

続編 女性とたばこ

— 未成年の喫煙の現状 —



新潟臨港病院 内科

風 間 咲 美

新潟大学医歯学総合病院 血液浄化療法部

風 間 順 一 郎

はじめに

未成年の喫煙は低下傾向にあるようであるが、その一方で喫煙開始年齢の低年齢化^{1), 2), 3)}が指摘されている。未成年の喫煙は、成人と比較して短期間で常習喫煙、ニコチン依存に至りやすい^{2), 4)}、喫煙が長期間にわたることによる健康障害⁴⁾の出現、犯罪や非行に巻き込まれやすい⁴⁾という指摘がある。さらに子どもを持つ母親の世代での喫煙率の増加が、子どもにとって喫煙が身近な事柄となり⁵⁾、子どもが喫煙を開始する要因となることも指摘されている。この問題に関しては拙著⁶⁾にて言及したが、その続編として、子どもの喫煙防止対策の重要性およびその方策につき考察した。

喫煙をやめることは大変である。禁煙支援も大切であるが、青少年の喫煙の防止⁷⁾、最初の一本に火をつけさせない⁸⁾ことが喫煙者を減らすためには有意義かつ有効である。未成年者の喫煙の現状および問題点を文献にて検討するとともに、その対策を医師の立場から未成年の喫煙の特異な点を踏まえながら考えていきたい。

1. 最近の未成年の喫煙経験率の動向

内閣府の、中学生以上の未成年者を対象に2009年1月に実施したインターネットを活用したアンケート調査⁹⁾（以下「内閣府調査」）では、有効回答数2,000のうち「喫煙経験あり」は9.9%で、このうち中学生では男女とも2%程度、高校では男子が12.7%、女子が5.8%であった。経時的には2008年施行の全国の中学生、高校生を対象とした調査¹⁰⁾においては喫煙経験のある中学男子は12.3%、同女子9.5%、高校生男子24.9%、同女子

15.8%であり、1996年、2000年、2004年の経時的観察では喫煙率は減少傾向にあると考えられた。他に、長野県内の調査¹¹⁾（以下「長野県調査」）や福井県内の調査¹²⁾でも未成年の喫煙経験率は低下を認めた。

喫煙経験率低下の理由として、社会全体での受動喫煙防止の気運の高まり¹²⁾、公共の場、特に学校での禁煙・分煙がすすんだこと^{7), 12)}、職場や学校等、地域の中で喫煙に関しての健康教育による知識の普及¹²⁾、親や友人の喫煙割合の低下¹²⁾、禁煙対策の効果が挙げられる。

禁煙対策の効果も挙げられるであろう。新潟県湯沢町にて2003年から2012年の住民参加の健康プランの一環として、喫煙予防に取り組み、喫煙防止教室等を行ったところ、2008年の中間評価では2003年と比較して小中学生・高校生の喫煙経験者の割合はやや減少した¹³⁾。

2. 初めてたばこを吸った年齢は？

中学生を対象とした調査では喫煙経験のある者のうち、初めてたばこを吸った年齢は中学1年生が約4割で最も多く、中学生になってからが過半数を超えていたが、約1割は小学3年生以下であった⁴⁾。高校生を対象として行った調査¹⁴⁾では、中学2年生における初回喫煙が最も多く、中学生で初回喫煙は全体の半数以上であった。大学構成員を対象として行った調査¹⁵⁾では、92%の喫煙者が未成年で喫煙を始め、そのうち18歳未満と答えた人が84%を占めていた。「内閣府調査」⁹⁾では、16歳が最も多く、喫煙経験者のうち17.3%で、次いで17歳および18歳がいずれも13.2%であった。

一方で1.5%は10歳以下であった。また、小学生を対象とした調査¹⁶⁾では、喫煙経験者のうち15.9%は小学校入学前だった。これらのデータより、地域や対象者にもよるが、中学に入ってから喫煙するケースが多い一方で、少数であるが、小学低学年や小学入学前に喫煙を開始している者もいる。喫煙は未成年のうちに始まり、日本の場合25歳を過ぎてから常習喫煙者になることはまれである¹⁷⁾。従って若いうちに喫煙を開始しなければ生涯非喫煙者である可能性が高いことを示している¹⁷⁾。

3. タバコを始めたきっかけ

喫煙のきっかけは「好奇心から」、「友人や仲間のさそい」が大きな要因であった⁹⁾。中学生を対象とした調査⁴⁾では「親・兄弟が吸っていたから」が最も多く、次いで「友人の勧め」、「先輩の勧め」の順であった。「長野県調査」¹¹⁾では、中学1年、高校1年ともに、また、男女ともに「好奇心」が最も多かった。このように、好奇心や親・友人などの身近な人の勧め／影響といった些細なきっかけで喫煙を開始する群が存在する一方で、親との確執、学校や教師に対する反発、いじめやひきこもりなど深刻な背景があり、その結果として喫煙をする「問題背景型」が存在する¹⁸⁾という指摘がある。

4. 家族の喫煙の未成年への影響

「内閣府調査」⁹⁾では約4%が家族からタバコを入手していた。2008年の成人識別自動販売機の普及により、コンビニエンスストアなどの店で買う割合が高くなった¹⁹⁾という報告があるが、依然として家族の喫煙はタバコの供給源となり得²⁰⁾、さらに、子どもへの受動喫煙や乳幼児の誤嚥の原因ともなる²⁰⁾。

未成年の喫煙者の親や家族に喫煙者が多いという報告は多い¹²⁾、¹⁴⁾、²¹⁾。幼少期からタバコや喫煙行動に触れる機会が多い環境で生育していることが喫煙に興味や関心を持ちやすくしていると考えられる²²⁾。また、親の喫煙に対する態度が子どもの喫煙と関係するという報告がある。中学生を対象とした調査⁴⁾で喫煙していると回答した中学生の保護者は生徒の喫煙を容認する回答が多く、逆

に喫煙していない生徒の保護者には生徒の喫煙を容認しない回答が多かった。「最初の1本」を吸わせないためには家庭内に喫煙者がいないことが必要²³⁾である。

初回喫煙年齢の低下の原因のひとつとして、若い女性の喫煙率の上昇、妊婦の喫煙率の上昇より、家庭内喫煙とくに母親の喫煙の増加が指摘されている²⁾。子どもを持つ母親の世代での喫煙率が上昇していることは、喫煙行動が子どもにとって身近なことがらとなっていることが推察される⁵⁾。中高生の相対危険度は男女ともに父親が喫煙者であるより母親が喫煙者である場合が高く、母親の喫煙が子どもの喫煙習慣の形成により大きい影響を与える⁷⁾。

また、喫煙開始にあたり、生活環境の影響は大きい。若年で喫煙を開始した人は生涯を喫煙者の多い環境で生活すること、低い学歴にとどまる可能性があることを示唆している¹⁷⁾。妊婦を対象とした調査では、15歳以下で喫煙を開始した群では16歳以上で喫煙を開始した群と比較して有意に両親に喫煙者が多く、妊娠中の喫煙の継続が多く、妊娠前の喫煙本数が多く、夫に喫煙者が多かった²⁴⁾。若年から喫煙を開始した妊婦は親が喫煙する受動喫煙下で成長した者が多く、配偶者に喫煙者を選ぶ者が多い²⁴⁾。若い人の喫煙開始因子として家族の低い社会経済状態がある²⁵⁾。喫煙者とそうでないものの健康のライフスタイルの格差が広がり、特定の集団に健康によくない危険因子が累積する「健康格差社会」が広がってきた可能性を示唆している²⁶⁾という指摘もある。

5. 若年喫煙開始の問題点（未成年に特記すべきこと）

成長過程にある子どもの身体は大人に比べてタバコ煙中の物質から受けるダメージが大きい²⁷⁾。

喫煙年齢が20歳以降、18-19歳、17歳以下の3つのグループに分けて肺がんの発生率を比較したところ、17歳以下で喫煙を開始したグループでは20歳以降で喫煙を開始したグループと比較して男性では1.48倍、女性では8.07倍であり、未成年期の喫煙は肺がんのリスクを高めていることが確認された²⁸⁾。肺がんについては生涯喫煙量とは独立に喫煙開始年齢が低いこと自体が肺がんのリス

クを高める可能性がある¹⁷⁾。

また、ニコチン依存も子どもにとって大きな問題である³⁾。より若年からの喫煙が重症のニコチン依存ないしたばこ依存になるとされる¹⁷⁾。Fagerstrom Tolerance Questionnaireによるニコチン依存度の平均点数は、18歳未満で喫煙を開始した群は18歳以上で開始した群と比較して有意に高かった²⁹⁾。未成年では短期間のうちにニコチン依存が形成されるといわれている²⁾、³⁰⁾。ニコチン依存により荒れた精神状態が学業低下やさまざまな問題行動にもつながりやすい³⁾という指摘もある。

6. 未成年の禁煙治療にあたり特記すべきこと

子供たちは大人の喫煙者のように自発的に医療機関を訪ねて禁煙治療を受けるということはほとんどない²⁾。禁煙すると仲間はずれになるといった社会的要因により禁煙しにくいことも考えられる²⁾。ある程度強制的に、あるいは不本意ながら保護者に連れられて来院する者が多い²⁷⁾。身体的にも喫煙による体調不良やタバコ由来の疾患が現れることは少ないため、禁煙への意欲はそれほど強くないことが多く、治療に結びつきにくい²⁷⁾、³¹⁾。従って、禁煙に関心を持たせるための動機付けが不可欠である²⁷⁾。子どもへは、タバコに関する知識をわかりやすく伝える²⁷⁾ことが大切である。さらに再喫煙防止のための長期間のカウンセリングが必要である¹⁸⁾。

未成年者の喫煙にはそれを取り巻く仲間や家族などの喫煙行動や人間関係と心理状態が影響を及ぼしている³²⁾。未成年者禁煙外来受診者のうち、未成年に特有の喫煙パターンである、「問題背景型」に対しては医学的な知識の伝授が重要であるが、最も根本的な態度は「寄り添う姿勢」であり、彼らを受け入れることである¹⁸⁾。未成年者の治療には根気と愛情が不可欠である¹⁸⁾。

ニコチンパッチやニコチンガムは未成年者にも有効であるとする報告は多い²⁷⁾。未成年者禁煙外来での経験から、ニコチン代替療法の効果はむしろ成人より劇的であるという報告もある¹⁸⁾。但し、健康保険適用の条件ではブリックマン指数200以上であることより、ほとんどの子どもは健康保険適用外となっている³³⁾。

7. 防煙教育

小学6年生に禁煙教育を行い、3年後の中学3年時に禁煙教育を受けなかった群と比較検討したところ、禁煙教育を受けた群の喫煙経験率が有意に低く、小学6年での禁煙教育が3年後の喫煙経験率を有意に低下させた³⁴⁾。喫煙開始時期は小学6年生から増え始め、中学1年生が最も多いとされることから、禁煙指導を小学6年生以前に行うことが有用と考えられた³⁴⁾。

子どもを通じて家族に禁煙を促す試みもある。小学6年生を対象として喫煙防止教室を行い、その前後の意識の変化を調査したところ、自分の20歳時の喫煙予想の有意な低下、周囲の大人への禁煙希望の有意な増加を認め、さらに、喫煙防止教室施行後に喫煙者のいる家庭の約1割で家族が禁煙した³⁵⁾。

防煙教育は早期から行うことが大切である意見は多い²⁴⁾、³⁵⁾。子どもを持つような若い世代の女性の喫煙率が上昇している現在、喫煙に対する正しい知識を小学生のうちに身につけてもらう⁵⁾、¹⁴⁾ことが重要である。さらに、喫煙開始年齢の低年齢化に伴い、就学前の子どもたちに喫煙防止教育をする必要があると考える。特に対象を低年齢層とする場合には人形劇や劇、DVDなど、ビジュアルで、興味を引く手段が効果的と思われる。

タバコの最初の一本は家族や友人など、身近な人から誘われることが多く、従って、いつ、どんな形で手にするかはわからない。そこで、喫煙を誘われたときの断り方について教育しておく¹⁴⁾ことは意義がある。

著者らは子どもの親世代の女性を対象とした禁煙を啓蒙する内容の歌を作成し、講演会および学会で演奏活動を行っている。

8. 家族や周囲の大人の禁煙や社会の協力は不可欠

子どもの喫煙防止対策にあたっては、学校での禁煙防止教育のみでは不十分で、大人の喫煙対策を同時に進めないと効果が期待できない²⁰⁾。子どもに喫煙を開始させないためには、家族の禁煙は重要である¹⁴⁾。また、家庭をも巻き込んだ喫煙防止教育も効果があり³⁵⁾、同時にすすめていく重要性が示唆された⁴⁾という意見もある。子どもの受

診時、その疾患が家族の受動喫煙によると思われた場合、子どもの疾患と受動喫煙との関連に言及すれば保護者の禁煙のきっかけとなると同時に子どもへの喫煙防止教育となる³⁾。喫煙する子どもの禁煙には、周囲の大人も一緒に禁煙しなければ長続きしない³¹⁾。大竹³²⁾は未成年者への禁煙指導にあたり、家族に喫煙者がいる場合は、どうしても本人の禁煙する意志が弱くなってしまうため、「家族全体の問題」としてとらえてもらい、全員への治療を促している。中高生の父母世代は80～90年代の無批判なタバコ宣伝活動のなかで思春期時代を過ごし、タバコの害に無頓着な人が多い³⁾。子供たちの世代の喫煙は、過去において不十分であった児童生徒への喫煙防止教育や禁煙支援の反映であり、喫煙を始めてしまった若い女性が子育て世代になって次世代の喫煙を引き起こす悪循環を生じている²⁾。この悪循環を断ち切るには、新たな未成年の喫煙者を生み出さないことが最も効果的である。未成年喫煙の問題は周囲成人の喫煙の問題でもあり、地域家庭への喫煙に関する知識の普及や学校や周囲成人の禁煙化は必須であり²⁾、喫煙を未然に防ぐ喫煙防止教育と非喫煙環境の整備が急務である²⁾。このように、子どもの禁煙へのサポートは医療現場での支援のみではなく、家族、学校、地域が一体となった禁煙支援体制の構築が必要である²⁾。

「内閣府調査」⁹⁾によると成人識別自動販売機の導入は未成年のたばこ取得防止に大きな効果があったとしているが、ICカードの貸し借り等によって未成年が入手する場合がある³⁾ため、自動販売機の撤廃²⁰⁾、価格の引き上げ²⁰⁾、未成年者へのタバコの販売禁止の徹底²⁰⁾、罰則の厳格な履行³⁰⁾といった対策が必要になるという意見がある。一方で、喫煙場所や入手方法を無くしたり阻止することは不可能であり、周囲の者が普段から何かにつけて本人にタバコの害を知らせていくことしかない¹⁴⁾との意見もあり、現実的と思われる。

9. 医師の役割

このように、未成年の禁煙対策には未成年をとりまく周囲の協力が必要があるが、特に専門知識を持つ医師の責務は大切である。医師には健康をアドバイスする役割があると認識されており、科

学的な根拠に基づいてアドバイスと治療を行う責任がある³³⁾。禁煙を疾病の第一次予防であるにとらえるならばこれは紛れも無く医師の使命の一つとなる³⁾。タバコ対策は医療者にしかできないことではないが、しかし医療者ならば効果的に関与できる³⁾ことも事実である。教育現場での医療関係者による喫煙防止講習は子供たちへのインパクトが大きく、優れた教育効果が期待できる³⁾。禁煙は疾病の原因のなかで防ぐことのできる最大のものであり、今日最も確実に疾病を減らすことができる方法である³⁴⁾といわれるが、ただでさえ医師不足の煽りを受け、多忙な上、禁煙に関心を持たない、または防煙教育の効果を疑問視する医師もいるであろう。また、具体的には何をすべきかわからない医師も多いと思う。特別な機会ではなく、診療現場において医師が折に触れて喫煙の弊害を子どもや保護者に説明すること³⁾であれば、医師に大きな負担はなく、効果があると思われる。

結語

未成年は軽いきっかけで喫煙を開始してしまうが、ニコチン依存になりやすく、長期喫煙による疾患のリスクも大きい。未成年の喫煙には心理的な因子が影響していることがある。未成年の喫煙に対しては、本人を責めるのではなく、寄り添い、愛情を注ぐことが大切である。

成人喫煙率は年々低下しており、未成年の喫煙率も低下傾向にあるようである。この流れであれば、未成年を含む日本人の喫煙率は徐々に低下するであろう。しかし、若い女性の喫煙率が高値であるという現在、それが未成年の喫煙開始への影響となりうることは憂慮すべきことである。悪循環を断ち切らなくてはならない。

医師は防煙教育に効果的にかかわることができ、その言葉の持つ重みは大きい。日常の診療のなかで、タバコの害に言及し、子どもがタバコに手を出さないように教育することは多忙な医師にも負担が大きくなく、効果的と思われる。「一本目に火をつけるかどうかは君たちの人生がかかっています」と話し³⁾、禁煙講演を行う講師がいる。医師の熱意のある一言で子どもたちの今後の人生が救われるかもしれない。

文献

- 1) 藤田信：保健所管内の小・中学生を対象とした喫煙行動と関連要因に関する大規模調査研究（第2報）-小・中学生を対象とする禁煙外来のあり方について-。厚生指標2006；53：25-33.
- 2) 高橋裕子：子どもへの禁煙支援。総合臨床2008；57：2124-2130.
- 3) 加治正行：喫煙防止教育の実践。医学のあゆみ2008；226：498-499.
- 4) 安藤美津子，峠哲男：中学生の喫煙の現状と保護者の喫煙に対する意識の関与-喫煙に関する中学生と保護者の同時調査-。香川大学看護学雑誌2008；12：7-17.
- 5) 渡正伸，熊谷元：地域において医師が行うべき喫煙防止活動-小学生を対象にした喫煙防止授業の試み-。日本農村医学会学術総会抄録集2006；55：296.
- 6) 風間咲美，風間順一郎：女性とたばこ-性差を中心として-。新潟県医師会報2011；731：8-13.
- 7) 林謙治：たばこと青少年の健康。産婦人科治療2007；94：431-434.
- 8) 平間敬文：子供たちをタバコから守るために「防煙・禁煙教育」。治療2005；87：1975-1979.
- 9) 内閣府：平成20年度青少年有害環境対策推進事業報告書。2009.
- 10) 厚生労働科学研究費補助金循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業、研究代表者 大井田隆：未成年者の喫煙・飲酒状況に関する実態調査研究。2010：111.
- 11) 長野県衛生部健康づくり支援課。“「未成年者の喫煙・飲酒状況等調査（平成18年度）」の結果（速報値）をお知らせします。”。〈http://www.pref.nagano.jp/eisei/hokenyob/kenzo/t_taisaku/tabaco_torikumi/miseinen.pdf〉。（閲覧2011年5月10日）
- 12) 高橋佳代子，長谷川まゆみ，池田範子，他：児童生徒の喫煙状況と喫煙意識に関する調査研究-管内における平成16年度および19年度調査の比較-。厚生指標2009；56：9-15.
- 13) 平賀千夏，清水洋子：家族・近隣・地域に広げる健康な町づくり。保健師ジャーナル2010；66：38-43.
- 14) 小田嶋博：未成年者の喫煙-健康影響と予防対策。診断と治療2009；97：1419-1425.
- 15) 尾上孝利，足立裕亮：太成学院大学における喫煙実態調査。太成学院大学紀要2007；9：227-237.
- 16) 阪神北県民局：阪神北圏域 小学生のたばこ対策推進事業報告書。兵庫県阪神北県民局県民生活部，兵庫県，2005年度～2007年度；15.
- 17) 菱輪眞澄，尾崎米厚：若年における喫煙開始がもたらす悪影響。J.Natl.Inst.Public Health 2005；54：262-277.
- 18) 松田淳：未成年者禁煙外来4年間の報告。秋田県医師会雑誌2008；58：10-18.
- 19) 尾崎米厚：青少年の健康リスク-特に喫煙と飲酒について-。産婦人科治療2009；99:549-556.
- 20) 尾崎米厚：青少年の喫煙行動，関連要因，および対策。J.Natl.Inst.Public Health 2005；54：284-289.
- 21) 遠藤明，加濃正人，吉井千春，他：小学校高学年生の喫煙に対する認識と禁煙教育の効果。禁煙学会誌2007（2）.
- 22) 漆坂真弓，木村紀美，齋藤昭，他：A県内の大学生・専門学校生の喫煙の実態。青森保健大雑誌2009；10：175-190.
- 23) 野田隆：禁煙指導・支援者のための禁煙科学。第1版，文光堂，東京，2008；172-177.
- 24) 鈴木史明，笠松隆洋：喫煙開始年齢とその後の喫煙習慣（第2報）。第5回日本禁煙学会学術総会抄録集2010：179.
- 25) U.S.Department of Health and Human Services."Preventing Tobacco Use Among Young People A Report of the Surgeon General Executive Summary". 〈<http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr4304.pdf>〉。（閲覧2011年6月8日）
- 26) 尾崎米厚：未成年の喫煙をなくすために。新情報2009；97：14-21. 〈http://www.sjc.or.jp/kikanshi/vol097_3.pdf〉。（閲覧2011年6月9日）
- 27) 2003-2004年度合同研究班報告：循環器病の

- 診断と治療に関するガイドライン 禁煙ガイドライン. Circulation Journal2005 ; 69 : 1005-1103.
- 28) Hara M, Inoue M, Shimazu T, et al : The Association Between Cancer Risk and Age at Onset of Smoking in Japanese. J Epidemiol 2010 ; 20 : 128-135.
- 29) 中尾理恵子, 田原靖昭, 石井伸子, 他 : 未成年者に喫煙開始した若者の喫煙に関する認識とニコチン依存度 - 大学生の質問紙調査から - . 保健学研究2007 ; 20 : 59-65.
- 30) 松田淳 : 禁煙指導・支援者のための禁煙科学. 第1版, 文光堂, 東京, 2008 ; 218-222.
- 31) 齋藤麗子 : 未成年はどうするの? . 治療2006 ; 10 : 2569-2571.
- 32) 宮崎貴久子, 中山健夫 : 禁煙指導・支援者のための禁煙科学. 第1版, 文光堂, 東京, 2008 ; 23-27.
- 33) 高橋裕子 : 禁煙治療・禁煙指導の新展開. 医学のあゆみ2008 ; 226 : 461-465.
- 34) 遠藤将光 : 小学校における禁煙教育の有用性について. 禁煙科学2010 ; 3 (3). <http://www.jascs.jp/kinen_kagaku/kinen_kagaku_2009.html#34>. (閲覧2011年5月24日)
- 35) 中島素子, 三浦克之, 酒井貴子, 他 : 小学校高学年の喫煙に対する意識と喫煙防止教室の効果. 北陸公衛誌2006 ; 32 : 71-78.
- 36) 大竹修一 : 未成年者の禁煙支援の一例. 治療学2009 ; 43 : 227-230.
- 37) 野村英樹 : 求められるタバコ対策と医師の役割. 治療2005 ; 87 : 1933-1940.

平成23年度がん登録月別届出状況

7月末現在

区分	4～6月	7月	計	(平成22年度計)
届出件数	4,400	1,045	5,445	22,200
医療機関数	55	26	実医療機関数 58	実医療機関数 106

新潟県・新潟県医師会・新潟県健康づくり財団