

第57回日本小児保健学会 教育講演

子どもたちをたばこから守るための3つの柱

関 奈 緒 (新潟大学医学部保健学科)

I. 子どもの喫煙≠非行

児童・生徒の喫煙というと現在でも「非行」と捉え、停学などの処分の対象となっている場合も少なくない。しかし成人の喫煙が単なる嗜好ではないのと同様に未成年者の喫煙も嗜好や非行ではないことをまず理解していただきたい。大人も子どもも喫煙習慣のベースには「やめたくてもやめられない」、「わかつちやるけどやめられない」という『依存』が存在する。近年ニコチン依存症については広く認知されるようになってきたが、喫煙の習慣化には心理的(精神的)依存もかなり強く働いている。この心理的依存は、喫煙が日常生活のリズムにリンクしていることからくる長年のクセや習慣、やめられないという思い込みから生じるが、児童・生徒の喫煙習慣には仲間意識や友人関係などが大人以上に強く関わってくる点が特徴である。

II. たばこは子どもの未来を奪う

～大人の喫煙より失うものはずっと多い～

成長期にある児童・生徒の喫煙は、成人の喫煙より心身の健康に及ぼす影響が大きい。例えば、閉塞性肺疾患の発症リスクや呼吸機能の低下は喫煙開始年齢が低いほど高く、発がんリスクやがんの早発も同様である。またHDLコレステロール値の低下やLDLコレステロール値の増加による動脈硬化促進の変化は成人喫煙者に比べ大きい。

ニコチン依存も未成年期は成人に比べてより容易に形成される。成人喫煙者では数年から20年かかるとこ

ろを、中学生では数週間から数か月程度でやめられない状態になってしまうとされており、低年齢ほど依存に至る期間が短い。

さらに学業低下との関連やスポーツにおける身体的パフォーマンスの低下なども指摘されており、喫煙の影響は進学や進路にまで及び、子どもの未来を狭めてしまうかもしれないのである。

なお、これらはなにも能動喫煙だけの問題ではない。たばこの副流煙には主流煙の何倍もの有害物質が含まれており、受動喫煙により小児において身体面、精神面、行動面それぞれの発育発達障害を来すとの報告も蓄積されてきている。

では、大切な未来を奪ってしまう可能性をもつ能動・受動喫煙から子どもたちを守るために我々は何ができるかを考えていきたい。

III. 子どもたちをたばこから守るための3つの柱

児童・生徒へのたばこ対策として、1) 最初の一本を口にしないための『防煙(喫煙防止)学習』、2) 常習化してしまった子どもたちの受け皿としての『禁煙支援(禁煙サポート)・禁煙治療』、3) 受動喫煙防止のための『環境整備(学校禁煙化と家庭内禁・分煙の徹底)』の3つの柱があげられる。

1. 最初の一本を口にしないための『防煙(喫煙防止)学習』

日本の成人喫煙率は低下傾向が続いており、男女計では2010年5月現在23.9%と4人に1人未満となっている¹⁾。

一方中高生の喫煙率をみると、平成8年には中学1

年生男子で7.5%, 高校3年生男子で36.9%であったものが, 平成16年にはそれぞれ3.2%, 21.7%と減少傾向を示している²⁾。この背景には健康日本21(平成12年)による喫煙防止教育や禁煙支援など喫煙対策の推進, 健康増進法(平成15年)による公共の場の禁煙化, 学校敷地内禁煙化の推進, たばこ税増税, 未成年者喫煙禁止法改正などの社会的変化が関与していると考えられる。しかし減少傾向とはいえ高校3年生の男子では5人に1人が喫煙者(平成16年)というのが現状であり, やはり第1の柱である「最初の一本を口にしないための『防煙学習』」すなわち「吸わないよ」という意識を育てることが重要である。

すでに多くの学校で様々な工夫を凝らした防煙学習を実践されているが, ここでは私がこれまでの経験から心がけているポイントをいくつか紹介させていただきたい。

ポイントその1は, 視覚に訴える画像や参加型の要素(呼気中一酸化炭素濃度測定体験やクイズなど)を取り入れ楽しく学べる工夫をすることである。視覚に訴える画像といっても衝撃的な映像, いわゆる「怖い写真」を並べるという意味ではなく, 対象となる児童・生徒の興味・関心を持続するための, 楽しめる映像や動く映像などを活用することである。また内容も成人の禁煙指導とは異なり, 心筋梗塞やがん等の生活習慣病はほとんど出てこない。これは数十年後にがんになるといっても子どもにとってはずっと先のことであり, ある意味別世界の話に近いからである。より身近で関心の高いスポーツ(運動能力)や美容などを盛り込んだり, 肺気腫の呼吸体験や呼気中一酸化炭素濃度測定などを取り入れると理解が深まる。例えば喫煙者の呼気は通常環境基準の2倍前後の一酸化炭素濃度となるが, 喫煙する教員に協力を得て目の前で測定することにより, 吐く息自体も汚れているということも小学生でも理解できる。

ポイントその2はニコチンの依存性をしっかり伝えることである。ニコチン依存は喫煙開始年齢が若いほど形成されやすく, 喫煙期間が長いほど強くなる。すなわち喫煙は最も身近な依存症であり, 「たばこ= Gate way drug(門戸開放薬物)」との指摘もあることから, 最も身近な薬物ともいえる。防煙学習は単なる喫煙防止ではなく, そこから薬物乱用防止が始まっていると捉え, 依存についてしっかり伝えることが最も重要と考えている。私はいつも話の最後に「選ぶの

は自分自身」という言葉とともに選ぶ力をつけてほしいというメッセージを子どもたちに送っている。なお家族に喫煙者がいる場合, 防煙学習を受けた子どもが家族に禁煙を促す働きかけをすることが少なくない。そのため学習を通して喫煙者を悪者にしないことも大切である。現在喫煙している大人は, たばこの真実を学ぶ機会がないまま依存に至ってしまったたばこの被害者ともいえるとの説明を加えるとともに, 禁煙治療に関する情報も盛り込むようにしている。

ポイントその3は, 可能であれば授業参観などとタイアップして, できるだけ親子で学べる形式をとることである。やや古いデータだが, 我々が小学生を対象に行った調査では, 家族に喫煙者がいる児童に対し家庭内の喫煙場所を聞いたところ, 居間等家族の集まる場所との回答が約7割であった。これは受動喫煙の問題のみならず, 子どもにとって身近な手本である保護者が喫煙する姿は喫煙に対する子どもの心のハードルを下げるとともに, たばこを入手しやすい環境ともなる。防煙学習に家庭を巻き込むことにより, 家庭内分煙の推進を期待するとともに, 未成年喫煙について「法律」という視点ではなく, 子どもの健康, 子どもの未来という面から理解し, 親子で知識・意識を共有することにより, 児童・生徒の喫煙に対する家庭の抑止力を高めていただきたいと考えている。

なお, 防煙学習のフィールドは主として学校と考えられるが, これは教員だけの役割ではなく, 学校医, 学校歯科医, 学校薬剤師の協力も欠かせない。さらに地域の保健所, 警察, 医療機関などの地域資源をぜひ活用していただきたいと考えている。防煙対策の推進に向けては学校-行政-地域医療等の連携・協働が非常に有効である。特に地域の医療機関を活用することは実は次項の禁煙治療・禁煙支援の受け皿づくりにもなってくる。学校, 行政, 地域医療がうまくタイアップした一例として, 新潟県松代町(現十日町市)の「M12/14/16プロジェクト」³⁾をご紹介します。松代地域では無煙世代を育てることを目的に新潟県立松代病院の医師や研修医が講師となって毎年地域の小中学校, 高校で禁煙授業を実施している。すなわち松代の子どもたちは, 12歳, 14歳, 16歳時に病院の医師による禁煙授業を受けているのである。学校で医師の話聞くという体験は子どもたちにとって新鮮で効果的であるのみならず, 繰り返しの学習という継続的な取り組みは理解を深める。一方, 研修医にとっても喫煙

の健康影響を系統的に学習する貴重な機会になっており、禁煙指導・禁煙治療スキルが向上するという効果も認められている。

2. 常習化してしまった子どもたちの受け皿としての『禁煙支援（禁煙サポート）・禁煙治療』

成人喫煙者の約6割がたばこをやめたいと考えているが、自分の力のみでがんばる形の禁煙は難しく失敗することも多い。近年、禁煙困難の本質であるニコチン依存、心理的依存の両依存に対する様々なサポートが提供されるようになってきた。禁煙補助剤も現在日本では3タイプが使用可能であり、ニコチン依存に対する薬物療法と、心理的依存に対するカウンセリングを組み合わせた禁煙治療が普及してきている。2006年には「ニコチン依存症管理料」が新設され、禁煙治療が保険適用となり、意思の力だけで行う苦しい禁煙から、治療・支援による楽な卒煙（煙からの卒業）へと時代は急速に変化してきた。

一方、たばこを「やめられない」子どもたちも決して少なくない。私が防煙学習で訪れた小学校でも、我慢できずに学校でも吸ってしまった児童がいるとの相談を養護教諭より受けたこともある。未成年においても喫煙習慣のベースにはニコチン依存が存在しており、成人と同様、治療を視野に入れた対応の重要性が認識されるようになってきた。児童・生徒の喫煙を単なる非行の問題、生徒指導の対象と捉えるのではなく、常習化してしまった子どもたちをぜひ禁煙治療に結びつけていただきたい。年間30例以上の子どもの禁煙治療を行っている東北中央病院の大竹修一先生はホームページ⁴⁾で「未成年者の喫煙は精神論で解決せず、ニコチン中毒という病気として対処しよう。謹慎や停学などの罰則で未来をつぶさず、子どもには授業を受けさせてほしい」と述べている。現在、子どものための禁煙外来も徐々にではあるが増加してきている。学校における防煙学習をきっかけに「やめたい」との気持ちを持つことも多く、喫煙している子どもたちが少しでも早く、身近な禁煙支援・禁煙治療にたどり着けるよう、より多くの医師が参画下さることを願っている。

しかしながら禁煙治療の保険診療は喫煙指数200以上を患者要件としているため、未成年では適用外の自費診療にならざるを得ないのが現状である。未成年者においてもニコチン代替療法の有効性は示されており、今後の改正が望まれる。

また前述の通り、子どもでは友人とのつながりや家庭内喫煙者の存在などが喫煙行動と強くリンクしていることも多いため、成人とは異なるアプローチを要することもあり、同年代同士によるピアサポートや家庭、学校との連携など様々なサポートを組み合わせながら子どもたちを支えていく視点も大切である。

3. 受動喫煙防止のための『環境整備（学校禁煙化と家庭内禁・分煙の徹底）』

成長期にある子どもにとって、受動喫煙が心身の健康に及ぼす影響はより大きく、わずかな受動喫煙によっても計算力や読解力が低下するとの報告もある⁵⁾。従って子どもたちが一日の大半を過ごす学校の禁煙化および家庭の禁・分煙の徹底は環境整備として最も重要である。学校敷地内禁煙化は健康増進法の施行以降全国的に広まってきたが、まだ未実施の地域も残されている。学校内禁煙化が厳格に実施されているほど生徒の喫煙率が低いという報告⁵⁾もあり、受動喫煙のみならず防煙効果も期待できる敷地内禁煙化は学校の対策として不可欠である。

以上、子どもたちをたばこから守るための3つの柱について述べてきたが、3本柱を支える土台として、子どもを取り巻く地域社会のたばこに対する意識向上も大切である。

4. 子どもたちの明るい未来のために私たちができること

子どもの喫煙は学校や家庭だけの課題ではなく、学校、家庭、行政、医療、町内会やスポーツ少年団等の地域組織など子どもを取り巻く社会全体で考え、連携し、積極的に参加・協力することによって効果的な対策が実践できる。とはいえ、特別なことと気負う必要はない。“レストランを選ぶときは禁煙・分煙のしつかりしているところにする”，“家の中では吸わない”，“喫煙車両に乗らない”，“「たばこは20歳になってから」や「法律違反」という注意はしない（これはちょっと背伸びしたい子どもにたばこを吸わせてしまう魔法の言葉）”など日常のほんの小さな変化や手助けでも子どもの心身の成長に与える影響は大きい。子どもたちの明るい未来のために身近な大人ひとりひとりが自分のできることから始めていただきたいと思う。

文 献

- 1) 日本たばこ産業株式会社. 2010年「全国たばこ喫煙

- 者率調査」. JT web site : http://www.jti.co.jp/investors/press_releases/2010/0811_01/index.html
- 2) 厚生労働省. 『未成年者の喫煙および飲酒行動に関する全国調査』2004. 厚生労働省最新たばこ情報 web site : <http://www.health-net.or.jp/tobacco/product/pd110000.html>
- 3) 鈴木善幸, 布施克也. 当院の取り組み M12/14/16プロジェクト Tabacco-free Youth. 全国自治体病院協議会雑誌 2009 : 48 : 1204-1210.
- 4) 大竹修一. 中高生のための禁煙外来. 東北中央病院禁煙外来 web site : http://www.otake.org/therapy_teen_index.htm
- 5) Yolton K, Dietrich K, Auinger P, et al. Exposure to environmental tobacco smoke and cognitive abilities among U.S. children and adolescents. Environ Health Perspect. 2005 ; 113 : 98-103.
- 6) Laurence Moore, Chris Roberts, Chris Tudor-Smith. School smoking policies and smoking prevalence among adolescents : multilevel analysis of cross-sectional data from Wales. Tob Control 2001 ; 10 : 117-123.