)	902(36.3)	0.000	<0.001
体育館	346(23.0)	141(14.9)	1(2.8)	488(19.6)	0.000	<0.001
病 院	335(22.2)	144(15.2)	1(11.1)	483(19.4)	0.000	<0.001
集会場	209(13.9)	69(7.3)	0(0.0)	278(11.2)	0.000	<0.001
一般事務所	75(5.0)	23(2.4)	1(2.8)	99(4.0)	0.007	0.002
飲食店	559(3.9)	16(1.7)	0(0.0)	75(3.0)	0.004	<0.001
展示場	47(3.1)	10(1.1)	0(0.0)	57(2.3)	0.003	0.001
百貨店・スーパー	43(2.9)	10(1.1)	0(0.0)	53(2.1)	0.008	0.002
劇 場	33(2.2)	16(1.7)	0(0.0)	49(2.0)	n.s	n.s
その他の施設	98(6.5)	52(5.5)	2(5.6)	152(6.1)	n.s	n.s
喫煙対策事業の普及啓発活動の媒体						
ポスター	931(61.8)	603(63.8)	23(63.9)	1,557(62.7)	n.s	n.s
広報誌	869(57.7)	455(48.1)	16(44.4)	1,340(53.9)	0.000	<0.001
パンフレット	671(44.5)	344(36.4)	11(30.6)	1,026(41.2)	0.000	<0.001
講演会	319(21.2)	59(6.2)	0(0.0)	378(15.2)	0.000	<0.001
ビデオ	66(4.4)	20(2.1)	0(0.0)	86(3.5)	0.006	0.001
スライド	32(2.1)	3(0.3)	0(0.0)	35(1.4)	0.001	<0.001
その他の方法	320(21.2)	111(11.7)	2(5.6)	433(17.4)	0.000	<0.001

注1) 有効回答数2,570のうち、重要性についての考えの設問に無回答であったものを分析対象から除外した。

注2) n.s.: not statistically significant

た。しかし、ポスター以外の媒体、広報誌、パンフレット、講演会、ビデオ、スライドの利用は喫煙対策事業の重要性の認識により差があり、「重要である」と回答した市町村ほど実施率が高く、「あまり重要でない」と回答した市町村では実施率は低かった。なかでも講演会、ビデオ、スライドは「あまり重要でない」と回答した市町村では実施しているところはなかった。増減傾向性の検定では、ポスター以外のすべての媒体で有意な差があった。

IV 考 察

本研究は、全国の自治体の喫煙対策に対する重

要性の認識と実施状況を同時に調査し、実施の実態を明らかにするとともに、認識が実際の喫煙対策事業にどのように関連するかを検討した。

調査方法が記名式調査であることから、肯定的な回答が多くなった可能性がある。また、回答として、記入者自身の考えではなく、市町村としての考えを求めたが、記入者が喫煙者であるか否かによって回答に影響を及ぼした可能性がある。

回答のあった市町村の96.4%がなんらかの禁煙・分煙対策事業を実施していた。実施率の高い事業は、「庁舎内の分煙」、「庁舎内の全面禁煙」、「禁煙支援プログラム」、「庁舎内の禁煙タイムの設定」の順であった。

このうち最も実施率の高かった「庁舎内の分煙」は、8割の市町村で実施されていた。1995年に厚生省保健医療局健康増進栄養課が全都道府県、政令指定都市等90ヶ所に対し実施した調査では、庁舎内分煙の実施率は28%であった。5年後の平成12年度地方自治体における喫煙対策の実施状況調査結果²⁾では、45.5%と報告されている。今回の調査では約80%であったことから、分煙実施率がここ数年で確実に上昇しており、特に「健康日本21」発表後3年間の変化が著しいことが明らかとなった。

分煙については、厚生省より1995年に「たばこ行動計画検討会報告書」³⁾が出され、「防煙対策」、「分煙対策」、「禁煙サポート・節煙対策」という総合的な喫煙対策の礎となる3つの方策が提案されているなかで、公共の場、職場における分煙対策について明言されている。また1996年の「公共の場所における分煙のあり方検討会報告書」⁴⁾では、各々の公共の場所とそれに見合った分煙方法等、分煙のあり方について具体的な内容が提示されている。労働省からは、同年、労働者が生活時間の多くを過ごす職場における喫煙対策として「職場における喫煙対策のためのガイドライン」⁵⁾が出され、組織の経営責任者や管理者が労働者の喫煙対策において果たすべき役割や推進計画、推進体制に加え、施設・設備面の対策として喫煙室や喫煙コーナーの設置について述べられている。さらに健康増進法の施行を受けて2003年5月に発表された「新たな職場における喫煙対策のためのガイドライン」⁶⁾は、旧ガイドラインでの喫煙室等の設置から、たばこの煙が漏れない喫煙室の必要が追加され、より受動喫煙防止策が強化されたものに改訂された。さらに2000年に「健康日本21」が発表され、地方計画の策定を求められることになった。

今回の結果のように庁舎内分煙の実施率が増加したのは、国が主導した全国的なキャンペーンに対して、地方自治体が迅速に反応した結果と考えられる。しかしその一方で、他の自治体に後れを取ることを恐れ、横並びの状態の確保に努めた現れである可能性もある。横並びでなく、それぞれの自治体や地域の実態にあった独自性のある対策を考え、講じる必要があろう。

庁舎内の全面禁煙の実施率は20%を下回った。

2000年度の調査²⁾での庁舎内禁煙の実施率5.2%に比べ増加しているが、分煙の実施増加率と比較すると低い。全面禁煙は受動喫煙防止対策として極めて有効である^{7,8)}。また保健医療機関や教育機関、官公庁においてはその社会的使命や施設の性格に照らし、禁煙原則に立脚した対策を確立すべきという提言がなされている⁹⁾。医療機関や公共交通機関を対象とした報告¹⁰⁾では、禁煙分煙対策推進に必要な事項として各機関の8割が「患者・利用者の協力」、「職員の協力」を挙げた。庁舎内においても同様に、一般利用者や勤務する喫煙職員の協力が不可欠であると思われるが、禁煙の実施に至らず分煙にとどまっているのは喫煙者の同意が得られにくい状況があることが想像される。公共性が高く、さらに模範的立場の公的機関である官公庁庁舎内では、率先して禁煙を実施する姿勢が求められる。

禁煙支援プログラムの実施率は14%と低率であった。これまでも地域での禁煙支援活動への組織的な取り組みは、他の保健活動に比較し多いとは言えない状況にある。その理由の一つに、喫煙は個人の嗜好の問題であるため、助言や支援の対象ではないという考えがある¹¹⁾。しかし、平成10年度喫煙と健康問題に関する実態調査¹²⁾において、禁煙・節煙希望者の割合は64.2%と高率であった。また、喫煙支援プログラムをはじめとする住民の禁煙支援は、保健医療専門職が日常活動のなかで可能な喫煙対策であり、防煙対策に比べ即効性があることが報告されている¹³⁾。地域集団を対象とした禁煙指導として、大阪府能勢町で成人に対する禁煙指導が実施され、施行期間の年平均の禁煙率は3.8%と、全国平均に比べ高い効果があった¹⁴⁾。これらのことから、喫煙を単に個人の嗜好の問題として片付けるのではなく、禁煙に向けてのさらなる社会的支援が必要と考える。

市町村の各施設に対する受動喫煙防止のための普及啓発の実施状況について、実施率が高いのは官公庁施設に対するもので、7割の実施であった。学校や体育館といった公的な施設においては、2、3割の実施にとどまっていた。1983年以降の世論調査等より、国民の多くが他人の喫煙に迷惑を感じておりさまざまな場所での禁煙を望んでいること、またそれらを法的規制によって制限すべきとする者の割合が増加しており、公共施設での

禁煙を推進することに合意が得られつつあることが明らかになっている¹⁵⁾。そして、2003年施行の健康増進法では、多数の人が利用する施設においては、施設の管理者は受動喫煙の防止に努めなければならない、という努力義務が規定がされた。この規定は施設の管理者に対するものであるが、市町村行政としても普及啓発活動の実施が望まれるものでもある。学校や体育館は未成年者の教育の場であると同時に、そのほとんどが市町村管轄の施設であることから、普及啓発の実施が2、3割という結果は低い。保健問題に関する地方自治体の取り組みで、保健予防担当と教育担当の連携が十分取れていないところがあると推察される。尾崎らは、2000年度の調査よりわが国の中学生、高校生の喫煙実態はいまだ深刻な現状にあることを明らかにし、喫煙対策の推進が喫煙率の低下に寄与すると述べている¹⁶⁾。未成年者の喫煙対策の推進のためにも、いわゆる縦割り行政の壁を超え、目的を明確にした柔軟な組織と取り組みが必要であろう。

一方、民間での取り組みは、健康増進法施行以後急速に進んでいる。1999年度に調査された公共交通機関の禁煙・分煙の実施状況は、車両の完全喫煙が6割、ホームや待合場所では1～2割程度であった¹⁰⁾が、2003年に入り首都圏の全私鉄がホームも含めた全面禁煙を、また日本道路公団でも高速道路サービスエリア建物内の禁煙を実施させた。このように事業者による自主的な取り組みが先行している一方、本調査より市町村行政から民間への働きかけが少ない状況が明らかになった。

喫煙対策普及啓発活動に用いる媒体では、ポスター、広報紙、パンフレットの使用が多く、4～6割の市町村が使用していた。一方、講演会といった一部の希望者を対象とする媒体を利用した市町村は少なく、10%弱であった。広く一般住民に目を触れ、かつ頻回に接することが可能な媒体を用いることで、住民の喫煙対策の意識向上を図ることを期待したものと思われる。

喫煙対策事業の重要性については、「重要である」と回答した市町村が6割にとどまった。喫煙対策の重要性が指摘されて久しいなかで、自治体の喫煙対策に対する関心が高いとはいえない。その一方、9割の市町村がなんらかの事業を行っていた状況から、喫煙対策の実施が社会規範として

捉えられ、さらに喫煙対策を実施している市町村の周囲の存在も圧力となって行動へ移された結果とも考えられる。本研究でも喫煙対策事業の重要性についての認識と実施している事業内容の関係については、庁舎内の全面禁煙や禁煙支援プログラムは、重要性の認識が高い市町村において実施率が高く、認識の低い市町村では実施率が低い傾向があった。一方、庁舎内分煙は重要性の認識に関わらず、実施率が高かった。さらに禁煙タイムの設定に至っては、重要性の認識が低い市町村での実施率が高かった。分煙のなかでも、時間帯を定めて禁煙とする禁煙タイムの設定は、スペースやコストは不要である反面、禁煙時間が終わると一斉に喫煙がなされ、むしろ空気環境を悪化させる恐れもあり、分煙効果はほとんどないと言われる¹⁷⁾。重要性の認識が低い市町村ではこのような分煙の中でも姑息的な方法を用いることで、その場をしのぐよう対応している可能性もあると思われる。

禁煙支援プログラムは、喫煙対策の中で有効性の高い事業である一方、実施に至る以前に禁煙支援指導者の育成など入念な準備、実際の指導の実施、さらにフォローアップも必要となる事業である¹⁸⁾ため、容易に実施することができない事業でもある。そのために喫煙対策が重要と認識できているからこそ、庁舎内分煙にとどまることなく、もう一步踏み込んで実施へつなげることができていると考えられる。

WHOは1970年以来、たばこの害に関する健康教育、非喫煙者の保護、葉たばこから他の作物への転換等、保健分野のみならず、社会・経済・農業等の幅広い分野を巻き込んだ総合的なたばこ対策を推進することの必要性をWHO総会において決議している^{19,20)}。また、たばこ広告や自動販売機設置への規制、課税の実施などに法的拘束力を持たせる「たばこ規制枠組み条約」が2003年に採択された²¹⁾。また、わが国では2000年に「健康日本21」が開始され、それを中核として国民の健康づくり・疾病予防をさらに積極的に推進するための健康増進法が2003年から施行されているが、本調査より、何の喫煙対策もされていない自治体があることが明らかになった。

喫煙対策に関して、「たばこ使用の増加傾向を逆転できる能力と権威をもつのは公の活動だけで

ある。同時にこの活動は個人、グループ、非政府組織（NGO）や国際機関によって推進され、支援されねばならない。」とのWHOの勧告もある²²⁾。我が国においては、自治体として最初に喫煙対策に取り組んだのは三鷹市とされ、1965年に庁舎内分煙が実施されている。また、東京都は、分煙化が世界的な潮流であること、都民の関心の高さ、交通機関等における自主的取り組みを踏まえて、1990年に庁舎内分煙が実施され、さらに1996年の「都立施設分煙計画」、翌年の「東京都分煙化ガイドライン検討会報告書」により、分煙化推進における都、区市町村、民間企業等の基本的な役割を明らかにするなど早期から分煙の取り組みがされている²³⁾。同様の取り組みは、すでに先進各国において多面的に行なわれている^{24,25)}。

自治体の喫煙対策の実施において、その重要性の認識が影響を及ぼしている可能性がある。今回の横断的調査から、喫煙対策のうえで認識を高めるような方策を講じていく必要があることが示唆された。

V 結 語

全国の市町村における喫煙対策事業の実施状況と喫煙対策事業に対する重要性の認識を調査した。実施されている事業内容では庁舎内分煙がもっとも実施率が高いが、それに比べ庁舎内禁煙や禁煙支援プログラムの実施率は低かった。また、庁舎内分煙は喫煙対策事業に対する重要性の認識の高低によらず実施率は高いものの、禁煙支援プログラムや庁舎内の全面禁煙は重要性の認識が高い市町村において実施率が高く、認識の低い市町村では実施率が低い傾向があった。自治体の喫煙対策を促進するには、喫煙対策の重要性の認識を高めるような方策を講じていく必要があると考えられる。

本研究は、平成15年度厚生労働省科学研究費補助金による「健康日本21の到達目標達成度の評価手法に関する実践的応用研究（主任研究者：柳川洋）」の一環として、実施したものである。

（受付 2004. 2. 4）
（採用 2004. 6. 25）

文 献

1) Bland M. An Introduction to Medical Statistics third

- edition. NY: Oxford University Press, 2000; 243-245.
- 2) 厚生労働省. 平成12年度地方自治体における喫煙対策の実施状況調査結果概要.
 - 3) 厚生省. たばこ行動計画検討会報告書, 平成7年3月.
 - 4) 厚生省. 公共の場所における分煙のあり方検討会報告書, 平成8年3月.
 - 5) 労働省. 職場における喫煙対策のためのガイドライン, 平成8年2月.
 - 6) 厚生労働省. 新たな職場における喫煙対策のためのガイドライン, 平成15年5月.
 - 7) 厚生労働省健康局長. 受動喫煙防止対策について健康第040003号平成15年4月.
 - 8) 厚生労働省. 分煙効果判定基準策定検討会報告書, 平成14年6月.
 - 9) 箕輪眞澄. 喫煙対策における保健所活動の重要性. 日本公衛誌 1994; 41: 289-293.
 - 10) 厚生労働省. 平成11年度喫煙と健康問題に関する実態調査, 平成13年3月.
 - 11) 三徳和子. たばこ問題への取り組み. 公衆衛生 2002; 8: 619-624.
 - 12) 厚生省. 平成10年度喫煙と健康問題に関する実態調査, 平成11年11月.
 - 13) 中村正和. 禁煙支援. 臨床成人病 2001; 31: 585-592.
 - 14) 大島 明, 増居志津子, 中村正和. 地域ぐるみの喫煙対策の実施に向けて. 臨床科学 1998; 34: 217-224.
 - 15) 喫煙と健康問題に関する検討会. 新版喫煙と健康喫煙と健康問題に関する検討会報告書. 東京: 保健同人社, 2002; 27-33.
 - 16) 尾崎米厚, 鈴木健二, 和田 清, 他. わが国の中高生の喫煙行動に関する全国調査—2000年度調査報告—. 厚生指 2004; 51: 23-30.
 - 17) 産業医科大学産業生態科学研究所. 喫煙の科学—職場の分煙テキストブック. 東京: 労働調査会, 2000; 71-86.
 - 18) 増居志津子, 中村正和, 大島 明. 禁煙指導の実際. 臨床科学 1998; 34: 207-216.
 - 19) 厚生統計協会編. 国民衛生の動向2002年. 東京: 厚生統計協会, 2002; 82-84.
 - 20) Jacobs R. Economic Policies, Taxation and Fiscal Measures. Samet JM, Soon-Young Yoon (Eds), Women and the Tobacco Epidemic Challenges for the 21st Century. Canada: World Health Organization, 2001; 177-200.
 - 21) 臼田 寛, 紺野圭太, 河野公一, 他. 「たばこ規制枠組み条約」を中心としたWHOのたばこ政策. 日本公衛誌 2002; 49: 236-245.
 - 22) クレール・ショラー・トラケー. 喫煙対策の評価. 東京: 財団法人結核予防会, 1998; 3-12.

- 23) 東京都市長会. にぎわう街の環境づくり～迷惑喫煙対策について～. 平成15年10月.
- 24) Laugesen M, Scollo M, Shiffman S, et al. World's best practice in tobacco control. *Tobacco Control*. 2000; 9: 228-236.
- 25) Skeer M, George S, Hamilton WL, et al. Town-Level Characteristics and Smoking Policy Adoption in Massachusetts: Are Local Restaurant Smoking Regulations Fostering Disparities in Health Protection?. *Am J Public Health* 2004; 94: 286-292.

A NATIONWIDE SURVEY OF MUNICIPALITIES' POLICY FOR SMOKING CONTROL AND ITS IMPLEMENTATION IN RELATION TO ITS PRIORITY GRADING BY PUBLIC HEALTH OFFICERS

Hiromi SHINMURA*, Kazunori KAYABA*, Naoko KUNISAWA*,
Chihiro WAKABAYASHI*, and Hiroshi YANAGAWA*

Key words : smoking control, Healthy Japan 21, Health Promotion Act, local municipalities, public health administration, attitude to smoking control

Purpose The purpose of this study was to investigate the present situation regarding implementation of smoking control programs and to clarify relations with public health officers' attitudes toward smoking control measures.

Methods A questionnaire form was mailed to the 3,207 local municipalities throughout Japan. The items included in the form were the contents of the smoking control programs, educational activities for passive smoking prevention, interaction with the media to spread education and awareness, and public health officers' attitudes toward smoking control measures.

Results Of 3,207 municipalities, 2,570 (80.1%) responded. Over 95% of local municipalities were undertaking smoking control programs. Among the programs carried out in practice, dividing areas into smoking and non-smoking sections in local government office buildings had the highest proportion of support (80%). On the other hand, complete prohibition of smoking in local government office buildings and non-smoking support programs were conducted by less than 20%.

The dissemination of education activities were executed in 60 percent of government office buildings, and 36% of schools, but only 20% of athletic gyms, hospitals, and other facilities.

Sixty percent of public health officers recognized the importance of smoking control programs. A non-smoking support program and complete prohibition of smoking in government office buildings were more likely to be executed in for local municipalities with a higher priority for smoking control programs. No significant association was found between attitudes regarding program importance and the division of areas into smoking and non-smoking sections in government office buildings.

Conclusions Our results suggest that promotion of smoking control measures in local municipalities may be dependent on the public health officers' attitude toward the issues. High priority should be given to assisting public health officials and other key personnel in recognizing the importance of implementing smoking control measures for attaining better health.

* Saitama Prefectural University, School of Health and Social Services