

「健康日本21」地方計画における喫煙対策の現状

—全国市町村現状調査より—

シンムラ ヒロミ ワカバヤシ クニサワ ナオコ カヤバ カズノリ
 新村 洋未* 若林 チヒロ* 國澤 尚子* 萱場 一則*
 ミウラ ヨシヒコ オジマ トシユキ ヤナガワ ヒロシ
 三浦 宜彦* 尾島 俊之^{2*} 柳川 洋^{3*}

目的 喫煙対策は健康維持増進を図る上で重要な項目での一つである。この研究の目的は健康日本21発表後10年間で目標達成を目指し地方計画を策定している全国の市町村の喫煙対策の目標設定状況と事業の実施状況を明らかにし、今後の市町村の喫煙対策事業実施の基礎資料を提供することである。

方法 2003年の全国調査において地方計画策定済みまたは策定予定と回答した1,446市町村のうち、2005年6月20日までに合併終了または合併予定の市町村を除いた953箇所に対し、郵送による質問紙調査を実施した。

結果 回答が得られた793市町村（回答率83.2%）のうち、地方計画を策定済みの638市町村を分析対象とした。

実施事業の内容では、市町村施設の分煙化がもっとも実施率が高く（74.8%）、ついで禁煙支援プログラム（35.0%）、市町村施設の全面禁煙（32.4%）であった。路上喫煙禁止またはタバコのポイ捨て禁止条例の制定（7.5%）、禁煙・分煙を行っている飲食店名の公表、市町村施設の禁煙タイムは5%以下であった。

また未成年者の喫煙対策は、学校における教育が70%の市町村で実施されているものの、たばこ販売時の年齢確認、自動販売機の削減・撤廃は5%以下、たばこ広告の制限は実施されている市町村はなかった。

人口規模の小さい市町村ほど目標設定や禁煙支援プログラムなどの事業や学校内全面禁煙の実施が低かった。

結論 「健康日本21」発表以後、市町村における喫煙対策事業は、庁舎内全面禁煙の増加や禁煙支援プログラム等、取り組みが進んでいるが、まだ事業拡大の余地はある。また未成年の喫煙対策は十分でないことが明らかとなった。これらの多くの喫煙対策事業は、人口規模の小さい市町村ほど実施率が低いことから、重点的に支援する体制の必要が示唆された。

Key words : 喫煙対策, 地方自治体, 公衆衛生行政, 健康日本21

I 緒 言

国民の健康維持増進を図る上で喫煙対策は重要な柱である。喫煙は喫煙者個人のみならず受動喫煙による他者への影響も大きいことから、国として自治体として喫煙に関連した健康づくりに寄与する環境設定が不可欠である。禁煙は長期的な視野からみても生活習慣病予防と医療費の削減の効果は明白であ

る。1999年の「健康日本21」¹⁾の発表をうけ、全国の市町村には独自の「健康日本21」地方計画の策定と事業展開、評価が求められている。今回「健康日本21」地方計画を策定している全国の市町村の喫煙対策の目標設定状況と事業の実施状況を明らかにし、今後の喫煙対策事業実施の基礎資料とすることを目的とする。

II 研究方法

1. 調査対象・方法

調査対象は、著者らが2003年に全国全市町村を対象に実施した「健康づくりに関する現状調査」において「健康日本21」地方計画策定済みまたは策定予

* 埼玉県立大学保健医療福祉学部

^{2*} 浜松医科大学健康社会医学講座

^{3*} 元埼玉県立大学

連絡先：〒343-8540 埼玉県越谷市三野宮820

埼玉県立大学保健医療福祉学部 新村洋未

定と回答した1,446市町村のうち、2005年6月20日までに市町村合併の終了または予定の市町村を除いた953市町村を調査対象とし、郵送による質問紙調査を実施した。調査票は2005年7月に市町村の健康づくり担当課宛に発送し、記名回答として調査票を回収した。回収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った。

2. 調査項目

調査項目は、10分野の健康づくり事業における地方計画策定の目標値設定の有無、喫煙に関する項目「成人の喫煙率」、「未成年者の喫煙率」、「分煙の効果に関する知識の普及」、「禁煙支援プログラム」についての目標値設定の有無、喫煙対策事業の実施の有無、未成年者の喫煙対策事業の実施の有無とした。

3. 分析方法

各項目間の関連については χ^2 検定を行った。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2005年3月31日現在の住民基本台帳人口を用い、3万未満、3万以上、10万未満、10万以上の3区分に分類した。統計処理にはSPSS for Windows ver.15.0Jを用いた。

4. 倫理的配慮

調査対象となった市町村には本研究の趣旨、収集データは発表や論文に使用されるが市町村名が特定されないことを書面にて説明した。また質問等に適宜対応できるように調査責任者の連絡先を明記した。

III 研究結果

調査対象953市町村のうち、793市町村から回答が得られた(回答率83.2%)。これらの市町村のうち、地方計画策定済みの638市町村を分析対象とした。この638市町村の人口規模別の内訳は、3万未満305市町村(47.8%)、3万以上10万未満171市町村(26.8%)、10万以上162市町村(25.4%)であった。2005年6月20日現在の市町村数、調査対象数、分析対象数の都道府県別分布を表1に示す。全市町村のうち調査対象の占める割合は、6.4%から80.9%、分析対象の占める割合は、4.3%から66.0%の開きがみられた。

1. 喫煙対策事業の実施および目標値の設定状況

「健康日本21」で取り上げた分野9項目に骨粗鬆症を加えた10項目について観察した。市町村事業として取り上げられている割合は、栄養・食生活が最も高く、身体活動・運動、歯の健康、糖尿病、たばこ、休養・こころの健康づくり、循環器病、骨粗鬆症、がん、アルコールの順になっていた。

たばこは10項目中5番目に相当し、70.4%の市町村が事業を実施していた。また人口規模別では、3

表1 調査対象・分析対象市町村の都道府県別分布

	市町村数	調査対象 (対市町村%)	分析対象 (対市町村%)
1 北海道	207	65(31.4)	44(21.3)
2 青森県	47	38(80.9)	31(66.0)
3 岩手県	56	41(73.2)	32(57.1)
4 宮城県	45	27(60.0)	18(40.0)
5 秋田県	40	12(30.0)	8(20.0)
6 山形県	44	27(61.4)	23(52.3)
7 福島県	83	36(43.4)	24(28.9)
8 茨城県	62	22(35.5)	12(19.4)
9 栃木県	44	13(29.5)	6(13.6)
10 群馬県	56	34(60.7)	22(39.3)
11 埼玉県	85	43(50.6)	24(28.2)
12 千葉県	77	21(27.3)	13(16.9)
13 東京都	62	38(61.3)	28(45.2)
14 神奈川県	37	16(43.2)	12(32.4)
15 新潟県	45	20(44.4)	12(26.7)
16 富山県	21	11(52.4)	5(23.8)
17 石川県	22	6(27.3)	5(22.7)
18 福井県	28	11(39.3)	8(28.6)
19 山梨県	38	10(26.3)	8(21.1)
20 長野県	102	47(46.1)	27(26.5)
21 岐阜県	46	18(39.1)	11(23.9)
22 静岡県	56	28(50.0)	15(26.8)
23 愛知県	74	56(75.7)	47(63.5)
24 三重県	47	4(8.5)	2(4.3)
25 滋賀県	33	9(27.3)	7(21.2)
26 京都府	38	7(18.4)	2(5.3)
27 大阪府	43	27(62.8)	23(53.5)
28 兵庫県	60	28(46.7)	25(41.7)
29 奈良県	44	22(50.0)	10(22.7)
30 和歌山県	41	11(26.8)	7(17.1)
31 鳥取県	20	9(45.0)	7(35.0)
32 島根県	29	6(20.7)	5(17.2)
33 岡山県	34	17(50.0)	12(35.3)
34 広島県	28	6(21.4)	3(10.7)
35 山口県	33	11(33.3)	8(24.2)
36 徳島県	35	5(14.3)	3(8.6)
37 香川県	35	8(22.9)	4(11.4)
38 愛媛県	23	6(26.1)	5(21.7)
39 高知県	47	3(6.4)	3(6.4)
40 福岡県	85	25(29.4)	14(16.5)
41 佐賀県	35	14(40.0)	9(25.7)
42 長崎県	45	6(13.3)	4(8.9)
43 熊本県	68	19(27.9)	11(16.2)
44 大分県	25	12(48.0)	8(32.0)
45 宮崎県	44	24(54.5)	15(34.1)
46 鹿児島県	75	11(14.7)	4(5.3)
47 沖縄県	49	23(46.9)	12(24.5)
計	2,370	953(40.2)	638(26.9)

万未満61.6%，3万以上10万未満70.6%，10万以上86.3%と人口規模の大きい市町村ほど有意に実施率が高かった ($P<0.001$)。(図1)

健康日本21の喫煙対策に関し目標が設定されている割合が最も高い項目は、喫煙の健康影響に関する知識の普及であったが、実施している市町村は50.3%と、半数の市町村は設定していなかった(図2)。以下、設定率の高い項目順に、成人の喫煙率(47.8%)、未成年者の喫煙率(47.6%)、分煙の効果に関する知識の普及(26.0%)、禁煙支援プログラムの提供(20.8%)であった。分煙の効果に関する知識の普及、禁煙支援プログラムの提供は7割以上の市町村で目標設定がされていなかった。人口規模別にみると、喫煙の健康影響に関する知識の普及、未成年者の喫煙率については人口の多い市町村で設定率が高かった(それぞれ $P<0.05$, $P<0.001$)(図2)。

る知識の普及、禁煙支援プログラムの提供は7割以上の市町村で目標設定がされていなかった。人口規模別にみると、喫煙の健康影響に関する知識の普及、未成年者の喫煙率については人口の多い市町村で設定率が高かった(それぞれ $P<0.05$, $P<0.001$)(図2)。

2. 喫煙対策事業の実施状況

喫煙対策の内容では、最も多く実施されていたのが市町村施設の分煙で、74.8%であった。ついで実施率の高い事業は、禁煙支援プログラム35.0%、市町村施設の全面禁煙32.4%、医療機関によるプログ

図1 10項目の取り上げ状況および人口規模別たばこの取り上げ状況

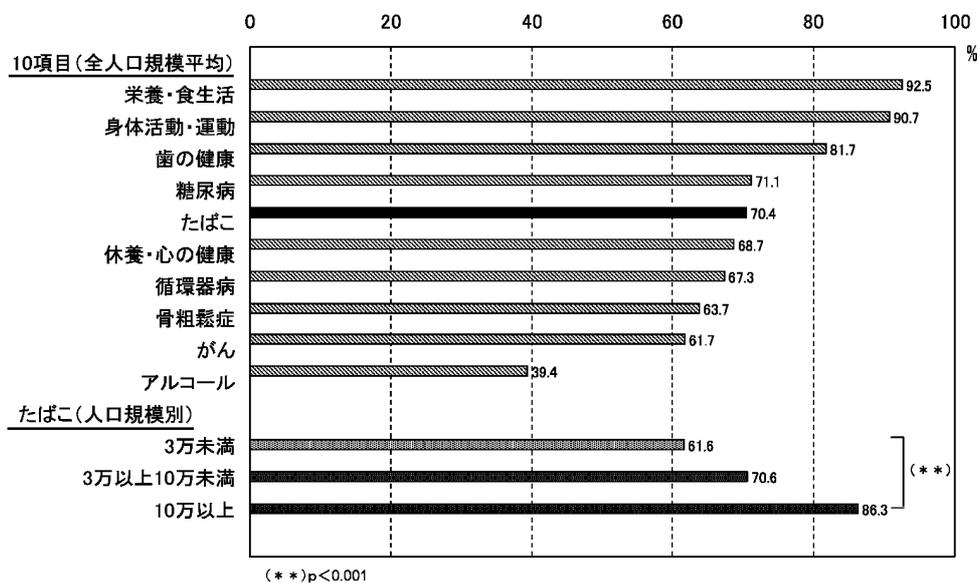
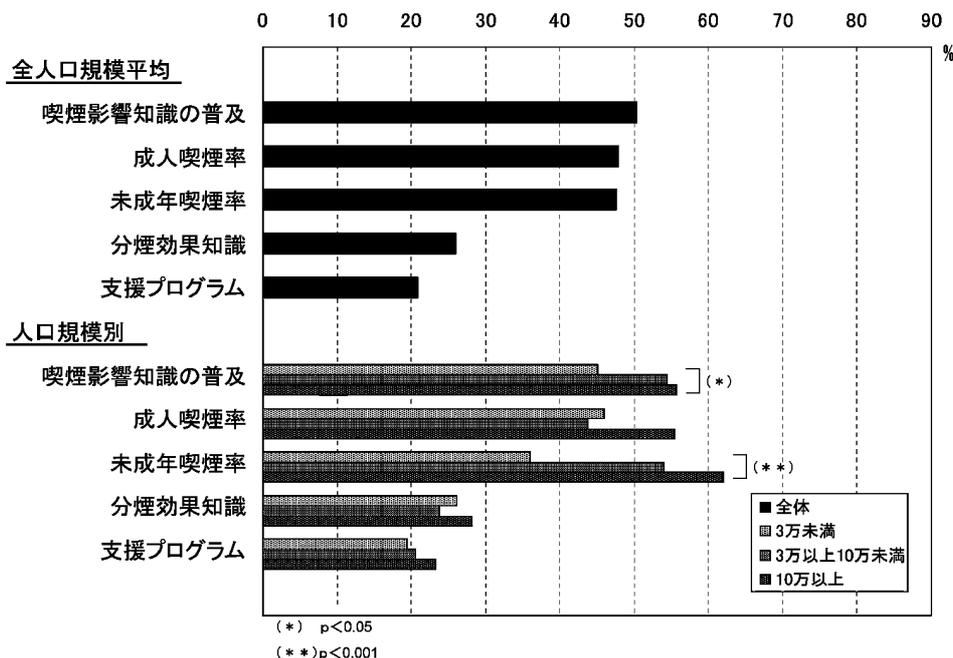


図2 目標値の設定状況



ラム12.4%であった。路上喫煙の禁止またはタバコのポイ捨て禁止条例の制定は7.5%，禁煙・分煙を行っている飲食店名の公表は5%以下とわずかであった（図3）。人口規模別にみると，禁煙支援プログラム（ $P<0.001$ ），市町村施設の全面禁煙（ $P<0.001$ ），医療機関によるプログラム（ $P<0.001$ ），路上喫煙の禁止またはタバコのポイ捨て禁止条例の制定（ $P<0.001$ ），禁煙・分煙を行っている飲食店名の公表（ $P<0.001$ ）は規模の小さい市町村での実施率が低かった（図3）。

3. 未成年者に対する喫煙対策事業

未成年者に対する喫煙対策では，学校における教育が69.4%の市町村で実施されていたが，たばこ対面販売時の年齢確認は4.1%，自動販売機の削減・撤廃は2.0%とほとんどの市町村で行われておらず，たばこ広告の制限を実施している市町村はなかった（図4）。

また小学校・中学校の敷地内の全面禁煙について，すべての小学校で実施している市町村は48.9%，すべての中学校で実施している市町村は50.5%と半数にとどまった（図5）。まったく実施

図3 喫煙対策事業の実施状況

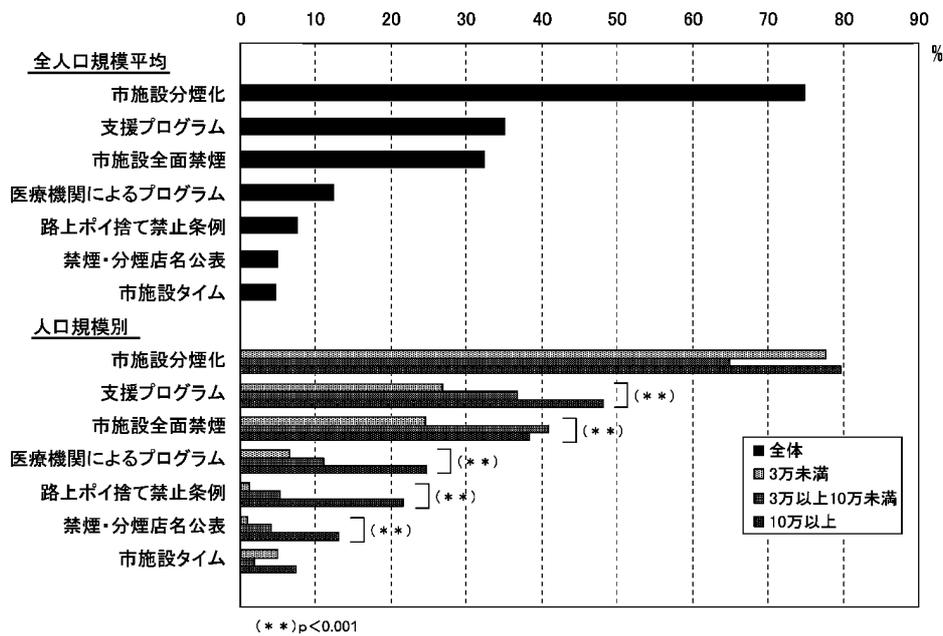


図4 未成年者の喫煙対策事業の実施状況

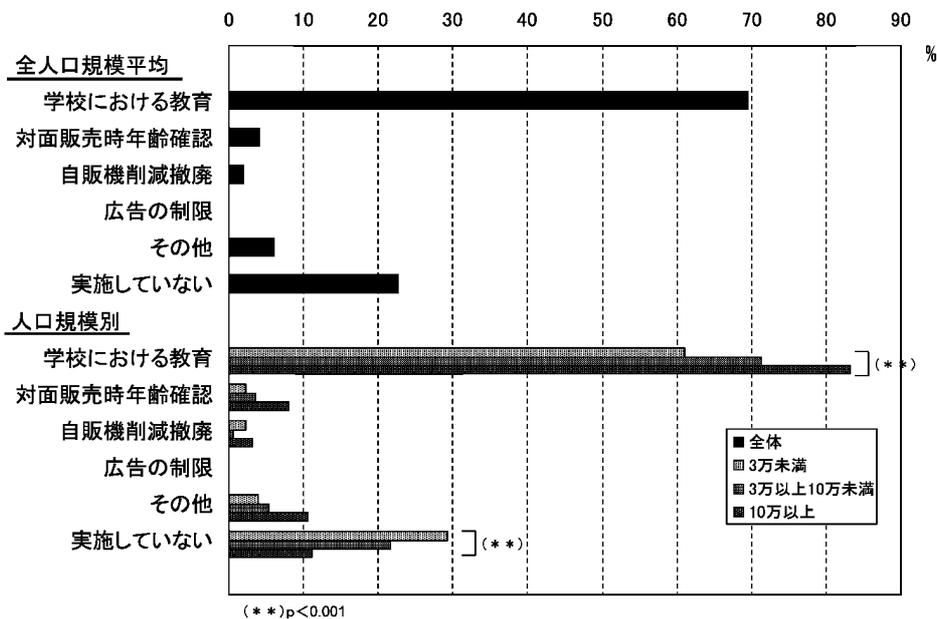
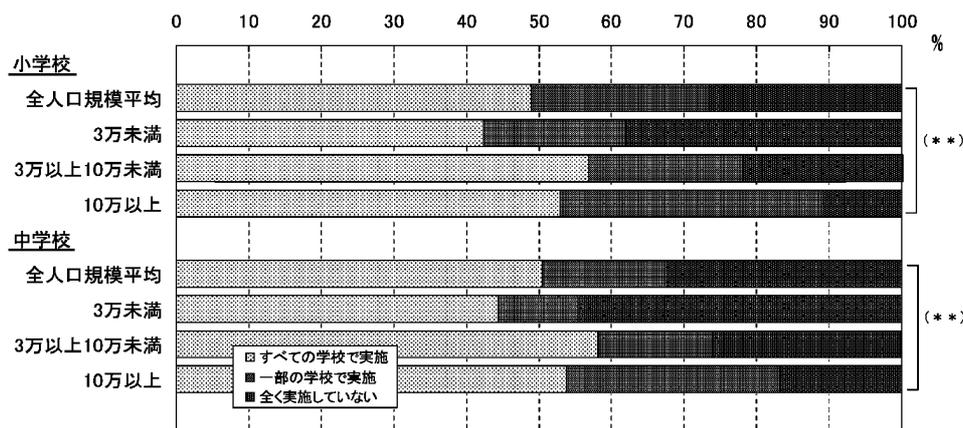


図5 小学校・中学校における敷地内全面禁煙の実施状況

(**) $p < 0.001$

していない市町村は小学校で26.6%，中学校で32.4%であった。これを人口規模別にみると，3万未満の市町村が最も多く小学校で38.0%，中学校44.7%，ついで3万以上10万未満の市町村では小学校21.9%，中学校25.9%，10万以上の市町村では小学校10.8%，中学校16.7%であった（小学校 $P < 0.001$ ，中学校 $P < 0.001$ ）。

IV 考 察

1. 目標設定状況

健康日本21では栄養・食生活，身体活動・運動，がんなど，健康に関してアプローチすべき領域を9つ取り上げている。本調査においてこれら健康日本21の地方計画を策定済みの638市町村を対象として分析した。本調査の対象選定にあたっては2003年度に実施した我々の調査において地方計画策定済み，または策定予定と回答した市町村としたが，都道府県別に策定済み・予定の割合に著しい開きがあった。これは都道府県の健康日本21に対する姿勢の違いを反映しているのかもしれない。

そのうちたばこ・喫煙をその自治体の取り組むべき問題として取り上げて事業を展開している市町村は7割であった。一方，喫煙に関する目標設定している市町村が一番多い項目（喫煙の影響に関する知識の普及）でさえ，50%の設定率ととどまっていた。健康日本21では2010年または計画策定から10年後を目処に健康水準を向上させることを目的に客観的な数値で示した目標値達成を目指している²⁾。市町村の目標値の設定に関しては，健康日本21の中で具体的な数値目標提示の有無が大きく影響するものと考えられるが，たばこについては健康日本21の中で成人喫煙率の半減といった具体的な数値目標が採択されなかった。この消極的ともいえる目標設定が

市町村の設定率の低さに結びついたと推察される。しかし，健康日本21の策定後，WHOのたばこ規制に関する枠組み条約の批准，健康増進法の制定により，市町村がたばこ対策を進める上での環境整備がされてきたことから，市町村の積極的な行動が期待される。また，栄養・食生活，身体活動・運動について事業の取り組みがなされているものの具体的な数値目標を設定している市町村は少ないという報告がある³⁾。本調査より喫煙についても目標の設定はしていないものの，事業として取り組んでいる状況がうかがえた。また人口規模の小さい市町村ほど目標値設定率が低かった。これら規模の小さい市町村には市町村合併計画の協議が進む中，保健医療分野においてもその調整に重きがおかれている背景があるほか，目標設定や評価に既存の統計資料を活用する場合であっても喫煙に関する資料となる国民健康・栄養調査が市町村レベルで利用できるような設定になっていない⁴⁾，独自の調査を実施するには人的，費用的体制が整備されにくいこと⁵⁾，などが要因として推測される。

2. 喫煙対策事業実施状況

喫煙対策事業については，我々は2003年に実施した全国市町村の喫煙対策の実施に関する調査において，実施している喫煙対策事業は庁舎内分煙78%，庁舎内禁煙18%，禁煙支援プログラム14%と報告した⁶⁾。それから3年後の本調査においては庁舎内分煙74%，庁舎内禁煙32%，禁煙支援プログラム35%と，庁舎内禁煙，禁煙支援プログラムの実施率が大幅に増加していた。とはいえ2003年の健康増進法の施行，それに伴い作成された「職場における喫煙対策のためのガイドライン」の公表，さらにはたばこ規制に関する世界保健機関枠組み条約の効力が発生し，一般市民の喫煙対策に関する認識が高まる中

で、喫煙対策の模範となるべき市町村において庁舎内禁煙の実施率が3割というのは低い。

また禁煙支援サポートの実施も増加はしているものの3割強の実施で、特に規模の小さな市町村での実施が少ない。禁煙支援プログラムは防煙対策に比べ即効性がありその有効性が確認されている。その一方、禁煙支援サポートには専門の理論と技術を持ち合わせた指導者が必要である⁷⁾。担当指導者の育成などの人的資源に加え、実際の対象への指導、事後のフォローアップと時間的・経済的資源も不可欠である。規模の小さい市町村では特に人的資源の確保が困難なことが予測されることから、広域的な取り組みや医療機関との協力を進めていく必要がある。

喫煙対策は、禁煙教育・禁煙支援プログラム、講演などの能動的な対策、庁舎内分煙・禁煙、たばこ自販機の規制など規制的な対策、禁煙・分煙に関するパンフレットとポスターの配布・掲示などは非能動的な対策に分類される⁷⁾。本調査において、人口規模の10万以上の地域ではこれら喫煙対策を幅広く実施している傾向があるのに対し、人口規模の小さな3万未満の市町村では能動的な対策の実施率が低く、庁舎内分煙化の実施はされているものの、全面禁煙を実施する割合も少なかった。人口規模の小さい市町村では限られた人的資源、経済的資源で多岐にわたる事業の運営が困難であることが多い。質の高い喫煙に関する健康サポートを人口規模の大小にかかわらず住民が受けるためには、人口規模の小さい市町村への重点的な支援が必要と考えられる。保健所が主唱し、保健所管内単位、または二次医療圏単位など複数の市町村で、関係団体の協力を得て支援体制を整えていくことも一つの方法として考えられる。

3. 未成年者に対する喫煙対策事業

未成年者に対して取り組むべき喫煙対策の課題としては、未成年者がたばこを入手しにくい、そして喫煙しにくい環境を作ることが重要である。たばこの価格が上昇することによって未成年のたばこの購入は低下するが、市町村として迅速に対応できる課題ではない。未成年者の購入手段となる自販機の撤廃、そして店頭販売における年齢確認は未成年者にたばこを購入、入手できない環境を作ることになる。これは自治体が主導権を持つてできる課題と考えられる。しかし本調査結果では、これら自販機の撤廃、店頭販売における年齢確認はほとんど実施されていなかった。さらには、小学校・中学校敷地内全面禁煙が全く実施されていないという市町村も規模の小さな市町村を中心に3割を超えた。2003年度の調査では全く実施されていない市町村が6割

あった⁸⁾ことから環境整備は進みつつあるといえるものの、児童・生徒の模範となるべき教職員が敷地内で喫煙することは、未成年者の喫煙を非とする意識を低下させることにつながる。自販機の撤廃、年齢確認は、販売者の利害に直結し推進が困難なのも事実である。しかし未成年者の喫煙対策が成人の喫煙率低下につながり、さらには医療費全体の削減につながることを認識したうえで、市町村の賢明な対応が望まれる。少なくとも学校敷地内全面禁煙の徹底は教育委員会らと連携し、早急な改善が必要であろう。

V 結 語

「健康日本21」発表以後、市町村における喫煙対策事業は、庁舎内全面禁煙の増加や禁煙支援プログラム等、取り組みが進んでいる一方、より効果の高い事業の拡充の余地があることが明らかとなった。また未成年の喫煙対策、なかでもたばこを入手させない環境づくりはほとんど実施されていない。これらの多くの喫煙対策事業は、人口規模の小さい市町村ほど実施率が低いことから、重点的に支援する体制の必要が示唆された。

本調査にご協力をいただいた市町村健康づくり担当課の皆様へ感謝申し上げます。また本調査の実施、データ処理にあたり多大なご協力をいただいた埼玉県立大学事務局の川島美知子女史に心から感謝申し上げます。

本研究は平成17年度文部科学省研究費補助金による「健康日本21」の目標達成度を測定するための疫学指標の開発と評価（研究代表者：柳川洋）」の一環として実施したものである。

(受付 2007.10.17)
採用 2008. 1.16)

文 献

- 1) 健康日本21企画検討会・健康日本21計画策定検討会報告書。健康日本21（21世紀における国民健康づくり運動について）。東京：財団法人健康・体力づくり事業財団，2000。
- 2) 柳川 洋。「健康日本21」計画の策定。最新医学2002；57(6月増刊号)：1286-1298。
- 3) 國澤尚子，川島美知子，若林チヒロ，他。「健康日本21」の目標値設定に関する現状把握。保健師ジャーナル2006；62(2)：140-145。
- 4) 若林チヒロ，新村洋未，國澤尚子，他。「健康日本21」地方計画における事業実施と評価。日本公衛誌2007；54(6)：378-386。
- 5) 山口 恵，萱場一則，尾島俊之，他。全国の市区町村における健康日本21による歯の健康に関する項目の現状把握と目標達成に関する調査結果。日本公衛誌2007；54(2)：107-114。

- 6) 新村洋未, 萱場一則, 國澤尚子, 他. 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. 日本公衛誌 2004; 51(9): 814-821.
- 7) 谷畑健生, 尾崎米厚, 青山 旬, 他. 全国市町村におけるたばこ対策実施状況. 厚生の指標 2004; 51(10): 27-33.
- 8) Kayaba K, Wakabayashi C, Kunisawa N, et al. Implementation of a smoke-free policy on school premises and tobacco control as a priority among municipal health promotion activities: Nationwide survey in Japan. Am J Public Health 2005; 95(3): 420-422.

A nationwide survey for implementation of Health Japan 21 anti-smoking countermeasures in municipalities throughout Japan

Hiromi SHINMURA*, Chihiro WAKABAYASHI*, Naoko KUNISAWA*, Kazunori KAYABA*,
Yoshihiko MIURA*, Toshiyuki OJIMA^{2*} and Hiroshi YANAGAWA^{3*}

Key words : anti-smoking countermeasures, municipalities, public health administration, Health Japan 21

Purpose Smoking cessation is one of the most important items for improvement of health in Japan. The Japanese government started a new campaign called the “Health Japan 21” to promote better health of Japanese citizens in the 21st century. The purpose of the present study was to observe the situation of the municipalities throughout Japan regarding implementation of anti-smoking countermeasures and setting of the level of target values to be achieved over the next ten years.

Methods Mail questionnaire forms were sent to 953 municipalities which had formulated specific local plans for the promotion of health. Of this total, 793 (83.2%) responded to the inquiry.

Results The most commonly implemented countermeasure against smoking was restricting smoking only to limited areas in municipality offices (75%), followed by providing support for stopping smoking (35%), and providing a complete smoke free environment in municipality offices (32.4%). Proportions of local governments putting a ban on smoking on public roads (7.5%), giving publicity to restaurants with smoking restrictions (<5%) and setting no smoking times in the municipality offices (<5%) were low.

Some 70% of municipalities provided anti-smoking education for school children. Very few local governments took measures such as identifying age at purchasing tobacco, removing vending machines and restricting tobacco advertisement.

Conclusion Most municipalities have made much of anti-smoking activities. However, measures for school children were not satisfactorily implemented. The execution rates for anti-smoking activities are low in small-scale municipalities and therefore it is necessary to provide particular support in these cases.

* Saitama Prefectural University, School of Health and Social Services

^{2*} Hamamatsu University School of Medicine Department of Community Health and Preventive Medicine