

## 全国市町村におけるたばこ対策実施状況

タニハタ タケオ オサキ ヨネアツ アオヤマ ヒトシ  
 谷畑 健生\*1 尾崎 米厚\*5 青山 旬\*2  
 カワミナ カツヒコ ミノワ マスミ  
 川南 勝彦\*3 箕輪 眞澄\*4

**目的** たばこ対策は国民の健康の保持と増進を図るための国の健康施策として重要とされている。本研究では、市町村がたばこ対策をどのように行っているのか、また、自治体が国の健康施策をどのように反映させているのかを明らかにするために、全国の市町村に対してたばこ対策実施状況調査を行った。

**方法** 調査対象は全国3,239の全市町村(平成14年11月1日現在)とし、平成14年11月に市町村保健衛生主管部局担当者に調査票を送付し、自記式郵送法により調査を実施した。未回答市町村への再依頼を1回行った。調査対象3,239のうち、2,723の市町村から回答を得た(回答率84.1%)。

**結果** たばこ対策を実施した自治体は政令指定都市、中核市、保健所設置市に多く、市町村と特別区で少なかった。そのうち学校、職域などの対象別に行った自治体は多く、学校と地域を対象としたのは政令指定都市、中核市、保健所設置市に多かった。庁舎の分煙は十分ではなかった。また、未成年者がたばこを買いにくい環境を作っている自治体はほとんどなかった。

**考察** たばこ対策は全国の市町村でまだ十分ではなかった。それは専門職の確保が困難であり、健康教育を行う適切な技術がないために健康教育を実施する上で自治体に問題がある可能性がうかがえた。このことから、現状では国の健康施策の1つであるたばこ対策は、住民の健康問題解決の方向として自治体に反映しているとはいえない可能性がある。

**キーワード** 市町村、たばこ対策、施策評価

### I はじめに

国の健康施策としての「21世紀における国民健康づくり運動」(健康日本21)<sup>1)</sup>においても、また厚生科学審議会が国の施策方針として厚生労働大臣に具申した「今後のたばこ対策の基本的考え方について」(平成14年12月25日)においても、たばこ対策は国が健康施策を講じる上で重要な柱である。都道府県が作成した健康日本21地方計画におけるたばこ対策の評価<sup>2)</sup>、保健所のたばこ対策実施状況は継続的に観察されてきた<sup>2)-6)</sup>。この観察の結果、都道府県のほぼすべて

でたばこ対策は前向きに検討されており<sup>2)</sup>、保健所の多くもたばこ対策に取り組んでいる<sup>2)-6)</sup>ことが明らかにされた。国の健康施策は法の趣旨に基づいて作成されているが、その施策が、例えばたばこ対策が市町村に反映しているのか、市町村ではどのように受け取っているのかを明らかにすることは、実効性のある健康施策を講じる上で重要なことである。しかし、市町村レベルの自治体がどのようなたばこ対策を行っているのかを明らかにする全国規模の研究は行われていないため、市町村のたばこ対策の現状を知ることにはできないし、たばこ対策という国の健

\* 1 国立保健医療科学院疫学部主任研究官 \* 2 同口腔保健部主任研究官 \* 3 同公衆衛生政策部主任研究官

\* 4 同疫学部長 \* 5 鳥取大学医学部社会医学講座環境予防医学分野助教授

康施策が市町村でどのように実施されているのかも明らかにされていない。そこでわれわれは全国市町村のたばこ対策実施状況調査を行い、市町村がたばこ対策にどのように取り組んでいるのかを明らかにした。また同時に、国の健康施策がどのように市町村に反映しているのかも検討した。本稿では、市町村のたばこ対策の実施状況のみを論じ、たばこ対策実施の上での関連組織、団体などとの連携状況などについては別に論じる。

## II 方法

次の方法で全国市町村におけるたばこ対策実施状況調査を行った。調査対象は、特別区、政令指定都市（以下「指定都市」）、地域保健法施行令により保健所の設置が認められた市（以下「保健所設置市」）、中核市と市町村を含む全市町村3,239か所（平成14年11月1日現在）とした。平成14年11月15日付けで市町村保健衛生主管部局担当者に調査票を送付し、自記式郵送法により調査を実施した。調査票の回収期限は同年11月30日とし、12月5日までに調査票の返送がなかった自治体に対して、調査の再依頼文を葉書にて送付し、調査票を回収した。調査対象のうち、2,723か所から回答を得た（回収率84.1%）

調査票の集計時には、全国の市町村を、(1)保健所を独自にもつ特別区、(2)指定都市、(3)中核市、(4)保健所設置市、(5)保健所をもたない自治体としての市、(6)同町、(7)同村の7つに分類した。本稿で「市町村」あるいは「町村」と表現した場合は保健所をもたない市町村を指し、「自治体」と表現した場合は(1)~(7)をすべて一括するものとする。

表1 平成10年以降に喫煙実態調査を行った自治体(複数回答)

	調査数		自治体が行った		保健所が行った		保健所、市町村以外の他の機関が行った		自治体内では行っていない		無回答	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
総数	2 723	100	687	25	285	10	62	2	1 742	64	69	3
特別区	22	100	9	41	9	41	—	—	8	36	1	5
指定都市	10	100	7	70	1	10	—	—	2	20	—	—
中核市	28	100	15	54	11	39	2	7	4	14	—	—
保健所設置市 <sup>1)</sup>	10	100	5	50	2	20	—	—	4	40	—	—
市	563	100	175	31	88	16	13	2	319	57	12	2
町村	1 635	100	373	23	143	9	37	2	1 093	67	46	3
	455	100	103	23	31	7	10	2	312	69	10	2

注 1) 地域保健法施行令により保健所の設置が認められた市（以下、各表とも同じ）

表2 平成14年度にたばこ対策を実施した自治体

	調査数		たばこ対策あり		たばこ対策なし		無回答	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
総数	2 723	100	1 260	46	1 450	53	13	0
特別区	22	100	16	73	6	27	—	—
指定都市	10	100	10	100	—	—	—	—
中核市	28	100	25	89	3	11	—	—
保健所設置市	10	100	9	90	1	10	—	—
市	563	100	301	53	260	46	2	0
町村	1 635	100	721	44	905	55	9	1
	455	100	178	39	275	60	2	0

表3 たばこ対策の開始時期

	調査数		平成7年以前		8~11年		12~14年		無回答	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
総数	1 260	100	220	17	311	25	616	49	113	9
特別区	16	100	2	13	6	38	4	25	4	25
指定都市	10	100	4	40	2	20	1	10	3	30
中核市	25	100	8	32	2	8	13	52	2	8
保健所設置市	9	100	2	22	4	44	2	22	1	11
市	301	100	62	21	89	30	122	41	28	9
町村	721	100	108	15	161	22	389	54	63	7
	178	100	34	19	47	26	85	48	12	2

表4 たばこ対策を対象<sup>1)</sup>別に行った自治体

	調査数		対象別である		対象別でない		無回答	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
総数	1 260	100	1 044	83	194	15	22	2
特別区	16	100	12	75	4	25	—	—
指定都市	10	100	9	90	1	10	—	—
中核市	25	100	22	88	3	12	—	—
保健所設置市	9	100	9	100	—	—	—	—
市	301	100	264	88	34	11	3	1
町村	721	100	584	81	123	17	14	2
	178	100	144	81	29	16	5	3

注 1) 学校（小学校、中学校、高校）、職務、地域、その他の別をいう。

調査票の質問項目は、喫煙実態調査、たばこ対策実施状況、たばこ対策の目標、たばこ対策の連携機関、たばこ対策を行う職員の体制につ

いて設定した。これらの項目は保健所と市町村のたばこ対策を比較するために、昭和62年<sup>3)</sup>、平成3年<sup>4)</sup>、10年<sup>5)6)</sup>、13年<sup>2)</sup>に行われた保健所のたばこ対策実施状況調査をもとに、質問項目をできるだけ一致させるようにした。さらに、市町村における健康日本21策定状況、保健所との関係構築状況も尋ねた。

## II 結 果

喫煙実態調査を行った自治体は保健所をもつ自治体に多く、市町村に少なかった(表1)。たばこ対策を実施した自治体は町、村で全国平均より低かった(表2)。健康日本21が公表された平成12年以降に中核市、市、町、村はたばこ対

表5 対象別にたばこ対策を行った自治体(複数回答)

	調査数		小学校		中学校		高校生		職域を対象		地域を対象		その他		無回答	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
総数	1 044	100	186	18	208	20	54	5	455	44	581	56	175	17	30	3
特別区	12	100	3	25	3	25	1	8	3	25	7	58	3	25	1	8
指定都市	9	100	7	78	5	56	5	56	1	11	7	78	2	22	—	—
中核市	22	100	12	55	11	50	8	36	7	32	18	82	6	27	—	—
保健所設置市	9	100	3	33	4	44	2	22	1	11	7	78	3	33	—	—
市	264	100	41	16	49	19	12	5	96	36	137	52	62	23	7	3
町	584	100	81	14	98	17	23	4	273	47	324	55	84	14	18	3
村	144	100	39	27	38	26	3	2	74	51	81	56	15	10	4	3

表6 たばこ対策の実施内容(複数回答)

	調査数		禁煙教室を開催		講演会を開催		健康診断と併せて禁煙教育など		乳児健診、妊婦検診などとあわせて		禁煙・節煙希望者のための窓口設置		スタッフによる保健指導を実施	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
総数	1 260	100	314	25	204	16	420	33	355	28	172	14	106	8
特別区	16	100	6	38	7	44	8	50	6	38	1	6	4	25
指定都市	10	100	8	80	5	50	4	40	7	70	4	40	4	40
中核市	25	100	10	40	8	32	7	28	7	28	8	32	4	16
保健所設置市	9	100	4	44	3	33	4	44	4	44	2	22	3	33
市	301	100	82	27	65	22	97	32	91	30	51	17	29	10
町	721	100	160	22	95	13	238	33	189	26	82	11	49	7
村	178	100	44	25	21	12	62	35	51	29	24	13	13	7

	調査数		市町村内の事業所における分煙普及		テレビ、新聞、公報などの広報活動		自治体での職場・会議での実施		公共の場・公的機関庁舎内での分煙		防煙のパンフレット、ポスター作成、配布	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
総数	1 260	100	111	9	183	15	625	50	749	59	343	27
特別区	16	100	1	6	5	31	9	56	11	69	3	19
指定都市	10	100	2	20	2	20	7	70	6	60	6	60
中核市	25	100	5	20	5	20	11	44	16	64	12	48
保健所設置市	9	100	1	11	4	44	5	56	6	67	5	56
市	301	100	24	8	41	14	160	53	179	59	71	24
町	721	100	60	8	100	14	347	48	421	58	187	26
村	178	100	18	10	26	15	86	48	110	62	59	33

	調査数		学校敷地内における禁煙		たばこ自販機の規制の推進		対面販売時の年齢確認などの推進		住民自治組織のたばこ対策サポート		その他		無回答	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
総数	1 260	100	36	3	18	1	8	1	22	2	116	9	230	18
特別区	16	100	1	6	—	—	—	—	1	6	3	19	4	25
指定都市	10	100	—	—	—	—	—	—	—	—	1	10	1	10
中核市	25	100	1	4	2	8	—	—	—	—	7	28	3	12
保健所設置市	9	100	—	—	—	—	—	—	—	—	3	33	—	—
市	301	100	5	2	7	2	4	1	3	1	49	16	39	13
町	721	100	26	4	8	1	3	0	14	2	44	6	147	20
村	178	100	3	2	1	1	1	1	4	2	9	5	36	20

策を開始したが、その他は11年以前に開始した(表3)。

たばこ対策を行った自治体のうち、学校、職域などの対象別に行った自治体は多かった(表4)。学校と地域を対象とした自治体は指定都市、中核市、保健所設置市に多かった(表5)。保健所をもつ自治体は禁煙教育などの能動的なたばこ対策を行ったが、市町村の多くは行わなかった。防煙についてのポスター、パンフレットの配布や掲示を行った自治体は指定都市、中核市、保健所設置市に多く、市町村、特別区は少なかった。

未成年のたばこ対策の一環である、学校敷地内での禁煙、たばこ自販機の規制、たばこ対面販売時の年齢確認はほとんどの自治体で行われ

なかった(表6)。

たばこ対策を行わなかった自治体が挙げる理由として、「他の業務が多く余裕がない」という答えが最も多かった。また、「たばこ対策の手段・方法がわからない」「たばこ対策のニーズが高い証拠や認識がない」という回答や、「たばこ税の減少による収入の減少」という回答も少なくなかった(表7)。現在たばこ対策を行っていない自治体のうち、特別区と市町村は「将来的に行う」という回答が最も多かった(表8)。

自治体庁舎内、会議などでの職員の禁煙・分煙実施状況として、分離していない市町村は1割程度あった(表9)。庁舎への外来者に対しては市町村と特別区で分煙が進んでいなかった。また、外来者への禁煙・分煙をしてない町村も

表7 自治体でたばこ対策を行わない理由(複数回答)

	調査数		自治体が行うべきものではない		行っても禁煙効果が期待できない		他の業務が多く余裕がない		住民の反対があり難しい		自治体内コンセンサスが得られない	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
総数	1 450	100	14	1	114	8	938	65	50	3	204	14
特別区	6	100	—	—	1	17	2	33	—	—	1	17
指定都市	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
中核市	3	100	—	—	—	—	—	—	—	—	1	33
保健所設置市	1	100	—	—	—	—	1	100	—	—	—	—
市	260	100	1	0	12	5	159	61	5	2	32	12
町	905	100	8	1	71	8	596	66	32	4	121	13
村	275	100	5	2	30	11	180	65	13	5	49	18

	調査数		たばこ対策の手段・方法がわからない		ニーズが高いとの証拠、認識がない		製造者のコンセンサスが得られない		たばこ税収の減少が市町村財政に影響する		その他		無回答	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
総数	1 450	100	203	14	160	11	126	9	148	10	216	15	68	5
特別区	6	100	1	17	2	33	—	—	1	17	4	67	—	—
指定都市	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
中核市	3	100	—	—	1	33	—	—	—	—	1	33	—	—
保健所設置市	1	100	—	—	—	—	—	—	—	—	1	100	—	—
市	260	100	31	12	24	9	26	10	28	11	55	21	11	4
町	905	100	131	14	103	11	81	9	94	10	129	14	44	5
村	275	100	40	15	30	11	19	7	25	9	26	9	13	5

表8 今後のたばこ対策実施の意向

	調査数		1～2年以内に実施する予定		将来的には実施していきたい		将来も実施する考えはない		その他		無回答	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
総数	1 450	100	161	11	985	68	102	7	160	11	42	3
特別区	6	100	2	33	4	67	—	—	—	—	—	—
指定都市	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
中核市	3	100	3	100	—	—	—	—	—	—	—	—
保健所設置市	1	100	—	—	—	—	1	100	—	—	—	—
市	260	100	37	14	173	67	10	4	36	14	4	2
町	905	100	90	10	628	69	59	7	101	11	27	3
村	275	100	29	11	180	65	32	12	23	8	11	4

表9 自治体庁舎内、会議などでの職員の禁煙・分煙実施状況(複数回答)

	調査数		会議中は禁煙		庁舎内では全面禁煙		庁舎内で禁煙タイムを設定		庁舎内設置の喫煙場所以外では禁煙		禁煙・分煙を勧めていない		無回答	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
総数	2 723	100	1 208	44	155	6	396	15	2 015	74	244	9	36	1
特別区	22	100	9	41	1	5	—	—	19	86	—	—	2	9
指定都市	10	100	7	70	2	20	2	20	9	90	—	—	—	—
中核市	28	100	14	50	1	4	6	21	25	89	—	—	—	—
保健所設置市	10	100	9	90	—	—	—	—	10	100	—	—	—	—
市	563	100	299	53	34	6	127	23	458	81	13	2	1	0
町	1 635	100	695	43	86	5	211	13	1 170	72	180	11	27	2
村	455	100	175	38	31	7	50	11	324	71	51	11	6	1

表10 庁舎への外来者に対する禁煙・分煙状況(複数回答)

	調査数		全面禁煙		禁煙場所や喫煙場所の指定		喫煙室の設置		外来者の自主性に任せている		特に禁煙・分煙していない		その他		無回答	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
総数	2 723	100	103	4	1 715	63	346	13	429	16	364	13	60	2	38	1
特別区	22	100	2	9	16	73	4	18	—	—	—	—	1	5	2	9
指定都市	10	100	—	—	9	90	4	40	—	—	—	—	—	—	—	—
中核市	28	100	—	—	24	86	5	18	—	—	—	—	—	—	—	—
保健所設置市	10	100	—	—	9	90	—	—	1	10	—	—	—	—	—	—
市	563	100	30	5	417	74	83	15	58	10	34	6	15	3	2	0
町	1 635	100	49	3	991	61	192	12	287	18	243	15	38	2	29	2
村	455	100	22	5	249	55	58	13	83	18	87	19	6	1	5	1

少なくなかった(表10)。

### III 考 察

#### (1) 本研究の限界

本研究の限界として以下の点が挙げられる。1つ目の限界としては、現在では自治体がたばこ対策を進める法的根拠(健康増進法(平成15年5月施行))があるが、平成14年までそれがなかったことである。保健所は、地方自治法による規定や、地域保健法による地域住民の健康の保持および増進を目的とした活動を行う規定から、たばこ対策を実施する必要がある。しかし市町村に対して地域保健法が定めるものは、必要な施設の整備、人材の確保および資質の向上であり、それをもってたばこ対策の推進を一義的に掲げるのは難しい。また地方分権一括法(平成12年施行)により国と都道府県の権限は市町村レベルの自治体に委譲され、自治体は住民の身近な相談者としての役割を果たすように定められている。このため自治体は多くの住民の問題を解決する必要があり、健康問題だけを重点

的に行うことは難しい。われわれは、たばこ対策は住民の健康増進につながる活動であると認識しているが、法の趣旨から、例えば健康増進法、税収の確保かの二者択一を自治体に求めることはできない。これらのことから、われわれは、住民、首長と議会などがたばこ対策を選択しやすいように全国の市町村レベルの自治体のたばこ対策の現状と最低限行うべきたばこ対策を示し、さらに健康日本21、健康増進法などの国の施策と法をどのように反映しているかを評価することが、自治体におけるたばこ対策研究の位置づけと考えている。2つ目の限界は、本研究は健康増進法施行直前に行われたことである。健康増進法に従って自治体がたばこ対策を実施している場合、分煙をはじめとするたばこ対策が厳格に行われている可能性がある。しかし本研究の基盤となっている調査は平成14年に行われているため、本稿中のたばこ対策が現行に即していない可能性がある。これらの限界を改善するために、本研究を今後も継続し、健康増進法によって自治体のたばこ対策がどのように変化したのかを観察したい。

## (2) 市町村のたばこ対策実施状況

### 1) 喫煙状況調査

われわれは、地域で実効性のあるたばこ対策を実施するためには喫煙状況調査を行い、住民の喫煙についての情報を入手する必要があると主張している<sup>2)5)-8)</sup>。喫煙状況調査は実態を把握するためだけではなく、住民を説得するためにも重要な情報である<sup>2)5)-8)</sup>。さらにこの調査を実施することは、自治体と住民組織が連携してたばこ対策を行う契機、例えば自治体とPTA連合会が未成年者のたばこ対策を行う契機<sup>9)</sup>となる可能性がある。たばこ対策を行わない理由として「住民のたばこ対策へのニーズが高いとの証拠と認識がない」と答えた自治体も少なくないことから、なおさら喫煙実態調査によって住民の状況を把握する必要がある。しかしながら自治体は調査の必要性を理解していても、人的資源と技術的知識の不足から調査を実施できない<sup>10)-12)</sup>。自治体で独自に調査ができないのならば、保健所、大学等研究機関、民間機関から人的資源と技術的知識の不足を補う必要がある<sup>12)</sup>が、まずは保健所との連携<sup>5)-8)</sup>を模索するのが、地域保健法に則した行動であると考えられる。

### 2) たばこ対策実施内容

たばこ対策は、禁煙教室、講演、保健指導を含む禁煙教育の実施など能動的な対策、庁舎内、事業所などの分煙、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・掲示など非能動的な対策が挙げられる。特別区、指定都市、中核市と保健所設置市はたばこ対策全般について実施するところが多いが、市町村は能動的なたばこ対策を実施する割合が少なく、さらに非能動的な対策さえ十分にできていない。また「たばこ対策を行う手段と方法がわからない」ことを理由にたばこ対策を行っていない市町村が少なくなく、たばこ対策の開始時期も遅れている。この現象は次のように考えられる。市町村では専門職の確保が困難であり、健康教育を行う適切な技術がないために健康教育を実施する上で問題がある<sup>13)</sup>ので、たばこ対策も同様に実施することが困難であることがうかがえる。

健康日本21はより高度なたばこ対策として禁煙サポートを挙げている。禁煙サポートはそれ自身技術であり、担当する職員に理論と技量を要求している<sup>14)</sup>。しかし自治体での禁煙サポートは、最も進んでいたとしても指定都市の4割程度であり、多くの自治体は禁煙サポートを行うだけの人的資源と技術的知識が不足しており、国の健康施策のすべてを自治体で展開することが困難であることがうかがえる。

職域保健としてのたばこ対策の指針は、労働省(当時)によって「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)が公表され、平成15年5月にさらに強化されたガイドラインが作成された。自治体はその方針に従って自治体庁舎を分煙化する必要がある。禁煙も分煙も行っていない市町村も少なくないことから、この指針が自治体、特に町村において十分に浸透していないと考えられる。

### (3) 未成年者のたばこ対策

わが国の未成年者はたばこ自動販売機(たばこ自販機)でたばこを購入している<sup>15)</sup>ように、未成年者のたばこ購入についての環境が問題である。例えば、たばこの値段を上げることによって未成年者のたばこの購入が減少し、喫煙率が低下する<sup>16)</sup>ように、未成年者に対するたばこ対策の考え方は、未成年者がたばこを買いにくい環境を作ることである<sup>16)</sup>。われわれは自治体が行うべきその環境作りとは、(1)たばこ自販機の規制、(2)たばこの対面販売時の年齢確認、(3)学校敷地内における禁煙、をあげる。特に学校教職員が敷地内で喫煙することは未成年者の喫煙容認への要因となる。

残念ながら自治体は、たばこ対策としての未成年者への環境作りをほとんど行っていない。未成年者への取り組みが難しい理由として2つ考えられる。1つは条例制定の際に生じる問題である。青森県深浦町は、全国に先駆けて未成年者のたばこを買い難い環境作りとして「自動販売機の適正な設置及び管理に関する条例」を制定した(平成13年3月)。しかしたばこ販売者は、町からの要請にもかかわらず、生活権維持

の主張の下に同町からたばこ自販機を撤廃していない。また町は、販売者らへ自販機撤廃に伴う売り上げの減少に対して補償を提案しているが、販売者らとの交渉がまとまっていない<sup>17)</sup>。このように、条例が制定されてもすぐに未成年者の環境が改善されるわけではない。もう1つの問題として、たばこ対策実施によるたばこ税の減収が見込まれるため対策を実施しないと答えた町村が少なくないことである。これは、喫煙者は非喫煙者に比べて年間医療費が必要である<sup>18)</sup>ので、喫煙によって生じる疾患についての国民健康保険医療費の支出とたばこ税による収入を比較することによって、自治体はたばこ対策実施の選択の是非を論じる必要がある。このように、これらの問題を解決するのが難しいために、国の施策である未成年者のための環境作りは、自治体が行いにくい状況にあるとうかがえる。

#### (4) 国の施策と自治体の実施

厚生科学審議会の提出した「今後のたばこ対策の基本的考え方について」において、自治体、特に市町村は早急にたばこ対策を実施する必要があるが、本稿によって自治体におけるたばこ対策の実施は、特に市町村ではまだ不十分であり、自治体は国の健康施策であるたばこ対策を行うだけの行政能力が不足している可能性があることが明らかになった。このために、現状の自治体は、国の健康施策を実現できず、住民の健康問題を解決する方向に向いていないといえよう。この問題を解決するためには、保健所は自治体の行政能力を補うために自治体と連携し、住民の健康増進を目指すよう地域保健法は示している。われわれは、自治体がたばこ対策を行う上で保健所との連携を模索するべきであると考えるが、保健所は、自治体に情報提供する能力、自治体から提供されたデータの分析・活用能力が低いために<sup>19)</sup>、自治体から連携のメリットが低い評価を受けていることから、連携できない可能性も否定できない。今後われわれは、自治体が保健所と連携するきっかけとなるように、自治体が行うべき最低限度のたばこ対策は何か、また自治体からみて保健所のどんな機能が

が不足しているのかなどを明らかにする予定である。

本研究は平成14年度厚生科学研究費補助金健康科学総合研究事業（「都道府県、市町村の「健康日本21地方計画」及び保健所におけるたばこ対策実施状況とその評価」研究班：主任研究者谷畑健生）によって行われた。

#### 文 献

- 1) 多田羅浩三編. 健康日本21推進ガイドライン. 東京：ぎょうせい. 2001.
- 2) 平成13年度厚生労働科学研究費補助金健康科学総合研究事業（「都道府県、市町村の「健康日本21地方計画」及び保健所におけるたばこ対策実施状況とその評価」研究班：主任研究者谷畑健生）報告書
- 3) 厚生省健康増進栄養課. 保健所における喫煙対策の現状. 複十字 1987; 195(5): 13-5.
- 4) 揚松龍治. 保健所における喫煙対策実施状況調査結果. 厚生指標 1992; 39: 8-12.
- 5) 谷畑健生, 尾崎米厚, 青山句, 他. 全国保健所におけるたばこ対策実施状況調査の結果と分析—平成7～9年（第1報）. 厚生指標 2000; 47(11): 34-41.
- 6) 谷畑健生, 尾崎米厚, 青山句, 他. 全国保健所におけるたばこ対策実施状況調査の結果と分析：平成7～9年（第2報）. 厚生指標 2001; 48(3): 22-8.
- 7) 箕輪真澄. 喫煙対策における保健所活動の重要性. 日本公衛誌 1996; 41: 289-93.
- 8) 箕輪真澄, 谷畑健生. 地域でのたばこ対策推進における保健所の役割. 公衆衛生 1999; 63(11): 782-6.
- 9) 武智晴子, 岡田春美, 前田裕美, 他. PTAと連携した未成年者のたばこ対策の展開. 四国公衛誌 2003; 48(1): 58-9.
- 10) 今川洋子, 北垣千絵, 太田祥子, 他. 市町村保健婦活動計画書の現状と今後の課題について. 北海道公衛誌 2000; 14: 72-7.
- 11) 重村峯子. 地域活動計画書の健康問題・活動目標の明確化に関する研究. 日本公衆衛生看護研究会誌 1997; 7(1): 10-3.
- 12) 尾島俊之, 多治見守泰, 大木いずみ, 他. 全国市町村における疫学研究と個人情報保護に関する検討の現状. 厚生指標 2001; 48(13): 22-8.
- 13) 岸恵美子, 神山幸枝, 渡邊亮一, 他. 市町村で行われている健康教育と健康相談の現状と課題. Kitakanto Med J 2001; 51(2): 119-28.
- 14) 中村正和, 大島明, 増居志津子. 個別健康教育 禁煙サポートマニュアル. 東京：法研. 2002.
- 15) 平成12年度厚生科学研究費補助金厚生科学特別研究事業（「未成年者の喫煙および飲酒行動に関する全国調査」研究班：主任研究者上畑鉄之丞, 未成年者の喫煙および飲酒行動に関する全国調査）報告書
- 16) Liang, L., Chaloupka, F., Nichter, M., et al. Prices, policies and youth smoking, May 2001. Addiction; 98(Suppl 1): 105-22.
- 17) 特集「実効性のある展開を見せ始めたたばこ対策」. 公衆衛生情報 2003; 936: 7-11.
- 18) Pronk NP, et al. Relationship between modifiable health risks and short-term health care charges. Journal of the American Medical Association 1999; 282: 2235-9.
- 19) 武村真治, 大井田隆, 杉浦裕子, 他. 都道府県保健所の市町村支援機能に対する市町村の評価の変化. 厚生指標 2002; 49(13): 21-7.